

DYSTOCIE DYNAMIQUE

OBJECTIFS

1. Définir la dystocie dynamique
2. Enumérer les 5 caractéristiques des contractions utérines au cours du travail normal
3. Citer 4 types d'anomalies des contractions utérines retrouvées dans la dystocie dynamique
4. Schématiser l'allure de la courbe de dilatation cervicale chez la multipare et la primipare
5. Décrire les circonstances de découverte et les signes cliniques de la dilatation stationnaire par hypertonie généralisée
6. Citer 4 complications maternelles et 2 complications fœtales de la dystocie dynamique
7. Citer 5 causes maternelles et 3 causes fœtales de dystocie dynamique
8. Enoncer la conduite de la direction du travail dans la dilatation stationnaire sans obstacle mécanique

PLAN

I - GENERALITES

1. Définition
2. Intérêt
3. Rappel

II- FORMES CLINIQUES

1. **FORME TYPE** : Dilatation stationnaire par hypertonie généralisée
2. **AUTRES FORMES CLINIQUES**
 1. formes symptomatiques
 2. formes étiologiques
 3. formes selon le terrain

III- TRAITEMENT

1. **Traitement curatif**
 - a. Buts
 - b. Moyens
 - c. Indications
2. **Traitement préventif**

CONCLUSION

I. GENERALITES

1. Définition

La dystocie dynamique est l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et / ou de la dilatation du col utérin lors du travail d'accouchement.

Magnin la définit comme « *l'ensemble des phénomènes qui perturbent le fonctionnement du muscle utérin lors des contractions du travail, soit parce qu'il y a viciation de la contraction utérine qui n'a pas un aspect normal, soit parce qu'il y a inefficacité sur la dilatation de contractions utérines apparemment correctes* »

2. Intérêt

- Il s'agit d'une **urgence** obstétricale majeure pouvant engager le pronostic vital fœtal et maternel.
- **Epidémiologie**
 - Au Sénégal, elle concerne 5 à 10% des accouchements et représente 9% des indications de césarienne
 - En France P. Schaal l'estime à 8% des accouchements.
- **Son diagnostic** : Polymorphisme clinique qui dans la majorité des cas accessible à la clinique (partogramme) mais bénéficie aussi des progrès paracliniques de la surveillance du travail avec la **tocographie** interne ou externe
- **Pronostic** : Sa persistance expose le travail et l'accouchement à des lenteurs ou à des complications souvent mortelles pour le fœtus (par le biais de modification de la circulation utéro-placentaire) et parfois pour la mère (exemple en cas de rupture utérine).
- **Thérapeutique** : Sa correction impose la bonne compréhension du mécanisme et de la cause fonctionnelle ou mécanique de l'anomalie. Elle ne se conçoit qu'en milieu obstétrico-chirurgical avec l'apport irréfutable des ocytociques, tocolytiques, l'analgésie péridurale dans la prise en charge de la DD
- **Prévention**

3. Bases physiopathologiques (physiologie CU au cours travail et physio. dilatation du col : courbe de Friedman)

La dilatation du col est à la fois la conséquence et l'objectif de la contraction utérine. Cette contraction, dans ses caractéristiques optimales, part du fond utérin, se généralise et se transmet, par le segment inférieur, à la PDE et au col où elle va être efficace sur la dilatation.

Les aspects normaux des ondes contractiles utérines concernent la fréquence (3 à 5 / 10 min), l'intensité (25 à 80 mmHg), la durée (45 secondes à 1 minute) et le tonus de base (2 à 13 mmHg) → *schéma onde contractile*.

La régulation de la CU est humorale et nerveuse ce qui lui confère son caractère normal pendant le travail: CU régulière, involontaire, douloureuse, intermittente, de plus en plus intenses et de plus en plus rapprochées aboutissant à une dilatation cervicale qui évolue en deux phases : latence (<1cm/H) et active (>1cm/H ou 1,5cm/H chez multipare) variables selon la parité → *schéma courbe de Friedman*.

Toute altération d'un de ces paramètres ; la contraction utérine et/ ou sur la dilatation cervicale, définit un type de dystocie dynamique qui dans tous les cas concerne **deux groupes** de manifestations :

- Anomalies de la dilatation cervicale: retard à l'engagement et à la descente, → travail prolongé, infection, souffrance fœtale, fatigue, → oedème du col → déchirure cervicale.
- Anomalie des CU : localisée ou généralisée, une anomalie dans la fréquence ou l'intensité ou le tonus de base. Conséquences → strangulation vasculaire utéro-ovarienne → SFA, → utérus de lutte → inertie ou rupture, fatigue, hémorragie délivrance.

Ces anomalies sont :

- Par insuffisance des contractions utérines ou **hypocinésies**. Ces hypocinésies peuvent être de fréquence, se traduisant par des contractions excessivement espacées. Elles peuvent être d'intensité, se traduisant par des contractions de faibles amplitudes (Pression intra ovulaire < 25 mmHg). Enfin elles peuvent être totales associant ces deux formes et caractérisent ce qu'on appelle *inertie utérine*
- Par excès de la contractilité ou **hypercinésies**. Ces hypercinésies peuvent également être de fréquence; marquées par des contractions trop rapprochées (> 6 à 8 / 10 minutes) alors que le tonus de base reste normale (différent de la tétanisation). Elles peuvent être d'intensité (pression intra ovulaire > 70, 80 mmHg) se traduisant par de violentes contractions même si rares. Enfin elles peuvent être totales ce qui correspond au premier stade de la tétanisation d'un utérus de lutte.
- Par insuffisance de relâchement entre les contractions ou **hypertonies**, elles se traduisent par une élévation du tonus de base > 15 mmHg. Différents types d'hypertonie peuvent se rencontrer en fonction des états pathologiques
 - Hypertonies par contracture (ex dans HRP → ventre de bois)

- Hypertonie par surdistension (ex Hydramnios → ouverture de l'œuf baisse la pression → retour à la normale)
 - Hypertonie par hypercinésie ou tachysystolie ; à l'hypercinésie totale s'ajoute une élévation du tonus de base (ex abus d'ocytocine, obstacle mécanique, pré rupture)
 - Hypertonie isolée (alors que l'intensité et la fréquence sont normales = hypertonie dite essentielle → réduite par les Antispasmodiques ou paradoxalement par les ocytociques)
- Par irrégularité dans les contractions utérines ou **arythmie** contractile elle associe irrégulièrement des anomalies dans l'amplitude mais surtout dans la durée.
 - Par **inefficacité** d'une contractilité utérine apparemment normale. Se traduit par une stagnation de la dilatation cervicale. Le mécanisme serait une dissociation entre une activité utérine apparemment normale et une résistance segmento-cervicale par immaturité du col, pathologie du col ou mauvaise ampliation du segment inférieur.

II- FORMES CLINIQUES

1. FORME TYPE : dilatation stationnaire par hypertonie utérine généralisée.

CDD : travail prolongé, œdème cervical, SFA

- La dystocie dynamique survient au cours de la **deuxième phase** de la dilatation ;
- relève souvent d'une **mauvaise accommodation** foeto-pelvienne.
- Le travail qui était jusque là régulier se poursuit de manière anormale avec anomalies dans les CU et dans la dilatation cervicale

Signes Fonctionnels :

- Les CU sont douloureuses, de plus en plus pénibles, presque continues avec des exacerbations rythmiques,
- Douleur lombaire « douleur des reins »

Signes Généraux :

La parturiente qui était jusque là calme et courageuse commence à devenir agitée, anxieuse, réclamant une analgésie ou des soins antalgiques. (signes pris à tort pour des simulations par un personnel peu alerte). La fatigue maternelle s'installe.

Signes Physiques : le relâchement est moins bon qu'auparavant, avec un fond de tension utérine douloureuse. Les contractions sont trop rapprochées presque continues (utérus de lutte)

AUSC : les BDCF peuvent être normaux mais leur altération ne va pas tarder. Il faut guetter la tachycardie qui en est la 1^{ère} phase.

AU TOUCHER vaginal, le **col devient œdémateux**, la PDE est rompue spontanément, le segment inférieur est mal amplifié, il apparaît une bosse séro-sanguine sur la présentation *mal accommodée*, **la dilatation est stagnante** aux environs de 4-6 cm. La courbe de dilatation s'horizontalise et franchit la ligne d'alerte du partographe (schéma). La pelvimétrie peut révéler l'anomalie mineure ou majeure du bassin maternel.

PARACLINIQUE

Parfois nécessaire et plus précise,

- La cardiotocographie (un capteur au fond utérin et un capteur au siège des BDC) montre une augmentation du tonus de base et une hypercinésie généralisée associée et parfois une altération du RCF.
- PH au Sclap → une acidose progressive
- un bilan préthérapeutique s'impose : NFS, GSRH, Crase sanguine, créatinémie ... et VPA urgente et information et préparation en vue d'une éventuelle intervention obstétricale ou chirurgicale urgente)

EVOLUTION et PRONOSTIC

Éléments de surveillance

La surveillance maternelle et fœtale est plus que sérieuse (tous les éléments du partogramme et de la cardiotocographie) à la recherche de signes complications.

Modalités évolutives

L'évolution est favorable sous traitement

Sinon l'anomalie dure plus de 2 heures et des complications majeures peuvent survenir:

- complications fœtales

- SFA (...)
- mort fœtale in utéro (mort intrapartum)
- infection néonatale
- plus tard : séquelles neurologiques (retard psychomoteur ou scolaire...)

- Complications maternelles

- l'œdème du col durcit et les déchirures du col sont imminentes si l'expulsion se poursuit par voie basse
- la rupture utérine
- les lésions des parties molles sont fréquentes (spontanées ou épisiotomies)
- Fistules obstétricales (obstacle mécanique non levé)
- complications infectieuses

- hémorragies du post partum immédiat (/inertie secondaire, lésions filière)
- l'infection per partum ou, plus loin, des SDC (puerpérale)
- accidents thrombo-emboliques dans les suites de couches
- décès maternel
- complications liées à la dystocie causale (PP, HRP...) évoluant pour leur propre compte

PRONOSTIC

Dépendant délai de prise en charge

Type de complications observées

Qualité de la prise en charge

Complications propres à la prise en charge (risque lié à la césarienne, aux manœuvres d'extraction, traumatismes obstétricaux, risque synéchie, utérus cicatriciel, infertilité)

Le pronostic est bon si la DD est diagnostiquée assez tôt avec une correction immédiate efficace/

Il est mauvais s'il y a un retard à la correction urgente.

2. AUTRES FORMES CLINIQUES

→ **Formes symptomatiques**

- **Dilatation stationnaire par hypokinésie** : on la rencontre chez les grandes multipares. Les CU sont rares espacées, peu intenses bien tolérées avec une dilatation traînante ou stagnante au tour de 4 à 6 cm. Ici dans l'évolution, on peut observer :
 - un travail prolongé avec risque infectieux et SFA
 - un défaut d'engagement
 - un arrêt de la progression
 - retard à l'expulsion
 - inertie utérine avec (rétention placentaire, hémorragie de la délivrance)
- **Dystocie de démarrage**, s'installe à la première phase de dilatation (avant 3-4 cm)
 - Il s'agit plus souvent d'une primipare sans préparation psycho-physique)
 - La rupture des membranes est trop précoce ou prématurée
 - Les contractions sont régulières douloureuses irradiant vers les régions lombosacrées « accoucher par les reins »
 - Les CU sont mal supportés ; la femme est agitée.
 - Au TV le col est immature non modifié, reste ferme et épais, long, membranes rompues, le segment inférieur est mal formé, mal accommodé à la présentation qui reste haute

- Le diagnostic différentiel avec le faux travail reste difficile ; sous l'effet du traitement (test de Kreiss) le travail finit par s'installer.
 - **Dystocies par anomalies cervicales** : Tantôt les CU sont normales mais mal supporté avec ou non un bon relâchement, mais la dilatation est stagnante (*anomalie cervicale*). Retrouvées également dans des formes étiologiques (œdème du col, rétraction sur J2, cols pathologiques, défaut de transmission de l'onde contractile)
 - **Anomalies de la contractilité utérine** (subjective ou objective) Ces anomalies sont consignées sur un diagramme de surveillance dont l'étude permet de déceler très tôt une anomalie débutante et de la corriger. Il peut s'agir d'irrégularité ou d'inefficacité que l'on retrouve dans certaines formes étiologiques
- **Formes étiologiques** : maternelles (col pathologique, tumeur praevia, bassin), fœtales (macrosomie, mal position), foeto-annexielles (HRP, chorioamniotite, surdistension) ou iatrogènes (abus ocytociques ou ATS, médication traditionnelle)

- **Discrète gêne mécanique**

C'est la forme la plus courante et difficile à déceler, se rencontre dans :

- Variétés postérieures du sommet
- Présentation de la face
- Présentation du siège (ici la dynamique est très importante)
- Discrète anomalie du bassin (aplatis au DS, angustie, DFP..), dans tous les cas la scannopelvimétrie reste une bonne indication
- Malformation ou anomalie de l'utérus (hypoplasie d'un utérus cylindrique, bicorne, didelphe, myomatose, immaturité corporelle et cervicale comme chez les primipare trop jeunes)

- **Les obstacles insurmontables**

- Soit par obstacles maternels bassin rétréci, tumeur praevia, sténose du col, diaphragme...)
- Soit par obstacle foetal (macrosomie, hydrocéphalie, malformations, présentation de l'épaule, du front...)

- **Abus d'ocytociques**

Peut être dangereux pour le fœtus et en présence d'obstacle mécanique, risque de rupture utérine.

- **Hématome rétroplacentaire**, là l'hypertonie en ventre de bois est un élément essentiel du diagnostic.

- **Les surdistensions utérines** (grossesse multiple, hydramnios, macrosomie, malformations)

- **Agglutination du col**

- **Sténos cicatricielles du col, cancer du col, tumeurs du col,**

- o **Formes avec irrégularité dans les contractions utérines ou arythmie contractile, ou inefficacité** d'une contractilité utérine apparemment normale. Se traduisent par une stagnation de la dilatation cervicale. Le mécanisme serait une dissociation entre une activité utérine apparemment normale et une résistance segmento-cervicale par immaturité du col, pathologie du col ou mauvaise ampliation du segment inférieur.

Plusieurs théories :

- Inversion du gradient dépressif de Reynold et Caldeyro (défaut de synchronisation)
- Le syndrome de Demelin

Hypertonie localisée (anneau de striction entre 2 saillies fœtales = syndrome de **Demelin**). Il s'agit d'une hypertonie localisée sur une dépression de la surface fœtale (ex sillon du cou). La dilatation stagne. L'anneau de striction est visible lors de manœuvres d'extraction instrumentale ou manuelle qui deviennent difficiles. La correction médicamenteuse est possible mais peut conduire à une césarienne.

- Le syndrome de Schickele

Se caractérise par un anneau de striction cervicale rigide qui peut se prolonger mais finit par céder au traitement.

- Depaul

- **Formes iatrogènes** (abus d'ocytocique, d'antispasmodiques, Pharmacopée traditionnelle)

IV-TRAITEMENT

1. CURATIF

BUTS :

- régulariser les contractions et relancer la dilatation
- Obtenir naissance enfant normal sans morbidité maternelle.

MOYENS ET METHODES

- Préparation psychophysique à l'accouchement
- Déambulation, Accompagnement à l'accouchement
- MOYENS MEDICAUX
- Uterorelaxants
 - o antispasmodiques (Buscopan® phloroglucinol ou Spasfon®.)
 - o analgésiques (Dolosal®, Spasalgine®)
 - o bêtamimétiques (Salbutamol®)
- utérotoniques
 - o prostaglandines
 - o ocytociques (Syntocinon®)
- neuroleptiques
- anesthésie péridurale
- anesthésie générale
- réanimation maternelle
- soins au nouveau né
- réanimation néonatale

→ MOYENS OBSTETRICAUX

- RAM
- Vrille cervicale (dilatation du col au doigt ou à la pince)
- épisiotomie
- Direction du travail (utilisation de RAM, puis ocytocine, et surveillance)
- Manceuvres de dégagement
- Forceps, ventouse
- GES
- GATPA, ballonnet intra-utérin
- césarienne

MOYENS CHIRURGICAUX

- o sutures des lésions de la filière génitale
- o hystérectomie

INDICATIONS

Les indications dépendent de :

- la phase de la dilatation
- de la confrontation céphalo-pelvienne
- de l'état foetale et de sa présentation

- de l'état maternel (pathologie associée)
- Et de la forme clinique

Un principe :

Tout d'abord il faut dépister et **écarter tout obstacle mécanique** qui même discret peut être source de dystocie dynamique, dans ce cas la césarienne est le seul traitement.

- **Dilatation stationnaire (hyper ou hypokinésie): *direction du travail***
 - Ecarter tout obstacle mécanique
 - Il faut rompre les membranes, alors la dilatation devrait progresser
 - Sinon, on a recours aux utérorelaxants (Spasmalgine®, Spasfon®, Dolosal®) ou mieux à l'anesthésie péridurale. Rapidement on y associe une perfusion lente d'ocytocine avec une surveillance plus rapprochée de l'état fœtal (résultat : détente d'un utérus hypertonique et retour d'une contractilité physiologique et donc → poursuite de la dilatation jusqu'à accouchement par voie basse)
 - Si au bout de 2 heures la situation reste inchangée, ou si signes de SFA, → césarienne
 - Si la dilatation est à complète sans engagement au bout de 1 heure malgré une bonne dynamique → césarienne
 - Si après engagement il ya défaut de progression → extraction instrumentale si siège → GES
 - Si après descente et rotation il y a un défaut d'expulsion et/ ou fatigue maternelle → manœuvre de dégagement, ventouse + épisiotomie

Dystocie de démarrage: *test de Kreiss*

Il faut calmer la douleur, rassurer parturiente (accompagnement) et lui procurer un peu de sommeil ; par le test de Kreiss qui associe un antispasmodique (ex Spasfon®) et un anxiolytique (ex Valium) en IM. Cette thérapeutique est également valable pour arrêter un faux travail. Il est également possible de recourir aux bêtamimétiques. Après mise au calme de quelques heures le travail reprend un cours normal.

Complications de dystocie dynamique

- SFA : césarienne si à petite dilatation
GES si à complète et siège
Forceps (phase expulsive) > ventouse
Réanimation néonatale
- Fatigue maternelle : Extraction instrumentale / forceps

- Hémorragie de la délivrance
 - Ocytocine
 - Rostaglandines
 - Réanimation maternelle
 - DA, RU,
 - Ballonnet intra-utérin
 - Ligature artérielle
 - HRT si coagulopathie
- Traumatismes obstétricaux
 - Rupture utérine
 - Réanimation maternelle
 - Suture ou HRT selon l'état maternelle et bilan lésionnel
 - Déchirures cervicales : suture
 - Fistules : cure de fistule
- Cas particuliers selon l'étiologie
 - Si obstacle mécanique : césarienne et béta mimétiques dans l'attente de la césarienne si celle-ci risque d'être retardée
 - HRP : direction du travail (enfant mort) ou césarienne (enfant vivant)
 - Agglutination cervicale : vrille du col au doigt
 - Demelin : césarienne / Schickele : antispasmodiques , béta mimétiques

PREVENTION

PREVENTION PRIMAIRE plus difficile avant l'accouchement. Il se résume au dépistage des facteurs mécaniques, lors des CPN et la Préparation psychoprophylactique à l'accouchement en fin de grossesse. Certain mode d'accouchement (en style libre) pourrait également améliorer l'accompagnement des parturientes (jeunes primipares)

La prévention est surtout secondaire

PREVENTION SECONDAIRE : Accouchement assisté, Surveillance du partogramme, SONUC et Kit de césarienne d'urgence.

CONCLUSION

Affection fréquente et source de beaucoup d'évacuations sanitaires qui démasquent tout simplement l'intérêt de son dépistage (par la surveillance rigoureuse du partogramme et de la cardiotocographie) et du diagnostic précoce d'une éventuelle anomalie mécanique souvent associée.