

Délivrance normale et pathologique

D r HADDADJ

E P H A in Taya

plan

- Introduction-Définition
- Intérêt
- Délivrance normale:
 - Physiologie
 - clinique et conduite a tenir
- Délivrance pathologique :
 - Facteurs étiologiques
 - Complications de la délivrance
- Prévention
- Conclusion

introduction

- La troisième phase du travail a pour double objectif l'expulsion du placenta en dehors des voies génitales féminines ainsi que la prévention de de l'hémorragie du post partum
- l'hémorragie de la délivrance constitue une urgence obstétricale absolue ++++++
- La prise en charge de la troisième phase du travail est indiquée en prévention du risque d'hémorragie de la délivrance

Définition

- La délivrance est définie par l'expulsion du placenta et de ses annexes hors des voies génitales maternelles
- Elle constitue le dernier temps de l'accouchement
- On distingue plusieurs types :

- **Naturelle** : l'expulsion est aidée par une tierce personne
- **Spontanée** : l'expulsion du placenta se fait sous effet de la gravité ,contractions utérines reflexes et efforts maternels
- **Dirigée** : aidée par des utero toniques administrés dès dégagement de la présentation
- **Artificielle** intervention manuelle pour decoller et extraire le placenta

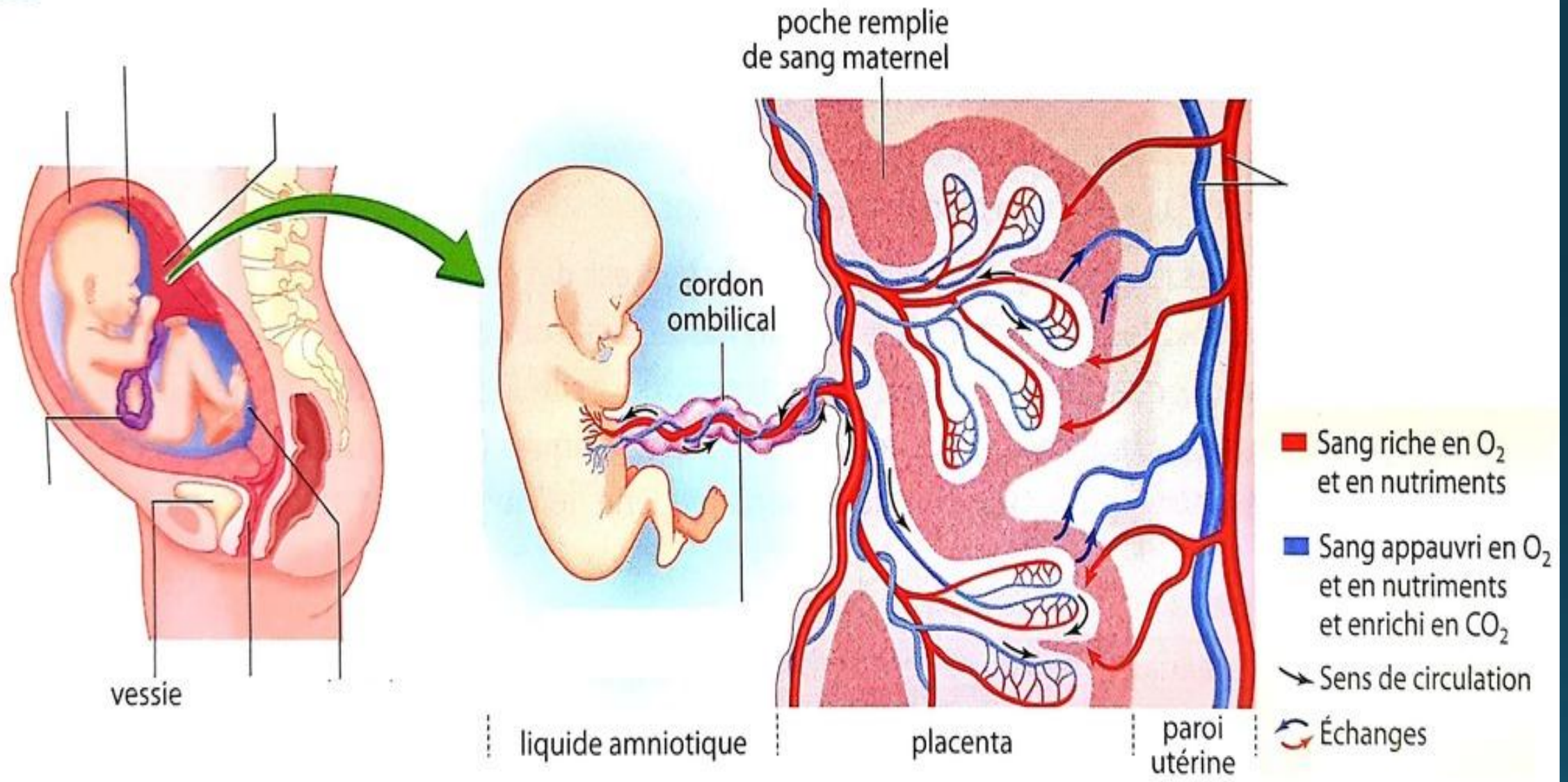
Intérêt

- Période importante de l'accouchement
- Nécessite une surveillance stricte de l'accouchée
-
- Risque accru d'hémorragie de la délivrance
-
- Morbi mortalité importante ++++
-

Délivrance normale

Rappel anatomique

- Le placenta est un organe qui permet les échanges sanguins et nutritionnels entre le fœtus et sa mère au cours de la grossesse
- Il fait partie des annexes fœtales composées du cordon ombilical ,du placenta ,des membranes amniotiques



Physiologie

- Comprend 3 phases

**Phase de décollement
Placentaire**

**Phase de migration et
d'expulsion**

Phase d'hémostase

A. Décollement placentaire

- Dure en moyenne 10 à 15 minutes

➤ **Premier temps passif** : repos physiologique et rétraction utérine

Après l'accouchement du bébé, l'utérus subit une rétraction passive responsable de :

- l'enchatonnement du placenta
- diminution de la hauteur utérine
- augmentation de l'épaisseur des parois utérines

□ Deuxième temps actif:

- Après le repos physiologique , les contractions plus intenses réapparaissent cliniquement perçues et ressenties par la femme
- Elle accentuent l'effet de rétraction et provoquent le clivage
- Ce clivage ouvrent les sinus veineux utero placentaires et forme un hématome qui termine le décollement

B-migration et expulsion

- Se fait sous l'influence des contractions utérines et du poids du placenta selon deux modes
- ❖ Mode **Baudelocque** : le placenta est expulsé par sa face foétale
Mode **Duncan**: placenta expulsé par sa face maternelle
- Une dernière contraction expulse le placenta de l'utérus vers le vagin
- Le fond utérin redescend et forme au dessus de la symphyse pubienne **le globe de sécurité +++**

C- phase d'hémostase

- Comprend 2 phénomènes:
 - ❖ Rétraction utérine puis contraction des fibres musculaires entraînant une obturation des vaisseaux utéro placentaires

Ligature vivante de PINARD

- ❖ Coagulation sanguine ou thrombose physiologique avec formation du clou plaquettaire

Clinique et CAT

- La délivrance est une période délicate qui nécessite une surveillance stricte de la mère pensant et après expulsion du placenta

Apprécier l'Etat général

La quantité de saignement

- Phase de rémission clinique :

- Cette phase correspond a la rétraction utérine
- Caractérisée par un bien être et de calme
- L'examen retrouve TA et pouls normaux

l'inspection retrouve un utérus globuleux

l'inspection de la vulve retrouve un cordon
ombilical mais peu de sang

- **Phase de migration :**

- C'est la phase durant laquelle le placenta est décollé et migre jusqu'à l'orifice cervical

Critères du décollement du placenta :

1- la position du fond utérin: après l'accouchement l'utérus se retracts et devient globuleux de consistance ferme le fond utérin est a hauteur de l'ombilic

Après le décollement le placenta occupe le segment inferieur

2- l'hémorragie physiologique :le décollement placentaire s'accompagne d'une hémorragie physiologique de faible abondance qui peut s'extérioriser a la vulve

3-glissement du cordon :ce glissement est facile a reconnaitre en utilisant une pince Kocher

4-mobilisation de l'uterus vers le haut : une main déprime la région sus pubienne ,remonte l'uterus vers l'ombilic

Si le placenta n'est pas décollé le cordon remonte avec l'uterus

Si le placenta est decollé la mobilisation ne remonte pas le cordon

- Extraction du placenta et membranes :

- ✓ Traction contrôlée sur le cordon
- ✓ La pression fundique

Après extraction du placenta on peut aider la sortie des membranes en dépliant le segment inférieur

Après délivrance du placenta s'assurer que le saignement est minime et la présence du globe utérin de sécurité

Conduite a tenir

a- Pendant la délivrance :

- Respecter le mécanisme physiologique de la délivrance
- Surveiller l'état général de la patiente
- L'écoulement vulvaire doit être surveillé
- S'assurer de la rétraction utérine par la présence du globe de sécurité

B- après la délivrance:

- Examen du délivre

Examen systématique pour s'assurer de l'intégrité de placenta



- Surveillance de la post accouchée :

- ✓ Surveillance les 2 premières heures en salle d'accouchement
- ✓ Vérifier le globe de sécurité
- ✓ Le saignement doit être minime
- ✓ Les ocytociques doivent être administrées après la délivrance pour renforcer la rétraction



Délivrance pathologique

Conditions d'une délivrance

- ✓ Muscle utérin contractile
- ✓ Un placenta normal dans sa forme dimensions et insertion
- ✓ Une coagulation efficace
- ✓ Une caduque qui se clive à la limite de ses 2 couches spongieuse et compacte
- ✓ Attitude médicale qui respecte la physiologie

Facteurs étiologiques

◆ Inertie utérine :

- Epuisement musculaire
- Surdistention utérine
- Diminution de la contractilité utérine
- **Interférence médicamenteuse**
- Dégénérescence fibreuse du myomètre

◆ Altération de la muqueuse:

- Inflammatoire
- Cicatricielle

◆ Anomalies placentaires :

- Forme
- Insertion
- taille

❖ Trouble de l'hémostase:

- Une pathologie préexistante
- Pathologie induite par la grossesse
- Traitement anticoagulant
- Urgence : CIVD

❖ Faute technique :

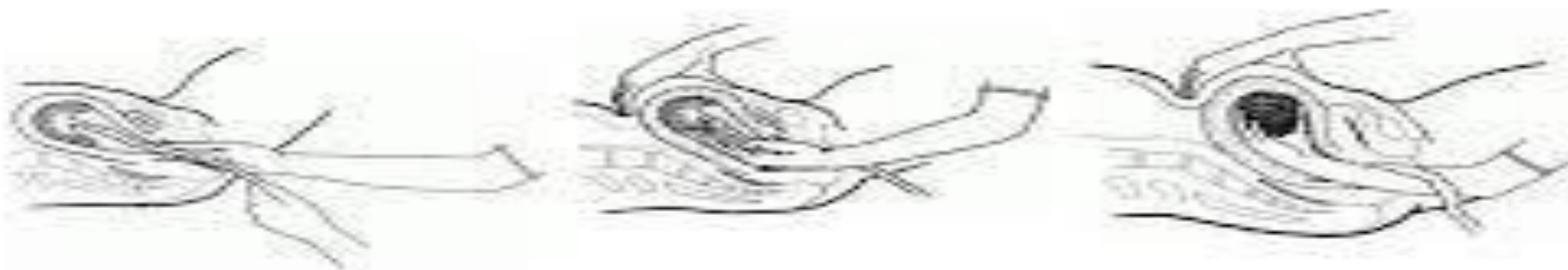
- Tentative de délivrance prématurée

A-Rétention placentaire

- Anomalie de la délivrance
- L'utérus n'étant pas vide ; la rétraction utérine ne pourra se faire
- Elle peut être totale ou partielle
- Totale: absence de délivrance spontanée complète dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement ce qui nécessite une délivrance artificielle

B

- Délivrance artificielle : extraction manuelle du placenta hors de l'utérus.



- Partielle: délivrance incomplète avec rétention d'un fragment placentaire nécessitant une révision utérine
- intérêt de l'examen du délivre +++++

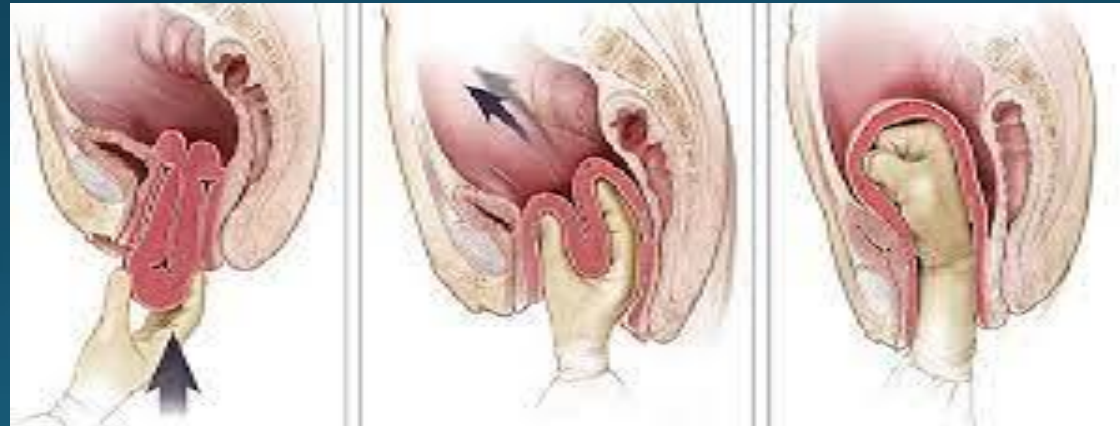


B- inertie utérine

- C'est la cause la plus fréquente de l'hémorragie de délivrance
- urgence obstétricale absolue
- Plusieurs facteurs favorisants

C- inversion utérine

- Extériorisation de l'utérus a travers la vulve en doigt de gant
- CAT: réduction manuelle + perfusion d'ocytocine



Traitement

- Traitement médical : administration d'ocytocine en IM ou en perfusion
- Traitement obstétrical : délivrance artificielle suivie d'une révision utérine
- Massage utérin: mouvements circulaires fermes sur le fond utérin

Conclusion

- La délivrance est une étape importante de l'accouchement étape qui nécessite une surveillance stricte avec respect de ses étapes
Pour éviter le risque hémorragique
- S'assurer de la présence du globe de sécurité témoin d'une bonne rétraction utérine
- L'hémorragie de délivrance est une urgence obstétricale extrême
-