

# LA DYSTOCIE DU DÉTROIT MOYEN A PROPOS DE 114 CAS

OULD JDOUD CHEIKHANI, ZENNOUD MOHAMED, RHRAB B., CHAHTANE A., CHAOUI A.

## RESUME

Cette étude a été réalisée sur une série de 114 accouchements par voie haute présentant une dystocie du détroit moyen, faite à la maternité centrale le Rabat (CHU - IBN SINA) Pr. CHAOUI, durant six années consécutives (1989-1994) ce qui représente 5,61 % de l'ensemble des césariennes.

Selon les résultats obtenus :

1 - La durée du travail est longue et plus particulièrement chez la primipare.

2 - L'extraction par césarienne est motivée dans 42,98 % des cas par le défaut d'engagement à dilatation complète, dans 32,45 % des cas par la dystocie du détroit moyen avec bassin rétréci, dans 11,40 % des cas pour souffrance fœtale, dans 9,64 % des cas pour césariennes itératives sur bassin rétréci, dans 6,14 % des cas pour présentations de siège avec détroit moyen rétréci et dans 1,75 % des cas par l'échec de l'épreuve du travail.

3 - L'indice d'APGAR à la première minute de vie est assez bon : 78,06 % des scores sont supérieurs ou égaux à 7.

Malgré ces résultats encourageants, le mérite ne revient pas uniquement à l'accroissement du nombre de césariennes, mais aussi à l'amélioration de la surveillance de la grossesse, de celle du travail et aux progrès de la réanimation néonatale.

*Mots clés : dystocie du détroit moyen, césarienne, radiopelvimétrie.*

## SUMMARY

### *Dystocia of the middle strait (114 cases)*

This study was realised in the central motherhood (1989-1994) on a series of 114 child births by way of abdominal route.

They presented a dystocia of the middle strait, which

represents 5,61 % of the whole caesarean section.

According to this results :

1 - The length of the labour is long and more especially in the primipara.

2 - The extraction by caesarean is done in 42,98 % of cases because of the default of engagement at complete dilatation, in 32,45 % of cases for dystocia of middle strait with shrunk pelvis, in 11,40 % of cases for the suffering of the foetus, in 9,64 % of cases for previous caesarean on shrunk pelvis, in 6,14 % of cases for seat presentation of the foetus with shrunk middle strait and in 1,75 % of cases because of the failure of the labour test.

3 - The infant's Apgar score at the first minute of life is quite good. In 78,06 % of cases the scores are superior or equal 7.

In spite of these encouraging results, the merit doesn't proceed from the increase of the number of caesarean only but also in the improvement of the surveillance of the pregnancy, and of the labour and to the progress of neonatal resuscitation.

*Key words : dystocia of the middle strait, caesarean, radiopelvimetry.*

## INTRODUCTION

La filière pelvigénitale de la femme oblige le fœtus à s'adapter à une série d'obstacles qu'il franchit aisément sans risque majeur à condition que ses dimensions soient normales mais aussi que les dimensions et la forme du canal osseux soient suffisamment vastes et compatibles avec ces adaptations successives (1).

Trop peu d'études ont été consacrées à la dystocie du détroit moyen : il s'agit d'une dystocie «piège» et les problèmes mécaniques de l'accouchement, surtout à la partie basse de l'excavation, doivent être bien connus si l'on veut éviter les traumatismes mécaniques de l'accouchement (2).

Son diagnostic peut être suspecté par un examen clinique minutieux.

Il est souvent rétrospectif devant un arrêt de progression ou de rotation de la tête fœtale (3).

Notre étude a en particulier pour objectif de chercher une conduite pratique grâce aux corrélations entre les éléments radio-pelvimétriques et les données cliniques et échographiques.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons procédé à une étude rétrospective de 114 cas colligés sur une période de 6 ans (1989-1994).

Les différents éléments qui ont été étudiés sur ces dossiers sont :

- Les paramètres antérieurs à l'accouchement,
- Les paramètres de l'accouchement
- Les données radio-pelvimétriques,
- Le produit de conception.

## RÉSULTATS

### Paramètres antérieurs à l'accouchement

#### 1 - Age

Il varie entre 17 ans et 38 ans avec un âge moyen de 26,5 ans. Dans 92,97 % des cas il est compris entre 17 ans et 32 ans. LIPSZYC, notait dans 72,50 % des cas un âge inférieur à 29 ans.

#### 2 - Poids

Il varie entre 46 et 100 kg, avec un poids moyen de 65,5 kg environ. 2/3 des patientes ont un poids compris entre 46 et 70 kg. Ce qui correspond à 71,92 % (environ 72 %).

#### 3 - Taille

La taille est un paramètre important à considérer dans la mesure où elle peut refléter l'état du bassin maternel.

Baud avait établi une relation entre la taille et les dystocies mécaniques (1).

Il trouve 34 % de bassins rétrécis chez des femmes de moins de 1,52 m.

Dans notre étude, la taille varie entre 1,40 et 1,68 m. La taille moyenne est de 1,53 m (Tableau 1).

**Tableau 1 : La taille des patientes**

Taille	Nb de patientes	%
1,40 à 1,50 m	40	35,08
1,51 à 1,60 m	62	54,38
1,61 à 1,68 m	12	10,52

#### 4 - Parité

Il existe 65 % de primipares et 35 % de multipares. LIPSZYC trouvait 60 % de primipares. Le défaut d'engagement prédomine quand il s'agit de primipares. Donc la primiparité est un facteur péjoratif.

#### 5 - Antécédents obstétricaux

- 21 sur 114 ont subi une césarienne, soit 18,42 % avec 18 enfants vivants et 3 mort-nés.
- 5 cas de fausse couche soit 4,38 %.
- 2 cas de salpingectomie droite pour grossesse extra-utérine.
- 2 patientes ont subi un avortement.

#### 6 - Age de la grossesse (le terme)

Toutes nos patientes étaient à terme.

#### 7 - Consultation au cours de la grossesse

80 de nos patientes étaient suivies durant leur grossesse, soit 70,17 %.

### Paramètres de l'accouchement

#### 1 - Hauteur utérine

Son intérêt principal réside dans le dépistage du gros fœtus. 55,26 % des patientes ont une hauteur utérine comprise entre 29 cm à 32 cm.

#### 2 - Etat de la poche des eaux

La poche des eaux a été déjà rompue à l'admission dans 57 % des cas.

#### 3 - Etat du col

Le col a été déjà dilaté à l'admission dans 92,10 % des cas.

#### 4 - Type de présentation

- Présentations antérieures : 52,30 % des cas, l'OIGA est

le plus souvent retrouvé 48,60 % de cette catégorie.

THOULON, NICOLLET et DUMONT, avaient remarqué que l'OIGA est la variété de position la plus fréquente (2).

- Présentations postérieures : 41,56 % des cas dont 40 % d'OIDP.

F. GRALE (4) avait noté également une prédominance des OIDP.

- 7 de nos parturientes sur 114 avaient un siège, soit 6,14 %.

### 5 - Hauteur de la présentation au début du travail

La présentation est mobile dans 42,98 % des cas.

### Souffrance fœtale aiguë lors de l'accouchement

La réaction du fœtus aux différentes agressions peut se traduire par :

- Le virage du liquide amniotique,
- Les anomalies des bruits du cœur fœtal,
- Les anomalies du monitoring,
- Le pH sanguin capillaire : s'il est au-dessous de 7,20 traduit l'existence d'une acidose fœtale.

Dans la majorité des cas, on se contente d'une surveillance basée sur l'auscultation régulière des bruits du cœur fœtal au stéthoscope de Pinard et sur la surveillance de la teinte du liquide amniotique.

L'apparition d'un virage du liquide amniotique, la survenue d'une anomalie des bruits du cœur fœtal, ou leur association ont été notées dans 36 accouchements soit 31,57 % des cas.

**Tableau 3 : Les principaux indicateurs de césariennes**

Indications	Echec de l'épreuve de travail	Bassin rétréci + dystocie du détroit moyen	Souffrance fœtale	Césariennes itératives	Siège + détroit moyen rétréci	Défaut d'engagement à dilatation complète
Nb de cas	2	37	13	11	7	49
Fréquence (%)	1,75	32,45	11,4	9,64	6,14	42,98

La mortalité maternelle est nulle.

### Le produit de conception

#### Le poids de naissance du nouveau né

Un poids de naissance élevé est un facteur classique de

### Les données de la radiopelvimétrie

Parmi les 114 rétrécissements du détroit moyen, les rétrécissements isolés du détroit moyen (détroit supérieur normal) ne représentent que 24 cas, soit 21,05 % des cas. THOULON et NICOLLET trouvaient 27,27 % (2). Alors que les rétrécissements associés du détroit supérieur et moyen représentent 90 cas, soit 78,94 %.

Nous avons établi trois classes (A, B et C) selon la valeur du diamètre bisciatique à partir de 68 mm de diamètre. Nous n'avons pas eu de rétrécissement inférieur à 68 mm (Tableau 2).

**Tableau 2 : Répartition des dimensions du détroit moyen**

Diamètre bisciatique	Classe		
	A = 68 à 79 mm	B = 80 à 85 mm	C = 86 à 90 mm
Nb de cas	10	37	67
Fréquence (%)	8,77	32,45	58,77

### Mode d'accouchement

- Toutes nos patientes ont subi une césarienne. THOMS notait 56 % lorsque le bisciatique était inférieur à 96 mm.

- Indications :

Le tableau 3 résume les principales indications.

dystocie (5).

Dans notre série, le poids de naissance est presque dans la moitié des cas, compris entre 3 kg et 3,5 kg.

#### Le sexe du nouveau-né

68 garçons, soit 59,64 % et 46 filles, soit 40,35 %.

**Le score d'Apgar**

La majorité des scores d'Apgar à une minute a été tout à fait satisfaisante avec un taux de 78,06 %.

**La mortalité néo-natale** = 3,5 %, ce qui correspond à 4 cas.

**DISCUSSION**

Cette étude s'étale sur six années consécutives (89-94) pendant lesquelles, on obtient les chiffres suivants :

- 2.032 = nombre total de césarienne
- 114 = nombre total de dystocie du détroit moyen soit 5,61 % du total des césariennes.

Il en résulte donc les particularités suivantes :

**a) La fréquence**

- Elle est de 5,61 %,
- THOULON, NICOLLE et DUMONT trouvaient 6,6 % (6),
- SALOMON trouvait 4,8 %.

**b) C'est une dystocie** qui survient surtout chez la primipare :

- nous avons noté 65 % de primipares,
- LIPSZYC trouvait 60 % de primipares.

**c) La taille** est un élément important du pronostic obstétrical**d) Le travail est lent** à la première phase et surtout chez la primipare.**e) La grande fréquence** des présentations postérieures, qui surviennent surtout sur des bassins transversalement rétrécis (7).**f) L'extraction par césarienne** a été motivée dans :

- 1,75 % des cas par l'échec de l'épreuve du travail,
- 6,14 % des cas pour présentation de siège avec détroit moyen rétréci,
- 9,64 % des cas pour césariennes itératives sur bassin rétréci,
- 11,4 % des cas pour souffrance fœtale,
- 32,45 % des cas pour dystocie du détroit moyen avec bassin rétréci,
- et 42,98 % des cas par le défaut d'engagement à dilata-

tion complète ce qui traduit la grande fréquence des présentations postérieures persistantes dans les rétrécissements pelviens puisque plus des deux tiers de ces présentations étaient des présentations postérieures.

**g) 78,06 % des enfants ont un bon score d'Apgar** à la première minute de vie.**h) La mortalité infantile** est de 3,50 %.**i) La mortalité maternelle** est nulle.**CONCLUSION**

Notre étude bien que limitée en effectifs nous permet de faire apparaître les éléments pronostiques essentiels pour le déroulement de l'accouchement en cas de rétrécissement du détroit moyen.

C'est la radio pelvimétrie et/ou scannopelvimétrie qui permettent de visualiser directement et de chiffrer le rétrécissement du détroit moyen.

Le diamètre bisiatique qui représente la distance séparant la pointe des deux épines sciatiques est réduit au-dessous de 100 mm.

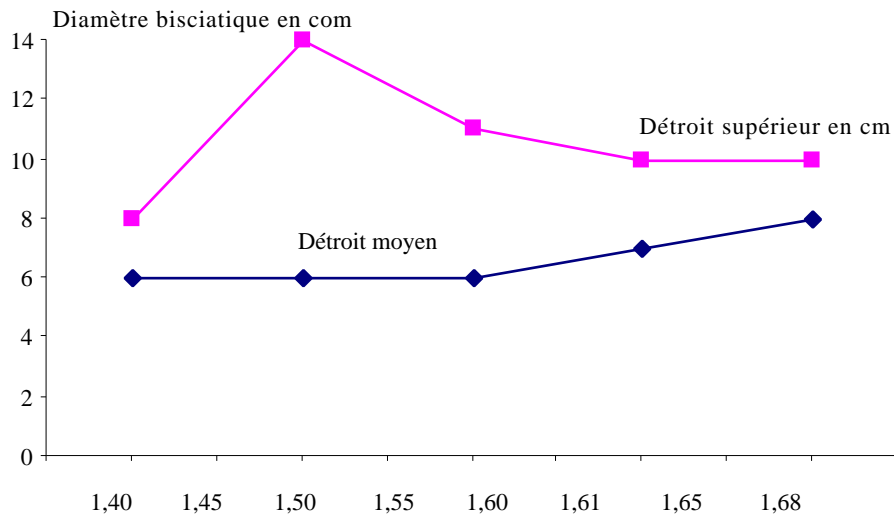
La radiopelvimétrie répond à des indications raisonnées et elle est particulièrement prescrite si l'examen clinique fait suspecter un rétrécissement pelvien. Nous le conseillons aussi ; d'après nos résultats quand la taille de la patiente est inférieure ou égale à 1,50 m.

Cependant, une amélioration des résultats peut être apportée par l'échographie obstétricale qui permet la mesure du diamètre bipariétal, dont la comparaison avec les données radiologiques est essentielle.

Par ailleurs, il faut signaler l'intérêt majeur de bien apprécier, la confrontation céphalo-pelvienne : cette conduite obstétricale entre dans le cadre de l'épreuve du travail, qui est l'expression clinique moderne du traitement de la dystocie osseuse (8).

A la lumière de notre étude, nous avons insisté sur les facteurs à incidence pronostique statistiquement expressive :

- \* La primiparité est retrouvée dans 65 % des cas, elle augmente la durée du travail.
- \* Le jeune âge a été retrouvé dans 81,50 % des cas.
- \* La poche des eaux se rompt spontanément dans 57 % des cas.
- \* L'incidence classiquement péjorative des présentations postérieures a été vérifiée.

**Appréciation des diamètres du détroit moyen et du détroit supérieur en fonction de la taille des patientes****BIBLIOGRAPHIE**

- 1 - H. RUF, B. BLANC, M. CONTE, J. ADRAI, P.J. DELPONT, S. DUPONT.  
Les dystocies osseuses.  
Encycl. med. chir. 12-1985, 5050 A10.
- 2 - J.M. THOULON, B. NICOLLET, M. DUMONT.  
La dystocie osseuse du détroit moyen.  
Rev. Franç. Gynéco., 1980, 75, 7, 351, 355.
- 3 - A. BONNIN et Coll.  
Atlas du rétropéritoine et du pelvis.  
Lecture accélérée de l'Echographie.
- 4 - F. GRALE.  
Présentation du sommet.  
Encycl. Med-Chir, Paris, Obstétrique, 6, 1977, 5018B10.
- 5 - MERGER Obstétriques.  
Dystocie osseuse.
- 6 - H. RUF, B. BLANC, M. CONTE, J. ADRAI, P.J. DELPONT, S. DUPONT.  
Appréciation clinique et radiologique des dystocies osseuses.  
Encycl. Med-Chir, 3-1986, 5050B10.
- 7 - N.G. HOLMERM, B. LILIEQUIST, S. MAGNUSSON, E. SEGER BRAND.  
The influence of the bony pelvis in persistant acciput posterior position.  
Obst. Id Gyn., Scand. Supp. 1977, n° 66P, 49 -54.
- 8 - M. RIBON.  
Epreuve du travail dans les bassins rétrécis. Evolution historique des idées.  
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. ; 1988, 17, 21-34.