

LA DELIVRANCE NORMALE ET PATHOLOGIQUE

I. DEFINITION :

La délivrance normale se définit comme l'expulsion hors des voies génitales du placenta et des membranes.

Cette période représente le troisième et le dernier temps de l'accouchement et s'étend du moment qui suit l'expulsion du fœtus jusqu'à la deuxième heure.

II. ETUDE PHYSIOLOGIQUE :

La délivrance évolue classiquement en trois phases :

1. LA PHASE DE DECOLLEMENT PLACENTAIRE :

A. LE TEMPS PREPARATOIRE :

l'accouchement du fœtus est suivi de la période dite de repos physiologique pendant 10 à 15 minutes

il ne s'agit en fait que d'un repos apparent : après l'expulsion du fœtus, il se produit une rétraction utérine, phénomène passif et permanent, la baisse du volume de l'utérus est compensée par l'augmentation de l'épaisseur des parois utérines qui ne concerne pas la zone d'insersion placentaire(elle reste mince)

il en résulte un enchatonnement physiologique du placenta, en même temps, le placenta plissé tire sur les villosités crampons qui l'amarrent à la caduque

la mise en tension de ces villosités crée des déchirures dans la caduque

B. LE DECOLLEMENT PROPREMENT DIT :

La contraction utérine, phénomène actif est le principal responsable de ce décollement.

Si au cours de la première phase les contractions utérines qui existent ne sont pas perçues par l'accouchée, ici elles deviennent plus intenses et sont alors douloureusement ressenties.

Les contractions utérines augmentent l'effet de la rétraction utérine et permettent le clivage franc de la caduque, ceci ouvre les vaisseaux utéro placentaires permettant la constitution de foyers hémorragiques qui, en confluants, forment l'hématome rétro placentaire physiologique qui complète le décollement.

Une fois le décollement terminé la paroi utérine a partout la même épaisseur

2. LA PHASE D'EXPULSION :

Une fois le décollement terminé, le placenta est entièrement situé dans la cavité utérine, sous l'effet des contractions utérines et de son propre poids, il tombe dans le segment inférieur entraînant avec lui les membranes qui se décollent et se retournent en doigt de gant.

Le délivre traverse alors le vagin puis la vulve.

Lorsque le placenta s'insère dans le fond utérin, il est expulsé par sa face foetale première, c-à-d, le placenta en doigt de gant dans son sac membraneux : c'est la délivrance mode BAUDELOCQUE

Mais lorsque le placenta est bas inséré, il sort sa face utérine ou maternelle : c'est la délivrance mode : DUNCAN

3. L'HEMOSTASE :

Dans la zone de décollement, cette hémostase sera assurée grâce à deux phénomènes :

A. la rétraction utérine :

Au fur et à mesure du décollement placentaire, la rétraction permet l'écrasement des vaisseaux utéro placentaire par les fibres myométriales de la couche plexiformes : c'est la ligature vivante de PINARD

B. la coagulation sanguine :

Appellée également thrombose physiologique permet, par la formation du clou plaquettaire, l'obturation définitive des orifices vasculaires.

III. ETUDE CLINIQUE :

A. PHASE DE REPOS OU DE REMISSION CLINIQUE :

Une véritable sensation de repos, de bien être remplacent les contractions utérines après l'expulsion du fœtus

- A l'inspection : l'utérus est globuleux, arrondi, rétracté dont le fond avoisine l'ombilic
De la vulve s'échappe le cordon, du liquide amniotique

- A la palpation : l'utérus est ferme, régulier, il mesure environ 12 cm dans son diamètre transversal

Cette phase dure en moyenne 10 à 30 minutes

B. PHASE DE MIGRATION PLACENTAIRE :

- ✓ Les contractions utérines réapparaissent,
- ✓ une petite quantité de sang s'écoule par la vulve (HRP physiologique)
- ✓ Le fond utérin remonte à 3-4cm au dessus de la symphyse pubienne
- ✓ A la palpation l'utérus est dure (globe utérin)

C. PHASE D'EXPULSION :

On distingue trois types de délivrance :

C.1. LA DELIVRANCE SPONTANEE :

Sans intervention extérieur, passive, très lente, sous l'effet des efforts expulsifs de l'accouchée.

C.2. LA DELIVRANCE NATURELLE :

Fait intervenir activement l'accoucheur : une fois le diagnostic de décollement fait, la manoeuvre du refoulement utérin est réalisée : la main droite met le cordon en légère tension, la gauche empaume le fond utérin, le ramène vers la ligne médiane puis le refoule vers le bas.

C.3. LA DELIVRANCE ARTIFICIELLE :

1. la délivrance dirigée :

Fait appel aux utérotoniques (methergin ou syntocinan) dès la sortie des épaules ou après expulsion de la tête dernière en cas de présentation de siège dans la but de :

- Réduire la phase de rémission clinique
- Accélérer le décollement et la migration du placenta
- Diminuer le volume de l'HRP physiologique
- Obtention d'une meilleur rétraction utérine

Indications : femme anémique, multipare, césarienne, ATCD d'hémorragie de la délivrance, ou présence de facteur de risque hémorragique

2. la délivrance manuelle :

Décollement manuelle du placenta par l'opérateur qui introduit sa main dans la cavité utérine ,c'est le mode de délivrance le plus fréquent en cas de césarienne.

IV.SURVEILLANCE CLINIQUE :

La troisième étape de l'accouchement nécessite une surveillance aussi rigoureuse que la phase du travail car elle est la plus dangereuse pour la femme

En premier lieu il faut s'assurer de la qualité de la rétraction utérine par la présence du « globe utérin de sécurité » dont le fond se situe légèrement au dessous de l'ombilic avec à son expression ,issue à travers l'orifice vulvaire de saignement minime.

A la fin de la délivrance, une réévaluation de l'état général de la femme s'avère nécessaire (prise de TA, pouls) avec quantification des pertes sanguines

L'examen du délivre est un temps important sous un bon éclairage : examen du placenta de ses deux faces ainsi que le cordon.

V. COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE :

A. LA RETENTION PLACENTAIRE :

Si pas de délivrance au delà de 30 minutes, elle est due à une absence de décollement placentaire ou secondaire à la présence d'un obstacle gênant la migration du délivre.Ses principales étiologies sont :

A.1. troubles dynamiques utérins :

❖ Inertie :

- Surdistension utérine : grossesse multiples, hydramnios, macrosomie foetale
- Pathologie utérine modifiant la contractilité de l'utérus : fibrome ou malformation utérine
- Cause iatrogène : anesthésiques, tocolytiques, ou arrêt intempestif d'ocytociques en fin de travail

❖ Hypertonie utérine réalisant un véritable enchatonnement placentaire

A.2. anomalies d'insertion placentaire :

- ❖ Inersion anormale : placenta accreta, percreta
- ❖ Anomalie morphologique : cotylédon accessoire
- ❖ Localisation anormale : bas inséré.

A.3. erreurs techniques :

- Délivrance dirigée trop tardive
- Traction sur le cordon
- Expressions utérines avant le décollement placentaire

B. INERTIE UTERINE :

Secondaire à une surdistension utérine, un travail dystocique prolongé ou en cas de fièvre.

C. INVERSION UTERINE :

Accident exceptionnel de nos jours favorisé par l'hypotonie de l'utérus de grandes multipares ou surdistendu ou associé à une erreur technique.

On y distingue quatre degrés de la simple invagination jusqu'à l'extériorisation complète de l'utérus hors de l'orifice vulvaire.

Le traitement est la réduction de l'utérus sous anesthésie générale.

D. HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE :

Les hémorragies de la délivrance ou du post partum sont des pertes sanguines en provenance de la zone d'insersion placentaire survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement anormales par leur abondance > 500ml et leur retentissement sur l'état général.

Les principales étiologies : rétention placentaire, atonie utérine, inversion de l'utérus et les anomalies de l'hémostase .

VI. TRAITEMENT :

❖ **Mesures de réanimation :**

- ✓ Une à deux voies d'abord veineux, DLG, Oxygénothérapie
- ✓ Bilan sanguin : GR rh ; NFS, Fibrinogène
- ✓ Remplissage vasculaire : plasm agel, PFC, Sang total frais
- ✓ Antibiotiques

❖ **Traitement obstétrical :**

- ✓ Délivrance artificielle si rétention suivie d'une révision utérine
- ✓ Ocytociques 5 à 20 UI/500cc de SGI ou methyergométrine en IM
- ✓ Massage utérin ou compression utérine

❖ **Traitement chirurgical :**

- ✓ Ligature vasculaire
- ✓ Hystérectomie d'hémostase

❖ **Traitement prophylactique :**

- ✓ Pendant la grossesse : dépistage des pathologies à risque
- ✓ Pendant le travail : respect du bon déroulement du travail et de la délivrance
- ✓ Surveillance de la délivrance
- ✓ Avant l'expulsion du placenta : DA si hémorragie >500ml ou délais > 30 minutes
- ✓ Après expulsion : révision utérine si placenta incomplet avec vérification des lésions cervico vaginales
- ✓ Compensation immédiates des pertes sanguines.