



## Accouchement inopiné en pré-hospitalier

Cette situation impose la prise en charge de 2 patients (mère et enfant) et de 2 situations différentes, que l'enfant soit déjà né ou non. Un accouchement se déroulant normalement est dit eutocique. En cas d'anomalie, on parle d'accouchement dystocique. Un accouchement inopiné est en général eutocique et rapide.



### Avant d'arriver sur place

Les éléments utiles à connaître sont le terme, la parité, la présence de contractions et leur caractère (durée ? douleur associée ? intervalles ?), la perte des eaux et l'envie de pousser (signe d'accouchement imminent).

### Transfert ou accouchement sur place ?

**Toute contraction n'implique pas un déclenchement et tout déclenchement n'implique pas un accouchement sur place.**

Des contractions douloureuses, de plus en plus rapprochées, accompagnées de l'expulsion du bouchon muqueux ou de perte des eaux évoquent un déclenchement du travail. Les modifications progressives du col (effacement, dilatation, ouverture lors des contractions) documentées par un toucher vaginal (patiente couchée fesses surélevées et cuisses fléchies) confirment le diagnostic.



Cette première évaluation, ainsi que l'envie de pousser et le score de Malinas (ou Bourbon (cf tableau 1)) vont dicter un transfert rapide ou un accouchement sur place.

Cotation	0	1	2
Parité	I	II	≥ III
Durée du travail	< 3h	3-5h	> 5h
Durée des contractions	< 1min	1min	> 1min
Intervalle entre les contractions	> 5min	3-5 min	< 3 min
Perte des eaux	non	récente	> 1h

Tableau 1 : Score de Malinas de 0 à 10

Un total < 5 laisse envisager un transport en décubitus latéral gauche (libération du retour veineux), si le score > 5 accouchement imminent, souvent < 1h.

Tenir compte également de l'éloignement de la maternité, des comorbidités de la patiente et des spécificités de la grossesse (HTA, gémelliparité, évolution).

### Si décision d'accouchement sur place :

#### Matériel :

AmbuPed, filtre, masque, scope ped., clamp de Barr (bas nylon si pas de clamp p.ex.), gants stériles, champs stériles, lunettes,

Merfen® aqueux, set stérile d'accouchement, bassin, matériel pour sécher le nouveau-né, stéthoscope de Pinard, Pampers.



**Stéthoscope de Pinard :** détection de pouls fœtal : on le pose sur le ventre de la mère pour écouter les bruits du cœur qui sont normalement réguliers et rapides.

#### Installation :

Prévoir un monitoring: oxygénothérapie au masque, VVP, scope (FC, TA, sat, ECG). Mettre la patiente en travers du lit (vessie vide), les fesses près du bord, glisser sous elle des linges et un drap, assurer sa pudeur et son confort, faire préparer un endroit pour déposer l'enfant (drap au four, bouteilles remplies d'eau chaude sous le drap sur tout le pourtour), demander à la femme de saisir ses cuisses sous les genoux à pleines mains.

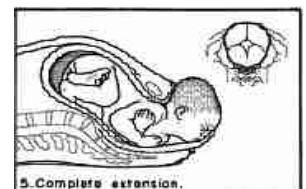
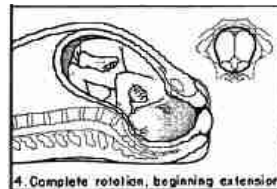
#### Pas de poussée avant dilatation complète.

Pousser pour chaque contraction et se reposer entre. Utiliser la technique suivante: inspirer et gonfler les poumons, bloquer, pousser 10-15s comme pour aller à selle en tirant sur ses bras comme en ramant, la tête en avant, puis souffler.

Si la dilatation stagne, on provoque la rupture de la poche à l'aide d'un crochet en plastique, geste indolore qui provoque la libération de prostaglandines qui vont rendre les contractions plus efficaces. La poussée maternelle renforce la contraction utérine. L'envie de pousser est déterminée par le contact de la tête fœtale avec le plancher pelvi-périnéal.

#### Mécanique de la période d'expulsion :

L'expulsion représente une séquence de mouvements du fœtus à travers la filière pelvienne. Les différentes étapes sont l'engagement (tête en flexion), la descente (au cours de laquelle le fœtus effectue une rotation interne), l'extension (rotation terminée et hyperextension de la tête), la restitution (rotation externe) puis le dégagement (tête, épaule antérieure puis postérieure). Elle ne doit pas dépasser 30 minutes.



• Quand la tête est visible, la main gauche s'applique dessus pour empêcher une issue trop rapide (risque de déchirure du périnée), la main droite est placée sur le périnée avec un linge de manière à recevoir d'éventuelles selles, elle aide également la tête à se défléchir et soutient le périnée, la main gauche accompagnant l'extension de la tête.



• Quand la tête apparaît d'environ 10cm et que le front est visible, demander à la mère de cesser de pousser et d'expirer pendant la contraction de manière à diminuer l'intensité. La pression sur la tête est maintenue pour garantir une sortie mm par mm.



- Lorsque la tête est née, vérifier que le menton ait passé l'anneau vulvaire et essuyer le visage de l'enfant avec un linge propre.

**Avant le dégagement des épaules, vérifier si le cordon est autour du cou :**

- s'il est lâche, le passer par dessus la tête ou l'épaule,
- s'il est serré **ne pas tirer** ; placer 2 pinces Kocher et couper entre 2 puis dérouler le cordon.

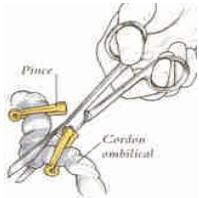
L'enfant regarde vers le bas, il va se tourner de 45° vers la droite ou la gauche, c'est la *restitution* qui s'effectue dans la minute. Sinon faire pousser doucement la mère.

- Placer les mains à plat sur les joues de l'enfant sans faire crochet puis diriger la tête vers le bas de manière à dégager l'épaule antérieure puis exercer la bascule de la tête vers le haut, l'épaule postérieure est libre. Les 2 épaules dégagées, saisir fermement sous les épaules et achever le dégagement en direction du bas-ventre de la mère.
- Placer l'enfant sur le ventre de sa mère, la tête de côté en déclive (drainage des sécrétions), enregistrer l'heure de naissance, clamper et couper le cordon à 15-20cm de la vulve en vérifiant la présence de 2 artères et d'une veine (les soins du cordon seront réalisés à la maternité).
- Sécher l'enfant puis administrer 5UI de Syntocinon® (ocytocine) à la mère en IV lent de manière à prévenir l'hémorragie (perte normale de liquide env. 500ml).

**Pas de Syntocinon® avant la naissance du bébé !**

Episiotomie :

A pratiquer si le périnée blanchit et laisse perler une légère sérosité ou une apparition d'une éraillure, si présentation de siège, si distance ano-vulvaire courte, sur périnée cicatriciel, ou sur arrêt de progression de la tête à la vulve. Incision médiolatérale droite (env. 45°) de 5cm de manière à couper le releveur de l'anus, avec un ciseau à bout mousse, lors d'un effort expulsif, en plaçant préalablement l'index et le majeur de la main gauche entre la tête et la lèvre. Ce geste se fait sans anesthésie locale en raison du manque de temps au moment de l'indication.



Après l'accouchement, clampage du cordon puis délivrance et soins du nouveau-né.

Délivrance :

Surveiller la mère de très près (TA, FC, sat) en raison du risque d'hémorragie du post-partum (env. 5%).

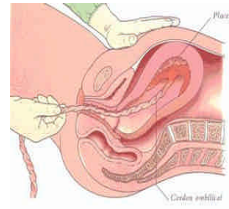
Après la naissance et l'administration de Syntocinon®, phase de latence physiologique de 10-20min puis reprise des contractions assurant le décollement du placenta. Les critères de décollement placentaire sont un allongement du cordon dépassant de la vulve, l'apparition d'un saignement de 100-300ml et l'absence de remontée du cordon lors de l'appui utérin. On voit le placenta à l'orifice vulvaire, on l'enroule dans ses membranes sans tirer puis on vérifie son intégrité (face fœtale et maternelle). Ensuite l'utérus se contracte, assurant l'hémostase (globe de sécurité, auto-strangulation vasculaire). Le fond utérin doit être sous-ombilical.

Mettre en place 20UI de Syntocinon® dans 500ml de NaCl 0.9% (40gtts/min) +/- Methergin® (méthylergométrine) 1 amp 0.2mg IM.

Si l'utérus est mou, l'hémorragie peut être abondante sans qu'il ne s'écoule une goutte de sang à l'extérieur, le remplissage est inefficace tant que l'hémostase n'est pas faite. L'hémostase d'urgence est assurée en massant l'utérus par des mouvements circulaires. Les ocytociques n'arrêtent les hémorragies de délivrance que si l'utérus est complètement vide. Si le placenta est retenu, empaumer le fond utérin depuis l'extérieur avec la main gauche et suivre le cordon jusqu'au placenta pour le sortir.

Après la délivrance, placer une compresse sèche et un linge entre les jambes afin de recueillir le sang et de quantifier les pertes.

**Pas de traction sur le cordon, garder le placenta. Si le placenta n'est pas sorti après 30-45min, transporter à la maternité.**



**Soins du nouveau-né :**

- Essuyer l'enfant (tête et plis) et éviter au maximum les déperditions de chaleur (bonnet, chaussons, contact avec la mère et couverture) puis contrôler l'adaptation à la vie extra-utérine avec le **score d'APGAR** à réaliser à 1', 5' et 10' de vie (couleur, respiration, FC et tonus) cf. tableau 2.

Cotation	0	1	2
Couleur	Pâle	Cyanosé	Rose
Respiration	Nulle	Irrégulière	Normale
Cœur	< 80	80-100	>100
Tonus	0	+	++
Réactivité	0	+	++

Tableau 2: score d'APGAR

Un nouveau-né à terme a la peau fine et rouge, les paupières oedématisées, les extrémités peuvent être cyanosées et il a une attitude de grenouille. Son poids se situe entre 2'800 et 4'000g et il mesure entre 48 et 52cm.

- Si le bébé est peu réactif, mal coloré ou que le liquide amniotique est méconial (évoque souffrance fœtale in utero), **il faut le poser sur le lit chauffant, maintenir les voies aériennes libres et l'aspirer si nécessaire avant toute ventilation.**

- Puis évaluation ABC (cf. PALS)



**Situations imposant un transfert :**

Transport rapide en cas de siège ou de procidence du cordon (sortie du cordon avant la tête fœtale). En cas de procidence, faire mettre la patiente à 4 pattes et insérer 2 doigts dans le vagin et pousser sur la tête du fœtus de manière à empêcher la tête de clamper le cordon et ne les retirer qu'une fois en salle d'accouchement.

**Médicaments SMUR utilisables en Obstétrique :**

- Sulfate de Mg2+ : anti-convulsivant, prévention crise éclampsie via action relaxante sur les transmissions neuromusculaires.
- Nitroglycérine : tocolytique via action sur relaxation musculature lisse. A utiliser en cas de MAP (Menace d'Accouchement Prématuro ; contractions entre 22 et 37<sup>ème</sup> SA associées à une modification du col)
- Adalat® (Nifédipine) : antiCa2+, tocolytique
- Ventolin® (Salbutamol): tocolytique via action réc. Bêta, 2 bouffées ou 10 gouttes si MAP
- Syntocinon® (Ocytocine) : contractant utérin et aide à la sortie du lait. Effet < 1min et demi-vie 15min. Peut s'administrer en IV ou IM. **Ne pas administrer avant la naissance du bébé.**
- Gynipral® (Hexoprénaline) : tocolytique, inhibition des contractions pendant l'accouchement en cas d'asphyxie intra-utérine), en cas de prolapsus du cordon ombilical, de contractions dystociques.
- Methergine® (Méthylergométrine) : délivrance (pour favoriser l'expulsion du placenta et réduire les pertes sanguines). Traitement de l'atonie utérine et des hémorragies utérines.
- Cytotec® (Misoprostol) : préparation cervicale à terme sur col défavorable, **cave** utilisation sujet à controverse.

\*\*\*\*\*