

ITEM 30 : ACCOUCHEMENT, DELIVRANCE ET SUITES DE COUCHE

ACCOUCHEMENT NORMAL

- **Accouchement** = expulsion du fœtus et des annexes (placenta, liquide amniotique et membranes)
- **Accouchement eutocique** = accouchement abouti par la seule influence des phénomènes naturels
- **Accouchement dystocique** = accouchement entraînant des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par voie basse

Anatomie	Bassin osseux	Bassin osseux = principale obstacle : doit avoir des dimensions normales - Evaluation clinique du bassin en dernière partie de grossesse - Pelvi-scanner (sauf diamètre oblique) indiqué si : . Présentation en siège . Antécédent de fracture du bassin ou de rachitisme . Rétrécissement clinique du bassin
		Détroit supérieur = Plan de l'engagement : limité en avant par le bord supérieur de la symphyse pubienne, en arrière par le promontoire et latéralement par les lignes innominées - Axe oblique en arrière et en bas : vise l'interligne sacro-coccygien - Diamètre promonto-rétro-pubien : bord supérieur de la symphyse > promontoire = 105 mm - Diamètre transverse médian : à mi-distance du pubis et du promontoire = 120 mm - Diamètres obliques : articulation sacro-iliaque > pubis = 120 mm → Indice de Magnin = diamètre promonto-rétro-pubien + transverse médian ≥ 230 mm
		Excavation pelvienne = Zone de descente et de rotation : entre le détroit supérieur et le détroit inférieur, limité en arrière par le sacrum, en avant par la symphyse et latéralement par l'os iliaque - Détroit moyen : zone de rétrécissement du aux épines sciatiques, à l'union du tiers inférieur et du tiers supérieur - Diamètre bi-épineux ou bi-sciatique = 100-110 mm
		Détroit inférieur = Plan du dégagement : limité en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne, en arrière par le sommet du coccyx et latéralement par les branches ischio-pubiennes, les tubérosités ischiatiques et les grands ligaments sacro-sciatiques - Diamètre bi-ischiatique = 120 mm
	Bassin mou	= Tube ouvert en haut et en avant, distensible, en forme de boutonnière médiane antéro-postérieure - Vagin et diaphragme pelvi-périnéal profond (releveur de l'anus, muscles ischio-coccygiens, ligament sacro-sciatique) et superficiel (muscles du périnée superficiel)
Etapas	Mobile foetal	Présentation = partie du corps du fœtus entrant en contact avec le détroit supérieur → 1 ^{ère} partie du corps à s'engager dans l'excavation pelvienne - Présentation céphalique = du sommet (95%) : présentation normale en fin de grossesse (tête fœtale de forme ovoïde dont la petite extrémité = menton, et la grande extrémité = occiput) - Présentation caudale = du siège (4%) : . Siège complet : jambes en 1 ^{ère} . Siège décompleté : fesses en 1 ^{ère} , jambes repliés - Présentation transverse : présentation de l'épaule → indication de césarienne Palpation abdominale : type de présentation fœtale (palpation du pôle céphalique, dos, épaule...) TV : repères osseux en cas de présentation céphalique, notamment la fontanelle postérieure (lambda) - Dimensions de la tête fœtale : sous-occipito-bregmatique = 9.5 cm / sincipito-mentonnier = 13.5cm / occipito-frontal = 12 cm / sous mento-bregmatique = 9.5cm / sous-occipito-frontal = 11 cm / Bipariétal = 9.5 cm / Bitemporal = 8 cm
	Perte du bouchon muqueux	- Perte du bouchon muqueux (inconstante) : écoulement de glaires épaisses et brunâtres par la vulve - Entrée en travail = . Apparition de contractions utérines rapprochées, régulières et douloureuses . Modifications du col : se raccourcit (effacement) et s'ouvre (dilatation complète = 10 cm) - 1 ^{ère} étape : début du vrai travail → fin de dilatation du col = dure 6 à 18h (primipare) ou 2 à 10h (multipare) - 2 ^e étape : fin de dilatation du col → naissance de l'enfant = dure 6 à 18h (primipare) ou 2 à 10h (multipare) - 3 ^e étape : naissance de l'enfant → expulsion du placenta = dure 5 à 30 minutes - 4 ^e étape : délivrance → stabilisation des constantes maternelles = dure 2h
Etapas	Poche des eaux	- Formée par les membranes découvertes lors de la dilatation du col - Rupture : . Avant le travail = prématurée . Sans intervention extérieure pendant le travail = spontanée . Provoquée volontairement pendant le travail = artificielle - Tempestive si produite à dilatation complète ou intempestive si produite avant dilatation complète

1 ^{ère} phase	<p>= Modification du col selon la courbe de Friedman : se raccourcit, se centre, se ramollit et s'ouvre progressivement jusqu'à dilatation complète (10 cm)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Phase de latence jusqu'à 5-6 cm : lente, peut durer plusieurs heures (en moyenne 8h si primipare ou 5h si multipare) - Phase active jusqu'à 10 cm : dilatation > 1 cm/heure (primipare) ou > 1,5 cm/h (multipare), doit durer au maximum 6h (pathologique si dilatation < 1cm/4h de 5 à 7cm et < 1cm/2h de 7cm à dilatation complète) <p>→ La rupture de la poche des eaux est recommandée quand la dilatation dépasse > 6 cm si la présentation est engagée</p>
2 ^e phase	<p>= Progression du fœtus → de la dilatation complète à la naissance, durée ≈ 2h normalement</p>
	<p>Engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> = Franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation - Engagement par l'aire du détroit supérieur la plus large = diamètres obliques - 4 positions d'engagement = selon la position de l'occiput : occipito-iliaque gauche antérieure (OIGA, 57%), droite postérieure (OIDP, 33%), gauche postérieure (ODGP, 6%) ou droite antérieure (OIDA, 4%), transverse gauche/droite (OIGT ou GT) → Au TV : palpation des fontanelles lambda (petite, postérieure) et bregma (grande, antérieure) - Accommodation de la tête fœtale : flexion, orientation en oblique ± asynclitisme (inclinaison latérale) et déformations plastiques - Palpation des épines sciatiques : la tête fœtale est engagée lorsque le pôle céphalique est à hauteur des épines sciatiques (niveau 0) → niveaux -1 à -5 si au dessus et niveaux +1 à +5 en dessous - Palpation abdominale : la tête fœtale est engagée si on ne peut pas placer 2-3 doigts (signe de Le Lorier) ou < 7 cm (signe de Favre) entre l'épaule antérieure du fœtus et le bord supérieur du pubis - TV : <ul style="list-style-type: none"> . Signe de Farabeuf : seulement 2 doigts peuvent être placés entre le pôle céphalique fœtal et le plan sacro-coccygien . Signe de Demelin : lorsque l'index introduit perpendiculairement bute contre la présentation
	<p>Descente et rotation</p> <ul style="list-style-type: none"> = Descente dans l'excavation pelvienne jusqu'au détroit inférieur, avec un mouvement de rotation pour passer d'un engagement en position oblique ou transverse à une présentation verticale - Occipito-pubienne : <ul style="list-style-type: none"> . Après une rotation de 45° pour les présentations antérieures : dans le sens horaire pour l'OIGA et antihoraire pour l'OIDA . Après une rotation de 135° pour les présentations postérieures : dans le sens horaire pour l'OIDP et antihoraire pour l'ODGP → 3% des présentations postérieures tournent à 45° : position occipito-sacrée
3 ^e phase	<p>Dégagement</p> <ul style="list-style-type: none"> = Sous l'action des contractions utérines, renforcées par les efforts de poussée abdominale - Après la descente, la tête fœtale appuie sur le périnée → déclenche une envie de pousser - Distension du périnée postérieur puis du périnée antérieur - Dégagement de la présentation (autour d'un point fixe sous-symphysaire) en occipito-pubienne (OP) ou sacrée (OS) - Après dégagement de la tête : vérifier l'absence de circulaire du cordon au niveau du cou - Engagement des épaules selon un axe oblique ou transversal (alors que la tête est vertical) : l'accoucheur doit leur donner un axe vertical pour franchir le détroit inférieur → traction vers le bas (dégagement de l'épaule antérieur) puis vers le haut (dégagement de l'épaule postérieur) → Le temps d'extraction des épaules ne doit pas dépasser 45 secondes ± Épisiotomie : incision périnéale à 45° pour prévenir les lésions traumatiques du périnée → Les efforts expulsifs ne doivent pas dépasser 20 minutes
	<p>Délivrance</p> <ul style="list-style-type: none"> = Expulsion du placenta et des membranes : délivrance naturelle, dirigée (5 UI d'ocytocine IV) ou artificielle (à la main, sous AL ou AG) - Décollement par reprise des contractions utérines : apparition de métrorragies, déroulement du cordon à la vulve → la pression utérine sus-pubienne ne fait pas remonter le cordon - Expulsion : sous l'action des contractions utérines et des efforts expulsifs maternels → extraction par manœuvre douce (abaissement du fond utérin vers le bas) - Hémostase par rétraction utérine : contraction et oblitération des vaisseaux utérins → globe utérin, optimale seulement si l'utérus est complètement vide <p>- Examen des membranes (intégrité, vaisseau accessoire), du cordon ombilical (1 veine et 2 artères) et du placenta (face fœtale = cordon et face maternelle = cotylédon)</p> <p>- Révision utérine : si placenta ou membrane incomplets ou systématique après délivrance artificielle</p> <p>→ Après toute délivrance artificielle ou révision utérine : prévention de l'endométrite par antibioprophylaxie</p> <p>- Risque d'hémorragie de la délivrance → la délivrance ne doit pas durer plus de 30 minutes</p> <p>- Prévention de l'hémorragie de la délivrance par administration prophylactique d'ocytocine 5 ou 10 UI ou APO en IVL voire IM → réduit de moitié les hémorragies du post-partum +++</p>

Surveillance	En début de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation en salle d'accouchement, repos, pose d'une VVP - Surveillance de la vidange vésicale pendant tout le travail ± sondage évacuateur si besoin (anesthésie péridurale : risque de globe vésical, nécessitant une césarienne) 	
		C	<ul style="list-style-type: none"> - Interrogatoire (grossesse, suivi, antécédents), lecture du dossier obstétrical, calcul du terme exact - Prise des constantes (pouls, TA, température) - Palpation abdominale avec mesure de la hauteur utérine - TV toutes les 30 minutes à 1h : présentation, caractéristiques du col et du bassin
		PC	<ul style="list-style-type: none"> - Vérification du groupe sanguin et Rh + mise en réserve de culots globulaires - Vérification des sérologies et de la NFS et bilan d'hémostase
	Pendant le travail	Bien-être fœtal	<ul style="list-style-type: none"> - Electro-cardio-tocographie en continu - Mesure du RCF par un électrode de scalp lors de l'accouchement (contre-indiqué en cas de risque infectieux : VIH, VHC, VHB) - En cas de rupture des membranes : liquide amniotique normalement clair et transparent → témoin d'une souffrance fœtale si méconial, verdâtre
		Evolution du travail	<ul style="list-style-type: none"> - TV horaire : surveillance des modifications cervicales (en 1^{ère} partie) puis de la descente et de la présentation (en 2^e partie) → noté sur le partogramme - Surveillance des contractions utérines : possibilité d'augmenter la régularité et l'intensité des contractions par injection IV d'ocytocique (Syntocinon®)
	Analgésie	- Anesthésie péridurale mise en place au début du travail : ↘ la douleur en gardant les efforts expulsifs	
Complication	A la naissance	<ul style="list-style-type: none"> - Recueil des pertes sanguines: dépistage des hémorragies post-partum → seuil d'alerte = 500 mL - Nouveau-né : pH artériel et veineux ombilicales, poids, score d'Apgar (vitalité) 	
	Dystocie des épaules	<ul style="list-style-type: none"> = Epaule (généralement antérieure) coincée derrière la symphyse pubienne : - FdR : obésité, diabète gestationnel, bébé de sexe masculin, terme de l'accouchement, durée du travail, extraction instrumentale, macrosomie, antécédent de dystocie - Risques : fracture de clavicule, lésion du plexus brachial - TTT : • Manœuvre de Mac Roberts : mère en hyper-flexion des cuisses → hyperpression sus-pubienne • En cas d'échec : manœuvres obstétricales (Wood inversée, Jacquemier...) 	
	Procidence du cordon	<ul style="list-style-type: none"> = Sortie du cordon avant le bébé : compression du cordon par la tête → risque d'arrêt des échanges - TTT : repousser la tête du fœtus et la maintenir, ne pas essayer de réintégrer le cordon → césarienne 	
	Circulaire du cordon	<ul style="list-style-type: none"> = Enroulement du cordon autour du cou - TTT : faire glisser autour du thorax si circulaire lâche ou couper entre 2 pinces Kocher si serrée 	

ACCOUCHEMENT INOPINÉ

Accouchement inopiné : souvent eutocique et très rapide → jugé **imminent** si estimation d'accouchement dans l'heure

- Appel : faire préciser la date prévue du terme (si accouchement prématuré → **SAMU pédiatrique**), la parité (travail plus rapide si parité élevée), l'horaire de survenue des contractions régulières, la durée des contractions, l'intervalle de temps entre, la sensation d'une envie de pousser (imminence de l'accouchement) et la rupture de la poche des eaux
- Sur place : **TV** pour évaluer les modifications du col et l'état d'avancement du travail
- Dans tous les cas : organiser le **transfert vers la maternité** la plus proche

Déroulement	Installation	<ul style="list-style-type: none"> - Patiente en travers du lit avec mise en place de plusieurs épaisseurs de draps, pose d'une VVP si possible - Matériel : compresses, fil, ciseaux + table basse avec draps pour installer l'enfant
	Diriger les efforts expulsifs	<ul style="list-style-type: none"> = Rassurer et accompagner l'accouchement : - Apprendre à pousser - Surveiller le bien être fœtal entre les contractions si possible au stéthoscope obstétrical - Surveiller le périnée → épisiotomie si besoin - Freiner la tête fœtale au moment du dégagement → rotation de restitution spontanée pour ramener l'occiput dans le prolongement du dos → appliquer une traction vers le bas pour dégager l'épaule antérieure puis vers le haut pour l'épaule postérieure → dégagement du siège
	1 ^{er} soins néonataux	<ul style="list-style-type: none"> - Couper le cordon ombilical : ligature au fil ou clampage et couper entre 2 nœuds - S'assurer de la liberté des voies respiratoires - Eviter l'hypothermie néonatal : sécher l'enfant, le couvrir de draps chauds - Calcul du score d'Apgar à 1, 5 et 10 minutes de vie
	Délivrance naturelle dirigée	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer du décollement placentaire (manœuvre de refoulement utérin/déplissage du segment inférieur) → ne pas tirer sur le cordon si le placenta n'est pas décollé - Empaumer le fond utérin et pousser vers le bas pour chasser le placenta - Recueil du placenta : à 2 mains, en le vrillant sur lui-même, dans un plateau pour le conserver - S'assurer de la bonne rétraction utérine (globe utérin), perfusion 10 UI d'ocytocique IV

Complication	Présentation du siège	- S'abstenir de réaliser des manœuvres obstétricales intempestives - Attendre l'expulsion spontanée en disposant un plan recouvert de linge sous le périnée
	Hémorragie de la délivrance	- Mise en place d'une 2 ^e VVP et perfusion de soluté macromoléculaire, SAD si possible - Délivrance artificielle (si la délivrance n'a pas eu lieu) et révision utérine , sous analgésie - Massage doux de l'utérus et perfusion d'agent ocytocique (10 UI de Syntocinon) - Transfert en urgence vers le centre le plus proche avec surveillance rapprochée

POST-PARTUM		
Suites de couches normales	<div>= Période allant de l'accouchement jusqu'au retour de couches (retour des règles)</div> <div>- Risques de complications : hémorragie, infection, thrombo-embolie, psychiatrique → surveillance</div>	
	Physiologie	<div>- Utérus : involution utérine → retrouve ses dimension et caractéristiques habituelles en 2 à 3 mois</div> <div>- Col : fermeture de l'orifice interne vers 10 jours et de l'orifice externe vers 15-20 jours</div> <div>- Lochies : écoulement glairo-sanglant d'origine utérine, persistant environ 3 semaines (arrêt vers J10)</div> <div>- Vagin/vulve : reprise d'une dimension normale, cicatrisation d'éventuelle déchirure/épisiotomie</div> <div>- Périnée : récupération de la tonicité, cicatrisation si lésion</div> <div>- Glande mammaire : montée laiteuse dans les 3 premiers jours suivant l'accouchement</div> <div>- Cycle menstruel :</div> <div>. Reprise d'un cycle à J25-J45 → retour de couches 15 jours après = 6 à 12 semaines</div> <div>. 1^{er} cycle ovulatoire dans 5 à 10% des cas</div> <div>. Retardé par l'allaitement : généralement < 4 à 6 mois</div> <div>- Biologie : normalisation progressive → l'hypercoagulabilité persiste pendant le 1^{er} mois</div>
	Post-partum immédiat = 2h	<div>= Surveillance pendant au moins 2h, patiente à jeun et perfusée</div> <div>- /30 minutes :</div> <div>. Constantes : PA, température, pouls</div> <div>. Vérification du globe utérin : rétraction de l'utérus en dessous de l'ombilic</div> <div>. Surveillance des saignements avec expression utérine (pression du fond utérin à la recherche d'un éventuel saignement persistant)</div> <div>- Allaitement maternel dans l'heure suivant la naissance</div> <div>- Surveillance de la miction spontanée ou sondage évacuateur avant retour en chambre</div>
	Hospitalisation en suites de couche = 3 à 5 jours	<div>J1</div> <div>- Prévention des accidents thromboemboliques : lever précoce, port de bas de contention ± anticoagulation préventive</div> <div>- Surveillance : pouls, TA, température, globe utérin, lochies, qualité des mictions et du transit, palpation des mollets, examen des seins et mise en route de l'allaitement</div> <div>- Bio : NFS (à J2), bilan de coagulation → anémie, trouble de l'hémostase</div> <div>- Si mère Rh- et nouveau-né Rh+ : injection maternelle de gamma globulines anti-D dans les 72h suivant l'accouchement</div>
		<div>J2 à J5</div> <div>- Surveillance identique avec NFS à J2</div> <div>- Evaluation de l'état psychique</div> <div>- Montée laiteuse vers le 3^e jour (fréquemment accompagnée d'un fébricule à 38°C)</div> <div>- Vaccination anti-rubéole si sérologie rubéoleuse maternelle négative</div>
Post-partum tardif	<div>→ Hospitalisation possible jusqu'à 12^e jour pour la Sécurité sociale</div> <div>Evolution normale :</div> <div>- Involution utérine sur 2-3 mois, fermeture de l'orifice interne du col en 10 jours, et de l'orifice externe en 15 jours.</div> <div>- Lochies pendant 10 jours, reprise de l'activité sexuelle</div> <div>- Retour de couche vers le 45^e J (si pas d'allaitement) / 4-6 mois si allaitement / 6 S après l'arrêt de l'allaitement</div> <div>Consultation post-natale obligatoire à 6-8 semaines : examen gynéco et clinique, cicatrisation vulvaire et périnéale, évaluation psychique, adapter la contraception, FCU si besoin</div> <div>Proposer une rééducation abdomino-périnéale (10 séances) : non systématique, uniquement en cas d'incontinence urinaire persistante à 3 mois ou d'incontinence anale</div> <div>→ Aucune efficacité de la rééducation systématique en prévention des prolapsus et dyspareunie</div> <div>Vaccinations :</div> <div>- Anti-rubéolique si séronégative, anti-varicelleuse si aucun atcd ± séronégative,</div> <div>- Anti-coqueluche si dernier vaccin > 10 ans (+ entourage de l'enfant)</div>	

	Post-partum tardif	Contraception du post-partum : - Méthode non médicalisée : Ogino et Knaus, Bilings, allaitement (MAMA) - Méthode barrière - Méthode médicalisée : . DIU : à partir de 4 semaines post-accouchement (HAS 2019) . OP après 3 mois que la femme allaite ou non (HAS 2019 : si allaitement : pas recommandés dans les 6 mois post-accouchement ; pas d'allaitement : à partir de 42J post-accouchement (21 jours selon OMS)) . Micro progestatif / Implants : à partir de 21 jours (HAS 2019) Prévention thrombo-embolique : bas de contention pendant 6 semaines si AVB ou 6 mois si césarienne ± anticoagulation préventive pendant l'hospitalisation	
Prévention thrombo-embolique	Risque majeur	- Atcd de MTEV multiples - Thrombophilie traitée au long cours	- AVK pendant > 3 mois - Bas de contention
	Risque élevé	- Atcd de MTEV idiopathique - Thrombophilie symptomatique - Atcd de MTEV en cours de grossesse ou sous oestroprogestatif	- HBPM prophylactique forte pendant 6 à 8 semaines - Bas de contention
	Risque modéré	- Atcd de MTEV avec FdR temporaire - Thrombophilie biologique - Césarienne en urgence ou avec chirurgie pelvienne majeure associée - Présence de ≥ 3 FdR de risque faible	- HBPM prophylactique faible pendant 6 à 8 semaines (ou moins si risque modéré bas) - Bas de contention
	Risque faible	- < 3 FdR: - Age > 35 ans - Alitement strict prolongé - Hémorragie du post-partum - Maladie thrombogène sous-jacente (sd néphrotique, MICI) - Césarienne - Multiparité > 4 - Prééclampsie - Obésité - Varices - HTA	- Bas de contention - Aucun anticoagulant