

L'ACCOUCHEMENT

Définition :

c'est l'ensemble des phénomènes qui provoquent l'expulsion de l'enfant et des annexes fœtales hors des voies génitales maternelles dès 22 SA ou 500 grammes.

L'accouchement est à terme s'il se situe entre **37 et 41 SA**, ou 9 mois de grossesse.

Éléments à prendre en compte =

- # l'utérus (muscle contractile)
- # le mobile fœtal (tête, épaule, corps)
- # le bassin (défilé osseux dans lequel le fœtus va progresser)
- # le périnée

Le mobile fœtal :

Le segment le plus important est le crâne fœtal (ovoïde, moins déformable). Les différents os du crâne ne sont pas soudés et sont séparés : par des sutures (sagittale et transversale ; permettent un chevauchement) : par des fontanelles (antérieure ou bregma ou grande fontanelle, et postérieure ou lambda ou petite fontanelle).

Les épaules du fœtus représentent un massif important dans le travail.

Les différentes présentations du fœtus :

- ~ présentation *céphalique* ou sommet (la plus eutocique)
- ~ présentation du *bregma* (accouchement voie basse possible)
- ~ présentation du *front* (accouchement voie basse impossible)
- ~ présentation du *visage* (difficile)
- ~ présentation du *siège* =

siège complet (les membres inférieurs se présentent en premier, le fœtus est assis en tailleur dans l'utérus ; accouchement voie basse possible)

siège décomplété (les fesses se présentent en premier, les membres inférieurs sont allongés et repliés sur le tronc ; accouchement voie basse possible)

~ présentation *transverse* (les épaules arrivent en premier ; césarienne obligatoire)

~ présentation *oblique* (césarienne obligatoire)

Le déroulement de l'accouchement :

le début du travail =

est défini par la survenue de **contractions** utérine involontaires, totales, rythmées, régulières, progressivement croissantes et douloureuses ; et par la survenue de **modifications cervicales** : ramollissement, raccourcissement, dilatation du col, hauteur de la présentation / la *perte du bouchon muqueux* : leucorrhées glaireuses, épaisses, teintées de sang / la *rupture de la poche des eaux*.

admission de la patiente en salle de naissance =

- vérification si début de travail ou non (urgence?)
- RCF
- interrogatoire (prendre connaissance du suivi de la grossesse)
- recalculer l'âge de la grossesse (prématurité?)
- examen clinique général (oedèmes, varices, TA, pouls, T°C, bandelette urinaire = albuminurie et glycosurie)
- examen obstétrical (*palper utérin* = hauteur utérine, bruit du coeur, présentation foetale / *toucher vaginal* = dilatation, longueur, position du col, présentation, mensuration du bassin)
- pose d'un voie veineuse

effacement et dilatation cervicale =

- sous l'effet des contractions utérines qui s'intensifient, deviennent plus fréquentes (2 à 5 / mn) et douloureuses, le col va progressivement se raccourcir puis s'effacer et se dilater (dilatation complète = 10 cm).
- *durée moyenne de dilatation* : 5 à 10 h chez la primipare, 3 à 6 h chez la multipare.

surveillance pendant la dilatation =

- vitalité foetale (le RCF normal se situe entre 120 et 160 battements / mn, sans ralentissement)
- contractibilité utérine (hypocinésie ou hypercinésie, de fréquence ou d'intensité)
- les membranes et le LA (si la poche des eaux ne s'est pas rompue spontanément, on réalise une *Rupture Artificielle des Membranes*, entre 3 et 5 cm pour accélérer le travail / le LA doit rester clair pendant tout le travail)
- l'état général maternel (TA, pouls, T°C, douleur)

traitement de la douleur pendant le travail =

- **analgésie péridurale** : souvent proposée en l'absence de contre-indications, qui sont des troubles de l'hémostase ou un syndrome infectieux. Elle permet une bonne sédation de la douleur dans la plupart des cas. Elle possède des *effets non négligeables* sur le travail = baisse de la dynamique utérine (donc injection d'OCYTOCINE pour entraîner les contractions) ; relâchement du col utérin grâce à l'effet antalgique ; plus

grande fréquence des extractions instrumentales (forceps).

descente et engagement de la présentation =

- la descente : la présentation initialement haute et mobile va progressivement descendre vers le plan du détroit supérieur. La présentation est appliquée puis fixée quand les doigts ne peuvent plus la refouler. La descente s'accompagne d'une rotation et amène le fœtus à suivre ensuite la courbure sacrée.
- l'engagement : son diagnostic est fondamental puisque de lui peut dépendre une décision de césarienne. La présentation est dite engagée quand son plus grand diamètre a franchi le détroit supérieur.

dégagement de la présentation ou expulsion =

le dégagement de la présentation débute quand la présentation est en partie basse à dilatation complète. Il nécessite une participation active et coordonnée de la femme. Il est nécessaire d'installer la femme en position gynécologique (le plus souvent), vessie vidée, toilette vulvaire effectuée. Il faut poursuivre l'écoute du RCF. Les efforts expulsifs sont guidés par la sage-femme ou l'obstétricien. La progression de la tête détend le plancher périnéal ; il est parfois nécessaire d'effectuer une épisiotomie.

l'expulsion =

- la tête (l'occiput) se défléchit autour de la symphyse pubienne et s'exteriorise à la vulve (le bébé regarde le sol).
- Il faut maintenir fermement la tête de la main gauche pour éviter une expulsion trop rapide, et la main droite va « crocheter » le menton à travers le périnée pour le remonter.
- une fois la tête sortie, on effectue un mouvement de rotation pour amener les épaules dans un axe sagittale.
- on procède ensuite à une traction vers le bas pour dégager l'épaule antérieure, puis on relève la tête vers le haut pour dégager l'épaule postérieure.
- le reste du corps suit ensuite sans difficulté.

La délivrance

c'est le décollement puis l'expulsion du placenta et des membranes en dehors des voies génitales.

3 phases :

~ le décollement = survient après une phase de latence de 5 à 15 mn (maximum 30 mn) ; réapparition des contractions utérines, métrorragies.

~ l'expulsion = aidée d'une expression utérine (main gauche) douce, en maintenant le cordon sans tirer (main droite). Au bout de 30 mn, si la délivrance n'est pas effectuée : *délivrance artificielle + révision utérine*

(on vérifie que l'utérus soit bien vide). Examen rigoureux du placenta .

~ l'hémostase = la rétraction utérine oblitère les vaisseaux.

Conduite à tenir en post-accouchement

L'accouchée et le nouveau-né seront surveillés **2h** en salle d'accouchement :

~ pour la mère = paramètres, pertes sanguines, rétraction utérine, réfection des déchirures ou épisiotomie par la sage-femme ou le médecin, toilette vulvaire, levée du bloc moteur, reprise de la miction (une vessie non vidangée empêche la rétraction de l'utérus), évaluation de la douleur, déclaration de naissance.

~ pour le bébé = dès l'expulsion il est posé sur le ventre de sa mère, le cordon ombilical est sectionné entre 2 pinces clampées (vérification des vaisseaux), cotation du score d'Apgar à 1 et 5 mn de vie, examen clinique somatique et neurologique réalisé par la sage-femme ou le médecin, vérification des choanes / perméabilité de l'oesophage, prévention de l'hypothermie, administration de vitamines K (pour prévenir la maladie hémorragique du nouveau-né ; due à une immaturité hépatique) et désinfection oculaire (1 goutte de nitrate d'argent dans chaque oeil), mensuration (poids, taille, périmètre crânien et thoracique), bracelet d'identité, prise de la T°C, bain et habillage, mise au sein ou biberon.