



Accouchement imminent ...

Définitions

Accouchement imminent : dans l'heure qui suit

Contractions : durcissement douloureux de l'utérus. Si la future mère en ressent plus d'une toutes les 10 min, cela signifie que l'accouchement est déclenché. Lors du déclenchement de l'accouchement, les contractions provoquent une dilatation du col vaginal.

Parité : nombre d'accouchements antérieurs (nulli-, primipare, ...)

Gestité : nombre de grossesses antérieures (primigeste, ...)

Alarme et procédure (concept en place sur HNe)

Toute menace d'accouchement extrahospitalier dans les montagnes neuchâteloises est annoncée à la centrale 144. Depuis qu'il n'y a plus de maternité à l'hôpital de La Chaux de Fonds, il faut également appeler le 144 si la situation s'y présente en dehors des heures d'ouverture de la policlinique de gynécobstétrique. Le 144 envoie une ambulance et mobilise la sage-femme de garde à Pourtalès et le SMUR le plus proche.

A noter que les véhicules SMUR sont équipés d'une valise d'obstétrique (qui peut aussi servir en cas d'accouchement aux Urgences!).

Transfert à la maternité ou accouchement sur place ?

Imminence de l'accouchement selon le score de Malinas :

Points	0	1	2
Parité	I	II	III et +
Durée du travail	<3h	3-5h	>5h
Durée des contractions	<1 min	1 min	>1 min
Intervalle entre les contractions	>5 min	3-5 min	<3 min
Perte des eaux	Non	Récente	>1 heure

L'accouchement est considéré comme imminent si le score est > 5 points, alors qu'on a normalement le temps de transférer si le score est < 5 points.

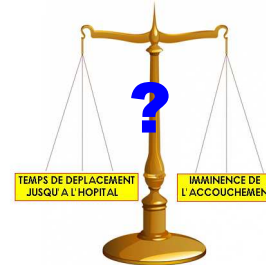
L'*envie de pousser* signe que l'enfant a déjà amorcé sa descente dans la filière génitale et que l'accouchement est proche. A noter que l'accouchement est plus rapide si l'enfant est prématuré !

Si on constate des contractions régulières, il faut également faire un toucher vaginal pour évaluer la dilatation et le raccourcissement du col. Ce geste permet aussi de détecter une éventuelle procidence du cordon ou la présence d'une main/ d'un pied déjà en train de sortir. ⚠ Attention le *toucher vaginal* est contre-indiqué en cas d'hémorragie.

Le transport en milieu hospitalier est impératif si :

- **présentation transverse (une main dépasse p. ex.)**
- **procidence du cordon (cordon visible à la vulve)**
- **disproportion materno-fœtale connue (gros fœtus ou mère avec un petit bassin)**
- **placenta praevia connu (placenta malpositionné, en regard de la sortie de l'utérus -> risque hémorragique ++)**

Les données doivent toujours être confrontées à la situation géographique, respectivement à l'éloignement de la structure hospitalière.



Dans l'environnement neuchâtelois, il est par ailleurs nécessaire d'envisager un transfert en hôpital universitaire si le fœtus a moins de 32 SA (semaines d'aménorrhée). A noter que le fœtus est probablement non viable dans une situation d'accouchement extrahospitalier s'il a moins de 28 SA ...

Prise en charge sur site

1) Un brin d'anamnèse indispensable à l'évaluation

- ◆ Quand l'accouchement est-il prévu ? (augmentation du risque de siége si prématuré)
- ◆ Comment s'est passée la grossesse ? (en particulier y-a-t'il une anomalie du placenta identifiée ? une grossesse gémellaire ?)
- ◆ S'agit-il d'un 1^{er} enfant ? Si non, comment s'est (se sont) passé le(s) accouchement(s) précédent(s) ? (antécédent de césarienne ?)
- ◆ A quelle heure ont commencé les douleurs ?
- ◆ A-t'elle remarqué une perte de liquide amniotique ? (si oui, de quelle couleur ?) Le cordon ou un pied/main sont-ils visibles ?
- ◆ A-t'elle envie de pousser ?
- ◆ Existe-t-il des problèmes de santé chez la mère ? (diabète, diathèse hémorragique, maladie cardiaque, toxicomanie, allergie?)

2) Installation et équipement de la mère

Si transport :

O2, position en Trendelenburg légèrement sur le côté G, éventuellement tocolyse et refoulement manuel (si procidence)

Si accouchement pré-hospitalier :

O2 (l'enlever lors des poussées si gêne la mère), monitoring.
 2 VVP (prélever tubes dont groupe sanguin et anticorps).
 Position gynécologique (lithotomie) au bord du lit avec les fesses surélevées (p.ex, par linges roulés), les genoux dans les mains ou les jambes appuyées sur deux chaises, vessie vide.
 Dans la mesure du possible, respecter la pudeur de la mère.
 Protéger les draps et le sol ...
 En voiture, installer la mère sur le siège passager avec les pieds sur le tableau de bord et le siège reculé à fond.
 Dans l'ambulance, s'arrêter!!! Caler les pieds en hauteur, et chauffer le véhicule.



Position en lithotomie

3) Préparation du matériel

Désinfecter le périnée avec de la Bétadine.
 Mettre des lunettes de protection et des gants stériles !
 Préparer les ciseaux pour une éventuelle épisiotomie.
 Chauffer des linges pour sécher le bébé.
 Préparer le clamp à cordon, et l'aspiration pour le bébé.

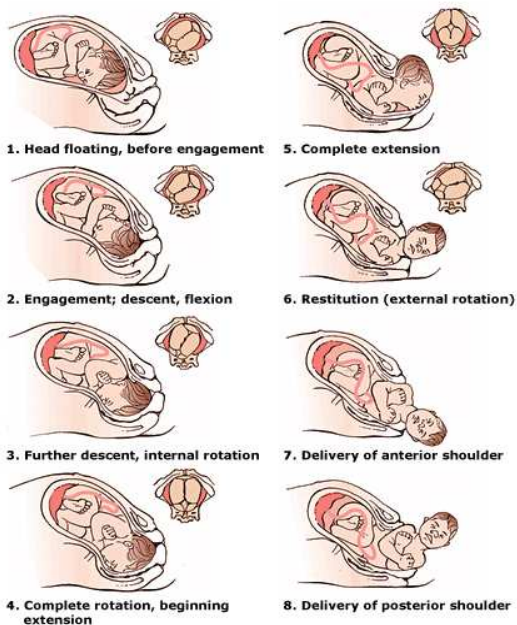
4) Déroulement de l'accouchement lui-même

Dès dilatation complète, encourager la mère à pousser en même temps que les contractions et à se reposer entre deux. Une seule personne dirige pour que la mère puisse « s'accrocher » à une seule voix.

Éviter que la tête de l'enfant ne sorte trop brutalement en gardant une main dessus afin d'éviter une déchirure périnéale (demander à la mère de pousser moins fort à ce stade). L'autre main diminue la tension des tissus périnéaux en tentant de les rapprocher. Garder une compresse entre le vagin et l'anus (l'émission de selles est physiologique dans ces conditions).

Si une épisiotomie est nécessaire (ischémie du périnée mise en évidence par un blanchissement, siège), elle doit se faire en cours de contraction en direction inféro-latérale (à 8h), afin de ne pas léser le sphincter anal.

Une fois la tête sortie, la mère ne doit plus pousser. Aider la tête à tourner (*restitution*) et à basculer vers le bas afin de dégager l'épaule supérieure puis vers le haut pour l'épaule inférieure. Si on palpe le cordon autour de la nuque, essayer de le passer autour de la tête. En cas d'échec, ne pas hésiter à couper le cordon afin d'éviter qu'il ne se rompe spontanément (risque d'hémorragie fœtale ++). Noter l'heure de l'expulsion !



Déroulement de l'accouchement

5) Prise en charge du nouveau né

Poser le nouveau-né sur le ventre de sa mère, le moucher (éventuellement aspirer la bouche puis le nez). Clamper ensuite le cordon en deux points et le couper. Sécher rapidement le nouveau-né, lui mettre un bonnet et l'enrouler dans une couverture de survie (⚠ **risque d'hypothermie rapide**).

Évaluer la vitalité du bébé avec le score d'Apgar :

	0	1	2
Aspect	Blanc-bleu	Extrémités bleues	Rose
Pouls	<80/min	80-100/min	>100/min
Grimaces à l'aspiration	Nulles	Présentes	Vives
Activité spontanée	Nulle	Extrémités seulement	Bonne
Respiration	Nulle	Cri faible	Cri vigoureux

Score > 7 : bonne adaptation néonatale.

Score 4-7 : stimulation en frottant les plantes de pied, désobstruction des voies aériennes et aspiration, O₂ +/- ventilation, perfusion

Score < 4 : réanimation cardio-pulmonaire (1% des cas)

6) Délivrance

Les contractions reprennent après une phase de repos physiologique. **L'expulsion du placenta doit avoir lieu dans l'heure qui suit l'accouchement.** Les 3 signes classiques sont l'allongement du cordon, une émission de sang depuis l'utérus et une augmentation de la hauteur du fond utérin.

⚠ **Surveiller la mère, car c'est la phase critique pour les hémorragies de la délivrance qui peuvent être cataclysmiques !!!!**

Ne jamais tirer sur le cordon et garder une main sur l'utérus afin d'éviter qu'il ne s'inverse sous la poussée des contractions.

Après l'expulsion du placenta, masser l'utérus pour aider à la formation d'un « globe de sécurité » (durcissement hémostatique de la musculature utérine) et injecter 10 UI d'ocytocine (Syntocinon®) (en perfusion dans du NaCl ou en bolus iv ou im). Inspecter le périnée à la recherche de lacerations à suturer à la maternité. Garder le placenta afin de vérifier s'il est complet.

Situations à risque

Menace d'accouchement prématuré (<37 SA)

Essayer de retarder l'accouchement avec une tocolyse : hexopréraline (Gynipral®) 10mcg iv lent puis perfusion de 0.3mcg/min ou salbutamol (Ventolin®) 10 gouttes à 0.5% en aérosol.

Placenta praevia

Si la mère mentionne l'existence d'un placenta praevia, ne surtout pas faire de toucher vaginal, équiper la patiente de 2 gros Veinflons et la transférer pour une césarienne en urgence.

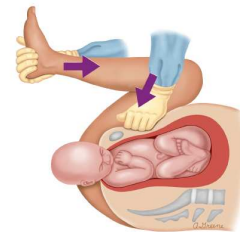
Procidence du cordon

Si le cordon pulse encore, empêcher la tête de sortir en évitant de toucher le cordon et transférer la patiente en décubitus latéral gauche et Trendelenburg avec une tocolyse pour une césarienne en urgence. Si la tête est déjà à la vulve, pratiquer l'accouchement en urgence.

Bébé en siège (fesses en premier)

S'assurer que le bébé regarde vers le dos de la mère, sinon il faut absolument le tourner en le prenant par le bassin (autrement la tête ne passera pas). Ne jamais le tirer vers l'extérieur, sinon, il aura le réflexe de lever les bras (!) rendant alors l'expulsion impossible. Si cela arrive, dégager un bras après l'autre en allant le chercher avec les doigts tout en tournant le bébé sur le côté.

Si la tête est coincée, faire fléchir les jambes à la mère, tandis que quelqu'un appuie sur la symphyse (manœuvre de McRoberts). Le médecin met alors deux doigts dans la bouche du bébé pour lui faire fléchir la tête afin de présenter la partie du crâne la moins large.



Manœuvre de Mc Roberts (également utile en cas de dystocie des épaules)

Jumeaux

Le premier bébé doit être en céphalique (tête la première) pour envisager un accouchement par voie basse. Si le deuxième est transverse, le guider pour le mettre en céphalique voire en siège pendant la phase de repos physiologique après l'accouchement du premier. Ne pas injecter d'ocytocine avant que les deux enfants soient sortis !

Hémorragie de la délivrance

Concerne 5% des accouchements avec 1% de mortalité
Attitude : ANTICIPER !! 2 VVP de gros calibre, remplissage avec des colloïdes, perfusion d'ocytocine (Syntocinon®) 20UI iv, méthylergométrine (Methergin®) 0.2mg im, voire 4 cpr de misoprostol 200mcg (Cytotec®) intravaginal (indication non reconnue en Suisse). Masser l'utérus énergiquement et appliquer du froid. Transfert en urgence pour une révision au bloc opératoire.

Un saignement vaginal alors que le placenta complet est sorti signe plutôt une déchirure du col. Dans ce cas, appliquer des compresses et perfuser la patiente jusqu'à l'arrivée à l'hôpital où la lésion sera suturée.

Take home messages

- Préférer un transfert à un accouchement extrahospitalier, car le bébé est mieux au chaud dans le ventre de la mère.
- Les principes de l'ABC restent valables tant pour la mère que pour le bébé.
- L'hémorragie de la délivrance est la principale cause de mortalité maternelle.

Remerciements : Mme Patricia Jeanneret, sage-femme à l'HNE

Bibliographie

- Precipitous birth not occurring on a labor and delivery unit, UpToDate, last updated October 15 2009
- http://emedicine.medscape.com/obstetrics_gynecology
- www.adrenaline112.org
- Directives HNE disponibles sur Intranet