

AVB physiologique en présentation du sommet

Pré-requis:

- ➔ connaître la **présentation**
- ➔ connaître la hauteur de l'**engagement**
- ➔ patiente installée en position obstétricale
- ➔ **vessie vidée** avant le début des efforts expulsifs

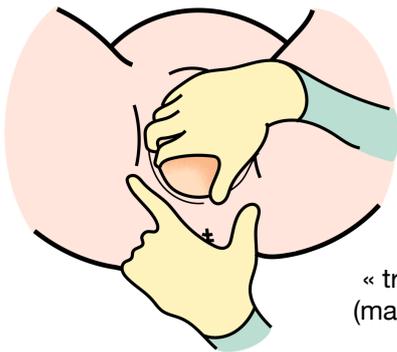
Technique:

NB: les **efforts expulsifs** sont débutés une fois que la **dilatation cervicale** est **complète** et le **foetus engagé** (partie moyenne ou basse le plus souvent, partie haute si des anomalies du rythme cardiaque foetal nécessite une naissance rapide).

1. Demander à la patiente de **débuter les effort expulsifs** soit lorsqu'elle en ressentira le besoin soit lorsqu'il semblera nécessaire à l'opérateur de les débiter.

NB: Il existe 2 types de poussée:

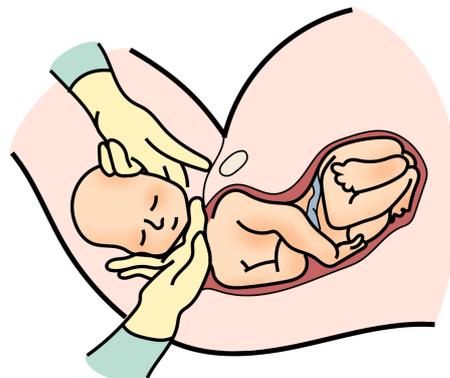
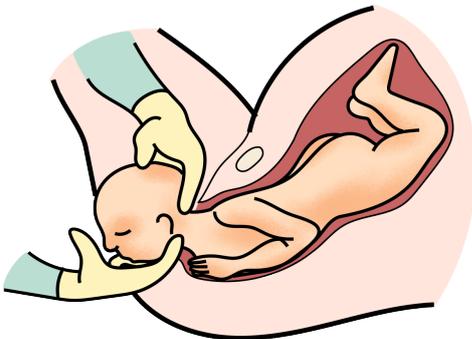
- 1) « **A glotte fermée** » : la patiente retient son expiration pendant la poussée
 - 2) **En soufflant** : la patiente expire en soufflant pendant la poussée
- ☞ Lors d'une contraction utérine, répétées à **3 reprises** successives, en reprenant une grande inspiration entre chacune d'elles.



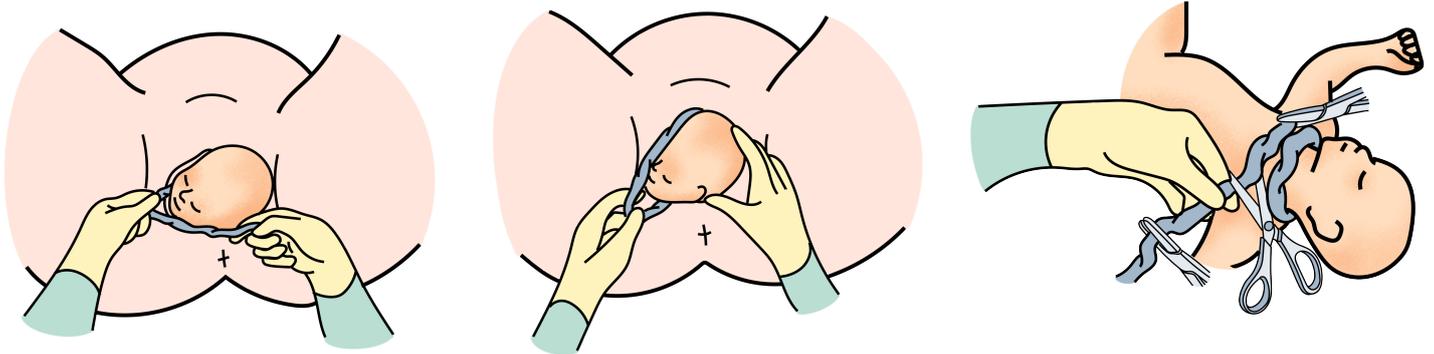
2. Lorsque le sommet de la tête foetal (**petit couronnement**) apparaît à la **vulve** et que le **périnée** commence à se **distendre**, l'opérateur va placer une **main à plat sur la présentation** et exercer une légère **pression** de façon à éviter que l'expulsion ne se fasse de manière trop brutale (« bouchon de bouteille »). De façon simultanée l'opérateur va signaler à la patiente qu'il faut **diminuer voire stopper les efforts expulsifs**

NB: l'opérateur peut aider la déflexion de la présentation en effectuant une légère « traction » de l'occiput vers la symphyse pubienne ou en « crocheter le menton » (manoeuvre de Ritgen)

3. Lorsque le plus grand diamètre céphalique (**grand couronnement**) franchit le **périnée**, l'opérateur va utiliser son autre main pour **soutenir le périnée** en l'abaissant délicatement (à l'aide de son index et de son pouce) pour venir faire apparaître le front puis le reste du visage
4. Une fois dégagée, la tête subit un mouvement de rotation de **restitution**, qu'il faut **accompagner** en saisissant la tête à deux mains et en amenant l'occiput du côté du dos foetal



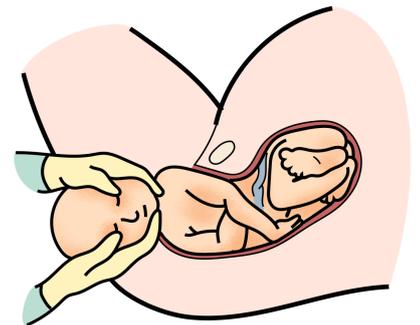
NB: si il existe un circulaire du cordon, il faut le libérer +/- le sectionner entre deux pinces lorsqu'il est trop serré



5. **Saisir la tête foetale** avec ses deux mains, en positionnant son index et son médium en avant de part et d'autre du cou (appui sur le maxillaire inférieur) et son pouce en arrière (appui sur l'occiput) pour venir effectuer un mouvement d'**abaissement** et de **traction vers le bas** de façon à venir **dégager l'épaule antérieure**. Un **effort expulsif** maternel concomitant sera le bienvenu.

NB:

- il est possible de réaliser une manoeuvre de **Couder** à ce moment
- la **délivrance dirigée** (5 UI intraveineuses en bolus d'ocytocine – Syntocinon) doit être réalisée systématiquement lors du dégagement de l'épaule antérieure +++



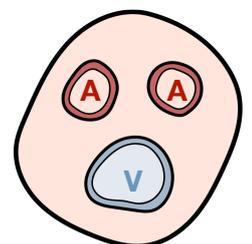
6. La **traction** est ensuite progressivement portée **vers le haut**, à l'aide d'une seule main, pour **dégager l'épaule postérieure**. L'autre main sera positionnée de la même façon que lors du dégagement du pôle céphalique de façon à **protéger le périnée**.

7. Lorsque les épaules sont dégagées, on exerce une **traction** directement **vers soi** pour **dégager le tronc et les membres inférieurs**.

8. Le **bébé** est posé sur le **ventre de sa mère** et recouvert d'un champ stérile

9. **Couper le cordon** entre deux pinces (par l'accoucheur ou par le père de l'enfant) +/- effectuer un petit prélèvement de sang au niveau d'une artère ombilicale pour obtenir le pH

10. La **délivrance spontanée** du placenta est obtenue dans les **30 min** suivant l'accouchement



Coupe transversale du cordon