

L'eutocie

Accouchement normal

I) Définition

Accouchement : c'est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquences la sortie du fœtus & de ses annexes (placenta, membrane, liquide) hors des voies génitales maternelles à partir du moment où le G atteint 6 mois.

C'est l'ensemble du W (dilatato), expulsion du fœtus & la délivrance.

< 28s = fausse couche (hardive si vers 5 mois)

28s - 37s = prématurés

37s - 41s = BB à terme

> 41s = post-terme

II) Les différentes présentations

1) céphaliques

TE dépend de la flexion du BB.

- présentation du sommet : tête très fléchie, menton sur poitrine
- bregma : tête droite = accouchement dystocique
- front : tête 1 peu défléchie (semi-déflexion) = acc. dystocique
- face : défléchie (occiput couché entre les 2 omoplates)

2) podaliques : du siège

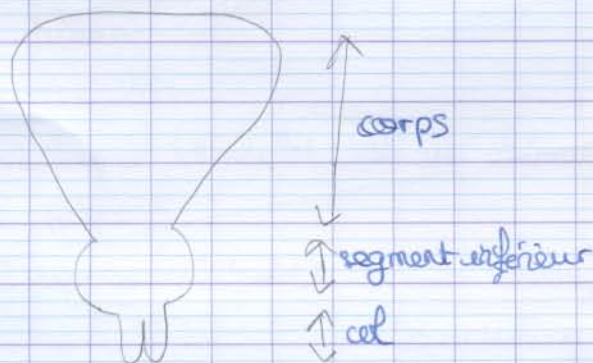
- siège complet : BB est en sautoir de la bassin
- siège incomplet : jambes remontées en attelle sur le tronc
- siège semi-complet : 1 jambe engagée, l'autre relevée

3) Transverses

incompatibles acc. voies basses: césarienne

III) Les principales étapes de l'accouchement

1) Rappel anatomique



2) Dilatation & effacement du col Score de Bishop

	0	1	2	3
Dilatation	fermé	1-2 cm	3-4 cm	5 cm
effacement: longueur	fermé - long	20% - 50 %	50 - 80 %	effacé
consistance	ferme	ramolli	mou	
Position	postérieur	centré	antérieur	
hauteur	mobile	refouable	fixée	engagée
présentation				

Gn surveillance : - fréquence des contractions
- intensité - durée

↳ grâce au monitoring
correct° de l'écoulement par médicaments

hypotonicité = manque de contract° (N: Hrs les 5 à 10 min)

hypertonicité = trop //

hypertonie = dure trop longtemps (N: ~ 1 min.)

3) Rupture des membranes

Perte des eaux

2 membranes : $\left\{ \begin{array}{l} \text{le chorion} \\ \text{Amnios (qui touche le liquide amniotique)} \end{array} \right.$

4) Descente & expulsion du mobile fœtal

3 pailons à franchir:

- le détroit supérieur : le BB s'engage
- le détroit moyen : le BB descend
- le détroit inférieur : le BB sort.

5) Délivrance

C'est la dernière phase de l'accouchement.

expulsion membranes, placenta, liquide, ...

il faut s'assurer de la vacuité utérine : si utérus pas vide : hémorragie
si au bout de 30 min, le placenta ne se décolle pas; il faut aller le chercher = délivrance artificielle.

6) Les suture

lésions fréquentes au moment de l'expulsion du BB.

très importantes si touche le sphincter anal : périnée complet

de ☉ en ☉ d'épisiotomie : section du périnée

IV) Les dystocias

1) Les césariennes

ou acc. routes hautes

déclenchées et n'importe quels moments de la 6^e ou des 11^e.

- rasage
- Sonde U.
- perf
- collants de confort
- pas de bijoux
- pas de lentilles
- pas d'appareil dentaire
- pas de piercing.

si césarienne programmée, douche bête veille et matin.

Indications:

- césarienne programmée : utérus cicatriciel, bassin rétréci, siège
- césarienne en urgence: p^h le 11^e: p^h de dilat^o, souffrance fœtale, échec de déclench^o, autres complicat^o obstétricales (hémorragie, ...), procdure du cordon (le cordon est comprimé).

2) Les extractions instrumentales

- forceps
- ventouses

⇒ doit être faite à dilat^o complète & l'œuf engagé du bas.

Indications:

- maternelles: efforts expulsoires insuffisants agitat^o maternelle, contre-indicat^o de pousse (rétine patho...)
 - fœtale: souffrance fœtale, non progression de la présentation, prématurité
- ⇒ hemo séro - sanguine

II) La pratique en salle de naissance

1) admission de la patiente

- Pour :
- contractions : DL, fréquences, ...
 - perte de liquide amniotique
 - métrorragie
 - & des mvt actifs fœtaux

2) Installation

- poids
- rechercher albumine & sucre dans les urines

Salle de p.c. travail:

- examen général & obstétrical : II, III, O, hauteur utérine, palp. TV
- monitoring
- interrogatoire

3) Pronostic de l'accouchement

2 cas : 1^{er} en V ou pas.

Si travail: col à 3 cm de dilatation, court vers effacement, contractions régulières & fortes, = On met la patiente en salle de V.

↳ prélevé le bilan sanguin

↳ pose perfusion

En de V: contract° utérine = faux V → calmant

Portes des sauts mais aucune contract°:

- bilan
- mise en chambre : on attend

Si pas de déclenchement spontané, on déclenche.

Déclenchement : pathologie (ex HTA)

Porte des sauts sans contraction

dépassement de terme (au bout de 4 j.)

- souffrance fœtale

On déclenche de 3 façons ≠ on franchit du score de Bishop:

- col pas très favorable: gel autour du col → contract°
tampons qui on laisse en place 12 à 24h
- col + peu ⊕ favorable: syntocinon par iv → contract°

• Suivi de l'accouchement

pté le vu, la surveillance:

- monitoring en continu

- mco 1A régulière

- hypo TA

- 1p°

- TV 1h les heures

- progression de la présentation: note leur palpage

Le vu peut durer 8 à 10' pour 1 primipare.
Dans les éties on positionne gynéc.

On le réinstalle, on le coeurs, on le surveille: TA, TA, pertes de sang, globe utérin,

• Déclaration de naissance

inscriptions du BB sur les registres de l'état civil: à faire dans les 3 jours ouvrables qui suivent l'accouchement.

→ faite par le sage-femme ou par la personne qui pratique l'accouchement

Pour l' couple marié: nom mère + père signature de la déclarat°
le papa n'a pas besoin de passer à la mairie.

Pour 1 couple non marié, la déclaration est faite au nom de la maman.

Si le papa a fait la reconnaissance anticipée, la déclaration se fait automatiquement.

L'enfant à la naissance :

- peau à peau avec la mère
- mise au sein

Pas d'urgences pour les soins si le BB va bien.

L'aspiration :

- hcp de secrét° au niveau des poumons : crache par compression de la vagin.
- avec 1 petite sonde, de chaque nœud, jusqu'à l'estomac aspirer le liquide ; vérifier que les chéanes soient bien perméables.
- de la bouche, aspirer le contenu laryngé = perméabilité de l'œsophage.

inspection des BB

- recherche de malformations
- fente palatine
- pied bot
- taches de naissance, naevus (gras gras de beauté)
- score d'Apogard : 1m, 5min, 10min notation de 1 à 10 (activité, respirat°, tonus, réactivité, couleur)

mesurements

- poids
- taille
- PC
- diamètre bi- pariétal
- Ø rectal : vérifier imperforation anale

premiers soins

- soins au cordon : désinfecté, le clamp de Baur, présence de 2 artères & 1 veine
- bain ou petite toilette rapide
- coller dans les yeux : éviter l'œdème cornéarien par le verget
- mise au sein rapide ou biberon
- appeler pédiatre si pb ou pour
césarienne
siège
jumeaux
extract[°] instrumentales
souffrance fœtale
acc. prématuré

BS est vu à J0 ou J1.



Figure 10 : synoptique du dégagement en occipito-sacré (vue de profil)

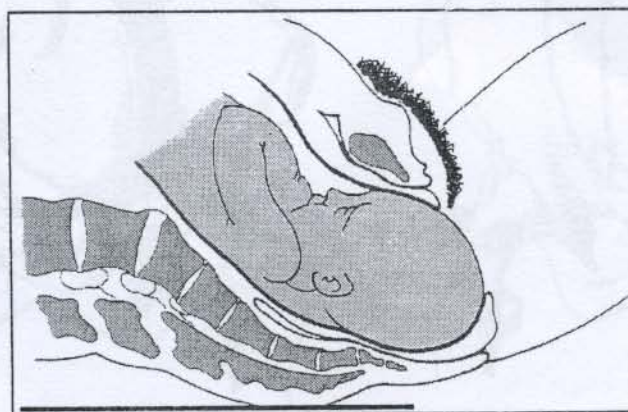


Figure 11 : synoptique du dégagement en occipito-sacré (vue de profil)

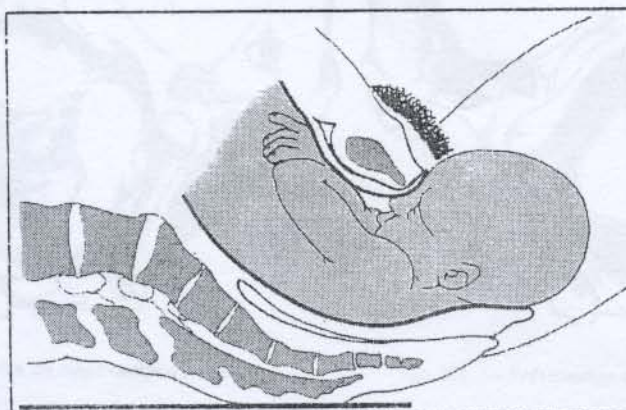


Figure 12 : synoptique du dégagement en occipito-sacré (vue de profil)

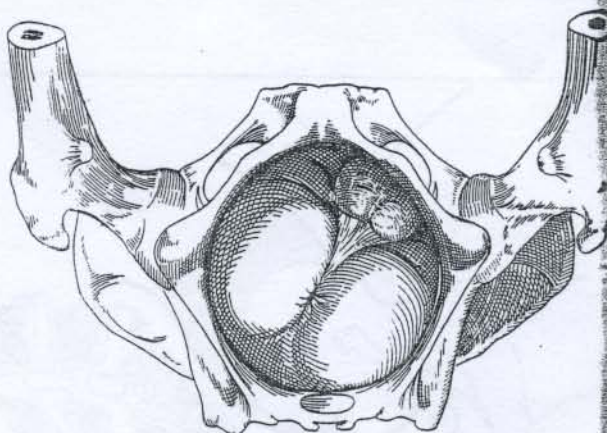
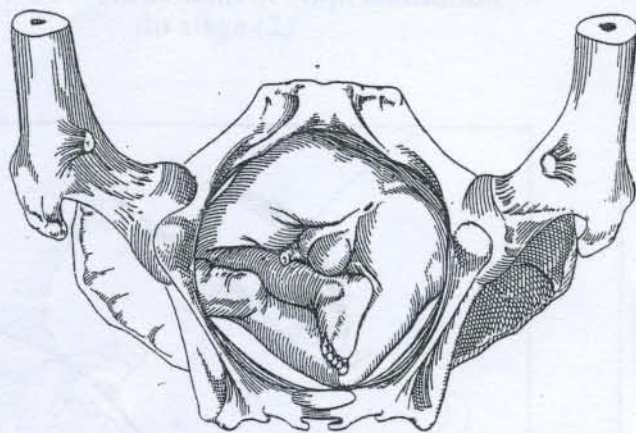
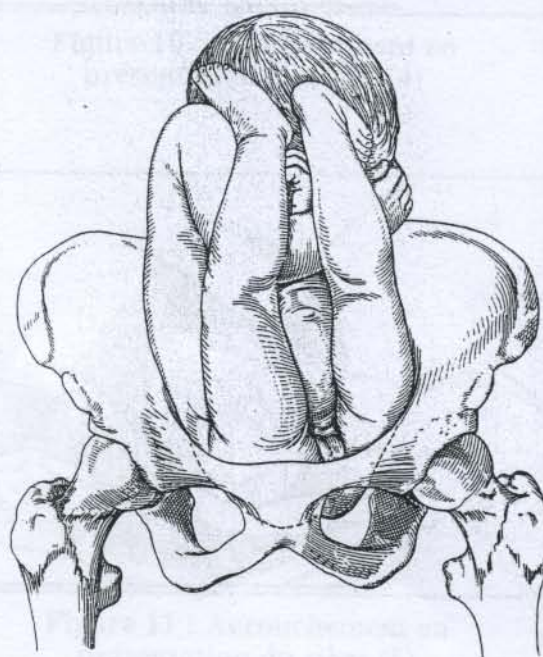


FIG. 250. — Présentation du siège complet en SIGA.

FIG. 251. — Présentation du siège décomplété en SIDP.

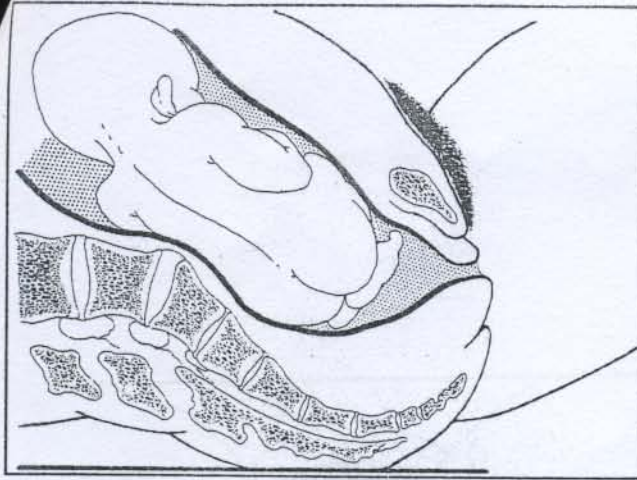


Figure 7 : Accouchement en présentation du siège (1)

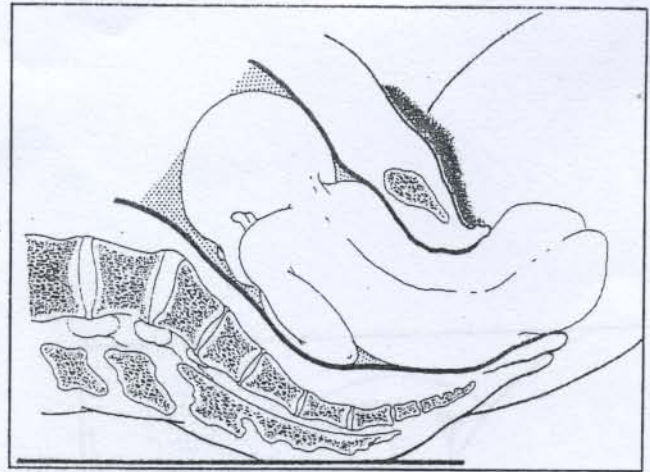


Figure 10 : Accouchement en présentation du siège (4)

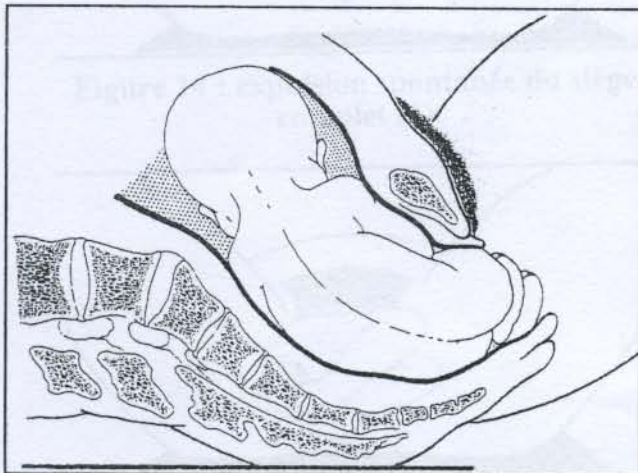


Figure 8 : Accouchement en présentation du siège (2)

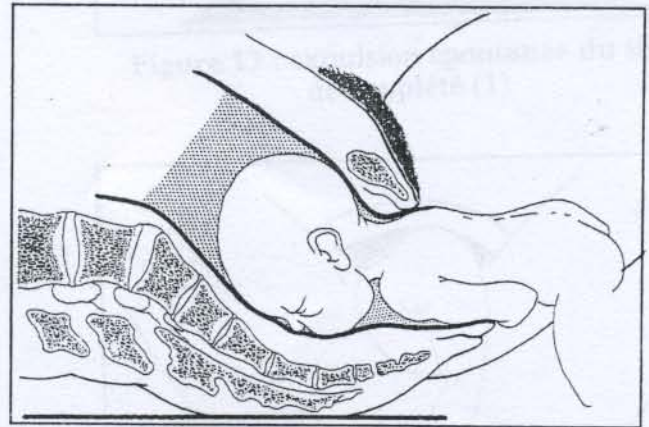


Figure 11 : Accouchement en présentation du siège (5)

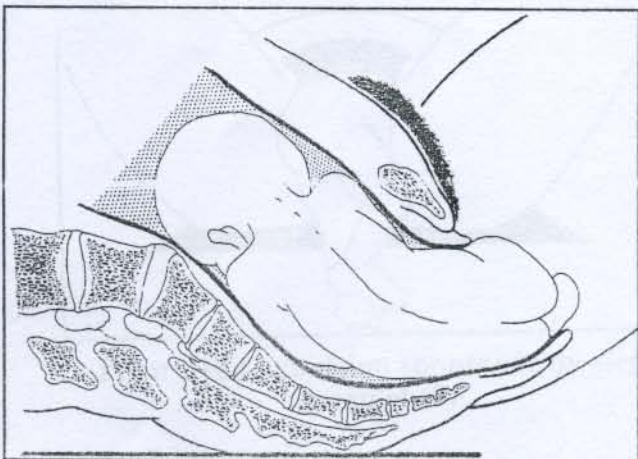


Figure 9 : Accouchement en présentation du siège (3)

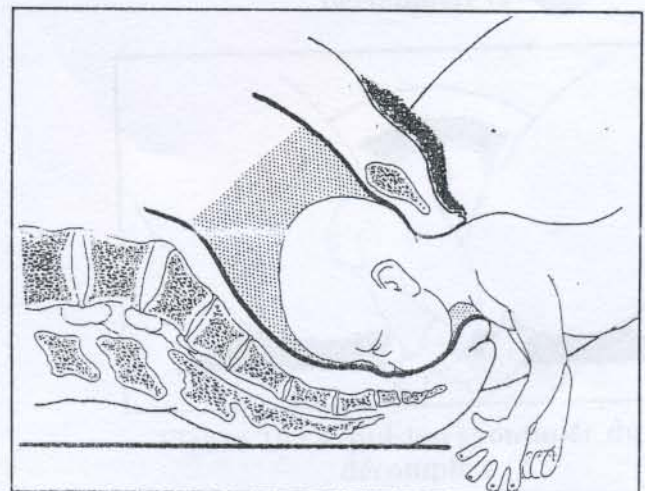


Figure 12 : Accouchement en présentation du siège (6)

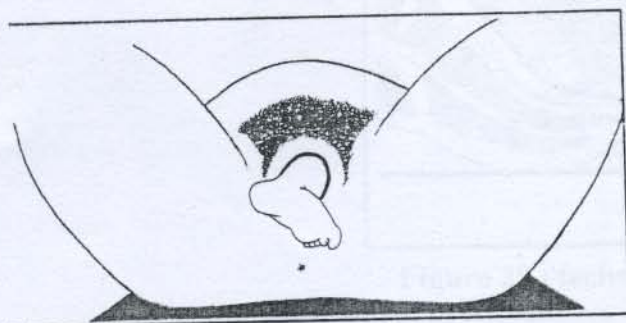


Figure 14 : expulsion spontanée du siège complet (1)

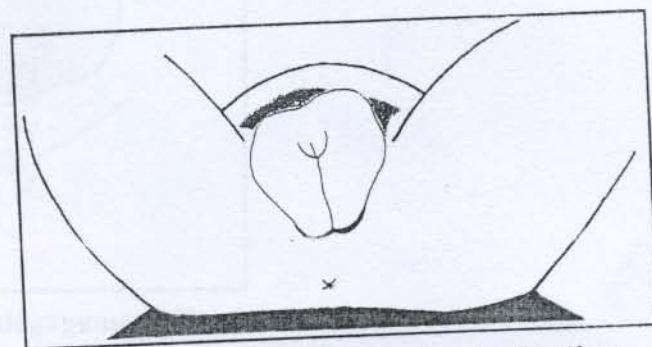


Figure 17 : expulsion spontanée du siège décomplété (1)

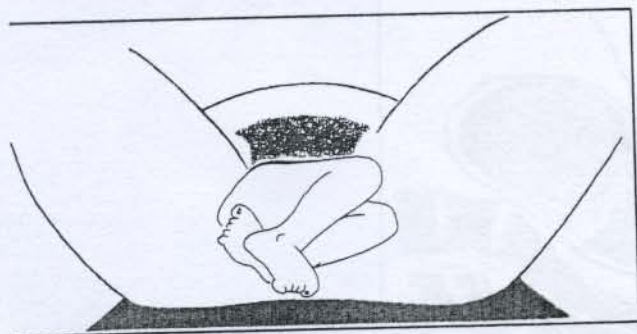


Figure 15 : expulsion spontanée du siège complet (2)

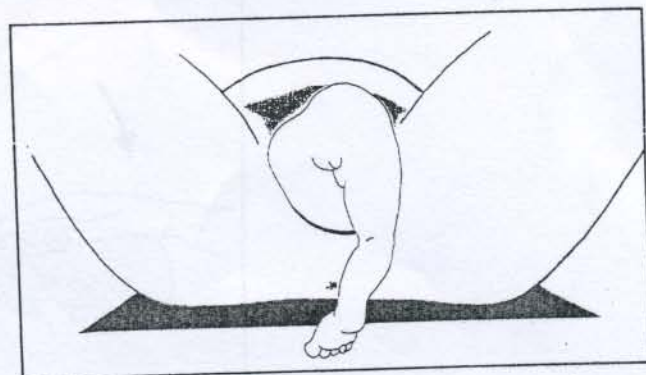


Figure 18 : expulsion spontanée du siège décomplété (2)

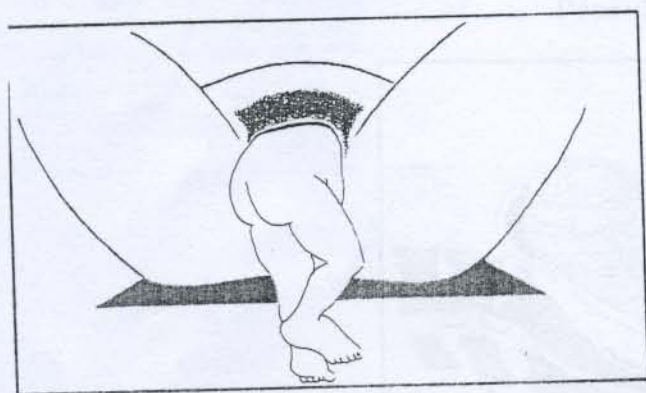


Figure 16 : expulsion spontanée du siège complet (3)

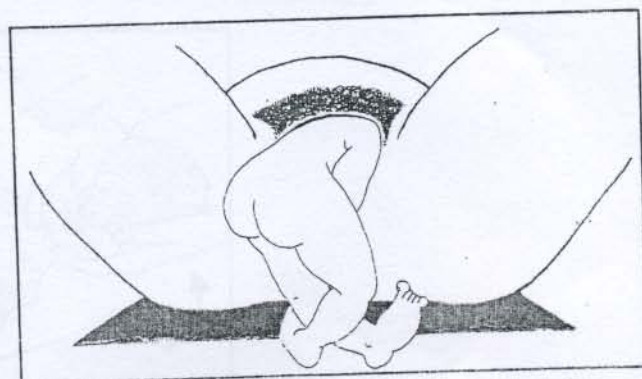


Figure 19 : expulsion spontanée du siège décomplété (3)



Figure 29 : technique de dégagement (9)

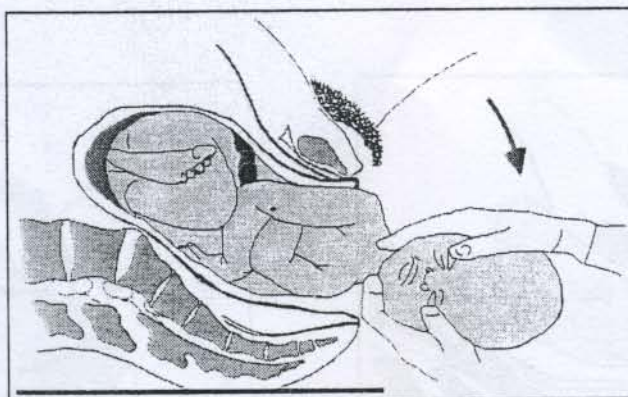


Figure 30 : technique du dégagement de l'épaule antérieure

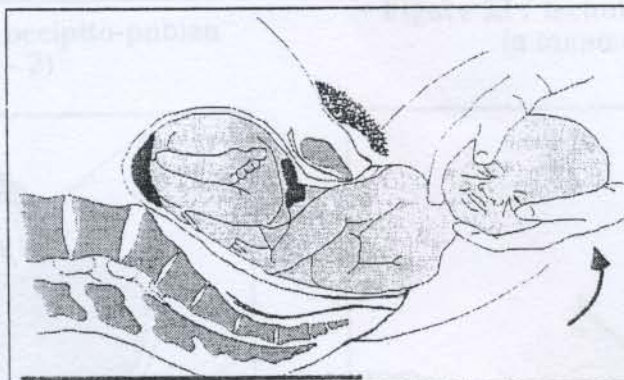


Figure 31 : technique du dégagement de l'épaule postérieure

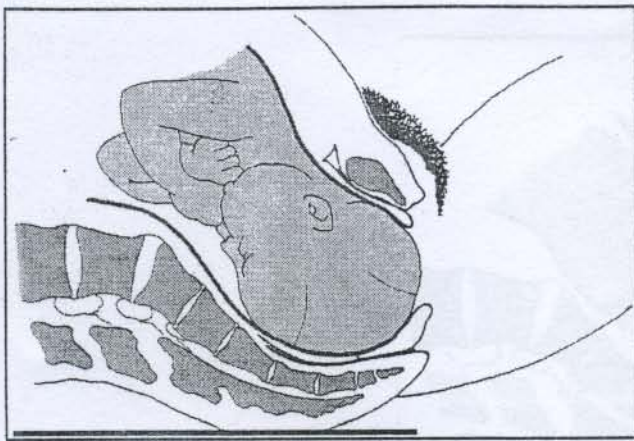


Figure 3 : dégagement en occipito-pubien
(vue de profil - 1)

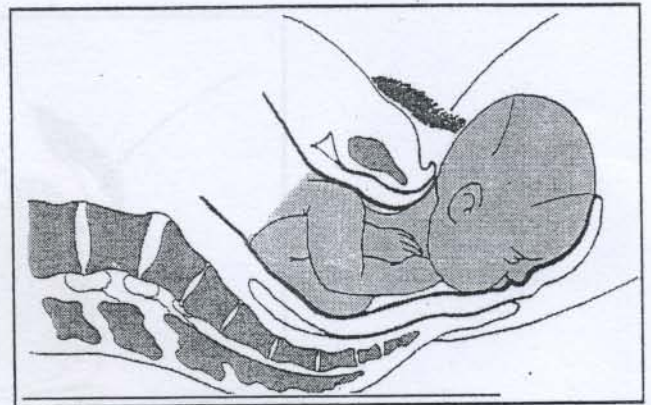


Figure 6 : dégagement en occipito-pubien
(vue de profil - 4)

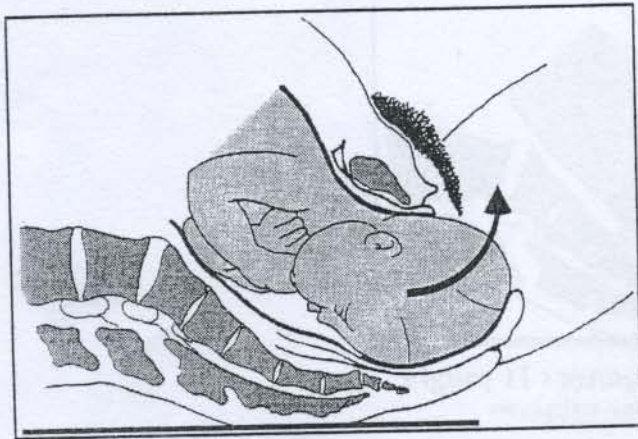


Figure 4 : dégagement en occipito-pubien
(vue de profil - 2)

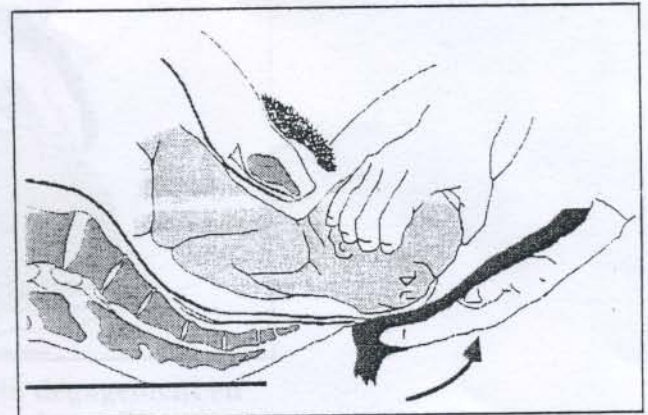


Figure 23 : technique de dégagement par
la manœuvre de Ritgen

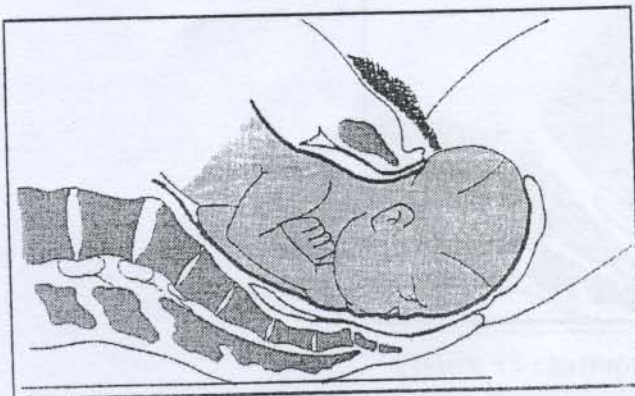


Figure 5 : dégagement en occipito-pubien
(vue de profil - 3)

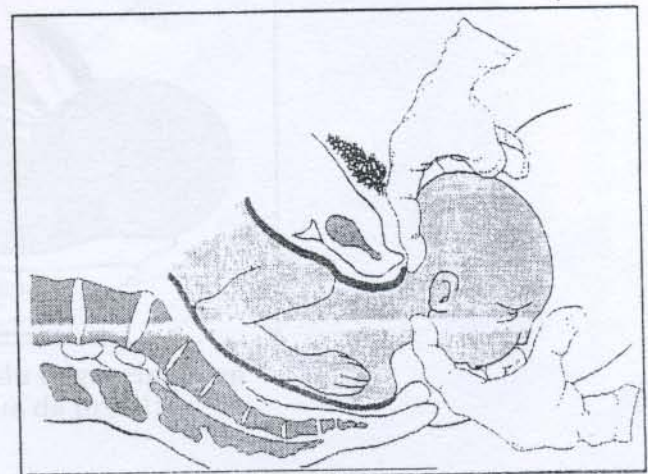


Figure 25 : technique de dégagement (5)