

**Zeitschrift:** Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes  
**Band:** 118 (2020)  
**Heft:** 9

**Artikel:** Résolution de la dystocie dynamique en maison de naissance  
**Autor:** Julliard, Morgane / Peinnequin, Clélia  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-949098>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 19.11.2024

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**



# Résolution de la dystocie dynamique en maison de naissance

La dystocie du travail est un évènement fréquemment rencontré en obstétrique. De par sa prévalence et les conséquences maternelles et néonatales associées, cette problématique et son management s'inscrivent au cœur du rôle sage-femme. Cet article tiré d'un travail de bachelor traite de l'évaluation de l'efficacité de la stimulation mammaire, l'acupressure et l'amniotomie sur la résolution de la dystocie dynamique chez les femmes accouchant en maison de naissance.

TEXTE :  
MORGANE  
JULLIARD,  
CLELIA  
PEINNEQUIN

Un essor de la popularité des maisons de naissance (MDN) en Suisse est observé actuellement. En effet, en 2016, 1769 nouveau-nés ont été mis au monde dans ces institutions, représentant ainsi 2% des accouchements helvètes et 70% des accouchements extrahospitaliers. Parmi les femmes admises en travail, 17% ont été transférées vers l'hôpital. Les principales raisons concernent une «mauvaise présentation de l'enfant avec pour conséquence une stagnation ou un ralentissement du travail, le souhait de recevoir une anesthésie péridurale et des contractions insuffisantes» (Association Suisse des maisons de naissance [IGGH], 2016). Les dystocies du travail, et notamment la dystocie dynamique, apparaissent donc comme une cause importante de transfert des maisons de naissance, rompant ainsi avec le projet initial des couples. Cette problématique comporte donc des enjeux pour la sage-femme mais égale-

ment pour la femme et son partenaire [traduction libre] (Page & Mc Candlish, 2006). La prise en charge initiale reposera sur des mesures simples, peu coûteuses et à bas risque. Lorsque celles-ci ne sont pas suffisantes, des interventions intermédiaires sont souvent utilisées. Les praticien-ne-s peuvent également avoir recours en dernière intention à des interventions obstétricales plus complexes, plus coûteuses et associées à plus de risques [traduction libre] (Simkin *et al.*, 2017). Cette revue de littérature cherche à étudier les actions possibles à mettre en place par la sage-femme en maison de naissance dans le cadre de la dystocie dynamique. Elles seront donc de type primaires ou secondaires selon l'algorithme de prise en charge de la dystocie. Voir *l'algorithme de la dystocie par Simkin et al. (2017) à la page 64*. Trois interventions ont été sélectionnées pour leur potentiel effet stimulant sur la dynamique utérine: la stimulation mammaire, l'acupressure et l'amniotomie.



### Stimulation mammaire

La stimulation des seins semble avoir un effet positif sur la dynamique utérine et pourrait représenter une alternative à l'injection d'ocytocine lors d'un travail prolongé. Elle serait cependant moins efficace que cette dernière. L'utilisation de cette technique pourrait également augmenter les chances d'accouchement par voie basse comparativement à la perfusion d'ocytocine chez les femmes nullipares. Aucun effet néfaste n'a été mis en évidence pour la mère chez les femmes à bas risque (Curtis *et al.*, 1999b; Stein *et al.*, 1990). Aucun cas d'hyperstimulation utérine n'a été relevé. Une réduction significative du taux d'hémorragie du post-partum est mise en évidence lorsque cette méthode est utilisée dans le cadre de l'induction. (Kavanagh *et al.*, 2005; Stein *et al.*, 1990). Certaines précautions devraient cependant être observées afin de prévenir l'inconfort des seins et mamelons. En effet, certain·e·s auteur·e·s rapportent des effets secondaires de type inconfort, tiraillements, irritations des mamelons et engorgement en cas de stimulation manuelle ou mécanique des seins lors de l'induction (Tal *et al.*, 1988; Young & Poppe, 1987). La stimulation mammaire semblerait ne pas porter at-

teinte au bien-être fœtal et apparaîtrait même moins néfaste que la perfusion d'ocytocine en termes de bien-être fœtal dans le cadre des grossesses à bas risque (Curtis *et al.*, 1999b; Stein *et al.*, 1990; Kavanagh *et al.*, 2005). Pour l'application pratique, les protocoles diffèrent selon les auteur·e·s. Un consensus autour de certains éléments peut toutefois être dégagé. En effet, l'efficacité semble ap-

paraître 30 à 60 minutes après le début de la stimulation. Un système d'alternance avec des pauses semble adéquat notamment pendant la contraction utérine. La stimulation peut être poursuivie jusqu'à obtenir des contractions régulières et une dilatation harmonieuse [traduction libre] (Simkin, 2017; Razgaitis & Lyvers, 2010). Différentes méthodes peuvent être utilisées par la femme elle-même ou son partenaire: le toucher, l'application de chaleur, le massage, la succion ou le tire-lait, à travers les vêtements ou à même la peau [traduction libre] (Curtis, 1999a). La stimulation des mamelons est une technique naturelle, peu coûteuse et permet aux femmes d'avoir un meilleur contrôle sur le processus de stimulation du travail. Elle semble donc parfaitement adaptée aux conditions d'exercices de la MDN. Cependant, les études sur le sujet sont anciennes et de faible qualité, de nouvelles recherches seraient nécessaires afin de confirmer ces données.

#### L'acupressure, en lien avec une possible diminution du temps de travail

L'acupressure, ou shiatsu, est une technique de médecine alternative prenant ses sources dans la médecine traditionnelle chinoise. Elle semble nécessiter une formation afin de garantir l'innocuité de la méthode. De plus, il est à noter que cette dernière s'inscrit dans une prise en charge holistique et individualisée. L'acupressure consiste en une forme de massage imprimant un mouvement circulaire en suivant un flux d'énergie vitale. Elle est pratiquée avec le bout de l'index ou du pouce, avec une pression dépendant de la localisation

du point stimulé [traduction libre] (Roemer *et al.*, 2005). Les deux points d'acupressure les plus étudiés dans les articles sont SP6 et LI4 (Makvandi *et al.*, 2016). SP6 (Spleen 6 ou Sayinjiao) est situé 3 cm au-dessus de l'extrémité de la malléole interne, derrière le

## Le recours à l'acupressure augmenterait également les chances d'accouchement par voie basse, ce qui pourrait être en lien avec la diminution du temps de travail.

bord inférieur du tibia. LI4 (Large Intestin 4 ou Hegu) est localisé sur le dos de la main, entre le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>e</sup> métacarpien, au milieu du 2<sup>e</sup>, au niveau radial (Peiran, 2010).

Une diminution significative de la durée de la phase active du travail d'environ 78 minutes lors de l'utilisation de points d'acupressure est observée. De plus, une diminution significative d'environ six minutes de la durée de la seconde phase du travail est mise en évidence. L'acupressure pourrait donc avoir un effet sur la dystocie en agissant sur la dynamique utérine. Le recours à cette méthode augmenterait également les chances d'accouchement par voie basse, ce qui pourrait être en lien avec la diminution du temps de travail (Makvandi *et al.*, 2016). L'association entre l'utilisation de cette technique et une diminution significative de la douleur après stimulation des points SP6 et LI4 ainsi qu'une satisfaction maternelle plus élevée est observé (Chaillat *et al.*, 2014; Smith *et al.*, 2011). Il est à noter que les effets de l'acupressure sur le fœtus et le nouveau-né n'ayant pas été évalués, une vigilance accrue semble nécessaire. De plus, l'hétérogénéité des études incluses en termes de qualité et de techniques utilisées incite à nuancer les résultats obtenus.

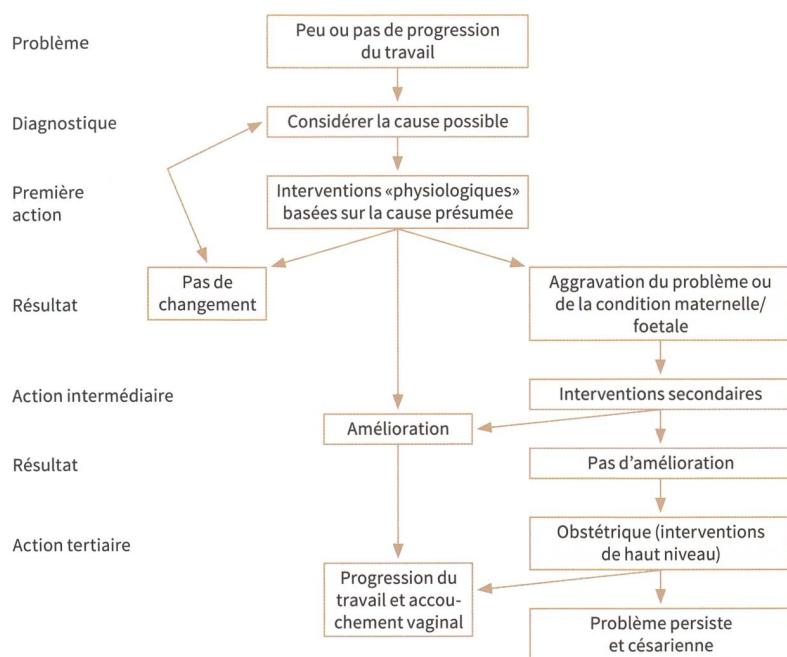
Concernant l'application pratique, les techniques semblent varier selon les professionnel·le·s, il est donc difficile d'émettre une recommandation précise à ce sujet. L'inten-

*La stimulation des seins semble avoir un effet positif sur la dynamique utérine et pourrait représenter une alternative à l'injection d'ocytocine lors d'un travail prolongé.*

teinte au bien-être fœtal et apparaîtrait même moins néfaste que la perfusion d'ocytocine en termes de bien-être fœtal dans le cadre des grossesses à bas risque (Curtis *et al.*, 1999b; Stein *et al.*, 1990; Kavanagh *et al.*, 2005).

Pour l'application pratique, les protocoles diffèrent selon les auteur·e·s. Un consensus autour de certains éléments peut toutefois être dégagé. En effet, l'efficacité semble ap-

### Plan de soins pour le problème de «peu ou pas de progression du travail»



sité des pressions et les choix des points devraient toutefois être guidés par les ressentis de la femme et peuvent évoluer au cours du processus. A titre d'exemple, Simkin *et al.* (2017) recommandent de stimuler ces points en pressant fermement avec le doigt pendant 10 à 60 secondes, puis de faire une pause pendant la même durée. La sage-femme formée peut également enseigner comment effectuer l'acupression aux femmes ou à leurs accompagnateur-trice-s (Betts, 2012). Cette méthode paraît donc parfaitement adaptée à la pratique en MDN et peut représenter une alternative complémentaire intéressante de l'approche occidentale dans la prise en charge de la dystocie.

#### Amniotomie, réduction significative du temps de la deuxième phase

L'amniotomie de routine ne permettrait pas de réduire de manière significative le temps de travail (durée de la première et de la seconde phases). Cependant chez les nullipares une réduction significative de la durée de la deuxième phase serait toutefois observée. Aucune différence significative sur le taux de césarienne n'a été observée, mais une tendance est mise en évidence dans le cadre d'une amniotomie de routine. Aucune différence significative du taux d'instrumentation n'a été retrouvée. Les taux de prolapsus du cordon, de chorioamniotite, d'hémorragies anté- et post-partum et de mortalité ne semblent pas majorés par

la rupture artificielle des membranes (RAM) (Nachum *et al.*, 2010; Smyth *et al.*, 2013; Thirawat & Kovavisarach, 2017; Vadivelu *et al.*, 2017). L'utilisation d'antalgiques ne semble également pas majorée par la pratique de l'amniotomie. La survenue d'un score d'Appgar <7 à 5 minutes ne diffère pas dans la population générale (Smyth *et al.*, 2010; Nachum *et al.*, 2010, Thirawat *et al.*, 2017), excepté dans le sous-groupe nullipare où le risque est moins fréquent (Smyth *et al.*, 2010). Le taux d'admission en unité en soins intensifs néonataux et d'infection n'est pas augmenté (Smyth *et al.*, 2010; Thirawat, 2017). Le risque de survenue

d'acidose, de syndrome d'aspiration méconiale et de tracé cardiaque fœtal suspect ou pathologique n'est pas statistiquement significatif. Une tendance à l'augmentation dans le groupe amniotomie est cependant mise en évidence pendant la première phase (Smyth *et al.*, 2010). Ces résultats restent à nuancer en lien avec l'hétérogénéité des articles.

Dans le cadre d'une stagnation du travail lors de la phase active, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2015) recommande la pratique de l'ocytocine combinée à la RAM si les contractions utérines ne sont pas régulières. Le NICE (2017) indique qu'en cas de prolongement de la première phase, l'amniotomie peut être considérée chez les femmes ayant des membranes intactes. Dans le contexte de la maison de naissance et en suivant l'algorithme de prise en charge de la dystocie (Simkin *et al.*, 2017), lorsque le diagnostic est posé, il convient donc de mettre en priorité en place des interventions primaires visant à promouvoir la physiologie (mobilisation et changement de position, hydratation, ...). Après échec de ces dernières et si les conditions sont favorables (évaluation du risque de proci-dence, absence de vaesa pravia), la RAM peut donc être considérée comme une intervention secondaire cliniquement raisonnable. Un transfert en vue de l'administration d'utérotoniques devrait être considéré si la dystocie persiste ou en cas de péjoration du bien-être maternel et/ou fœtal.

En revanche, dans le cas d'une phase de latence prolongée, l'approche est différente. Les dernières recommandations de l'OMS

#### AUTEURES



**Morgane Julliard,** infirmière sage-femme, diplôme d'Etat d'infirmier-ère en France en 2015, elle travaille pendant deux ans dans des services de néphrologie et de rhumatologie, suivi d'un bachelors de sage-femme à la Haute Ecole de Santé Vaud en 2019. Elle exerce à la Clinique de la Source à Lausanne. mjulliard1@gmail.com



**Clélia Peinnequin,** infirmière sage-femme, diplôme d'Etat d'infirmier-ère en France en 2016, elle exerce ensuite dans des services d'urgences et de gynécologie. Bachelor de sage-femme à la Haute Ecole de Santé Vaud en 2019. Elle travaille à la maternité de Morges. cle.pein@gmail



(2018) stipulent que «le travail peut ne pas s'accélérer naturellement qu'avant un seuil de dilatation du col de l'utérus de 5 cm ne soit atteint.» (p.5) et que «les femmes devraient être informées que la durée standard de la phase de latence n'a pas été établie et peut grandement varier d'une femme à l'autre». Par conséquent «l'utilisation d'interventions médicales pour accélérer le travail et l'accouchement avant ce seuil n'est pas recommandée si les conditions fœtales et maternelles sont rassurantes» (p. 5). La définition de la phase de latence prolongée n'est cependant pas évidente puisque la durée varierait d'une personne à l'autre. Il est possible de supposer qu'elle sera définie par la parturiente elle-même en corrélation avec l'observation clinique de la sage-femme. Elle pourrait être mise en évidence par une péjoration du bien-être maternel, à savoir la survenue d'un épuisement, souvent corrélé à une douleur très intense ne pouvant plus être soulagée par les techniques physiologiques de la MDN. Une réflexion avec la femme sur un transfert en milieu hospitalier serait adéquate afin d'assurer une prise en charge adaptée à la situation. De plus, une rupture prolongée des

membranes de plus de 18h avant la naissance est considérée comme un facteur de risque pour un sepsis néonatal précoce selon la Société suisse de néonatalogie (2013). Pratiquer une RAM en phase de latence pourrait donc augmenter ce risque puisque la durée n'en est pas définie et pourrait donc s'étendre sur plus de 18h. Ainsi, il ne semble donc pas pertinent de pratiquer cette intervention lors de la phase de latence en MDN. En effet, une phase de latence prolongée serait définie par l'épuisement maternel. Or, l'amniotomie ne semble pas permettre une résolution rapide et certaine de la dystocie et augmente le risque d'infection. La résolu-

tion de l'épuisement maternel, principalement par le soulagement de la douleur, paraîtrait donc prioritaire avant d'envisager tout autre intervention.

### En résumé

L'amniotomie pourrait être considérée comme une intervention secondaire acceptable pour le traitement de la dystocie lors de la phase active, mais semble peu pertinente pour une phase de latence prolongée. La stimulation mammaire paraît être une technique prometteuse qui nécessiterait davantage d'investigations. De par ses effets sur la dynamique utérine, l'acupression pourrait être efficace lors de dystocie. Des recherches supplémentaires devraient être menées pour le confirmer. Le choix de l'utilisation de ces interventions s'inscrit dans le partenariat entre la sage-femme et la femme. ☺

Julliard, M. & Peinnequin, C. (2019). Efficacité de l'amniotomie, de la stimulation mammaire et de l'acupression pour la résolution de la dystocie dynamique en maison de naissance. Travail de bachelor dirigé par Bénédicte Michoud-Bertinotti, Haute Ecole de Santé Vaud, 109 p.

## La résolution de l'épuisement maternel, principalement par le soulagement de la douleur, paraîtrait donc prioritaire avant d'envisager tout autre intervention.

### Références

- Association Suisse des maisons de naissance (2017) Statistiques ASMN 2016. www.geburtschaus.ch
- Betts, D. (2012) Guide pratique d'acupuncture pour la grossesse et l'accouchement. Bruxelles: Satas.
- Chaillet, N., Belaid, L., Crochetière, C., Roy, L., Gagné, G.-P., Moutquin, J. M., ... & Bonapace, J. (2014) Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: A meta-analysis. *Birth*; 41(2), 122-137. doi: 10.1111/birt.12103
- Chung, U.-L., Hung, L.-C., Kuo, S.-C., & Huang & C.-L. (2003) Effects of LI4 and BL 67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. *The journal of nursing research*; 11(4), 251-260.
- Curtis, P. (1999) Breast stimulation to augment labor: history, mystery, and culture. *Birth*; 26(2), 123-126.
- Curtis, P., Resnick, J. C., Evens, S. & Thompson, C. J. (1999) A comparison of breast stimulation and intravenous oxytocin for the augmentation of labor. *Birth*; 26(2), 115-122.
- Kavanagh, J., Kelly, A. J. & Thomas, J. (2005) Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD003392.pub2
- Makvandi, S., Mirzainajmabadi, K., Sadeghi, R., Mahdavian, M. & Karimi, L. (2016) Meta-analysis of the effect of acupressure on duration of labor and mode of delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*; 135(1), 5-10. doi:10.1016/j.ijgo.2016.04.017
- Nachum, Z., Garmi, G., Kadan, Y., Zafran, N., Shalev, E. & Salim, R. (2010) Comparison between amniotomy, oxytocin or both for augmentation of labor in prolonged latent phase: a randomized controlled trial. *Reproductive Biology and Endocrinology*; 8(1), 136. doi:10.1186/1477-7827-8-136
- National Institute for Health and Care Excellence (2017) Intrapartum care for healthy women and babies. www.nice.org.uk/guidance
- Organisation mondiale de la Santé & Jhpiego (2015) Recommandations relatives à l'accélération du travail. www.who.int/reproductivehealth
- Organisation mondiale de la Santé (2018) Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. Genève. www.who.int/reproductivehealth
- Page, L. & McCandlish, R. (Éds) (2006) *The new midwifery: science and sensitivity in practice* (2<sup>e</sup> éd.). Edinburgh: Churchill Livingstone [u.a.].
- Peiran, Q. (2010) Traitement d'acupuncture et de moxibustion (médecine traditionnelle chinoise). Editions I.M.T.C. Le Pontet (F).
- Razgaitis, E. J. & Lyvers, A. N. (2010) Management of protracted active labor with nipple stimulation: a viable tool for midwives? *Journal of Midwifery & Women's Health*; 55(1), 65-69. doi:10.1016/j.jmwh.2009.05.002
- Roemer, A. T., Kempfle, T. & Reuther, I. (2005) Medical acupuncture in pregnancy: a textbook. Stuttgart; New York: Thieme.
- Salehian, T., Safdari-Dehcheshmehi, F., Alavi, A. & Rahimi-Madiseh, M. (2011) Effects of acupressure at the Sanyinjiao point (SP6) on labor pain and delivery time in nulliparous women [in Persian]. *Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences*, 12.
- Simkin, P., Hanson, L. & Ancheta, R. (2017) *The labor progress handbook: early interventions to prevent and treat dystocia* (Fourth edition). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Smith, C. A., Collins, C. T., Crowther, C. A. & Levett, K. M. (2011) Acupuncture or acupressure for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD009232
- Smyth, R. M., Markham, C. & Dowswell, T. (2013) Amniotomy for shortening spontaneous labour. Dans The Cochrane Collaboration (Éd.). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. doi:10.1002/14651858.CD006167.pub4.
- Société Suisse de Néonatalogie (2013) Recommandations pour la prise en charge des nouveau-nés après 34 semaines avec des facteurs de risque pour une infection bactérienne périnatale (sepsis néonatal précoce). *Paediatrica*; 24, n°1, 11-13.
- Stein, J. L., Bardeguet, A. D., Verma, U. L. & Tegani, N. (1990) Nipple stimulation for labor augmentation. *The Journal of Reproductive Medicine*; 35(7), 710-714.
- Tal, Z., Frankel, Z. N., Ballas, S. & Olschwang D. (1988) Breast stimulation for the induction of labor. *Obstet Gynecol*; 72:671-674.
- Thirawat, S., & Kovavisarach, E. (2017) Maternal and neonatal outcomes of parturients with or without amniotomy for augmentation of labor. *Journal of the Medical Association of Thailand*; (100:11), 1156-1161.
- Vadivelu, M., Rathore, S., Benjamin, S. J., Abraham, A., Belavendra, A. & Mathews, J. E. (2017) Randomized controlled trial of the effect of amniotomy on the duration of spontaneous labor. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*; 138(2), 152-157. doi:10.1002/ijgo.12203.
- Young, J. T. & Poppe C. A. (1987) Breast pump stimulation to promote labor. *MCN*; 12:124-126.