

ATELIER

Réalisation d'un accouchement hors maternité

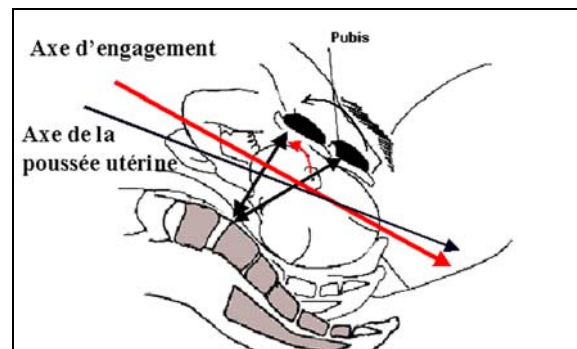
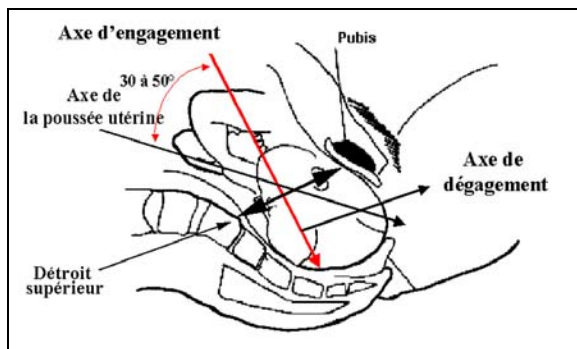
E.Menthonnex SAMU 38-CHU de Grenoble

INTRODUCTION

L'accouchement inopiné en dehors d'une maternité reste une urgence pour la mère et pour l'enfant, mais ce sont des gestes simples qui permettent d'assurer la sécurité de ces accouchements généralement eutociques, chez des parturientes le plus souvent multipares avec un enfant en présentation céphalique. Un minimum de connaissances en mécanique obstétricale, permet d'installer correctement la parturiente, de prévenir la fausse dystocie des épaules et d'aider au dégagement de la présentation.

ELEMENTS DE MECANIQUE OBSTETRICALE

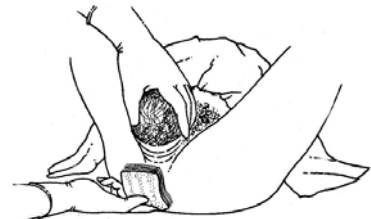
L'axe d'engagement et de descente des plus grands diamètres du fœtus est l'axe ombilico-coccygien, perpendiculaire au détroit supérieur (entre le pubis en avant et le promontoire en arrière), tandis que l'axe de poussée utérine est plus oblique en avant. Les deux axes se croisent selon un angle de 30 à 50° (1).



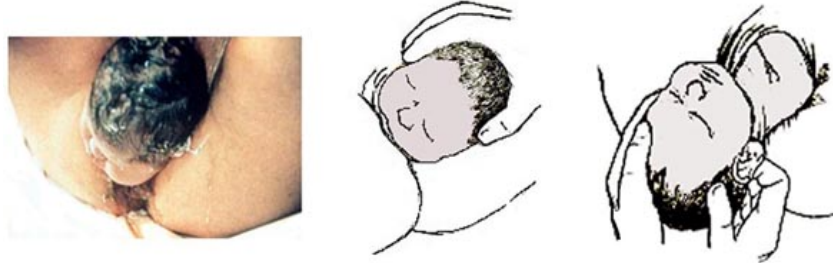
Afin de favoriser l'engagement il faut essayer de faire coïncider les 2 axes d'engagement et de poussée utérine. Ceci est obtenu, en **surélevant le siège de la parturiente par deux oreillers** ou coussins fermes, en demandant à la parturiente d'amener ses talons contre ses fesses, **puis surtout, en lui demandant d'attraper ses genoux avec ses mains au moment des poussées** de façon à fléchir au maximum ses cuisses sur son abdomen. Le promontoire se déplace alors en avant et en bas, la pointe du sacrum en arrière et le pubis remonte. Le plan du détroit supérieur se rapproche alors de la verticale et l'axe d'engagement qui lui est perpendiculaire s'incline vers l'horizontale.

ACCOUCHEMENT EUTOCIQUE EN PRESENTATION CEPHALIQUE

L'accouchement est débuté en faisant pousser la patiente à dilatation complète, les membranes étant rompues, et lorsque la présentation a bien pris contact avec le périnée. La patiente attrape ses genoux pour les rapprocher de son thorax ou empaume la face interne de ses cuisses lors des efforts expulsifs. Il est préférable qu'elle réalise elle-même cette manœuvre, car cela favorise la contraction des abdominaux lors des efforts de poussée. Elle ne doit pousser que lors des contractions, pas plus de trois efforts par contraction en associant une respiration ample et profonde entre les contractions. Faire pousser trop tôt expose, surtout une primipare, à une expulsion trop longue, inefficace au début, et à une fatigue maternelle. La descente de la présentation ne se fait franchement qu'en **poussant deux fois consécutives** au cours d'une même contraction. Entre les contractions, la patiente récupère, en se relâchant au maximum. Lorsque la tête est à la vulve, son dégagement est réalisé le plus lentement possible, la patiente stoppant ses efforts expulsifs au moment de la déflexion de la tête (vulve dilatée à son maximum : paume d'une main). La tête est empaumée avec la main gauche qui la retient et exerce un contre-appui vers le bas, sur le sommet de l'occiput de l'enfant, tandis que la main droite de l'accoucheur exerce une poussée de bas en haut sur le menton de l'enfant à travers le périnée postérieur avec une compresse.



Il ne faut surtout pas tirer mais laisser faire . L'engagement des épaules commence lors de l'expulsion de la tête . L'occiput se tourne alors spontanément vers la gauche ou la droite selon le type de présentation : c'est la rotation de restitution qui le ramène dans le prolongement du dos. **La rotation de 45° vers l'avant**, amène ainsi l'épaule antérieure derrière la symphyse pubienne ce qui permet son dégagement. Ce mouvement de restitution peut être complété, voire exagéré, en accompagnant la rotation (sur un même plan, sans traction), dans le même sens que celui qui a été spontanément amorcé pour favoriser l'engagement des épaules.



Une fois la tête totalement sortie de la filière génitale, la patiente doit repousser une dernière fois pour assurer le dégagement de l'épaule antérieure. En cas de circulaire serrée du cordon, gênant l'expulsion de l'enfant, il faut couper le cordon entre deux pinces et poursuivre l'accouchement. Les index et les médus appuyés sur les mastoïdes et le maxillaire inférieur exercent une traction douce vers le bas.



Une épaule est alors dégagée. Une traction douce vers le plafond permet de dégager la deuxième épaule. Le dégagement du corps de l'enfant et de son siège est réalisé par simple traction à deux mains sous les mandibules et l'occiput pour le déposer sur le ventre de la mère. Le clampage stérile du cordon est alors réalisé.

Si malgré une orientation correcte des épaules et la traction douce de la tête vers le bas, l'épaule antérieure n'apparaît pas, la flexion extrême des cuisses de la mère en abduction sur le thorax, **le siège débordant du lit**, réduit la lordose lombaire et bascule la base du sacrum. Cette manœuvre (de Mac Roberts) agrandit le détroit inférieur, permettant, par



une traction douce exercée très bas sur la tête, de libérer une place suffisante pour le dégagement de l'épaule antérieure préalablement engagée par glissement sous la symphyse qui a ascensionné. Une épisiotomie large latérale est pratiquée, afin de bien dégager l'épaule antérieure . Ensuite l'extraction peut être aidée par une pression sus symphysaire .

A retenir :

-C'est la position de l'accoucheur par rapport à la parturiente qui garantit l'aide au dégagement des différents diamètres du fœtus dans l'axe physiologique ombilico-coccygien (vers le bas). Pour cela, l'accoucheur doit être entièrement courbé de façon à ce que son visage soit au même niveau que le périnée de la patiente, et que ses épaules, son coude et son poignet puissent être dans l'alignement de l'axe ombilico-coccygien (à genoux).

- **Les diamètres fœtaux descendent et ne se dégagent qu'après leur rotation dans l'axe antéro-postérieur.** Se précipiter, dès la tête dégagée et tirer dans un plan parallèle au plancher, a pour effet d'entraver le glissement de l'épaule et créer une fausse dystocie des épaules. Et Comme disait Malinas, « **cette fausse dystocie des épaules n'est le plus souvent que le témoin de l'incompétence de l'opérateur** » (2).

L'épisiotomie

L'épisiotomie doit être limitée aux situations à risque : périnée rigide ou fragile, primiparité, macrosomie fœtale, présentations postérieures, extractions instrumentales, souffrance fœtale aiguë, prérupture du périnée, siège, et quand la

tête est à la vulve sans progression malgré les efforts de poussée . Elle peut provoquer une hémorragie vaginale et ne doit être faite ni trop tôt (excessive), ni trop tard (insuffisante). Elle exige des ciseaux spéciaux (ciseaux à épisiotomie). L'incision se fait médio-latéralement. Elle doit être suffisamment longue, d'au moins 4 cm, soit, environ, la longueur de la lame du ciseau, pour éviter les déchirures périnéales secondaires.

La délivrance

Normalement, le décollement placentaire de la paroi utérine survient rapidement après l'accouchement L'expulsion doit survenir spontanément dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement

Le diagnostic de décollement placentaire ne peut être affirmé que lorsque le refoulement vers le haut de l'utérus par une pression sus pubienne n'entraîne pas la remontée simultanée du cordon . Il convient alors de ne pas tirer sur le cordon (geste formellement proscrit), mais d'empaumer le fond utérin pour assurer l'extériorisation du placenta par une ferme pression du fond utérin vers le bas.



Après expulsion du placenta, on vérifie son intégrité et la perfusion rapide de 10 UI d'ocytocine (Syntocinon®) assure la rétraction utérine et l'hémostase Dans tous les cas, le **massage utérin manuel est efficace pour lutter contre l'hypotonie utérine et doit être réalisé régulièrement pendant le transport**. 4 règles sont à respecter: un utérus vide pour permettre sa contraction, un utérus contracté pour permettre l'hémostase, des déchirures génitales basses contrôlées et une vessie préalablement vidée.

ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE

Une **présentation du siège** , à terme, et un travail déclenché spontanément et rapidement évolutif, sont des **critères de bon pronostic pour le déroulement de l'accouchement**. Il est impératif d'attendre que le **siège apparaisse à la vulve pour engager les réels efforts expulsifs**. Il est nécessaire que la patiente puisse donner encore le maximum de poussée au moment de dégager la tête dernière. Par contre, **la règle est de ne toucher à rien, tant que les omoplates n'apparaissent pas à la vulve et que les épaules ne sont pas dégagées** . L'opérateur se contente de **soutenir l'enfant au niveau du siège, sans exercer la moindre traction** . La hanche antérieure glisse sous la symphyse pubienne, puis la hanche postérieure s'élève vers le plafond (mouvement d'autant plus franc qu'il s'agit d'un siège décomplété, qui a les jambes repliées sur l'abdomen). Lorsque les fesses sont sorties, les épaules s'engagent : Les épaules et la tête parcourent l'excavation pelvienne. C'est à ce moment que **le plan du dos doit impérativement tourner en avant, lorsque la pointe des omoplates est visible à la vulve**. Un dos en présentation postérieure (dos en arrière) entraîne l'accrochage du menton par la symphyse pubienne et aucune manœuvre ne peut extraire l'enfant vivant. Par conséquent, lorsque la rotation du dos de l'enfant ne se fait pas vers l'avant (on s'en aperçoit en apercevant l'ombilic en avant, face à soi), il faut réagir le plus rapidement possible, avant que la tête ne soit en contact avec l'arc osseux. Après avoir demandé à la parturiente de cesser les efforts expulsifs, les mains de l'accoucheur empaument les hanches de l'enfant et tournent résolument le dos en avant. Lorsque le siège est dégagé à la vulve, la rotation de la tête, qui se fait obligatoirement l'occiput en avant et permet d'amener le sous occiput sous la symphyse, permettant à la tête de se fléchir progressivement. En l'absence de relèvement des bras, il faut laisser sortir les bras tous seuls. Le dos est en légère cyphose, l'enfant exerçant un effort de flexion. La tête solidaire des épaules est déjà fixée sous la symphyse.

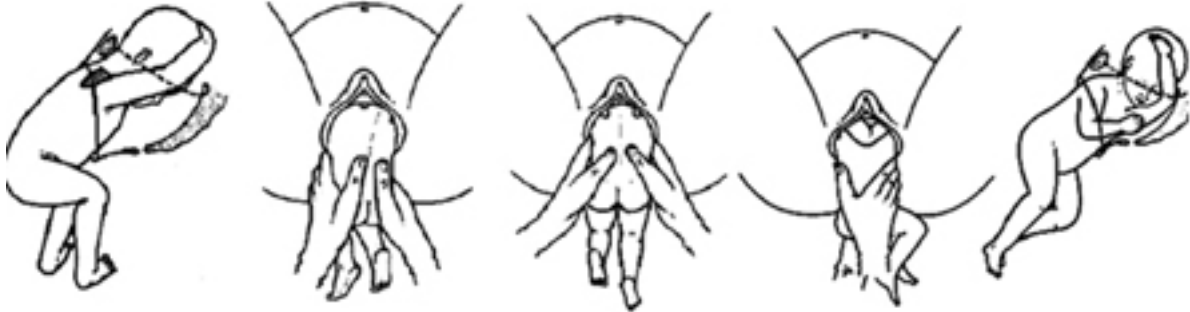


Lorsque l'enfant apparaît, on soulève très légèrement le siège, puis le praticien le replace dans sa position initiale. La tête sort spontanément en flexion. On demande à ce moment à la mère un puissant effort expulsif et on s'apprête à recevoir l'enfant, en mettant un genou à terre et en se munissant d'un champ stérile.

Relèvement des bras sur le siège : « pour l'en tirer, ne tirez pas » (3)

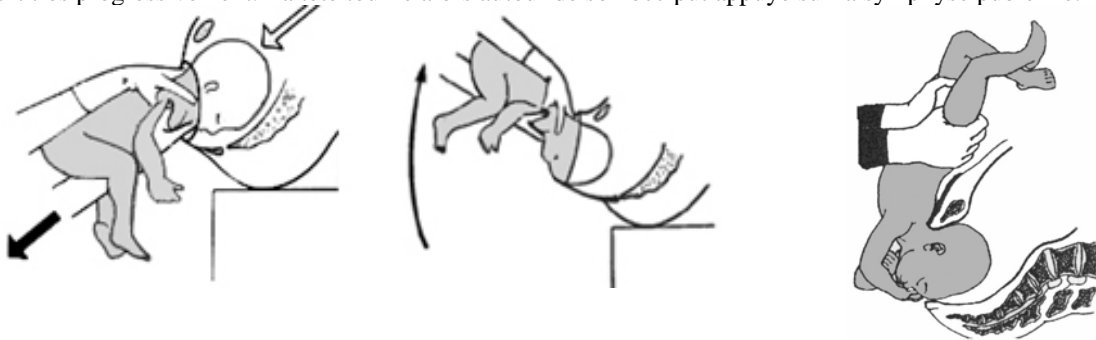
C'est la conséquence du relèvement des bras. Dans ces conditions tête + bras se présentent comme un cône de diamètre croissant et l'accouchement devient absolument impossible. Le relèvement des bras peut être spontané, dû à une

poussée trop violente de la patiente (multipare), ou provoquée par une traction intempestive du fœtus. Il est facilement résolu par la manœuvre de Lovset qui consiste à effectuer une double rotation axiale du tronc de 90°, après avoir fait cesser les efforts de poussées maternelles. En saisissant le fœtus à deux mains, les pouces sont de chaque côté du rachis, les autres doigts empaument les hanches et l'abdomen. On effectue successivement deux rotations de 90°, une fois d'un côté en cherchant à « remonter » légèrement le fœtus, puis de l'autre en cherchant à « le rabaisser », en repassant par l'axe médian antéro-postérieur. On effectuera cette manœuvre, autant de fois que nécessaire, jusqu'à ce que l'on parvienne à dégager les épaules en les tournant, tel « un pas de vis », amenant le franchissement du promontoire en arrière puis le dégagement en avant sous la symphyse pubienne.



Rétention de la tête dernière par les parties molles

Elle peut imposer une manœuvre de dégagement. Dans un premier temps, on essaiera la technique de Mauriceau, qui consiste à effectuer une traction dans l'axe, une fois les épaules dégagées. Le fœtus est alors à cheval sur l'avant bras droit. L'index et le médius droit introduits dans sa bouche, en crochets, sur la langue. L'avant-bras gauche est sur le dos. Les bras ne doivent pas agir. Ils ne font que transmettre la traction qui doit se faire dans l'axe et elle sera exercée en courbant le dos vers le sol. Lorsque l'on voit poindre les oreilles, l'accoucheur accompagne la sortie de la tête en se relevant très progressivement. La tête tourne alors autour de son occiput appuyé sur la symphyse pubienne.



Dans la présentation du siège, la déflexion de la tête n'est pas naturelle. Elle peut être provoquée pour accélérer la sortie de la tête en élevant l'ensemble du fœtus. Elle provoque l'enroulement du sous-occiput autour de la symphyse pubienne et finalement l'expulsion (manœuvre de Bracht). Une bascule progressive du dos de l'enfant vers le ventre de la mère est alors réalisée. On crée ainsi une hyper lordose foetale qui favorise la flexion et le dégagement de la tête. Le risque est de réaliser cette manœuvre trop tôt.

A retenir : Il ne faut jamais tirer sur un enfant se présentant par le siège. Il faut au contraire savoir respecter l'abaissement du fœtus dans un axe ombilico-coccygien en « se prosternant ». Le dos doit impérativement tourner en avant. La règle absolue est une abstention totale de gestes intempestifs. Il faut savoir attendre, surveiller et encourager les efforts de poussée maternelle, gage du succès de l'accouchement par le siège.

CONCLUSION

La pratique d'un accouchement inopiné en dehors d'une maternité demande du bon sens et l'absence de précipitation. Sur le plan mécanique, la plupart des accouchements ne nécessitent aucune manœuvre d'aide à la descente du fœtus, l'eutocie étant souvent le corollaire de la rapidité de ces accouchements.

BIBLIOGRAPHIE

1. SCHAAL.JP, RIETHMULLER.D, MARTIN.A, LEMOUEL.A, QUEREUX.C, MAILLET.R. Conduite à tenir au cours du travail et de l'accouchement. In: Encyclopédie méd chir, Gynéco obstétrique; 1998. p. 5-049-D-27.
2. BERTHET.J. Dystocie des épaules. In: SCHAAL.JP, RIETHMULLER, MAILLET.R. Mécanique et Technique obstétricales. Sauramps Médical 2ème Edition ed: Sauramps médical; 1998. p. 345-353.
3. MALINAS.Y, BOURBON.JL. Les quatre gestes qui sauvent un siège. In: Urgences obstétricales: MASSON; 1984. p. 35-47.

