

Rédaction :

- Mme MANGE Sonia (IDE SMUR CHANGE Annecy)
- Mme LACAN Magali (IDE SMUR CHMS Chambéry)
- Dr FEY DOSDA Stéphanie (Urgences/SAMU 73 CHMS Chambéry)

Validation : Commission paramédicale du RENA U - Commission scientifique du RENA U

**Entrainement quotidien :
ACCOUCHEMENT EUTOCIQUE EN PRE HOSPITALIER**

Documents de référence :

- Recommandations Formalisées d'Experts : Urgences obstétricales extrahospitalières. Obstetric emergencies outside hospital. Formal guidelines 2010. SFAR SFMU. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 31 (2012) 652–665.
- Les hémorragies de la délivrance. Réseau Périnatal Alpes Isère.
- ATELIER : Réalisation d'un accouchement hors maternité. E. Menthonnex SAMU 38-CHU de Grenoble.
- Rôle et responsabilité de l'ambulancier lors du transfert de nouveau-né et de l'accouchement à domicile. S. LE BORGNE. SFMU Urgences 2013.
- Prise en charge de l'accouchement hors maternité. S. PRUVOST, L. LIAGRE. SFMU Urgences 2008.
- Procédure SMUR Annecy : prise en charge de l'accouchement en pré-hospitalier.

Question 1 : Combien d'accouchements inopinés en extra-hospitalier sont réalisés avant l'arrivée du SMUR en France chaque année ?

- A. 20 %
- B. 36 %
- C. 44 %
- D. 50 %

Question 2 : Connaissez-vous les différentes étapes de l'accouchement ?

Question 3 : Lors du toucher vaginal, à combien évaluer en moyenne la dilatation quand l'opérateur à ses 2 doigts (index et majeur) écartés au maximum ?

- A. 3 cm
- B. 5 cm
- C. 7 cm
- D. 9 cm

Question 4 : Comment évaluer la rapidité et la vitesse de dilatation du col, et ainsi déterminer au mieux le lieu de l'accouchement (sur place ou à l'hôpital) ?

- A. Faire un TV
- B. Rouler coûte que coûte vers le bloc d'accouchement le plus proche
- C. Installer dans l'ambulance puis faire un TV
- D. Faire un 2^{ème} TV à 10 minutes d'intervalle du premier si celui-ci est à 6 cm

Question 5 : Il est recommandé d'effectuer l'accouchement imminent :

- A. Dans l'ambulance (AP, VSAV, UMH)
- B. A domicile

Question 6 : Quel est le rôle de chacun et quel matériel faut-il préparer ?

Question 7 : Quelle(s) position(s) peut (peuvent) faciliter l'expulsion ?

- A. Position gynécologique
- B. Sur le côté
- C. En position de Mac Roberts
- D. Accroupi
- E. Avec au moins un membre inférieur hyper fléchi (en nutation)

Question 8 : Si la douleur est difficilement gérée, quel produit antalgique est recommandé ?

- A. Morphine
- B. Kétamine
- C. Paracétamol
- D. Méopa

Question 9 : Faut-il pratiquer une épisiotomie systématiquement ?

Question 10 : A quel moment, le médecin doit dire à la patiente de pousser ?

Question 11 : Faut-il faire systématiquement un sondjet ?

Question 12 : Quand injecter le bolus de 5 UI de syntocinon en pré-hospitalier ?

- A. A la sortie de la première épaule du nouveau-né ?
- B. Dans la première minute de vie ?
- C. Une fois le cordon clampé ?
- D. Dans les cinq premières minutes de vie ?
- E. A la sortie complète de l'enfant ?

Question 13 : Le syntocinon peut s'injecter en :

- A. Intra veineux direct
- B. Sous cutané
- C. Intra musculaire
- D. Intra veineux lent

Question 14 : Quand et comment clampé-t-on le cordon ombilical ?

Question 15 : La délivrance doit avoir lieu ?

- A : Dans les 15 minutes qui suivent l'expulsion
- B : Dans les 30 minutes qui suivent l'expulsion
- C : Dans l'heure qui suit l'expulsion

Question 16 : Quand effectuer un massage utérin ?

- A. Après la délivrance complète du placenta
- B. Après l'expulsion incomplète du placenta
- C. Avant la délivrance
- D. En cas d'hémorragie

Question 17 : Comment doit-on transporter la mère et l'enfant ?

REPONSE 1 : C

Recommandations Formalisées d'Experts 2010 : page 35, question 7 :

« *Dans l'enquête SAMU de France de 2003, 44,6 % des accouchements étaient réalisés avant l'arrivée du SMUR.* »

REPONSE 2 :

Il y a 3 étapes : le travail, l'expulsion et la délivrance.

REPONSE 3 : C

Les doigts sont introduits dans l'axe du vagin en bas et en arrière. Les extrémités des doigts explorent l'ensemble de l'anneau cervical.

Recommandations Formalisées d'Experts 2010 : page 25, question 2 :

« *Lorsque l'on peut écarter ses doigts au maximum la dilatation est au moins à 7 centimètres, et lorsqu'il n'y a pas de col perçu en faisant soigneusement le tour de la périphérie de la présentation, la dilatation est complète à 10 cm.* »

Pour information, le touché vaginal est un acte médical, il se fait avec du matériel stérile (gants ou doigtier stérile) après désinfection de la vulve. Il faut également penser à mettre un masque chirurgical si il y eu perte des eaux.

REPONSE 4 : A et D

Recommandations Formalisées d'Experts 2010 : page 25, question 2 :

« *La prise de décision de transporter la patiente repose sur l'évaluation de la rapidité de la dilatation en fin de travail. Pour une patiente dont le premier toucher vaginal à l'arrivée sur place à diagnostiqué une dilatation d'au moins 6 cm, il s'agit de renouveler un deuxième toucher vaginal à 10 minutes d'intervalle, permettant de préciser l'évolutivité de la dilatation. Certaines patientes peuvent en quelques minutes passer d'une dilatation de 6 cm à complète.* »

REPONSE 5 : B

Recommandations Formalisées d'Experts 2010 : page 25, dernières lignes :

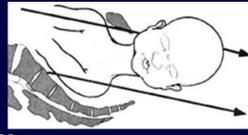
« *Il s'agit toujours d'éviter l'accouchement pendant le transport.* », donc dans les ambulances. En effet, tous les risques sont majorés dans les véhicules (hypothermie du nouveau-né où tous les vecteurs de refroidissement se trouvent, le risque infectieux, la difficulté d'expulsion liée à une position restreinte sur un brancard, la difficulté de se mouvoir pour l'opérateur...). Evidemment, dans certains cas, on privilégiera le vecteur de transport (si l'état du domicile est insalubre ou vétuste ou sale, ou lorsque la prise en charge se fait dehors ou dans un supermarché...). Si l'accouchement doit se faire dans une ambulance penser à installer la patiente « à l'envers » tête côté porte de sortie.

JOURNÉES SCIENTIFIQUES SAMU DE FRANCE

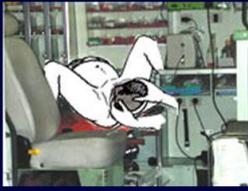
Accouchement pendant le transport : à éviter ++++



Pour mieux sortir il faut rentrer à reculons



22



Traction dans l'axe respect de l'axe ombilico-coccygien



8-9-10 Octobre 2003

SAMU SMUR et PÉRINATALITÉ BORDEAUX

REPONSE 6 :

Le médecin évalue l'imminence de l'accouchement par l'interrogatoire (ATCD, parité, suivi de grossesse ; intensité des contractions, fréquence des CU, rupture de la poche des eaux) et l'examen clinique (dilatation du col, engagement, envie de pousser) puis décide du transport ou de l'accouchement sur place.

L'IDE pose systématiquement une VVP avec du NaCl 0.9 % et prélève la bio avec groupe et RAI puis aide à l'installation de la parturiente : fesses au bord du lit surélevées sur un coussin et cuisses hyper fléchies sur le bassin lors des contractions (position de nutation). Il désinfecte la vulve au dakin. Ensuite il prépare le matériel avec l'aide de l'ambulancier.

L'ambulancier prépare la zone d'accueil du nouveau-né à proximité avec des linges propres pour sécher, la couverture en polyéthylène, le bonnet en jersey, les 2 clamps stériles, 1 paire de ciseaux stériles.

Les sapeurs-pompiers veillent à maintenir une atmosphère chaude (ferme les portes, évite les courants d'airs, chauffage d'appoint) et aide à la bonne installation de l'équipe et de la parturiente.

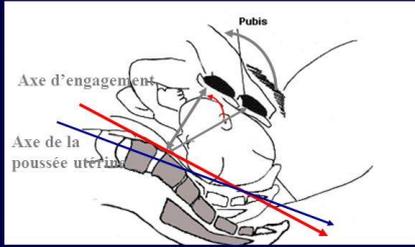
REPONSE 7 : B.C.D.E

Recommandations Formalisées d'Experts 2010 : page 26 :

« Afin de favoriser l'engagement il faut essayer de faire coïncider les deux axes d'engagement et de poussée utérine. Ceci est obtenu, en demandant à la parturiente d'attraper ses genoux avec ses mains au moment des poussées de façon à fléchir au maximum ses cuisses sur son abdomen. La nutation maximale est obtenue en position accroupie, position qui reste celle adoptée par de nombreuses parturientes dans le monde, car optimisant les processus physiologiques et la gravitation. » Une jambe hyper fléchie permet déjà de faire basculer le bassin et donc faire coïncider les deux axes (engagement et de poussée utérine).

JOURNÉES SCIENTIFIQUES SAMU DE FRANCE

L'alignement des axes favorise l'engagement



Pubis
Axe d'engagement
Axe de la poussée utérine



Mac Roberts

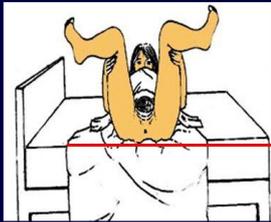
La flexion des cuisses entraîne l'ascension du pubis, la verticalisation de l'axe du détroit supérieur, l'horizontalisation de l'axe d'engagement et son rapprochement de l'axe de poussée utérine

12 8-9-10 Octobre

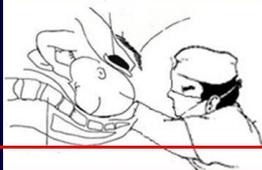
SAMU SMUR PERINATALITE BORDEAUX 2003

JOURNÉES SCIENTIFIQUES SAMU DE FRANCE

Nutation . Alignement axes



Surélévation du siège par des coussins
Flexion des cuisses sur l'abdomen
fesses « dans le vide »



Position de l'accoucheur
coudes – épaules en dessous du niveau des fesses

13 8-9-10 Octobre

SAMU SMUR PERINATALITE BORDEAUX 2003

REPONSE 8 : D

Recommandations Formalisées d'Experts 2010 : page 33, dernier paragraphe :

« *L'analgésie préhospitalière dans un contexte d'accouchement inopiné maternité reste possible par inhalation de Méopa.* »

Il n'est pas contre indiqué d'utiliser la morphine mais avec précautions. Elle peut avoir des répercussions sur l'adaptation respiratoire du nouveau-né dans ses premières minutes de vie.

REPONSE 9 : NON

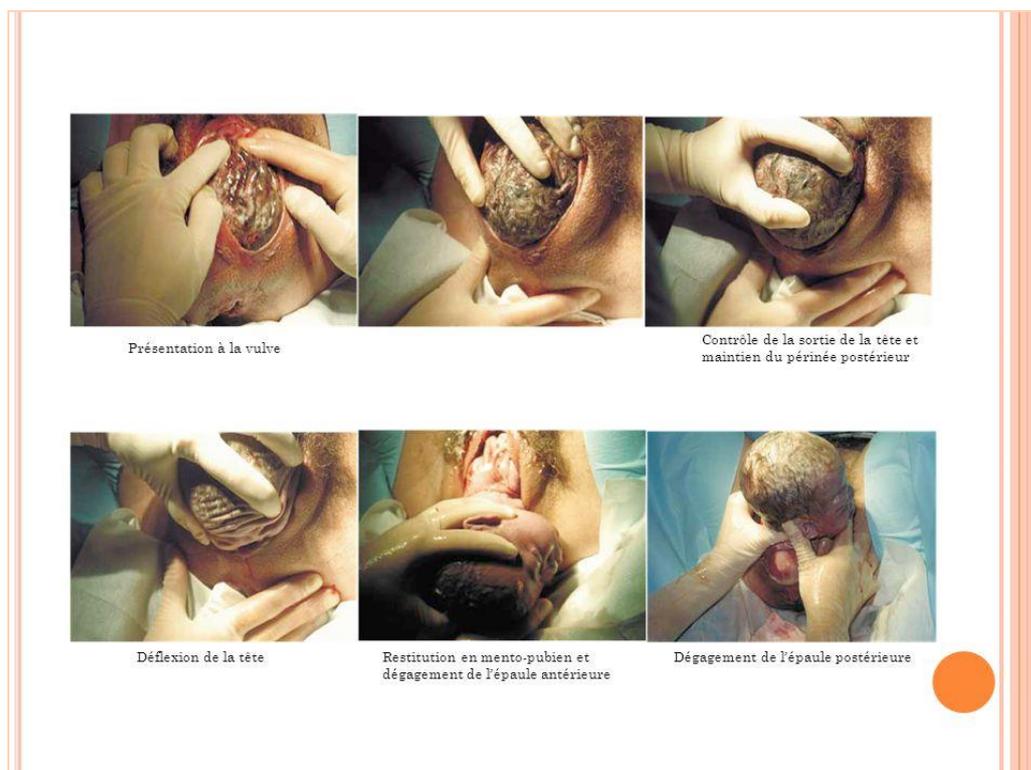
« *Il ne faut pas pratiquer d'épisiotomie de façon systématique. L'épisiotomie, médiolatérale, réalisée au moment d'une contraction, doit être pratiquée en situation préhospitalière pour la présentation par le siège chez une primipare et pour des indications fœtales visant à l'accélération de l'expulsion du fœtus, lorsque le périnée postérieur constituerait un relatif obstacle à sa sortie.* »

REPONSE 10 :

Ne jamais faire pousser tant que :

- la dilatation n'est pas complète
- tant que la poche des eaux n'est pas rompue
- en dehors des contractions

Arrêter de pousser lors de la présentation céphalique puis au dégagement des épaules.



REPONSE 11 :

Si on a le temps il vaut mieux le faire car une vessie vide participe à la prévention de l'hémorragie de la délivrance.

REPONSE 12 : B et E

Recommandations Formalisées d'Experts 2010 :

« Il faut administrer cinq unités d'ocytocine en intraveineuse directe lente à la sortie complète de l'enfant et au plus tard dans la minute qui suit son expulsion ».

Possibilité d'administration en IM.

Si la patiente a des ATCD cardiovasculaires, passer en 5 min pour limiter les effets hémodynamiques.

Actuellement les obstétriciens nous permettent une administration jusqu'à 5 à 10 min après la sortie des épaules.

REPONSE 13 : C et D

Recommandations Formalisées d'Experts 2010 : page 32-33 :

« Une administration d'oxytocine est effectuée en intraveineuse lente directe ; une injection trop rapide a des effets hypotenseurs mais cependant transitoires et non délétères ».

REPONSE 14 :

La section stérile du cordon est réalisée entre deux clamps à au moins 10 cm de l'ombilic dans les premières minutes de vie. Vérifier qu'il y ait bien deux veines et une artère. Le clampage précoce du cordon ombilical participe également à la prévention de l'hémorragie de la délivrance.

REPONSE 15 : B

La délivrance doit avoir lieu dans les 30 minutes qui suivent l'expulsion de l'enfant.

REPONSE 16 : A. B. C et D

Recommandations Formalisées d'Experts 2010 : page 33 :

« Effectuer un massage utérin, qui est dans tous les cas efficace, doit être répété régulièrement pendant au moins 15 secondes tout le temps du transport et jusqu'à la prise en charge à la maternité. Un tonus normal par la palpation d'une masse dure, arrondie, située à l'ombilic ou juste en dessous. Dans l'hypothèse d'un placenta incomplet exposant de fait à une hémorragie de la délivrance, le massage utérin sera réalisé en permanence tout le long du transport, et jusqu'à la prise en charge en maternité pour une révision utérine en urgence, avec un remplissage vasculaire pour obtenir une bonne expansion volémique.»

REPONSE 17 :

Pour le transport, la mère doit être attachée et l'enfant placé dans un système fermé (lit-auto, incubateur) et fixé. Si l'enfant est prématuré, de petit poids de naissance, hypotherme et/ou si son état clinique nécessite une assistance médicale intensive, son transport en incubateur est préconisé assisté du SMUR pédiatrique si les ressources médicales locales le permettent.