

L' ACCOUCHEMENT INOPINE



Sophie KUCHARSKI Sage Femme CHU de Nice



L'ACCOUCHEMENT INOPINE

- Accouchement dont la **survenue brutale** ne peut être prise en charge par une structure adaptée
- Il est **rapide** et le plus souvent **eutocique**
- Il a lieu à **domicile** ou dans un **lieu autre** que la maternité (parking, voiture...)



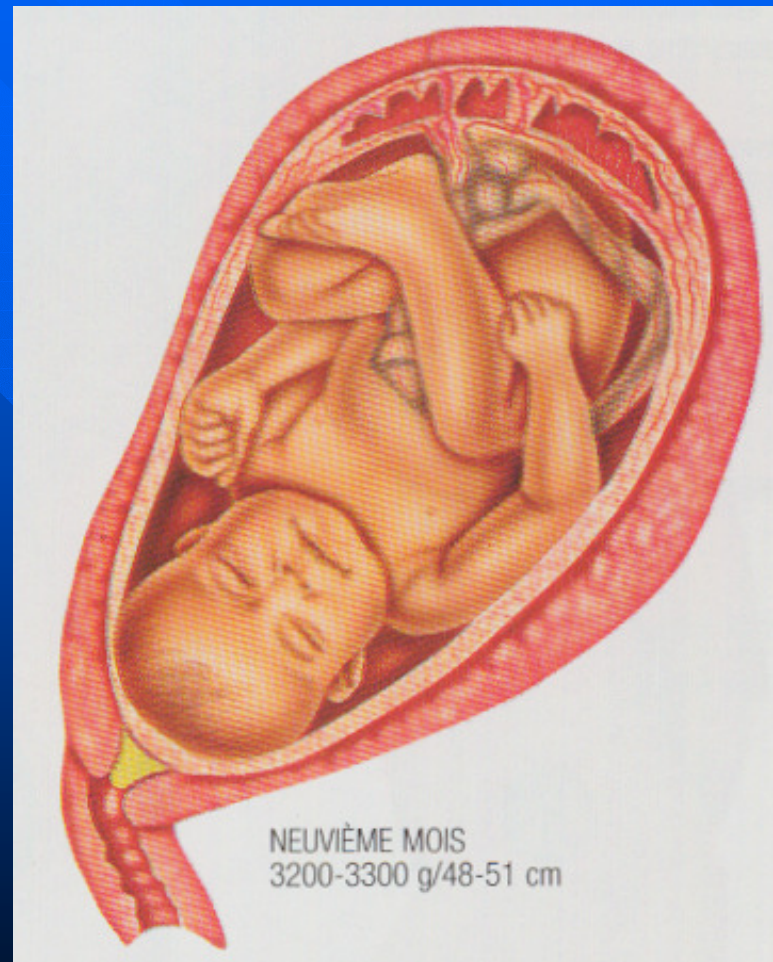
L'ACCOUCHEMENT INOPINE

- Il est redouté des équipes de SAMU
- Il faut bien connaître les mécanismes et les risques de l'accouchement pour pouvoir réagir au mieux

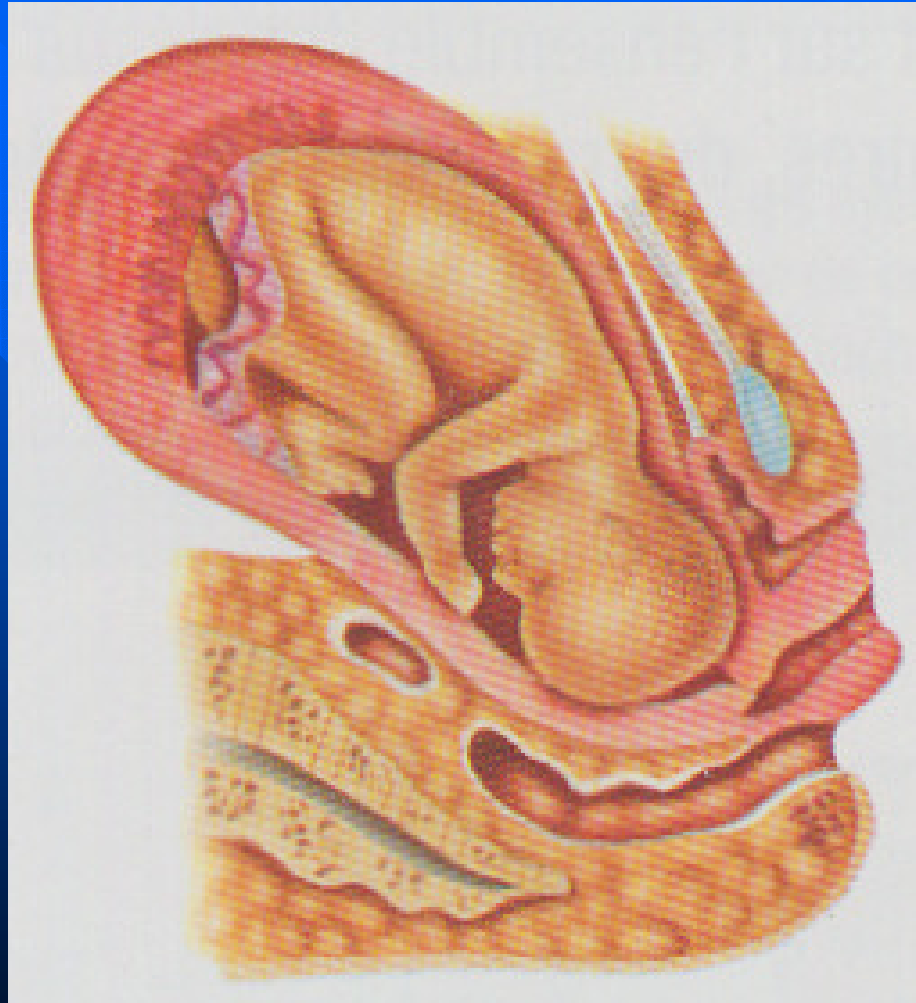


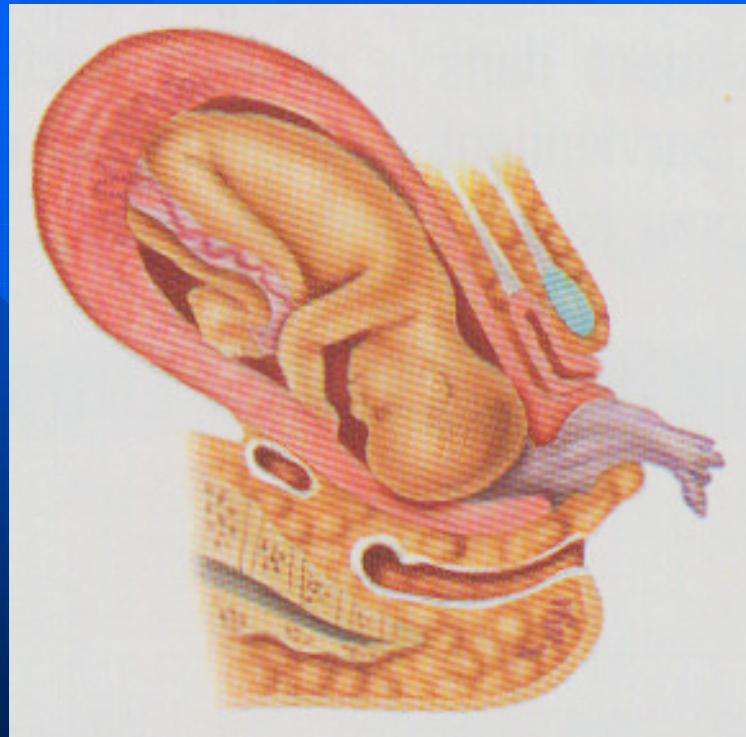
LES DIFFERENTES PHASES DE L'ACCOUCHEMENT

- Phase de dilatation du col utérin
 - ◆ Raccourcissement
 - ◆ Jusqu'à effacement
 - ◆ Dilatation : 10cm pour permettre le passage du fœtus
 - ◆ toucher vaginal
 - ◆ Attention aux déchirures du col



NEUVIÈME MOIS
3200-3300 g/48-51 cm







LES DIFFERENTES PHASES DE L'ACCOUCHEMENT

- Phase de descente et de rotation de la présentation
Céphalique(95%), podalique (siège),
transverse
 - ◆ Les différents diamètres du bassin
 - ◆ Détroit supérieur = engagement
 - ◆ Détroit moyen
 - ◆ Détroit inférieur



LES DIFFERENTES PHASES DE L'ACCOUCHEMENT

■ Dégagement de la tête foetale

Occipito pubien: Déflexion de la tête foetale sur le périnée

Occipito sacré: Diamètre plus grand ,efforts expulsifs plus importants



LES DIFFERENTES PHASES DE L'ACCOUCHEMENT

■ Dégagement des épaules

Rotation tête permet engagement des épaules dans un diamètre oblique

Puis leur dégagement : l'épaule antérieure(pubis) puis l'épaule postérieure.

■ Circulaire du cordon

- ◆ Lâche: le passer par-dessus la tête
- ◆ Serré: irréductible, le couper



INSTALLATION DE LA PATIENTE

- Lors de la phase de dilatation
 - ◆ Contraction: ventre dur, douloureux puis il se relâche.
Elle sert à dilater le col et à faire descendre le fœtus dans le bassin.
on peut masser le dos, aider à respirer, varier les positions (assise, accroupie, réaliser des étirements)
 - ◆ Envie de pousser : Aller à la selle = La présentation sollicite le rectum, l'engagement est en cours.



INSTALLATION DE LA PATIENTE

- Lors de la phase d'expulsion
 - ◆ Lorsque la tête est visible, la mère peut pousser
 - ◆ Vessie vide
 - ◆ Patiente allongée ou demi assise en position gynécologique
 - ◆ Elle inspire, bloque la respiration et pousse en même temps que la contraction utérine si possible trois fois
 - ◆ Durée de poussée : 20 à 30 minutes
 - ◆ Si la tête sort rapidement, il faut simplement la maintenir pour limiter les risques de déchirures du périnée



INSTALLATION DE LA PATIENTE

- ◆ Dégager l'épaule antérieure en abaissant délicatement la tête vers le bas.
- ◆ Puis l'épaule postérieure en remontant la tête vers le haut avec précaution pour préserver le périnée.
- ◆ Attraper le nouveau né sous les bras et le poser sur le ventre de sa mère



Source : Bulletin smur Hôpital de la Chaux-de-Fonds



Source : Bulletin smur Hôpital de la Chaux-de-Fonds



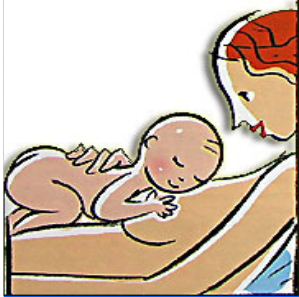
L'ACCUEIL DU NOUVEAU NE BIEN PORTANT

- Prévention de l'hypothermie
 - ◆ On le sèche
 - ◆ Linge chaud
 - ◆ Peau à peau (mère=meilleure couveuse)
- Vérifier sa bonne vitalité
 - ◆ Cotation d' apgar: à 1, 5 et 10 minutes de vie, on cote de 0 à 2 la
 - ◆ Couleur
 - ◆ Respiration
 - ◆ Tonus
 - ◆ Cœur
 - ◆ Réflexes
 - ◆ Il a 1 minute pour crier
 - ◆ Stimulation si besoin



L'ACCUEIL DU NOUVEAU NE BIEN PORTANT





L'ACCUEIL DU NOUVEAU NE BIEN PORTANT

- **Clampage du cordon**
avec 2 pinces kocher ou 2 clamp de barr puis l'on coupe entre les 2 à au moins 10 cm de l'ombilic. Tant que le cordon bat, il n'y a pas d'urgence.
- **Etablissement d'une bonne relation mère-enfant**
 - ◆ Peau à peau
 - ◆ Première mise au sein selon le désir de la mère
- **Aspiration**
 - ◆ Elle n'est pas nécessaire si l'enfant va bien
 - ◆ Sondes n°6 à 10 selon les besoins



LA DELIVRANCE

■ Décollement placentaire

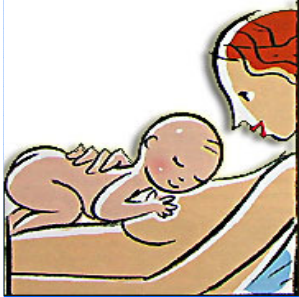
- ◆ Rétraction utérine
- ◆ Phénomène passif : phase de repos
- ◆ reprise des contractions utérines : 10 à 15 minutes jusqu'à décollement complet.



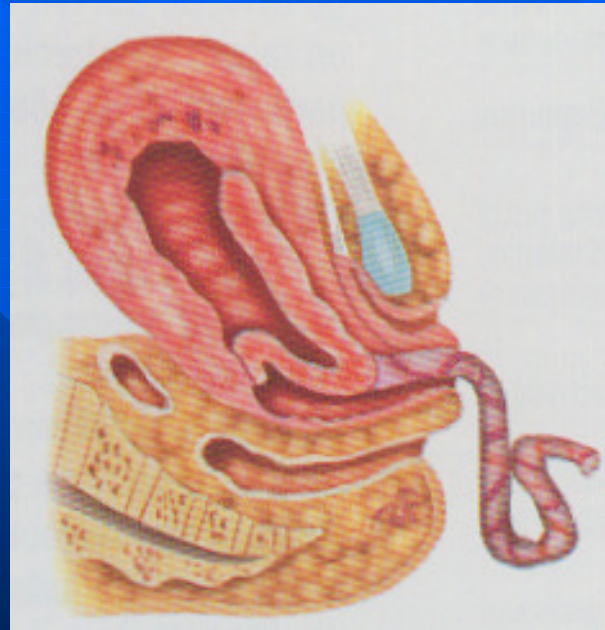
LA DELIVRANCE

■ Expulsion

- ◆ Attendre son décollement
- ◆ Ne pas tirer sur le cordon
- ◆ Attendre l'expulsion spontanée ou demander la participation de la patiente par des efforts expulsifs.
- ◆ Délivrance artificielle
- ◆ Vérifier l'intégrité du placenta (révision utérine si rétention)



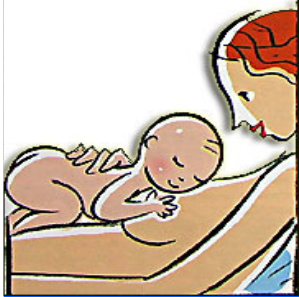
LA DELIVRANCE





LA DELIVANCE





LA DELIVRANCE





LA DELIVRANCE

■ Hémostase

- ◆ Rétraction utérine apparaît une fois le placenta expulsé
= globe utérin tonique = dur
- ◆ Arrêt des saignements
- ◆ Attention à l'hémorragie de la délivrance jusqu'à 2h après l'accouchement
- ◆ Nécessité d'une surveillance de la mère tous les 1/4 heures:
 - ◆ Pouls
 - ◆ TA
 - ◆ Tonicité utérine



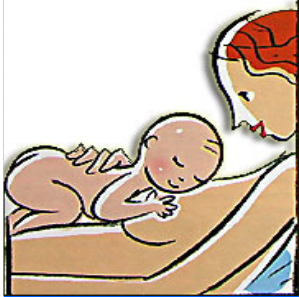
MATERIEL

- Contenu d'une boîte d'accouchement
 - ◆ 3 pinces kocher
 - ◆ 2 paires de ciseaux
 - ◆ Matériel stérile
- Dans l'urgence, vous pouvez vous munir de clamps de Barr et d'une lame de bistouri.
- Pour l'enfant, du linge chaud si possible pour le sécher et le réchauffer.
- Une bassine pour la délivrance.
- Alèse, toile cirée, sac plastique pour protéger le lit.



EN PRATIQUE

- S'assurer de la réalité du travail (toucher vaginal)
- Apprécier l'imminence de l'accouchement : score de MALINAS: 5 item de 0 à 2
 - ◆ Parité
 - ◆ Durée du travail
 - ◆ Durée des contractions
 - ◆ Intervalle entre les contractions
 - ◆ Perte des eaux
- ◆ si < 5 possible transport vers la maternité la plus proche ou celle de la patiente
- ◆ si > 5 accouchement imminent $< 1h$ surtout si envie de poussée



Score de Malinas

	Parité	Durée du Travail	Durée des contractions	Durée entre les contractions	Perte des eaux
0	I	< 3h	<1mn	>5mn	Non
1	II	3 à 5 h	1 mn	3 à 5 mn	< 1h
2	III	>5h	>1mn	< 3 mn	> 1h



EN PRATIQUE

- Dépister les risques de complications obstétricales
 - ◆ Prématurité
 - ◆ Couleur du liquide amniotique
 - ◆ Procidence du cordon
 - ◆ ATCD d'utérus cicatriciel
 - ◆ Siège
 - ◆ Risques hémorragiques
 - ◆ Grossesse gémellaire
 - ◆ HTA
 - ◆ Diabète
 - ◆ Placenta anormalement inséré connu



EN PRATIQUE

- Cas particulier : procidence du cordon
 - ◆ URGENCE VITALE
 - ◆ Mettre la patiente en DLG et en Trendelenburg
 - ◆ Refouler la présentation
 - ◆ Prévenir la maternité la plus proche



EN PRATIQUE

■ Certificat de naissance

- ◆ Obligation légale pour le médecin qui a fait l'accouchement

- ◆ Noter
 - ◆ Jour
 - ◆ Heure
 - ◆ Lieu de naissance
 - ◆ Sexe de l'enfant
 - ◆ L'identité de la mère



En pratique

- Rassurer la patiente
- Savoir évaluer l'imminence de l'accouchement
- Importance de l'interrogatoire
 - ◆ Evaluer si l'accouchement est à haut risque
 - ◆ Déterminer le terme : Date des dernières règles ou date présumée de l'accouchement (< 37 sa = Prématurité)
- Prévenir le Smur



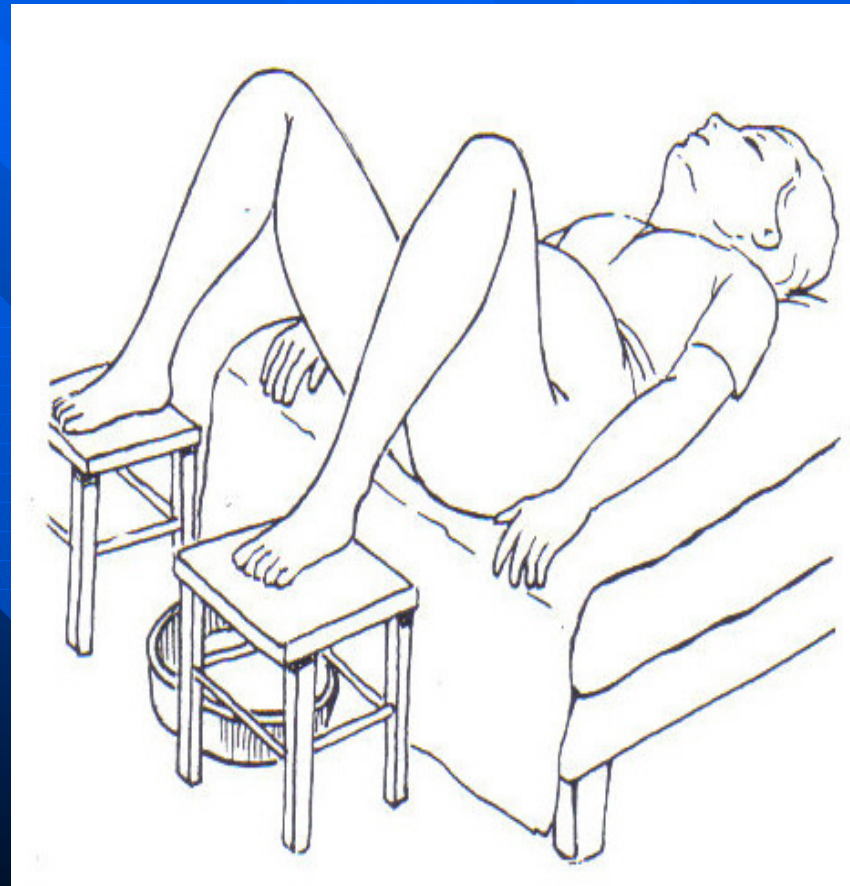
En pratique

- Prévoir le matériel :
 - ◆ Kit Accouchement
 - ◆ O2
 - ◆ Réanimation Nouveau Né
 - ◆ Perfusion Veineuse
- Savoir se protéger (gants, lunettes)
- Aseptie
- ↗ la température de la pièce
- A l'abris des regards et des courants d'air



Position d'accouchement

- En position gynécologique
- Sur un lit
- une table
- un banc
- ou à même le sol





En pratique

- Protéger le nouveau-né de la chute
- Freiner la sortie de la tête
- Accompagner la sortie du corps
- Bien tenir le bébé, attention ça glisse!
- Placer l'enfant sur le ventre de sa mère
- Noter l'heure



En pratique

Pour diminuer les risques d'hémorragies

- ◆ Demander à la mère de masser son utérus
- ◆ Mise au sein précoce
 - ◆ Libération d'ocytocine
 - ◆ Favorise le lien mère-enfant
- ◆ Surveillance saignements, pouls, TA, globe utérin
- ◆ Maintenir la mère et l'enfant au chaud





L'accouchement inopiné

- Surprend
- Passionnant et redouté
- Se passe le plus souvent vite et bien