

Délivrance normale et ses complications

I. Définition :

La délivrance ; 3eme temps du travail est l'expulsion des annexes fœtales (placenta, cordon, et membranes) hors des voies génitales. Elle doit survenir dans la demi-heure suivant l'expulsion du fœtus.

II. Mécanismes physiologiques :

La délivrance se déroule en trois phases :

1- Décollement placentaire :

Après la naissance de l'enfant se produit une rétraction élastique passive de l'utérus. Cette rétraction respecte la zone d'insertion placentaire, et est responsable d'un enchatonnement physiologique du placenta ; c.a.d reste inséré dans une cuvette à paroi mince et entourée d'un anneau musculaire épais.

- a- Plan de clivage : le clivage s'effectue en plein épaisseur de la muqueuse utérine entre les couches compactes et spongieuses. La caduques ou couche superficielle tombe avec le placenta. La couche profonde reste en place et assure la régénération de l'endomètre.
- b- Le mécanisme de clivage : après la rétraction utérine préalable qui a préparé le décollement, survient des contractions utérines actives ; celle-ci entraînent une réduction de la surface d'insertion placentaire, et mise en tension des villosités crampons ouvrant ainsi les sinus veineux maternelles qui détermine une hémorragie formant un HRP physiologique (hématome inter-utéro-placentaire). Celui-ci achève le décollement.

2- Phase d'expulsion :

Sous l'influence de la contractilité utérine et de son propre poids ; le délivre va migrer d'abord dans le segment inférieur, puis dans le vagin et être extériorisé à la vulve soit par sa face fœtale réalisant la délivrance type Baudelocque qui est la plus fréquentes, soit par sa face maternelles réalisant la délivrance type Duncan ; celle-ci est plus hémorragique du fait de la rétention des membranes dans la cavité utérine.

3- Phase d'hémostase :

Une hémostase temporaire est assurée immédiatement par la rétraction des fibres musculaires utérines qui obturent dans ses mailles les vaisseaux utérins (les ligatures vivantes de pinard)

L'hémostase définitive est assurée dans un second temps par les mécanismes habituels de la coagulation.

Deux phénomènes préparent cette hémostase définitive et la rende rapide et efficace.

- ✓ Les modifications de l'hémostase associées à la grossesse :
↗ des facteurs de la coagulation et une ↘ des inhibiteurs de la coagulation tel l'antithrombine 3.
- ✓ La richesse du placenta en thromboplastines pro coagulantes libérées lors de son décollement.

III. Clinique :

La délivrance se fait dans un délai de 30 min après la naissance. Son étude clinique fait distinguer trois étapes successives.

- ❖ Phase de rémission, survient immédiatement après la naissance. D'une durée de 10 à 15 min, elle correspond à la disparition des contractions douloureuses, et l'absence d'hémorragie. L'utérus est ferme, rétracté sous l'ombilic.
- ❖ Phase de décollement ; correspond à la reprise des contractions et la reprise d'une petite hémorragie. Le fond utérin remonte au dessus de l'ombilic, le cordon ombilical se déroule hors de la vulve.
- ❖ Phase d'expulsion : spontanée ou aidée par l'accoucheur. Après l'expulsion, l'utérus est dur, rétracté sous l'ombilic. c'est le classique globe de sécurité. Il n'y a pas d'hémorragie.

A- Surveillance :

La période de la délivrance est celle où le risque maternel est le plus élevé.

Elle nécessite une surveillance avant, pendant et après l'expulsion du délivre qui se poursuivra pendant 2 heures en salle de travail. Cette surveillance porte sur :

- L'état général ; pouls, tension, conscience, couleur ;
- La vulve pour dépister un écoulement sanglant ;
- L'utérus par la palpation et l'inspection ;

Elle permet de suivre les différentes étapes de la délivrance et de déceler précocement les événements pathologiques.

Critères du décollement :

- Position du fond utérin : après la naissance le fond utérin est à hauteur de l'ombilic, après le décollement et la migration, le placenta occupe le segment inférieur et le déplisse, refoulant vers le haut le corps utérin. Celui-ci est de consistance plus ferme, ses dimensions transversales sont plus réduites, mais son fond est ascensionné au dessus de l'ombilic.
- Hémorragie physiologique : ce signe est très inconstant et ne garantit pas que le décollement soit complet.
- Glissement du cordon.
- Manœuvre de mobilisation de l'utérus vers le haut : une main déprime la région sus pubienne, empaume la partie basse de l'utérus et remonte celui-ci vers l'ombilic ; lorsque le placenta est dans le vagin, la mobilisation utérine n'entraîne pas le cordon.
- Le toucher vaginal : révèle facilement la présence du placenta dans le vagin.

B- Examen du délivre :

L'accoucheur doit sans délai vérifier ce que vient d'être expulsé pour s'assurer que la délivrance est complète.

- La face fœtale : on notera le mode d'insertion du cordon (habituellement centrale) et la composition du cordon qui doit contenir deux artères et une veine.

- La face maternelle : reconnaissable par ses cotylédons rouges vifs, réguliers. Il faut vérifier qu'il n'y a pas de zone déprimée pouvant signifier un placenta incomplet.
- Le sac ovulaire ; il est examiné par transparence en introduisant la main pour le déplier, à la recherche d'une zone dépolie ou d'une arborisation vasculaire s'arrêtant brusquement, signe d'un cotylédon aberrant arraché et resté intra utérin, d'un petit côté des membranes ≤ 10 cm témoignant rétrospectivement d'un placenta bas inséré ou membranes incomplètes.

IV. Physiopathologie = anomalies de la délivrance.

Chaque étape de la délivrance peut être perturbée :

1- Pendant la phase de décollement :

- Par insuffisance de la contractilité utérine,
- Par adhérence anormale du placenta dans de nombreuses circonstances (cicatrice utérine, fibrome, malformation utérine)

2- Pendant la phase d'expulsion :

- Par insuffisance de la contractilité utérine (hypotonie)
- Par hypertonie (enchatonnement ou incarceration)

3- Pendant la phase d'hémostase :

- Utérus non vide
- Utérus de mauvaise qualité (fibromateux, surdistendu, épuisé par un long travail)
- Sevrage brutale d'ocytociques ou abus de substances dépressives ou anesthésiques
- Hémorragie importante ou coagulopathie.

A- Les facteurs de risque :

1- **Facteurs connus avant le travail** :

Toxémie gravidique, ATCDS d'hémorragie de la délivrance, ATCDS de césarienne ou d'avortement, âge >35 ans, multiparité, surdistension utérine.

2- **Facteurs liés au travail** :

Travail prématuré, ocytocique pendant le travail, retards de la délivrance, accouchement laborieux.

B- Les étiologies :

A- Facteurs utérins :

- Anomalie de la caduque ou altération de la muqueuse utérine par ;
 - + Processus inflammatoire
 - + Manœuvres endoutérines (curetage, curage, révision)
 - + Cicatrice de chirurgie utérine (myomectomie, hystéroplastie)
 - + Lésions endoutérines (fibromyome, adénomyose)
- Anomalie de la contraction utérine ;
 - + Inertie utérine
 - + Hypertonie
- Rupture utérine.
- Inversion utérine.

B- Facteurs placentaires :

- Anomalie du volume : placenta très développé des grossesses macrosomes et multiples.
- Anomalie de constitution ;
 - + Insertion vélamenteuse du cordon
 - + Existence de cotylédon aberrant ou placenta bilobé
- Anomalie d'implantation ;
 - + De lieu
Insertion basse sur le segment inférieur ou angulaire sur une corne utérine
 - + De pénétration
Placenta accreta : villosités crampons entrent en contact avec le myomètre.
Placenta increta : interpénétration vraie du placenta avec le myomètre.
Placenta percreta : le placenta envahit tout le myomètre.
Placenta destuens : placenta atteignant le péritoine viscéral

C- Facteurs iatrogènes :

- Tocolytiques ; les bêtamimétiques (myorelaxant)

- Ocytociques mal utilisés
- Les anesthésiques généraux ou locorégionaux
- Les manœuvres dangereuses au moment de l'accouchement ou de la délivrance
- Plaie de la filière génitale : épisiotomie, lacération.

D- Facteurs généraux :

- Troubles de la coagulation congénitaux, acquis ou par fuite hémorragique importante.

V. Diagnostic positif d'une anomalie de la délivrance :

1- Hémorragie de la délivrance :

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.
- L'hémorragie grave de la délivrance c'est à dire supérieure à 1 000 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.

Reconnue cliniquement par :

- des signes locaux : l'hémorragie elle même qui peut être Extériorisée ou non. Indolore, faite de sang rouge avec de nombreux caillots.

-des signes généraux : en rapport avec l'abondance et la répétition de l'hémorragie. Pâleur extrême, pouls rapide, tachycardie, TA basse, collapsus et état de choc. (Choc hypovolémique)

2- Rétention placentaire complète ou partielle :

Partielle ; le diagnostic repose sur l'examen du délivre.

Complète ; le diagnostic repose sur l'absence d'expulsion du placenta 30min après l'accouchement.

3- Inversion utérine : exceptionnelle

C'est une invagination du fond utérin qui se retourne en doigt de gant jusqu'à pouvoir s'extérioriser à la vulve.

VI. Traitement :

C'est une urgence obstétricale engageant le pronostic vital maternel.

Le pronostic maternel dépend avant tout de la rapidité de la prise en charge.

Le traitement comprend 2 volets :

- La réanimation
- Traitement étiologique

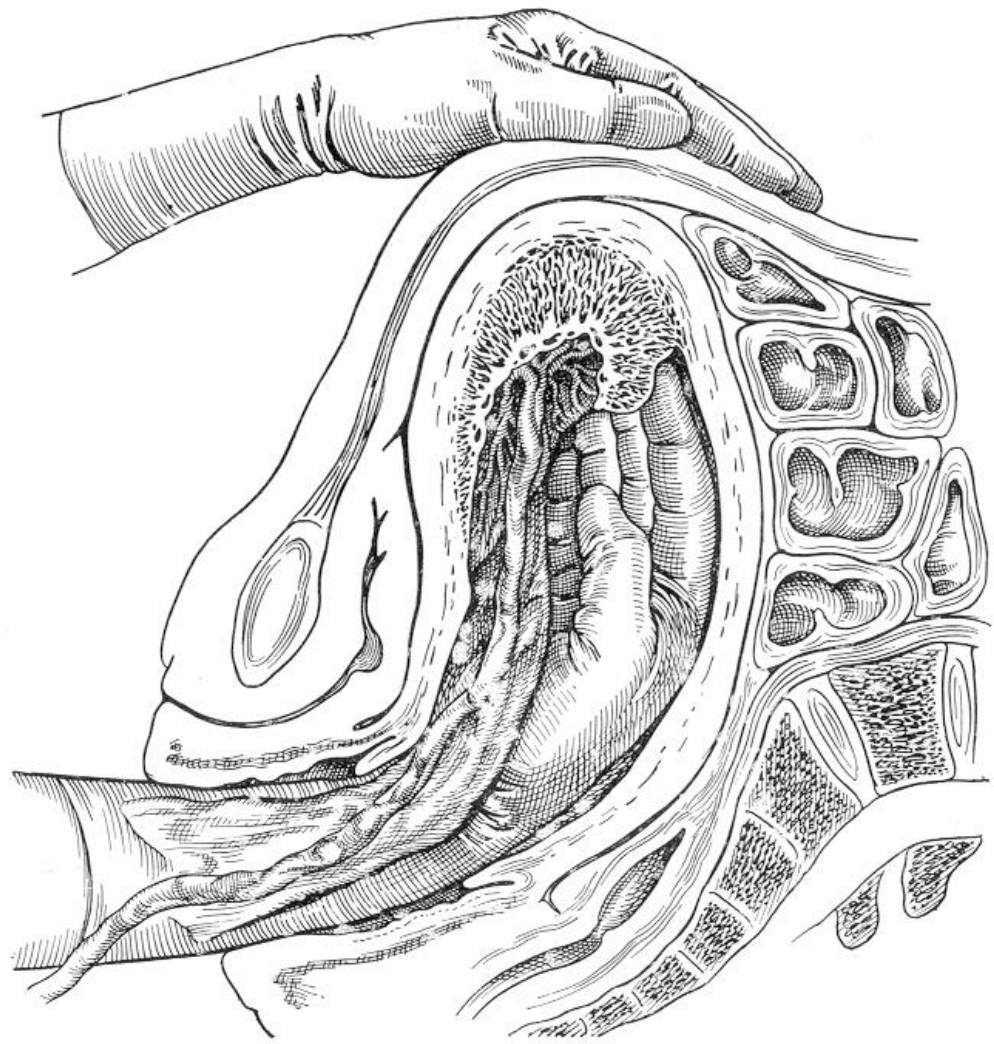
A- La réanimation a pour but de traiter le collapsus vasculaire voir l'état de choc

- 1- Mise en place de deux abords veineux de bonne qualité
- 2- Groupage rhésus et demande de sang iso groupe iso rhésus, RAI
- 3- Bilan biologique d'urgence.
- 4- Position de Trendelenburg, patient réchauffée et oxygénée
- 5- Perfusion de macromolécules en attendant le sang frais
- 6- Sondage urinaire et mesure de la diurèse horaire
- 7- Surveillance de la PVC, TA, pouls, le saignement et l'état de conscience.

B- Traitement étiologique :

 Traitement obstétrical :

- Délivrance artificielle et révision utérine assurant la vacuité utérine si placenta n'est pas expulsé, et contrôle l'intégrité de l'utérus.
- Examen du col sous valve
- Bilan et réparation des lésions obstétricales
- Massage utérin



Traitement médical

Utérotoniques : -methergin en dehors des CI

- Le syntocinon 5 UI / ml

- 1 ampoule dans 500ml de glucose
- Délai 1 minute
- Demi-vie courte de 3 à 17 minutes
- Ne pas dépasser 50UI (intoxication à l'eau effet ADH-like)
- Les antibiotiques selon protocoles (pullulation strepto B 4 à 6 heures après la rupture des membranes)

-prostaglandines : le nalador

- Utile pour le traitement de l'atonie utérine résistante au syntocinon, efficacité 80 %
- Voie IV au PSE : 500 µg (1 amp) dans 50cc de sérum physiologique
- Curatif : 50 cc /en une heure (1 ampoule)
- Entretien : 10 cc/h sur cinq heures (1 ampoule)

Si échec du traitement médical → prise en charge chirurgicale

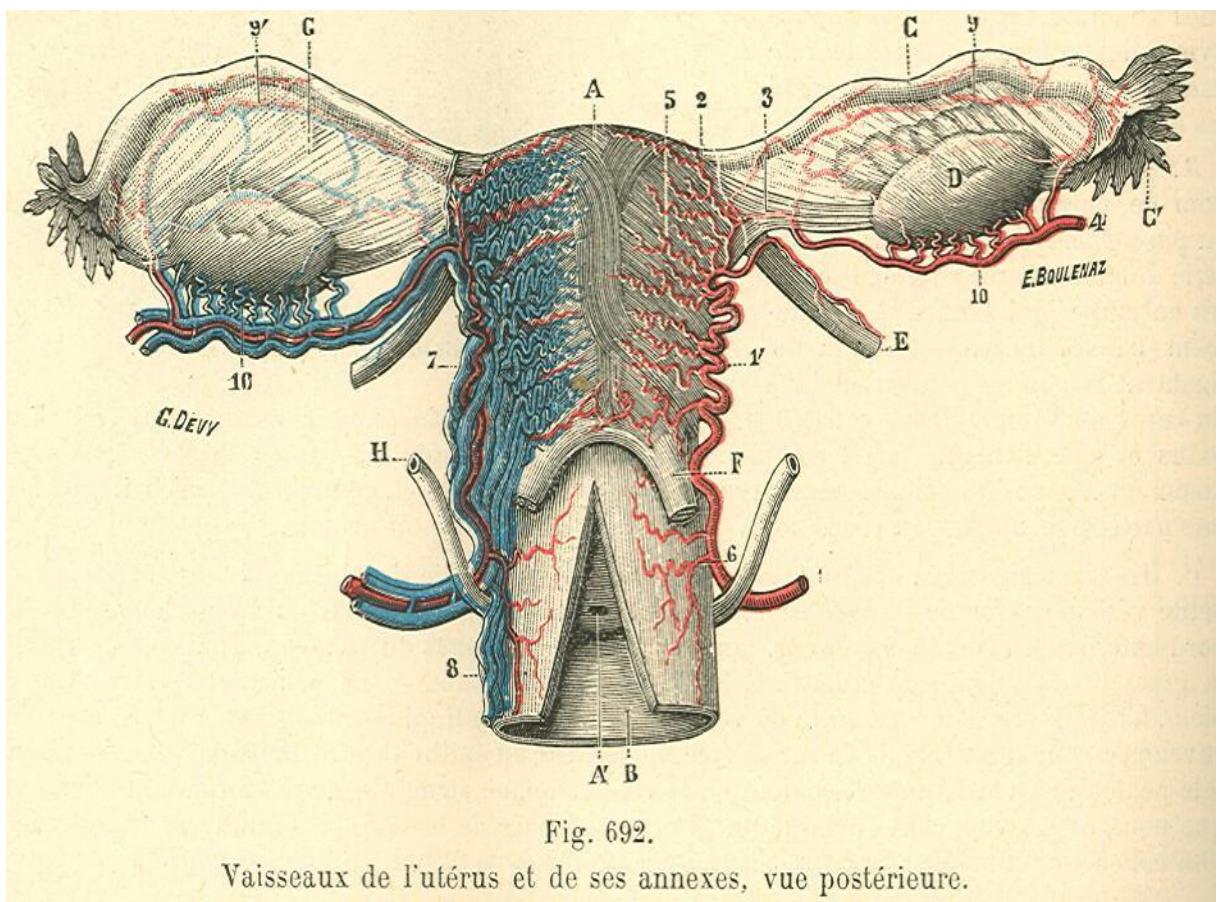
- les tamponnements intra-utérins basés sur le capitonnage des parois utérines.
- Les plicatures des artères utérines.
- Les ligatures ; - ligature des vaisseaux utérins (pédicules utérins, ligaments ronds et utéro-ovariens).

- Double ligature des artères hypogastriques : réduit de 49% le flux sanguin pelvien et de 85% la pression artérielle, (84% de réussite).

- L'embolisation par radiologie interventionnelle
- L'hystérectomie d'hémostase : Geste de sauvetage rapide, facile, très efficace. Totale ou subtotale, interannexielle

Ses Indication restent:

- Échec de toutes les autres manœuvres
- Rupture utérine irréparable
- Atonie « en gant de toilette » de l'utérus associé à un sphacèle utérin
- si trouble de la coagulation : transfusion de sang frais massive, concentré plaquettaire, fibrinogène.
- si placenta invasif ; le traitement est chirurgical.
- si inversion utérine ; réduction manuelle sous anesthésie.



VII. **Prévention** :

- Dépistage des situations à risques prévisibles (ex: gros bébé)
- Accouchement dans un établissement apte à la prise en charge maternelle et pédiatrique! (dépôt de sang, réanimation adulte, bloc opératoire, embolisation)
- Pour toutes les autres situations ; Organisation, Formation des personnels.
- Délivrances dirigées systématiques (diminue de 40% LE RISQUE d'HDD)
- Réparation rapide des plaies et lacérations de la filière génitale
- Surveillance systématique d'au moins deux heures en salle de naissance.

VIII. **Conclusion** :La délivrance est une phase importante de l'accouchement, nécessite une surveillance appropriée tout en respectant sa physiologie. Intérêt d'un diagnostic précoce permettant une conduite rapide et efficace évitant les complications graves.

Importance de la Prévention