Question mise à jour le 11 février 2005

INSTITUT LA CONFÉRENCE HIPPOCRATE

www.laconferencehippocrate.com

La Collection Hippocrate

Épreuves Classantes Nationales

GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

Accouchement, délivrance et suites de couches normales

I-2-22

Dr Jacky NIZARD
Chef de Clinique

L'institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat des Laboratoires SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins depuis 1982. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis plus de 20 années (15 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris et en Province, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

La collection Hippocrate, élaborée par l'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate, constitue le support théorique indispensable à la réussite aux Épreuves Classantes Nationales pour l'accès au 3ème cycle des études médicales.

L'intégralité de cette collection est maintenant disponible gracieusement sur notre site **laconferencehippocrate.com.** Nous espérons que cet accès facilité répondra à l'attente des étudiants, mais aussi des internes et des praticiens, désireux de parfaire leur expertise médicale.

A tous, bon travail et bonne chance !

Alain COMBES, Secrétaire de rédaction de la Collection Hippocrate

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Accouchement, délivrance et suites de couches normales

Objectifs :

- **Expliquer les différentes phases du travail et de l'accouchement.**
- **Argumenter la conduite à tenir devant un accouchement inopiné au domicile.**
- **Argumenter la prise en charge d'une accouchée durant la période du post-partum.**

DÉFINITIONS

- L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus hors et par les voies génitales.
- L'accouchement est normal (eutocique) si :
  - il se déroule entre 37 et 41 SA (au cours du 9e mois de grossesse). Avant 37 SA et après 22 SA, si le nouveau-né est né vivant et > 500 g, c'est un accouchement prématuré (voir question « Principales complications de la grossesse : menace d'accouchement prématuré ») ; avant 22 SA, c'est une fausse couche ;
  - il n'y a pas de souffrance fœtale ;
  - il se déroule dans un délai raisonnable, entre 6 et 12 heures pour une primipare ;
  - il donne naissance à un enfant bien-portant.
- L'absence d'anomalie mécanique est indispensable au bon déroulement de l'accouchement.
  - taille et forme du bassin normales ;
  - présentation eutocique ;
  - taille du fœtus normale ou en rapport avec celle du bassin ;
  - dynamique utérine (fréquence et intensité des contractions normales) ;
  - modifications cervicales en rapport avec la progression du travail.
- Toute anomalie est appelée « dystocie ». Il y a autant de types de dystocie que d'étiologies (mécanique, dynamique, présentation…).

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

ACCOUCHEMENT NORMAL

A/ Prérequis

1. Dimensions de la filière pelvienne

● Elle doit être compatible avec les dimensions du fœtus.

a) Filière pelvienne

– C'est le petit bassin avec les parties molles qui le recouvrent.
– Le détroit supérieur :
  * limites :
    ▪ bord supérieur de la symphyse pubienne en avant,
    ▪ lignes innominées latéralement,
    ▪ promontoire en arrière,
  * Mesures :
    ▪ cliniquement : l'exploration du bassin lors des dernières consultations suit du doigt, au toucher vaginal, les limites du détroit supérieur. Si sa taille et sa forme sont normales, l'examinateur ne peut pas suivre la totalité des limites du détroit supérieur, les doigts n'atteignant pas le tiers postérieur de chaque côté. L'examen clinique est indispensable à l'appréciation subjective du bassin. Il est cependant délicat et nécessite un opérateur entraîné,
    ▪ radiologiquement : grâce à la radiopelvimétrie ou scannopelvimétrie. Les diamètres mesurés habituellement sont le diamètre antéro-postérieur (promonto-rétropubien), dont la normale est supérieure à 10,5 cm, et le diamètre transversal à mi-chemin (transverse médian), dont la normale est supérieure à 12,5 cm. On en déduit un index correspondant à la somme de ces deux mesures, appelé l'index de Magnin et dont la normale est supérieure ou égale à 23 cm.
– C'est le franchissement du détroit supérieur, limite supérieure du petit bassin, qui définit l'engagement (voir plus loin).

b) Excavation pelvienne

– C'est un cylindre de 12 cm de diamètre, incurvé vers l'avant, limité en haut par le détroit supérieur et en bas par le détroit inférieur.
– Il contient le détroit moyen, qui est un rétrécissement transversal dont on mesure le diamètre en calculant la distance entre les deux épines ischiatiques. Elle est d'environ 11 cm.
– C'est dans l'excavation pelvienne que le fœtus amorce sa descente, après l'engagement, puis sa rotation.

c) Détroit inférieur

– C'est un orifice ostéotendineux, prolongé par les tissus périnéaux de la vulve.
– C'est à son niveau que va se faire le dégagement du fœtus après sa descente et sa rotation.

2. Dimensions fœtales

a) Tailles

– La partie la plus volumineuse du fœtus est la tête (rarement les épaules).
– Les diamètres, et notamment le diamètre biparietal fœtal, doivent être compatibles avec les diamètres du détroit supérieur, mais également du détroit moyen. Le détroit inférieur fait rarement obstacle.

b) Présentations

– Il faut que la tête fœtale prenne la position occupant le moins d'espace possible.
– Dans les présentations céphaliques, la plus fréquente est la présentation du sommet. C'est également celle qui occupe le moins de place.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

– Présentation du sommet : les présentations céphaliques regroupent 95 % des présentations. Dans la présentation du sommet, le fœtus a la tête fléchie et présente, dans l'aire de dilatation, le haut et l'arrière du crâne.
– Le fœtus se présente au niveau du détroit supérieur dans une position oblique.

B/ Mécanisme

- L'accouchement se déroule en trois périodes, toutes dépendant d'une bonne dynamique utérine :
– contractions utérines et modifications cervicales ;
– sortie du fœtus ;
– sortie des annexes.

1. Dynamique utérine

- Elle initie le travail.
- Ce sont des contractions du myomètre.
- Elles sont :
– involontaires ;
– rythmées ;
– douloureuses ;
– totales (prenant l'ensemble de l'utérus).
- Leur fréquence est d'une par 15 à 20 minutes au début du travail, et d'une toutes les 2 à 3 minutes en fin de travail.

2. Modifications cervicales

- Elles associent un effacement et une dilatation du col.
- Effacement : raccourcissement jusqu'à ne plus sentir le relief cervical.
- Dilatation : ouverture de l'anneau cervical tel un diaphragme.
- Ces deux étapes sont successives pour la femme primipare et simultanées pour la multipare.
- Il en résulte une continuité directe entre l'utérus et le canal vaginal (à dilatation complète).

3. Sortie du fœtus

- Descente dans la filière pelvienne grâce aux contractions utérines, moyennant une dilatation cervicale suffisante.
- Elle nécessite également des efforts expulsifs maternels.

4. Sortie des annexes fœtales ou délivrance

- Voir plus loin.

C/ Signes et surveillance du déroulement de l'accouchement normal dans la présentation du sommet

1. Signes d'entrée en travail

a) C'est l'apparition de contractions utérines associées à des modifications cervicales

– Contractions utérines :
* ce sont celles du travail, à différencier de celles de la grossesse ;
* on peut les apprécier à l'interrogatoire, au palper abdominal ou à l'enregistrement (tocographie) ;
* on apprécie leur fréquence, leur durée et leur intensité ;
– Modifications cervicales :
* le col se ramollit, se raccourcit et s'ouvre ;
* ces modifications sont parfois précédées de la perte du bouchon muqueux. Ce sont des glaires sanguinolentes qui comblent le canal cervical.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

b) Rupture précoce spontanée de la poche des eaux

– C'est la perte brutale de liquide au niveau vulvaire avant tout travail.
– Il faut en apprécier la couleur (normalement « eau de roche »).
– Cette rupture est prémonitoire de travail mais se produit parfois longtemps avant.
– Elle impose l'hospitalisation.

2. Conduite pratique

- L'entrée en travail impose :
  – l'hospitalisation ;
  – la prise de la température, du pouls et de la pression artérielle ;
  – la pratique de prélèvements bactériologiques, en fonction du contexte, voire avant la mise sous antibiotiques si la patiente est porteuse connue de germes tels que le streptocoque B ou *E. coli* ;
  – une bandelette urinaire à la recherche d'une albuminurie ou d'une glycosurie ;
  – la vérification du déroulement de la grossesse, du terme, des antécédents, de la nature de la présentation, du développement fœtal et du bassin maternel ;
  – la vérification du groupe ABO, du Rhésus, des RAI et des sérologies pratiquées au cours d'un suivi normal de grossesse ;
  – l'appréciation de la couleur du liquide amniotique si les membranes sont rompues ;
  – l'enregistrement en continu du rythme cardiaque fœtal et des contractions ;
  – la pose d'une voie veineuse périphérique ;
  – le maintien à jeun de la patiente.

D/ Signes et surveillance de la période de dilatation

- C'est la phase la plus longue de l'accouchement.
- Elle s'accompagne de la descente de la présentation.
- Elle est lente dans la première moitié du travail, et plus rapide dans la deuxième.
- Elle est plus rapide dans l'ensemble chez la multipare.

Présentation céphalique du sommet

- Le haut du crâne d'un fœtus est le siège de 2 fontanelles. Ce sont des membranes qui unissent les différents os du crâne qui ne sont pas encore soudés.
- L'une, antérieure, unit l'os frontal aux deux os pariétaux. Elle est de forme losangique. C'est la grande fontanelle, ou Bregma.
- L'autre, postérieure, unit l'os occipital aux deux pariétaux. Elle est de forme triangulaire. C'est la petite fontanelle, ou Lambda.



= aire de dilatation explorée par l'examinateur lors du toucher vaginal, la patiente étant sur le dos.



Petite fontanelle

- **OIGA :** occipito-iliaque gauche antérieure. C'est la plus fréquente (plus de 50 %).



- **OIDP :** occipito-iliaque droite postérieure.



- **OIGP :** occipito-iliaque gauche postérieure.



- **OIDA :** occipito-iliaque droite antérieure.

- On ne palpe pas la grande fontanelle ni le massif facial dans la présentation du sommet.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

SURVEILLANCE

- Rythme cardiaque fœtal :
  – il doit rester normal *(QS)* ;
  – la survenue d'une souffrance fœtale aiguë impose une décision obstétricale adaptée.
- Couleur du liquide amniotique.
- Tocographie : pour apprécier la dynamique utérine. Si elle est insuffisante, on peut s'aider d'ocytociques en intraveineux (Syntocinon).
- Dilatation : un peu moins de 1 cm/heure pour la primipare.
- Présentation fœtale : elle doit s'adapter et descendre. Elle épouse le segment inférieur de l'utérus et se fléchit pour que l'on puisse sentir la petite fontanelle dans l'aire de la dilatation.

A/ Descente dans la filière pelvienne et expulsion

1. Engagement

- C'est lorsque le plus grand diamètre de la présentation a franchi le détroit supérieur.
- Il se fait le plus souvent dans un axe oblique.
- Il est exploré de plusieurs façons :
  – signe de Farabeuf :
    * au toucher vaginal, si deux doigts dirigés vers la deuxième pièce sacrée butent contre la présentation, c'est qu'elle est engagée. Ce signe est pris en défaut lorsqu'il y a une bosse sérosanguine.
  – au palper abdominal :
    * la présentation est dite engagée si le moignon de l'épaule antérieure est à moins de 7 cm de la symphyse pubienne. Signe difficile à évaluer et peu fiable.
  – il y a de nombreux autres signes moins utilisés.

2. Descente de la présentation dans l'excavation et rotation

- Comme l'expulsion ou le dégagement, la descente va se faire dans un axe non plus oblique mais antéro-postérieur, le plus souvent en occipito-pubien (le fœtus regardant vers le bas quand la mère est en position gynécologique).
  À l'inverse, si le fœtus regarde vers le haut, il est dit en occipito-sacré. Cette dernière situation est plus dystocique.
- Toujours surveiller le rythme cardiaque.

3. Expulsion

- Dès lors que la présentation entre en contact avec le périnée, la patiente ressent le besoin de pousser.
- Elle est installée en positon gynécologique, vessie vide, après une toilette périnéale et vulvaire.
- La patiente pousse pendant les contractions pour qu'elles soient plus efficaces.
- La descente et l'expulsion doivent se faire en moins de 30 minutes chez une primipare.
- Le rythme cardiaque fœtal est enregistré et surveillé jusqu'au bout.
- Une épisiotomie médio-latérale préventive peut être pratiquée, en fonction de la tonicité des parties molles, au moment de l'expulsion. Elle limite les risques de déchirure complète du périnée et ses conséquences sur la continence anale.
- L'opérateur aide au dégagement de la tête et à l'extraction du reste du corps.
- Le cordon est clampé et sectionné entre deux pinces dès l'expulsion du fœtus.

4. Soins du nouveau-né

- Désobstruction des voies aériennes supérieures (nez, gorge).
- Bracelet d'identification.
- Calcul du score d'APGAR à 1 et 10 minutes.
- Collyre antiseptique dans les yeux.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

- Ligature du cordon plus près du nouveau-né par un clamp de Bar et section de l'excédent.
- Pesée et mensurations.
- Examen général (perméabilité de l'œsophage, des choanes, de l'anus, stabilité des hanches…).

5. Surveillance immédiate de la mère

- On vérifie l'absence d'hémorragie et on prend régulièrement la pression artérielle.

B/ Autres présentations

1. Les présentations céphaliques

- Face, plus dystocique car prend plus de place.
- Front, très dystocique, théoriquement ne passe pas sur un fœtus eutrophe à terme.

2. Les présentations du siège (podalique)

- Plus dystociques.
- Nécessite des précautions préalables :
  - radiopelvimétrie maternelle ;
  - biométrie fœtale échographique récente.
- Pour beaucoup d'équipes, la présentation du siège justifie un accouchement par césarienne, d'autant plus si la mère est primipare.

3. Accouchement des grossesses gémellaires

- C'est un peu la même chose, sauf qu'il y a deux fœtus à surveiller.
- L'accouchement se fait de plus en plus souvent par césarienne.
- Le principe est l'extraction du premier fœtus, section du cordon, rupture de la poche des eaux du deuxième jumeau si nécessaire, accouchement du deuxième jumeau, puis délivrance des placentas.

DÉLIVRANCE

- C'est l'expulsion du placenta et des membranes.
- Elle doit se produire dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement.
- Elle est dite naturelle quand elle se fait seule, manuelle (ou artificielle) quand c'est l'opérateur qui va le chercher, dirigée lorsqu'un ocytocique est injecté par voie intraveineuse ou intramusculaire au moment du dégagement des épaules.

A/ Mécanisme

- Après l'expulsion du fœtus, l'utérus se rétracte partiellement, puis reste au repos pendant 10 à 15 minutes.
- Après cette phase de repos physiologique, les contractions utérines reprennent, entraînant le décollement entre le placenta et l'utérus, formant un hématome rétroplacentaire physiologique. Cela s'accompagne d'une réascension du fond utérin.
- Une fois décollé, le placenta s'expulse, entraînant avec lui les membranes.
- Puis se fait l'hémostase physiologique par autostrangulation vasculaire liée à la rétraction de l'utérus.

B/ Diagnostic

- Les principaux signes du décollement du placenta sont :
  - la reprise des contractions utérines ;
  - la reprise du saignement ;
  - le déroulement du cordon hors de la vulve ;
  - lorsqu'une main placée au-dessus du pubis fait remonter l'utérus, le cordon ne remonte pas dans la vulve.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

C/ Surveillance et conduite à tenir

- L'expulsion du placenta est aidée d'une pression de haut en bas exercée sur le fond utérin.
- Il ne faut jamais tirer sur le cordon.
- Quand le placenta est dans le vagin, l'opérateur refoule le fond utérin d'une main sus-pubienne, laissant le placenta tomber hors de la vulve.
- La délivrance physiologique s'accompagne d'une perte de sang de moins de 500 ml. Au-delà, c'est une hémorragie de la délivrance.
- Après la délivrance, les saignements doivent s'arrêter et l'utérus doit se rétracter sous la forme d'une boule dure sus-pubienne : c'est le globe (utérin) de sécurité.
- Le fond utérin doit être sous-ombilical.
- Un ocytocique (Syntocinon) est injecté pour assurer une bonne rétraction utérine.
- Le produit de la délivrance doit être examiné :
  - face fœtale :
    - * insertion du cordon ;
    - * membranes.
  - face maternelle :
    - * forme ;
    - * aspect ;
    - * s'assurer qu'il est complet (qu'il ne manque pas de cotylédons) ;
    - * recherche d'hématome rétroplacentaire ;
    - * recherche de vaisseaux aberrants (un vaisseau n'amenant pas à un cotylédon est un signe de cotylédon aberrant resté dans l'utérus) ;
    - * recherche de microabcès orangés comme dans la *Listeria*.

SURVEILLANCE DU POST-PARTUM

A/ Premières 24 heures

- La surveillance dans cette période qui débute deux heures après la délivrance recherche essentiellement un saignement :
  - surveillance de l'écoulement vulvaire ;
  - surveillance du pouls et de la fréquence cardiaque ;
  - surveillance de la tonicité et de la position de l'utérus (globe de sécurité).

B/ Jours suivants

- Les suites de couches immédiates s'étendent jusqu'au 10e jour. La période du post-partum s'étend jusqu'au 42e jour.

1. Signes généraux

- Pouls, température et pression artérielle biquotidiens.

2. Involution utérine

- Elle correspond à la diminution progressive du volume utérin, sans que celui-ci relâche sa tonicité.
- Au 6e jour, l'utérus se trouve à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic.
- Au 10e jour, l'utérus a la taille d'une grossesse de 12 semaines.
- L'utérus doit rester ferme et indolore en dehors des contractions utérines douloureuses, fréquentes chez les multipares et lors des tétées (tranchées).
- L'involution utérine n'est complète qu'à la 6e-8e semaine.

3. Lochies

- Elles correspondent à un écoulement vulvaire physiologique dans le post-partum. Ce sont des sérosités mêlées de sang, relativement peu abondantes, sans odeur et jamais purulentes.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

- Vers le 10e jour, elles peuvent prendre un aspect plus sanglant non pathologique. C'est ce que l'on appelle le « petit retour de couche » correspondant à la chute de l'escarre placentaire. Cette notion est discutée : le « petit retour de couche » est aussi l'occasion de pratiquer une exploration de l'hémostase primaire, car il est de manière relativement fréquente l'expression d'une maladie de Willebrand.

4. Vulve et périnée

- La vulve reprend rapidement sa tonicité et perd son aspect congestif.
- Le périnée nécessite, surtout s'il y a eu une épisiotomie ou une déchirure, une surveillance et une toilette biquotidienne. Il doit rester propre et sec.

5. État mammaire (voir plus loin)

6. Recherche de troubles urinaires

7. Examen des membres inférieurs

- À la recherche de signes évocateurs de phlébite. La période du post-partum est une grande pourvoyeuse de phlébite. Cette recherche quotidienne est donc fondamentale.
- Ce risque justifie le levé précoce et la mise sous traitement anticoagulant préventif systématique et (ou) le port de bas de contention grade 2 chez toute parturiente à risque thromboembolique.

C/ Retour de couches

- Le retour de couches correspond aux premières règles survenant après l'accouchement.
- Elles surviennent habituellement au bout de six à huit semaines chez les patientes qui n'allaitent pas. Il est pathologique au-delà de trois mois.
- Le retour de couches est plus tardif en cas d'allaitement prolongé mais survient habituellement vers le 5e mois. Il est pathologique au-delà de six mois.
- Les troubles périnéaux, urinaires et sexuels doivent être dépistés à temps pour être corrigés par une rééducation périnéale. ■

POINTS FORTS

- **Le déroulement d'un accouchement est un événement difficile à comprendre pour ceux qui ne l'ont jamais vu. Il faut cependant que certaines notions restent claires :**
  - **un début de travail est marqué par des contractions utérines régulières, douloureuses et des modifications cervicales ;**
  - **le col va se raccourcir, puis se dilater ;**
  - **le fœtus va s'engager dans le détroit supérieur du bassin dans un diamètre oblique ;**
  - **la présentation la moins dystocique est la présentation du sommet, dont la variété la plus fréquente est l'occipito-iliaque gauche antérieure ;**
  - **le fœtus va alors amorcer sa descente et sa rotation dans l'excavation pour se retrouver au détroit inférieur dans un diamètre antéro-postérieur, le plus souvent occipito-pubien (le fœtus a sa face vers le sacrum de la mère) ;**
  - **l'expulsion est la sortie hors de la vulve ;**
  - **le cordon est clampé, puis sectionné ;**
  - **le nouveau-né est pris en charge ;**
  - **la délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes ;**
  - **elle doit se produire dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement ;**
  - **après la délivrance, la mère doit rester 2 heures en salle d'accouchement.**

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier