

**Étude de l'accouchement en
présentation du sommet :
l'accouchement (troisième temps
de la deuxième étape du travail)**

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF

Date de création du document 01/03/11

Table des matières

SPECIFIQUES :	3
I Mécanique du dégagement	5
I.1 Accouchement du sommet	5
I.1.1 Flexion, déflexion et ampliation du périnée	5
I.1.2 Dégagement du sommet en Occipito-Sacré (OS)	7
I.1.3 Restitution	8
I.2 Accouchement du reste du corps	8
I.2.1 Accouchement des épaules et du tronc	8
I.2.2 Accouchement du siège et des membres inférieurs	8
II Efforts expulsifs	10
II.1 Position maternelle	10
II.2 Technique de poussée	10
II.2.1 Poussée à glotte ouverte	10
II.2.2 Poussée à glotte fermée	11
III Gestuelle de l'accoucheur	12
III.1 Préparation	12
III.2 Dégagement	12
III.3 Restitution et accouchement des épaules	13
III.4 Accouchement du reste du corps	15
III.5 Après l'expulsion	15
IV Annexes	17

PRÉ-REQUIS

- Anatomie du bassin obstétrical
- Le mobile foetal
- Le périnée
- Déterminisme de la parturition, diagnostic du travail
- Étude de la contraction utérine
- Phénomènes dynamiques du travail
- Phénomènes mécaniques du travail
- Surveillance foetale au cours du travail

OBJECTIFS

SPECIFIQUES :

- Comprendre les phénomènes mécaniques de l'expulsion
- Appréhender la gestuelle nécessaire lors du dégagement du sommet
- Connaître le phénomène d'ampliation du périnée
- Connaître le phénomène de restitution spontanée
- Appréhender la gestuelle nécessaire lors du dégagement du reste du corps
- Comprendre les phénomènes d'efforts expulsifs
- Connaître les positions maternelles au cours de l'expulsion

INTRODUCTION

La deuxième phase du travail se termine par l'expulsion, ou dégagement. Il s'agit du franchissement, par la présentation, du détroit inférieur du bassin maternel. Afin qu'il se réalise, la dilatation du col doit être complète, la poche des eaux doit être rompue, et l'engagement et la rotation intrapelvienne doivent être réalisés.

I MÉCANIQUE DU DÉGAGEMENT

Le dégagement, à l'instar de l'engagement qui voit le passage du détroit supérieur du bassin par le mobile fœtal, est le moment où la présentation va franchir le détroit inférieur.

Dans l'accouchement du sommet, la tête, puis les épaules, le tronc et le siège se dégagent successivement.

I.1 ACCOUCHEMENT DU SOMMET

La quasi-totalité des présentations du sommet se dégagent en variété occipito-pubienne. En effet, le plancher pelvien présente son ouverture dans le sens antéropostérieur.

En savoir plus : La rotation intrapelvienne : <http://www.uvmof.org/liste-1.html> (*Actuellement non disponible*)

La progression de la tête fœtale se fait donc selon plusieurs vecteurs successifs :

- dans un axe ombilico-coccygien entre l'engagement et le franchissement du détroit moyen ;
- perpendiculaire au diamètre sous-sacro-sous-pubien lorsque le front fœtal butte sur le sacrum et accentue sa flexion ;
- après une horizontalisation de la progression (chez la femme en décubitus dorsal), celle-ci se fera vers le haut et l'avant.

Figure 1 :



Prochainement ici se trouvera une illustration

I.1.1 Flexion, déflexion et ampliation du périnée

Ainsi après plusieurs mécanismes de flexion, le sous-occiput dépasse la symphyse pubienne qui devient un point de pivot pour l'articulation atloïdo-occipitale. La tête et le tronc vont dès lors se désolidariser. La présentation se défléchit et les bosses pariétales franchissent l'axe des tubérosités ischiatiques, ce qui commence à distendre le périnée postérieur qui est la zone de moindre résistance pour la présentation une fois le coccyx rétropulsé (c'est-à-dire projeté en arrière et permettant le passage d'un diamètre de

dégagement sous-coccy-sous-pubien de 8,5 cm à un diamètre sous-sacro-sous-pubien de 11,5 cm).

Figure 2 : schéma sur la déflexion autour de la symphyse



Prochainement ici se trouvera une illustration

Jusqu'à ce moment, la présentation remonte après chaque contraction et effort expulsif. L'évolution se fait par à-coups. Mais dès que l'occiput est fixé sous la symphyse, la tête fœtale ne remonte plus et la distension vulvaire qui était intermittente devient permanente. Ainsi, la tête apparaît à la vulve qui prend la forme d'un anneau d'environ 5 cm de diamètre : on parle de « petit couronnement ».

Figure 3 : photo de petit couronnement



Prochainement ici se trouvera une illustration

La progression de la tête fœtale va ensuite quasiment se verticaliser. Le périnée va continuer à se distendre : la distance ano-vulvaire s'allonge jusqu'à 10-12 cm, la vulve s'horizontalise, le périnée antérieur coiffe la présentation. C'est l'ampliation du périnée.

Figure 4 : photo d'ampliation périnéale



Prochainement ici se trouvera une illustration

La présentation distend alors le noyau fibreux central du périnée et franchit la boutonnière musculaire du faisceau élévateur des muscles releveurs de l'anus. Lorsque la grande circonférence de la présentation va franchir l'anneau vulvaire, on parle de « grand couronnement ». C'est à ce moment que les vestiges hyménéaux se rompent.

Figure 5 :



Prochainement ici se trouvera une illustration

Une fois l'anneau franchit, l'occiput, les bosses pariétales, le front, le nez, la bouche puis le menton apparaissent à la vulve.

Figure 6 :



Prochainement ici se trouvera une illustration

I.1.2 Dégagement du sommet en Occipito-Sacré (OS)

Le dégagement se fait en Occipito-Sacré (OS) lorsque la rotation ne s'est pas faite en avant. Comme pour le dégagement en occipito-pubien, une flexion puis une déflexion ont lieu.

Selon le degré de flexion, le bregma ou la racine du nez pivote autour de la symphyse pubienne. Dans le premier cas où la flexion est la plus importante, c'est le diamètre sus-occipito-frontal (11 cm) qui se dégage. Dans le second, c'est le diamètre occipito-frontal (> 12 cm). Ainsi le front (dans le second cas), le bregma, le vertex, le lambda puis l'occiput apparaissent à la vulve.

figure 7 :



Prochainement ici se trouvera une illustration

À ce moment, le sous-occiput pivote autour de la fourchette vulvaire ce qui permet le dégagement de la face.

I.1.3 Restitution

Lorsque la tête est expulsée, les épaules du fœtus s'engagent. Dans la majorité des cas, cet engagement voit le diamètre bi-acromial passer le détroit supérieur dans le diamètre oblique perpendiculaire à celui par lequel le sous-occipito-bregmatique s'est engagé.

La descente des épaules se fait avec une rotation de 45° qui les oriente dans un axe antéropostérieur et amène l'épaule antérieure sous la symphyse pubienne. Cette rotation entraîne un mouvement de rotation de la tête qui vient de se dégager. Ce mouvement est appelé restitution spontanée. Il entraîne l'occiput dans le prolongement du dos fœtal.

Figure 8 : schéma sur la restitution spontanée



Prochainement ici se trouvera une illustration

I.2 ACCOUCHEMENT DU RESTE DU CORPS

I.2.1 Accouchement des épaules et du tronc

Le diamètre bi-acromial est réduit par tassement au moment de l'engagement : il passe de 12 à 9,5 cm. La restitution spontanée qui est la réaction à l'orientation antéropostérieure des épaules, est le point de départ du dégagement des épaules.

L'épaule antérieure va glisser sous le bord inférieur de la symphyse pubienne et c'est contre ce bord que le bi-acromial effectue sa rotation. Ainsi l'épaule postérieure va balayer le sacrum, puis le périnée pour se dégager.

Figure 9 : schéma sur les épaules



Prochainement ici se trouvera une illustration

Le tronc ne présente aucune difficulté à l'engagement et au dégagement, étant donné l'absence de saillie osseuse.

I.2.2 Accouchement du siège et des membres inférieurs

Le diamètre d'engagement du siège est le diamètre bi-tronchantérien qui mesure 9,5 cm. Celui-ci emprunte le même diamètre oblique que le bi-acromial et s'oriente aussi en antéropostérieur pour le dégagement.

Comme pour le tronc, le dégagement du siège et des membres inférieurs ne présente aucune difficulté.

II EFFORTS EXPULSIFS

Cette période du dégagement est caractérisée par le renforcement des contractions utérines par la contraction volontaire des muscles de la sangle abdominale et du diaphragme. Il s'agit des efforts expulsifs maternels. L'envie de pousser est déterminée par le contact de la présentation avec le plancher pelvien et lorsqu'elle étire le muscle transverse du périnée.

II.1 POSITION MATERNELLE

Aucune position maternelle pour l'expulsion n'a prouvé sa supériorité. Une patiente peut donc accoucher assise, accroupie, à genoux, debout, allongée sur le dos, en position ventro-latérale ou latérale... Comme au cours des premiers temps de cette phase du travail, chaque position doit faire l'objet d'une analyse mécanique de la sage-femme afin qu'il puisse l'adapter et adapter sa pratique aux particularités de chaque situation et aux besoins de la patiente.

II.2 TECHNIQUE DE POUSSÉE

Le début des efforts expulsifs doit être décidé par le praticien en fonction des éléments du dossier. Il peut être délétère de faire pousser une primipare trop tôt ou une multipare trop tard. La diminution du pH fœtal pendant les poussées et la difficulté à avoir un Enregistrement du Rythme Cardiaque Foetal de qualité à ce moment, sont autant de raison de faire en sorte que la durée de ces efforts soit la plus courte possible et d'évaluer la situation à partir de 30 minutes d'efforts expulsifs.

La poussée volontaire doit toujours se faire en même temps que les contractions utérines afin d'être la plus efficace.

Deux techniques sont en général proposées. Aucune des deux méthodes n'est plus naturelle puisque qu'elles sont pratiquées spontanément par le même nombre de femmes qui effectuent leurs efforts expulsifs sans consigne particulière. À l'heure actuelle, il n'existe pas de recommandation de pratique concernant les efforts expulsifs.

II.2.1 Poussée à glotte ouverte

Après une inspiration, l'expiration est freinée durant tout l'effort expulsif. Ainsi le diaphragme est refoulé vers le haut, et la sangle abdominale se rapproche de l'utérus. Le périnée n'est pas contracté. En fin d'expiration, la sangle abdominale se contracte et va alors déplacer l'utérus vers le bas par un mouvement d'expression, dans l'axe d'expulsion du fœtus.

Cette poussée peut être moins efficace si la hauteur utérine n'est pas suffisante (cas de la présentation du siège lors du dégagement de la tête par exemple).

II.2.2 Poussée à glotte fermée

Après une inspiration ample, la patiente doit retenir sa respiration, contracter ses muscles abdominaux, s'enrouler autour de son ventre et tenir un effort expulsif le plus long possible, quitte à effectuer plusieurs efforts durant une même contraction. Le bassin basculé en avant permet de maintenir l'utérus dans un étau efficace entre diaphragme, abdominaux et sacrum.

Lors de l'inspiration, il y a augmentation de la pression intra-abdominale par contraction du diaphragme et résistance de la sangle abdominale. Lors de la fermeture de la glotte, cette pression reste alors élevée et au moment de la poussée (par contraction volontaire des abdominaux), elle est transmise à l'abdomen et à l'utérus, ce qui pousse le fœtus vers le périnée qui est contracté.

III GESTUELLE DE L'ACCOUCHEUR

III.1 PRÉPARATION

La réduction de la circulation placentaire, la compression possible du cordon, et la compression directe du crâne du fœtus au moment de l'expulsion nécessite que le rythme cardiaque fœtal soit surveillé en continu au moment de l'expulsion.

Outre la préparation psychologique et la bonne connaissance du dossier obstétrical, le matériel nécessaire à l'accouchement et à l'accueil du nouveau-né doit être présent et fonctionnel. À titre d'exemple, le plateau d'accouchement peut contenir :

- un plateau pour recueillir le placenta,
- une paire de ciseaux à épisiotomie,
- des pinces et une paire de ciseaux pour le cordon,
- des seringues héparinées pour les gaz du sang au cordon.

La vidange vésicale facilite l'expulsion (par miction spontanée ou par sondage) et le rasage périnéal n'est pas recommandé.

La vigilance de l'opérateur, tout au long de l'accouchement, doit se porter sur :

- le bien-être fœtal afin d'améliorer son pronostic d'adaptation à la vie extra-utérine,
- la direction des efforts expulsifs afin d'éviter la fatigue maternelle,
- le contrôle du dégagement afin d'éviter les lésions périnéales graves.

III.2 DÉGAGEMENT

Dans le but de protéger le périnée, une main peut-être posée à plat sur le sommet fœtal juste avant le grand couronnement afin de contrôler la déflexion de la tête qui peut être brutale.

La manœuvre de Ritgen décrit en plus la deuxième main venant exercer au travers du périnée une pression sur l'ensellure nasale ou le menton afin de dégager progressivement la tête fœtale. Pendant cette manœuvre, la patiente ne doit pas pousser. Cette manœuvre n'est pas praticable lorsque la patiente n'est pas en décubitus dorsal.

Figure 10 :



Prochainement ici se trouvera une illustration

Figure 11 :



Prochainement ici se trouvera une illustration

Lorsque les bosses frontales apparaissent, si le périnée ne se déplisse pas seul, l'opérateur peut l'abaisser afin de faire apparaître la face de l'enfant.

Une fois la tête complètement dégagée, l'opérateur doit s'assurer de l'absence d'un circulaire au cordon. Dans le cas contraire, il doit soit le faire glisser autour de la tête fœtale voire l'ignorer (s'il est lâche) soit le couper (s'il est serré)

Figure 12 : photo de circulaire



Prochainement ici se trouvera une illustration

Figure 13 : expulsion. Recherche d'un circulaire du cordon dans le sillon du cou



Prochainement ici se trouvera une illustration

III.3 RESTITUTION ET ACCOUCHEMENT DES ÉPAULES

La restitution doit être spontanée. Exceptionnellement, l'engagement des épaules peut être facilité en exagérant le mouvement de restitution spontanée. Il s'agit pour l'opérateur de

compléter ce mouvement en continuant la rotation jusqu'à ce que le menton de l'enfant se trouve en regard du pubis maternel.

Les manœuvres de dégagement des épaules doivent respecter une règle absolue : celle de ne pas tracter l'enfant dans un axe horizontal (chez la femme en décubitus dorsal). Ceci sous peine de voir l'épaule antérieure se bloquer au dessus de la symphyse pubienne, empêchant la rotation du bi-acromial autour de cette dernière.

Figure 14 :



Prochainement ici se trouvera une illustration

La traction, afin de dégager l'épaule antérieure, doit donc se faire dans un axe ombilico-coccygien, quelque soit la technique de saisie de la tête fœtale par l'opérateur. En effet, pour réaliser cette traction, il est possible de tenir le pôle céphalique de différentes manières :

- index et majeur de chaque main en appui sur les branches horizontales de la mandibule et sur l'occiput,
- préhension symétrique des malaires par les paumes de l'opérateur,
- mains à plat sur la face et l'occiput fœtal.

Afin de s'assurer une traction dans le bon axe, l'opérateur peut à ce moment mettre un genou à terre. Cette position peut aussi lui permettre d'avoir une bonne vision du périnée postérieur.

C'est au moment du dégagement de l'épaule antérieure qu'une délivrance dirigée peut être réalisée en injectant des ocytociques à la mère.

Les efforts expulsifs peuvent être repris à ce moment afin d'aider au dégagement. Dès que l'épaule antérieure est dégagée et apparaît à la vulve, l'axe de traction est porté vers le haut afin de dégager l'épaule postérieure. L'opérateur devra avoir une vision dégagée sur le périnée postérieur afin de prévenir une sortie trop brutale du bras postérieur, pouvant entraîner une déchirure périnéale.

Figure 15 :



Prochainement ici se trouvera une illustration

En savoir plus : La délivrance : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/delivrance/site/html/1.html>

III.4 ACCOUCHEMENT DU RESTE DU CORPS

Une fois les épaules dégagées, il est possible d'attraper l'enfant en crochétant ses creux axillaires, ce qui permet une bonne préhension du nouveau-né. L'expulsion du reste du corps suit sans difficulté et peut être très rapide si la mère continue ses efforts expulsifs.

Figure 16 :



Prochainement ici se trouvera une illustration

III.5 APRÈS L'EXPULSION

À ce moment, l'enfant est posé sur le ventre de sa mère. Il est nécessaire de noter l'heure de la naissance à des fins administratives mais aussi afin de coter le score d'Apgar.

En savoir plus : UE puériculture - L'accueil du nouveau-né : <http://www.uvmaf.org/liste-1.html> (Actuellement non disponible)

Le cordon ombilical est sectionné (par l'opérateur, le père ou la mère) dans les minutes qui suivent, puis il est recommandé de réaliser les gaz du sang au cordon.

La délivrance suit la naissance, étant la troisième étape du travail.

En savoir plus : La délivrance : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/delivrance/site/html/1.html>

CONCLUSION

La pratique de l'expulsion nécessite la maîtrise des phénomènes mécaniques obstétricaux. L'objectif principal de la sage-femme est d'assurer l'accompagnement de la patiente, dans un souci de respect du bien-être maternel et fœtal. Elle doit tenir compte des besoins de la femme et analyser la situation obstétricale afin de pouvoir proposer une prise en charge adaptée et variée.

IV ANNEXES

EN SAVOIR PLUS

- La délivrance : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/delivrance/site/html/1.html>
- La rotation intrapelvienne : <http://www.uvmaf.org/liste-1.html>
- UE puériculture - L'accueil du nouveau-né : <http://www.uvmaf.org/liste-1.html>

ABRÉVIATIONS

- ERCF : Enregistrement du Rythme Cardiaque Foetal
- OS : Occipito-Sacré