

LA DÉLIVRANCE NORMALE ET PATHOLOGIQUE

I) Définition :

La délivrance normale est l'expulsion du placenta et des membranes hors des voies génitales maternelles.

Elle représente le **troisième et dernier temps de l'accouchement** et s'étend du moment qui suit l'expulsion du fœtus jusqu'à la 2^{ème} heure suivant la naissance.

C'est la période la plus dangereuse pour la mère. Il y a un risque d'hémorragie grave mettant en jeu le pronostic vital. +++

✓ Les différents types de la délivrance :

- **Délivrance normale spontanée** : expulsion sous le simple effet de la gravité, des contractions musculaires réflexes du périnée et des efforts maternels (pas d'aide externe).
- **Délivrance normale naturelle** : extraction du placenta ayant migré par manœuvre externe simple d'une tierce personne.
- **Délivrance dirigée** : sous Syntocinon.
- **Délivrance artificielle** : délivrance manuelle.

II) Physiologie de la délivrance :

Elle est réglée par la **dynamique utérine++**, trois phases :

1) Phase de décollement placentaire :

Se fait sous la dépendance de la rétraction utérine qui le prépare puis la contraction utérine qui le provoque.

Rétraction utérine :

- Phénomène passif et permanent, caractérisé par la diminution du volume utérin après l'expulsion du fœtus

Contraction utérine :

- Phénomène actif, après une phase de repos physiologique qui dure **10 à 20mn** après l'expulsion du fœtus, les contractions utérines augmentent d'intensité et provoquent le clivage de la caduque qui ouvre le sinus veineux et forme un hématome rétro placentaire (HRP) physiologique.

2) Migration placentaire et expulsion :

L'expulsion du placenta se fait sous l'influence :

- ❑ Contractions utérines.
- ❑ Son propre poids.

En pratique, elle est généralement aidée par l'accoucheur ; Se fait selon 2 modes:

✓ Mode Baudelocque :

- Le placenta se présentera à la vulve la face fœtale première.
- Ce mode intéresse le placenta normalement inséré.
- Mode fréquent moins hémorragique.

✓ Mode de Duncan :

- Le placenta se présentera à la vulve face maternelle première,
- ce mode intéresse le placenta prævia (bas inséré)
- il est hémorragique (il favorise les complications de la délivrance) +++

3) Phase d'hémostase

N'est possible que si l'**utérus est vide**, et se fait sous la dépendance de :

- ❑ La rétraction utérine.
- ❑ Thrombose vasculaire physiologique.

III) Etude clinique :

a. 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, toute manœuvre intempestive durant cette période risque de provoquer une complication, cependant il faut :

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

b. Décollement placentaire :

Signes annonciateurs :

- ❑ Perception de la reprise des contractions utérines
- ❑ Petit filet sanguin à la vulve

- ❑ Allongement de la portion extériorisée du cordon

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.

c. 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, l'abaisse progressivement, l'autre main saisit le cordon et lui imprime une légère tension pour orienter la sortie du placenta.
 - ❑ Une fois le placenta apparaît à la vulve, la main abdominale est replacée 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 favoriser la rétraction.
- ✓ **Ce qu'il ne faut pas faire** :
- Traction non contrôlée sur le cordon car elle peut provoquer une 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.

✓ Remarques :

Après 30 minutes, si absence de décollement : une délivrance artificielle doit être réalisée+++ , Si apparition d'une hémorragie importante avant le décollement ou l'expulsion du placenta : délivrance artificielle

d. Délivrance artificielle :

C'est le décollement manuel du placenta pour l'entraîner ensuite à l'extérieur de l'utérus et de la cavité vaginale, doit toujours être suivie par une révision utérine .

e. 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

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 : FDR d'HPP.

IV) La surveillance :

La surveillance est rigoureuse : toutes les 15 min en salle de travail pendant 2 heures qui suivent l'accouchement :

La surveillance comprend :

- ❑ Au niveau général : les constantes (pouls, pression artérielle) ; coloration cutané-muqueuse, l'état de conscience, la douleur, le globe vésical
- ❑ Au niveau obstétrical : la consistance et la sensibilité utérine, la quantité et la nature des saignements, l'examen du périnée
- ❑ Les thérapeutiques.

V) La délivrance pathologique :

La délivrance pathologique recouvre trois entités cliniques :

- ❑ Les rétentions placentaires complètes ou partielles ;
- ❑ Les hémorragies de la délivrance ou du postpartum,
- ❑ L'inversion utérine,

A. Rétention placentaire :

Elle résulte souvent de plusieurs circonstances :

- Troubles de la dynamique utérine (atonie ou hypertonie utérine).
- Anomalie de la caduque : cicatrice, lésion d'endométrite, malformation
- Anomalie du placenta (forme, insertion ou implantation : placenta accreta)

1. Types de rétention placentaire :

✓ **Partielle :**

Un ou plusieurs cotylédons peuvent rester accrochés au niveau de la paroi utérine, leur présence empêche une bonne rétraction et peut entraîner :

- ▣ Hémorragies immédiates ou tardives. => révision utérine
- ▣ Infection endo-utérine ultérieurement.

✓ **Totale :**

Rétention complète si la délivrance ne se fait pas au-delà de 30 min après l'accouchement, soit Placenta non décollé (pas d'hémorragie) ou partiellement décollé (hémorragie++) => délivrance artificielle

B. Hémorragies du post partum

1. Définition :

Apparition d'une **hémorragie** dans les **24h** suivant un **accouchement (voie basse ou césarienne)** avec une **perte de sang estimée > 500mL**.

Urgence vitale +++++++.

Sévère si > 1000ml.

1^{ère} cause de décès maternel dans le monde.

5%-10% des accouchements.

Complication grave souvent imprévisible même après identification des FDR.

2. Facteurs de risques +++ :

- ATCD d'hémorragie de la délivrance.
- Travail prolongé.
- Placenta prævia.
- Utérus cicatriciel.
- Fibromes.
- Macrosomie.
- Hydramnios.
- Grossesse multiple.
- Grande multiparité.
- Hyperthermie.
- Prééclampsie.

3. Etiologies :

– Causes utérines (90%) :

- Atonie utérine
- Rétention placentaire
- Anomalies de la placentation : accreta, percreta
- Rupture utérine
- Inversion utérine

– Lésions génitales traumatiques : col, vagin, périnée

– Hématomes pelviens

– Troubles de la coagulation :

- **Constitutionnelles** : hémostasie primaire, coagulation.
- **Acquises** : Syndromes Réno-Vasculaires, HRP, infection, Mort *In Utero*, embolie amniotique.

4. Diagnostic positif :

- Diagnostic évident si hémorragie extériorisée.
- État général altéré : **état de choc** ;
- Examen obstétrical : **Utérus mal involué, mou et dépasse l'ombilic**, saignement extériorisé (le plus souvent).
- Échographie pelvienne (épanchement, hématome...).
- Biologie : NFS (anémie), TP, TCK, fibrinogène, D-dimères, PDF.

5. Conduite à tenir :

- PEC pluridisciplinaire (réanimateur-anesthésiste, obstétriciens, sage-femme, infirmier, radiologue interventionnel).
- **Rapidité du traitement +++++.**
- Mesures de réanimation.
- Prise en charge obstétricale visant à :
 - ❑ Assurer la vacuité utérine et l'intégrité de la filière génitale.
 - ❑ Assurer une bonne contraction utérine.

A. Mesures de réanimation :

- ❑ MEP de 2 voies veineuses périphériques efficaces.

- Oxygénothérapie.
- Position Trendelenburg.
- Sondage vésicale.
- Bilan d'urgence.
- Commande de sang iso-groupe iso-rhésus (CG/PFC).
- Remplissage par des macromolécules en attendant la transfusion.
- Monitoring cardio-tensionnel.
- Réanimation médicale continue+++++.

B. Prise en charge obstétricale :

1. Délivrance artificielle +++.
2. révision utérine.
3. vérifier la rétraction utérine.
4. administration d'ocytocine+ ATB.
5. vérifier l'absence de lésions traumatiques cervicale et vulvo-vaginale par un examen sous valves +++.

C. Traitement étiologique :

✓ Inertie utérine :

- ❑ Massage utérin + Ocytocine
- ❑ Si échec : perfusion de prostaglandines
- ❑ Si échec des prostaglandines : tamponnement par Sonde de BAKRI
- ❑ Si échec : radiologie interventionnelle : embolisation des artères utérines
- ❑ Chirurgie :
 - Conservatrice (ex : ligature des artères hypogastriques).
 - Radicale (hystérectomie d'hémostase).

✓ Rupture utérine : réparation chirurgicale si possible si non hystérectomie

✓ Déchirures génitales : suture chirurgicale

✓ Troubles de la coagulation : facteurs de coagulation, culot globulaire ou sang total, PFC,

C. Inversion utérine.

VI) Prévention de l'HPP

- respectant la physiologie de la délivrance : Pas de traction sur le cordon.
- Délivrance artificielle si pas de délivrance spontanée après 30mn.
- Examen du délivre traitement préventif de l'inertie utérine (délivrance dirigée 5 UI de syntocinon en IVD après dégagement de l'épaule antérieure et 10 UI de synto dans 500ml SG%/heure pdt 2H).
- **Surveillance de toute accouchée 2h en salle de travail puis en unité des suites de couches jusqu'à 24H après l'accouchement.**
- Mise au sein précoce.
- Suture rapide de l'épisiotomie.
- Traitement martial en antépartum systématique.
- Identification des parturientes à risque avant l'admission en salle de travail+++.