

Rédaction :

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

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

<p align="center">Entrainement quotidien : ACCOUCHEMENT DYSTOCIQUE EN PRE HOSPITALIER</p>

Document de référence :

- Recommandations pour la pratique clinique : Les hémorragies du post-partum (texte court). Élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français.
- RFE : Urgences obstétricales pré hospitalières 2010, SFAR et SFMU

Question 1 : Comment définir un accouchement par le siège ?

Question 2 : Il faut tirer sur un enfant se présentant par le siège ?

- A. Vrai
- B. Faux

Question 3 : Lors d'un siège le dos doit tourner en avant pour que l'accouchement par voie basse soit possible ?

- A. Vrai
- B. Faux

Question 4 : On parle d'hémorragie de post partum si les pertes sont :

- A. Supérieures à 200 ml
- B. Supérieures à 500 ml
- C. Supérieures à 800 ml

Question 5 : On parle d'hémorragie grave du post partum au-delà de 1000 ml de pertes. Elles concernent :

- A. 0,5 % des accouchements
- B. 1 % des accouchements
- C. 2 % des accouchements

Question 6 : Quelle est la conduite à tenir en cas d'hémorragie post partum ?

Question 7 : Si une circulaire du cordon ne s'enlève pas avec les doigts que faut-il faire ?

Question 8 : Qu'est-ce qu'une procidence du cordon et quelle est la première chose à vérifier ?

Question 9 : Quelle est la conduite à tenir en cas de procidence du cordon ?

Question 10 : Une dystocie des épaules est le plus souvent une fausse dystocie.

- A. Vrai
- B. Faux

Question 11 : En cas de fausse dystocie quelle manœuvre faut-il faire ?

Réponse 1 :

L'accouchement par le siège est défini par un accouchement d'un fœtus ne se présentant pas dans la position la plus fréquente (à savoir la présentation tête en bas), mais avec la tête en haut. Cet enfant présente donc ses « fesses » en premier.

On parle de « siège complet » lorsque le fœtus est assis « en tailleur » et de « siège décompleté » lorsque le fœtus présente ses jambes étendues face à lui (les pieds face à sa tête).



Siège complet

Les jambes sont repliées, et les pieds se trouvent au niveau du fessier du bébé.



Siège en mode des pieds

Au moins un des pieds pointe vers le bas, de sorte que les jambes devraient sortir en premier.



Siège décompleté

Les jambes pointent vers le haut, et les pieds du bébé se trouvent près de sa tête de sorte que le siège émergerait en premier.

Réponse 2 : B. Faux

La règle absolue est de ne jamais tirer sur un siège.

Il est impératif d'attendre que le siège apparaisse à la vulve, seule garantie d'une dilatation cervicale complète, pour engager les réels efforts expulsifs, exclusivement au cours des contractions.

Il faut installer la parturiente fesses dépassant le bord du lit. **Ne toucher à rien** tant que les omoplates n'apparaissent pas à la vulve et que les épaules ne sont pas dégagées. **Ne jamais tirer** mais se contenter de mettre un support sous les pieds du NN et attrapé le NN après la sortie de la tête.

L'épisiotomie doit être d'indication large dans le siège, en pré hospitalier pour favoriser la sortie de la tête.

Réponse 3 : A. Vrai

Le dos doit tourner en avant. En effet, l'accouchement par voie basse n'est possible que si le dos est en présentation antérieure. Un dos en présentation postérieure (dos en arrière) entraîne l'accrochage du menton par la symphyse pubienne et aucune manœuvre ne peut extraire l'enfant vivant. Par conséquent, lorsque la rotation du dos de l'enfant ne se fait pas vers l'avant (on s'en aperçoit en apercevant l'ombilic en avant, face à soi), il faut réagir le plus rapidement possible, avant que la tête ne soit en contact avec l'arc osseux. Après avoir demandé à la parturiente de cesser les efforts expulsifs, les mains de l'accoucheur empaument les hanches de l'enfant et tournent résolument le dos en avant.



[3] Figure 3. Rotation du dos en arrière [3]

Réponse 4 : B. Supérieures à 500 ml

Intérêt de quantifier ces pertes avec un sac collecteur. Garder les compresses et draps imbibés pour une pesée en salle d'accouchement par les sages-femmes.

Réponse 5 : C. 2 %

L'incidence de l'HPP est autour de 5% des accouchements lorsque les mesures des pertes sanguines sont imprécises et autour de 10 % lorsque les pertes sont quantifiées. L'incidence des HPP sévères est autour de 2 %. L'atonie utérine est la première cause des HPP.

Réponse 6 :

Les critères de gravité sont l'hémorragie intarissable, un sang incoagulable ou des signes de choc. Cela impose une surveillance attentive du saignement et des paramètres vitaux.

Que faire ?

⇒ STOPPER le SAIGNEMENT, COMPENSER LES PERTES, PREVENIR LE 15 pour anticiper Accueil, transfusion, ...

⇒ STOPPER le saignement : cf arbre décisionnel ci-dessous.

- Examen de la filière génitale à la recherche d'une plaie ou déchirure, et tamponnement compressif si nécessaire.
- Nécessité vacuité utérine et vésicale.

✓ Délivrance non faite :

Recherche du décollement placentaire.

Si décollé, aider à l'expulsion : déplissement du segment inférieur, efforts de poussée et expression utérine.

Si non décollé, revérifier régulièrement.

Si la délivrance n'a pas eu lieu, une délivrance artificielle est nécessaire. Sa réalisation par un opérateur non formé et isolé (geste technique et anesthésie) est périlleuse en extrahospitalier.

Il est alors souvent nécessaire de procéder à un transport rapide vers un centre adapté sous couvert d'un remplissage vasculaire adapté au contexte du choc hémorragique.

✓ Délivrance faites :

Nécessité de tonus utérin : massage utérin continu (appuyer sur la partie supérieur du placenta en continue pour provoquer la contraction).

Synto si vacuité utérine.

⇒ GERER le CHOC HEMORRAGIQUE :

- Voies d'abord de bon calibre, penser au cathé trilumière.
- Remplissage adapté au saignement et à l'hémodynamique.
- Amines si nécessaire.
- Acide tranexamique 1g IVL sur 10 min.
- Anticiper produits sanguins labiles.
- Prévention hypothermie.
- Oxygénothérapie.

⇒ TRANSPORT RAPIDE VERS MATERNITE

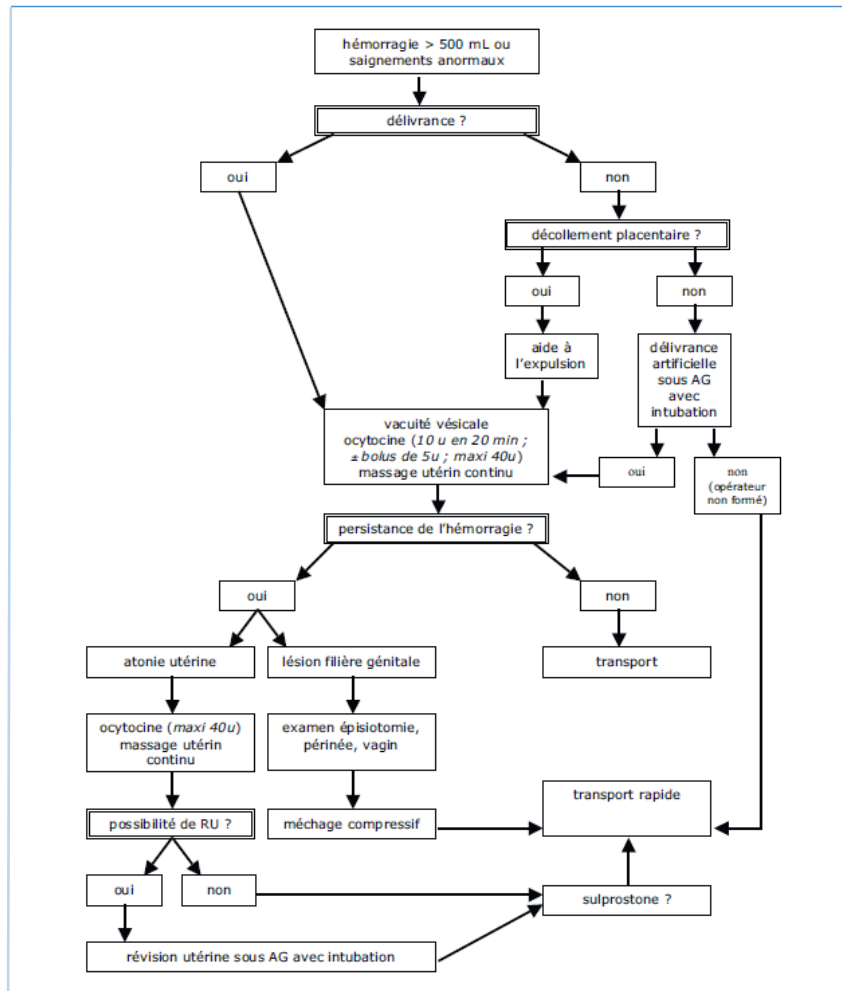


Fig. 1. Mesures générales et mesures spécifiques de prise en charge d'une hémorragie post-partum survenant en dehors d'une maternité.

Réponse 8 :

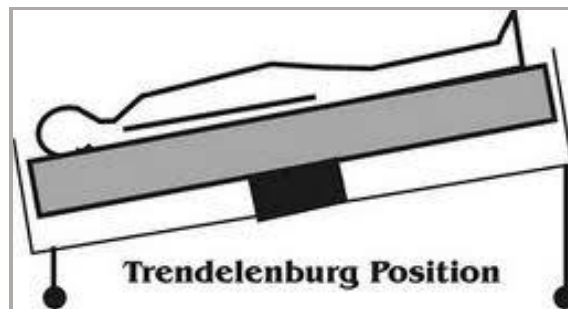
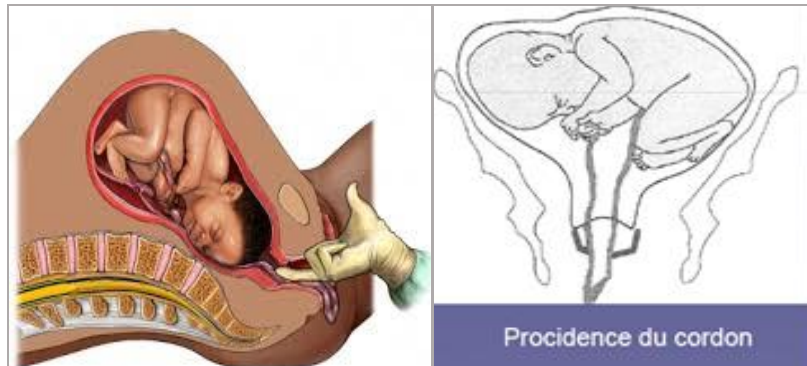
Si LE circulaire est serré et gêne la poursuite de l'accouchement, il faut clamper le cordon et le sectionner entre les deux pinces.

NB : on dit UN circulaire du cordon !

Réponse 9 :

On observe extériorisé à la vulve une partie du cordon ombilical, alors que l'accouchement n'a pas encore eu lieu, mais que la poche des eaux est rompue. C'est quasiment toujours la mort du fœtus si on ne fait rien.

Il faut vérifier si le cordon bat encore ou pas, puis mettre la parturiente en décubitus latéral gauche, en Tredelenburg et prévenir la maternité.

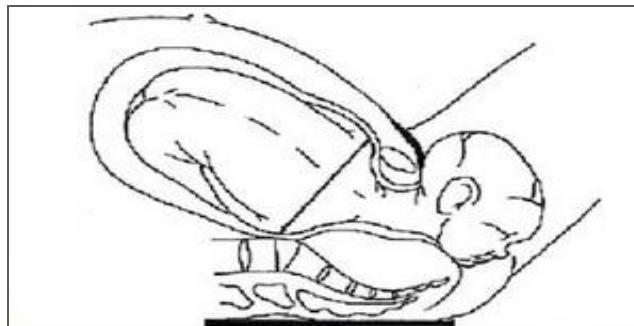


Réponse 10 :

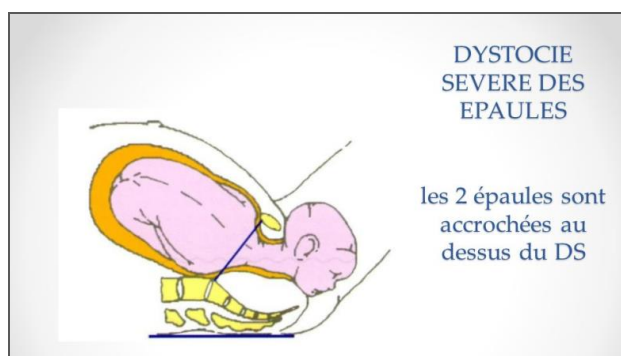
La procidence du cordon est une URGENCE VTALE pour le fœtus = >

- ⇒ APPEL au 15 pour ANTICIPER ACCUEIL MATERNITE.
- ⇒ REFOULER la présentation par un poing ou avec deux doigts introduits dans le vagin sans comprimer le cordon.
- ⇒ Patiente en position de Trendelenburg et en décubitus latéral gauche, genoux contre poitrine.
- ⇒ Bonne oxygénation de la maman.

Réponse 11 : A. vrai



On parle de dystocie lorsque la tête fœtale a franchi la vulve alors que les épaules ne s'engagent pas au détroit supérieur. Si lors de l'expulsion l'accoucheur dirige la tête fœtale à l'horizontale et non vers le bas dans l'axe ombilico-coccygien, il crée alors une fausse dystocie des épaules. L'épaule antérieure butte derrière la symphyse pubienne alors que l'épaule postérieure descend dans l'excavation.



Réponse 12 :

La manœuvre de Mac Roberts est effectuée en cas de fausse dystocie des épaules. La maman est allongée sur le dos, les cuisses pliées vers le ventre et les fesses tout au bord de la table d'accouchement. Cette hyperflexion permet d'agrandir le périmètre du bassin et de favoriser la rotation de la tête pour débloquer l'épaule antérieure.

