

# Item 22 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales

---

---

**Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)**

**Date de création du document    2010-2011**

## Table des matières

Pré-Requis.....	3
<b>OBJECTIFS .....</b>	<b>3</b>
<b>I Travail et délivrance normale .....</b>	<b>3</b>
<b>I.1 Première partie du travail : effacement et dilatation du col.....</b>	<b>4</b>
<b>I.1.1 Examen d'entrée .....</b>	<b>4</b>
<b>I.1.2 Diagnostic du travail .....</b>	<b>6</b>
<b>I.1.3 Surveillance du travail .....</b>	<b>6</b>
<b>I.2 Deuxième partie du travail : l'expulsion du fœtus.....</b>	<b>7</b>
<b>I.2.1 La présentation fœtale.....</b>	<b>7</b>
<b>I.2.2 Le bassin obstétrical .....</b>	<b>9</b>
<b>I.2.3 Mécanique obstétricale .....</b>	<b>11</b>
<b>I.3 Troisième partie du travail : la délivrance .....</b>	<b>13</b>
<b>I.3.1 Physiologie de la délivrance.....</b>	<b>13</b>
<b>I.3.2 Conduite à tenir .....</b>	<b>14</b>
<b>II Accouchement inopiné .....</b>	<b>15</b>
<b>III Suites de couches normales.....</b>	<b>19</b>
<b>III.1 Physiologie des suites de couches .....</b>	<b>19</b>
<b>III.2 Surveillance des suites de couches .....</b>	<b>20</b>
<b>III.3 Consultation post-natale.....</b>	<b>21</b>
<b>IV Annexes.....</b>	<b>22</b>
<b>Glossaire.....</b>	<b>22</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>28</b>
<b>En savoir plus .....</b>	<b>30</b>
<b>Recommandation .....</b>	<b>30</b>
<b>Abréviations.....</b>	<b>31</b>

## PRE-REQUIS

- Anatomie de l'utérus gravide.
- Anatomie du bassin.
- Physiologie du déclenchement du travail.
- Physiologie des contractions utérines.
- Circulation foëto-placentaire.
- Circulation foëtale.

## OBJECTIFS

ENC :

- Expliquer les différentes phases du travail et de l'accouchement.
- Argumenter la conduite à tenir devant un accouchement inopiné à domicile.
- Argumenter la prise en charge d'une accouchée durant la période du post-partum.

CONSULTER AUSSI :

Sur le campus de Maïeutique :

*Les suites de couches physiologiques. Université Virtuelle de Maïeutique Francophone (UVMaF); 2010. : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/suitescouches/site/html/1.html>*

## I TRAVAIL ET DELIVRANCE NORMALE

---

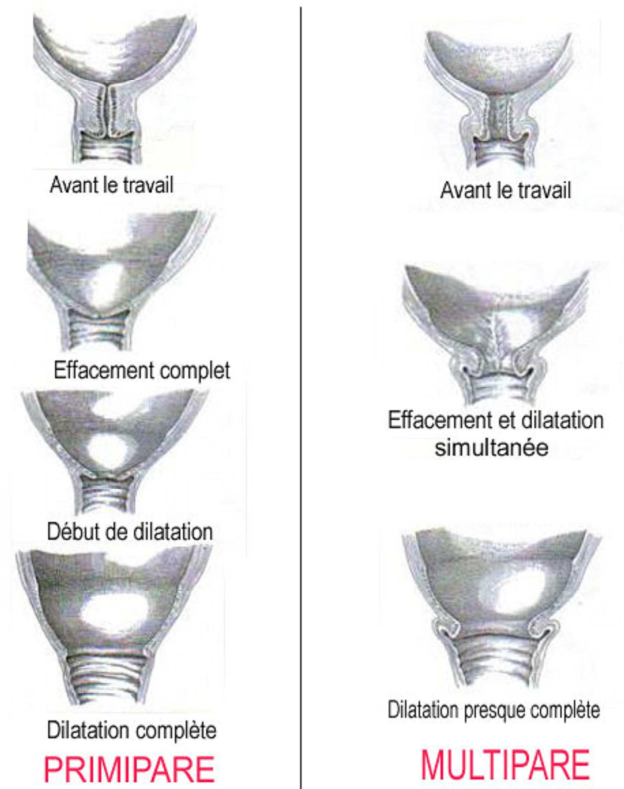
Le travail comprend trois parties :

- l'effacement (*cf. glossaire*) et la dilatation du col,
- l'expulsion du foëtus, ou accouchement proprement dit,
- la délivrance (*cf. glossaire*), qui correspond à l'expulsion du placenta et des membranes.

## I.1 PREMIERE PARTIE DU TRAVAIL : EFFACEMENT ET DILATATION DU COL

Cette étape est marquée par l'association de contractions utérines fréquentes et régulières, et de modifications cervicales évolutives. Sous l'influence des contractions, le col s'efface (se raccourcit), puis se dilate jusqu'à 10 cm. La femme se présente à la maternité parce qu'elle ressent, depuis quelques heures, des contractions de fréquence et d'intensité croissante.

### Effacement et dilatation du col utérin chez la primipare et la multipare



*Effacement et dilatation du col utérin chez la primipare (à gauche) et la multipare (à droite). Dans la première colonne, on peut constater que l'évolution du col se fait en 4 étapes successives. Il s'agit d'un accouchement de primipare (première grossesse). La seconde colonne nous montre l'évolution d'un col utérin de multipare (femme ayant déjà vécu au minimum un accouchement). Dans le second schéma, on constate que l'effacement et la dilatation se font simultanément, permettant ainsi dans la majorité des cas que l'accouchement soit plus rapide que lors d'un premier accouchement. Après, d'autres facteurs peuvent rentrer en jeu et varier la durée du temps d'accouchement. (Source : L'évolution du col [Internet]. Neuf mois en moi; 2009.)*

### I.1.1 Examen d'entrée

#### Objectifs

- Affirmer le diagnostic de travail.
- Vérifier le bien-être maternel et foetal.
- Évaluer le pronostic de l'accouchement.

### Interrogatoire

- S'agit-il bien de contractions utérines ? La contraction réalise un durcissement de l'utérus, involontaire, généralisé, intermittent, d'une durée de 30 à 60 secondes.
- Fréquence, régularité et mode évolutif des contractions ?
- Signes d'accompagnement : rupture des membranes ? hémorragies ?...
- Anamnèse (*cf. glossaire*) de la grossesse, antécédents médicaux et obstétricaux éventuels.

### Examen

- Examen général : TA, pouls, température, bandelette urinaire.
- Auscultation des bruits cardiaques du foetus.
- Palpation de l'utérus : durcissement intermittent ? qualité du relâchement entre les contractions ? étude de la position foetale.
- Mesure de la hauteur utérine (excessive si  $> 36$  cm : suspicion de macrosomie (*cf. glossaire*)).
- Examen au spéculum (*cf. glossaire*) : liquide amniotique ? lésions herpétiques ?
- Toucher vaginal :
  - Longueur et dilatation du col ?
  - Présentation foetale : sommet, siège ?
  - Évaluation de la perméabilité du bassin (pelvimétrie (*cf. glossaire*) interne).

Cet examen est complété par un enregistrement cardiotocographique :

- Fréquence et régularité des contractions.
- Analyse du Rythme Cardiaque Foetal (RCF).

(Recommandation : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque foetal au cours de l'accouchement normal. HAS; 2002 Mar. : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_406991/interet-et-indications-des-modes-de-surveillance-du-rythme-cardiaque-foetal-au-cours-de-laccouchement-normal](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_406991/interet-et-indications-des-modes-de-surveillance-du-rythme-cardiaque-foetal-au-cours-de-laccouchement-normal))

### I.1.2 Diagnostic du travail

Il repose sur l'interrogatoire et le toucher vaginal. Les contractions du travail sont :

- fréquentes : toutes les 5 à 10 minutes au début, puis toutes les 3 à 5 minutes,
- régulières,
- rapidement évolutives, de durée et d'intensité croissantes, devenant douloureuses.

Le toucher vaginal précise la longueur et la dilatation du col. Pendant la grossesse, le col est long d'au moins 2 cm et son orifice interne est fermé. Sous l'influence des contractions, il subit pendant le travail :

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

Le diagnostic est évident si les modifications cervicales sont franches d'emblée. Ailleurs, une surveillance de quelques heures est nécessaire pour confirmer leur évolutivité.

### I.1.3 Surveillance du travail

Les modifications cervicales évoluent en deux temps :

- une phase de dilatation lente jusqu'à 4 cm, surtout marquée par l'effacement du col,
- puis une phase de dilatation rapide (> 1 cm / heure) jusqu'à dilatation complète (10 cm).

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

Il faut surveiller et consigner sur un document écrit, le partogramme (*cf. glossaire*) :

- le bien-être maternel : pouls, tension, température ;
- le bien-être foetal, évalué par :
  - l'enregistrement du RCF,
  - la couleur du liquide amniotique, normalement claire. Un liquide teinté est un signe d'alarme.
- la dynamique utérine et cervicale : fréquence des contractions, qualité du relâchement entre les contractions, progression de la dilatation cervicale.

(Recommandation : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme. HAS; 2000 Jan. : [http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_447519](http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_447519))

(Bibliographie : Lansac J, Carbonne B, Pierre F. Le partogramme : un outil toujours actuel pour évaluer la qualité des soins en obstétrique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2007 Feb;36(1):2-7.)

(Bibliographie : Saint-Léger S. Le partogramme : principes et méthodes. *Ledamed*; 2000. : <http://www.ledamed.org/IMG/html/doc-10889.html>)

## **I.2 DEUXIEME PARTIE DU TRAVAIL : L'EXPULSION DU FŒTUS**

L'étude de l'accouchement amène à décrire :

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

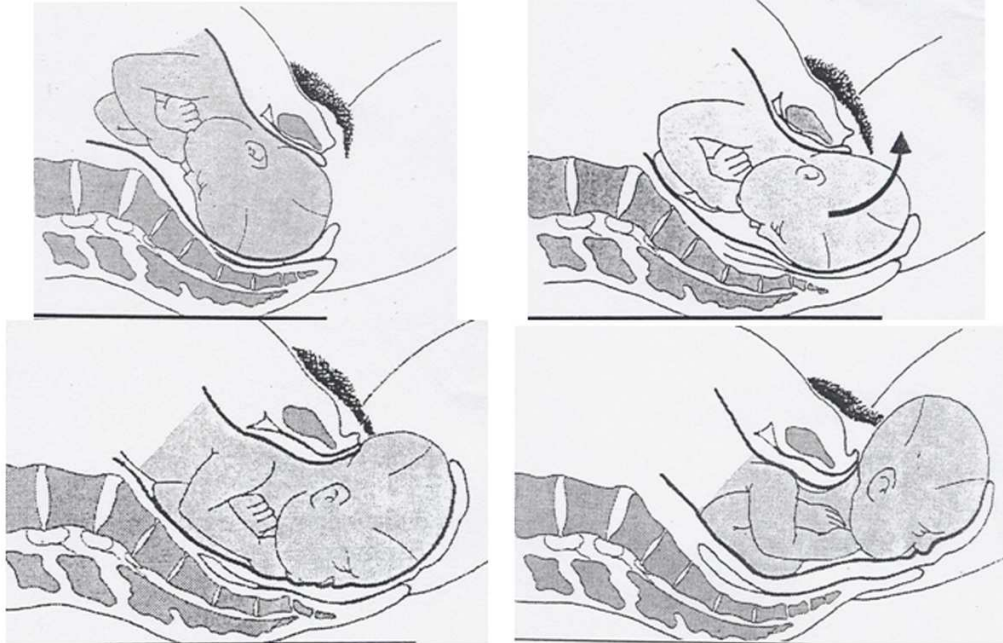
### **I.2.1 La présentation foétale**

On appelle *présentation* (cf. *glossaire*) la partie du fœtus qui se présente en premier dans l'aire du bassin. La présentation du sommet (95 % des cas) est une présentation de la tête fléchie : le fœtus présente le sommet de son crâne. L'occiput est le repère de la présentation du sommet. Son orientation par rapport au bassin maternel définit la variété de la présentation :

- OP (Occipito-Pubienne) : l'occiput est sous la symphyse pubienne (cf. *glossaire*) (à midi chez une femme en position gynécologique),
- OIGA (Occipito-Iliaque Gauche Antérieure) : l'occiput est en avant et à gauche, entre 1 et 2 heures,
- OIGP (Occipito-Iliaque Gauche Postérieure) : l'occiput est en arrière et à gauche, entre 4 et 5 heures,
- OS (Occipito-Sacrée) : l'occiput est en arrière, contre le sacrum (cf. *glossaire*),
- OIDP (Occipito-Iliaque Droite Postérieure) : l'occiput est en arrière et à droite, entre 7 et 8 heures,

- OIDA (Occipito-Iliaque Droite Antérieure) : l'occiput est en avant et à droite, entre 10 et 11 heures.

**Variété Occipito-Iliaque Droite Postérieure (OIDP) : dégagement en Occipito-Pubien (OP)**



**Variété Occipito-Iliaque Droite Postérieure (OIDP) : Dégagement en Occipito-Sacré (OS)**



(Bibliographie : Audra P, Thoulon JM, Balsan M. Présentation de la face. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 1997; 5-049-L-20.)

(Bibliographie : Body G, Lansac J. Présentation du sommet. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 1994; 5-049-L-10.)

(Bibliographie : Boog G. Moyens de réduire la fréquence et les complications des variétés de position occipitopostérieures lors de l'accouchement. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2006 Nov;34(11):1003-1006.)



(Bibliographie : Pierre F, Forveille F. Présentation du front et du bregma. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 1994; 5-049-L-15.)

(Bibliographie : Riethmuller D, Thoulon JM, Ramanah R, Courtois L, Maillet R, Schaal JP. Présentations défléchies. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 2008; 5-049-L-15.)

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

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

#### Fontanelle antérieure



Fontanelle antérieure, à 1 mois. (Source : Wikipédia. Fontanelle [Internet]. Wikipédia; 2005.)

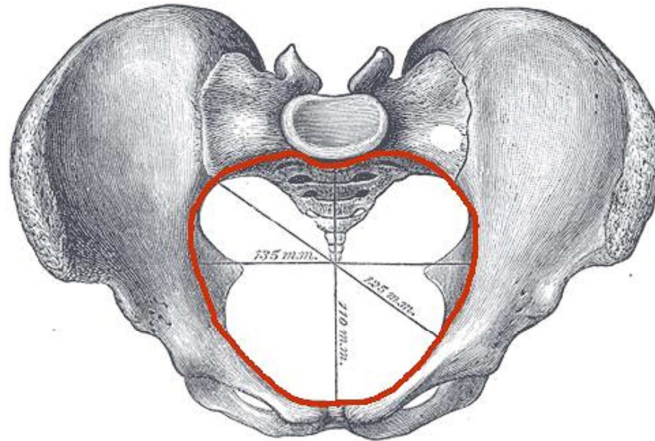
### I.2.2 Le bassin obstétrical

Le **bassin obstétrical** comprend :

- Un orifice d'entrée, le **détroit supérieur** (*cf. glossaire*). Il est limité en avant par le bord supérieur de la symphyse pubienne, latéralement par les lignes innominées (*cf. glossaire*), et en arrière par le promontoire. La saillie du promontoire (*cf. glossaire*) lui donne une forme en cœur de carte à jouer. Pour cette raison, l'engagement n'est

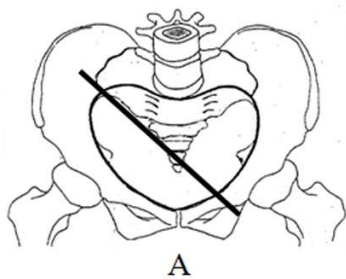
possible que si la présentation s'oriente dans un diamètre oblique du détroit supérieur.

### Détroit supérieur

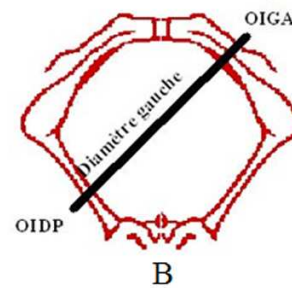


*Détroit supérieur. (Source : Wikipédia. Détroit supérieur [Internet]. Wikipédia; 2008.)*

### Diamètre du Déroit Supérieur



A

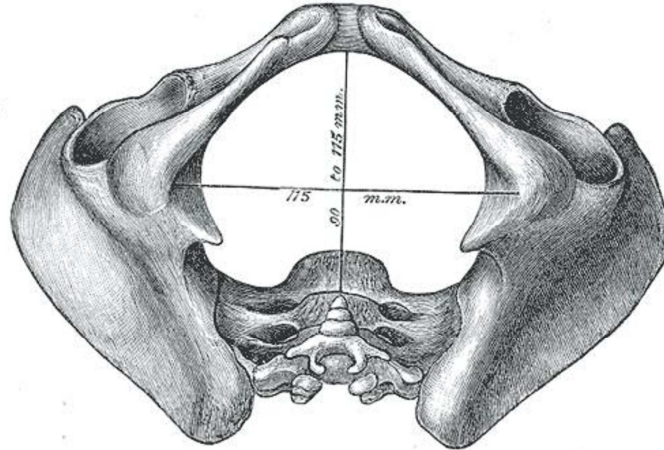


B

*A : Vue supérieure. B : Vue inférieure.*

- Un orifice de sortie, le **détroit inférieur** (*cf. glossaire*). Il est limité en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne, latéralement par les branches ischiopubiennes, et en arrière par la pointe du coccyx. Les branches ischiopubiennes (*cf. glossaire*) dessinent un triangle osseux à sommet antérieur. De plus, la fente délimitée par les releveurs de l'anus (*cf. glossaire*) est allongée d'avant en arrière. Pour ces raisons, le dégagement n'est possible que si la présentation s'oriente dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur, en OP ou en OS.

### Détroit inférieur



*Détroit inférieur du pelvis. (Source : Wikipédia. Détroit inférieur [Internet]. Wikipédia; 2006.)*

- **L'excavation pelvienne** (*cf. glossaire*), située entre les orifices d'entrée et de sortie. Elle a la forme d'un segment de tore (cylindre incurvé) enroulé autour de la symphyse pubienne. Elle est limitée en avant par la face postérieure de la symphyse pubienne, en arrière par la face antérieure du sacrum et latéralement par la face interne des os iliaques.

La perméabilité du bassin peut être évaluée par :

- La pelvimétrie interne lors du toucher vaginal, systématique à la consultation du 8<sup>e</sup> ou 9<sup>e</sup> mois. Elle est peu précise, mais suffisante dans la majorité des cas.
- Des examens complémentaires : radiopelvimétrie (*cf. glossaire*), scanner ou IRM. Leurs indications sont controversées : taille maternelle < 1,50 m, pelvimétrie interne anormale, antécédent de fracture du bassin, suspicion de gros fœtus (macrosomie), utérus cicatriciel.

### I.2.3 Mécanique obstétricale

La descente du fœtus comprend trois étapes successives :

- **L'engagement.** C'est le franchissement du détroit supérieur par la présentation. En raison de la forme du détroit supérieur, l'engagement exige que la présentation s'oriente dans un diamètre oblique du bassin. Du fait de la dextrorotation de l'utérus gravide (sa face antérieure regarde en avant et à droite), le diamètre oblique gauche est beaucoup plus souvent emprunté que le droit. Pour ces raisons, l'engagement se fait le plus souvent en OIGA (57 %) ou en OIGP (33 %). Le diagnostic d'engagement est fondamental. Le signe essentiel est **le signe de Farabeuf** (*cf. glossaire*) : deux doigts intra-vaginaux dirigés vers la 2<sup>e</sup> vertèbre sacrée rencontrent la tête fœtale et sont arrêtés par elle. Ils ne peuvent trouver place entre la présentation et la concavité sacrée.

### Engagement : signe de Farabeuf



A : Présentation non engagée. B : Présentation engagée.

- **La descente et la rotation intrapelvienne.** La rotation intrapelvienne est une obligation puisque l'engagement ne peut se faire que dans un diamètre oblique, mais que le dégagement ne peut se faire que dans le diamètre sagittal du bassin. La rotation se fait presque toujours vers l'avant. Les variétés antérieures (OIGA et OIDA) font une petite rotation de  $45^\circ$  qui est facile. Les variétés postérieures (OIDP et OIGP) doivent faire une grande rotation de  $135^\circ$ , souvent plus laborieuse.
- **Le dégagement.** C'est le franchissement du détroit inférieur et du diaphragme pelvien. Il se fait presque toujours en OP. La région sous-occipitale se fixe sous la symphyse pubienne et la tête se dégage par un mouvement de déflexion : le sous-occiput reste sous la symphyse tandis que le front emplit le périnée postérieur et monte vers la vulve. Le mouvement de dégagement se fait avec une force exponentielle. Souvent lent au début, il peut s'achever brutalement et entraîner une déchirure périnéale.

Après le dégagement de la tête, celle-ci opère un mouvement de restitution : l'occiput se tourne de  $45^\circ$  vers le dos du fœtus. Le dégagement des épaules est un temps critique :

- l'opérateur saisit la tête entre le menton et le sous-occiput,
- accentue le mouvement de restitution pour orienter l'occiput presque vers l'arrière,
- tire avec douceur *vers le bas* pour dégager l'épaule antérieure qui apparaît sous la symphyse,
- puis redresse progressivement l'axe de traction vers le haut pour dégager l'épaule postérieure en surveillant le périnée.

Le reste du corps suit sans difficulté. Le cordon ombilical est clamp (*cf. glossaire*) et sectionné à distance de l'abdomen.

À cet emplacement se trouve une vidéo ou un son, disponible sur la version en ligne.

### I.3 TROISIEME PARTIE DU TRAVAIL : LA DELIVRANCE

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

#### I.3.1 Physiologie de la délivrance

Elle comporte trois phénomènes :

- **décollement du placenta** entre les caduques (*cf. glossaire*) compacte et spongieuse par constitution d'un Hématome Rétro-Placentaire (*cf. glossaire*) (HRP) physiologique ;
- **expulsion du placenta** sous l'influence des contractions et de son propre poids. En pratique, elle est généralement aidée par l'accoucheur ;
- **hémostase** (*cf. glossaire*) qui n'est possible que si l'utérus est vide et est assurée en premier lieu par la rétraction utérine : les fibres musculaires collabent (*cf. glossaire*) es vaisseaux. L'hémostase biologique est plus tardive. Un retard à l'expulsion du placenta (rétention placentaire complète), la persistance de débris (rétention partielle) ou une défaillance du muscle utérin (atonie utérine) sont responsables d'hémorragies de la délivrance.

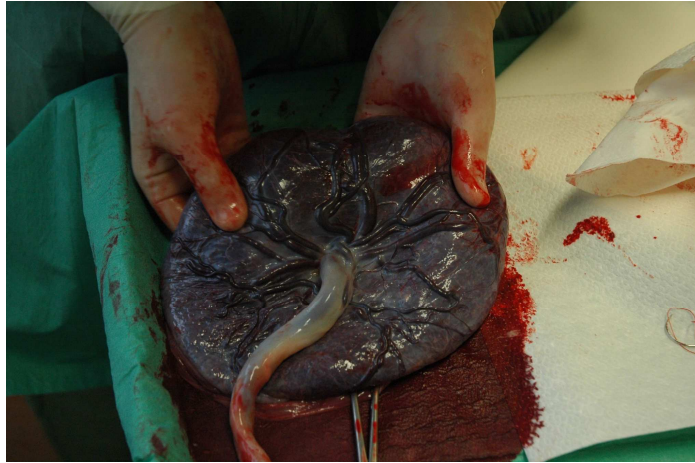
La délivrance se fait dans un délai de 30 minutes après la naissance. Son étude clinique fait distinguer trois étapes successives :

- **Phase de rémission**, immédiatement après la naissance et d'une durée de 10 à 15 minutes : disparition des contractions douloureuses, absence d'hémorragie, l'utérus est ferme et rétracté sous l'ombilic.
- **Phase de décollement** : reprise des contractions, apparition d'une petite hémorragie, le fond utérin remonte au-dessus de l'ombilic, le cordon ombilical se déroule hors de la vulve.
- **Phase d'expulsion**, spontanée ou aidée par l'accoucheur. Après l'expulsion, l'utérus est dur et rétracté sous l'ombilic : c'est le classique globe de sécurité (*cf. glossaire*). Il n'y a pas d'hémorragie.

(Bibliographie : Durier M, Grynberg M, Charles C, Gabriel R. Délivrance normale et pathologique. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 2010; 5-108-M-10.)



### Placenta et cordon ombilical après la délivrance



*Le placenta et le cordon ombilical, après la délivrance. On remarque la forte vascularisation de la membrane.*

#### I.3.2 Conduite à tenir

**Surveillance rigoureuse en salle de travail :**

- Pouls, pression artérielle,
- Hémorragie qui ne doit pas dépasser 500 ml au total,
- Hauteur et consistance de l'utérus.

**Délivrance dirigée ?**

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

**Diagnostic du décollement et aide à l'expulsion du placenta :**

- Le diagnostic repose sur la manœuvre de mobilisation de l'utérus vers le haut : une main empaume la partie basse de l'utérus à travers la paroi abdominale et le remonte vers l'ombilic. Tant que le placenta n'est pas décollé, le cordon pendant à la vulve remonte avec l'utérus. Lorsque le placenta est décollé, cette manœuvre ne fait plus remonter le cordon.
- L'absence de décollement après 30 minutes n'est pas physiologique et impose une délivrance artificielle.
- Lorsque le placenta est décollé, son expulsion est habituellement favorisée par une pression sur le fond utérin, réalisant un mouvement de piston utérin qui amène le placenta à la vulve.

### Après la délivrance :

- Examen du placenta et des membranes pour vérifier leur intégrité. Une rétention placentaire partielle justifie une révision utérine.
- Poursuivre la surveillance pendant 2 heures en salle de travail : pouls, Tension Artérielle

## II ACCOUCHEMENT INOPINE

---

### L'accouchement inopiné

Un accouchement inopiné est, en règle générale, eutocique (*cf. glossaire*) et rapide. Il est très souvent prématuré. À l'arrivée : la patiente est en train de pousser, elle s'agite, elle est inquiète.

### Diagnostic

La question est d'abord de diagnostiquer l'imminence de l'accouchement. Elle conditionne la décision de transfert.

Il y a trois éventualités :

- accouchement à faire sur place,
- transfert vers la maternité la plus proche,
- transfert vers la maternité où est suivie la mère.

L'imminence de l'accouchement peut être évaluée à l'aide du score de Malinas (*cf. glossaire*) :

**Score de Malinas**

Cotation	0	1	2
Parité	I	II	III et plus
Durée du travail	< 3 h	3 à 5 h	> 5 h
Durée des contractions	< 1 minute	1 minute	> 1 minute
Perte des eaux	récente	récente	plus d'1 heure

*Parité = nombre de grossesses dépassant 6 mois, celle-ci incluse.*

Si le score est inférieur à 5, le transport peut, théoriquement, se faire sans risque.

Le délai d'arrivée à la maternité est un facteur à prendre en compte pour le choix de la destination.

On dit qu'un accouchement est imminent s'il doit se produire dans l'heure.

*La conduite à tenir immédiate* est simple :

- faire prévenir le SAMU pour le transport de la mère et de son enfant
- faire préparer une petite table (ou petit lit) pour l'enfant avec nécessaire pour son réchauffement (source de chaleur, vêtements, couverture) et pour faciliter sa respiration (poire)
- préparer les conditions pour l'accouchement :
  - installer la femme en travers du lit,
  - glissez sous elle, 3 ou 4 épaisseurs de journaux et un drap et disposez un autre oreiller sous sa tête
  - préparer un kit comportant : ciseaux, clamps (sinon des fils) et des compresses (sinon des mouchoirs),
  - puis demandez à la femme de saisir ses cuisses sous les genoux à pleines mains, et apprenez-lui à pousser, sans s'épuiser, en 4 temps :
    - aspirer et gonfler les poumons,
    - bloquer sa respiration,
    - pousser 10 à 15 secondes,
    - souffler.

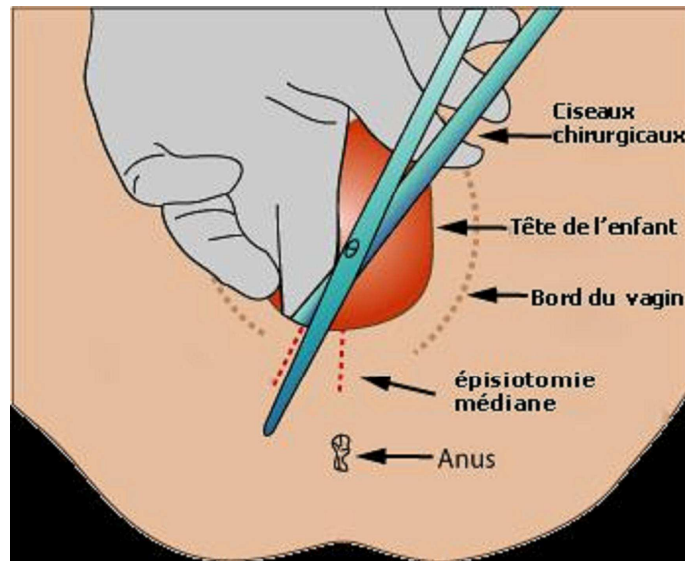
La femme doit pousser à chaque contraction et se détendre entre celles-ci.

Au fur et à mesure des efforts expulsifs, **la tête se fixe sous la symphyse** puis elle se défléchit, laissant **apparaître successivement au niveau de la vulve les bosses frontales, les yeux, le nez, la bouche et le menton**. Votre rôle essentiel est d'empêcher la tête de sortir trop vite, risquant ainsi de déchirer le périnée ; vous devez appliquer votre paume gauche sur la tête fœtale pour la freiner.

À ce moment, le périnée peut constituer un obstacle (situation rare) ; dans ce cas, vous pouvez réaliser une épisiotomie (*cf. glossaire*) médiolatérale droite, facilitant ainsi le dégagement de la tête.



### Épisiotomie médiolatérale



*Épisiotomie médiolatérale. (Source : Wikipédia. Épisiotomie [Internet]. Wikipédia; 2008.)*

**Une fois la tête dégagée**, l'occiput effectue une rotation de restitution spontanée qui le ramène dans le prolongement du dos. **Une traction vers le bas** permet le dégagement de l'épaule antérieure. Puis une traction vers le haut permet de dégager l'épaule postérieure. Le dégagement du siège suit immédiatement et ne pose aucun problème.

Vous pouvez mettre l'enfant sur le ventre de sa mère, le temps que vous mettiez deux clamps de Barr (*cf. glossaire*) (ou deux fils) sur le cordon que vous coupez à 10-15 cm de l'insertion de l'ombilic.

#### **Après l'accouchement**

Si vous n'avez pas eu le temps de prévenir le SAMU, vous devez l'appeler.

Puis vous devez vous occuper du nouveau-né et réaliser la délivrance.

#### **Vis-à-vis de l'enfant :**

Il faut éviter l'hypothermie (**le couvrir**) et maintenir libres les voies respiratoires, éventuellement en l'aspirant à l'aide d'un tube souple de petite taille (cathéter, sonde urinaire pédiatrique) ou poire auriculaire.

Vous pourrez calculer le score d'Apgar (*cf. glossaire*).

### Score d'Apgar

	0	1	2
<b>Respiration</b>	Absente	Gasping ( <i>cf. glossaire</i> )	Régulière
<b>Fréquence cardiaque</b>	0	< 100 bat./min.	> 100 bat./min.
<b>Coloration</b>	Blanche	Extrémités bleues	Rose
<b>Tonus</b>	0	Flexion extrémités	Mouvements actifs
<b>Réactivité</b>	0	Grimace	Cri

#### Réaliser la délivrance :

- Il faut respecter le mécanisme physiologique.
- Il ne faut pas tirer sur le cordon ni exécuter des manœuvres trop hâtives.
- Sauf en cas d'hémorragie, vous pouvez attendre 30 mn.
- L'extraction du placenta s'effectue par une manœuvre douce avec la main gauche qui empaume le fond utérin pour l'abaisser fermement vers le bas. Le placenta s'exteriorise progressivement. Afin d'éviter une délivrance incomplète, vous devez retenir avec l'autre main le placenta pour éviter qu'il s'exteriorise trop vite.
- Vous devez conserver le placenta pour vérifier qu'il est complet.

#### En cas de délivrance pathologique, il existe un risque d'hémorragie.

1. Si la patiente saigne avant l'expulsion du placenta :
  - Repérer l'utérus qui est mou, le masser, le plus souvent le placenta s'exteriorise et l'hémorragie cesse.
  - Si le placenta est retenu : mettez des gants, empaumez le fond utérin avec la main gauche et suivez le cordon avec la main droite jusqu'au placenta à l'intérieur de l'utérus. Repérez le bord du placenta et décollez-le avec le bord cubital de votre main. Sortez le placenta, si possible d'un seul bloc ou en morceaux, mais sans en laisser dans la cavité. Injecter 10 UI de Syntocinon en IV. Perfusez la patiente et dirigez-la vers le centre le plus proche.
2. Si la patiente saigne après l'expulsion du placenta :
  - Repérer l'utérus qui est mou, le masser, et injecter 10 UI de Syntocinon en IV.
  - Perfuser la patiente et dirigez-la vers le centre le plus proche.

(Bibliographie : Lacam C, Nizard J. *Accouchement inopiné à domicile*. AKOS, *Encyclopédie Pratique de Médecine*. 2010; 3-1400.)

(Bibliographie : Lentz N, Sagot P. *Accouchement extrahospitalier (et complications)*. *Médecine d'urgence*. 2007; 25-070-B-40.)

(Bibliographie : Marel V, Abazine A, Van Laer V, Antonescu R, Coadou H, Benameur N, Besnard L, Goldstein P. *Urgences obstétricales préhospitalières : les accouchements à domicile*. *Journal Européen des Urgences*. 2001 Sept;14(3):157.)

### III SUITES DE COUCHES NORMALES

---

Les suites de couches sont la période qui s'étend de l'accouchement jusqu'à la première menstruation normale, ou retour de couches.

#### III.1 PHYSIOLOGIE DES SUITES DE COUCHES

- **Montée laiteuse.** Pendant la grossesse, les sécrétions placentaires d'œstrogène (*cf. glossaire*) et de progestérone (*cf. glossaire*) inhibent la synthèse des constituants du lait par un effet inhibiteur sur la sécrétion de prolactine (*cf. glossaire*) et une action directe sur le sein. Après la délivrance, la chute brutale des taux d'œstrogènes et de progestérone stimule la sécrétion de prolactine. La lactation s'installe en deux à trois jours : c'est la montée laiteuse. Les seins gonflent, deviennent tendus et sensibles, la femme peut présenter une fébricule passagère à 38°C.
- **Involution utérine.** Après l'accouchement, le fond utérin est sous l'ombilic et le col est flasque et béant. L'involution utérine est rapide les deux premières semaines, puis plus lente jusqu'au deuxième mois.
  - Vers la fin de la première semaine, le fond utérin est à mi-distance entre l'ombilic et la symphyse, le col a repris sa forme cylindrique et sa consistance ferme mais reste souvent perméable.
  - À la fin de la deuxième semaine, le fond utérin n'est plus perceptible à la palpation abdominale, l'orifice interne du col redevient imperméable.
- **Ovaires.** La date de reprise de l'activité ovarienne dépend de l'existence ou non d'un allaitement maternel.

- En cas d'allaitement maternel, chaque tétée entraîne un pic sécrétoire de prolactine qui inhibe la sécrétion des gonadotrophines (*cf. glossaire*) hypophysaires LH et FSH, et donc l'activité ovarienne.
- En l'absence d'allaitement, la croissance folliculaire et la sécrétion d'œstrogènes redémarrent vers la fin du premier mois. Une ovulation, et donc une grossesse, est possible dès le début du deuxième mois, c'est-à-dire avant le retour de couches.
- **Régénération de l'endomètre** (*cf. glossaire*). Elle évolue en quatre étapes. Les deux premières sont indépendantes des sécrétions hormonales.
  - Phase de régression (jusqu'au 5<sup>e</sup> jour). La caduque régresse, la cavité utérine se recouvre d'un enduit de fibrine (*cf. glossaire*).
  - Phase de cicatrisation, du 6<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour. L'épithélium (*cf. glossaire*) endométrial se reconstitue.

La chronologie des étapes ultérieures dépend des sécrétions ovariennes, et donc du mode d'allaitement. En l'absence d'allaitement maternel :

- Phase de régénération, du 25<sup>e</sup> au 45<sup>e</sup> jour. L'endomètre prolifère sous l'influence des sécrétions ovariennes d'œstrogènes.
- Phase de reprise du cycle menstruel, au-delà du 45<sup>e</sup> jour. Elle est inaugurée par le retour de couches qui survient vers le 45<sup>e</sup> jour.
- **Lochies** (*cf. glossaire*). C'est un écoulement d'origine utérine, mélange de sang, de débris de caduques, et de sécrétions provenant de la cicatrisation de l'endomètre. Elles sont sanglantes les deux ou trois premiers jours, puis sérosanglantes et, enfin, séreuses. Leur abondance et leur durée sont très variables d'une femme à l'autre. C'est leur mode évolutif qui signe la physiologie : les lochies s'éclaircissent en quelques jours et leur volume décroît régulièrement.
- **Coagulation**. Les deux ou trois premières semaines sont marquées par un état physiologique d'hypercoagulabilité qui augmente le risque thromboembolique (*cf. glossaire*).

### III.2 SURVEILLANCE DES SUITES DE COUCHES

Mis à part les troubles psychiques (*cf. Item 19 : Troubles psychiques de la grossesse : <http://umof.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item19/site/html>*), les pathologies principales sont utérines (endométrite (*cf. glossaire*)), mammaires (engorgement, lymphangite (*cf. glossaire*)), urinaires (infections) et thromboemboliques.

La surveillance du post-partum porte notamment sur :

- les signes généraux : pouls, TA, température,
- l'involution du globe utérin : hauteur et consistance de l'utérus,
- les lochies : abondance, aspect, odeur,
- les membres inférieurs : recherche de signes de phlébite (*cf. glossaire*),
- l'appareil urinaire : signes fonctionnels, aspect des urines.

Prévention du risque thromboembolique :

- lever précoce,
- bas de contention si mauvais terrain veineux,
- discuter un traitement anticoagulant préventif chez les femmes à risque.

L'examen de sortie de la maternité doit prévoir la contraception du post-partum.

- En cas d'allaitement maternel, on préfère une contraception locale (spermicides, préservatifs) ou un microprogestatif (*cf. glossaire*).
- En l'absence d'allaitement, on peut prescrire une pilule œstroprogestative en préférant une pilule faiblement dosée et en la débutant au plus tôt au 21<sup>e</sup> jour du post-partum (risque thromboembolique).

### **III.3 CONSULTATION POST-NATALE**

Elle a lieu au cours du deuxième mois. Elle comporte :

- un interrogatoire pour :
  - apprécier l'évolution depuis la sortie de la mère et de son enfant.
  - évaluer le psychisme. La fatigue est normale, mais pas la tristesse ni les pleurs. C'est à cette consultation qu'on peut déceler des signes évocateurs de dépression post-natale.
  - rechercher une incontinence urinaire d'effort et anale.
  - discuter de la contraception ultérieure.
- un examen gynécologique pour :
  - vérifier le retour à la normal de l'appareil génital.
  - rechercher une incontinence urinaire d'effort et anale et évaluer la qualité des muscles releveurs.
- des prescriptions :
  - contraception en fonction des désirs de la femme.

- +/- rééducation périnéale.
- consignes concernant le dépistage du cancer du col par FCV.

(Recommandation : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). *Sortie précoce après accouchement – Conditions pour proposer un retour précoce à domicile*. HAS; 2004 May. : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272361/sortie-precoce-apres-accouchement-conditions-pour-proposer-un-retour-precoce-a-domicile](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272361/sortie-precoce-apres-accouchement-conditions-pour-proposer-un-retour-precoce-a-domicile))

(Recommandation : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). *Rééducation dans le cadre du post-partum*. HAS; 2002 Dec. : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272241/reeducation-dans-le-cadre-du-post-partum](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272241/reeducation-dans-le-cadre-du-post-partum))

(Bibliographie : Horovitz J, Guyon F, Roux D, Hocke C. *Suites de couches normales et pathologiques (non compris les syndromes neuroendocriniens)*. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 2001; 5-110-A-10.)

## IV ANNEXES

---

### GLOSSAIRE

- Anamnèse : Récit des antécédents, retraçant les antécédents médicaux et l'historique de la plainte actuelle du patient, avec les résultats des différentes explorations déjà faites et les traitements entrepris.
- branches ischiopubiennes : Branches descendantes du pubis.
- caduque : Partie de la muqueuse utérine gravide qui est évacuée avec le placenta lors de l'accouchement.
- clamp : Sorte de pince à mors longs et souples, permettant d'interrompre temporairement la circulation du sang dans un vaisseau ou le cordon ombilical d'un nouveau-né.
- clamps de Barr : Clamp de Barr : Clamp qui ferme le cordon ombilical du nouveau-né avant de couper le cordon. Il est pourvu d'une fermeture de sûreté qui évite toute ouverture accidentelle : une fois fermé, il ne peut plus être rouvert (seulement à

l'aide de pinces appropriées). Le profil dentelé garantit une étanchéité stable autour du cordon ombilical.

- collabent : Collaber : Faire s'affaisser (un organe).
- délivrance : Expulsion du placenta et des membranes.
- détroit inférieur : Ouverture du bassin sur la cavité abdominale, qui passe par la ligne coccyco-sous-pubienne qui se trouve au niveau de la jonction sacro-coccygienne. Il est donc plus grand que le détroit anatomique.
- détroit supérieur : Ouverture du bassin sur la cavité abdominale. Il est formé d'avant en arrière par la symphyse pubienne, la crête pectinéale, la ligne arquée et le promontoire du sacrum. Il mesure en moyenne 11 cm entre le promontoire et la symphyse pubienne.
- effacement : Raccourcissement du col de l'utérus.
- endomètre : Muqueuse interne de l'utérus.
- endométrite : Infection de l'endomètre. Elle fait le plus souvent suite à l'accouchement, mais elle peut aussi être causée par un geste endo-utérin (interruption volontaire de grossesse, hystérosalpingographie). L'endométrite du post-partum est une complication infectieuse commune de l'accouchement. Le premier signe en est la fièvre. Son diagnostic et son traitement permettent d'éviter l'extension de l'infection au péritoine et au pelvis.
- épisiotomie : Acte chirurgical consistant à ouvrir le périnée au moment de l'accouchement afin de laisser passer l'enfant. Cette incision a idéalement pour but de sectionner le muscle releveur de l'anus.
- épithélium : Tissu constitué de cellules étroitement juxtaposées, sans interposition de fibre ou de substance fondamentale (en microscopie optique, ce qui les distingue des tissus conjonctifs). Les cellules sont associées les unes aux autres grâce à des jonctions intercellulaires. Ils ne sont pas vascularisés à l'exception des stries vasculaires (cochlée, production de l'endolymphe). L'apport des nutriments et l'export des déchets se fait en relation avec le tissu conjonctif sous-jacent par l'intermédiaire d'une lame basale, sur laquelle repose tout épithélium (si un tissu a des cellules jointives mais pas de basale, ce n'est pas un épithélium, exemple : épendymocytes).
- eutocique : Qui a rapport à l'eutocie (accouchement qui s'effectue dans des conditions normales).
- excavation pelvienne : Excavation pelvienne ou cylindre de descente : Canal à concavité antérieure, dans lequel la présentation effectue sa descente et sa rotation de haut en bas. Elle est délimitée par la face antérieure du sacrum et du coccyx à

l'arrière, par les épines sciatiques latéralement, par la face postérieure de la symphyse pubienne et du corps du pubis en avant.

- **fibrine** : Protéine filamenteuse issue du fibrinogène sous l'action de la thrombine lors de la coagulation sanguine. Il s'agit d'une des matières albuminoïdes du sang, qui en contient normalement 2 à 4 %. La fibrine, qui se rencontre aussi dans la lymphe et, en général, dans tous les exsudats séreux, se retire du sang par le battage. Elle se présente alors sous la forme de filaments blancs; desséchée, elle ressemble à de la corne. Soluble dans une solution de sel marin, de sulfate et de phosphate de soude, elle se coagule par les acides. La fibrine ne préexiste pas dans le sang ; elle n'apparaît qu'au moment de la coagulation. La coagulation est la transformation du fibrinogène (soluble) par la thrombine en fibrine insoluble qui conduit à la formation du clou plaquettaire.
- **fontanelle** : Espace membraneux séparant les différents os du crâne. Les fontanelles permettent une poursuite du développement du crâne et de l'encéphale.
- **Gasping** : Mouvements respiratoires anormaux.
- **globe de sécurité** : Lors de la délivrance, l'utérus se rétracte de façon maximale. Il devient globuleux et dur : on parle de « globe de sécurité ». L'hémostase des vaisseaux de l'utérus, c'est-à-dire le fait que le sang ne coule plus, est obtenue grâce à ce globe utérin de sécurité.
- **gonadotrophine** : Gonadotrophine ou gonadotropine : Hormone glycoprotéique complexe agissant sur les fonctions des gonades (ovaires et testicules). Deux de ces hormones sont sécrétées chez tous les vertébrés par l'hypophyse antérieure : l'hormone lutéinisante (LH) et l'hormone folliculo-stimulante (FSH).
- **Hématome Rétro-Placentaire** : Hématome Rétro-Placentaire (HRP) ou placenta abruptio : Complication très grave de la grossesse, mettant en jeu la vie de la mère et du fœtus en étant responsable d'une hémorragie parfois massive développée entre le placenta et l'utérus. Lors d'un hématome rétro-placentaire, le décollement prématuré du placenta auparavant bien inséré entraîne une souffrance fœtale aiguë (par diminution de l'apport d'oxygène) et un risque de décès maternel (par choc hypovolémique consécutif à la perte sanguine, ou par coagulation intravasculaire disséminée, qui se produit en réponse à la libération de certaines substances coagulantes lors du décollement du placenta : les thromboplastines).
- **hémostase** : Processus physiologique qui permet d'interrompre le saignement pour éviter l'hémorragie.
- **lignes innominées** : Ligne, encore appelée crête du détroit supérieur, qui partage en deux la face interne de l'os iliaque. Au-dessus se trouve la fosse iliaque interne, au-dessous, le trou ischio-pubien. Cette crête est mousse en son milieu et saillante à ses



deux extrémités, surtout à son extrémité antérieure où l'arête vive qu'elle dessine est appelée crête périnéale.

- Lochies : Pertes de sang, de débris de muqueuse et de sécrétions lymphatiques et glandulaires s'écoulant par le vagin pendant les vingt jours suivant l'accouchement jusqu'à la pleine cicatrisation de la paroi utérine où était accroché le placenta.
- lymphangite : Inflammation des vaisseaux lymphatiques. Les causes principales sont l'infection (streptocoque, staphylocoque...) et la compression des vaisseaux lymphatiques (tumeur bénigne ou maligne, envahissement par lymphangite carcinomateuse). Elle se traduit par un gonflement, plus ou moins douloureux du vaisseau lymphatique impliqué, une rougeur locale avec œdème. On retrouve le plus souvent un ganglion lymphatique gonflé et sensible en aval du trajet. Le traitement dépend de la cause de cette lymphangite.
- macrosomie : État d'un bébé dont le poids, à la naissance, dépasse 4 kg et, durant la grossesse (grâce à l'échographie), un bébé présentant des dimensions dépassant des valeurs normales maximales, c'est-à-dire, pour les spécialistes en pédiatrie, le 90e percentile (visible sur une courbe). Ceci signifie qu'un bébé atteint de macrosomie fœtale a avant tout le diamètre de son abdomen, et plus précisément le Diamètre Abdominal Transverse (DAT), plus élevé que la moyenne ainsi qu'une circonférence de son abdomen (son ventre) également importante.
- microprogestatif : Classe de contraceptifs chimiques caractérisés par leur faible dosage en progestatif de synthèse.
- ocytocique : Médicament possédant la capacité de provoquer ou de stimuler les contractions de l'utérus au moment de l'accouchement. Les ocytociques sont représentés par l'ocytocine, c'est-à-dire une molécule comparable synthétisée par l'organisme naturellement et stockée dans la posthypophyse, c'est-à-dire la partie postérieure de l'hypophyse, puis sécrétée par l'hypothalamus.
- partogramme : Diagramme permettant de noter le déroulement d'un accouchement, heure par heure, par la sage-femme. C'est un outil destiné à la surveillance et à la conduite du travail d'accouchement. Il sert de « système d'alarme précoce » autorisant la mise en œuvre des mesures nécessaires. L'objectif de l'utilisation du partogramme est de faire diminuer la mortalité périnatale maternelle et fœtale. Le partogramme facilite l'analyse de la progression du travail, il permet d'en vérifier la normalité et de dépister de façon précoce toute anomalie. 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.

- pelvimétrie : Examen qui permet de mesurer les dimensions des os du bassin de la femme et plus particulièrement du cylindre osseux dans lequel le bébé va passer pour naître, afin de déterminer si une naissance par voie basse sera possible, en fonction de la position intra-utérine et du poids du fœtus.
- phlébite : Manifestation de la maladie thromboembolique. Elle est due à la formation d'un caillot (thrombus) dans le réseau veineux profond des membres inférieurs (thrombose veineuse). Si le caillot se détache et migre dans une artère pulmonaire, cela constitue une embolie pulmonaire.
- présentation : Partie du fœtus qui prend contact avec le Déroit Supérieur (DS), s'y engage (ou tend à s'y engager) et évolue dans l'excavation pelvienne selon un mécanisme qui lui est propre jusqu'à l'expulsion du fœtus. Dans la présentation du sommet, l'enfant présente sa tête fléchie en regard du DS (diamètre sous-occipito-bregmatique ou diamètre sous-occipito-frontal).
- progestérone : Hormone stéroïde principalement sécrétée par le corps jaune des ovaires et impliquée dans le cycle menstruel féminin, la grossesse (progestagène : supporte la gestation) et l'embryogenèse. Dans le cycle ovarien, la progestérone inhibe les contractions rythmiques de la musculature utérine et crée un silence utérin sans lequel toute gestation serait impossible.
- prolactine : Hormone peptidique sécrétée par les cellules lactotropes de la partie antérieure de l'hypophyse.
- promontoire : Partie supérieure avant du sacrum.
- radiopelvimétrie : Radiopelvimétrie ou radiographie pelvimétrique : Examen radiologique effectué par radiographie ou scanner, qui permet de mesurer les dimensions des os du bassin de la femme et plus particulièrement du cylindre osseux dans lequel le bébé va passer pour naître, afin de déterminer si une naissance par voie basse sera possible, en fonction de la position intra-utérine et du poids du fœtus.
- releveurs de l'anus : Muscle releveur de l'anus ou muscle élévateur de l'anus : Muscle faisant partie du plancher pelvien, pair et symétrique, qui ferme caudalement la cavité pelvienne et forme en partie le diaphragme pelvien.
- sacrum : Os impair, médian et symétrique, formé de la soudure des cinq vertèbres sacrées (ou sacrales). Il a une forme pyramidale à base crâniale, base appelée « promontoire sacré », la pointe de la pyramide s'appelant « apex ». Il est situé entre les deux os iliaques pour former le bassin osseux. Chez la femme, le sacrum est plus large que chez l'homme.
- score d'Apgar : Score utilisé pour évaluer la santé d'un nouveau-né à la naissance. Il est compris entre 0 (mort apparente) et 10 (maximum). Il se décompose en cinq

observations simples auxquelles on attribue de 0 à 2 points : respiration fréquence cardiaque, coloration, tonus et réactivité.

- score de Malinas : 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 cinq critères : le nombre de grossesses antérieures, la durée du travail, la durée des contractions, l'intervalle entre les contractions et la perte ou non des eaux. Chaque critère est évalué par un nombre allant de zéro à deux. Le score est la somme de ces cinq critères. Un score inférieur à cinq indique qu'un transport est possible vers une maternité ou une structure médicale. Un score de six ou plus indique une menace d'accouchement imminent, notamment si la parturiente a envie de pousser.
- signe de Farabeuf : Deux doigts intra-vaginaux dirigés sous la symphyse vers la 2e vertèbre sacrée (S2) rencontrent la tête fœtale et sont arrêtés par elle. Ils ne peuvent trouver place entre la présentation et la concavité sacrée.
- spéculum : Outil médical – généralement en métal ou à usage unique en plastique – permettant d'explorer une cavité corporelle par l'écartement des parois.
- œstrogène : Groupe de stéroïdes, dont la fonction, à l'état naturel, est d'être une hormone sexuelle femelle primaire. Ils sont produits en premier lieu par le développement des follicules des ovaires, le corps jaune (corpus luteum) et le placenta. Certains œstrogènes sont également produits en petites quantités par d'autres tissus tels le foie, la surrénale, les seins et le tissu adipeux. Ces sources secondaires d'œstrogènes sont particulièrement importantes chez les femmes lors de la post-ménopause. Les trois œstrogènes naturels sont l'estradiol, l'estriol et l'estrone. Bien que les œstrogènes soient présents dans les deux sexes, on en trouve une quantité significativement plus importante chez les femmes que chez les hommes. Elles favorisent le développement des caractères sexuels secondaires, comme les seins, et sont également impliquées dans le contrôle du cycle menstruel, ce qui explique pourquoi la plupart des pilules contraceptives en contiennent. L'usage d'œstrogènes, en particulier associés à la progestérone, est un traitement (traitement de substitution hormonale) controversé des symptômes de la ménopause. En plus de leurs rôles dans la reproduction, féminine mais aussi masculine, les œstrogènes sont impliqués dans le développement du système nerveux central, dans l'homéostasie du squelette et du système cardiovasculaire. Ils ont également des effets sur le foie et le tissu adipeux.
- symphyse pubienne : Articulation antérieure du bassin, entre les os iliaques. C'est un tissu fibro-cartilagineux, situé en avant de la vessie et au-dessus des organes génitaux ; pour la femme, il est au-dessus de la vulve et pour l'homme au-dessus du

pénis. Chez les mâles, le ligament suspenseur du pénis s'attache à la symphyse pubienne. Chez les femelles, la symphyse pubienne est intimement reliée au clitoris.

- Syntocinon : Ocytocique de synthèse, de constitution et de propriétés pharmacologiques identiques à celles de l'hormone ocytocique post-hypophysaire naturelle. Il augmente la fréquence et l'intensité des contractions utérines.
- thromboembolique : Thromboembolie : Formation, à l'intérieur des veines, de caillots sanguins qui peuvent se détacher et produire des embolies.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- : Accouchement normal (item 22). Université Louis Pasteur (ULP) de Strasbourg, Faculté de Médecine; 2004.
- Audra P, Thoulon JM, Balsan M. : Présentation de la face. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 1997; 5-049-L-20.
- Body G, Lansac J. : Présentation du sommet. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 1994; 5-049-L-10.
- Boog G. : Moyens de réduire la fréquence et les complications des variétés de position occipitopostérieures lors de l'accouchement. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2006 Nov;34(11):1003-1006.
- Carles G. : Comment je fais... pour apprécier l'engagement de la tête fœtale. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2006 Nov;34(11):1076-1078.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. : Item 22 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. p. 375-385.
- Descargues G, Doucet S, Mauger-Tinlot F, Gravier A, Lemoine JP, Marpeau L. : Influence du mode de la présentation dans l'accouchement du siège chez la primipare à terme sélectionnée. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2001 Nov;30(7):664-673.
- Durier M, Grynberg M, Charles C, Gabriel R. : Délivrance normale et pathologique. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 2010; 5-108-M-10.
- Horovitz J, Guyon F, Roux D, Hocke C. : Suites de couches normales et pathologiques (non compris les syndromes neuroendocriniens). Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 2001; 5-110-A-10.

- Lacam C, Nizard J. : Accouchement inopiné à domicile. AKOS, Encyclopédie Pratique de Médecine. 2010; 3-1400.
- Lansac J, Carbonne B, Pierre F. : Le partogramme : un outil toujours actuel pour évaluer la qualité des soins en obstétrique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2007 Feb;36(1):2-7.
- Lansac J. : Accouchement à domicile. Wikinu Collège Obstétrique.
- Lansac J. : Conduite à tenir au cours de l'accouchement. Wikinu Collège Obstétrique; 2004.
- Lansac J. : Déclenchement du travail. Wikinu Collège Obstétrique; 2010.
- Lansac J. : Dysproportion foeto-pelvienne. Wikinu Collège Obstétrique.
- Lansac J. : Épreuve du travail. Wikinu Collège Obstétrique.
- Lansac J. : Fausses couches spontanées. Wikinu Collège Obstétrique.
- Lansac J. : Histoire naturelle de la grossesse. Wikinu Collège Obstétrique; 2010.
- Lansac J. : La délivrance normale et pathologique. Wikinu Collège Obstétrique.
- Lansac J. : Les urgences obstétricales à domicile. Wikinu Collège Obstétrique.
- Lansac J. : Physiologie du travail. Wikinu Collège Obstétrique; 2004.
- Lentz N, Sagot P. : Accouchement extrahospitalier (et complications). Médecine d'urgence. 2007; 25-070-B-40.
- Marel V, Abazine A, Van Laer V, Antonescu R, Coadou H, Benameur N, Besnard L, Goldstein P. : Urgences obstétricales préhospitalières : les accouchements à domicile. Journal Européen des Urgences. 2001 Sept;14(3):157.
- Pierre F, Forveille F. : Présentation du front et du bregma. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 1994; 5-049-L-15.
- Riethmuller D, Thoulon JM, Ramanah R, Courtois L, Maillet R, Schaal JP. : Présentations défléchies. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 2008; 5-049-L-15.
- Saint-Léger S. : Le partogramme : principes et méthodes. Ledamed; 2000.
- Schaal JP, Riethmuller D, Martin A, Lemouel A, Quéreux C, Maillet R. : Conduite à tenir au cours du travail et de l'accouchement. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 1998; 5-049-D-27.

## EN SAVOIR PLUS

- Les suites de couches physiologiques. Université Virtuelle de Maïeutique Francophone (UVMaF); 2010.: <http://umvf.univ-nantes.fr/maieutique/UE-obstetrique/suitescouches/site/html/1.html>

## RECOMMANDATION

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme. HAS; 2000 Jan.: [http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_447519](http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_447519)
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque fœtal au cours de l'accouchement normal. HAS; 2002 Mar.: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_406991/interet-et-indications-des-modes-de-surveillance-du-rythme-cardiaque-foetal-au-cours-de-laccouchement-normal](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_406991/interet-et-indications-des-modes-de-surveillance-du-rythme-cardiaque-foetal-au-cours-de-laccouchement-normal)
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque fœtal au cours de l'accouchement normal. HAS; 2002 Mar.: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_406991/interet-et-indications-des-modes-de-surveillance-du-rythme-cardiaque-foetal-au-cours-de-laccouchement-normal](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_406991/interet-et-indications-des-modes-de-surveillance-du-rythme-cardiaque-foetal-au-cours-de-laccouchement-normal)
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Rééducation dans le cadre du post-partum. HAS; 2002 Dec.: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272241/reeducation-dans-le-cadre-du-post-partum](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272241/reeducation-dans-le-cadre-du-post-partum)
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Sortie précoce après accouchement – Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. HAS; 2004 May.: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272361/sortie-precoce-apres-accouchement-conditions-pour-proposer-un-retour-precoce-a-domicile](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272361/sortie-precoce-apres-accouchement-conditions-pour-proposer-un-retour-precoce-a-domicile)
- Haute Autorité de Santé (HAS). Comment mieux informer les femmes enceintes ? HAS; 2005 Apr.: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_454394/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes)
- Haute Autorité de Santé (HAS). Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée. HAS; 2008 Apr.: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_666473/declenchement-artificiel-du-travail-a-partir-de-37-semaines-d-amenorrhée](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_666473/declenchement-artificiel-du-travail-a-partir-de-37-semaines-d-amenorrhée)
- Haute Autorité de Santé (HAS). L'expression abdominale durant la 2e phase de l'accouchement. HAS; 2007 Jan.: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_454394/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes)

[sante.fr/portail/jcms/c\\_513170/l-expression-abdominale-durant-la-2e-phase-de-l-accouchement](http://sante.fr/portail/jcms/c_513170/l-expression-abdominale-durant-la-2e-phase-de-l-accouchement)

## **ABREVIATIONS**

- FCV : Frottis Cervico-Vaginal
- FSH : Follicle-Stimulating Hormone (hormone folliculo-stimulante)
- HRP : Hématome Rétro-Placentaire
- IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
- IV : IntraVeineuse
- LH : Luteinizing Hormone (hormone lutéinisante)
- OIDA : Occipito-Iliaque Droite Antérieure
- OIDP : Occipito-Iliaque Droite Postérieure
- OIGA : Occipito-Iliaque Gauche Antérieure
- OIGP : Occipito-Iliaque Gauche Postérieure
- OP : Occipito-Pubienne
- OS : Occipito-Sacrée
- RCF : Rythme Cardiaque Foetal
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
- TA : Tension Artérielle
- UI : Unité Internationale