



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Facteurs liés à la survenue d'un déficit neurologique des membres
inférieurs après un accouchement par voie basse.**

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 12 juin 2018 à 16h
Au Pôle Formation
Par Anne-Cécile Dorémieux

JURY

Président :

Madame le Professeur Véronique HOUFFLIN-DEBARGE

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Pierre RICHART

Monsieur le Docteur Charles GARABEDIAN

Monsieur le Docteur François CASSIM

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

Résumé	1
Introduction.....	3
Matériels et Méthodes.....	5
Résultats.....	7
Discussion.....	9
Conclusion.....	13
Tableaux et Figures.....	14
Références bibliographiques.....	22

Résumé

Contexte

La survenue d'un déficit neurologique des membres inférieurs après un accouchement par voie basse est une complication dont l'origine est mal comprise.

Objectif

Mettre en évidence les facteurs associés à la survenue d'un déficit neurologique chez des patientes ayant accouché par voie basse

Matériel et Méthode

Etude monocentrique cas-témoins (1/1). Les cas étaient les femmes ayant présenté un déficit neurologique des membres inférieurs immédiatement apparu après un accouchement par voie basse. Les témoins étaient des patientes ayant accouché le même jour, sans déficit.

Résultats

Parmi les 10569 patientes ayant accouché par voie basse pendant la période d'étude de 30 mois, 31 ont présenté un déficit neurologique (0.3%). Après analyse multivariée, la présence d'un déficit neurologique après l'accouchement était liée à la durée de la deuxième phase du travail (OR pour 15 min 1.91 [1.25 – 2.92]) et au recours à un instrument pour l'accouchement (OR 13.91 [2.56 – 75.71]). La majorité de ces déficits étaient sensitifs (67.7%), et la plupart avaient récupéré avant 6 semaines (69.2%).

Conclusion

Après un accouchement par voie basse, la survenue d'un déficit neurologique est principalement liée à la durée de la deuxième phase du travail et à l'emploi d'un instrument au cours de l'accouchement.

Introduction

Parmi les complications qui peuvent survenir au décours d'un accouchement par voie basse, les déficits des membres inférieurs concernent jusqu'à 1% des accouchements (1). Ils peuvent être sensitifs et/ou moteur et concerner différents territoires neurologiques dont les plus fréquents sont celui du nerf fémoral cutané latéral et celui du nerf fémoral (1). La plupart de ces déficits sont transitoires et ne durent que quelques jours (1) (2) (3). Parfois, ces déficits sont encore présents lors du retour à domicile, source d'inconfort voire de handicap. Lorsque ces déficits se prolongent pendant plusieurs mois, ils peuvent aboutir à un contentieux juridique qui implique à la fois les gynécologues-obstétriciens et les anesthésistes (4).

L'origine de ces déficits neurologiques survenus au décours de l'accouchement reste mal comprise. De nombreux facteurs de risque ont été mis en évidence dont certains font encore l'objet de controverses : l'existence d'antécédents neurologiques (2), la nulliparité (1)(5)(6), l'obésité maternelle (5), un âge gestationnel > 41SA (3), la réalisation d'une analgésie péridurale (6) (7) , l'initiation tardive de la péridurale (3), certaines positions prolongées pendant le travail (8), une durée prolongée du travail (5), notamment de sa 2^e phase (1), ainsi qu'une extraction instrumentale (1)(3)(6), un poids élevé du nouveau-né (3) ou une disproportion céphalo-pelvienne (8).

Anne-Cécile Dorémieux

Nous avons décidé de mener une étude cas-témoin dont l'objectif était de déterminer les principaux facteurs associés à la survenue d'un déficit neurologique des membres inférieurs après l'accouchement par voie basse.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude menée entre le 2 janvier 2013 et le 20 juin 2015 dans notre maternité universitaire de type 3. Pendant cette période, nous avons recueilli de manière prospective le nom des patientes qui s'étaient spontanément plaintes d'un déficit neurologique après l'accouchement. Les patientes ayant accouché par césarienne, celles ayant accouché de jumeaux et celles ayant des antécédents neurologiques étaient exclues de l'étude. Le groupe des femmes déficitaires (cas) ainsi constitué a été comparé de manière rétrospective au groupe des femmes ayant accouché juste après elles, selon les mêmes critères, mais sans déficit neurologique (témoins).

Toutes les données ont été recueillies rétrospectivement à partir des dossiers obstétricaux. Pour les cas, nous avons relevé les caractéristiques du déficit : uni ou bilatéral, sensitif et/ou moteur, son territoire et le délai de récupération complète, ainsi que les examens complémentaires réalisés après sa découverte: électromyogramme, scanner lombaire, IRM lombaire. Pour les cas et les témoins, les données concernant la grossesse et l'accouchement ont été relevés : âge maternel, indice de masse corporelle, âge gestationnel, parité, nature du travail, mise en place ou non d'une analgésie épidurale, dilatation cervicale au moment de la mise en place de l'analgésie épidurale, score d'efficacité de l'analgésie épidurale en fonction de l'EVA moyenne notée sur le partogramme (0=nulle EVA 9-10, 1=faible EVA 7-8, 2=moyenne EVA 4-6, 3=efficace EVA 2-3, 4=très efficace EVA 0-1), durée totale du

travail, durée de la première et de la seconde phase du travail, durée des efforts expulsifs, durée entre la dilatation complète du col et le début des efforts expulsifs, existence d'une instrumentalisation par forceps ou ventouse à l'accouchement, position maintenue le plus longtemps. Enfin, des données propres au nouveau-né ont été recueillies: poids, périmètre crânien, pH artériel néonatal, transfert en unité de soins intensifs, décès néonatal. La collection et l'utilisation des données ont été déclarées à la Commission Informatique et Liberté (n° DEC16-273).

Les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquence et de pourcentage. Les variables numériques gaussiennes ont été décrites en termes de moyenne et de déviation standard et les variables numériques non gaussiennes en termes de médiane et d'étendue. La normalité des variables numériques a été vérifiée graphiquement et testée à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Parmi les cas, la durée de récupération du déficit neurologique a été décrite par une courbe de Kaplan-Meier. Les cas ont été comparés aux témoins à l'aide du test de Chi-deux ou de exact Fisher pour les variables qualitatives, à l'aide du test t de Student pour les variables numériques gaussiennes et à l'aide du test U de Mann-Whitney pour les variables numériques non gaussiennes. Les variables associées au déficit en analyse bivariée ($P < 0.05$) ont été introduites dans une régression logistique multivariée. Des tests bilatéraux ont été réalisés avec un niveau de significativité de 5%. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.4).

Résultats

Pendant la période d'étude, 13353 patientes ont accouché dans notre centre dont 10569 par voie basse de grossesse unique (Figure 1). Le nombre de patientes ayant présenté un déficit neurologique des membres inférieurs en post-partum immédiat a été de 33 pendant la même période (0.3 % des accouchements par voie basse de grossesse unique). Aucune de ces patientes n'avait d'antécédent neurologique. Finalement, deux de ces dossiers étaient introuvables et l'étude a porté sur 31 cas de femmes déficitaires.

Parmi les 31 déficits neurologiques constatés, la grande majorité était unilatéraux et deux tiers étaient de type sensitif (Tableau 1). Ils touchaient très majoritairement le territoire fémoral. Seulement six patientes ont bénéficié d'un électromyogramme dans le mois suivant l'accouchement : deux d'entre-elles avaient une anomalie au moment de l'examen. Parmi les 26 patientes parmi lesquelles la notion de récupération était précisée dans le dossier, toutes ont récupéré. La médiane de récupération était de 18 jours (Figure 2) : 42 % ont récupéré dans la semaine suivant l'accouchement, 69 % ont récupéré avant six semaines après l'accouchement et trois patientes avaient toujours un déficit un an après l'accouchement (11%), dont une avec une atteinte motrice gênant la marche. Dans un cas, la récupération n'a été obtenue qu'au bout de trois ans et demi (il s'agissait d'un déficit sensitif concernant tout le membre inférieur droit).

Par rapport aux patientes témoins, les cas étaient plus souvent nullipares, avaient une analgésie péridurale plus souvent efficace ou très efficace, et avaient une durée de deuxième phase du travail plus longue, qu'il s'agisse de la phase de descente ou d'expulsion (Tableau 2). Dans le groupe des femmes déficitaires, plus de 60 % avaient une deuxième phase supérieure ou égale à 90 minutes tandis que seulement 3% des femmes non déficitaires dépassaient ce seuil. Il n'y avait pas de différence concernant le type de position maintenue le plus longtemps pendant l'accouchement, qui était principalement la position allongée dans les deux groupes. Les cas ont eu plus souvent une instrumentalisation de l'accouchement que les témoins, qu'il s'agisse de l'utilisation de forceps ou de ventouse. Enfin, il n'y avait pas de différence entre les deux groupes concernant les mensurations et l'état du nouveau-né.

Après analyse multivariée, la durée prolongée de la deuxième phase de travail (OR pour 15 min 1.91 (1.25-2.92), $p=0.003$) et l'instrumentalisation de l'accouchement (OR=13.91 (2.56-75.71), $p=0.002$) restaient significativement associés à la présence d'un déficit neurologique des membres inférieurs après accouchement par voie basse (Tableau 3).

Discussion

Dans notre étude, 0.3% des accouchements par voie basse ont été marqués par la survenue d'un déficit neurologique symptomatique, dont plus des deux tiers avaient récupéré à six semaines du post-partum. Après analyse multivariée, les principaux facteurs associés à la survenue de ces déficits étaient la durée de la deuxième phase du travail et l'utilisation d'un instrument pendant l'accouchement.

La survenue d'un déficit neurologique après l'accouchement est un problème qui peut handicaper la vie des femmes. Dans notre étude, 31% d'entre-elles n'avaient pas récupéré 6 semaines après l'accouchement. Ce pourcentage est comparable à ceux observés dans d'autres études, avec une persistance des symptômes qui varie entre 19 et 50% (3)(4)(5)(7). On peut d'ailleurs estimer – comme dans notre étude - qu'environ 10 % des déficits neurologiques n'ont toujours pas récupéré un an après l'accouchement (1)(3)(5)(7). L'une des patientes de notre série a présenté un déficit moteur empêchant la marche pendant plus d'un an. Comme nous enfin, Haller et al. ont constaté des déficits sensitifs qui ont duré plus de 3 ans (3).

La fréquence de 0.3% observée dans notre étude est trois fois plus élevée que celle de 0.1 % relevée dans deux études rétrospectives récentes (3)(5). Dans chacune de ces études, les conditions d'inclusion des cas étaient plus strictes. Le diagnostic de

déficit neurologique n'était retenu que s'il était confirmé par un neurologue et donnait lieu à des explorations complémentaires (électromyogramme, IRM ou scanner lombaire). Dans notre étude, l'avis d'un neurologue n'était pas systématique et seulement 20% des cas ont bénéficié d'un électromyogramme. A l'inverse, la fréquence que nous avons mesurée est plus faible que celle retrouvée dans les études prospectives, comprise entre 0.6 et 2.0 % des accouchements (1)(2)(7). Dans ces études en effet, l'interrogatoire était systématique : tous les déficits – même légers et/ou transitoires - étaient recueillis, expliquant sans doute leur nombre élevé.

Notre étude a l'inconvénient d'être rétrospective et de faible puissance, puisque seulement 31 dossiers de femmes présentant un déficit ont été analysés. La plupart des autres auteurs ont rencontré ce type de problème, la fréquence des déficits neurologiques étant faible : quatre des cinq séries prospectives ou rétrospectives réalisées jusqu'ici comportaient moins de 25 déficits au total (2)(3)(5)(7). Seuls Wong et al ont pu rassembler 56 femmes présentant un déficit dans leur série prospective (1).

Dans notre étude comme dans celle de Wong et al, la durée de la deuxième phase du travail a été retrouvée comme un facteur de risque indépendant de la survenue d'un déficit neurologique après l'accouchement (1), et les deux temps de cette phase étaient concernés (descente et expulsion). Par rapport au groupe témoin en effet, la durée médiane totale de la deuxième phase était supérieure de plus d'une heure chez les cas. De manière corollaire, 61 % des cas avaient une durée de deuxième phase supérieure ou égale à 90 minutes contre 3% seulement chez les témoins.

Comme d'autres (10)(11), nous faisons l'hypothèse qu'à dilatation complète, plus la

durée de la phase de descente et d'expulsion est longue, plus la compression des nerfs pelviens est importante et délétère. Des étirements nerveux et des troubles de la vascularisation nerveuse peuvent s'ajouter à ce mécanisme de compression (10). La durée de la deuxième phase du travail n'était cependant pas excessive parmi les cas de notre étude. D'après l'ACOG en effet, une durée de deuxième phase de travail est considérée comme prolongée au-delà de 3 heures chez une nullipare avec analgésie péridurale (2 heures sans péridurale) et au-delà de 2 heures chez une multipare avec analgésie péridurale (1 heure sans péridurale)(9). Dans notre étude, seulement 3 femmes étaient dans cette situation parmi les 31 cas (9.7%), et aucune parmi les femmes témoin.

Notre étude a également mis en évidence que l'utilisation d'un instrument – forceps ou ventouse – est un facteur de risque de déficit après l'accouchement. Ceci avait été retrouvé antérieurement par deux auteurs (3)(6). Cette constatation s'expliquerait par l'étirement rapide et la compression supplémentaire que l'application de l'instrument pourrait réaliser sur les nerfs pelviens (10). Alors que l'utilisation de ces instruments est capable de raccourcir des durées d'expulsion excessives, elle pourrait paradoxalement être responsable de compressions nerveuses.

Plusieurs facteurs qui avaient été évoqués comme facteurs de risque de déficit n'ont pas été mis en évidence dans notre étude, notamment la nulliparité (1)(6) et la réalisation d'une analgésie péridurale (6)(7). Compte tenu de nos faibles effectifs, on ne peut pas exclure que d'autres facteurs de risque n'ont pas été mis en évidence par manque de puissance statistique. D'autre part, le pourcentage élevé d'analgésie péridurale dans notre centre limite la possibilité d'explorer le rôle de ce facteur dans

la survenue d'un déficit neurologique. Or, l'analgésie péridurale est également responsable de déficits neurologiques parfois sévères mais rares (12). Cependant, la nulliparité et l'efficacité de l'analgésie péridurale sont toutes deux liées à une augmentation de la durée de la seconde phase du travail (13)(14)(15). Le rôle de l'analgésie péridurale et de son dosage restent discuté dans la prolongation de la deuxième phase du travail (16).

Finalement, les données dont nous disposons ne permettent pas de connaître l'élévation du risque brut de déficit neurologique au fur et à mesure que la durée de la 2^e phase augmente, ni en fonction de l'utilisation ou non d'un instrument. Il serait sans doute judicieux de calculer ce risque brut, afin de savoir jusqu'où il est possible d'aller en termes de durée et d'instrumentation. La connaissance de ces chiffres pourrait éclairer les praticiens sur les risques de l'utilisation d'un instrument en fonction de la durée de deuxième phase déjà écoulée.

Conclusion

Les déficits neurologiques qui surviennent après un accouchement par voie basse doivent rester à l'esprit des obstétriciens comme une complication certes rare (0.3%), mais potentiellement source de handicap, principalement liée à la durée de la deuxième phase du travail et à l'emploi d'un instrument au cours de l'accouchement.

Tableaux et Figures

Tableau 1. Description du déficit parmi les 31 femmes déficitaires

	Valeurs
Localisation du déficit	
Droit	11 (35.5)
Gauche	14 (45.2)
Bilatéral	6 (19.3)
Type de déficit	
Sensitif	22 (67.7)
Moteur	8 (25.8)
Sensitif et moteur	2 (6.5)
Territoire déficitaire	
Fémoral	26 (83.9)
Obturateur	4 (12.9)
Péronier	1(3.2)
Segment de membre concerné	
Cuisse jambe pied	11 (35.5)
Cuisse	15 (48.4)
Jambe	5 (16.1)
Anomalies à l'électromyogramme	2/6 (33.3)
Récupération du déficit	26/26 (100.0)
Délai de récupération, jours	
≤ 6 jours	11 (42.3)
≤ 6 semaines	18 (69.2)
> 1 an	3 (11.5)

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage) ou en médiane [étendue].

Tableau 2 : Comparaisons des caractéristiques maternelles, du déroulement du travail et de l'issue néonatale selon le groupe d'étude.

	Déficit neurologique		p
	Oui (n=31)	Non (n=31)	
Age maternel (années)	29.9 ± 4.7	29.6 ± 6.1	0.83
Nulliparité	22 (71.0)	9 (29.0)	0.001
Indice de masse corporelle (kg/m ²)	22.8 [17.6-35.8]	23.7 [17.9-37.6]	0.40
Age gestationnel à l'accouchement (semaines)	40 [34-41]	40 [38-41]	0.99
Déclenchement	2 (6.5)	5 (16.1)	0.43
Analgésie péridurale	28 (90.3)	27 (87.1)	1.00
Score d'efficacité de l'analgésie	4 [0-4]	2 [0-4]	0.004
≥ 3 (efficace ou très efficace)	23 (74.2)	13 (41.9)	0.010
Dilatation cervicale à l'instauration de l'analgésie (cm)	3.5 [2-8]	4 [2-6]	1.00
Durée de la première phase du travail (h)	5.5 [0.5-9.9]	3.7 [0.5-10.4]	0.072
Durée de la deuxième phase du travail (min)	94 [13-224]	25 [3-94]	<0.001
Descente (min)	80 [1-190]	13 [1-73]	<0.001
Expulsion (min)	22 [5-53]	8 [1-43]	<0.001

	Déficit neurologique		p
	Oui (n=31)	Non (n=31)	
Position maintenue le plus longtemps			
Allongée	11 (35.5)	13 (41.9)	
Décubitus droit	4 (12.9)	5 (16.1)	
Décubitus gauche	3 (9.7)	3 (9.7)	0.80
Assis	5 (16.1)	6 (19.4)	
Genou pectoral	8 (25.8)	4 (12.9)	
Instrumentalisation	21 (67.7)	4 (12.9)	<0.001
Forceps	14 (45.2)	1 (3.2)	<0.001
Ventouse	9 (29.0)	3 (9.7)	0.054
pH artériel néonatal	7.23 ± 0.07	7.26 ± 0.06	0.085
Poids du nouveau-né (g)	3581.0 ± 445.8	3519.0 ± 532.9	0.62
Périmètre crânien (cm)	36 [32-38]	35 [32-38]	0.13
≥ 36 cm	17 (54.8)	15 (48.4)	0.61
Transfert en unité de soins intensifs	0	0	NA

Tableau 2 : Suite

Les valeurs sont exprimées en effectif (pourcentage), moyenne \pm écart-type ou en médiane [étendue]. NA, non applicable.

Tableau 3. Facteurs prédictifs du risque de déficit neurologique en analyse multivariée

	OR (IC 95%)	p
Nuliparité	2.99 (0.59 – 15.12)	0.19
Score d'efficacité de l'analgésie	0.90 (0.47 – 1.70)	0.74
Durée de la deuxième phase du travail (min)*	1.91 (1.25 – 2.92)	0.003
Instrumentalisation	13.91 (2.56 – 75.71)	0.002

* OR calculé pour une augmentation de 15 min

Figure 1. Diagramme des flux de l'étude

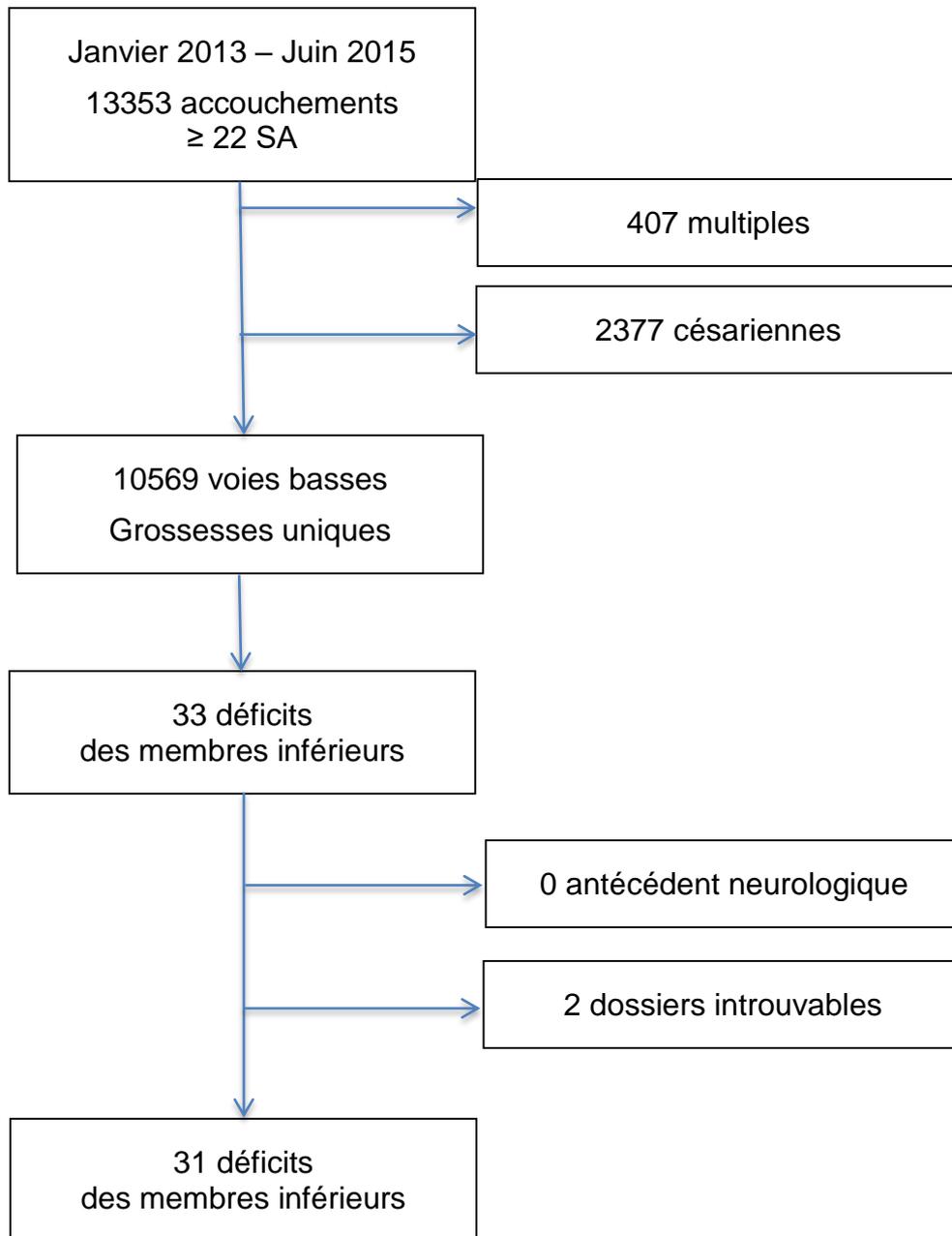
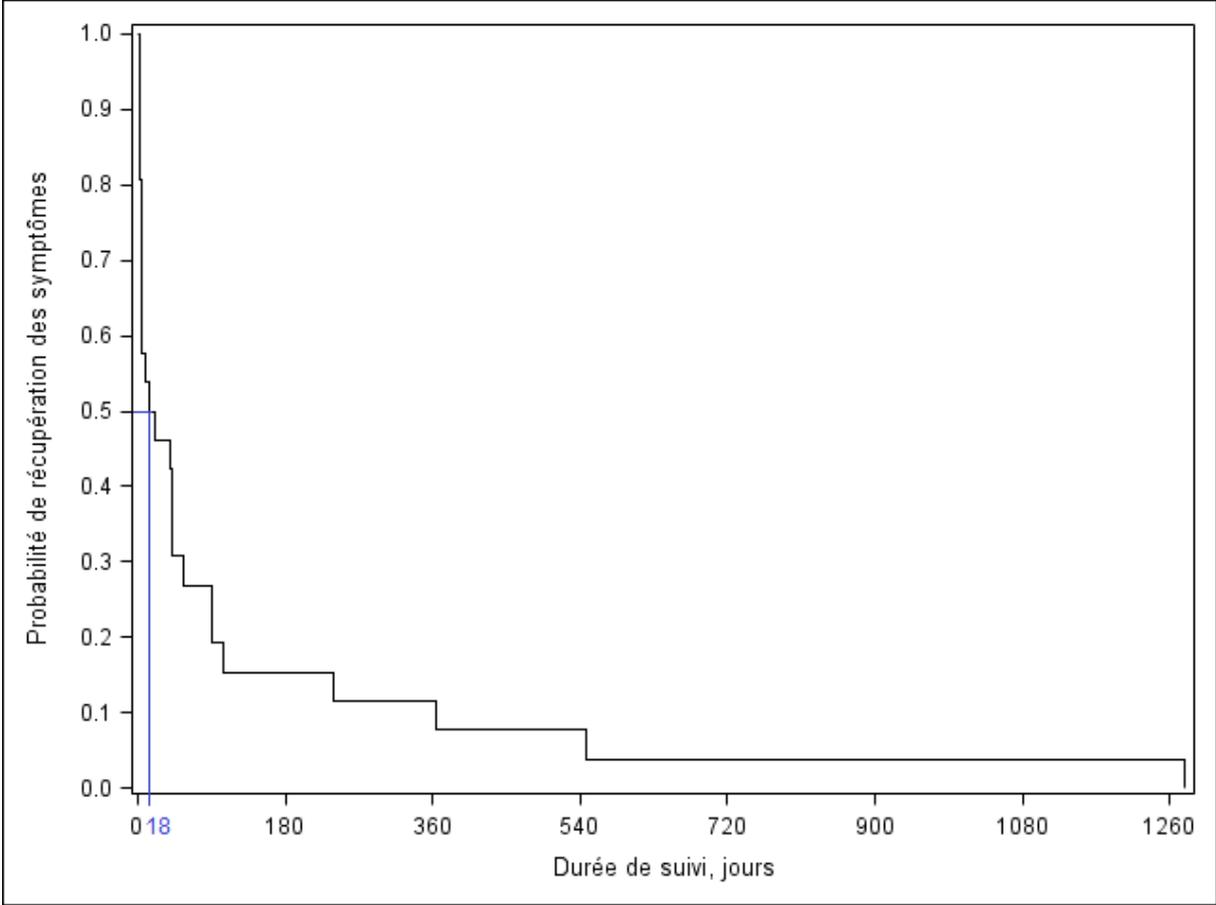


Figure 2. Délai de récupération des symptômes chez les cas (selon Kaplan Meier)



Références Bibliographiques

1. A. Wong C. Incidence of postpartum lumbosacral spine and lower extremity nerve injuries. *Obstetrics & Gynecology*. févr 2003;101(2):279-88.
2. Richards A, McLaren T, Paech MJ, Nathan EA, Beattie E, McDonnell N. Immediate postpartum neurological deficits in the lower extremity: a prospective observational study. *International Journal of Obstetric Anesthesia*. août 2017;31:5-12.
3. Haller G, Pichon I, Gay F-O, Savoldelli G. Risk factors for peripheral nerve injuries following neuraxial labour analgesia: a nested case-control study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. oct 2017;61(9):1203-14.
4. Wong CA. Nerve injuries after neuraxial anaesthesia and their medicolegal implications. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. juin 2010;24(3):367-81.
5. Richard A, Vellieux G, Abbou S, Benifla JL, Lozeron P, Kubis N. Good prognosis of postpartum lower limb sensorimotor deficit: a combined clinical, electrophysiological, and radiological follow-up. *Journal of Neurology*. mars 2017;264(3):529-40.
6. Ong BY, Cohen MM, Esmail A, Cumming M, Kozody R, Palahniuk RJ. Paresthesias and motor dysfunction after labor and delivery. *Anesth Analg*. janv 1987;66(1):18-22.
7. Dar AQ, Robinson APC, Lyons G. Postpartum neurological symptoms following regional blockade: a prospective study with case controls. *International Journal of Obstetric Anesthesia*. avr 2002;11(2):85-90.
8. Ley L, Ikhouane M, Staiti G, Benhamou D. Complication neurologique après posture obstétricale «en tailleur» lors d'un travail sous analgésie péridurale. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. sept 2007;36(5):496-9.
9. Kilpatrick SJ, Laros RK. Characteristics of normal labor. *Obstet Gynecol*. juill 1989;74(1):85-7.
10. Duncan A, Patel S. Neurological complications in obstetric regional anesthetic practice. *Journal of Obstetric Anaesthesia and Critical Care*. 2016;6(1):3.
11. O'Neal MA, Chang LY, Salajegheh MK. Postpartum Spinal Cord, Root, Plexus and Peripheral Nerve Injuries Involving the Lower Extremities: A Practical Approach. *Anesthesia & Analgesia*. janv 2015;120(1):141-8.
12. Cook TM, Counsell D, Wildsmith JAW. Major complications of central neuraxial block: report on the Third National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists †. *British Journal of Anaesthesia*. févr 2009;102(2):179-90.
13. Effect of low-dose mobile versus traditional epidural techniques on mode of delivery: a randomised controlled trial. *The Lancet*. juill 2001;358(9275):19-23.
14. Cheng YW, Shaffer BL, Nicholson JM, Caughey AB. Second Stage of Labor and Epidural Use: A Larger Effect Than Previously Suggested. *Obstetrics & Gynecology*. mars 2014;123(3):527-35.
15. Zhang J, Landy HJ, Ware Branch D, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes. *Obstetrics & Gynecology*. déc 2010;116(6):1281-7.
16. Shen X, Li Y, Xu S, Wang N, Fan S, Qin X, et al. Epidural Analgesia During the Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*. nov 2017;130(5):1097-103.

AUTEUR : Nom : Dorémieux

Prénom : Anne-Cécile

Date de Soutenance : Mardi 12 juin 2018

Titre de la Thèse : Facteurs liés à la survenue d'un déficit neurologique des membres inférieurs après un accouchement par voie basse.

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : accouchement voie basse, déficit neurologique, membres inférieurs, facteurs

Résumé :

Contexte : La survenue d'un déficit neurologique des membres inférieurs après un accouchement par voie basse est une complication dont l'origine est mal comprise.

Objectif : Mettre en évidence les facteurs associés à la survenue d'un déficit neurologique chez des patientes ayant accouché par voie basse.

Matériel et Méthode : Etude monocentrique cas-témoins (1/1). Les cas étaient les femmes ayant présenté un déficit neurologique des membres inférieurs immédiatement apparu après un accouchement par voie basse. Les témoins étaient des patientes ayant accouché le même jour, sans déficit.

Résultats : Parmi les 10569 patientes ayant accouché par voie basse pendant la période d'étude, 31 ont présenté un déficit neurologique (0.3%). Après analyse multivariée, la présence d'un déficit neurologique après l'accouchement était liée à la durée de la deuxième phase du travail (OR pour 15 min 1.91 [1.25 – 2.92]) et au recours à un instrument pour l'accouchement (OR 13.91 [2.56 – 75.71]). La majorité de ces déficits étaient sensitifs (67.7%), et la plupart avaient récupéré avant 6 semaines (69.2%).

Conclusion : Après l'accouchement, la survenue d'un déficit neurologique est principalement liée à la durée de la deuxième phase du travail et à l'emploi d'un instrument au cours de l'accouchement.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Véronique DEBARGE

Assesseurs : Monsieur le Professeur Damien SUBTIL, Monsieur le Docteur Pierre RICHART, Monsieur le Docteur Charles GARABEDIAN, Monsieur le Docteur François CASSIM