

Délivrance et DARU

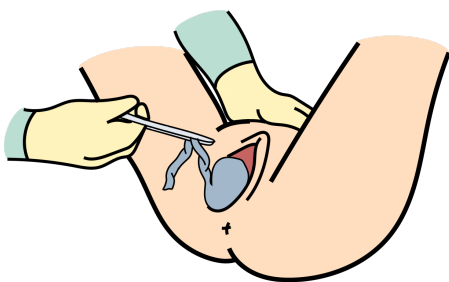
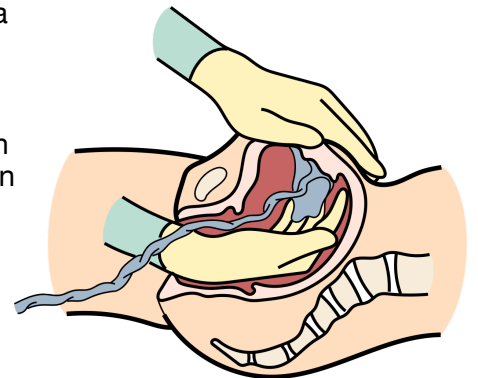
Délivrance Artificielle avec Révision Utérine (DARU)

Définitions:

- ♦ « **Délivrance physiologique** »: le placenta se décolle **spontanément** grâce aux **contractions** physiologiques de l'utérus ainsi qu'à sa rétraction, parfois aidé par des efforts de **poussée** maternelles
- ♦ « **Délivrance Artificielle** »: lorsque le placenta **ne se décolle pas** dans un délai de **30 min** après l'accouchement ou bien que les **saignements** sont trop **abondants** et nécessitent une intervention avant d'attendre les 30 min de délai
- ♦ « **Délivrance dirigée** »: injection de syntocinon lors du dégagement de l'épaule foetale dans le but d'accentuer les contractions utérines physiologiques et diminuer les risques d'hémorragie du post-partum

Technique:

1. Vérifier l'heure du dernier **sondage évacuateur** et le réaliser si besoin
2. +/- **antibioprophylaxie** (cf protocole de chaque service)
3. Mettre des **gants spécifiques** à la DARU
4. **Désinfection/lubrification** de la vulve et de la main dominante à la Betadine
5. La **main dominante** va remonter dans l'utérus en suivant le cordon et venir se placer petit à petit sur la face maternelle du placenta afin de le **décrocher** progressivement
6. La **main abdominale** se place sur le **fond utérin** afin de l'abaisser en direction de l'hypogastre



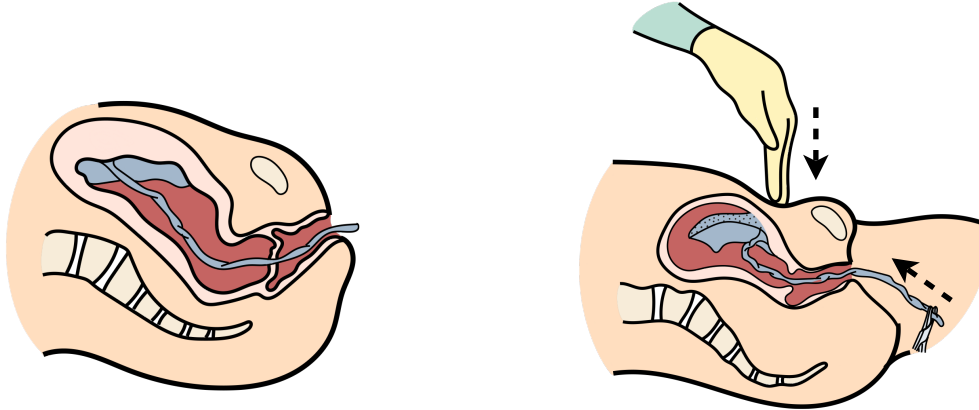
7. Une fois le placenta décollé, le **ramener à la vulve sans tirer dessus!** (Risque d'inversion utérine)

8. Vérification de l'**intégralité du placenta** et des membranes
9. Si il existe un **doute** sur un cotylédon ou des membranes persistantes en intra utérin ou bien un saignement actif, refaire une **révision utérine**
10. Une fois la **vacuité** obtenue injection de **syntocinon** (dose selon protocole de service) **main** présente en **intra utérin** afin de s'assurer de la bonne contraction de l'utérus
11. Il faut obtenir un bon **globe utérin** en fin d'intervention (fond utérin retractoré sous l'ombilic)



Astuces:

- **Manoeuvre de refoulement**: faire un **appui sus pubien léger** afin d'évaluer le **décollement** du placenta, lorsque le **cordon remonte** à la vulve c'est qu'il n'est probablement **pas** encore totalement **décollé**, à l'inverse si le cordon **ne bouge pas** c'est probablement que le placenta est **décollé** (attention il arrive parfois que le cordon bouge à la pression sus pubienne bien qu'il soit décollé, cela correspond au phénomène d'enchatonnement! il faudra alors essayer d'appliquer une légère pression sur le fond utérin ou bien aller le chercher en faisant une DARU)



- Lorsqu'un **léger filet de sang** réapparaît au niveau vulvaire, après l'accouchement (environ 15-20 min), cela veut probablement dire que le placenta est **en train de se décoller** (attention à ne pas négliger un saignement d'origine cervico-vaginale toutefois)
- Pour éviter qu'une partie des membranes ne restent dans la cavité utérine il faut positionner le **placenta** (une fois sorti) en position **déclive** par rapport à la vulve (**sans tirer !**) tout en le faisant **tourner sur lui même**, si un **bout de membranes** semble **se détacher** il ne faut pas hésiter à l'attraper avec une **pince** !

Proposition de CRO type

DARU

Patiente: NOM, Prénom, Date de naissance

Date de l'intervention

Nom de l'opérateur

Nom de l'aide opératoire

Nom de l'anesthésiste

Indication de la DARU (hémorragie, non délivrance 30 min après l'accouchement)

Technique:

Présence ou absence d'une anesthésie **péridurale** (recommandée)

Antibioprophylaxie : Céfazoline 2g IV / Amoxicilline 2g IV (recommandations de la SFAR)

Sondage évacuateur (si saignements < 500 mL sinon sondage à demeure)

Délivrance artificielle complète / incomplète avec révision utérine (nombres de passage endo-utérins réalisés)

Injection de **SYNTOCINON** (nombres d'UI IVD et d'UI IVL) +/- recours à d'autres urétérotoniques

Bon **globe utérin**

Pertes sanguines totales: *** mL

Inversion utérine puerpérale

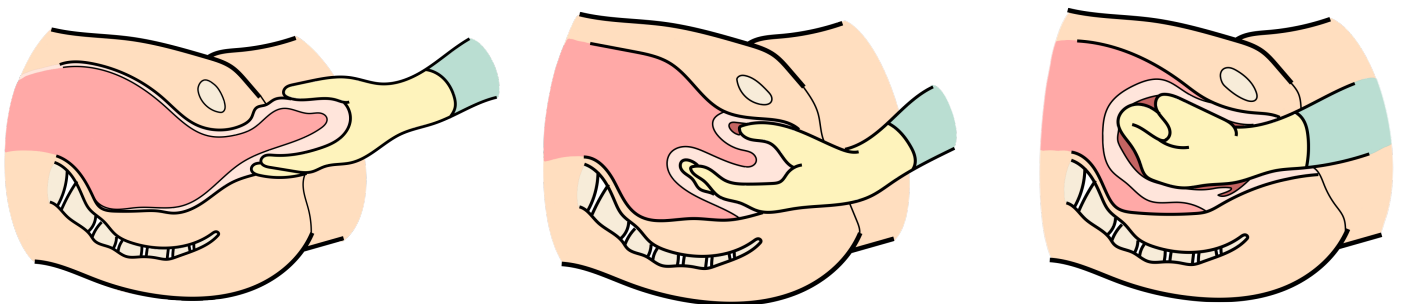
Définition: **retournement de l'utérus** en doigts de gants = invagination utérine

- Très **rare**: 1 pour 100 000 accouchements en France
- **Grave** ++ avec mise en jeu du pronostic vital (risque de **choc hypovolémique** par hémorragie cataclysmique)

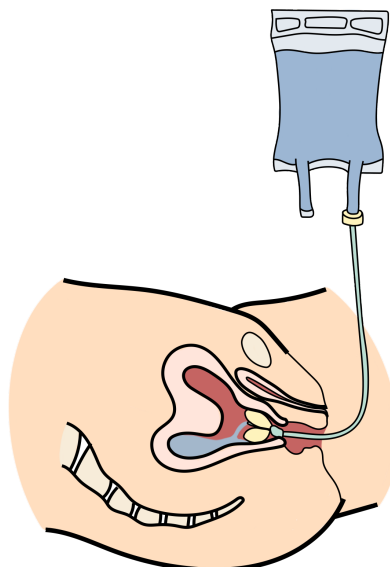
Diagnostic différentiel : fibrome accouché par le col ++, prolapsus utéro-vaginal, atonie sévère de l'utérus

Prise en charge:

- **TTT** médical du **choc hypovolémique**
- **Antibiotique** (*triple antibiothérapie possible: amoxicilline + métronidazole + gentamicine*)
- **Utéro-relaxants** (sulfate de magnésium 2 à 4 g en IV, sulfate de terbutaline 0,25 mg en bolus IV, nitroglycérine)
- **Antalgiques** voire **anesthésie générale**
- **Réduction non chirurgicale:**
 - * **Manuelle = procédé de Johnson**: **empaumer** à pleine main le **fond utérin** et le **remonter** en bloc dans la cavité abdominale jusqu'au niveau de l'ombilic. Maintenir cette position pendant **3 à 5 minutes**



- * **Hydraulique = technique d'O'Sullivan**: **remplir le vagin**, à l'aide d'une canule positionnée dans le cul de sac vaginal postérieur, avec deux litres de **sérum physiologique chaud** à 50°C pendant **5 minutes**, la vulve étant fermée hermétiquement

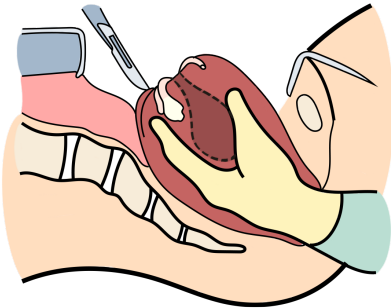


- **Réduction chirurgicale:**

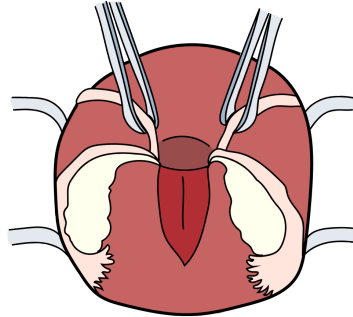
- * **Intervention de Huntington** (laparotomie): réaliser une **traction à l'aide de pinces** placées les unes après les autres, sur le fond utérin, à mesure que l'on désinvagine l'utérus

- * **Intervention de Hautain** (laparotomie): hystérotomie médiane postérieure sur 5-6 cm si anneau cervical serré

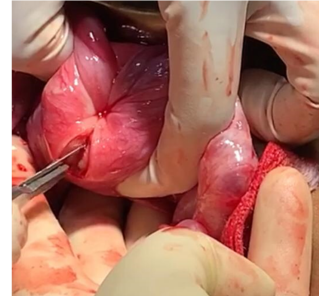
①



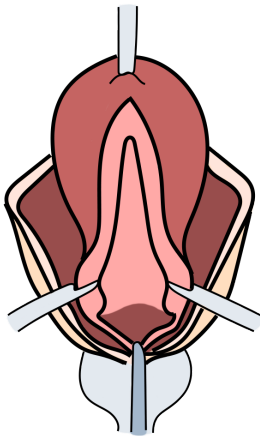
Vue de profil en laparotomie
Hystérotomie médiane postérieure



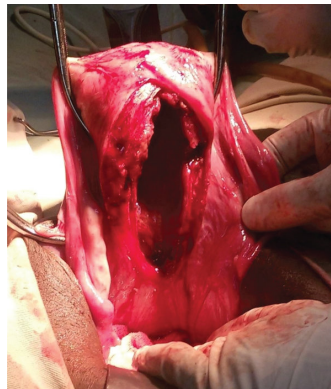
Vue de haut en laparotomie
Hystérotomie médiane postérieure



②



Vue de haut en laparotomie
Utérus inversé



③



Vue de haut en laparotomie
Hystérotomie suturée

- * **Intervention de Spinelli** (voie basse): **colpo-hystérotomie médiane antérieure** après décollement vésico-utérin

- * **Dernier recours:** **hystérectomie** d'hémostase

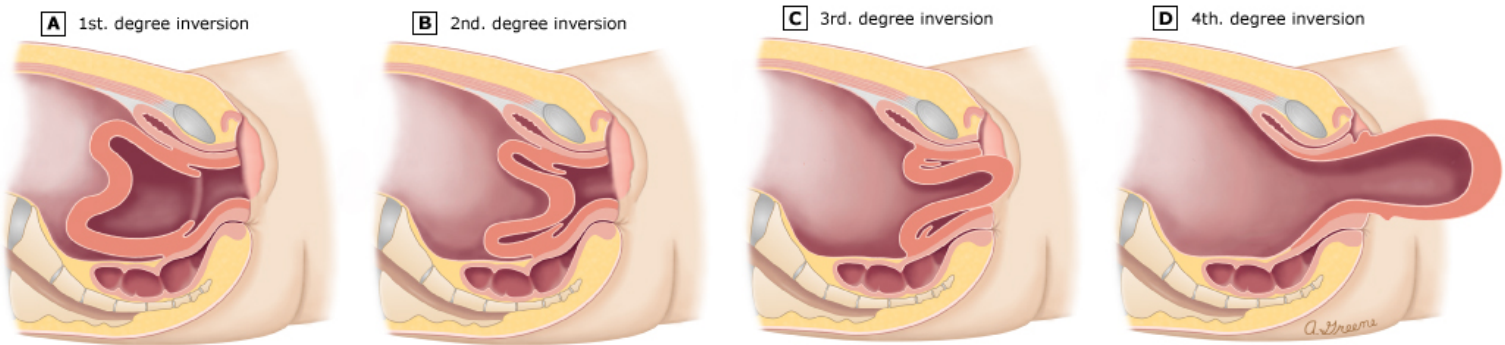
NB: ces méthodes se réalisent avec le **placenta en place** sauf si celui-ci génère une gêne au repositionnement de l'utérus

- **DARU**
- Suivi d'un traitement **urétérotonique** (Nalador, Syntocinon)
- **Surveillance** rapprochée ++ en réanimation

A titre indicatif:

Plusieurs stades anatomiques sont décrits en fonction de la localisation du fond utérin:

- Stade I: le fond utérin est déprimé en cupule sans atteindre l'orifice cervical
- Stade II: l'utérus retourné franchit l'orifice du col
- Stade III: le corps utérin se trouve dans le vagin et peut s'extérioriser
- Stade IV: inversion totale avec participation des parois vaginales au retournement



En France on parle aussi de degré d'inversion utérine

- Degré incomplet (a): le fond de l'utérus s'inverse sans hernie au niveau cervical
- Degré complet (b): la paroi interne du fond utérin traverse l'orifice cervical

