TECHNIQUES OBSTÉTRICALES

Clavie Laurane

HENALLUX – BAC1 SF PUTTEMAN Nathalie

Chapitre 1 : Admission de la femme en salle de naissance

Section 1 : Examens d'entrée en salle de naissance

L'examen d'entrée en salle de naissance doit permettre d'assurer la sécurité clinique et émotionnelle de la patiente et de son conjoint / accompagnant lors de l'accouchement.

L'objectif est d'obtenir les éléments pertinents de l'histoire de la patiente et les examens paracliniques :

- Établir un pronostic global
- Adapter la conduite à tenir

Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement :

- Assurer à toutes les femmes un accès à des soins de santé dédiés qui préservent leur dignité, leur intimité et leur confidentialité, leur garantissent l'absence de préjudices et de mauvais traitements et leur permettent des choix éclairés et un soutien continu pendant le travail et l'accouchement

- Une communication effective entre les prestataires de soins de maternité et les femmes qui accouchent, au moyen de méthodes simples et culturellement acceptables

Examen clinique :

1. Interrogatoire
2. Examen général
3. Examen obstétrical
    a. Inspection
    b. Palpation
    c. Auscultation RCF
    d. Périnée
    e. Toucher vaginal

§1er : L'interrogatoire

L'interrogatoire cherche à comprendre les motifs d'entrée, les antécédents et l'histoire de la grossesse.

Il existe différents motifs d'entrée :

- Des contractions utérines
  - On précise le caractère (rythme, régularité, intensité, douleur…)
- Un écoulement de liquide
  - Bouchon muqueux ? Sang ? Poche des eaux ?
  - Heure de survenue, couleur, existence de contraction utérine, fièvre, douleurs… ?
  - Un toucher vaginal immédiat s'assure de l'absence de procidence du cordon
- L'inquiétude maternelle
  - Diminution des mouvements fœtaux ?
- Des signes extra-obstétricaux
  - Fièvre, douleur abdominale, signes urinaires… ?

Lors de l'interrogatoire, il faut également faire la liste des antécédents et leur contexte :

Renseignements concernant la patiente	- Âge, date de naissance - Statut marital - Groupe sanguin
Antécédents familiaux	- Maladies héréditaires - Malformations - HTA, diabète, obésité, phlébites… ?
Antécédents médicaux	- HTA, diabète, phlébite - Infections urinaires - Allergies, traitement en cours
Antécédents chirurgicaux	- Chirurgie du bassin, du rachis - Chirurgie abdominale ou gynécologique
Antécédents gynécologiques	- Date des DDR - Contraception - Date du dernier frottis
Antécédents obstétricaux	- Gestité, parité, abortum - Accouchement - Délivrance

La gravidité et la parité sont décrits à l'aide de 3 chiffres : le 1er représente le nombre de grossesses (y compris celle en cours), le second représente le nombre de naissance vivante et le 3ième représente le nombre d'avortement

Condition	G	Acc à terme	Acc. préma	Avortement et fc	Enfant vivant	G/P/A?
Une femme est enceinte pour la 1ère fois	1	0	0	0	0	1/0/0
Elle mène sa grossesse jusqu'à 33 SA et l'enfant survit	1	0	1	0	1	1/1/0
A nouveau enceinte mais FC	2	0	1	0	1	2/1/1
A sa 3ème grossesse , elle accouche à 39 SA	3	2	1	1	1	3/2/1
Elle est enceinte pour la 4ème fois et accouche de jumeaux à 36 semaines	4	4	1	1	3	4/4/1

§2 : Les motifs d'urgence obstétricale

Lors de l'interrogatoire, il faut pouvoir repérer les motifs d'admission qui signent l'urgence obstétricale et demandant une prise en charge immédiate et adaptée, à savoir :

- La crise d'éclampsie
- L'hémorragie
- La procidence du cordon
- …

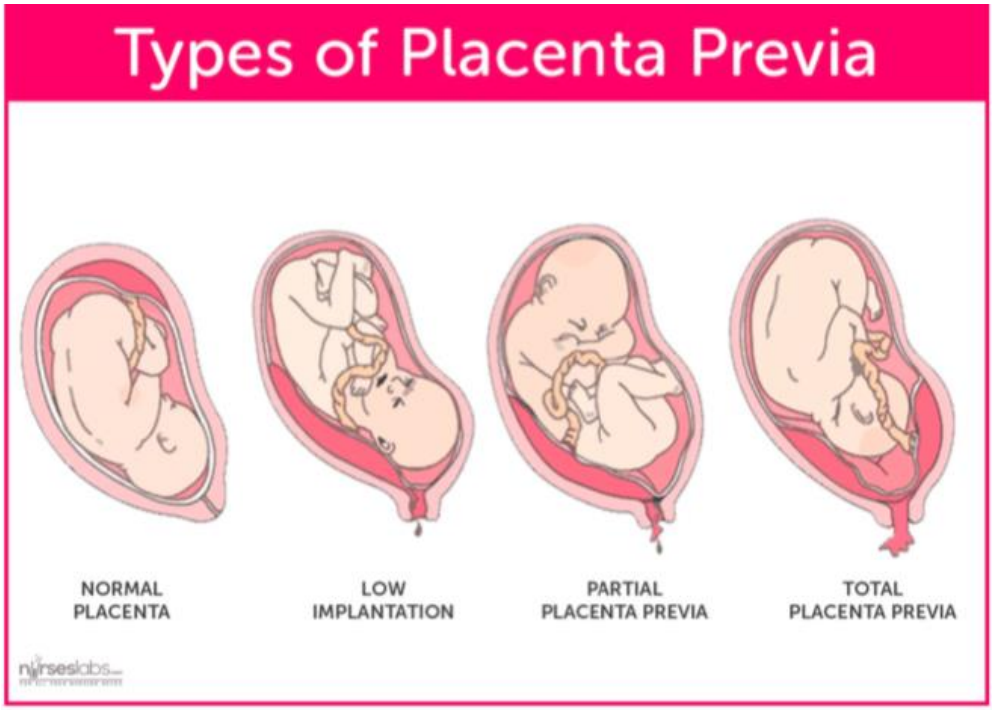
Tous les autres motifs de consultation doivent être explorés afin de les rattacher ou non à une complication obstétricale, comme par exemple :

- Des céphalées doivent faire rechercher les autres signes d'une pré-éclampsie (hypertension artérielle gravidique lors de la 2ième moitié de grossesse)
- La fièvre doit faire redouter une chorioamniotite, une listériose mais aussi une pyélonéphrite, une appendicite…

Section 2 : Les urgences

§1er : Les hémorragies

A. Le placenta praevia



Facteurs favorisants :

- Multiparité
- Antécédents d'avortement spontané ou provoque par curetage
- Cicatrices utérines
- Antécédents de post-partum
- Fibromes, malformations utérines

Signes fonctionnels :

- Hémorragie externe d'apparition brutale, souvent au repos avec pertes de sang rouge, indolore et modérée

Signes généraux :

- Retentissement hémodynamique
- Coloration des muqueuses
- Pouls
- Tension artérielle

Signes physiques :

- Utérus souple et relâché
- Présentation souvent anormale : transverse, oblique, podalique…
- RCF perçu

B. L'hématome rétro-placentaire

L'hématome rétro-placentaire est un épanchement de sang survenant de manière anormale durant la grossesse et se localisant entre le placenta et l'utérus.

C. La rupture utérine

Elle est souvent spontanée et sur un utérus fragilisé, souvent cicatriciel.

Signes cliniques :

- Douleur segmentaire puis abdominale persistante entre les contractions utérines
- Choc
- Signes d'hémorragie interne

§2 : La crise de pré éclampsie

La crise de pré-éclampsie est une convulsion survenant au dernier trimestre de la grossesse et compliquant une toxémie gravidique. Elle est souvent précédées de prodomes : céphalées, douleurs abdominales et troubles visuels.
La toxémie gravidique est une complication du 3ième trimestre, survenant généralement chez la primipare et due à une néphropathie.

Elle se manifeste par une HTA, des œdèmes, une protéinurie et une hyper-uricémie.

Elle peut se compliquer par une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD), d'une insuffisance rénale, de convulsions (éclampsie) et d'HRP.

Le traitement consiste en : repos, régime sans sel, des diurétiques, des anticonvulsifiants, des antihypertenseurs, voire le déclenchement de l'accouchement.
REMARQUE : c'est à ne pas confondre avec une crise d'épilepsie.

Cliniquement, la crise d'éclampsie est une crise convulsive généralisée avec deux particularités : absence d'aura et pas de pertes urines.

§3 : La procidence du cordon

C'est la chute du cordon ombilical en avant de la présentation après une rupture spontanée ou provoquée de la poche des eaux.

Il y a 3 types de procidence :

- Type I = le cordon reste dans le vagin
- Type II = le cordon apparait à la vulve
- Type III = le cordon est extériorisé

§4 : Diminution / Absence de mouvements fœtaux

La diminution des mouvements fœtaux est un motif fréquent de consultation. Dans ce cas, il faut pouvoir évaluer rapidement le bien-être fœtal avec un enregistrement du rythme cardiaque et éventuellement une échographie.

Après un examen clinique obstétrical complet, on pourra rassurer la patiente et autoriser un retour à domicile.

§5 : Écoulement de liquide

Il peut s'agir de la perte des eaux, qui peut être isolée ou associée à des contractions.

Il faut préciser :

- Heure de survenue
- Couleur du liquide
- Association ou non à de la fièvre
- Association ou non à des douleurs abdominales

Il convient de réaliser rapidement un toucher vaginal pour diagnostiquer une éventuelle procidence du cordon.

On recherche le signe de TARNIER : mobilisation de la présentation au toucher vaginal si écoulement du liquide amniotique donc Tarnier +.

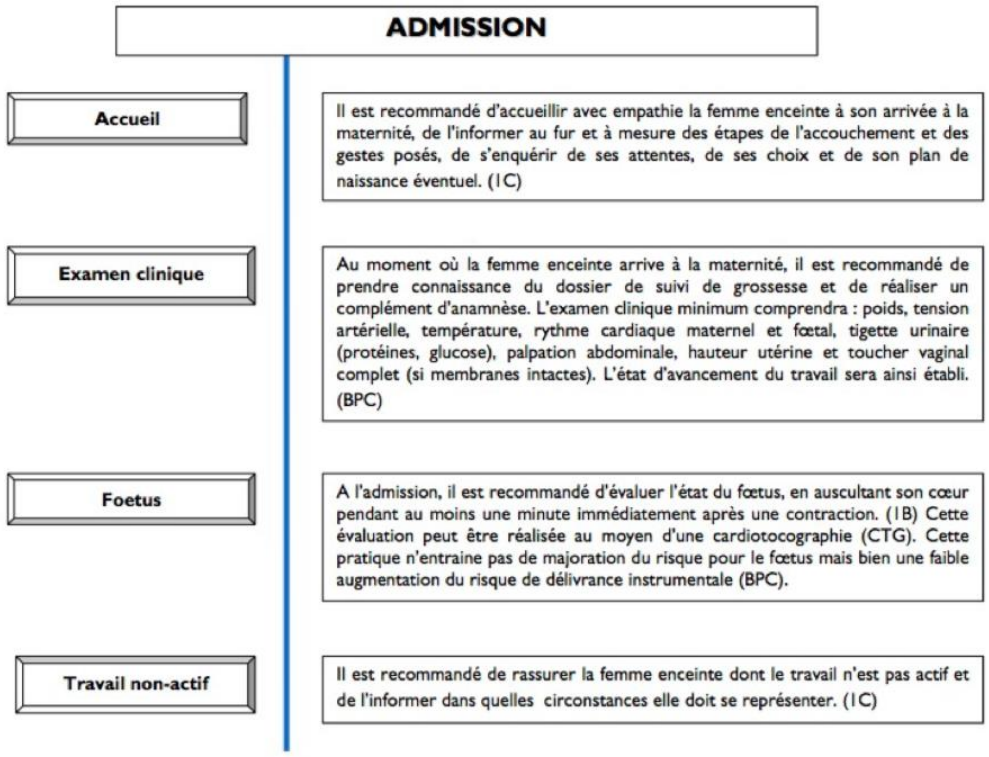
Parfoi,s le diagnostic de rupture des membranes n'est pas évident car l'écoulement n'est pas franc. Il faut alors faire

- Un examen au spéculum pour rechercher la présence de liquide amniotique dans le suc de sac vaginal postérieur
- Des tests de détection de liquide amniotique

Si la poche des eaux est rompue, une hospitalisation doit systématiquement être proposée à la patiente pour surveillance et éventuellement déclenchement du travail selon l'âge gestationnel.

Une antibiothérapie devra systématiquement être mise en place en cas de rupture avant terme.

Pour une rupture à terme, elle sera conditionnée par la disponibilité et les résultats du prélèvement vaginal de fin de grossesse et de l'avancée du travail (mise en place d'AB au-delà de 24h de RPE).



Section 3 : Examens physiques

§1er : Examen général

L'examen général est un examen physique simple : aspect général, prise des constantes (pression sanguine artérielle, pouls, poids, température), recherche d'œdèmes.

La réalisation d'une bandelette urinaire doit être systématique à la recherche d'une protéinurie ou de la présence de nitrites.

La recherche d'autres signes physiques sera orientée par le motif de consultation ou les antécédents généraux ou obstétricaux de la patiente.

§2 : Examen obstétrical

Lors de l'examen médical, la première des préoccupations est d'avoir une connaissance exacte du terme avec la règle de Naegele (estimation) :

- A partir de la DDR, soustraire 3 mois au calendrier et ajouter 7 jours
- Ajouter 7 jours à la DDR et compter 9 mois calendrier

A. La palpation abdominale

La palpation abdominale sont des gestes simples à développer qui permettent de donner des renseignements

- Sur l'enfant :
  - Présentation, position et engagement
  - Évaluation du poids
  - Mouvements fœtaux
- Sur l'activité contractile utérine :
  - Utérus souple et relâché
  - Utérus tonique et contractile
  - Quantité de liquide

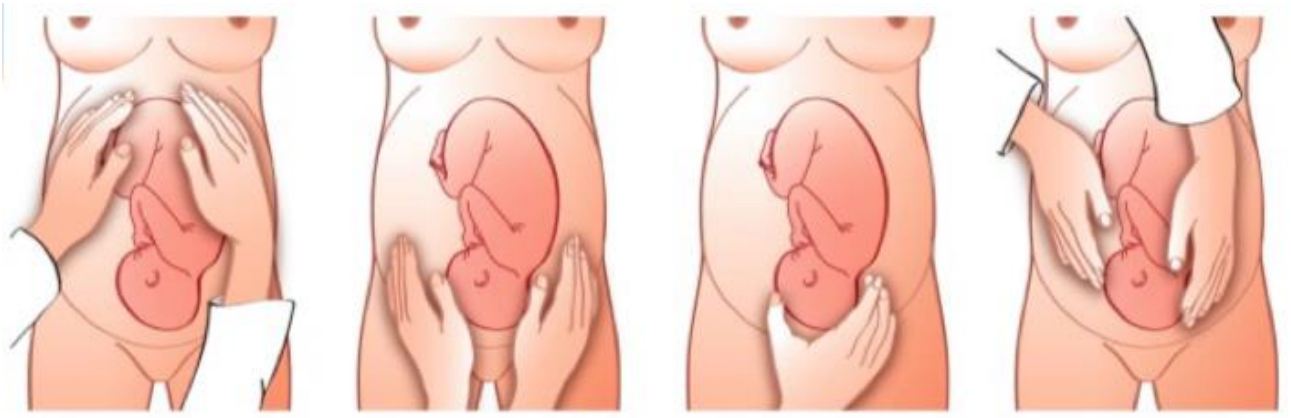
Lors de la palpation abdominale, il faut faire les manœuvres de Léopold. Ce sont une manière commune et systématique visant à déterminer la position d'un fœtus.

La patiente doit être mise en décubitus dorsal avec les membres inférieurs étendus.

La sage-femme pose ses mains à plat sur l'abdomen et déprime doucement sa paroi avec la pulpe du doigt.

L'exploration doit être méthodique et indolore. Elle commence par la région sus-pubienne, continue par le fond utérin et se termine par les parties latérales de l'utérus.

Les manœuvres de Léopold consistent en 4 actions distinctes, chacune pour aider à déterminer la position du fœtus :



1. Palpation du pôle supérieur.

2. Détermination du pôle inférieur.

3. Le sommet est mobilisable alors que le siège bouge avec le corps fœtal.

4. Repérage du front et de l'occiput.

- La palpation sus pubienne qui évolue le pole inférieur du fœtus. Elle se fait avec les faces palmaires des 2 mains posées à plat. La tête a une forme ronde, régulière et dure et se déplace indépendamment du tronc. Par contre, le siège est plus gros que le pole céphalique, moins dur et avec des contours moins réguliers.

- La palpation du pole supérieur au niveau du fond utérin. Les mains sont bien à plat : on palpe le fond utérin avec les pulpes des doigts pour sentir la partie du fœtus qui siège au niveau du fond.

- La palpation des faces latérales pour rechercher le plan du dos fœtal avec les mains bien à plat.

- Avec la main droite, on va attraper le pole inférieur du fœtus. Cette main permet de faire la distinction entre la tête et le siège.

Il y a également la manœuvre de Budin :

- La main gauche est placée sur le fond de l'utérus et appuie sur le siège du fœtus pour accentuer la flexion générale de son dos. Le dos devient ainsi plus saillant.
- Les doigts de l'autre main appuient alternativement des côtés droit et gauche de l'utérus. D'un côté, ils déprimment facilement sa paroi et de l'autre, ils rencontrent un plan résistant qui est le dos. C plan se continue régulièrement en haut avec le siège. En bas, il est séparé de la tête par une dépression : le sillon du cou surmonté de la saillie acromiale.

- Du côté opposé au dos, on peut percevoir plus ou moins nettement les membres du fœtus sous forme de petites masses fuyantes.

B. La hauteur utérine

HU entre 16 et 32 SA = entre (nombre de SA révolues – 4) à (nombre de SA révolues + 1)

Ex : A 30 SA, HU normalement entre 26 et 31

HU de 32 SA au terme de la grossesse = HU augmente de 0,5 cm par semaine, soit 2cm par mois

---

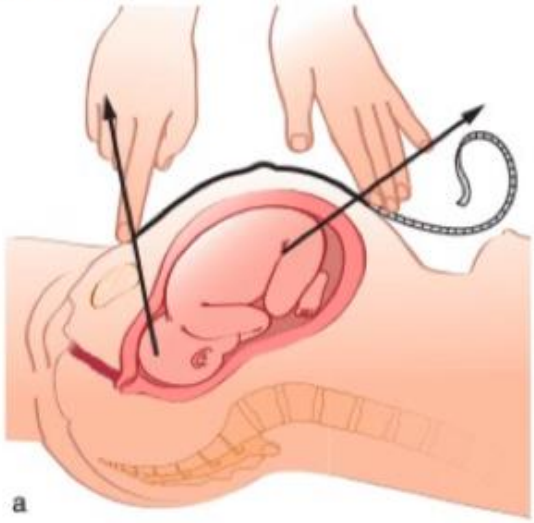
HU de 4 à 7 mois = nombre de mois de grossesse x 4
HU au 8ième et 9ième mois = HU augmente de 0,5 cm par semaine, soit 2cm par mois

4 cm par mois jusqu'à 32 SA :
4 mois = 16 cm,
5 mois = 20 cm,
6 mois = 24 cm = 28 SA,
7 mois = 28 cm = 32 SA,

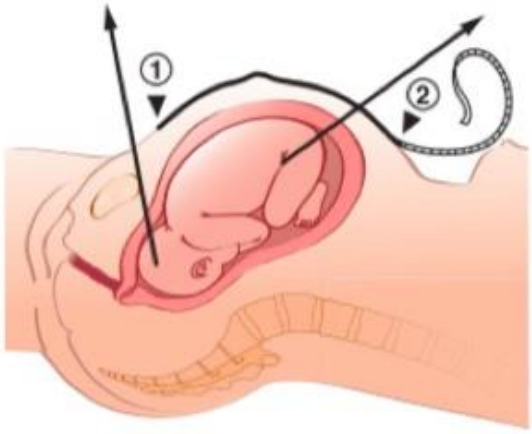
puis, 2 cm par mois :
8 mois = 30 cm = 36,5 SA,
9 mois = 32 cm = 41 SA.

Augmentation de la HU	Diminution de la HU
Erreur de terme (gros. + avancée)	Erreur de terme (gros.+ jeune)
Grossesse gemellaire	Oligoamnios
Hydramnios	RCIU
Macrosomie foetale	Mort foetale in utéro
Fibromes utérins	

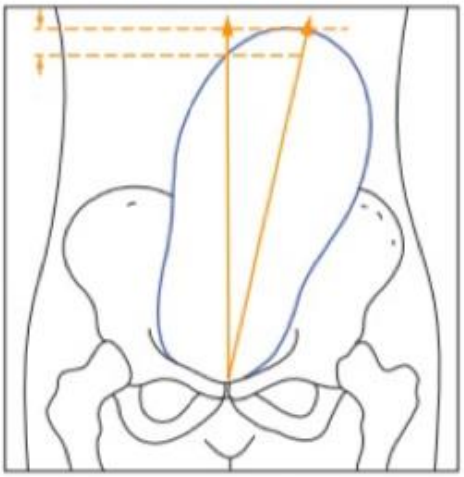
Planche 2.1 Mesure de la hauteur utérine



a. et b. La mesure se prend avec un mètre ruban.



c. Deux erreurs à ne pas faire : 1. l'extrémité du mètre n'est pas contre la symphyse ; 2. l'opérateur mesure au-delà du fond utérin.



d. L'erreur par défaut : mesure dans l'axe ombilico-symphysaire au lieu de l'axe utérin.

C. Examen du périnée

- Signes infectieux : lésions herpétiques, condylomes…
- Cicatrice d'épisiotomie
- Distance anovulvaire
- Varices vulvaires

D. Examen au spéculum

Si hémorragies, saignements ou leucorrhées avec prélèvement uniquement si nécessaire.

§3 : Bien être fœtal

L'auscultation des bruits du cœur du fœtus peut se faire au stéthoscope de Pinard, au doppler ou via un monitoring. Un examen clinique comprend toujours l'auscultation du rythme cardiaque fœtal.

A la fin de l'examen clinique, il est nécessaire de poser un diagnostic sur la vitalité du fœtus.

Section 4 : Diagnostic positif et diagnostic différentiel

Au terme de l'interrogatoire et de l'examen physique de la patiente, il convient de répondre à une question essentielle : la patiente est-elle en travail ?

§1er : Diagnostic maternel et diagnostic foetal

Il y a 3 situations possibles :

- La patiente est en travail.

La patiente présente des contractions utérines régulières et douloureuses d'intensité et de fréquence croissante (au moins toutes les 5 minutes), entrainant la dilatation du col utérin (le col se centre, s'efface puis se dilate).

- La dystocie de démarrage.

La dystocie de démarrage est définie par des contractions intenses, douloureuses et régulières mais SANS modifications cervicales.

- Le faux début de travail.

Ce diagnostic est évoqué devant une femme algique, agitée, anxieuse et l'absence de réelle mise en travail, c'est-à-dire sans modification clinique du col.

Le diagnostic est souvent rétrospectif ; l'arrêt spontané des contractions est en faveur d'un faux début de travail.

L'attitude la plus logique est l'expectative en tentant d'atténuer les douleurs liées aux contractions utérines. Si les contractions s'arrêtent et que le col ne s'est pas modifié, il s'agissait surement d'un faux début de travail et la patiente peut alors retourner à domicile.

En revanche, la persistance des contractions doit faire évoquer une dystocie de démarrage.

Signes cliniques	Vrai travail	Faux travail
Contractions	régulières en fréquence	irrégulières
	Se rapprochent de plus en plus	Intervalle entre deux contractions long et irrégulier
	L'intensité augmente peu à peu	stable
	Bon relâchement utérin	Utérus contractile
Douleur	Dos et abdomen	abdominopelvien
Col	Effacement et dilatation entre 2 TV	Aucune modification
Analgésie	Non arrêtée par sédation	Souvent aboli
Présentation	Fixée entre les CU	mobile
	descente	Sans changement

Pronostic maternel :

- Âge
- Parité
- Antécédents obstétricaux
- Presénce ou non de pathologies

Pronostic fœtal :

- Développement fœtal
- Terme de la grossesse
- Présentation
- RPPE
- Pathologie et malformations

§2 : Voie basse interdite

- Bassin chirurgical
- Diagnostic de vaisseaux sur les membranes
- Procidence du cordon

- Placenta praevia
- Présentation transverse
- Présentation de front
- Macrosomie fœtale majeure
- Malformations fœtales : hydrocéphalie, laporoschisis…

Chapitre 2 : Surveillance clinique du travail

Section 1 : Surveillance clinique maternelle

§1er : Les constantes

L'état hémodynamique des parturientes doit être surveillé régulièrement au cours du travail.

Le contrôle du pouls et de la pression artérielle permet de s'assurer du bon fonctionnement cardiovasculaire maternel et donc de la bonne oxygénation fœtale (surtout après la pose de la péridurale).

La température maternelle doit être contrôlée toutes les 3 heures pendant le travail.
Une t° maternelle > 38°C fait craindre une chorioamniotite mais plusieurs travaux ont montré que l'analgésie péridurale était, en dehors de toute infection, un facteur indépendant d'élévation thermique après 2 à 5 heures d'exposition.

§2 : La douleur

La prise en compte de la douleur est un paramètre essentiel dans la prise en charge des parturientes. L'échelle visuelle analogique (EVA) et le TILT sont des méthodes simples d'évaluation de la douleur dont la cotation peut être reportée sur le partogramme.

L'évaluation de la douleur donne des indications précieuses pour le praticien. Ainsi, la localisation et l'intensité de la douleur peuvent renseigner sur l'avancement de celui-ci :

- Des douleurs abdominales et lombaires sont fréquentes lors de la première phase du travail
- Des douleurs pelviennes intenses prédominent lors de la phase d'engagement du fœtus

L'apparition d'une douleur abdominale, alors que l'analgésie péridurale est efficace, peut avoir deux origines :

- Un globe vésical sous péridurale.

Il est important de penser à vider la vessie des parturientes sous péridurale si la patiente décrit une douleur sus-pubienne. À la palpation, on retrouve un bombement sus-pubien, plus souple que le pôle céphalique.

La vessie est ronde, tendue et douloureuse ; elle peut présenter un volume important et constituer un obstacle mécanique au bon déroulement du travail, de l'accouchement et de la délivrance.

- Une rupture utérine.

Elle est classiquement décrite comme une douleur sus-pubienne brutale, aiguë et intense. En réalité, son mode d'apparition et son intensité sont varaibles, de sorte que toute douleur non masquée par l'analgésie péridurale doit faire évoquer ce diagnostic surtout si l'utérus est cicatriciem.

§3 : Examen clinique du bassin et du périnée

Cet examen doit être effectué en début de travail.

La lordose et l'antéversion utérine, le promontoire, les lignes innominées, les épines sciatiques et l'ogive pubienne sont à préciser ainsi que le périnée (cicatrice, excision, herpès condylomes…).

§4 : Les aspects psychologiques

La naissance d'un enfant est un bouleversement majeur dans la vie d'une femme et d'un couple.

L'arrivée en salle de naissance est très souvent une source d'inquiétude, malgré les différentes préparations à la naissance : anxiété, peur, environnement inconnu…

C'est dans ce contexte que la sage-femme et/ou l'obstétricien doivent savoir écouter, expliquer et rassurer le couple et la femme enceinte.

Section 2 : Surveillance clinique fœtale

§1er : Le terme

Le terme est un élément d'une importance capitale qui peut modifier la prise en charge du travail.

Les fœtus prématurés sont fragiles et ce, d'autant plus que le terme est plus précoce.

Le risque infectieux devra être couvert par une antibioprophylaxie per-partum si besoin et le travail devra se dérouler à minimum de puissance pour limiter le risque d'acidose.

De même, un fœtus en voie de dépassement de terme se verra plus souvent exposé à la macrosomie et au liquide amniotique méconial.

§2 : Le volume fœtal

L'appréciation du poids fœtal est essentielle en début de travail. La sage-femme peut ainsi adapter sa prise en charge (équipe de garde sur place, appel des pédiatres à l'accouchement…) et ainsi anticiper les potentielles difficultés pouvant survenir durant le travail.

La mesure de la hauteur utérine permet le dépistage de la macrosomie ou du retard de croissance intra-utérine. Toutefois, les conditions locales et notamment l'obésité maternelle compliquent fortement la tâche du clinicien pour lequel l'épaisseur de la paroi limite la fiabilité de la mesure.

§3 : Le liquide amniotique

La quantité et la coloration du LA sont des éléments importants dans la surveillance clinique du fœtus au cours du travail.

Le liquide amniotique est normalement translucide et peut contenir quelques particules de vernix.

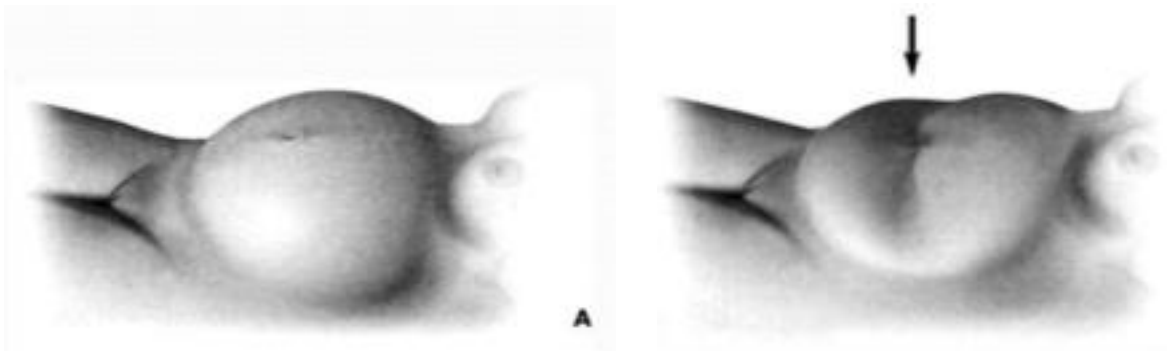
A terme, le volume de LA doit se situer entre 250ml et 2 000ml. Dans certains cas, la quantité peut être anormalement élevée ou insuffisante.

Section 3 : Surveillance clinique de la dynamique – palpation de l'utérus

La main de la SF est un excellent moyen d'évaluation de la contractilité utérine et permet de déterminer la fréquence, la durée des contractions et le relâchement utérin.

Une hypercinésie de fréquence, un mauvais relâchement utérin, l'apparition d'un anneaux de Bandl avec utérus en sablier sont des signes à ne pas ignorer.

Ils signent une dystocie mécanique ou un excès d'ocytociques avec risque d'anoxie fœtale et de rupture utérine.



Section 4 : Surveillance clinique de la dilatation et de la progression fœtale – le toucher vaginal

Le toucher vaginal est un examen médical effectué avec un ou deux doigts (index et majeur) introduits dans le vagin. Il permet l'exploration de l'appareil génital féminin et des organes pelviens voisins.

Son efficacité est renforcée par la pratique de la palpation abdominale.

Toutefois, il est important d'évaluer l'intérêt du toucher vaginal : il ne faut le faire qu'en cas de changement d'attitude thérapeutique.

Deux situations nécessitent cet examen :

- L'imminence de l'accouchement
- La menace d'accouchement prématuré

En pratique, pour un toucher vaginal, il faut recueillir le consentement de la patiente absolument.
Ensuite, il faut l'établissement d'un dialogue et d'un environnement adéquat en expliquant le pourquoi de l'acte, en respectant l'initimité…
Il faut également proposer à la patiente d'aller uriner si elle en éprouve le besoin.

!!! Le toucher vaginal peut être désagréable mais non douloureux !!!

Attention car le toucher vaginal est un facteur de transfert de germes.

- Installation primordiale :
  - Respirer lentement
  - Cuisses et jambes écartées et fléchies
  - Pour faciliter la bascule du bassin : poings sous les fesses ou mettre le bassin hygiénique
  - En fonction de l'installation, se mettre sur le côté ou entre ses jambes

- Utilisation d'un doigtier gynécologique ou un gant à usage unique

- Avec l'index et le pouce de la main dominante, on écarte délicatement les grandes et les petites lèvres
- Les lèvres écartées, c'est la main dominante qui réalisera le toucher vaginal
    - Introduction du majeur en prenant appui sur la fourchette vulvaire
    - Introduction de l'index à côté du majeur, les deux réunis pénètrent dans le vagin en appuyant sur le périnée postérieur
    - Pivot de 90° de la main vers le haut
    - Continuer à avancer les doigts en bas et en arrière pour explorer le col de l'utérus

Sentir ainsi les caractéristiques de l'utérus :

- Consistance
- Longueur
- Position
- Dilatation
- Hauteur du fœtus

Remarque : il faut chercher à faire le tour du col sans chercher à mettre ses doigts dans l'origine cervical !!

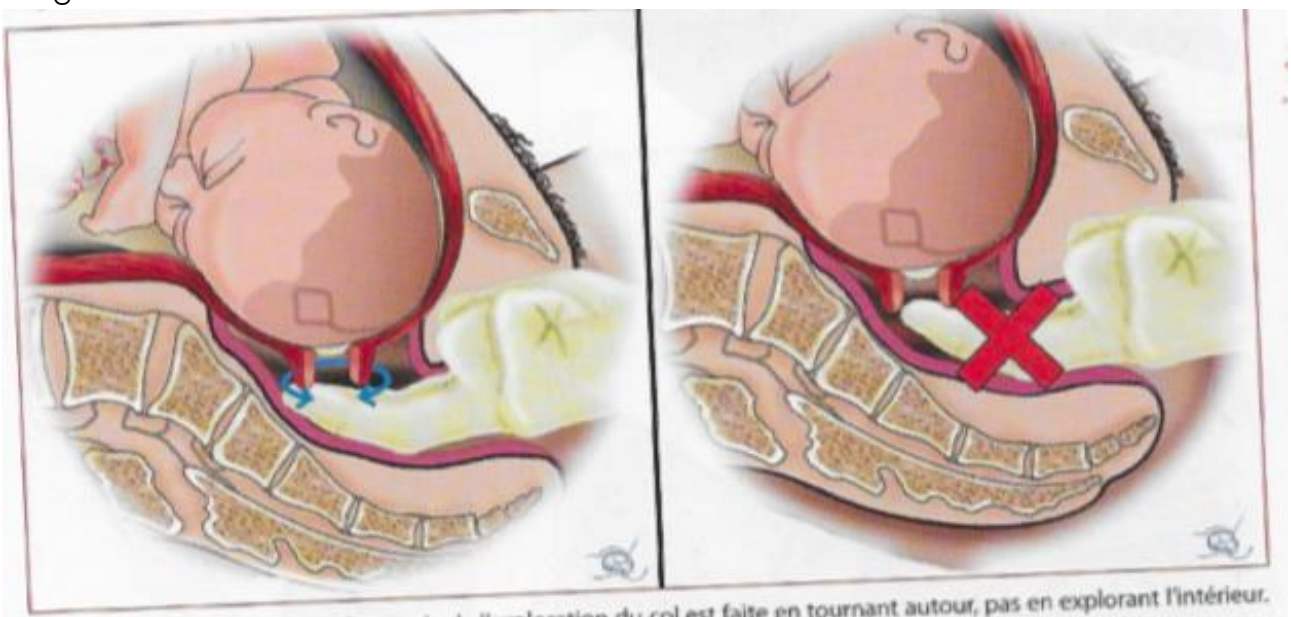


Figure 30 : Réalisation du toucher vaginal : l'exploration du col est faite en tournant autour, pas en explorant l'intérieur. Ne pas chercher à atteindre l'orifice interne.

Contre-indications absolues au toucher vaginal :

- Placenta praevia
- Lésions herpétiques

Score de Bishop :

	0	1	2	3
Dilatation	fermé	1-2 cm	3-4 cm	≥ 5 cm
Position	Postérieure	Intermédiaire	Antérieure	
Effacement	Long	Mi-long	Court	Effacé
Consistance	Rigide	Intermédiaire	Souple	
Présentation	Mobile	Amorcée	Fixée	Engagée

Évaluation du travail se déclenchant spontanément : si le score est > 9, pronostic favorabl avec un travail de moins de 4 heures chez les multipares

Évaluation du travail en cas de déclenchement artificiel :

- Score < 3 = pronostic très défavorable
- Score entre 4 et 5 = pronostic intermédiaire
- Score entre 6 et 9 = pronostic favorable
- Score > 9 = pronostic très favorable

Section 5 : Le partogramme

L'OMS définit le partogramme comme étant l'enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus.

Il s'agit donc d'un document médico-légal de référence qui permet de

- Synthétiser les éléments de surveillance maternelle et fœtale
- Schématiser la progression du travail
- Aider à la prise de décision
- Faciliter le travail en équipe

Le partogramme est donc un outil destiné à la surveillance et à la conduite du travail. Il sert de système d'alarme précoce autorisant la mise en œuvre des mesures nécessaires.

Mis en œuvre depuis la moitié du 20ième siècle dans les pays développés, il est promu par l'OMS depuis 1998.

L'objectif de l'utilisation du partogramme est de faire diminuer la mortalité périnatale maternelle et fœtale :

- Facilite l'analyse de la progression du travail
- Permet d'en vérifier la normalité
- Dépister de façon précoce toute anomalie

Selon l'HAS, le partogramme présente un intérêt clinique, décisionnel, pédagogique et médico-légal.

Il est un bon reflet de la qualité de la prise en charge materno-fœtale et se présente sous la forme d'un enregistrement graphique de l'évolution du travail, de l'accouchement et des données de surveillance maternelle et fœtale.

Il permet de réduire le risque de dystocie, de souffrance fœtale ainsi que d'autres complications de l'accouchement.

RAPPEL : LES MODIFICATIONS DU COL

- Effacement : le col se raccourcit et finit par s'effacer, s'incorporant à la partie basse du segment inférieur
- Dilatation : orifice interne s'ouvre
    - Chez la primipare : le col s'efface avant de se dilater
    - Chez la multipare : le col s'efface et se dilate en même temps

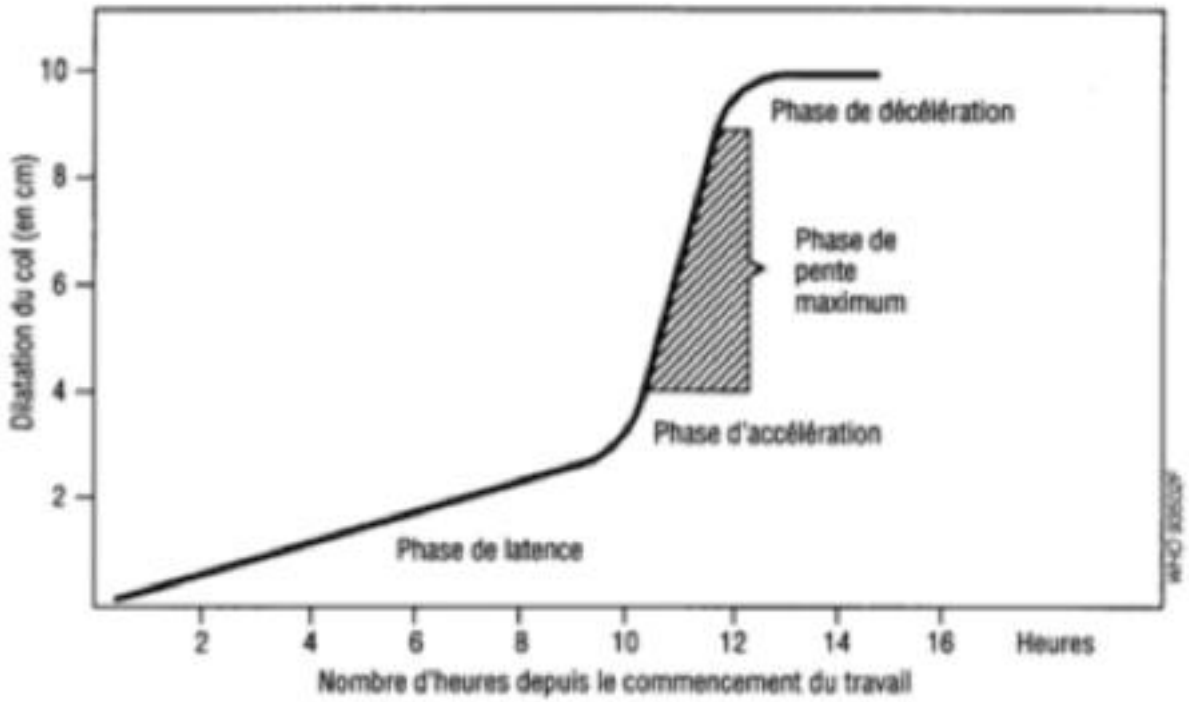
L'OMS recommande de commencer la rédaction du partogramme

- À partir de 3 cm de dilatation (début de la phase active de la première étape du travail)
- Au début du déclenchement artificiel du travail (mise en place d'une perfusion de syntocinon ou rupture artificielle des membranes)
- À la pose de l'analgésie péridurale

La progression du travail est reportée sur un graphe proposé par Friedman en 1954, sur lequel sont tracées deux courbes d'après le report des examens horaires

- Une courbe ascendante représentant la dilatation du col au cours du temps
- Une courbe représentant la progression du mobile fœtal dans le bassin maternel

L'analyse graphique de la progression de l'accouchement s'est développé à partir des publications de Friedman en 1954. Il souhaitait évaluer la progression du travail par une méthode simple, objective et reproductible.



La courbe de Friedman montrant la phase d'accélération maximum

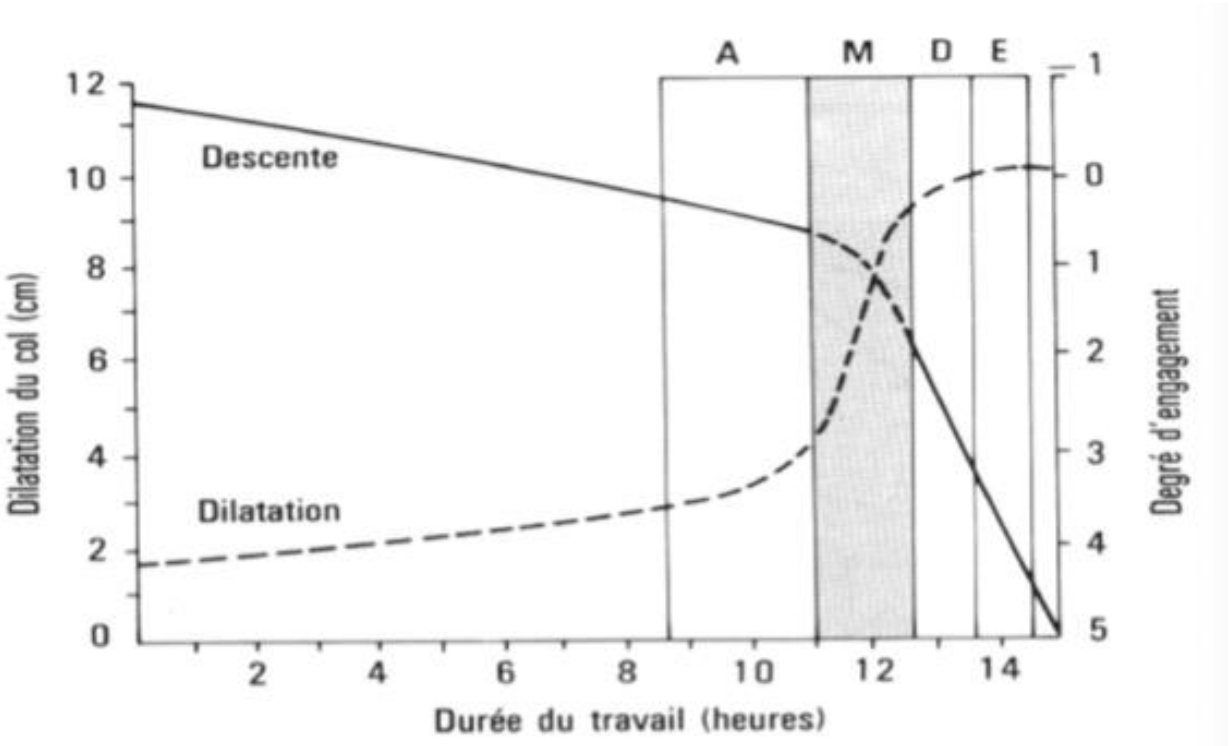
Friedman a divisé le travail en deux parties :

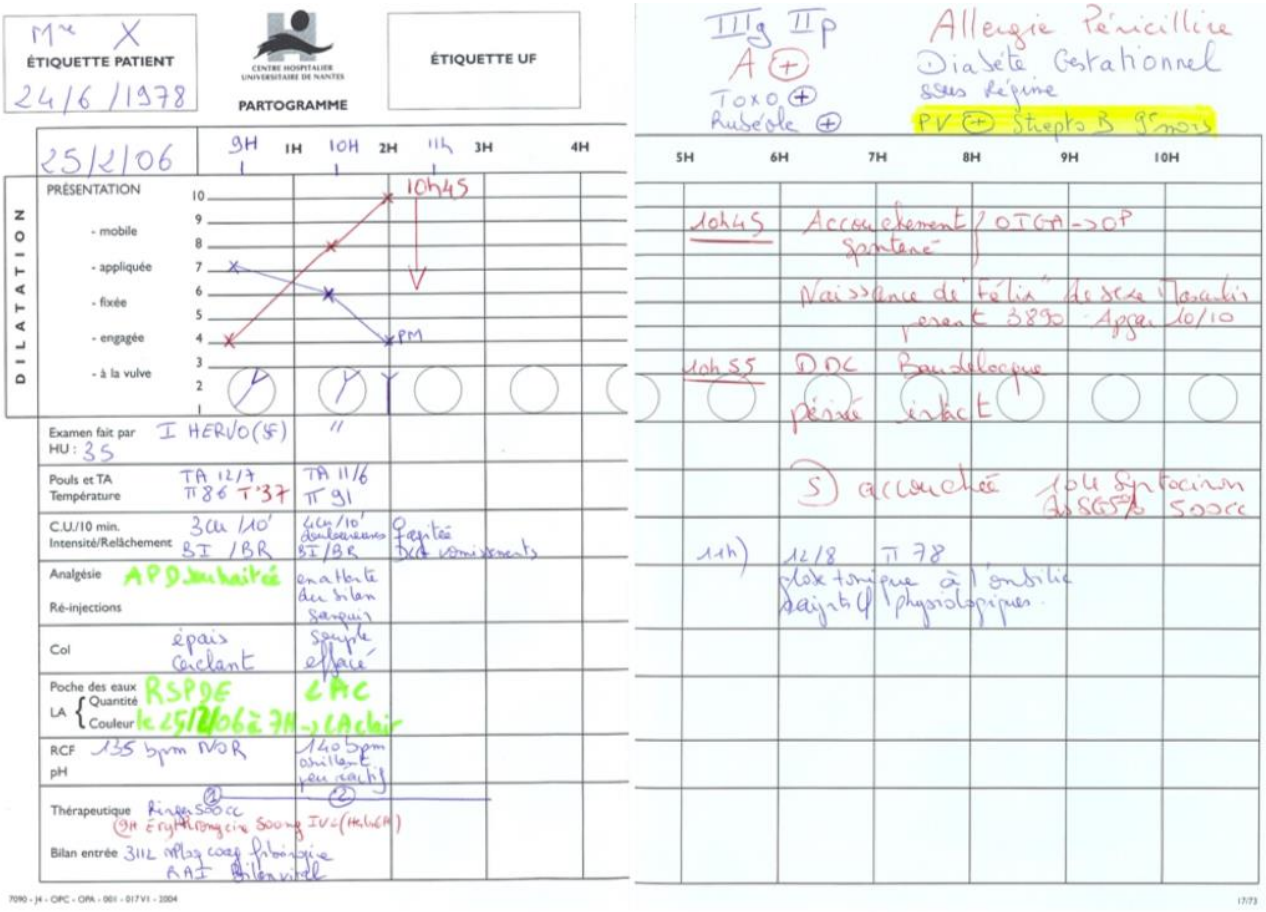
- La première dite phase de latence, dure de 8 à 10 heures pour une primipare et de 5 à 6 heures au cours de laquelle la dilatation du col progresse jusqu'à atteindre environ 3 cm.
- La seconde dite phase active, caractérisée par l'accélération de la dilatation qui passe de 3 à 10 cm environ, après quoi s'installe une phase de décélération

Il y a donc deux courbes :

- Une ascendante qui décrit la dilatation cervicale
- L'autre ascendante qui décrit la progression du mobile fœtal

Les deux courbes doivent se croiser pour un accouchement par voie basse envisageable.


A
M
D
E
Descente
Dilatation
Dilatation du col (cm)
Degré d'engagement
Durée du travail (heures)
0
2
4
6
8
10
12
14



La mise en route du partogramme implique que le diagnostic même du travail soit établi.

Surveillance obstétricale

- Degré de dilatation de 0 à 10 cm
- La qualité du col : consistance, raccourcissement, effacement
- La descente du mobile fœtal
- Les contractions utérines

Les paramètres fœtaux

Les paramètres maternels : toutes les heures où lors de chaque examen

- Le pouls (légère accélération tolérée)
- La tension artérielle
- La température (idéalement inférieure à 38°)
- Les urines
- Les évènements intercurrents : métrorragies, le comportement, la tolérance à la douleur)

L'accouchement, marqué par une flèche verticale, signale la fin des courbes de dilatation et de descente.

Il doit être noté en clair sur le partogramme :

- L'heure de naissance
- Le mode et le type de présentation
- Le nouveau-né : poids, taille, aspect, terme clinique et score d'APGAR
- La température de la patiente au moment de l'accouchement

La délivrance : son mode et les éventuelles interventions, l'aspect et le poids du placenta
→ une flèche marque l'heure de la délivrance

Le bilan cervico-vagino-périnéal (déchirure ou épisiotomie et leur réfection)

La sortie de salle de naissance avec un contrôle écrit des paramètres (au dos de la feuille par exemple)

- T°, TA, pulsations et état général
- Métrorragies
- Globe utérin
- État de l'analgésie (levée ou pas)

Chapitre 3 : Le monitoring fœtal

Section 1 : La surveillance fœtale, pour quoi faire ?

Quel chemin parcouru depuis que Lejumeau de Kergaradec eut l'idée d'appliquer le stéthoscope de son ami Laennec sur l'abdomen d'une femme enceinte.

1821 : le jumeau de Kergaradec utilise le stéthoscope de Laennec pour entendre les BCF

1833 : Kennedy rattache la souffrance fœtale aux ralentissements des BCF

1906 : Cremer enregistre la phonocardiographie fœtale

1960 : L'enregistrement par Sureau et Hon : du premier monitoring durant la grossesse

1964 : électrode de scalp + introduction par caldeyro bracia de l'étude de la contraction utérine

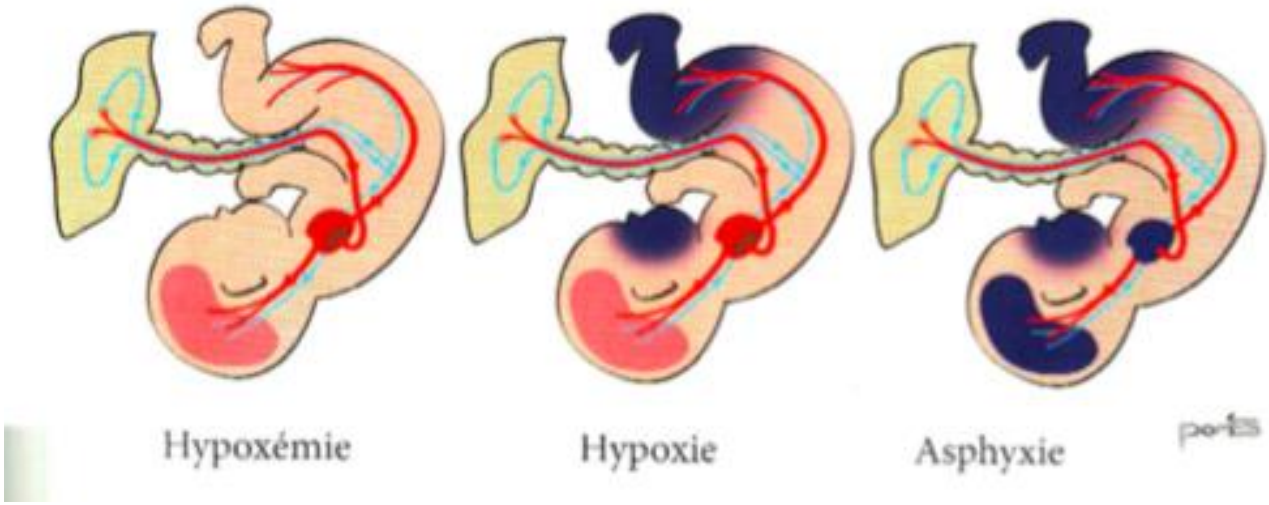
1966 : utilisation du signal Doppler

1967 : classement des anomalies du RCF par Hon et Caldeyro barcia

1968 : la création du test au Synto par Hammacher

L'étude du segment QRS : Stan

L'utilisation par l'équipe d'Oxford de l'ERCF informatisé
La surveillance fœtale a pour but de diminuer la mortalité et la morbidité périnatales et de réduire le taux de paralysie cérébrale, conséquence de l'asphyxie fœtale perpartum.



Le monitoring fœtal est un examen consistant à enregistrer l'activité électrique du cœur du fœtus afin d'obtenir des renseignements sur son fonctionnement.

Avantages :

- Simplicité d'utilisation
- Excellente sensibilité
- Valeur prédictive négative de l'asphyxie néonatale
- Preuve médico-légale

Inconvénient :

- Faible spécificité (conduisant à pratiquer davantage de césariennes et d'extractions instrumentales, sans diminution du taux d'acidoses néonatales)

L'interprétation du RCF ne peut se faire qu'en présence de l'activité utérine.
Le RCF est aussi variable selon le terme et l'activité du fœtus, l'existence d'une pathologie fœto-maternelle surajoutée.

La période de travail est celle qui est la plus à risque.

Dans tous les cas, l'enregistrement doit être de bonne qualité, l'interprétation rigoureuse et régulière (toutes les 15 à 30 minutes).

Section 2 : Les aspects techniques du monitoring

§1er : Moyens de surveillance fœtale durant le travail

L'enregistrement externe se fait avec 2 capteurs :

- L'un, baro-sensible est posé sur le fond utérin et mesure les variations de tension au niveau de la paroi abdominale maternelle. Il apprécie
  - La fréquence des contractions utérines
  - La durée des contractions utérines
  - Le relâchement utérin (toujours associé à l'évaluation clinique)
- L'autre est posé sur le foyer cardiaque, préférentiellement du côté du dos du fœtus.

Préalable : les manœuvres de Léopold :

- Repérer le côté du dos fœtal
- Repérer la présentation fœtale

Pose du monitoring :

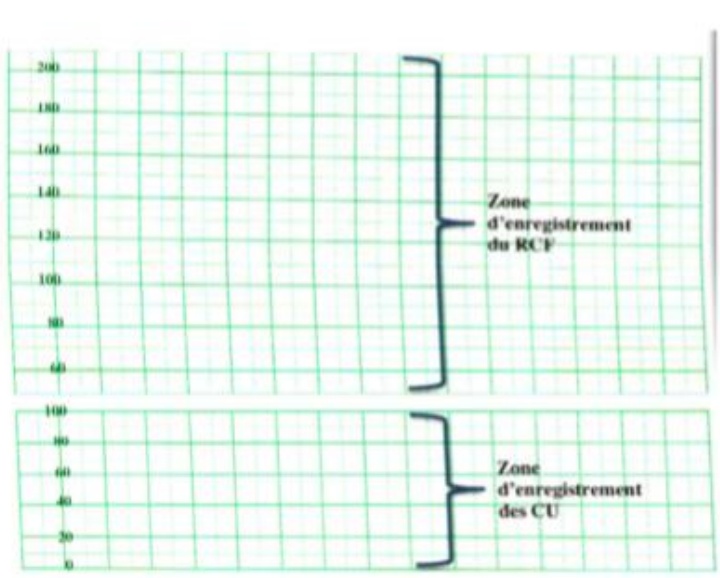
- Toujours commencer par placer le capteur du RCF, ne pas oublier le gel de contact
- Poser le capteur des contractions utérines sur le fond utérin
- Fixer les capteurs à l'aide de lanières (attention au confort de la patiente)

ATTENTION : ne jamais laisser une femme enceinte en décubitus dorsal : il faut qu'elle soit idéalement en décubitus latéral gauche.

30 minutes d'enregistrement sont nécessaires pour avoir une analyse adéquate.

Il faut expliquer le fonctionnement de l'appareil à la patiente et/ou au couple afin de rassurer quant aux éventuelles alarmes qui pourraient se déclencher.

Il faut toujours laisser la sonnette à proximité de la patiente, pour qu'elle puisse sonner en cas de nécessité.



Le papier d'enregistrement présente 2 zones:

- Une pour les CU
- Une pour le RCF

Ces zones sont quadrillées:

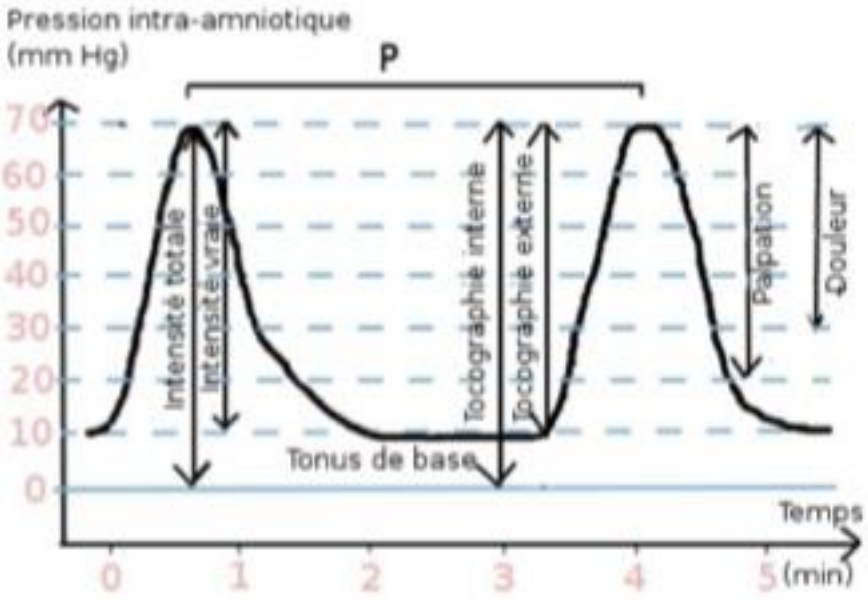
- Grands carrés de 1cm/1cm
- Petits carrés
  - 0,5 cm/0, 5cm: partie correspondant aux CU
  - 0,5 cm/0,25cm: partie correspondant au RCF

§2 : Fonctions du monitoring

- Enregistrement des contractions utérines
- Enregistrement de l'activité électrique du cœur pour obtenir des renseignements sur le bien-être fœtal

§3 : L'activité utérine au monitoring

Le tonus de base correspond à la pression résiduelle entre 2 contractions, situé entre 10 et 20 mm Hg.



L'intensité vraie ou l'amplitude mesure l'amplitude de la contraction de son sommet à la ligne de base ; elle augmente en cours du travail et peut atteindre 70 mm Hg en fin de travail.

L'intensité totale mesure l'intensité vraie + le tonus de base.

La fréquence des contractions utérines, appréciée sur 10 minutes, est normalement de 3 à 5 contractions / 10 minutes pendant le travail.

La durée, exprimée en secondes, varie au cours du travail, passant de 60 à 120 secondes en cours de dilatation. Elle a tendance à diminuer lors de la phase expulsive.

L'activité utérine est le produit de l'intensité vraie de la contraction (en mm Hg) par le fréquence sur 10 minutes.

Les anomalies de l'activité utérine sont :

- L'hypocinésie de fréquence (< 3 CU / 10 min) ; d'intensité (< 30 mm Hg) ou de durée (< 40 sec en phase active du travail)
- L'hypercinésie de fréquence (> 5 CU / 10 min), d'intensité (> 80 mm Hg)
- L'hypertonie qui correspond à un mauvais relâchement utérin (tonus de base > 20 mm Hg entre 2 CU)

Les anomalies de l'activité utérine :

- Les hypercinésies

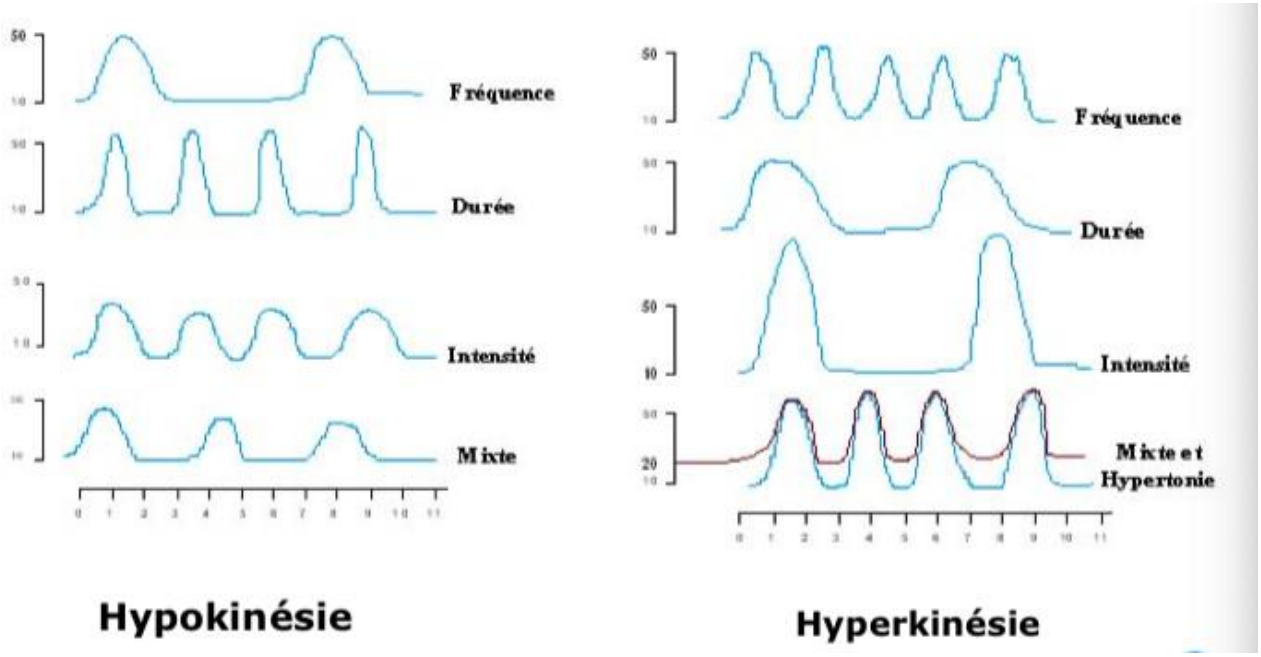
    - Hypercinésie d'intensité ou hypersystolie : les pressions sont élevées
    - Hypercinésie de fréquence ou tachysystolie : la fréquences des CU dépasse 5 CU par 10 min mais le tonus de base est normal
    - Hypercinésie totale : association des 2 anomalies précédentes
    - Hypertonie : tonus de base anormalement élevé
    - Hyperactivité utérine globale : mixte entre exagération de l'intensité et de la fréquence

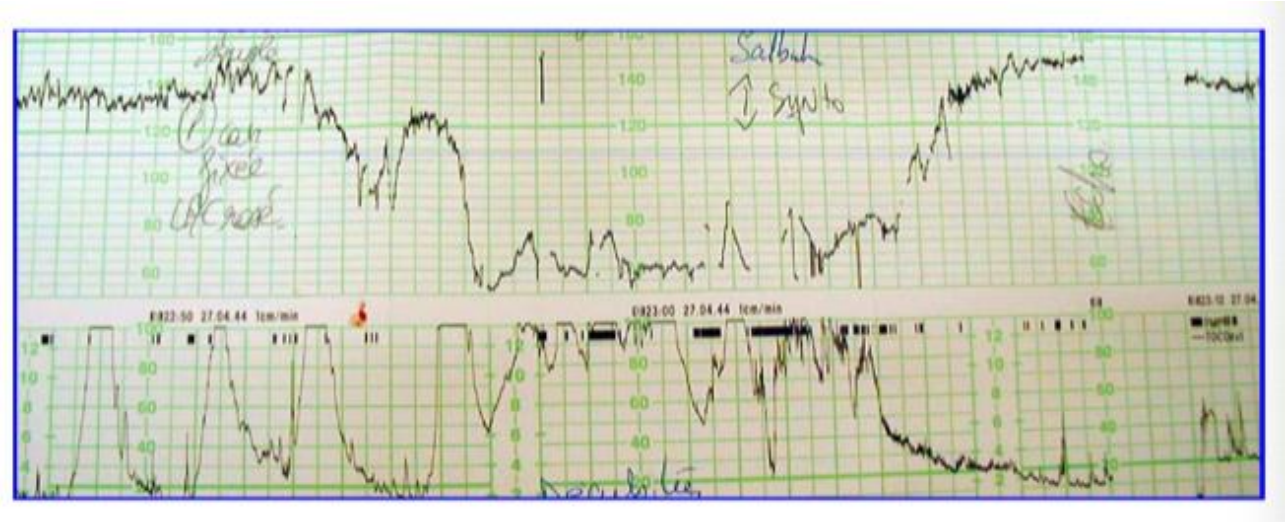
- Les hypocinésies = diminution de l'intensité, de la durée ou de la fréquence des CU

    - Hypocinésie d'intensité : la pression reste inférieure à 20/30 mm Hg
    - Hypocinésie de fréquence : une CU toutes les 10 minutes seulement (durée du travail ayant alors tendance à s'allonger)

	normal	anormal	dénomination
fréquence	[3 – 5] CU / 10 min	< 3 CU / 10 min > 5 CU / 10 min	hypocinésie de fréquence hypercinésie de fréquence
intensité	< 80 mm Hg	³ 80 mm Hg	hypercinésie d'intensité
tonus de base	< 20 mm Hg	³ 20 mm Hg	hypertonie
durée	< 2 min	³ 2 min	

Il en est de même en cas d'hypoactivité utérine globale.





En début de grossesse, le monitoring sert à dépister une éventuelle souffrance fœtale, qui est alors traduite par des anomalies du tracé électrocardiographique.

§4 : Le rythme cardiaque fœtal

A. Le rythme de base

Les principales caractéristiques analysées sont :

- Le rythme de base
- La variabilité
- La réactivité
- L'absence de ralentissements

Le rythme de base est défini comme le niveau moyen du rythme cardiaque fœtal (RCF) exprimé en nombre de battements par minutes (bpm) sur 10 minutes de tracé en excluant toute variation épisodique ou périodique (ralentissement, accélération) et toute phase de variabilité élevée supérieure à 25 bpm.

Pour la plupart des auteurs, le RCF normal est compris entre 110 et 160 bpm.

Tachycardie si RDB > à 160 bpm
Bradycardie si RDB > à 110 bpm

Le RCF est aussi variable selon le terme et l'activité du fœtus, l'existence d'une pathologie fœto-maternelle…

B. Les bradycardies

Bradycardie légère (100 à 109 bpm) voire modéré (90 à 99 bpm)

La plus fréquente situation étiologique de la bradycardie légère est la réponse vagale à une compression de la tête (variétés postérieures).

D'autres étiologies sont possibles :
- Les hypothermies maternelles
- L'effet de drogues comme les bétabloquants
- La post-maturité

Bradycardie sévère (< 90 bpm)

Elle est en rapport avec un accident aigu : procidence du cordon, hématome rétro placentaire, rupture utérine, hémorragie fœtale…

D'autres étiologies sont possibles :
- L'hypotension maternelle après une pose de péridurale ou par compression cave
- Une hypercinésie
- Une hypertonie utérine

L'enregistrement involontaire du rythme cardiaque maternel peut faire croire à une bradycardie fœtale ou vice versa : une bradycardie extrême peut être confondue avec le pouls maternel. Il faut penser à faire immédiatement un contrôle du cœur fœtal et à un contrôle du rythme cardiaque maternel.

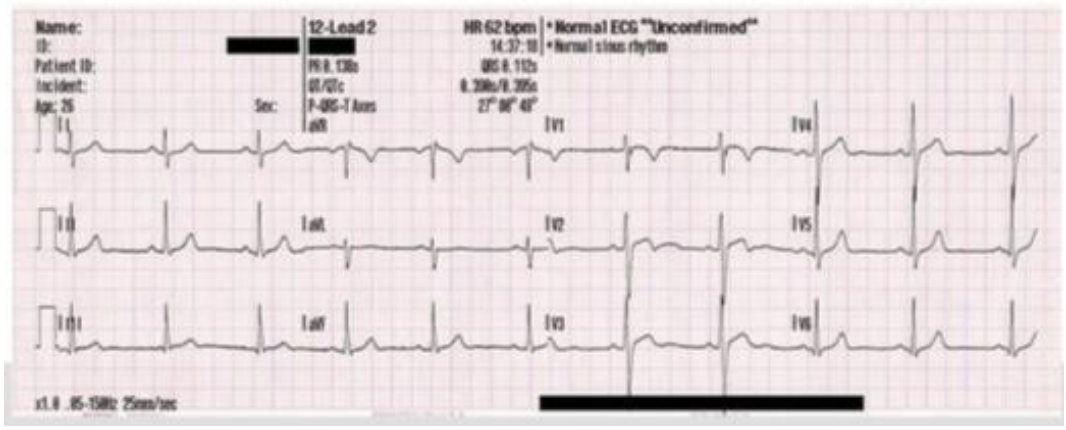
C. La réactivité

La réactivité est l'accélération transitoire du RCF d'au moins 15 bmp pendant 15 à 60 secondes accompagnant ou non la contraction utérine.

La réactivité est
- Soit périodique, en rapport avec les contractions utérines
- Soit sporadique, sans rapport avec les contractions utérines (après stimulation, lors de mouvements fœtaux ou signe de bien-être)

D. La variabilité

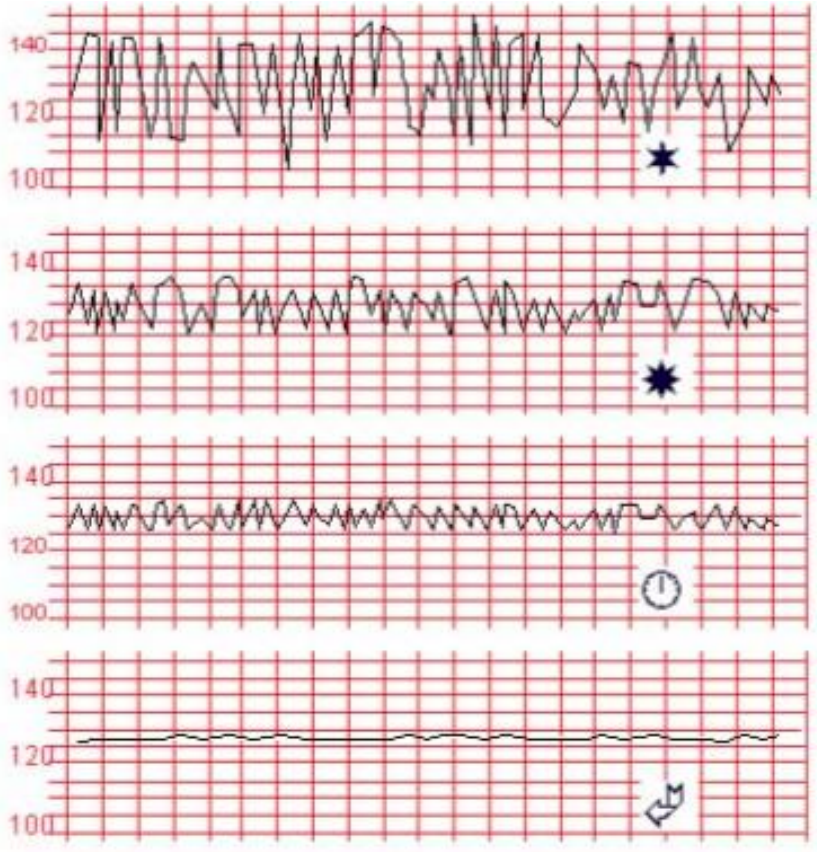
La variabilité est l'étude de la fluctuation du rythme de base.
Le rythme de base est modulé par l'action du système nerveux autonome ; la période (intervalle R – R) du cycle cardiaque est variable, ce qui donne un aspect oscillant ou fluctuant au tracé.



La variabilité augmente avec l'âge gestionnel et doit être considérée comme un signe important de bien-être fœtal.

Elle est estimée en dehors des ralentissements, par période de 1 minute.

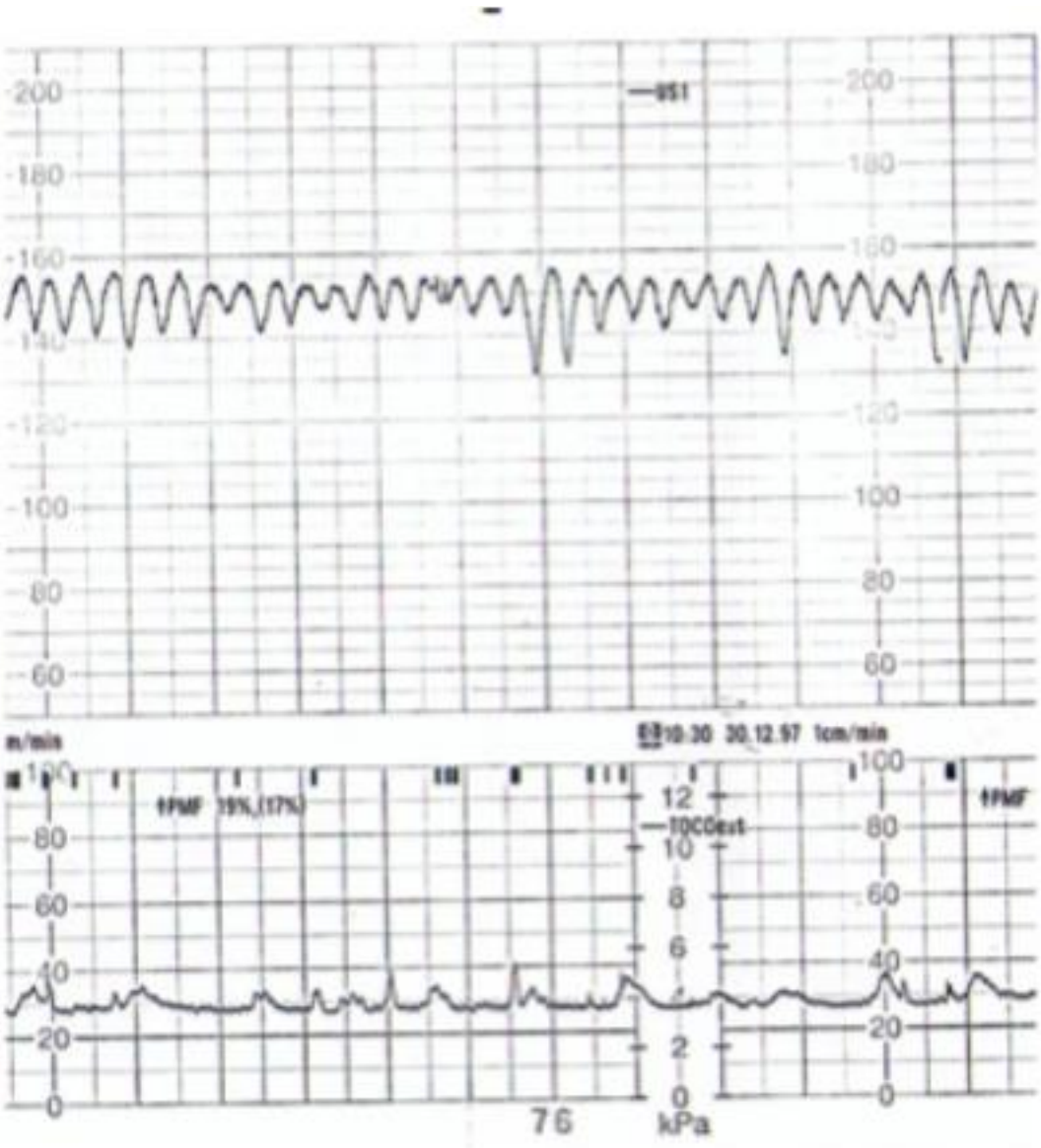
Elle peut être Marquée : > 25 bpm
Normale : 6 à 25 bpm
Minime : < 6 bpm
Absente : < 2 bpm



En pratique, on considère un tracé plat lorsque l'amplitude des oscillations est inférieur à 5. Cet aspect peut être normal lors de la phase de sommeil fœtal mais on doit avoir une réponse en cas de stimulation.

S'il est associé à d'autres anomalies : tachycardie sévère, ralentissements variables sévères ou tardifs → c'est alors un signe d'hypoxie et d'acidose fœtale.

Le rythme sinusoïdal est rare pendant le travail. Il est défini par des oscillations très régulières donnant des ondulations dont la fréquence est stable entre 2 et 5 cycles par minutes avec absence totale de réactivité. L'amplitude des oscillations peut varier entre 5 et 40 bpm.



Étiologies :

- Anémies fœtales (iso-immunisation rhésus surtout, placenta praevia, hémorragie cérébrale chez le prématuré)
- Injection de morphiniques

E. Les ralentissements

Un ralentissement est une baisse de la fréquence cardiaque par rapport au rythme de base de plus de 15 bpm pendant plus de 15 secondes.

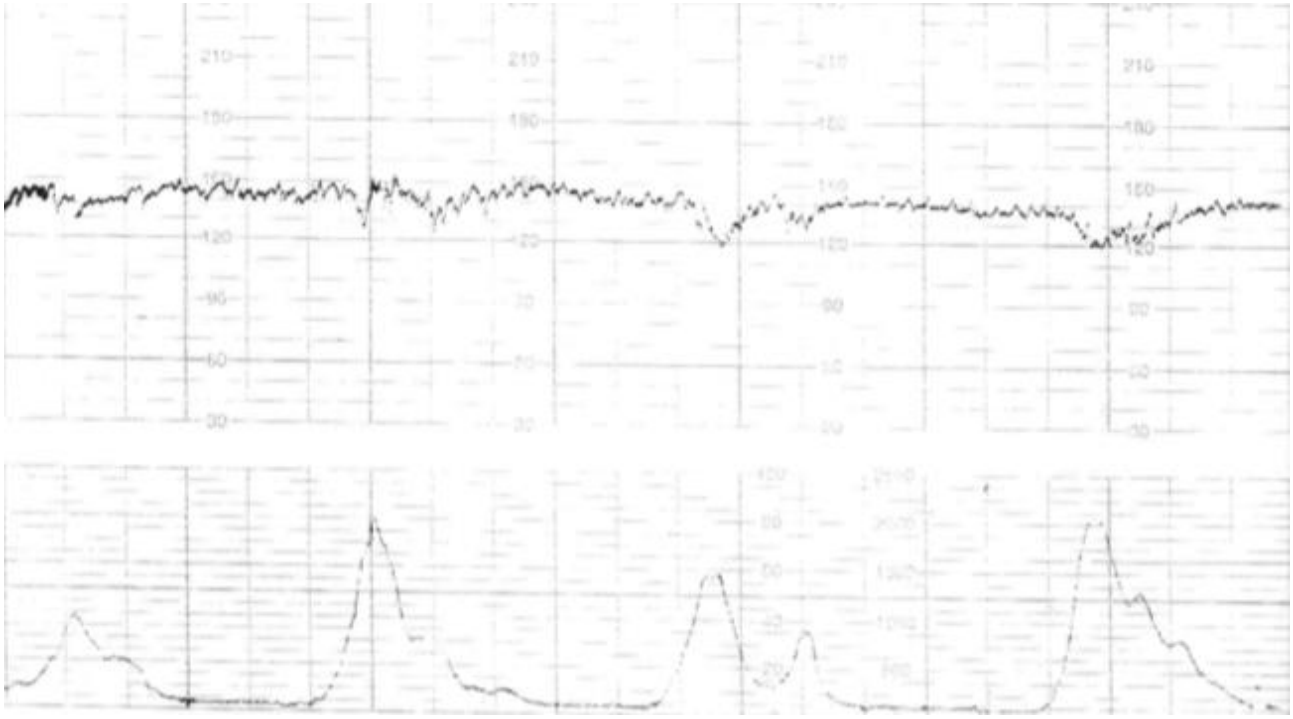
On peut les classer de la manière suivante :

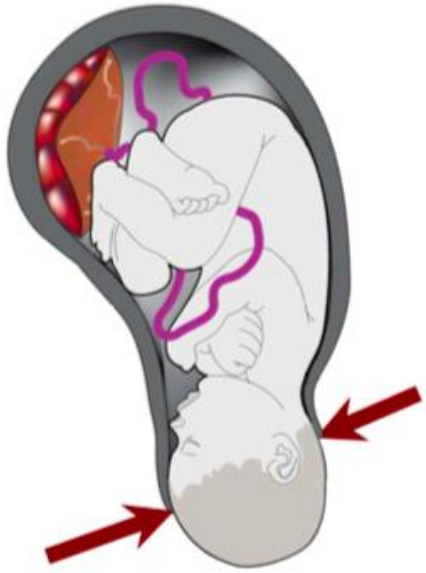
- Les ralentissements uniformes
    - Ralentissements précoces
    - Ralentissements tardifs
- Les ralentissements variables
    - Variables typiques
    - Variables atypiques

Les ralentissements prolongés sont, par définitions, supérieurs à 2 minutes.

Les ralentissements précoces sont surtout présents dans les accouchements en présentation céphalique durant la phase active du travail. Il sont de bon pronostic s'ils demeurent isolés et d'une amplitude inférieure à 30 bmp.

Ils sont en relation avec la compression de la tête fœtale au cours de la contraction utérine après rupture des membranes ou durant la phase d'expulsion.



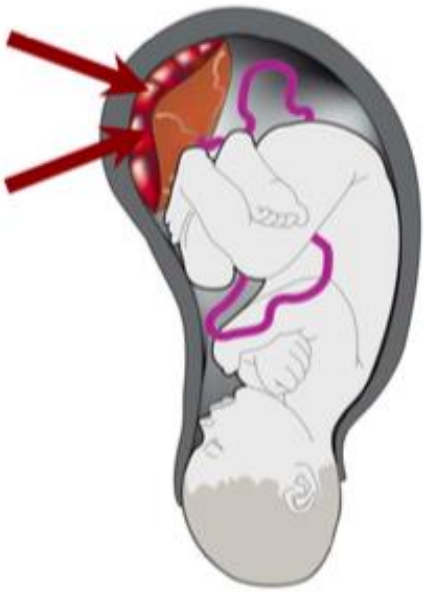


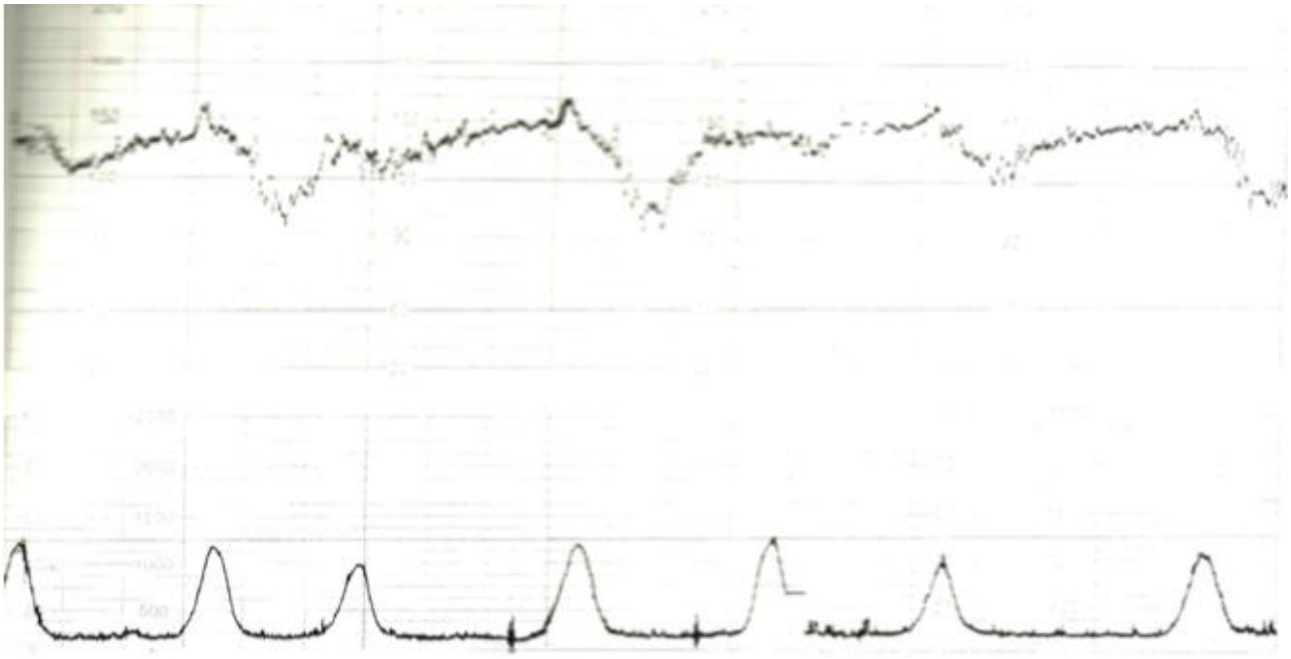
Les ralentissements tardifs sont uniformes dans leur aspect et dans leur profondeur et se produisent après chaque contraction utérine.

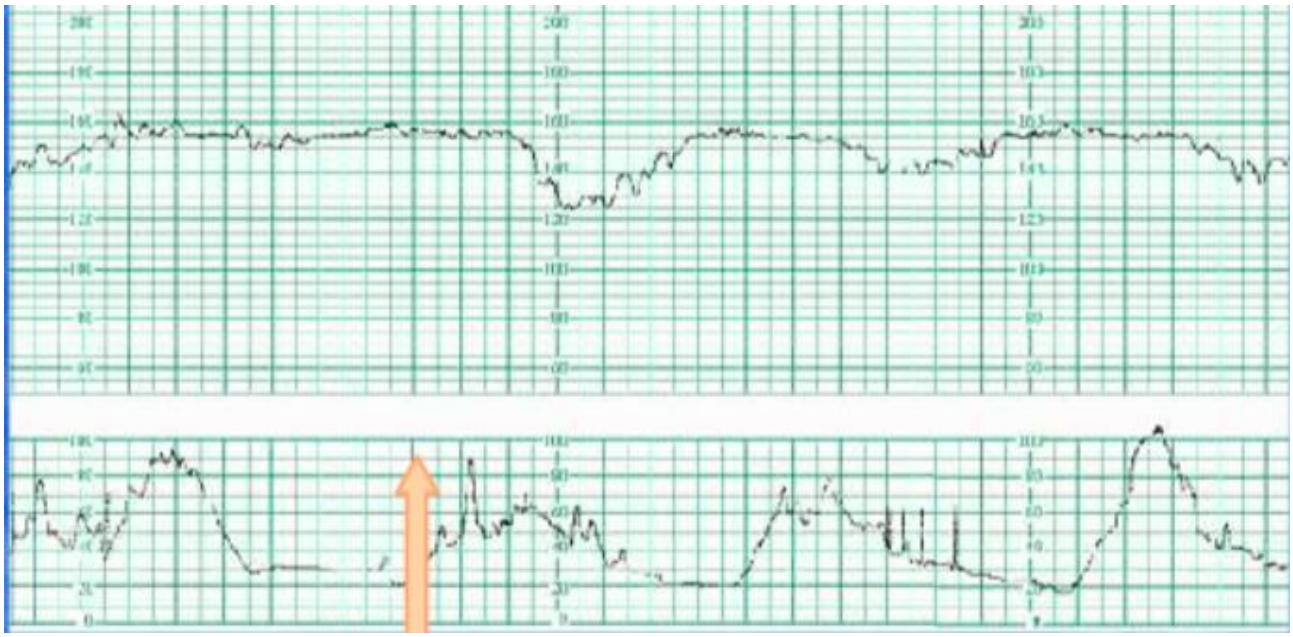
Ils sont consécutifs à une diminution du débit sanguin et donc du transfert d'oxygène de la mère vers le fœtus pendant la contraction utérine. C'est souvent en rapport donc avec une insuffisance placentaire.

Ils peuvent aussi se rencontrer en cas de pathologie maternelle préexistante ou de pathologie gravidique.

On remarque souvent dans ces cas une perte de la variabilité et une absence de réactivité.





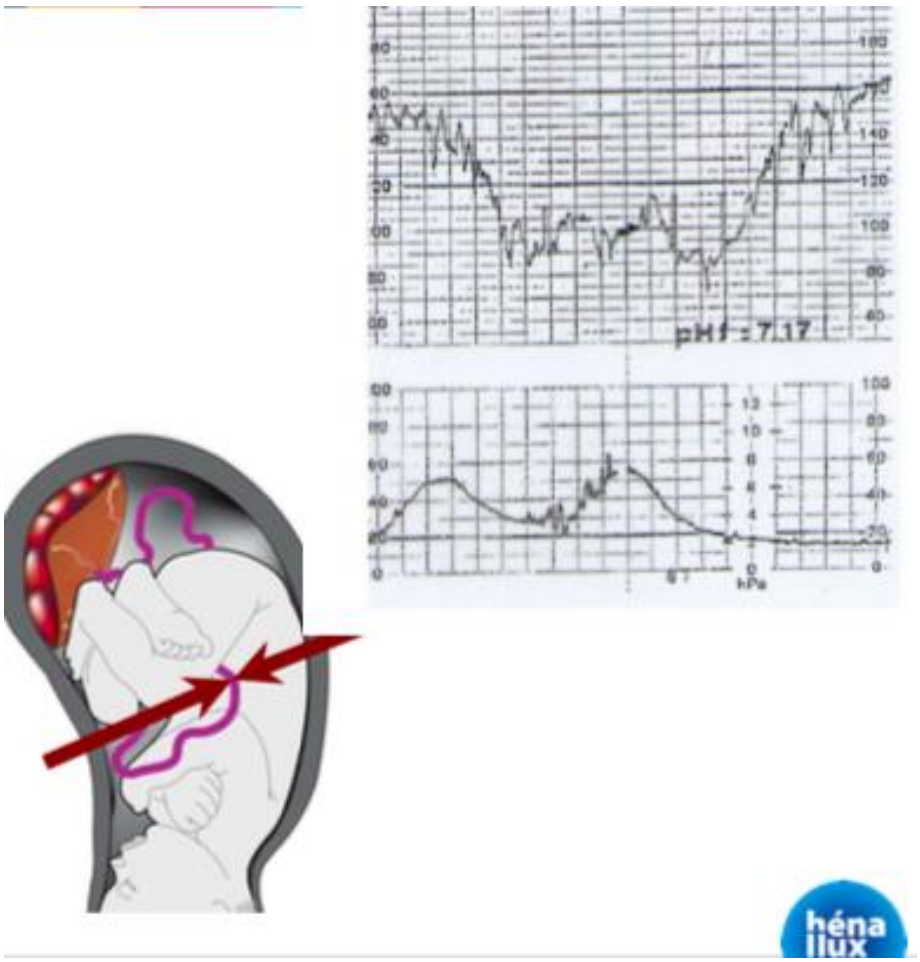


Les ralentissements prolongés :

Un ralentissement prolongé se définit par une chute de la fréquence cardiaque de plus de 30 bpm pendant 2 minutes.

Elles sont dues à une diminution du transfert en oxygène du placenta vers le fœtus :

- Soit par une diminution du débit sanguin utérin
- Soit par une compression prolongée du cordon



Section 3 : Surveillance fœtale durant la grossesse

- Non stress test (NST)

= simple enregistrement du RCF au cours de la grossesse : sur 30 minutes voir 60 ou 90 min si absence de réactivité.

L'absence de réactivité est un élément de mauvais pronostic surtout si présence de décélérations profondes (40 à 90 bpm) et durables (1 minute et plus).

- Interprétation
  - Tracé réactif : + 2 accélérations sur 20 minutes +- MAF et sans anomalies
  - Test suspect :
    - Bradycardie < = à 120 bpm
    - Tachycardie > = à 160 bpm
    - Décélération ou autres anomalies
  - Test aréactif : absence d'accélération sur 40 minutes

	Normal	Suspect	Pathologique
Rythme de base	110-160 bpm	Il manque au moins un des critères de normalité, mais sans présenter de critères pathologiques	< 100 bpm
Variabilité	5-25 bpm		Variabilité réduite Variabilité augmentée Aspect sinusoïdal
Décélérations	Absence de décélérations répétées*		Répétées, tardives ou prolongées sur une durée > 30 min (ou 20 min en cas de variabilité réduite). Décélération > 5 min
Interprétation	Absence d'hypoxie/acidose	Faible probabilité d'hypoxie/acidose	Forte probabilité d'hypoxie/acidose
Prise en charge	Pas d'intervention nécessaire	Actions correctrices des causes réversibles éventuelles, monitoring rapproché ou techniques de 2e ligne	Action immédiate pour corriger les causes réversibles éventuelles, techniques de 2e ligne, ou en cas d'impossibilité, extraction fœtale immédiate. Dans les situations aigues, l'accouchement doit être réalisé immédiatement

*Les décélérations sont répétées lorsqu'elles sont observées avec > 50% des contractions utérines
L'absence d'accélérations est de signification indéterminée au cours du travail

Chapitre 4 : Gestion de la douleur en obstétrique

Section 1 : Introduction

La douleur est

- Un phénomène désagréable, complexe et individuel
- Les facteurs physiologiques, émotionnels, psychosociaux et environnementaux influencent la nature et le degré de douleur ressentie par une parturiente et sur sa réaction face à cette douleur.
- Il existe des méthodes pharmacologiques et non pharmacologiques pouvant aider une femme, un couple à surmonter cette douleur

Le rôle de la sage-femme est crucial dans la gestion de la douleur.

Section 2 : Douleurs pendant le travail et l'accouchement

§1er : Origine nerveuse

Les douleurs et malaises de la femme durant le travail ont 2 origines :
- Viscérale
- Somatique

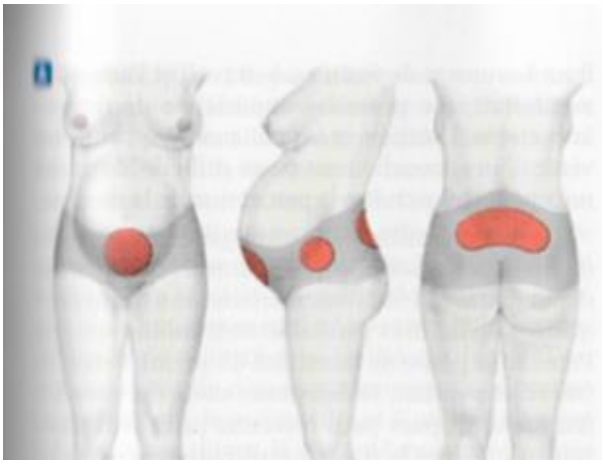
Pendant le premier stade du travail, les contractions utérines provoquent
- Dilatation et effacement du col
- Compression des artères qui irriguent le myomètre → ischémie utérine (diminution de la circulation sanguine et donc diminution du taux d'oxygène)

A ce stade du travail, la douleur est transmise par les nerfs rachidiens et les nerfs thoraciques (provenant du col et du corps utérin).

La douleur viscérale est causée par :
- Les changements du col utérin
- La distension de l'utérus

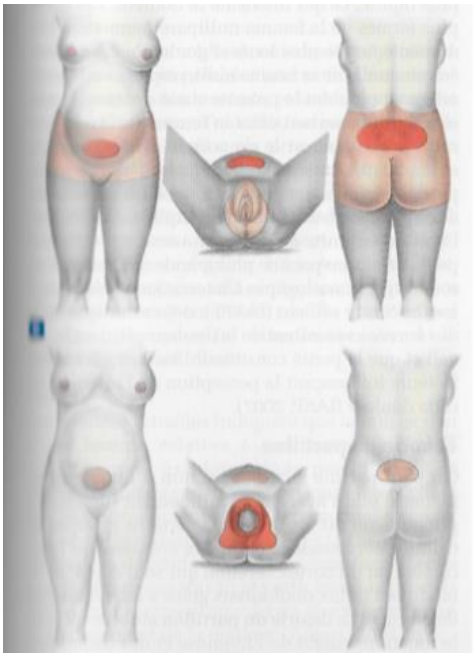
- La pression exercée sur les structures et les nerfs adjacents

La douleur se situe au-dessus du bas de l'abdomen et peut être projetée vers la paroi abdominale, la région lombo-sacrée, les crêtes iliaques, la région fessière et les cuisses.



Au cours du second stade de travail, la parturiente décrit une douleur somatique, souvent intense, vive et brutale produisant une sensation de brûlure.

Elle résulte de l'étirement et de la distension des tissus périnéaux et du plancher pelvien afin de permettre le passage du fœtus dans la filière pelvienne.



Les facteurs liés à cette douleur :

- La position fœtale
- La rapidité de la descente fœtale
- La position maternelle
- L'intervalle et la durée des contractions

- La fatigue

§2 : Perception de la douleur

Le sexe, les différences sociales, ethniques et culturelles jouent un rôle sur la perception de la douleur et les manifestations comportementales face à celle-ci.

On ne connaît pas bien les effets culturels sur la douleur. On sait cependant que les expressions verbales et non verbales sont apprises au cours des interactions sociales.

Le noyau familial aurait une plus grande influence que l'environnement culturel sur la perception de la douleur.

§3 : Expression de la douleur

La douleur provoque des effets physiologiques, des réactions sensorielles et émotionnelles.

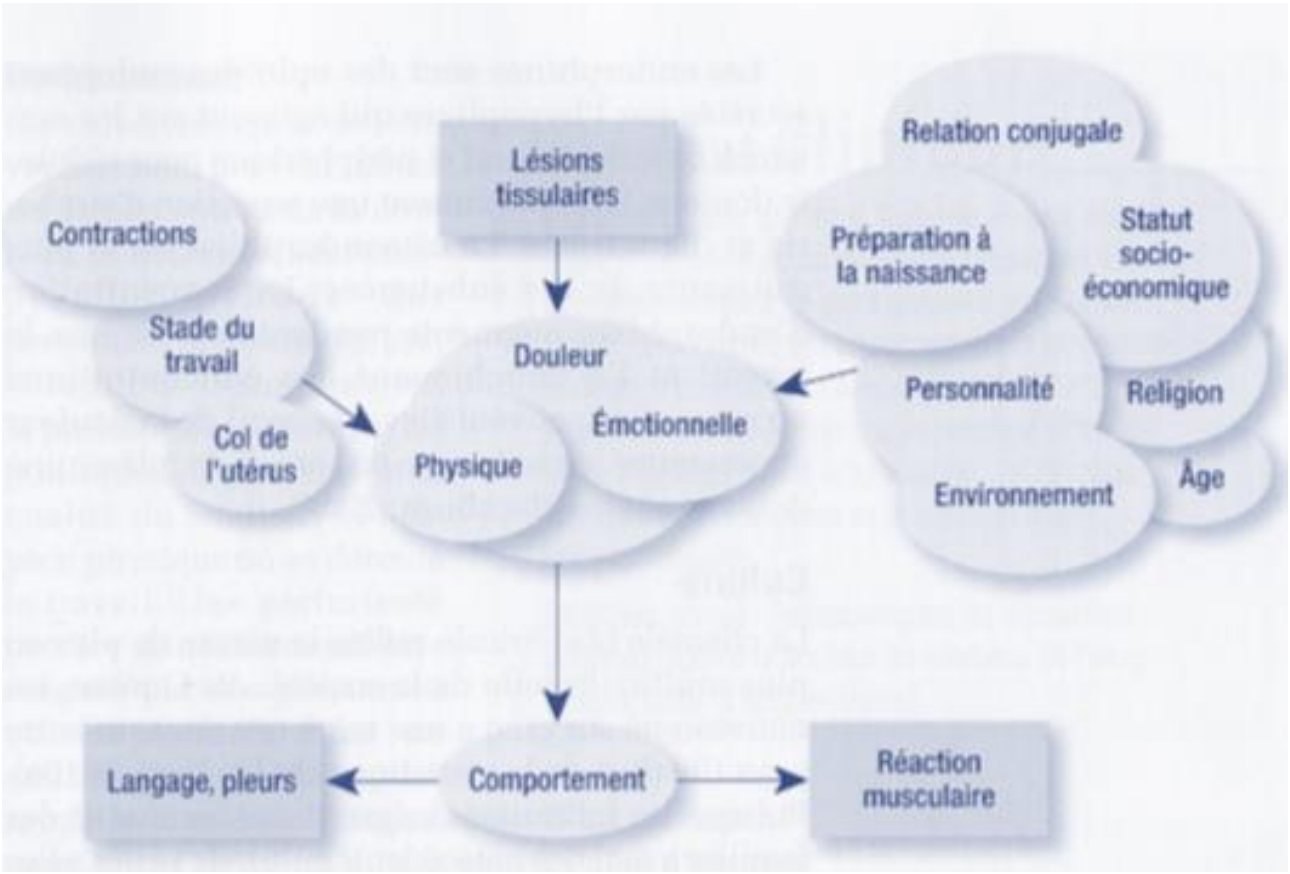
La douleur croissante stimule l'activité du système nerveux sympathique → libération accrue de catécholamines.

La TA et la FC augmentent. La FR de la mère change en raison de la consommation accrue d'oxygène et l'acidité gastrique augmente.

Il y a différentes expressions émotionnelles :

- Angoisse
- Troubles du champ perceptif
- Contorsions
- Pleurs
- Cris
- Excitabilité musculaire excessive
- …

§4 : Facteurs influençant les réactions face à la douleur



La douleur ressentie pendant le travail est unique. La manière dont chaque femme la perçoit dépend de divers facteurs physiques, émotionnels, psychosociaux et environnementaux.

A. Les facteurs physiologiques

Une femme ayant des antécédants de dysménorrhée peut ressentir une douleur plus forte en raison d'une concentration plus élevée de prostaglandines.

Une femme qui a des douleurs dorsales au cours de ses menstruations est plus susceptible d'avoir mal au bas du dos pendant les contractions utérines.

La fatigue, la fréquence et la durée des contractions, la position du fœtus… sont d'autres facteurs influençant le ressenti.

Les endorphines sont des opiacés endogènes sécrétées par l'hypophyse et agissant sur le système nerveux central pour réduire la douleur. Elles produisent une sensation d'euphorie et d'analgésie.

La concentration d'endorphine augmente durant la grossesse, le travail et l'accouchement. En concentration accrue, elles peuvent élever le seuil de douleur et permettre à une femme en travail de tolérer la douleur.

B. La culture

Une compréhension des croyances, des valeurs et des pratiques des diverses cultures permet de réduire le fossé culturel et permet à la sage-femme d'évaluer plus précisément le degré de douleur.

La SF peut ainsi proposer des soins adaptés.

Attention :

- Le comportement d'une femme face à la douleur peut varier même au sein d'un contexte culturel, il ne reflète pas forcément l'intensité de la douleur
- Il ne faut pas se laisser envahir par ses préjugés et éviter les stéréotypes pour mesurer la souffrance d'une personne
- Il faut évaluer les effets physiologiques de la douleur et prêter attention aux mots qu'elle utilise pour décrire les qualités sensorielles et affectives de la douleur

C. L'anxiété

L'anxiété est souvent associée à la douleur. Une légère anxiété est attendue durant le travail et l'accouchement mais une anxiété et une peur excessive provoquent une sécrétion accrue de catécholamines qui augmentent les stimulis envoyés du bassin vers le cerveau, ce qui amplifie ainsi la douleur.

La peur et l'anxiété augmentent la tension musculaire, diminuent l'efficacité des contractions, augmentent la sensation de douleur, ce qui génère plus de peur et d'anxiété → cycle sans fin… Ce cycle finit par ralentir le travail.

La confiance de la femme en sa capacité diminue également en cas d'anxiété trop élevée, ce qui réduit l'efficacité des moyens utilisés pour la soulager.

D. Les expériences antérieures

La nullipare ressent généralement plus de douleurs sensorielles que la multipare au début du travail car ses structures sont moins souples en début de travail.

Lors du 2ième stade du travail, la femme multipare peut ressentir plus la douleur car ses structures sont plus souples et favorisent une descente fœtale plus rapide, ce qui augmente la douleur tandis que les structures plus fermes ralentissent le travail chez la nullipare.

Le travail chez la nullipare étant plus long, elles sont fatiguées, ce qui accentue la douleur et engendre une plus grande utilisation de soutien pharmacologique.

E. La théorie du portillon

L'être humain peut parfois faire abstraction de la douleur même si celle-ci est particulièrement élevée.

Ce phénomène est attribuable à certaines cellules nerveuses qui sont capables de moduler l'influx douloureux grâce à un mécanisme de blocage.

La théorie du portillon aide à expliquer le succès des techniques de préparation prénatale et de l'hypnose :

- Les sensations douloureuses parcourent des voies sensorielles jusqu'au cerveau mais un nombre limité de sensations ou de messages peuvent se déplacer en même temps sur ces voies
- Des techniques de distraction (musique, massage, imagerie visuelle) peuvent bloquer la capacité de ces voies à transmettre la douleur (comme si ces distractions formaient une barrière aux messages) –> réduction de la perception de la douleur
- Le travail cognitif (concentration sur la respiration, la relaxation) forme également cette barrière

La théorie du portillon souligne donc le besoin d'un environnement permettant à la parturiente de se détendre et d'utiliser différentes techniques cognitives.

F. Le soutien

La valeur de la présence continue d'une personne de soutien durant le travail est reconnue depuis longtemps.

Une femme qui bénéficie d'un soutien continu est plus encline à avoir un accouchement par voie basse spontané et est moins susceptible d'utiliser des analgésiques ou la péridurale.

G. L'environnement

Les caractéristiques de l'environnement peuvent influencer la perception de la douleur.

Par environnement, on entend :

- L'attitude des personnes présentes (façon de communiquer, qualité du soutien, philosophie des soins…)
- L'espace physique

La parturiente a besoin d'un endroit sûr, où elle se sent à l'aise d'essayer les différentes mesures de confort. Les facteurs tels que la lumière, le bruit, la température doivent être réglés selon ses préférences.

H. Les méthodes non pharmacologiques pour favoriser la relaxation et soulager la douleur

- Stimulation cutanée
  - Effleurage (massage léger)
  - Contrepression
  - Marche, balancement
  - Changement de position
  - Hydrothérapie
  - Application de chaud ou froid
  - …

- Stimulation sensorielle
  - Relaxation et imagerie visuelle
  - Utilisation d'un point d'intérêt
  - Techniques de respiration
  - Musique
  - Aromathérapie
  - …

- Méthodes cognitives
  - Préparation à la naissance
  - Hypnose
  - …

Chapitre 5 : La poche des eaux et le liquide amniotique

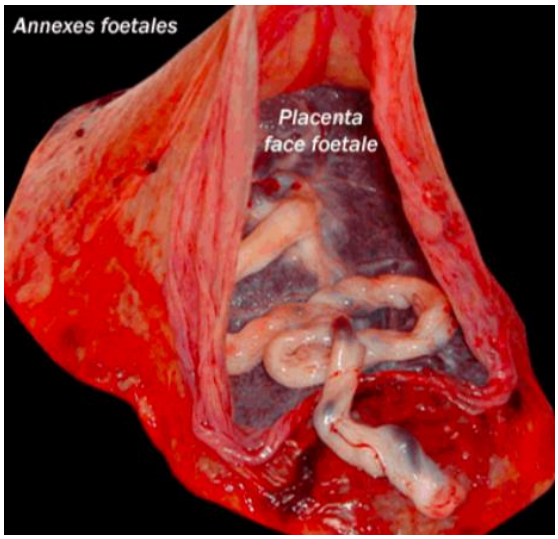
Section 1 : La poche des eaux

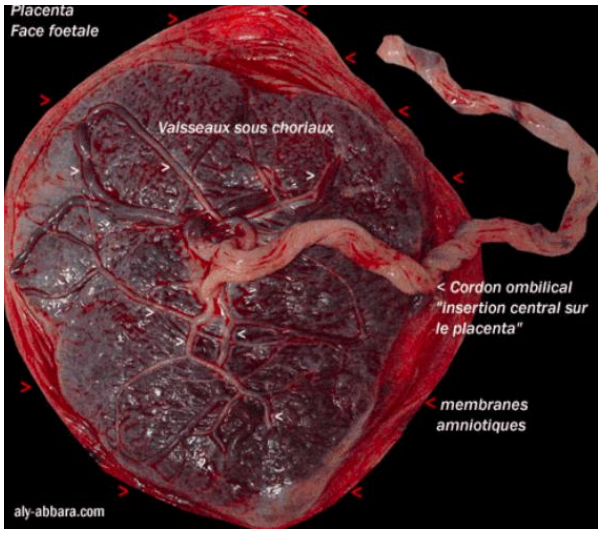
Le terme poche des eaux est utilisé uniquement au cours du travail afin de désigner les 2 membranes ovulaires

- L'amnios : c'est la membrane interne qui donne sur la cavité du sac amniotique et qui est en contact avec le liquide amniotique
- Le chorion : c'est la membrane externe, qui colle, d'un côté sur la face externe de l'amnios et de l'autre côté sur la muqueuse qui tapisse la cavité utérine (la caduque).

Au cours de la parturition, la sage-femme peut :

- Pratiquer l'amniotomie pour autant que la présentation ne soit plus refoulable
- Pratiquer l'épisiotomie
- Procéder à toute suture du périnée, également en cas d'épisiotomie, à condition qu'il n'y ait pas de lésion sphinctérienne
- Collaborer à la surveillance de la parturiente sous anesthésie ou analgésie





Rappel :

La poche des eaux est un espace rempli de liquide amniotique, compris entre la membrane ovulaire interne (amnios) et le fœtus. Elle joue un rôle capital dans la protection du fœtus contre les traumatismes pendant la grossesse. Lors de l'accouchement, sous la pression des contractions utérines et du liquide amniotique, elle appuie sur le col de l'utérus et favorise sa dilatation.

§1er : Rupture de la poche des eaux

- Indications
  - Accélération de la dilatation
  - Accélération de l'expulsion à dilatation complète
  - Complément de l'oxytocine lors des inductions du travail
  - Tentative d'hémostase lors du travail en cas de placenta prævia non recouvrant (ne pas perforer le placenta)

Il n'y a aucune indication à rompre artificiellement la poche des eaux en milieu extrahospitalier

- Précautions
  - Hydramnios (risque de procidence du cordon) : réexaminer immédiatement après la rupture pour s'assurer que le cordon n'a pas été entrainé au-devant de la tête
  - Technique aseptique (risque infectieux par ouverture de la cavité amniotique aux germes)
  - En cas de rupture prolongée des membranes : antibioprophylaxie

§2 : Contre-indications de la rupture de la poche des eaux

- CI absolues
  - Placenta prævia recouvrant
  - Présentation transverse

- CI relatives
  - Dilatation inférieure à 4 cm, contractions irrégulières (faux début de travail)
  - Siège avant dilatation complète, conserver la poche des eaux intacte le plus longtemps possible
  - Infection par le HIV ou hépatite B (ou contexte de haute prévalence) avant dilatation complète : conserver la poche des eaux intacte le plus longtemps possible afin de limiter le risque de transmission materno-fœtale
  - Présentation non engagée : risque de procidence du cordon

§3 : Les bébés coiffés – les bébés bonheur

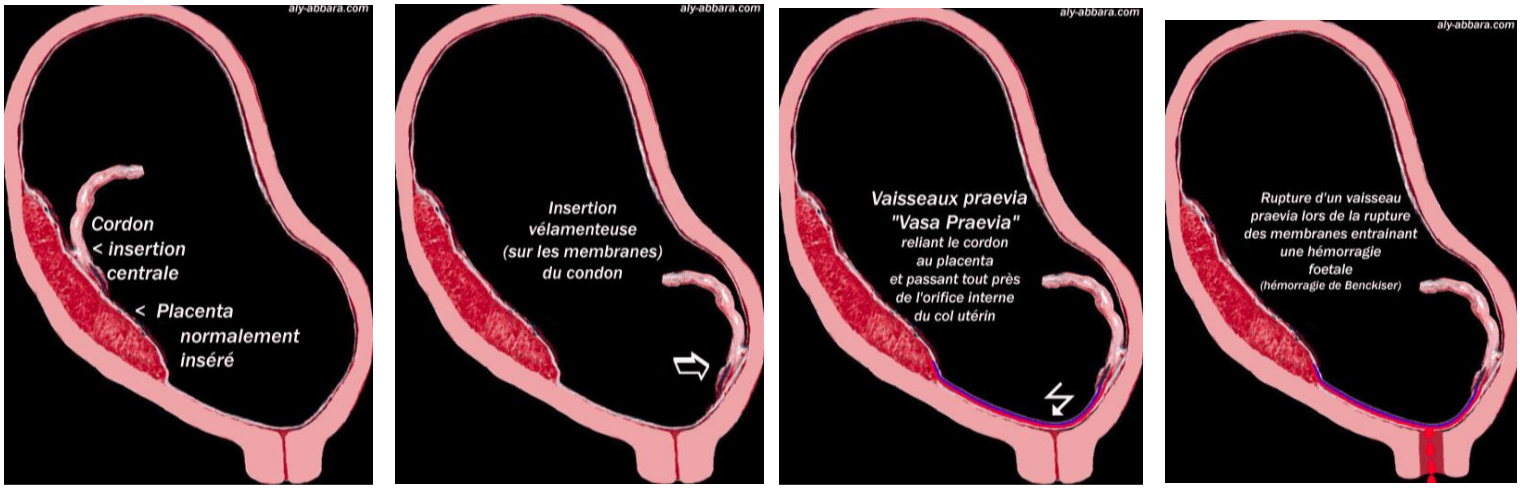
Si l'accouchement est imminent, l'enfant peut naître avec sa proche des eaux. Il faut juste être attentive à retirer la membrane sur son visage.

Mythe et magie de la naissance d'un bébé né coiffé :

- En Espagne, l'enfant qui nait « vêtu » ne pourra mourir ni par noyade, ni par balle
- En Asie du Sud-Est, un bébé né coiffé aura la faculté de percevoir les choses

- En Afrique du Sud, on croit également que l'enfant qui naît coiffé reçoit une seconde vision, qui lui permet de voir les esprits de ses ancêtres et de les reconnaître… La coiffe lui permet de voir au-delà des personnes, de voir leurs intentions ou leur deuxième visage, ce qui fait que ces personnes nées coiffées naissent avec un caractère de juge
- …

§4 : Hémorragie de Benckiser

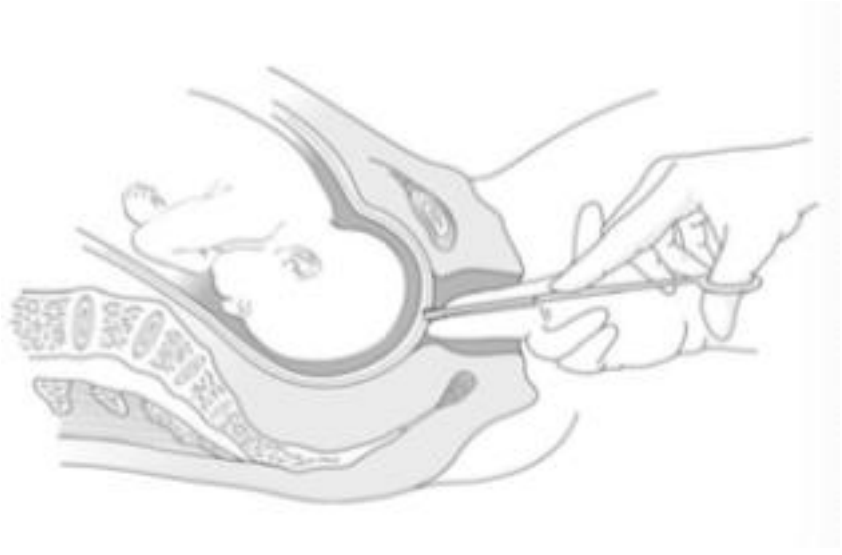


§5 : Rupture artificielle de la poche des eaux

De la main, on examine : on vérifie la présentation avant d'introduire la pince à rompre tandis que de l'autre main, on palpe l'utérus à la reherche d'une contraction débutante.

La poche bombante (idéal) permet de ne pas blesser le bébé et la pression offerte par la contraction utérine fait plonger la présentation dans le bassin. On perce les membranes (les deux feuillets) au moment de la contraction.

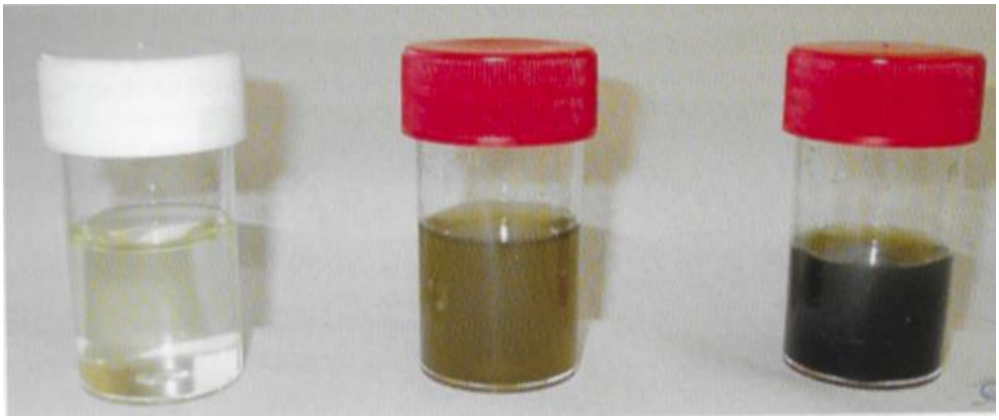
Il faut toujours rester prudent en rompant : on fait d'abord un petit trou et lorsque l'on contrôle bien le flux, on peut ensuite l'agrandir.



Deux précautions : garder les doigts dans le vagin le temps de s'assurer que la présentation se fixe bien et toujours écouter le RCF quelques temps par la suite.

Section 2 : Le liquide amniotique

Il faut surveiller le liquide amniotique étant donné que son aspect reflète l'état fœtal. Normalement, il est clair et légèrement lactescent.



Sa coloration par le méconium en vert plus ou moins sombre est un signe en faveur d'une souffrance fœtale, surtout si elle apparaît pendant le travail.

Section 3 : Accouchement imminent

§1er : Le score de Malinas

Le score de Malinas est une évaluation chiffrée qui permet de déterminer si une femme enceinte va bientôt accoucher. Dans un cadre extrahospitalier, cela permet de savoir si la parturiente va accoucher de manière imminente ou si on a le temps de la transporter.

Il se base sur 5 critères :

- Nombre de grossesses antérieures
- Durée du travail
- Durée des contractions
- Intervalle entre les contractions
- Perte ou non des eaux

Chaque critère est évalué par un nombre, allant de 0 à 2.

Score	Paritée (nombre de grossesses antérieures)	Durée du travail	Durée des contractions	Intervalle entre les contractions	perte des eaux
0	une	< 3h	< 1 min	> 5 min	non
1	deux	entre 3 et 5 h	1 min	entre 3 et 5 min	récente (< 1h)
2	trois et plus	> 6h	> 1 min	< 3 min (au moins 2 en 5 minutes)	> 1h

Le score est la somme de ces 5 critères

- Score < 5 = un transport est possible vers une maternité ou une structure médicale
- Score > 6 = une menace d'accouchement imminent, notamment si la parturiente a envie de pousser

Chapitre 6 : Pratique de l'accouchement

Section 1 : Salle d'accouchement

Une salle d'accouchement doit être équipée d'arrivée d'O2, de prise de vide, de table de réanimation et à portée de main le nécessaire pour perfuser et les médicaments adéquats.

Chaque service a ses habitudes et son matériel :

- Un plateau avec une paire de ciseaux à épisiotomie, une paire de ciseaux droits pour le cordon, un paquet de 10 compresses, les champs…
- Un plateau pour recueillir le placenta
- Un amniotome ou pince à rompre
- Une cupule contenant un antiseptique
- Une sonde urinaire à usage unique
- Des gants stériles
- Une blouse stérile

Section 2 : Préparation psychologique

- Création d'une atmosphère positive et importance de l'agencement du mobilier
- Présence, confort et encouragement ; influence sur :
  - Le recours à la péridurale
  - La durée du travail
  - Expérience globalement plus positive
  - Moins de traumatisme du périnée
  - …
- Mobilités et positions lors du travail et de l'accouchement
  - La verticalité en premier stade de travail
    - Douleurs moins élevées
    - RCF de meilleure qualité
    - …
  - Lors de la seconde phase du travail
    - Moins d'inconfort
    - Poussé finale moins pénible
    - …

Section 3 : Pratique de l'accouchement

L'expulsion dure entre 15 et 20 minutes et doit être inférieure à 30 minutes.

Le dégagement n'est possible que si les phénomènes de la période précédente se sont déroulés normalement. Il faut donc que :

- La dilatation soit complète
- La présentation soit descendue et orientée

Une fois que le col est complètement dilaté et que la phase d'expulsion du deuxième stade du travail est entamée, encourager la parturiente à prendre la position qui lui convient le mieux et à commencer les efforts expulsifs si elle en ressent l'envie.

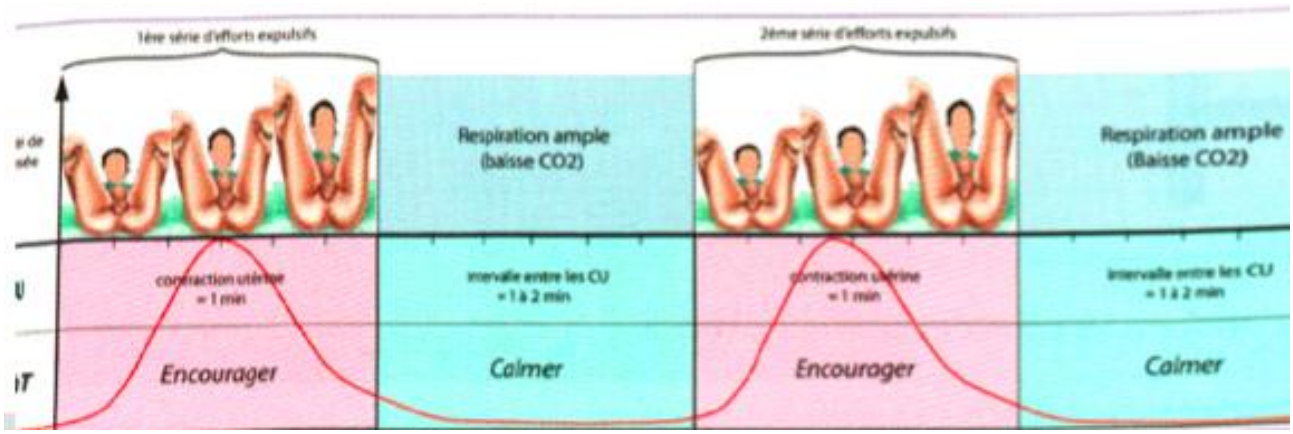
Quand commencer les efforts expulsifs ?

- Quand la patiente en éprouve le besoin impérieux et seulement pendant les contractions utérines
- Pas plus de 30 minutes en théorie

Que dire à la patiente pendant la phase d'expulsion ?

- L'envie de pousser est déterminée par le contact de la présentation avec le plancher pelvien
- Rassurer la patiente pour l'aider à profiter des périodes d'accalmies entre les contractions utérines, en respirant amplement ce qui normalise sa capnie entre les périodes d'apnées (efforts expulsifs)
- Respirer avec elle amplement en favorisant l'expiration la plus longue possible
- Rem : attention à la polypnée superficielle (respiration du petit chien) qui est inefficace et dangereuse car risque d'hypercapnie
- Chercher à l'aider à la coordination des poussées volontaires avec les contractions utérines : la main de la SF palpe l'utérus et perçoit le début de la contraction. Il faut alors encourager fermement la patiente à prendre une grande inspiration pour pouvoir pousser malgré la douleur

- Vous pouvez mimer l'attitude à adopter : en prenant une grande inspiraton en même temps qu'elle, en mimant la poussée
- Essayer de diriger 3 efforts expulsifs sur une CU environ 1 min
- Comment pousser au moment de l'expulsion ?
    - Poussée à glotte fermée
    - Poussée à glotte ouverte (poussée en expiration) : la poussée est tout aussi efficace mais plus difficile à expliquer et à pratiquer


1ère série d'efforts expulsifs
2ème série d'efforts expulsifs
Respiration ample
(baisse CO2)
Respiration ample
(Baisse CO2)
Encourager
Calmer
Encourager
Calmer

Chapitre 7 : La délivrance

Section 1 : La délivrance utérine

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

C'est la 3ième étape du travail qui se décompose en 3 phases :

- Décollement du placenta
- Migration et expulsion du placenta
- Rétraction utérine assurant l'hémostase de la plaie placentaire, sous l'effet des contractions utérines

§1er : La phase de décollement placentaire

Sous l'effet de la rétraction utérine :

- Phénomène passif correspondant à la diminution du volume utérin lors de l'expulsion fœtale

- La rétraction utérine aboutit à l'augmentation d'épaisseur des parois utérines respectant la zone en regard de l'insertion placentaire qui reste plus mince

- Il en résulte un enchatonnement physiologique du placenta, indispensable à son décollement

- La rétraction utérine et les premières contractions non ressenties par la patiente correspond à la phase de rémission clinique, qui dure en moyenne 10 à 15 minutes

Sous l'effet de la contraction utérine :

- Elles s'accentuent progressivement en intensité et, sont éventuellement de nouveau ressenties par la patiente, en l'absence d'analgésie péridurale

- La placenta enchatonné physiologiquement subit des pressions concentriques qui tendent à le faire bomber vers la cavité utérine

- Il se crée ainsi des décollements par endroits qui, rapidement, vont aboutir à un hématome rétro placentaire.

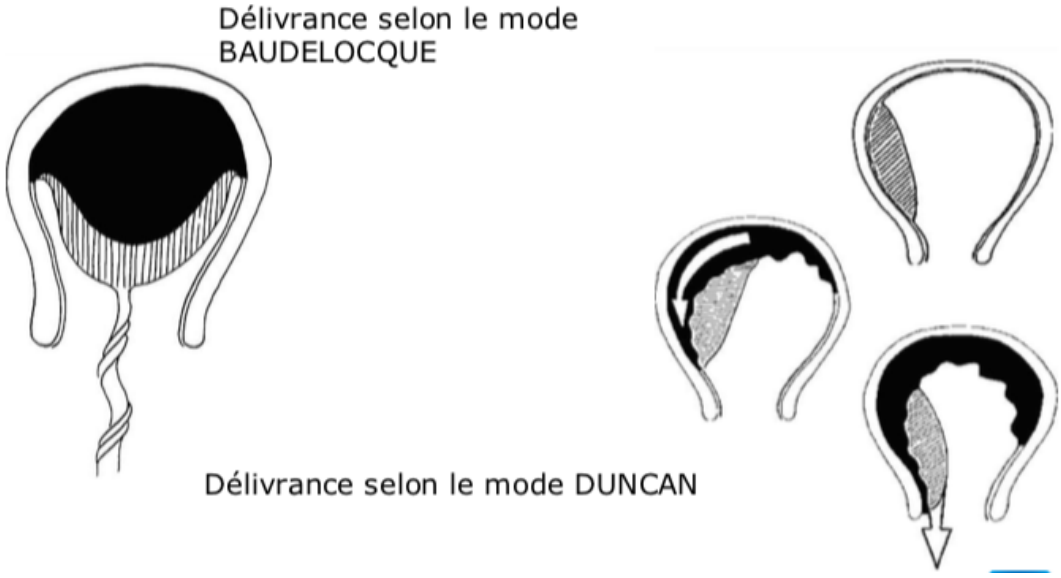
Avec constitution d'un hématome rétro placentaire : il aboutit au clivage entre la caduque utérine (couche superficielle de la muqueuse utérine gravide) et la couche profonde qui, restant indemne, sera la base de la régénération ultérieure de la muqueuse utérine.

§2 : La phase de migration et d'expulsion du placenta

Sous l'influence des contractions utérine et de son propre poids, le placenta tombe dans le segment inférieur.

Le placenta décollé migre alors à travers le col vers le vagin pour être expulsé à la vulve : le plus fréquemment par la face fœtale du placenta (mode Baudelocque), qui survient plus souvent si le placenta est fundique ou assez haut situé).

Plus rarement, par sa face maternelle (mode Duncan), surtout s'il est bas inséré. Ce mode de délivrance favoriserait des complications (rétention de membranes, hémorragie du segment inférieur), nécessitant une surveillance accrue.



§3 : La phase de rétraction utérine

Elle intéresse la plaie placentaire dont elle assure l'hémostase :

- Les vaisseaux sont enserrés et obturés par la contraction des fibres musculaires

- La thrombose survenant dans ces vaisseaux est facilité par les facteurs de coagulation (fibrinogène, facteurs VII, VIII, IX) qui sont augmentés en fin de grossesse.
- Ce phénomène n'est possible qu'en cas de vacuité totale de la cavité utérine

Section 2 : Surveillance clinique de la délivrance

La 3ième période du travail est une étape aussi importante que les précédents, même si elle ne concerne plus le fœtus directement. C'est la phase la plus à risque pour la mère et l'hémorragie du post-partum représente la principale cause de mortalité maternelle.

Les éléments de surveillance sont strictement cliniques.

Surveillance pendant la période de rémission clinique :

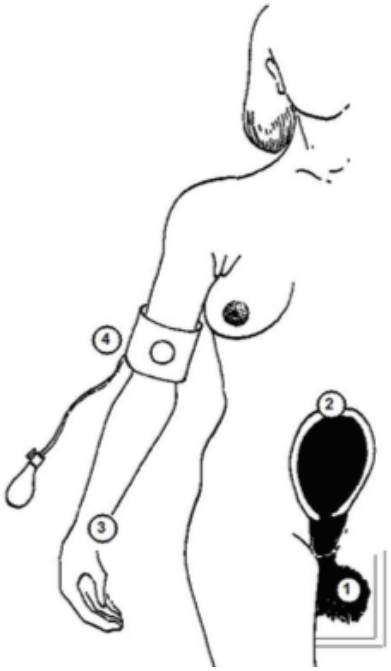
- Elle correspond à la rétraction utérine : la femme est calme, ne ressentant pas de CU
- L'utérus est rétracté, sa limite supérieure se situant aux alentours de l'ombilic (2/3 cm sous l'ombilic). Il est visible au travers de la paroi abdominale maternelle
- Cette période dure en moyenne 10 à 15 minutes et ne doit pas excéder 30 minutes

Toute manœuvre intempestive durant cette période (expression utérine, traction sur le cordon…) risque de provoquer une complication (en particulier un enchatonnement du placenta).

Pour ne pas sous-estimer une déperdition sanguine, la surveillance de cette phase est centrée sur :

- L'analyse des paramètres vitaux (pouls, TA, conscience…)
- L'estimation du volume utérin
- La visualisation de l'écoulement vulvaire

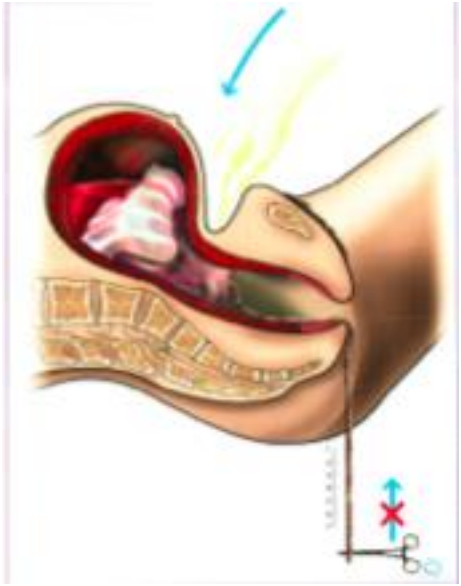
Afin de procéder à une évaluation objective de la déperdition sanguine, il est recommandé d'utiliser un sac de recueil gradué.



§1er : Surveillance des signes annonciateurs du décollement

Les signes annonciateurs sont :

- La perception de la reprise des contractions utérines de la patiente sauf si l'analgésie est encore importante
- L'apparition d'un petit filet sanguin à la vukve
- À l'examen, le fond utérin remonte à ¾ cm au-dessus de l'ombilic (le placenta tombe dans le segment inférieur qui se déplisse surélevant le corps utérin) et s'incline vers la droite



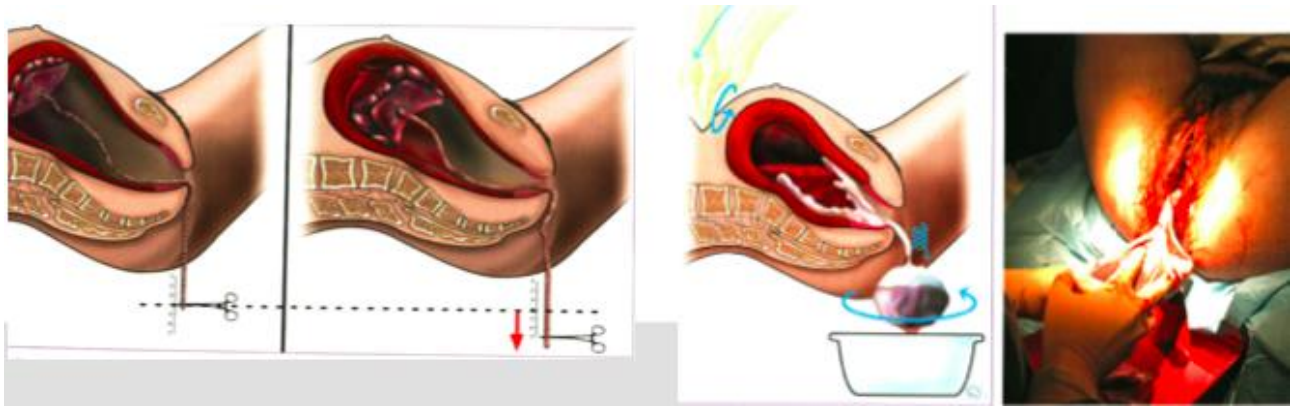
§2 : Expulsion du placenta

Le moyen le plus simple de savoir si le placenta est expulsé est le toucher vaginal.

La présence du placenta dans la vagin peut déclencher chez la patiente, non analgésiée, le besoin de pousser. Pour que les membranes ne se déchirent pas, il faut accompagner cette expulsion en soutenant le placenta.

Si les efforts expulsifs de la patiente ne suffisent pas, le fond utérin sera empaumé afin de maintenir l'utérus dans l'axe du vagin et l'expulsion sera aidée par une traction douce du cordon.

L'expulsion de la partie terminale des membranes peut être effectuée à l'aide d'une pince Kocher.



§3 : Contrôle de la rétraction utérine

Une fois que le placenta est évacué, il faut

- Réévaluer l'état général de la patiente (pouls, TA, conscience, téguments…)
- S'assurer de la présence du globe utérin de sécurité, c'est-à-dire un utérus tonique et sous-ombilical
- Exprimer régulièrement l'utérus afin d'évacuer les caillots
- Vérifier l'absence de saignements vulvaires anormalement abondants

La perte de sang est d'environ 300 ml mais elle est physiologique jusqu'à 500 ml. Au-delà, il s'agit d'une hémorragie de la délivrance.

2/3 des hémorragies du post-partum sont imprévisibles. Les facteurs de risques sont liés aux antécédents et au cours du travail.

- Antécédents
  - Âge de la mère
  - Conditions socio-économiques et origine ethnique

- Absence de suivi prénatal
- Causes médicales provoquant des décès par hémorragie secondaire :
  - Grossesse multiple
  - HRP
  - Utérus cicatriciel
  - Placenta prævia
  - Placenta prævia + utérus cicatriciel = risque de placenta acreta

➢ Au cours du travail
- La durée du travail
- La durée des efforts expulsifs
- Administration d'ocytociques
- Délai de délivrance supérieur à 30 minutes
- Césarienne
- Déchirure du périnée et épisiotomie (augmentent les conséquences de l'hémorragie)
- Les extractions instrumentales

Section 3 : Les différents types de délivrance

§1er : La délivrance spontanée

Le placenta est évacué spontanément avec l'aide de quelques efforts de poussée de la patiente en position verticale.

§2 : La délivrance naturelle

Toute délivrance qui n'est pas spontanée ou dirigée par des moyens médicaux est considéré comme une délivrance naturelle.

§3 : La délivrance dirigée

C'est une direction pharmacologique de la délivrance. Son but est de raccourcir la période de la délivrance, en limitant ainsi les pertes sanguines, par l'injection d'ocytociques.

Actuellement, l'ocytocine synthétique (Syntocinon) est une ampoule de 5 UI injectée en intraveineux direct lors du dégagement de l'épaule fœtale antérieure semble être la solution de choix.

§4 : La délivrance artificielle

Elle consiste en l'extraction manuelle du placenta hors de l'utérus.

Ses 2 indications sont :
- Une hémorragie survenant alors que le placenta n'est que partiellement décollé, enchatonné ou incarcéré dans l'utérus
- Le non-décollement placentaire au-delà de 30 minutes, après l'accouchement

Cette manœuvre nécessite quelques précautions :
- Asepsie (badigeonnage antiseptique du périnée et mise en place de champs stériles)
- Sondage évacuateur
- Lavage chirurgical des mains et port de gants stériles

Section 4 : Une fois la délivrance réalisée

§1er : Massage utérin

- Masser immédiatement le fond utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se contracte
- Renouveler le massage utérin toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures
- S'assurer que l'utérus ne se relâche pas (utérus mou) quand on interrompt le massage utérin

§2 : Examen des lésions

- Examiner soigneusement la patiente et procéder, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales, vaginales ou de l'épisiotomie

+ toute accouchée doit être surveillée pendant 2 heures en salle de travail :
- Pouls
- Pression artérielle
- Rétraction utérine
- Saignements

Section 5 : Examen macroscopique du placenta

Le placenta débarrassé de ses caillots avec une compresse est examiné systématiquement sur ses faces maternelles et fœtale sous un bon éclairage.

§1er : L'examen de la face maternelle

On recherche un cotylédon manquant. Il importe de vérifier l'intégrité du placenta.

Une rupture du sinus marginal est recherchée devant la présence de caillots en bordure du placenta.

Des dépôts intervilleux et des calcifications peuvent être identifiés sous forme de lésions nombreuses, irrégulières, tachetées. Il s'agit de lésions blanchâtres qui, à la palpation, donnent une sensation granuleuse. Ces modifications sont vues sur les placenta matures et ne semblent pas avoir de signification clinique.

Un infarctus : les infarctus sont fréquents sur le bord du placenta. Les infarctus récents sont pourpres et sombres, les infarctus anciens sont jaune pâle, voire blanc gris et plus fermes.

§2 : L'examen de la face fœtale

La face fœtale est ensuite explorée en introduisant la main dans l'ouverture des membranes et en les déplissant.

Les membranes : on vérifie l'intégrité des membranes en les déplissant tout en reconstituant le sac ovulaire.

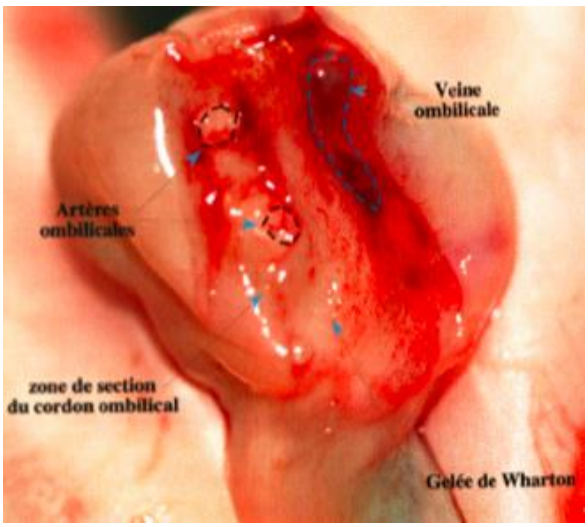
Le placenta est dit découronné lorsque les membranes manquent sur une grande partie, voir sur la totalité des bords de la galette placentaire. Cette situation impose une révision utérine.

On peut retrouver dans certaines situations :

- Une coloration méconiale
- Des membranes épaissies, blanchâtres, couvrant la face fœtale d'un placenta plus ou moins nauséabonde, faisant évoquer une chorioamniotite.

§3 : L'examen du cordon

Il mesure normalement 50 à 70 cm et comporte deux artères et une veine. Il peut présenter des anomalies.


Veine
ombilicale
Artères
ombilicales
zone de section
du cordon ombilical
Gelée de Wharton