

Délivrance normale et pathologique

Cours de 5^{ème} année médecine

Dr.Hafiane

I. Introduction- définition

La délivrance est la troisième phase du travail, après la dilatation cervicale et l'accouchement. C'est un moment très important du travail, de par les complications graves pouvant apparaître.

La surveillance de la délivrance doit donc être rigoureuse et est exclusivement clinique,

L'hémorragie de la délivrance étant une des principales causes de la mortalité maternelle.

II. Physiologie de la délivrance

La délivrance se décompose en trois temps : le décollement placentaire, la migration de celui-ci à travers la filière génitale, et la rétraction utérine.

1- Décollement placentaire

Il se fait sous l'effet, dans un premier temps, d'une rétraction de l'utérus, puis de contractions utérines. Une fois le dégagement fœtal effectué, le volume utérin est moindre, ce qui engendre une rétraction utérine spontanée. Les parois de l'utérus sont alors plus épaisses, sauf au niveau de l'insertion du placenta, entraînant ainsi un enchatonnement physiologique du placenta. Cette rétraction initie également le clivage de la caduque utérine entre la zone compacte et la zone spongieuse (la plus profonde).

S'ensuit la reprise clinique de contractions utérines, après un repos naturel d'environ une dizaine de minutes. Ces contractions vont ainsi faire bomber le placenta enchatonné vers la cavité utérine et accentuer le clivage de la caduque utérine. Les vaisseaux utéro placentaires saignent dans cet espace et forment un hématome rétro placentaire physiologique.

2- Migration du placenta

Elle se fait sous l'effet des contractions utérines, dont l'intensité est croissante, de son propre poids et du poids de l'hématome rétro placentaire retenu par les membranes. Le placenta est entraîné hors de la cavité utérine et tombe dans le vagin.

Généralement, il est expulsé à la vulve en mode Baudelocque, c'est-à-dire par la face fœtale. Cela concerne les insertions hautes ou fundiques, celui-ci s'éversant alors « en doigt de gant » dans la cavité utérine. De façon moins fréquente, le placenta se présente à la vulve par sa face maternelle, selon le mode Duncan.

L'insertion placentaire est alors plutôt latérale ou au niveau du segment inférieur de l'utérus,

un mouvement de glissement et non d'éversion se produisant dans ce cas. Ce mode de délivrance entraînerait plus de complications (rétention de membranes, hémorragie de la délivrance).

3- Rétraction utérine

Elle est immédiate après la sortie du placenta et concerne aussi cette fois-ci le lit placentaire dont elle assure l'hémostase. En effet, cette contracture entraîne une constriction des vaisseaux perforants de la couche plexiforme du myomètre. On parlera alors de « globe utérin de sécurité » lorsque l'utérus est tonique. L'hémostase est également obtenue par une thrombose vasculaire secondaire à l'oblitération mécanique des vaisseaux. Les facteurs de coagulation sont augmentés en fin de grossesse.

La thromboplastine placentaire et tissulaire est libérée de façon massive lors de la délivrance, accélérant la thrombinofomation. Les processus fibrinolytiques sont modifiés par cette libération massive, permettant ainsi une coagulation rapide.

III. Les différents types de la délivrance

1- Délivrance spontanée

Après toutes les différentes étapes précédemment décrites, le placenta est alors évacué spontanément avec l'aide de quelques efforts de poussée par la patiente en position debout.

Le diagnostic clinique du décollement complet du placenta se fait par une manœuvre de refoulement utérin en sus-pubien par la main gauche, tout en maintenant avec la main droite le cordon ombilical. Si le cordon ombilical remonte au moment de cette manœuvre, le placenta est encore solidaire de l'utérus et il n'est donc pas entièrement décollé. En revanche, si aucune ascension n'est observée, alors le décollement du placenta est complet.

2- Délivrance naturelle

Certains de nos gestes « anodins » et quotidiens font que la délivrance spontanée est une délivrance rare. Le décubitus dorsal, le clampage précoce du cordon ombilical (qui favorise la retenue de sang et donc, le décollement placentaire) accélèrent la délivrance. De la même façon, une fois le diagnostic de décollement placentaire établi, la pression sur le fond utérin par la main gauche et la traction douce avec la main droite du cordon ombilical au décours d'une poussée de la patiente facilitent l'expulsion placentaire. Enfin, lorsque le placenta est extériorisé à la vulve, la main gauche déplisse le segment inférieur en refoulant l'utérus, ce qui facilite l'expulsion des membranes. Tous ces gestes simples accompagnent la délivrance ; on parle alors de délivrance naturelle.

3- Délivrance dirigée

Elle consiste en l'administration de drogues utérotoniques afin de réduire le délai de la délivrance et ainsi, limiter les pertes sanguines après l'accouchement. Cette administration se fait par voie intraveineuse au moment du dégagement de l'épaule antérieure du fœtus.

4- Délivrance artificielle

Elle correspond à l'extraction manuelle du placenta hors de l'utérus. Elle est nécessaire en cas de non-décollement placentaire 30 min après l'accouchement mais également en cas d'hémorragie.

Ce geste doit être réalisé dans une totale asepsie : port d'un masque et d'une coiffe, badigeonnage du périnée, disposition de champs stériles, lavage chirurgical des mains et port de gants stériles. L'antibioprophylaxie n'est pas indiquée de façon systématique lors de ce geste, ce qui renforce le rôle de l'asepsie rigoureuse. La délivrance artificielle doit également être accompagnée d'une bonne analgésie (analgésie péridurale si déjà présente ou anesthésie générale). En revanche, dans un contexte d'urgence extrême, elle peut être effectuée immédiatement, même en l'absence d'une quelconque analgésie.

La délivrance artificielle consiste, après les différents temps précédents, en l'introduction de la main dominante de l'opérateur dans la filière génitale le long du cordon ombilical. L'autre main empaume le fond utérin et l'amène vers le bas et le centre de l'abdomen. L'opérateur doit alors décoller progressivement le placenta au contact de la paroi utérine par le bord cubital de sa main, puis il saisit le placenta et l'extrait en un geste doux des voies génitales. Après une nouvelle désinfection de son gant et du périnée, il effectue une révision utérine afin de s'assurer de la totale vacuité de l'utérus.

IV. Examen du placenta

Parfois oublié et trop souvent négligé, l'examen du placenta est un temps important. Ne nécessitant que quelques instants, il doit être méthodique et réalisé aussitôt la délivrance effectuée. Il pourra jouer un rôle important dans l'explication d'événements anté, per ou

Post-partum.

Le placenta doit être disposé sur un plan dur et propre, sous un bon éclairage. Il doit être ensuite débarrassé des caillots présents à l'aide de compresses. Dans un premier temps, il faut réaliser l'examen des membranes en les dépliant pour vérifier leur intégrité.

Le placenta peut dans certains cas être dénué de membrane et on parle de placenta

« Découronné », une révision utérine étant alors nécessaire immédiatement. Ensuite, l'examen vérifie que les membranes sont vierges de tout vaisseau. Si un vaisseau est visualisé, il faut alors voir s'il n'est pas interrompu. Si c'est le cas, cela signifie cotylédon aberrant est resté dans la cavité utérine. Une nouvelle fois, la révision utérine est nécessaire. Rarement, il peut y avoir du tissu placentaire sur les membranes : on parle du placenta « circumvallata ».

On peut également observer la présence de petits nodules blanc gris de 2 à 3 mm de diamètre, proches de l'insertion du cordon : on parle d'« amnios nodosum ». Il faut être attentif à la distance entre le bord membranaire et le placenta car si celle-ci est inférieure à

10 cm, l'on suspecte un placenta bas inséré. Il est nécessaire d'être attentif aussi tout simplement à la coloration des membranes et à l'odeur placentaire car l'association de membranes colorées (coloration méconiale) à une odeur placentaire nauséabonde fera évoquer une chorioamniotite. Enfin, l'examen des membranes a également un intérêt dans le diagnostic de chorionicité des grossesses multiples l'examen du cordon est nécessaire, en le mesurant tout d'abord (50 à 70 cm). Trop court ou trop long, il aura pu avoir des conséquences au niveau de l'accouchement (défaut de progression du mobile fœtal, anomalie du rythme cardiaque fœtal, circulaires du cor-don). Il faut aussi observer son insertion, qu'elle soit centrale, para centrale ou en raquette en fonction de sa position par rapport au placenta, en allant du centre aux bords de celui-ci. Si son insertion se fait sur les membranes, on parle d'insertion vélamenteuse, ce qui peut être très dangereux (Syndrome de Benkiser). Enfin, il faut vérifier qu'il est bien composé de deux artères et une veine. En cas d'artère ombilicale unique, il faut rechercher une anomalie fœtale (anomalie génito-urinaire, cardiovasculaire, musculosquelettique, chromosomique, fente palatine, RCIU).

Dans un dernier temps, on retourne le placenta et on examine sa face maternelle. La galette placentaire doit être complète, intègre et la moindre suspicion de cotylédon manquant doit entraîner une révision utérine. Plus rarement, hématome rétro placentaire est visualisé sur cette face placentaire. Une fois l'examen du placenta terminé, il faut encore le peser (un sixième du poids fœtal).

V. Complications de la délivrance

1- Atonie utérine :

Elle correspond à l'absence à la rétraction utérine après l'expulsion du placenta hors de la filière génitale

L'utérus est alors mou et la constriction des vaisseaux ne se fait. On peut retrouver plusieurs étiologies à cette atonie utérine comme la sur distension utérine (macrosomie, grossesse multiple, hydramnios) , une anomalie au niveau utérin empêchant une bonne contractilité (fibrome, malformation), une cause iatrogène (arrêt intempestif des ocytociques, utilisation de β -mimétiques ou encore de certains anesthésiques comme le fluothane), un travail long, une chorioamniotite.

2- Rétention placentaire complète

On parle de rétention complète du placenta lorsque le placenta n'est pas expulsé après un délai de 30 min par rapport à l'expulsion fœtale. Cette rétention est expliquée par :

- ✓ un non-décollement placentaire, dont la source peut être une atonie utérine, une hypertonie utérine, une insertion anormale (acreta, percreta, placenta bas inséré) ou des erreurs dans la gestion de la délivrance (expression utérine) ;
- ✓ la gêne à l'expulsion du placenta, dont l'origine peut être un fibrome, une malformation utérine ou la présence d'un globe vésical distendu.

3- Rétention placentaire incomplète

La rétention est incomplète lorsqu'il persiste des membrane ou un cotylédon dans la cavité utérine alors que l'essentiel du placenta a été expulsé. Son diagnostic se fait lors de l'examen du délivre ou lors d'un saignement d'origine endo-Utérin.

4- Hémorragie de la délivrance

Elle correspond à la perte de plus de 500 ml dans les 24 heures suivant l'expulsion fœtale Elle peut débuter avant, pendant ou après l'expulsion du placenta. Et l'on parle d'hémorragie sévère de la délivrance si les pertes sanguines sont supérieures à 1 L.

5- Inversion utérine

Événement rarissime, l'inversion utérine se décrit comme l'invagination du fond utérin en doigt de gant. Quatre stades sont définis allant de la simple dépression du fond utérin en cupule à l'extériorisation de l'utérus et des parois vaginales. La réduction de l'inversion utérine doit se faire le plus rapidement possible après le diagnostic. Les étiologies de cet événement sont l'hypotonie et/ou la sur distension utérine mêlées à des gestes iatrogènes(traction sur le cordon ; expression abdominale)

VI. Surveillance de la délivrance avant, pendant et après

Cette surveillance, uniquement clinique, repose sur cinq critères : pression artérielle, fréquence cardiaque, hauteur/tonicité utérines, écoulement de sang à la vulve et descente du cordon.

Une fois le dégagement fœtal réalisé, il est important de surveiller de façon fréquente la pression artérielle et la fréquence cardiaque afin d'évaluer l'état hémodynamique de la patiente. Un saignement non extériorisé peut ainsi être dépisté par l'accélération du pouls maternel, qui sera souvent le premier signe à apparaitre, et/ou la baisse de la pression artérielle. Il peut être également dépisté par la hauteur utérine. Après la naissance de l'enfant, l'utérus doit se trouver en sous-ombilical. La tonicité utérine doit être aussi évaluée et retrouvée après 10 à 15 min, c'est-à-dire une fois que la période de rémission clinique est terminée. Enfin, il faut être attentif à l'écoulement extériorisé de sang. Il peut être utile de placer un sac de recueil dès l'accouchement terminé, les pertes sanguines étant très souvent sous-estimées.

A l'expulsion placentaire, la surveillance clinique doit être attentive et se faire environ tous les quarts d'heure durant un minimum de 2 heures . Elle pourra être espacée par la suite. Chaque élément relevé doit être comparé à celui du quart d'heure précédent mais également pris en considération avec tous les autres. Les mesures de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque sont donc corrélées à la tonicité de l'utérus, à la hauteur utérine et au volume de sang exprimé. La présence d'un « globe utérin de sécurité » est essentielle durant le post-partum.

VII. Hémorragie de délivrance

1- Étiologies

Elles sont au nombre de trois et peuvent être associées. La première cause d'HDD est une pathologie de la délivrance. On recense dans cette catégorie les atonies utérines (première cause d'HDD), les rétentions placentaire et les anomalies d'insertion du placenta.

La deuxième cause d'HDD est une lésion génitale traumatique. Ce sont les ruptures utérines, les lésions vaginales, les déchirures cervicales, les déchirures vulvopérinéales et les thrombus.

La dernière cause d' HDD est une pathologie de l'hémostase. Les coagulopathies peuvent être congénial(maladie de wilbrand ; hémophilie A) ou acquise (insuffisance hépatocellulaire; embolie amniotique, hématome rétro placentaire). Les troubles de l'hémostase peuvent compliquer une HDD si celle-ci n'est pas traitée rapidement. Les facteurs déclenchants de la coagulation, s'ils sont stimulés, vont entraîner une activation intra vasculaire de la coagulation. Si celle-ci est intense, il peut y avoir une coagulopathie de consommation. De plus, les dépôts de fibrine peuvent activer secondairement la fibrinolyse .les trois étiologies de CIVD sont : l'activation de la voie extrinsèque de la coagulation due au relargage de thromboplastine tissulaire (le plus fréquent en obstétrique), l'activation de la voie intrinsèque de la coagulation .

VIII. Prise en charge

1- Traitement préventif

Il consiste en plusieurs petits gestes ou attitudes qui se font en amont de la délivrance elle-même mais sont déterminants pour la qualité de la prise en charge ultérieure . La liste de ces « bonnes pratiques préventives » est la suivante : avoir effectué un sondage vésical

juste avant ou juste après l'accouchement, avoir réalisé une délivrance dirigée, mettre en place les éléments de surveillance nécessaire pour la délivrance (FC, PA), sac de recueil, réaliser un examen soigneux du délivre, éviter les attitudes iatrogènes (traction intempestive sur le cordon, expression utérine), réaliser une délivrance artificielle en cas de non-décollement au bout de 30 min, mettre en place une perfusion d'ocytociques une fois le délivre expulsé pour les patientes considérées « à risque », faire accoucher les patientes ayant des facteurs de risques connus pour l'HDD en maternité où le plateau technique est correct.

2- Prise en charge spécifique des anesthésistes

a- Traitement de l'hypovolémie et troubles hémodynamiques.

b-Traitement des troubles de la coagulation

C-Antibiothérapie et prévention de l'iso-immunisation

3- Traitement étiologique

a- Dans le cadre d'une pathologie de la délivrance

Les premiers gestes sont à effectuer en fonction de l'expulsion ou non du placenta. Si le placenta est encore situé dans la cavité utérine, une délivrance artificielle est à réaliser en urgence. En revanche, si le délivre a été expulsé, une révision utérine s'impose. Ces deux gestes sont à réaliser avec asepsie.

Si (délivrance artificielle – révision utérine) s'impose devant toute hémorragie de la délivrance, il est tout aussi impératif, sans réfléchir et sans attendre, de vérifier la filière génitale et d'entreprendre le traitement de l'atonie ; en effet, même si celle-ci n'est pas la cause première de l'hémorragie, elle va le devenir rapidement si l'on ne fait rien ou si l'on agit trop tard. Le massage utérin prolongé et doux, entre les cornes, est un geste simple

Et efficace qui remplace avantageusement le sac de sable.

Syntocinon en IVD (intraveineuse directe) lente est réalisée et une perfusion de 500 ml de sérum glucosé à 5 % contenant 10 UI de Syntocinon est mise en place pour être passée en une heure. L'effet des ocytociques sur l'hémorragie doit être observé dans les 15 à 30 min suivant les premières injections.

Si ce n'est pas le cas, le relais par des prostaglandines(Nalador) Comme précédemment, si aucun effet n'est observé au bout de 30 min de traitement, la prise en charge thérapeutique de l'HDD doit être révisée.

Si la patiente est stable hémodynamiquement et si un plateau technique spécialisé est disponible rapidement, une embolisation artérielle sélective peut être envisagée. Cette technique radiologique consiste en un cathétérisme rétrograde d'une artère fémorale afin de visualiser l'origine du saignement et d'y injecter du matériel de type Spongel (éponge de gélatine). Cette embolisation doit être bilatérale ; son efficacité est excellente.

Si la patiente n'est pas stable hémodynamiquement, ou bien si elle est déjà au bloc opératoire en cours de césarienne, la prise en charge est bien sûr exclusivement chirurgicale(allant des ligatures vasculaires jusqu'à l'hystérectomie d'hémostase en cas d'échec).

b- Dans le cadre d'une lésion traumatique génitale

Le traitement est la suture de cette lésion par laparotomie s'il s'agit d'une rupture utérine, par la voie vaginale quand les lésions sont cervicovaginales.

c-Dans le cadre d'un trouble de l'hémostase

le traitement consiste a l'administration du plasma frais congelé ; concentrés plaquettaires ou de fibrinogène en fonction des résultats biologique

d. Moyens de surveillance

La prise en charge comporte tout d'abord la surveillance cardiovasculaire classique avec le pouls, la pression artérielle et la saturation maternels. Il y a également la surveillance de la diurèse avec une quantification précise de celle-ci par un sondage vésical à demeure.

IX. Conclusion :

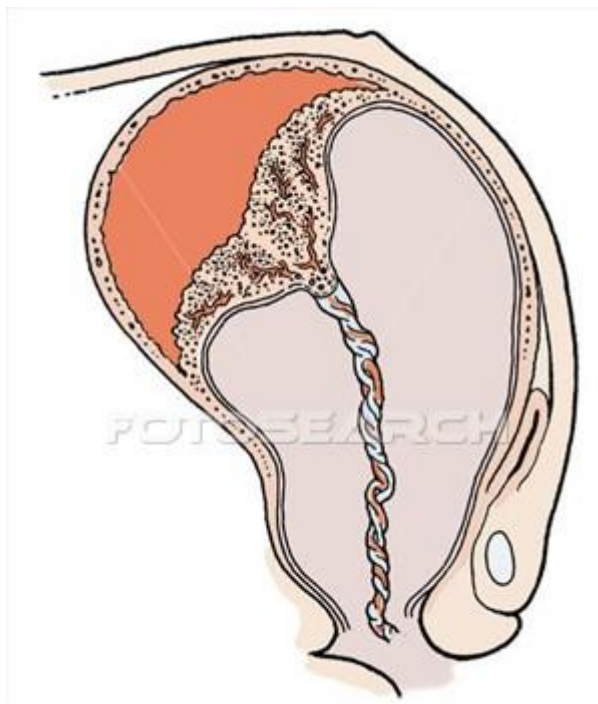
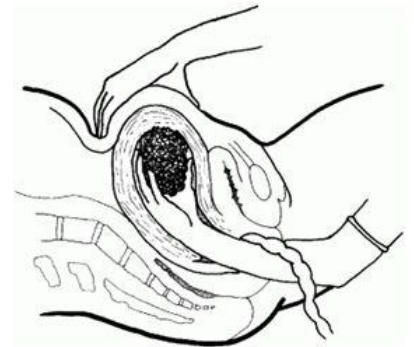
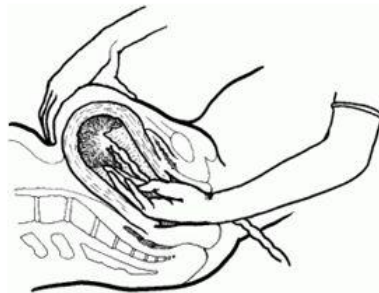
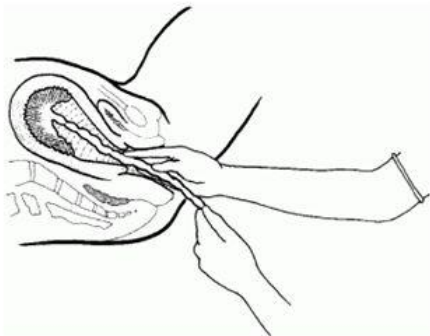
La délivrance est une période au cours de laquelle le risque d'hémorragie est fréquent.

En l'absence de décollement au bout de 30mn ; une délivrance artificielle doit être réalisé.

La surveillance maternelle en salle de naissance doit être d'au moins deux heures.

Une délivrance dirigée est indiquée en cas de facteur de risque d'hémorragie de la délivrance.

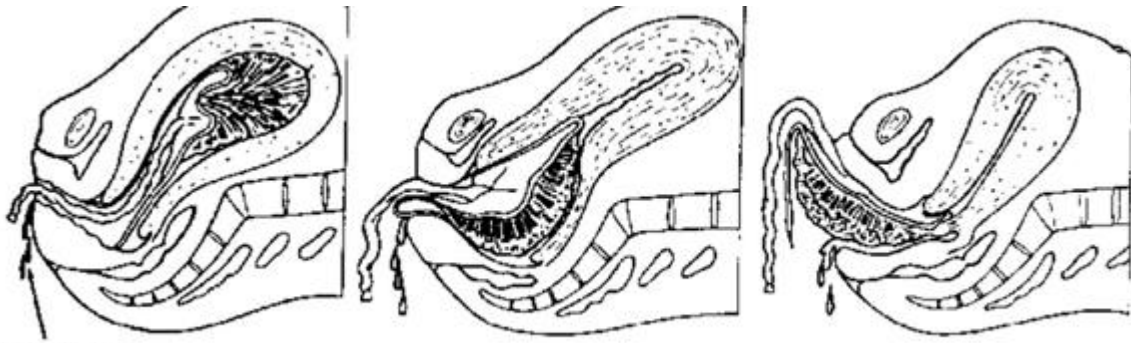
- Délivrance artificielle : extraction manuelle du placenta hors de l'utérus.



nu113025 www.fotosearch.fr

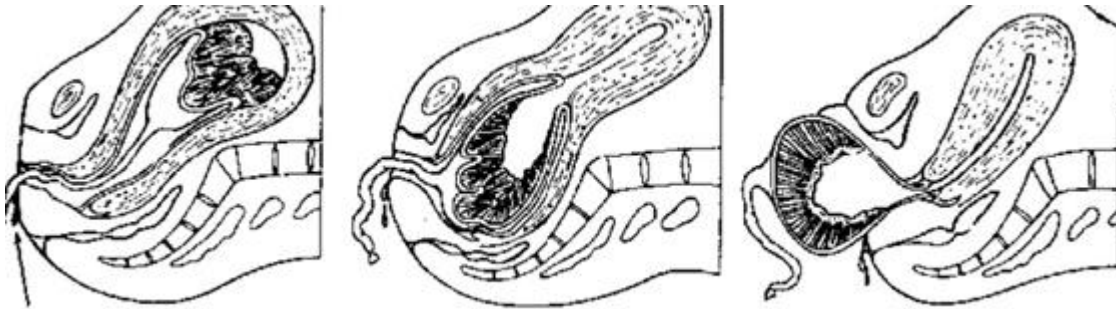
Décollement du placenta

Délivrance selon le mode de Duncan

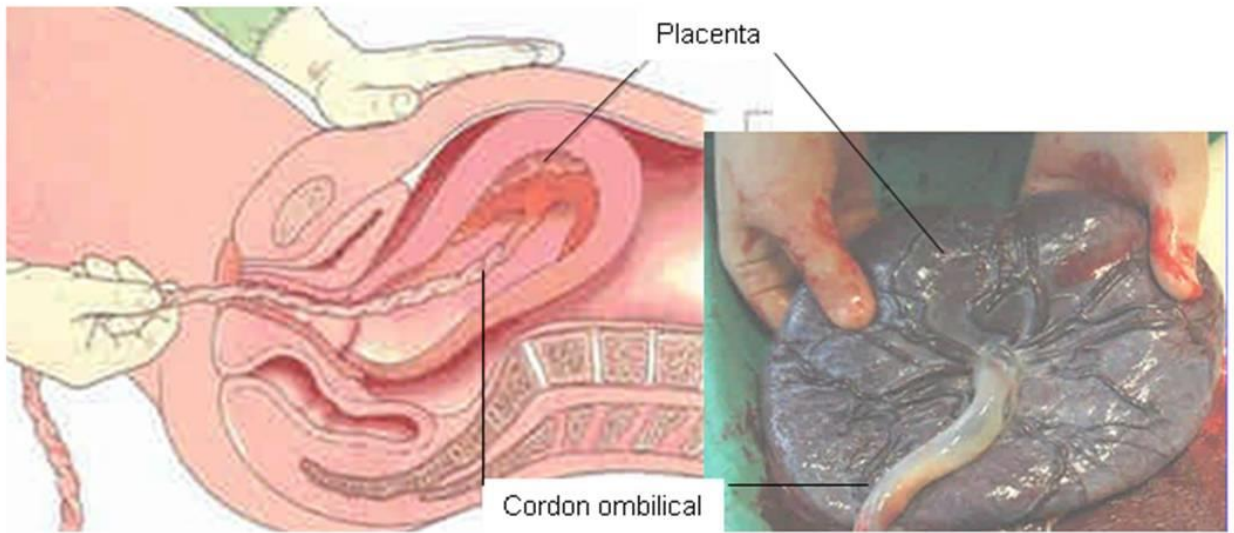


Bleeding

Délivrance Selon le mode de Baudelocque



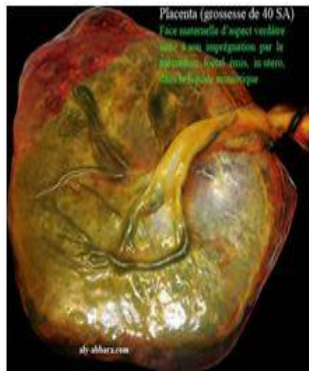
leeding



Quelques anomalies

Couleur et odeur du placenta

Insertion du cordon en raquette



Les cotylédons aberrants et les lobes aberrants



Le placenta bi-lobé ou multi-lobé



Noeud du cordon



Placenta circumvallata



1st Degree
- Inverted fundus up to cervix



2nd Degree
- Body of uterus protrudes through cervix into vagina



3rd Degree
- Prolapse of inverted uterus outside vulva