

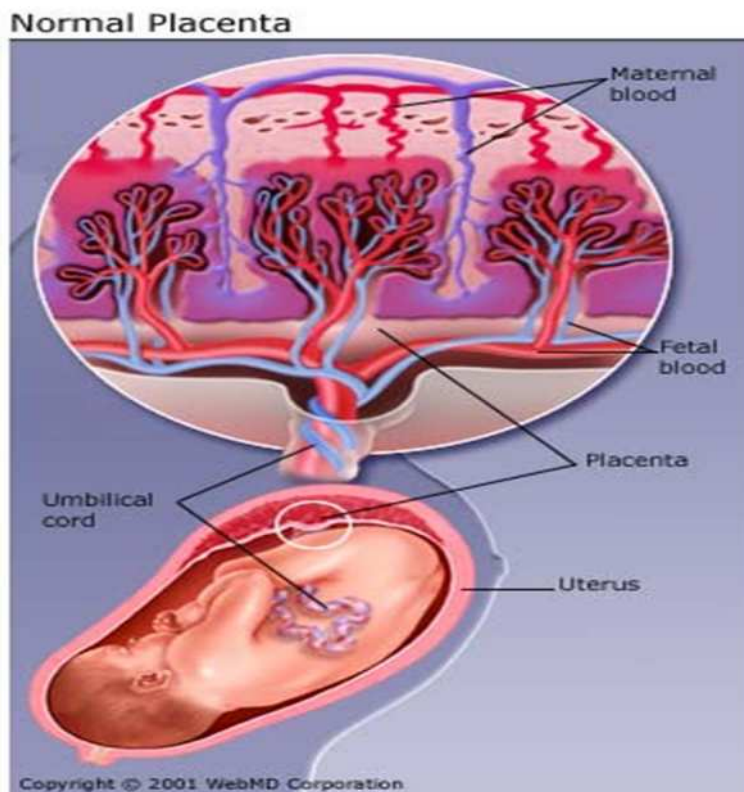
DELIVRANCE NORMALE ET PATHOLOGIQUE

Plan du cours :

- I. Rappel et defenition
- II. Delivrance normale
 - A. Mecanisme physiologique : -phase decollement placentaire
-phase de migration et expulsion
-phase de retraction uterine
 - B. Etude et CAT : - surveillance et CAT pendant la delivrance
-examen du delivre
-Contrôle d'une bonne retraction uterine
- III. Delivrance pathologique :
 - A. Facteurs etiologiques :
 - B. Complications de la delivrance
 - Retention placentaire non hemorragique
 - Hemorragie de la delivrance
 - Inversion uterine
- IV. Prevention
- V. conclusion

I RAPPEL ET DEFINITIONS

Le placenta est un organe permettant les échanges sanguins et nutritionnels entre le fœtus et sa mère au cours de la grossesse. Il fait partie des annexes embryo-fœtales, qui sont composées du cordon ombilical, du placenta, des membranes amniotiques enveloppant le sac amniotique occupé pas le liquide amniotique et l'embryon puis le fœtus.



Objectifs:

- Connaître les différentes phases de LA délivrance
- Connaître les facteurs favorisant des complications
- Savoir PEC une complication de la délivrance.
- définir la gatpa

I/ Définition :

- La délivrance est l'expulsion des annexes fœtales hors des voies génitales
- on distingue :

La délivrance normale spontanée : sans aucune intervention.ensuite

- La Délivrance normale naturelle : intervention au moment l'expulsion du délivre.
- La Délivrance dirigée : injection d'ocytocique pour aider le décollement et l'expulsion du délivre.
- La Délivrance artificielle : intervention manuelle pour décoller et extraire le délivre.

la délivrance est la 3eme étape du travail.

Etape critique avec une surveillance particulière :

lourde mortalité maternelle.

Morbidité non négligeable

Décès par hémorragie de la délivrance, 1ere cause de mortalité maternelle dans notre pays et dans le monde.

II/ DELIVRANCE NORMALE :

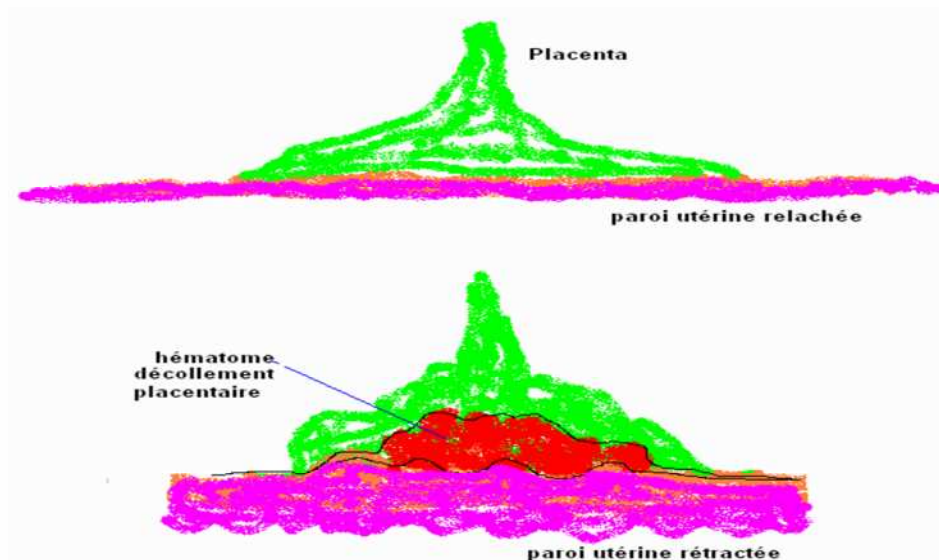
A/ Mécanisme physiologique : 3 phases :

- 1 – phase de décollement placentaire.
- 2 – phase de migration et expulsion.
- 3 – phase de rétraction utérine.

Après l'expulsion du fœtus, repos physiologique maximum 30mn puis

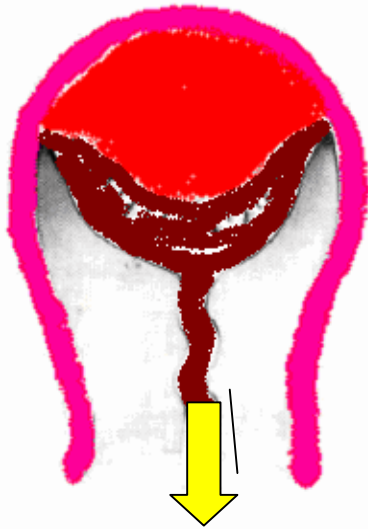
1) phase de décollement placentaire :

- dure en moyenne 10 a 15 min
- préparé par la rétraction utérine et provoquée par les CU.



2 – phase de migration et d'expulsion :

- placenta migre vers le segment inférieur refoulant le corps utérin vers le haut, sous l'influence : des contractions utérines, de son propre poids, de l'HRP.(1.2 ml)
- Le placenta décolle migre à travers le col vers le vagin pour être expulsé à la vulve.
- L'expulsion du placenta peut se faire :
 - par mode Baudelocque (si placenta au fond utérin. On va voir la face maternelle après l'expulsion (charnue))
 - Mode Duncan (quand le placenta est marginal il glisse sans s'inverser, on va voir à sa sortie la face fœtale)



mode Baudelocque



mode Duncan

3 – phase de rétraction utérine :

- rétraction utérine le globe utérin de sécurité (la bonne hémostase)
- au niveau de la zone d'insertion placentaire, l'obturation des vaisseaux assurant l'hémostase : c'est la « ligature vivante de PINARD ».

B/ étude clinique et CAT :

1 – surveillance :

- délivrance : phase la + dangereuse pour la mère.
- Impose une surveillance : avant pendant et après l'expulsion du délivre (2h en salle de travail) :
 - Etat général (pouls, tension, conscience, conjonctive)
 - écoulement vulvaire (sang);
 - globe de sécurité.
- Phase de rémission clinique :
 - durée : 10 a 15 min , max 30 min
 - femme calme ne ressentant pas des CU
 - utérus rétracté jusqu'à l'ombilic.
 - Saignement s'arrête momentanément.
- signes de décollement :
 - apparition d'un petit filet sanguin a la vulve
 - allongement de la portion extériorisée du cordon.
 - Ascension du fond utérin en sus ombilical.
- extraction du placenta et des membranes :
 - 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.

2 – examen du délivre

S'assure que la délivrance est complète, 2 faces :

- face fœtale :
 - insertion du cordon, habituellement centrale
 - composition du cordon (2 artères et 1 veine).
 - Face maternelle :
 - cotylédons : rouge vifs, brillants, lisses réguliers
 - intégralité du délivre (cotylédons manquants)
 - Il faut examiner le sac ovulaire (mb)
- Si doute sur l'intégrité du placenta et des membranes , faire une révision utérine.

3- contrôle d'une bonne rétraction : Garantie par :

- Globe utérin de sécurité.
- Fond utérin au dessus de l'ombilic
- Expression : absence d'issue de caillots ou de sang
- Arrêt de saignement par la vulve.

III/ DELIVRANCE PATHOLOGIQUE :

Recouvre 3 entités cliniques :

- 1 – RETENTIONS PLACENTAIRES
- 2 – HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE.
- 3 – INVERSION UTERINE, DEVENUE EXCEPTIONNELLE.

A – facteurs étiologiques :

1) inertie utérine : Favorisée par :

- épuisement musculaire (travail prolongé)
- surdistention utérine
- âge maternel avancé
- utérus myomateux ou malformé.
- Causes médicamenteuses (bêta mimétiques, arrêt précoce d'ocytociques, anesthésie générale).

2) altération de la muqueuse utérine : d'origine :

- infectieuse (chorio-amnionite)
- cicatricielle : curetages, césarienne, intervention gynécologique.

3) anomalies placentaires : anomalies de :

- taille : GG, macrosomie
- de forme : cotylédons accessoires (déchirent facilement)
- d'insertion : PP , placenta accreta increta ou percreta Æ hémorragies cataclysmiques.

NB : *Accreta* : le placenta dépasse le myometre de qlq mm,

Increta : le placenta dépasse le myometre de moitié.

Percreta : sort en dehors de l'utérus

4) anomalies de coagulation préexistante induite par la grossesse :

- o maladie de Von Willebrand
- o purpura thrombopenique idiopathique.

- o formes sévères de l'HTA gravidique.
- o Hellp syndrome .hémorragie.CIVD
- o Stéatose hépatique aigue gravidique (insuffisance hépatocellulaire et CIVD)
- o Iatrogène : AAP (aspirine), AVK, Heparino tt.

5) fautes techniques :

tentative de délivrance sur placenta non décolle (traction sur le cordon, expression utérine)

lésions cervico-vaginales ou utérines : extraction instrumentale laborieuse.

Ces facteurs sont assez souvent intriqués.

B. complications de la délivrance :

1. rétention placentaire non hémorragique :

* Définition :

Rétention complète : retard de la délivrance > 30 min après la naissance

Rétention partielle : persistance dans l'utérus de fragments membranaires ou placentaires. Le diagnostic repose sur l'examen immédiat du délivre.

* Risques :

Inertie utérine

Hémorragie de la délivrance

Secondairement : endométrite du post-partum

* CAT :

Délivrance artificielle : faire sortir le placenta à la main.



2. hémorragie de la délivrance:

* Définition :

- perte sanguine de plus de 500 ml survenant dans les 24h suivant la naissance ayant pour origine l'aire d'insertion du placenta (risque majeur surtout pendant les deux premières heures)
 - modérée : saignement compris entre 500 et 1000 ml
 - sévère : si supérieure à 1000 ml

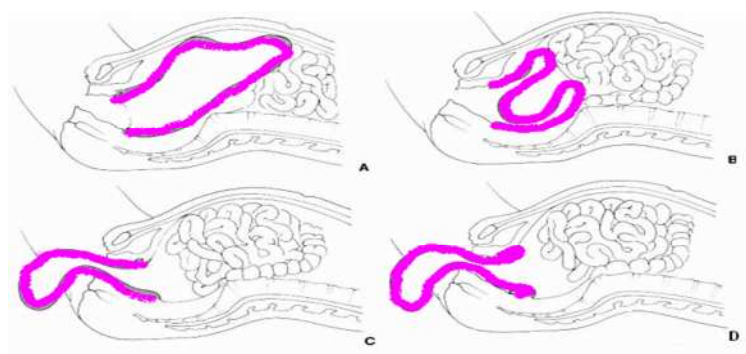
o Dc clinique :

- avant l'expulsion du placenta : présence d'un saignement plus ou moins abondant avec des caillots.

- Après expulsion du placenta :
 - Saignement continu
 - Modification des constantes : poids, TA (pincée puis baisse), conjonctive ... choc lorsque la TA est < 70 mmHg de systolique. (insuffisante pour une filtration glomérulaire correcte)
 - Absence de globe utérin de sécurité
- o Fréquence : 0,4 à 10 % des accouchements BONI
- o Gravité :
 - mortalité : 1^{ère} cause de mortalité maternelle ABIDJAN COCODY
 - morbidité : lourde
 - séjour en réanimation prolongé
 - conséquences sur le rein : IR, voir dialyse ...
 - accidents transfusionnels : HVB, HVC, HIV ...
- o CAT :
- moyens thérapeutiques :
 - o moyens obstétricaux :
 - délivrance artificielle
 - révision utérine
 - massage utérin
 - traction sur le col
 - o moyens médicaux :
 - ocytociques (synthocinon*) : il provoque des contractions utérines (disparaissent régulièrement)
 - utérotoniques dérivés de l'ergot de seigle (méthérgin) : provoquent des contracture (sans relachement) sont contre-indiqués au cours du travail. Le méthérgin expose au risque de spasme coronarien.
 - Prostaglandines
 - o Moyens chirurgicaux :
 - Réparation chirurgicale
 - Lésions des voies génitales hautes (rupture utérine)
 - Lésions des voies génitales basses (col, vagin, périnée)
 - Hystérectomie (en cas de nécessité)
 - LIGATURE OU Embolisation des artères hypogastriques.

3. inversion utérine : exceptionnelle

- * Définition : retournement de l'utérus en doigt de gant avec invagination \pm complète du fond utérin.



- Facteurs favorisants :
 - Hypotonie de l'utérus (multiparité, surdistension)
 - Erreurs techniques (traction/le cordon, expression inadéquate du fond utérin)
- Risque :
 - Hémorragie cataclysmique
 - Infection
 - Nécrose de l'utérus
- * CAT :
 - Dc précoce , réduction (en repoussant le fond utérin au cours de la révision utérine, sous anesthésie générale)
 - Quand le Dc est tardif , hystérectomie

IV. PREVENTION :

respect du déroulement physiologique de la délivrance :

- Eviter toute manœuvre intempésive : expression utérine et/ou traction sur le cordon, avant certitude du décollement placentaire.
- Arrêt d'une perfusion de synto déjà en place.

la GATPA+++++ –gestion active de la troisième période de l'accouchement OMS

Trois étapes :

- (1) l'administration d'un médicament qui contracte l'utérus (utérotonique),
- (2) l'application d'une traction contrôlée du cordon TTC avec contre-traction sur l'utérus, et
- (3) massage du fond utérin à travers l'abdomen.

* délivrance dirigée :

définition : c'est une direction pharmacologique par injection prophylactique d'ocytociques au cours de la phase de délivrance

quand faut-il diriger la délivrance :

- en cas de risque hémorragique
 - surdistension utérine
 - macrosomie
 - GG
 - Hydramnios
 - Epuisement maternel (travail prolongé)
 - Travail rapide (atonie utérine)
 - Anomalies utérines (fibrome, utérus malformé ...)
 - HRP, MFIU (au cours d'une HTA gravidique)
 - Infection intra utérine (après RPM)
 - Anomalies d'insertion placentaire

NB : mais de préférence, diriger la délivrance pour toutes les femmes.

Conclusion :

- la délivrance est une étape cruciale de l'accouchement
- étape où il y a un maximum de complication (exprimé surtout par l'hémorragie de la délivrance)
- cause de mortalité importante.

