

# Naturelle spontanée

## Delivance

- Après 10-15 min de latence
- Reprise des contractions permet la délivrance = decoll<sup>te</sup> Placentaire
- Prouvé par la manœuvre de refoult<sup>te</sup> sus-pubien vers le haut pour n'entraîner plus le cordon à la vulve
- Aidable en passant le fond utérin (de bas en haut puis de v<sup>te</sup> à arrière cf Plaque 22). Tirer sur le cordon CI
- Suivie d'un uterus contracté et rétracté, palpable entre l'ombilic et le pubis
- Synto Synténostogie | ~~100-150 g/min~~ cf →
- Pas de choc: la perte sanguine est compensée par l'↑ de la masse sanguine prélabile (→ 15 ml/kg)  
500 ml (à 10)  
300 ml pour 60 kg
- Norm<sup>te</sup> elle est terminée 45 min après l'accouch<sup>te</sup>. Sinon il faut aller le chercher à 30 min

Tu laisses la nature faire ... Tu ne touches plus rien sauf s'il existe une brèche vaginale (voir chapitre 5).



Toute manœuvre intempestive (expression utérine, traction sur le cordon) risque de provoquer une complication (enchatonnement, décollement partiel du placenta ou désinsertion du cordon).

Cette phase d'accalmie physiologique avant la délivrance dure de 10 à 15 minutes. L'administration de 5 unités de Syntocinon® en IVD (dont nous avons déjà parlé) au moment du dégagement de l'épaule antérieure raccourcit ce délai. En l'absence de complication, tu dois respecter cette phase (expectative). Tu t'es assuré que tout a été préparé pour intervenir si une hémorragie se déclarait. Si la délivrance dirigée n'a pas été faite, le décollement peut se faire bien plus tard. Dans ce cas, et en l'absence d'hémorragie, tu feras le transfert de la patiente pour pratiquer la délivrance en milieu hospitalier.

**Contractions utérines et décollement placentaire**

La patiente perçoit de nouveau des CU. Un hématome rétro-placentaire physiologique se crée, décollant le placenta. On assiste à :

- L'apparition d'un petit filet sanguin à la vulve
- L'allongement de la portion extériorisée du cordon : la pince de Kocher descend (figure 49).
- L'ascension du fond utérin en sus-ombilical (utérus rempli de l'hématome rétro-placentaire physiologique).

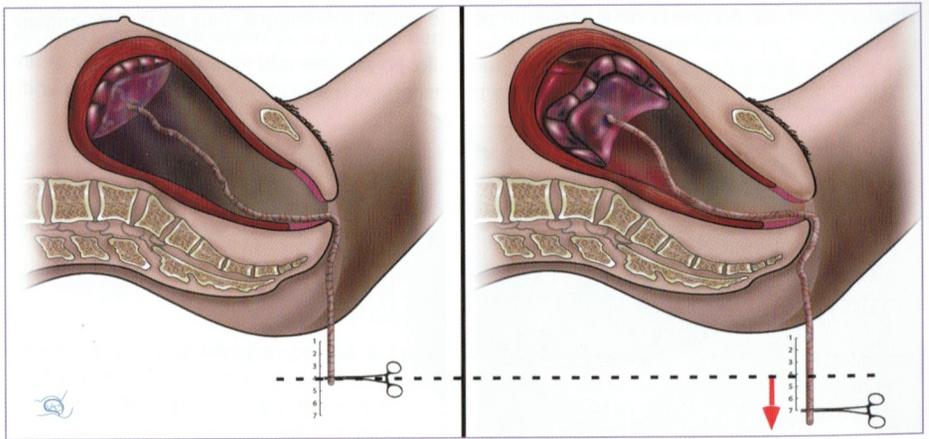


Figure 49 : Délivrance. Lors de la formation de l'hématome rétro-placentaire, on assiste à une descente de la pince de Kocher.

Tu auras la certitude du décollement placentaire en faisant la **manœuvre du refoulement utérin** : tu appuies avec ta main en sus-pubien pour refouler l'utérus vers le haut. Si le placenta est décollé et libre, la remontée provoquée par la pression de ta main sur le corps utérin n'entraîne pas l'ascension du placenta et du cordon (la pince de Kocher ne bouge pas) (figures 50, 51). En revanche, si le placenta n'est pas décollé, le cordon (repère = pince de Kocher) remonte avec le mouvement de refoulement utérin (figure 52).

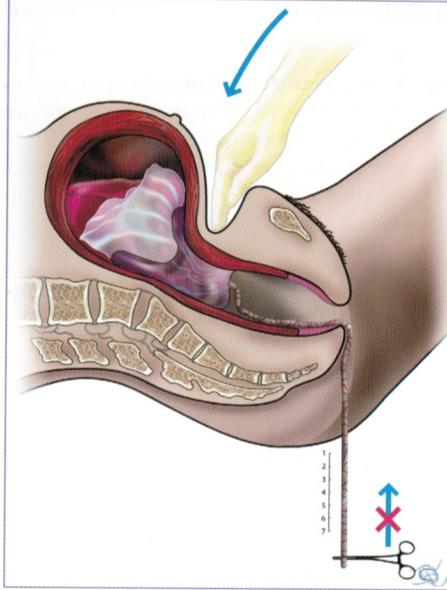


Figure 50 : Délivrance. Si lors du refoulement utérin, la pince de Kocher ne bouge pas, le placenta est décollé.



Figure 51 : Délivrance. Refoulement utérin, la pince de Kocher ne bouge pas = placenta décollé

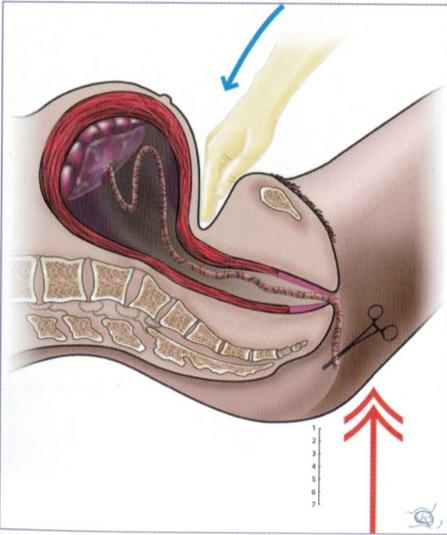


Figure 52 : Délivrance. Lors du refoulement utérin, si la pince de Kocher remonte, le placenta n'est pas décollé.

# Hgrie de la Délivrance

= Hgrie de la pose d'inertoi placentaire  
(ne comprend donc pas les tractions) > 500ml

- CSP →
- ① Choc isolé d'une Hgrie intra-utérine pure
  - ② Extension brutale de sang caillotté avec Choc hypovol.  
TA=10-11 = hypotA : faut 13-14...

- Par →
- ① Rétention placentaire (avant la délivrance) ou d'un cot-lédon (après)
  - ② ↳ Atonie Uterine (peut-elle être primaire?)  
L'utérus est dur à la palpation
  - ③ Tr Coagulation CIVD?

↳ [Atonie] dit que nécessite une AG  
[SINEP] le fait à domicile et dit que n'est pas douloureux.

CAT → 1. TT du Choc

2. TT de la cause: évacuation utérine

3. Hémostase

{ TT de l'atonie utérine  
Hémostase directe

au poing

↓ [Planche 23]

Permet d'agir aussi sur une plaie cervico-vaginale  
ou v. Tr Coag.

{ Délivrance artificielle

{ Révision utérine [Planche 23]

{ Syntocinon (25) après évacuat.

Methegin QS

{ Massage abdominal de l'utérus  
(petit noyau du NG sur place)

# Syntocinon\*

Hormone post hypophysaire oxytocine / oxytocine = Syntocinon\*

1 Ap = 5 UI ds 1-1

Poso

1 Ap IVL sur 1-1 pour l'atonie utérine après

la délivrance: ! si vécuté utérine: danger  
avant l'accouchement, nécessite un monitoring  
utérus et fœtus

Eff

Flush et tachycardie par hypotension réflexe si  
IV rapide.

AcD à 1-1 max,  $t_{1/2}$  Vie 3 = 17 min

# Methergin\*

vasoc spécifique utérin

dérivé de l'ergot de seigle / Methyl Ergotamine = Methergin\*

Poso

1 Ap = 1-1 IM voie exclusive

CI

Eclampsie, HTA sévère, Tr CardioVasc

À deux ass. médic: bnf

AcD à 5-10 pdt h à 6<sup>h</sup>

CI <sup>avant l'accouchement?</sup>  
- Toxémie Grav.  
(Placenta Praevia)  
Tr CardioVasc