

Le faux début de travail : faux problème ? : identification de facteurs de risque et de complications

Sabine Christophe

► **To cite this version:**

Sabine Christophe. Le faux début de travail : faux problème ? : identification de facteurs de risque et de complications. Médecine humaine et pathologie. 2012. hal-01875992

HAL Id: hal-01875992

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01875992>

Submitted on 18 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

Le faux début de travail : faux problème?

Identification de facteurs de risque et de
complications

Mémoire présenté et soutenu par

Christophe Sabine

Promotion 2012

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire Mme Nadjafizadeh, cadre enseignante sage-femme à l'école de Nancy, pour m'avoir conseillée et soutenue tout au long de ce travail.

Aussi, j'adresse mes remerciements à Mlle Lemoine, sage-femme en salle de naissance à la MRUN et experte de ce mémoire, pour tout l'aide et toute l'attention apportée.

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| Sommaire | 3 |
| Liste des abréviations..... | 5 |
| Preface..... | 6 |
| Introduction | 7 |
| Partie 1 | 9 |
| 1. Définition du travail..... | 10 |
| 1.1. Diagnostic du travail | 10 |
| 1.2. Physiologie et rôle de la contraction utérine | 10 |
| 1.3. Physiologie de la dilatation cervicale..... | 16 |
| 2. Le déclenchement spontané du travail..... | 19 |
| 2.1. La régulation de la Contraction Utérine (CU)..... | 19 |
| 2.2. La maturation cervicale..... | 20 |
| 2.3. Les mécanismes initiateurs du travail | 21 |
| 3. Le faux début de travail..... | 22 |
| 3.1. Définition et physiopathologie | 22 |
| 3.2. Diagnostic et diagnostic différentiel | 23 |
| 3.3. Les facteurs de risques connus | 25 |
| 3.4. Prise en charge du faux début de travail | 26 |
| 3.5. Conséquences du faux début de travail..... | 30 |
| Partie 2 : Etude..... | 37 |
| 1. Méthodologie et caractéristiques de l'étude | 38 |
| 1.1. Objectifs de l'étude | 38 |
| 1.2. Hypothèses testées | 38 |
| 1.3. Population et méthode..... | 39 |
| 2. Présentation des résultats | 41 |
| 2.1. Facteurs de risque du faux début de travail..... | 41 |
| 2.2. Complications et situations associées au faux début de travail | 53 |
| Partie 3 : Analyse des résultats et discussion..... | 64 |
| 1. Analyse des résultats | 65 |
| 1.1. Limites et biais de l'étude | 65 |
| 1.2. Outil statistiques utilisés | 65 |
| 1.3. Analyse des résultats | 66 |
| 1.4. Validation des hypothèses..... | 69 |
| 2. Discussion..... | 71 |
| 2.1. A propos des facteurs de risque | 71 |

| | | |
|---------------------------------|---|-----------|
| 2.2. | A propos des complications durant le travail et l'accouchement..... | 74 |
| 2.3. | A propos des caractéristiques de la grossesse | 79 |
| 2.4. | A propos de l'accompagnement du faux début de travail..... | 80 |
| 2.5. | Synthèse | 82 |
| Conclusion..... | | 85 |
| Bibliographie | | 87 |
| TABLE DES MATIERES | | 90 |
| Annexe 1..... | | I |

LISTE DES ABREVIATIONS

AG : Age Gestationnel

APD : analgésie péridurale

ATCD : antécédent

CU : Contractions Utérines

DIM : Département d'Information Médicale

DPIO : Décollement du Pôle Inférieur de l'Œuf

HTA : Hypertension Artérielle

IMC : Indice de Masse Corporelle

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MFIU : Mort Fœtale In Utero

MRUN : Maternité Régionale Universitaire de Nancy

PDE : Poche Des Eaux

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

RPM : Rupture Prématuration des Membranes

SA : Semaines d'Aménorrhée

SI : Segment Inférieur

PREFACE

Lors de mes stages dans différents secteurs de la maternité, une pathologie récurrente a retenu mon attention : « le faux début de travail ». Les questions des patientes telles que : « C'est pour aujourd'hui ou pour demain ? » m'ont interpellée d'autant que la réponse donnée n'était jamais celle qu'elles attendaient. Effectivement, devant des contractions utérines qui perdurent, qui sont douloureuses mais non efficaces, l'idée que le travail survienne rapidement serait plutôt rassurante.

Dans la mesure où nous, sages-femmes, prenons régulièrement en charge le faux début de travail, il m'a semblé intéressant d'en apprendre un peu plus à ce propos.

Introduction

Le faux début de travail est une pathologie de fin de grossesse qui est fréquemment rencontrée par les sages-femmes en maternité. Il s'agit d'un épisode, chez la femme enceinte à terme, de contractions utérines douloureuses, plus ou moins régulières mais non associées à une modification notable du col utérin. Généralement, la prise en charge consiste soit à provoquer l'arrêt des contractions utérines, soit à temporiser en soulageant la douleur jusqu'à la mise en travail spontanée.

Selon S. ARULKUMANAN et CW. SCHAUBERGER, le faux début de travail concerne 5 à 12 % des patientes. [1, 2] Très peu d'études récentes font l'état des lieux de cette anomalie et la littérature est assez pauvre concernant ce sujet. De plus, certains auteurs, ne s'accordent pas sur la définition du faux début de travail, et sur ses moyens diagnostics.

En pratique, le diagnostic de faux début de travail n'est pas si facile et les moyens thérapeutiques, bien qu'ils soient divers et variés, ne sont pas toujours efficaces et adaptés.

Les étiologies et les conséquences à court et long terme du faux début de travail sont peu connues. De même, la physiopathologie de ce syndrome est imprécise. [3] Quelques études seulement mettent en évidence certains facteurs de risque de cet épisode de contractions utérines (comme la multiparité [4], l'oligoamnios [5]...) et démontrent qu'à la suite de celui-ci, le pronostic obstétrical et néonatal est moins favorable. [1, 2, 6]

Comment peut-on accompagner au mieux ces futures mères si l'on ne sait pas de quoi le faux début de travail ressort ?

Notre premier axe de recherche vise à identifier les étiologies ou facteurs de risques ainsi que les mécanismes physiopathologiques de cette anomalie afin de mieux la prendre en charge. Ensuite nous essaierons de mettre en évidence des éventuelles complications obstétricales, fœtales et néonatales favorisées par le faux début de travail et qui pourraient être prévenues.

Une étude cas/témoins sur 154 patientes à terme dont la moitié a présenté un ou plusieurs faux débuts de travail conduisant à une hospitalisation sur l'année 2010 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy a été réalisée dans le but de répondre à deux objectifs. Quels sont les facteurs de risques du faux début de travail et quelles sont ses conséquences sur le déroulement du travail, sur l'accouchement et sur l'adaptation initiale du nouveau-né ? Nos hypothèses pour ces recherches sont centrées sur les antécédents maternels personnels, les particularités anatomiques utérines et sur les complications les plus couramment rencontrées en obstétriques.

La première partie de ce travail apporte d'abord des éléments de définition du « vrai travail » puis les notions relatives aux mécanismes physiologiques de la mise en travail spontanée. L'état actuel des connaissances au sujet du faux début de travail y sera de même abordé.

La deuxième partie s'articule autour de la réalisation l'étude.

Enfin, une analyse des résultats permettant la validation des hypothèses et une discussion sont proposées en guise de troisième partie.

Partie 1

1. DEFINITION DU TRAVAIL

Le travail regroupe les phénomènes physiologiques et mécaniques aboutissant à la sortie du fœtus hors des voies génitales de sa mère. » [7]. Il se divise en deux parties : la dilatation du col de l'utérus, constituant cette « première étape du travail » et l'expulsion, physiologique si elle a lieu entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée (SA).

1.1. Diagnostic du travail

Le travail se caractérise par deux phénomènes simultanés :

- La présence de contractions utérines (CU) rapprochées (plus de 2 par 10 minutes), régulières, douloureuses, d'une durée comprise entre 60 et 90 secondes.
- La modification cervicale avec une dilatation supérieure à 3cm sur un col effacé.

1.2. Physiologie et rôle de la contraction utérine

1.2.1. Physiologie de la contraction utérine

La contraction utérine (CU) est la force motrice qui permet, au cours de l'accouchement, la dilatation du col utérin et la progression du mobile fœtal dans la filière génitale.

a. Physiologie de la fibre musculaire lisse

- **Le myomètre**

La CU est possible grâce à l'activité du myomètre, muscle lisse constituant l'essentiel de la paroi utérine. La proportion des fibres musculaires lisse augmente progressivement au cours de la grossesse.

La contractilité globale du myomètre dépend de l'activité de chaque fibre et de la synchronisation des cellules. [7]

- **Contraction des fibres**

La contraction de la fibre musculaire lisse résulte du glissement des filaments d'actine et myosine les uns par rapports aux autres pour aboutir à une liaison actine-myosine. Cette réaction nécessite la présence du Ca^{++} intracellulaire et de l'ATP (adénosine triphosphate) qui fournit l'énergie.

L'ocytocine et les prostaglandines permettent le largage du Ca^{++} dans la cellule donc favorisent cette réaction de glissement.

On retrouve une prédominance de contractilité au niveau du fond et du corps utérin du fait d'une plus grande concentration des fibres à ces endroits. [7]

b. Régulation de l'activité myométriale

Cette régulation se fait par deux contrôles : [8]

- **Le contrôle humoral :**

Les œstrogènes permettent la synthèse d'actine et myosine et favorisent la propagation du potentiel d'action ce qui augmente l'activité du myomètre.

La progestérone, en diminuant la concentration de calcium libre dans la cellule, favorise plutôt la relaxation utérine.

L'ocytocine accroît l'activité en augmentant le courant calcique au cours de la CU et en entretenant la dépolarisation membranaire.

Les prostaglandines libèrent le calcium dans la cellule donc augmente l'activité utérine.

- **Le contrôle nerveux :**

Il s'effectue grâce à la libération à distance de catécholamines (adrénaline, noradrénaline, dopamine...), neurotransmetteurs. Mais, il diminue nettement au cours de la grossesse car la concentration en catécholamines baisse.

c. Etude de l'activité utérine

Les CU sont intermittentes, totales et intéressent tout l'utérus. Elles sont douloureuses à partir d'un certain seuil d'intensité. Elles peuvent durer entre 60 et 90 secondes.

- **Les moyens de mesure d'une CU**

Une CU peut s'apprécier par la palpation manuelle.

La tocographie interne permet de mesurer tous les paramètres de la CU.

La tocographie externe ne donne que des indications de fréquence, de régularité, de durée et de durée de repos entre les CU. C'est le moyen le plus utilisé en pratique pour surveiller les CU. Il s'associe souvent à la palpation manuelle. Voici un exemple d'enregistrement par tocographie externe (en bas) associé à l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (en haut) :

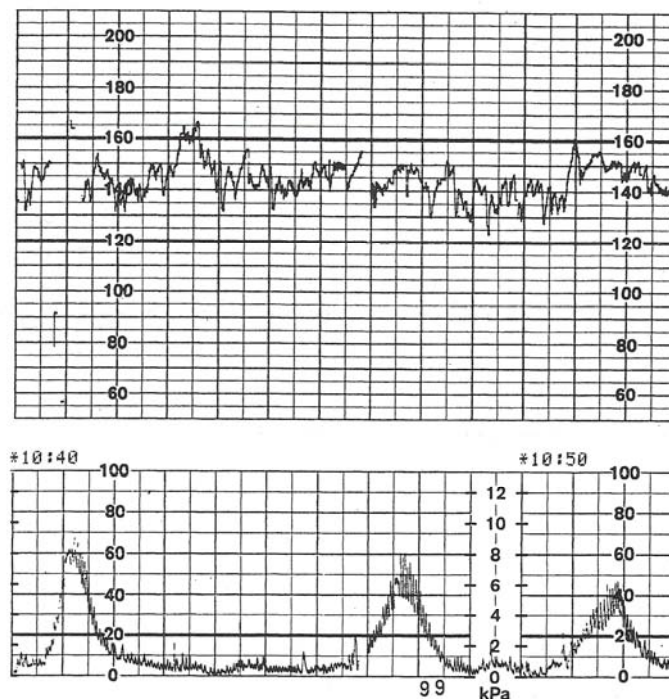


Figure 1 : *Monitoring en cours de travail* [7]

- **Les paramètres de la CU :**

Les variations de pression s'expriment souvent en mmHg.

Le tonus de base correspond à la pression la plus basse entre deux CU.

L'intensité totale est la pression maximale enregistrée, c'est l'acmé de la CU.

L'intensité vraie vaut l'intensité totale diminuée du tonus de base.

La fréquence compte le nombre de cycle par unité de temps (10min).

La durée d'une CU correspond au temps durant lequel la pression intra-utérine s'élève au-dessus du tonus de base.

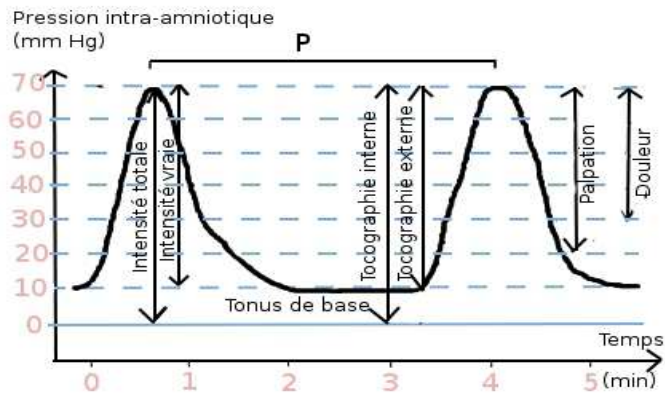


Figure 2 : Courbe de pression intra-utérine et paramètres

- **Evolution de l'activité utérine**

Au cours de la grossesse, l'activité utérine augmente :

- Avant 30 SA (Semaines d'Aménorrhée), l'activité est faible avec de rares petites CU.
- Entre 30 et 37 SA, l'activité peut s'accroître : les CU augmentent en fréquence et intensité. Sur ce fond contractile peuvent apparaître des CU de Braxton Hicks, CU incoordonnées physiologiques de fin de grossesse, ressenties par la femme.
- Le début du travail est caractérisé par des CU de plus en plus rapprochées, fréquentes, intenses et longues.

- **La contraction de travail**

Le tonus de base varie de 2 à 13 mmHg, l'intensité totale est de 35 à 65 mmHg. La fréquence des CU passe de 1 à 4 par 10 minutes avec une durée de 60s en début de travail puis 85s à la fin. [7]

1.2.2. Rôles et effets de la contraction utérine

Les différents rôles et effets de la CU sont fondamentaux. En effet, sans CU, il n'y a pas de dilatation cervicale et tout simplement pas d'expulsion du fœtus. Comment agissent-elles pour aboutir à la naissance ?

a. Formation et ampliation du Segment Inférieur (SI)

Au troisième trimestre, la partie basse sus-cervicale de l'utérus se distend et moule le pôle inférieur de l'œuf, formant le SI. Son étirement et amincissement correspond à l'ampliation du SI et ne peut se faire seulement grâce à la poussée du pôle fœtal sous l'effet des CU. Chez la nullipare, elle apparaît dans le dernier mois de grossesse et plutôt en début de travail chez la multipare. Le principal rôle du SI est de recueillir les forces contractiles du corps de l'utérus et de les orienter excentriquement vers le col. [7]

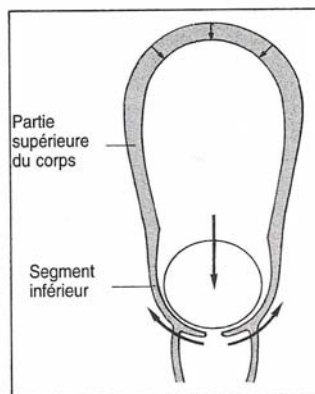


Figure 3 : Formation du SI. [8]

b. Effacement et dilatation du col au cours du travail

Les CU entraînent deux phénomènes.

- l'effacement du col par diminution progressive de son épaisseur et de sa longueur jusqu'à la dilatation complète.
- la dilatation grâce à la pression exercée par la présentation et la poche des eaux.

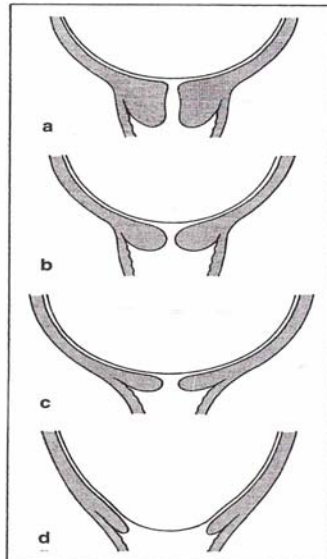


Figure 4 : Effacement et dilatation du col. a) col long fermé et SI formé, b) col court, c) col effacé, d) col effacé à dilatation complète. [8]

c. Formation de la Poche Des Eaux (PDE)

La PDE correspond à la portion de membranes ovulaires découverte par la dilatation du col. Elle possède plusieurs rôles :

- en fin de grossesse, elle permet l'ampliation de SI qui la coiffe.
- au début du travail, les membranes se décollet sur presque toute la hauteur du SI libérant des prostaglandines donc augmentant l'activité utérine.
- pendant la CU, elle élargit l'ouverture du col.
- Sa rupture sous l'effet des CU, augmente l'activité du myomètre par augmentation de la sécrétion locale de prostaglandines.

d. Progression du mobile foetal

La CU permet au mobile foetal d'appuyer sur le col engendrant sa dilatation. Elle entraîne aussi sa progression dans les voies génitales de sa mère jusqu'à l'expulsion.

1.3. Physiologie de la dilatation cervicale

1.3.1. La maturation cervicale

La maturation cervicale débute quelques jours avant le début du travail. Le col devient mou, court et se centre grâce aux modifications du tissu conjonctif du stroma cervical. Ce phénomène se fait indépendamment des CU. [8]

1.3.2. Les phases de la dilatation

La période de dilatation comprend deux phases : une phase de latence et une phase active selon le diagramme de Friedman.

La phase de latence correspond à l'effacement du col utérin et au début de la dilatation avant 3 cm. Elle dure environ 7h chez la nullipare et 5h chez la multipare. [7]

La phase active comprend les différentes étapes de la dilatation du col effacé jusqu'à la dilatation complète (10 cm). Ces étapes sont décrites sur le diagramme ci-dessous (figure 5) :

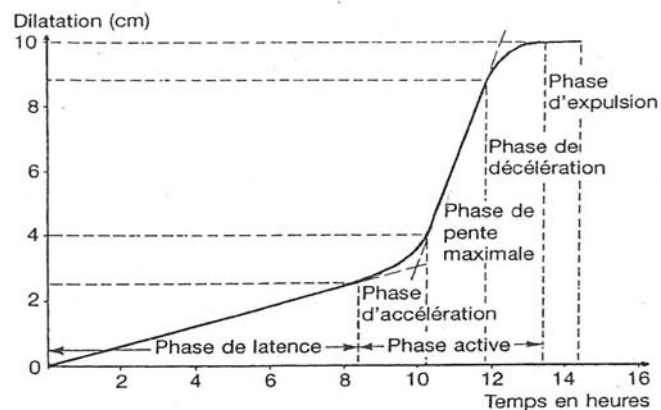


Figure 5 : Evolution de la dilatation en fonction du temps d'après FRIEDMAN. [7]

Le passage de la phase de latence à la phase active se fait différemment selon la parité. En effet, cette transition s'effectue plus tôt chez la nullipare (3cm) que chez la multipare (4 cm).

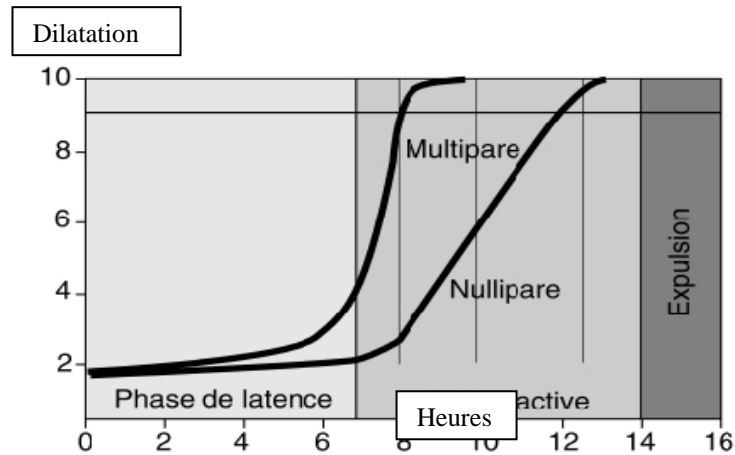


Figure 6 : Transition de la phase de latence à la phase active.

1.3.3. Mécanismes de la dilatation

Les mécanismes de la dilatation cervicale sont étroitement liés à la qualité des CU (fréquence, intensité, durée) et à l'application de la présentation sur le col. Ils sont favorisés par la présence de la PDE et du SI.

La dilatation se déroule en plusieurs étapes :

- L'orifice interne du col s'ouvre permettant au col de diminuer sa longueur jusqu'à son incorporation totale dans le SI, l'effacement.
- Le col effacé s'élargit progressivement (1cm, 2 cm...).
- Lorsqu'il disparaît complètement, on parle de dilatation complète (10 cm).

Chez la primipare, la dilatation suit l'effacement. (Figure 7)

Par contre, chez la multipare, effacement et dilatation sont simultanés (Figure 8). Cependant, c'est l'effacement qui permet le diagnostic du travail. En effet, le col peut être dilaté de 3cm mais non effacé.

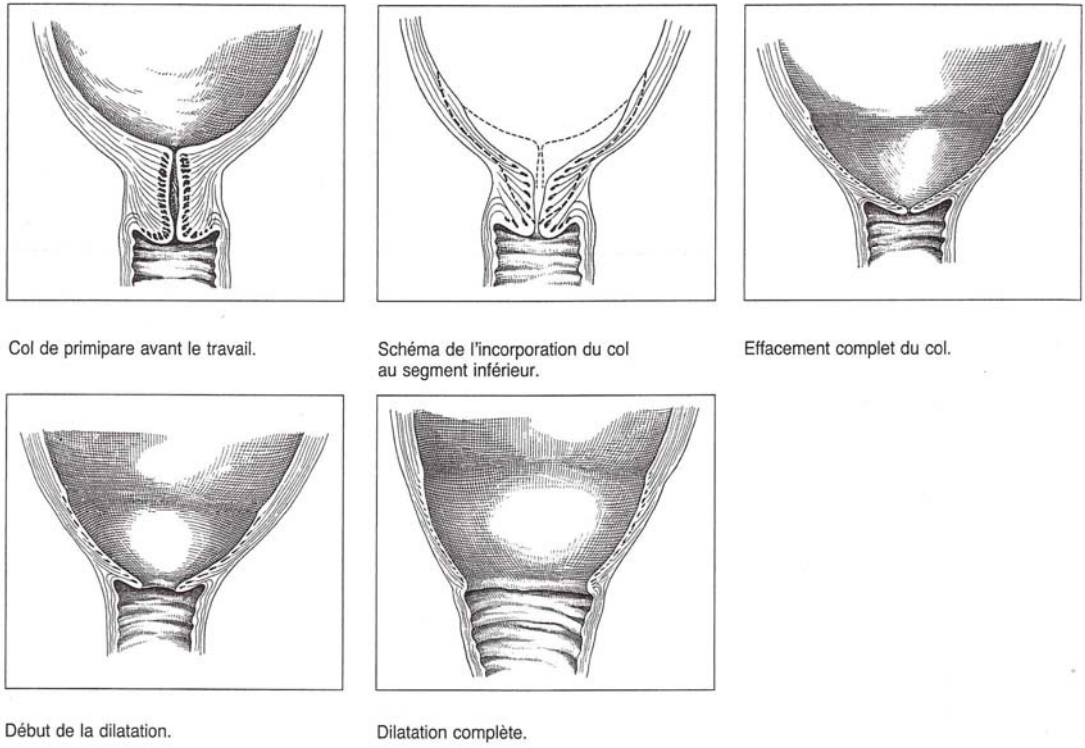


Figure 7 : *Effacement et dilatation chez la primipare.* [7]

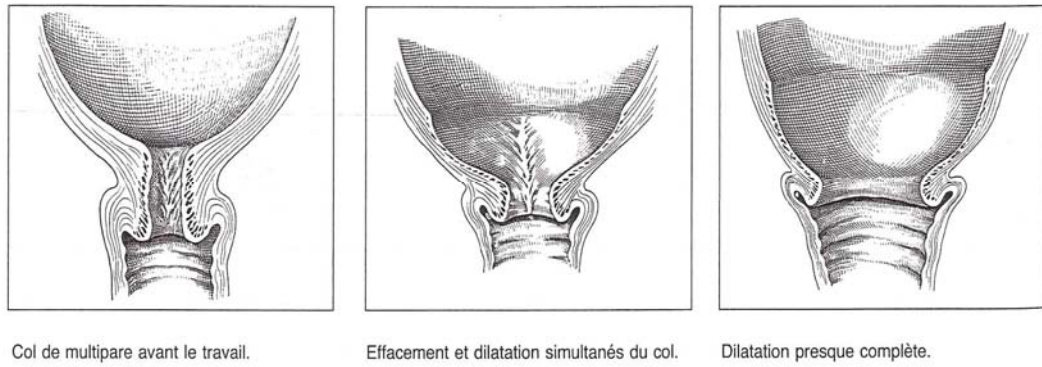


Figure 8 : *Effacement et dilatation chez la multipare.* [7]

2. LE DECLENCHEMENT SPONTANE DU TRAVAIL

La succession de différentes phases permet le passage de la grossesse à l'accouchement dans un continuum.

Certains déterminismes du déclenchement spontané du travail restent inconnus. Cependant, la régulation de la contraction utérine et la maturation cervicale sont identifiées.

2.1. La régulation de la Contraction Utérine (CU)

Pour le bon développement du fœtus, l'utérus doit être plus lâche que contractile durant la grossesse. A terme, il doit à l'inverse permettre l'expulsion de celui-ci donc devenir plus contractile. Ceci implique de nombreuses modifications anatomiques et biochimiques en fin de grossesse (vers 36 à 38 SA) qui se succèdent selon 3 phases. [7]

2.1.1. La phase de quiescence utérine

Les phénomènes inhibiteurs de la CU sont plus importants que les phénomènes stimulants. Durant cette phase, on assiste d'une part, à une augmentation progressive des protéines contractiles des fibres musculaires qui sont l'actine et la myosine, et à une hyperplasie et hypertrophie du myomètre d'autre part.

2.1.2. La phase d'activation ou de sensibilisation utérine

L'utérus se prépare à répondre aux facteurs stimulants de la CU (en particulier l'ocytocine et les prostaglandines).

- **La surface des *gaps junctions***, favorisant la coordination entre les cellules du myomètre et la propagation de la contraction à tout ce myomètre, est augmentée par les œstrogènes. Ces *gaps junctions* se situent entre les cellules adjacentes et permettent le couplage électrique, ionique et moléculaire entre celles-ci. Les prostaglandines aussi augmentent leur nombre en agissant sur le gène codant pour leurs synthèses (connexine 43).

- **Le nombre de récepteurs à l'ocytocine s'accroît** peu de temps avant le début du travail grâce aux œstrogènes aussi. L'ocytocine, hormone circulante produite par la posthypophyse maternelle, liée à son récepteur induit des contractions myométriales et la libération de prostaglandines.

[La progestérone diminue au contraire leur nombre ainsi que celui des *gaps junctions* et permet le maintien de la grossesse.]

2.1.3. La phase de stimulation utérine

L'utérus répond désormais aux facteurs stimulants.

La CU est de moins en moins régulée par le contrôle nerveux du système autonome sympathique. Elle dépend plutôt, essentiellement, de facteurs hormonaux (circulants ou locaux) et moléculaires.

Le rôle des prostaglandines est fondamental. Elles sont produites par les membranes fœtales (amnios et chorion), la décidue et le myomètre.

Mais à ce moment, l'activité utérine dépend surtout du nombre de récepteurs à l'ocytocine dans l'utérus.

2.2. La maturation cervicale

Le col est constitué de tissu conjonctif composé de cellules fibroblastes, de fibres de collagène et de la substance fondamentale (protéoglycane et glycoprotéine de structure).

La régulation de la modification cervicale est encore mal connue. Seuls les rôles des prostaglandines (en particulier PGE2), du NO (monoxyde d'azote) et la relaxine sont prouvés dans la maturation cervicale à ce jour. Ils permettent le relâchement de la trame collagénique puis la destruction du collagène et les modifications des glycoprotéines de la substance fondamentale. Le col de l'utérus s'assouplit, se raccourcit et se centre. La perte du bouchon muqueux témoigne souvent de cette maturation.

2.3. Les mécanismes initiateurs du travail

Ils sont hypothétiques. En effet, l'élément déclencheur de la synthèse des prostaglandines est inconnu. Il est seulement décrit que ces phénomènes impliquent des facteurs d'origine maternelle, fœtale et environnementale.

Il existerait une inversion du rapport œstrogène/progestérone qui aurait pour effet l'augmentation de l'apparition des *gaps junctions* et des récepteurs à l'ocytocine. [7]

Le fœtus, de part une maturation de son axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, verrait sa production de cortisol s'accroître. Le cortisol stimule aussi la production de prostaglandines et diminue leur dégradation. [7]. De plus les poumons fœtaux sont aussi source de prostaglandines et de Platelet activating factor qui induisent des CU.

Certains stimuli peuvent aussi provoquer le travail comme l'amniotomie, l'infection, le décollement du pôle inférieur de l'œuf par augmentation brutale de la synthèse de prostaglandines.

Ainsi, de nombreux mécanismes sont mis en jeu dans le déclenchement du travail. Cependant, on peut s'interroger sur la part que représentent les facteurs environnementaux.

3. LE FAUX DEBUT DE TRAVAIL

3.1. Définition et physiopathologie

3.1.1. Définition

La notion de faux début de travail n'est pas admise par l'ensemble des obstétriciens [9].

Si l'on considère les différentes phases de la dilatation de FRIEDMANN, le faux début de travail fait parti des anomalies de la phase de latence comme la dystocie de démarrage [7]. Selon d'autres auteurs, il n'y a pas de distinctions entre ces deux anomalies, le faux début de travail est en fait une dystocie de démarrage [9].

Il s'agit d'un épisode, chez la femme enceinte à terme, de CU douloureuses, plus ou moins régulières mais non associées à une modification notable du col utérin. Le col est souvent postérieur, tonique, long ou court, dilaté de moins de 2cm. La présentation est souvent élevée. [7]

Cet épisode cède soit spontanément en 2 à 3h, soit grâce à un traitement médicamenteux. [4, 10]. Il peut survenir plusieurs fois avant le vrai travail. Le vrai travail peut commencer dans la journée ou plusieurs jours après un faux début de travail.

Le faux début de travail ne conduit pas obligatoirement à une hospitalisation de la patiente dans la mesure où le rythme cardiaque fœtal est satisfaisant et la douleur de la mère supportable. [10]

Selon S. ARULKUMANAN et CW. SCHAUBERGER, le faux début de travail concerne 5 à 12 % des patientes. [1, 2] Très peu d'études récentes font l'état des lieux de cette anomalie.

3.1.2. Physiopathologie

La physiopathologie de ce syndrome est imprécise. Les mécanismes du faux début de travail semblent très peu étudiés. Cependant, les auteurs de l'Encyclopédie

México-chirurgicale, en 1992, dont G. MAGNIN, dans le chapitre sur les dystocies dynamiques évoquent les hypothèses suivantes.

Le faux début de travail pourrait être dû à une dissociation entre l'activité contractile corporelle bien synchronisée et une maturation retardée du tissu conjonctif cervico-segmentaire, responsables de résistances anormales du col.

Il peut être associé à un asynchronisme de la contractilité myométriale. [3]

3.2. Diagnostic et diagnostic différentiel

3.2.1. Diagnostic du faux début de travail

L'appréciation du début de travail est un point fondamental dans la prise en charge de la patiente. En effet, une progression de la dilatation doit se voir une fois le diagnostic de travail posé.

Il semble donc judicieux de connaître les signes qui différencient le faux travail du vrai travail. Ces signes sont répertoriés dans le tableau suivant :

| Signes évocateurs | Travail avéré | faux début de travail |
|-----------------------------|-------------------------------|--|
| contractions | régulières | plus ou moins régulières |
| intervalle entre les CU | diminue graduellement | stable voire allongé |
| durée et intensité des CU | augmente progressivement | stable |
| siège de la douleur | dos et abdomen | abdomen et pelvis "douleur de règles" |
| effet de l'analgésie | CU non abolies | CU souvent abolies |
| effet de la marche | augmente la douleur | ne change rien |
| saignement vaginal | fréquent | absent |
| modification du col | effacement et dilatation | pas de modification |
| position de la présentation | au minimum fixée entre les CU | mobile et souvent élevée |
| traitement | APD soulage | β -mimétiques ou tranquillisants |

Figure 9 : Signes cliniques permettant le diagnostic de faux début de travail. [4, 9]

Certains auteurs comme D. CABROL proposent un test thérapeutique pour aider au diagnostic. Si les CU cessent sous l'administration de tranquillisants ou β -mimétiques, c'est qu'il s'agissait d'un faux début de travail.

3.2.2. Diagnostic différentiel

a. Les CU de Braxton Hicks

Ces CU témoignent de l'activation des mécanismes de régulation de la CU vu précédemment. Elles sont surtout ressenties à la fatigue.

b. La dystocie de démarrage

C'est l'autre anomalie de la phase de latence. On assiste à un épisode de CU douloureuses, régulières, de plus en plus proches et intenses mais aussi sans modification cervicale. Il ne cesse pas après 2 ou 3h, et est très mal toléré par les patientes. Il va durer jusqu'au début du travail. C'est une phase de latence anormalement prolongée selon les Anglo-Saxons.

On retrouve cette situation chez 2% des patientes et elle concerne les primipares dans 75% des cas. En général, la présentation n'est jamais engagée, restant haute et mobile, avec plus de deux tiers de variété postérieurs. [7]

La dystocie de démarrage est favorisée par des antécédents traumatiques du col comme la conisation. [11]

Le diagnostic différentiel entre le faux début de travail et la dystocie de démarrage est difficile et se fait souvent rétrospectivement. Si les CU s'estompent, c'est qu'il s'agissait d'un faux début de travail. Mais d'autres éléments peuvent nous permettre de différencier ces pathologies (figure 10).

| Signes évocateurs | dystocie de démarrage | Faux début de travail |
|-----------------------|--|--------------------------------------|
| contractions utérines | régulières | irrégulières |
| | de + en + proches | espacées |
| | de + en + intenses | intensité variable |
| | augmentent à la marche | n'augmentent pas à la marche |
| | ne cessent jamais | cessent en 2 à 3h |
| col | non modifié | non modifié |
| traitement | temporiser par sédation ou APD + direction travail voire déclenchement | β -mimétiques, tranquillisants |

Figure 10 : *Eléments permettant faire le diagnostic différentiel entre le faux début de travail et la dystocie de démarrage.* [8, 10]

3.3. Les facteurs de risques connus

Ces facteurs de risques sont très peu décrits dans la littérature.

Le faux début de travail s'observe plus souvent :

- chez la multipare [4]
- chez les parturientes angoissées et non préparées [7]
- dans les 48 heures suivant un décollement du pôle inférieur de l'œuf [12]
- chez les patientes avec oligoamnios [5]

3.4. Prise en charge du faux début de travail

3.4.1. Moyens thérapeutiques courants

L'attitude thérapeutique doit permettre soit de faire cesser les CU, soit d'atténuer les douleurs liées aux CU. Les moyens qui seront détaillés sont ceux étant les plus utilisés en pratique courante.

a. Moyens thérapeutiques visant à diminuer l'activité utérine

- **Spasfon® :**

C'est un antispasmodique musculotrope levant les spasmes des fibres musculaires lisses. Dans le cadre du faux début de travail, il s'administre surtout par voie orale et rectale. Il n'est pas dangereux et ne nécessite aucune surveillance.

Il peut être prescrit par la sage-femme.

- **Salbutamol (Salumol®) :**

C'est un β -mimétique qui est largement prescrit dans le cadre du faux début de travail car il peut permettre l'inhibition des CU.

La voie rectale est très utilisée. Il faut cependant s'assurer que les contre-indications ont été vérifiées :

- contre-indications absolues : infarctus du myocarde, angor, insuffisance coronarienne
- contre-indications relatives : hyperthyroïdie, affections cardiaques, troubles du rythme, diabète sévère ou mal équilibré.

Le salbutamol a l'inconvénient de provoquer une tachycardie sinusale maternelle et/ou fœtale. Il peut modifier les chiffres tensionnels et induire des céphalées, vertiges, nausées, tremblements digitaux, et exceptionnellement un œdème aigu du poumon.

Une sage-femme peut en faire la prescription.

NB : Il faut par ailleurs préciser que ces traitements ne permettent pas à dose normale d'interrompre des CU de travail.

b. Moyens thérapeutiques à visée antalgique ou calmante:

- **L'hydroxyzine (Atarax®) et le clorazépate dipotassique (Tranxène®) :**

Ce sont des sédatifs indiqués pour l'anxiété mineure et les troubles somatiques associés. Ils agissent sur la composante affective et émotionnelle de la douleur. Ainsi, ils doivent être donnés en complément de paroles apaisantes et réconfortantes.

Toutefois, le clorazépate dipotassique peut créer une amnésie rétrograde dans les heures qui suivent son administration et donc provoquer une frustration maternelle concernant le vécu de la naissance. [13]

Seul un médecin peut les prescrire.

Le Tranxène ou l'Atarax peuvent aussi être administrés en association avec le Salbutamol en intramusculaire pour faire cesser les CU en plus de calmer la patiente.

- **La nalbuphine (Nubain®) :**

Il s'agit d'un morphinique. Il peut être administré si l'accouchement n'est pas imminent. En effet, il peut provoquer une dépression respiratoire et une altération des scores neuro-comportementaux chez le nouveau-né, lorsqu'il n'a pas été éliminé par son organisme.

Son action est rapide (15 à 20 minutes en intramusculaire) et dure 4 à 6 heures. Sa demi-vie est de 2 à 3 h. En pratique on contrôle le rythme cardiaque fœtal dès son administration. Une diminution de la variabilité du rythme est observée.

Chez la mère, il peut induire somnolences, nausées, vomissements, prurit.

Il peut être prescrit par une sage-femme.

- **Le protoxyde d'azote (Kalinox®) :**

C'est un mélange de gaz, hypnotique, sans odeur utilisé pour l'analgésie inhalatoire qui contient de l'azote et de l'oxygène. Il doit être inhalé grâce à un masque au moment de la CU. Il a très peu d'effets secondaires néonataux mais son efficacité analgésique n'est pas reconnue par tous les soignants. De plus, le protoxyde d'azote possède un effet amnésiant. Il est donc très peu utilisé.

Il peut être prescrit par une sage-femme.

c. Moyens non médicamenteux:

Il existe de nombreuses autres méthodes qui méritent d'être considérées étant donnée leur innocuité sur la mère et son fœtus :

- La déambulation maternelle (par la marche, avec un ballon...),
- l'homéopathie (Caulophyllum Thalictroïdes) qui soit ferait cesser les CU soit les rendrait efficaces sur le col, [14]
- l'acupuncture pour la sédation ou le déclenchement du travail, [15]
- les huiles essentielles (Arnica),
- le bain,
- les massages.

3.4.2. Prise en charge globale

Une prise en charge s'impose devant toute patiente qui présente des CU sans modification cervicale. En effet, cette situation n'est pas confortable ni pour la mère qui ressent angoisse et douleur, ni pour son fœtus qui subit les CU, le stress et la douleur de sa mère.

Le but est de temporiser, en évitant que la femme ne souffre, sauf si une pathologie maternelle, une anomalie du rythme cardiaque fœtal ou autre indique la direction voire le déclenchement du travail. [10]

Les conduites à tenir pour ces patientes dépendent surtout de leur tolérance aux CU avec un col non modifié. Elles sont détaillées dans l'organigramme suivant :

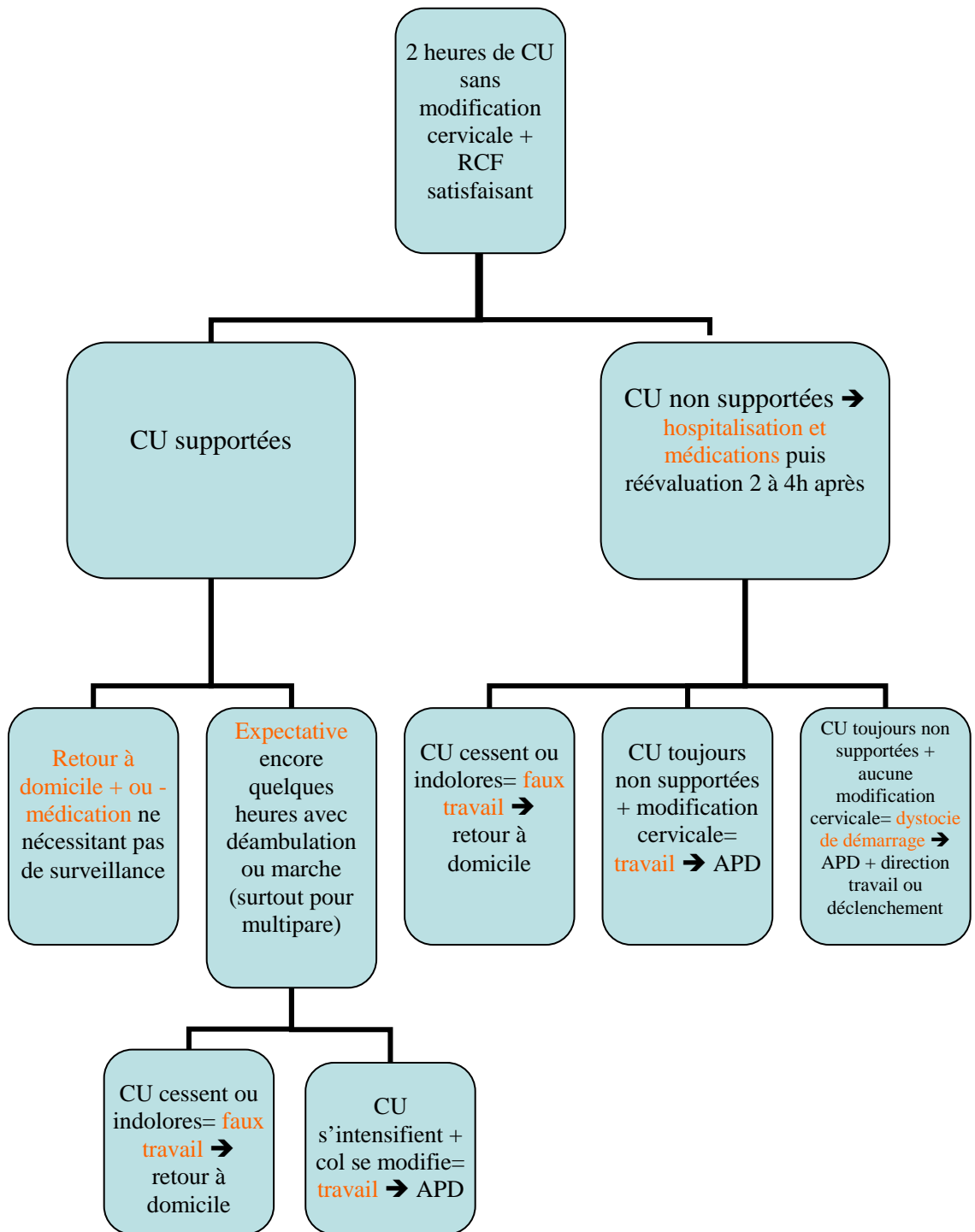


Figure 11 : Conduite à tenir devant une patiente présentant des CU sans modification cervicale. [8, 9, 10]

3.5. Conséquences du faux début de travail

3.5.1. Pronostic obstétrical

Le pronostic d'un faux début de travail est habituellement considéré comme favorable, la patiente entrant secondairement en travail. [7] Mais trois études : « Obstetric outcome of patients with a previous episode of spurious labor » [1], « Spurious labor : a high risk factor of dysfunctional labor and fetal distress » [6] et « False labor » [2] contestent cette affirmation et montrent qu'à la suite d'un faux début de travail :

- les patientes présentent plus de dystocies de la dilatation
- le recours à l'ocytocine est plus fréquent.
- le taux de césarienne est plus élevé.

3.5.2. Conséquences maternelles

Les principales conséquences sont la douleur ressentie à la CU et les effets secondaires des traitements donnés évoqués précédemment.

a. Facteurs mis en jeu dans la douleur: [7, 11,16]

De nombreux facteurs modulent l'intensité de la douleur en obstétrique.

On retient :

- des facteurs maternels : un jeune âge maternel, la primiparité, l'antécédent de dysménorrhée, un bas niveau socio-économique augmentant la douleur alors qu'un âge élevé, ou un haut niveau socio-économique la diminue.
- des facteurs psychologiques tels que la peur, l'anxiété, l'ignorance, une grossesse non désirée, une réaction ambivalente qui aggravent de la douleur. Au contraire, la préparation et la motivation peuvent la réduire.
- des facteurs environnementaux : la présence d'un père, l'accouchement nocturne
- des facteurs obstétricaux: état du col au début du travail, adéquation entre le fœtus et le bassin.

L'origine ethnique module surtout l'expression de la douleur. Les femmes du pourtour méditerranéen ont tendance à verbaliser plus facilement la douleur que les femmes anglo-saxonnes ou scandinaves.

Il est important de savoir que la douleur est subjective, que le seuil de perception de la douleur est différent selon les patientes et qu'il peut varier dans le temps pour une même personne.

Enfin, la notion d'augmentation physiologique du seuil douloureux induite par la grossesse ou « pregnancy induced analgesia » est émergente mais demeure encore incertaine dans l'espèce humaine. La sécrétion de dynorphine (endorphine) provoquée par la stimulation utérine agirait au niveau médullaire de la même manière que les opioïdes. Cette sécrétion serait potentialisée par les hormones stéroïdes de la grossesse. De même, on observe une augmentation de la tolérance à la pression durant les 15 derniers jours de la grossesse.

b. Douleur et CU

Il existe un délai entre le début de la CU et l'apparition de la douleur liée au fait que la pression intra-amniotique doit atteindre 15 mmHg avant de provoquer la distension du col et du SI. [16]

La douleur est source d'angoisse pouvant être à l'origine de dystocies dynamiques. [7]

c. Répercussions de la douleur sur l'organisme maternel [16]

- **Ventilation :**

La douleur des CU est un puissant stimulus respiratoire car il augmente en même temps la fréquence respiratoire et le volume courant. Cette hyperventilation entraîne une hypocapnie (diminution de la concentration du gaz carbonique dans le sang) avec une alcalose respiratoire (alcalinisation du sang) maternelle.

Entre les CU, l'hypocapnie peut provoquer de manière réactionnelle une période d'hypoventilation qui a pour conséquence la diminution en oxygène disponible dans la circulation utéro-placentaire.

- **Système cardio-vasculaire :**

On assiste à l'augmentation du débit cardiaque, s'ajoutant à la stimulation sympathique par la douleur qui augmente les résistances vasculaires systémiques et le travail cardiaque, donc les besoins en oxygène. Il en résulte une augmentation de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque.

- **Métabolisme et système endocrinien :**

La majoration de la consommation en oxygène, la perte de bicarbonates induite par l'alcalose respiratoire expliquée précédemment et la diminution d'apport en hydrate de carbone (sucre) provoquent une acidose maternelle avec accumulation des lactates. Cette accumulation est délétère pour le fœtus.

- **Débit sanguin utérin :**

Le stress et l'anxiété maternelle provoqués par la douleur mènent à un état d'hypercatécholaminergie dont la conséquence est une diminution débit sanguin utérin par vasoconstriction utérine.

- **Activité utérine et déroulement du travail :**

Par deux voies différentes, la douleur peut aussi bien stimuler qu'inhiber l'activité utérine. Alors que la noradrénaline stimule l'activité de l'utérus, l'adrénaline et le cortisol l'inhibent. Chez certaines patientes, la douleur provoque des CU désordonnées à l'origine d'une véritable dystocie dynamique.

- **Etat d'esprit de la patiente :**

Le fait qu'il n'y ait pas de dilatation du col malgré des CU douloureuses est anxiogène, décevant et démoralisant pour les patientes. Cela s'observe surtout chez les patientes présentant des faux débuts de travail à répétition. Leur tolérance aux CU est diminuée.

A long terme, la douleur obstétricale mal calmée peut avoir des retentissements sur les affects maternels. Elle peut entacher la relation mère-enfant, provoquer une peur des grossesses futures et perturber la sexualité du couple.

3.5.3. Conséquences fœtales

Le fœtus doit faire face à de nombreuses agressions au cours d'un faux début de travail. Il subit les conséquences des CU qui sont une menace pour la circulation placentaire, les modifications métaboliques de sa mère et les effets secondaires des traitements administrés.

a. Conséquences liées à la contraction utérine

Selon l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale de 1992, « la non prise en compte de contractions utérines fréquentes pendant plusieurs heures, sans surveiller le fœtus, peut conduire à l'hypoxie fœtale. ».[19] En effet, lors de la CU se produit une diminution de la perfusion placentaire. C'est à l'acmé de la CU que la pression intra-amniotique dépasse la pression de la chambre intervillieuse (30 mmHg), que la circulation s'interrompt durant 15 à 60 secondes par compression des veines de retour. Cependant, le sang dans l'espace intervillitaire contient assez de réserve en oxygène pour approvisionner le fœtus et la PO₂ reste stable à 40 mmHg.

En pratique, la répétition de CU régulières de durée égale à 45 secondes et espacées de 3 min n'affecte pas le fœtus normal. Les CU trop fréquentes ou trop longues peuvent menacer un fœtus sain. Si le placenta est insuffisant ou mal vascularisé, il peut y avoir une hypoxie lors de CU parfaitement normales. Un fœtus fragile, hypotrophique, sans réserve de glucose ou d'oxygène ne supportera qu'un très faible niveau de CU. [8]

b. Conséquences liées à la douleur maternelle :

L'alcalose respiratoire provoquée par la douleur maternelle engendre trois effets majeurs :

- diminution du transport d'oxygène de la mère au fœtus
- des périodes d'hypoxie maternelle pendant les phases de relaxation utérine
- une vasoconstriction ombilicale

L'élévation des taux de cortisol et de noradrénaline provoquent une diminution du débit sanguin utéro-placentaire. Donc si le fœtus est à risque du fait de conditions

maternelles ou obstétricales défavorables, des altérations des échanges gazeux sont possibles.

L'acidose maternelle liée à la douleur peut provoquer une accumulation de lactates qui traversent la barrière placentaire donc une acidose métabolique fœtale avec une diminution du pH. L'anxiété maternelle peut aggraver ces phénomènes.

c. Conséquence commune à ces agressions (CU et douleur maternelle):

La conséquence commune à ces deux agressions est l'hypoxie (due à la diminution de la PO_2) à laquelle le fœtus va tenter de s'adapter grâce à divers mécanismes :

- consommation des réserves de glycogène dont la transformation aboutit à une production de lactates et de CO_2 donc à une acidose avec chute du pH.

(Dans ce cas, les lactates proviennent du fœtus et non de la mère.)

- apparition d'une hypertension artérielle sous l'effet vasoconstricteur de la réponse adrénergique.
- diminution de la fréquence cardiaque et redistribution des flux locaux-régionaux visant à protéger les organes vitaux (cœur et cerveau) provoquant une émission de méconium *in utero*.

Il faut rappeler que dans le cas du faux début de travail, les CU sont en général moyennement intenses et la douleur est souvent supportable. Ainsi les mécanismes expliqués précédemment ne surviennent qu'exceptionnellement lors d'un épisode. Cependant, des épisodes à répétition peuvent aboutir à ces phénomènes d'adaptation fœtale. Par exemple, l'étude « Spurious labor-does it matter ? » [17] montre que l'émission de méconium *in utero* au cours du travail ne se réalise que si l'épisode de faux début de travail a duré plus d'une heure accompagné des CU douloureuses. Une autre étude, réalisée à Londres en 1991, prouve que l'adaptation à la vie extra-utérine des nouveau-nés est plus difficile lorsque la mère a précédemment présenté un faux début de travail [6]

En conclusion, le faux début de travail est une pathologie fréquente en obstétrique (5 à 12%) mais qui n'est pas reconnue par tous les obstétriciens. [1,2] Certains considèrent qu'elle n'existe pas, d'autres pensent qu'elle correspond en faite à

une dystocie de démarrage. On rencontre donc un problème de définition. L'étude d'E. VALLOIS [13] en 2006, réalisée dans 45 maternités françaises, évoque les difficultés diagnostiques et thérapeutiques du faux début de travail rencontrées par les sages-femmes. De même, elle montre que ces dernières font le plus souvent le diagnostic du faux début de travail *a posteriori* (lorsque les CU cessent).

Aussi les mécanismes à l'origine du faux début de travail sont peu connus. La connaissance de la physiologie de la CU, de la dilatation du col en fin de grossesse et des mécanismes mis en jeu dans la mise en travail spontanée nous permet de comprendre les hypothèses concernant la physiopathologie du faux début de travail émises par G MAGNIN dans l'Encyclopédie Médico-chirurgicale [3]. Toutefois, ses hypothèses évoquent uniquement la composante physique du problème, n'évaluant pas la part des composantes émotionnelle, psychologique et sociale. D'autres études prouvent l'implication de facteurs obstétricaux (comme l'oligoamnios [4]) mais aussi des facteurs psychologiques (comme l'angoisse [7]) dans le faux début de travail.

La prise en charge d'un épisode de CU douloureuses est fortement recommandée. Elle s'effectue dans la majorité des cas par des moyens médicamenteux dont certains comme la salbutamol ou la nalbuphine ne sont pas sans effets indésirables pour la mère et sont fœtus. De plus ils n'empêchent pas les récides.

Existent-ils des critères maternels et fœtaux qui pourraient permettre de reconnaître aisément le faux début de travail afin d'adapter au mieux la prise en charge et les interventions des sages-femmes auprès des patientes?

Les CU, lors de cet épisode, ont en général peu de conséquences immédiates néfastes sur un fœtus sain s'il est isolé et court. Cependant la douleur engendrée par ces CU peut provoquer des modifications métaboliques maternelles ayant des répercussions fœtales plus ou moins importantes selon la durée de l'épisode douloureux. Durant le travail, la douleur peut être à l'origine de véritables dystocies [16].

Les études concernant le pronostic obstétrical et néonatal sont peu nombreuses et peu récentes. Seules deux études évoquent un pronostic obstétrical peu favorable à la suite d'un faux début de travail avec une augmentation des taux de dystocies de la dilatation et de césariennes [1]. Une étude discute des conséquences néonatales du faux début de travail et conclue à une moins bonne adaptation initiale des nouveau-nés à la naissance.

Ainsi, le but de notre étude consiste donc à essayer de répondre aux questions de recherche suivantes :

- Quels pourraient être les facteurs de risques induisant un faux début de travail chez une gestante permettant d'établir un diagnostic précoce ?
- Le faux début de travail possède-t-il un retentissement sur le déroulement du travail, de l'accouchement et de ses suites pour la mère et l'enfant ?

Partie 2 : Etude

1. METHODOLOGIE ET CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE

1.1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal est de mettre en évidence :

- quels sont les facteurs de risque du faux début de travail.

Ensuite, le but de l'étude est de montrer :

- quelles sont les conséquences du faux début de travail sur le déroulement du travail, de l'accouchement et sur l'adaptation initiale du nouveau-né.
- quelles sont les situations obstétricales particulières qui peuvent être associées à un précédent épisode de faux début de travail.

1.2. Hypothèses testées

Les hypothèses testées en premier lieu seront les suivantes :

(1) « Le faux début de travail peut être favorisé par certaines particularités utérines comme la sur-distension (liée au contenu utérin), la fatigabilité (de la multipare), la fragilité (utérus cicatriciel)... ».

(2) « Certains antécédents personnels, gynécologiques et obstétricaux maternels sont des facteurs de risques du faux début de travail. »

Dans un deuxième temps, nous testerons ces autres hypothèses :

(3) « Des dystocies au cours du travail avec leurs répercussions fœtales puis néonatales, sont plus souvent mises en évidence après un faux début de travail. »

(4) « Chez les femmes ayant précédemment présenté un épisode de faux début de travail, les taux de césarienne, d'extraction instrumentale et d'hémorragie de la délivrance sont plus élevés que chez les femmes n'en n'ayant pas présenté. »

1.3. Population et méthode

1.3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective analytique cas-témoin sur 154 patientes dont 77 (cas), c'est-à-dire la moitié, ont présenté un épisode de faux début de travail conduisant à une hospitalisation, au cours de l'année 2010, à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Les dossiers obstétricaux des patientes ont été consultés au service des archives de cette maternité.

1.3.2. Population étudiée

Elle regroupe d'une part les patientes gravides qui ont présenté un épisode de faux début de travail durant leur grossesse et qui ont été hospitalisées pour ce motif en 2010, soit 77 patientes selon le DIM (population cas).

D'autre part, la population étudiée rassemble 77 autres patientes sélectionnées au hasard le DIM (population témoin).

a. Critères d'inclusion :

Toutes les patientes ayant été hospitalisées pour faux début de travail en 2010 et accouchant à terme (c'est-à-dire après 37 SA) d'un singleton ont été incluses.

L'épisode de CU avait cessé au terme de l'hospitalisation. Cet élément permettait de faire le diagnostic différentiel de la dystocie de démarrage *a posteriori*.

b. Critères d'exclusion :

Toute patiente non hospitalisée pour faux début de travail a été exclue de la population cible.

Les patientes de l'échantillon témoin ne devaient pas avoir fait de faux début de travail au cours de la grossesse.

1.3.3. Recueil de données

a. Population cas

Le tableau de recueil de données des cas de faux début de travail (ANNEXE I) comprend les facteurs de risques supposés puis les éventuelles complications induites par un faux début de travail. Les critères sont classés en cinq catégories :

- **Antécédents maternels personnels** (âge, Indice de Masse Corporel (IMC), ethnie, niveau d'étude, contexte social et psychologique)
- **Antécédents maternels obstétricaux et gynécologiques** (utérus cicatriciel, extraction instrumentale, fausse couche, Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), traumatisme du col, pathologie gynécologique)
- **Informations sur la grossesse** : parité, présentation, présence d'une hypertension artérielle gravidique, d'un diabète gestationnel, d'une hypothyroïdie maternelle, d'une pathologie du liquide amniotique, **le suivi** : qualité du suivi, participation à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, et **sur l'hospitalisation pour faux début de travail** : nombre, durée, âge gestationnel, et moment de la journée.
- **Informations sur le travail** : rupture prématurée des membranes, recours au décollement du pôle inférieur de l'œuf, mode de déclenchement, présence de dystocies dynamiques ou mécaniques, variétés postérieures, recours à l'analgésie péridurale, difficulté d'analgésie, couleur du liquide amniotique, présence d'altérations du rythme cardiaque fœtal, fièvre maternelle, durée du travail.
- **Informations sur l'accouchement et les suites immédiates** : mode et terme d'accouchement, pathologie de la délivrance, poids de naissance, pH et indice d'Apgar du nouveau-né à la naissance, nécessité de prise en charge pédiatrique à la naissance et/ou d'hospitalisation.

b. Population témoin

Le tableau de recueil de données regroupe les mêmes critères que ceux de la population de faux début de travail à l'exception des données concernant d'éventuelles hospitalisations. Ces dernières ne seront pas nécessaires à l'étude.

2. PRESENTATION DES RESULTATS

Au terme du recueil de données, 69 cas répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion. Ils constituent la population de cas.

Ainsi, seulement 69 parmi les 77 dossiers sélectionnés au hasard ont été étudiés (dans l'ordre sélectionné). Ils définissent la population témoin.

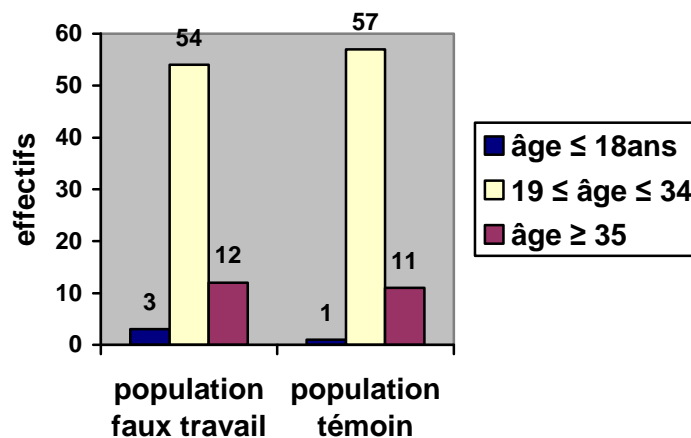
Les deux populations possèdent le même effectif (N=69).

2.1. Facteurs de risque du faux début de travail

2.1.1. Antécédents maternels personnels

a. Age

Figure 12 : Age maternel dans chaque population



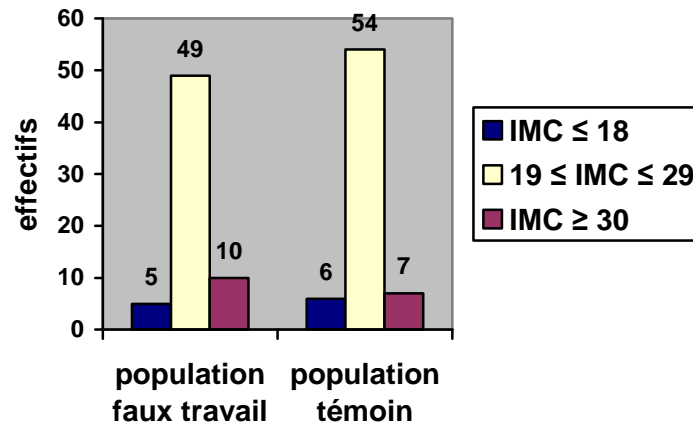
L'âge moyen des femmes de la population de faux début de travail est de 28,3 ans avec une étendue d'âge allant de 16 à 39 ans.

Dans la population témoin l'âge moyen est légèrement inférieur, s'élevant à 29,1 ans avec un âge minimum de 17 ans et maximum de 39 ans.

Les âges extrêmes ($\text{âge} \leq 18\text{ans}$ ou $\text{âge} \geq 35\text{ans}$) concernent 15 femmes dans le groupe de faux début de travail et 12 femmes dans la population témoin.

b. Indice de Masse Corporelle (IMC) hors grossesse

Figure 13 : IMC maternel dans chaque population.



La moyenne des IMC est plus élevée dans la population de faux début de travail avec 24,7 versus 23,1 dans la population témoin. (5 données manquent dans la première population et 2 dans la deuxième).

Les IMC les plus élevés valant 47 pour le groupe de faux début de travail et 42 pour le groupe témoin correspondent tous deux à l'obésité morbide.

Les moins élevés correspondent pour chaque groupe à la maigreur avec des IMC de 16 et 18.

Les $IMC \geq 30$, correspondant à l'obésité, concernent 10 patientes (dont 3 sont en obésité morbide) dans la population de faux travail et 7 (dont 2 sont en obésité morbide) dans la population témoin.

c. Origine ethnique

Figure 14 : les différentes origines géographiques des femmes dans chaque population.

| Origine géographique | Population de faux début de travail (n= 69) | Population témoin (n=69) |
|-----------------------------|--|---------------------------------|
| Europe | 58 (84%) | 59 (86%) |
| Maghreb | 8 (12%) | 4 (6%) |
| Afrique sub-saharienne | 2 (3%) | 5 (7%) |
| Asie | 1 (1%) | 1 (1%) |

Dans nos deux populations les origines ethniques sont similaires. Cependant, on note deux fois plus de femmes d'origine maghrébines dans la population cas que dans la population témoin mais on y dénombre moins de femmes originaires de l'Afrique sub-saharienne.

d. Niveau d'étude

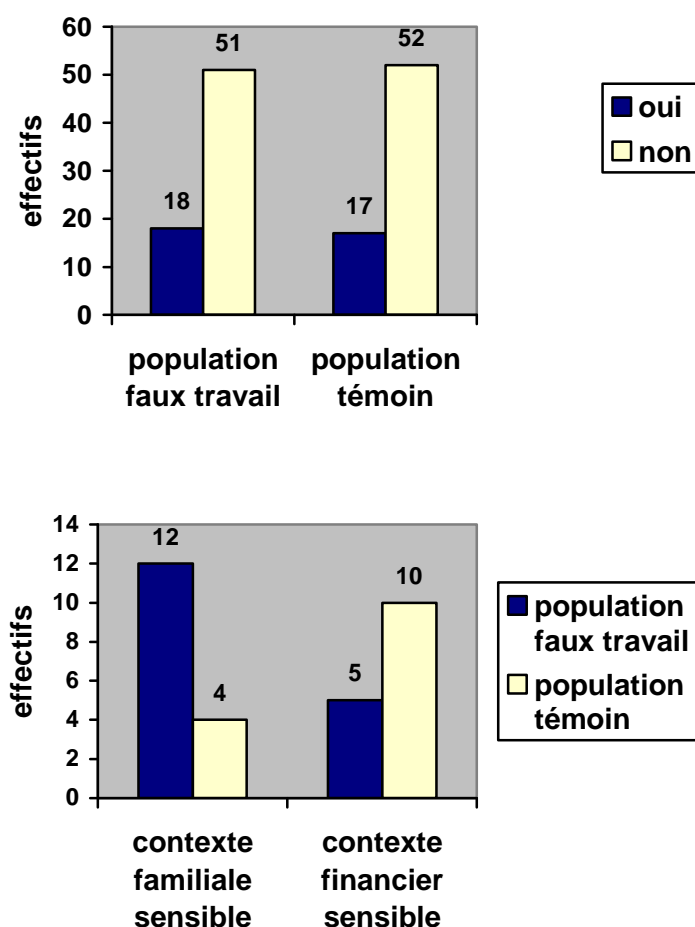
Pour cette étude, les données concernant le niveau d'étude sont préférentiellement articulées autour du baccalauréat.

Ainsi, 51% des femmes de la population cas et 55% des femmes de la population témoin sont titulaires de ce diplôme.

On compte 13 % des femmes dans le premier groupe et 9% dans le deuxième ayant fait des études supérieures.

e. Contexte social

Figure 15 : Contextes sociaux particuliers dans chaque population.



Dans l'ensemble, sont recensées 18 femmes, soit 26%, avec un contexte social particulier pour la population de faux travail versus 17 femmes, soit 25%, dans la population témoin.

Bien qu'ils concernent quasiment le même nombre de personnes, les contextes sociaux sont légèrement différents entre les deux populations.

- On retrouve des contextes familiaux plus complexes tels que : isolement, famille nombreuse et enfant handicapé à charge dans le groupe cas avec 12 femmes concernées contre 4 femmes dans le groupe témoin.
- Les problèmes financiers (absence d'emploi ou absence de logement) sont davantage retrouvés dans la population témoin avec 10 femmes concernées contre 5 femmes dans la population de faux début de travail.

f. Contexte psychologique

Figure 16 : Antécédents psychologiques dans chaque population.

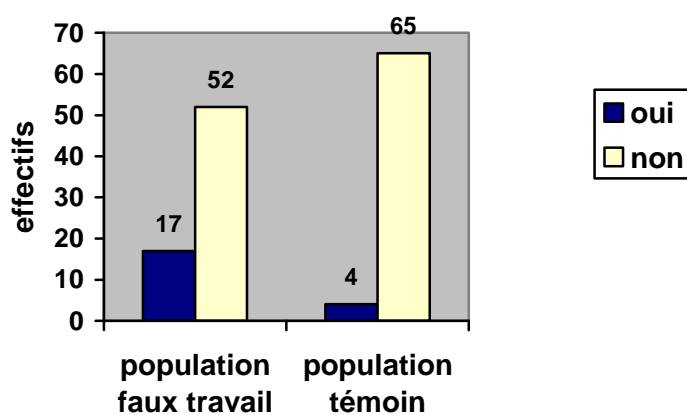


Figure 17 : les différents antécédents psychologiques rencontrés dans chaque population.

| Contextes psychologiques | effectifs | % |
|----------------------------|-----------|-----|
| Population faux travail | | |
| anorexie mentale | 1 | 1% |
| antécédents viol, excision | 1 | 1% |
| Grossesse précoce | 1 | 1% |
| antécédents MFIU, IMG | 3 | 4% |
| anxiété | 5 | 7% |
| antécédent dépression | 6 | 10% |
| aucun | 52 | 76% |
| Population témoin | | |
| agoraphobie | 1 | 1% |
| antécédent infertilité | 1 | 1% |
| antécédent MFIU, IMG | 1 | 1% |
| anxiété | 1 | 1% |
| aucun | 65 | 96% |

Des antécédents psychologiques sont plus souvent remarqués dans la population de faux début de travail avec 17 cas (soit 25%) que dans la population témoin avec 4 cas (soit 6%). Les contextes psychologiques qui ont été retrouvés sont répertoriés dans le

tableau précédent. On remarque plus souvent des antécédents de dépression, de l'anxiété et des antécédents d'interruption de grossesse pour motif Médical (IMG) ou de Mort Fœtale In Utero (MFIU) dans le groupe cas.

2.1.2. Antécédents maternels gynécologiques et obstétricaux

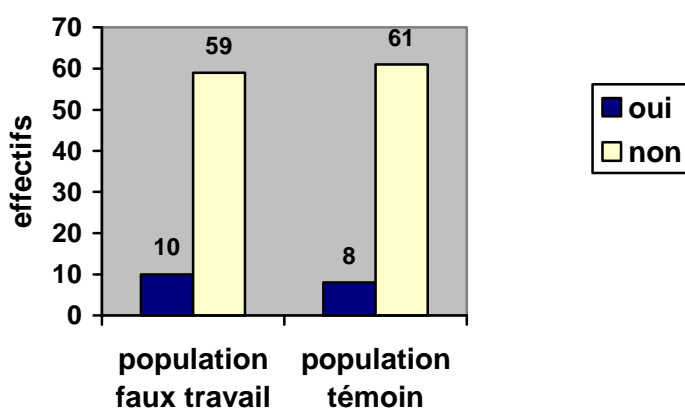
a. Antécédent de pathologie gynécologique

Aucun antécédent de pathologie gynécologique n'a été retrouvé chez les patientes de la population de faux début de travail.

En revanche, dans la population témoin, on en compte 3 dont un kyste de l'ovaire, un polype et un utérus à fond arqué (malformation utérine)

b. Antécédent traumatique du col

Figure 18 : Antécédents traumatiques du col dans chaque population.

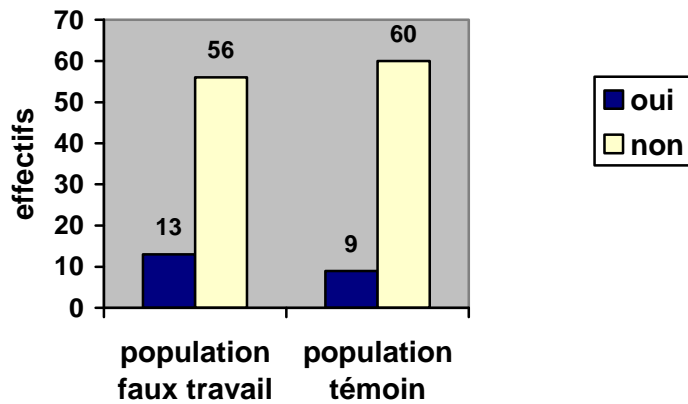


10 antécédents traumatiques du col sont comptés chez les femmes ayant présenté un épisode de faux début de travail dont 7 aspirations et 3 curetages.

Dans l'échantillon témoin, 8 sont dénombrés dont 5 aspirations, 1 cerclage et 1 curetage.

c. Antécédent d'Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Figure 19 : Antécédent d'IVG dans chaque population.

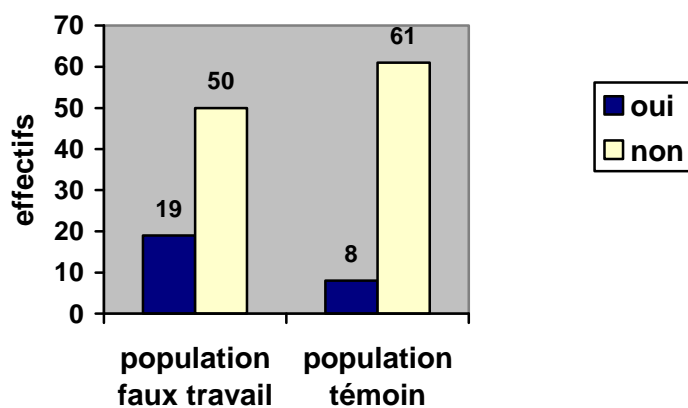


19% des femmes de la première population ont déjà subi un avortement volontairement par rapport au 13% dans la deuxième.

Si l'on observe le nombre d'IVG par femme, on remarque que 6% ont fait deux IVG ou plus avant la grossesse étudiée dans la population cas contre 3% dans la population témoin.

d. Antécédent de fausse couche

Figure 20 : Antécédents de fausse couche dans chaque population.



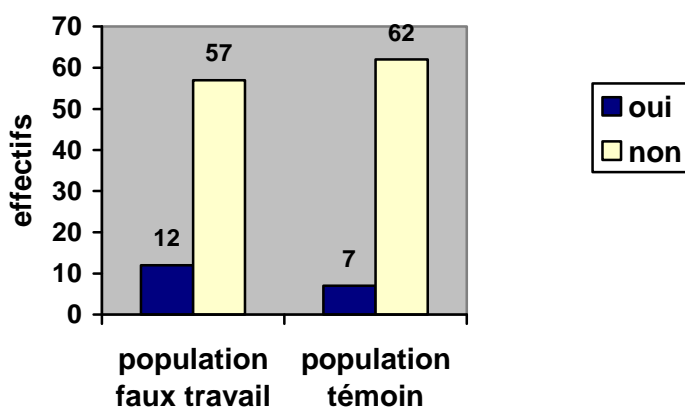
Dans la population de faux début de travail, plus de femmes ont vécu antérieurement une fausse couche avec 28% versus 12% dans la population témoin.

e. Antécédent d'extraction instrumentale à l'accouchement

Le nombre de femmes ayant un antécédent d'accouchement par extraction instrumentale est voisin dans les deux groupe avec 11 patientes dans la population cas et 10 dans la population témoin.

f. Antécédent de césarienne

Figure 21 : *Utérus cicatriciel chez les femmes dans chaque population.*

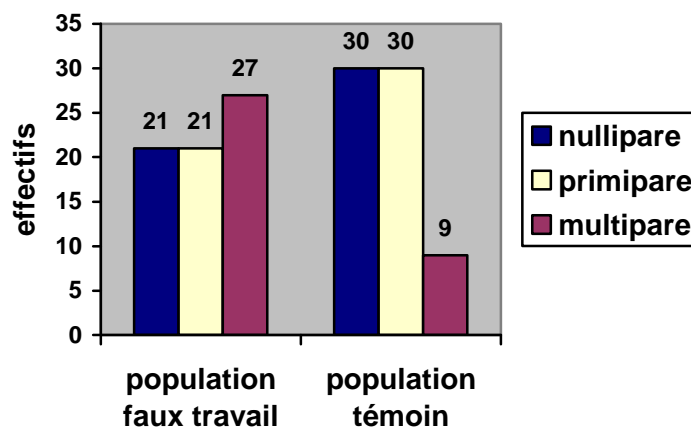


Dans le groupe des faux débuts de travail, le taux d'utérus cicatriciel est de 17 % alors qu'il n'est que de 10 % dans la population sans faux début de travail.

2.1.3. Grossesse actuelle et hospitalisation

a. Parité

Figure 22 : Parité au cours de la grossesse étudiée dans chaque population.



NB : Au cours de la grossesse étudiée :

Le terme « multipare » désigne les femmes ayant déjà accouché au moins deux fois.

Le terme « primipare » concerne les patientes n'ayant accouché qu'une seule fois auparavant.

Le terme « nullipare » correspond aux femmes n'ayant encore jamais accouché.

Les parités dans les deux populations sont différentes:

- Chez les femmes qui ont fait un faux début de travail, on compte autant de nullipares que de primipares (21 femmes soit 30%) et 40% de multipares. Parmi les 27 multipares, sont comptées 2 septième pares, 1 cinquième pare, 1 quatrième pare, 7 troisième pares, 16 deuxième pares.
- Chez les patientes de la population témoin, il y a autant de nullipares que de primipares (30 femmes soit 43,5%). Les multipares au nombre de 9 (soit seulement 13%) et regroupent seulement 1 troisième pare et 8 deuxième pares.

Ainsi, on compte plus de femmes multipares dans la population de faux début de travail.

b. Présentation fœtale

Dans les deux groupes, le nombre de présentations non céphaliques est de 3 pour le groupe des faux débuts de travail versus 4 pour le groupe témoin et correspondent uniquement à des présentations du siège.

c. Pathologies maternelles endocriniennes et vasculaires

- **Diabète gestationnel**

Les perturbations glycémiques représentent 9% dans les deux groupes.

- **Hypothyroïdie préexistante ou gestationnelle**

Dans les deux populations les taux d'hypothyroïdie sont voisins de 6,5%.

- **Hypertension artérielle gravidique**

Le nombre de patientes atteintes d'HTA au cours de la grossesse est identique pour chaque groupe avec 7% des patientes.

d. Pathologie du Liquide Amniotique (LA)

Des pathologies du LA sont présentes chez 7 patientes qui ont fait un faux début de travail, versus 6 patientes dans le groupe témoin.

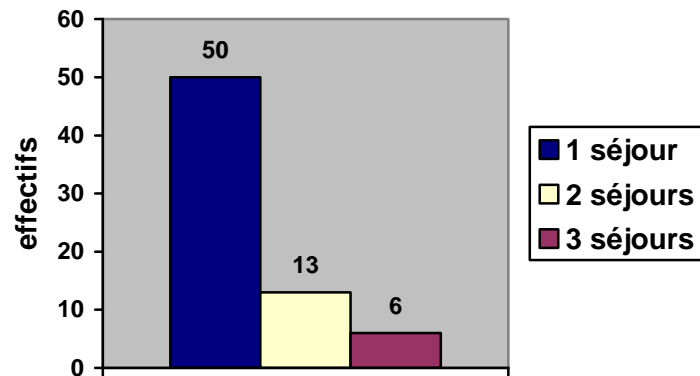
e. Hospitalisation

- **Age Gestationnel (AG) de la première ou l'unique hospitalisation pour faux début de travail :**

La fourchette d'âge s'étale de 34 SA à 41 SA avec une moyenne se situant autour de 38SA + 3jours.

- Nombre d'hospitalisation par femme pour faux début de travail:

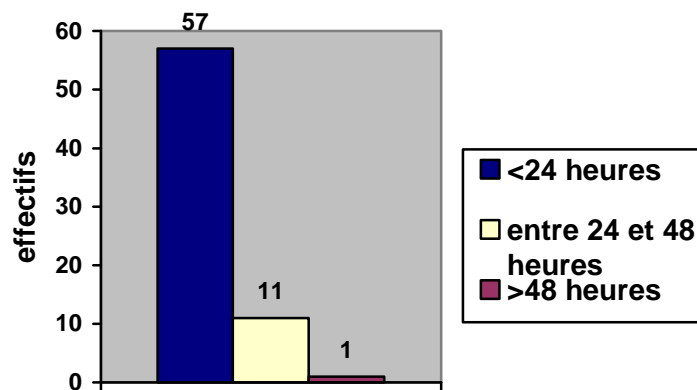
Figure 23 : Nombre d'hospitalisations par femme pour faux début de travail dans la population cas.



On remarque que 19 femmes, soit 27,5% ont fait 2 ou 3 séjours en hospitalisation pour faux début de travail.

- Durée d'hospitalisation pour faux début de travail

Figure 24 : Durée d'hospitalisation pour faux début de travail dans la population cas.



NB : les durées d'hospitalisations ont été cumulées pour les patientes ayant effectué plusieurs séjours.

Au total 12 femmes sur 69 ont bénéficié d'un séjour d'une durée supérieure à 24h.

f. Suivi de grossesse

On observe 3% de suivi de grossesse incomplets dans la population de faux début de travail et 4 % dans la population témoin. De plus, 3 femmes ont bénéficié de visites à domicile par des sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile (PMI) dans la population cas mais aucune dans la population témoin.

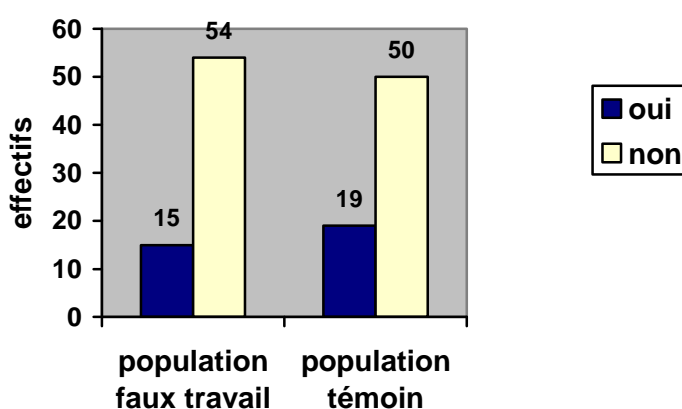
Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) ont été suivies par 14 femmes avec un faux début de travail et par 23 femmes sans faux début de travail. Cependant, ces données ne prennent pas en compte les séances réalisées en dehors de la Maternité Régionale Universitaire (à domicile, avec une sage-femme libérale...).

2.2. Complications et situations associées au faux début de travail

2.2.1. Travail

a. Rupture prématurée des membranes (RPM)

Figure 25 : Survenue de RPM dans chaque population.



Plus de ruptures prématurées des membranes sont survenues dans le groupe témoin que dans le groupe des femmes ayant fait un faux début de travail avec 28% versus 22%.

b. Décollement du pôle inférieur de l'œuf (DPIO)

Afin de provoquer la mise en travail, 9 DPIO ont été effectués dans la population cas (dont 5 conduisant à un faux début de travail dans les 48h et 4 sans effets ou aboutissant à une mise en travail). Ils ont été effectués à chaque fois pour améliorer le confort maternel.

6 DPIO ont été effectués dans la population témoin. Ils ont été sans effet ou ont aboutit à une mise en travail.

Ainsi, on compte plus de DPIO sans effets ou aboutissant à une mise en travail que de DPIO provoquant un faux début de travail. Autrement dit, dans la majorité des cas, le DPIO ne provoque pas de faux début de travail.

c. Déclenchement artificiel du travail

Figure 26 : *Les différents motifs des déclenchements artificiels du travail dans chaque population.*

| Motifs de déclenchements | Populations faux début de travail (n=69) | Population témoin (n=69) |
|--|---|---------------------------------|
| Terme dépassé | 7 (10%) | 6 (9%) |
| Contexte de RPM | 6 (9%) | 6 (9%) |
| Convenance | 4 (6%) | 1 (1%) |
| Indications médicales (diabète, HTA, trouble de la coagulation) | 1 (1%) | 3 (4%) |
| Total | 18 (26%) | 16 (23%) |

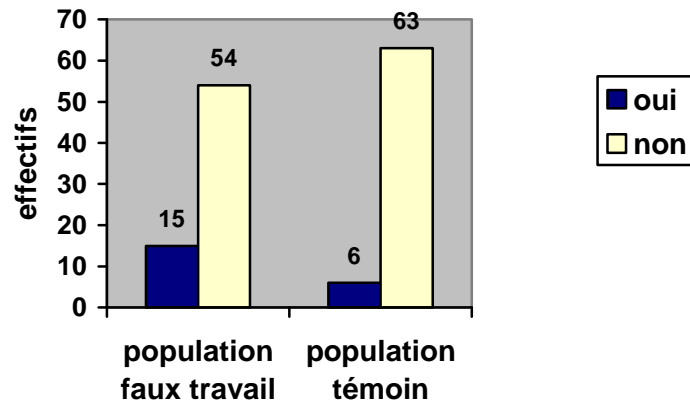
Dans la population cas, 18 femmes ont vu leur travail déclenché artificiellement contre 16 femmes dans l'autre population.

On note presque autant de déclenchements pour terme dépassé ou dans un contexte de RPM dans les deux groupes. Cependant plus de déclenchements de convenance se sont déroulés dans la population cas que dans le groupe témoin. Aussi moins de déclenchements ont été effectués pour motif médical dans la population cas.

d. *Dystocies au cours du travail*

- **Dystocies dynamiques**

Figure 27 : *Dystocies dynamiques au cours du travail dans chaque population.*



Différentes dystocies dynamiques ont été rencontrées au cours du travail chez les patientes qui ont fait précédemment un faux début de travail: 2 dystocies de démarrage, 1 hypercinésie et 1 hypocinésie de fréquence, 1 hypocinésie d'intensité et 10 stagnations de la dilatation. Donc 22% des femmes ayant fait un faux début de travail ont présenté une dystocie dynamique au cours du travail.

En revanche, dans la population témoin, 9% ont en présentée une.

- **Dystocies mécaniques**

On rencontre 9 dystocies mécaniques, soit 13%, au cours du travail des patientes de la population à faux début de travail dont 3 non engagements de la présentation.

Dans la population témoin, 6 patientes ont vécu une difficulté à l'engagement de la présentation, soit 9% ont subit une dystocie mécanique.

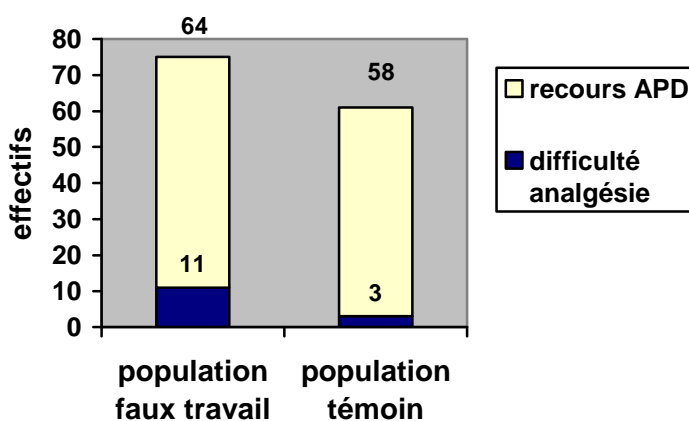
En somme, 6 femmes ont cumulé une dystocie mécanique et une dystocie dynamique au cours du travail dans la population cas versus 2 dans la population témoin.

e. Variétés postérieures de la présentation

Une majorité de variétés postérieures a été diagnostiquée au cours du travail dans la population témoin avec 16% contre 9% dans la population de faux début de travail.

f. Recours à l'analgésie péridurale (APD) et difficulté d'analgésie

Figure 28 : Difficultés d'analgésie rencontrées sous APD.



93% des patientes ont bénéficié de l'APD dans le groupe des cas versus 86% dans le groupe témoin.

Des difficultés pour soulager les douleurs de manière optimale ont été rencontrées chez 11 patientes du premier groupe bénéficiant de l'APD contre 3 seulement dans le groupe témoin.

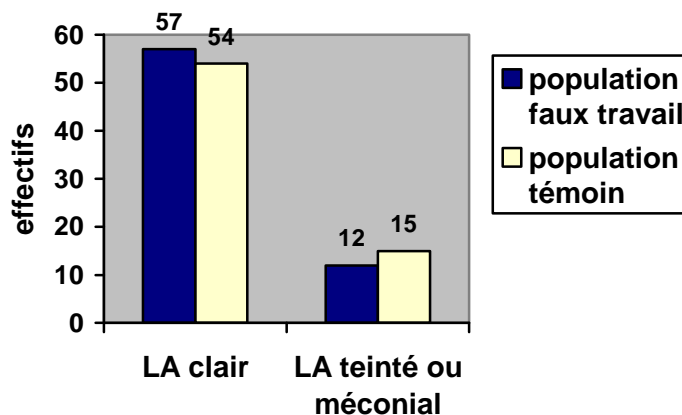
Autrement dit, les femmes ayant bénéficié d'une APD au cours du travail sont plus nombreuses dans la population cas. Cependant, leurs douleurs ont été moins bien soulagées pour 17% d'entre elles, versus 5% dans la population témoin.

g. Fièvre au cours du travail

Autant de patientes dans les deux groupes ont présenté un épisode d'hyperthermie (fièvre supérieure à 38°C) au cours du travail.

h. Aspect et couleur du Liquide Amniotique (LA)

Figure 29 : *Aspect et couleur du LA au cours du travail dans chaque population.*



Le LA est découvert teinté ou méconial dans 17% des cas de la population de faux début de travail contre 22% dans la population témoin.

i. Durée du travail

La durée moyenne du travail est d'environ 3h30 dans les deux populations. La durée maximale étant de 10 heures pour le groupe de faux début de travail et de 11 heures pour le groupe témoin.

j. Présence d'altérations du Rythme Cardiaque Fœtal (RCF)

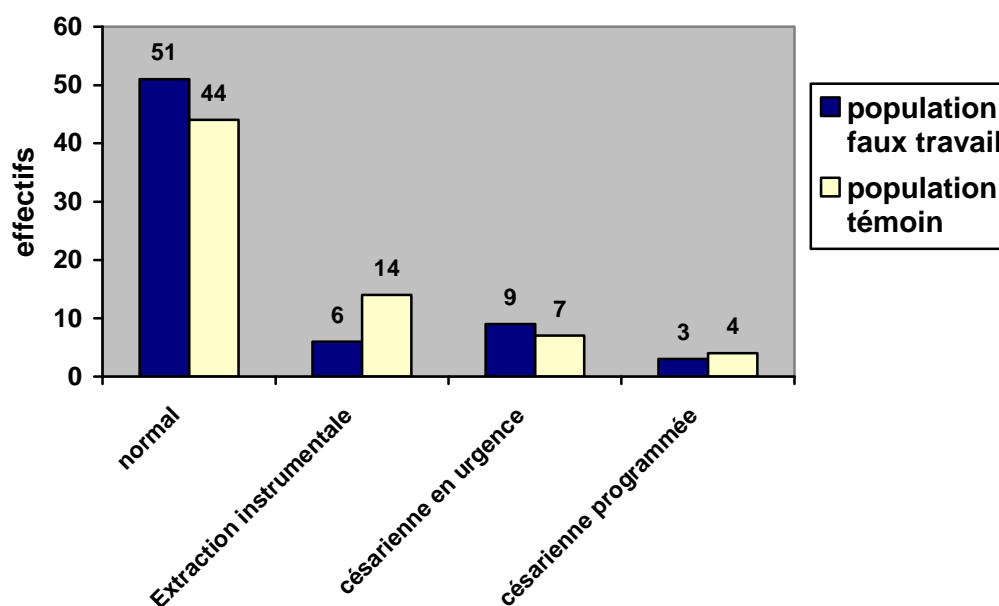
Au cours du travail, les enregistrements du RCF ont montré des altérations chez le même nombre de fœtus dans les deux populations: 25 dans chacune.

Cependant, dans la population de faux début de travail, il y a plus d'altérations du RCF au moment de l'expulsion avec 6/25 versus 2/25 dans le groupe témoin.

2.2.2. Accouchement

a. Mode d'accouchement

Figure 30 : Les différents modes d'accouchement dans chaque population.



- **Accouchements normaux**

On compte plus d'accouchements normaux dans la population de faux début de travail avec 74% versus 64% dans la population témoin.

- **Extractions instrumentales**

On dénombre seulement 6 extractions instrumentales (ventouse, forceps ou spatules) sur les 57 accouchements par voie basse dans la population de faux début de travail versus 14 sur 58 dans la population témoin.

- **Césariennes en urgences**

13% des accouchements dans la population cas se sont soldés par une césarienne en urgence contre 10% dans la population témoin.

Les motifs sont :

- dans la population cas : altérations du RCF (3), dystocies (3), altérations du RCF et dystocies (3)
- dans la population témoin : altérations du RCF (5), dystocies (2)

- **Césariennes programmées**

Le nombre de césariennes programmées est voisin dans les deux groupes. Les motifs rencontrés sont :

- dans la population cas : présentation du siège (2), terme dépassé associé à une appréciation cervicale défavorable à un déclenchement (1)
- dans la population témoin : présentation du siège (3), présence de kyste ovarien dermoïde (1).

On note, au total, une césarienne de plus dans la population de faux travail de plus que dans la population témoin. Autrement dit, il n'y a quasiment pas de différence dans le taux global de naissance par césarienne. Les accouchements pathologiques correspondent à une césarienne en urgence dans 1 cas sur 2 après un faux début de travail et dans 1 cas sur 4 dans la population témoin.

b. Terme de la grossesse

Le terme de la grossesse se situe en moyenne entre 39SA+3 jours et 40 SA dans les deux populations avec un intervalle identique allant de 37 SA à 42 SA.

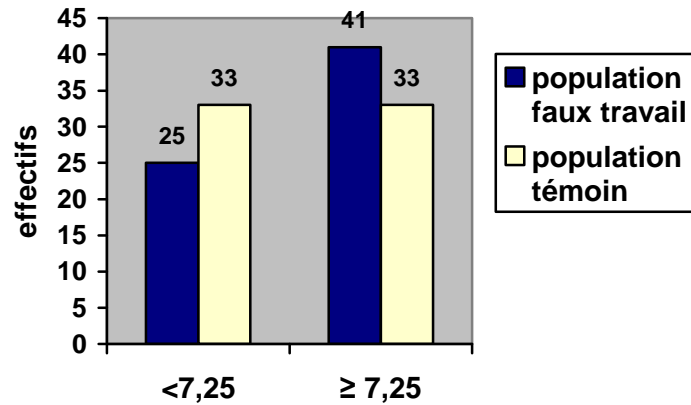
Le dépassement de terme s'observe aussi de manière identique dans les deux groupes. En effet, 28% des accouchements dans chaque population sont survenus après 41 SA.

c. Pathologie de la délivrance

9% des accouchements ont été compliqués d'une pathologie de la délivrance (hémorragie ou rétention placentaire) dans la population de faux début de travail contre 3% dans la population témoin.

d. PH artériel au cordon à la naissance

Figure 31 : PH du sang artériel prélevé au cordon à la naissance dans chaque population.



Plus de nouveau-nés avaient un pH au cordon inférieur à 7,25 (correspondant à l'état de pré-acidose voire d'acidose métabolique) dans la population témoin que dans la population de faux début de travail avec 48% versus 36%.

Cependant les moyennes des pH sont quasiment identiques, valant 7,25 (dans un intervalle de pH allant de 6,93 à 7,45) dans la population cas et 7,24 (dans un intervalle allant de 7,04 à 7,43) dans la population témoin.

2.2.3. Suites immédiates

a. Score d'Apgar

Figure 32 : *Indice d'Apgar attribué aux nouveau-nés à 1 minute de vie dans chaque population.*

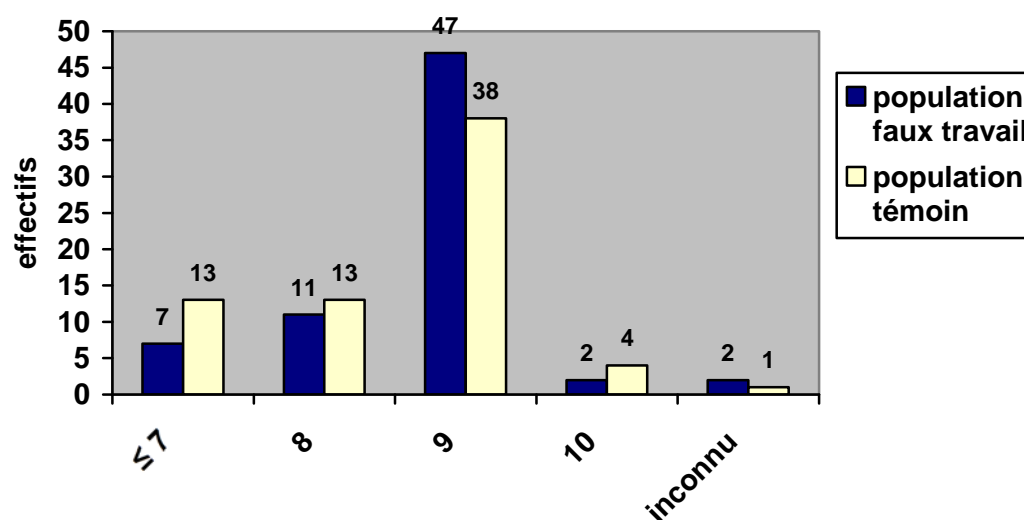
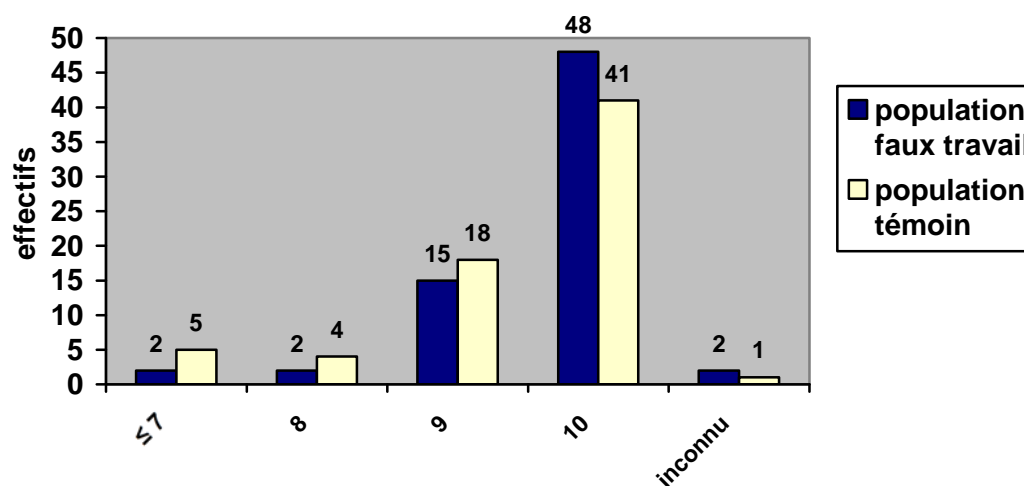


Figure 33 : *Indice d'Apgar attribué aux nouveau-nés à 5 minutes de vie dans chaque population.*



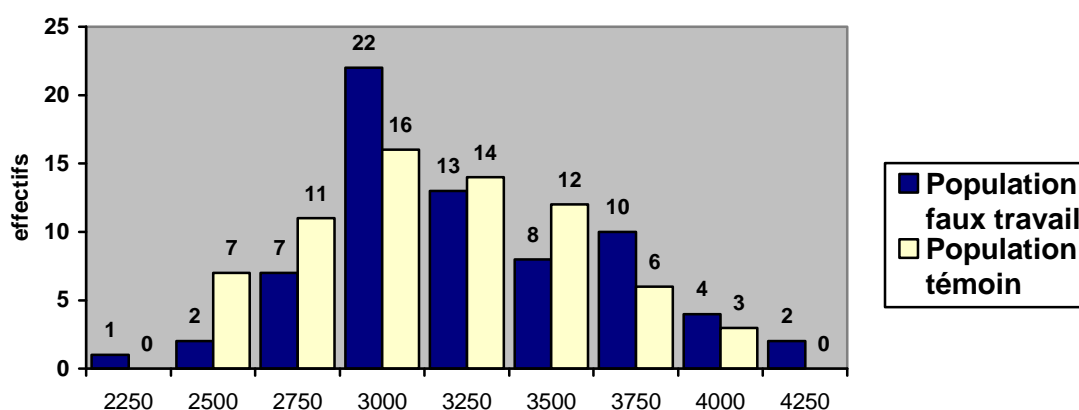
Les indices d'Apgar sont en général meilleurs dans la population de faux début de travail que dans la population témoin.

A 1 minute de vie, 26 nouveau-nés ont un score inférieur ou égal à 8 dans la population témoin contre 18 dans la population cas.

A 5 minutes de vie, 9 nouveau-nés ont des indices inférieurs ou égaux à 8 dans la population témoin versus 4 dans la population cas.

b. Poids de naissance

Figure 34 : *Poids de naissance en gramme (en classe) des nouveau-nés de chaque population.*



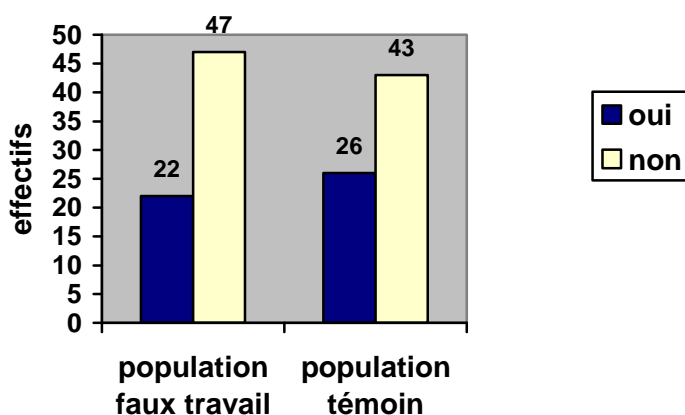
Le poids moyen des nouveau-nés à la naissance dans le groupe des femmes qui ont fait un faux début de travail se chiffre à 3386g avec une étendue allant de 2430g à 4350g.

En revanche, le groupe témoin affiche un poids moyen plus faible de 3266g dans un intervalle plus étroit compris entre 2540g et 4160g

On compte 6 enfants macrosomes (poids de naissance supérieur à 4000g), dans la population de faux début de travail versus 3 dans l'autre population.

c. *Prise en charge pédiatrique à la naissance*

Figure 35 : *Prise en charge pédiatrique à la naissance dans chaque population.*



Le nombre de prise en charge pédiatrique à la naissance est plus élevé dans la population témoin (26, soit 38%) que dans la population de faux début de travail (22, soit 32%).

Dans le groupe cas, 4 interventions sur les 22 concernaient des difficultés d'adaptation immédiate avec détresse respiratoire immédiate versus 6 /26 dans la population témoin.

d. *Hospitalisation du nouveau-né*

6 nouveau-nés de la population de faux début de travail ont été hospitalisés dès la naissance dont 5 pour détresse respiratoire immédiate ou secondaire dans un contexte de césarienne en urgence.

Dans la population témoin 4 nouveau-nés ont été hospitalisés et les motifs sont rassemblent des difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine mais dans des contextes différents (après un forceps ou après une césarienne programmée)

Si l'on additionne le nombre de jours d'hospitalisation de ces enfants, on compte 16 jours dans la population de faux début de travail contre 6 jours dans de la population témoin.

Ainsi, les nouveau-nés de la population de faux début de travail ont subi plus souvent des hospitalisations, plus longues et pour la majorité dans un contexte de naissance par césarienne en cours de travail.

Partie 3 : Analyse des résultats et discussion

1. ANALYSE DES RESULTATS

1.1. Limites et biais de l'étude

Compte tenu des moyens et du délai imparti, l'étude a été faite sur une petite série. Aussi elle ne concerne que le faux début de travail et non la dystocie de démarrage qui lui est proche.

Dans cette étude, on retrouve un biais de sélection dans la mesure où seuls les cas de faux début de travail conduisant à une hospitalisation ont été étudiés. Or le renvoi à domicile ou l'hospitalisation est souvent un choix fait en fonction du professionnel de garde. De plus, le nombre de sujets cas et témoin nécessaires à l'étude n'a pas pu être calculé par manque de données dans la littérature.

D'autres biais existent probablement dans cette étude :

- Le biais de confusion car certains paramètres extérieurs à l'étude, non prévus, peuvent influencer sur les résultats.
- Le biais prédictif parce que les facteurs de risque d'une pathologie peuvent être à l'inverse la conséquence de la maladie.

1.2. Outil statistiques utilisés

Le but est d'identifier les variables ayant une fréquence d'apparition significativement différentes entre la population de faux début de travail et la population témoin.

Pour comparer ces deux échantillons, un test d'homogénéité du Khi^2 à été utilisé. L'hypothèse H_0 s'écrit « les différences observées entre les deux échantillons ne sont pas significatives ». Si le test conclue à une différence significative pour une variable, entre les deux populations, l'hypothèse H_0 est rejetée au risque α fixé à 5%.

1.3. Analyse des résultats

Les résultats de cette étude permettent de mettre en évidence certains facteurs de risque de faux début de travail et certaines complications au cours du travail qui peuvent y être associées.

1.3.1. Critères significativement associés au faux début de travail ($\alpha < 0,05$)¹

Parmi tous les critères étudiés, seuls 6 ont une fréquence d'apparition significativement plus importante dans la population de faux début de travail au risque α inférieur à 5%.

Les antécédents psychologiques ($p < 0,001$), les antécédents de fausses couches ($p < 0,02$), les antécédents sociaux-familiaux tels que famille nombreuse, isolement ou enfant handicapé à charge ($p < 0,05$) et la multiparité ($p < 0,001$) sont des facteurs de risque de faux début de travail.

Les dystocies dynamiques ($p < 0,05$) et les difficultés de soulager la douleur des CU malgré une analgésie péridurale ($p < 0,05$) au cours du travail sont des complications davantage rencontrées chez les femmes ayant précédemment présenté un faux début de travail.

1.3.2. Critères « *a priori* » associés au faux début de travail

De nombreuses variables demeurent tout de même, au vu des pourcentages comparés à la population témoin, liées à un épisode de faux début de travail.

D'une part les critères qui seraient *a priori* des facteurs de risque du faux début de travail sont :

- **parmi les antécédents personnels maternels :**
 - âges extrêmes (22% versus 17%)
 - l'obésité (14% versus 10%)
 - l'origine Maghrébine (12% versus 6%)
 - les études supérieures (13% versus 9%)

¹ C'est le risque de se tromper lorsque l'on affirme que nos résultats sont significatifs, fixé à 5%.

- **parmi les antécédents obstétricaux :**
 - l'antécédent d'IVG (19% versus 13%)
 - les antécédents traumatiques du col (14% versus 11%)
 - la présence d'une cicatrice utérine (17% versus 10%)
- **durant la grossesse :**
 - la non participation à des séances de PNP à la maternité (80% versus 67%)
 - le poids du fœtus dépassant 4000g (9% versus 4%) en fin de grossesse

D'autre part, parmi les complications du travail et de l'accouchement, les pourcentages dans la population de faux début de travail sont plus élevés pour :

- les dystocies mécaniques (13% versus 9%)
- les altérations du RCF à l'expulsion (9 % versus 3%)
- les césariennes en urgence (13% versus 10%)
- les pathologies de la délivrance (9% versus 3 %)
- le nombre d'hospitalisation de nouveau-nés (9% versus 6%) et la durée d'hospitalisation (16 jours versus 6 jours)

Enfin, le faux début de travail aboutit plus souvent à un déclenchement artificiel du travail pour motif de convenance (6% versus 1%). Aussi le décollement du pôle inférieur de l'œuf est responsable de 7 % des faux débuts de travail (cela ne représente pas la majorité des DPIO).

En conclusion, parmi les critères *a priori* facteurs de risque du faux début de travail, les différences de pourcentages les plus importantes (supérieures à 6%) concernent : l'origine Maghrébine, l'antécédent d'IVG, l'utérus cicatriciel et la non participation à des séances de PNP. Parmi les complications, ce sont les taux d'altérations du RCF à l'expulsion et de pathologies de la délivrance qui ont le plus d'écart.

1.3.3. Critères n'ayant pas d'influence sur le faux début de travail

Très peu de différences sont observées entre les deux populations concernant :

- **Parmi les antécédents** : les antécédents d'extractions instrumentales (environ 15%)
- **au cours de la grossesse** :
 - les pathologies du LA (environ 9%)
 - les pathologies endocriniennes (environ 9% de perturbations glycémiques et 7% d'hypothyroïdie)
 - les pathologies vasculaires (environ 7%)
 - le suivi de grossesse complet (environ 96,5%)
- **durant le travail et l'accouchement** :
 - le terme (entre 39 SA + 3jours et 40 SA en moyenne) et la proportion de patiente à terme dépassé (28%)
 - les présentations autres que céphaliques (environ 5%),
 - la durée de travail (environ 3h30 en moyenne)
 - l'apparition d'une fièvre (environ 8%)

1.3.4. Critères associés à la population témoin

Seul le recours à une extraction instrumentale à l'accouchement ($p < 0,05$) est significativement plus souvent présent dans la population témoin que dans la population de faux début de travail

En revanche, au vu des résultats, ces critères sont *a priori* davantage rencontrés, dans cette population témoin :

- **parmi les antécédents maternels** :
 - l'antécédent de pathologie gynécologique (4% versus 0%)
 - les problèmes socio-économiques (14,5% versus 7%)
- **durant la grossesse** : la survenue d'une RPM (28% versus 22%)
- **durant le travail et l'accouchement** :
 - l'aspect méconial du LA (22% versus 17%)
 - les variétés postérieures (16% versus 9%)

- **à la naissance** : une moins bonne adaptation néonatale :
 - Apgar ≤ 8 à 5 minutes de vie plus fréquents (13% versus 5%)
 - pH au cordon plus souvent $< 7,25$ (48% versus 36%)
 - prises en charge pédiatriques plus nombreuses (38% versus 32%)

1.4. Validation des hypothèses

1.4.1. Hypothèse (1)

« Le faux début de travail peut être favorisé par certaines particularités utérines comme la sur-distension (liée au contenu utérin), la fatigabilité (de la multipare), la fragilité (utérus cicatriciel)... ».

Comme la multiparité (terme désignant les femmes ayant accouché au moins deux fois), le fœtus macrosome et la présence de cicatrice utérine sont identifiés comme étant des facteurs de risques du faux début de travail par cette étude, cette première hypothèse peut être validée.

1.4.2. Hypothèse (2)

« Certains antécédents personnels, gynécologiques et obstétricaux maternels sont des facteurs de risques du faux début de travail. »

Les résultats de l'étude permettent de mettre en évidence certains antécédents personnels (contexte psychologique défavorable, contexte socio-familial particulier) et certains antécédents obstétricaux (fausse couche, IVG) comme étant facteurs de risque du faux début de travail. Donc l'hypothèse peut être validée bien qu'on ne retrouve pas de pathologies gynécologiques favorisant la survenue de cet épisode de CU.

1.4.3. Hypothèse (3)

« Des dystocies au cours du travail avec leurs répercussions fœtales puis néonatales, sont plus souvent mises en évidence après un faux début de travail. »

En effet, les taux de dystocies dynamiques et mécaniques au cours du travail sont nettement supérieurs après un faux début de travail

Les répercussions fœtales ne sont pas celles attendues. L'étude ne démontre pas plus d'altérations du RCF au cours du travail ou d'émission *in utero* de méconium dans le groupe cas.

L'adaptation néonatale est favorable au vu des pH au cordon et des scores d'Apgar mais le nombre et la durée d'hospitalisation de nouveau-nés sont plus importants et dans la majorité des cas pour motif de détresse respiratoire secondaire dans un contexte de naissance par césarienne au cours du travail.

Or, la majorité de césariennes sont liées à une dystocie. Ainsi, cette hypothèse n'est validée que partiellement car des dystocies au cours du travail sont plus souvent mises en évidence après un faux début de travail mais leurs répercussions sont plus souvent néonatales que fœtales.

1.4.4. Hypothèse (4)

« Chez les femmes ayant précédemment présenté un épisode de faux début de travail, les taux de césariennes, d'extractions instrumentales et d'hémorragies de la délivrance sont plus élevés que chez les femmes qui n'en n'ayant pas présenté. »

L'hypothèse semble invalidée au regard des résultats démontrant un taux d'extraction instrumentale plus important dans la population témoin et un faible écart de pourcentage de césariennes en urgence entre les deux populations. En revanche le taux de pathologies de la délivrance est supérieur lorsqu'un faux début de travail est survenu durant la grossesse.

2. DISCUSSION

2.1. A propos des facteurs de risque

Les antécédents psychologiques ($p < 0,001$) comme la dépression, l'anxiété, le deuil périnatal semblent être pourvoyeurs de faux début de travail. De même, les antécédents de fausses couches ($p < 0,02$) ou d'IVG, pouvant se révéler traumatiques moralement, sont aussi souvent retrouvés dans la population de faux début de travail.

Ces résultats ne sont pas surprenants dans la mesure où des facteurs psychologiques comme la peur, l'ignorance, l'anxiété, majorent l'intensité de la douleur. [16] De même, une femme non préparée à ce qui l'attend au moment de l'accouchement peut éprouver beaucoup d'angoisse à l'origine d'épisode de CU. [7]

On compte dans notre étude deux fois plus de femmes d'origine Maghrébine dans le groupe du faux début de travail que dans le groupe témoin. Or l'origine géographique intervient dans l'expression de la douleur. Les femmes du pourtour méditerranéen ont tendance à verbaliser plus facilement la douleur que les femmes anglo-saxonnes ou scandinaves [16]. Le faux début de travail pourrait-il avoir un lien avec la culture et l'expression de la douleur ?

Certaines femmes présentant un faux début de travail ont peut-être tendance, au vu de ces facteurs de risques, à plus ressentir ou exprimer la douleur des CU de fin de grossesse, les amenant à consulter.

D'ailleurs en pratique, pour certaines patientes les CU s'estompent déjà au moment où l'on pose le monitoring afin d'enregistrer le rythme cardiaque fœtal et les caractéristiques des CU. Le fait de savoir que quelqu'un va s'occuper d'elle, qu'elle va entendre les bruit du cœur de son fœtus peut être rassurant et interrompre ce moment d'angoisse mis en cause dans cet épisode de CU.

Aussi, l'ambivalence peut augmenter la douleur [16]. Ainsi une femme désirant à la fois poursuivre sa grossesse et accoucher ou une femme éprouvant en même temps l'envie et la peur d'accoucher pourrait aussi ressentir plus de CU douloureuses en fin de grossesse.

La grossesse est une période particulière dans la vie d'une femme durant laquelle ressurgissent les conflits internes. Donc une femme ayant un antécédent d'IVG ou de fausses couches peut inconsciemment craindre une reviviscence de ces expériences douloureuses provoquant cet état d'ambivalence.

En somme, ce contexte psychologique mériterait d'être d'autant plus considéré par les sages-femmes lorsqu'elles prennent en charge une femme présentant un faux début de travail.

Les antécédents de type socio-familiaux comme une famille nombreuse, l'isolement et un enfant handicapé à charge, ($p < 0,05$) semblent aussi être incriminés dans l'apparition du faux début de travail.

En effet, avoir plusieurs enfants ou s'occuper d'un enfant handicapé pourrait plus facilement engendrer de la fatigue et du surmenage pouvant induire des CU plus intenses incitant les femmes à consulter.

De même la multiparité ($p < 0,001$) est probablement, au regard des résultats de cette étude, un facteur de risque du faux début de travail. Ce résultat est un accord avec les travaux de J-M THOULON [4]. Le fait d'avoir mené plusieurs grossesses à terme provoque une sur-distension utérine physiologique. La multiparité provoque cette fatigabilité de l'utérus qui pourrait se contracter anarchiquement au moment de la phase de stimulation utérine durant laquelle l'utérus est prêt à répondre aux facteurs hormonaux. L'examen d'une femme multipare présentant un épisode de CU sans modification notable du col devrait permettre d'orienter particulièrement le diagnostic vers un faux début de travail plutôt qu'une dystocie de démarrage touchant les primipares dans 75 % des cas [7].

Aussi, une cicatrice utérine fragilisant le myomètre pourrait être à l'origine de cet asynchronisme de la contractilité myométriale évoquée par G MAGNIN [3] comme étant l'un des mécanismes du faux début de travail.

La cicatrice utérine se situe en général au niveau du segment inférieur formé en fin de grossesse. Ainsi, lors d'une grossesse suivante cette zone sera fragilisée. Or,

comme précisé dans la partie 1, le segment inférieur permet de recueillir les forces contractiles du corps de l'utérus et de les orienter excentriquement vers le col. [7]

Dans la mesure où l'utérus est cicatriciel, on peut penser que la propagation de la contraction ne se fait pas de manière optimale vers le col qui ne peut mécaniquement pas se dilater.

La sur-distension utérine liée au contenu utérin ne semble favoriser que quelques faux débuts de travail. En effet le fœtus macrosome (poids supérieur à 4000g) est de manière peu significative un facteur de risque du faux début de travail. L'utérus étant un muscle, plus il est distendu, moins bonne est sa contractilité. Le fœtus macrosome peut créer une sur-distension utérine à l'origine de sa mauvaise contractilité provoquant des CU inefficaces sur le col.

En revanche, les pathologies du liquide amniotique à titre d'excès ne semblent pas créer plus de faux début de travail au vu des résultats de notre étude.

De même d'après l'étude « Amniotic fluid volume in spurious labour » en 1997 portant sur 893 parturientes, l'oligoamnios (index amniotique inférieur à 5 cm) est significativement pourvoyeur de faux début de travail. Nos résultats n'aboutissent pas aux mêmes conclusions. Ceci pourrait s'expliquer par la faible taille de notre échantillon.

Certains critères étudiés dans cette étude semblent avoir un faible lien avec le faux début de travail.

D'abord, on aurait pu imaginer que les antécédents traumatiques du col seraient l'un des facteurs de risques les plus importants du faux début de travail. En effet, ce dernier serait dû selon les hypothèses émises dans l'Encyclopédie médico-chirurgicale en 1992 à des résistances anormales du col. [3] Or, l'étude montre seulement 3% de différence entre le groupe des faux débuts de travail et le groupe témoin concernant cet antécédent. Le faux début de travail relève peut-être davantage d'un problème de dynamique utérine que de rigidité du col. Cela donne un argument de comparaison avec la dystocie de démarrage dont le problème provient à l'inverse plutôt du col.

On aurait pu penser aussi que l'antécédent d'extraction instrumentale serait un facteur de risque de faux début de travail au même titre que les antécédents de fausses couches ou d'IVG. En effet une extraction instrumentale est une expérience traumatisante dans certains cas, pouvant ternir le vécu de l'accouchement des patientes.

Or notre étude montre que cet antécédent est présent de manière similaire dans les deux groupes.

Ensuite, bien que l'âge moyen des patientes dans les deux populations soit très proche, les patientes aux âges extrêmes (≤ 18 ans ou ≥ 35 ans) sont légèrement plus nombreuses dans la population de faux début de travail. Donc les grossesses précoces ou tardives sont plus susceptibles d'être marquée par un faux début de travail que les grossesses à l'âge moyen de 29 ans.

Concernant le niveau d'étude, on dénombre plus de femmes ayant effectué des études supérieures dans la population de faux début de travail que dans le groupe témoin.

Enfin, comme dans bien d'autres pathologies, l'obésité est aussi un faible facteur de risque du faux début de travail.

2.2. A propos des complications durant le travail et l'accouchement

Les deux complications durant le travail qui sont significativement liées à un faux début de travail sont la difficulté de soulager les douleurs malgré une analgésie péridurale ($p < 0,05$) et les dystocies dynamiques ($p < 0,05$).

Selon l'enquête périnatale de 2003 en France, le taux de recours à l'APD pendant le travail est de 75%. Ce taux est plus élevé dans nos deux populations, probablement car l'accès à l'APD à la Maternité de Nancy est facilité par la présence d'un pôle d'anesthésie qui lui est propre.

Cependant, le fait que ce taux de recours à l'APD soit plus élevé dans la population de faux début de travail, regroupant pourtant 40% de multipares, que dans la population témoin qui en regroupe seulement 13% peut interpeller. Les multipares possèdent souvent un travail rapide, empêchant le recours à l'APD, et une expérience de l'accouchement à l'origine de nombreux refus.

Certaines parturientes de la population cas sont moins réceptives à l'analgésie. En effet 17% des parturientes bénéficiant de l'APD n'ont pas été soulagée. Or à ce jour, plus de 90% des patientes sont complètement calmée par cette analgésie durant le travail. [9]

Ces constatations peuvent éventuellement se justifier par plusieurs hypothèses :

- Le seuil de douleur serait plus bas chez certaines femmes et justifierait le fait qu'elles consultent pour des CU de fin de grossesse qui se rapprochent. Si la notion de « pregnancy induced analgesia » décrite dans la Partie 1 est admise, une anomalie dans le processus pourrait faire que ces femmes ne possèdent pas cette augmentation physiologique du seuil de douleur par la grossesse.
- Une augmentation de la tolérance à la pression est constatée dans les 15 derniers jours de grossesses [11]. Si cette modification n'apparaît pas chez toutes les femmes, cela explique que certaines d'entre elles ressentent de la douleur d'une CU qui n'en aurait pas provoqué chez une autre femme.
- La tolérance à la douleur pourrait être diminuée au moment du travail, d'autant plus, si plusieurs épisodes de CU se sont répétés auparavant.

Des dystocies dynamiques et/ ou mécaniques au cours du travail concernent 26% des patientes dans notre population de faux début de travail. Des dystocies dynamiques sont diagnostiquées dans 22% des cas. Ces résultats sont en accord avec les études « Obstetric outcome of patients with a previous episode of spurious labor » [1] et « Spurious labor : a high risk factor of dysfunctional labor and fetal distress » [6] prouvant que le faux début de travail favorise de manière significative des dystocies dynamiques.

La question est de savoir si elles sont une conséquence du faux début de travail ou si elles sont la conséquence d'une autre anomalie favorisant aussi un faux début de travail.

D'une part les dystocies dynamiques et mécaniques pourraient être la conséquence d'un faux début de travail par fatigabilité utérine. L'utérus étant un muscle avant tout, on peut penser que des épisodes de CU finissent par diminuer ses performances et la contractilité de ses fibres lisses. Aussi, dans notre étude, les stagnations de la dilatation sont deux fois plus souvent à l'origine de dystocies dynamiques que les anomalies utérines. Or, le faux début de travail serait en partie lié à une rigidité anormale du col par défaut de maturation du tissu conjonctif. Aussi un défaut de maturation cervicale pourrait aussi provoquer des dystocies dynamiques.

Enfin, des dystocies dynamiques pourraient être dues aux douleurs persistantes non abolies par l'APD. En effet la douleur mal calmée peut engendrer des anomalies de

la dynamique utérine par deux voies différentes. La sécrétion de cortisol et d'adrénaline stimule l'activité utérine alors que la noradrénaline l'inhibe, ce qui provoque des CU désordonnées [14, 18]. Rappelons que ces difficultés d'analgésie concernent 17% des patientes ayant bénéficié d'une APD.

Mais d'autre part, certaines dystocies pourraient provenir par exemple d'une sur-distension utérine qui serait aussi à l'origine des faux débuts de travail.

Ces hypothèses à propos des dystocies dynamiques expliqueraient aussi pourquoi des pathologies de la délivrance par atonie utérine sont davantage rencontrées chez les femmes ayant présenté un faux début de travail. En effet, les pathologies de la délivrance sont favorisées par une sur-distension utérine, un travail allongé...[7]. De même la fatigabilité utérine liée à la multiparité peut provoquer dans un premier temps un faux début de travail, puis une dystocie dynamique et enfin une hémorragie de la délivrance.

Une autre particularité paraît discutable. Dans nos deux populations, les durées moyennes du travail sont voisines. Ceci explique aussi que le nombre d'hyperthermies soit identique dans les deux groupes, celles-ci étant en général la conséquence d'une infection liée à une longue durée d'ouverture de la poche des eaux (depuis sa rupture jusqu'à l'accouchement). Cependant, on aurait pu s'attendre à observer une durée de travail en moyenne plus courte chez les femmes qui ont présenté un faux début de travail dans la mesure où elle rassemble 40% de multipares. En effet les durées moyennes de travail dans la population générale sont plus courtes chez les multipares (environ 6h) que chez les nullipares (9h) [7]. C'est à priori le nombre important de dystocies dynamiques, à la suite de faux début de travail qui allonge la durée moyenne du travail.

Ainsi un recours plus précoce à l'ocytocine au cours du travail chez les femmes ayant précédemment fait un faux début de travail ne pourrait-il pas diminuer certaines complications telles que : l'allongement du temps de travail, les dystocies dynamiques et l'hémorragie de la délivrance ?

Concernant les modes d'accouchements, il semblerait que le faux début de travail n'induit pas plus de d'extractions instrumentales. Au contraire celles-ci sont

significativement davantage rencontrées dans la population témoin ($p < 0,05$). Cependant, à la suite de cet épisode de CU, le taux de césarienne en urgence est plus élevé mais de manière non significative. Cette dernière constatation est encore en accord avec la littérature dont l'étude « False labor » [2].

La proportion importante de multipares dans notre population de faux début de travail nous permet de comprendre le faible taux d'extraction instrumentale et la meilleure adaptation néonatale. Les indications d'extractions instrumentales les plus fréquentes sont des efforts expulsifs inefficaces et des anomalies du RCF. En effet, des efforts expulsifs insuffisants sont moins souvent observés chez les multipares qui possèdent plus de facilité pour accoucher normalement (expérience, muscles du périnée distendus,...)

Etonnement, on note un taux de césariennes en urgence légèrement plus important lorsqu'il y a eu précédemment un épisode de faux début de travail.

En effet, les césariennes au cours du travail étant le dernier traitement des dystocies, on s'attend à plus de césariennes en urgence après un faux début de travail du fait nombre important de dystocies.

De même la proportion non négligeable d'utérus cicatriciel dans le groupe cas constituant un risque supplémentaire de césarienne aurait pu aussi entraîner une augmentation de ce taux de césariennes. D'autant qu'en pratique, l'apparition de dystocies alors que l'utérus est cicatriciel entraîne un recours plus facile à la césarienne.

Notons tout de même que la moitié des accouchements pathologiques sont des césariennes en urgence dans la population faux début de travail versus un quart dans la population témoin. **Donc la proportion de césariennes en urgence parmi les accouchements pathologiques est plus importante après un faux début de travail.**

Enfin, un biais de confusion existe probablement. Certaines césariennes ne sont peut-être pas la conséquence d'un faux début de travail mais sont plutôt la conséquence d'un autre facteur ayant aussi provoqué ce faux début de travail.

D'après notre étude, l'adaptation initiale est meilleure après un faux début de travail. En effet, les indices d'Apgar des nouveau-nés sont meilleurs, peu de pH au cordon témoignent d'un état d'acidose et enfin les interventions pédiatriques sont moins souvent nécessaires à la naissance.

D'abord, le fait qu'il y ait plus d'accouchements pathologiques dans la population témoin justifie la nécessité plus importante des prises en charge pédiatrique.

Par ailleurs, la phase d'expulsion est la phase la plus critique sur l'équilibre acido-basique. [9] La proportion de femme ayant accouché au moins une fois dans la population de faux début de travail est plus importante que dans la population témoins. Or la phase d'expulsion est en moyenne plus courte chez les femmes ayant accouché au moins une fois (15 minutes) que chez la nullipare (25 à 30 minutes) [9]. Durant cette phase, les efforts expulsifs des multipares sont en général plus efficaces mais provoquent un arrêt dans la circulation utéro-placentaire expliquant le nombre plus important d'anomalies du RCF au cours de l'expulsion dans la population de faux début de travail. Cependant, ces efforts sont moins longs, permettant au fœtus de ne pas dépasser ses mécanismes d'adaptation à l'hypoxie, d'où une meilleure adaptation initiale des nouveau-nés.

De plus les pressions exercées par les parties molles de la nullipare sur le pôle céphalique du fœtus sont aussi très péjoratives pour son équilibre métabolique [9]. Chez la multipare, les tissus ont déjà été distendus, ils ne constituent donc plus un obstacle majeur à la progression fœtale.

Ainsi, les durées d'expulsion, inévitablement moins longues dans le groupe de faux début de travail, laissent présager d'une meilleure adaptation de l'enfant.

Enfin on peut se demander si les épisodes de faux début ne contribuent pas à renforcer les mécanismes d'adaptation à l'hypoxie de certains fœtus expliquant le faible taux d'anomalies du RCF et de liquide méconial en cours de travail.

A l'inverse, on peut supposer que le faux début de travail puisse fragiliser certains fœtus et réduire ses capacités d'adaptation à l'hypoxie dans les situations dystociques. D'après notre étude, les nouveau-nés de la population de faux début de travail ont plus souvent été hospitalisés après la naissance et pour des plus longues durées séjours que les nouveau-nés de du groupe témoin. Le motif d'hospitalisation pour la majorité de ces enfants est la détresse respiratoire dans un contexte de naissance par césarienne en cours de travail. Ces constats ne sont pas en accord avec les observations précédentes mettant en évidence une meilleure adaptation initiale néonatale dans la population de faux début de travail. Donc d'après l'étude, les fœtus s'adaptent bien à la vie extra-utérine à la suite d'un faux début de travail. Par contre, durant les situations dystociques survenant au cours du travail, certains semblent moins bien tolérer les

contractions utérines d'où les difficultés d'adaptation après les césariennes. Notons que parmi les 9 césariennes en urgence dans le groupe de faux début de travail, 3 ont pour motifs des altérations du RCF et 3 autres ont pour motifs des altérations du RCF associées à des dystocies.

2.3. A propos des caractéristiques de la grossesse

L'étude ne montre pas d'impact des pathologies fréquentes de la grossesse comme l'hypertension artérielle, le diabète et l'hypothyroïdie. Il n'était pas aberrant de croire qu'elles constitueraient des facteurs de risque du faux début de travail. En effet l'anxiété, favorisant certaines hypertensions artérielles, est un facteur de risque du faux début de travail reconnu par la littérature. De même, le diabète est associé à la macrosomie fœtale engendrant une sur-distension utérine à l'origine d'épisodes de CU.

Les présentations du siège ne semblent pas être liées à un faux début de travail d'après cette étude. Or ces présentations appliquent moins bien sur le col que les présentations céphaliques. On peut éventuellement admettre que le faux début de travail ne relève pas d'un défaut d'application de la présentation fœtale sur le col.

De même les variétés postérieures ont cette même tendance à ne pas exercer les tractions optimale favorisant des défauts de dilatation du col. Or elles sont deux fois moins souvent repérées dans la population de faux début de travail que dans la population témoin. Ce deuxième constat pourrait aussi justifier l'hypothèse précédente. De plus, ce constat nous permet de faire une distinction avec le diagnostic de dystocie de démarrage dont les variétés postérieures sont découvertes dans deux tiers des cas [7].

On aurait pu penser que le faux début de travail serait pourvoyeur de rupture prématurée des membranes (RPM). En effet, la RPM peut être provoquée par des CU [8]. Mais l'étude montre au contraire un taux de RPM plus important dans la population témoin.

Aussi il n'est pas illogique de croire que le faux début de travail occasionne des accouchements plus précoces. Notre étude ne le démontre pas. En effet les accouchements précédés ou non d'un faux début de travail se sont déroulés en moyenne aux mêmes termes.

Ainsi, l'intensité des CU du faux début de travail n'est peut-être pas assez importante, ni pour provoquer mécaniquement une RPM, ni pour engendrer un accouchement plus précoce.

Aussi, on aurait également pu supposer que le taux de déclenchement serait beaucoup plus élevé après un ou plusieurs faux début de travail pour pallier au défaut de mise en travail spontanée. Pourtant, l'étude montre qu'il y a peu de différences concernant le nombre et les motifs des déclenchements entre les deux groupes. Cependant, un recours plus fréquent aux déclenchements de convenance s'observe dans le groupe cas. D'après l'ensemble de la littérature, la douleur de la mère semble plus incommode au moment du faux début de travail que les agressions subies par le fœtus (plus infimes). C'est sans doute pourquoi l'on retrouve plus de déclenchements de convenance que de déclenchements pour motif fœtaux (LA teinté, présence d'altérations du RCF...). Les arguments semblent concerner le confort maternel le but étant d'éviter les éventuelles récurrences d'épisodes douloureux.

De même, un Décollement du Pôle Inférieur de l'œuf (DPIO) est plus fréquemment utilisé dans le groupe des faux débuts de travail. Mais dans la majorité des cas, ce DPIO ne provoque pas le faux début de travail (utilisé en tout à 15 reprises dans les deux groupes et provoquant 5 faux débuts de travail). Il est d'ailleurs souvent effectué pour motif de faux début de travail à répétition. En somme, le DPIO est à la fois un facteur de risque et une conséquence du faux début de travail. Il est directement pourvoyeur de faux début de travail dans certains cas et peut être utilisé afin d'accélérer le processus de mise en travail dans d'autres cas, par souci du confort maternel.

Au total, l'induction du travail par déclenchement artificiel ou par décollement du pôle inférieur de l'œuf semble être plus souvent tentée lorsque la patiente a précédemment présenté un faux début de travail.

2.4. A propos de l'accompagnement du faux début de travail

L'un des principaux biais de l'étude correspond au fait que seuls les faux débuts de travail menant à une hospitalisation ont été étudiés. En effet, par crainte d'une mise

en travail imminente et pour le confort des patientes, les sages-femmes préfèrent hospitaliser les femmes multipares plutôt que leur permettre un retour à domicile. Au contraire, elles autorisent plus facilement le retour à domicile des nullipares dans la mesure où leur phase de latence est plus longue (environ 7h chez la nullipare [7]) que celle des multipares (environ 5h [7]).

Les hospitalisations cette anomalie en 2010 à la MRUN se sont déroulées en moyenne à 38SA+3jours, les accouchements ayant lieu en moyenne entre 39SA et 3jours et 40SA soit environ une semaine après. Parmi ces femmes hospitalisées, 27,5% ont effectué 2 ou 3 séjours pour ce même motif. Ce taux de récurrence sur une courte période n'est pas négligeable. Cet argument prouve la nécessité de ne pas traiter uniquement les symptômes du faux début de travail. En effet le faux début de travail relève probablement d'autres facteurs, en particulier psychologiques et sociaux, comme le montre notre étude. Lorsqu'une femme consulte pour cet épisode de CU, ces facteurs pourraient être recherchés et une proposition de prise en charge envisagée.

Par exemple, un entretien avec un psychologue ou une personne en capacité de répondre à leurs angoisses serait proposé aux femmes aux contextes psychologiques particuliers ou aux antécédents obstétricaux traumatisants (fausses couches, IVG...). Au cours l'hospitalisation, les sages-femmes pourraient aussi accorder ce temps d'écoute à ces patientes. Mais nous savons pertinemment qu'en pratique, les sages-femmes sont submergées par le travail et occupées à des pathologies plus importantes que celle du faux début de travail.

De même, c'est durant ces hospitalisations que pourraient être envisagées (si ce n'est pas déjà fait) des entretiens avec des assistantes sociales pour les femmes en situations d'isolement, avec des difficultés pécuniaires...Il ne faut pas omettre le fait que ces femmes sont sur le point de mettre au monde un enfant et qu'il est du ressort des sages-femmes, de part leur rôle de prévention, de s'assurer de leurs bonnes conditions d'accueil.

Aussi, on pourrait insister auprès de ces patientes sur l'importance de la Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). L'étude montre qu'il y a moins de femmes qui participent à ces séances dans le groupe cas que dans la population témoin. La proportion importante de multipares dans le groupe cas ayant une expérience de l'accouchement et ne ressentant en général pas le besoin de faire ses séances, explique ce faible taux de participation.

La non participation à des séances de PNP est désignée comme facteur de risque de faux début de travail. Ce dernier résultat est en accord avec la littérature. Ainsi, il ne serait pas inutile de préciser à toutes les femmes particulièrement stressées, anxieuses qu'il existe différents moyens de relaxation comme la sophrologie, l'acupuncture, le yoga, l'auto-hypnose proposés par les sages-femmes libérales et hospitalières lors de séances de PNP. L'objectif de ces séances n'est pas seulement d'apporter des connaissances théoriques autour de la naissance ; l'apprentissage de l'écoute de son corps, des techniques de relaxations, de la gestion de la douleur et bien d'autres choses peuvent y être inculquées. Ces méthodes pourraient permettre à ces femmes de mieux gérer la douleur des premières CU à leur domicile en attendant de voir s'il s'agit ou non du début du travail.

Enfin, l'étude démontre que 19 patientes de la population de faux début de travail ont fait plus de deux hospitalisations pour ce motif durant la grossesse mais que le temps de séjour est supérieur à 24h pour seulement 12 d'entre elles. Cela signifie que pour 7 femmes, une chambre d'hospitalisation a été mobilisée à deux reprises pour moins de 24 heures d'hospitalisations. Dans le cadre de la politique de tarification à l'acte cette constatation laisse transparaître un bénéfice pour l'établissement. En revanche, les dépenses publiques engendrées pour une hospitalisation (comprenant entre autre la dépense forfaitaire pour la chambre, la dépense liée à une mobilisation du personnel soignant et d'entretien...) sont multipliées par deux dans ces cas pour le même motif et sur une période restreinte.

On peut se demander *a posteriori* si les hospitalisations sont toujours justifiées ? Ainsi, un accompagnement du stress et de l'anxiété maternels dans certains cas ne permettrait-il pas d'éviter les récurrences aboutissant à de nouvelles hospitalisations ? D'autant qu'une partie des traitements comme le salbutamol, la nalbuphine ou les anxiolytiques utilisés en cas de faux début de travail ne sont pas sans effets secondaires et n'empêchent pas les récurrences.

2.5. Synthèse

Le premier axe de recherche visait à dévoiler les étiologies ou facteurs de risques ainsi que les mécanismes physiopathologiques du faux début de travail afin de mieux le prendre en charge. Ainsi notre étude nous permet de mettre en lumière certains facteurs

de risques de faux début de travail. Les plus prédictifs sont les antécédents psychologiques, les antécédents de fausses couches, et les antécédents de type socio-familiaux et la multiparité.

L'ensemble des facteurs de risques retrouvés dans cette étude permettent d'émettre des hypothèses concernant la physiopathologie de ce syndrome. Le faux début de travail ne relèverait pas uniquement de facteurs obstétricaux mais aussi de facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux. Dans la mesure où les facteurs modulant l'intensité de la douleur sont également souvent des facteurs de risque du faux début de travail (peur, anxiété, ignorance, isolement,...), il est possible de penser que certaines femmes ont tendance, à plus ressentir ou exprimer la douleur des CU de fin de grossesse, les conduisant à consulter. Le faux début de travail étant *a priori* favorisé par la sur-distension, la fatigabilité et la fragilité utérines, il ressort peut-être davantage d'un problème de dynamique utérine que de rigidité du col lié.

Certains facteurs de risques, s'ils sont aperçus chez les patientes consultant pour un épisode de CU sans modification du col, pourraient rendre plus facile la distinction avec la dystocie de démarrage en complément des signes cliniques déjà connus dans la littérature.

Les facteurs favorisant le faux début de travail décelés par cette étude sont concordants avec ceux cités dans la littérature à l'exception de l'oligoamnios.

Afin de mieux prendre en charge les patientes présentant un faux début de travail, il paraît essentiel de considérer la femme dans sa globalité, avec ses antécédents. Un accompagnement mieux orienté en fonction de l'origine du faux début de travail permettrait peut-être d'éviter les épisodes récidivants et des hospitalisations quelques fois peu justifiées. De même, on pourrait rappeler à ces patientes les bénéfices de la préparation à la naissance inculquant les techniques de respiration, de relaxation, accessibles dans de nombreux endroits.

Le deuxième axe de recherche concernait la mise en évidence d'éventuelles complications obstétricales, fœtales et néonatales favorisées par le faux début de travail et qui pourraient être prévenues. Les deux principales complications durant le travail qui sont significativement liées à un faux début de travail sont la difficulté de soulager les douleurs malgré une APD et les dystocies dynamiques. D'après nos résultats, le faux début de travail semble induire plus de césariennes en urgence alors qu'il n'engendre

pas plus d'extractions instrumentales. Enfin les pathologies de la délivrance par atonie utérine semblent être plus fréquentes.

Certaines de ces complications pourraient encore nous permettre d'identifier des mécanismes du faux début de travail. La notion de diminution du seuil de douleur est encore une fois distinguée au vu des difficultés d'analgésie plus fréquemment rencontrées. La douleur qui en émane pourrait d'ailleurs être à l'origine de dystocies dynamiques.

D'après les résultats, les nouveau-nés s'adaptent habituellement bien à la vie extra-utérine après un faux début de travail. Néanmoins, dans les situations dystociques apparaissant en cours de travail et aboutissant à une césarienne, certains fœtus semblent moins bien tolérer les agressions.

Donc des dystocies au cours du travail sont plus souvent mises en évidence après un faux début de travail mais leurs répercussions sont plus souvent néonatales que fœtales.

En somme, les complications du faux début de travail évoquées précédemment pourraient être prévenues. En pratique, l'utilisation de l'ocytocine est l'un des principaux remèdes des dystocies. Son action consiste à renforcer la force contractile de l'utérus et à régulariser les contractions. Ainsi un recours systématique à l'ocytocine associé à une pose d'analgésie péridurale dès le début du travail chez les femmes qui ont précédemment fait un faux début de travail ne permettrait-il pas de diminuer le nombre de ces complications ?

Pour remédier aux douleurs persistantes malgré une analgésie péridurale les méthodes non pharmacologiques comme l'acupuncture, l'homéopathie, la relaxation, l'hypnose, la sophrologie devraient être proposées dans la mesure du possible.

Conclusion

Le faux début de travail correspond, en fin de grossesse, à un épisode de contractions utérines douloureuses inefficaces sur le col. [7] Cette anomalie est fréquente en obstétrique mais peut se révéler parfois très invalidante pour la patiente. En effet, certaines présentent des épisodes récidivants incitant à consulter à plusieurs reprises avant l'accouchement. Malheureusement, les remèdes, bien que divers, ne sont pas toujours efficaces. De plus, les moyens thérapeutiques, pouvant être prescrits par les sages-femmes pour la plupart, sont régulièrement pourvoyeurs d'effets indésirables maternels mais surtout fœtaux. [8]

Le diagnostic de faux début de travail n'est pas toujours aisé, ne pouvant s'établir qu'*a posteriori* selon certains auteurs comme D CABROL. [5] Pourtant son diagnostic différentiel avec la dystocie de démarrage, autre anomalie de la phase de latence, n'est pas dénué de conséquences dans la mesure où la prise en charge est différente.

La physiopathologie et les mécanismes mis en jeu dans le faux début de travail sont très peu décrits dans la littérature. Seulement quelques études font l'état des lieux de ce syndrome. Elles ne mettent en évidence que quelques facteurs de risques du faux début de travail comme la multiparité [4] et certaines conséquences notamment obstétricales et néonatales de cette anomalie [1, 2, 6].

Nous avons tenté, grâce à notre étude d'en apprendre davantage à propos des facteurs de risques et conséquences de cet épisode de contractions utérines. Le but étant d'établir un diagnostic précoce, non erroné et d'anticiper les complications connues du faux début de travail.

La population étudiée regroupe les 154 patientes gravides dont la moitié a présenté un faux début de travail, durant leur grossesse les conduisant à une hospitalisation en 2010 à la MRUN. Les résultats incriminent les antécédents psychologiques, les antécédents de fausses couches, les antécédents de type socio-familiaux et la multiparité comme facteurs de risque significatifs du faux début de travail. Aussi, cette étude permet de mettre en corrélation le faux début de travail avec des dystocies dynamiques au cours du travail ultérieur, des difficultés pour soulager certaines patientes sous analgésie péridurale, un taux plus élevé de césariennes en

urgence et de pathologies de la délivrance. Cependant, d'après nos résultats, le pronostic néonatal reste en général favorable après un faux début de travail. Enfin, ces recherches nous ont permises d'émettre des hypothèses relatives aux mécanismes physiopathologiques du faux début de travail. La notion d'anomalie de la dynamique utérine primant sur l'anomalie cervicale et la notion d'abaissement du seuil de douleur chez les femmes présentant un faux début de travail mériteraient d'être vérifiées. Ainsi, une prévention par ocytocine utilisée de manière précoce au cours du travail et une meilleure prise en charge de la douleur pourrait réduire le nombre de complications. Un accompagnement psychologique, une information éclairée de la gestante ou une préparation à la naissance et à la parentalité adaptée permettrait sans doute d'éviter des récives et des hospitalisations abusives.

On peut donc dire, au vu de nos résultats, que le faux début de travail est une pathologie obstétricale multifactorielle impliquant des facteurs physiques, obstétricaux, psychiques, sociaux. Le rôle de prévention impose aux sages-femmes de considérer ces différentes dimensions lorsqu'elles accueillent une femme présentant cette pathologie. De même, la connaissance des conséquences du faux début de travail pourrait permettre d'anticiper certaines complications au moment de l'accouchement. De-là en découleraient des interventions plus précoces améliorant le pronostic obstétrical, maternel et fœtal.

En somme, le faux début de travail n'apparaît pas de manière anodine chez les femmes enceintes et n'est pas sans conséquences obstétricales ultérieures. Les résultats de cette étude en accord avec la littérature témoignent de ses retentissements plus souvent néfastes pour la mère que pour le fœtaux. En conclusion, le faux début de travail n'est pas un « faux problème ».

Il serait intéressant de savoir si le faux début de travail présage de suites de couches pathologiques (douleurs, hémorragie secondaires,...). Aussi, à quelle fréquence le faux début de travail récidive-il lors des grossesses suivantes ?

BIBLIOGRAPHIE

Liste des références bibliographiques :

(1) ARULKURAMAN S, MICHELSEN J, INGEMARSSON I, RATNAM S-S. Obstetric outcome of patients with a previous episode of spurious labor. *Journal Obstet. Gynaecol*, 1987, juil 157(1), pp 17-20.

(2) SCHAUBERGER CW. False labor. *Journal Obstet. Gynaecol*. 1986, Déc, 68(6).

(3) MAGNIN G, PIERRE F, DUCROZ B, BODY G. La dystocie dynamique. *Encyclopédie Médico-chirurgicale Obstétrique* 5064-A10. Paris : Editions techniques, 1992.

(4) THOULON J-M, PASQUIER J-C. AUDIA P. *La surveillance du travail*. Paris: Masson, 2003. pp19-27, 131-136, 165-173, 176-178.

(5) BISWAS A, CHEW SC, ANANDAKUMAR C, ARULKUMARAN S. CHUA SP. Amniotic fluid volume in spurious labour. *Journal Obstet. Gynaecol*, 1997, Fev 23(1) pp 7-63.

(6) TAY SK. Spurious labor : a high risk factor of dysfunctional labor and fetal distress. *Journal Obstet. Gynaecol*, 1991, nov 36 (3), pp 209.

(7) CABROL D, GOFFINET F. PONS J-C. *Traité d'Obstétrique*. Paris: Médecine-Science Flammarion, 2003, pp 77-81, 741-758, 882.

(8) LANSAC J, MARRET H, OURY J-F. *Pratique de l'accouchement*. 4^{ème} éd. Paris : Masson, 2006, pp 162-163.

(9) SCHAAL J-P. *Mécanique et techniques obstétricales*. Montpellier: Suramps médical, 2007, pp 232, 238-240,845.

(10) CABROL D, GOFFINET F. *Protocole clinique en obstétrique*. 3^{ème} éd. Paris : Elsevier Masson, 2009, pp 151-153.

(11) VIAL F. Douleur en obstétrique. Enseignement théorique en troisième année d'école de sage-femme de Nancy, 2010.

(12) GOBY C. « Le geste pour naître » ou le Décollement du pôle inférieur de l'œuf. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme, 2007, Nancy, p30.

(13) VALLOIS E. Faux début de travail et Dystocie de démarrage : Quelle prise en charge ? Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme, 2006, Nancy.

(14) COUDERT EP, DEGUILLAUME M. Etude expérimentale de l'action du Caulophyllum dans le faux début de travail et la dystocie de démarrage. Thèse pour le Doctorat d'Etat en médecine, 1981, Limoge.

(15) MONTANT C. Déclenchement artificiel du travail par acupuncture dans la rupture prématurée des membranes. Thèse pour le Doctorat d'Etat en médecine, 1991, Nancy.

(16) POTTECHER J, BENHAMOU D. Douleur et analgésie obstétricale. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2004, Vol 33, N°3, pp.179-191.

(17) GALLAGHER J, QUINN MA, MURPHY AJ. Spurious labor-does it matter? *Journal Obstet. Gynaecol*, 1981, Aou 21(3) pp 9-167.

(18) SCHAAL J-P, RIETHMULER O, MARTIN A et al. Conduite à tenir au cours du travail et de l'accouchement. *Encyclopédie Médico-chirurgicale*, Paris: Elsevier, 1998.

Liste des références non citées :

- BOULVAIN M, FRASER W, MARCOUX S, FONTAINE J-Y, BAZIN S, PINAULT J-J, BLOUIN D. Does sweeping of the membranes reduce the need for formal induction of labor? *Journal Obstet. Gynaecol*, 1998, 105, pp 34-40.

- CHENG Y, SHAFFER B, BRYANT A, CAUGHEY A. Length of the first stage of labor and associated perinatal outcomes in nulliparous women. *Journal Obstet. Gynaecol.*, 2010, 116(6), pp 1127-1135.

- KAY, GOERKE. Atlas de poche d'obstétrique. Edition Flammarion, 2004, pp 196-197.

- OULD EL JOUD D. Etude de la fréquence et des facteurs de risque de la dystocie dans 7 villes d'Afrique de l'Ouest. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2002, Vol 31, N°1, pp.51-62.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| Sommaire | 3 |
| Liste des abréviations..... | 5 |
| Preface..... | 6 |
| Introduction..... | 7 |
| Partie 1 | 9 |
| 1. Définition du travail..... | 10 |
| 1.1. Diagnostic du travail | 10 |
| 1.2. Physiologie et rôle de la contraction utérine | 10 |
| 1.2.1. Physiologie de la contraction utérine | 10 |
| a. Physiologie de la fibre musculaire lisse | 10 |
| b. Régulation de l'activité myométriale | 11 |
| c. Etude de l'activité utérine | 11 |
| • La contraction de travail..... | 13 |
| 1.2.2. Rôles et effets de la contraction utérine | 13 |
| a. Formation et ampliation du Segment Inférieur (SI)..... | 14 |
| b. Effacement et dilatation du col au cours du travail..... | 14 |
| c. Formation de la Poche Des Eaux (PDE)..... | 15 |
| d. Progression du mobile fœtal..... | 15 |
| 1.3. Physiologie de la dilatation cervicale..... | 16 |
| 1.3.1. La maturation cervicale..... | 16 |
| 1.3.2. Les phases de la dilatation..... | 16 |
| 1.3.3. Mécanismes de la dilatation..... | 17 |
| 2. Le déclenchement spontané du travail..... | 19 |
| 2.1. La régulation de la Contraction Utérine (CU)..... | 19 |
| 2.1.1. La phase de quiescence utérine | 19 |
| 2.1.2. La phase d'activation ou de sensibilisation utérine..... | 19 |
| 2.1.3. La phase de stimulation utérine | 20 |
| 2.2. La maturation cervicale..... | 20 |
| 2.3. Les mécanismes initiateurs du travail | 21 |
| 3. Le faux début de travail..... | 22 |
| 3.1. Définition et physiopathologie | 22 |
| 3.1.1. Définition | 22 |
| 3.1.2. Physiopathologie | 22 |
| 3.2. Diagnostic et diagnostic différentiel | 23 |
| 3.2.1. Diagnostic du faux début de travail | 23 |
| 3.2.2. Diagnostic différentiel..... | 24 |
| a. Les CU de Braxton Hicks | 24 |
| b. La dystocie de démarrage..... | 24 |
| 3.3. Les facteurs de risques connus | 25 |
| 3.4. Prise en charge du faux début de travail | 26 |
| 3.4.1. Moyens thérapeutiques courants | 26 |

| | | |
|---|---|-----------|
| a. | Moyens thérapeutiques visant à diminuer l'activité utérine | 26 |
| • | Spasfon® :..... | 26 |
| • | Salbutamol (Salumol®) :..... | 26 |
| b. | Moyens thérapeutiques à visée antalgique ou calmante: | 27 |
| • | L'hydroxyzine (Atarax®) et le clorazépate dipotassique (Tranxène®) :..... | 27 |
| • | La nalbuphine (Nubain®) : | 27 |
| • | Le protoxyde d'azote (Kalinol®) : | 27 |
| c. | Moyens non médicamenteux: | 28 |
| 3.4.2. | Prise en charge globale..... | 28 |
| 3.5. | Conséquences du faux début de travail..... | 30 |
| 3.5.1. | Pronostic obstétrical | 30 |
| 3.5.2. | Conséquences maternelles | 30 |
| a. | Facteurs mis en jeu dans la douleur: [7, 11,17]..... | 30 |
| b. | Douleur et CU | 31 |
| c. | Répercussions de la douleur sur l'organisme maternel [17] | 31 |
| • | Ventilation :..... | 31 |
| • | Système cardio-vasculaire :..... | 32 |
| • | Métabolisme et système endocrinien : | 32 |
| • | Débit sanguin utérin : | 32 |
| • | Activité utérine et déroulement du travail :..... | 32 |
| • | Etat d'esprit de la patiente : | 32 |
| 3.5.3. | Conséquences fœtales | 33 |
| a. | Conséquences liées à la contraction utérine..... | 33 |
| b. | Conséquences liées à la douleur maternelle :..... | 33 |
| c. | Conséquence commune à ces agressions (CU et douleur maternelle):..... | 34 |
| Partie 2 : Etude | | 37 |
| 1. Methodologie et caractéristiques de l'étude | | 38 |
| 1.1. | Objectifs de l'étude | 38 |
| 1.2. | Hypothèses testées | 38 |
| 1.3. | Population et méthode..... | 39 |
| 1.3.1. | Type d'étude..... | 39 |
| 1.3.2. | Population étudiée..... | 39 |
| a. | Critères d'inclusion :..... | 39 |
| b. | Critères d'exclusion : | 39 |
| 1.3.3. | Recueil de données..... | 40 |
| a. | Population cas | 40 |
| b. | Population témoin | 40 |
| 2. Présentation des résultats | | 41 |
| 2.1. | Facteurs de risque du faux début de travail..... | 41 |
| 2.1.1. | Antécédents maternels personnels | 41 |
| a. | Age | 41 |
| b. | Indice de Masse Corporelle (IMC) hors grossesse | 42 |
| c. | Origine ethnique..... | 43 |
| d. | Niveau d'étude | 43 |
| e. | Contexte social | 44 |
| f. | Contexte psychologique | 45 |
| 2.1.2. | Antécédents maternels gynécologiques et obstétricaux..... | 46 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| a. | Antécédent de pathologie gynécologique | 46 |
| b. | Antécédent traumatique du col..... | 46 |
| c. | Antécédent d'Interruption volontaire de grossesse (IVG) | 47 |
| d. | Antécédent de fausse couche | 47 |
| e. | Antécédent d'extraction instrumentale à l'accouchement | 48 |
| f. | Antécédent de césarienne..... | 48 |
| 2.1.3. | Grossesse actuelle et hospitalisation | 49 |
| a. | Parité | 49 |
| b. | Présentation fœtale | 50 |
| c. | Pathologies maternelles endocriniennes et vasculaires..... | 50 |
| d. | Pathologie du Liquide Amniotique (LA) | 50 |
| e. | Hospitalisation | 50 |
| f. | Suivi de grossesse | 52 |
| 2.2. | Complications et situations associées au faux début de travail | 53 |
| 2.2.1. | Travail | 53 |
| a. | Rupture prématurée des membranes | 53 |
| b. | Décollement du pôle inférieur de l'œuf (DPIO) | 53 |
| c. | Déclenchement artificiel du travail | 54 |
| d. | Dystocies au cours du travail | 55 |
| e. | Variétés postérieures de la présentation..... | 56 |
| f. | Recours à l'analgésie péridurale (APD) et difficulté d'analgésie..... | 56 |
| g. | Fièvre au cours du travail..... | 56 |
| h. | Aspect et couleur du Liquide Amniotique (LA) | 57 |
| i. | Durée du travail..... | 57 |
| j. | Présence d'altérations du Rythme Cardiaque Fœtal (RCF)..... | 57 |
| 2.2.2. | Accouchement..... | 58 |
| a. | Mode d'accouchement | 58 |
| b. | Terme de la grossesse..... | 59 |
| c. | Pathologie de la délivrance | 59 |
| d. | PH artériel au cordon à la naissance | 60 |
| 2.2.3. | Suites immédiates | 61 |
| a. | Score d'Apgar | 61 |
| b. | Poids de naissance..... | 62 |
| c. | Prise en charge pédiatrique à la naissance | 63 |
| d. | Hospitalisation du nouveau-né..... | 63 |
| | Partie 3 : Analyse des résultats et discussion..... | 64 |
| 1. | Analyse des résultats..... | 65 |
| 1.1. | Limites et biais de l'étude | 65 |
| 1.2. | Outil statistiques utilisés | 65 |
| 1.3. | Analyse des résultats | 66 |
| 1.3.1. | Critères significativement associés au faux début de travail ($\alpha < 0,05$) | 66 |
| 1.3.2. | Critères « <i>a priori</i> » associés au faux début de travail..... | 66 |
| 1.3.3. | Critères n'ayant pas d'influence sur le faux début de travail..... | 68 |
| 1.3.4. | Critères associés à la population témoin | 68 |
| 1.4. | Validation des hypothèses..... | 69 |
| 1.4.1. | Hypothèse (1) | 69 |
| 1.4.2. | Hypothèse (2) | 69 |
| 1.4.3. | Hypothèse (3) | 70 |
| 1.4.4. | Hypothèse (4) | 70 |

| | |
|--|-----------|
| 2. Discussion..... | 71 |
| 2.1. A propos des facteurs de risque | 71 |
| 2.2. A propos des complications durant le travail et l'accouchement..... | 74 |
| 2.3. A propos des caractéristiques de la grossesse | 79 |
| 2.4. A propos de l'accompagnement du faux début de travail..... | 80 |
| 2.5. Synthèse | 82 |
| Conclusion..... | 85 |
| Bibliographie | 87 |
| TABLE DES MATIERES | 90 |
| Annexe 1 | I |

ANNEXE 1

Tableau de recueil de données

| Numéro patiente cas | n°1 | n°... | n°77 |
|---|-----|-------|------|
| ATCD maternel personnel | | | |
| Age (ans) | | | |
| IMC (kg/cm ²) | | | |
| Ethnie | | | |
| Niveau d'étude | | | |
| Contexte social | | | |
| Contexte psychologique | | | |
| ATCD maternel obstétricaux et gynécologiques | | | |
| Utérus cicatriciel | | | |
| ATCD extraction instrumentale | | | |
| ATCD fausse couche | | | |
| ATCD traumatique du col | | | |
| ATCD IVG | | | |
| ATCD de pathologie gynécologique | | | |
| Grossesse actuelle | | | |
| Parité (au moment hospitalisation) | | | |
| Présentation fœtale | | | |
| Hypothyroïdie maternelle | | | |
| HTA gravidique | | | |
| Diabète Gestationnel | | | |
| Pathologie du LA | | | |
| Suivi de grossesse | | | |
| Participation à des cours de PNP | | | |
| AG au moment de l'hospitalisation (SA) | | | |
| Nombre d'hospitalisation pour faux travail | | | |
| Durée de l'hospitalisation (jrs) | | | |
| Travail | | | |
| RPM | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| DPIO | | | |
| Déclenchement du travail | | | |
| Dystocie mécanique | | | |
| Dystocie dynamique | | | |
| Variétés postérieures | | | |
| Recours APD | | | |
| Difficulté analgésie | | | |
| Hyperthermie | | | |
| Couleur du LA | | | |
| Durée du travail (heures) | | | |
| Altérations du RCF | | | |
| Accouchement | | | |
| Mode d'accouchement | | | |
| Terme de l'accouchement (SA) | | | |
| Pathologie de la délivrance | | | |
| PH au cordon du nouveau-né à la naissance | | | |
| Suites immédiates | | | |
| Apgar (1min/5min) | | | |
| Poids de naissance (g) | | | |
| Prise en charge pédiatrique à la naissance | | | |
| Hospitalisation du nouveau-né | | | |

Le faux début de travail : faux problème ?

Identification de facteurs de risque et de complications

CHRISTOPHE Sabine

Directeur de mémoire : M. Nadjafizadeh

Expert: H. Lemoine

Résumé : Le faux début de travail est une pathologie obstétricale fréquemment rencontrée par les sages-femmes. Les études concernant ce sujet sont peu récentes, peu nombreuses et contradictoires. De même les étiologies et la physiopathologie de cet épisode de contractions utérines sont peu connues. En pratique, le diagnostic n'est pas toujours simple, ne pouvant se faire qu'a posteriori selon certains auteurs. Les moyens thérapeutiques sont très divers et parfois peu efficaces. Ainsi, la mise en évidence de facteurs de risque du faux début de travail, pourrait éventuellement favoriser un diagnostic plus précoce et aboutir à une prise en charge plus globale de la femme enceinte. De même, évaluer ses conséquences potentielles permettrait de prévenir la survenue de complications. Pour cela, une étude rétrospective cas-témoin a été réalisée sur 154 dossiers de patientes, à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy en 2010.

Mots clés : faux début de travail - épisode de contractions utérines - diagnostic - moyens thérapeutiques - facteurs de risque - conséquences.

Abstract: The false labor is an obstetrical pathology frequently met by midwives. The studies concerning this subject are not really recent, numerous and sometimes contradictory. Moreover, we know few things about the cause and the physiopathology of this episode of uterine contractions. In practice, the diagnosis is not always simple, being able to be made only after some hours according medical books. Therapeutics means are very diverse and sometimes no efficient. So, the revealing of the risk factors of the false labor, could be helpful to diagnose earlier this problem and end in a more complete care of the pregnant woman. Thus, to estimate the potential consequences could be allow to prevent complications. For this, a retrospective case-controlled study of 154 patient's files in 2010 was realized, in Regional Maternity of Nancy.

Keywords: false labor - episode of uterine contractions - risk factors - diagnosis - therapeutics means - consequences.