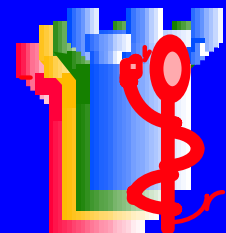


Dystocie dynamique



J. Lansac
CHU Tours



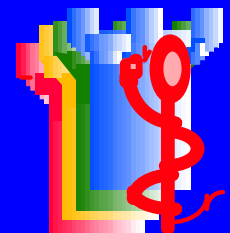
Définition

- **Perturbation du fonctionnement du muscle utérin pendant le travail:**

 - Anomalie de la contraction

 - Inefficacité sur la dilatation

- **8% des accouchements**



Dystocie de démarrage

Dystocie démarrage

Contractions régulières

- Espacées >5 mn
- Tendant à se rapprocher
- + en + intenses
- Augmentées par marche

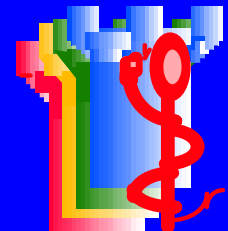
Col : non modifié

Faux travail

Contractions irrégulières

- Espacées
- Intensité irrégulière
- Pas augmentée par marche

Col:Non modifié



CAT devant Dystocie démarrage

- **Col long** , rigide <2 cm .RCF Normal .Membranes intactes -
--->Sédatif IM :

- Pétidine(Dolosal®)

- ou Naléphine 1/2 Amp SC(Nubain ®)

- Hydroxysine (,Atarax®) 1 amp IM

- Salbumol suppo

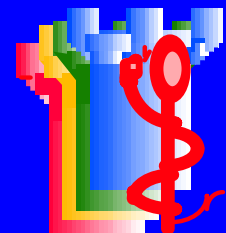
- > examen 2 h après si idem= faux travail

- **Col effacé** souple > 2cm (Bishop >6)

- > Perfusion de Syntocinon +APD

- >RAM dès CU toutes les 2 ou 3 min

- **Bishop** <5 Prostaglandines ???

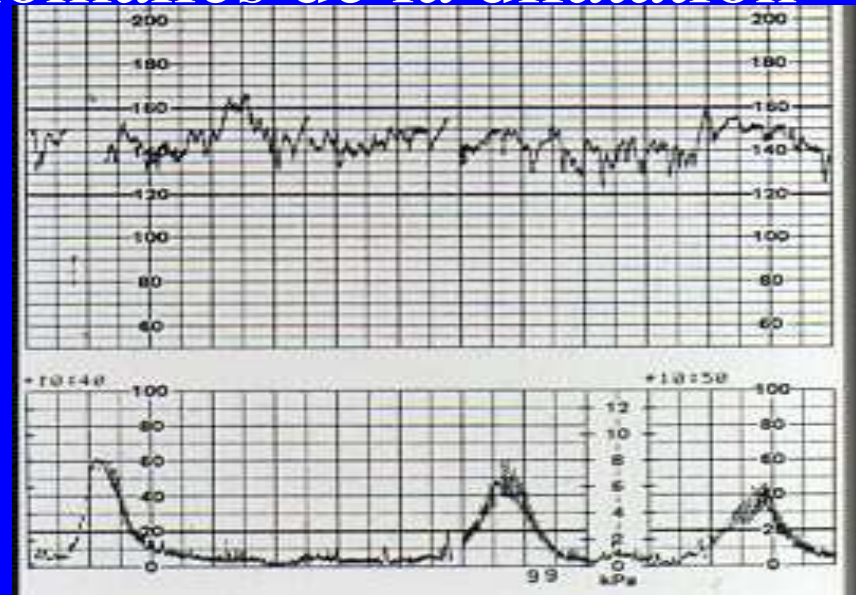


Dystocie dynamique en cours de travail



Hypocinésie

- **Définition :** ↓ de l'intensité
de la durée
de la fréquence des CU
- **Fréquence** = 50% des anomalies de la dilatation
- **Terrain:** multipares
gemellaires
hydramnios



Les Hypocinésies

- **Diagnostic**

clinique ou tocographique

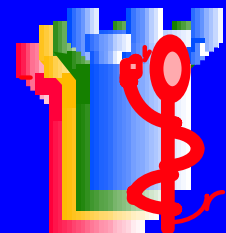
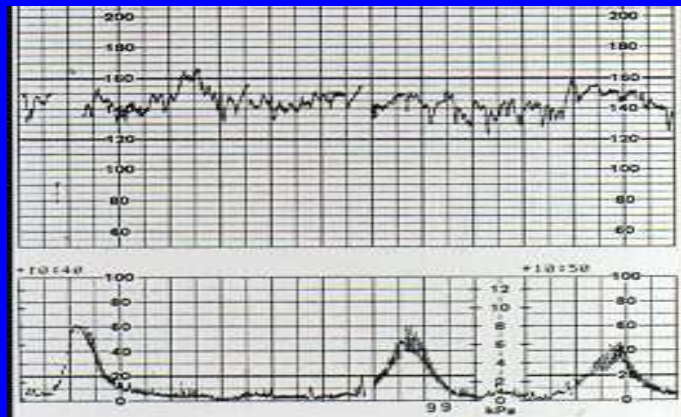
Fréquence < 3 CU / 10 mn

Durée < 70 sec

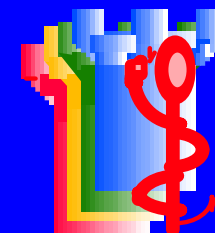
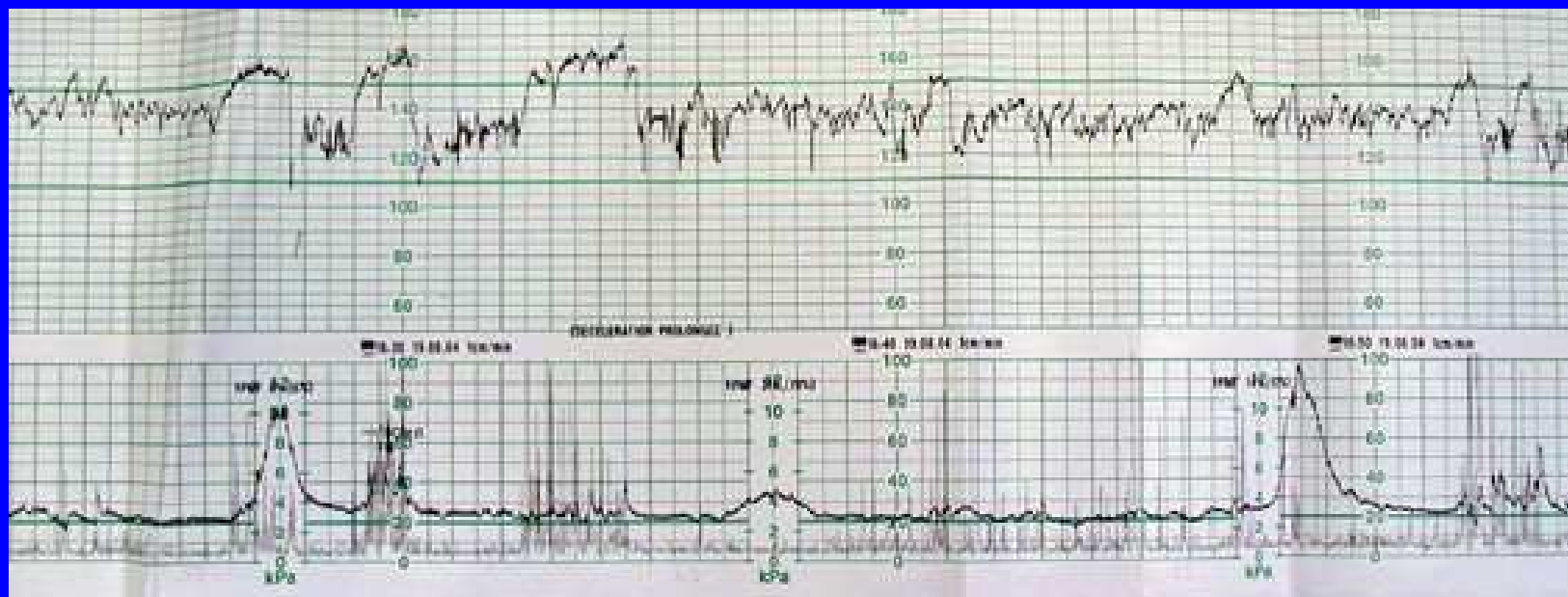
Intensité < 30 mmHg

Dilatation $< 1,2$ cm/H Primipares

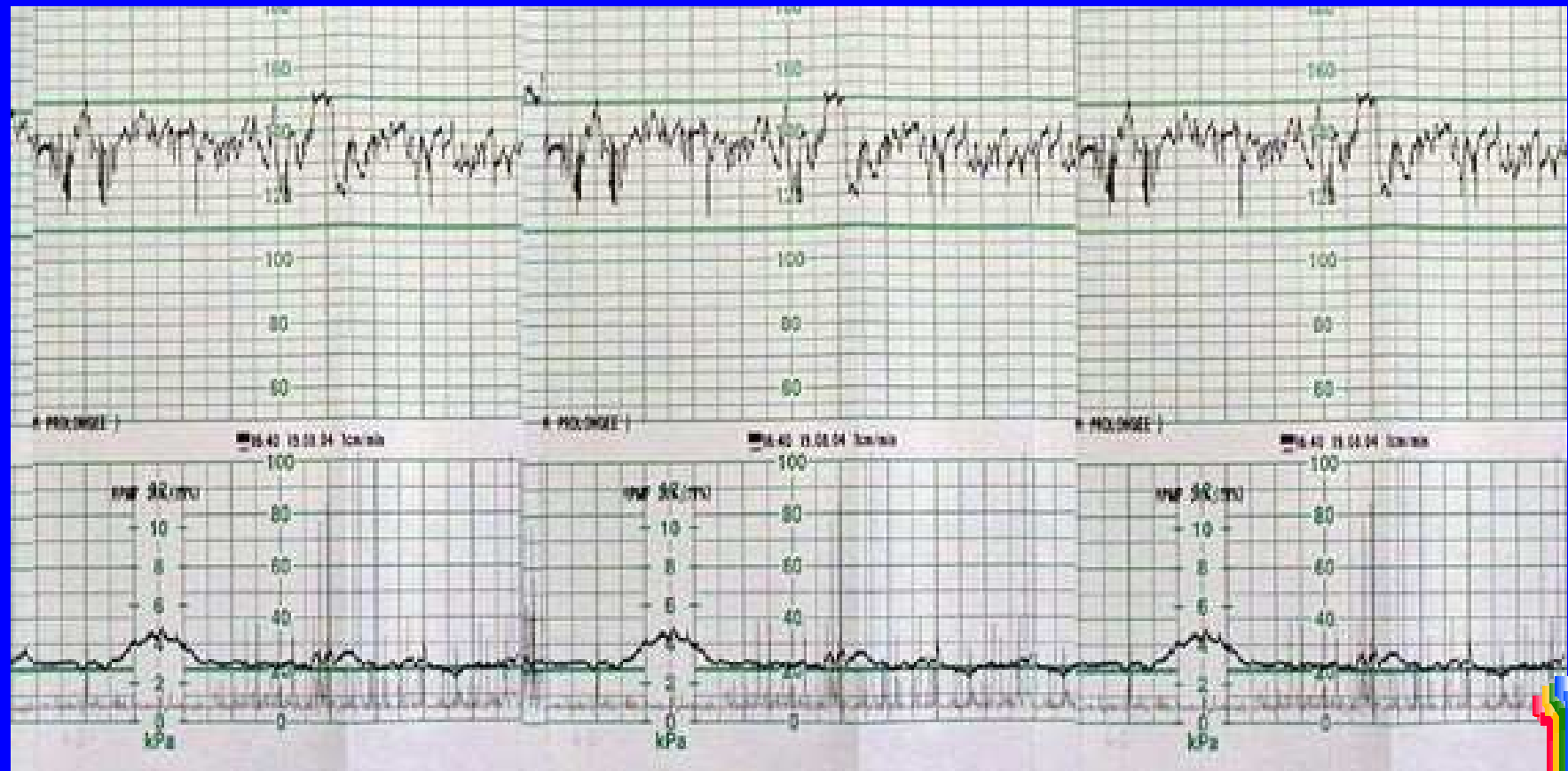
$< 1,5$ cm/H Multipares



Hypocinésie de fréquence



Hypocinésie fréquence + Intensité



Etiologie des Hypocinésies

• Secondaire :

Surdistention utérine : Grossesse multiple

Hydramnios

Macrosomie

Dysproportion foeto-pelvienne

Obstacle praevia

Iatrogène : utilisation de sédatifs , anesthésiques

Péridurale , conisation

• Primitive : multiparité , malf. utérines , fibromes



Conséquence de l'hypocinésie

- Maternelles : fatigue

augmentation forceps et ventouses

- Fœtales : Prolongation durée du travail

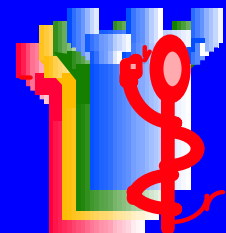
Augmentation risque infectieux

Liquide amniotique teinté

Anomalie RCF

Baisse PH < 7,25

SFA = Apgar < 6



CAT devant une hypotonie

- Prévention : déambulation , station debout
- Rompres les membranes si intactes car:
 - Favorise la sollicitation du col
 - Accélère dilatation
- Syntocinon ® 2,5 mu/mn ↑ jusqu' à CU 1/3min
- Toco interne surtout si Utérus cicatriciel
- APD : Améliore dilatation si femme anxieuse
si travail hyperalgique
Allonge phase dilatation ??

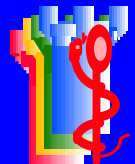


TABLE 2

FIRST STAGE OF LABOUR

UPRIGHT VS RECUMBENT POSITION DURING FIRST STAGE OF LABOUR (8 TRIALS REVIEWED)

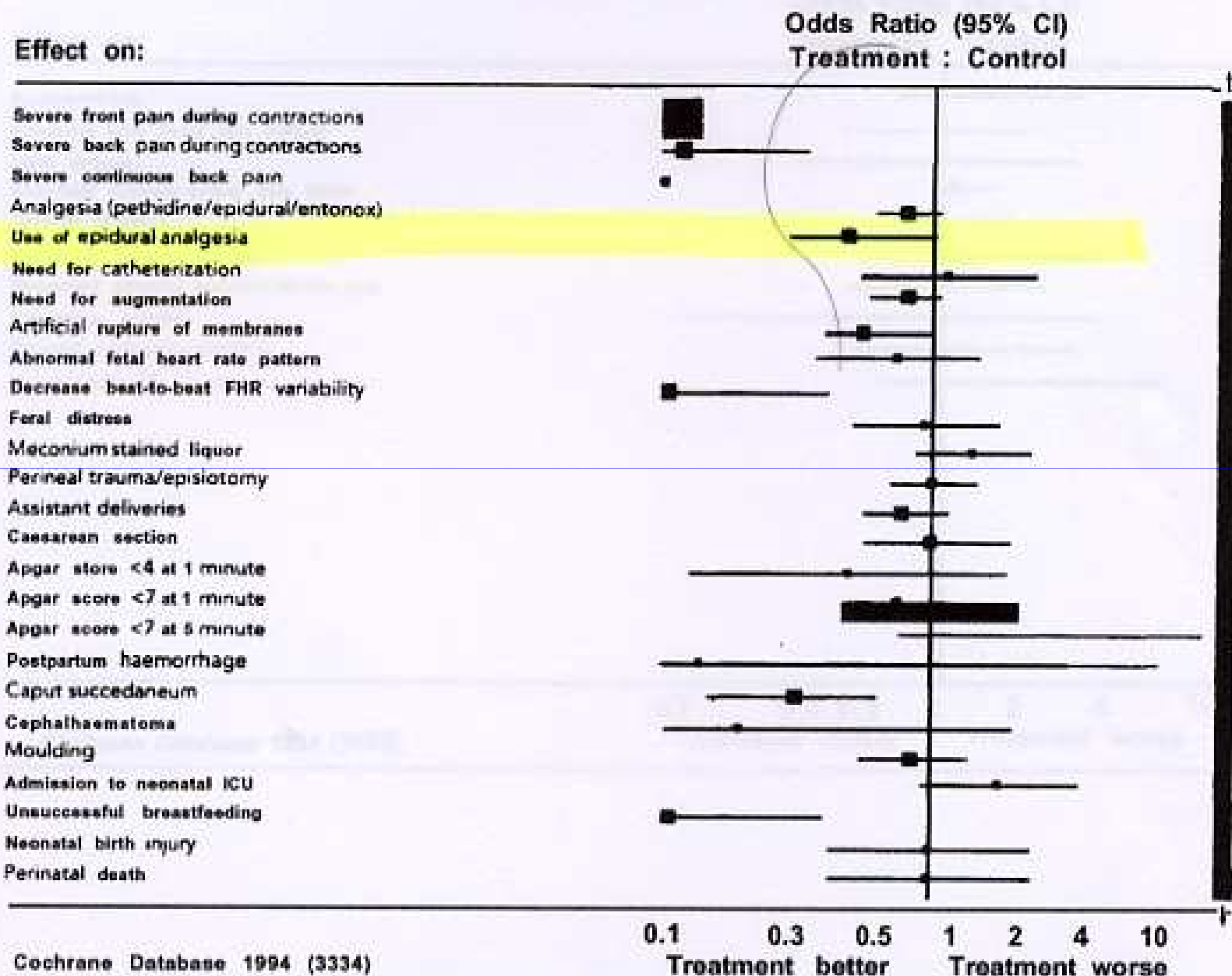


TABLE 3

DYSTOCIA

AMNIOTOMY TO SHORTEN SPONTANEOUS LABOUR (6 TRIALS REVIEWED)

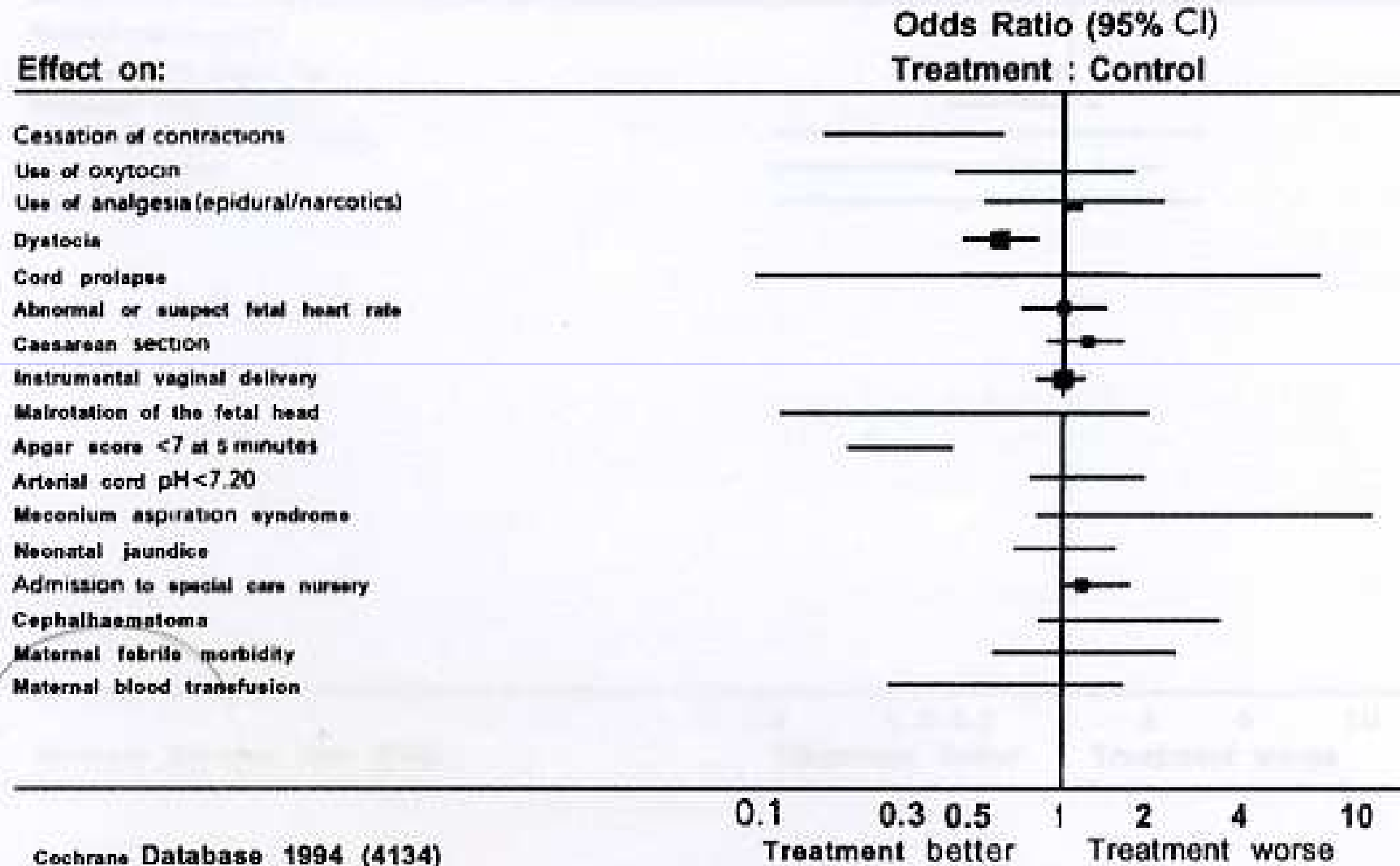
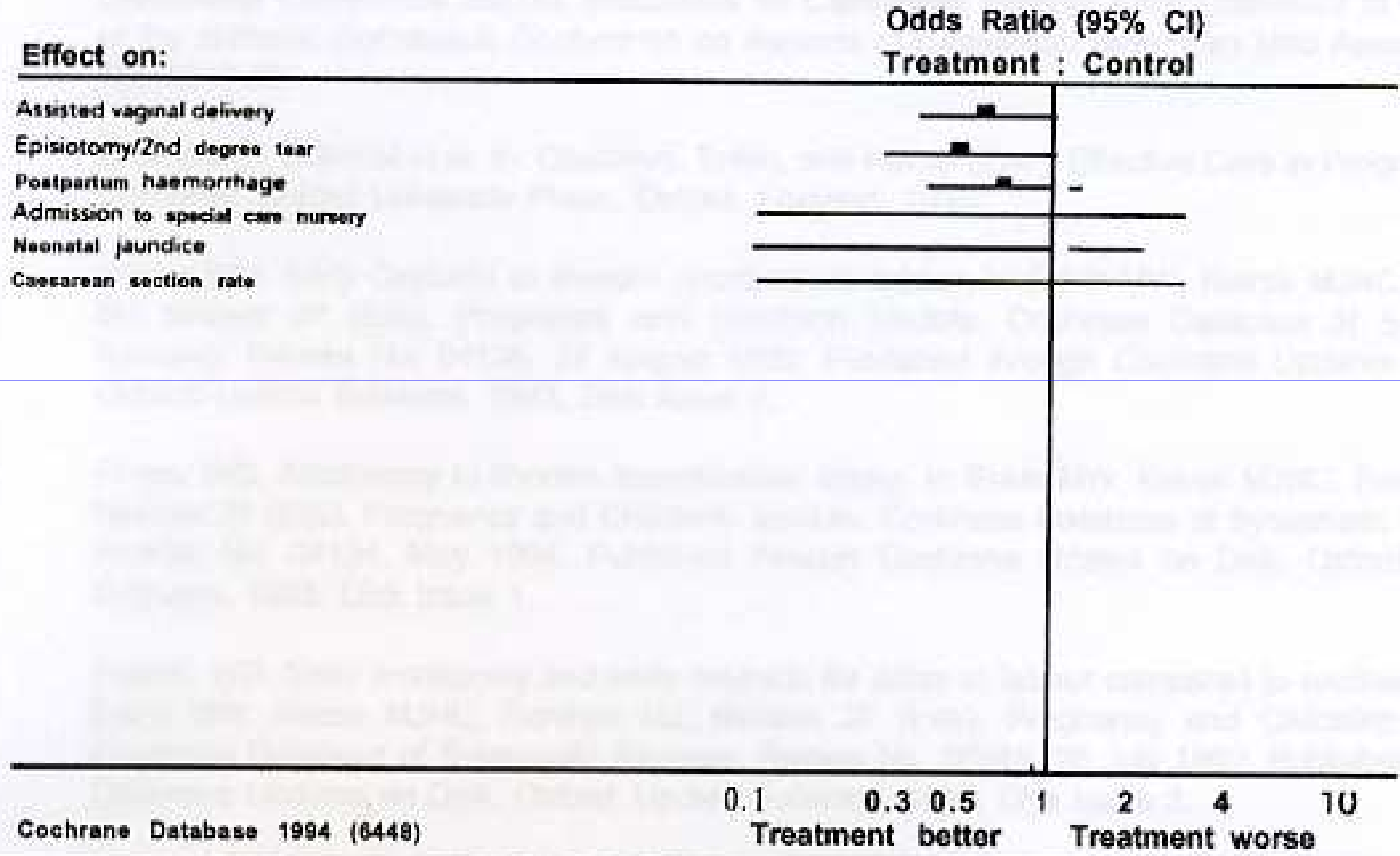


TABLE 5

DYSTOCIA

OXYTOCIN DURING 2ND STAGE WITH EPIDURAL (1 TRIAL REVIEWED)



CAT devant une hypotonie

- Attendre 2 H si RCF Normal
- Attendre passage 5U Syntocinon ®
- Attendre 4H si dilatation $0,5 \uparrow$ cm/h (Cochrane)
surtout si APD qui durée travail
 \uparrow variétés postérieures



CAT devant hypotonie

- Si pas de progression = disproportion foetopelvienne
= césarienne
- Si pas d'engagement : ↑ Syntocinon® + APD
Position demi assise + Cuisses sur bassin
Attendre 1 à 2 H si pas de SFA
Pas d'engagement > 2H + Césarienne
- Si pas de descente : revoir Syntocinon®
Attendre 2 heures si pas de SFA
Forceps ou césar selon hauteur



Les hypercinnésies

• **Définition :** intensité



Durée

fréquence des CU

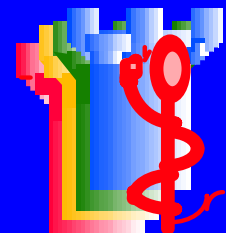
• **Diagnostic clinique ou tocographique:**

Hypercinésie fréquence : >5 cu / 10mn

Hypercinésie intensité : >80 mmHg

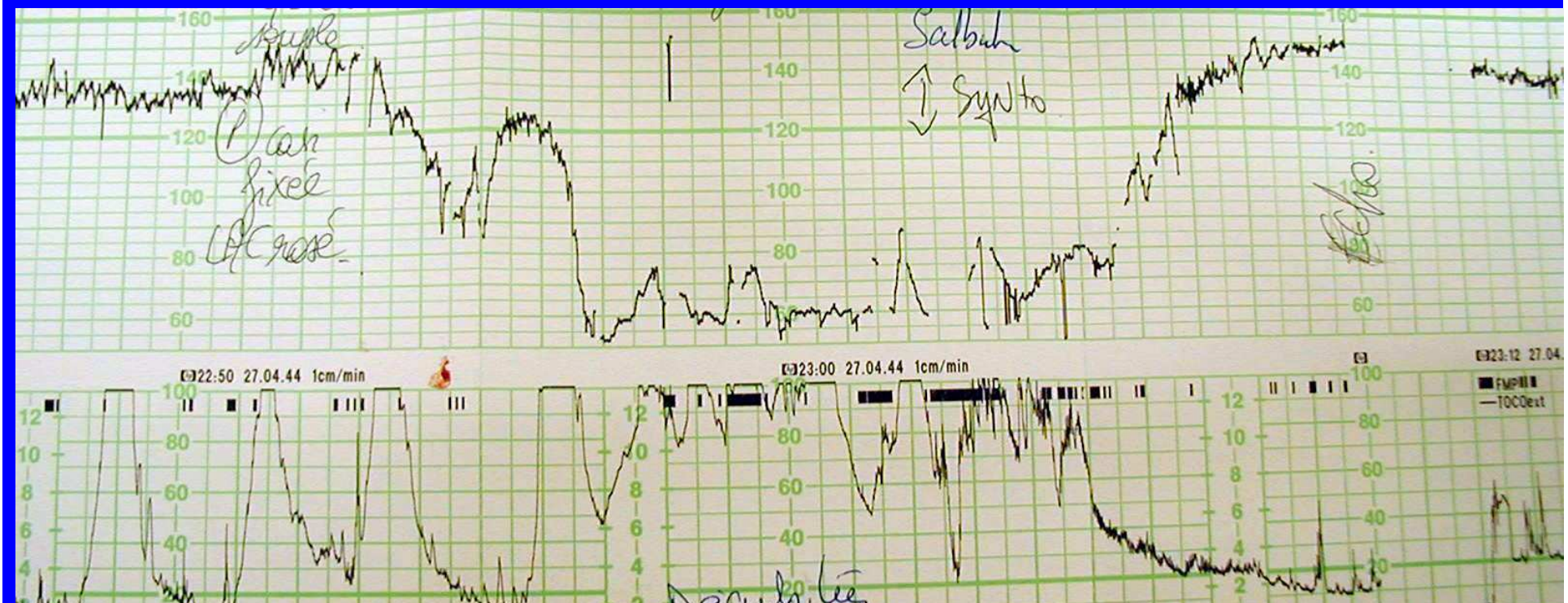
Hypercinésie globale = association des deux

Hypertonie = Tonus base > 20 mmHg



Etiologie des hypertonies

- Excès de Syntocinon ®
- Dysproportion foeto pelvienne
- Chorioamniotite
- Hématome rétroplacentaire



Conséquence des Hypercinésies

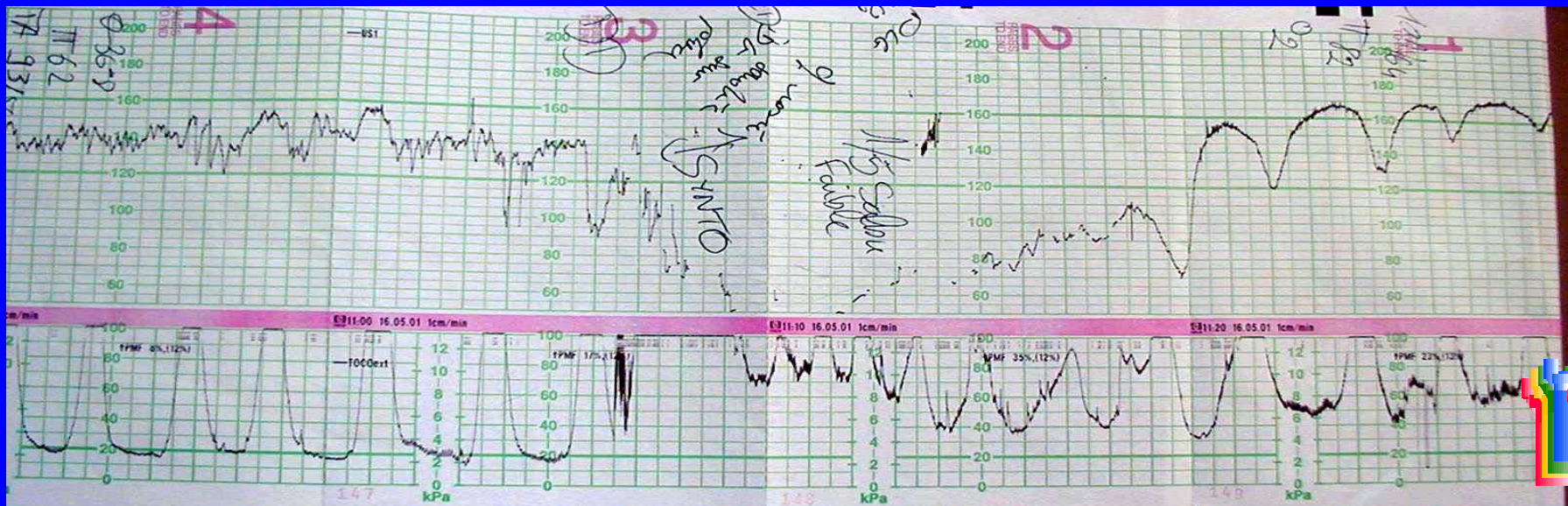
- Maternelle : fatigue ++++

Acidose métabolique

- Fœtale : hypoxie

Acidose

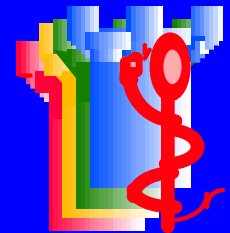
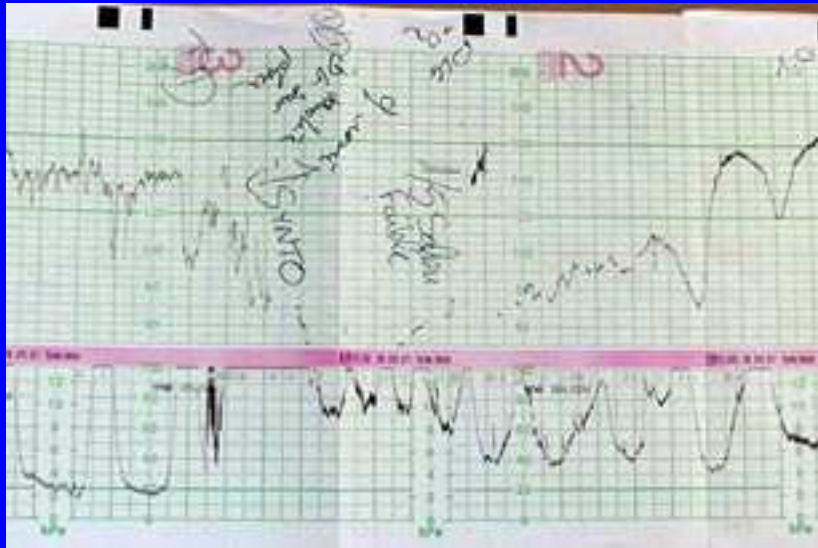
Altération du RCF ----> SFA



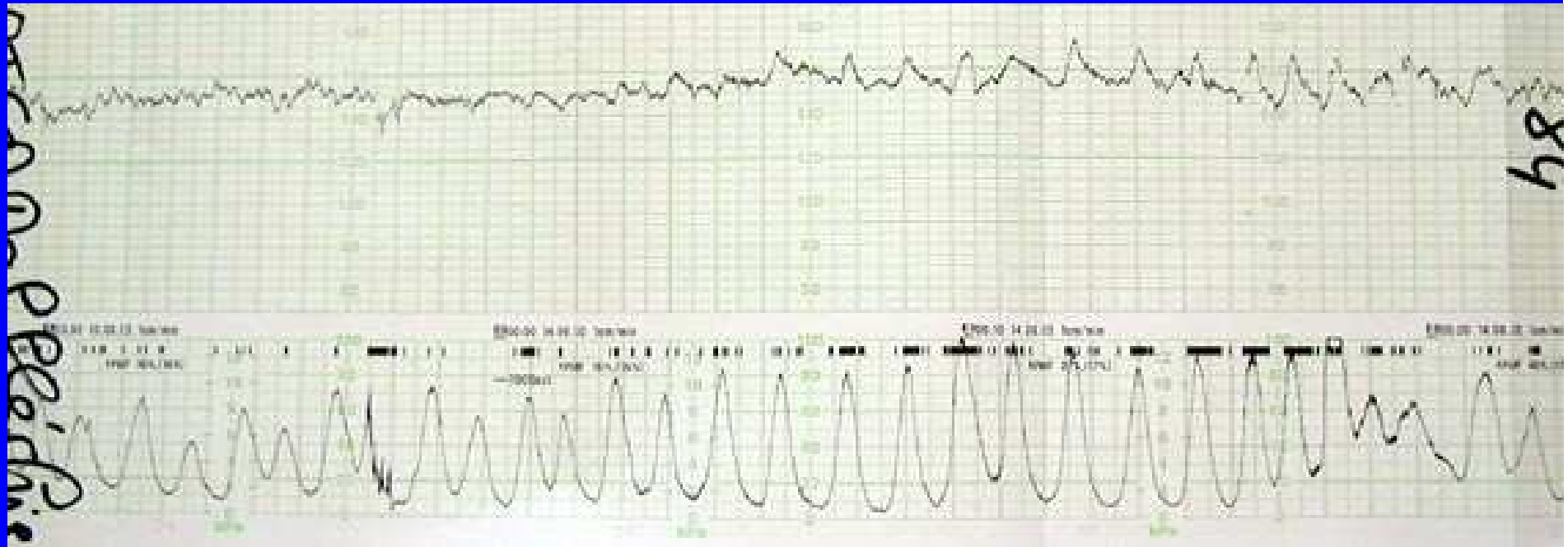
CAT devant hypercicinésie

- Arret perfusion Syntocinon
- Administration de β Mimétiques
= 1/5 Amp Salbumol faible IV
- Si Hématome rétroplacentaire
- Si dysproportion foetopelvienne

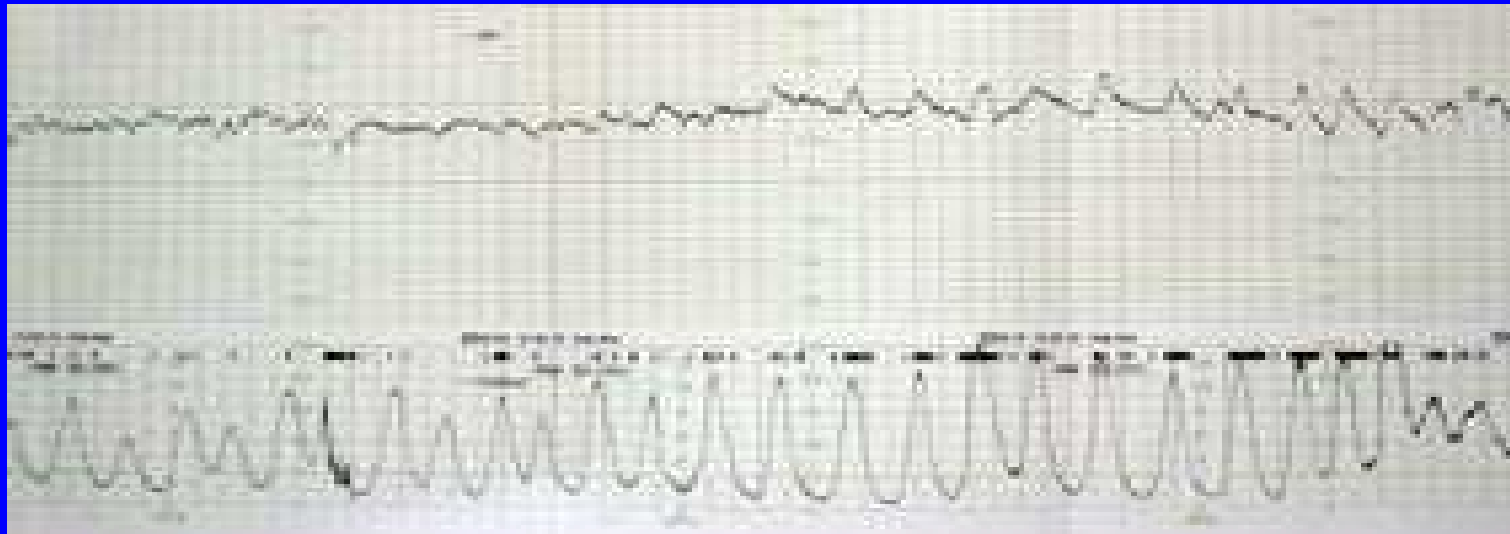
Césarienne



Hypercinésie de fréquence Apgar 1/5/8



Hypercinésie de fréquence



Les dystocies cervicales

•Etiologies :

Fonctionnelles:secondaires à une hypocinésie

à une hypercinésie

à une dystocie mécanique

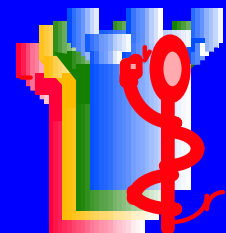
Organique : Conisation électrocoagulation du col

Fibrome

•Traitement :

Anti spasmodiques

Syntocinon +APD sauf hyper cinésie



Dystocies dynamiques

Cas particuliers

- **Siège** : non progression par hypocinésie

 - > Syntocinon ® < 10 mu/mn

 - > reprise dilatation 1 cm /h

- **Gémellaire** :

 - J1 sommet ----> Syntocinon®

 - Inertie après naissance J1---> Syntocinon ®

- **Utérus cicatriciel** : hypocinésie ---> Syntocinon®

Surveillance toco interne



Dystocies dynamiques

Cas particuliers

- **Grande multiparité:** dystocies dynamiques rares
Accouchement minimum puissance
Si dystocie rechercher dystocie mécanique
Syntocinon doses minimales +++++
Risque rupture utérine
- **Hydramnios :** Syntocinon® très prudent



En Pratique

- **Arret de la dilatation pendant 2-4 heures**
- **Facteurs de risque :**
 - **Age**
 - **Taille <1,50m**
 - **Nulliparité**
 - **Grossesses multiples**
 - **Antécédent d'accouchement difficile**
 - **Diabète**
 - **HTA**
 - **Infertilité**
 - **Rupture prématurée des membranes (ACOG2003)**



Rôle de la péridurale

- 11 essais randomisés ---->3157 femmes
- Augmente la durée de la première et de la seconde phase du travail
- Augmente le taux de malpositions de la tête
- Augmente le taux d'ocytocine
- Augmente le taux d'extraction instrumentale (28 à 40%)
- N'augmente pas le taux de césariennes
- (Cochrane 2003)

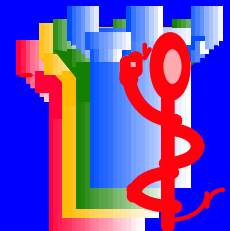
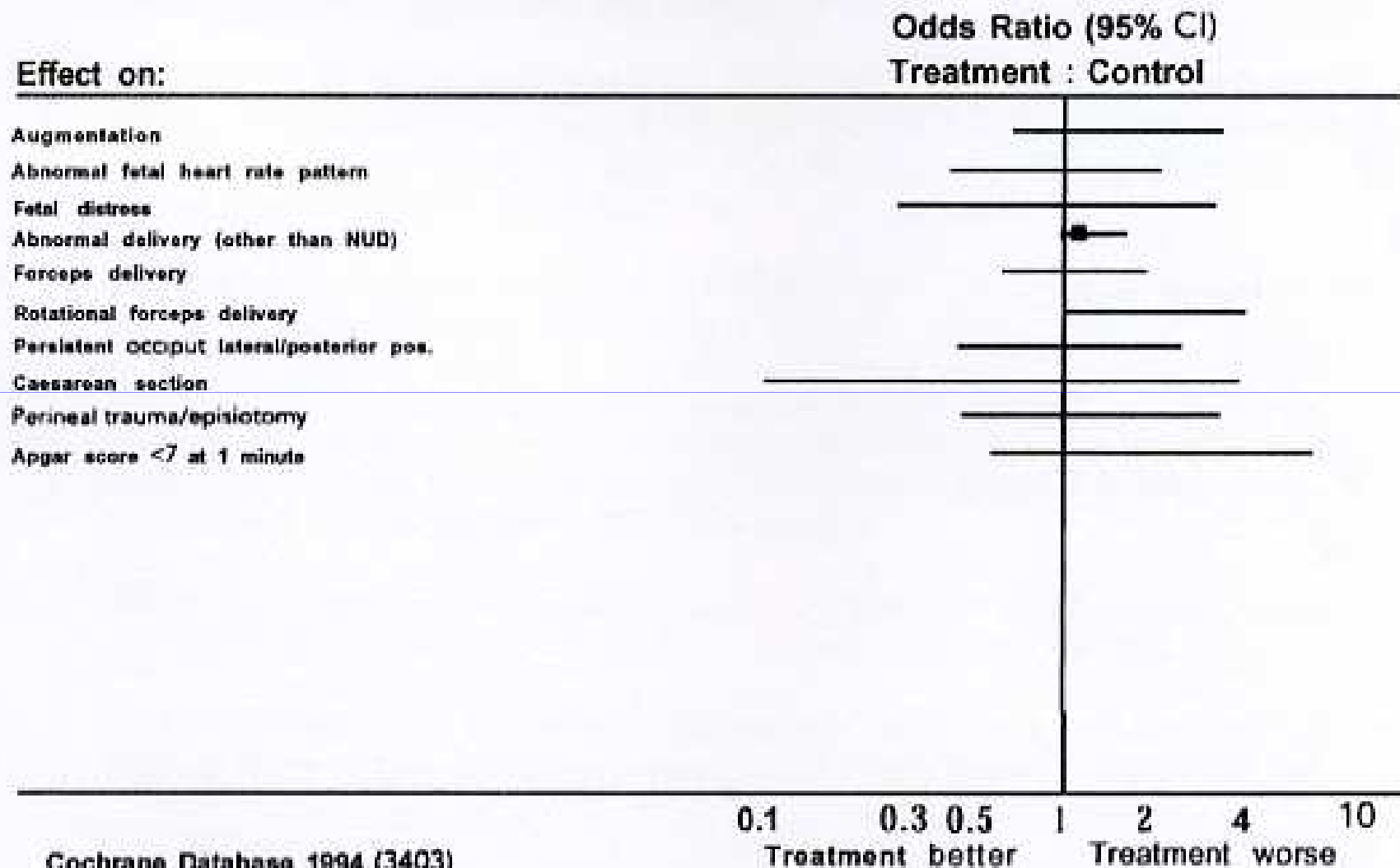


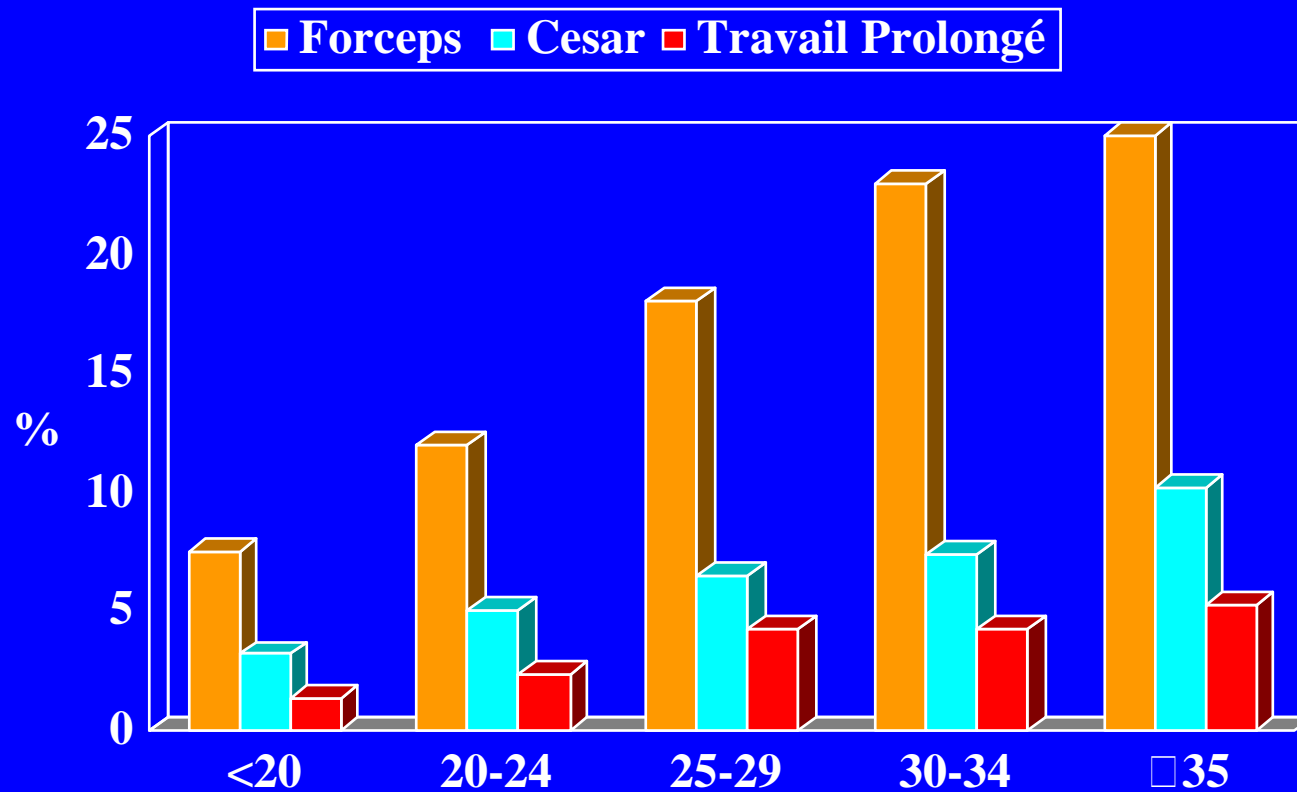
TABLE 4

SECOND STAGE OF LABOUR

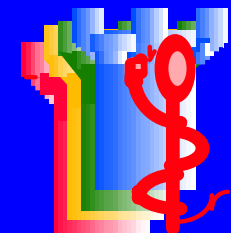
EARLY VS LATE PUSHING WITH EPIDURAL ANAESTHESIA IN 2ND STAGE OF LABOUR (5 TRIALS REVIEWED)



La dystocie augmente avec l'âge



Treacy Obstet.Gynecol.2006;195:760-763



La pelvimétrie est elle utile ?

- Pelvimétrie clinique est utile
- Pelvimétrie radiologique sans interet si présentation céphalique (Cochrane 2003)
- Augmente le taux de césariennes :OR2,17 (IC 1,63-2,88)
- Index Poids enfant /pelvimétrie Possible (Morgan Am.J.Obstet .Gynecol.1992)
- IRM?

