

# LA DÉLIVRANCE NORMALE ET PATHOLOGIQUE

---

**DR.GUEDAOURA.A**

**EHS ABDALLAH NOUAOURIA EL BOUNI**

**SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE**

**FACULTÉ DE MÉDECINE ANNABA**

**ANNÉE UNIVERSITAIRE 2019-2020**

# Plan

---

- ❖ Objectifs
- ❖ Définition
- ❖ Rappel
- ❖ Mécanismes physiologiques de la délivrance
- ❖ Étude Clinique
- ❖ Examen du délivre
- ❖ surveillance
- ❖ La délivrance pathologique
- ❖ Conduite à tenir
- ❖ Prévention de l'hémorragie du post partum
- ❖ Points essentiels
- ❖ conclusion

# Objectifs du cours

---

- ❑ Connaissance de la physiologie de la délivrance
- ❑ Surveillance de l'accouchée avant, pendant et après l'expulsion du délivre.
- ❑ diagnostiquer les complications de la délivrance
- ❑ prévention de l'hémorragie de la délivrance

# Définition

---

- La délivrance normale est l'expulsion du placenta et des membranes hors des voies génitales maternelles.
- Elle représente **le troisième et dernier temps de l'accouchement** et s'étend du moment qui suit l'expulsion du fœtus jusqu'à la 2ème heure suivant la naissance.
- **C'est la période la plus dangereuse pour la mère. Il y a un risque d'hémorragie grave mettant en jeu le pronostic vital . +++**

# Les différents types de la délivrance:

---

**Délivrance normale spontanée** :expulsion sous le simple effet de la gravité, des contractions musculaires réflexes du périnée et des efforts maternels (pas d'aide externe).

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

**Délivrance dirigée** : sous syntocinon

**Délivrance artificielle** : délivrance manuelle

# Rappels

---

- Le placenta est un organe foeto-maternel transitoire indispensable au maintien de la gestation, médiateur des échanges physiologiques *foeto-maternels*.

Chez l'homme il est de type **hémochorial**.

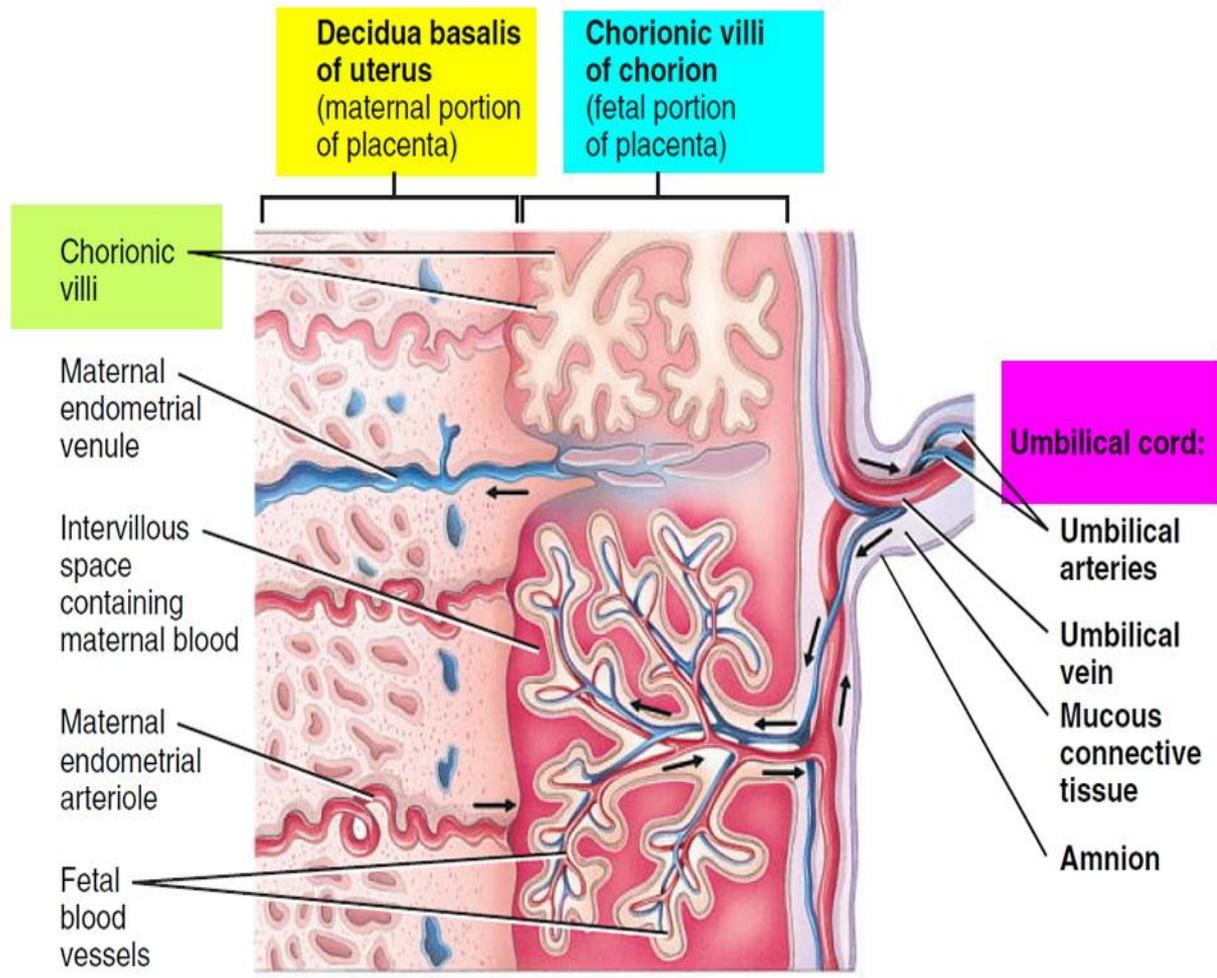
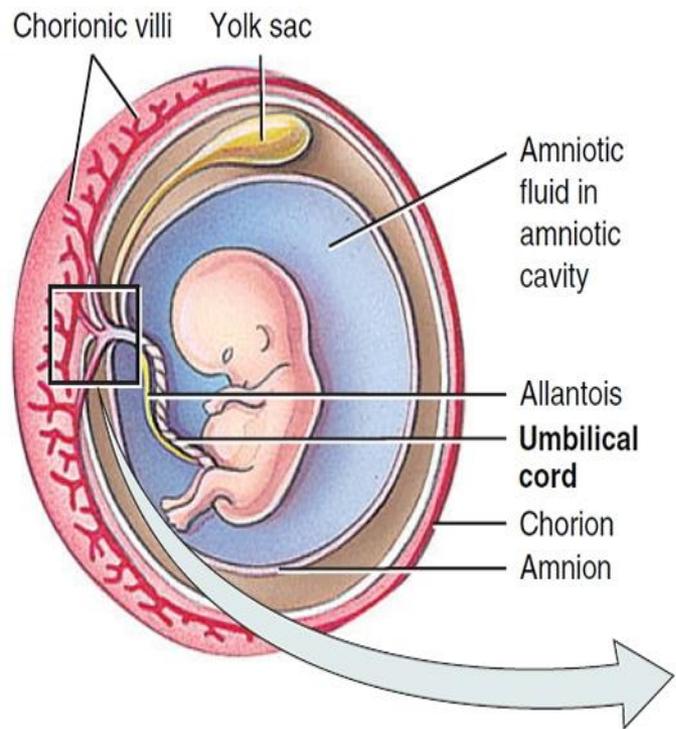
- **plusieurs rôles :**

-Respiratoire (2ème poumon foetal)

-nutritif

-Immunologique

-hormonal



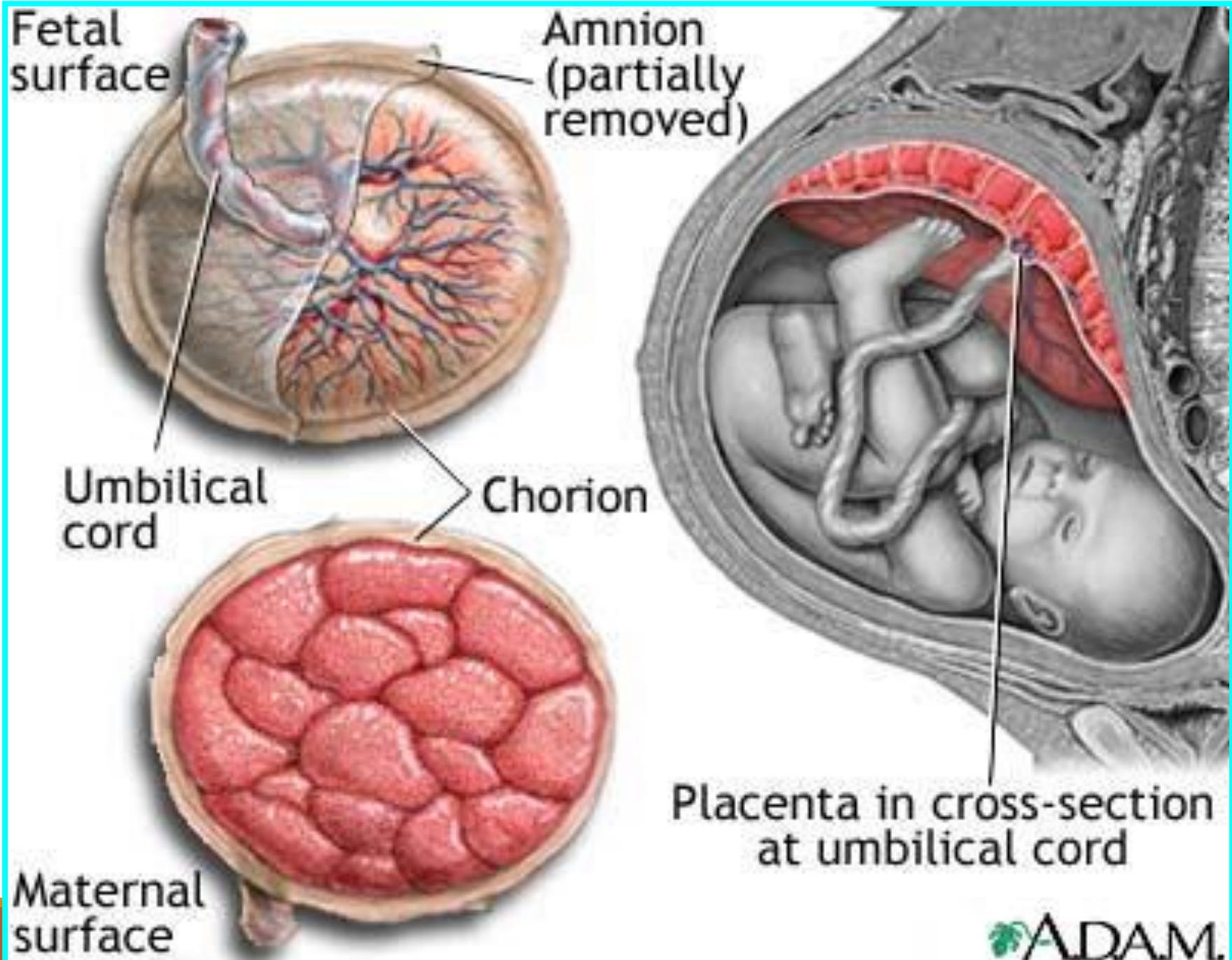
(a) Details of placenta and umbilical cord

■ Le placenta à terme se présente comme un disque:

---

- de 18 à 20 cm de diamètre,
- de 4 à 5 cm d'épaisseur au centre,
- 4 à 6 mm sur les bords.

- Le rapport: poids placentaire / poids foetal ,varie tout au long de la grossesse.
- A terme, son poids représente environ 1/6 du poids du foetus soit 500 g.
- son histologie se modifie tout au long de la grossesse (organe non statique)
- présente à décrire 2 faces (foétale et maternelle) et 1 bord:



- 
- Une **face foetale ou choriale** lisse, luisante. Elle est tapissée par l'**amnios** que l'on peut détacher facilement du plan sous-jacent et qui laisse apparaître par transparence les vaisseaux placentaires superficiels et de gros calibres, qui se rassemblent au centre pour former les vaisseaux du cordon ombilical.

- 
- Une **face maternelle** qui est recouverte par la caduque basale qui constitue le plan de clivage.

Cette face est parcourue par des sillons qui délimitent les cotylédons.

Le bord du placenta est circulaire. Il se continue avec les membranes de l'oeuf.

**Face Foetale :**  
**Plaque choriale**



**Face Maternelle :**  
**Plaque basale**



# Mécanismes physiologiques de la délivrance

---

- 
- La délivrance représente l'ensemble des phénomènes qui assurent la vacuité utérine juste après la naissance.  
**Elle est réglée par la dynamique utérine++**

elle évolue en trois phases :

- phase de décollement placentaire
- migration placentaire et expulsion
- *phase d'hémostase.*

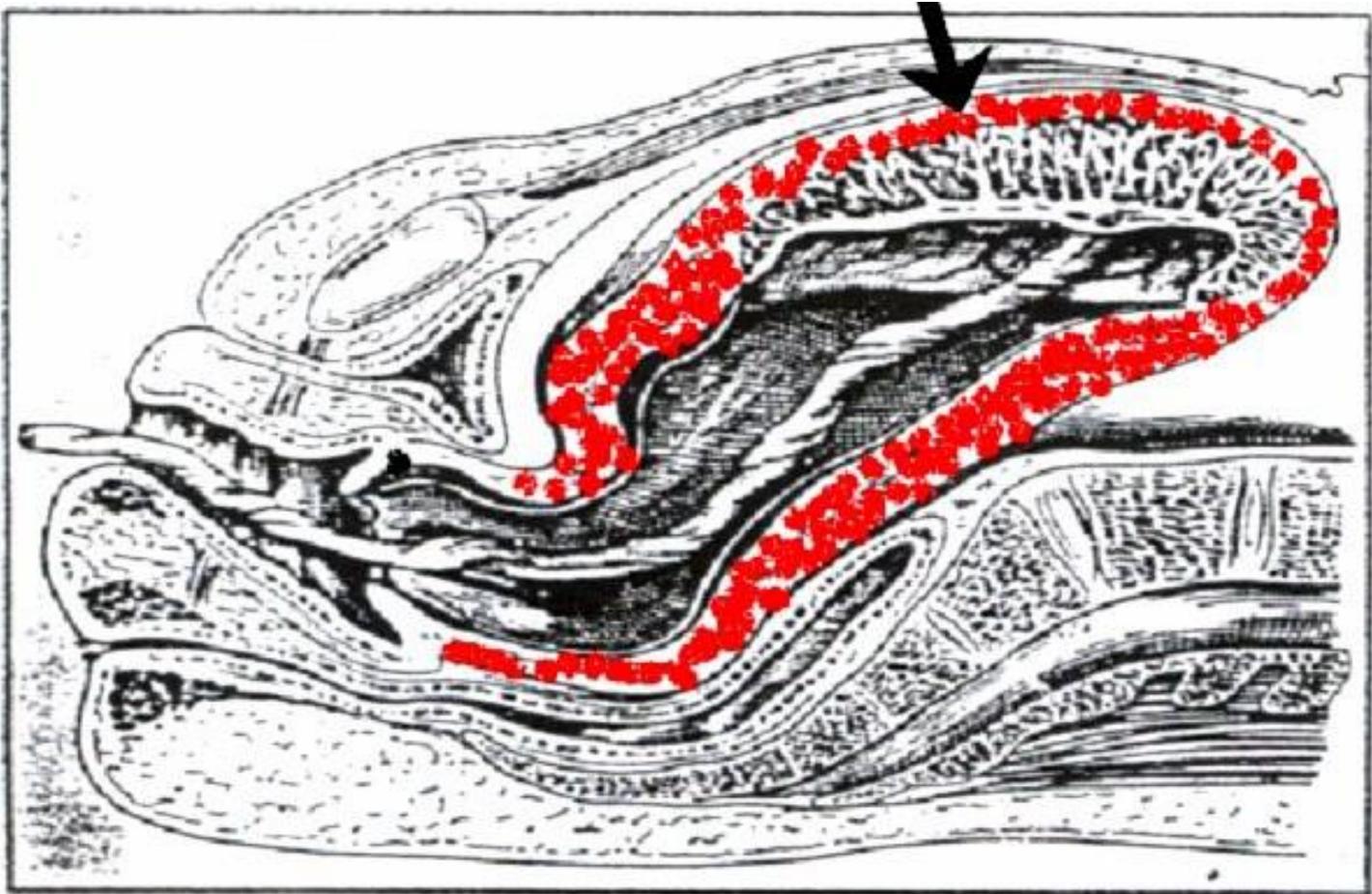
# 1. *Phase de décollement placentaire :*

---

Se fait sous la dépendance de la rétraction utérine qui le prépare puis la contraction utérine qui le provoque.

## **Rétraction utérine :**

phénomène passif et permanent , caractérisé par la diminution du volume utérin après l'expulsion du fœtus, et par l'augmentation d'épaisseur de ses parois utérines sauf au niveau de l'insertion placentaire qui reste mince, entraînant un enchatonnement physiologique du placenta.



Enchatonnement physiologique du placenta

---

## Contraction utérine :

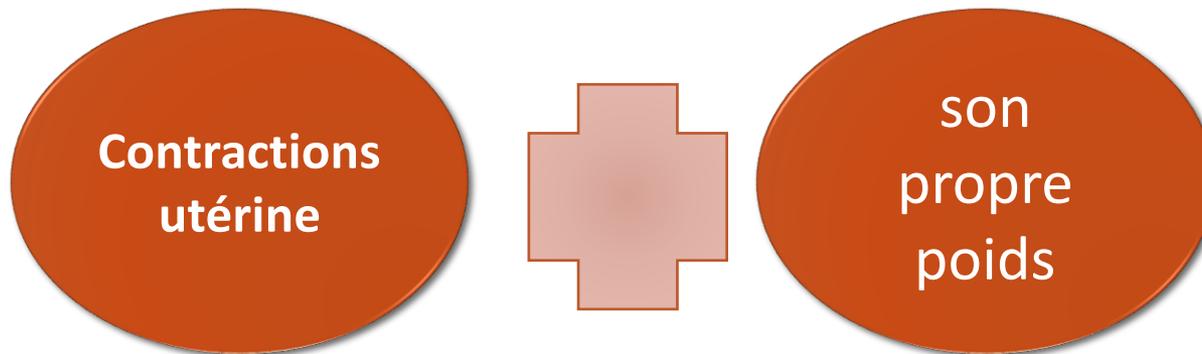
phénomène actif, après une phase de repos physiologique qui dure **10 à 20mn** après l'expulsion du foetus, les contractions utérines augmentent d'intensité et provoquent le clivage de la caduque qui ouvre le sinus veineux et forme un hématome rétroplacentaire (HRP) physiologique.



## *2. migration placentaire et expulsion :*

L'expulsion du placenta se fait sous l'influence:

---



En pratique, elle est généralement aidée par l'accoucheur;

Se fait selon deux modes:

❖ mode *Baudelocque* :

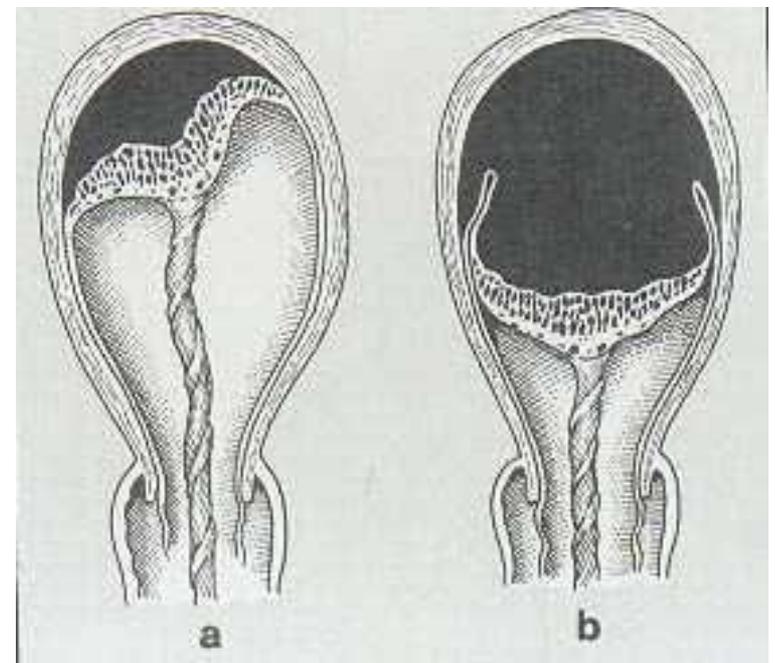
-le placenta se présentera à la vulve

la face fœtale première

-ce mode intéresse le placenta

Normalement inséré.

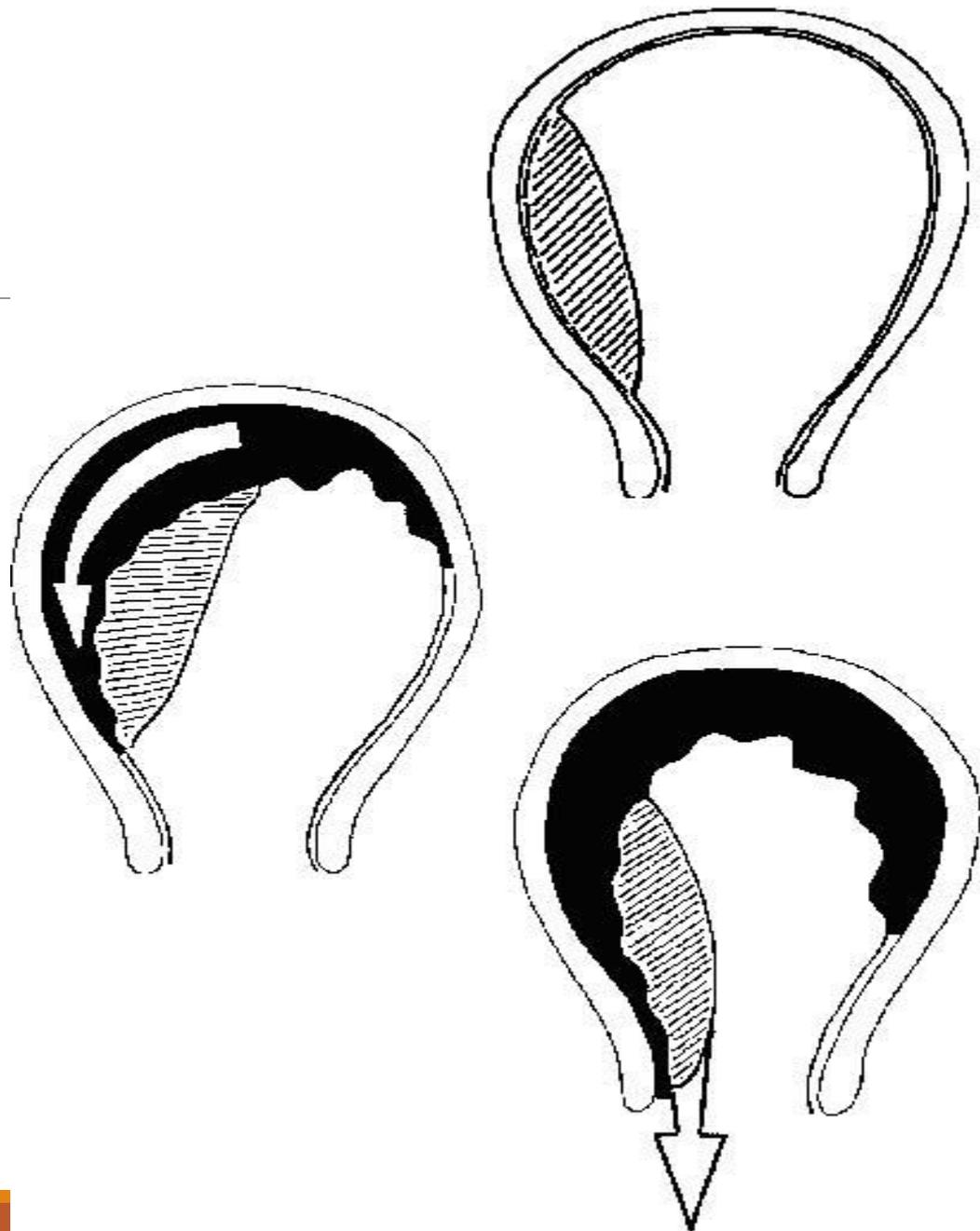
-mode fréquent



---

❖ Mode de Duncan :

le placenta se présentera à la vulve face maternelle première, le clivage placentaire est suivi d'une migration et glissement le long de la paroi, ce mode intéresse le placenta praevia (bas inséré) et **il est hémorragique ( il favorise la survenue de complications de la délivrance)+++**



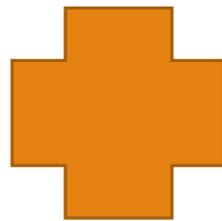
## *3. phase d'hémostase*

---

L'hémostase est possible que si l'**utérus est vide**,

et se fait sous la dépendance de:

la rétraction  
utérine



thrombose  
vasculaire  
physiologique

- 
- L'hémostase primaire est assurée immédiatement après l'expulsion grâce à la rétraction utérine : les fibres musculaires de la couche plexiforme collabent les vaisseaux ;c'est la classique **ligature vivante de Pinard**.
  - L' hémostase définitive est assurée dans un second temps par la Thrombose vasculaire physiologique :  
permet grâce à la formation d'un clou plaquettaire l'obturation mécanique des vaisseaux.

# La délivrance normale nécessite:

- un muscle utérin apte à remplir sa fonction contractile et rétractile ; possible si vacuité utérine totale++
- un placenta normal dans sa forme, ses dimensions et son insertion ;
- une coagulation normale efficace ;
- une attitude médicale qui respecte la physiologie.
- Toute anomalie portant sur l'un de ces facteurs peut être responsable de complications.

# ETUDE CLINIQUE

---

---

**La délivrance normale se fait dans un délai de 30 minutes après la naissance, au delà elle est pathologique**

Son étude clinique fait distinguer trois étapes successives:

- phase de rémission
- phase de décollement
- phase d'expulsion

## ***Phase de rémission***

---

Survient immédiatement après la naissance dure en moyenne **10 à 20 minutes**,

elle est caractérisée par :

- la disparition des contractions douloureuses
- absence d'hémorragie (en l'absence de lésions vulvovaginales),
- l'utérus est ferme et rétracté sous l'ombilic;

# *Phase de décollement*

---

caractérisée par :

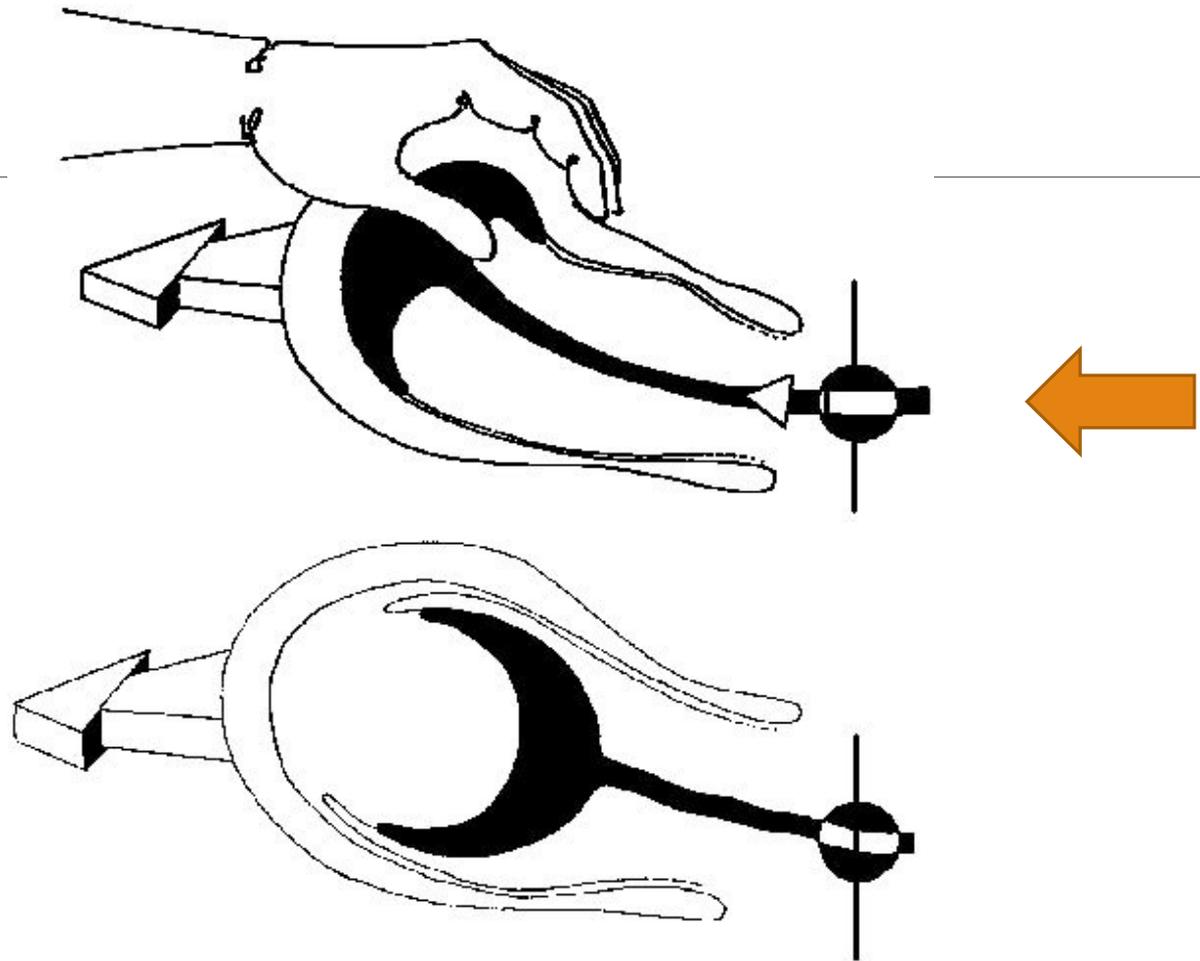
- reprise des contractions utérines,
- apparition d'une petite hémorragie,
- le fond utérin remonte au-dessus de l'ombilic:

déplissement du segment inférieur par le passage du placenta chassé par l'utérus, dès que le placenta est dans le vagin, le fond utérin redescend sous l'ombilic.

# Comment faire le Diagnostic du décollement placentaire?

---

Le diagnostic repose sur la manœuvre de mobilisation de l'utérus vers le haut: une main empaume la partie basse de l'utérus à travers la paroi abdominale et le remonte vers l'ombilic. Tant que le placenta n'est pas décollé, le cordon pendant à la vulve remonte avec l'utérus. Lorsque le placenta est décollé, cette manœuvre ne fait plus remonter le cordon.



La manoeuvre de refoulement utérin  
- Image haut : placenta non décollé  
- Image en bas : placenta décollé

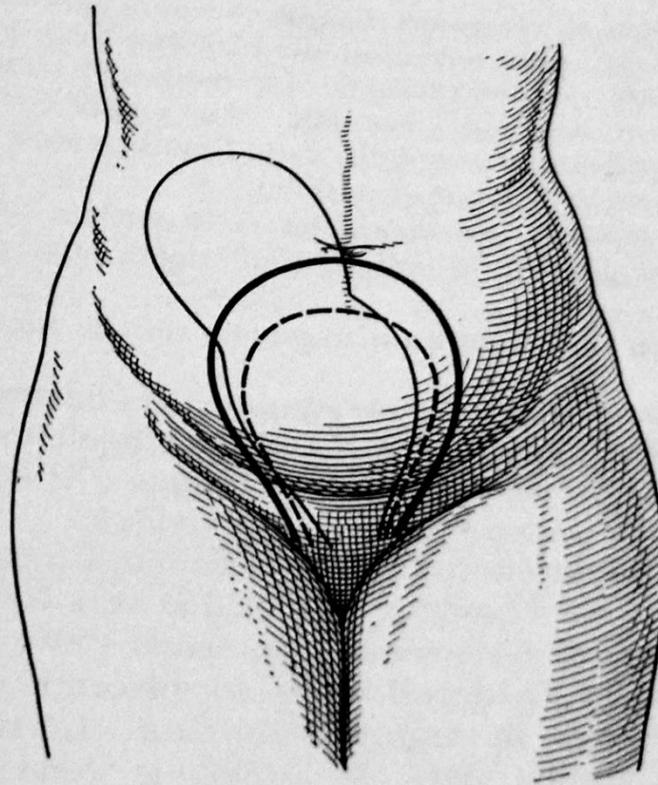


FIG. 179. — Configuration de l'utérus aux différents stades de la délivrance.

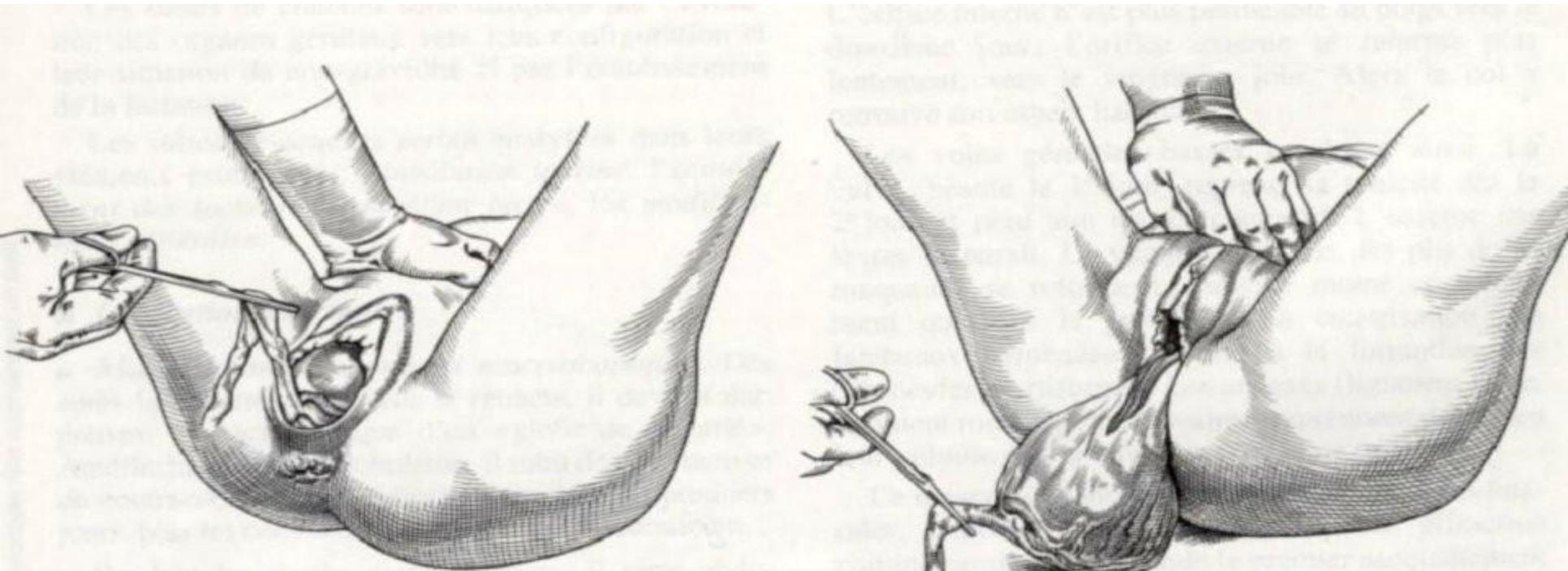
*En trait gras : le placenta n'est pas décollé ;*

*En trait plein délié : le placenta décollé est dans le segment inférieur ;*

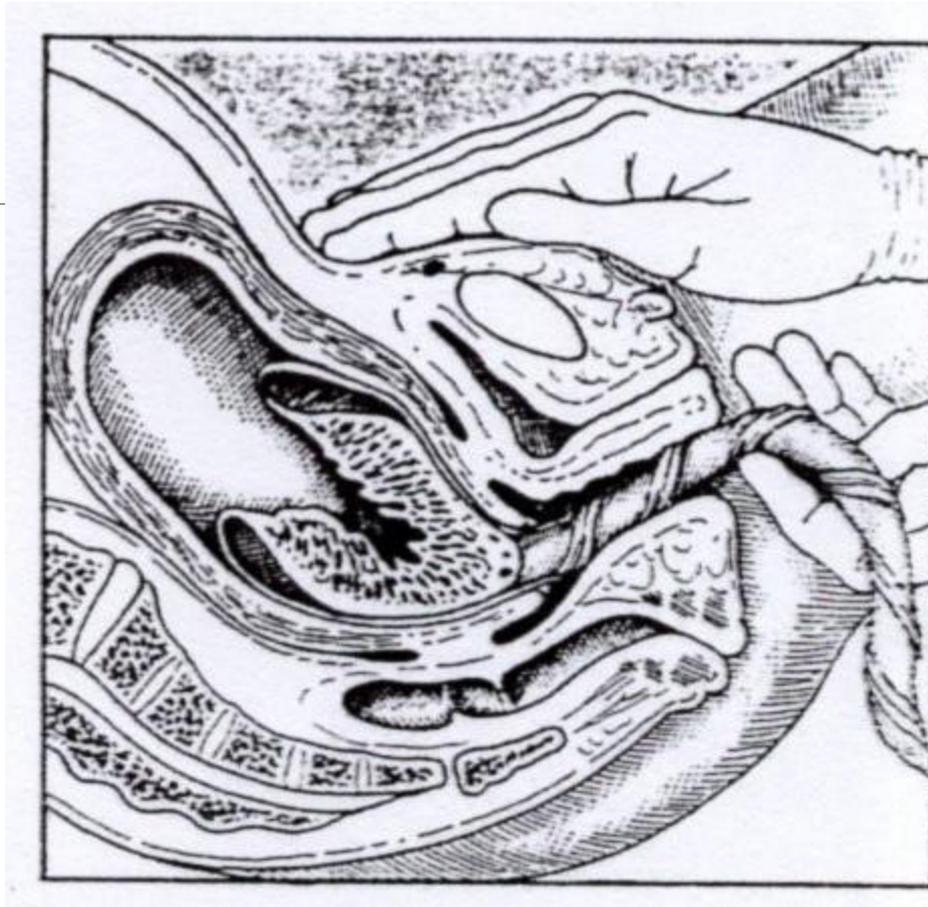
*En pointillé : globe de sécurité après évacuation du placenta.*

# Phase d'expulsion

spontanée ou **le plus souvent aidée par l'accoucheur** qui pratique une pression abdominale sur le corps utérin avec une légère mise en tension du cordon ombilical pour diriger sa sortie = délivrance naturelle .



Délivrance normale naturelle: (expression)



- 
- Après l'expulsion, l'utérus est dur et rétracté sous l'ombilic: c'est le classique **globe de sécurité**.
  - Il n'y a pas d'hémorragie .



## Remarques:

---

- après 30 minutes, si absence de décollement → une délivrance artificielle doit être réalisée+++
- si apparition d'une hémorragie importante avant le décollement ou l'expulsion du placenta → délivrance artificielle

---

une délivrance artificielle doit toujours être suivie par une révision utérine++

## Matériel

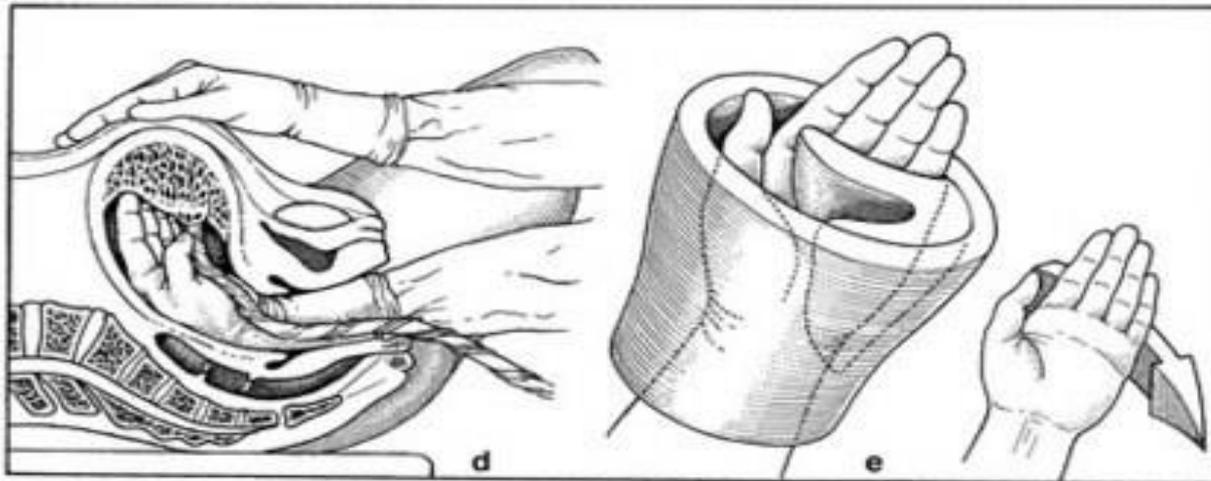
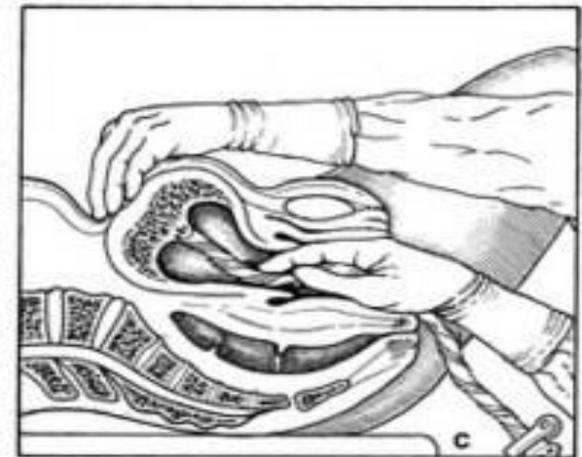
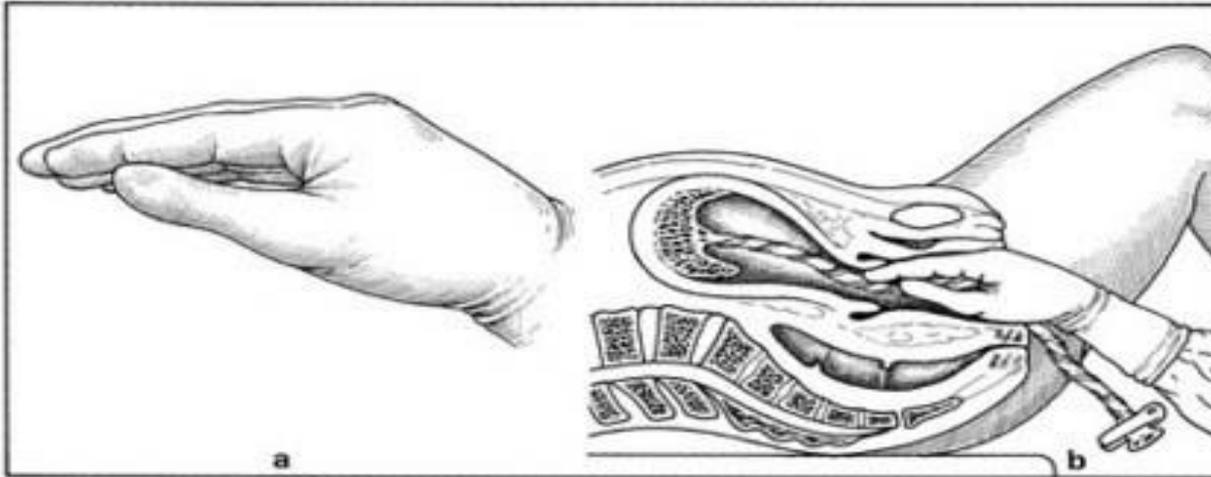
- Des champs propres
- Un liquide pour nettoyer la vulve :  
*Bétadine*
- Une paire de gants stériles

## Anesthésie

- Générale
- Péridurale si déjà faite
- Sans, si urgence extrême

## Indications

- Rétention placentaire totale ou partielle
- Hémorragie de la délivrance



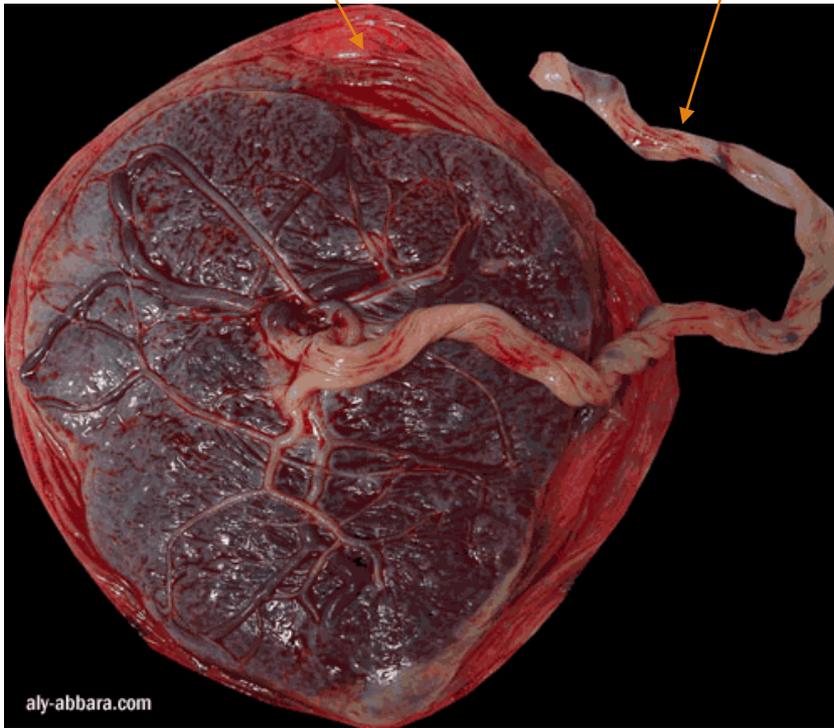
# Examen du délivre

---

- Examen du placenta est indispensable pour s'assurer que le placenta et les membranes sont expulsés en totalité = prévention d'une hémorragie
- Si délivrance incomplète on réalise une Révision utérine++
- parfois des prélèvement bactériologique ou anatomopathologique peuvent être fait.
- orientation de l'examen et la surveillance du nouveau né
- Expliquer une pathologie de la grossesse ou de l'accouchement

Membranes amniotiques

Cordon ombilical



Face foetale

Face maternelle

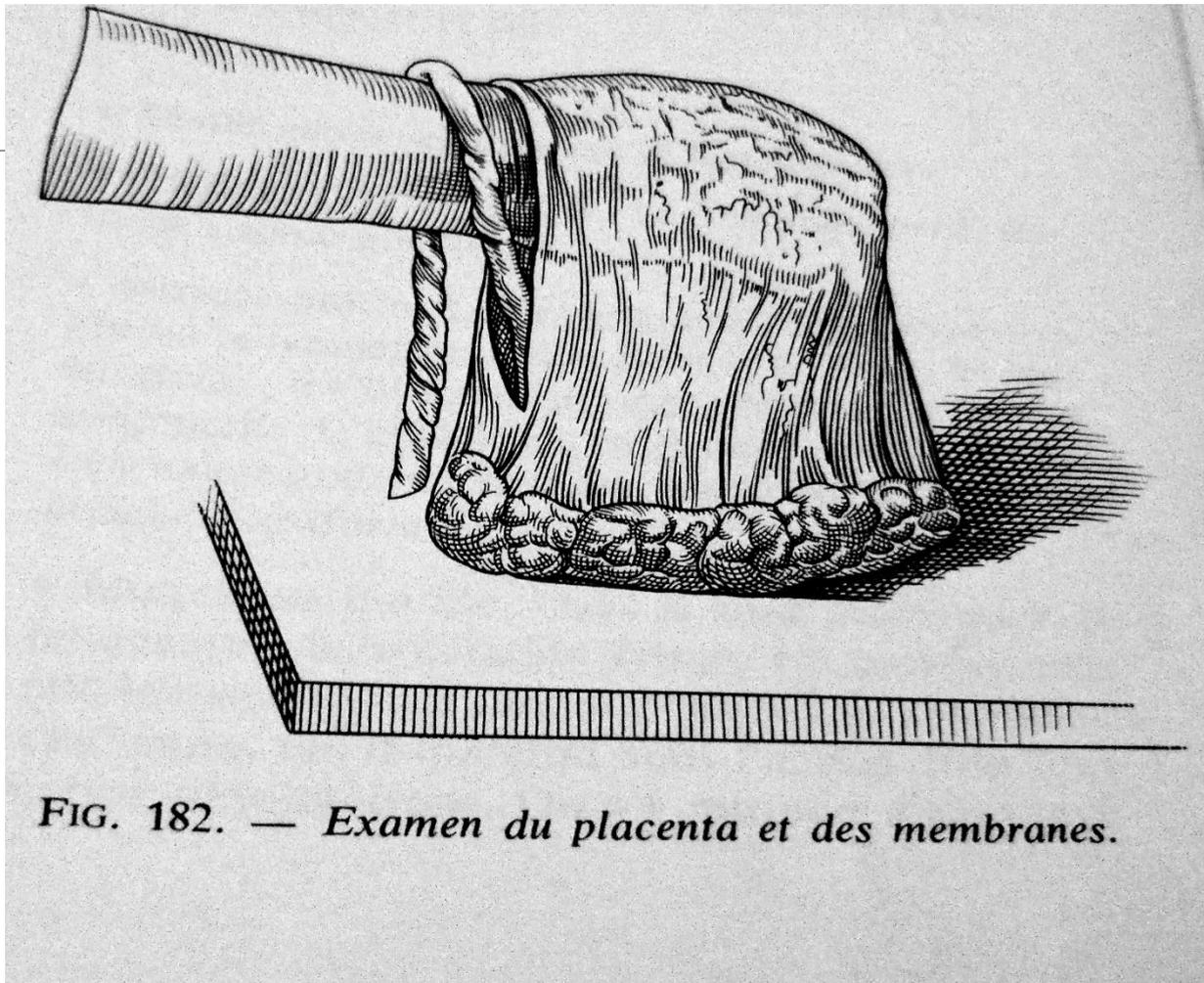


FIG. 182. — *Examen du placenta et des membranes.*

# La surveillance

---

La surveillance est rigoureuse en salle de travail pendant 2 heures qui suivent l'accouchement:

- pouls, pression artérielle; coloration cutanéomuqueuse
- hauteur et consistance de l'utérus (globe de sécurité++)
- hémorragie qui ne doit pas dépasser 500 ml au total;
- perfusion de syntocinon
- prévention de l'allo-immunisation foeto-maternelle (anti-D si mère rhésus négatif et enfant Rh +)

# La délivrance pathologique

---

La délivrance pathologique recouvre trois entités

---

cliniques :

- les hémorragies de la délivrance ou du postpartum,
- les rétentions placentaires complètes ou partielles ;
- l'inversion utérine,

# Hémorragies du post partum immédiat

---



## Définition

---

- Apparition d'une **hémorragie** dans les **24h** suivant un **accouchement (voie basse ou césarienne)** avec une perte de sang estimée **> 500mL** .
- **Urgence vitale +++++++**
- **Sévère si > 1000ml**



- 
- 1<sup>ère</sup> cause de décès maternel dans le monde
  - 5%-10% des accouchements
  - complication grave souvent imprévisible même après identification des FDR.
  - morbidité maternelle élevée ++

# Facteurs de risques +++

ATCD d'hémorragie de la délivrance,

---

Travail prolongé,

Placenta prævia

Utérus cicatriciel,

Fibromes

Macrosomie

hydramnios

grossesse multiple,

Grande multiparité.

Hyperthermie,

Prééclampsie

# Etiologies

---

**Pathologie de la délivrance**

**Lésions génitales traumatiques**

**Troubles de la coagulation**

---

## □ Pathologie de la délivrance

- **Atonie utérine +++** ( FDR,abus de synto,tocolytiques à dilatation avancée, halothane..)
- Rétention placentaire
- Anomalie de placentation (placenta accreta, PP, cotylédon accessoire,..)
- **Fautes techniques: traction sur le cordon, Inversion utérine +++**

---

## □ Lésions génitales traumatiques

- Rupture utérine,
- déchirures cervicales, vaginales, et vulvo-périnéales
- hématomes pelviens

---

## □ Troubles de la coagulation CIVD et fibrinolyse

- Hématome Rétro-Placentaire
- rétention d'œuf mort
- Infection intra-utérine
- embolie amniotique
- prééclampsie

# Diagnostic positif

- Diagnostic évident si hémorragie extériorisée
- état général altéré: **état de choc;**
- examen obstétrical:
  - **utérus mal involué, mou et dépasse l'ombilic,**
  - saignement extériorisé (le + souvent)
  - Échographie pelvienne (épanchement, hématome..)
  - BIO: NFS ( anémie), TP, TCK, fibrinogène, D-dimères,PDF

# Conduite à tenir

---

- PEC pluridisciplinaire (réanimateur-anesthésiste, obstétriciens, sage-femme, infirmier, radiologue interventionnel)
- **rapidité du traitement +++++**
- mesures de réanimation
- prise en charge obstétricale visant à:
  - assurer la vacuité utérine et l'intégrité de la filière génitale
  - assurer une bonne contraction utérine

## A. Mesures de réanimation

- MEP de 2 voies veineuses périphériques efficaces

---

- Oxygénothérapie
- Position Trendelenburg
- sondage vésicale
- Bilan d'urgence
- Commande de sang iso-groupe iso-rhésus (CG/PFC)
- Remplissage par des macromolécules en attendant la transfusion
- Monitoring cardio-tensionnel
- réanimation médicale continue+++++



---

Deux circonstances peuvent se rencontrer



placenta en place



placenta expulsé

## B. Le placenta est dans l'utérus

---

1. **Délivrance artificielle +++**
2. révision utérine
3. vérifier la rétraction utérine
4. administration d'ocytocine+ ATB
5. vérifier l'absence de lésions traumatiques cervicale et vulvo-vaginale par un examen sous valves +++

## Matériel

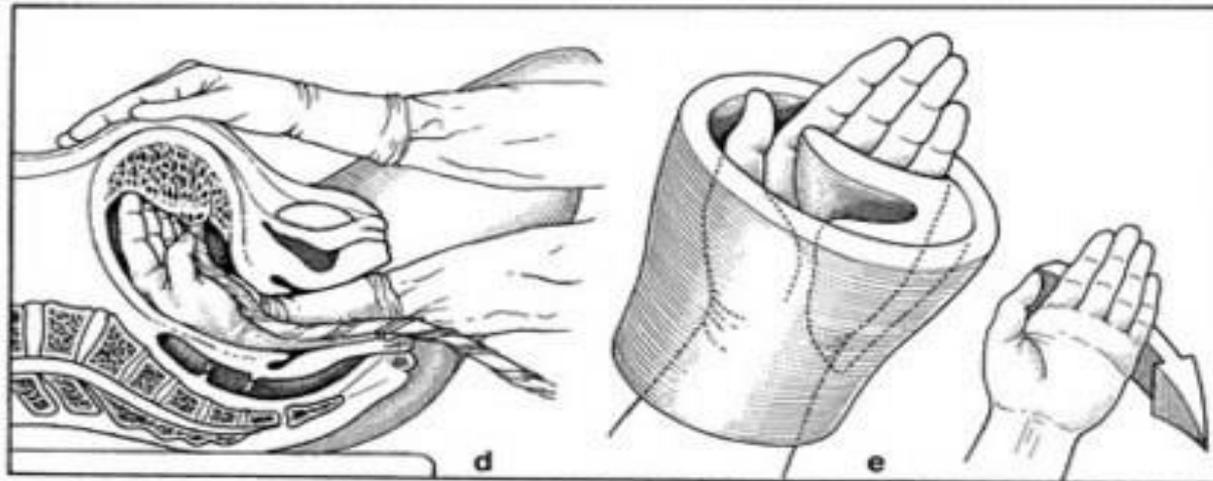
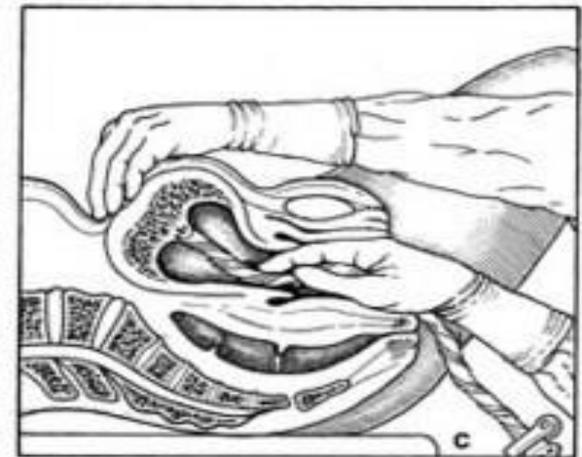
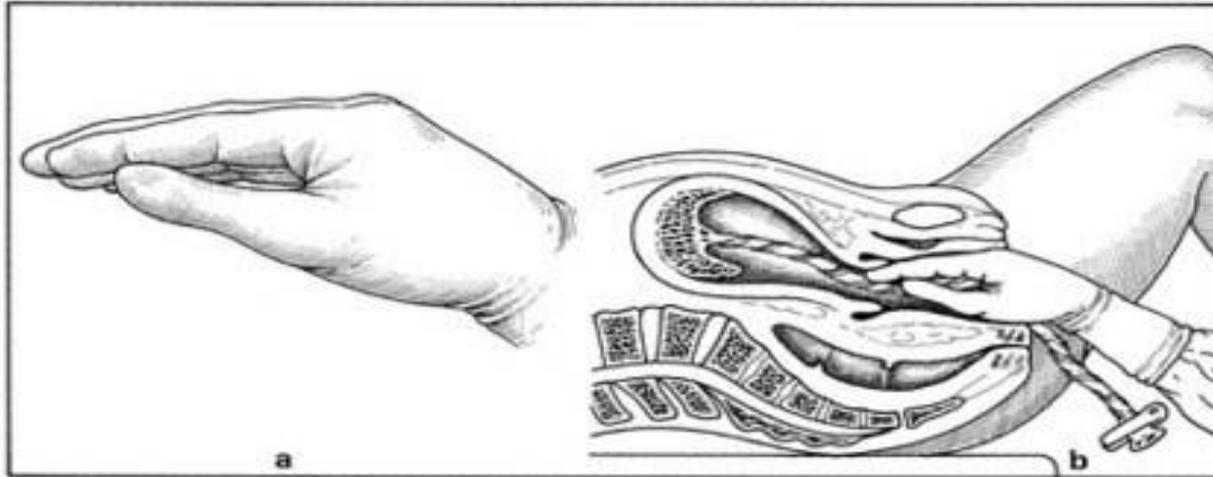
- Des champs propres
- Un liquide pour nettoyer la vulve :  
*Bétadine*
- Une paire de gants stériles

## Anesthésie

- Générale
- Péridurale si déjà faite
- Sans, si urgence extrême

## Indications

- Rétention placentaire totale ou partielle
- Hémorragie de la délivrance



# C. Placenta expulsé

---

1. **révision utérine +++**
2. **exploration de la filière génitale sous valves vaginales à la recherche de lésions.**
3. **administration d'ocytocine+ATB**

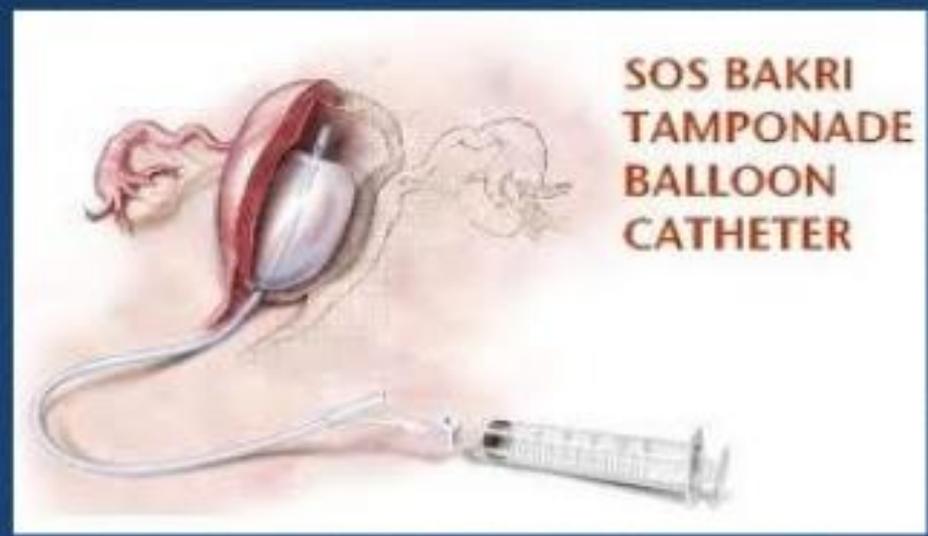


# D. Traitement étiologique

## 1) inertie utérine

- Massage utérin + Ocytocine (5 -10 ui en IM ou IVL renouvelables: ne pas dépasser 40ui!)
- si échec (persistance de l'hémorragie malgré le traitement après 30mn) → perfusion de prostaglandines (nalador au PSE)
- Si échec des protstaglandines → Tamponnement par Sonde de BAKRI
- si échec → radiologie interventionnelle : embolisation des artères utérines
- chirurgie: conservatrice (ex:ligature des artères hypogastriques) ou radicale (hystérectomie d'hémostase)

# Ballonnet de Bakri



Surgical Obstetric Silicone Balloon  
Société Cook Medical, Bloomington USA

*Bakri YN. Balloon device for control of obstetrical bleeding.  
Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1999;86:S33–101.*

---

2 ) rupture utérine: réparation chirurgicale si possible

3) déchirures génitales: suture chirurgicale

4) troubles de la coagulation :facteurs de coagulation,  
culot globulaire ou sang total,PFC, Concentrés  
plaquettaires...

# Rétention placentaire

---

elle résulte souvent de plusieurs circonstances:

- troubles de la dynamique utérine (atonie ou hypertonie utérine)
- anomalie de la caduque: cicatrice, lésion d'endométrite, malformation utérine..
- anomalie du placenta (forme, insertion ou implantation: placenta accreta ..)

## ■ partielle:

- Lors de la délivrance un ou plusieurs cotylédons peuvent rester accrochés au niveau de la paroi utérine, leur présence empêche une bonne rétraction et peut entraîner:

---

\*Hémorragies immédiates ou tardives

\*Infection endo-utérine ultérieurement

\*Examen du délivre= vérifier si placenta complet ou non

## ■ totale:

-Placenta non décollé (pas d'hémorragie) ou partiellement décollé (hémorragie++)

# rétention par placenta accreta:

- adhérence anormale du placenta au myomètre ( absence diffuse ou localisée de caduque basale qui s'interpose entre les villosités et le myomètre)
- selon le degré de fusion:
  - accreta vrai
  - placenta increta
  - placenta percreta

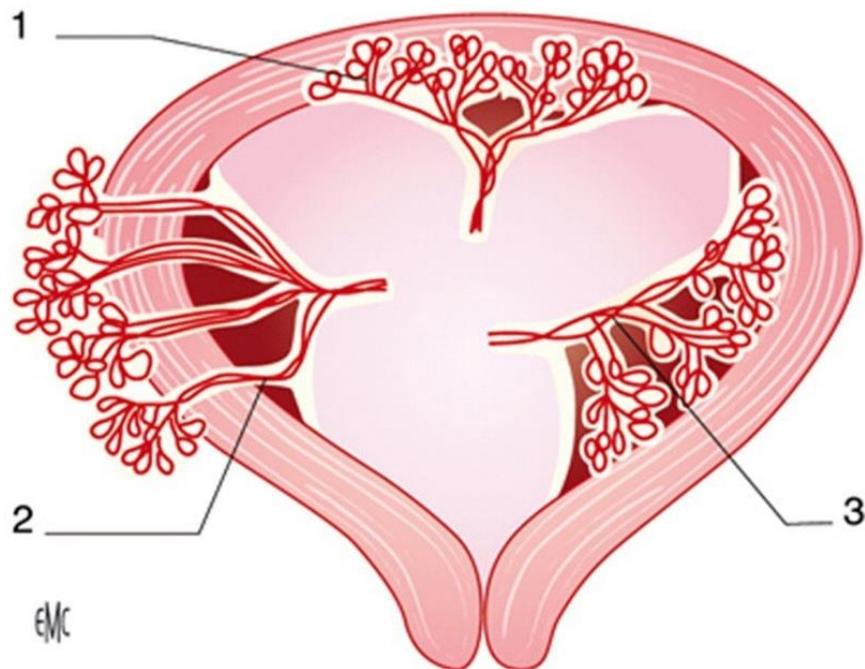
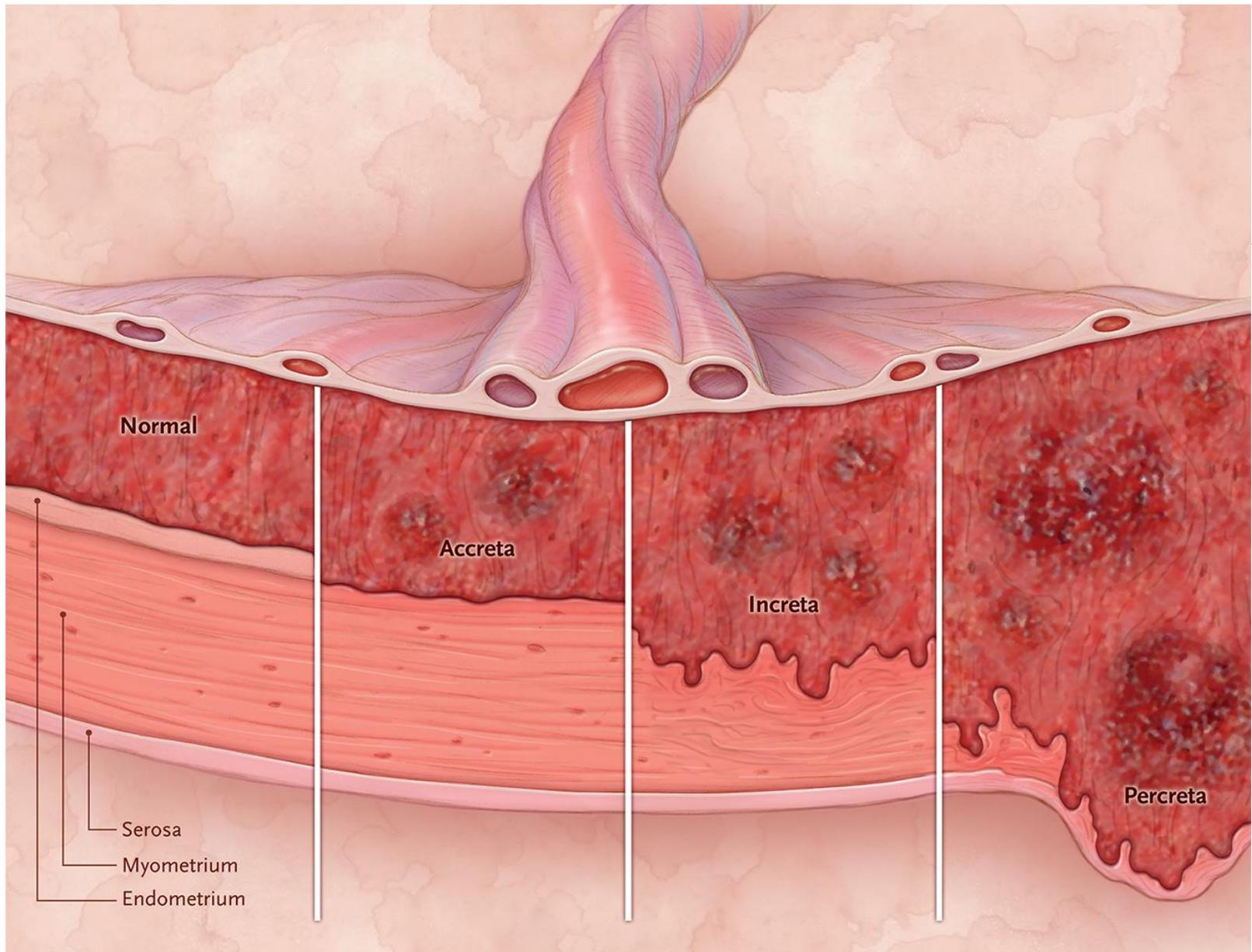


Figure 2

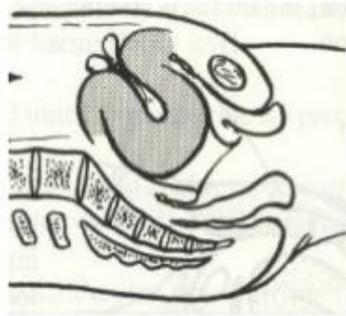
Les trois variétés anatomiques de placenta accreta. 1. Placenta increta ; 2. placenta percreta ; 3. placenta accreta.



- 
- absence de plan de clivage ; délivrance artificielle impossible;  
hémorragie cataclysmique++
  - étiologies: atcd de curetage, césarienne, Placenta Praevia, multiparité...
  - le diagnostic doit être fait en anténatal à l'échographie ++++
  - traitement: conservateur ou radical (hystérectomie )

# Inversion utérine

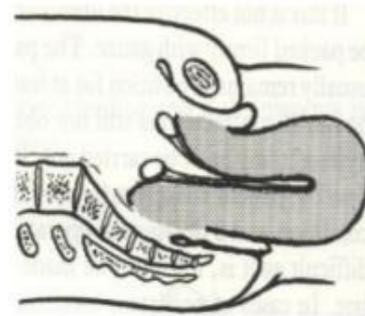
---



**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

- Complication exceptionnelle
- Invagination du fond utérin en doigt de gant du habituellement à des tractions intempestives brutales et insistantes sur le cordon, cherchant à décoller un placenta non décollé.

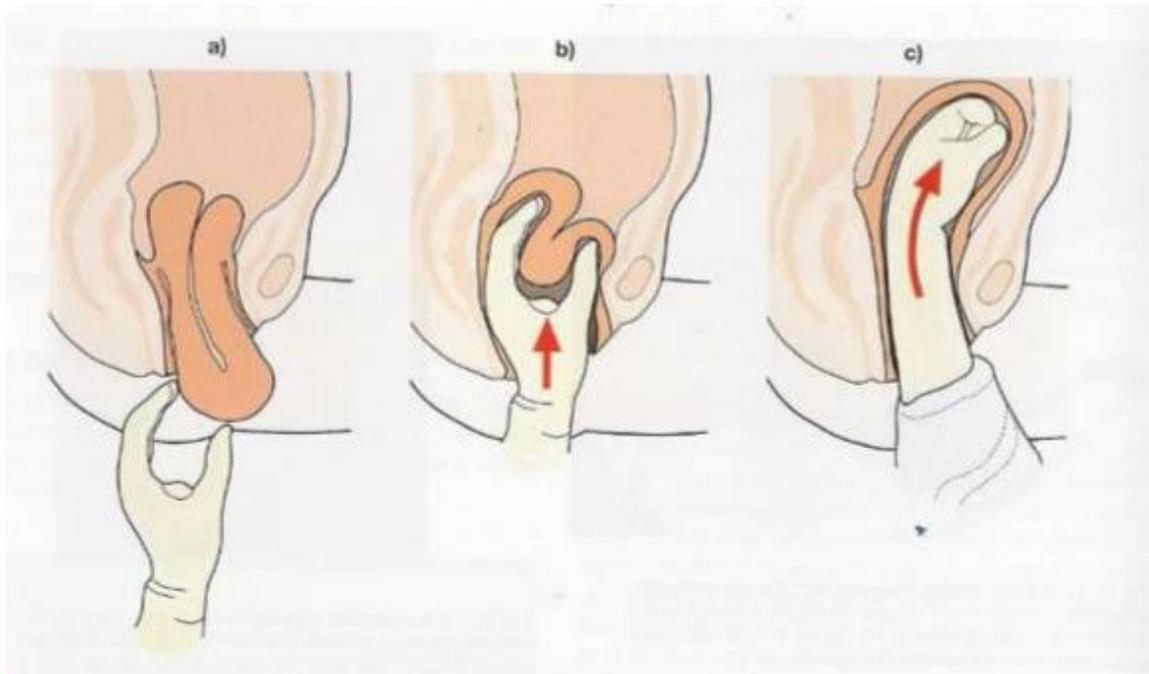
---

- elle est un FDR d'une hémorragie de la délivrance , d'état de choc et d'infection maternelle
- causes: traction excessive sur le cordon, expressions utérines, atonie...
- Traitement:
- Mesure de réanimation
- Réduction manuelle sinon chirurgie conservatrice voire hystérectomie
- ATB+ syntocinon



# Uterine Inversion

Multidisciplinary



# Prévention de l'HPP

---

l'idéal c'est de prévenir les hémorragies de la délivrance en respectant la physiologie de la délivrance :

---

- ❑ Pas de traction sur le cordon
- ❑ délivrance artificielle si pas de délivrance spontanée après 30mn
- ❑ examen du délivre traitement préventif de l'inertie utérine ( délivrance dirigée 5 ui de syntocinon en IVD après dégagement de l'épaule antérieure et 10 ui de synto dans 500ml SG%/heure pdt 2H)
- ❑ **Surveillance de toute accouchée 2h en salle de travail puis en unité des suites de couches jusqu'à 24H après l'accouchement**

- 
- ❑ Mise au sein précoce
  - ❑ Suture rapide de l'épisiotomie
  - ❑ Traitement martial en antépartum systématique
  - ❑ identification des parturientes à risque avant l'admission en salle de travail+++

# Les points essentiels +++

---

- Il faut respecter la physiologie de la délivrance, car des accidents sont imputables à la hâte et à une faute technique:
- Aucune traction sur le cordon ou le placenta ne doit être effectuée
- Il faut respecter la phase de rémission clinique et de se contenter pendant ce temps de surveiller l'état général de l'accouchée.
- L'accoucheur ne doit intervenir que lorsque le placenta décollé se trouve dans le vagin

# conclusion

- La délivrance est une période au cours de laquelle le risque d'hémorragie est fréquent.
- En l'absence de décollement au bout de 30mn, on recommande de réaliser en urgence une délivrance artificielle.
- La surveillance maternelle en salle de naissance doit être d'au moins 2 heures.
- Injection systématique contrôlée de syntocinon® pour éviter les pertes sanguines supplémentaires.

---

Merci pour votre attention 😊

# Bibliographie

---

- R.Merger, J.Levy, J.melchior, Précis d'obstétrique,5ème édition,Masson,Paris, 1985
- J.Lansac, G.body ,pratique de l'accouchement ,2ème édition,SIMEP,Paris, 1992
- Pierre F: délivrance ou troisième phase du travail. In: mécanique et techniques obstétricales. Montpellier: éditions Sauramps médical;1998.
- Recommandation pour la pratique clinique, les hémorragies du post partum,CNGOF
- L. Bernaud-Bourrelier,U. Ishaque,R.Gabriel.EMC-Obstetrique 1 volume12>n°3>juillet2017
- Durier M., Grynberg M., Charles C., Gabriel R. Délivrance normale et pathologique. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Obstétrique, 5-108-M-10, 2010.