

Accouchement normal

(item 22)

Objectifs :

Expliquer les différentes phases du travail et de l'accouchement.

Argumenter la conduite à tenir devant un accouchement inopiné à domicile.

Introduction :

Le travail comprend trois étapes successives :

- Effacement et dilatation du col,
- Expulsion du fœtus, ou accouchement proprement dit,
- Délivrance, qui correspond à l'expulsion du placenta et des membranes.

L'élément moteur est représenté par les contractions utérines, aidées pour l'expulsion par les efforts expulsifs maternels.

Première partie du travail = Effacement et dilatation du col.

I. Mme Corinne M... , 28 ans, se présente à la maternité à 39 semaines d'aménorrhée en raison de contractions utérines évoluant depuis 3 ou 4 heures. Que recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen ? Pour quels objectifs ?

Objectifs :

- Affirmer, ou infirmer, le diagnostic de travail
- Vérifier le bien être maternel et fœtal
- Evaluer le pronostic de l'accouchement

Interrogatoire

- S'agit-il bien de contractions utérines (cf. infra) ?
- Fréquence, régularité et mode évolutif des contractions ?
- Signes d'accompagnement : rupture des membranes ? hémorragies ? ...
- Anamnèse de la grossesse, antécédents médicaux et obstétricaux éventuels

Examen

- Examen général : TA, pouls, température, bandelette urinaire
- Auscultation des bruits cardiaques du fœtus
- Palpation de l'utérus :
 - durcissement intermittent ?
 - qualité du relâchement entre les contractions ?
 - étude de la position fœtale
- Mesure de la hauteur utérine (excessive si > 36 cm : suspicion de macrosomie)
- Examen au spéculum : liquide amniotique ? lésions herpétiques ?
- Toucher vaginal :
 - longueur et dilatation du col ?

- présentation foetale : sommet, siège ?
- évaluation de la perméabilité du bassin (pelvimétrie interne)

Cet examen est complété par :

- La lecture du dossier obstétrical : comptes-rendus des consultations prénatales, résultats des échographies obstétricales et des examens biologiques.
- Un enregistrement cardiotocographique : fréquence et régularité des contractions, analyse du rythme cardiaque foetal (RCF).

II. Sur quels arguments peut-on affirmer que Mme M... est en travail ?

Le travail est défini par l'association de contractions utérines fréquentes et régulières et de modifications cervicales évolutives.

Son diagnostic est clinique.

Il repose sur l'interrogatoire, le toucher vaginal et, si besoin, une surveillance de quelques heures pour :

- Confirmer que Mme M... a des contractions,
- Préciser leurs caractères : fréquence, régularité, mode évolutif,
- Etudier la longueur et la dilatation du col utérin et ses modifications dans le temps.

La contraction utérine réalise un durcissement de l'utérus involontaire, généralisé, intermittent, d'une durée de 30 à 60 secondes. Les contractions du travail sont :

- Fréquentes : toutes les 5 à 10 mn au début, puis toutes les 3 à 5 mn,
- Régulières,
- Rapidement évolutives, de durée et d'intensité croissantes, devenant douloureuses

Le toucher vaginal précise la longueur et la dilatation du col.

- Pendant la grossesse, le col est long d'au moins 2 cm et son orifice interne est fermé.

- Sous l'influence des contractions, il subit pendant le travail

- Un effacement (raccourcissement) allant jusqu'à la disparition du relief cervical,
- Et une dilatation : col admettant un doigt, puis deux, ...

Le diagnostic est évident si les modifications cervicales sont franches d'emblée.

Ailleurs, une surveillance de quelques heures est nécessaire pour confirmer leur évolutivité.

III. Il s'agit d'une première grossesse. Mme M... n'a pas d'antécédents médicaux notables et la grossesse s'est déroulée normalement. L'examen d'entrée montre une présentation du sommet et un col effacé, admettant deux doigts (3 cm). Les membranes sont intactes. Dans l'hypothèse d'un travail normal, comment évolue la dilatation cervicale ? Comment surveillez-vous le travail durant cette période ?

Si les membranes ne se sont pas spontanément rompues plus tôt, il est habituel de les rompre artificiellement vers 4 - 5 cm. Cette mesure renforce l'intensité des contractions et est réputée favoriser la dilatation cervicale.

Il faut surveiller et consigner sur un document écrit, le partogramme

- Le bien être maternel : pouls, pression artérielle, état général, Température, analgésie
- Le bien être foetal, évalué par :
 - L'enregistrement du RCF,

- La couleur du liquide amniotique, normalement claire. Un liquide devenant teinté est un signe d'alarme.
- La dynamique utérine et cervicale : fréquence des contractions, qualité du relâchement entre les contractions, progression de la dilatation cervicale.

Les anomalies du RCF sont parfois difficiles à interpréter. Dans les cas douteux, d'autres examens permettent d'évaluer le bien être foetal mais ne sont réalisables qu'après la rupture des membranes et si la dilatation du col est suffisante :

- Oxymétrie du poulx foetal, qui mesure la saturation du sang en oxygène à l'aide d'un capteur placé contre une joue du foetus,
- Mesure du pH sanguin au scalp après scarification et prélèvement d'une goutte de sang par capillarité.

Deuxième partie du travail

L'étude de l'accouchement amène à décrire :

- La présentation foetale,
- Le bassin obstétrical,
- La mécanique de l'accouchement.

IV. Quelles sont les caractéristiques anatomiques de la présentation du sommet ? Sur quels éléments en fait-on le diagnostic ?

On appelle présentation la partie du foetus qui se présente en premier dans l'aire du bassin.

La présentation du sommet est une présentation de la tête fléchie : le foetus présente le sommet de son crâne.

Le diamètre transversal de la présentation (diamètre bipariétal) est d'environ 9.5 cm.

En revanche, la tête ayant une forme ovoïde, son diamètre antéropostérieur dépend du degré de flexion. Il est de 9.5 cm si la tête est bien fléchie mais atteint 11 cm si la tête est mal fléchie, 12 cm si elle est en position indifférente (présentation du bregma); la flexion est un paramètre essentiel.

L'occiput est le repère de la présentation. Son orientation par rapport au bassin maternel définit la variété de la présentation. Elle est nommée et on décrit six grandes variétés de présentation :

- OP (occipito-pubienne) : l'occiput est sous la symphyse pubienne (à midi chez une femme en position gynécologique),
- OIGA (occipito-iliaque gauche antérieure) : l'occiput est en avant et à gauche, entre 1 et 2 heures,
- OIGP (occipito-iliaque gauche postérieure) : l'occiput est en arrière et à gauche, entre 4 et 5 heures,
- OS (occipito-sacrée) : l'occiput est en arrière, contre le sacrum,
- OIDP (occipito-iliaque droite postérieure) : l'occiput est en arrière et à droite, entre 7 et 8 heures,
- OIDA (occipito-iliaque droite antérieure) : l'occiput est en avant et à droite, entre 10 et 11 heures.

Le diagnostic de la présentation du sommet, de sa flexion et de sa variété repose sur le toucher vaginal qui repère les sutures et les fontanelles situées entre les plaques osseuses de la voûte du crâne.

- La fontanelle postérieure (ou petite fontanelle ou fontanelle lambda) est située à l'union de la plaque occipitale et des deux plaques pariétales. Elle est de forme triangulaire et, de ses sommets, partent trois sutures.
- La fontanelle antérieure (ou grande fontanelle ou fontanelle bregma) est située à l'union des deux plaques pariétales et des deux plaques frontales. Elle est de forme losangique et, de ses sommets, partent quatre sutures.

Diagnostic :

- La présentation est un sommet si la fontanelle postérieure est dans l'aire du bassin.
- Le sommet est bien fléchi si la fontanelle postérieure occupe le centre de la présentation tandis que la fontanelle antérieure n'est pas accessible.
- Le sommet est mal fléchi si la fontanelle postérieure est excentrée tandis que la fontanelle antérieure est facilement accessible.
- L'orientation de l'occiput par rapport au bassin définit la variété de la présentation qui évolue au cours de l'accouchement.

I. Quelles sont les caractéristiques anatomiques du bassin obstétrical ? Comment peut-on évaluer ses mensurations ?

Le bassin obstétrical comprend :

- Un orifice d'entrée, le détroit supérieur. Son franchissement définit l'engagement de la présentation.
- Un orifice de sortie, le détroit inférieur,
- L'excavation pelvienne, située entre les orifices d'entrée et de sortie.

Détroit supérieur

Il est limité en avant par le bord supérieur de la symphyse pubienne, latéralement par les lignes innominées et en arrière par le promontoire.

Il est rétréci en arrière par la saillie du promontoire qui lui donne une forme en coeur de carte à jouer. Pour cette raison, l'engagement n'est possible que dans un diamètre oblique du détroit supérieur, la présentation étant orientée en OIGA ou OIDP, plus rarement en OIDA ou OIGP.

Détroit inférieur

Il est limité en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne, latéralement par le bord inférieur des branches ischiopubiennes et en arrière par la pointe du coccyx.

Les branches ischiopubiennes dessinent un triangle osseux à sommet antérieur. De plus, la fente délimitée par les releveurs de l'anus est allongée d'avant en arrière. Pour ces raisons, le dégagement n'est possible que si la présentation s'oriente dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur, en OP ou en OS.

Excavation pelvienne

Elle a la forme d'un segment de tore (cylindre incurvé) enroulé autour de la symphyse pubienne. Elle est limitée en avant par la face postérieure de la symphyse pubienne, en arrière par la face antérieure du sacrum et latéralement par la face interne des os iliaques.

Son diamètre est régulier, environ 12 cm, n'est rétréci que par la saillie des épines sciatiques qui marque le détroit moyen.

L'engagement se faisant dans un diamètre oblique et le dégagement se faisant dans le diamètre sagittal, la descente de la présentation est obligatoirement associée à une rotation

La perméabilité du bassin peut être évaluée par :

- La pelvimétrie interne lors du toucher vaginal, systématique à la consultation du 8^e ou 9^e mois. Elle est peu précise mais suffisante dans la très grande majorité des cas.
- Des examens complémentaires : radiopelvimétrie, scanner ou IRM. Ils permettent des mesures précises mais leur intérêt dans la présentation du sommet est limité et leurs indications sont controversées : taille maternelle 1.50 m, pelvimétrie interne anormale, antécédent de fracture du bassin, suspicion de gros fœtus (macrosomie), utérus cicatriciel, ...

Valeurs usuelles des principales mesures du bassin

- Déroit supérieur :
 - Diamètre antéropostérieur = promonto-réto-pubien (PRP) >10.5 cm
 - Diamètre transversal = transverse médian (TM) >12.5 cm
 - Indice de MAGNIN = PRP + TM >23 cm
- Déroit moyen
 - Diamètre bi-épineux (entre les épines sciatiques) >10 cm

I. Quelles sont les caractéristiques de la mécanique obstétricale dans l'accouchement du sommet ?

La descente du fœtus comprend trois étapes successives :

- L'engagement,
- La descente et la rotation dans l'excavation pelvienne,
- Le dégagement.

Engagement

C'est le franchissement du déroit supérieur par la présentation

En raison de la forme du déroit supérieur, l'engagement exige que la présentation s'oriente dans un diamètre oblique du bassin.

Du fait de la dextrorotation de l'utérus gravide (sa face antérieure regarde en avant et à droite), le diamètre oblique gauche (variétés OIGA et OIGP) est beaucoup plus souvent emprunté que le droit.

Pour ces raisons, l'engagement se fait le plus souvent en OIGA (57%), un peu moins souvent en OIGP (33%), rarement en OIDA (4%) ou en OIGP (6%)..

Le diagnostic d'engagement est fondamental

Le signe essentiel est le signe de FARABEUF : deux doigts intra-vaginaux dirigés vers la 2^e vertèbre sacrée rencontrent la tête foetale et sont arrêtés par elle. Ils ne peuvent trouver place entre la présentation et la concavité sacrée.

Cause d'erreur : présence d'une bosse sérosanguine, fréquente en cas d'accouchement laborieux. En cas d'inefficacité des efforts expulsifs ou de souffrance foetale, une présentation engagée autorise en général une extraction instrumentale (forceps, ventouse, spatules) alors qu'une présentation non engagée impose une césarienne. Le diagnostic d'engagement est donc fondamental.

Descente et rotation intrapelvienne

La rotation intrapelvienne est une obligation puisque l'engagement se fait dans un diamètre oblique mais que le dégagement ne peut se faire que dans le diamètre sagittal du bassin.

La rotation se fait presque toujours vers l'avant : toutes les variétés antérieures (OIGA et OIDA) et la très grande majorité des variétés postérieures (OIDP et OIGP) tournent en OP.

- Les variétés antérieures font une petite rotation de 45° qui est facile.
- Les variétés postérieures doivent faire une grande rotation de 135° , souvent plus laborieuse.

Dégagement

C'est le franchissement du déroit inférieur et du diaphragme pelvien.

Il se fait presque toujours en OP. La région sous-occipitale se fixe sous la symphyse pubienne et la tête se dégage par un mouvement de déflexion : le sous-occiput reste sous la symphyse tandis que le front amplifie le périnée postérieur et monte vers la vulve.

- Le périnée postérieur est laminé, la distance ano-vulvaire augmente jusqu'à 10 cm.
- La vulve s'horizontalise (chez une femme en position gynécologique)
- La tête se dégage en montant vers l'accoucheur : elle distend progressivement l'anneau vulvaire puis le

visage apparaît de haut en bas.

Le mouvement de dégagement de la tête se fait avec une force exponentielle. Souvent lent au début, il peut s'achever brutalement et entraîne un vrai risque de déchirure périnéale.

Après le dégagement de la tête

La tête opère un mouvement de restitution : l'occiput se tourne de 45° vers le dos du fœtus.

Le dégagement des épaules est un temps critique et est généralement assuré par l'accoucheur.

- L'opérateur saisit la tête par le menton et le sous-occiput, ...

- Accentue le mouvement de restitution pour favoriser l'orientation du diamètre bi-acromial dans le plan antéropostérieur du bassin, ...

- Puis redresse progressivement l'axe de traction vers le haut pour dégager l'épaule postérieure en surveillant le périnée.

Le reste du corps suit sans difficulté. Le cordon ombilical est clampé et sectionné à distance de l'abdomen.

Troisième partie du travail

C'est la période la plus dangereuse pour la mère. Il y a un risque d'hémorragie grave mettant en jeu le pronostic vital.

II. Décrivez les phénomènes physiologiques et cliniques de la délivrance.

La délivrance comporte trois phénomènes :

- Décollement du placenta entre les caduques compacte et spongieuse par constitution d'un hématome rétroplacentaire physiologique,
- Expulsion du placenta sous l'influence des contractions et de son propre poids. En pratique, elle est généralement aidée par l'accoucheur.
- Hémostase qui n'est possible que si l'utérus est vide et est assurée en premier lieu par la rétraction utérine : les fibres musculaires collabent les vaisseaux. L'hémostase biologique est plus tardive.

La délivrance se fait dans un délai de 30 minutes après la naissance. Son étude clinique fait distinguer trois étapes successives :

- Phase de rémission, immédiatement après la naissance et d'une durée de 10 à 15 minutes : disparition des contractions douloureuses, absence d'hémorragie, l'utérus est ferme et rétracté sous l'ombilic.
- Phase de décollement : reprise des contractions, apparition d'une petite hémorragie, le fond utérin remonte au dessus de l'ombilic, le cordon ombilical se déroule hors de la vulve.
- Phase d'expulsion, spontanée ou aidée par l'accoucheur. 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.

III. Exposez la conduite à tenir pendant et après la délivrance.

Surveillance rigoureuse en salle de travail

Pouls, pression artérielle,

Hémorragie qui ne doit pas dépasser 500 ml au total,

Hauteur et consistance de l'utérus.

Délivrance dirigée ?

La délivrance et l'hémostase se font sous l'influence des contractions et de la rétraction utérine. Leur qualité est fondamentale. Pour cette raison, beaucoup d'auteurs préconisent l'administration systématique d'ocytociques dès la sortie de l'enfant. C'est la délivrance dirigée.

Diagnostic du décollement et aide à l'expulsion du placenta

Le diagnostic repose sur la manoeuvre 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 manoeuvre ne fait plus remonter le cordon.

L'absence de décollement après 30 minutes n'est pas physiologique et impose une délivrance artificielle.

Lorsque le placenta est décollé, son expulsion est habituellement favorisée par une pression sur le fond utérin, réalisant un mouvement de piston utérin qui amène le placenta à la vulve.

Après la délivrance.

Examen du placenta et des membranes pour vérifier leur intégrité. Une rétention placentaire partielle justifie une révision utérine.

Poursuivre la surveillance pendant 2 heures en salle de travail : pouls, TA, conscience, hauteur et tonicité de l'utérus, pertes sanguines.

IV. Quelles sont les principales complications de la délivrance ?

1. La rétention placentaire

Passé le délai de 30 minutes après la naissance de l'enfant, il faut parler de rétention placentaire. L'absence d'expulsion du placenta peut être due à l'absence de décollement placentaire, mais aussi à un obstacle gênant sa migration.

Les différentes causes sont citées énumérées ci-dessous, et nous n'insisterons que sur 4 points essentiels :

- La nécessité de s'assurer qu'il n'existe pas une distension vésicale importante pouvant gêner la migration placentaire ;
- La thérapeutique indispensable que représente la délivrance artificielle en cas de rétention placentaire totale ;
- La possibilité d'une rétention placentaire partielle (cotylédon aberrant qui doit être diagnostiqué lors de l'examen macroscopique du placenta expulsé) ;
- Les difficultés rencontrées lorsque l'on est devant une hypertonie utérine pouvant réaliser 2 tableaux différents, découlant le plus souvent d'une erreur technique dans la direction de la délivrance :
 - Incarcération où le placenta décollé est retenu au-dessus du segment inférieur dans un utérus où l'on passe à peine la main,
 - Enchatonnement où le placenta décollé en totalité ou en partie est retenu dans une corne séparée de la cavité utérine par un anneau de rétraction localisée.
 - Sans oublier les rétentions de membranes favorisées par l'expulsion placentaire selon le mode Duncan, et nécessitant souvent la pratique d'une révision utérine.

Les causes de rétention placentaire peuvent être diverses :

- Troubles dynamiques utérins :
 - Inertie utérine
 - * Surdistension utérine : grossesse multiple, hydramnios, macrosome
 - * Pathologie utérine modifiant la contractilité : fibrome, malformation
 - * Cause iatrogène : anesthésique (fluothane), tocolytique (β -mimétiques), arrêt intempestif des ocytociques utilisés en fin de travail
 - Hypertonie aboutissant à un enchatonnement placentaire (cervical ou localisé)
- Anomalie d'insertion placentaire :
 - Insertion anormale (acreta, percreta)
 - Morphologiques (cotylédons accessoires)

- Localisation anormale : bas inséré (segment inférieur)
- Erreurs techniques :
 - Délivrance dirigée trop tardive
 - Tractions sur cordon
 - Expression utérine avant décollement placentaire

2. Hémorragies de la délivrance

L'hémorragie reste en France la première cause de mortalité maternelle, devant les thromboses et l'hypertension artérielle. L'hémorragie de la délivrance vient au premier rang des décès par hémorragie et serait responsable d'environ 1/4 de la mortalité maternelle ; sans omettre la morbidité non négligeable qui y est associée.

L'expertise des dossiers suggère que le décès serait évitable dans 60 à 85 % des cas.

Les hémorragies de la délivrance peuvent survenir avant ou après l'expulsion du placenta, être brutales et très abondantes (pertes de plus d'1 litre en quelques minutes), ou au contraire distillantes, s'étalant sur plusieurs heures

Ceci justifie la surveillance des accouchées pendant au moins 2 heures en salle de naissance.

L'accouchement normal s'accompagne d'une perte sanguine physiologique d'environ 500 ml lors du décollement placentaire.

On parle d'hémorragie de la délivrance lorsque ces pertes sanguines sont supérieures à 500 ml. Ces hémorragies sont d'abondance moyenne entre 500 et 1000 cc, et sévères au delà.

La fréquence des hémorragies de la délivrance serait de l'ordre de 1 à 5 % de tous les accouchements.

5 causes principales viennent se partager la responsabilité des hémorragies de la délivrance:

- l'atonie utérine surtout, qui correspond à un défaut de contractilité du myomètre après l'expulsion du placenta et qui se traduit par un utérus mou, difficilement perçu à travers la paroi abdominale,
- la rétention placentaire complète ou partielle, fréquente également,
- les lésions de la filière génitale (épisiotomie, déchirures périnéales, vaginales ou cervicales, hématomes vulvo-vaginaux ou sous-péritonéaux),
- la rupture utérine qui survient presque toujours sur un utérus cicatriciel (antécédent de césarienne ou de myomectomie...)
- et l'exceptionnelle inversion utérine qui correspond au retournement en doigt de gant plus ou moins complet de l'utérus avec extériorisation à la vulve.

Il faut y ajouter les anomalies de la coagulation qui sont rencontrées dans des contextes bien particuliers : mort in utero, toxémie et hématome rétro-placentaire.

Comme nous l'avons précédemment développé, la plus grande difficulté est surtout de reconnaître l'hémorragie de la délivrance, puisque les pertes sanguines sont souvent sous-estimées.

Une démarche adéquate permettra, parallèlement à une réanimation, le diagnostic de la cause de l'hémorragie et son traitement immédiat.

Cette prise en charge comporte systématiquement

- une révision utérine,
- un examen du col à l'aide d'écarteurs de chirurgie vaginale
- et l'administration d'ocytocine en intraveineux en cas d'inertie.

La révision utérine consiste à introduire une main stérile dans la filière génitale jusque dans l'utérus. Cette main peut ainsi confirmer une atonie si l'utérus est flasque, diagnostiquer une rétention placentaire si elle retrouve un fragment de placenta, découvrir une rupture utérine méconnue si la main passe à travers le myomètre dans la cavité péritonéale.

L'examen visuel du col à l'aide d'écarteurs permet d'identifier une déchirure cervicale hémorragique

éventuellement étendue au vagin ou à la portion supravaginale du col (on parle alors de rupture utérine) et de la suturer.

L'ocytocine IV permet généralement d'obtenir une contraction du myomètre induisant rapidement l'arrêt de l'hémorragie par atonie.

En cas d'échec, il faut avoir recours très rapidement aux prostaglandines en intraveineux qui permettent d'arrêter l'hémorragie dans près de 95 % des cas. Ces traitements permettent le plus souvent d'éviter d'avoir recours aux techniques chirurgicales lourdes comprenant les ligatures artérielles (artères utérines, hypogastriques) et encore parfois l'hystérectomie d'hémostase de sauvetage maternel.

3. L'inertie utérine (cf supra)

V. Vous êtes appelé à domicile pour des douleurs de fin de grossesse. A l'arrivée, votre diagnostic est évident : il s'agit d'une jeune femme en train d'accoucher. Quelle CAT proposez-vous ?

Le transfert est nécessaire mais l'imminence de l'accouchement peut faire préférer l'accouchement sur place avec transfert secondaire de la mère et de l'enfant.

Un certain nombre de renseignements doit pouvoir être donné par téléphone pour décider de l'urgence du transfert :

- Eloignement du domicile par rapport à la maternité la plus proche
- La parité (multipare est souvent synonyme d'accouchement rapide)
- Le terme de la grossesse (permet d'évaluer la prise en charge de l'enfant)

L'imminence de l'accouchement :

- Rythme des contractions (CU) et leur durée (toutes les 3 mn, de durée de plus d'1mn = travail engagé)
- L'envie de " poussée " (signe la descente de la tête dans la concavité sacrée)
- La dilatation du col (à 8 cm, l'accouchement se fera dans la demi-heure chez la multipare)
- La rupture de la poche des eaux.

La conduite à tenir dépend de l'imminence de l'accouchement et de la distance entre le domicile et la maternité.

- Si pas d'imminence d'accouchement, il faut transférer la patiente de façon médicalisée vers la maternité la plus proche mais aussi la plus adaptée en fonction du terme de la grossesse (Maternité de niveau 1 si plus de 35 SA, de niveau 2 si plus de 32 SA, sinon maternité de niveau 3)
- Si accouchement imminent, prévenir le SAMU adulte et le SAMU pédiatrique, puis s'organiser pour réaliser l'accouchement

Que faire dans l'immédiat ?

- Préparer des linges propres, une boîte d'accouchement (2 pinces de Kocher, un clamp à cordon, une paire de ciseaux, deux paires de gants stériles, un flacon de Bétadine et quelques compresses), une table et deux chaises.
- La patiente est couchée sur la table, les fesses au bord de la table, les deux jambes pliées, écartées, les pieds sur les chaises. Une nappe plastifiée sous les fesses et une bassine en plastique au pied de la table.

Comment faire ?

- Voie veineuse mise en place avec un Glucosé à 5%
- A dilatation complète (envie expulsive, plus de col palpé), faire pousser en même temps que les

contractions.

- Lors du passage de la tête au niveau du périnée contrôler celle-ci pour qu'elle sorte lentement. Si doute sur la qualité du périnée, incision au moment de la poussée, périnée amplifié, de la fourchette vulvaire en se dirigeant obliquement vers l'arrière à l'aide de la paire de ciseaux.
- Enfant sorti, basculer le sur le ventre de la mère puis couper le cordon entre deux Kochers après avoir badigeonné le cordon de Bétadine.
- Désobstruction des voies aériennes supérieures de l'enfant à l'aide d'une compresse puis envelopper l'enfant dans un linge propre pour le garder au chaud.

VI. Quels sont les principaux problèmes que vous pouvez rencontrer ?

1° La procidence du cordon

On palpe devant la présentation un cordon battant. S'il est impossible de le refouler sur le côté, il faut maintenir la main en contre appui dans le vagin pour que la présentation n'appuie pas sur le cordon, et rester ainsi jusqu'à ce que la patiente puisse être prise en charge. L'efficacité du geste se juge par la qualité du battement du cordon.

2° Présentation du siège

Le diagnostic se fait le plus souvent parce que l'on palpe un pied. Garder la poche des eaux intacte et transférer la patiente. Sinon, il faut éviter de toucher le siège durant l'accouchement. Quand tout le corps est sorti ainsi que les bras, il faut basculer l'enfant sur le ventre de la mère pour faciliter la sortie de la tête dernière. La femme accouchée, cordon clampé, ne s'est pas délivrée dans la demi-heure et se met à saigner de façon importante (> 500 ml). Il faut réaliser une délivrance artificielle : gants stériles, introduire la main progressivement dans le vagin, le col, puis l'utérus en suivant le cordon. Avec le rebord cubital de la main, aider le décollement du placenta puis le ramener entièrement. Un deuxième contrôle après l'extraction du placenta évite de laisser un cotylédon. Faire 10 UI de Syntocinon en intraveineuse directe, remplir rapidement avec 500 ml de G5%

Ne pas tirer sur le cordon pour faire sortir le placenta, mais appuyer plutôt sur le fond utérin.

Points essentiels :

- **L'expulsion de l'enfant à travers la filière génitale nécessite de franchir deux obstacles : le col utérin (0 à 10 cm) et le bassin (3 détroits) sous l'influence des contractions utérines.**
- **Les éléments du pronostic de l'accouchement dépendront donc du fœtus (poids et position), du bassin et de la dynamique utérine (contractions utérines).**
- **Le travail consiste Le diagnostic de début de travail repose sur l'association de contractions utérines et de modifications cervicales en rapport avec celles-ci.**
- **L'accouchement se déroule en trois phases : dilatation jusqu'à 10cm, descente de la présentation avec expulsion foetale puis délivrance placentaire.**
- **La délivrance est une période au cours de laquelle le risque d'hémorragie est fréquent (3-4,5% d'hémorragie > 500ml).**
- **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 2H.**
- **Les quatre éléments à apprécier en cas d'appel pour un accouchement à domicile sont la distance par rapport à la maternité la plus proche, la parité (multipare est souvent synonyme d'accouchement rapide), le terme de la grossesse (permet d'évaluer la prise en charge de l'enfant) et l'imminence de l'accouchement.**