

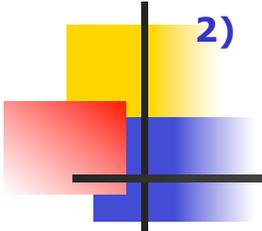
# ACCOUCHEMENT EN PRE- HOSPITALIER

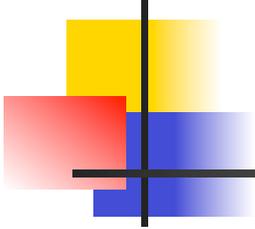
---

2 FÉVRIER 2012  
IFSI CHU RENNES

Docteur BENABDALLAH  
Gynécologue-Obstétricien

Praticien Hospitalier  
Centre Hospitalier de Vitré

- 
- 1) **Accouchement inopiné extra-hospitalier**
  - 2) **Dystocie des épaules**
    - **Manœuvre Mac Roberts**
    - **Manœuvre de Jacquemier**
    - **Manœuvre de Wood inversé**
  - 3) **Procidence du cordon**
  - 4) **Procidence du bras**
  - 9) **Accouchement d'une présentation podalique (siège)**
  - 10) **Hémorragie du post partum**
  - 11) **Atelier pratique**



# ACCOUCHEMENT INOPINE EXTRA HOSPITALIER

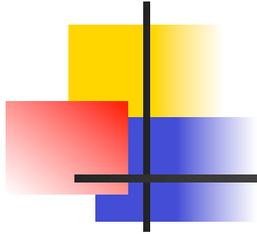
---

## Quelques notions générales à connaître et règles à respecter:

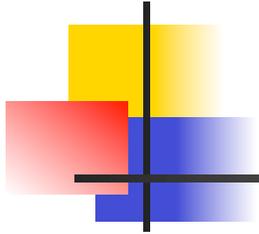
- Engagement des moyens médicalisés (SMUR) auprès de la patiente si le risque d'accouchement inopiné avant l'admission Maternité est réel

**Tableau 1.** Signes évoquant une urgence gynéco-obstétricale et justifiant l'envoi d'une équipe Smur, en fonction du terme de la grossesse

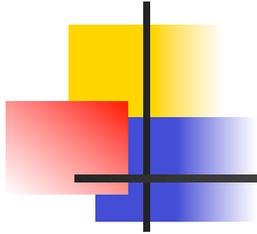
Terme	Symptômes	Diagnostics à évoquer
Post-partum (jusqu'à 15 jours)	Hémorragie Convulsion	Hémorragie de la délivrance Éclampsie
3 <sup>e</sup> trimestre	L'enfant est né Contraction, douleur abdominale (lombaire), métrorragie, envie de pousser, perte des eaux Antécédent de césarienne ou notion de traumatisme majeur, douleur abdominale intense, baisse des mouvements fœtaux actifs	Accouchement réalisé Accouchement imminent Rupture utérine
2 <sup>e</sup> , 3 <sup>e</sup> trimestres	Métrorragie peu abondante de sang noir, douleur abdominale intense et permanente, absence de mouvements fœtaux actifs Métrorragie abondante de sang rouge, avec caillots, contractions Céphalée, douleur abdominale, prise de poids, nausée, trouble visuel Convulsion	Hématome rétroplacentaire Placenta prævia hémorragique Prééclampsie Éclampsie
1 <sup>er</sup> trimestre	Malaise, douleur abdominale, métrorragie	Grossesse extra-utérine rompue



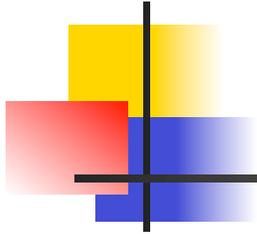
- En cas d'hémorragie de la délivrance, une Maternité de proximité doit être sollicitée après avoir prévenu l'équipe obstétricale et d'anesthésiste notamment pour une révision en urgence
- Pour le transport, la mère doit être attachée et l'enfant placé dans un système fermé (lit-auto, incubateur) et fixé



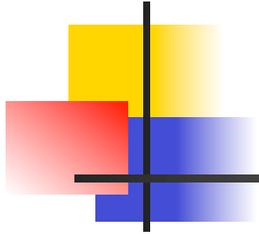
- Si l'enfant est prématuré, de petit poids de naissance, hypotherme et/ ou si son état clinique nécessite une assistance médicale intensive, son transport en incubateur est préconisé, assisté du SMUR pédiatrique si les ressources médicales locales le permettent



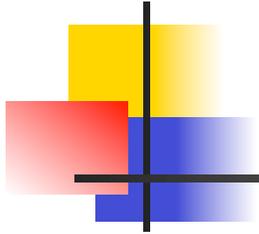
- La décision de transporter la patiente ou de l'accoucher sur place repose sur l'évaluation de la rapidité de la dilatation de fin de travail en réalisant deux touchers vaginaux à 10mn d'intervalle
- Dans l'accouchement physiologique, la dilatation complète et l'envie irrépressible de pousser imposent l'accouchement sur place



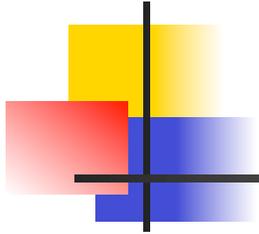
- Une voie veineuse périphérique doit être posée systématiquement
- Il est recommandé de favoriser les positions d'accouchement permettant à la parturiente d'hyperfléchir ses cuisses sur l'abdomen
- La conduite des efforts expulsifs ne doit débuter que lorsqu'on commence tout juste à voir la présentation apparaître à la vulve (garantie d'une dilatation cervicale complète)



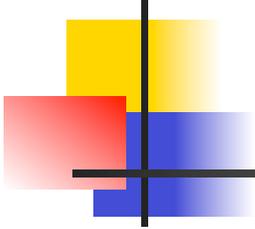
- Pas d'épisiotomie de façon systématique
- Épisiotomie médio-latérale réaliser en situation pré-hospitalière pour la présentation par le siège chez une primipare et pour les indications fœtales visant à l'accélération de l'expulsion du fœtus



- Vérification de la présence ou non d'un cordon circulaire autour du cou et le dégager
- si cordon circulaire serré gênant la poursuite de l'accouchement ⇒ clamer le cordon et le sectionner entre deux pinces



- Dégagement de la tête fœtale
- Reprise des efforts expulsifs maternels pour assurer le dégagement de l'épaule antérieure

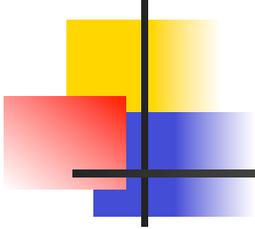


# CERTIFICAT D'UN ACCOUCHEMENT EXTRA- HOSPITALIER

---

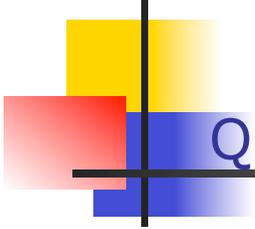
Certificat à rédiger par le médecin ou la  
sage-femme ayant pratiqué  
l'accouchement ou ayant sectionné le  
cordon ombilical

# RÉDACTION DU CERTIFICATION DE NAISSANCE:



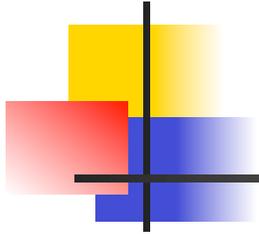
---

- Que l'enfant soit né vivant, et viable ou bien mort-né, la déclaration doit se faire dans la commune du lieu d'accouchement et non celle de la Maternité ou la patiente a été transportée (date et heure)
- C'est au médecin de s'assurer que l'enfant est bien déclaré à l'état civil de la commune de naissance dans les 3 jours ouvrables (4 jours si dimanche ou jours fériés)
- Il est souhaitable qu'une lettre d'information dans ce sens soit remise à la maman lors de son transport à la Maternité, surtout si elle isolée

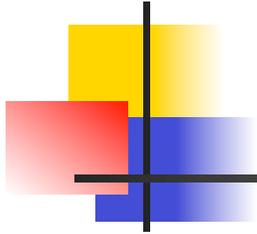


## QUELQUES RÈGLES À RESPECTER POUR LA PRÉVENTION DE L'HÉMORRAGIE DE LA DÉLIVRANCE:

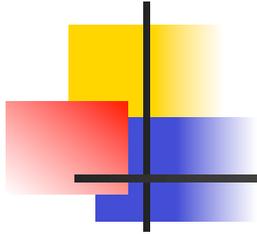
- Une vessie vide
- Un utérus vide
  - pour permettre sa contraction
  - pour permettre l'hémostase (massage utérin et Ocytocine)



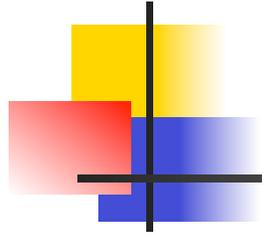
- Compensation volémique rapide
- Clampage précoce du cordon ombilical
- Il est recommandé de pratiquer une délivrance dirigée (administration de 5U de Syntocinon en IV directe lente à la sortie complète de l'enfant et au plus tard dans la minute qui suit son expulsion)



- La délivrance doit avoir lieu dans les 30mn qui suivent l'expulsion (exceptionnel pour les patientes en décubitus)
- En cas d'expulsion du placenta:
  - Massage utérin par séquence répétée de plus de 15sec tout le temps du transport et jusqu'à la prise en charge en Maternité



- Délivrance réalisée et placenta incomplet. Ne recourir à l'Ocytocine sauf en cas de transport long avec une hémorragie objectivée
- L'analgésie pré-hospitalière dans un contexte d'accouchement inopiné hors Maternité est possible par l'inhalation de Meopa (mélange de 50% d'Oxygène et 50% de protoxyde d'azote)
- En cas d'épisiotomie, l'infiltration locale préalable du périnée est recommandée

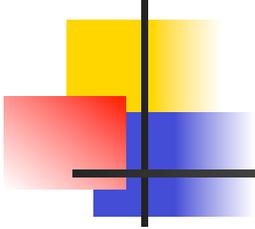


# DYSTOCIE DES ÉPAULES

---

Manœuvre Mac Roberts  
Manœuvre de Jacquemier  
Manœuvre de Wood inversé

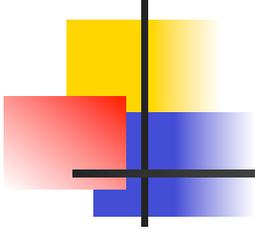
(vidéos)



# ACCOUCHEMENT D'UNE PRESENTATION PODALIQUE

---

- Siège complet
- Siège décomplété



# QUELQUES RÈGLES À RESPECTER:

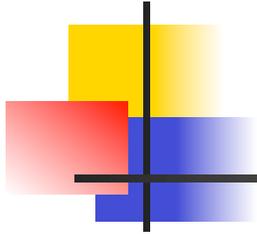
---

- Il est impératif d'attendre que le siège apparaisse à la vulve (seule garantie d'une dilatation cervicale complète)
- La règle absolue est de ne jamais tirer sur un siège
- L'opérateur se contente de soutenir l'enfant au niveau du siège tant que les omoplates n'apparaissent pas à la vulve et que les épaules ne sont pas dégagées

# 4 GESTES A REALISER LORS D'UN ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE

1. Épisiotomie: indication large en pré-hospitalier afin de faciliter la sortie de la tête foetale
2. Le dos doit toujours être tourné en avant (rétention de tête dernière)
3. En cas de relèvement des bras: réalisation d'une manœuvre de Lovset
4. En cas de rétention de la tête dernière: réalisation de la technique de Mauriceau

**(Vidéos)**



# PROCIDENCE D'UN BRAS

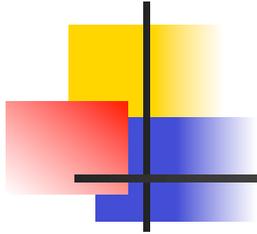
---

- Extériorisation d'un bras du fœtus en position transverse
- Présentation incompatible avec un accouchement par voie basse
- Transport de la parturiente dans les meilleurs délais en décubitus latéral, sous oxygène vers la Maternité la plus proche avec un accueil au bloc opératoire obstétrical permettant d'extraire en urgence l'enfant souvent exposé à une hypoxie sévère

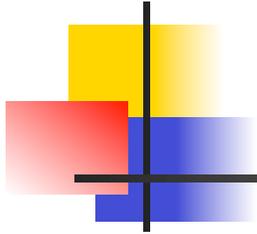
# PROCIDENCE DU CORDON

## Urgence vitale

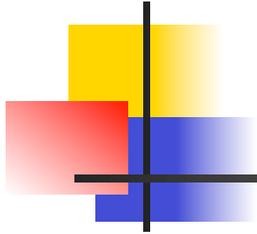
---



- Si le cordon bat, il faut, en permanence, remonter la présentation en la refoulant par un poing ou avec deux doigts introduits dans le vagin sans comprimer le cordon
- La parturiente doit être placée dès la prise en charge et pendant le transport en position de Trendelenbourg et en décubitus latéral, genoux contre la poitrine
- Les contractions seront bloquées par une perfusion de tocolytique
- Le transport doit être fait le plus rapidement possible vers la Maternité la plus proche qui aura été prévenue (obstétricien et anesthésiste)



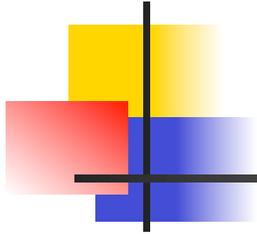
- L'oxygénothérapie est recommandée
- Si la patiente à dilatation complète:
  - Faire pousser la parturiente qu'elle ressente ou non l'envie impérieuse de pousser afin d'extraire l'enfant au plus vite en prévoyant une réanimation du nouveau-né



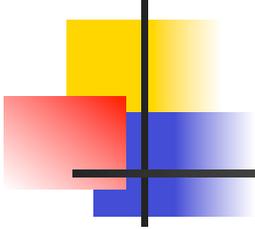
# PROCIDENCE DES EPAULES

---

- **Définition:** dystocie sévère propre à l'accouchement du gros fœtus, se caractérisant par l'absence d'engagement des épaules après expulsion de la tête
- Dystocie à différencier de la « difficulté aux épaules » qui correspondant à un blocage de l'épaule postérieure dans l'excavation



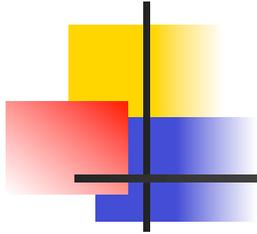
- **C'est une situation impressionnante qui peut inciter à des manœuvres de traction pouvant entraîner la mort du fœtus**
  
- **Ne pas faire:**
  - **Se précipiter**
  - **Tractions intempestives**
  - **Fractures provoquées (clavicules)**
  - **Rotations céphaliques brutales, répétées et excessives**



# HEMORRAGIE DU POST PARTUM

---

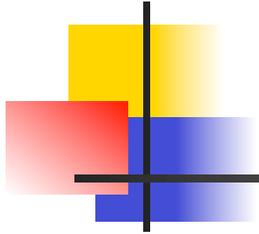
- HPP représente la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité maternelle en France
- Les enquêtes prouvent que plus de la moitié des morts maternelles peuvent être évitées
- Définition: perte sanguine de plus de 500ml en 24H qui suivent la naissance, ou hémorragie brutale ou femme se mettant en choc



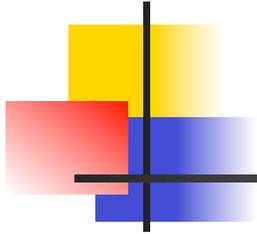
# FACTEURS DE RISQUE

---

- Majorité des HPP surviennent sans facteurs de risque identifiés
- Néanmoins, il faut les rechercher lors de la régulation médicale et de la prise en charge SMUR:
  - Délivrance au-delà de 30mn
  - Âge > à 35ans
  - Distension utérine (notamment grossesse gémellaire)
  - Cicatrice utérine (antécédent de césarienne)
  - Hyperthermie pendant le travail
  - Appartenance à une catégorie sociale défavorisée
  - Hématome rétro-placentaire connu ou placenta prævia

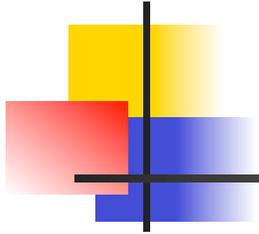


- Plusieurs causes peuvent être associées mais les plus fréquentes sont **l'inertie utérine et les pathologies de la délivrance**
  
- Les autre causes sont:
  - Les plaies de la filiaire génitales
  - Les troubles de l'hémostase constitutionnelle ou acquis

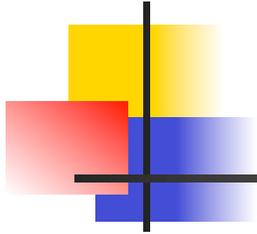


## **Quelques règles de bon sens pratique avant de suivre les protocoles thérapeutiques standardisés multidisciplinaires:**

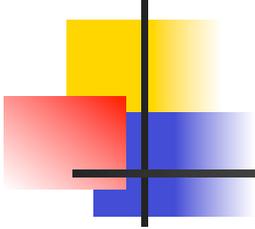
- Mise en place d'un sac collecteur sous les fesses de la parturiente
- Un saignement de 600ml/mn met en jeu le pronostic vital maternel en quelques minutes
- Dans le cadre d'un accouchement hors maternité, le diagnostic d'HPP immédiate est évoqué devant des saignements extériorisés décrits comme anormaux



- **Les critères de gravité sont:**
  - L'hémorragie intarissable
  - Un sang incoagulable ou des signes de choc
  - **Surveillance attentive du saignement et des paramètres vitaux!**

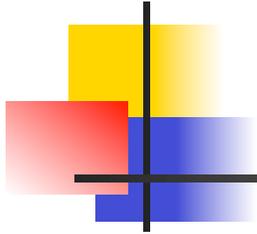


- Le facteur temps est primordial. Il est important de noter l'heure initiale du diagnostic de l'hémorragie et débiter un relevé chronologique des éléments de surveillance et de la prise en charge
- En parallèle, 1<sup>ère</sup> mesure de réanimation maternelle, bilan NFS, +plaquettes, hémostase, contrôle de la carte de groupe et recherche des agglutinines irrégulières

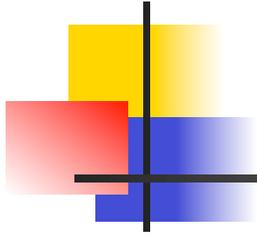


# CAUSE DES SAIGNEMENTS DOIT ÊTRE RECHERCHÉE SANS DÉLAI

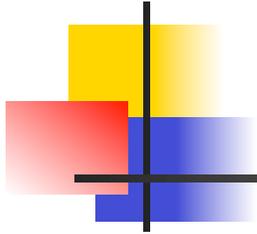
- Si atonie utérine avec délivrance effectuée ⇒ révision utérine + Cefacidal 1g en IV + Syntocinon 10Ui en IVD lent
- Si délivrance non effectuée ⇒ DA + RU + antibioprophylaxie + Syntocinon 10Ui en IVD lente
- Perfusion de Syntocinon 20Ui dont 500cc Ringer lactate sur 30mn à 2H selon le cas
- Massage utérin
- Examen soigneux de la filiaire génitale et du col



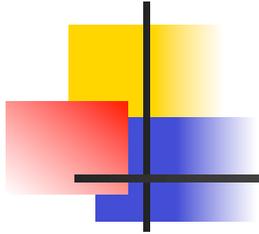
- Si lésion au niveau de l'épisiotomie, du Périnée et du vagin: méchage ou compression maintenu jusqu'à la prise en charge hospitalière spécialisée
- Utilisation des produits sanguins labiles peut être envisagés en pré-hospitalier en appliquant les procédures de transfusion en urgence vitale immédiate
- Elle ne doit pas retarder le transport avec acheminement rapide de la patiente avec ses documents immuno-hématologiques vers une structure obstétricale ou une salle d'accueil des urgences vitales préalablement prévue
- Réévaluation dans 15mn en cas de persistance



- Même si la prise en charge initiale a été bien conduite, il faut avoir recours aux prostaglandines si la vacuité utérine est assurée
- Nalador (Sulprostone) à débiter en IV, seringue électrique, une ampoule de 50 $\mu$ g dans 500ml de sérum physiologique sur 1H
- Débit initial, 10CC par heure (1,7 $\mu$ g/m), pallier toutes les 10mn par 1,7 $\mu$ g/mn si besoin
- Débit maximum 50CC par heure (8,3 $\mu$ g/mn).  
Administration maximale de 3 ampoules



- Stop Syntocinon à reprendre à l'arrêt du Nalador, 20Ui dans 2l sur 6H
- Pas d'utilisation de CYTOTEK dans l'HPP
- En parallèle nouveau bilan d'hémostase + bilan pré-transfusionnel et mesure de réanimation maternelle



---

**MESURES GENERALES ET MESURES  
SPECIFIQUES DE PRISE EN CHARGE  
D'UNE HPP SURVENANT EN DEHORS  
DE LA MATERNITE**

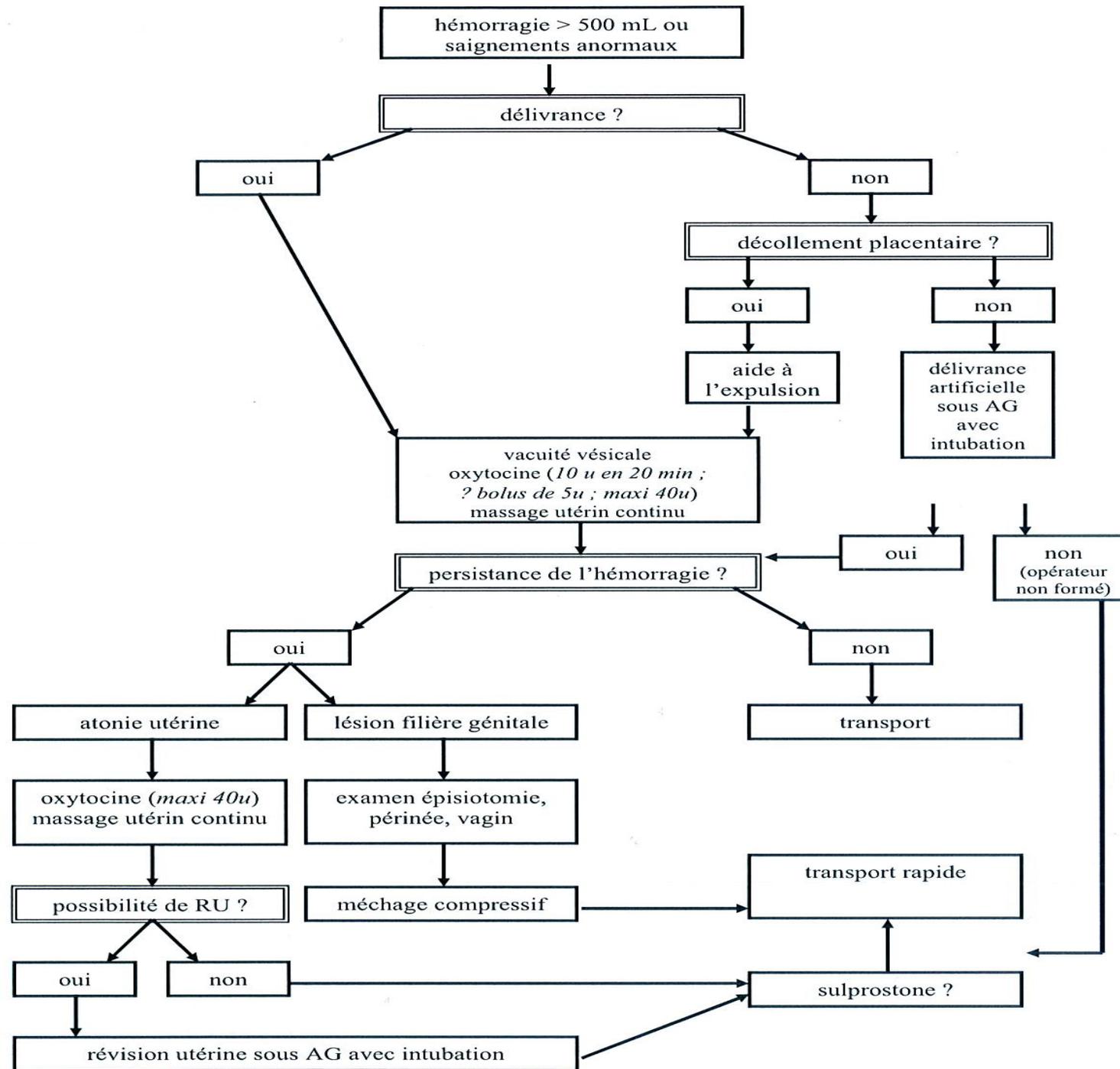
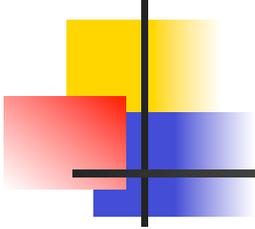


Fig. 1. Mesures générales et mesures spécifiques de prise en charge d'une hémorragie post-partum survenant en dehors d'une maternité

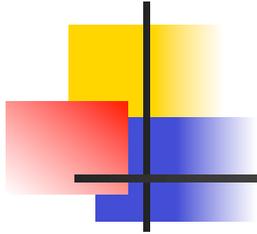


# TRANSPORT INTER HOSPITALIER EN URGENCE (TIH)

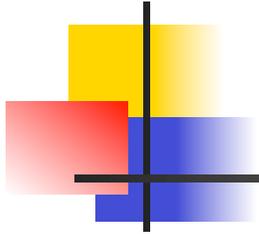
---

- **Indications principales**

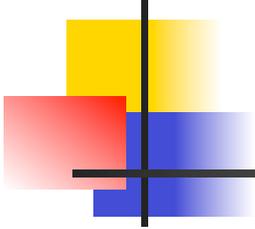
- Réalisation d'une embolisation artérielle
- Situation à haut risque justifiant une décision réfléchie et une médicalisation
- Indications thérapeutiques à poser par les équipes obstétricales et anesthésiques de la Maternité d'origine en accord avec les praticiens (radiologues, anesthésistes, réanimateurs, obstétriciens) du service receveur



- Faisabilité du transport est appréciée de manière consensuelle entre les équipes obstétricales et anesthésiques du service demandeur et le médecin régulateur du SAMU
- Une réévaluation du rapport bénéfice-risque du transport doit être faite au moment du départ conjointement avec le médecin transporteur du SMUR
- Orientation déterminée en fonction de la tolérance clinique, des moyens obstétricaux, chirurgicaux et d'anesthésie réanimation nécessaires et des conditions géographiques et sanitaires
- La réparation des lésions de la filiaire génitale doit être réalisée avant le transfert



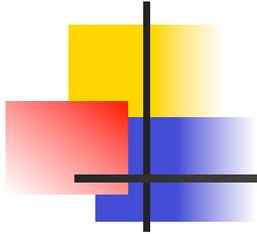
- 
- Un état hémodynamique instable malgré une prise en charge bien conduite est une contre-indication au transport et impose une chirurgie d'hémostase sur place, si possible conservatrice



# CAS PARTICULIERS DU PLACENTA ACCRETA

---

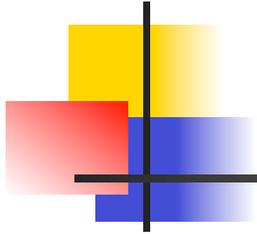
- En l'absence d'hémorragie, le placenta peut être laissé en place en partie ou totalement pour limiter les risques d'hémorragie à court terme (traitement à envisager éventuellement: ligature artérielle ou embolisation)



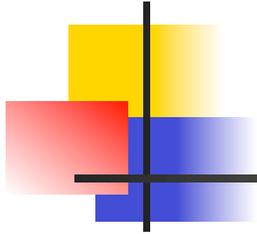
# CONCLUSION

---

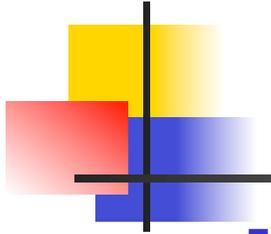
- Il est souhaitable que l'ensemble des professionnels médicaux, para-médicaux et non médicaux travaillant dans les SAMU et les SMUR reçoivent une formation initiale puis continue à la prise en charge des urgences obstétricales pré-hospitalières en accord avec leurs compétences propres



- Les médecins urgentistes doivent chercher à maintenir leurs compétences par des formations continues adaptées au contexte pré-hospitalier:
  - Stages en Maternité avec tutorat, support multimédia, formations pratiques utilisant la pédagogie active et de découverte en résolution de problème et en simulation sur mannequin
  - La formation des médecins urgentistes doit mettre l'accent d'une part, sur l'accouchement physiologique et, d'autre part, sur les situations obstétricales complexes (procidence du cordon, dystocie des épaules, expulsion par le siège, hémorragie)



- La création de réseau périnatal doit permettre la mise en commun des moyens de soins et de transport au niveau régional
- Les structures doivent associer les obstétriciens, les sages-femmes, les néonatalogues et les pédiatres, les anesthésistes réanimateurs et les médecins des SAMU-SMUR



- Des protocoles doivent être établis au sein de ces réseaux pour la prise en charge des urgences obstétricales pré-hospitalières
- Ces protocoles doivent être facilement accessibles par les médecins des SAMU-SMUR et réévaluer régulièrement afin de les actualiser
- Enfin il faut établir une liste de matériels et de médicaments nécessaires et spécifiques à la prise en charge des femmes enceintes, et définir la périodicité de l'entretien de ce dernier ⇒ **invitation aux ateliers pratiques**