

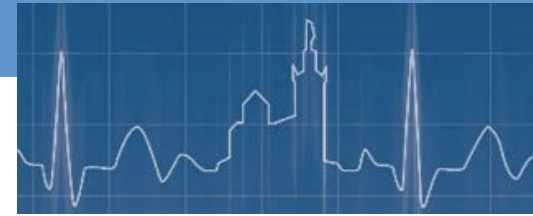
LES JEUDIS DE L'URGENCE

ACCOUCHEMENT: QUAND ET COMMENT LE FAIRE?

Dr Julie Blanc
12 Février 2015



Interrogatoire

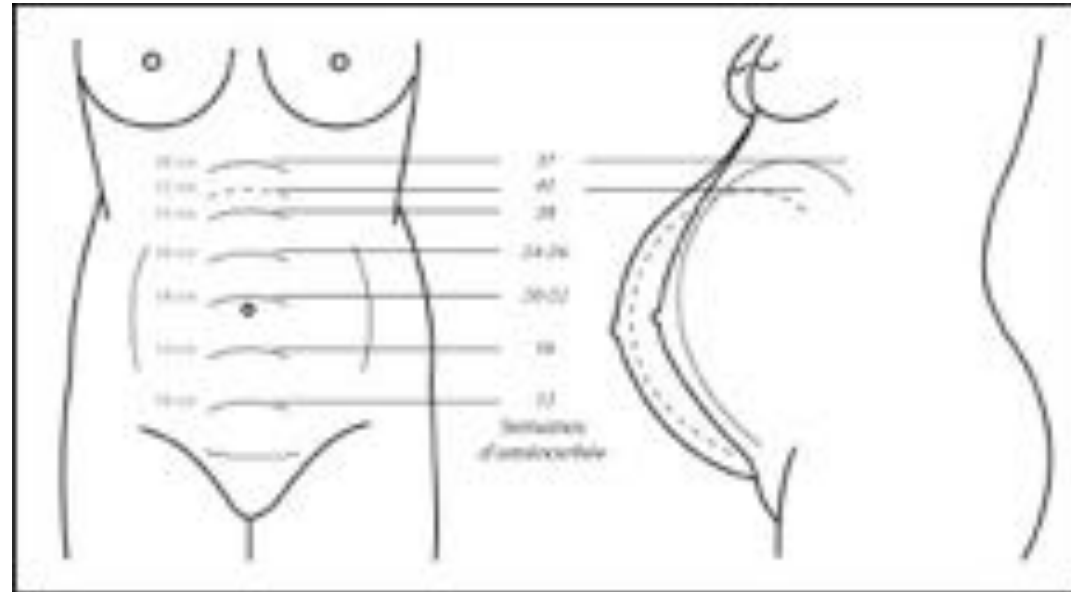


- Parité (voie accouchement + déroulement),
- Terme (prématuré si inférieur 37SA (8 mois))
- Nombre de fœtus
- Déroulement de la grossesse
(HTA, anomalies échographiques (anomalie placentaire),
diabète, cerclage)
- Mouvements actifs fœtaux
- Présentation à la dernière échographie
- Antécédents médicaux, chirurgicaux....
- Maternité de suivi

Examen clinique

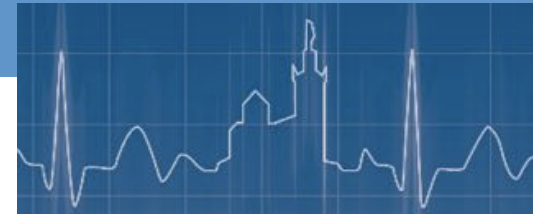


- Terme

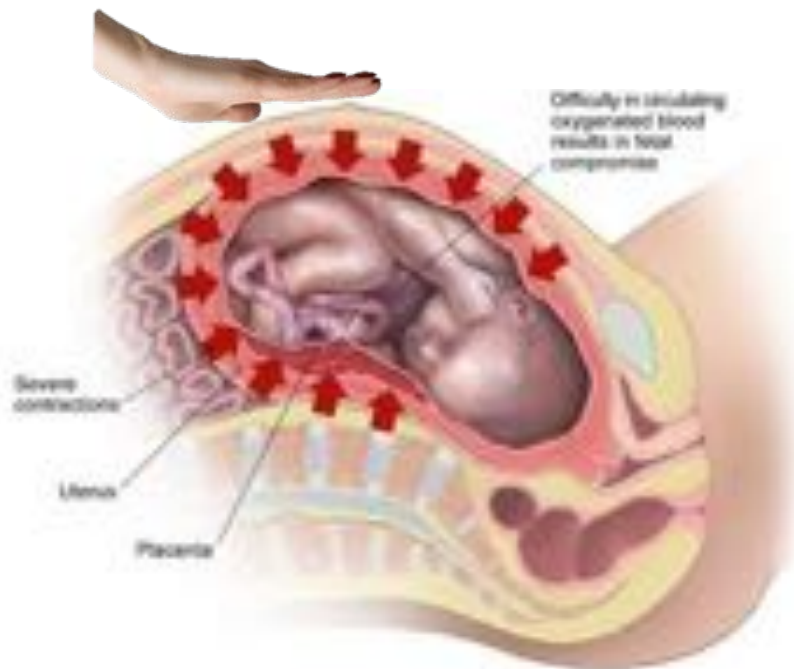


- Prématurité: **<37SA**
- Viabilité (OMS): **22SA**, Prise en charge pédiatrique **24-26SA**

Examen clinique

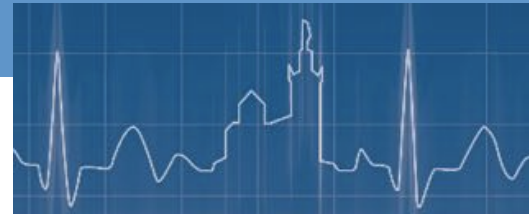


- Evaluer la fréquence et la durée des contractions en posant la main sur le fond utérin (au-dessus de l'ombilic)



Le travail

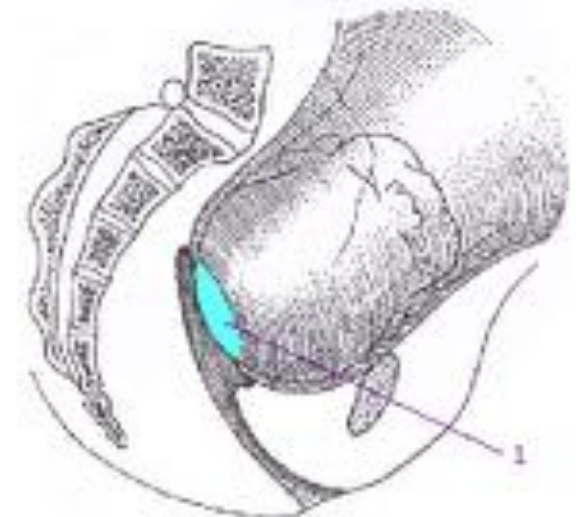
- **1° partie:** Dilatation du col utérin
- **2° partie:** Expulsion foetale
- **3° partie:** Délivrance



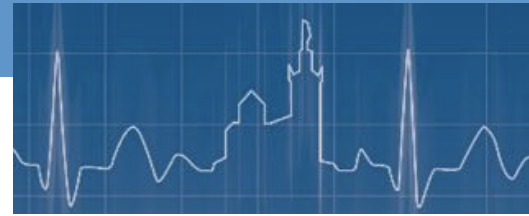
La dilatation cervicale



- **Maturation** préalable du col dans les jours précédents l'entrée en travail
- **Effacement** du col en s'incorporant au segment inférieur sous l'effet des contractions
 - Préalable à la dilatation chez la primipare
 - Concomitant chez la multipare
- **Dilatation** progressive

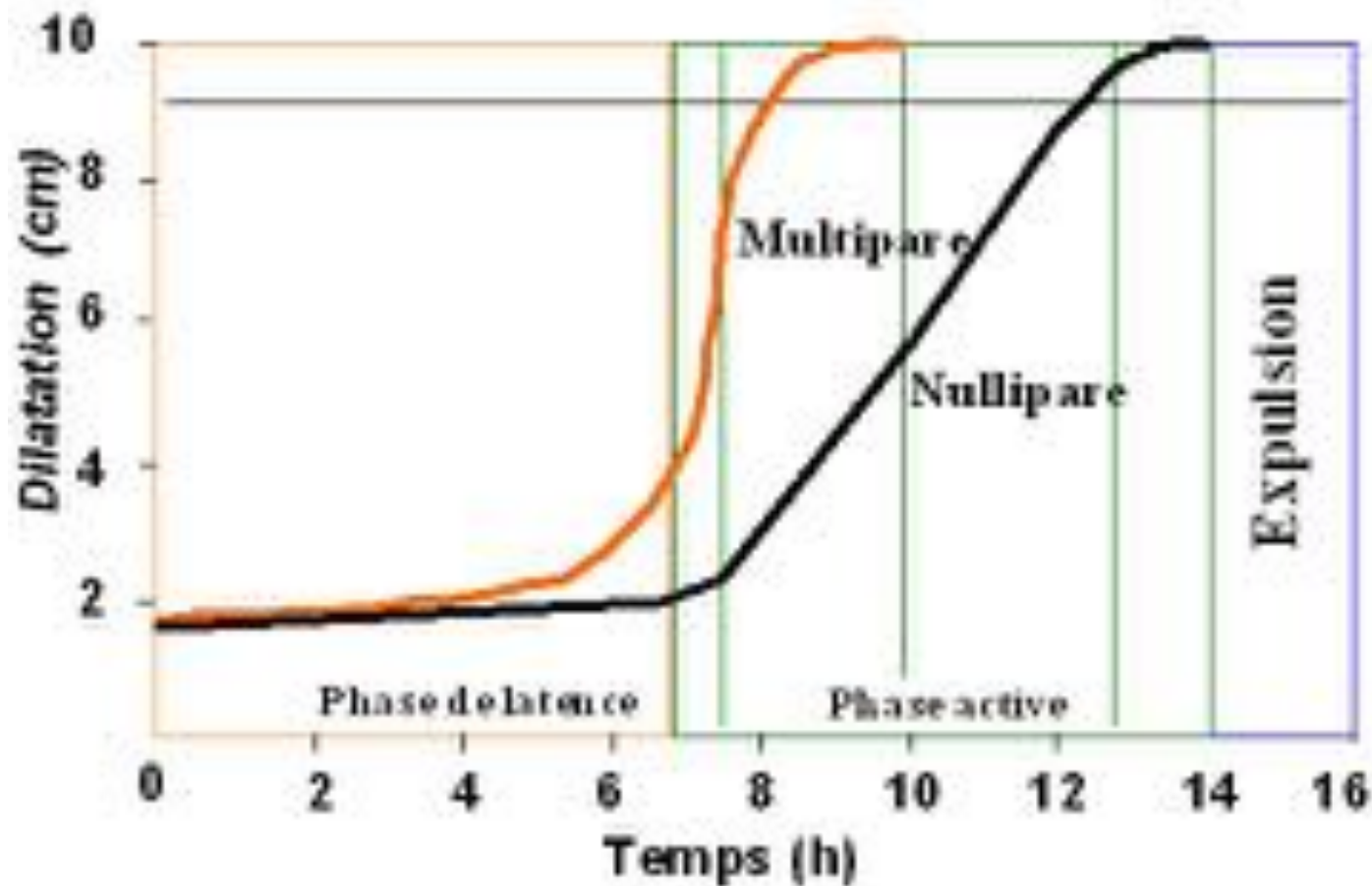
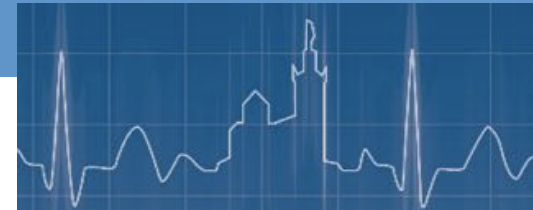


Physiologie de la dilatation

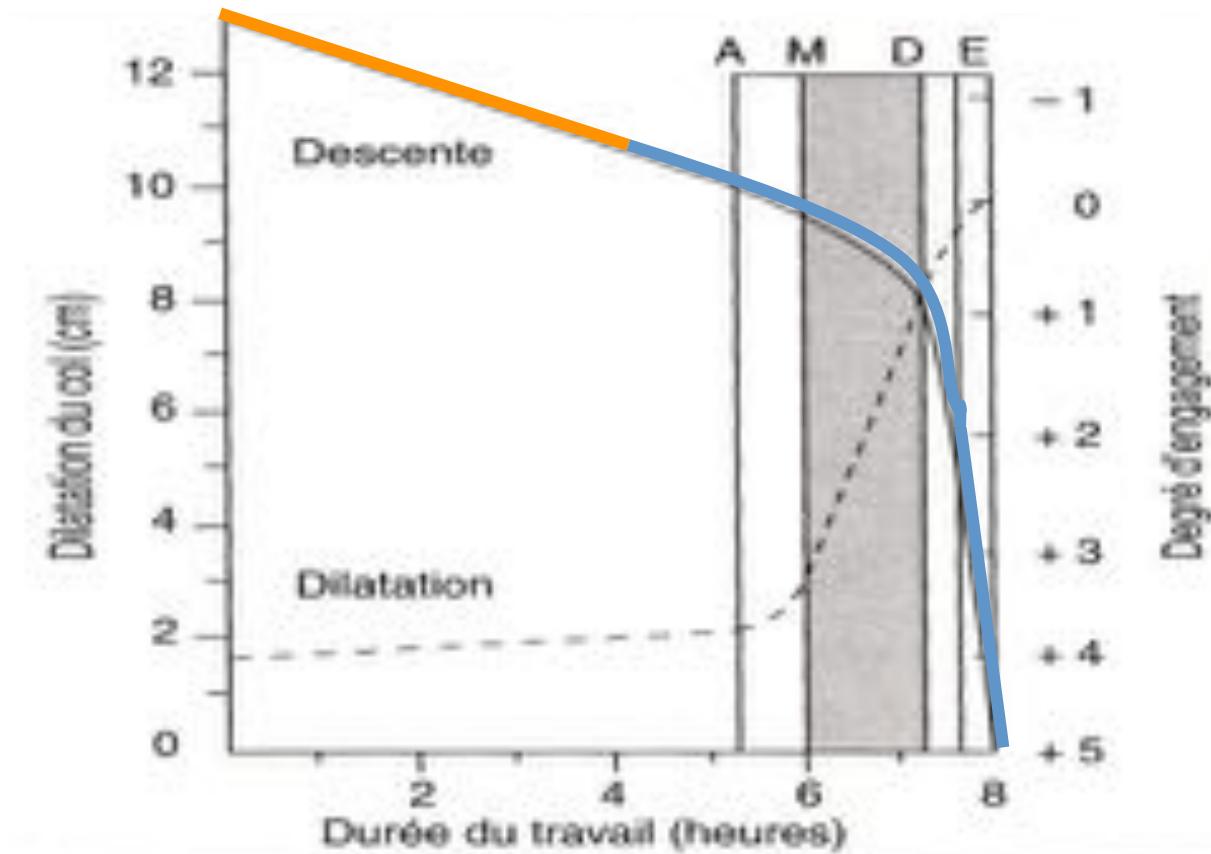


- 3 Acteurs:
 - **Le moteur:** les contractions
 - **L'obstacle:** le col
 - **Le coin dilatateur:** la présentation (poche des eaux et mobile foetal)

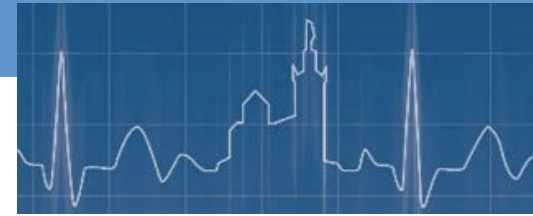
La dilatation cervicale



La dilatation cervicale



La variété de présentation



OIDA



OIGA



OIDT



OIGT

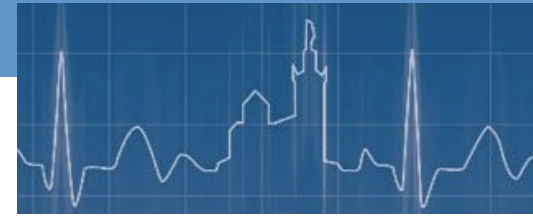


OIDP



OIGP

La variété de présentation



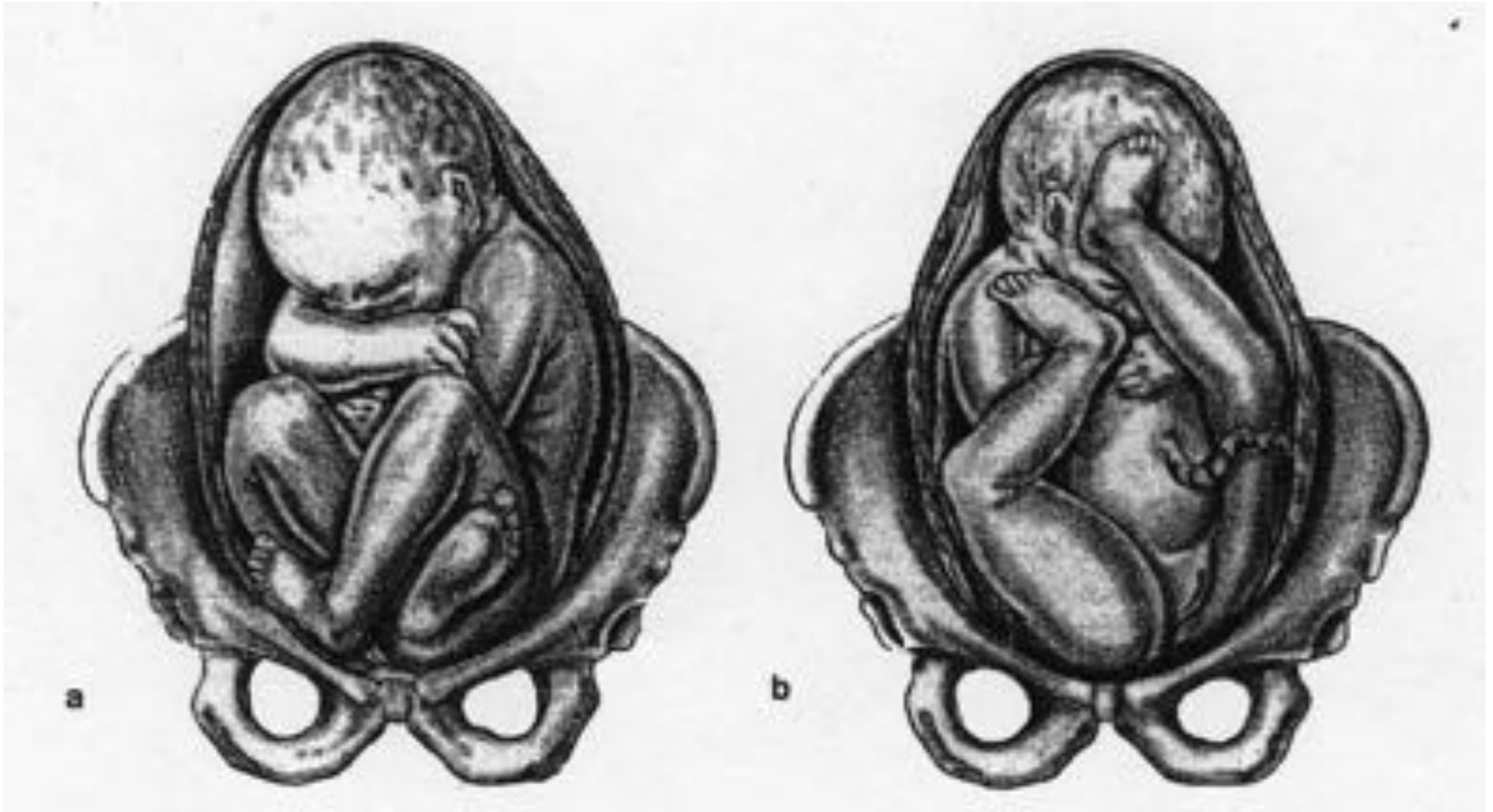
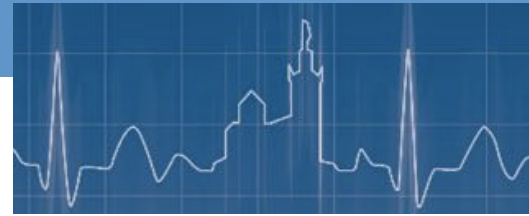
FACE

FRONT



A. mento-iliaque gauche antérieure (MGA)

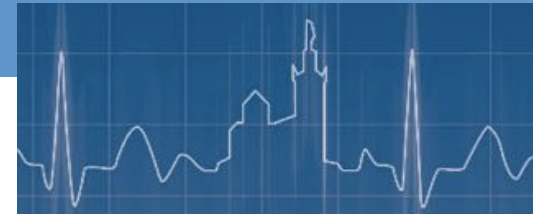
B. mento-iliaque gauche postérieure (MGP)



a: siège complet (1/3 des cas)

b: siège décomplété (2/3 des cas)

Engagement de la présentation



- Franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation



Diagnostic d'engagement



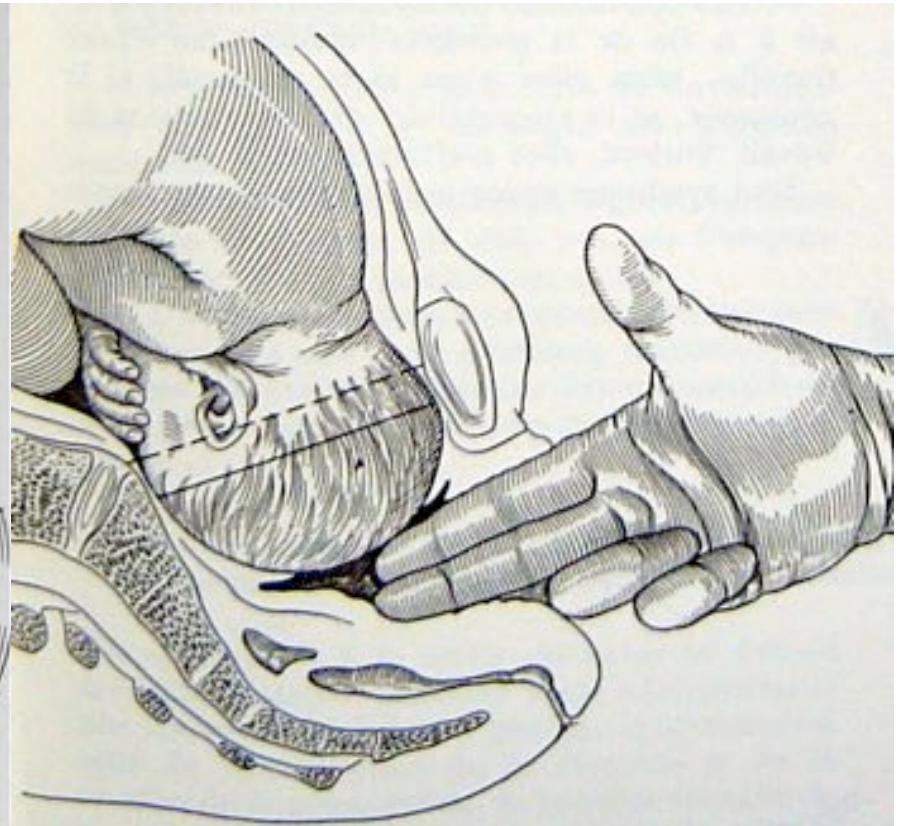
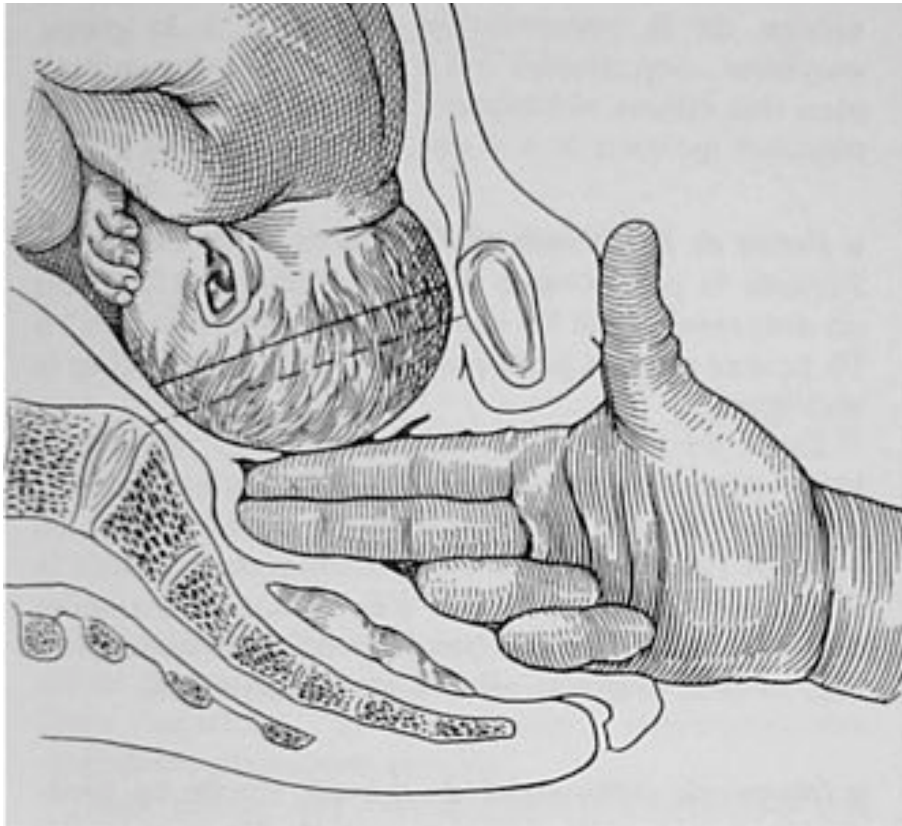
Signe de **Demelin**



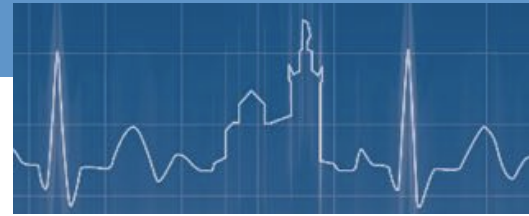
Diagnostic d'engagement



Signe de Farabeuf

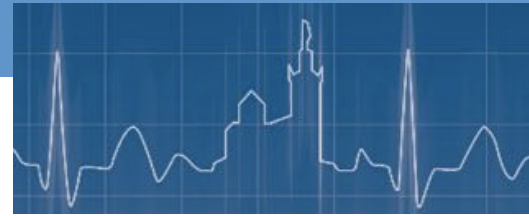


Efforts expulsifs



- **Dilatation complète**
Risques de lésions cervicales en cas d'efforts expulsifs avant dilatation complète
- **Présentation engagée**
- **Uniquement lors des contractions**
- **3 efforts de poussées par contraction**

Transport envisageable?



- Parité
- Terme (Hauteur utérine)
- Envie de pousser
- Rupture de la poche des eaux? Couleur du LA?



Score de **Malinas**

Transport envisageable?

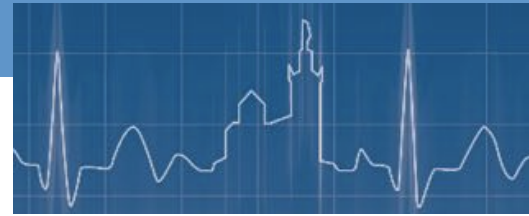


COTATION	0	1	2
Parité	I	II	III et +
Durée du travail	< 3h	3 à 5 h	≥ 6 h
Durée des contractions	< 1 min	1 min	> 1 min
Intervalle entre les contractions	> 5 min	3 à 5 min	< 3 min
Perte des eaux	non	récente	> 1h

SCORE =



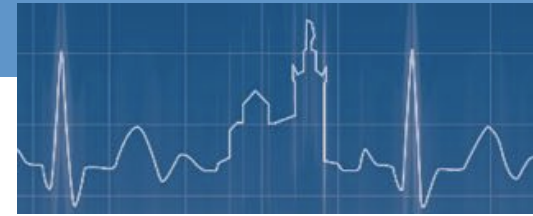
Installation



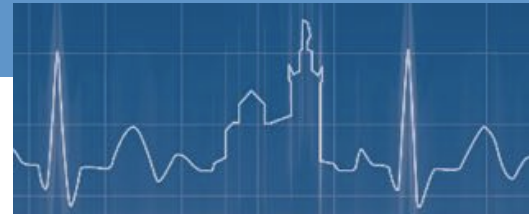
- Environnement calme, propre et réchauffé
- Lit ou au sol avec fesses surélevées
- Patiente en position « gynécologique », les cuisses fléchies sur l'abdomen, la tête surélevée
- Préparer un espace pour recevoir le nouveau-né

- Réassurance++ de la patiente et de la (des) personne(s) accompagnantes

Installation

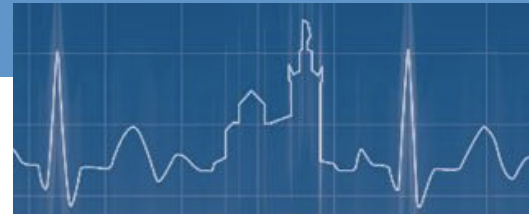


Installation



- Gants
- Ciseaux, clamps ou pinces de Kocher
- Champs de table et sous-fessier, compresses
- Couverture de survie
- Bracelets d'identification
- Bonnet, langes propres
- **Noter l'heure de naissance**

L' accouchement



- Les efforts expulsifs : « Envie de pousser »
 - Pendant les contractions
 - Peut attraper ses cuisses (position gynéco)
 - Pousse « en bas »
 - Entre 2 contractions: respiration, détente musculaire, coaching
 - Laisser la femme s'installer dans la position où elle se sent le mieux.

Au bout de quelques efforts...



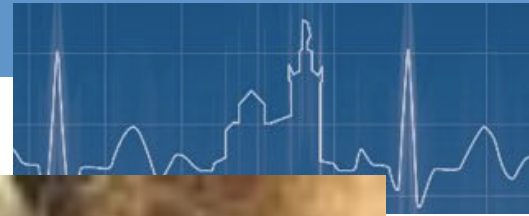
Retenir la tête afin d'éviter une expulsion trop brutale (déchirures).



Ne pas cesser de retenir














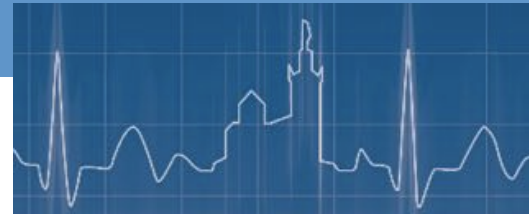
L'épaule supérieure est dégagée, remonter le nouveau-né vers le haut. La deuxième épaule se dégage.



Continuer de remonter le nouveau-né, le reste du corps se dégage. L'accouchement se termine...

A photograph showing a newborn baby being held by a person. The baby is wrapped in a white cloth, and its head is visible. A medical professional in a blue uniform is standing in the background. The scene is dimly lit, suggesting an indoor setting like a hospital or clinic. The text is overlaid on the bottom left of the image.

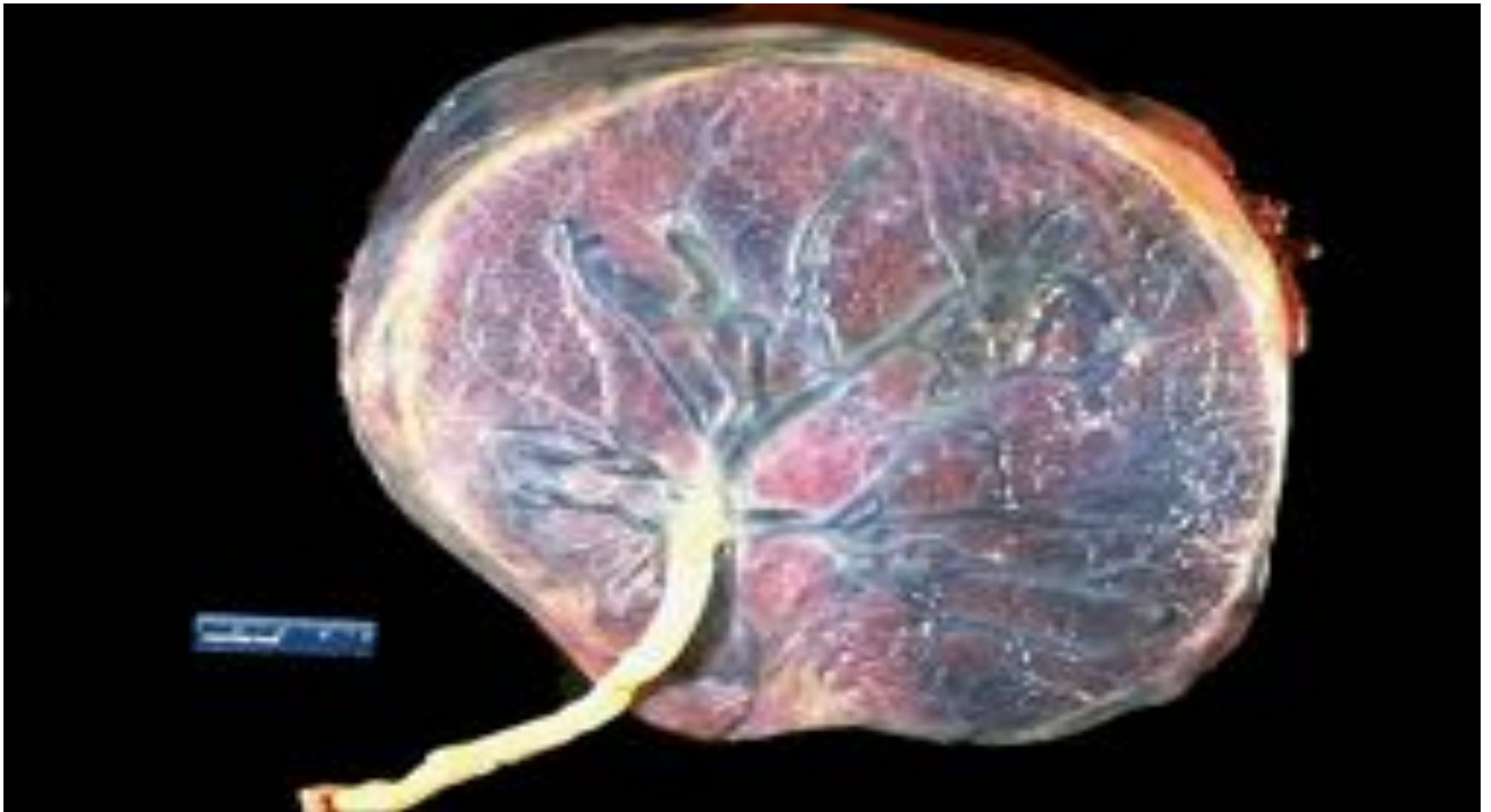
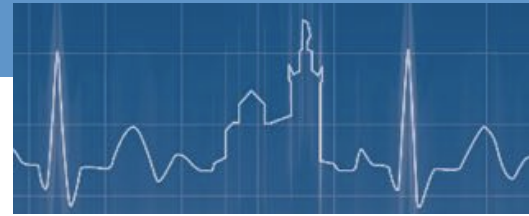
Installer le nouveau-né directement sur la peau
NUE de sa mère



La Délivrance

- Phase de latence
- Reprise des contractions
- Décollement placentaire
- Expulsion du placenta
- Vérification de son intégrité
- Massage utérin
- Ocytocine
- Surveillance clinique (involution et tonicité utérine) et Hémodynamique (FC,PA)

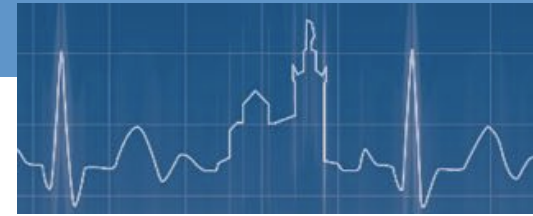
Plaque choriale
=Face foetale



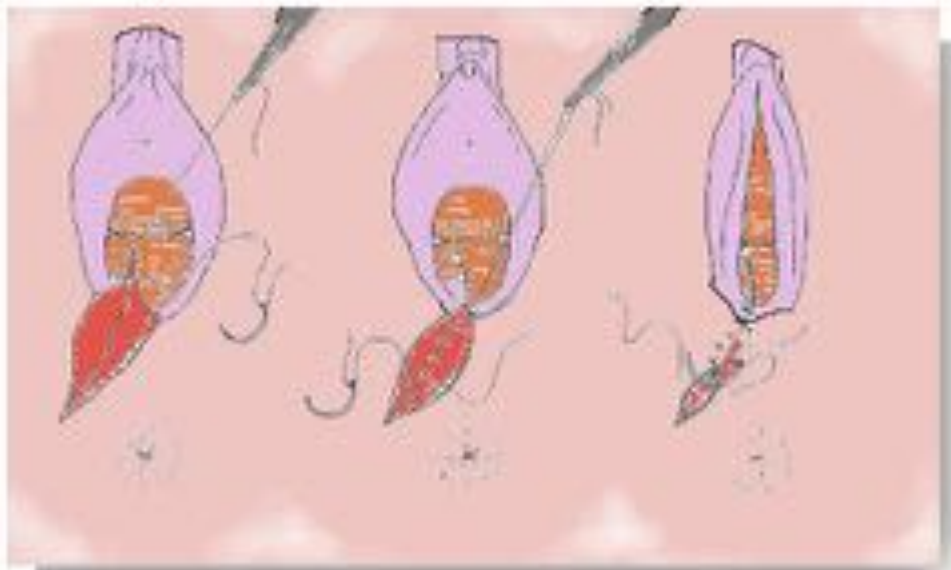
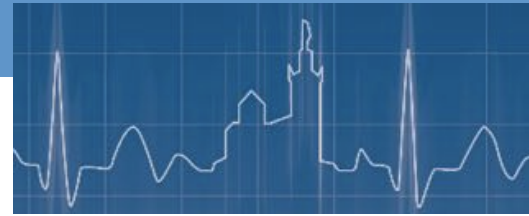
Plaque basale
= face maternelle



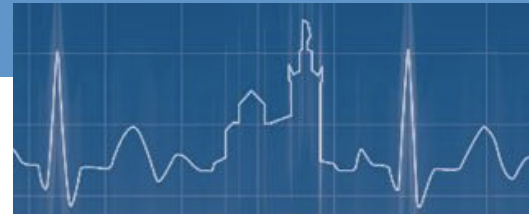
Episiotomie



- Technique
 - Médio-latérale droite
 - Depuis la fourchette vulvaire
 - Oblique selon un angle de 45°
 - Sur 4 à 6 cm de long pour obtenir une section du muscle puborectal
 - **Sur périnée amplié**
- Conditions
 - Matériel stérilisé
 - Kit de suture disponible afin d'assurer une hémostase après la délivrance

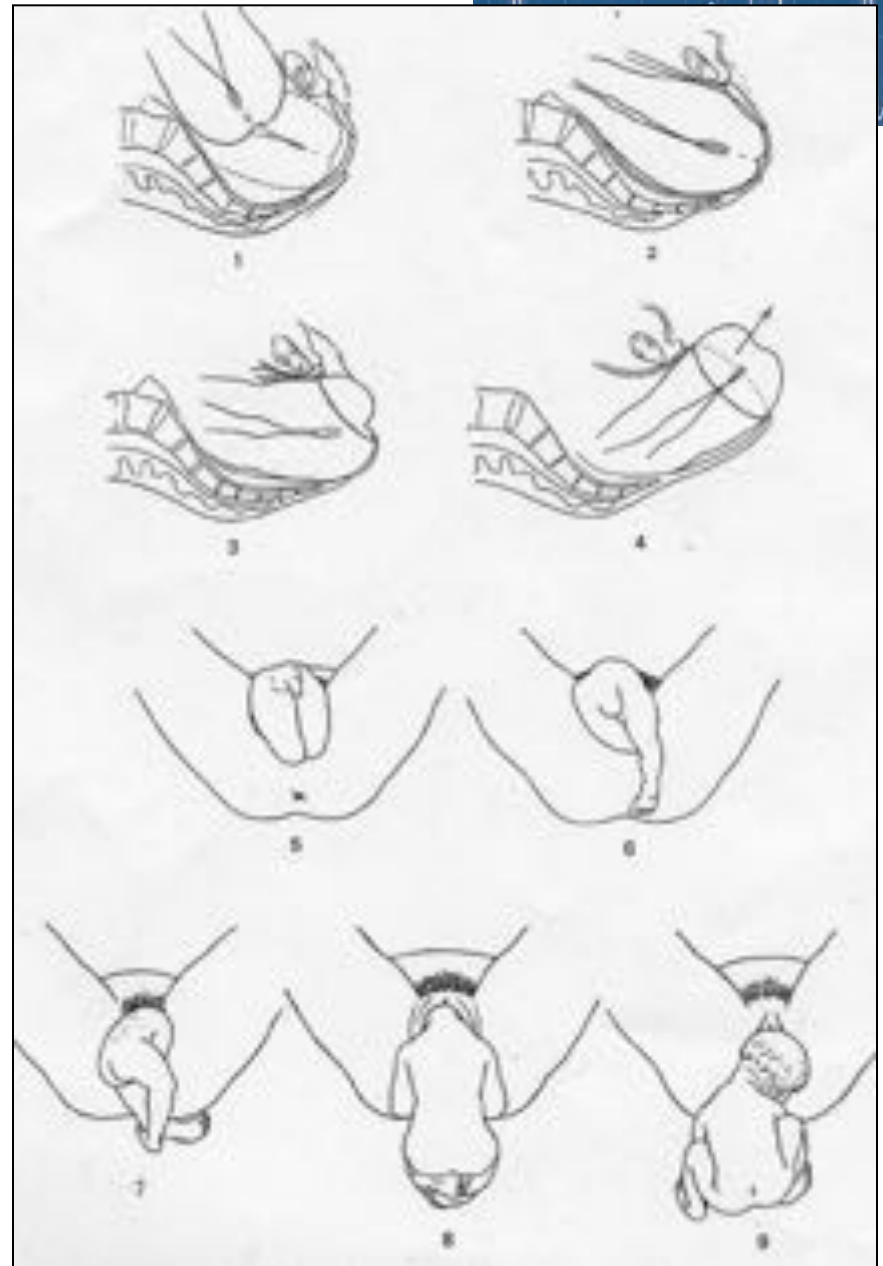


Sans oublier...

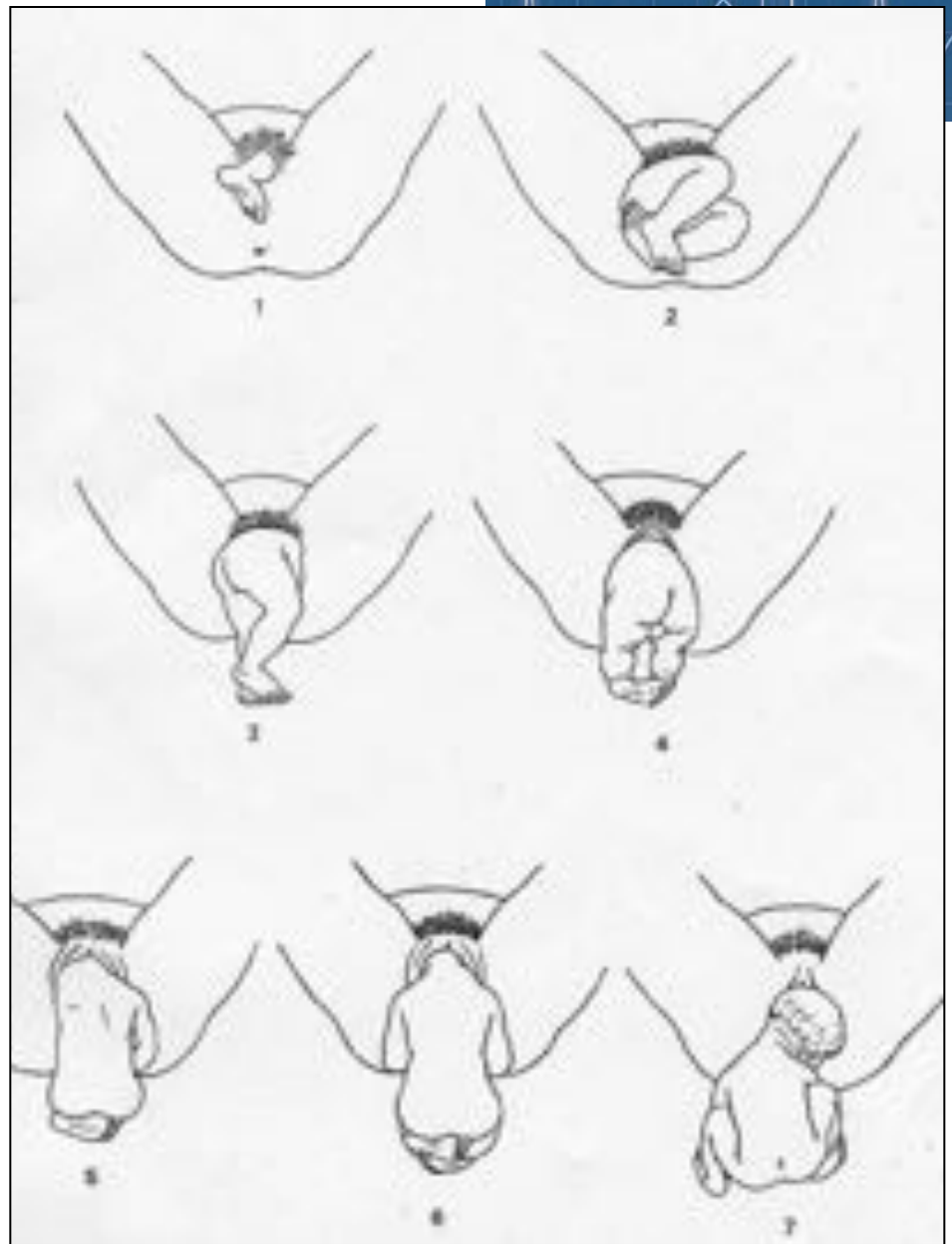


- Identifier le nné (2 bracelets)
- Déclaration de naissance:
 - nom, prénom, sexe, date, lieu, heure, poids, terme, mention« vivant et viable »
- Certificat d'accouchement avec identité de la mère et du médecin

**Accouchement spontané
du siège décomplété
décrit par Vermelin**



**Accouchement spontané
du siège complet
décrit par Vermelin**





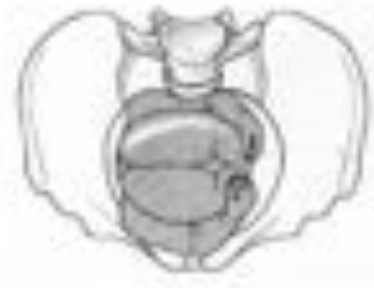
Dégagement des épaules et des bras foetaux

- **Spontanée: manœuvre de Vermelin**
- **Manœuvre de Lovset**
 - Double rotation axiale successive du fœtus
 - ! Doit être pratiquée pendant des efforts expulsifs et idéalement d'une contraction utérine
 - ! Ne doit pas être effectuée avant la visualisation des omoplates
 - ! Pas de manœuvre de traction
 - Pouces sur les lombes, paumes sur les fesses
 - Première rotation de 90 à 180°: épaule postérieure amenée sous la symphyse, dégagement du premier bras (! Doigts en attelle)
 - Seconde rotation de 180°: seconde épaule amenée sous la symphyse, dégagement du second bras (! Doigts en attelle)



1

Système expliquant le principe
de la manœuvre : « l'arcus aortique »
se abaisse sur le « gros de vie »
pour permettre
le déplacement des bras.



2

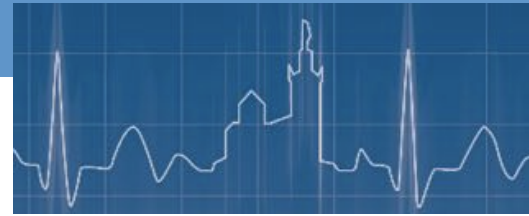
3

4

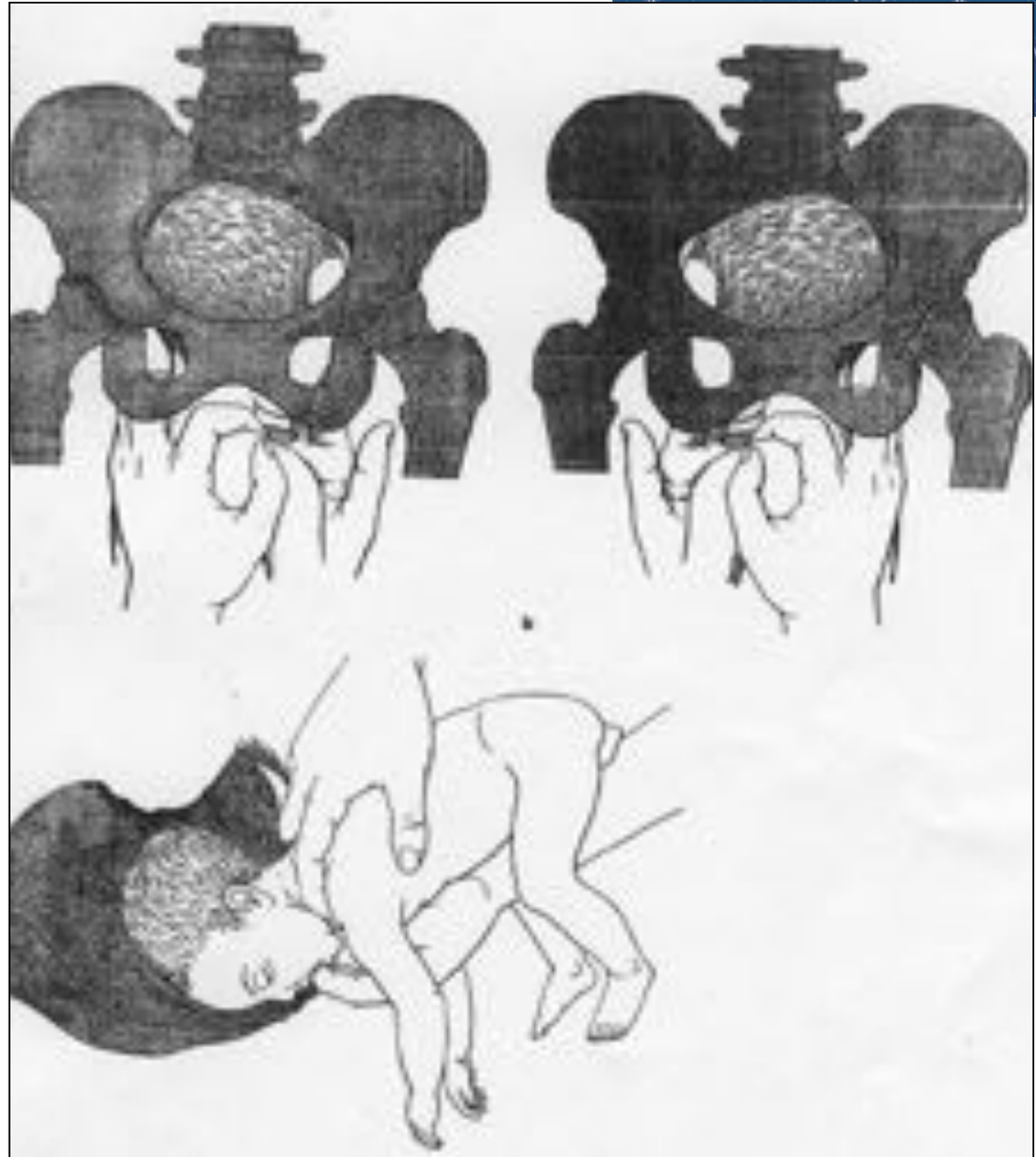


Dégagement de la tête

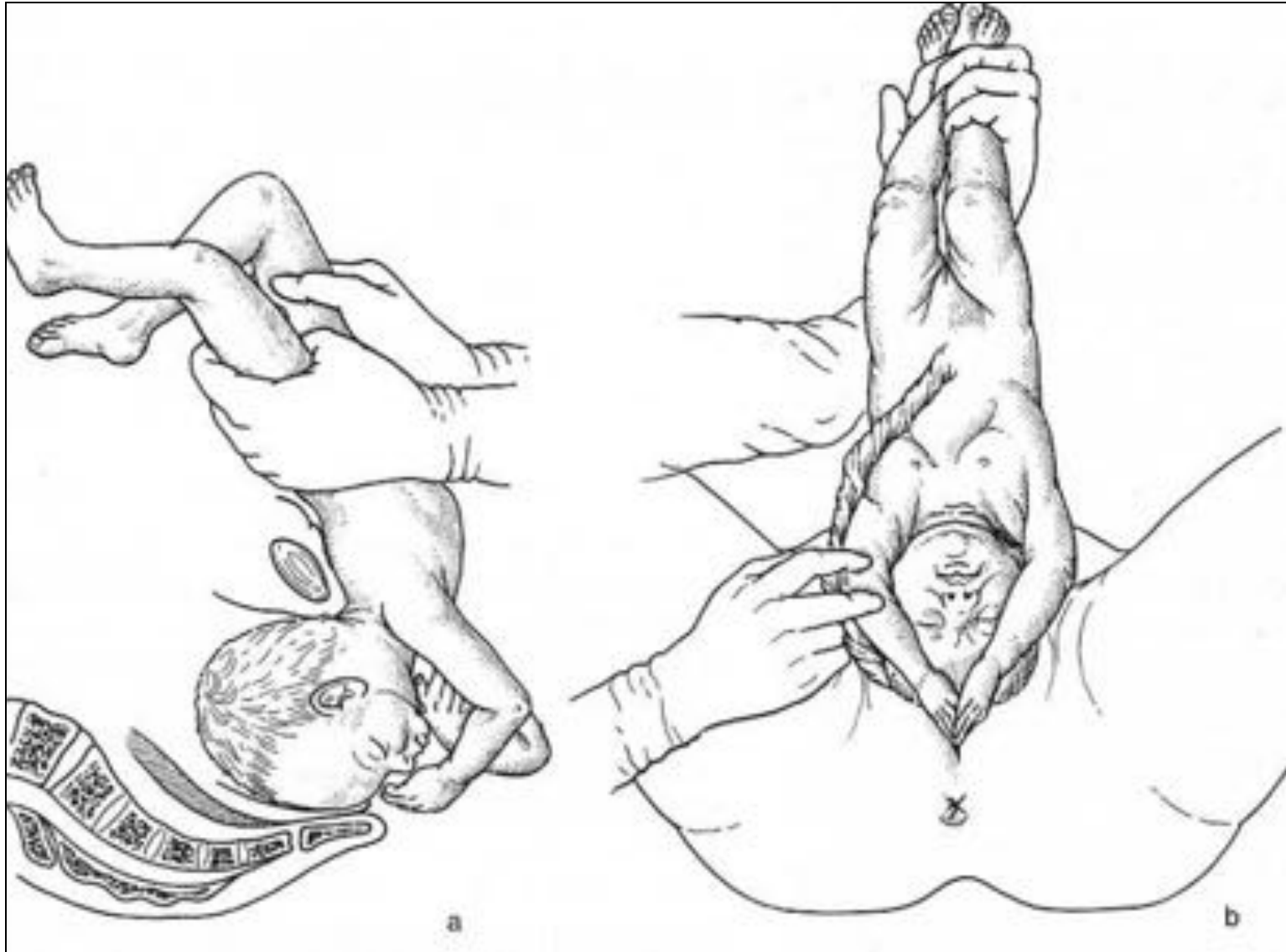
- Spontanée: manœuvre de Vermelin
- Manœuvre de Mauriceau
- Manœuvre de Bracht



Dégagement de la tête Manœuvre de Mauriceau

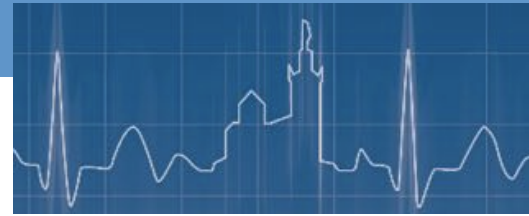


Dégagement de la tête manœuvre de Bracht



Complications

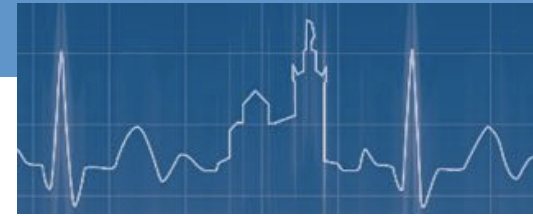
- Rotation du dos en arrière
- Relèvement des bras
- Rétention de tête dernière



Rotation du dos en arrière



Relèvement des bras



Rétention de tête dernière

