

L'accouchement nécessite le passage de trois obstacles :

- Le col
- Le bassin
- Le périnée

Les passages du col et du bassin se font grâce aux contractions utérines (CU) et sont souvent intriqués (la présentation descend dans le bassin alors que la dilatation n'est pas terminée). Le passage du périnée correspond à l'expulsion, elle se fait grâce aux CU renforcées par les efforts expulsifs maternels.

### Définition et diagnostic de la mise en travail

Une patiente se met « en travail » quand elle présente des CU efficaces, c'est-à-dire qui entraînent des modifications du col de l'utérus.

#### Comment reconnaître le début du travail ?

Tu dois savoir qu'il n'est pas toujours facile de diagnostiquer le début du travail. Habituellement, il est marqué par des CU caractérisées cliniquement par le fait qu'elles sont :

- Intermittentes et rythmées de façon régulière (chaque CU étant précédée et suivie par une période de repos)
- Progressives dans leur durée et leur intensité
- Totales (touchant tout l'utérus) et douloureuses.

Les CU efficaces sont le plus souvent douloureuses et rapprochées environ toutes les 3 minutes. Tu dois vérifier le bon relâchement utérin (l'utérus est souple et non douloureux) entre les CU.



Les douleurs des CU sont, le plus souvent, ressenties au niveau de la région abdominale. Elles peuvent être ressenties au niveau de la région lombo-sacrée (on dit accoucher « par les reins »), il s'agit souvent de présentations postérieures.



Tu dois avoir à l'esprit 2 situations dangereuses :

- Hypertonie (pas de relâchement entre les CU) : utérus de bois, jusqu'à preuve du contraire, c'est un hématome rétro-placentaire (HRP).
- Douleur localisée sur la cicatrice d'une césarienne antérieure, jusqu'à preuve du contraire, c'est une rupture utérine

## Les pièges à éviter



Tu dois penser à éviter 3 pièges :

- **Faux travail** : il existe parfois des CU physiologiques de fin de grossesse. Plus courtes, moins fréquentes, moins rythmées et moins douloureuses, elles cessent avec la prescription d'antispasmodiques ou de morphiniques et **n'entraînent pas de modifications cervicales**.
- **Modification progressive du col** : l'effacement du col utérin est progressif pendant les dernières semaines de la grossesse sans que cela veuille dire qu'il y a un risque d'accouchement prématuré.
- **Perte du bouchon muqueux** : le début du travail est souvent précédé par la perte du « bouchon muqueux » qui se caractérise par un écoulement vaginal de glaires épaisses de couleur rouge-brun (ces glaires obstruaient le col pendant la grossesse). La perte du bouchon muqueux peut survenir jusqu'à trois semaines avant l'accouchement. **Ce n'est pas un signe d'entrée en travail.**

## Les trois stades du travail

Le travail est divisé en trois stades (tableau 1) :

- Premier stade : dilatation cervicale (first stage des anglo-saxons)
- Deuxième stade : descente dans l'excavation pelvienne et expulsion (second stage des anglo-saxons)
- Troisième stade : délivrance (third stage des anglo-saxons)

## Caractéristiques des CU

Tu devras recueillir auprès de la patiente les renseignements concernant les CU. La patiente ne sait pas forcément que ce sont des CU (si elle est primipare). Tu dois lui faire préciser le type de douleur (comme de fortes douleurs de règles), le moment de leur début, leur variation au cours du temps (de plus en plus fortes) et bien faire préciser s'il existe des intervalles libres sans douleur.



Tu devras apprécier l'intensité de la douleur en parlant avec la patiente. Tu dois savoir que pendant les CU du travail, la patiente ne peut habituellement plus parler. Si la patiente peut te parler pendant la CU, la douleur est peu importante (CU peu efficace).

La description des CU par la patiente doit être confirmée par ta palpation utérine. Ta main fait office de « tocographe externe ambulatoire », tu sens le corps utérin qui durcit. Cet examen simple te donne de précieuses informations sur les CU :

- Fréquence
- Durée
- Qualité du relâchement utérin entre les CU.

Tableau 1 : Les trois stades de l'accouchement, séparés pour en permettre une meilleure compréhension.

| Stades                                       |  |   | Durée  | Evénements fréquents   | Dangers  | Actions   |
|--|--|---|--|--|--|---|
| 1<br>Dilatation du col de l'utérus           |  | Consistance du col : de dur à mou<br>Position du col : de postérieur à centré | Variable ++<br>Primipare de 12 à 20 heures<br>Multipare de 7 à 14 heures | Saignements rouges (peu abondants)   | Hypertonie utérine : utérus de bois, anomalies RCF           | <b>Transfert</b><br>Natispray <sup>®</sup>  |
|  |  | Effacement du col : de long à effacé<br>Dilatation du col : de 0 à 10 cm      |  |  |  |   |
|  |  | Hauteur de la présentation : de mobile à fixée                                |  |  |  |   |
| 2<br>Descente dans l'excavation et expulsion |  | Engagement  | < 2 heures à dilatation complète   |  | Non engagement dystocie                                      | Transfert (Césarienne)  |
|  |  | Descente et Rotation  | < 3 heures   | Ralentissements du RCF (peu profonds, brefs)                               | Arrêt de la progression<br>Présentation du siège, gémellaire | <b>Transfert</b><br>(Extraction : forceps, ventouse)  |
|  |  | Expulsion   | Efforts de poussées : 15 à 30 min  | Panique, cris<br>Délivrance dirigée<br>Syntocinon <sup>®</sup><br>5 UI IVD | Déchirure périnéale  | Contrôle de l'expulsion (épisiotomie)   |
| 3<br>Délivrance                              |  | Rémission clinique  | 10 à 15 min  | Tremblements<br>Fatigue  | Somnolence<br>Hémorragie<br>Choc hémorragique                | Surveillance : tonus utérin, saignements<br>Tamponnements des déchirures vaginales<br>DÁ/RU<br>Massage utérin<br>Syntocinon <sup>®</sup><br>Nalador <sup>®</sup><br>Réanimation<br><b>Transfert</b> : embolisation, hystérectomie d'hémostase |
|  |  | Décollement<br>Migration<br>Rétraction utérine                                | 30 min   |  |  |   |

Tu pourras en déduire le rythme et la régularité des CU : irrégulières ou régulières toutes les 1, 3, 5, 10 minutes ? Tu pourras connaître la durée d'une CU (courte  $\leq 1$  min, normale de 1 à 1,5 min, anormalement longue  $> 2$  min). Tu feras préciser à la patiente depuis quand les CU sont régulières et douloureuses.

Ces caractéristiques des CU font partie des scores d'imminence de l'accouchement (cf chapitre 3), qui comprennent aussi :

- La parité
- La durée du travail : pour une primipare = 12 à 20 h, pour un multipare = 7 à 14 h [1, 2]
- L'état de la poche des eaux : la rupture de la poche des eaux accélère le travail.

Tu devras aussi tenir compte :

- Du terme : prématuré (attention au travail rapide)
- Du TV : modifications du col de l'utérus et niveau de la présentation.

## Modifications cervicales

L'anatomie du col de l'utérus est détaillée dans la *figure 1*.

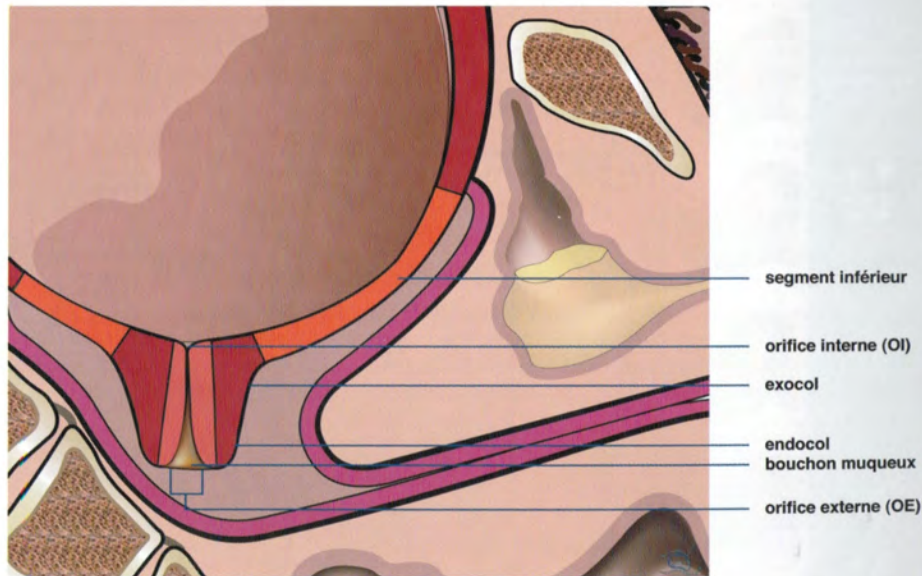

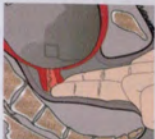














Figure 1 : Col utérin et segment inférieur.

Les modifications cervicales sont résumées dans le *tableau 2* en utilisant l'acronyme « CLOPP » pour : Consistance, Longueur, Ouverture, Position et Présentation.

Le col pour permettre l'accouchement va se ramollir, se raccourcir, se centrer et se dilater. Ces différents critères de modifications cervicales sont schématiquement séparés dans le *tableau 2*, ils sont souvent intriqués. Ils sont classiquement successifs chez la primipare et concomitants chez la multipare.

Tableau 2 : Caractéristiques retrouvées lors du toucher vaginal. L'acronyme « CLOPP » permet de les retenir.

|              |   |  |
|--------------|---|--|
| Consistance  | <br>Tonique (comme un nez) | <br>Mou (comme une lèvre)       |
| Longueur     | <br>Long (3-4 cm)          | <br>Court (1,5 cm) = 1 phalange |
|              | <br>Épais                  | <br>Effacé                      |
| Ouverture    | <br>Fermé                  | <br>Ouvert à 1 doigt            |
|              | <br>Ouvert à 2 doigts     | <br>Ouvert à 4 cm              |
| Position     | <br>Postérieure          | <br>Centrée                   |
| Présentation | <br>Haute et mobile      | <br>Basse                     |

### Consistance du col

Tu pourras estimer la consistance du col utérin qui passera de tonique à souple puis à mou. Pour savoir comment estimer la consistance, tu penses, à titre de comparaison, que la consistance tonique correspond à la consistance du nez (figure 2) et que la consistance molle correspond à la consistance des lèvres de la bouche (figure 3).

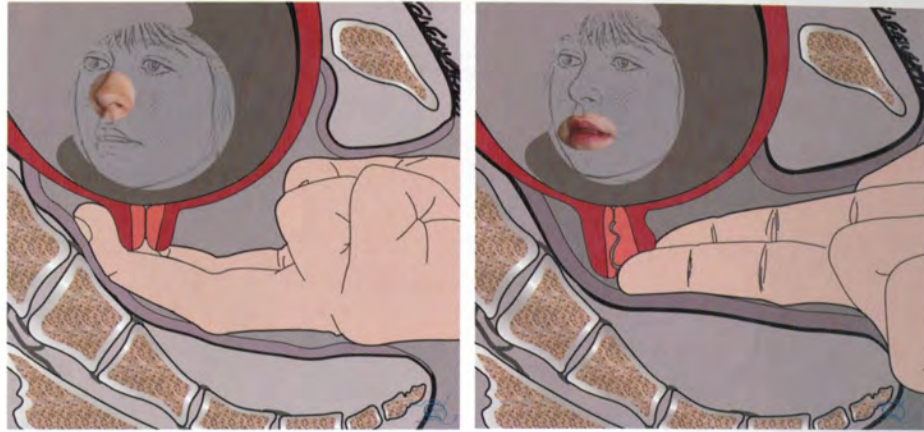
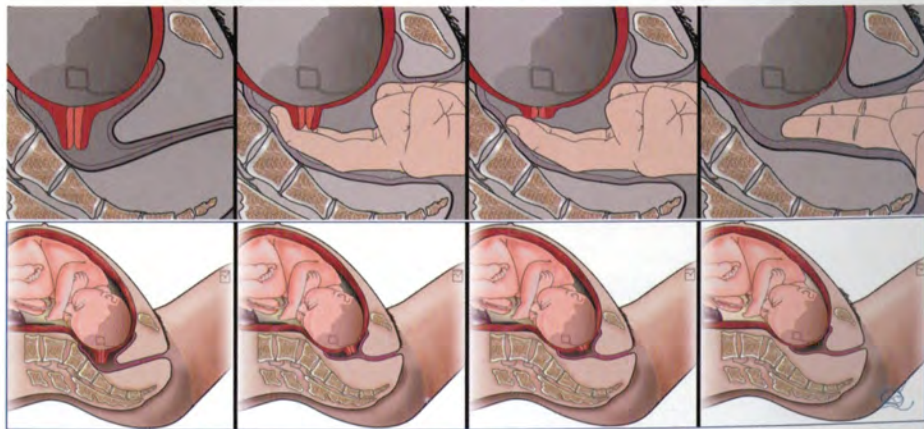


Figure 2 : consistance du col (pendant la grossesse le col est ferme, sensation de palper un nez)

Figure 3 : Consistance du col. En début de travail le col se ramollit et donne la sensation de palper des lèvres. Cette modification survient habituellement en fin de grossesse, mais si ceci intervient trop tôt, ça peut être le signe d'une menace d'accouchement prématuré.

### Longueur du col

Tu peux estimer la diminution de la longueur cervicale qui passe de « col long » (3 à 5 cm), à « col court » (1 à 2,5 cm, tu utilises comme repère la phalange distale de ton index), puis à « col épais » et enfin à « col effacé » (comme une feuille de papier) (figures 4, 5).



Figures 4, 5 : Raccourcissement du col utérin il est d'abord long puis court, épais et enfin effacé. Vue globale (en bas et vue) centrée sur les doigts lors du toucher vaginal (en haut).

### Ouverture du col

L'ouverture du col passe de « col fermé » à « col ouvert à un doigt » puis « col ouvert à deux doigts » (figure 6). L'ouverture du col va jusqu'à la dilatation complète qui correspond à 10 cm de dilatation lorsqu'aucun « bourrelet » de col n'est plus palpable autour de la présentation (figure 7).

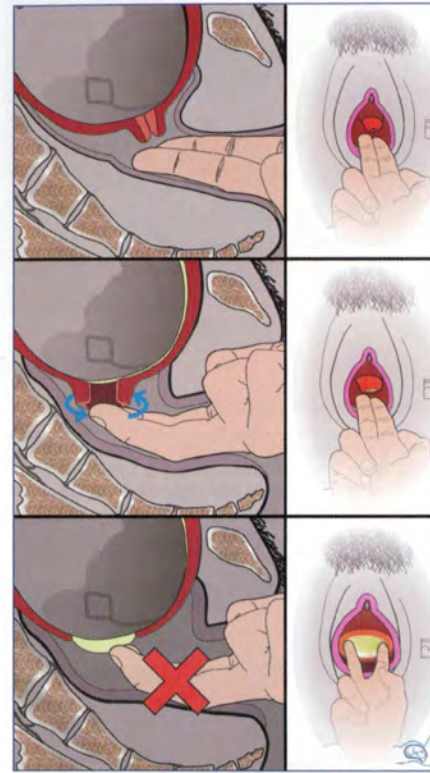
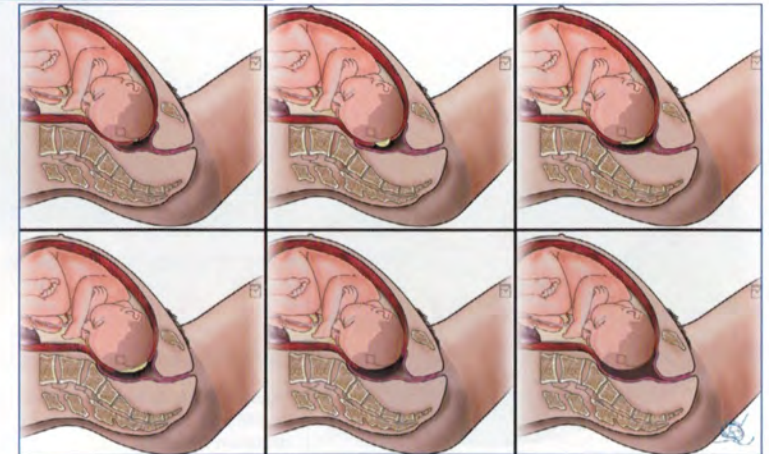


Figure 6 : Ouverture du col utérin, de profil à gauche et de face à droite. Col fermé, col ouvert à un doigt (1,5 cm) et col ouvert à 4-5 cm (2 doigts bien écartés).

Figure 7 : Dilatation cervicale, avec schématisation de la poche des eaux. A une dilatation avancée, il est difficile de savoir si la poche est plaquée sur la tête ou rompue.





L'unité d'ouverture du col utérin est le cm, tu utilises tes doigts (que tu as mesuré pour connaître leur largeur).

Exemples (si ton doigt fait 1,5 cm de largeur) :

- Col long postérieur mou ouvert à un doigt = col ouvert à 1,5 cm
- Col court centré à deux doigts = col ouvert à 3 cm.

Quand la dilatation est avancée, tu mesures la partie du col restant entre les parois vaginales et l'orifice cervical (figure 8).

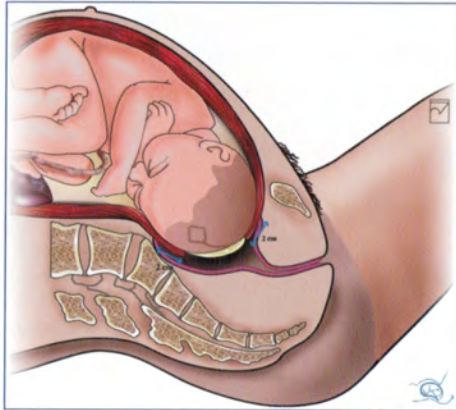


Figure 8 : Appréciation de la dilatation du col : technique de calcul après 5 cm de dilatation par la soustraction du bourrelet de col restant. Ici dilatation de 6 cm (10 cm - (2 + 2) cm). Cette technique de calcul est applicable quand la présentation est appliquée sur le col.



Il existe deux pièges lors du TV qui peuvent te faire croire à une dilatation complète :

- Le segment inférieur très amplifié avec un col très postérieur et une présentation basse (figure 9)
- Le col complètement effacé avec une présentation basse (figure 10).

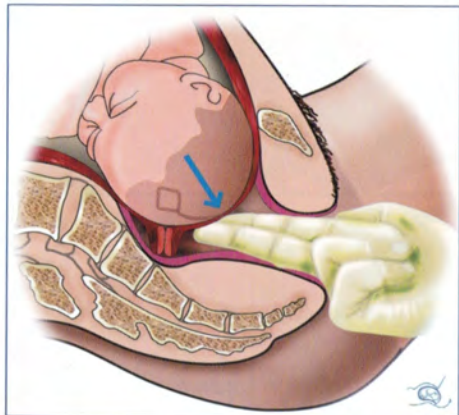


Figure 9 : Piège du toucher vaginal : segment inférieur très amplifié avec col très postérieur, on peut penser à tort à une dilatation complète ...

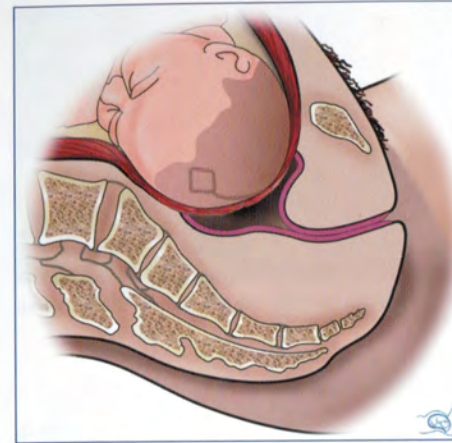


Figure 10 : Piège du toucher vaginal : col complètement effacé mais fermé avec présentation basse, on peut penser à tort à une dilatation complète

### Position du col

En dehors du travail, le col est le plus souvent postérieur et pour le palper au TV il faut que tu fasses basculer le bassin de la patiente en avant. Tu lui demandes de mettre ses deux poings sous ses fesses comme sur la figure 11. Tu palperez le relief cylindrique du col à bout de doigts en direction du sacrum maternel (en bas et en arrière)



Figure 11 : Toucher vaginal : la patiente peut mettre ses poings sous les fesses pour modifier l'inclinaison de son bassin.

Au cours du travail, le col se centre : il passe d'une position postérieure à une position intermédiaire puis centrée (figure 12).

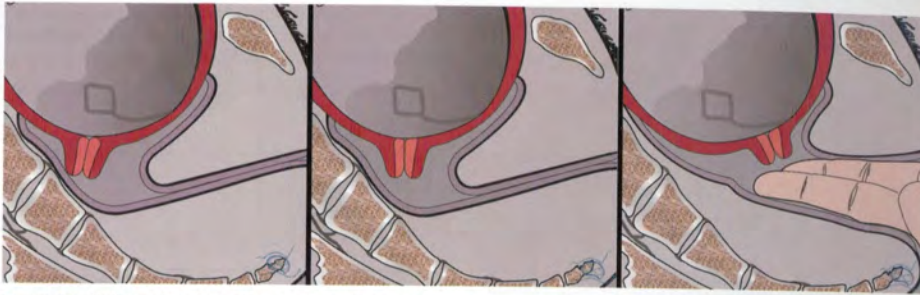


Figure 12 : Position du col. Il passe d'une position postérieure à une position intermédiaire puis centrée. Il se raccourcit généralement pendant ce trajet.

### Hauteur de la présentation dans l'excavation

Elle est définie pendant le toucher vaginal : tes doigts intravaginaux cherchent à repérer la partie la plus basse de la présentation dans le bassin maternel et à la situer par rapports aux reliefs du bassin (le plan de référence est celui des épines sciatiques).

Quand tu perçois une masse dure (la tête fœtale) à travers le segment inférieur et que tes doigts peuvent la refouler en imprimant des mouvements de ballotement, on parle de présentation haute et mobile, correspondant au repère - 4 ou - 3 sur la figure 13.

Quand tu perçois nettement cette masse dure qui n'est pas refoulable par tes doigts, la présentation est fixée, c'est le repère - 2 ou - 1 sur la figure 13.

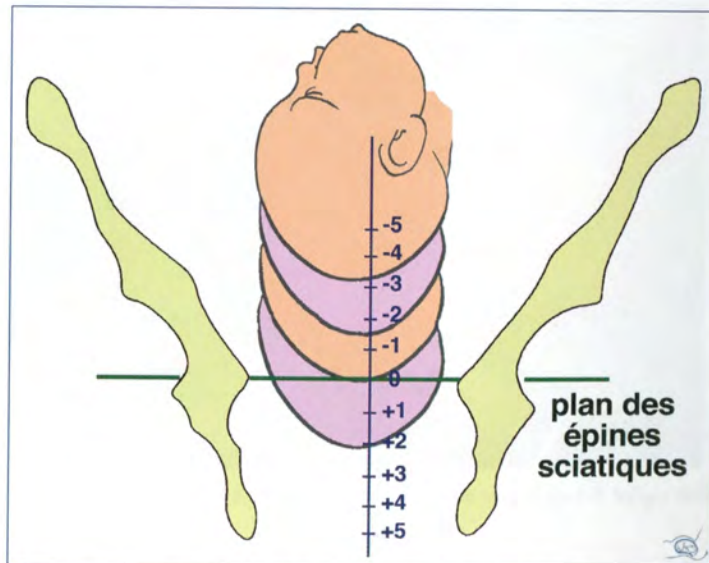


Figure 13 : Hauteur de la présentation au TV : définie par la position de la présentation par rapport au plan des épines sciatiques.

Le niveau 0 correspond à l'engagement de la présentation (on dit qu'une présentation est engagée quand sa plus grande circonférence a franchi le plan du détroit supérieur). On utilise comme repère le plan passant par les épines sciatiques. Une présentation céphalique, dont le vertex (partie supérieure de la tête fœtale, donc la plus basse dans le bassin maternel) passe ce plan, est **engagée**.



Quand tu ne perçois aucune masse dure au TV, on parle d'excavation pelvienne vide. C'est le repère - 5 sur la figure 13.

Une excavation vide peut correspondre à une présentation transversale et dans ce cas, tu ne dois absolument pas faire pousser la patiente, **surtout** à dilatation complète (cf chapitre 5).



La présence d'une bosse sérosanguine (figure 14) est un piège qui peut te faire croire à une présentation engagée. En fait la tête est encore haute dans le bassin et seule la bosse sérosanguine est basse !

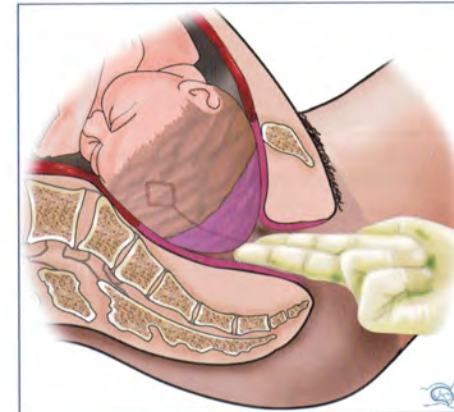


Figure 14 : Bosse sérosanguine, c'est la bosse qui est basse, la présentation n'est pas engagée.



Deux signes cliniques sont classiquement utilisés pour diagnostiquer l'engagement de la présentation :

- Le signe de Farabeuf : tes deux doigts vaginaux se dirigent vers la 2<sup>ème</sup> vertèbre sacrée maternelle. Si la présentation permet juste à un de tes doigts de trouver une place dans le vagin, la présentation est engagée (figure 15).
- Le signe de Demelin : ton index est introduit perpendiculairement au plan de la symphyse pubienne. S'il bute contre la présentation, celle-ci elle est engagée (figure 16).

Malheureusement ces examens sont opérateurs dépendants.

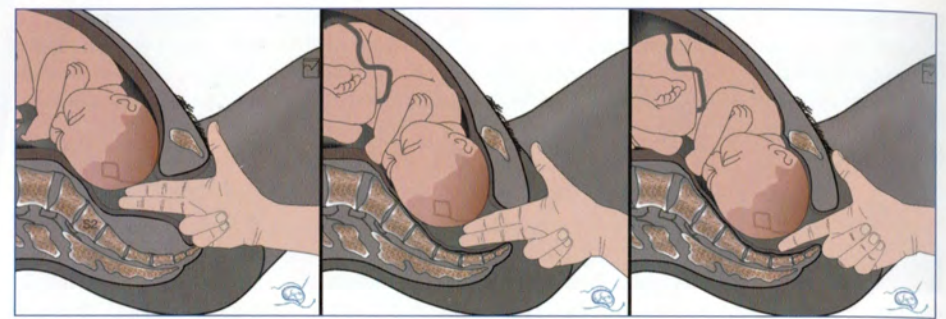


Figure 15 : Engagement : signe de Farabeuf. Présentation non engagée tes deux doigts trouvent facilement leur place dans le vagin, non gênés par la présentation. Présentation à la limite de l'engagement, tes deux doigts peuvent encore se placer. Présentation engagée, seul un de tes doigts peut s'introduire dans le vagin.

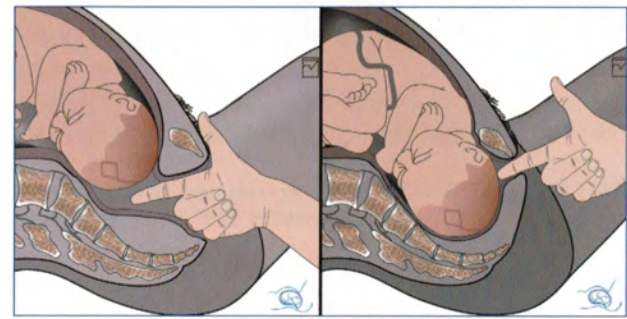
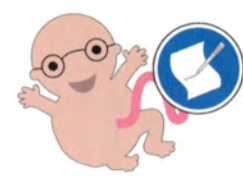


Figure 16 : Engagement : signe de Demelin. Présentation non engagée, l'index introduit perpendiculairement au plan de la symphyse pubienne ne rencontre pas la présentation . Si la présentation est engagée, l'index bute contre la présentation. Il la rencontre.



Pour toi, l'important et le plus simple est de savoir déterminer si tu peux faire un TV avec 2 doigts (présentation encore haute) ou si l'excavation est occupée par la présentation (au TV : un seul de tes doigts trouve difficilement sa place entre le plancher pelvien et la présentation = présentation profondément engagée).



La dynamique de la descente de la présentation dans le bassin est un élément qui peut aider à apprécier l'imminence de l'accouchement. Ainsi, si tu laisses tes doigts en place dans le vagin pendant une CU, tu pourras apprécier le chemin parcouru par la présentation.