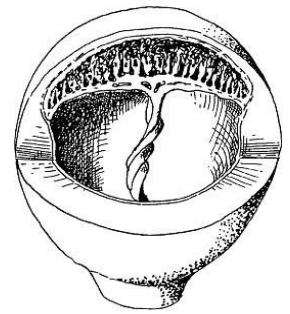


Délivrance normale et pathologique

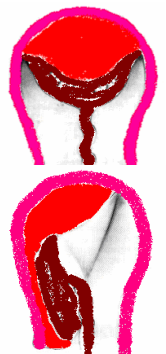
Introduction

- L'expulsion hors des voies génitales des annexes fœtales (placenta et membranes), initialement accolées à l'utérus.
- C'est la troisième étape du travail qui se décompose en trois phases :
 - Décollement du placenta
 - Migration et expulsion
 - Hémostase
- On appelle période de la délivrance les deux heures qui suivent la naissance → surveillance



Délivrance normale

- Le décollement et la migration se font sous l'influence de la rétraction et des contractions utérines spontanées
 - **Spontanée** : l'expulsion du placenta se fait également sous le simple effet de la gravité des contractions musculaires réflexes du périnée et des efforts maternels
 - **Naturelle** : si l'expulsion est aidée par une tierce personne
- **Physiologie** :
 - **Phase de décollement** :
 - **Rétraction utérine** : phénomène passif, diminution du volume utérin après expulsion du fœtus, augmentation de l'épaisseur des parois utérines respectant la zone placentaire → enchatonnement physiologique. Phase de rémission clinique 10-15 min
 - **Contraction utérine** : phénomène actif, douloureuse et ressentie par la malade, la phase clinique de la reprise de la contractilité permet le clivage de la caduque → hématome rétro-placentaire physiologique
 - **Phase d'expulsion** : sous l'influence des contractions utérines et de son propre poids, le placenta tombe dans le segment inférieur qui se déplisse entraînant une surélévation du corps utérin. Le placenta décollé migre à travers le col vers le vagin pour être expulsé à la vulve
 - **Mode de Baudeloque** : la face fœtale lisse et luisante du placenta qui apparaît la première à la vulve traduisant une insertion corporelle du placenta
 - **Mode de Duncan** : la face maternelle, rouge et charnue, du placenta qui apparaît la première à la vulve traduisant l'insertion basse du placenta
 - **Phase d'hémostase** : elle est assurée par :
 - **Rétraction utérine** : qui intéresse, cette fois, la plaie placentaire dont elle assure l'hémostase, les vaisseaux sont serrés et obturés par la contraction active des fibres musculaires → Ligature vivante de Pinard. Cette rétraction n'est possible qu'après l'évacuation totale de l'utérus → hémostase temporaire
 - **Coagulation sanguine** (thrombose physiologique) : formation du clou plaquettaire, permet l'obturation définitive des orifices vasculaires → hémostase définitive
 - Pour avoir une délivrance normale, il faut une bonne dynamique utérine, une insertion normale du placenta, une vacuité utérine parfaite, une coagulation sanguine normale. Sinon → complications



- **Etude clinique :**

- **Phase de rémission clinique :** elle correspond à la rétraction utérine 10-15 min (< 30 min), la femme est calme, ne ressentant pas de contractions utérines. L'utérus est rétracté, dur, régulier, sa limite supérieure se situant aux alentours de l'ombilic (2-3 cm sous l'ombilic), toute manœuvre intempestive durant cette période (expression utérine, traction sur le cordon...) risque de provoquer une complication

- Analyse des paramètres vitaux (pouls, TA, conscience...)
- Estimation du volume utérin
- Visualisation de l'écoulement vulvaire

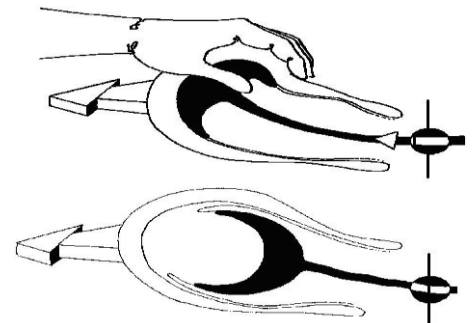
- **Décollement placentaire :**

- **Signes annonciateurs :**

- ✓ Perception de la reprise des contractions utérines
- ✓ Petit filet sanguin à la vulve
- ✓ Allongement de la portion extériorisée du cordon
- ✓ Ascension du fond utérin en sus-ombilical

- **Signes de certitude :**

- ✓ **Manœuvre du refoulement utérin :** par une main, appliquée à plat, au-dessus de pubis, refoule, de bas en haut, le corps utérin :
 - ❖ Si le cordon remonte → le placenta n'est pas décollé
 - ❖ Si le cordon ne remonte pas → le placenta est décollé



- **Phase d'expulsion :**

- **Délivrance spontanée :** c'est l'expulsion spontanée par progression passive du placenta hors des voies génitales sous l'effort d'une poussée abdominale, le périnée se distend et l'orifice vulvaire s'agrandit et laisse apparaître le placenta

- **Délivrance naturelle :** elle est préférée, qui fait intervenir de façon active l'accoucheur

- ✓ **Technique :**

- ❖ Une main empaume le fond utérin, le place dans l'axe du vagin et abaisse progressivement et fermement le fond utérin, tandis que l'autre main saisit le cordon et lui imprime une légère tension dans le but d'orienter la sortie du placenta
- ❖ Une fois le placenta apparaît à la vulve, la main abdominale est remplacée au-dessus de la symphyse, et déplace l'utérus en haut et en arrière pour déplisser le segment inférieur
- ❖ Après expulsion, on exprime le fond utérin pour le vider et favoriser la rétraction



✓ **Ce qu'il ne faut pas faire :**

- ❖ Traction non contrôlée sur le cordon → rupture du cordon ou inversion utérine
- ❖ Essayer de faire la délivrance avant le décollement complet du placenta
- La quantité de sang perdue pendant la délivrance est en moyenne 300 cc et au maximum 500 cc, au-delà, on parle d'hémorragie de la délivrance.
- L'utérus vide forme un globe dur bien rétracté → globe de sécurité de Pinard.
- Pouls et TA sont normaux
- **Examen du délivre**

Délivrance dirigée

- C'est le renforcement des contractions par un médicament utéro-tonique dès la sortie des épaules dans la présentation céphalique ou la sortie de la tête dans la présentation podalique, de façon à raccourcir la période de la délivrance
- **But** : raccourcir la période de la délivrance et limiter ainsi les pertes sanguines, en facilitant le décollement et en renforçant les contractions utérines par des ocytociques → diminue de 40% le risque d'hémorragie
- **Modalités** : 5 UI, en perfusion, d'ocytocine.
- **Indication** : grossesse multiple, hydramnios, macrosomie, grande multiparité, césarienne antécédents d'hémorragie ou de placenta prævia

Délivrance artificielle

- C'est le décollement manuel du placenta pour l'entraîner ensuite à l'extérieur de l'utérus et de la cavité vaginale

Conduite A Tenir

- **Pendant la délivrance** : respecter le mécanisme physiologique de la délivrance, surveiller
 - **Intervenir** : si placenta décollé
 - **Extraction du placenta** : traction contrôlée, pression fundique
- **Après la délivrance** : examen du délivre, surveillance de l'accouchée

Hémorragie de la délivrance

- Urgence obstétricale + anesthésique
- 1^{ère} cause de mortalité et de morbidité maternelles, ceci s'explique par le retard pris au diagnostic et des soins souvent insuffisants à la norme
- Diagnostic facile → hémorragie extériorisée
- **Définition** : saignement du site d'insertion placentaire. C'est un saignement de plus de 500 ml dans les 24h suivant un accouchement par voie basse et 1000 ml par voie haute
- Le rétablissement et le maintien de la volémie ainsi que la rapidité d'exécution des gestes obstétricaux → facteurs pronostiques
- Une antibiothérapie à large spectre est d'emblée administrée → pathologies hémorragiques et infectieuses
- L'échec des manœuvres obstétricales et d'un traitement médical bien conduit justifie une intervention vasculaire d'hémostase → ligature ou embolisation

- **Etiologies :**
 - **Causes utérines (90%) :** atonie utérine (58%), rétention placentaire (29%), anomalies de la placentation : accreta, percreta (2%), rupture utérine (2%), inversion utérine (1%)
 - **Dilacération des parties molles (4-8%) :** col, vagin, périnée
 - **Hématomes pelviens (1%)**
 - **Causes maternelles (1-3%) :**
 - **Constitutionnelles :** hémostasie primaire, coagulation
 - **Acquises :** Syndromes Réno-Vasculaires, infection, Mort *In Utero*, embolie amniotique
- **Prise En Charge initiale :**
 - **Prise en charge multidisciplinaire immédiate :** obstétriciens, anesthésistes, réanimateurs, sages-femmes, infirmiers → rapide et efficace
 - **Réanimation :** mise en condition de la patiente :
 - **Monitoring :** pouls, PA, SpO₂
 - Voie d'abord veineuse fonctionnelle
 - Remplissage par cristalloïdes
 - Vérification du groupe sanguin
 - **Identifier la cause du saignement, assurer la vacuité utérine :**
 - Délivrance artificielle si la délivrance n'a pas eu lieu
 - Révision utérine systématique même si la délivrance semble complète
 - Massage de l'utérus s'il est hypotonique, vessie vide
 - Antibioprophylaxie à large spectre
 - Examen de la filière génitale sous valves
 - **Administration d'utéro-toniques systématiques :**
 - **Syntocinon :** analogue de synthèse de l'ocytocine
 - ✓ Ampoules de 5 UI
 - ✓ Dose : 5 à 10 UI en IVL suivie d'une perfusion continue, 60 à 80 UI / 24h
 - **Prostaglandines :** PGE², PGF²
 - Si échec → autres traitements
 - ✓ Cathéter veineux central et artériel (fémoral)
 - ✓ Bilan paraclinique : biologique, ECG (ischémie myocardique), radiographie du thorax
 - ✓ Prise En Charge d'un éventuel état de choc hémorragique
 - ✓ Echographie abdomino-pelvienne
 - ✓ Traitement chirurgical

Conclusion

La compréhension puis le respect de la physiologie de la délivrance normale permet la prévention et le dépistage précoce des complications surtout l'hémorragie de délivrance en vue d'une action précoce et efficace.