

EVALUER LA SITUATION SUR PLACE

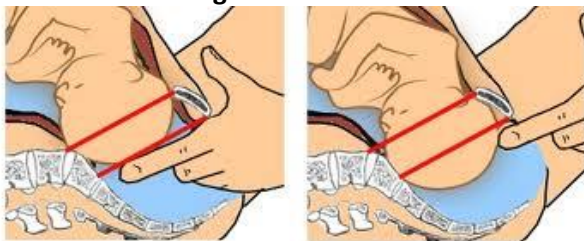
La patiente est-elle en travail ? Le travail se définit par des contractions utérines prolongées, douloureuses et régulières et des modifications du col utérin

1) Paramètres maternels généraux : PA, FC, FR, SpO2, T°C

2) Interrogatoire général ET situation obstétricale :

- Parité, terme, déroulement de la grossesse (césarienne programmée, placenta prævia, ...), maternité de suivi, présentation (récupérer les CR échographiques), ATCD maternels
- Contractions (heure de début, rythme, durée)
- Etat de la poche des eaux (rompue ou non, liquide méconial ou non)
- **1er TV** si pas de CI (placenta prævia) : dilatation, présentation, engagement (signe de Demelin), absence de procidence du cordon

Signe de Demelin



Présentation non engagée et engagée

« On introduit, dans le vagin, l'index dirigé perpendiculairement à la face antérieure de la symphyse pubienne et au ras de son bord inférieur. Si le doigt bute contre la présentation, c'est qu'il y a engagement.

3) Réalisation ou non de l'accouchement sur place

- Score de MALINAS B et délais d'acheminement vers une maternité
- Dynamique de l'accouchement : **2^{ème} TV** à 10 minutes du premier
- Envie de pousser ? accouchement antérieur rapide ?

De.....	primipare	deuxième pare	multipare
5 cm ... à DC	4 h	3 h	1h30
7 cm ... à DC	2 h	1 h	30 min
9 cm ...à DC	1 h	30 min	quelques min

Délai < 1 heure
Accouchement sur place

ATTENTION
Prendre en considération :
- Le délai d'arrivée à la maternité
- L'envie de pousser
- La rapidité du/des accouchements précédents

Délai > 1 heure
Transport en DLG
+ oxygène si SFA

Score de Malinas B



MENACE D'ACCOUCHEMENT EXTRAHOSPITALIER

SI TRANSPORT SANS ACCOUCHEMENT :

- Prévenir régulateur et maternité de suivi si à terme, si <35 SA ou malformation fœtal de vers maternité de niveau 2 ou 3
- Décubitus latéral gauche
- Oxygène et/ou antalgie si besoin (paracétamol, Kalinox®)

CHU Saint-Etienne	Site Hôpital Nord	Niveau 3	04 77 82 80 43
CH Roanne	Roanne	Niveau 2b	04 77 44 32 63
CH d'Ardèche Nord	Site d'Annonay	Niveau 2a	04 75 67 35 42
Hôpital privé de la Loire	Saint-Etienne	Niveau 2a	04 77 42 28 22
CH du Forez	Site de Montbrison	Niveau 1	04 77 96 74 16
CH Le Corbusier	Firminy	Niveau 1	04 77 40 73 25
CH Pays de Gier	Site de Saint-Chamond	Niveau 1	04 77 31 19 45

INDICATION D'APPEL SMUR PEDIATRIQUE D'EMBLEE :

- Siège
- Prématurité (< 34-36 SA et/ou poids < 2kg)
- Grossesse gémellaire
- Liquide méconial et/ou hyperthermie maternelle
- Dilatation complète et procidence du cordon



PROTOCOLES THERAPEUTIQUES

INSTALLATION EN VUE D'UN ACCOUCHEMENT INOPINE

VERSION : V1.0

Page 3

ECRITURE :

P. CAVALLI /
C. CHAULEUR

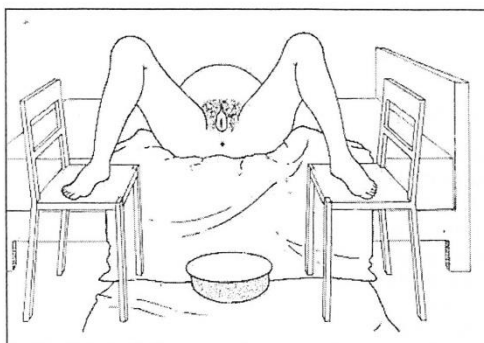
DATE : 03/2018

S'INSTALLER EN ANTICIPANT

De façon générale et si possible : situation calme, isolée et réchauffée en évitant les courants d'air, limiter les intervenants et les « va et vient », **un seul interlocuteur**, réassurance.

Ensuite chacun son rôle :

<p>CCA</p>	<p>Protéger le sol et le mobilier Chauffage pièce et VSAV Préparation accueil nouveau-né :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Table propre • Serviettes réchauffées • Sac polyéthylène + bonnet • Matériel d'aspiration branché et vérifié avec sonde n°8 (turquoise) maxi 136 mmHg ou 150 mm d'H2O • Bavu 500ml avec masque circulaire, filtre et manomètre de pression, O2 à proximité • Compresses stériles sèches, 2 clamps Bahr, capteur SpO2
<p>IDE</p>	<p>Mise en condition de la parturiente : VVP avec SSI, scope (PA, FC, SpO2), Préparer antalgique type paracétamol, attente avec Meopa® Nettoyage Bétadine du périnée (Bétadine), vessie vidée (sondage évacuateur) Préparer une seringue de 5 UI d'ocytocine (Syntocinon®)</p>
<p>Médecin</p>	<p>Contact régulateur +/- SMUR Pédiatrique Installation de la patiente avec position d'attente entre deux poussées : position gynécologique semi-assise sur le bord du lit ou du canapé, les fesses affleurant le bord, tête surélevée, pieds sur 2 chaises Préparer le sac de recueil pour quantifier les pertes liées à la délivrance Gants stériles, masque, calot, lunettes, tablier, plateau avec ciseaux, clamps de Bahr, serviette d'accueil du nouveau-né</p>



position d'attente



position d'accouchement



PROTOCOLES THERAPEUTIQUES
ACCOUCHEMENT
EXTRAHOSPITALIER :
Présentation céphalique

VERSION : **V1.0**
 Page 4

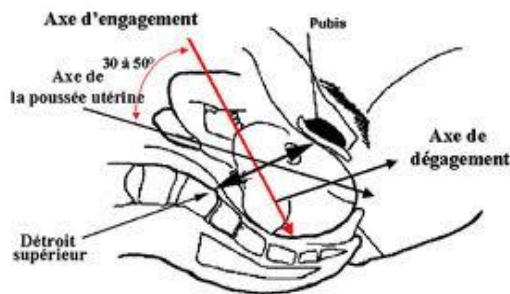
ECRITURE :
 P. CAVALLI /
 C. CHAULEUR

DATE : **03/2018**

1) De façon générale :

- Vessie vidée, 2 à 3 efforts de poussée par contraction en position de travail : cuisses ramenées sur le thorax et antéflexion de la tête
- O2 si besoin entre les contractions
- La rupture artificielle de la poche des eaux est à proscrire en extrahospitalier.
- Indication restreinte de l'épisiotomie : siège chez la primipare, prématurité avec difficultés d'expulsion, grossesse gémellaire
- Clampage précoce du cordon, idéalement à 1min, à 10 cm de l'ombilic du nouveau-né.

2) Présentation céphalique :



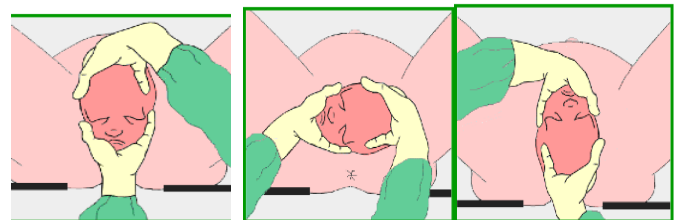
Respecter l'axe d'engagement oblique vers le bas : le médecin doit se positionner dans le prolongement de cet axe

Retenir fermement le dégagement de la tête, (BB regarde le sol+++ ou parfois le zénith) axe antéro-postérieur, éventuellement « mouchage » de la face du nouveau-né

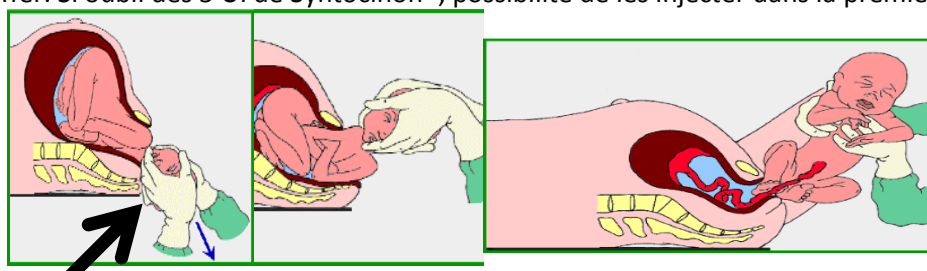
- Faire arrêter de pousser pour **vérifier l'absence de circulaire du cordon** (parfois double tour)
- Si présence et lâche : passer l'anse par-dessus de la tête
- Si serré : poser 2 pinces Kocher et couper le cordon.

Dégagement des épaules :

- Doigts en « V » sous mandibulaire et sous occipital
- Accompagnement du mouvement de rotation (de restitution 45°) de la tête voire exagération (90°)
- Dégagement de l'épaule antérieure en dirigeant le mobile fœtal vers le bas (BB regarde sur le côté), par une traction très douce (risque de lésion du plexus)
- Le moignon de l'épaule visible : 5 UI de d'ocytocine (Syntocinon®) IVD dégagement de l'épaule postérieure en dirigeant le mobile fœtal vers le haut et en prenant garde au périnée postérieur.



Crochetage sous axillaire bilatéral du nouveau-né pour le déposer en décubitus latéral sur le ventre de sa mère, le stimuler et le réchauffer. Si oubli des 5 UI de Syntocinon®, possibilité de les injecter dans la première minute de vie.





PROTOCOLES THERAPEUTIQUES

ACCOUCHEMENT

EXTRAHOSPITALIER :

Le siège

VERSION : V1.0
Page 5

ECRITURE :
P. CAVALLI /
C. CHAULEUR

DATE : 03/2018

1. De façon générale :

- Vessie vidée, 2 à 3 efforts de poussée par contraction en position de travail : cuisses ramenées sur le thorax et antéflexion de la tête
- O2 si besoin entre les contractions
- La rupture artificielle de la poche des eaux est à proscrire en extrahospitalier.
- Indication restreinte de l'épisiotomie : siège chez la primipare, prématurité avec difficultés d'expulsion, grossesse gémellaire
- Clampage précoce du cordon, idéalement à 1min, à 10 cm de l'ombilic du nouveau-né.

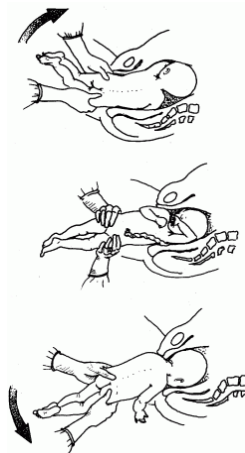
2. Présentation par le siège : Appel SMUR pédiatrique, épisiotomie si primipare (préparer le matériel) pendant CU et périnée tendu +/- anesthésie locale.

Respecter le déroulement de l'accouchement dos contre la symphyse pubienne

ne pas toucher la présentation sauf si rotation du mobile fœtal :
empêcher à tout prix que l'enfant se retrouve le ventre contre le pubis.

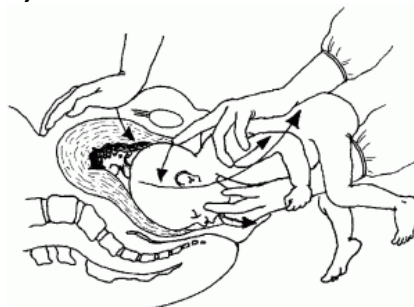
Soit le dégagement des épaules et de la tête s'effectue seul sans complication soit la progression s'arrête par relèvements des bras du bébé. Dans ce cas :

- A la vue des omoplates, accompagner le dégagement des épaules par préhension sacro-iliaque (**manœuvre de Lovset**) dans un axe antéro-postérieur des épaules, dirigé vers le bas. Dégager 1^e épaule située sous la symphyse puis, après une rotation du mobile de 180°, dégager la 2^e épaule qui se retrouve à son tour sous la symphyse dans le même axe AP vers le bas.



Manœuvre Lovset

- S'assurer d'une bonne longueur de cordon en extra vaginal
- **CI à l'ocytocine (Syntocinon®)**
- Dégagement de la tête avec mobile fœtal mis « à cheval » sur l'avant-bras de l'opérateur, index et majeur en appui sur les gencives inférieures et hyperflexion de la tête avec l'aide de l'autre main par index et majeur sur la base de l'occiput fœtal (**manœuvre de Mauriceau**)



Manœuvre Mauriceau

3. **Faire 5 UI d'ocytocine (Syntocinon®) après expulsion complète et dans la première minute de vie.**



PROTOCOLES THERAPEUTIQUES

ACCOUCHEMENT EXTRAHOSPITALIER :

La délivrance

VERSION : V1.0
Page 6

ECRITURE :
P. CAVALLI /
C. CHAULEUR

DATE : 03/2018

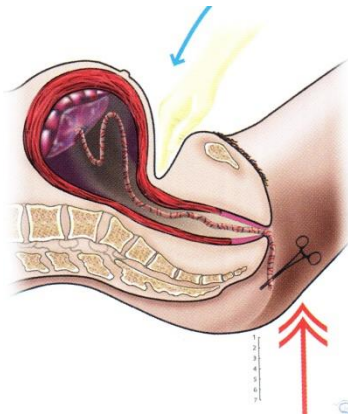
1) Quatre règles sont à respecter pour la prévention de l'hémorragie de la délivrance :

- Vessie et utérus vides
- Utérus contracté pour permettre l'hémostase (massage utérin et oxytocine)
- Compensation volémique rapide

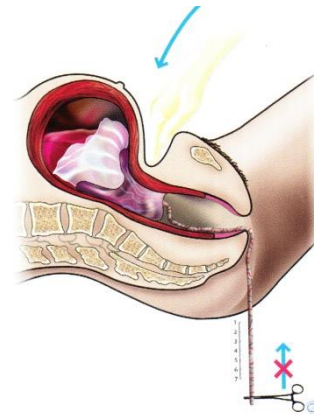
Le clampage précoce du cordon ombilical participe également à la prévention de cette complication.

2) Il est recommandé de pratiquer une délivrance dirigée :

- 5 UI oxytocine (Syntocinon[®]) en IVD à la première épaule ou après la sortie complète de l'enfant et au plus tard dans la minute qui suit son expulsion.
- Dans les 30 minutes qui suivent l'expulsion (temps pouvant mis être à profit pour le transport)
- Après avoir repéré cliniquement le décollement placentaire en appuyant transitoirement avec la tranche de la main sur l'utérus juste au-dessus de la symphyse pubienne, faire pousser la patiente pour la délivrance. Traction douce sur le cordon et aider en tournant le placenta et les membranes sur eux-mêmes une fois à la vulve.



Le cordon remonte : placenta non décollé



Le cordon ne remonte pas : placenta décollé

3) Vérifier l'intégrité du placenta

- Face fœtale et face maternelle (membranes et cotylédons),
- Présence des 2 artères et une veine sur le cordon, le conserver et le transporter dans un sac.
- Masser l'utérus et perfuser 10 UI d'oxytocine (Syntocinon[®]) en IVL dès la vacuité utérine obtenue avec certitude si besoin.

4) Si la délivrance est incomplète

- Pas d'oxytocine (Syntocinon[®])
- Révision utérine possible seulement si hémorragie de la délivrance (saignement > 500 ml) sous analgésie (type morphine et kétamine) + Augmentin[®] 2g IV, avec le bord cubital de la main et blocage utérin par main controlatérale.

5) Prise en charge de l'hémorragie de la délivrance : extériorisation sanguin > 500 ml

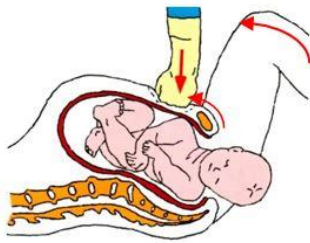
- Similaire à la prise en charge d'un choc hémorragique : 2VVP, O2 au masque, EXACYL 1g IVL puis 1g/8heure, transport urgent
- Particularité : S'assurer de la vidange vésicale, éliminer une déchirure de la filière (suture provisoire, compresses vaginales), éliminer rétention placentaire par révision (en fonction du contexte) et 10 UI d'oxytocine (Syntocinon[®]) IVL puis 10 UI/h maxi 40UI et massage utérin

PROTOCOLES THERAPEUTIQUES
**ACCOUCHEMENT
EXTRAHOSPITALIER :**
Les complications

En cas de dystocie des épaules

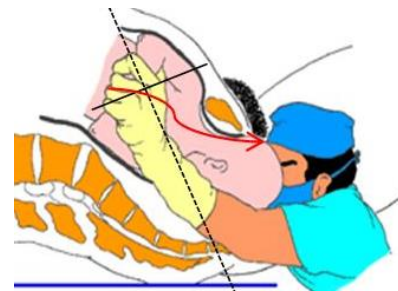
1/ éliminer un circulaire cours

2/ probable fausse dystocie : faire bouger la patiente, hyperflexion des hanches + rotation interne (chasse neige) et pression manuelle sus-pubienne, poing fermé (manœuvre de Mac Roberts)



3/ vraie dystocie : = épaules non engagées dans le bassin au TV

- Appel SMUR pédiatrique
- Manœuvre de sauvetage de Jacquemier



Procidence du cordon

- Présentation non engagée : arrêt des efforts de poussée, réintégrer le cordon en intravaginal, refouler en permanence la présentation par une main dans le vagin, position Trendelenburg + DLG, Oxygène au masque, éventuellement remplissage vésical 500 à 700 ml, appel de la maternité de proximité pour césarienne en urgence (pronostic foetal médiocre)
- Présentation engagée : appel du SMUR pédiatrique et accouchement le plus rapidement possible