



# MÉCANISMES D'ACCOUCHEMENT

Dr L. BOUHMAMA

# OBJECTIFS

- Expliquer les différentes phases du travail
- Argumenter votre conduite a tenir devant un accouchement



# INTRODUCTION


- L'accouchement nécessite le passage de trois obstacles :
  - le col utérin : fermé pendant la grossesse, il se dilate sous l'influence des contractions utérines ;
  - le bassin : la traversée de ce défilé rigide nécessite une adaptation constante des différentes parties du fœtus au contenant ;
  - le périnée : sa traversée constitue l'expulsion.
- Les passages du col et du bassin se font sous l'influence des contractions utérines et peuvent être simultanés.
- L'expulsion se fait sous l'influence des contractions utérines renforcées par la poussée abdominale maternelle



# DÉFINITIONS

Accouchement	Ensemble des phénomènes qui conduisent à l'expulsion du fœtus et des annexes (placenta, liquide amniotique et membranes) après 30 semaines d'aménorrhée.
Accouchement eutocique ou normal	Accouchement qui aboutit par la seule influence des phénomènes naturels à l'expulsion de l'enfant par voie basse.
Accouchement dystocique	C'est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par voie basse.
Accouchement prématuré	Accouchement qui survient avant 37 semaines d'aménorrhée.
Date du terme	Date de premier jour des dernières règles + 10 jours + 9 mois = 40,5 semaines d'aménorrhée = date présumée de l'accouchement (intérêt de l'échographie avant 20 semaines d'aménorrhée).

# DÉFINITION DE LA DYSTOCIE

- Dystocie: anomalie qui entrave le déroulement normal de l'accouchement
  - Maternelle:
    - Dystocie dynamique: anomalie de la contractilité utérine
    - Dystocie cervicale: anomalie de la dilatation du col
    - Dystocie mécanique: anomalie du bassin
  - Fœtales:
    - Dystocie liée au volume ( macrosomie fœtale)
    - Dystocie de présentation ou de position (ex: transverse)
  - Annexes
- 

# GÉNÉRALITÉS

- Le travail comprend 03 parties :
  - l'effacement et la dilatation du col
  - l'expulsion du fœtus, ou accouchement proprement dit,
  - la délivrance qui correspond à l'expulsion du placenta et des membranes.



1<sup>ÈRE</sup> PARTIE DU TRAVAIL = EFFACEMENT ET  
DILATATION DU COL



## 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.





# EFFACEMENT DU COL

- I) Premier stade du travail: effacement et dilatation
- Le col gravide est composé :
- d'un tissu musculaire : très pauvre, à peu près 10 %
- d'un tissu conjonctif, qui est donc le constituant majeur du col
- comme tout tissu conjonctif , Il est formé :
  - de cellules : fibroblastes
  - de fibres : collagène, élastine
  - d'une substance fondamentale constituée de protéoglycanes
- La maturation du col est caractérisée par une diminution de la
- concentration en collagène cervical et des modifications de la
- substance fondamentale(probable que les œstrogènes, la progestérone et les prostaglandines jouent un rôle.)
- La CU n'est efficace que sur un col mature.



# LA CONTRACTION UTÉRINE

- Elle est à l'origine de l'effacement et de la dilatation du col de l'utérus.
- Elle varie en fréquence et en intensité.
- Elle n'est pas forcément douloureuse, sa perception varie d'une femme à l'autre.
- Elle est involontaire, intermittente, régulière, d'intensité progressive.



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



Avant le travail



Effacement complet



Début de dilatation



Dilatation complète

**PRIMIPARE**



Avant le travail



Effacement et dilatation simultanée



Dilatation presque complète

**MULTIPARE**

# LE DÉBUT DU TRAVAIL

- Début souvent insidieux
  - Pesanteur pelvienne
  - Pollakiurie
- +/- Perte du bouchon muqueux
  - Glaires épaisses, brunâtres, sanguinolentes = « conglomérat gélatineux »
  - Sécrétion de tissu conjonctif par l'endocol
  - Rôle protecteur de la cavité utérine
  - Perte = signe prémonitoire du début de travail
- => Puis activité utérine franche



# 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.



# DIAGNOSTIC DU TRAVAIL

- Le TV 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...



# DIAGNOSTIC DU TRAVAIL

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



# SURVEILLANCE DU TRAVAIL

- Les modifications cervicales évoluent en 02 temps :
  - une phase de dilatation lente jusqu'à 4 cm, surtout marquée par l'effacement du col
  - une phase de dilatation rapide ( $> 1 \text{ cm} / \text{heure}$ ) jusqu'à dilatation complète (10 cm).





# DILATATION DU COL



## ACTION DES CU SUR LE MOBILE FŒTALE

- La CU a pour effet de pousser le fœtus vers le bas et lui faire franchir les 3 étages de la filière pelvienne.
- Quand la présentation est régulière( arrondie, ferme et lisse), elle joue un rôle essentiel dans la dilatation => sollicitation directe sur le col ( donc + important après RPDE)
- Accommodation de la tête fœtale au DS comprend 4 opérations:
  - La flexion
  - L'orientation en oblique
  - +/- l'asynclitisme
  - +/- les déformations plastiques



## SURVEILLANCE DU TRAVAIL

- Pour une primipare le travail dure en moyenne 10 à 12 heures
- Pour une multipare, il dure en moyenne 4 à 6 heures
- Si les membranes ne se sont pas spontanément rompues plus tôt, il est habituel de les rompre artificiellement vers 4-5 cm.



# LA POCHE DES EAUX

- joue un rôle de protection pour le fœtus et un rôle mécanique dans la dilatation du col.
- Le travail peut se dérouler dans son ensemble en la conservant.
- peut se rompre spontanément, le plus souvent à dilatation complète, sous l'effet mécanique des CU ou par des phénomènes inflammatoires locaux.
- le plus souvent rompue artificiellement pour relancer le travail après la pose de péridurale. le liquide amniotique contient des prostaglandines Susceptibles d'intensifier les CU.



# SURVEILLANCE DU TRAVAIL

- Il faut surveiller et consigner sur un document écrit, le partogramme :
  - le bien-être maternel : pouls, tension, température ;
  - le bien-être fœtal, 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



# EXEMPLE

PRELÈVES	De la journée	22h15	01h15	01h15	02h15	25
Avant distillation complète						
Masse de la présentation	DATE H.M.J.	15				
	Appliquée	10	0	0	0	10
	Flide	-4	0	0	0	-4
	Engagé partie haute	-2	7	7	7	-2
	Partie moyenne	0	0	0	0	0
Partie basse	-2	3	3	3	-2	
		2	2	2	2	2
		1	1	1	1	1
		1	1	1	1	1
Contractions	Extense	4 à 5/10'	5/10'	5/10'	maît capot	1/10'
Utérines	Intense		bon relâchement	faible intensité		
Présentation		CPA				
Orientation		POA			BPS	
CV		peu ++	intern	± longue	longue	npl.
Poches des eaux		peu	épais	épais	épais	
Liquide amniotique		PDC	épais	LAT ++	LAT ++	
RCF		100	100	100	100	
PH		7.25	7.25	7.25	7.25	
Entourés		100	100	100	100	
Poids - TA. T°		36.6°C	36.6°C	36.6°C	36.6°C	
Comportement						
Thérapeutique		500ml	500ml	500ml	500ml	
Analyses		APD/PCA				

08h10	Installation position gynéco PC au DA. Envie de pousser ++ Sondage évacuateur (50 ml) DEE
08h33	Accet autoclave en OP 1APD Naissance d'une ♀ vivante pesant 3660 g Ap 10. 10. 10 pH = 7,25 lac = 3,02. bouteilles du cordon.
08h33	injection de Sui synto en 100 au poules
	DOC faite peu gynéco. ZAV + épisiotomie naturelle 1/3 Desimpnt.
	Soits physo. Bonne involutions et tonicité utérine

2<sup>ÈME</sup> PARTIE DU TRAVAIL = L'EXPULSION DU  
FŒTUS



# L'ACCOUCHEMENT PROPREMENT DIT

- L'étude de l'accouchement amène à décrire :
  - La présentation fœtale
  - Le bassin obstétrical
  - La mécanique de l'accouchement.





# LA PRÉSENTATION FŒTALE

- On appelle présentation la partie du fœtus qui se présente en premier dans l'aire du bassin

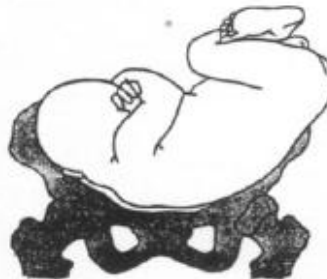
Céphalique



C

Présentation du sommet.

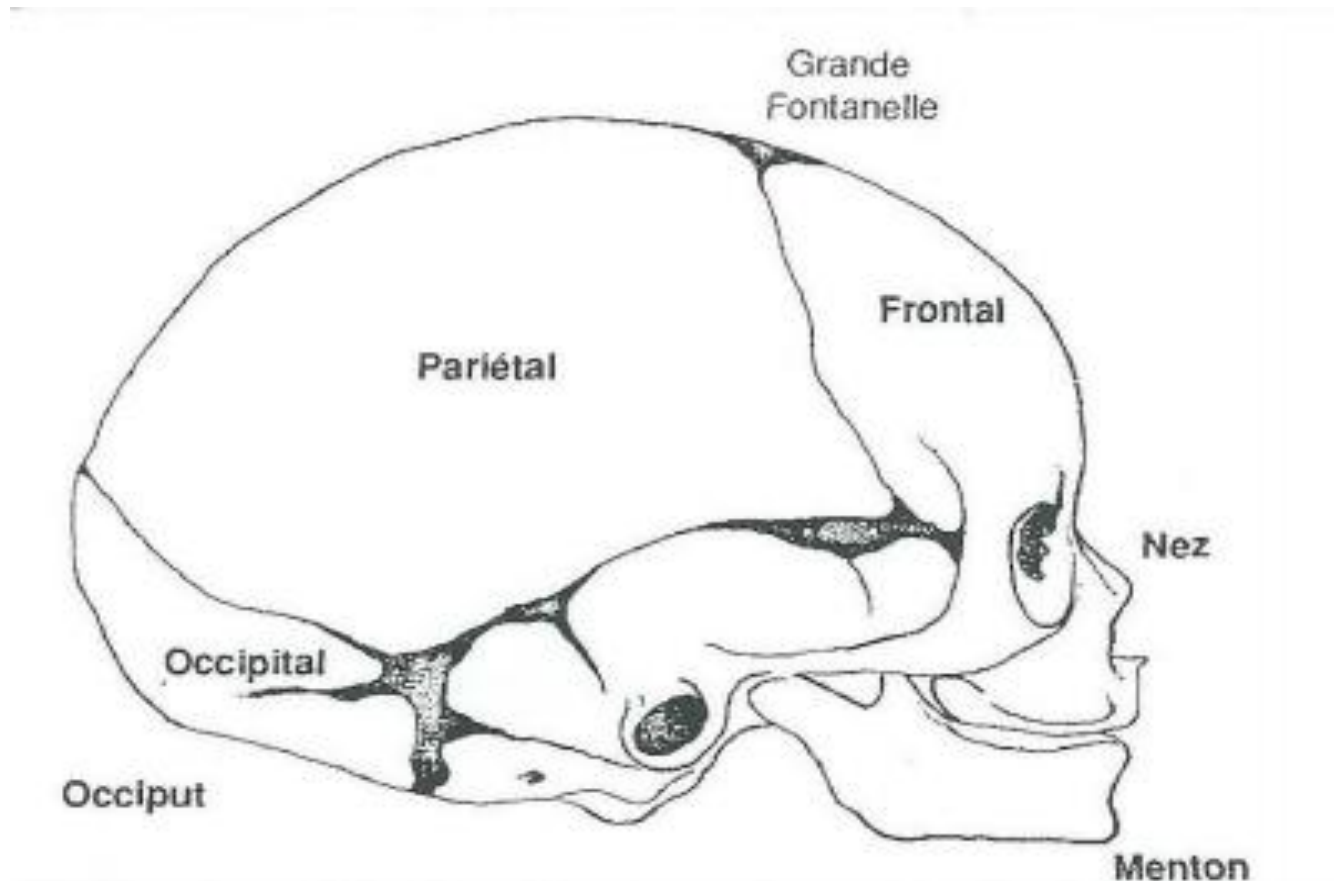
Transverse



Siège



# DESCRIPTION DE LA TÊTE FŒTALE

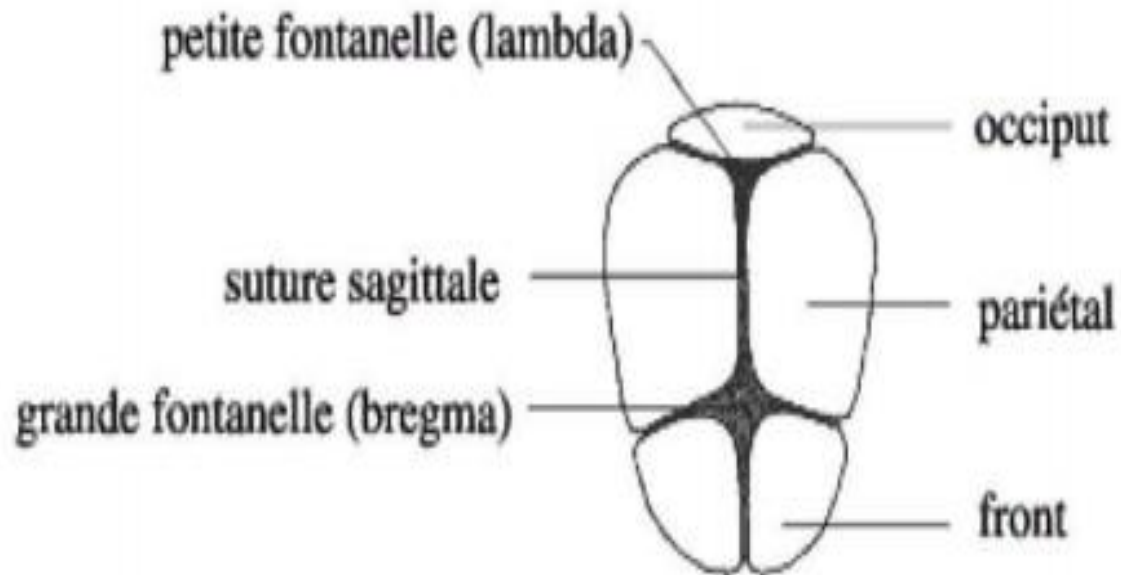


# LES FONTANELLES

- Les fontanelles sont des lacunes fibreuses situées aux points de rencontre des sutures, dont deux sont particulièrement intéressantes :
  - La grande fontanelle, appelée aussi Bregma, est antérieure, de forme losangique dont les quatre angles se continuent par les sutures sagittale et coronales
  - la petite fontanelle ou Lambda est postérieure, située au niveau de l'occiput, elle a la forme d'un triangle ou « Y » renversé



# LES FONTANELLES



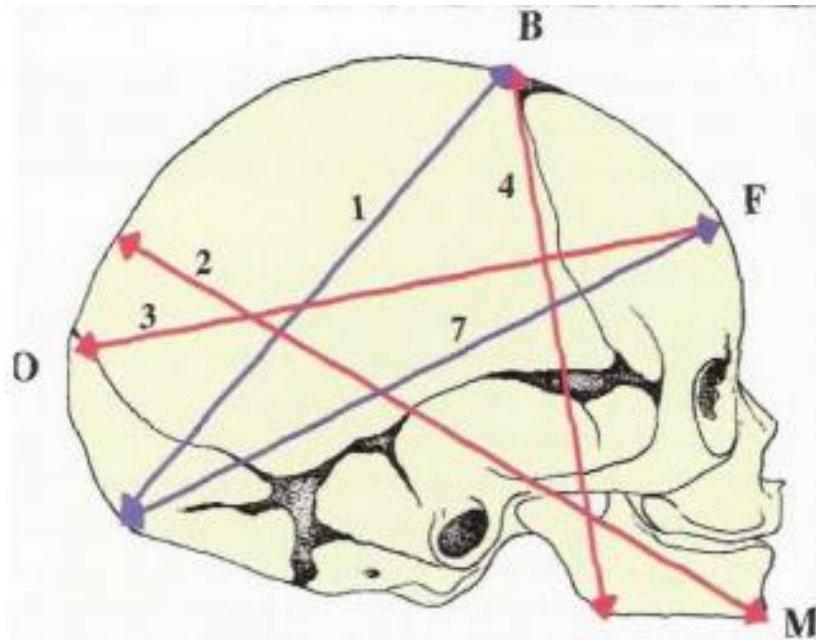
*Les fontanelles du crâne fœtal, vue de dessus*



# LES DIAMÈTRES DE LA TÊTE FŒTALE

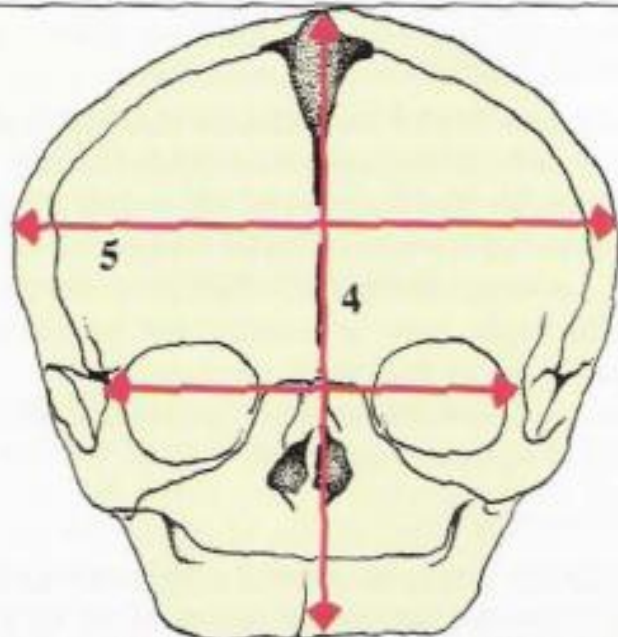
- Pendant le travail, les différents  $\emptyset$  du bassin obstétrical seront confrontés aux  $\emptyset$  de la tête fœtale.
- On en distingue 04 principaux, dont la mise en jeu sera fonction du type de présentation :
  - P de la face : sous-mento-bregmatique : 95 mm
  - P du front : occipito-mentonnier : 135 mm
  - P du bregma : fronto-occipital : 120 mm
  - P du sommet : sous-occipito-bregmatique : 95 mm





*Dimensions de la tête fœtale*

- 1 : sous-occipito-bregmatique : ..... 95 mm
- 2 : sincipito-mentonnier : ..... 135 mm
- 3 : occipito-frontal : ..... 128 mm
- 7 : sous-occipito-frontal : ..... 110 mm



- 4 : sous-mento-bregmatique : ..... 95 mm



# ÉVALUATION CLINIQUE DU BASSIN

- Exploration successive (toucher vaginal) :
- promontoire (atteint)
- Concavité sacrée
- arc antérieur qui doit être un demi-cercle harmonieux
- faces latérales de l'excavation : saillies plus ou moins proéminentes des épines sciatiques
- variations anatomiques
  - Physiologiques
  - Pathologiques



# LA MÉCANIQUE DE L'ACCOUCHEMENT





# L'ENGAGEMENT

- C'est le franchissement du détroit supérieur par la présentation.
- une présentation est dite engagée lorsque sa plus grande circonférence a franchi le détroit supérieur



# L'ENGAGEMENT

- 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 dextro-rotation 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.

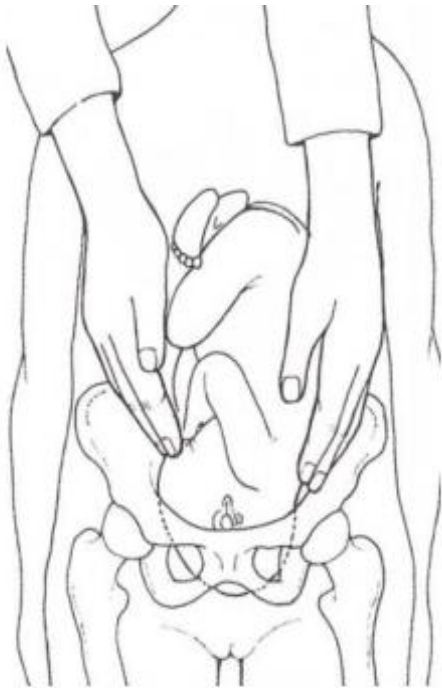


# L'ENGAGEMENT

- Le diagnostic d'engagement:
- Présentation non engagée :
  - front à distance de la symphyse,
  - tête mobile, saillie acromiale  $> 4$  travers de doigts de la symphyse
  - au TV, excavation vide, tête haute  $\pm$  mobile
- Présentation engagée :
  - Occiput non perçu au palper abdominal,
  - saillie acromiale  $< 3$  travers de doigts de la symphyse, signe de Farabeuf ou de Demelin au TV



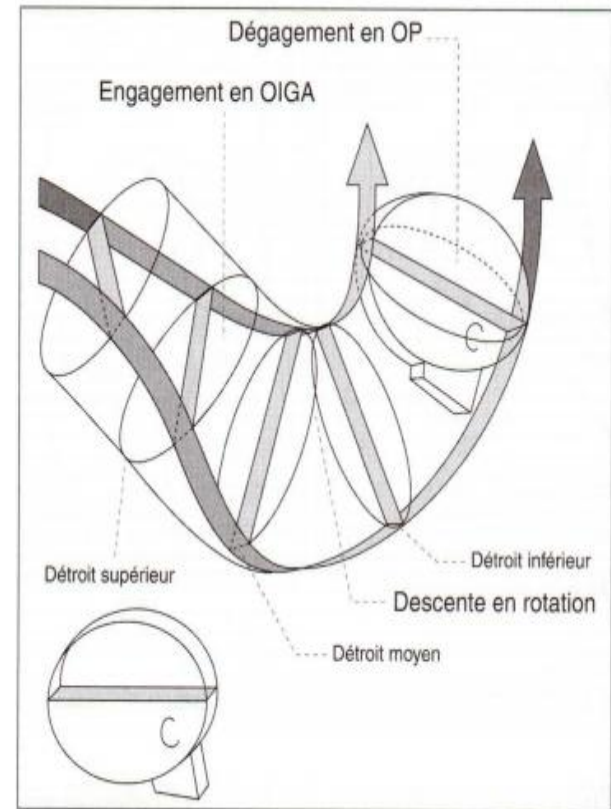
# L'ENGAGEMENT



# LA DESCENTE ET LA ROTATION

- La rotation intra-pelvienne est une obligation

=> l'engagement ne peut se faire que dans un  $\emptyset$  oblique mais que le dégagement ne peut se faire que dans le  $\emptyset$  sagittal du bassin.



## LA DESCENTE ET LA ROTATION

- 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



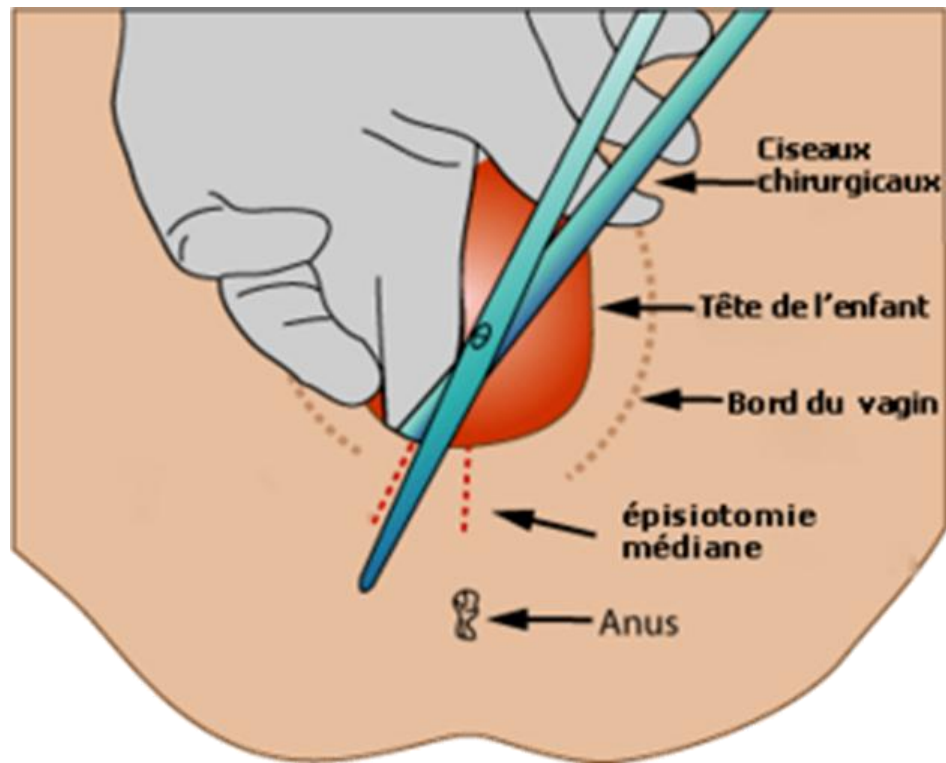
# L'ÉPISIOTOMIE

- une intervention chirurgicale qui consiste à la section d'une partie du périnée au moment de l'accouchement afin de réduire le risque de déchirure en facilitant l'expulsion foétale.
- réservée aujourd'hui à de rares cas et à des situations particulières. pratiquée par une sage-femme ou par l'obstétricien.
- L'épisiotomie mesure trois à quatre centimètres de longueur en moyenne.





# LÉPISIOTOMIE



# RISQUES ET COMPLICATIONS

- ↗ des pertes sanguines liées à l'accouchement.
- ↗ de la douleur et de la durée de cicatrisation par rapport à une déchirure périnéale simple.
- Risque d'infection, d'abcès ou de lâchage des points de suture.
- Hématome ou thrombus vaginal nécessitant rarement une ré intervention chirurgicale voire une transfusion sanguine.



# RISQUES ET COMPLICATIONS

- Cas exceptionnels de blessure du nouveau né.
- L'épisiotomie médiane augmente le risque de déchirure grave du périnée.
- Il semble que la présence d'une épisiotomie augmente le risque de dyspareunie lors de la reprise des relations sexuelles par rapport à l'absence d'épisiotomie.
- Apparition d'un granulome inflammatoire ou d'une endométriose au niveau de la cicatrice d'épisiotomie à distance de l'accouchement.



3<sup>ÈME</sup> PARTIE DU TRAVAIL = LA DÉLIVRANCE



# LA DÉLIVRANCE

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



# LA PHYSIOLOGIE DE LA DÉLIVRANCE

- Elle comporte 03 phénomènes :
  - décollement du placenta entre les caduques compacte et spongieuse par constitution d'un HRP physiologique
  - expulsion du placenta sous l'influence des contractions et de son propre poids.
  - hémostase qui n'est possible que si l'utérus est vide et est assurée en premier lieu par la rétraction utérine : les fibres musculaires collabent les vaisseaux.

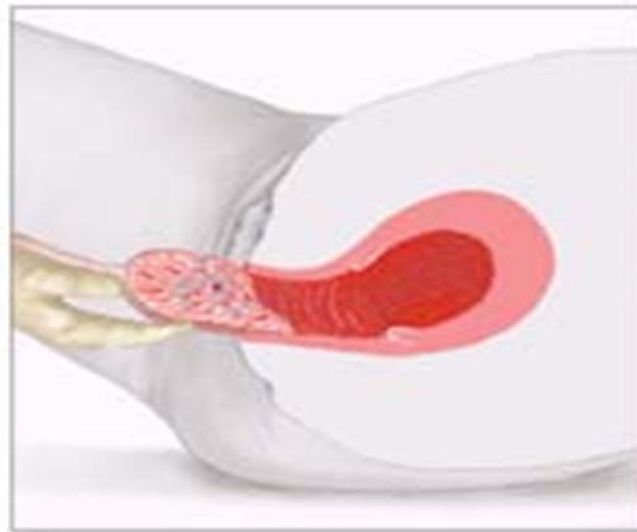


# PHYSIOLOGIE DE LA DÉLIVRANCE

Placenta in uterus  
directly after birth



Discharge of placenta

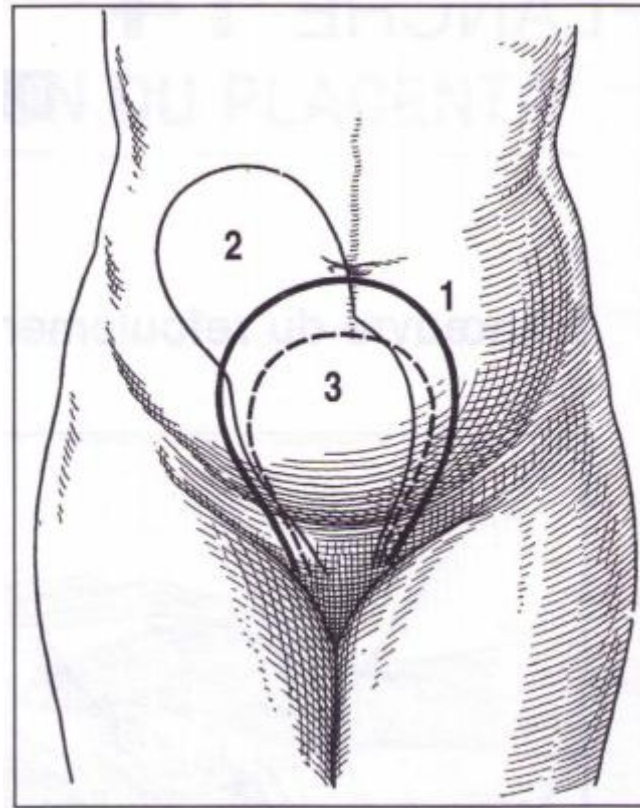


# PHYSIOLOGIE DE LA DÉLIVRANCE

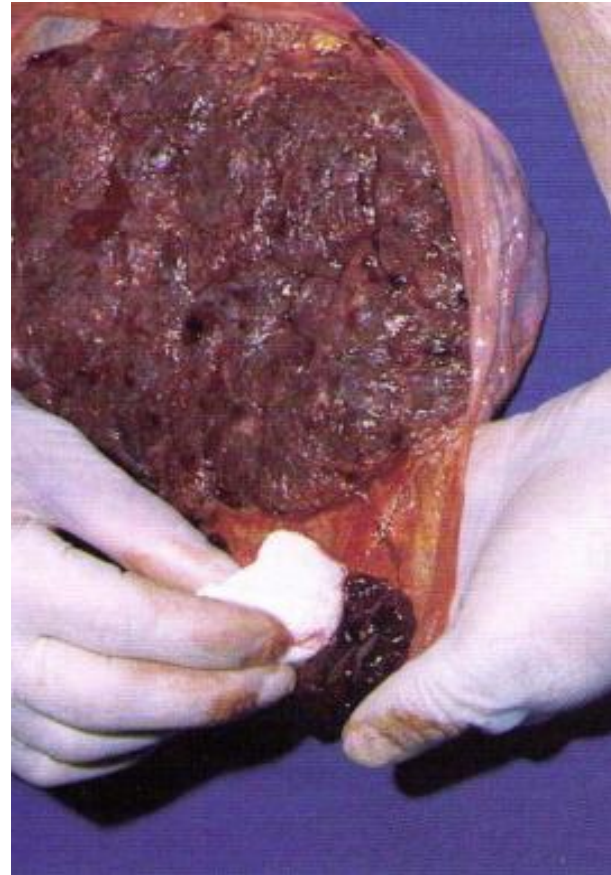
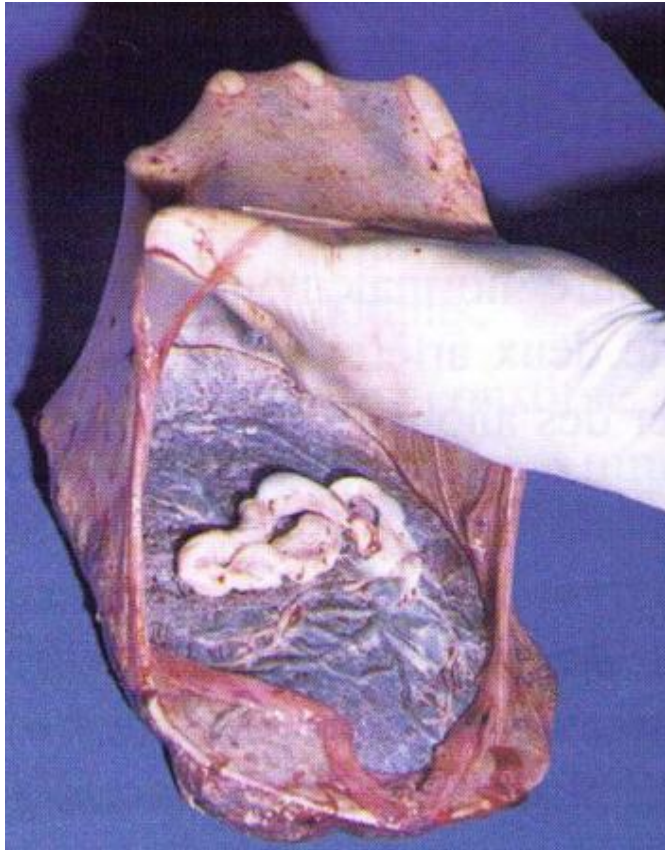
- se fait dans un délai de 30 minutes après la naissance. Son étude clinique fait distinguer 03 étapes successives :
- Phase de rémission: immédiatement après la naissance et d'une durée de 10 à 15 minutes : disparition des CU douloureuses, absence d'hémorragie, l'utérus est ferme rétracté sous l'ombilic.
- Phase de décollement : reprise des CU , 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 .Il n'y a pas d'hémorragie.



# LA DÉLIVRANCE



# EXAMEN DU DÉLIVRE



# CONCLUSION

- L'accouchement est un mécanisme complexe .
  - L'engagement dans un Ø oblique et la rotation intra-pelvienne sont des contraintes dues au fait que le bassin féminin obstétrical est un segment de tore.
  - Ce sont les contractions utérines qui vont permettre la dilation du col et la descente du mobile dans l'excavation pelvienne.
  - La confrontation céphalo-pelvienne n'est pas seulement une comparaison de Ø mais est dictée par les possibilités d'accommodation du mobile foetal.
  - La surveillance du travail est indispensable tant sur le versant maternel que foetal.
  - ne pas oublier la période des suites de couche (L'allaitement maternel , un moment privilégié pour aborder la question de la contraception)
- 