

UNIVERSITE DE LILLE
Faculté de Médecine

La délivrance dirigée assistée par acupuncture

Mémoire présenté par Philippe AGLAVE
Diplôme Inter Universitaire d'Acupuncture Obstétricale
Année 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
PREMIERE PARTIE	
I La délivrance et les hémorragies du post-partum.....	6
A / La délivrance, phénomène naturel avant tout... ..	6
B / la délivrance vue par la Médecine Chinoise.....	8
C / Pourquoi diriger les délivrances ?	9
D / Les petits inconvénients de la délivrance dirigée	11
DEUXIEME PARTIE	
I L'acupuncture dans l'aide à la délivrance du placenta.....	14
1 / Etude de la littérature.....	14
A / Etudes menées.....	14
B / Mémoires.....	14
C / Livres.....	15
TROISIEME PARTIE	
I Présentation de l'étude.....	18
1 / Contexte.....	18
2 / Conditions de déroulement de l'étude ; choix de l'échantillon.....	19
3 / méthodologie, hypothèse, et recueil des données.....	19
II Choix des points utilisés.....	20
III Résultats.....	23
1 / les données recueillies.....	23
2 / Pourcentage de délivrances artificielles « opposable ».....	23
3 / Confrontation des résultats, analyse, discussion.....	24
CONCLUSION BIBLIOGRAPHIE ANNEXES.....	26

Lorsque je débutais le métier de Sage-Femme en 1997, les préoccupations du monde obstétrical, et des instances sanitaires, étaient orientées vers un objectif prioritaire, très important : Mieux prendre en charge l'hémorragie du post-partum, et, par là-même, faire diminuer la mortalité par décès maternels lors d'hémorragies du post-partum sévères.

Quelques années plus tard, et bien que toujours en voie de perfectionnement, cette amélioration de la prise en charge a porté ses fruits.

Les indicateurs épidémiologiques nous prouvent que les efforts consentis sont adéquats.

Pour prévenir ces hémorragies du post-partum, dont nous verrons que la majorité échappe à des facteurs de risque identifiables, on utilise la délivrance dirigée. Celle-ci consiste en l'injection d'un bolus d'ocytocine au moment de la naissance, elle a été généralisée à tous les accouchements courant des années 2000.

J'ai donc vu cette technique efficace devenir incontournable en salle de naissance, et ce à juste titre, puisque cette mesure préventive, à elle seule, divise par 3 le risque d'hémorragies du post-partum sévères.

Bien qu'efficace, elle entraîne quelques désagréments mineurs : risque accru d'enchâtonnement et de rétention placentaire.

L'acupuncture peut à ce moment nous être secourable.

Nous verrons que l'aide à la délivrance est décrite par plusieurs acupuncteurs.

Le but de ce travail est de mettre en évidence les raisons pour lesquelles dans notre esprit, la délivrance doit être dirigée, et surtout d'explorer en quoi l'acupuncture peut tenter de nous aider à gommer les petits inconvénients de cette prévention par ocytociques.

Un essai clinique réalisé début 2016 dans l'établissement de Santé où nous exerçons sera décrit et commenté.

PREMIERE PARTIE

I La délivrance et les hémorragies du post-partum

A / La délivrance , phénomène naturel avant tout ...

La grossesse, la période du travail, l'accouchement, sont des phénomènes naturels ; surveiller ces différentes phases, pour le clinicien, c'est d'abord observer la nature en action. Et intervenir si besoin ...

Et la période de la délivrance, qui suit immédiatement celle de l'expulsion, est dans cette continuité.

Elle est définie comme « l'expulsion hors des voies génitales des annexes fœtales (placenta et membranes) » [1]

On décrit classiquement 3 phénomènes concomitants qui conduisent à ce résultat ;

1 / Décollement du placenta ;

Favorisé par la rétraction utérine brutale causée par l'expulsion fœtale, il en résulte un « enchatonnement physiologique », qui mécaniquement décolle le placenta.

2 / Phase de migration et d'expulsion du placenta ;

Les contractions utérines, qui continuent alors, expulsent le délivre vers le vagin, via le col.

3 / Phase de rétraction utérine ;

Elle est essentielle et fondamentale, car elle garantit l'absence d'hémorragie ; sans cette phase de rétraction utérine, la plaie placentaire resterait béante, et les vaisseaux utérins à fort débit, alimenteraient rapidement une hémorragie profuse.

Elle est conditionnée par la vacuité utérine, et par une contractilité utérine efficace qui constitue la « ligature vivante de Pinard », décrite dans les manuels d'obstétrique, véritable filet musculaire qui se referme, en ligaturant puissamment la plaie placentaire.

Que fait l'accoucheur lors de la phase de délivrance ?

On décrit ;

- La délivrance spontanée ;

La parturiente, encouragée par l'accoucheur, reprend les efforts expulsifs, et parvient par sa seule poussée, à expulser entièrement le délivre. (situation minoritaire)

- La délivrance normale ;

Le délivre est dans l'isthme du col, ou dans le vagin, et l'accoucheur, par quelque manœuvres externes simples, extrait le délivre hors des voies génitales (fig.1) .

C'est la situation la plus fréquente.

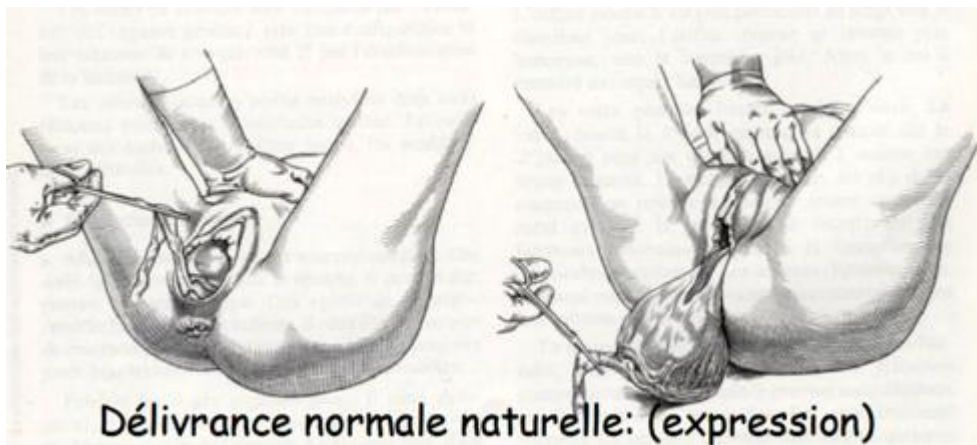


Figure 1

- La délivrance artificielle ;

On y recourt soit en cas d'hémorragie du post-partum, soit en l'absence de délivrance après 30 minutes d'expectative .

Elle consiste à introduire une main dans la cavité utérine, puis décoller et expulser manuellement le placenta.

C'est un geste invasif, qui ne doit être effectué que si il est justifié, car il présente plusieurs types de risques ;

- *Risque psychologique* , car ce geste est impressionnant et très souvent mal vécu par la mère, mais aussi par le père ou l'accompagnant.
- *Risque infectieux*, il est augmenté de fait, puisque malgré les mesures d'asepsie qui doivent accompagner le geste, et une antibioprophylaxie systématique, un geste endo-utérin augmente toujours le risque infectieux.
- *Risque hémorragique* , après une délivrance artificielle, les pertes sanguines sont majorées et le risque hémorragique est accru. (associé également au risque transfusionnel)
- *Risque lié à l'anesthésie* ; Si une anesthésie générale est nécessaire pour réaliser le geste, le risque anesthésique est très augmenté, compte tenu du risque accru d'inhalation bronchique (syndrome de Mendelson), et de l'œdème des voies aériennes supérieures chez la femme en travail. (Intubation difficile).

Il faut donc essayer de mettre tout en œuvre pour éviter de devoir recourir à la délivrance artificielle, y compris , nous le verrons, l'acupuncture .

B / La délivrance vue par la Médecine Chinoise ;

L'accouchement correspond, en Médecine Chinoise, à un déploiement d'énergie maximal, conduisant à l'expulsion fœtale (YANG à son apogée)

Au décours de l'expulsion, l'utérus est en vide (YIN), et ce déséquilibre brutal est moteur pour la mise en mouvement du placenta.

L'expulsion placentaire est rendue possible grâce au regain d'énergie qui suit une courte phase de rémission clinique.

On peut penser que ces courants énergétiques puissants sont corrélés à des applications thérapeutiques en acupuncture ; nous y reviendrons en seconde partie .

C / Pourquoi diriger les délivrances ?

Les recommandations pour la pratique clinique de 2004 le disent, de façon rétrospective ; durant les années 1990 – 2000, les hémorragies du post-partum ont constitué la principale cause de décès maternels évitables. [10]

Et en France, le taux de décès par cette hémorragie obstétricale a été au moins 2 fois supérieur à celui d'autres pays développés voisins !

Cette constatation ne pouvait pas rester sans réponses efficaces .

En effet, la raison pour laquelle on accouche plus à la maison, outre la prise en charge néo-natale, est bien celle-ci : toute naissance, tout accouchement, peut basculer et se transformer brutalement en péril vital par hémorragie .

Il existe, nous le savons, des facteurs de risque identifiés qui augmentent la probabilité de survenue d'une hémorragie du post-partum (gémellité, fœtus macrosome, coagulopathie maternelle, prééclampsie, ...), mais ces facteurs ne sont pas retrouvés dans 2 tiers des hémorragies sévères du post-partum. [11]

La principale cause d'hémorragie reste l'atonie utérine, dans 60 à 70% des cas. Suivent les lésions des parties molles (Col, périnée ..), la rétention placentaire partielle.

Face à ces constatations, les instances publiques (Haute Autorité de la Santé, ..), et les Sociétés Savantes (CNGOF(gynécologues Obstétriciens), SFAR (Anesthésistes Réanimateurs), CNSF (Sages-Femmes)) ont rédigé des recommandations précises et strictes qui ont peu à peu imprégné les équipes et amélioré la prise en charge ; [10, 11, 12]

Les principes de cette prise en charge concernent d'abord **la prise en charge initiale** de l'hémorragie du post-partum ;

- Avoir accès aux produits sanguins labiles dans un délai inférieur à 30 minutes pour tout établissement de Santé réalisant des accouchements.
- La présence sans délai de personnels formés et pouvant intervenir en cas d'hémorragie du post-partum.
- La présence en salle d'accouchement d'un protocole régulièrement mis à jour avec conduite à tenir en cas d'hémorragie
- L'obligation de quantifier les pertes sanguines dès la naissance avec un sac de recueil sous fessier . Si pertes supérieures à 500 ml, hémorragie.
- Causes des saignements à rechercher sans délai dès 500 ml, (5% des naissances), et avant si les pertes sont mal tolérées .
- Le facteur temps est primordial, pour éviter de basculer dans la cascade de la coagulation intra vasculaire disséminée, on synchronise donc :
 - Délivrance artificielle, si la délivrance n'est pas effectuée
 - Révision utérine à la recherche d'une rétention placentaire partielle.
 - Examen de la filière génitale sous valves
 - Expansion volémique et commande de culots globulaires.
 - En cas de suspicion d'atonie utérine, recours à des traitements utérotoniques de deuxième intention (sulprostone), par voie intra-veineuse.

Si l'état hémodynamique s'aggrave malgré la mise en œuvre de ces corrections, si l'hémorragie n'est pas maîtrisée, il faut pouvoir recourir à la radiologie interventionnelle (embolisation) ou à la chirurgie d'hémostase . (hystérectomie)

Mais ces principes concernent aussi la **prévention** de l'hémorragie du post-partum, au moment de l'accouchement .

Il est très clairement recommandé une prise en charge **active** lors de cette troisième phase de l'accouchement, la nature est bien faite, mais on se doit à ce moment-là de l'accompagner .. [10]

La prise en charge active passe, outre le clampage précoce du cordon et la traction contrôlée sur ce dernier, par l' injection d'un bolus d'ocytocine (5 Unités Internationales) au moment précis du dégagement de l'épaule antérieur du fœtus. Ces actions constituent la délivrance dirigée, dont

l'injection d'ocytocine est le pilier. Cette prise en charge a fait chuter le taux d'hémorragies sévères de 60 %.

Il fallait étendre cette stratégie activiste à tous les accouchements, deux tiers d'entre les hémorragies survenant hors facteurs de risque.

Ces mesures prophylactiques efficaces ont obtenu de bons résultats, puisque la mortalité par hémorragies du post-partum a nettement diminué, la France présente maintenant des taux comparables aux pays voisins, et une situation meilleure qu'aux Pays Bas et aux USA, pour lesquels ce taux est en hausse .. [14]

Ces résultats ne laissent pas de place pour le doute et les recommandations de 2014 l'affirment à nouveau : « l'administration préventive d'utérotoniques est efficace pour réduire l'incidence des hémorragies du post-partum, et l'ocytocine est le traitement à privilégier . » (grade A)

Donc il est nécessaire de diriger toute délivrance. [11]

D / Les petits inconvénients de la délivrance dirigée .

On retrouve parmi les inconvénients, aussi bien en situation clinique que dans la littérature, un risque accru d'enchâtonnements placentaires et de rétention, situations pour laquelle le placenta se trouve incarcéré dans l'utérus.

Il y a donc dans ce cas, et après les 30 minutes de délai suivant la naissance, nécessité de réaliser une délivrance artificielle, geste rendu plus délicat à cause de la contractilité accrue de l'utérus obtenue pharmacologiquement.

Des parutions montrent que le taux de délivrances artificielles peut être multiplié jusqu'à 3,7 fois si on utilise des utérotoniques pour diriger la délivrance. [12]

Cette technique, très intéressante pour diminuer le taux d'hémorragies du post-partum sévères, et réduire le délai naissance-délivrance, présente l'inconvénient de conduire plus souvent à la délivrance artificielle.

Nous savons que plusieurs auteurs ont utilisé l'acupuncture pour faciliter la délivrance ; ces solutions peuvent-elles être secourables, dans le cas de non

décollement placentaire, ou d'enchâtonnement, en tous les cas de délivrances délicates à conduire ?

Explorons donc les travaux de différents auteurs et répertorions les points possiblement efficaces décrits par les auteurs.

DEUXIEME PARTIE

I L'acupuncture dans l'aide à la délivrance du placenta

1 / Etude de la littérature

A / études menées

- Les auteurs d'une étude Danoise menée en 1998, sur 75 patientes, ont utilisé 67V et 3VC en cas de rétention placentaire, pour éviter les délivrances artificielles, avec un certain succès. Les délivrances n'étaient pas dirigées ; l'étude était rétrospective, non randomisée. [5]

Le recours à l'acupuncture était utilisé après une période de 30 minutes d'expectative sans obtenir de délivrance normale.

AM.et PJ.Chauhan , C. Gasser concluent en affirmant que « l'acupuncture est une méthode simple, sûre, saine et efficace pour traiter la rétention placentaire »..

- Plus récemment, en 2014, à Zagreb, en Croatie, I.Djabovic et N.Bilic utilisent 16Rn et 6Rte après 30 minutes d'expectative, avec un échantillon de 70 patientes. [6]

Les délivrances étaient dirigées.

Ils obtiennent 77 % de succès.

« L'acupuncture facilite le décollement placentaire, mais des études plus larges sont nécessaires. »

B / Mémoires ;

Les Mémoires de fin d'études du Diplôme Inter Universitaire en Acupuncture Obstétricale apportent leur contribution ;

C.Dumortier et S.Mollet, en 2013, de l'équipe de la Maternité Paul Gellé, de Roubaix, étudient l'impact de 16Rn et 6 Rte sur 29 patientes, en comparaison à la délivrance dirigée par ocytocine . [9]

L'acupuncture permet, selon cette étude, de « réduire le délai de la délivrance, la quantité de saignements, et de ce fait le nombre d'hémorragies de la délivrance . »

C.Chable, en 2011, à la Maternité de Metz, étudie l'impact d'un point hors méridien, le point DU YIN, dont parle Zita WEST dans son ouvrage « *Acupuncture in pregnancy and childbirth* ». [8]

DU YIN est situé sur la face plantaire du 2^{ème} orteil, au milieu du pli transverse de l'articulation interphalangienne distale, et connu pour traiter la rétention placentaire.

Zita WEST préconise 3VC, 21VB (connu pour son effet « piston »), 60V, 4GI, 6Rte, DU YIN, 4VC, 6VC.

C.Chable utilise DU YIN seul sur les délivrances physiologiques sans apport d'ocytocine pendant le travail, et pour réduire le risque d'enchatonnement placentaire elle utilise la combinaison DU YIN, 60V, 2VC, et 67V. Elle obtient des résultats comparables entre le groupe délivrance dirigée par ocytociques et le groupe délivrances par acupuncture.

C / Livres ;

Berthe Salagnac, dans « *Naissance et acupuncture* », préconise, pour accélérer la délivrance 36 E, 67V, 6VC en tonification. [4]

Christian Rempp utilise 4GI, 6Rte, 4VC en tonification vers 3VC.

Annabelle Pelletier-Lambert, dans son ouvrage « *Acupuncture et obstétrique* » [3] distingue deux tableaux cliniques qui peuvent se rencontrer dans les « difficultés de la délivrance » :

- Un tableau d'épuisement par atonie utérine pour lequel elle préconise 4GI, 6Rte, pour faire circuler sang et qi, 4VC nourrit le sang et régularise l'utérus, 60V et 67 V luttent contre la rétention placentaire
- Un tableau de froid, avec hypertonie utérine, dans lequel elle préconise : 60V associé à 4VC, 8F et 36 E pour tonifier le qi.

Quand nous faisons l'étude de cette bibliographie, confrontée aux habitudes des équipes en matière de prise en charge de la troisième phase de travail - la délivrance - , nous pouvons poser deux constats :

- Premier constat : des solutions existent pour favoriser la délivrance avec l'acupuncture avec des points uniques mais plus souvent avec des combinaisons de points variées. Certains points d'acupuncture « classiques » reviennent fréquemment et semblent efficaces selon les auteurs.
- Deuxième constat : les études menées présentent différentes modalités, elles ne sont pas toutes univoques en ce qui concerne l'utilisation systématique de l'ocytocine pour diriger la délivrance ; celle qui se rapproche le plus de nos habitudes de service est l'étude Croate de Djakovic et Bilic. [6]

Les délivrances étaient dirigées et ils obtenaient un net bénéfice en matière de diminution du taux de délivrances artificielles. Mais pour autant, l'habitude dans cette équipe était d'observer trente minutes d'expectative avant de recourir à l'acupuncture.

Cette conduite est inconcevable en France, au bout de trente minutes d'expectative, nous pratiquons une délivrance artificielle de suite, car nous savons que statistiquement, au-delà de trente minutes, retarder une délivrance artificielle accroît le risque hémorragique.

Il nous est donc apparu intéressant de mener une étude dans notre centre, avec nos habitudes de service, à savoir :

- utilisation d'une délivrance dirigée systématique.
- expectative de trente minutes maximum avant d'effectuer une délivrance artificielle, comme cela est recommandé dès 1998 en France.

TROISIEME PARTIE

I Présentation de l'étude

1 / Contexte

La maternité dans laquelle nous exerçons et menons l'étude est une maternité de Centre Hospitalier Général de taille moyenne, niveau 2B, effectuant environ 1200 naissances annuelles.

J'exerce dans l'équipe depuis 2000.

Nous avons effectué en équipe pour la prise en charge des hémorragies du post-partum, une évaluation des pratiques professionnelles (EPP), et tout dossier d'hémorragie sévère est présenté en réunion de revue morbidité mortalité (RMM).

Notre attitude vis-à-vis de la délivrance est active, avec une délivrance dirigée qui, début des années 2000, était effectuée sur facteurs de risque d'hémorragie ; elle s'est systématisée après les recommandations pour la pratique clinique de 2004, à tous les accouchements. [annexe]

Les autres habitudes , en ce qui concerne la délivrance, sont variables selon les Praticiens, mais nous observons tous une expectative de 30 minutes maximum, au-delà de laquelle nous effectuons une délivrance artificielle.

En général, pour diriger la délivrance au Centre Hospitalier de Boulogne Sur Mer, la séquence est la suivante ;

- Injection en intra veineux direct de 5 unités internationales d'ocytocine au dégagement de l'épaule antérieure du fœtus .
- Clampage précoce du cordon.
- Reprise des efforts expulsifs maternels quelques minutes après la naissance, sous les encouragements du réalisateur principal de l'accouchement.
- Après quelques tentatives de poussée, si elles sont infructueuses, l'accoucheur empaume le fond utérin, pour faire migrer le délivre hors des voies génitales, en exerçant de l'autre main une traction contrôlée du cordon. (cf figure 1 page 7)

En général, et dans la majorité des cas, l'ensemble de ces manœuvres suffit à obtenir une délivrance rapide, avec des pertes sanguines à minima, dans un délai de quelques minutes après l'accouchement. La délivrance est dite « aisée ».

Si ces tentatives ne suffisent pas, si la délivrance n'est pas aisée, **j'enclenche immédiatement le protocole d'acupuncture**. Le but est de favoriser au maximum l'obtention de la délivrance dans les minutes qui suivent, et tout au moins avant le délai de 30 minutes imparti, et éviter ainsi le recours à la délivrance artificielle, et le risque d'enchâtonnement placentaire.

2 / Conditions de déroulement de l'étude ; choix de l'échantillon.

J'ai pu réaliser quelques essais, avant la période d'inclusion, qui m'ont permis de tester différentes combinaisons de points ; les patientes ont été incluses du 15 janvier 2016 au 15 juillet 2016, la période de recueil est donc de 6 mois.

J'ai inclus :

- ✓ Les accouchements par les voies naturelles auxquels j'ai participé en réalisateur principal, singleton ou gémellaire, présentation céphalique ou siège.

J'ai exclu :

- ✓ Les accouchements dont j'avais suivi le travail, mais dont je n'étais pas le réalisateur principal, au moment de la délivrance (exemples : extractions instrumentales).
- ✓ Les troisièmes phases hémorragiques d'emblée, car dans ce cas, une prise en charge s'instaure et les minutes sont précieuses ; la conduite de service est guidée par un protocole strict qui vise à trouver la cause de l'hémorragie, la traiter en la stoppant.

3 / Méthodologie, hypothèse et recueil des données ;

J'observe donc, sur la totalité des patientes incluses, les cas pour lesquels la délivrance **n'est pas aisée** ; j'utilise l'acupuncture dans ces

cas, et j'observe alors si un recours à la délivrance artificielle est nécessaire ou non.

Mon hypothèse est la suivante « l'acupuncture permet de diminuer le pourcentage de recours à la délivrance artificielle, en favorisant une délivrance naturelle. »

Compte tenu de la faible taille de l'échantillon attendu, j'opte pour la méthodologie basée sur l'OPC (Objective Performance Critéria), bien adaptée à des essais cliniques testant l'efficacité de l'acupuncture [13], et sur de petits échantillons.

II Choix des points utilisés.

Au regard de la bibliographie, et après quelques essais, j'opte pour une série de points « classiques », et se trouvant souvent cités dans la littérature et les essais cliniques comme favorisant la délivrance.

La combinaison 60 V – 6 Rte – 4 VC vers 3 VC comprend, outre des repères faciles à trouver chez une patiente en position gynécologique, l'agrément de représenter 5 punctures localisées essentiellement aux membres inférieurs, donc très accessibles et rapides de mise en œuvre. (un seul blister de 5 aiguilles consommé).

Que dit-on de ces 4 points d'acupuncture dans la littérature , « qui » sont-ils ?? [3, 15]

- **60 V ; 60 Vessie, KUN LUN**



Point jing proximal de Zu tai yang. « Montagnes de Kun Lun ».

A mi-distance entre tendon d'Achille et sommet de la malléole externe, Kun Lun est reconnu dans le Dacheng comme traitant les rétentions placentaires .

Le Jia Yi Jing , au chapitre XII, paragraphe 10, intitulé « diverses maladies de la femme », nous apprend à son propos que « Chez la femme, la dystocie et la rétention placentaire relèvent de Kun Lun ».

Chamfrault redit également que 60 V traite la rétention placentaire.

Et Soulié de Morant cite ce point comme « faisant venir le placenta ».

- **6 Rte ; 6 Rate-Pancréas , SAN YIN JIAO.**

三阴交

Point de reunion des trois Yin des membres inférieurs , « Réunion des trois Yin ».

Il s'agit d'un grand point très souvent cité, qui, comme son nom l'indique, est le point de réunion des 3 Yins des membres inférieurs (Foie, Rein et Rate).

Situé à 3 cuns au- dessus de la pointe de la malléole interne , au bord postérieur du tibia.

Le Dacheng le cite en traitement de la rétention placentaire, et Soulié de Morant le cite également pour cette indication.

- **4 VC ; 4 Vaisseau Conception, GUAN YUAN .**

关元

Point Mu de l'Intestin Grêle (Xiao Cheng Mu), « Barrière / Source »

Localisé 1 cun au dessus de 3 VC.

Soulié de Morant le cite comme « aidant l'utérus à se contracter après l'accouchement », et - propriété qui nous intéresse fortement pour lever l'enchatonnement placentaire -, « aidant le col à se détendre ».

- **3 VC, 3 Vaisseau Conception, ZHONG QI.**

中极

Point Mu de la Vessie « Pang Guang Mu », « pôle du centre ».

Situé 1 cun au-dessus de 2VC ;

Chamfrault préconise son utilisation quand « le placenta ne descend pas »,

et Soulié de Morant le cite en cas de rétention placentaire .

III Résultats

1 / Les données recueillies ;

J'ai donc observé durant une période de 6 mois (de janvier 2016 à juillet 2016), le nombre de délivrances artificielles nécessaires, rapporté au nombre d'accouchements par les voies naturelles dont j'étais le réalisateur principal.

Toutes les délivrances ont été dirigées, avec injection d'ocytocine.

Dès lors que la délivrance n'était pas considérée comme « aisée » (cf page 7), je mettais en place la combinaison de points 60V, 6 Rte, 4 VC vers 3VC, formulant l'hypothèse que le recours à l'acupuncture faisait baisser le taux de recours à la délivrance dirigée.

Sur 41 naissances, à 7 reprises, j'ai pu appliquer le protocole acupuncturale, les délivrances n'étant pas aisées.

1 fois sur les 7, la troisième phase s'est terminée par une délivrance artificielle après 30 minutes d'expectative sous acupuncture.

Le taux exprimé en pourcentage est donc de 2,43 % de délivrances artificielles pour 100 naissances .

2 / Pourcentage de délivrances artificielles « opposable » ;

Il n'est pas aisé de dégager , au regard de la bibliographie, un pourcentage de délivrances artificielles consensuel, la littérature rapportant des taux très variables . [7]

Par exemple, N.Malhotra dans « Donald Manual School of Pratical Problems in Obstetric », rapporte un taux variant entre 3,3 et 6 %.

Une autre référence rapporte un taux variant de 0,1 à 10 % à travers le monde, s'accordant sur un taux moyen d'environ 3% dans les pays développés. [7]

Nous n'avons pas retrouvé de référence fiable d'un taux établi , du nombre de délivrances artificielles dans les équipes utilisant les ocytociques pour diriger la délivrance .

Rappelons pour mémoire , des références relatant que le risque de délivrances artificielles serait multiplié par 3,7 pour certaines équipes , dans le cadre des délivrances utilisant l'ocytocine. [12]

Je relevais donc dans notre équipe , le taux de délivrance artificielle pour les accouchements par les voies naturelles, de l'ensemble du Service, (donc sans recours à l'acupuncture), car je suis certain dans ce cas, d'obtenir un taux de délivrances artificielles avec des délivrances toutes dirigées.

Ce taux était relevé sur la même période de recueil de données utilisées pour mon étude , de janvier 2016 à juillet 2016.

J'ai relevé 15 délivrances artificielles pour 426 naissances par les voies naturelles .

Ce qui porte le pourcentage à 3,52% des accouchements, sans utiliser l'acupuncture.

3 / Confrontation des résultats , analyse, discussion.

Le taux de délivrances artificielles après délivrance dirigée est donc respectivement de 2,43 %en utilisant l'acupuncture, et de 3,52% sans utiliser l'acupuncture.

On peut donc penser que recourir à l'acupuncture , dans le cas d'une délivrance dirigée, diminue le risque d'enchatonnement placentaire, et permet d'éviter quelques délivrances artificielles.

Le gain est modeste, la différence entre les deux taux n'est pas statistiquement significative, au regard du très petit effectif des échantillons.

Mais disons-le, si poser quelques aiguilles en l'absence d'hémorragie, et dans les cas de délivrances délicates , évite quelques délivrances artificielles, il serait dommageable de ne pas utiliser cette ressource naturelle et dénuée d'effets délétères.

CONCLUSION

Cette étude , menée sur de petits échantillons, laisse entrevoir un bénéfice supplémentaire à utiliser l'acupuncture au moment de la délivrance.

La littérature fait déjà état de ce bénéfice, mais confronter cette présomption à nos conditions de prise en charge de la délivrance était intéressant.

Les recommandations pour la pratique clinique concernant la prise en charge de l'hémorragie du post-partum nous poussent à diriger les délivrances .

L'acupuncture semble être un bon outil pour en limiter les petits inconvénients.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

[1] - Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement, édition SIMEP, 1992 .

[2] - Académie de Médecine traditionnelle chinoise. Précis d'acupuncture chinoise, éditions en langues étrangères, PEKIN , 1^{ère} édition , 1977.

[3] – Pelletier-Lambert A. Obstétrique et Acupuncture ; mise au point pour la sage-femme, éditions du Lau, 2014.

[4] – Salagnac B. Naissance et Acupuncture, éditions Satsas, 3^{ème} édition, 1998.

Périodiques

[5] – Chauhan P.A, Gasser F.J, Chauhan A.M. Clinical Investigation on the Use of Acupuncture for Treatment of Placental Retention. American Journal of Acupuncture, 1998 ; 26 (1) : 19 – 25

[6] – Djakovic I, Bilic N. Acupuncture for retained placenta : a retrospective case series. Acupuncture in Medicine, 2014 ; 32 (6) : 506 – 8

[7] – Weeks AD, The retained placenta. Best Practice and Research Clinical Obstetric and Gynaecology, 2008 ; 22 (6) : 1103 – 17

Mémoires

[8] – Chable C. La délivrance et le point Du Yin, 2011, Mémoire présenté pour le DIU d'Acupuncture Obstétricale, Université de Strasbourg

[9] – Dumortier C, Mollet S. La délivrance favorisée par acupuncture. Etude de 29 cas à la maternité Paul Gellé de Roubaix, 2013, Mémoire présenté pour le DIU d'Acupuncture Obstétricale, Université de Lille

Rapports d'experts, communications de conférences

[10] – Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, Recommandations pour la Pratique Clinique : Hémorragies du post-partum immédiat (2004)

[11] - Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, Recommandations pour la Pratique Clinique : Hémorragies du post-partum (2014)

[12] - Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, Aflak et Coll. Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique tome XXII : Hémorragies du post-partum (1998)

[13] – Tuy Nga Brignol . Une méthodologie basée sur l'OPC est-elle valable pour prouver l'efficacité de l'acupuncture ? , 2014

[14] – INSERM, communiqué . Mortalité Maternelle : diminution de la mortalité par hémorragies , 2013

Sites internet

[15] – Partageons les points (Président d'Honneur : Docteur JM Kespi)

ANNEXES