



# 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<sup>ère</sup> 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<sup>er</sup> 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.

# La délivrance normale

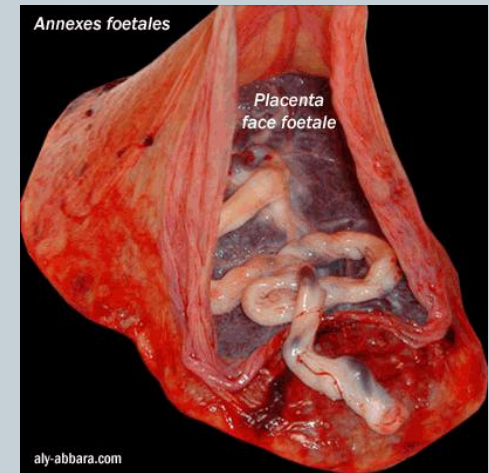
# Définition



- ❑ = 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

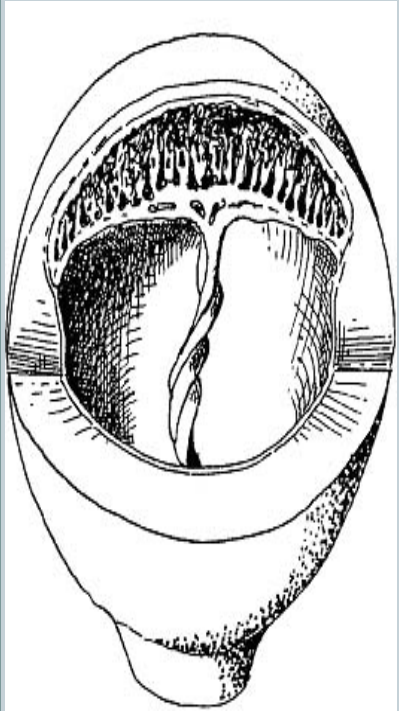
mode Baudelocque / mode Duncan

### 2. RÉTRACTION UTÉRINE

assure l'hémostase



# 1ere phase : le DÉCOLLEMENT PLACENTAIRE



## ■ La rétraction utérine

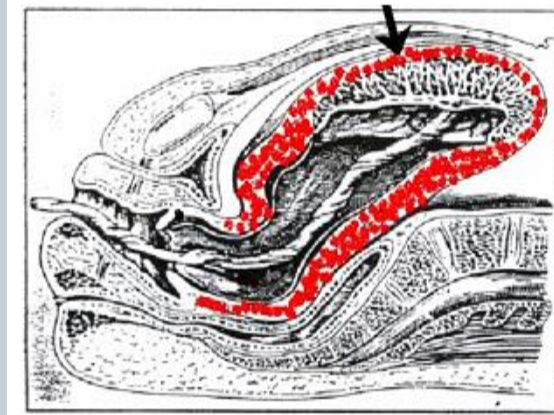
- Phénomène passif « repos physiologique »
- Epaissement des parois utérines
- Enchatonnement du placenta

## ■ La contraction utérine

- Décollements par endroits

## ■ La constitution d'un hématome rétroplacentaire physiologique

- Clivage entre la caduque utérine et la couche profonde

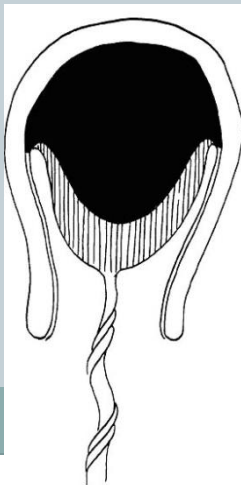


## 2<sup>ième</sup> phase : MIGRATION ET EXPULSION DU PLACENTA

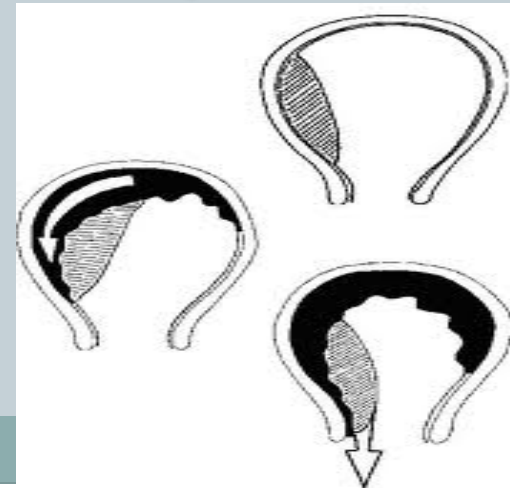
Migration du placenta dans le segment inférieur, col, vagin et la vulve soulevant le corps utérin (l'ascension)

- 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 foetale la première



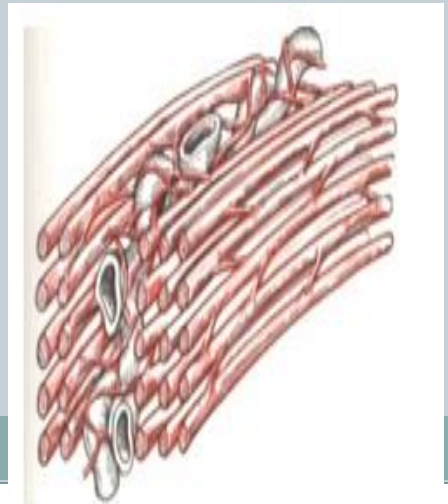
mode Duncan : plus rare, favorise les complications  
placenta bas inséré.  
face maternelle la première



# 3<sup>ième</sup> 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.



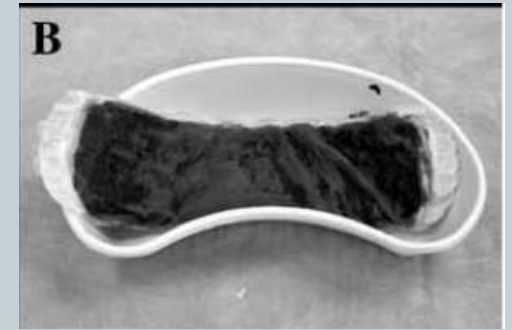
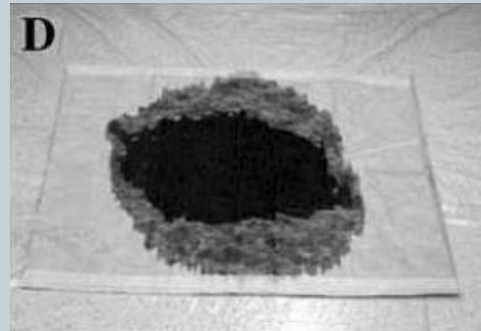
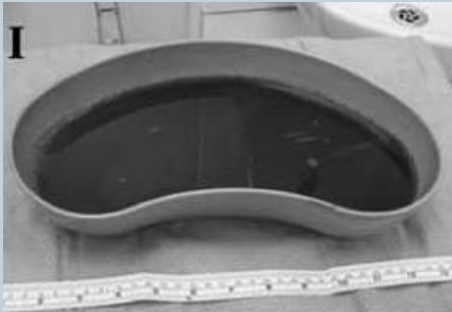
# LA SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA DÉLIVRANCE



## **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

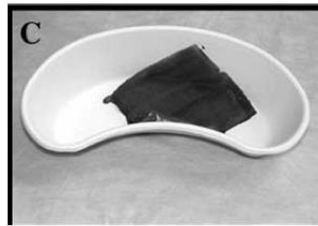


30ml



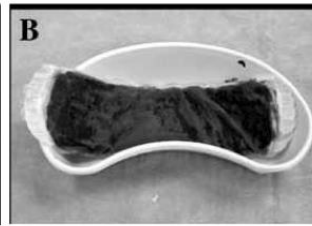
Serviette souillée

60ml



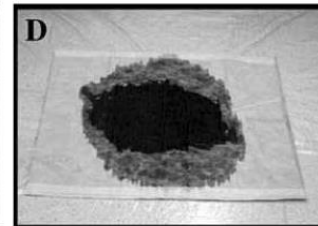
Compresse imbibée

100ml



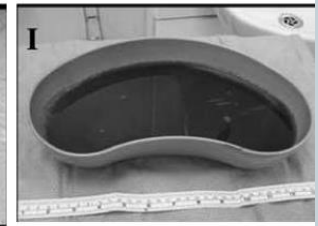
Serviette imbibée

250ml



Absorbex souillé

500ml



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

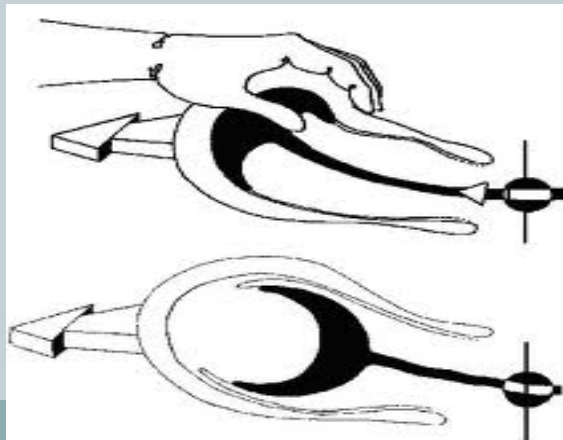


# LA SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA DÉLIVRANCE



## **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

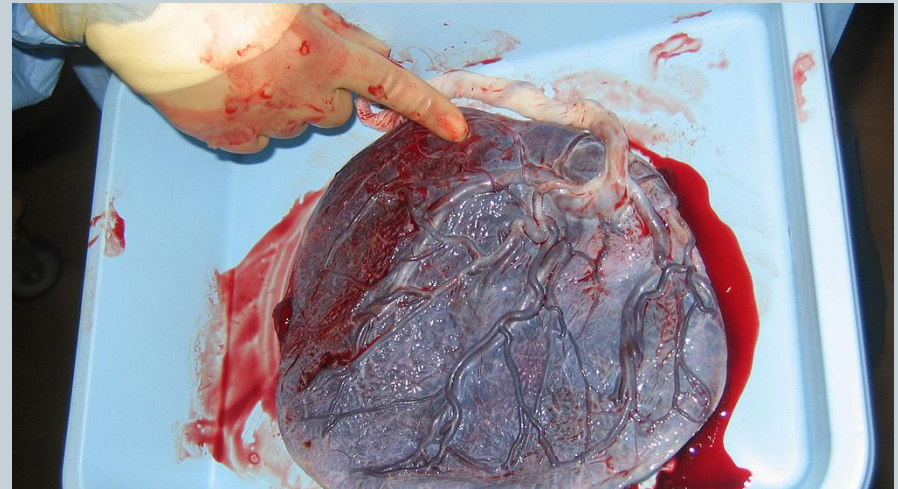


- La délivrance spontanée
  - Évacuation spontanée du placenta en position verticale
- La délivrance naturelle
  - Toute délivrance qui n'est pas spontanée, ou dirigée par l'aide de l'accoucheuse
- La délivrance dirigée
  - Direction pharmacologique avec un utérotonique
  - But : raccourcir la période 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.

# examen de delivre



- ❑ 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



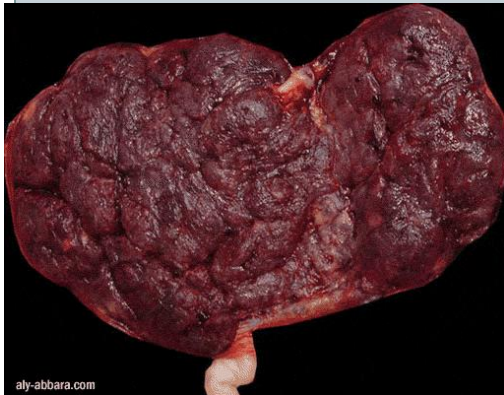
## Insertion du cordon en raquette



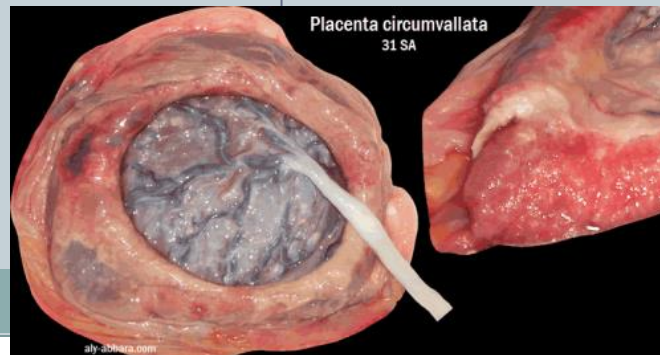
## Noeud du cordon



- Le placenta bi-lobé ou multi-lobé



## Placenta circumvallata



# 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





# **Délivrance pathologique**



# Délivrance pathologique



**Les rétractions  
placentaires  
complètes  
ou partielles**



**L'inversion  
utérine**



**Les  
hémorragies de  
la délivrance**

# Conditions d'une délivrance



- Un muscle utérin contractile: contractilité et rétractilité
- Une caducque se clivant a 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

Epuisement  
musculaire

Diminution  
de la  
contractilité  
d'un utérus

Facteurs  
Inertie utérine

Surdistention  
utérine

Diminution de la  
contractilité d'un  
utérus fibromateux ou  
malformé

Dégénérescence  
fibreuse du  
myomètre



# 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
- l'insertion



Normal Placenta



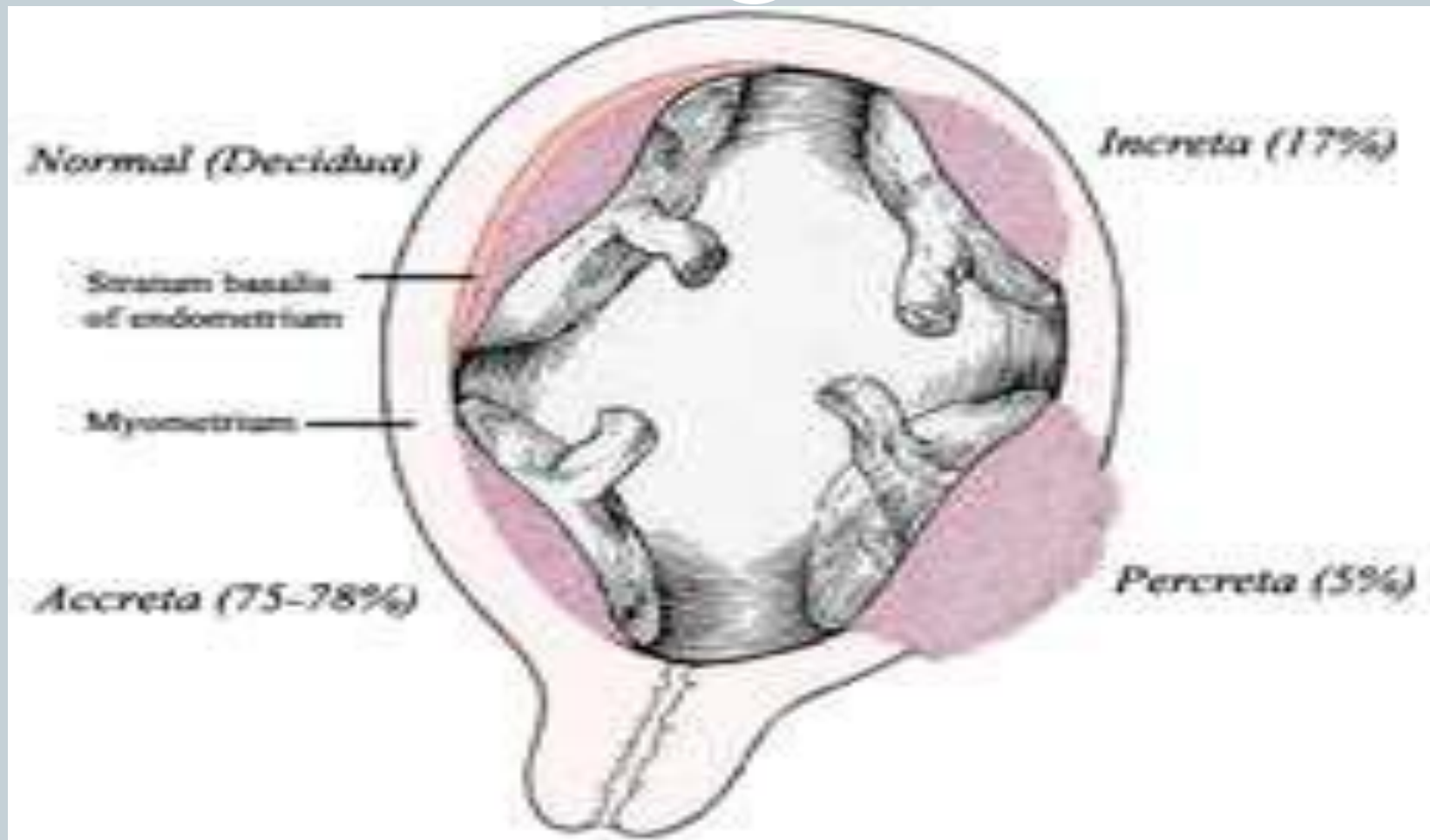
Partial Placenta Praevia



Total Placenta Praevia

# Placenta Previa







# Anomalies de la coagulation



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



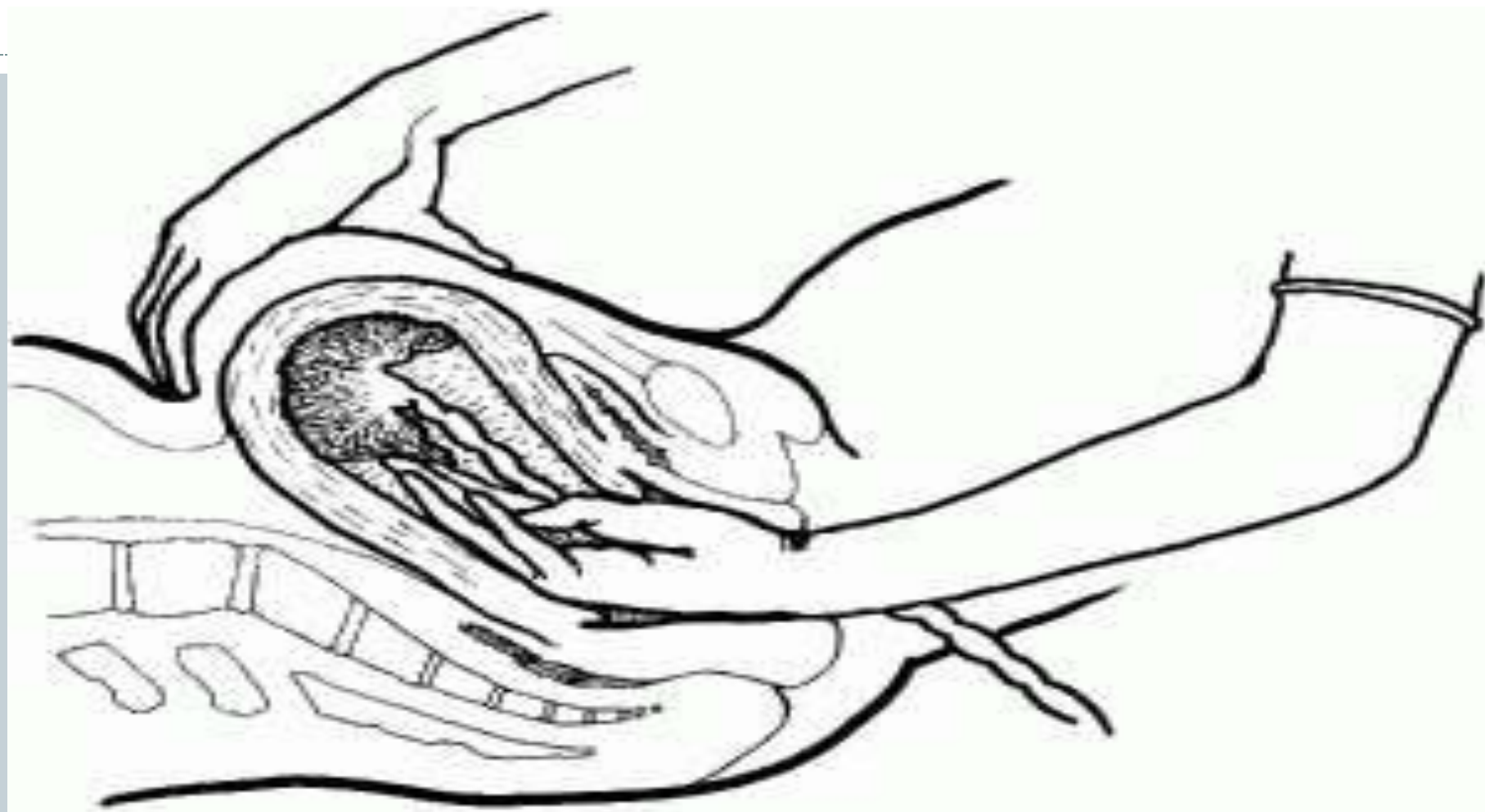
- La rétention partielle c'est une délivrance incomplète avec persistance dans l'utérus des fragments membranaires ou placentaires :
  - son Dc=> examen du délivré
  - Trt => la révision utérine
  - Méconnue: inertie utérine, complication hémorragique et endométrite du postpartum
- La rétention complète 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
- 20 a 30 min après la naissance





# 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
- Hgie variable
- État de choc
- Une envie de pousser , de grande valeur sémiologique



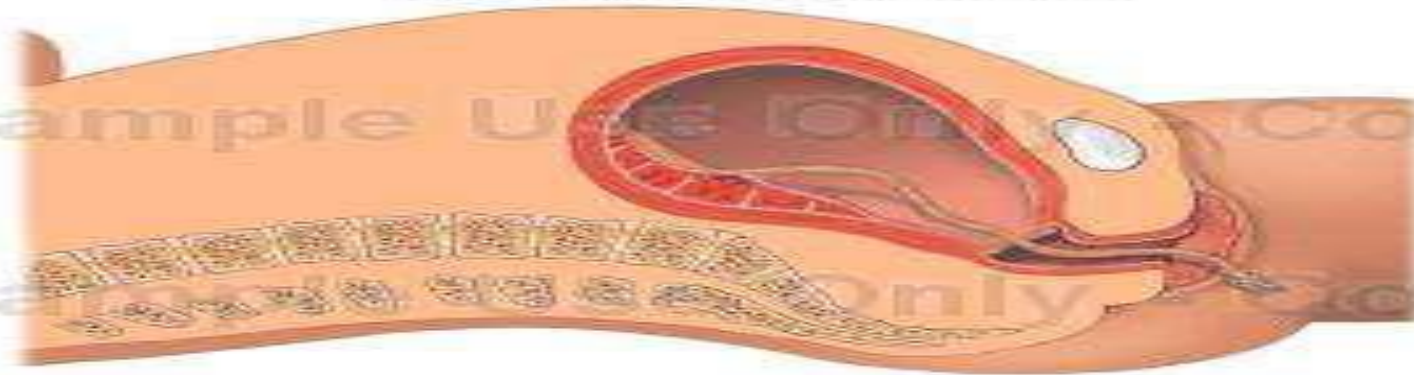
## Classification

- 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

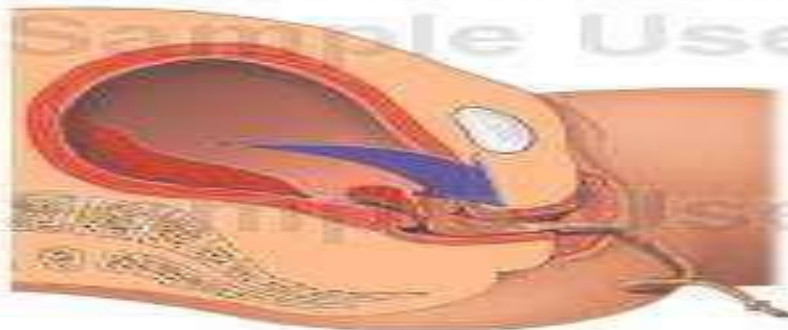


## Acute Uterine Inversion

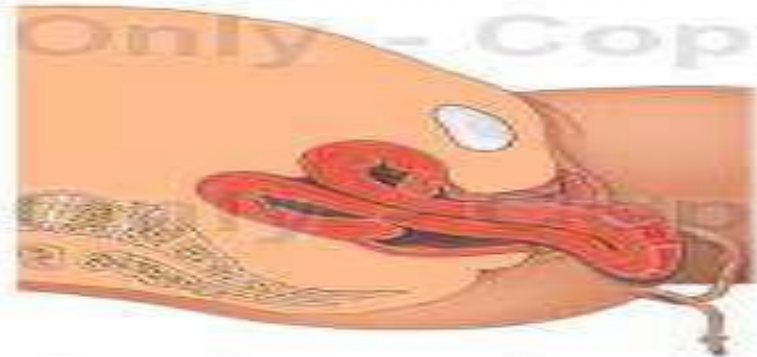
NORMAL POST-PARTUM ANATOMY



NORMAL PLACENTAL EXPULSION



UTERINE INVERSION



# CLASSIFICATION



## 1<sup>st</sup> Degree

- Inverted fundus up to cervix



## 2<sup>nd</sup> Degree

- Body of uterus protrudes through cervix into vagina



## 3<sup>rd</sup> Degree

- Prolapse of inverted uterus outside vulva

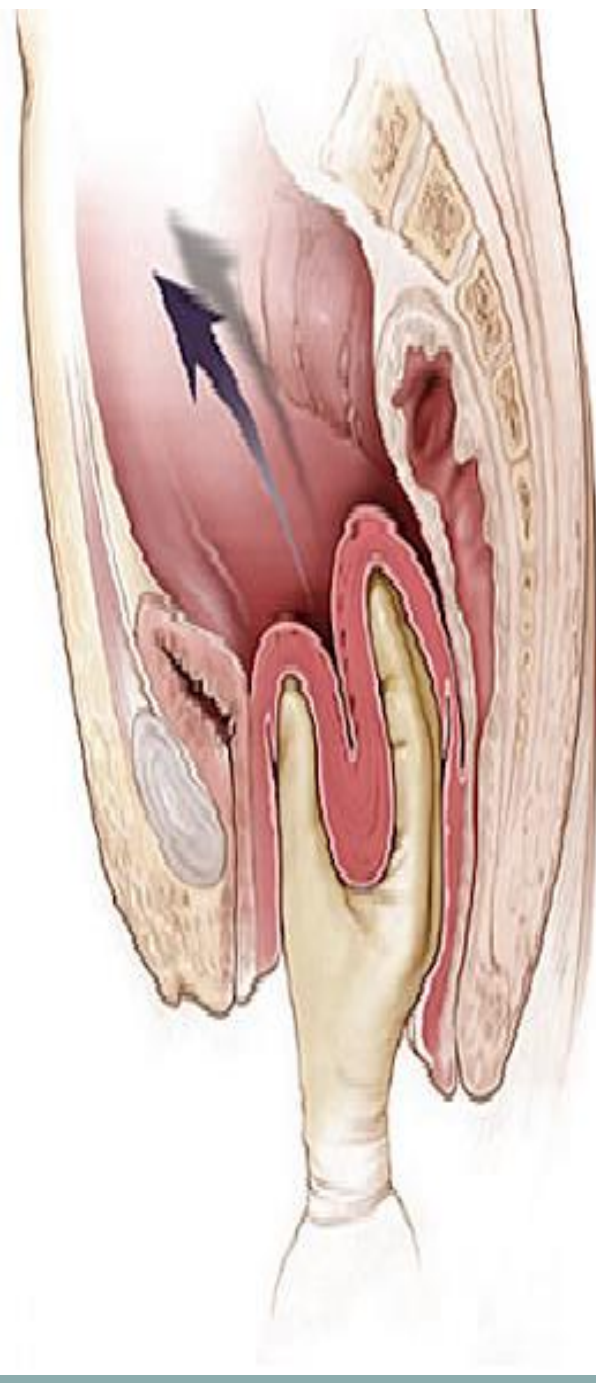
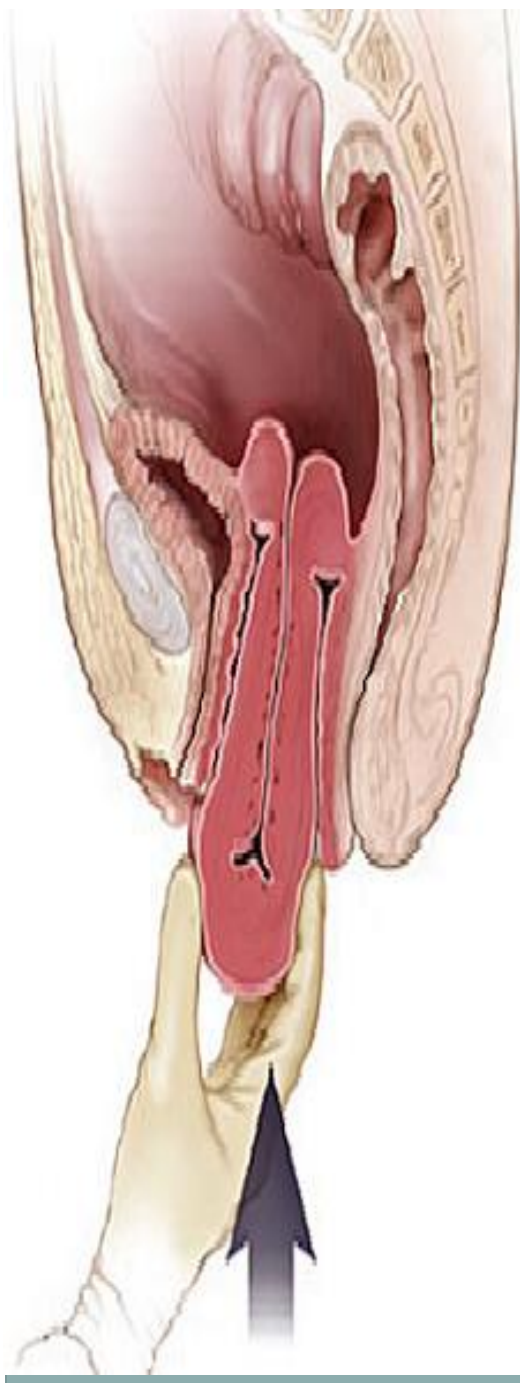




## Traitement

- 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











- 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 ou après une césarienne



PHYSIOPATHOLOGIE



CONDITION DE LA  
DELIVRENCE

MECANISME DE L  
HEMOSTASE

# PHYSIOLOGIE DE L'HEMOSTASE LORS DE L'ACCOUCHEMENT



- **Hémostase temporaire** : rétraction utérine ⇒ obturation vaisseaux utérins
  - ⇒ compression des artères spiralées:
  - ⇒ compression des sinus Veineux

**Rétraction utérine possible si évacuation complète de l'utérus**

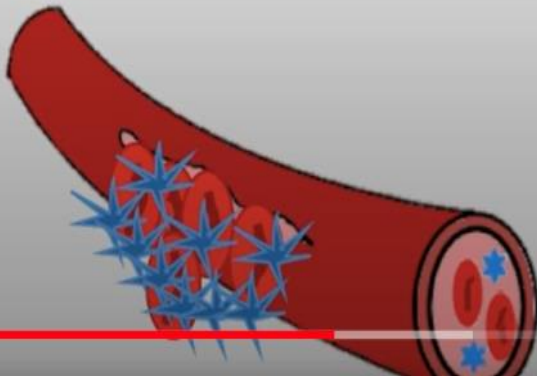
- **Hémostase définitive** (mécanismes habituels de la coagulation)
  - Pré-partum : hyper-coagulabilité  
(augmentation : fibrinogène, II, VII, X, VIII Willebrand)  
(Placenta : thromboplastines procoagulantes)

# TROIS PHASES D HEMOSTASE

## Hémostase I<sup>ère</sup>

### Agrégation plaquettaire

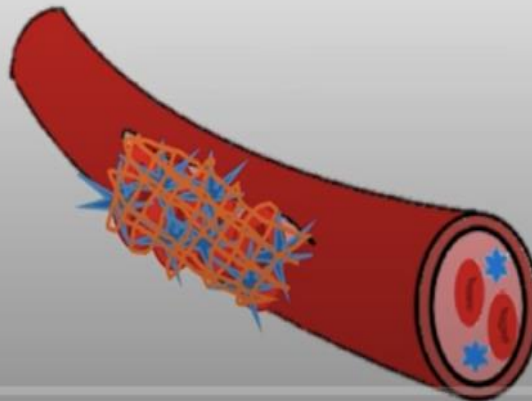
Plaquettes se rassemblent  
autour de la brèche



## Hémostase II<sup>ère</sup>

### Coagulation

Formation d'un caillot  
par la cascade



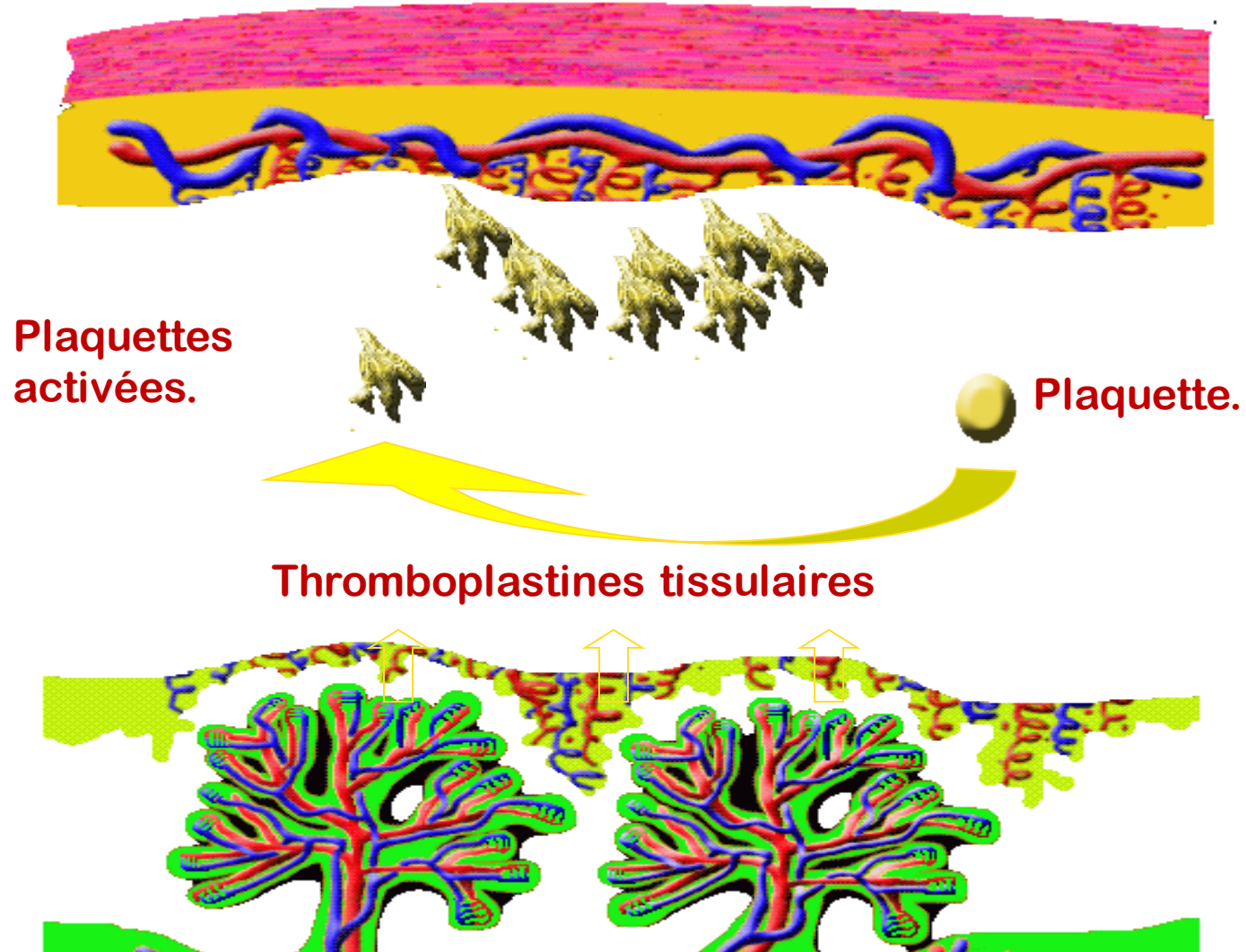
## Hémostase III<sup>ère</sup>

### Fibrinolyse

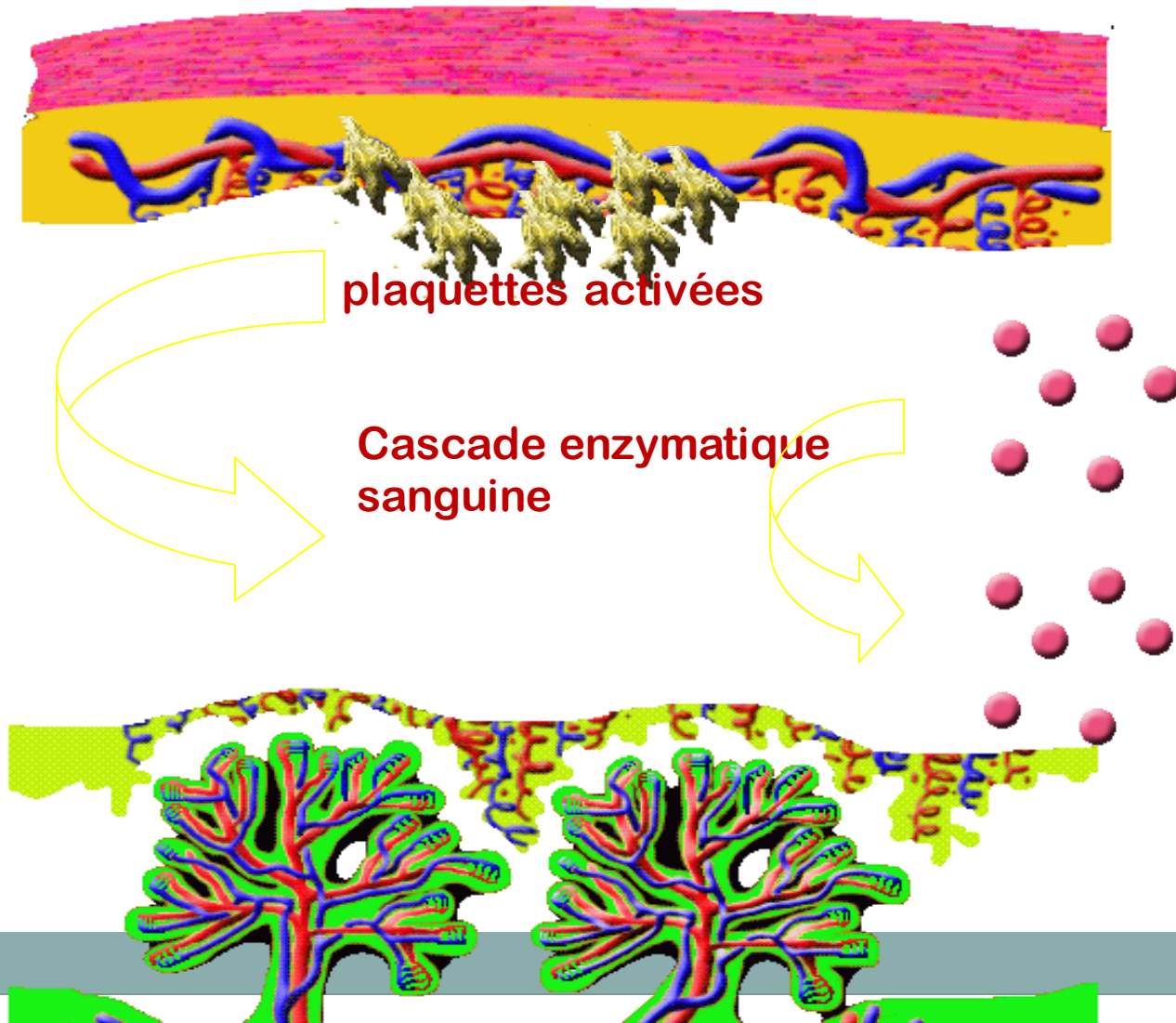
Destruction du caillot



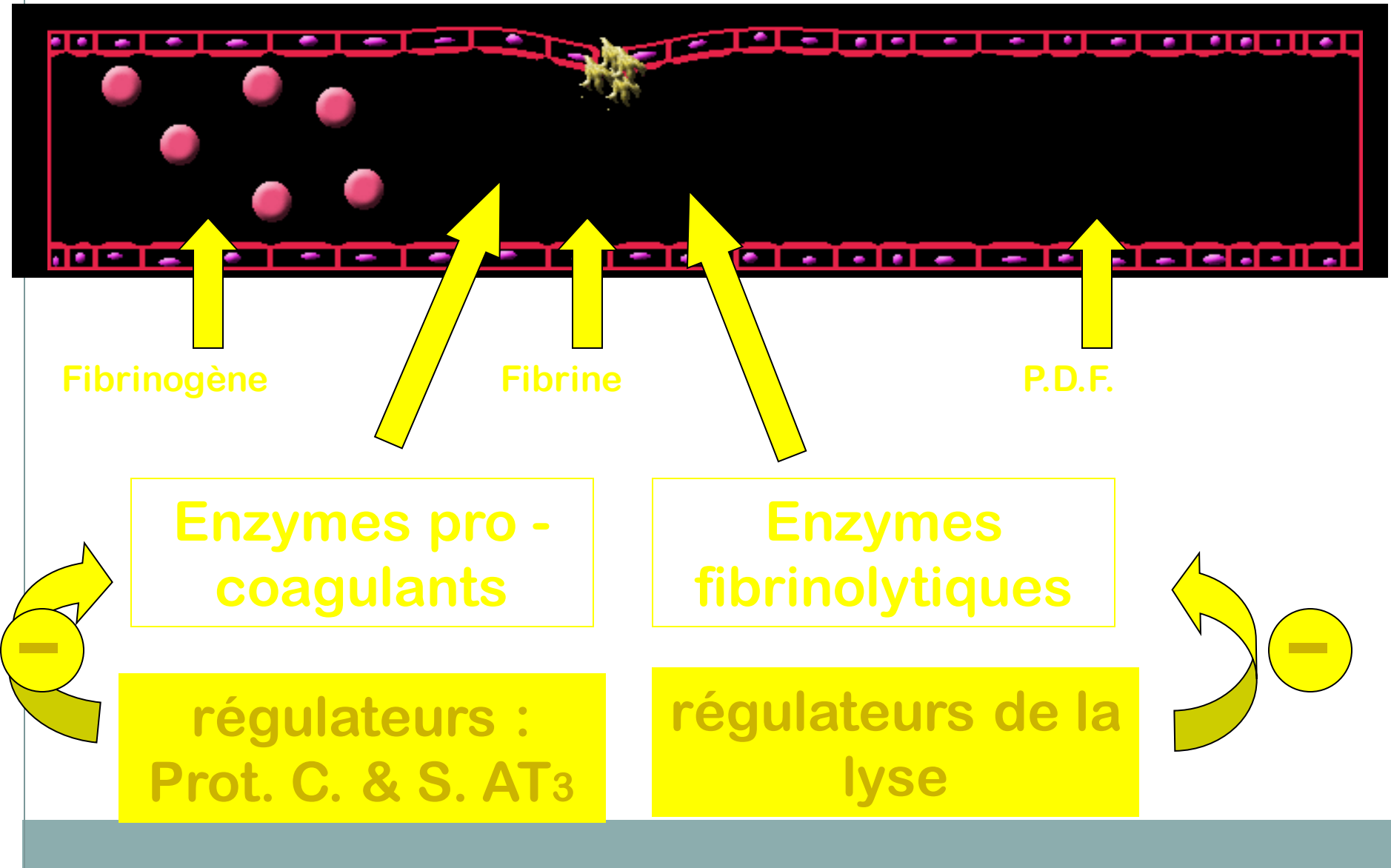
# Mécanisme de la L'hémostase primaire.



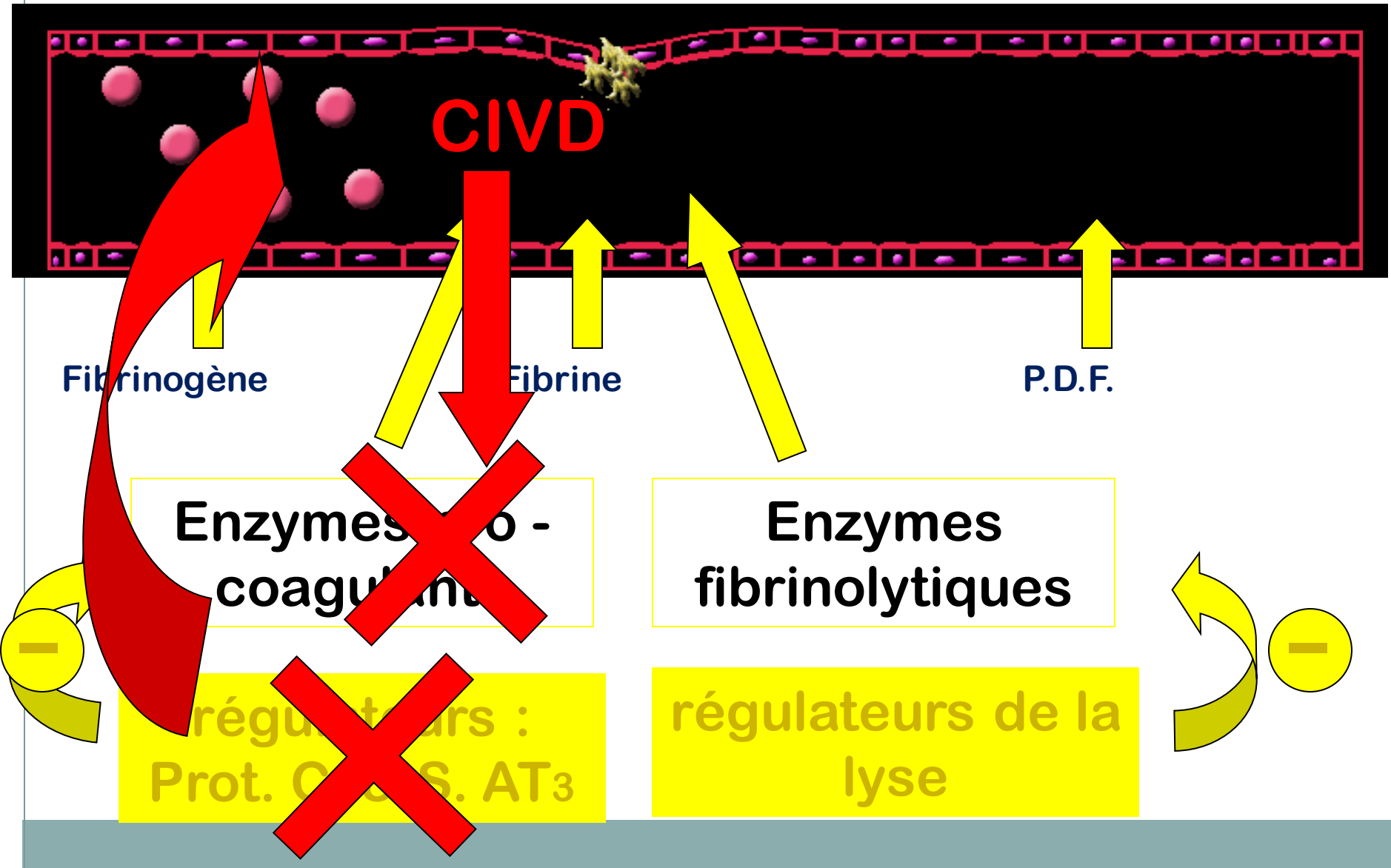
# Mécanisme de la Coagulation.



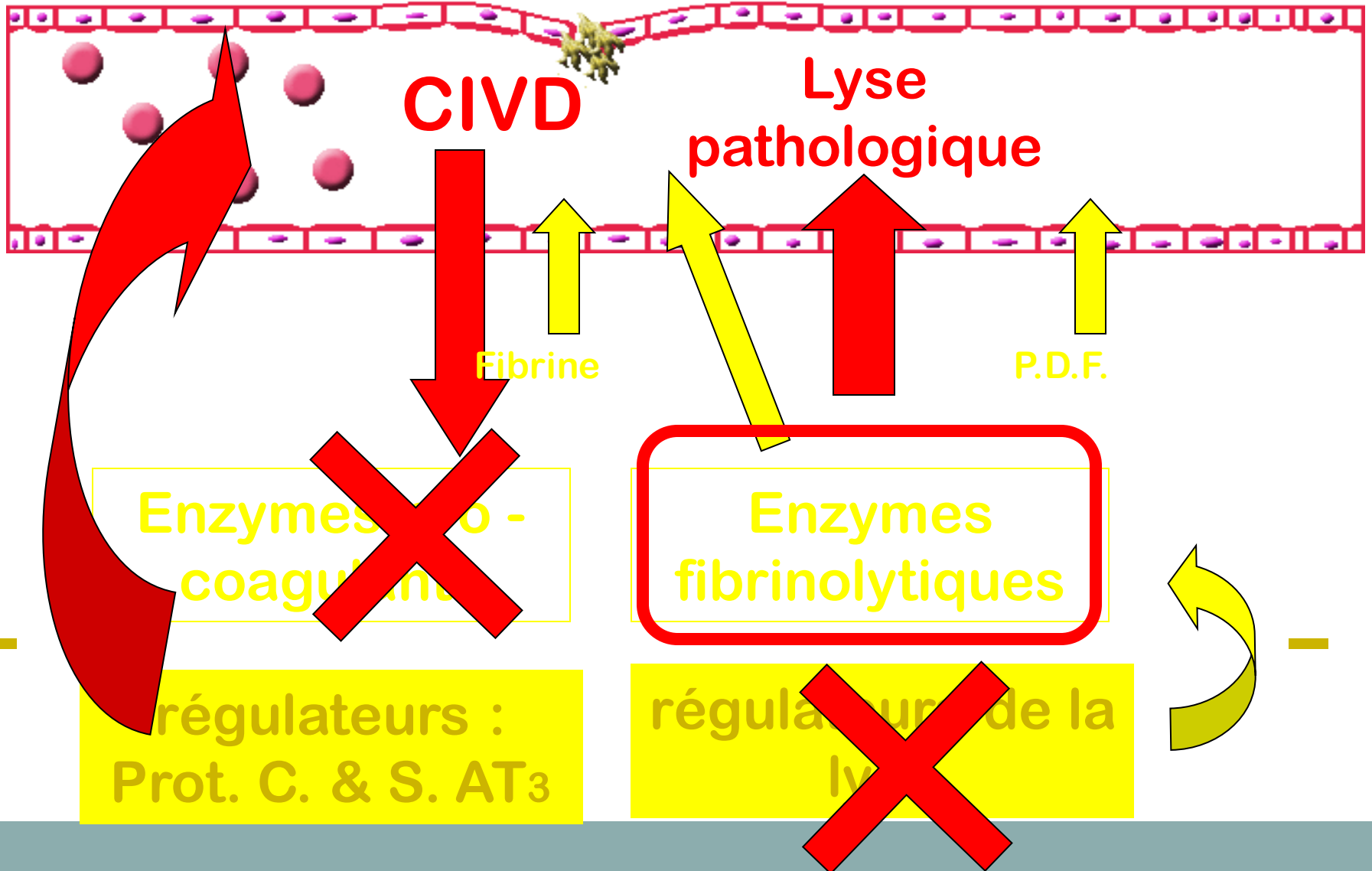
# Régulation de la coagulation.



# Régulation de la coagulation.







# ● Nocivité

- Si la C.I.V.D. se poursuit : il se produit un épuisement des régulateurs de la fibrinolyse.

- Le caillot responsable de l'hémostase se lyse alors de façon anormale. Aggravation du saignement.

- La brèche vasculaire découverte régénère un caillot : consommation des facteurs procoagulants

.

# Principales causes d'hémorragie.

## ● Rétention placentaire :

### ● Défaut d'expulsion du placenta

- Hypertonie utérine et piégeage placentaire

- Inertie utérine.

- Défaut de décollement ( accréta ).

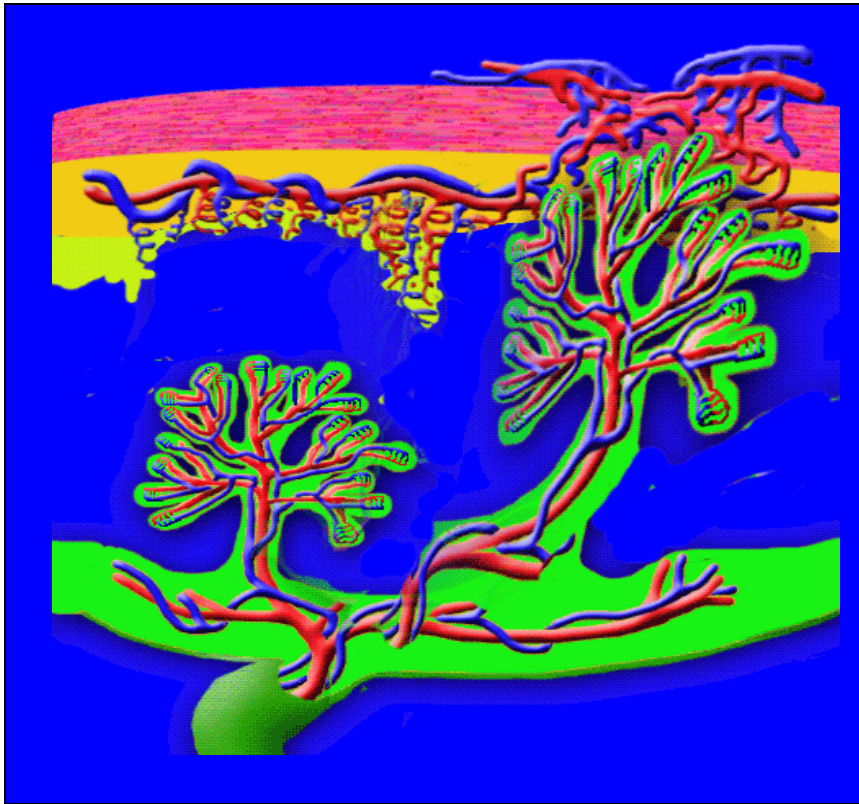
- Anomalie morphologique (cotylédon accessoire)

- Anomalie d'insertion (previa, cloison, trompe) :  
contractions moins efficaces

# ● Placenta accréta :

● Adhérence des villosité au myomètre

● Pas d'interposition de la caduque



● Rétention fréquente.

● Révision difficile avec paroi fine..

● Décollement traumatique avec ouverture de la circulation musculaire..

● Cicatrice, praévia, synéchie, fibrome....

# ● Lésions génitales traumatiques :

## ● Ruptures utérines :

- saignement péritonéal. douleur brutale, état de choc progressif.

- Fragilité utérine (cicatrice, multiparité, curetages...)

- Travails longs et disproportion foeto-pelvienne

## ● Lésions vaginales :

- Plaies vers l'extérieur.

- Thrombus vaginal = hématome pelvien massif par dilacération interne de la paroi vaginale

# ● Lésions génitales traumatiques :

## ● Plaies et déchirures cervicales .

- 11% des acct voie basse
- Peuvent aboutir à une hémorragie gravissime
- Diagnostic différentiel qui doit toujours être éliminé : examen sous valves.

# DIAGNOSTIC

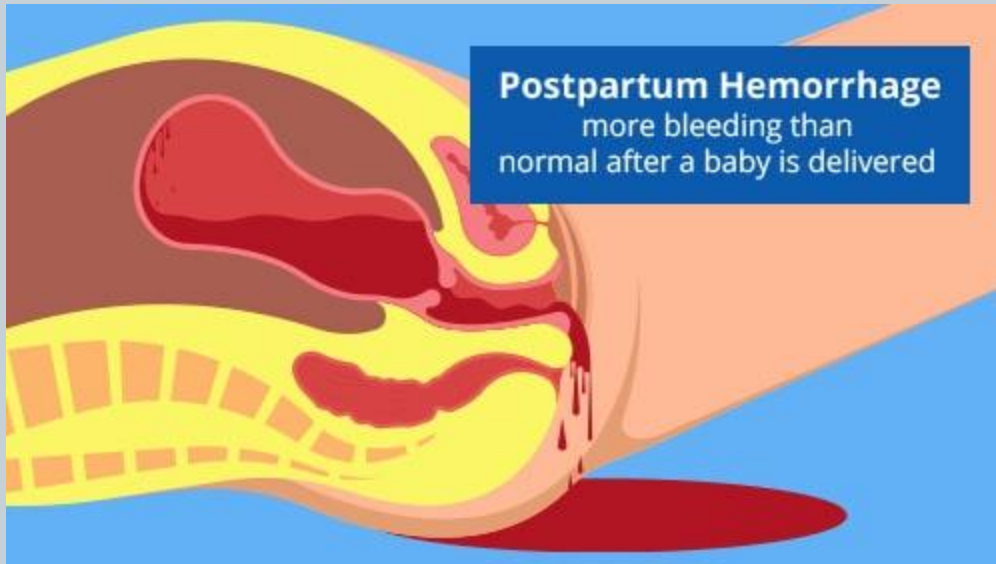


- **Prise en charge multidisciplinaire**
  - Obstétriciens
  - Sages-Femmes
  - Anesthésistes
- **Quantification des pertes : sac de recueil**

# DIAGNOSTIC



- Facteur TEMPS primordial
- Feuille de surveillance spécifique
  - Evaluer les pertes
  - Constantes : TA, pouls





# SIGNES D'ALERTE



- Importance des saignements
- Persistance des saignements
- Diminution de la coagulation
- Hémodynamique instable

# clinique



+  
8

- Pallor
- Tachycardia
- Hypotension
- Altered level of consciousness
- Restlessness
- Drowsiness
- Maternal collapse

# Protocole thérapeutique



**PRISE EN CHARGE  
D'UNE HPP AU BLOC  
D'ACCOUCHEMENT**

**DURÉE 30 MN**

# ***LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE :***



- *Le pronostic maternelle dépend de :*
  - ***La rapidité** d'instaurer le traitement;*
  - *Et de son efficacité.*
- *Les principes du traitement sont :*



# LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE



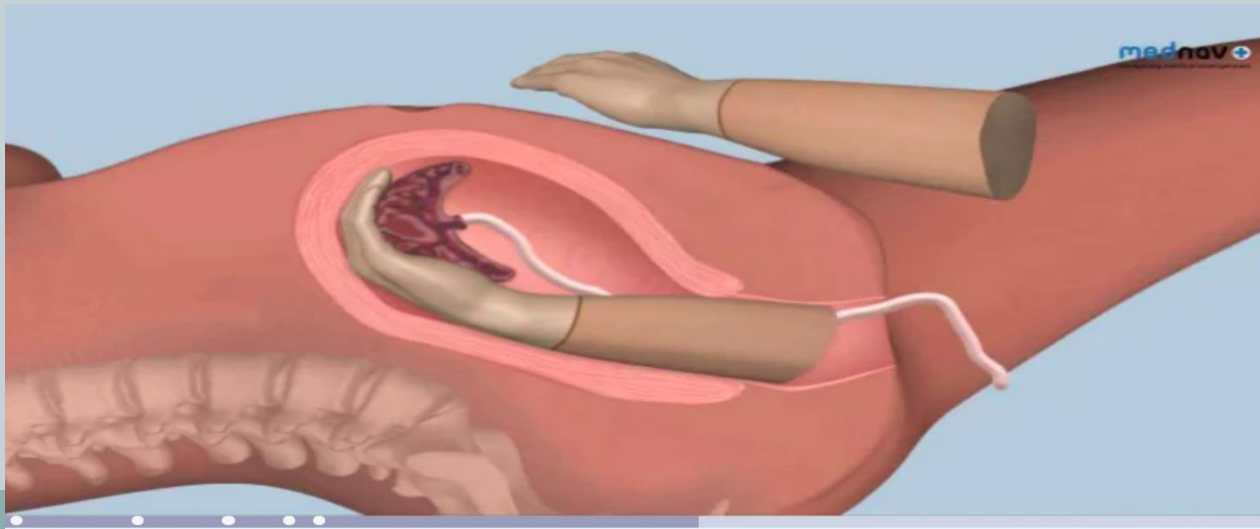
- Assurer la **vacuité utérine** et **l'intégrité de la filière génitale** =>

**Révision utérine + examen sous valve.**

- Assurer une **bonne contractilité** utérine =>

**OCYTOCIQUES + MASSAGE UTÉRIN.**

- Réanimation médicale **simultanée.**



# TRAITEMENT MEDICAL

## Les utérotoniques



### **Les dérivés de l'ergot de seigle**

- Nombreuses contre-indications
- Pas par voie intraveineuse
- Ne doivent pas retarder les traitements de seconde intention

### **Les prostaglandines**

Données insuffisantes pour les utiliser en première intention le miprostol n'a pas d'indication dans cette situation

# TRAITEMENT MEDICAL

## LES UTEROTONIQUES



### Les octytociques

- Systématiques
- Ocytocine : 5 à 10 UI en injection intraveineuse directe lente (pas d'intramusculaire), renouvelables
- Sans dépasser 30 à 40 UI
- Perfusion d'entretien au débit de 5 à 10 Uih pendant deux heures.

# ***LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE :***



- Pose de **DEUX** voie veineuses de bon calibre.
- Surveillance des constantes vitaux : pouls; TA; FC; FR; la diurèse.
- Bilan biologique en urgence.
- Parfois ces mesures sont insuffisantes => il faut passer rapidement à un traitement de **2ème** ou de **3ème** intensification :



# *Protocole thérapeutique*



***PRISE EN CHARGE  
D'UNE HPP QUI  
S'AGGRAVE***

***30 À 45 MN***

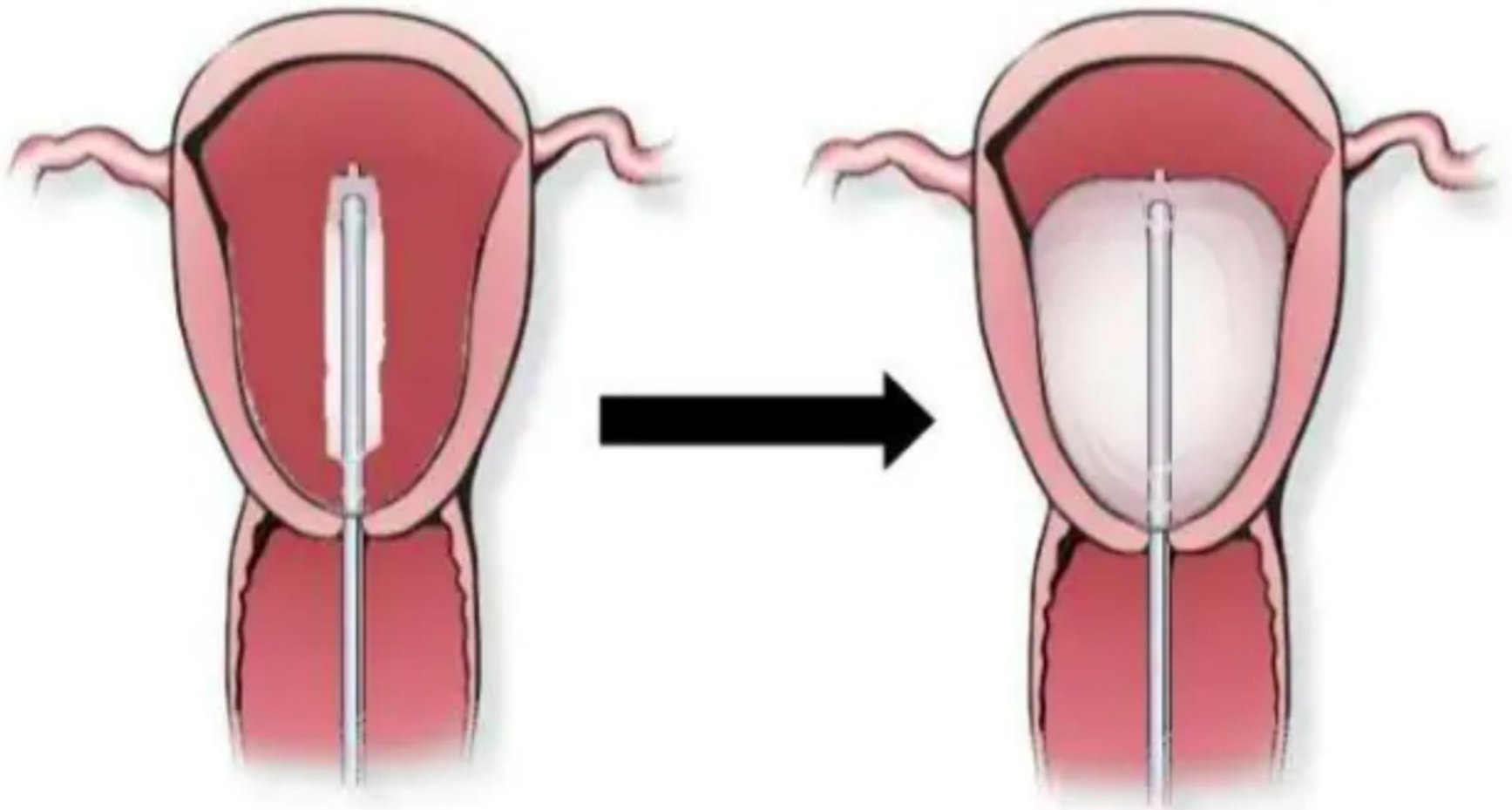
# ***LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE***

:



- ***2ème temps thérapeutique :*** *En cas d'échec de trt de première ligne :*
  - *Les prostaglandines en absence de contres indications .*
  - *Recherche de CIVD ou fibrinolyse réactionnelle.*
  - *Réanimation médicale, et surveillance des constantes vitaux.*

## UTERINE TAMPONADE



# TRAITEMENT CIVD



## I) Substitutifs seuls recommandés en obstétrique

- PFC 10 à 15 ml/kg
- Plaquettes  $\leq 30\ 000$
- Fibrinogène 0.5 g pour 10kg

## II) Spécifiques

- Antithrombotique
- Antifibrinolytiques
- Prothrombotique (FV II a recombinant 50ug/kg)

# ***LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE***

:



- ***3ème temps thérapeutique :*** En cas de persistance de saignement :
  - *Traitement chirurgicale en urgence :*
    - ✓ *Conservateur :* Ligatures vasculaires.
    - ✓ Si persistance de saignement : *TRT radical :*

***HYSTÉRECTOMIE  
D'HÉMOSTASE.***

# LA CHIRURGIE



- Toujours sous AG, même si une analgésie locorégionale existait
- S'envisage dès l'échec des traitements médicaux
  - Si l'état hémodynamique est instable
  - En cours de césarienne
  - Après échec de l'embolisation

# LA CHIRURGIE

## LES TECHNIQUES

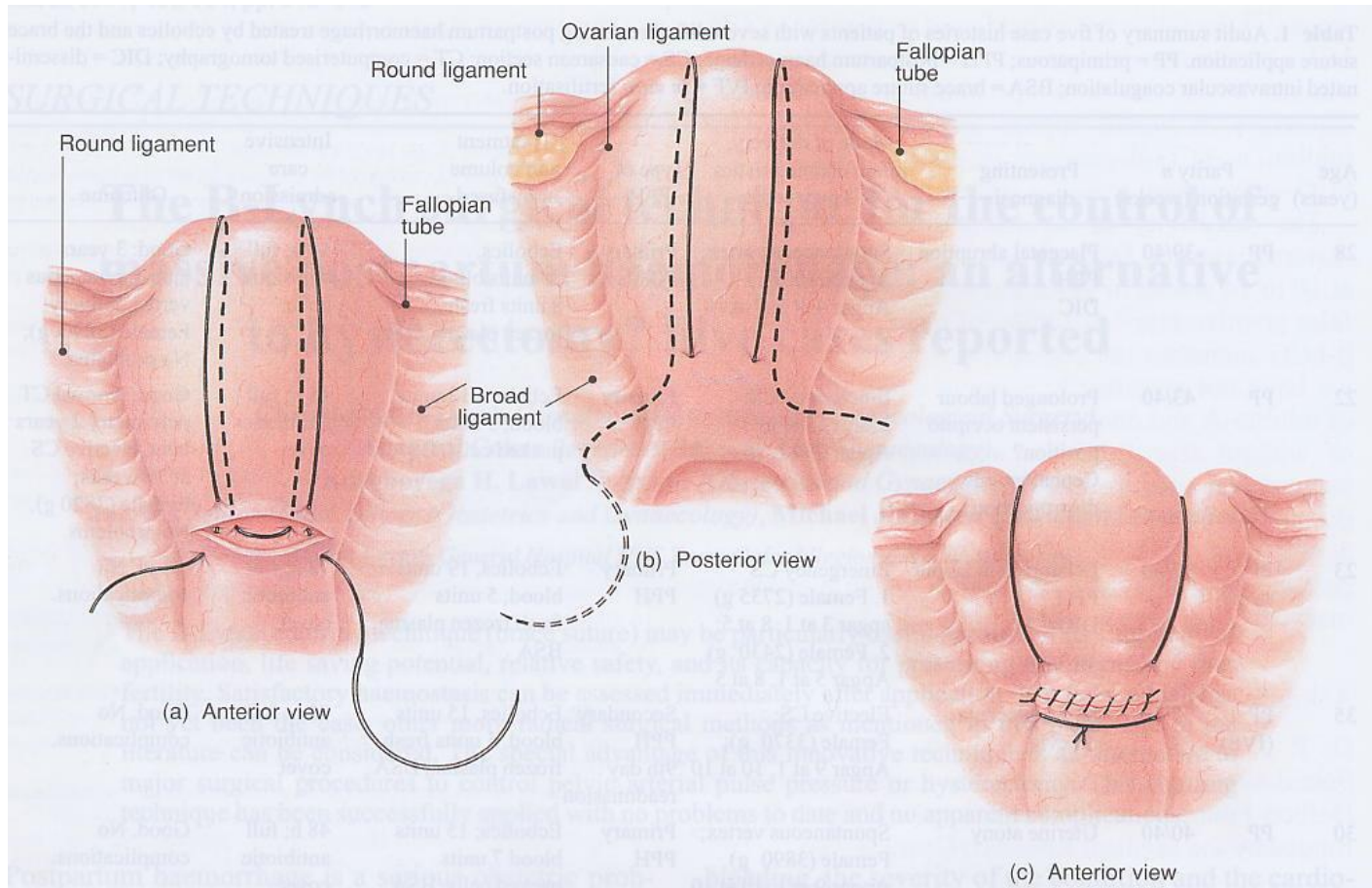


- 1-Ligatures artérielles
  - Utérines étagées
  - Multiples
  - Hypogastriques
- 2- Capitonage
  - B Lynch
- 3- Hystérectomie subtotale interannexielle

# Traitement chirurgical de l'inertie utérine

## sutures hémostatiques

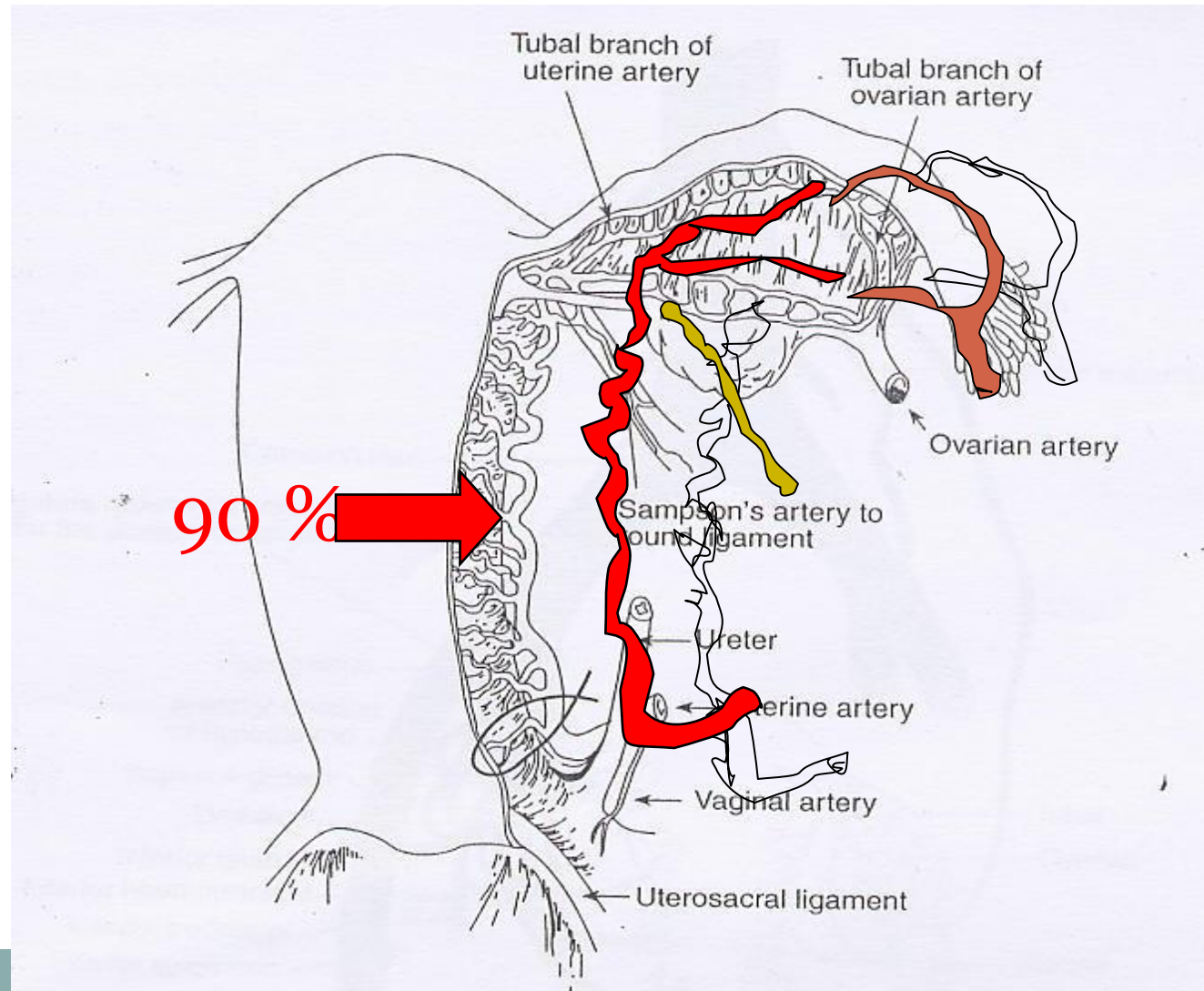
*B-Lynch C 1997 (n = 5)*





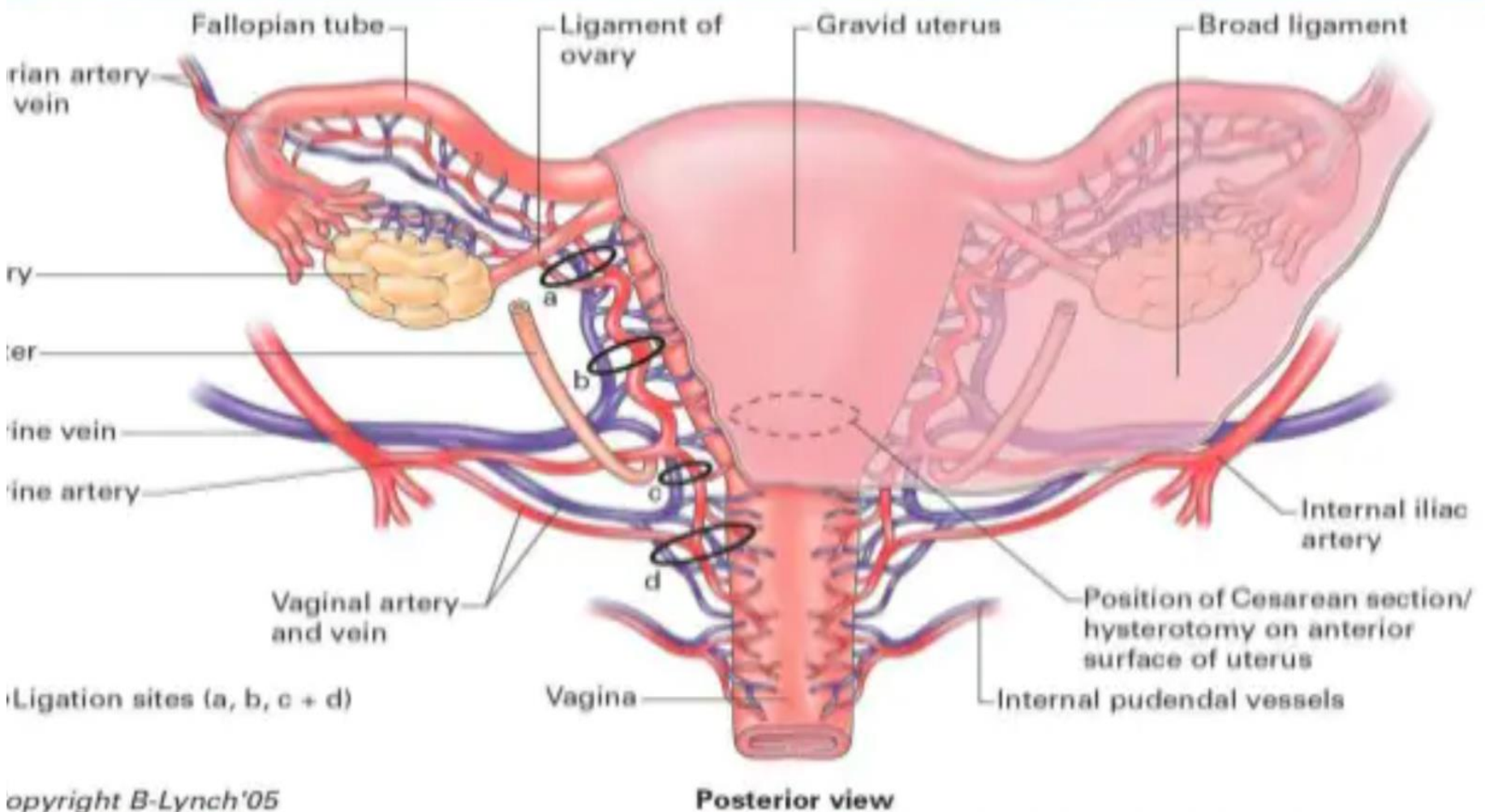
# Vascularisation utérine

*Pelage P. et al., J Radiol 2000; 81: 1863-72.*



75 %

# PELVIC ARTERY LIGATION- UTERINE, OVARIAN, VAGINAL & INTERNAL ILIAC ARTERY



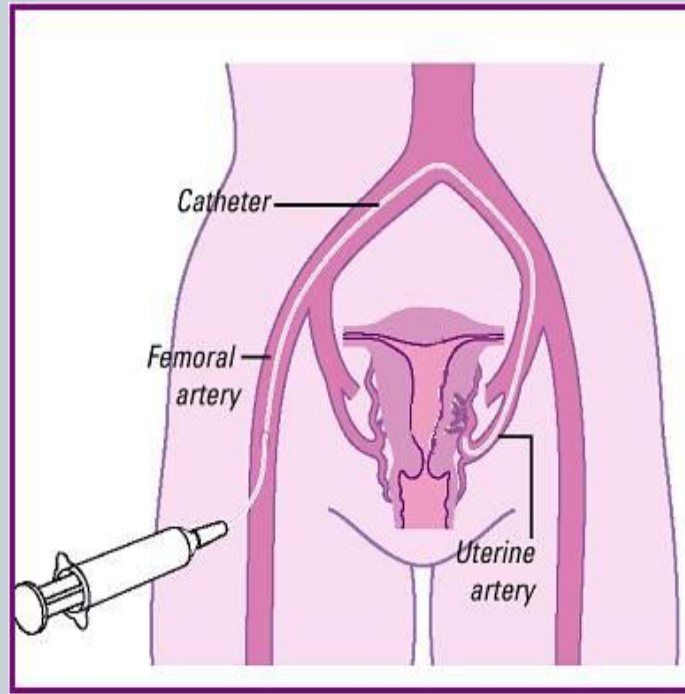
# LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

:



## ➤ *Radiologie interventionnelle :*

- ✓ *Radio- embolisation sélective des artères utérines.*



# RECOMMANDATIONS GENERALES



- Consultation d'anesthésie obligatoire
- Dépistage des situations à risque
- Bilan biologique minimal
  - Groupe et phénotype
  - Agglutinines irrégulières(<3 jours si situation à risque)

# ***LA PREVENTION :*** ++++++



- *Quantification des pertes sanguines systématique par des poches de recueil.*
- *Délivrance dirigée.*
- *Révision utérine en cas de doute de délivrance incomplète.*

# 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

# CONCLUSION



- hémorragie de la délivrance est une Urgence obstétricale et anesthésique
- « parfois évitable ... »
- NI RETARD
- NI HESITATION
- Coopération multi-disciplinaire

# Cas clinique



Tracy est une femme G1 de 33 ans qui a subi un déclenchement du travail pour une grossesse prolongée de 41 semaines et 3 jours de gestation.

Des prostaglandines ont été utilisées

pour accomplir la maturation cervicale et une perfusion d'ocytocine a été utilisée pour déclencher le travail.

La patiente a eu un travail long.

En fin de compte, le fœtus a été livré par instrumentation.

Le bébé pesait 4Kg 400 apgar 4/10 6/10 à la naissance.

La troisième étape du travail était simple.

Trente minutes plus tard,

vous êtes appelée à la salle de réveil

parce que Tracy a eu des saignements vaginaux abondants qui n'ont pas répondu au massage utérin de son infirmière.





- Quelle est la définition de l'hémorragie du post-partum?



?

. Perte de sang supérieure ou égale à 500 ml dans les 24 heures suivant l'accouchement par voie basse  
ou 1 000 ml après César-

L'HPP sévère est supérieure ou égale à 1000 ml dans les 24 heures suivant l'accouchement.

L'hémorragie primaire du post-partum survient dans les 24 premières heures, tandis que l'hémorragie secondaire survient après 24 heures.  
heures et avant 6-12 semaines suivant la livraison.



- Quels éléments de ce cas présentent des facteurs de risque d'hémorragie du post-partum ?



- Travail induit
- Travail prolongé
- Accouchement vaginal instrumentale
- Macrosomie foëtale



- Quelles sont les causes de l'hémorragie du post-partum ?



## . Atonie utérine

Tissu placentaire retenu

Traumatismes maternels/  
lacérations obstétricales

Inversions utérines

Coagulopathie maternelle (préexistante ou acquise)

Multiparité Utérus sur-distendu (multiples,  
hydramnios, macrosomie fœtale)



## 5. Quelle est la prise en charge de l'hémorragie du post-partum



?

### 1.Prévention :

- Gestion active du troisième stade du travail Ocytocine (IV ou IM)  
avec accouchement de l'épaule antérieure ou accouchement du fœtus  
Traction douce du cordon après l'accouchement du fœtus  
Soutien suprapubien de l'utérus pour éviter l'inversion tout en assurant la traction du cordon





Diagnostic de l'HPP et prise en charge :

, Évaluer le tonus de l'utérus :

- \*Massage bimanuel

- \*Utiliser des utérotoniques (ocytocine, ergonovine/méthyl-ergonovine, 15-méthyl prostaglandine F2 $\alpha$ , misoprostol)

- \*Videz la vessie, insérez le cathéter de Foley pour la surveillance des fluides

- \*Si l'utérus ne répond pas à ces méthodes,

envisager des mesures alternatives

(compression intra-utérine, chirurgie avec sutures de compression, ligature artérielle, hystérectomie)

THANK YOU

