

Résumé



1. Fréquence

On recense moins de 20 accouchements/an sur les dix dernières années au SMUR de Limoges, soit moins de 1% des interventions SMUR. Il s'agit d'une réalité, certes rare, mais à connaître.

2. L'envoi du SMUR

Le Médecin Régulateur décide de l'envoi d'un SMUR :

- lorsqu'il estime hautement probable la survenue rapide de l'accouchement, (notion de scores prédictifs : score de Malinas, score SPIA, score de Bourbon..),
- et naturellement, lorsque l'enfant est né.

La décision d'envoi d'une couveuse de transport néo-natal incombe au Médecin Régulateur selon :

- la notion de prématurité (âge gestationnel < à 37 S.A.)
- des conditions extérieures pouvant faire craindre une possible hypothermie néo-natal, (distance, climat, etc...)
- l'absence de renseignement sur la grossesse (grossesse non suivie, non déclarée, difficulté de maîtrise du français...)

Dans certains SMUR, une sage-femme accompagne l'équipe, cela peut-être le cas à Limoges, en fonction des disponibilités.

3. Organisation et préparation sur les lieux

Il est souhaitable que :

- l'accouchement s'effectue à domicile et non dans un véhicule,
- IADE et médecin s'habille de façon stérile (casaque, gant...)

Matériel nécessaire :

- Voie veineuse
- Plateau chirurgicale
- Champ et drap stérile
- Désinfection
- Compresses stérile
- Matériel d'aspiration et de ventilation néo-natal,

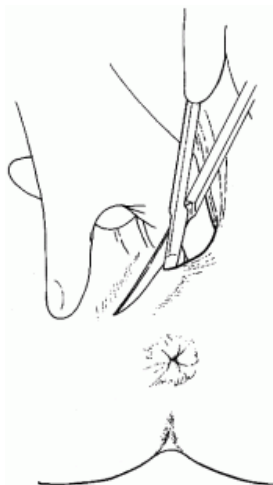
La parturiente :



La parturiente sera confortablement installée, de préférence en travers du lit, les talons près des fesses, le bassin surélevé par un gros coussin recouvert d'un drap propre. Il faut, si possible, que la vessie soit vide au moment de l'accouchement, cela facilite l'expulsion du fœtus.

- Une voie veineuse périphérique avec un sérum physiologique à 9 pour mille ou un ringer-lactate est posée dans les conditions habituelles.
- La surveillance de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle et éventuellement de l'oxymétrie est instaurée.
- La désinfection du périnée est assurée par une aspersion de bétadine.
- ne doit pas commencer à pousser trop tôt, au risque d'être épuisée au moment délicat où le fœtus a la tête engagée. Elle ne doit pousser **que pendant les contractions**, après une inspiration ample, en bloquant sa respiration pendant environ 10 secondes tout en rentrant le menton dans la poitrine et en tirant sur ses cuisses tenues à pleines mains.

L'épisiotomie



Son indication n'est plus systématique

Après anesthésie locale à la lidocaïne, incision en bas en dehors à 45 degrés à l'union des 3/4 supérieurs et du quart inférieur de la vulve sur une longueur d'environ 4 cm,

On prépare l'arrivée du bébé en disposant un oreiller recouvert d'un linge propre, d'un drap stérile chaud. L'aspirateur de mucosités et des sondes d'aspiration, doivent être prêts ainsi que l'Ambu pédiatrique et le nécessaire pour clamper et couper le cordon ombilical.

4. Déroulement



Ne faire pousser **que pendant les contractions**,

Après une inspiration ample, en bloquant sa respiration pendant environ 10 secondes tout en rentrant le menton dans la poitrine et en tirant sur ses cuisses tenues à pleines mains

Il faut à tout prix éviter une déchirure périnéale due à la tête du fœtus et qui peut avoir pour conséquence ultérieure une incontinence. Au fur et à mesure que la tête descend, le périnée se distend de plus en plus jusqu'à atteindre un maximum ; c'est à ce moment qu'il est important pour ralentir cette étape, de façon à ce que la dilatation du périnée soit lente. **Il faut donc retenir le fœtus pendant les contractions en appuyant sur la tête d'une main et sur le périnée de l'autre.**



La tête apparaît alors face contre terre et, une fois entièrement dégagée, se replace dans la position initiale, vers la droite si le dos du fœtus est à gauche ou inversement.

A ce moment, il peut exister une circulaire du cordon qui fait un tour complet autour du cou: on le dégage en le faisant passer par dessus la tête. (cf video lors de la présentation)

Il faut alors procéder au dégagement des épaules; on sort en premier l'épaule supérieure en effectuant une légère traction vers le bas à l'aide de la tête fœtale. On attrape alors le bras qui doit être dégagé entièrement. En effectuant une traction vers le haut, on sort le bras inférieur, l'ensemble du fœtus vient alors rapidement.



On le dispose alors sur le ventre de sa mère sur un linge propre. A ce moment, le bébé doit crier et devenir rose. Il faut clamer le cordon ombilical (ce n'est pas urgent) à l'aide des clamps de Barr, le premier étant disposé à 20 cm du bébé, et le second 5 cm plus loin; on coupe le cordon entre les deux avec un bistouri ou une paire de ciseaux stériles. On vérifie la présence de deux artères et d'une veine.

5. Soins à l'enfant

En l'absence de complications, ils se résument à un séchage soigneux, une protection du cordon à l'aide de compresses stériles, la prise de la température et la notation du score d'Apgar à 1, 5 et 10 minutes de vie.

La meilleure place du nouveau-né est sur le ventre de sa maman enveloppé dans un drap stérile chaud.

La réanimation de l'enfant n'est pas abordée au cours de cette présentation.

6. La délivrance

Si la patiente saigne avant l'expulsion du placenta, il faut repérer l'utérus qui est mou, le masser, le plus souvent le placenta s'extériorise et l'hémorragie cesse.

Précédée d'une reprise des contractions, la délivrance spontanée peut être assez longue : certaines femmes expulsent le placenta immédiatement (dans les premières minutes suivant la naissance), d'autres 20mn ou 1h après.

Elle est effectuée à domicile ou à l'arrivée en maternité en fonction du délai d'acheminement.

Après la délivrance normale, une perfusion de Syntocinon® est maintenue à dose faible : 5 à 10 UI (soit une à deux ampoules) dans 250 ml de G5% en 1h environ.

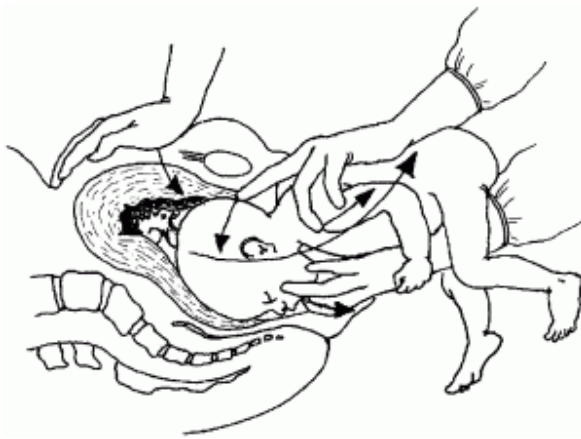
Il peut-être envisagée une délivrance assistée par l'injection IV lente de 5 voire 10 UI de Syntocinon® dès la sortie des épaules si le risque hémorragique est important.

7. Cas particulier

La présentation par le siège.

Une seule règle : **n'y touchez pas si vous ne connaissez pas les manœuvres**. Contentez vous de recevoir l'enfant en direction du sol sur une couche pendant que les épaules puis la tête se dégagent spontanément.

Néanmoins, certaines manœuvres sont décrites lors de la présentation



Par exemple la manœuvre de Mauriceau

8. Conclusion

Pour l'I.A.D.E., l'intervention pour un accouchement inopiné à domicile débute par une préparation minutieuse du matériel, se poursuit avec l'accompagnement des gestes médicaux au nouveau-né et à la mère et se termine « *avec soulagement et bonheur* ».