

EPREUVE DE TRAVAIL

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 l'évolution de la dilatation du col.

II. signes cliniques

a. Interrogatoire

- Parité
- Notion de travail long, d'expulsion assistée pour des enfants de poids normaux
- Notion de césarienne, pour bassin, récupérer les comptes rendus opératoires
- Notion de fracture du bassin
- Notion d'anomalies du squelette, du rachis...

b. Examen du 9è mois

- La taille de la patiente
- Mise en évidence d'une boiterie
- Mesure de la hauteur utérine
- Appréciation de la présentation, ampliation du segment inférieur, hauteur de la présentation
- Recherche de l'engagement, palper introducteur

c. Examen en salle de travail

- Mesure de la hauteur utérine
- Appréciation de la variété de présentation
- A poche rompue, recherche d'un débord sus symphysaire
- En cours de travail, 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.
- Mise en évidence d'une présentation mal fléchie souvent postérieure.
- Mise en évidence d'un asynclitisme
- Mise en évidence éventuellement d'un chevauchement
- Absence d'engagement
- Attention aux volumineux bosses séro-sanguines !

III. les examens complémentaires

1) la radiopelvimétrie ou le pelvi scanner

2) l'échographie / biométrie fœtale

- a. au 3° trimestre donne une première estimation

b. à refaire éventuellement au 9^o 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

Conditions nécessaires :

- 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

A) LA CESARIENNE PROPHYLACTIQUE ou Contre-indications :

1) les bassins chirurgicaux

- a. Indice de Magnin <20
- b. PRP < 8.5cm
- c. TM<9.5cm
- d. Bi-sciatique <8
- e. Asymétrie sacro cotyloïdienne > 3cm.

2) Les bassins limites sur utérus cicatriciel

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

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

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

b. Dégâts 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

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^e 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 franc : la patiente accouchera normalement.

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

- en début de travail —> césarienne
- en fin de travail —> fonction de la variété de présentation, du LA, de l'oxymétrie..., les indications de césarienne sont larges.

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

- les contractions sont de mauvaise qualité
 - o —> Synto +/- toco interne et réévaluation
 - o Si stagnation de deux heures —> césarienne
- Les contractions semblent de bonne qualité
 - o Toco interne +/- synto et réévaluation
 - o Si stagnation de deux heures —> césarienne.

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

- Vérifier la dynamique utérine
- Révérifier la présentation
- Attention aux faux engagements

- Position d'engagement
 - o si absence d'engagement à 2 heures —> césarienne
 - o on peut être plus interventionniste sur présentation postérieure, travail lent...