

Université de Constantine
Faculté de médecine de Constantine
Service de gynécologie et d'obstétrique
De sidi mabrouk

Ch. Yacine
INÉSSMC
Bibliothèque Chalet
Copy Service

Cour destiné aux étudiants de 5^{ème} année de médecine
Module de gynécologie

La délivrance normale et pathologique

Fait par Dr CHERGUI T
Maitre assistant

Année universitaire 2012-2013

Docteur CHERGUI Toufik
Maitre Assistant
Gynécologie- Obstétrique
N° Ordre 25/4358

I - La délivrance normale

1-Définition :

La délivrance normale se définit comme l'expulsion hors des voies génitales du placenta et les membranes. Cette période représente le troisième et le dernier temps de l'accouchement et s'étend du moment qui suit l'expulsion du fœtus à la 2^{ème} heure.

Elle évolue en trois phases : le décollement du placenta, l'expulsion du placenta et l'hémostase.

2-Rappel sur la physiologie de la délivrance normale :

Phase de décollement :

Le décollement est sous la dépendance de la rétraction utérine qui le prépare, de la contraction utérine qui le provoque.

a- Phase de préparation :

Grace à la rétraction utérine, la diminution du volume de l'utérus après l'expulsion du fœtus, compensée par l'augmentation d'épaisseur de ses parois. Mais l'épaississement respecte la zone placentaire qui reste mince. Il en résulte un « enchatonnement » physiologique du placenta. Au fond de la cuvette ainsi circonscrite le placenta est tassé, plissé.

b- Phase de décollement proprement dit :

La contraction utérine : responsable de ce décollement, entraîne un clivage franc de la caduque avec ouverture des vaisseaux utéro-placentaires constituant des foyers hémorragiques dont la confluence entraîne la formation d'un hématome rétro-placentaire physiologique.

Dix à 15 minutes après l'accouchement, les contractions utérines augmentent d'intensité et entraînent alors le clivage de la caduque.

Phase d'expulsion :

Sous l'action des contractions utérines, puis par l'action de son propre poids, le placenta tombe dans le segment inférieur qui se déplisse, Les membranes entraînées à leur tour par la chute du placenta.

Hémostase : Elle est essentiellement assurée par :

- la rétraction utérine. Au niveau de la zone d'insertion du placenta en particulier, les vaisseaux maternels vont se trouver enserrés et collabés par la contraction active des fibres du myomètre réalisant un véritable garrot physiologique ou « ligature vivante de

Pinard ». Cette rétraction utérine ne sera possible qu'après évacuation complète de l'utérus.

- Par la coagulation sanguine appelée thrombose physiologique qui obture les sinus veineux

3- Etude clinique :

Phase de rémission : Une période de bien être remplace la période de contraction

- Le pouls est stable
- La TA est normale
- Au palper l'utérus rétracté est dur et régulier son fond se trouve à 02 ou 03 cm au dessous de l'ombilic
- De la vulve par où s'échappe le cordon s'écoule encore un peu de liquide amniotique, mais pas de sang.

Cette phase dure en moyenne 15 mn.

Phase de migration du placenta :

- Les contractions utérines réapparaissent en général indolore donnant parfois la sensation de coliques.
- Une petite quantité de sang s'écoule par la vulve.
- A l'examen, le fond utérin remonte à 03 ou 04 cm au dessus de l'ombilic, cette ascension traduit le décollement du placenta et son passage dans le segment inférieur.

Le décollement placentaire se traduit par :

- le déroulement du cordon hors de la vulve
- la manœuvre de refoulement : le cordon ne remonte pas dans le vagin, il remonterait si le placenta était encore adhérent.

Phase d'expulsion :

- Le périnée se distend.
- L'orifice vulvaire s'entrouvre.
- le placenta apparaît comme une masse violacée entraînant après elle les membranes flasques ou distendues par l'hématome rétro-placentaire.

IV- Conduite à tenir au cours de la délivrance :

La conduite à tenir doit être prudente car bien des accidents sont imputables à la hâte et à une faute technique

Il faut respecter la phase de rémission clinique et se contenter pendant ce temps de surveiller :

L'état général de la patiente par la prise du pouls et de la TA contrôler le saignement

L'accoucheur ne doit intervenir que lorsque le placenta décollé se trouve dans le vagin

II – La délivrance pathologique :

1- introduction

L'accouchement normal s'accompagne d'une perte sanguine physiologique d'environ 500 ml lors du décollement placentaire.

- On parle d'hémorragie de la délivrance lorsque ces pertes sanguines sont supérieures à 500 ml.
- Ces hémorragies sont d'abondance moyenne entre 500 et 1000 cc, et sévères au delà.

la majorité des accidents de la délivrance sont causés et surtout aggravés par :

- l'insuffisance de surveillance
- La timidité ou le retard de la prise en charge thérapeutique
- les fautes techniques, et le non respect de la physiologie de la délivrance)

2- Définition

- On entend par hémorragie de la délivrance :
 - - Une hémorragie d'origine utérine
 - - Venant exclusivement de l'aire d'insertion placentaire
 - - Survenant dans les 24 heures qui suivent l'accouchement
 - - D'abondance supérieure à 500 ml (chiffre représentant l'hémorragie physiologique).

L'hémorragie grave de la délivrance c'est à dire supérieure à 1000 ml entraîne un retentissement important sur l'état général maternel et impose un traitement d'urgence parfaitement bien codifié sinon s'installe un syndrome de défibrination qui expose la parturiente au risque vital.

3- Fréquence

-Il s'agit d'une situation obstétricale grave dont la fréquence varie de 11 à 25 % des accouchements selon les séries.

-Les hémorragies graves représentant 1,3 % des accouchements.

-Ces hémorragies graves de la délivrance sont responsables de 30 % de la mortalité maternelle.

-C'est la première cause des étiologies des décès maternels au cours de l'accouchement.

4-Physiologie

Le mécanisme est triple avec trois temps successifs comprenant :

- (1) Le décollement placentaire,
- (2) La migration et l'expulsion du placenta,
- (3) L'hémostase utérine.

5-Étiologie

1-Atonie utérine 58 %: qui correspond à un défaut de contractilité du myomètre après l'expulsion du placenta et qui se traduit par un utérus mou, difficilement perçu à travers la paroi abdominale. L'atonie utérine est favorisée par

- un travail prolongé avec notamment l'utilisation de fortes doses d'ocytociques ou leur arrêt brutal après l'accouchement

-une surdistension utérine : grossesse multiple, hydramnios ; macrosomie

-une anomalie utérine : malformation, fibrome utérin.

-une infection : chorioamniotite

- iatrogène : les β 2-mimétiques (jusqu'à 6 heures après l'arrêt) ou une anesthésie profonde à l'halothane. Arrêt brutal d'ocytocine après l'accouchement.

2- rétention placentaire

- complète : une Incarcération ou un enchatonnement
- partielle : un ou plusieurs cotylédons

3- **anomalies de la placentation** : accreta, percreta insertion au niveau du segment inférieur (Placenta Prævia) ou une insertion au niveau d'une cloison d'un utérus mal formé.

4- Les fautes techniques:

- * Traction sur le cordon
- * Expression utérine avant le décollement placentaire

5-les anomalies de la coagulation :qui peuvent êtres :

- Congénitales:
 - La maladie de willebrand
- acquises : - la mort in utero
 - la toxémie
 - l'embolie amniotique et l'hématome rétro placentaire.

6- Clinique

1. Signes fonctionnels

Il s'agit d'une hémorragie externe brutale et abondante survenant après l'accouchement et dans les 24H qui suivent ; Elle est indolore, faite de sang rouge avec de nombreux caillots. Elle représente le signe d'alarme. Son volume doit être apprécié de façon exacte.

2. Signes généraux

- Ils reflètent la tolérance maternelle à la spoliation sanguine et dépendent de l'état hémodynamique préalable ainsi que de l'importance de l'hémorragie.

On observe toute une gamme de signes cliniques depuis l'intolérance maternelle simple jusqu'au choc hémorragique avec:

- la pression artérielle effondrée
- le pouls accéléré
- la pâleur cutanée associée à :
 - des sueurs
 - une sensation de soif intense
 - et une angoisse.

3-Examen clinique :

- Avant l'expulsion du placenta:

Il existe une rétention totale du placenta avec un utérus mou, dépourvu de toute activité contractile et perçu très largement au-dessus de l'ombilic. La remontée du corps utérin provoque une ascension du cordon ombilical, ce qui signe l'absence de clivage placentaire.

- Après l'expulsion du placenta :

Il s'agit du tableau d'inertie utérine: utérus est mou, peu contractile, avec un fond utérin nettement au-dessus de l'ombilic.

- Éliminer un traumatisme de la voie génitale

6- Le traitement

I. Traitement curatif

A. Le traitement médical

1-Moyens médicamenteux

- L'OCYTOCINE ou SYNTOCINON On utilise 10 unités de SYNTOCINON dans 500 ml de glucose à 05 % avec un temps de passage de 30 minutes.
- Le METHERGIN ou Méthylergométrine dosé à 0,2 mg injectable en intraveineuse ou en intramusculaire
- Les ANALOGUES DES PROSTAGLANDINES E2 OU SULPROSTONE (NALADOR). une ampoule de 0,5 mg dans 500 ml de glucose à 05 % en 30 minutes

2-La réanimation

- la pose d'une deuxième voie d'abord de bon calibre, éventuellement une voie centrale qui permettra de mesurer la pression veineuse centrale et de contrôler le remplissage ;
- la surveillance cardiovasculaire par un monitoring tensionnel et cardiaque, un saturomètre, une sonde urinaire à demeure ;
- un bilan en urgence : hémostase complète TP, TCA, fibrinogène et une NFS .
- l'oxygénation de la patiente et la mise en position de Trendelenburg ;
- le remplissage vasculaire par cristalloïdes, dans le but de maintenir une diurèse de 30 mL/h
- Il convient d'apporter des facteurs de la coagulation (plasma frais congelé), du fibrinogène ou des concentrés plaquettaires dans les cas de coagulopathies et de transfusions massives de culots globulaires

3- traitement obstétrical :

1- révision utérine et du col :

C'est le premier geste à réaliser systématiquement dans des conditions d'asepsie
La révision utérine est précédée d'une délivrance artificielle si le placenta n'est pas encore expulsé. Elle permet de :

- vider les caillots intra-utérins
 - de contrôler la vacuité utérine
 - d'éliminer la rupture utérine un placenta accreta
 - et éventuellement de pratiquer un massage bimanuel dans l'attente de l'action des ocytociques.
- 2- **La sonde de gonflable intra utérine** : assure une compression et une hémostase mécanique.

4-Le traitement radiologique : embolisation artérielle: C'est une technique conservatrice de radiologie interventionnelle, peu invasive, qui consiste à monter un cathéter fémoral de façon sélective au niveau des artères iliaques internes et utérines.

B. TRAITEMENT CHIRURGICAL

A. Traitements conservateurs

1-Traction sur le col:

2-Ligatures vasculaires : Ligature bilatérale des artères utérines ou les artères

hypogastriques

B. Traitement radical

- *hystérectomie d'hémostase* : C'est la dernière alternative

II -Le traitement préventif

- La prévention repose sur la prise en compte des facteurs de risque et des étiologies, et sur la surveillance de la délivrance.
- La prévention de l'atonie utérine par une délivrance dirigée qui correspond classiquement à l'injection de 5 UI de Syntocinon en intraveineuse directe au dégagement de l'épaule antérieure du nouveau-né.