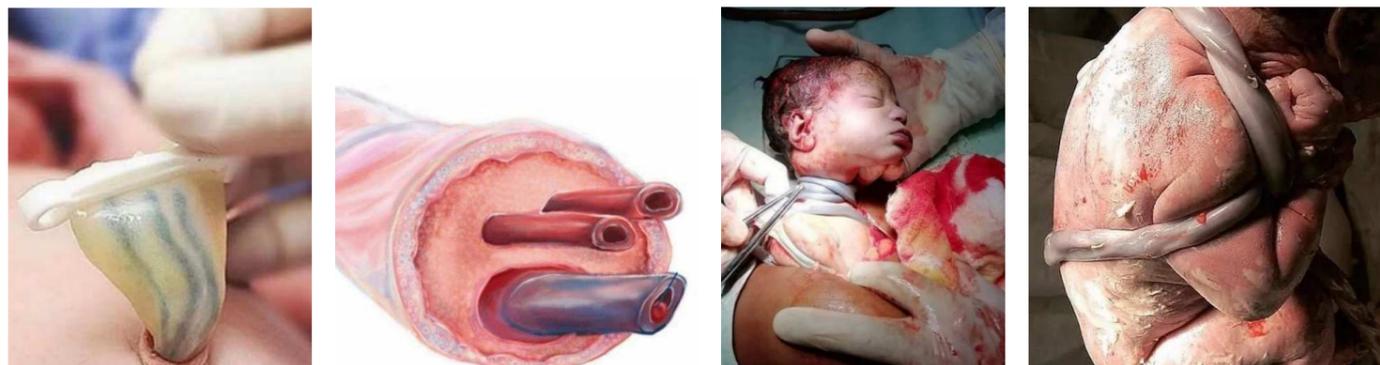
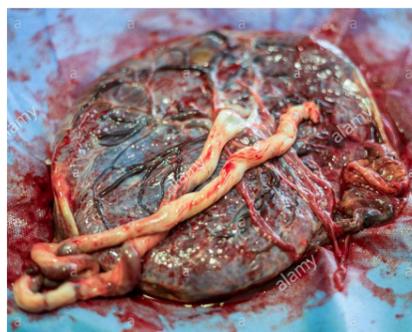


Deux cas de figure peuvent s'envisager : soit couper le cordon précocement (inférieur à 60 secondes), soit réaliser un clampage tardif du cordon (c'est à dire entre 1 à 3 minutes après la naissance, ou lorsque les pulsations à l'intérieur du cordon sont terminées). Attendre quelques minutes supplémentaires permettrait au bébé de mieux gérer la transition entre l'oxygénation strictement placentaire pré-accouchement et la respiration en air ambiant post-accouchement. Cette option offre plus d'avantages lorsque l'enfant est prématuré. L'organisation mondiale de la santé se positionne elle du côté de ceux qui sont favorables d'attendre, et de réserver le clampage du cordon qu'aux situations d'urgence.



## La délivrance

La fin de l'expulsion annonce une pause physiologique d'environ 10 à 15 minutes avant que les contractions ne reprennent. Le corps doit évacuer le placenta, organe nourricier devenu inutile pour les deux organismes. Cette période appelé délivrance, doit survenir dans les 30 minutes qui suivent. Elle est passive, en aucun cas on ne doit tirer sur le cordon. Il est annoncé par un allongement du cordon dépassant de la vulve. Ce procédé est physiologiquement sanglant, entre 100 et 300 ml, mais au-delà de 500 ml, c'est l'hémorragie de la délivrance. Au-delà d'un litre perdu, c'est une hémorragie grave. C'est la principale cause de mortalité maternelle. Il est indispensable de placer le sac de recueil des pertes sanguines après l'expulsion du nouveau-né afin de quantifier les pertes. Le placenta doit se conserver pour examen visuel.



Source image : <https://www.alamy.com/>

## C'est APRES, dans la période EUPHORIQUE que les problèmes peuvent survenir

### Le score d'Apgar.

Sources Image : <https://www.futura-sciences.com> - <http://www.facebook.com>  
Sources : <http://campus.cerimes.fr/> - <https://www.grepmed.com/>

La première évaluation du nouveau-né peut se faire rapidement avec un outil de *scoring*. Le score d'Apgar est issu du nom de Virginia Apgar, médecin anesthésiste qui le décrit pour la première fois afin d'évaluer les capacités d'un nouveau-né à s'adapter à la vie extra utérine, et particulièrement à respirer. Il consiste à évaluer cinq critères et d'y attribuer 0, 1 ou 2 points et reflète la fonction circulatoire et respiratoire ainsi que l'état neurologique du nouveau-né. La francisation du score d'Apgar engendre alors un acronyme de 5 lettres pour A.P.G.A.R., avec un signe mnémotechnique associé (tableau). Cette évaluation se fait à 1 minute de vie, à 5 minutes de vie et peut se renouveler à 10 minutes de vie si l'état de santé initial n'était pas satisfaisant. Pour être considéré comme normal, le score d'Apgar doit être supérieur à 7 points. A l'inverse, un score inférieur à 3 demande une prise en charge de réanimation du nouveau-né.



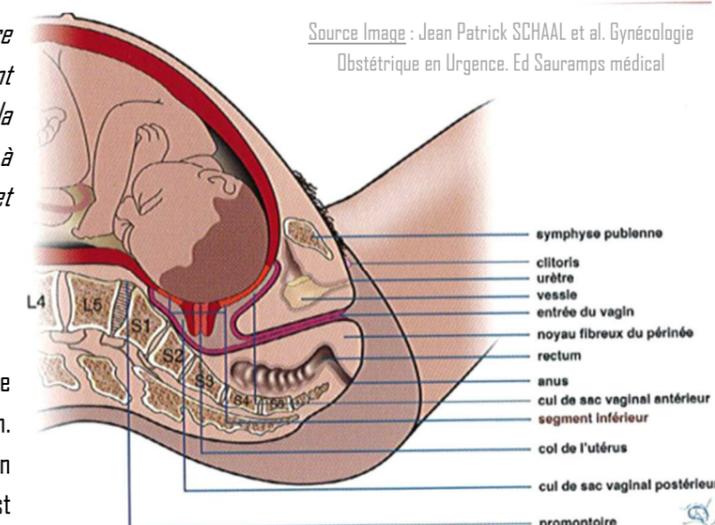
	0	1 Point	2 Points
<b>A</b> Apparence	Bleu partout	Extrémités décolorées, tronc rose	Peau normale, rosée
<b>P</b> Pouls	Absent	Lent	Rapide
<b>G</b> Grimace	Aucune réponse	Réagit aux stimulations	Pleure et touse
<b>A</b> Activité	Mou	Quelques flexions ou étirements	Mouvements actifs
<b>R</b> Respiration	Absente	Faible / irrégulière	Bonne et le bébé pleure

On se retrouve le mois prochain pour...Le monoxyde de carbone

Avec la collaboration de Marion COMASTRI, Sage-Femme

## L'accouchement Partie 2

Le bulletin précédent abordait le thème de l'accouchement, la première partie traitait essentiellement sur la prise d'informations permettant de décider s'il était préférable de transporter la parturiente sur la maternité ou s'il était préférable de rester à domicile et de procéder à l'accouchement. A la fin du numéro les protagonistes étaient prêts et bébé n'avait plus qu'à pointer le bout de son nez.



Source Image : Jean Patrick SCHAAL et al. Gynécologie Obstétrique en Urgence. Ed Sauramps médical

### Le déroulement de l'accouchement :

Bébé arrive! Soit la parturiente a pu être emmenée en salle d'accouchement, soit elle a été installée confortablement à la maison. L'équipe est prête, s'est réparti les rôles. Rappelons que lors d'un accouchement normal aucune assistance médicale spécifique n'est nécessaire. Il est plutôt question d'accompagnement à la naissance. L'accouchement peut commencer, il va se dérouler en plusieurs phases...

### La dilatation :

Ce qui amène généralement une future mère à la maternité, c'est la présence de plus en plus fortes et de plus en plus rapprochées de contractions. Simultanément, sous l'influence des contractions, le col de l'utérus va préparer le passage du fœtus. Cette préparation diffère selon la parité (primipare ou multipare) de la mère. Le col se raccourci, se ramolli, s'ouvre, il devient de plus en plus fin et le relief cervical disparaît petit à petit au toucher vaginal. D'abord en position postérieure et centrée, comme lorsqu'une tête doit franchir un col roulé. La dilatation est progressive jusqu'à 10 cm. Lors du toucher vaginal, le col admet progressivement «deux doigts», puis «deux doigts larges», puis en espaçant les deux doigts, on estime la largeur du col en centimètres (3 cm, 5 cm...jusqu'à 10 cm). Ce phénomène qui peut durer entre 5 à 10h chez une primipare, mais peut se voir raccourci entre 2 et 4 heures chez une multipare. La rupture de la poche des eaux intervient à n'importe quel moment. Cela peut être un facteur pouvant accélérer le processus, surtout chez les multipares. Dans l'idéal, une seule personne communique avec la mère, l'objectif est qu'elle puisse «s'accrocher» à une seule voix.

# NE PAS demander de POUSSER tant que la tête n'est pas visible au périnée

## La présentation :

Sources : <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item22/site/html/cours.pdf>  
[http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/presentation\\_du\\_siège\\_vas-nb\\_valide.pdf](http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/presentation_du_siège_vas-nb_valide.pdf)  
<https://www.institut-numerique.org/>

La présentation désigne la partie du fœtus qui s'engage en premier dans le bassin. La mécanique obstétricale consiste à prendre en compte les parties anatomiques de l'enfant avec les obstacles du bassin maternel. La plupart des présentations sont longitudinales, en céphalique ou podalique et exceptionnellement transversales. La première partie que l'on sent à l'examen, permet aux personnes les plus aguerries de déduire l'orientation de la présentation fœtale et donc la technique de sortie appropriée. Les professionnels de l'obstétrique peuvent également avoir recours à d'autres techniques d'examen et de palpations, notamment lorsque l'accouchement est dystocique (accouchement qui ne se déroule pas normalement).

### La présentation tête en premier (céphalique) :

C'est le scénario qui se produit dans la majeure partie des cas (96 %). La tête se présente en premier. En l'absence de problème avec le cordon, sinon il faut essayer de le dégager prudemment, la technique consiste ensuite à libérer les épaules. Face à un bébé de grosse taille, la maman peut également être installée à quatre pattes (position de Gaskin).

**La présentation en siège (podalique) :** Elle peut se produire dans environ 4 % des cas. Les causes d'une position en siège peuvent être multiples (prématurité, congénitale, multiparité...). L'orientation du sacrum détermine l'orientation, en fonction de deux axes : l'axe droite/gauche et l'axe antérieur/postérieur.

### L'expulsion :

Prenons le scénario d'un accouchement en présentation céphalique, qui est la situation la plus courante. Le contact de la tête du bébé avec le périnée déclenche l'envie de pousser. Cette envie de pousser, potentialise l'effet de la contraction utérine. Il peut être judicieux de garder quelques compresses entre le vagin et l'anus, l'évacuation de selles est très fréquente dans cette situation. Plus que n'importe quel geste extérieur à réaliser, le conseil et l'accompagnement de la maman est essentiel.

### Conseils à donner à la maman :

En position sur le dos, si besoin jambes relevées. A chaque contraction, prendre une inspiration, bloquer le souffle et souffler le plus fort possible en poussant. Pour plus d'effet, il est possible de tirer avec ses bras sur ses genoux (comme pour ramer) et remonter la tête.

## EN AUCUN CAS, on ne doit TIRER sur la tête, une main, un pied, le cordon...

La mécanique d'expulsion est alors une succession d'étapes du fœtus pendant lesquelles il va adopter – ou il doit être aidé à adopter – une position propice au passage du bassin et du périnée.

Axe	Type	Variété	Repères		Danger
			Abdominal	Toucher vaginal	
Longitudinal	Céphalique	Sommet	Bruits du cœur perçus dans les cadrans inférieurs. Ballotement sus-pubien de la tête	Fontanelle postérieure	Voie basse possible
		Front		Nez	Enclavement
		Face	Coup de hache	Menton	Mento-antérieure Voie basse possible
	Siège	Siège complet	Bruits du cœur perçus dans les cadrans supérieurs. Ballotement de la tête au niveau du fond utérin	Sacrum, pied	Rétention de la tête dernière Relèvement des bras Rotation du dos en arrière Procidence du cordon
		Siège décompleté		Sacrum	
		Transversal		Acromion (Excavation vide)	Epaule négligée Enclavement Procidence du cordon

Source Image : Jean Patrick SCHAAL et al. Gynécologie Obstétrique en Urgence. Ed Sauramps médical



<b>La descente et l'expulsion de la tête</b>	La tête est en flexion. Quand la tête est visible, une main s'applique pour contrôler l'expulsion qui risquerait de déchirer le périnée si elle est trop rapide. Quand la tête est sortie d'environ 10 cm et que le front est visible, la mère peut arrêter de pousser et expirer pendant les phases de contraction. Il faut diminuer l'intensité de la poussée, et faire sortir la tête millimètre par millimètre en essayant au maximum de protéger le périnée.
<b>La restitution</b>	Le bébé effectue une rotation spontanée, la « restitution », pour engager ses épaules ; cette rotation douce peut être accompagnée par l'opérateur en respectant le sens pris spontanément. Vérifier la présence d'un cordon serré autour du cou en passant ses doigts. Si le cordon est lâche, tenter de le passer autour du cou. Si le cordon est serré, il faut le clamber et le couper.
<b>Le dégagement de l'épaule antérieure</b>	Prendre délicatement la tête du bébé à deux mains puis diriger la tête vers le bas (respecter l'axe ombilico-coccygien) pour dégager l'épaule antérieure de sous la symphyse pubienne. Injecter 5 U.I. d'Oxytocine en I.V.D. pour prévenir de l'hémorragie de la délivrance.
<b>Le dégagement de l'épaule postérieure</b>	Se positionner un genou à terre de façon à pouvoir contrôler le dégagement de l'épaule postérieure tout en gardant une visibilité sur le périnée. Mouvement ascendant pour dégager l'épaule. Ne plus faire pousser la patiente au moment du dégagement de l'épaule postérieure.
<b>L'expulsion</b>	Placer le nouveau-né sur le ventre de sa mère, le stimuler, le sécher et le couvrir. <b>NOTER L'HEURE !</b> Evaluer le score d'Apgar

Source : <https://slideplayer.fr/slide/3372009/>



Lorsque le bébé sort du ventre de la mère, il est NU et MOUILLE.

Son environnement vient de perdre 15°C

## ATTENTION à l'HYPOTHERMIE, penser au PEAU à PEAU



### Le cordon ombilical : un dilemme.

Source : <https://www.vulgaris-medical.com/> - <https://www.who.int/fr/> - Source images : <http://www.facebook.com/>

Une fois le fœtus sorti du ventre de la mère, il devient nouveau-né. Il acquiert par réflexe son adaptation à la vie extra-utérine, et rend alors inutile le cordon ombilical qui le reliait à la maman. Pour rappel, le cordon ombilical est l'organe qui relie le fœtus à la maman, via le placenta. D'une longueur avoisinant les 50 cm, il se compose de trois vaisseaux sanguins : une veine qui alimente le fœtus et deux artères, qui ramènent le sang appauvri en oxygène et en nutriments vers la mère.