



# Accouchement eutocique inopiné

Isabelle Bar

2 février 2012



# Rappel

Pour l'OMS, un accouchement normal se définit,  
dans le cadre d'une grossesse identifiée à faible risque  
au moment de l'accouchement  
(soit 70 à 80 % des grossesses),  
comme conduisant,  
suite au déclenchement spontané du travail  
entre les 37ème et 42ème semaines de gestation ,  
à la naissance  
en position céphalique du sommet  
d'un enfant se portant bien,  
sa mère se portant également bien après la naissance.

# La classification du « bas risque » selon l'Audipog est la suivante :

- Pour les primipares» :

- ▣ Âge compris entre 18 et 35 ans
- ▣ Absence d'antécédent médical ou gynécologique nécessitant une surveillance particulière
- ▣ Absence de pathologie au cours de la grossesse
- ▣ Grossesse unique
- ▣ Présentation céphalique

- Mêmes choses pour les multipares

+ absence d'antécédents obstétricaux et néonataux pathologiques : prématurité, mort-né, mort néonatale, utérus cicatriciel, hémorragie...



## Les recommandations de l'HAS (mai 2007)

### « Suivi et de l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées »

soulignent bien la complexité de la définition du « bas risque », ainsi que la nécessité de l'apprécier et le réévaluer tout au long de la grossesse.

L'obstétrique française définissant le bas risque par élimination du haut risque a posteriori, la pathologie peut potentiellement survenir dans le cadre d'une grossesse considérée au départ comme à bas risque et, à l'inverse, une grossesse dans un contexte reconnu de haut risque, nécessitant une surveillance particulière, pourra se dérouler de façon tout à fait normale.



# En matière d'accouchement,

**Il est communément admis qu'un travail qui se déroule rapidement est un travail qui se passe bien et qui ne nécessite aucune intervention.**

**Un accouchement à domicile inopiné s'inscrit a priori majoritairement dans ce cadre-là et se passera donc sans aucune complication.**

# Habituellement, en France,

les accouchements se déroulent à l'hôpital



Service d'obstétrique

Pôle  
Mère-Enfant

sous surveillance



Dans l'esprit du plus grand nombre la sécurité se trouve dans cet environnement technique



permettant de palier toutes les éventualités





•••••



# Quand les choses se passent autrement

et que le travail démarre dans des conditions imprévues





Contractions ?????

# Cela suscite généralement

stress



et panique

et amène à appeler



les services d'urgences.

# C'est donc dans ce contexte



que vous serez amenés à intervenir dans le cadre d'un appel pour accouchement inopiné.



# La première des choses

va donc être

de ne pas paniquer vous-même

et de rassurer tout le monde





# La difficulté essentielle

sera d'apprécier la situation,

son degré d'urgence

et la nécessité d'un transport.



# L'évaluation de la situation

doit conduire à rechercher tous risques surajoutés nécessitant une prise en charge particulière :

prématurité, grossesse multiple, présentation particulière, placenta prævia, hémorragie, utérus cicatriciel, HTA, diabète, pathologie maternelle connue...

et à savoir rapidement si le transfert est encore possible vers la maternité la plus proche

(ce qui reste sans doute le plus rassurant pour tout le monde et permet de rester dans le projet initial)

ou bien s'il faut rester sur place, la naissance semblant imminente et rentrant dans le cadre de la physiologie.

# Pour apprécier l'imminence de l'accouchement

On se réfère au score de Malinas :

Cotation	0	1	2
Parité	I	II	III et plus
Durée du travail	<3h	de 3 à 5 h	>5h
Durée des CU	<1mn	1mn	>1mn
Intervalle entre CU	>5mn	de 3 à 5 mn	<3mn
PDE	intacte	rupture<1h	rupture>1h

Score < 3 : transport non médicalisé possible,

Score = 4 : transport médicalisé,

Score > 7 : accouchement imminent



# Si la naissance est imminente

- Les contractions sont très présentes
- la femme a « envie » de pousser
- elle semble un peu « ailleurs », « déconnectée ».

**Le toucher vaginal ne sera alors pas utile.**



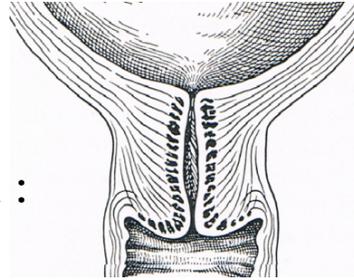
## En cas de doute, le toucher vaginal servira à objectiver la réalité du travail

On peut parfois observer une grande agitation, semblant indiquer une douleur importante et une naissance imminente, alors que les contractions ne sont pas efficaces, la douleur étant alors amplifiée par le stress et l'anxiété.

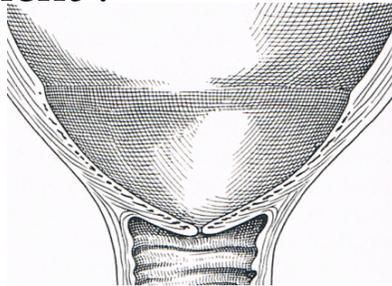
L'appréciation des modifications cervicales permettra de savoir si le travail est bien actif et de situer d'où l'on en est.

Il peut suffire alors de dire « vous n'êtes pas en train d'accoucher » pour que tout s'apaise.

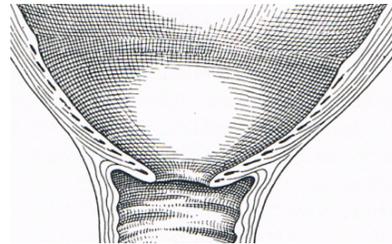
Col de **primipare** avant travail :



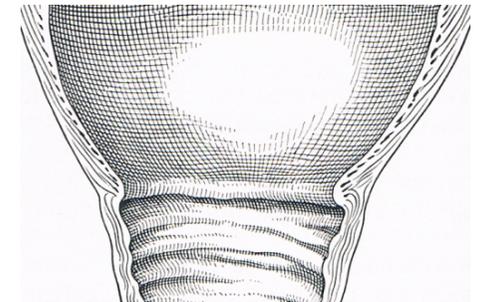
Effacement :



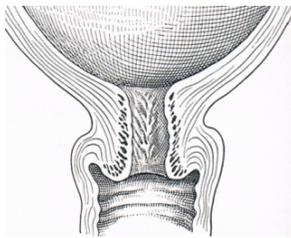
Début de dilatation :



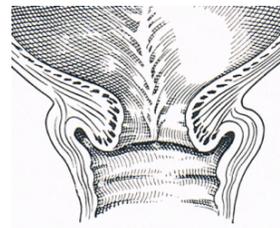
Fin de dilatation :



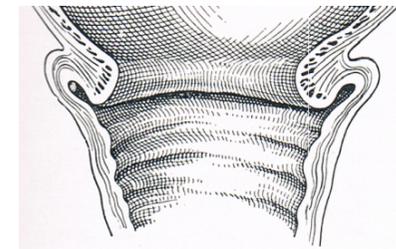
Col de **multipare**  
en début de travail :



Effacement et dilatation  
simultanés :



Fin de dilatation :





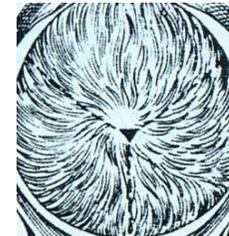
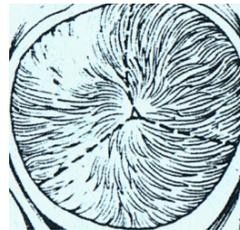
Pour évaluer la possibilité ou non du transport vers la maternité (en fonction du temps estimé pour s'y rendre) en fonction de la dilatation, on s'aidera du score de Malinas B, qui donne un ordre d'idée de temps restant avant la dilation complète (= 10cm) :

	1er bébé	deuxième	> 2
5 cm à dilatation complète	4 h	3 h	1h30
7 cm à dilatation complète	2 h	1 h	30 mn
9 cm à dilatation complète	1 h	30 mn	qqs mn

# Le toucher vaginal permettra

aussi de s'assurer qu'il s'agit bien d'une présentation céphalique (= pôle dur, rond, régulier) et d'apprécier son degré de flexion (en s'aidant des sutures et fontanelles) :

idéalement , on sentira :

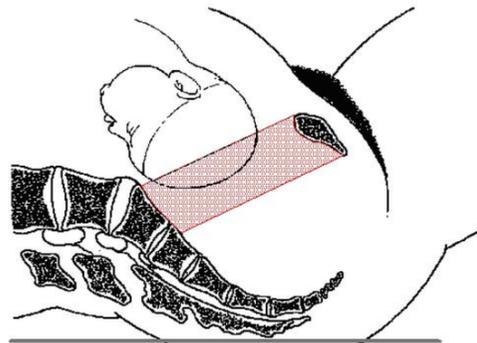


Les présentations particulières (siège, épaule, front, face) demandent une prise en charge adaptée.

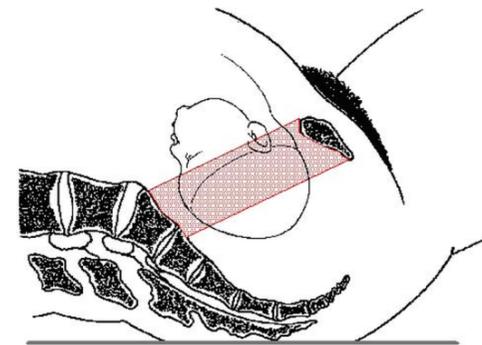
## La hauteur de la présentation pourra également aider au choix.

L'engagement se définissant comme le franchissement de l'entrée du bassin (détroit supérieur) par le plus grand diamètre de la tête du bébé (bosses pariétales), son diagnostic se fait à l'aide de Signe de Farabeuf : deux doigts intra vaginaux dirigés vers la deuxième vertèbre sacrée butent contre la tête fœtale et ne peuvent atteindre la concavité sacrée.

Tête non engagée



Tête engagée





## Si vous choisissez de transférer :

Pensez toujours que le processus peut s'accélérer. Assurez-vous que l'installation de la femme (plutôt en DLG pour éviter toute compression de la veine cave) permettra d'intervenir facilement et rapidement si la naissance doit se faire en cours de transport .

Idéalement, emmenez également le conjoint :  
c'est lui, a priori, le plus à même de rassurer sa femme et il pourra de plus répondre aux différentes questions.

# A domicile, la position choisie spontanément par la femme

ne sera pas obligatoirement une position allongée.

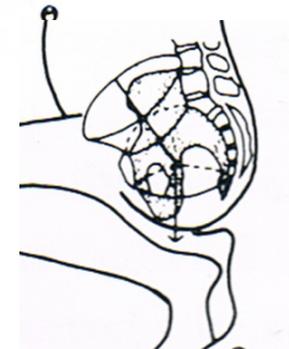
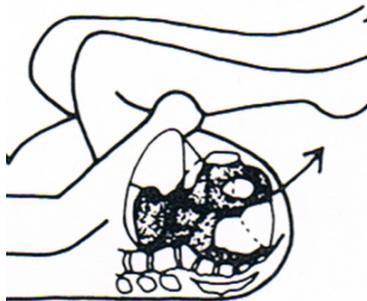
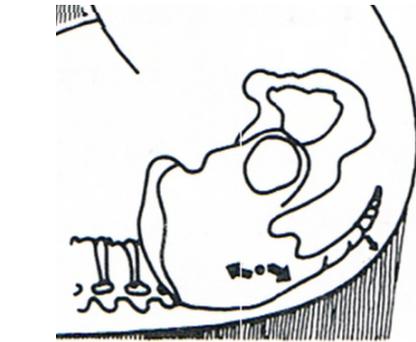
Il est fréquent d'adopter des positions à genoux, à quatre pattes...



Vous pourrez essayer de l'aider à s'installer dans une position vous semblant plus propice : au bord du lit, par exemple.

# A savoir cependant :

La liberté posturale et le libre choix de la position pour la phase d'expulsion facilitent le bon déroulement du travail et la progression du bébé.



Les femmes trouvent généralement elles-mêmes les positions qui leur conviennent et les soulagent :

dans la mesure du possible, il faut leur faire confiance et juste les rassurer, les encourager et, si besoin, les aider à la tenir (accroupie ou debout soutenue, par exemple) ou à en changer.



# Suivant l'imminence de l'arrivée du bébé

VOUS  
n'aurez  
pas forcément



le choix  
et serez obligés de vous adapter à la situation

## Quelque soit l'installation choisie, il faut s'assurer

- qu'il fasse suffisamment chaud dans la pièce.
- que l'endroit où va naître le bébé soit propre (y disposer draps, alèses, champs)
- d'avoir à portée de mains
  1. des compresses,
  2. 2 pinces de Kocher (clamp de Bar), une paire de ciseaux,
  3. serviettes éponges (ou champs),
  4. aspirateur de mucosité et sondes n°6 (ou 8)
  5. oxygène et insufflateurs manuels (nouveau-né et adulte)

# Si possible,

prendre le temps de se laver les mains,



d'enfiler des gants



et de protéger ses vêtements  
(/liquide amniotique, sang) :  
blouse, tablier.

# Si vous avez le temps,

recherchez et écoutez le cœur  
du bébé, afin de rassurer tout  
le monde sur sa vitalité.



Posez tranquillement une voie d'abord veineuse  
(en expliquant à la femme que c'est préventif)  
ce qui évitera d'avoir à se poser la question de le faire au  
moment de la délivrance  
(G5% ou seulement un bouchon).





# Encouragez, positivez

« C'est parfait... Il avance... Il sera bientôt là... »

Incitez la femme à se détendre, à souffler.

L'idée est d'accompagner la progression du bébé à chaque contraction.

Plus que de pousser très fort, l'essentiel est « d'ouvrir » et de laisser passer le bébé, ne pas aller contre la poussée qui se fait spontanément (et peut s'accompagner de sensations désagréables et très inhabituelles).

# Pour rassurer et encourager,

la verbalisation n'est pas toujours indispensable et peut même parfois être dérangementante ou stressante.

Un regard,



les mains

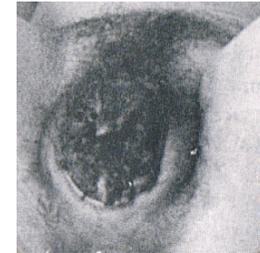


un sourire,



# Quand la tête apparaît

on observe l'ampliation du périnée au fur et à mesure de sa progression



et de sa déflexion



Il est habituel d'aider alors au dégagement de la tête et de soutenir le périnée postérieur pour le protéger et éviter les possibles lésions se produisant lors de ce stade de l'accouchement.

Selon l'OMS, rien ne permet de dire qu'il est préférable d'intervenir plutôt que de ne rien faire.

Suivant la position choisie par la femme, il ne vous sera parfois possible que de soutenir le périnée à l'aveugle et « d'attraper » le bébé.



# Épisiotomie ????

Dans ce contexte d'accouchement normal et rapide, les lésions qui surviennent alors sont généralement minimales et rarement des déchirures importantes.

Ces déchirures, de premier ou deuxième degré, ne nécessitent pas obligatoirement de suture et cicatrisent généralement sans complication.

A priori, la faible incidence des déchirures plus importantes, dite de troisième degré (environ 0,4%) fait que vous n'aurez que rarement à vous poser la question de faire une épisiotomie = incision du périnée.

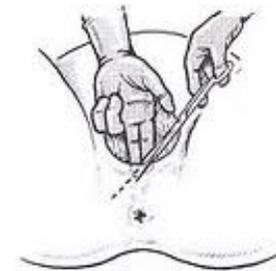
# Episiotomie ????

Elle ne sera faite qu'en cas

- de signes de détresse fœtale,
- d'évolution insuffisante de l'accouchement à ce stade du travail,
- ou de risque (difficile à apprécier) de déchirure du troisième degré.

En France, l'incision est habituellement

médio latérale (à  $45^\circ$ ), pour éviter les atteintes du sphincter anal et du rectum.



# Pour aider au dégagement :

une main maintient la tête  
du bébé fléchie,



l'autre soutient le périnée





# Vérifiez alors

que le cordon n'est pas enroulé autour du cou du bébé  
= circulaire du cordon.

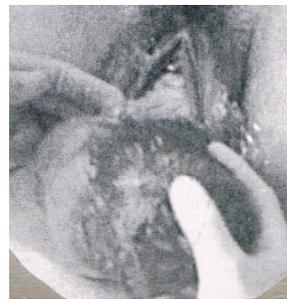
Si la circulaire est lâche, on fait juste glisser le cordon par-dessus la tête.

Si la circulaire est serrée, on clampé le cordon avec les deux pinces de Kocher et on le coupe entre les deux pinces avant de le dérouler.

La tête pivote du côté du dos :  
les mains accompagnent  
ce mouvement.



Puis, sans tirer et toujours en accompagnant le  
mouvement spontané, on abaisse la tête  
pour aider au passage  
de la première épaule



Après la sortie des épaules,  
le reste du corps sort  
rapidement.



Aidez la maman à attraper son bébé  
(sous les bras)



ou déposez-le sur son ventre



# N'oubliez pas...

... de regarder l'heure :



Il faut éviter que le bébé ait froid et donc l'essuyer (sans frotter), le recouvrir,



le mettre en peau à peau,



lui enfiler un bonnet





Souvent, il va spontanément trouver le sein et téter.

La simple observation permet de s'assurer que le nouveau-né respire et va bien.



# L'APGAR

permet d'apprécier l'état du bébé.

Cotation	0	1	2
Couleur	blanc ou bleu	extrémités cyanosées	tout rose
fréquence cardiaque	nulle	<100/mn	>100/mn
respiration	absente	lente, irrégulière	efficace, régulière
tonus musculaire	hypotonie	flexion des membres	bon tonus, mouvements
réponse aux stimulations	nulle	légère	vive

On le cote à 1 minute de vie puis 5 minutes, 10 minutes.

On ne procédera pas à des gestes particulier si  $>$  ou  $= 7$

# S'il est un peu « encombré »



il peut suffire de le « moucher » avec  
une compresse (= essuyer bouche et nez)  
avant de se poser la question de l'aspiration



# Va venir ensuite la délivrance

ou l'expulsion du placenta.

Au préalable, le cordon aura été coupé (avec des ciseaux stériles, entre deux pinces de Kocher ou clamps de Bar)

puis désinfecté  
(compresses  
stériles +  
désinfectant,  
tranche et base).



S'ils le souhaitent, on peut proposer au papa ou à la



En même temps que le bébé, on observe sa maman (pouls, TA, saignement), le risque possible étant l'hémorragie au moment du décollement du placenta, et on s'assure toujours qu'elle soit installée de façon confortable et qu'elle ait bien chaud.

Classiquement, il y a un temps de latence de 20 à 30 minutes entre la naissance du bébé et la délivrance.

En fonction du temps estimé pour se rendre à la maternité, on peut éventuellement se poser la question du transport possible à ce moment là.

( A savoir, cependant, ce temps est généralement raccourci quand la femme est en position verticale)



# Ne jamais tirer sur le cordon

mais tendre et attendre...

Normalement, une fois décollé, le placenta est expulsé spontanément.

On peut s'assurer qu'il est décollé en pratiquant une légère tension sur le cordon et aider à sa sortie en exerçant une pression manuelle juste au dessus de la symphyse pubienne.

## Une fois sorti, observez le placenta

Face maternelle :



Face fœtale :



Puis conservez-le dans une bassine ou un sac plastique.



Il sera re-examiné à l'hôpital  
et éventuellement envoyé  
pour analyses en ana-path.

# Une révision utérine peut s'avérer nécessaire

- Si de façon évidente, il manque un morceau de placenta
- Si les saignements sont importants après son expulsion.

L'hémorragie de la délivrance est définie par l'OMS comme une perte sanguine supérieure ou égale à 500 ml ; cependant, pour les pays industrialisés, où les femmes qui accouchent sont généralement en bonne santé, on considère qu'une spoliation de 1 000 ml est physiologique et ne nécessite pas d'autre traitement que l'administration d'oxytociques (Méthérgin IM, Synthocinon IV)

Si RU : ce geste, qui a pour but de bien vider la cavité utérine, doit être fait de façon stérile +++.

# Après la délivrance,

la surveillance reste la même :

- Importance des saignements,
- État général, constantes,
- Confort
- Absence de douleur

La palpation abdominale vérifie également la bonne rétraction utérine : normalement, une fois vide, l'utérus se contracte, assurant ainsi l'obturation des vaisseaux qui alimentaient le placenta et l'hémostase, et descend rapidement au niveau de l'ombilic.

Il doit être perçu comme bien tonique et bien délimité ; on parle de « globe de sécurité »  
Si le bébé tète, cela déclenche des contractions qui facilitent cette involution. On peut éventuellement masser l'utérus pour activer l'activité contractile, si on le trouve mou et gros.



# A retenir

- Ne pas stresser (... ou ne pas le montrer)
- Rassurer
- Observer
- Agir seulement si besoin

Ne pas oublier le contexte, normalement positif :  
il s'agit d'une naissance, de l'arrivée d'un bébé...  
et pas d'un accident ou d'une catastrophe !

