

Délivrance normal et pathologique

Dr A.Skander

I. Objectifs

II. Définition

III. Physiologie de la délivrance normale

IV. Les conditions pour une délivrance normal

V. Délivrance pathologique :

- 1. noise rétention placentaire**
- 2. hémorragie de la délivrance**
- 3. inversion utérine**

VI. Prise en charge devant une hémorragie de la délivrance.

I. Objectifs :

- connaître les étapes de la délivrance**
- savoir détecter les anomalies de la délivrance à temps et surtout les prévenir**
- codifier la conduite à tenir devant une hémorragie de la délivrance**

II. Définition :

La délivrance est la sortie du placenta et les annexes

Hors des voies génitales maternelles, c'est la 3^{ème} étape de l'accouchement.

On distingue :

Délivrance normale spontanée :expulsion sous le simple effet de la gravité, des contractions musculaires réflexes du périnée et des efforts maternels(pasd'aideexterne).

Délivrance normale naturelle: extraction du placenta ayant migré par manœuvre externe simple d'une tierce personne

Délivrance dirigée : sous syntocinon.

Délivrance artificielle: délivrance manuelle.

III. La physiologie de la délivrance :

- **le décollement placentaire :**

Sous l'effet des contractions intérim et après l'accouchement de l'enfant virgule se produit un clivage qui ouvre les sinus venu, déterminant une hémorragie pour moi un hématome Inter utéro placentaire physiologique.

- **La migration placentaire :**

Après le décollement du placenta, ce dernier va migrer en bas vers la figure génitale, aidé par les contractions utérines

- **Expulsion hors du vagin :**

C'est la sortie du placenta hors du corps maternel.

IV. Les conditions pour avoir une délivrance normale :

- Un muscle utérin avec une bonne activité contractile
- Une caduque se clivant entre les 2 couches spongieuses et compacte
- Un placenta avec une insertion normale
- Une coagulation normale
- Une conduite médicale adéquate

V. Délivrance pathologique de poids

1. Rétention placentaire complète ou partielle
2. Les hémorragies de la délivrance
3. L'inversion utérine (exceptionnelle)

Facteurs étiologiques :

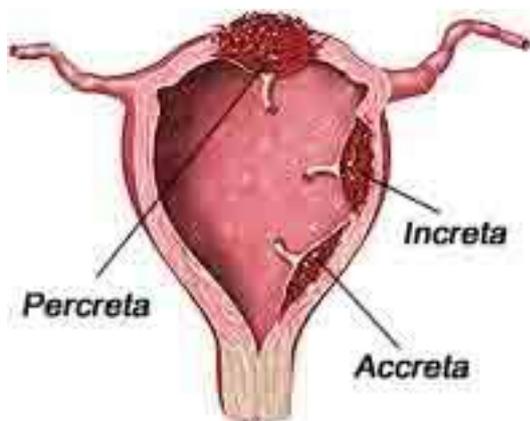
- Anomalie de la fonction contractile et rétractile du muscle utérin : inertie utérine
- épuisement du muscle utérin entre un travail prolongé
- surdistension utérine devant Hydramnios, grossesse multiple, gros enfants
- anomalie du myomètre
- trop jeunes : colite récente
- anesthésie prolongée

Altération de la muqueuse mycose utérin :

- Endométrite
- Curetage
- Chirurgie endo-utérine
- Césarienne
- RPM rupture prématurée des membranes

Anomalie placentaire :

- Taille : gros placenta
 - Forme : placenta étalé (Macrosomie et grossesse gémellaire) placenta en 2 partie (placenta bipartita)
 - Insertion : placenta prævia , placenta accreta (placenta anormalement pénétrant la patiente utérine, placenta increta allant jusqu' au myomètre , percreta : dépassant la serveuse utérine et pouvant envahir d'autres organes (vessie ou colon)
- Nb :Placenta accreta = délivrance impossible (hystérectomie d'hémostase le plus souvent)



Anomalie de la coagulation :

- **Pathologie chronique** : pré existantes avant la grossesse
thrombopénie, déficit en facteur de de configuration :
maladie Will Vilbrand , hémophilie ...
- **Pathologie induite par la grossesse** : HELLP syndrome
près éclampsie , SHAG : stéatose hépatique aiguë
gravidique, entraînant des CIVD.
- Iatrogènes : héparine, aspirine
- Urgence inattendue : hématome rétro placentaire HRP,
embolie amniotique, coagulation intravasculaire
disséminée CIVD

Erreur technique :

- Délivrance d'ériger trop tardivement
- Traction sur le cordon ombilical
- Expression utérine avant le décollement placentaire

1. Rétention placentaire :

Définition :

- **A. rétention partielle** : délivrance incomplète,
persistance d'un fragment placentaire et/ou de

membranes en intra utérin, le diagnostic se fait après examen du délivre.

- **B. Rétention complète** : La délivrance nous ce fait pas dans les délais normaux on peut aller jusqu'à 30 minutes après L'accouchement, En général par non décollement du placenta.

Matériel	Anesthésie	Indications
<ul style="list-style-type: none"> • Des champs propres • Un liquide pour nettoyer la vulve : <i>Bétadine</i> • Une paire de gants stériles 	<ul style="list-style-type: none"> • Générale • Péridurale si déjà faite • Sans, si urgence extrême 	<ul style="list-style-type: none"> • Rétention placentaire totale ou partielle • Hémorragie de la délivrance
<ol style="list-style-type: none"> 1 Réaliser l'asepsie des mains et mettre les gants. 2 Réaliser l'asepsie de la vulve. 3 Introduire la main droite repliée dans le vagin puis l'utérus pour la délivrance artificielle ou la révision utérine (a). Introduire la main gantée dans les voies vaginales, suivre le trajet du cordon (b). 4 La main droite étant introduite dans les voies génitales et l'utérus, empaumer le fond utérin avec la main gauche et abaisser le fond utérin vers le pubis (c). 5 Repérer l'insertion placentaire (d) puis décoller le placenta à l'aide du bord cubital de la main (e). 6 Ramener le placenta dès qu'il est décollé. 7 Révision utérine : réintroduire la main dans l'utérus pour vérifier qu'il ne reste plus rien. On sent bien la zone d'insertion placentaire qui est rugueuse. 8 Masser le fond utérin avec la main gauche pour sentir la contraction, le muscle devient ferme et dur. 9 Faire injecter le Syntocinon en i.v. direct ou démarrer la perfusion de Syntocinon. 		

Traitement : Obstétricale : délivrance artificielle
, après anesthésie aseptique : La main de l'opérateur
introduite dans l'utérus pour extraire le placenta

Médical : perfusion du taureau tonique : au cytosine

2. Hémorragie de la délivrance :

- **Définition** : hémorragie d'origine utérine,
survenant dans les **24h** suivant l'accouchement
et dont les pertes sanguines dépassent **500 ml**.

NB : Première cause de mortalité maternelle

Pour une délivrance normale on doit avoir

- Délivrance complète sortie de tout le placenta
et Les membranes .
- vacuité utérine : utérus vide
- bonne rétraction utérine
- Coagulation sanguine normale

**toute anomalie d'une ou de plusieurs de ces
conditions conduit vers le hémorragie de la
délivrance.**

Réflexe : éliminer d'emblée une hémorragie du post partant HPP : lésions cervico vaginales.

VI. Prise en charge thérapeutique :

- Réanimation et prise en charge obstétricale en simultané (en même temps)
- 2 voies d'abord
- Groupe sanguin , demande de sang.
- Bilan : NFS , bilan d'hémostase, urée, créatinine ...
- Révision utérine
- Examen sous valve : du col utérine et toi vagin à la recherche d'une déchirure. Vérifier l'épisiotomie
- Perfusion d'ocytocines.
- Massage utérine externe, à travers le ventre de la mère, pour stimuler le muscle utérin.
- Surveillance des paramètres vitaux : pouls et tensions artérielle (scop)

Si après tout cela persistance de l'hémorragie (après avoir éliminer une déchirure du col ou du vagin) , malgré ces 1 ères gestes le plus souvent le diagnostic d'inertie utérine est posé.

Admettre la patiente dans un bloc opératoire pour une laparotomie,

Nb : transportée sur un brancard mieux q la chaise roulante
. un être humain en état de choc hémorragique :
saignements extériorisé ou non :

- tension artérielle basse ,
- pouls accéléré,
- froideur des extrémités

que se soit une femme enceinte ou autre , toujours ne pas le laisser en position assise ou demi assise mais allongée pour favoriser la perfusion cérébral et ne pas épuiser la pompe cardiaque .

Sous anesthésie générale,

On procède à l'exploration :

Hemoperitoine : présence de sang dans la cavité provienne.

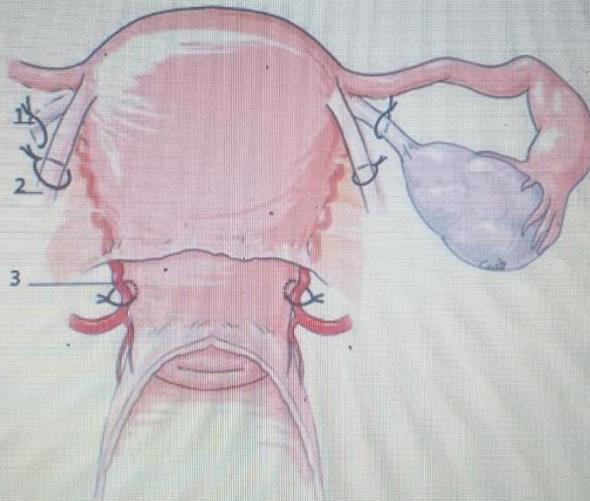
Vérifier l'intégrité de l'utérus :Rechercher une rupture utérine

Voir la consistance et la taille de l'utérus : utérus gros et mou
= inertie

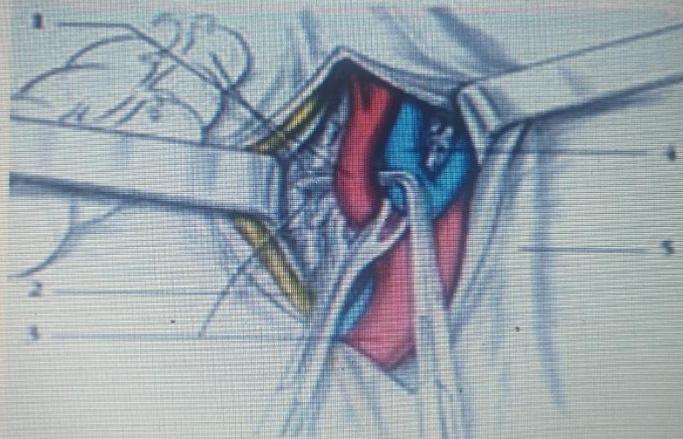
Méthodes chirurgicales :

- Triple ligature de Tsirolnikov
- Ligature des artères hypogastriques
- Plicature utérine : méthode de B. Lynch

la Triple ligature de Tsirulnikov



2/° LIGATURE DES HYPOGASTRIQUES:



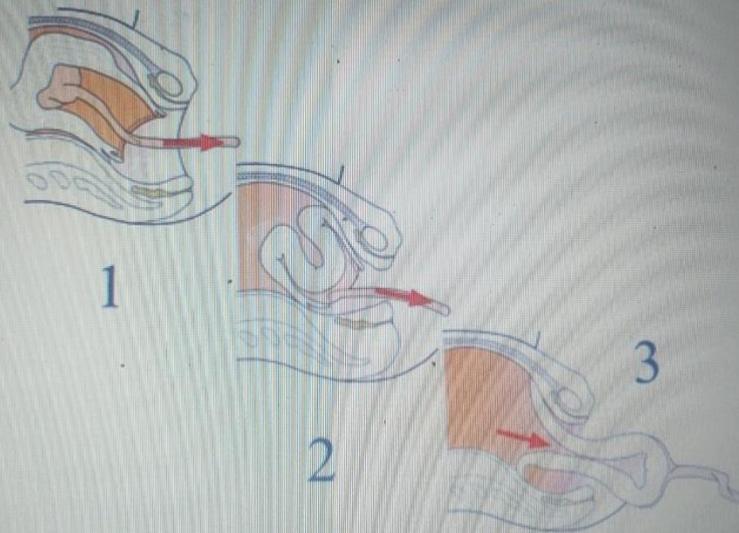
Si persistance du saignements ou (placenta accreta par exemple) , c'est l'indication de l'hysterectomie dhemostase pour sauver la mère. .

3. Inversion utérine :

Définition : extériorisation de l'utérus à travers la vulve en doigt de gant .

Conduite à tenir : réduction immédiate + perfusion d ocytocine.

3. Inversion utérine :



Conclusion : la délivrance est une étape importante de l'accouchement ,qui nécessite une surveillance strict ,avec respect de ses étapes. Pour éviter les hémorragie de la délivrance.

La bonne prise en charge des hémorragie de la délivrance **pour sauver la vie maternel.**