

ED1 : Accouchement Normal

Stéphane BOUNAN
bounan.stephane@gmail.com

RT : India POTTIER
RL : Michaël FINET

But du cours : savoir **comment se passe un accouchement normal**.

INTRODUCTION : Les trois étapes d'un accouchement

1. **Le travail** : la dame arrive aux urgences en disant « j'ai des contractions ». Le travail peut durer assez longtemps. (Contractions + dilatation du col)
2. **L'accouchement** : le moment où le bébé sort. C'est un moment rapide.
Les trois temps de l'accouchement :
 - 1) engagement : le bébé passe dans le détroit supérieur. Définition exacte : franchissement du détroit supérieur par la présentation fœtale
 - 2) descente dans l'excavation : engagé partie moyenne, puis partie basse
 - 3) dégagement : le bébé colle sa nuque derrière la symphyse, puis il relève la tête pour sortir
3. **La délivrance** : sortie du placenta (environ) 30 minutes. C'est une étape à haut risque car il peut y avoir **une hémorragie de la délivrance**, la France a de très mauvais chiffres dans ce domaine (on est derrière la Pologne en termes de mortalité...). La mort en couches peut être évitable ou non, sa principale cause est l'hémorragie maternelle.
Il y a des cas où la mort n'est pas évitable : l'embolie amniotique, par exemple, qui n'est pas prévisible et pour laquelle il n'existe pas de traitement.
L'hémorragie, elle, est évitable et ne devrait jamais conduire à la mort de la patiente.

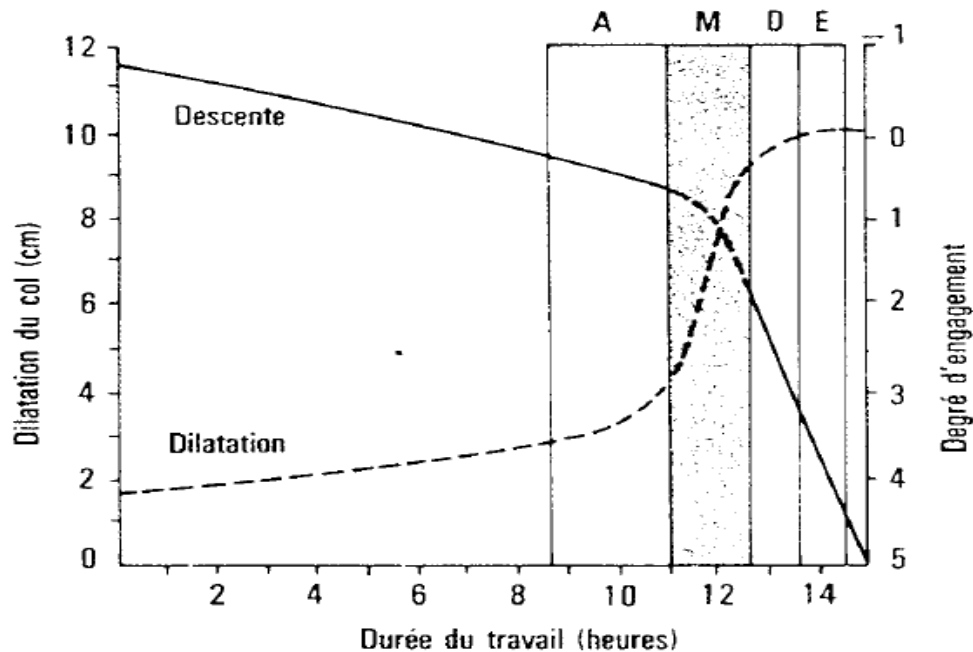
I- Définitions (à connaître toute notre vie)

Travail : association de :

- contractions utérines régulières, rythmées et efficaces/douloureuses : tous les termes sont importants pour définir le travail, au 3ème trimestre toutes les femmes ont des contractions, mais ce n'est pas forcément le travail.
- effacement et dilatation du col

Si on a des contractions sans dilatation du col, on parle de faux travail.

Partogramme : graphique qui donne la dilatation du col et le degré d'engagement (=descente du bébé) en fonction du temps. La dilatation du col se donne en doigts au début (1 ou 2 doigts), puis en centimètres à partir de 3 doigts. A 10 cm, la patiente est dite « à complète », son col a atteint la dilatation complète, il a disparu : l'utérus et le vagin ne font plus qu'un tunnel.



C'est un diagramme déjà pré-imprimé qu'on trouve dans toutes les maternités et qui est utilisé à chaque accouchement. C'est un document médico-légal.

But : quand on regarde un partogramme, on doit savoir minute par minute tout ce qui s'est passé durant le travail. En bas il y a une ligne pour les constantes de la mère, les administrations de médicaments, etc. (tout ça sera détaillé dans « La surveillance maternelle » un peu plus bas).

Le partogramme fait partie de la surveillance obstétricale du travail, qui comprend :

- le degré de **dilatation cervicale**, de 0 à 10 cm
- la **qualité du col** : consistance, raccourcissement, effacement
- la **descente** du mobile foetal (du fœtus, quoi)
- les **contractions utérines** : le nombre de contractions par période de 10 minutes et la durée des contractions mesurées en secondes

II- Déroulement de l'accouchement

Le col d'une femme qui n'est pas en travail est :

- long → pendant le travail, il devient mi-long, puis court, puis effacé
- postérieur → puis centré, puis antérieur (car la mère a le ventre qui plonge vers l'avant, donc le col part vers l'arrière, et pendant le travail le col se re-centre)
- tonique (dur) → il devient ramolli, puis mou (il faut qu'il soit mou pour s'ouvrir)
- fermé → pendant le travail il s'ouvre à 1 doigt, 2 doigts, etc.

A chaque fois qu'elle examine la patiente pendant le travail, la sage-femme doit noter l'évolution de ces 4 critères.

Pour la **descente** : on a les stades

- ♣ appliqué (on sent la tête à bout de doigts, si on appuie dessus on peut la remonter),
- ♣ fixé (comme appliqué mais on ne peut plus remonter la tête),
- ♣ engagé (la tête a passé le détroit supérieur) qui se divise en trois : engagé partie haute/partie moyenne/partie basse.

Les **contractions utérines** sont le moteur de la descente foetale. On peut avoir une stagnation de la dilatation (la dilatation s'arrête à un certain stade, par exemple 4 cm), le plus souvent c'est parce que les contractions sont soit pas assez fréquentes, soit pas assez fortes. Dans ce cas, on utilise l'ocytocine (nom commercial : Syntocinon) pour augmenter la force et l'amplitude des contractions.

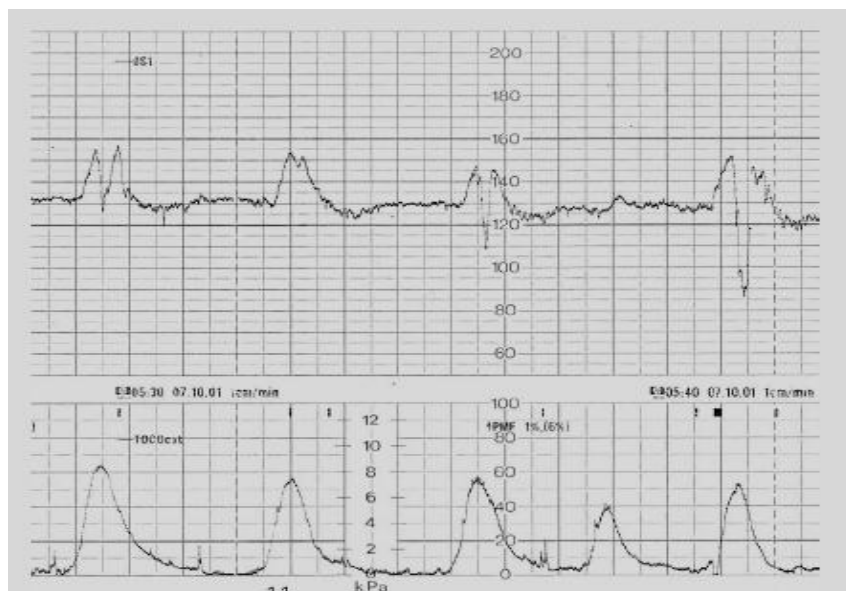
Conditionnement de la patiente

En France, les accouchements sont médicalisés même si la patiente n'est pas à risque.

- Pose d'une voie veineuse périphérique en cas d'urgence (si on doit injecter des médicaments, pour l'anesthésie si la patiente doit descendre au bloc).
- Repos en position assise ou en décubitus sur le lit d'accouchement : la patiente est sous péridurale, donc elle ne sent rien au niveau de ses fesses, il y a donc un (petit) risque d'escarre ou de douleur. Il faut s'assurer que le femme est bien installée, on peut faire des soins de nursing (massages, etc.).
- Mobilisation possible : dépend de l'infrastructure. Une patiente qui n'a pas de péridurale (parce qu'elle n'en veut pas) a une sage-femme rien que pour elle (soins en one-to-one) avec plein de matériel, sinon c'est trop dur à supporter toute seule. Faire des mouvements aide à supporter la douleur, et la sage-femme apporte un soutien psychologique. L'accouchement sans péridurale est possible, mais il faut s'en donner les moyens.
- Pas de sondage vésical systématique. Quand une femme a une péridurale, elle ne peut plus uriner, donc on fait des sondages « aller-retour » pour ne pas laisser la sonde tout le temps. On vide la vessie dès qu'on sent qu'elle est pleine, pour éviter de l'abimer d'une part, et d'autre part parce qu'une vessie pleine peut gêner la descente du bébé.

La surveillance fœtale

On surveille le cœur du bébé par **électrocardiographie** : on a deux capteurs, un capteur ultrasonique en regard de la tête du bébé (qui fonctionne sur le même principe qu'une échographie) et un capteur mécanique qu'on peut poser n'importe où sur l'utérus et qui va enregistrer les contractions.



La ligne du bas, ce sont les contractions. Entre deux barres il y a 10 minutes. Ici la patiente contracte toutes les 2 minutes, il n'y a pas d'hypocinésie de fréquence (c'est-à-dire que les contractions ne sont pas trop lentes). La hauteur des bosses donne l'intensité des contractions en mmHg. Mais attention, piège : le capteur est à l'extérieur du ventre, donc si on le bouge la taille des bosses va changer. Il ne faut surtout pas se fier à la hauteur des bosses pour avoir l'intensité des contractions.

Pour avoir l'intensité réelle des contractions, on utilise un capteur de pression interne qu'on met directement dans l'utérus.

La ligne du dessus, c'est le rythme cardiaque fœtal. Le rythme de base doit être entre 120 et 160. Pour qu'un bébé aille bien, le rythme cardiaque doit osciller, entre 147 et 153 par exemple, et il doit avoir des accélérations (=grosses bosses sur le graphique), on dit alors que le rythme est réactif. Plus l'enfant fait d'accélérations, plus il est en bonne santé.

Si le rythme n'oscille plus, on dit qu'il est plat, et ça veut dire que le bébé va mal. Un rythme plat et aréactif (=sans accélérations) est appelé rythme pré-mortel, ce qui signifie que le bébé est en train de mourir. Encore pire, on peut avoir des décélérations, le bébé est encore plus mal en point.

La poche des eaux :

Soit la mère arrive aux urgences avec sa poche des eaux déjà rompue, soit celle-ci ne s'est pas rompue et, si le travail a commencé, le médecin ou la sage-femme peuvent avoir à la rompre.

Il faut marquer dans le dossier de la patiente si la poche des eaux a été rompue artificiellement ou non, et il faut observer la couleur du liquide amniotique :

- normalement, ce liquide est translucide comme de l'eau
- s'il est vert fluo (terme du prof), ça peut être une infection, comme une chorio-amnionite, dans ce cas la couleur verte vient du pus
- s'il est méconial (=vert foncé), c'est que le bébé a émis des selles alors qu'il est encore dans le ventre de sa mère (NB : les selles du fœtus sont stériles). C'est un signe de souffrance fœtale.

La surveillance maternelle :

La mère est scopée, c'est obligatoire quand il y a péridurale (car il peut y avoir des complications, une hypotension par exemple), mais s'il n'y en a pas on peut se passer du scope. On note tout dans le partogramme.

Toutes les heures :

- pouls, tension artérielle, température, urines (volume, couleur)
- événements intercurrents : métrorragies, comportement (calme, agitée...), tolérance à la douleur
- rubrique thérapeutique : toute administration de drogue *per os* ou en perfusion est inscrite, datée et signée. En particulier une perfusion d'ocytocine est représentée par une ligne horizontale qui en indique le début et la durée.

Analgesie maternelle pendant le travail :

- antalgiques (pompe à morphine si contre-indication à la péridurale)
- protoxyde d'azote (vive les accouchements sous proto ^^) à ne pas utiliser en continuité pendant tout le travail, « la patiente ne va pas être défoncée pendant huit heures »
- analgesie locorégionale (péridurale, rachianesthésie)

Correction de la dynamique utérine : c'est-à-dire si le col ne se dilate pas comme on veut.

On commence par rompre les membranes, ce qui va entraîner une libération locale de prostaglandines, qui activent le travail. Si cela ne suffit pas, on fait une perfusion de Syntocinon (ocytocine).

Présentations : introduction à la mécanique obstétricale

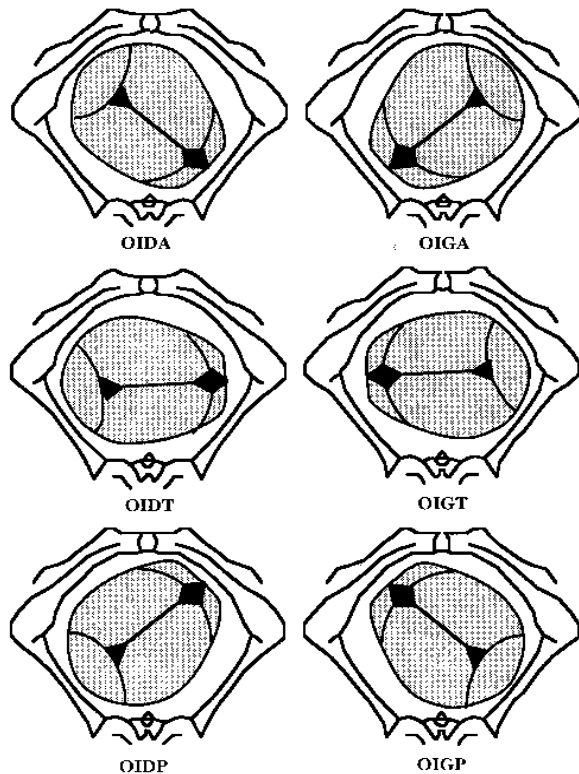
Orientation
céphalique

OIGA : 57 %

OIDA : 4 %

OIDP : 33 %

OIGP : 6 %



Il est capital de voir comment est orienté le bébé. Il doit plier sa tête vers l'avant pour pouvoir passer par le bassin : sa tête doit être fléchie (à ce moment, il regarde vers le bas, c'est-à-dire vers le sacrum de sa mère). Pour sortir, le bébé enroule sa nuque autour de la symphyse pubienne de la mère, il dé-fléchit sa tête et sort (question importante de mon voisin de derrière : « mais le bébé il ne peut pas se briser le cou ? ». Non Mateo, il ne peut pas ^^).

Au début de l'accouchement on ne peut toucher que le sommet de la tête du bébé, quand le col est peu dilaté, et on doit quand même savoir dans quelle position est le bébé. Pour ça, on se sert de la forme des fontanelles (les trous entre les os du crâne du bébé qu'on ne sent pas encore soudés).

Si elle a une forme de losange, on est à l'avant de la tête (fontanelle bregma), et si elle est en forme de triangle/de lambda (fontanelle lambda), on est à l'arrière de la tête.

Si on a un doute sur les fontanelles, ou si le bébé a une bosse séro-sanguine (complication bénigne lorsque l'accouchement dure trop longtemps, elle se résorbe en un ou deux jours) sur le haut du crâne, on enfonce un peu plus les doigts pour sentir les oreilles et savoir dans quel sens est orientée la tête.

Attention avec cette méthode : si on remonte trop la tête du bébé, on peut coincer le cordon, on parle alors de procidence du cordon, et le bébé meurt étouffé. C'est une urgence absolue, dans ce cas

Il peut y avoir une disproportion foeto-pelvienne : soit le bassin de la mère est trop petit, soit la tête du bébé est trop grosse (en cas diabète mal équilibré de la mère et donc de macrosomie du fœtus par ex). Le seul cas où on mesure le bassin de la mère avant l'accouchement, c'est si la femme a déjà accouché par césarienne. Sinon, on essaie par voie basse, et si ça ne marche pas on fait une césarienne.

Pourquoi est-ce très important de savoir si le bébé est engagé ou pas ?

(rappel : on dit que le bébé est engagé lorsque sa tête a passé le détroit supérieur)

→ si le bébé est engagé, on peut poser des forceps et aider le bébé à sortir par voie naturelle, si le bébé n'est pas engagé on ne met pas de forceps (cela peut causer des complications très graves) et on fait une césarienne.

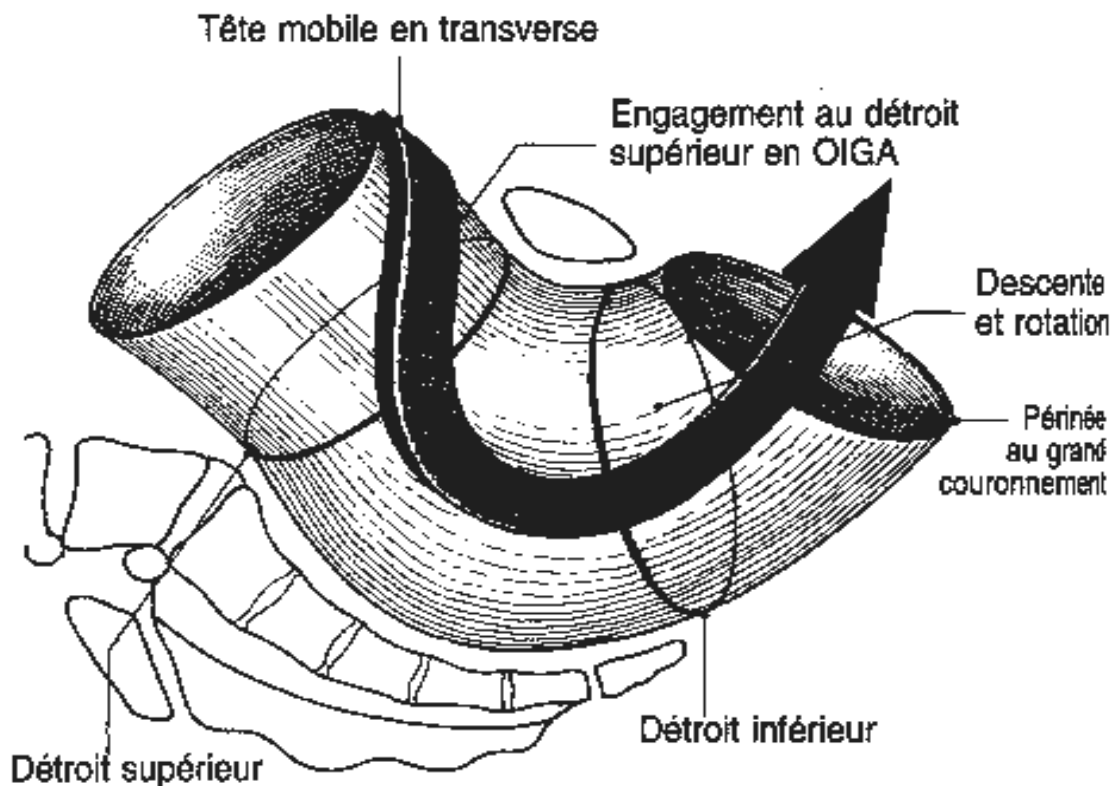
Technique de Farabeuf : on cherche à toucher le sacrum avec deux doigts. Si on bute sur la tête du bébé, c'est qu'il est engagé, si on ne la touche pas c'est qu'il n'est pas engagé.

Technique du prof : on met deux doigts sous la symphyse, et si on arrive à la toucher sans rencontrer la tête du bébé, c'est qu'il n'est pas engagé.

Conditions d'engagement :

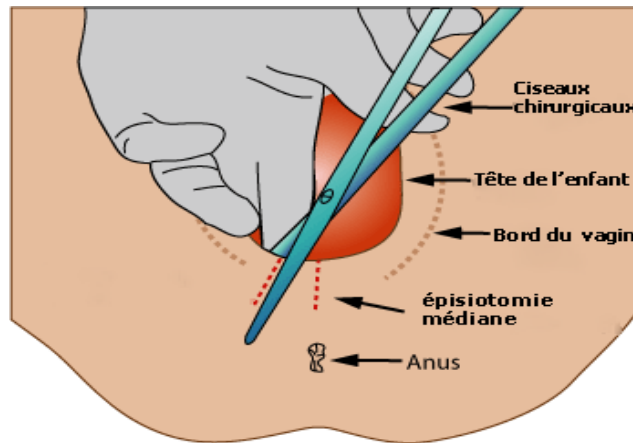
- bonne dynamique et poussée utérine
- bonne flexion céphalique
- axe oblique
- bonne confrontation céphalo-pelvienne : asynclitisme (le bébé décale sa tête pour s'aider à passer), déformations plastiques (les os du crâne ne sont pas collés entre eux, ce qui leur permet de bouger entre eux → le bébé a une tête en « pain de sucre » lorsque le travail a duré trop longtemps)

Rotation de la tête :



Épisiotomie :

- elle n'est pas systématique
- elle n'a qu'un seul but : éviter les déchirures du sphincter anal de la mère. Si la déchirure est sur le côté, ce n'est pas un problème car le vagin cicatrise très vite, mais si la déchirure part vers le milieu et déchire le sphincter anal, cela peut causer des complications. En coupant le muscle pubo-rectal, on relâche toutes les tensions autour de l'anus et on évite la déchirure du sphincter. Ces tissus cicatrisent très facilement ensuite. On en fait pour 5 à 20% des accouchements, moins pour les multipares car leur vagin est plus souple et plus ample.



La déchirure du sphincter anal nécessite une réparation chirurgicale et peut entraîner des problèmes d'incontinence anale pour la mère.

La délivrance

La délivrance est l'expulsion hors des voies génitales des annexes foetales (placenta et membranes), initialement accolées à l'utérus.

Délivrance naturelle : délivrance spontanée sous l'effet des contractions utérines.

Délivrance dirigée : c'est la direction de la délivrance par des agents utérotoniques (injection d'ocytocine lorsque les épaules foetales sont dégagées), raccourcit le délai de délivrance et diminue le risque d'hémorragie de la délivrance).

En Angleterre on tire sur le cordon pour faire sortir le placenta et les médecins disent avoir moins de complications que nous, on est en train de faire des études sur le sujet. Le placenta doit sortir dans les 30 minutes, sinon on fait une révision utérine : on va directement voir ce qu'il reste dans l'utérus, en donnant des antibiotiques (pour éviter les infections) et en mettant sa main directement dans l'utérus. Ce geste se fait sous péridurale ou anesthésie générale. Risques s'il reste du placenta dans l'utérus : rétention placentaire → hémorragie, infection.

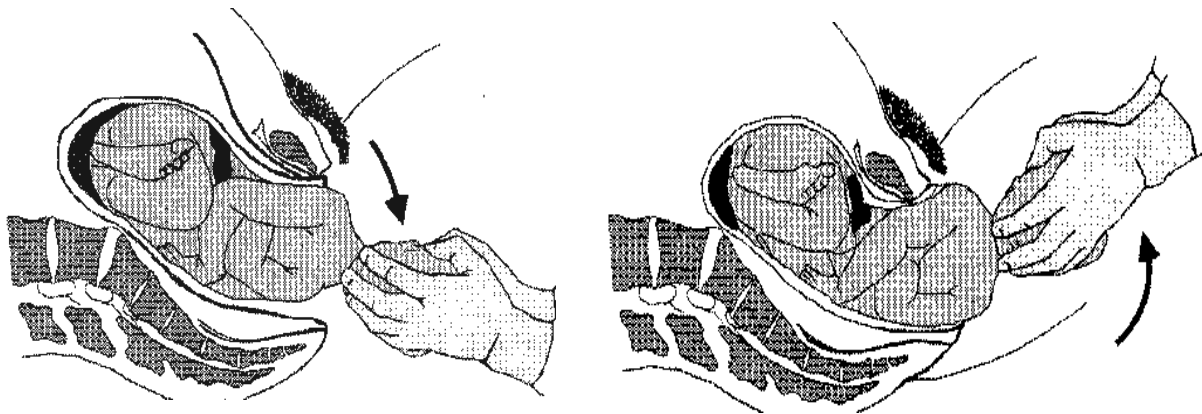
Surveillance maternelle après l'accouchement

→ surveillance en salle de travail toutes les 15 minutes pendant 2 heures minimum :

- état général
- tension artérielle et fréquence cardiaque
- douleur
- globe utérin : tonicité, hauteur
- saignements extériorisés (normale < 500cc/24h)
- diurèse

Ensuite on est passés à la **pratique** avec des super mannequins. Ce qu'il faut retenir de ça :

- pour dégager les épaules une fois que la tête est sortie, on met la tête sur le côté, et on la tire vers le bas pour faire sortir l'épaule antérieure (=celle du côté de la symphyse pubienne de la mère) → 1ère image
- une fois l'épaule antérieure sortie, on dégage l'épaule postérieure (=du côté du sacrum de la mère) en tirant la tête vers le haut (« Monsieur, Monsieur, on ne risque pas de lui arracher la tête ? » « non non... ») → 2ème image



NB : tant qu'on n'a pas coupé le cordon, on parle encore de fœtus et pas de bébé, donc il n'a pas de statut juridique et on peut encore pratiquer une IMG, si par exemple on découvre une maladie grave et que les parents ne souhaitent pas garder le bébé. On injecte dans le cordon une substance qui endort le bébé puis une qui arrête son cœur. Une fois que le bébé est né, on ne peut plus arrêter son cœur, sinon c'est un meurtre.

Remarque : y a-t-il un délai au bout duquel on considère qu'une césarienne est nécessaire ?

→ on considère que pendant un travail normal le col s'élargit d'un centimètre par heure. En cas de stagnation, on rompt les membranes et on donne de l'ocytocine. Si la situation ne s'améliore pas au bout d'une heure, on fait une césarienne. Cependant si la situation ne présente pas de complications on peut attendre une heure de plus.

Si la mère a un utérus cicatriciel (et donc fragile), on fait la césarienne au bout d'une heure de stagnation seulement afin de ne pas abimer encore plus l'utérus.

Pause blagues après ce cours appétissant:)

Quelle est la différence entre la sodomie et les épinards ?
Aucune, même avec du beurre les enfants n'aient pas ça !

Vous connaissez l'histoire du type qui avait cinq bites ?
Son slip lui allait comme un gant

Une jeune Sicilienne de 16 ans va voir sa mère et lui dit que depuis 2 mois elle n'est plus réglée.
La mère, morte d'inquiétude, achète un test de grossesse et... sa fille est bien enceinte. Cris, pleurs, larmes...

- C'est qui le porc ? Allez, je veux savoir, maintenant tu vas aller le dire à ton père, etc.

La gamine, une fois seule, prend son portable et appelle.

Une demi-heure plus tard, une Ferrari s'arrête devant leur maison. En sort un type grisonnant, bien habillé, BCBG en quelque sorte. Il s'adresse aux parents :

- Bonjour, dit-il, votre fille m'a informé. Moi je ne peux pas l'épouser car je suis déjà marié. Mais je veux faire quelque chose pour l'enfant à venir. Si c'est une fille, je peux faire mettre à son nom 3 magasins, deux appartements, une villa et un compte de 500.000 Euros. Si c'est un garçon, deux usines, en plus des 500.000 Euros. Si ce sont des jumeaux, une usine et 250.000 Euros chacun. Et si elle perd l'enfant...

A ce moment le père, qui jusque-là s'était tu, lui met la main sur l'épaule et dit :

- Tu la rebaises.

(Q) Quelle différence y-a t'il entre un 51 et un 69 ?

(R) Le 51 sent l'anis et le 69 sent l'anus !

(Q) Pourquoi y-a t'il écrit "laine vierge" sur les pullovers ?

(R) Parceque les brebis courent plus vite que les bergers !

Q) Comment appelle-t-on une rousse qui a ses règles?

(R) Une tourterelle, car son sexe roux coule (ah ah ...)

(Q) Quel est le plus gros défaut des fermetures éclair ?

(R) Ca fait du bruit au cinéma

Un couple en train de faire l'amour :

- Chéri, ton alliance me fait mal.

- C'est pas mon alliance, c'est ma montre.

Qu'est ce qui est blanc et mesure 30cm ?

RIEN ! si ca fait 30cm c'est noir !