

UNIVERSITE DE LILLE 2

**La délivrance favorisée par acupuncture
Étude de 29 cas à la maternité Paul Gellé à Roubaix**

Mémoire rédigé et soutenu par Caroline Dumortier et Sandra Mollet

Diplôme A.U.E.C
2008-2010

Année 2013

Nous remercions :

- ✓ Marie Hélène Montaigne et Jean Marc Stéphane pour leurs conseils avis es et leur disponibilité
- ✓ Dr Therby et Dr LeGoueff pour nous avoir fait confiance et accept e la réalisation de notre étude
- ✓ Nos collègues diplômées en acupuncture pour leur investissement, celles qui ne sont pas formées mais qui pensaient à nous prévenir quand cela était possible, et les auxiliaires pour leur participation à la partie « pratique »
- ✓ Les patientes
- ✓ Guillaume , Jean Philippe.

Sommaire

<u>Introduction</u>	6
<u>Première partie</u>	8
I. Physiopathologie de la délivrance	9
A. Physiologie	9
1. En médecine occidentale	9
2. En médecine traditionnelle chinoise	9
B. Complication de la délivrance	10
1. En médecine occidentale	10
2. En médecine traditionnelle chinoise	11
II. Prévention	12
A. En médecine occidentale	12
1. Respect de la physiologie	12
2. La délivrance dirigée	12
3. La révision utérine	13
4. La délivrance artificielle	13
B. En médecine traditionnelle chinoise	13
1. Littérature	13
2. En pratique	14
<u>Deuxième partie</u>	17
I. Présentation de l'étude et de la méthodologie de recherche	17
A. Objectif de l'étude	18
B. Hypothèses de travail	18
C. Méthodologie	18
1. Lieu de réalisation et population étudiée	18
2. Méthode et outil de recherche	18
II. Résultats	19
A. Le délai entre l'accouchement et la poncture des points 6RP et 16Rn	19
B. Le délai entre la poncture et la délivrance	19
C. Le délai entre l'accouchement et la délivrance	20
D. Délivrance artificielle, révision utérine	20
E. La quantité des saignements	21
<u>Troisième partie</u>	22
I. Aspects positifs et limites de l'étude	23
II. Analyses et interprétations des résultats	23
A. Le délai entre l'accouchement et la poncture des points 6RP et 16Rn	23
B. Le délai entre la poncture et la délivrance	23

C. Le délai entre l'accouchement et la délivrance	23
D. La quantité des saignements	24
E. Délivrance artificielle, révision utérine	24
<u>Conclusion</u>	26
<u>Annexes</u>	28
<u>Bibliographie</u>	36

Introduction

La délivrance, aussi appelée troisième phase du travail, bien qu'étant la dernière période, reste très importante. Son risque est l'hémorragie de la délivrance, complication redoutable de l'accouchement, qui peut mettre en jeu le pronostic vital de la mère.

Pour prévenir l'hémorragie de la délivrance, on réalise pour les patientes à risque, une délivrance dirigée. Mais aujourd'hui, cette méthode est devenue systématique même pour les patientes non à risque.

A une période où l'on parle d' « hypermédicalisation », de « retour au naturel », il nous a paru intéressant de nous interroger sur une alternative utilisant l'acupuncture, méthode qui voit une place grandissante dans nos pratiques.

Dans un premier temps, nous présenterons, à partir des données retrouvées dans la littérature, la physiopathologie de la délivrance et les moyens préventifs, en médecine occidentale et en médecine traditionnelle chinoise.

La seconde partie sera consacrée à la présentation de l'étude et des résultats.

Enfin, nous confronterons les données de l'enquête avec celle de la littérature.

Première partie

I. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DELIVRANCE

A. Physiologie

1. En médecine occidentale [3, 5, 17]

La délivrance, troisième phase du travail, est l'ensemble des phénomènes aboutissant à l'expulsion du placenta et des membranes.

Elle comporte trois étapes successives: le décollement du placenta, son expulsion et l'hémostase, réglées par la dynamique utérine.

➤ Phase de décollement placentaire

Avant le décollement proprement dit, on observe le temps préparatoire ou la phase de rémission clinique. Ce premier temps est caractérisé par la rétraction utérine qui conduit à l'enchatonnement physiologique du placenta. Cette phase dure en moyenne quinze minutes. Puis vient le décollement dû au phénomène actif de la contraction utérine. C'est la phase clinique de la reprise de la contractilité. L'effet de la rétraction utérine précédemment cité est accentué par la contraction. Cela provoque un clivage de la muqueuse, qui en ouvrant les sinus veineux, détermine les foyers hémorragiques : c'est la formation de l'hématome rétroplacentaire physiologique. Ce dernier va aider au décollement.

➤ Phase d'expulsion

Sous l'influence des contractions utérines et de la pesanteur, le placenta tombe dans le segment inférieur. La migration se poursuit vers le vagin et l'orifice vulvaire.

L'expulsion hors du vagin peut se faire spontanément ce qui est rare dans les sociétés occidentales (de part la simple position en décubitus dorsal). Elle est donc dite naturelle, c'est-à-dire favorisée en empaumant le fond utérin pour chasser le placenta vers le bas.

➤ Hémostase

L'hémostase est assurée par la rétraction utérine et par la coagulation sanguine. L'hémostase temporaire ou « ligatures vivantes » de Pinard est assurée immédiatement par la rétraction utérine.

Dans un second temps, l'hémostase définitive est assurée par la thrombose physiologique.

2. En médecine traditionnelle chinoise

➤ La formation du placenta [6, 14]

Le placenta est une prolongation de l'embryon puisqu'il se développe à partir de l'œuf fécondé après son enfouissement dans l'endomètre.

Le Chong Mo, par la disposition de ses trois branches (antérieure, postérieure et collatérales) enserre l'utérus et le fœtus pour le nourrir et le protéger. C'est le méridien responsable de la formation et de l'implantation du placenta.

Mais l'implantation du placenta dépend également:

- ✓ de la yinisation de l'œuf dû à la qualité de l'ovule et/ou du spermatozoïde au moment

de la conception (si un des géniteurs est en mauvaise santé ou épuisé, la qualité de l'œuf en sera altéré). L'œuf pourra être très yin, moyennement yin ou très peu yin.

- s'il est très yin, l'implantation se fera au niveau de la zone utérine la plus yang : Jue Yin
 - s'il est moyennement yin, l'implantation se fera au niveau de la zone utérine plus équilibrée : Chao Yin
 - s'il est très peu yin, l'implantation se fera au niveau de la zone utérine la plus yin : Tae Yin
- ✓ des trois zones de l'utérus qui est divisé énergétiquement par les trois méridiens YIN des membres inférieurs qui circulent dans le petit bassin :
- le fond utérin reçoit l'énergie du Rein
 - la face antérieure reçoit l'énergie du Foie
 - la face postérieure reçoit l'énergie de la Rate
- ✓ de la qualité de fonctionnement du Chong Mo comme nous l'avons expliqué précédemment.

Les échanges entre la mère et le fœtus pendant la grossesse se font via le cordon ombilical. Ce dernier permet également le passage de l'énergie maternelle provenant du Triple Réchauffeur (TR) inférieur jusqu'à son enfant.

Le cordon s'insère sur le Ren Mai au 8 VC formant l'ombilic après la naissance.

➤ La délivrance placentaire [2, 6]

Au moment de l'accouchement, il y a une fuite d'énergie yang importante entraînant une grande fatigue chez la parturiente : Yuann Qi est vide

Cette échappée de yang entraîne donc une arrivée massive de l'énergie yin et l'apparition de spasmes de l'utérus créant une nécrose intra-utérine avec décollement placentaire.

Puis se met en place une nouvelle phase dynamique liée à la modification des rapports Yin/Yang au sein de l'entraille curieuse utérus qui permet l'expulsion du placenta.

Pour que la délivrance placentaire se déroule dans de bonnes conditions, il faut que le placenta soit morphologiquement normal, qu'il soit normalement inséré et sur une muqueuse normale... mais il faut aussi que la jeune mère ait encore assez de ressource en énergie trophique et psychique pour que ce phénomène se mette en place.

B. Complication de la délivrance

1. En médecine occidentale [3, 5, 12, 17]

Les trois pathologies de la délivrance sont : la rétention placentaire, l'hémorragie de la délivrance et l'inversion utérine.

➤ La rétention placentaire

On parle de rétention placentaire quand il y a absence d'expulsion du placenta passé le délai de 30 minutes après la naissance de l'enfant.

Plusieurs facteurs étiologiques existent :

- ✓ L'inertie utérine

Elle est favorisée par :

- un travail prolongé,
- une surdistension utérine retrouvée dans les cas de grossesses multiples, d'hydramnios ou de macrosomie,
- une pathologie utérine modifiant la contractilité : fibrome, malformation,
- des causes médicamenteuses : tocolytique, anesthésique.

- ✓ Les anomalies d'insertion placentaire

L'insertion peut être anormale, c'est le cas des placenta accreta ou percreta.

La localisation peut être anormale, c'est à dire bas inséré (sur le segment inférieur).

- ✓ Les erreurs techniques

- L'expression utérine avant le décollement placentaire
- La traction sur le cordon.
- Une délivrance dirigée trop tardive.

- L'hémorragie de la délivrance

On entend par hémorragie de la délivrance, une hémorragie survenant dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, d'abondance supérieure à 500 ml.

Elle peut survenir avant ou après l'expulsion du placenta, être brutale et très abondante (on parle d'hémorragie grave lorsqu'elle est supérieure ou égale à 1000 ml), ou au contraire distillante sur plusieurs heures.

Les causes des hémorragies de la délivrance sont les mêmes que celles de la rétention placentaire, auxquelles on peut ajouter les anomalies de la coagulation.

Il s'agit d'une situation obstétricale grave. Elle représente 5 % des naissances en France et c'est la première cause de décès maternel. C'est pour cela que la prévention des hémorragies de la délivrance est une attitude à avoir lors de tout accouchement.

- L'inversion utérine

Elle est rarissime.

2. En médecine traditionnelle chinoise

Plusieurs phénomènes peuvent expliquer un dysfonctionnement lors de la délivrance placentaire :

- L'atonie utérine (vide de Qi et stagnation de sang)

Le placenta ne se décolle pas, l'utérus est atone. Il y a insuffisance de contractions utérines.

Il faut alors remettre de l'énergie en mouvement dans le petit bassin.

- L'hypertonie utérine (Yuann Qi vide) [14]

Le placenta ne se décolle pas, il est enchatonné car l'utérus est spasmé. Il faut lever le spasme, signe de froid. En effet, le vide de Yuann Qi favorise l'atteinte par le froid et le vent.

Le froid pénètre les vaisseaux et crée des obstructions. Il favorise la formation de caillot dans le placenta entraînant la rétention placentaire.

D'après B. Auteroche et al. [2], les symptômes d'un Yuann Qi vide et faible sont :

- ✓ l'asthénie mentale et physique, vertiges, vision brouillée, palpitation, souffle court , langue pâle et pouls vide.

Les symptômes d'une atteinte de vent froid sont :

- ✓ le froid congèle les vaisseaux : douleur sourde du petit bassin, diminution des pertes pâles, corps sans force, enduit lingual blanc et gras, pouls en corde et tendu.
- ✓ caillots de sang dans le placenta: douleur pongitive dans le petit bassin, vigueur physique, peu de perte, pouls en corde rugueux.

- L'hémorragie de la délivrance

Elle est due à un déséquilibre Energie/ Sang qui associe une fuite de Yin au niveau de la muqueuse utérine et un vide d'énergie au niveau profond de la couche musculieuse résultant du mouvement de la loge Cœur en excès.

II. PREVENTION

A. En médecine occidentale [3, 5, 10, 12, 17]

1. Respect de la physiologie

Le premier principe de prévention est de respecter le déroulement physiologique de la délivrance. Il est primordial d'éviter toute manœuvre intempestive.

2. La délivrance dirigée

Le second moyen de prévention consiste à réaliser une délivrance dirigée. C'est une direction pharmacologique de l'ensemble de la phase de délivrance.

Son but est de raccourcir la période de la délivrance, en limitant ainsi les pertes sanguines.

Il s'agit de réaliser une injection de 5 UI (Unité Internationale) d'ocytocine, en IV lente, très précisément lors du dégagement de l'épaule antérieure.

De nombreux auteurs ont étudiés les effets des ocytociques sur cette dernière phase.

La délivrance dirigée diminue par 3 le nombre d'hémorragie de la délivrance, elle raccourcit le délai de la délivrance à moins de 10 minutes.

Pour ces raisons, beaucoup d'auteurs préconisent l'administration systématique d'ocytociques; pour d'autres, elle est recommandée dans des situations à risque.

3. La révision utérine

Elle doit être systématique en cas de doute sur l'intégrité du placenta et/ou de membranes lors de l'examen du délivre.

C'est un geste endo-utérin qui consiste à vérifier la vacuité utérine. Il se fait dans des conditions d'asepsie stricte et avec une analgésie adaptée

4. La délivrance artificielle

En cas de non décollement placentaire 30 minutes après l'accouchement, on réalise une délivrance artificielle.

Elle consiste en l'extraction manuelle du placenta hors de l'utérus. Comme la révision utérine, elle se fait dans des conditions d'asepsie stricte et avec une analgésie adaptée.

B. En médecine traditionnelle chinoise

1. La littérature

On ne retrouve que peu d'études sur l'effet de l'acupuncture lors de la troisième phase du travail.

Les points retrouvés dans les études ne sont pas toujours les mêmes.

En 1987, Li Gouan et Zang Yiliang ont effectué une étude clinique sur 18 cas. Cette étude consistait à l'électrostimulation des points RP 1 et RP6 pendant 20 minutes à une fréquence déterminée, quand la tête du fœtus apparaît jusqu'à l'expulsion du placenta. 22 autres cas bénéficiaient d'une injection d'ocytocine. L'étude mettait en évidence une différence significative entre les deux groupes ($p < 0,05$). Les résultats montraient donc que l'électrostimulation augmentait les contractions utérines et prévenait de l'hémorragie de la délivrance [16].

En 1995, une autre étude est réalisée. Elle compare 63 patientes dans le groupe 'acupuncture' à 61 dans le groupe 'sans acupuncture'. Il s'agissait pour le groupe 'acupuncture' de piquer le point GI4 une demi heure à une heure après le début de la deuxième partie du travail et de laisser les aiguilles en place jusqu'à l'accouchement, avec manipulation toutes les 5 à 10 minutes. L'étude montre une différence significative avec une deuxième partie du travail raccourcit et une quantité des saignements diminuée [13].

En 2000, W. Bader, S. Ast et W. Hatzmann ont essayé de savoir si l'utilisation de l'acupuncture dès la naissance de l'enfant permettait de diminuer la perte sanguine post partum et de raccourcir la durée de la période placentaire. 180 patientes ont été intégrées (160 ont été évaluées), réparties en trois groupes : le groupe « ocytocine » reçoit 3UI d'ocytocine en intraveineux (53 patientes), le groupe « acupuncture » application de deux aiguilles au niveau du point Rn 16 (48 patientes), le groupe « contrôle » qui ne reçoit aucune thérapeutique (59 patientes). Il n'y a pas de différence significative et dans le groupe « acupuncture », ils constatent une expulsion de placenta après environ 12 minutes avec une faible perte de sang d'environ 240 ml en moyenne. En conclusion, les auteurs préconisent une utilisation prophylactique de l'acupuncture du point Rn 16 directement après l'accouchement, dans le cadre d'un accouchement sans problème [8].

D'autres études existent mais ont été réalisées lors de rétention placentaire [9,11].

2. En pratique

Après avoir étudié et répertorié ce que la littérature pouvait nous apporter à ce sujet, nous avons voulu nous intéresser aux pratiques des maternités proposant une prise en charge acupuncturale.

Nous avons donc pris contact avec une quinzaine de maternités réparties sur tout le territoire français (annexe I). Après un entretien téléphonique avec les sages-femmes de ces différentes structures, il apparaît que l'acupuncture n'est pas ou peu utilisée dans le cadre de la délivrance. Les protocoles de services, le manque de temps et la difficulté à choisir les points les plus adaptés sont les raisons évoquées dans la non pratique de l'acupuncture dans ce cadre.

Les sages-femmes utilisant la médecine traditionnelle chinoise dans le but de favoriser la délivrance le font de manière non-systématique et utilisent toutes des points différents.

Pour faire descendre l'énergie vers le bas et permettre l'expulsion du placenta, on retrouve le 21 Vésicule Biliaire (VB), le 4 Vaisseau Conception (VC), le 60 Vessie (V) et le 67 V.

Pour redonner des contractions, on retrouve le 6 Rate Pancréas (RP) associé ou non au 4 Gros Intestin (GI), 5 TR ou 6 Rein (Rn).

D'autres points sont utilisés comme le 14 Foie (F), 3 F, 36 Estomac (E), 20VB...

Nous avons donc cherché à établir une combinaison de points d'acupuncture qui seraient complémentaires, rapides à puncturer et d'accès aisé lors de l'accouchement. Ces critères nous ont permis de sélectionner 2 points parmi ceux relevés dans la littérature et la pratique: le 6RP et le 16Rn.

➤ Le 6 RP ou tann-inn-tsiao [4,7]

Il se recherche sur le malade assis en face du médecin ou en décubitus dorsal.

Ce point, un des plus importants du corps, surtout en gynéco-obstétrique, se situe bilatéralement à la face interne de la jambe au tiers inférieur de la jambe, contre le bord postérieur du tibia, 3 cuns au-dessus de la pointe de la malléole interne. Il fait partie du méridien dit de la "rate-pancréas" où il est le 6ème dans une numérotation centripète. Selon la transcription et la traduction de Soulié de Morant, son nom chinois est le Sann-Inn-Tsiao qui signifierait "réunion des trois yins".

C'est un des points les plus facile à localiser car il est sensible à la pression et se trouve dans une petite dépression de la peau, légère mais nette.

Selon l'idéogramme chinois de Philippe Laurent dans "l'esprit des points" :



SAN : le nombre 3

YIN : YIN de YIN/YANG

TSIAO : personnage assis jambes croisées ou 2 personnes dont les jambes sont entremêlées évoquant les relations sexuelles qui rappelle son importance dans la sphère gynécologique. Au sens plus large, cela évoque l'échange, le contact, l'intersection, le croisement.

Cet idéogramme nous a renforcé dans le choix de ce point car par *SAN* le nombre 3, cela nous fait penser à la mère, le fœtus et le placenta (donc 3) ; par *YIN*, on a vu que l'hémorragie provenait en partie d'une fuite de yin ; par *TSIAO* qui évoque l'échange, cela nous renvoie parfaitement au rôle premier du placenta qui est l'organe d'échanges entre la mère et le fœtus.

➤ Le 16 Rn ou Huangshu [4, 6, 7]

Il se recherche sur le malade de préférence en décubitus dorsal.
Il se situe au milieu de l'abdomen, bilatéralement à 0.5 cun en dehors de l'ombilic et plus précisément au niveau du fond utérin chez les femmes venant d'accoucher. Ce point fait partie du méridien dit du "rein" ayant un grand rôle dans la gestion de l'énergie ancestrale de l'organisme. Il est le 16ème point dans une numérotation centripète.
C'est le point de croisement avec le Chong Mo, méridien curieux qui fait circuler le Qi et le sang lorsque ces derniers stagnent dans l'abdomen et qui contrôle l'utérus avec le Ren Mai. Et nous avons constaté que le Chong Mo était responsable de l'implantation du placenta. De plus, l'entraille curieuse "utérus" trouve son origine au rein.
Sans avoir d'études randomisées, la littérature relative à l'acupuncture décrit que le fait de piquer le point 16 Rn lors de perturbations dans l'expulsion du placenta, est impressionnant. Selon Soulié de Morant, ce point signifie "point des membranes".

L'idéogramme chinois de Philippe Laurent est le suivant :



HUANG : diaphragme, membranes

SHU : point

Il propose deux explications :

- ✓ « HUANGSHU » signifie que le point agit sur les membranes,
- ✓ le sens membrane/cloison s'applique au fait qu'on se trouve au niveau de l'ombilic, zone de séparation entre le bas et le haut du corps »

Cet idéogramme évoque l'image du placenta et ses membranes et nous laisse supposer que le 16 Rn peut avoir une action sur la délivrance.

Berthe Salagnac, quant à elle, dans « Naissance et acupuncture », souligne l'importance du point 16 Rn dans la relation au placenta. Elle explique que ce point régit la

"nutrition ombilicale" sur tous les plans : intellectuel, affectif et nutritif. Nous pouvons imaginer que le fait de stimuler ce dernier après l'accouchement pourrait combler le vide que la délivrance peut créer.

Deuxième partie

I. PRESENTATION DE L'ETUDE ET DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE

A. Objectif de l'étude

Notre étude a pour objectif d'observer l'action conjointe de 2 points d'acupuncture : le 6 RP et le 16 Rn, sur la délivrance placentaire. Ainsi, nous voulons savoir s'il serait possible d'utiliser l'acupuncture à la place de la délivrance dirigée chez des patientes non à risque pour qui nous réalisons par systématisme l'injection d'ocytocine.

B. Hypothèses de travail

L'étude est fondée sur les hypothèses suivantes :

- ✓ L'acupuncture permet de raccourcir le délai de la délivrance.
- ✓ L'acupuncture permet de réduire la quantité des saignements et donc le nombre d'hémorragie de la délivrance.
- ✓ L'acupuncture n'augmente pas le nombre de délivrance artificielle.

C. Méthodologie

1. Lieu de réalisation et population étudiée

L'étude a été réalisée au sein de la maternité Paul Gellé à Roubaix dans laquelle nous exerçons (annexe II). Cet établissement compte 11 sages-femmes et une gynécologue-obstétricienne diplômées en acupuncture.

Nous avons observé l'effet de l'acupuncture sur toutes les patientes ne nécessitant pas de délivrance dirigée. Les conditions de délivrance dirigée relèvent d'un protocole de service établis à partir des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (annexe III).

2. Méthode et outil de recherche

L'étude a été réalisée sur la période du 1er octobre 2012 au 31 janvier 2013.

L'outil de recherche choisi est la fiche de recueil (annexe IV). Elle a été établie en fonction des données nécessaires à l'évaluation de l'action des points 6 RP et 16 Rn sur la délivrance. 30 fiches ont été remplies. Une fiche n'a pas été traitée car les points avaient été piqués avant la fin de l'accouchement. Nous avons donc recueillis 29 cas exploitables.

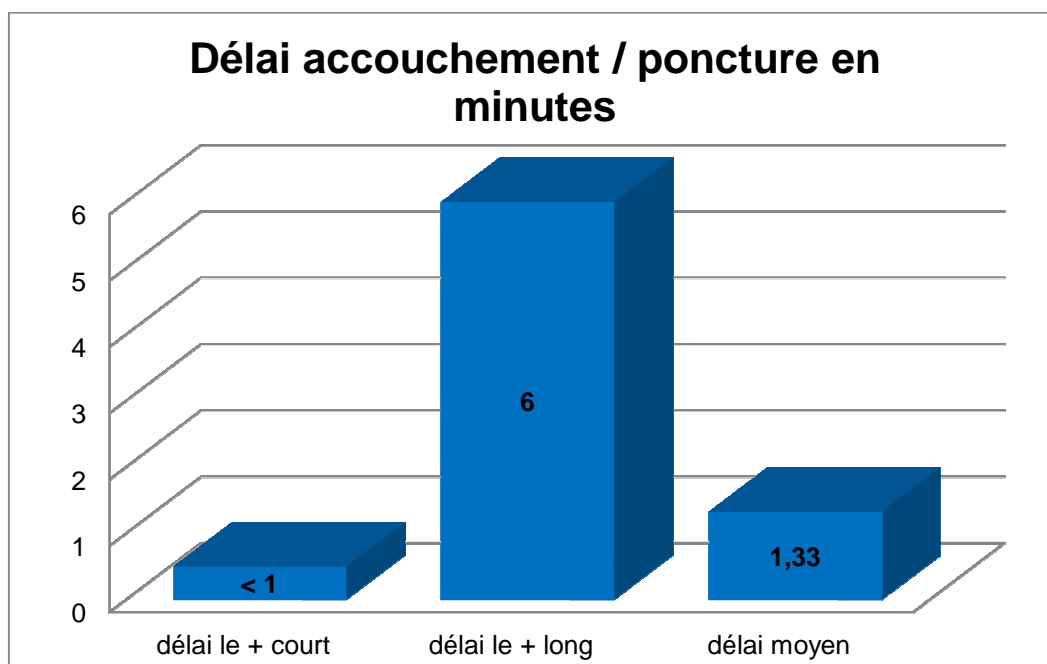
La méthodologie est basée sur l'OPC (objective performance criteria ou critère objectif de performance), ce qui nous permettra de comparer l'action de l'acupuncture à l'action définie de la délivrance dirigée.

En pratique, il s'agit de piquer le plus tôt possible (après le clampage du cordon, ce qui nous permet de positionner le nouveau-né de telle sorte à laisser libre l'espace autour de l'ombilic) les deux points 6 RP et 16 Rn.

II. RESULTATS

A. Le délai entre l'accouchement et la poncture des points 6 RP et 16 Rn

Le délai moyen est de 1 minute et 33 secondes, avec un temps le plus long à 6 minutes et un temps le plus court inférieur à 1 minute.

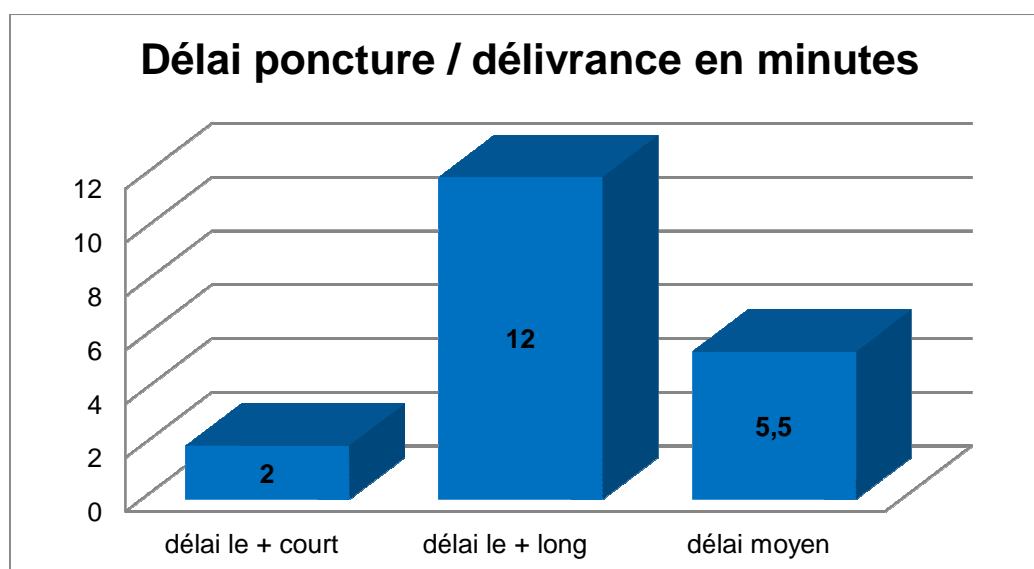


B. Le délai entre la poncture et la délivrance

Le temps le plus long est 12 minutes, observé chez 2 patientes.

Le temps le plus court est 2 minutes, observé chez 4 de nos patientes.

Sur nos 29 cas, le délai moyen entre la pose des quatre aiguilles et la délivrance est de 5 minutes et 50 secondes.



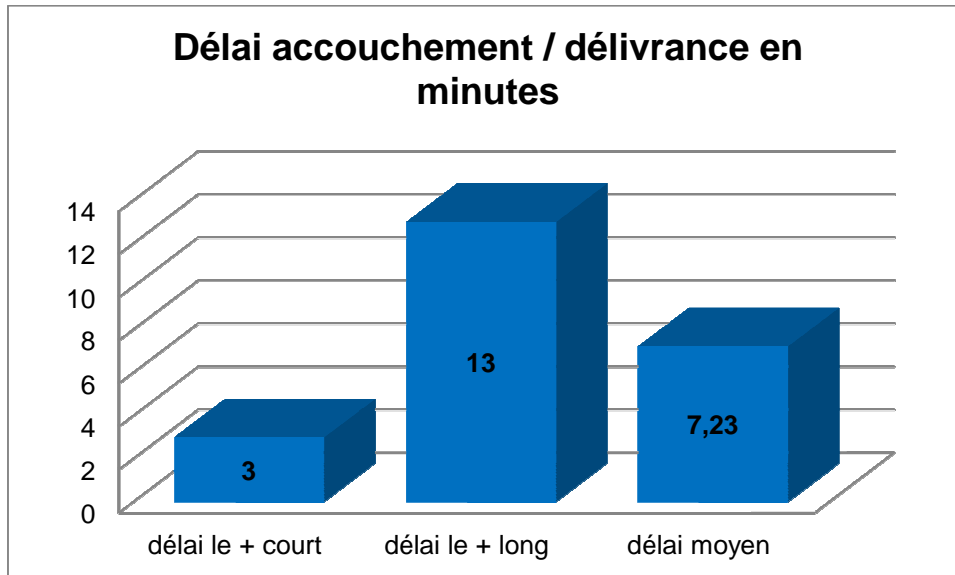
C. Le délai entre l'accouchement et la délivrance

Le temps le plus long observé est 13 minutes.

Le temps le plus court observé est 3 minutes.

Le délai moyen entre l'accouchement et la délivrance est 7 minutes et 23 secondes.

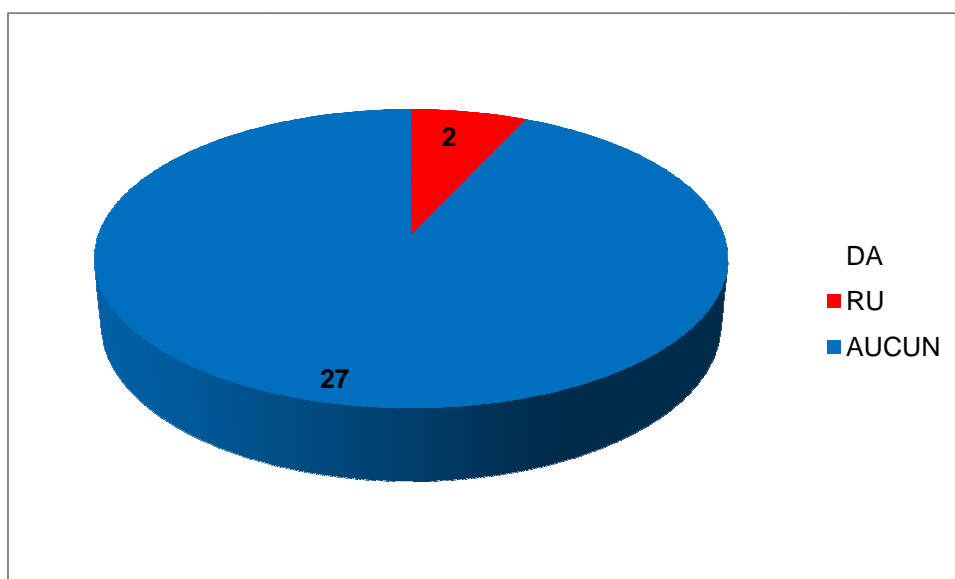
Le test de Khideux ne met pas en évidence de différence significative entre la délivrance favorisée par acupuncture et la délivrance dirigée, probabilité $p < 0,05$.



D. Délivrance artificielle, révision utérine

Sur nos 29 patientes, aucune n'a eu recours à une délivrance artificielle.

Deux patientes ont nécessité la réalisation d'une révision utérine, l'une dans le cadre d'une hémorragie supérieure à 500 ml, l'autre dans le cadre d'une délivrance semblant incomplète sans hémorragie de la délivrance.

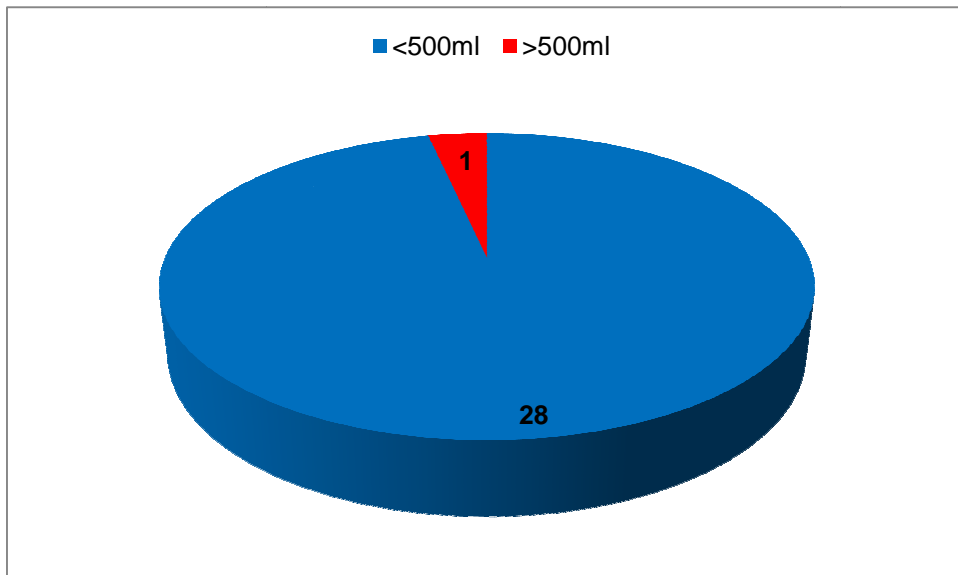
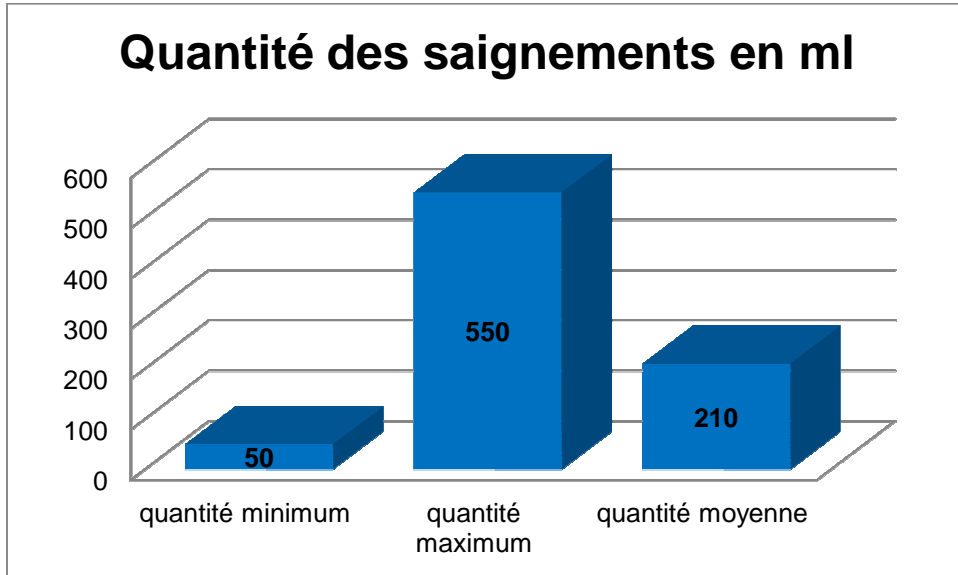


E. La quantité des saignements

Une seule patiente sur 29 a présenté une hémorragie de la délivrance (saignements supérieurs à 500 ml).

Aucune n'a présenté d'hémorragie sévère (supérieure à 1000 ml).

Pour notre échantillon, la quantité moyenne de saignements mesurés après la délivrance grâce à un sac de recueil gradué est de 210 ml.



Troisième partie

I. ASPECTS POSITIFS ET LIMITES DE L'ETUDE

Malgré une utilisation très importante de la délivrance dirigée et l'arrivée du don de sang placentaire dans notre service, nous sommes parvenues à obtenir 29 patientes. Les patientes qui pouvaient participer au don de sang placentaire, n'étaient pas incluses dans notre étude car nous n'aurions pas pu évaluer de façon précise l'heure de la délivrance.

Cet échantillon ne nous permet pas de pouvoir généraliser nos conclusions mais d'avoir une première approche sur l'utilisation de l'acupuncture dans la troisième phase du travail et servir de base à une étude plus grande.

II. ANALYSES ET INTERPRETATIONS DES RESULTATS

A. Le délai entre l'accouchement et la poncture des points 6 RP et 16 Rn

Dans la délivrance dirigée, l'injection d'ocytocine se fait pendant l'accouchement, lors du dégagement de l'épaule antérieure du nouveau-né.

Pour notre étude, nous voulions pouvoir piquer la patiente le plus rapidement possible après l'accouchement. Pour des raisons techniques, nous ne pouvions pas poncturer lors du dégagement de l'épaule comme pour la méthode médicamenteuse, car il faudrait une tierce personne habilitée à pratiquer l'acupuncture. D'autre part, nous pensons qu'il est préférable d'attendre l'accouchement complet, pour que du point de vue énergétique, nos points n'altèrent pas l'évolution normale des Énergies.

Pour nos 29 cas étudiés, le temps entre l'accouchement et la poncture des deux points est relativement court puisque le délai moyen est de 1 minute et 33 secondes. Il est donc possible de positionner les quatre aiguilles rapidement après l'accouchement.

B. Le délai entre la poncture et la délivrance

L'expulsion du placenta a lieu en moyenne 5 minutes et 50 secondes après la pose et la stimulation des aiguilles.

Presque toujours après la pose des aiguilles, les acupuncteurs ont observé le déroulement du cordon ombilical et/ou l'apparition d'un filet de sang, signes correspondant à la phase du décollement placentaire. Malheureusement, il n'était pas précisé de temps.

D'autre part, en dehors du cadre de l'étude, nous avons pu poncturer les mêmes points chez des patientes ayant bénéficié d'une délivrance dirigée et dont la délivrance tardait à arriver. Nous avons été surpris de constater un déroulement du cordon et/ou un filet de sang rapidement après la pose des aiguilles. Ces points pourraient aussi être utilisés en complément de la délivrance dirigée.

C. Le délai entre l'accouchement et la délivrance

Il est primordial de raccourcir cette troisième phase pour diminuer le risque d'hémorragie de la délivrance.

Grâce à la délivrance dirigée, le délai est estimé à moins de 10 minutes. Cette valeur est la même que celle retrouvée dans l'étude de Poeschmann en 1991, reprise dans la base de données Cochrane en 2007 [15].

La littérature évalue à 30 minutes le délai à partir duquel il est nécessaire d'agir si la délivrance n'a pas eu lieu, dans le cas où il n'y a pas eu de moyens mis en œuvre pour en raccourcir le délai.

Dans notre échantillon de patientes ayant bénéficiées de la méthode acupuncturale, la

délivrance la plus longue est de 13 minutes, avec un délai moyen relevé à 7 minutes et 23 secondes.

Le test de Khideux ne met pas en évidence de différence significative entre la délivrance favorisée par acupuncture et la délivrance dirigée, probabilité $p < 0,05$.

Néanmoins, ces résultats nous laissent supposer que l'utilisation de l'acupuncture est au moins aussi efficace que la méthode médicamenteuse.

D. La quantité des saignements

L'hémorragie de la délivrance est la première cause de décès maternel. Grâce à la pratique de la délivrance dirigée, cette incidence est divisée par 3.

Quatre essais randomisés (Howard, 1964 ; Poeschmann 1991 ; De Groot 1996 ; Nordstrom 1997) retenus par The Cochrane Collaboration en 2007, mettent en évidence qu'il y a moins d'hémorragie de la délivrance (cliniquement caractérisée par une quantité des saignements supérieure ou égale à 500 ml) [15].

Dans notre échantillon de 29 patientes, une seule a présenté une hémorragie de la délivrance avec des saignements estimés à 550 ml.

Les études précédemment citées ont également comparé la quantité moyenne de sang perdu chez leurs patientes. L'étude de Poeschmann en 1991, qui comporte un nombre de patientes identique au notre (28 patientes ayant bénéficié d'ocytocine, 24 patientes dans le groupe contrôle), note une quantité moyenne de 374 ml contre 548 ml dans le groupe contrôle [15].

Dans notre étude, la quantité moyenne de saignements en post partum immédiat est de 210 ml.

E. La délivrance artificielle et la révision utérine

Bien qu'aujourd'hui la délivrance dirigée soit admise par tous, au début, beaucoup de praticiens craignaient de favoriser la rétention placentaire en accentuant la rétraction utérine par l'injection d'ocytocine. Les essais randomisés cités précédemment ne montrent pas d'augmentation de délivrance artificielle chez les patientes ayant eu une injection d'ocytocine [15].

De la même façon, nous ne retrouvons aucune délivrance artificielle chez nos 29 patientes ayant bénéficié de la méthode acupunctureale.

Deux ont eu recours à une révision utérine, mais la littérature ne différencie pas révision utérine et délivrance artificielle, ce qui ne nous permet pas de comparer nos résultats.

Au terme de l'analyse, il semblerait que :

- ✓ L'hypothèse : « L'acupuncture permet de raccourcir le délai de la délivrance » soit validée.
- ✓ L'hypothèse : « L'acupuncture permet de réduire la quantité des saignements et donc le nombre d'hémorragie de la délivrance » soit validée.
- ✓ L'hypothèse : « L'acupuncture n'augmente pas le nombre de délivrance artificielle » soit validée.

Après cette interprétation, il nous paraîtrait intéressant d'élaborer une fiche d'utilisation

de l'acupuncture dans la délivrance. Elle pourrait trouver sa place à la suite du protocole sur la délivrance dirigée présent dans les services de salles de naissances.

ACUPUNCTURE ET DELIVRANCE

- patiente n'entrant pas dans le protocole de délivrance dirigée.
- Piquer le plus rapidement après l'accouchement :
 - ✓ le point 6 RP (3 cuns au-dessus de la pointe de la malléole interne)
 - ✓ le point 16 Rn (0.5 cuns en dehors de l'ombilic et plus précisément au niveau du fond utérin chez les femmes venant d'accoucher)

Conclusion

L' « hypermédicalisation » est de nos jours, souvent dénoncée. Ce problème s'applique également en obstétrique et amène à une remise en cause de l'utilisation parfois devenue systématique de certaines thérapeutiques médicamenteuses.

La délivrance, dernière phase du travail, est concernée par cette attitude « activiste », d'autant plus que l'on sait qu'elle est par sa complication qui est l'hémorragie, la première cause de décès maternel. Avec l'utilisation du Syntocinon^o, hormone de synthèse de l'ocytocine, le nombre d'hémorragie de la délivrance est divisé par 3.

Aujourd'hui, l'acupuncture voit une place grandissante en obstétrique. Notre étude montre que l'utilisation de l'acupuncture lors de la troisième phase du travail chez les patientes non à risque, permet de réduire le délai de la délivrance, la quantité des saignements et de ce fait le nombre d'hémorragie de la délivrance.

Il pourrait donc être intéressant d'élargir cette étude à un plus grand échantillon de patientes pour permettre une comparaison plus significative avec la délivrance dirigée et la délivrance naturelle.

Annexe I

ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DANS DIVERSES MATERNITES

- 1) STRASBOURG - CHR : très rarement utilisé, 21VB quand la délivrance ne se fait pas.
- 2) ROUEN - CH LE BERNAY: 4VC-60Ve 10-15mns après l'accouchement.
 - HOPITAL CHARLES NICOLLE: 6RP dans les 5 mns après l'accouchement, très efficace.(en 5 ans d'expérience, une seule DARU pour la sage-femme interrogée).
- 3) TOULON - CHR : puncture non systématique 4GI-67Ve-6RP dans les 5 mns
- 4) HYERES - CHR : 3VC-4VC-67Ve selon les patientes et 6 RP en systématique
- 5) MONTPELLIER - CHR : utilisation du livre Naissance et acupuncture de B. Salagnac
- 6) BREST - CHU : 4VC-6RP
- 7) PARIS - MATERNITE DES BLUETS : pas de pratique
- 8) LONS LE SAUNIER : pas de pratique
- 9) LILLE - CHR : pas de pratique
- 10) LENS – CHR : pas de pratique
- 11) CLEUNAY - CLINIQUE MUTUALISTE LA SAGESSE: 6RP en priorité puis 1RP-1F-21VB-
- 12) BREST - CLINIQUE PASTEUR : pas de pratique
- 13) PARIS - MATERNITE DES DIACONESSES : 4GI-4VC-36E-6RP-20VB
- 14) CANADA : Nathalie Gagnon:dès la naissance, 4GI-6RP pour accélérer la délivrance
 - ✓ si hypertonie utérine, 4GI-3F-6RP-60Ve ou 14F seul
 - ✓ si hypotonie utérine, 4GI-36E
- 15) Madame Annick MICHEL, secrétaire de l'AFSFA: 21VB, 3 ou 4VC piqué vers le bas, 6RP piqué vers le haut ou 60Ve

Association également de 4GI avec 6RP ou 5TR avec 6Rn

Annexe II

ACCORD POUR LA MISE EN PLACE D'UNE ETUDE
OPC(Objectif performance criteria) SUR LA DELIVRANCE
FAVORISEE PAR ACUPUNCTURE AU SEIN DE LA
MATERNITE PAUL GELLE

Objectif: observer les effets de l'acupuncture sur le temps de la délivrance, la réduction des délivrances artificielles et des hémorragies de la délivrance par rapport aux critères objectifs déjà établis dans la littérature.

Inclusion au protocole: toutes les parturientes ne nécessitant pas de délivrance dirigée(protocolo au dos de notre fiche de recueil).

Mise en oeuvre: Après la naissance de l'enfant et le clampage du cordon, nous piquons deux points(un au niveau des chevilles et un autre au niveau du nombril).Nous relevons de façon précise l'heure de naissance, l'heure de puncture et l'heure de la délivrance afin de comparer aux données de la délivrance dirigée.

SIGNATURES

Dr Therby, chef de service



Dr Legoueff, responsable du bloc obstétrical



Annexe III

Domaine d'application :

Sages-femmes du bloc obstétrical

Définition :

Injection d'ocytocine au dégagement des épaules lors de l'accouchement par voie basse, dans le but de diminuer le risque d'hémorragie de la délivrance.

Indications :

- ATCD d'hémorragie de la délivrance
- Hyperthermie du travail
- Infection connue
- Travail long > 8 heures
- Travail rapide < 2 heures
- Macrosomie fœtale
- Grossesses multiples et surdistensions utérines
- Placenta inséré bas
- Obésité maternelle
- Anémie < 10 g
- Toute extraction instrumentale
- Multiparité > 4
- Parturientes n'ayant pas bénéficié de perfusion d'ocytocine au cours du travail

Modalités :

- Injecter en IV lente 5 UI de syntocinon dès la sortie des épaules de l'enfant
- Effectuer la délivrance dans les 10 mn suivant l'injection
- En cas de non délivrance dans ce délai procéder à une DARU

Annexe IV

DELIVRANCE FAVORISEE PAR ACUPUNCTURE 6RP-16Rn

Pour les patientes ne nécessitant pas d'emblée de délivrance dirigée (cf protocole au dos):

Etiquette

parité:
terme:
date accouchement:
antécédents:
péridurale: OUI NON

Durée du travail:

Heure d'accouchement:

Heure de puncture:

Heure de délivrance:

Mode de délivrance: baudeloque duncan

DARU/RU oui non

Saignements totaux:

Remarques éventuelles:

Bibliographie

Livres

- [1] - Académie de médecine traditionnelle chinoise. Précis d'acupuncture chinoise, édition Dangles, 2006 : 155, 193
- [2] - Auteroche B, Navailh P, Maronnaud P, Mullens E. Acupuncture en gynécologie obstétrique, édition Maloine, 1986 : 238-241
- [3] - Durier M, Gynberg M, Charles C, Gabriel R. Délivrance normale et pathologique. In : Encycl Med Chir, obstétrique, 5-108-M-10, édition Elsevier, Paris, 2010
- [4] - Laurent P. L'esprit des points, 2ème édition, édition You Feng, 2000 : 169, 355
- [5] - Merger R, Lévy J, Melchior J. Précis d'obstétrique, 6ème édition, Paris, édition Masson, 2001 : 154-158, 362-368, 532-533
- [6] - Salagnac B. Naissance et acupuncture, 3ème édition, Bruxelles, édition Satas, 1998 : 111-112, 181-182
- [7] - Valette C, Niboyet J.E.H, Jarricot H. Gynécologie obstétrique : thérapeutique en acupuncture, édition MEDSI, 1981

Périodiques

- [8] - Bader W, Ast S, Hatzmann W. Die Bedeutung der Akupunktur in der Plazentarperiode. Dt. Ztschr. f. Akupunktur, 2000 ; 4 : 264-268
- [9] - 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
- [10] - Deneux-Tharoux C, Dreyfus M, Goffinet F et al. Politiques de prévention et de prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat dans six réseaux de maternités françaises, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2008 ; 37(3) : 237-245
- [11] - Staebler F.E, S.EM, Lic.Ac., M.B.Ac.A. Acupuncture in childbirth, Brit. J . Acu, 1985 ; 8(2) : 3-12
- [12] - Tessier V, Pierre F. Facteurs de risques au cours du travail et prévention clinique et pharmacologique de l'hémorragie du post-partum, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2004 ; 33(sup 8) : 29-56
- [13] - Xu L, Liang-fang S, Jun-yan L, Wei-hong Z. Needling Hegu to accelerate the second labor stage, International Journal of Clinical Acupuncture, 1995 ; 6(1) : 101-103

Mémoire

- [14] - Bielen V.

Communications de conférences, rapports scientifiques

[15] - Cotter A, Ness A, Tolosa J, Prophylactic oxytocin for the third stage of labour (Review). The Cochrane Collaboration, 2007, Issue 4

[16] - Gouan L, Yiliang Z. Clinical report about controlling postpartum hemorrhage with electric stimulation at acupuncture points. Congrès 1987 ; réf gera 20439 : 134-135

Sites internet

[17] - Délivrance.

<http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-gyneco-obst/cycle3/mto/poly/19000fra.asp>