



Délivrance normale et pathologique

Dr Kerrache
Maitre assistante en
Gynécologie-Obstetrique

PLAN



Définition

Les 3 phases de la délivrance

La surveillance clinique de la parturiente pdt la délivrance

Les différents types de délivrance

L'examen clinique du placenta

La surveillance clinique du post-partum immédiat

La délivrance



- ce que l'on souhaite



ce que l'on évite



Définition

- C'est la période la plus dangereuse pour la mère:
 - **1^{ère} cause de mortalité maternelle** en France et dans le monde : 7,5/100000 naissances vivantes
 - risque d'hémorragie



- Problème de santé publique
- 20% de prise en charge non optimale: 1^{er} cause de mortalité évitable
- Etape critique /surveillance particulière

Objectifs:



- connaître les différentes phases de délivrance
- connaître les facteurs favorisant des complications
- savoir PEC une complication de la délivrance.

A. LA DELIVRANCE NORMALE

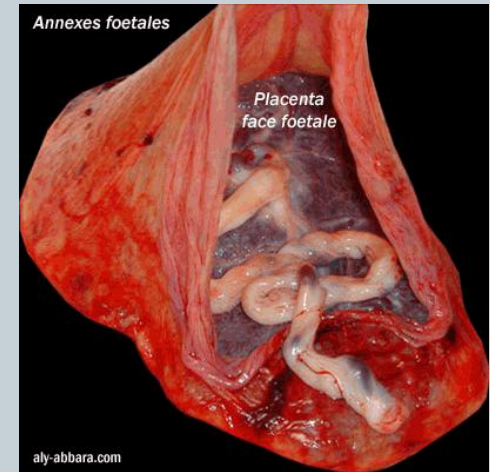


Définition



- ❑ = l'expulsion hors des voies génitales des annexes fœtales initialement accolées à l'utérus.

placenta



- ❑ Délai d'environ 30 min après la naissance
- ❑ Mécanisme physiologique
- ❑ La troisième étape du travail qui se décompose en trois phases
 - le décollement du placenta
 - la migration et l'expulsion
 - la rétraction utérine

Mécanisme physiologie



Les 3 phases :

1. DÉCOLLEMENT PLACENTAIRE

La rétraction utérine

La contraction utérine

L'hématome rétroplacentaire

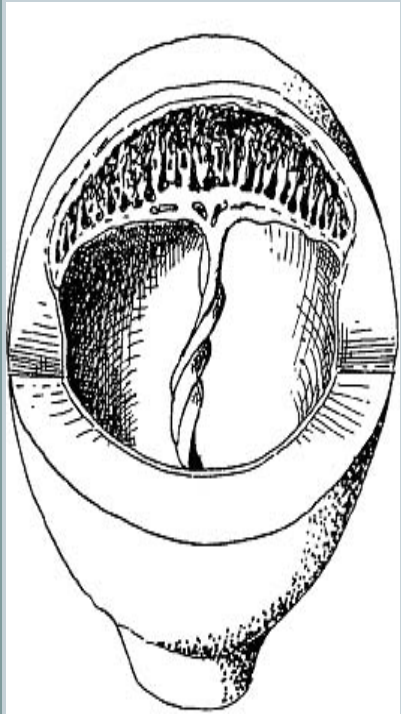
1. MIGRATION ET EXPULSION DU PLACENTA

mode Baudelocque / mode Duncan

2. RÉTRACTION UTÉRINE

assure l'hémostase

1ere phase : le DÉCOLLEMENT PLACENTAIRE



❑ La rétraction utérine

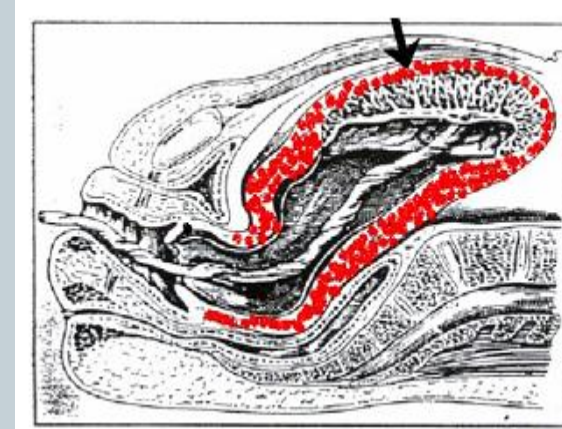
- Phénomène passif « repos physiologique »
- Epaissement des parois utérines
- Enchatonnement du placenta

❑ La contraction utérine

- Décollements par endroits

❑ La constitution d'un hématome rétroplacentaire physiologique

- Clivage entre la caduque utérine et la couche profonde

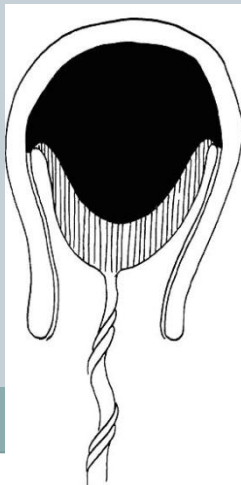


2^{ième} phase : MIGRATION ET EXPULSION DU PLACENTA

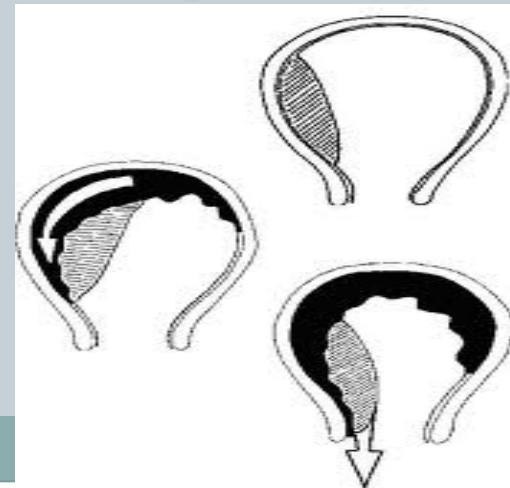
Migration du placenta dans le segment inférieur, col, vagin et la vulve soulevant le corps utérin (l'ascension)

- Facteurs de migration : contractions utérines + poids du placenta majoré par le sang.
- Expulsion du placenta selon 2 modes

mode Baudelocque : fréquent
placenta fundique ou haut situé
face fœtale la première



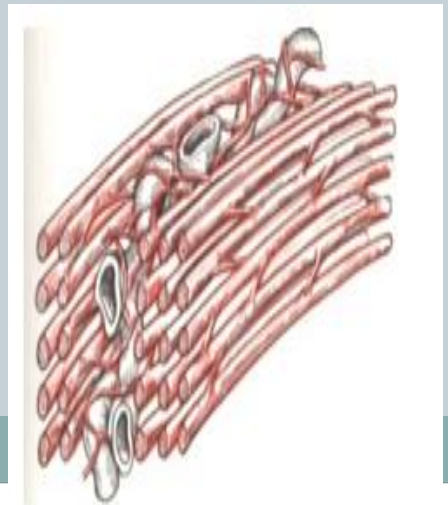
mode Duncan : plus rare, favorise les complications
placenta bas inséré.
face maternelle la première



3^{ième} phase : la RÉTRACTION UTÉRINE



- Elle intéresse la plaie placentaire dont elle assure l'hémostase
 - la contraction des fibres musculaires obture les vaisseaux
 - la thrombose facilité par les facteurs de coagulation (augmentés en fin de grossesse) + la libération de thromboplastine placentaire
- Ce phénomène n'est possible qu'en cas de vacuité totale de la cavité utérine.



LA SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA DÉLIVRANCE

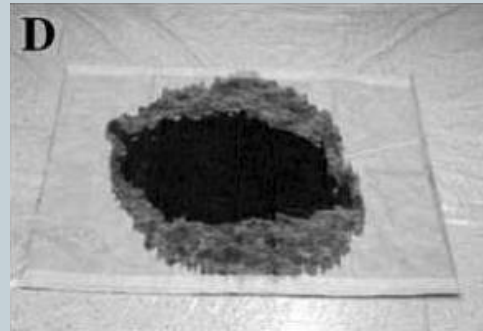
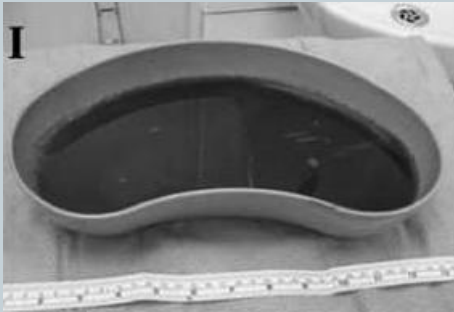


SURVEILLANCE PENDANT LA PÉRIODE DE RÉMISSION CLINIQUE

- Attitude de la parturiente : calme, ne ressentant pas de contractions utérines.
- L'utérus est rétracté, aux alentours de l'ombilic (2-3 cm sous l'ombilic).
- Cette période 10 à 15 minutes

- la surveillance de cette phase est centrée sur :
 - l'analyse des paramètres vitaux (pouls ,TA, conscience, coloration...)
 - l'estimation utérin
 - la visualisation de l'écoulement vulvaire
 - l'évaluation objective de la déperdition sanguine

LA SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA DÉLIVRANCE



LA SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA DÉLIVRANCE



30ml

60ml

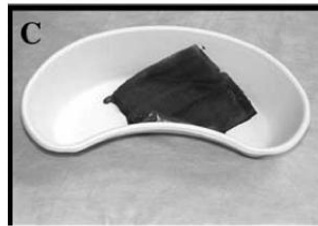
100ml

250ml

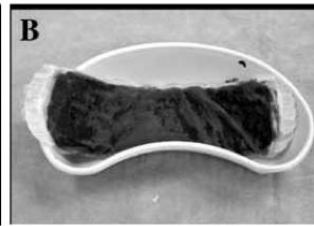
500ml



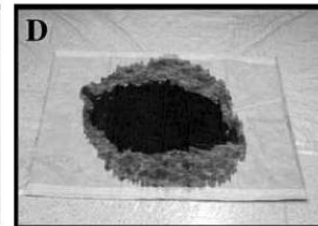
Serviette souillée



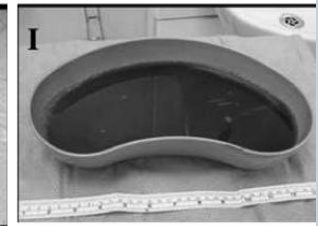
Compresse imbibée



Serviette imbibée



Absorbex souillé



Haricot rempli

Difficultés évaluation visuelle des pertes sanguines

1000ml

2000ml



LA SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA DÉLIVRANCE

- **Attention à la sous estimation visuelle**
 - recommandé d'utiliser un sac de recueil sous fessier gradué.
- **Intérêt :**
 - Quantification plus objective des pertes
 - Rapidité
 - Simplicité
 - Innocuité
 - Faible cout

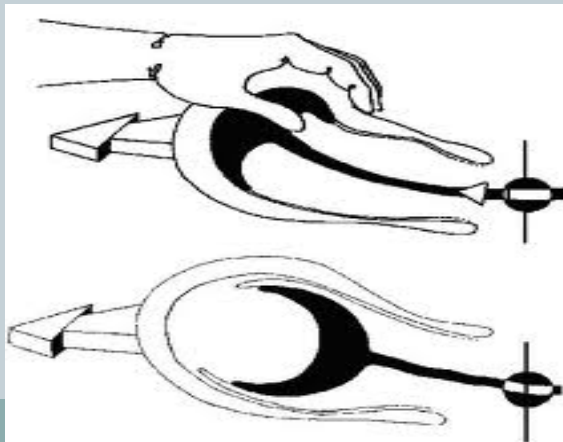


LA SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA DÉLIVRANCE



SURVEILLANCE DES SIGNES ANNONCIATEURS DU DÉCOLLEMENT

- Les signes annonciateurs sont :
 - la reprise des contractions utérines
 - l'apparition d'un petit filet sanguin à la vulve et l'allongement du cordon extériorisé
 - l'ascension du fond utérin en sus-ombilical (à l'examen 3-4 cm au-dessus de l'ombilic)
- La certitude d'un décollement placentaire : la manœuvre du refoulement utérin ou toucher vaginal



LA SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA DÉLIVRANCE



EXPULSION DU PLACENTA

Signes cliniques

- le fond utérin redescend sous l'ombilic
- la présence du placenta dans le vagin
- déclenche le besoin de pousser chez la patiente non analgésiée
- l'extériorisation de l'hématome rétroplacentaire

Technique

- efforts expulsifs de la patiente
- empaumer le fond utérin + une traction douce du cordon.
- Le décollement des membranes:
 - déplissement du segment inférieur
 - mouvement de rotation et expulsion terminale des membranes avec pince de Kocher.
- L'expulsion peut se faire selon les deux modes



LA SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA DÉLIVRANCE



CONTRÔLE DE LA RÉTRACTION UTÉRINE

Le placenta évacué, il faut :

- réévaluer l'état général de la patiente
- présence du « globe utérin de sécurité », c'est-à-dire un utérus tonique et sous-ombilical,
- exprimer régulièrement l'utérus afin d'évacuer les caillots,
- vérifier l'absence de saignements vulvaires

La déperdition sanguine se situe aux alentours de 300 ml.
(Sac de recueil+++)

On parlera d'hémorragie à partir de 500 ml.

LES DIFFÉRENTS TYPES DE DÉLIVRANCE



- La délivrance spontanée
 - Évacuation spontanée du placenta en position verticale
- La délivrance naturelle
 - Toute délivrance qui n'est pas spontanée, ou dirigée par des moyens médicamenteux
- La délivrance dirigée
 - Direction pharmacologique avec un utérotonique
 - But : raccourcir la période de la délivrance, en limitant ainsi les pertes sanguines
- La délivrance artificielle
 - ELLE CONSISTE EN L'EXTRACTION MANUELLE DU PLACENTA HORS DE L'UTÉRUS.
 - SES 2 INDICATIONS SONT : UNE HÉMORRAGIE DE LA DÉLIVRANCE ET LE NON-DÉCOLLEMENT PLACENTAIRE AU-DELÀ DE 30 MINUTES, APRÈS L'ACCOUCHEMENT.



❑ Intérêt pour la mère et le nouveau-né:

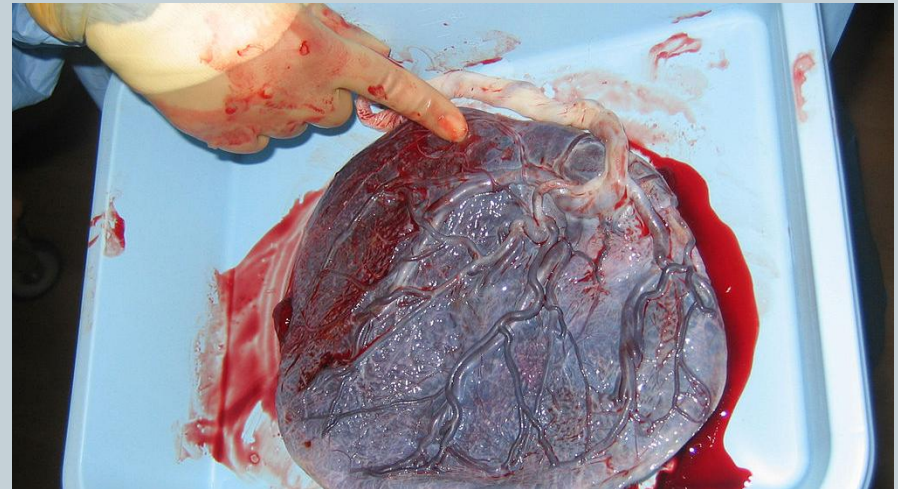
- Diagnostic
- Pronostic
- Valeur médico-légale

❑ Examen méthodique

- réalisé sur un plan dur
- sous un bon éclairage
- de façon stéril

❑ Vérifier sur le placenta

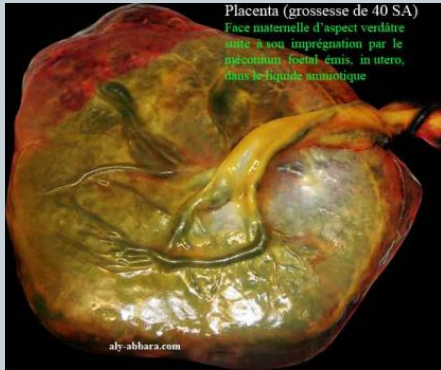
- Son intégrité
- Sa maturation
- Sa couleur
- Son poids
- Ses examens complémentaires



Quelques anomalies



Couleur et odeur du placenta



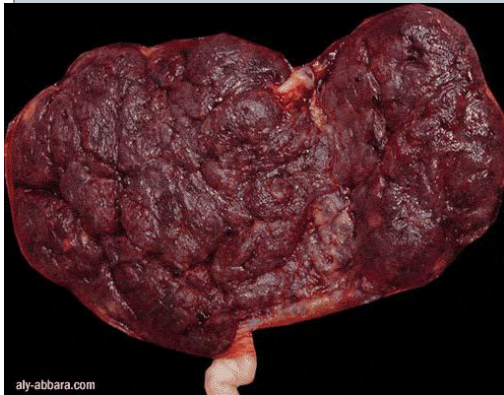
Les cotylédons aberrants et les lobes aberrants



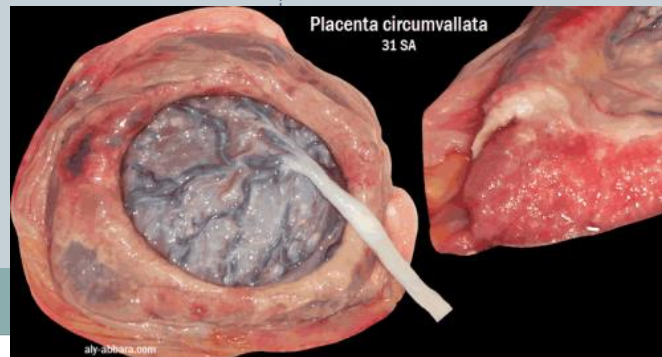
Insertion du cordon en raquette



- Le placenta bi-lobé ou multi-lobé



Placenta circumvallata



Noeud du cordon



SURVEILLANCE DE L'ACCOUCHÉE



- Durée : toutes les 15 min pendant 2 heures
 - Retranscription dans le dossier obstétrical
 - La surveillance comprend:
 - Au niveau général: les constantes, la coloration, l'état de conscience, la douleur, le globe vésical
 - Au niveau obstétrical : l'involution, la consistance et la sensibilité utérine, la quantité et la nature des saignements, l'examen du périnée
- Les thérapeutiques

Conclusion



- Délivrance = une étape cruciale de l'accouchement

Merci de votre attention





Délivrance pathologique



Délivrance pathologique

- Les rétractions placentaires complètes ou partielles
- Les hémorragies de la délivrance
- L'inversion utérine

Conditions d'une délivrance



- Un muscle utérin contractile: contractilité et rétractilité
- Une caduque se clivant à la limite de ses 2 couches spongieuse et compact
- Un placenta normal dans sa forme ses dimensions et son insertion
- Une coagulation efficace
- Une attitude médicale qui respecte la
- physiologie

Facteurs Inertie utérine



- Epuisement musculaire
- Surdistention utérine
- Dégénérescence fibreuse du myomètre
- Diminution de la contractilité d'un utérus fibromateux ou malformé
- Interférence médicamenteuse étiologiques

Altération de la muqueuse



- inflammatoire
- Cicatricielle
- Elle favorise :
 - Un retard de la délivrance
 - Une adhérence plus intime du placenta:
placenta accreta, increta et percreta

Anomalies placentaires



- Taille
- Forme
- D'insertion



Normal Placenta



Partial Placenta Praevia

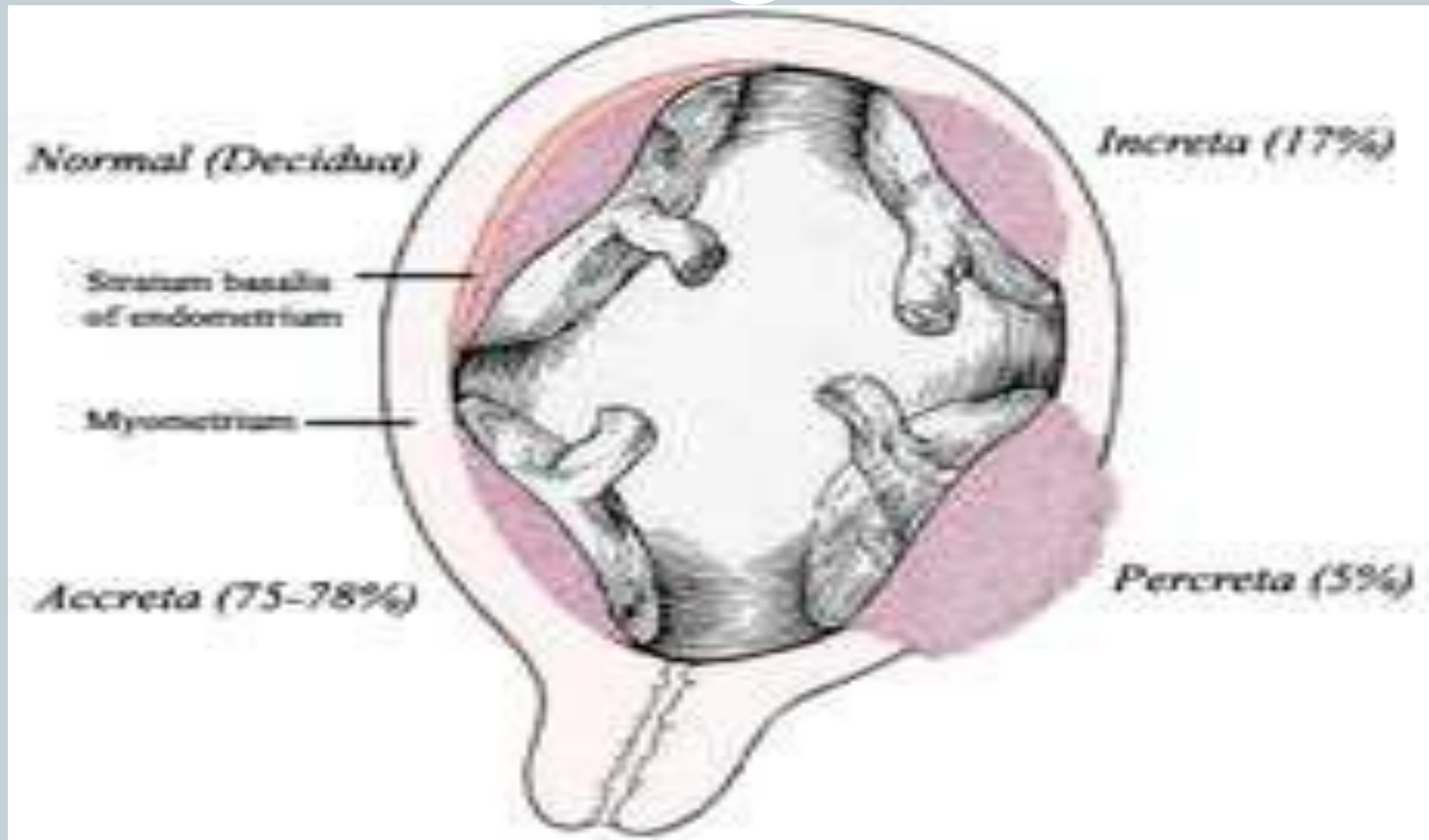


Total Placenta Praevia

Placenta Previa



Copyright © 2002 WebMD, Inc. All rights reserved.



Anomalies de la coagulation



- une path préexistante
- Une path induite pas la grossesse
- Trt: heparine de bas poids moléculaire, héparine standard , aspirine
- Une urgence imprévisible: CIVD de
- l'hématome retroplacentaire de l'embolie amniotique

Fautes techniques



- La tentative d'extraire prématurément un placenta encore décolle
- Les plaies cervico-vaginales ou utérines, en rapport avec une extraction instrumentales difficile



Rétention placentaire non hémorragique

Rétention placentaire non hémorragique



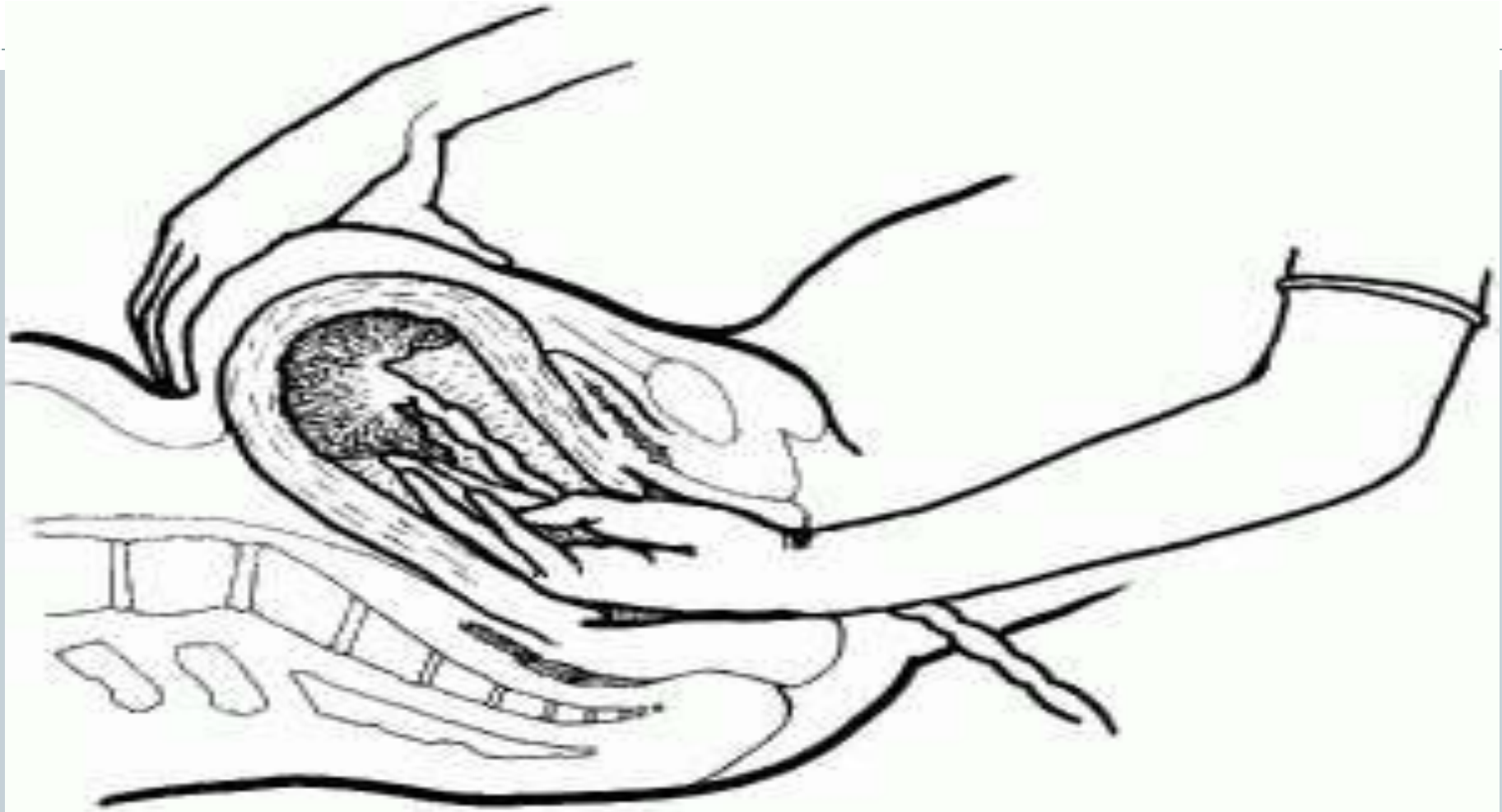
- La rétention partielle c'est une délivrance incomplète avec persistance dans l'utérus des fragments membranaires ou placentaires :
 - son Dc=> examen du délivré
 - Trt => la révision utérine
 - Méconnue: inertie utérine, complication hémorragique et endométrite du postpartum
- La rétention complète si la délivrance ne se fait
- pas au delà de 30 min après l'accouchement



TRAITEMENT



- Trt obstétrical: délivrance artificielle
- Trt medt: inj d'ocytocine dans la veine ombilicale 10 à 100 UI dans 10 à 30 cc ,
- 20 à 30 min après la naissance





Hémorragies de la délivrance



- C'est une hémorragie d'un volume sup a 500 cc survenant dans les 24h suivant la naissance
- Modérée si volume entre 500 et 1000cc
- Sévère si volume sup a 1000cc



Inversion utérine



- Exceptionnelle
- Fréquence: 1/1000000
- Spontanée
- Intervention illusoire destinée
a accélérer le décollement placentaire dans un contexte
- d'hypotonie utérine



Symptomatologie

- Une douleur violente et brutale
- Hgic variable
- État de choc
- Une envie de pousser , de grande valeur sémiologique



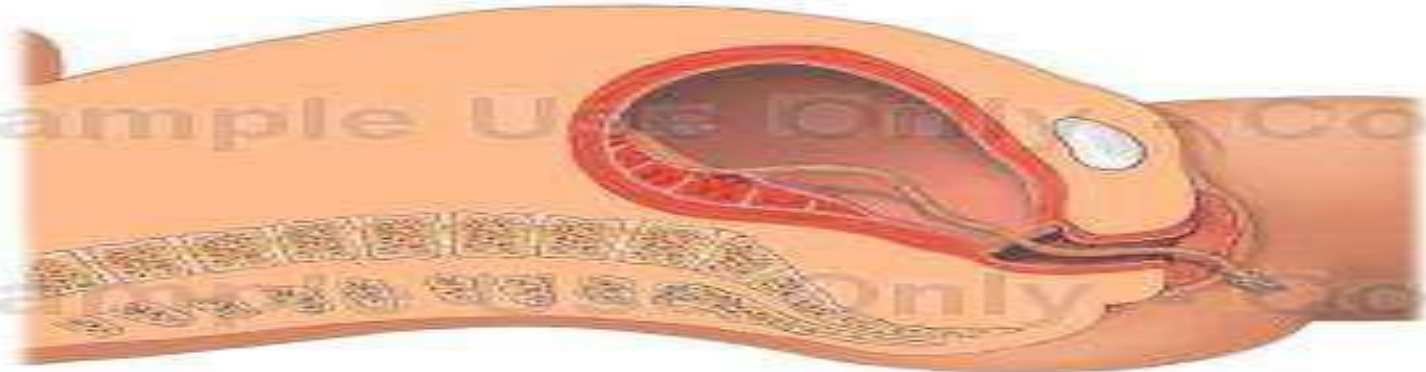
Classification

- L': inversion de 1er degrés : dépression du fond utérin
- L'inversion du 2em degrés: le fond utérin dépasse l'orifice mais reste intra-utérin
- L'inversion du 3em degrés :
- Fond utérin hors vulve



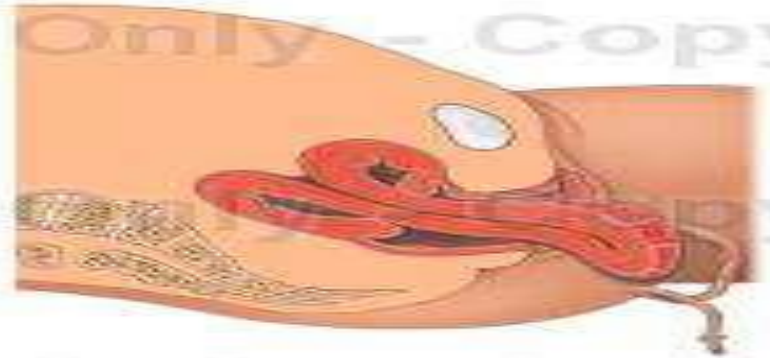
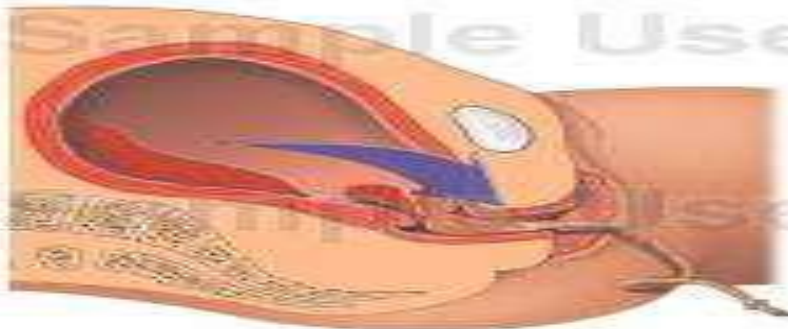
Acute Uterine Inversion

NORMAL POST-PARTUM ANATOMY



NORMAL PLACENTAL EXPULSION

UTERINE INVERSION





Traitement

- Urgent
- Trt de l'état de choc
- Si inversion récente: réduction manuelle à l'aide d'un taxis doux
- Si inversion est reconnue plus tardivement ou qu'il s'agit d'une inversion du 3eme degrés : réduction chirurgicale est nécessaire

CLASSIFICATION



1st Degree

- Inverted fundus up to cervix



2nd Degree

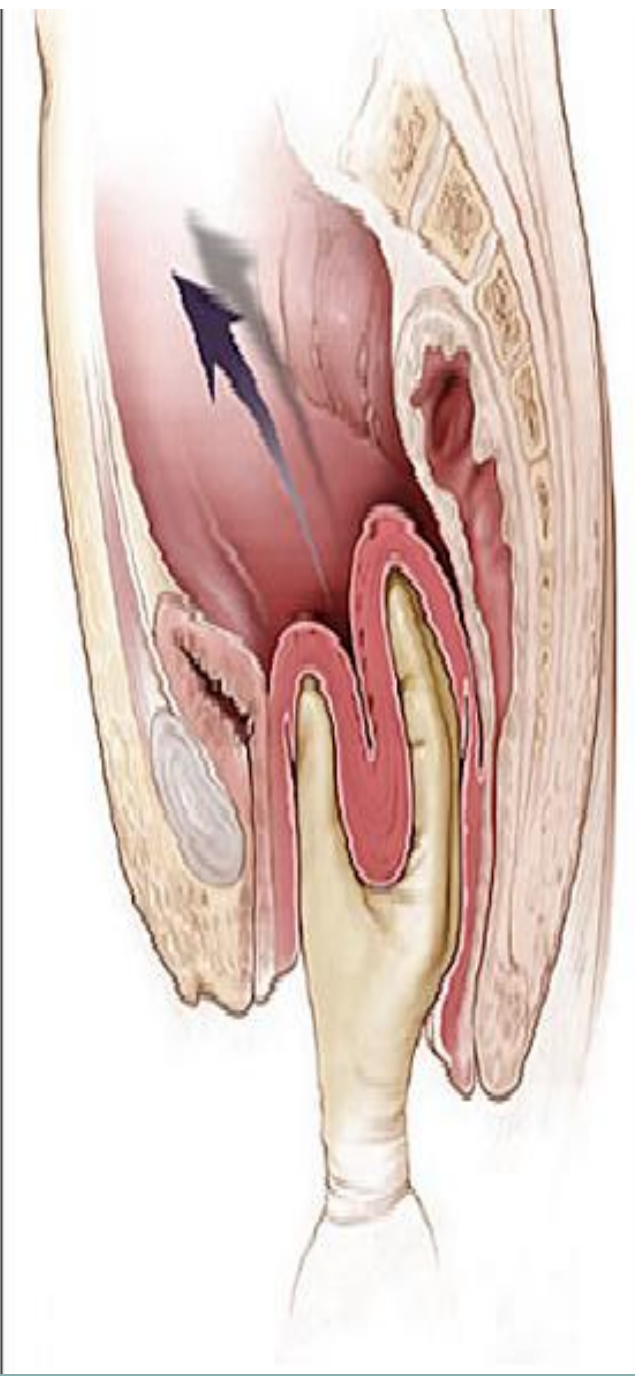
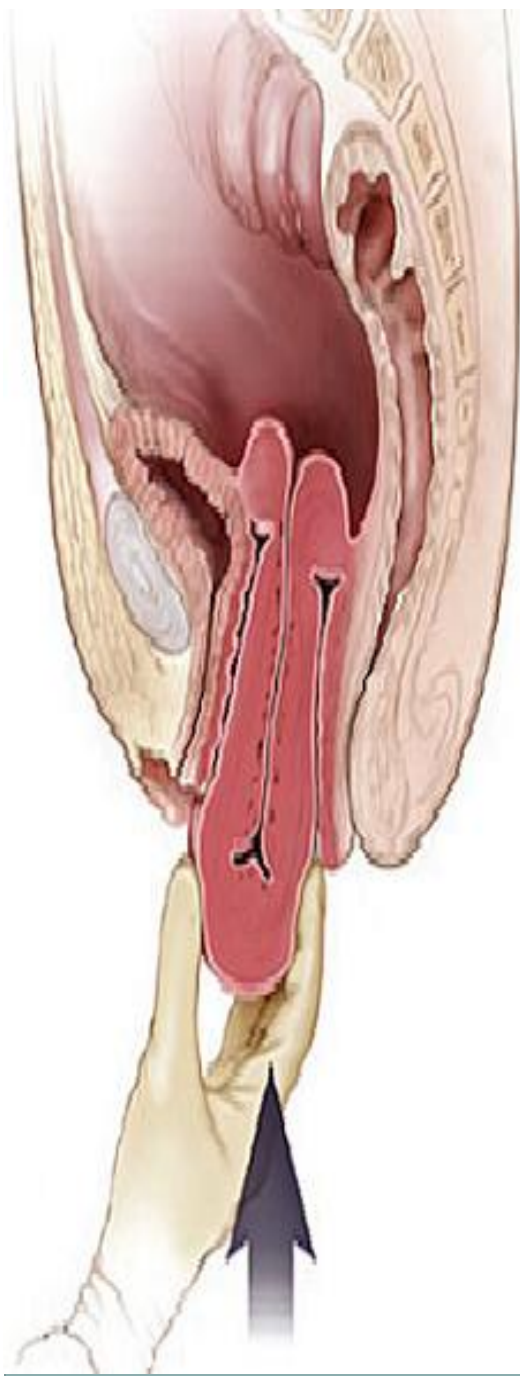
- Body of uterus protrudes through cervix into vagina



3rd Degree

- Prolapse of inverted uterus outside vulva





conclusion



- La délivrance est une période au cours de laquelle le risque hémorragique est fréquent
- En l'absence de décollement au bout de 30 mn; une délivrance artificielle doit être réalisée
- 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