

- I. **DEFINITION.**
 - II. **signes cliniques**
 - a. anamnèse
 - b. Examen du 9^e mois
 - c. Examen en salle de travail
 - III. **les examens complémentaires**
 - 1) la radiopelvimétrie ou le pelvi scanner
 - 2) l'échographie / biométrie fœtale
 - 3) Le diagramme de Magnin
 - VI) **CONDUITE À TENIR**
 - A) **LA CESARIENNE PROPHYLACTIQUE** ou **Contre-indications :**
 - 1) En pratique
 - 2) Les bassins limites sur utérus cicatriciel
 - 3) Les bassins limites et présentation du siège
 - 4) Les antécédents d'extractions difficiles
 - 5) Les bassins limites et obésité morbide
 - 6) Les bassins limites / terme dépassé
 - 7) Les bassins limites / RPM à terme
 - 8) Bassins limites et altération du RCF ou liquide amniotique teinté
 - B) **LE DECLENCHEMENT SUR BASSIN LIMITE**
 - C) **L'EPREUVE DU TRAVAIL**
 - 1) L'épreuve est positive
 - 2) l'épreuve se déroule anormalement par altération du bien être fœtal
 - 3) l'épreuve se déroule anormalement par stagnation de la dilatation
 - 4) l'épreuve se déroule anormalement par défaut d'engagement
- Conclusion**

OBJECTIFS

- **Décrire l'incidence de ces rétrécissements sur les phénomènes mécaniques de l'accouchement.**
- **Connaître les indications, contre-indications d'une épreuve du travail.**

I. DEFINITION.

C'est une épreuve dynamique de durée limitée appréciant, la confrontation entre la tête fœtale et un bassin rétréci, pendant le travail.

Elle commence après la rupture de la poche des eaux et apprécie, sous couvert d'une contractilité utérine normale et de l'évolution de la dilatation du col.

II. signes cliniques

a. anamnèse

Il permet la recherche des antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux évocateurs d'une anomalie du bassin:

- la parité
- la notion de travail long et d'expulsion assistée pour des enfants de poids normaux
- la césarienne pour bassin et récupérer les comptes rendus opératoires
- des renseignements sur la fracture du bassin
- il faut rechercher les anomalies du squelette et du rachis...

b. Examen du 9^e mois

L'examen clinique d'une femme dans les derniers mois de la grossesse comprend :

- La taille de la patiente
- la mise en évidence d'une boiterie
- la mesure de la hauteur utérine
- l'appréciation de la présentation, ampliation du segment inférieur et la hauteur de la présentation
- la recherche de l'engagement par le palper introducteur

c. Examen en salle de travail

La dystocie osseuse peut se traduire par des anomalies dans toutes les phases du travail (dystocie de démarrage, dystocie dynamique, dystocie d'engagement, de descente et plus rarement dystocies des épaules). Ces dystocies peuvent se succéder. Il faut examiner la patiente:

- la mesure de la hauteur utérine
- l'appréciation de la variété de présentation
- A poche rompue, recherche d'un débord sus symphysaire
- En cours de travail, la survenue d'une « dystocie fonctionnelle » avec anomalies de tonus et de fréquence de la contraction, qui entraînent un ralentissement, voire une stagnation de la dilatation.
- la mise en évidence d'une présentation mal fléchie souvent postérieure.
- la mise en évidence d'un asynclitisme
- la mise en évidence éventuellement d'un chevauchement
- l'absence d'engagement
- il faut faire attention aux volumineux bosses séro-sanguines

III. les examens complémentaires

1) la radiopelvimétrie ou le pelvi scanner

La radiopelvimétrie n'est pas nécessaire pour apprécier les possibilités d'accouchement par voie basse. Aucun examen ne permet à ce jour d'apprécier la solidité de la cicatrice utérine.

2) l'échographie / biométrie fœtale

- a. au 3^e trimestre donne une première estimation
- b. à refaire éventuellement au 9^e mois et/ou à l'entrée en salle de naissance
 - Estimation BIP et poids de naissance
 - Variété de présentation
- c. BIP à confronter aux mensurations du bassin Le risque de dystocie est important si:
 - (PRP) - (BIP) < 7 mm
 - (Bi-sciatique) - (BIP) < 1 mm

3) Le diagramme de Magnin confronte le BIP à l'index de Magnin (DS) peut être une aide à la décision.

VI) CONDUITE À TENIR

Les conditions nécessaires pour débiter l'épreuve de travail sont :

- Une dilatation cervicale de 3 cm au moins
- Des membranes rompues (rupture spontanée ou artificielle)
- Une bonne dynamique utérine (ocytocique si besoin).
- Une surveillance fœtale et maternelle permanente

B) LA CESARIENNE PROPHYLACTIQUE ou Contre-indications :

1) En pratique on distingue :

- les bassins normaux
- **les bassins chirurgicaux** qui imposent une **césarienne prophylactique**
- **les bassins limites** qui autorisent à priori la voie basse sous couvert de **l'épreuve du travail**.

- **les bassins chirurgicaux** ont les mensurations suivantes

- PRP ≤ 8.5 cm
- TM ≤ 9.5 cm
- Indice de Magnin ≤ 20
- Bi sciatique < 8cm
- ou différence BIP - bi ischiatique < 5mm
- Asymétrie sacro-cotiloïdienne > 3cm
- Sacro-cotiloïdienne < 7cm

- **les bassins limites** ont des dimensions intermédiaires

PRP > 8.5 cm et < 10.5cm

TM > 9.5 cm et < 12.5 cm

Indice de Magnin > 20 et < 23

Bi sciatique > 8cm et < 10cm

Sacrocotiloïdien > 7cm et < 9cm
Asymétrie sacrocotiloïdienne 1-2 cm

2) Les bassins limites sur utérus cicatriciel

3) Les bassins limites et présentation du siège y compris sur 2° jumeau.

4) Les antécédents d'extractions difficiles pour des enfants de poids normaux avec

a. Dommages maternels : importantes déchirures vaginales (nécessitant transfusion), déchirure périnéale complète compliquée,....

b. Dommages fœtaux : SFA sévère, lésion du plexus...

Récupérer Compte-rendu

5) Les bassins limites et obésité morbide

6) Les bassins limites / terme dépassé et conditions cervicales très défavorables (avant ou après maturation cervicale)

7) Les bassins limites / RPM à terme et conditions cervicales très défavorables (avant ou après maturation cervicale)

8) Bassins limites et altération du RCF ou liquide amniotique teinté

B) LE DECLENCHEMENT SUR BASSIN LIMITE

Elle peut se discuter chez les multipares à 39SA

- dont le bassin a fait ses preuves,
- afin de limiter le poids fœtal
- de travailler « en journée »
- si les conditions cervicales sont favorables

C) L'ÉPREUVE DU TRAVAIL = essai de voie basse

L'indication est posée à la consultation du 9^o mois et clairement marquée sur le dossier. La patiente est informée et en a compris et admis le principe.

La HU, les conditions cervicales, la variété de présentation sont systématiquement recherchés à l'admission.

Le partogramme débute avec la survenue de la phase active vers 3-4cm.

L'épreuve débute avec la rupture des membranes, spontanée ou artificielle vers 4 cm.

La péridurale est indiquée à condition qu'elle n'entraîne pas une augmentation de la durée de l'épreuve.

La progression de la dilatation et de la variété de présentation est suivie heure par heure.

RCF normal, LA clair.

Le syntocinon n'est là que pour obtenir une bonne dynamique utérine et non pas une dilatation coûte que coûte. Si besoin, s'aider d'une tocographie interne.

Attention aux variétés postérieures,

Attention aux bosses séro-sanguines qui miment un engagement

1) L'épreuve est positive

La dilatation est rapide, l'engagement est franc : la patiente accouchera normalement.

2) l'épreuve se déroule anormalement par altération du bien être fœtal

- en début de travail, il faut faire une césarienne
- en fin de travail, c'est en fonction de la variété de présentation, du liquide amniotique, de l'oxymétrie..., les indications de césarienne sont larges.

3) l'épreuve se déroule anormalement par stagnation de la dilatation

- si les contractions sont de mauvaise qualité
 - mettre la patiente sous Syntocinon +/- tocographie interne et réévaluation
 - Si la stagnation est supérieure ou égale de deux heures, faire une césarienne
- si les contractions semblent de bonne qualité
 - Placer la patiente sous tocographie interne +/- syntocinon et réévaluation
 - Si la stagnation dépasse deux heures, c'est l'indication de la césarienne.

4) l'épreuve se déroule anormalement par défaut d'engagement

- il faut vérifier la dynamique utérine
- Révérifier la présentation
- Attention aux faux engagements
- Position d'engagement
 - ◊ S'il n'y a pas d'engagement après 2 heures, la césarienne est de mise.
 - ◊ on peut être plus interventionniste sur présentation postérieure, et sur un travail lent...

Conclusion

L'épreuve du travail est une confrontation céphalo pelvienne visant à faire naître par les voies naturelles un enfant vivant sans souffrance fœtale dans les délais raisonnables

C'est une expectative armée .elle peut être arrêtée à tout moment jugé opportun pour permettre l'extraction chirurgicale du fœtus, toujours pratiquée dans un milieu surveillé.

Bibliographie

- [1] Sénégal, Ministère de la Santé. Réflexions sur la santé de la reproduction. Division Santé de la Reproduction, Dakar, Avril 2003 : 5-6.
- [2] Sullivan J, Ayad M, Ndiaye S. Mortalité maternelle. In : Enquête démographique et de santé Sénégal (EDS 1992-1993). *Macro Intern Inc* 1994 ; 4 : 133-40.
- [3] Cissé CT, Ngom PM, Guissé A, Faye EO, Moreau JC. Réflexions sur l'évolution des taux de césariennes au CHU de Dakar. *Gynecol Obstet Fertil* 2004 ; sous presse.
- [4] Cissé CT, Ewagnignon E, Terolbe I, Diadiou F. Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999 ; 28 : 556-62.
- [5] Merger R, Levy J, Melchior J. Dystocie osseuse. In : Précis d'obstétrique. 5^e édition, 1985, Paris, Masson, 293-331.