



BULLETIN SMUR

N° 5, Août 04

Auteurs : Auteurs : M. Schenker* / S.

Illide** / Y. Pastore*** / S.Gloor****

Responsable :
Dr C.Sénéchaud

*SMUR **Gyn/Obst ***Ped ****Pharmacie

ACCOUCHEMENT INOPINE

L'accouchement inopiné à domicile est un cas rare (4x en 3 ans de SMUR) mais qui représente une situation particulière, chargée d'émotion et souvent d'anxiété. D'une part deux personnes (ou plus...) jusque là en bonne santé sont concernées, d'autre part, les intervenants préhospitaliers ne sont qu'exceptionnellement familiers avec cette situation.

Le SMUR peut le plus souvent bénéficier de l'assistance d'une des sage-femmes du Service de Gynéco-Obstétrique de l'hôpital. Ceci est possible pour autant que l'on sache qu'il s'agit d'une femme enceinte ! On ne doit pas négliger qu'un appel pour « femme, malaise » à la Brévine soit en fait un accouchement ...

Ce document a pour but de rappeler les principes de l'évaluation sur site, du déroulement et des suites de l'accouchement.

1.- SUR SITE ON EVALUE LA SITUATION ...

Dès que l'on prend conscience qu'il s'agit d'une grossesse à terme, on doit établir si la femme enceinte est en travail, quelle est l'imminence de l'accouchement, et à quel type de présentation il faut s'attendre.

Autant que possible, on doit assurer le transfert de la femme enceinte avant l'accouchement. Exceptionnellement on peut se trouver confronté à un accouchement en cours et devoir le mener à terme.....

LA FEMME ENCEINTE EST ELLE EN TRAVAIL ?

GROSSESSE	Où en est-elle ? Dure 40 +/- 2 sem, depuis les dernières règles (avortement avant 24 sem, accouchement prématuré après 24 sem) /24 semaines = 6 mois !!!) A-t-elle été suivie ? Par quel gynécologue ? La grossesse se passe bien ? Quelle a été jusqu'ici la prise de poids (max 12 kg) Anamnèse gynéco-obstétricale succincte, anamnèse personnelle, médicaments, drogues, allergies.
Contraction	C'est un durcissement généralisé de l'utérus, douloureux ou non. Y a-t-il des contractions ? Quand ont-elles commencé ? Quelle est leur fréquence par minute ? Combien durent-elles et quelle est leur intensité (douloureuses ou non) ?
Perte des eaux	Ecoulement de liquide plus ou moins abondant. A-t-elle eu lieu ? Quelle était sa couleur ? (verte = souffrance foetale) autre liquide écoulé (rouge = placenta praevia, noir = hématome rétroplacentaire)
et du bouchon muqueux	Glairage épais plus ou moins souillé de sang
Col utérin (au status du TV)	Col long fermé (faux travail) ou court ouvert (travail), nombre de cm de dilatation ? Confirmation de la rupture de la poche des eaux, nature de la présentation, examen de la couleur du doigtier

IMMINENCE DE L'ACCOUCHEMENT (SCORE DE MALINAS)

Parité (nbre de grossesses)	1ère	2ème	3ème et +
Durée du travail	< 3 h	3 – 5 h	> 6 h
Durée des contractions	< 1 min	1 min	> 1 min
Intervalle entre 2 contractions	> 5 min	3 – 5 min	< 3 min
Perte de eaux	non	récente	> 1 h
Points attribués	0	1	2

Interprétation : <5 : on a le temps pour évacuer la patiente.

> 5 : accouchement d'autant plus imminent que proche de 10

IMMINENCE DE L'ACCOUCHEMENT (AUTRE METHODE)

Dilatation (cm)	Primipare	2e pare	multipare
5	4 h	3 h	1 h 30 min
7	2 h	1 h	30 min
9	1 h	30 min	quelques min

Si délai inférieur à 1 h : accouchement sur place. Si délai supérieur à 1 h transfert à la maternité.

Remarque : Autres critères pour reconnaître l'imminence de l'expulsion : L'envie de déféquer (pression de la présentation sur le rectum) et l'envie de pousser (pression sur le périnée)

Si la présentation est physiologique (à terme, céphalique normale avec expulsion imminente) : s'installer et accoucher sur le site. Si

la présentation est un siège à dilatation complète avec présentation au périnée on doit également accepter l'accouchement sur site. Dans toutes les autres situations (présentation pathologique ou complication) il faut évacuer vers la maternité en extrême urgence.

2.- ... PUIS ON DECIDE ...

Evaluation du bénéfice / risque en fonction des co-morbidités de la parturiente, des risques pour le(s) fœtus, de la capacité de transport, de l'éloignement de la maternité, des conditions de sécurité pendant le transport, des moyens en personnel et en matériel, de la présentation et de la proximité de l'accouchement : on part ou on reste : c'est une décision médicale !

ON DECIDE DE QUITTER LE SITE :

La parturiente est installée en DLG (dégage la veine cave) avec Trendelenburg (bassin plus haut que la tête = diminue la pression sur le col), monitoring, VVP + cristalloïde, O2 aux lunettes.

Si la situation n'est pas trop urgente, il n'y a rien d'autre à faire. Si en revanche ça se passe mal (accouchement compliqué en cours, avancé..) l'équipe doit effectuer d'autres travaux :

Refoulement de la présentation avec une main vaginale (situation ultime, en cours de route...). Pose d'une seconde VVP. Tocolyse (inhibition des contractions utérine indiquée si prématurité ou complication / Contre-indiquée si phase d'expulsion déjà en cours !!!) par Ventolin® (salbutamol) sol conc. (0,5% = 5mg/ml) 10 gtes (= 2,5 mg) dans 2 ml NaCl 0,9% en aérosol. Eventuellement Ventolin® amp 5mg/ 5 ml) dans 500 cc NaCl 0,9% et débiter la perfusion à 30 gtes / minutes.

Si la sage-femme fait partie de l'équipage SMUR, elle a pris son matériel propre qui comprend habituellement du Gynipral® (Hexoprénaline) amp (10ug/ml) à administrer 10 ug en iv lent sur 5min.

Sur demande du médecin SMUR ou de la sage-femme, le gynécologue de garde est informé de la situation afin qu'il puisse, le cas échéant prendre les mesures pour une césarienne en urgence.

Le transport de la femme « en train d'accoucher » mais qu'on doit tocolyser se fait en feux bleus et doubles tons !

ON DECIDE DE RESTER SUR SITE ET DE S'INSTALLER :

La femme est installée en décubitus dorsal, fesses au bord du lit, bassin surélevé par alèses. Chaque pied sur une chaise, proches des fesses. Faire vider la vessie. Désinfection des mains, asepsie. Désinfection du périnée au Merfen. Monitoring (GCS, TA, Puls, FR, Satu, T°, rythme cardiaque foetal) ; VVP 18G (vert), NaCl 0,9%, O2 aux lunettes.

Clarifier les rôles/responsabilité de chaque intervenant. La sage-femme accouche, l'ambulancier/infirmier surveille la mère. Le 2ème ambulancier/médecin accueillent le bébé. Toute autre répartition est possible, il semble néanmoins logique, s'il y en a une, que la sage-femme procède à l'accouchement...

PREPARATION DU MATERIEL ET DES MEDICAMENTS :

Pour la mère : (gants stériles, draps propres, champ stérile, compresses stériles. Bassine entre les chaises. Merfen. Syntocinon amp. 5UI (ampullarium). Méthergin® (Méthylergométrine) amp 0,2mg/ml (ampullarium), ciseaux à épisiotomie, pince de Kocher, sac poubelle, ciseaux et pinces stériles.

Pour le Bébé : Aspiration, sondes d'aspiration n° 6, 8, 10, ambu pédiatrique, masques n° 0, O2, laryngoscope, lames Miller, pince Magill, sondes d'intubation n° 2,5 (préma) et 3 (bébé à terme), matériel pour perfusion (cathéters 22 G et 24G, robinets 3 voies, Veca C, NaCl 0,9%), Glucose amp 20%, adrénaline amp 1mg/ml dans flex de 100 NaCl (0,01mg/ml), Narcan® (Naloxone) 0,4mg/ml dans 10 NaCl (0,04mg/ml). Mais surtout : habits, couverture

isotherme, matériel de chauffage p. ex. lampe IR ou sèche cheveux.

L'ACCOUCHEMENT

Lors d'un accouchement normal il n'y a aucune assistance médicale spécifique. L'accoucheur se contente de soutenir l'enfant (sans exercer aucune traction) et de prévenir une déchirure du périnée.

L'accoucheur sur site doit connaître certains gestes :

La rupture artificielle de la poche des eaux : (si la poche ne s'est pas déjà rompue) avec une branche de pince de Kocher (les griffes de l'extrémité déchirent les membranes la branche étant guidée par deux doigts de l'autre main). Un autre intervenant maintient le fond utérin

Le soutien du périnée : protection du périnée pendant le dégagement de la tête et prévention d'une expulsion trop rapide de la tête (la paume de main forte avec une compresse est appliqué en dessous de la commissure postérieure de la vulve, l'autre paume freine l'expulsion de la tête)

L'épisiotomie : Section du périnée à partir de la commissure postérieure de la vulve en dehors à 45°. Indication : périnée rigide ou fragile, primiparité, prématurité, macrosomie fœtale (gros BB), présentation du siège, souffrance fœtale aiguë, arrêt de la progression. Elle se réalise après le début de distension du périnée par le fœtus, en utilisant des ciseaux droits avec la main forte, en protégeant de la main faible le fœtus et en incisant franchement environ 4 cm autant sur le versant muqueux que cutané. Pas d'anesthésie locale nécessaire : elle doit être réalisée au cours d'une contraction.

■ PHASE 1 : LA DILATATION

Commence dès les premières contractions utérines et se termine avec la dilatation complète (env. 10 cm). Dure de 5-10 h chez une primipare et 2-4 h chez une multipare ! La rupture de la poche des eaux se réalise normalement en fin de dilatation. *Ne pas demander de pousser avant que la dilatation ne soit complète et que la tête ne soit au périnée.*

■ PHASE 2 : L'EXPULSION

Accompagner verbalement les poussées, « levez la tête, mettez le menton sur la poitrine, bloquez la respiration, poussez très fort » Ne pas exiger plus de 3 poussées par contraction. Ne pas dépasser 30 min pour l'expulsion. La progression doit être constante. Freiner le mobile fœtal au passage de la vulve (soutien du périnée) ; épisiotomie selon indications. *Ne jamais tirer sur des mains, des pieds, une tête, ou un cordon.*

En céphalique (96%) : vérifier si pas de cordons autour du cou, si tel devait être le cas, attirer le cordon pour former une anse et la passer autour de la tête ; dégagement des épaules d'abord antérieure en abaissant la tête puis en remontant la tête libération de l'épaule postérieure, si manœuvre impossible (gros BB), faire mettre la patiente à 4 pattes !

En siège, dos en arrière : (catastrophe !) saisir les hanches et tourner le dos vers l'avant (sinon l'enfant est condamné à mort, le menton s'accrochant à la symphyse maternelle ne peut plus être dégagé).

En siège, dos en avant, bonne progression : *ne pas toucher l'enfant, le laissant évoluer tout seul, se contenter de le soutenir (pour éviter le relèvement des bras)*

En siège, dos en avant, relèvement des bras : le fœtus ne progresse plus alors que la pointe des omoplates est visible, les coudes sont accrochés à la margelle du bassin, ne pas tirer, 1° empoigner le bassin et le rachis du BB, 2° tourner doucement en bloc à 90° sur la gauche de la patiente (dégagement du bras droit au promontoire), ramener le dos dans sa position initiale, puis 3° tourner en bloc doucement à 90° sur la droite (dégagement du bras gauche au promontoire) 4° ramener le dos en avant (le bras gauche descend)

En siège, dos en avant, rétention de la tête : dès l'apparition des bras il faut que la tête soit évacuée en moins d'une minute. Normalement le poids du fœtus entraîne la flexion de la tête et le dégagement est spontané, sinon il faut exécuter la manœuvre de Mauriceau (1° abaisser la tête du BB, occiput contre symphyse de la mère, 2° la main forte soutient le BB, l'index et le majeur de la main faible appuient sur les épaules pour fixer l'occiput à la symphyse 3° index et majeur de la main forte sont introduits dans la bouche et en prenant appui sur le plancher buccal avec la main droite, on relève le BB. 4° la main d'un auxiliaire peut faire pression sur le fond utérin pour aider à sortir la tête.)

A L'EXPULSION COMPLETE, ON A LA RESPONSABILITE DE 2 PATIENTS !!

Noter l'heure, avec des champs stérile sécher et envelopper le BB, le présenter à sa maman sur le ventre.

■ **La stimulation tactile :** le BB à sa naissance a besoin d'être stimulé, il l'est souvent, et de manière intuitive, lors du séchage. Frotter également la plante des pieds ou le dos.

■ **La section du cordon :** (n'est pas une urgence en soi, sauf en cas de réanimation). A environ 1' clampage entre 10 et 20 cm de l'ombilic, quand l'enfant est au même niveau que l'utérus maternel, puis section avec matériel stérile (set d'accouchement inopiné de la SF, coffret gris, arrière du véhicule SMUR).

EVALUATION DE L'ADAPTATION DE BB A LA VIE EXTERIEURE :

Score d'APGAR à 1, 5, 10 min

	0	<100	>100
Fréq. card	0	Cri faible	Cri vigoureux
Respiration	0	faible	Normal
Tonus	0	grimace	Vive
Reactivité	0	imparfaite	Rose
Coloration	Blanc/bleu		
points	0	1	2

■ **Interprétation de l'Appgar :** 8-10 = NN sain (retour à la mère). 4-7 NN avec dysfonction modérée (6%) : ouverture des VA, aspiration naso-pharyngée, O₂, **réévaluation**. 0-3 = risques vital A la naissance la Fresp. normale est de 50-60', la FC de 130-140'. **La première cause des bradycardie chez le NN est l'hypoxie !!** La respiration spontanée doit être établie à 1min après la naissance et des cris vigoureux en sont la manifestation patente. Les critères les plus utiles sont FC, FR, et Coloration.

■ **L'aspiration des sécrétions naso-pharyngées :** est une étape importante mais pas dénuée de risques (Cave bradycardie vagale sur stimulation du pharynx post & larynx) : maintenir le stéthoscope sur le Thx pendant l'aspiration. Bien observer l'apparence des sécrétions (teintées, méconiales, vernix, ...)

■ **REA du NN (1%)** ouverture VA, aspiration naso-pharyngée, si aspiration méconiale et APGAR 0-3 : intubation oro-trachéale et aspiration en utilisant le tube OT (NN à terme = 8cm de l'arcade dentaire / préma : 6 cm), si pas d'aspiration méconiale faire les insufflations suivantes au masque. **Réévaluation :** si bleu et ne respire pas ou irrégulièrement, 5 insufflations O₂ 100%, 2-3 sec, 30 cm H₂O. Si pulsation <60' effectuer le MCE {technique des deux pouces en position médiane sous la ligne intermammellaire, partie basse du sternum, compression de 1/3 de l'épaisseur du thx (env 1,5 cm) à la fréq de 120', ratio RCP de 3 MCE pour 1 VA} **Réévaluation** à 30 sec. Si puls > 60' stop MCE. Si rose et respiration suffisante : stop VA. Si pas d'amélioration de la FC : Adrénaline 0,01 mg/kg IV/IO/IT toutes les 3 min {veine ombilicale (cave formation préalable et matériel), éventuellement la voie intraosseuse (cave fragilité des os), ou au tube OT}. Narcan® (Naloxone) 0,01 mg/kg IV/IO/IT toutes les 2-3 min (4kg = 1 ml).

Autres risques pour le bébé : **PNO sous tension :** ponction de décharge. **Hypovolémie :** 10 ml/kg NaCl 0,9% en 5' (4kg = 40cc !!). **Hypothermie :** sécher, habiller, envelopper la tête, la place de travail idéale devrait être à 32° !!! **Hypoglycémie :** dès 15 min de vie faire un HGT au talon, traiter si moins de 2.2mmol/l, par 1.5 cc de G20% PO/IV/IO.

■ PHASE 3 : LA DELIVRANCE

Attention ! C'est après l'évacuation du bébé, en période « euphorique » que les problèmes potentiels avec la mère peuvent apparaître. Elle doit être monitorée !!

Après l'accouchement existe un repos physiologique de 10 min. Ensuite il y a reprise des contractions pour décoller et évacuer le placenta. La contraction de l'utérus entraîne son auto-hémostase (« globe de sécurité »). L'expulsion du placenta complet doit survenir dans les 30 minutes. Elle doit être **spontanée, sans traction sur le cordon**. L'hémorragie « naturelle » est en moyenne de 300cc. Au dessus de 500 cc il y a hémorragie de la délivrance ! L'expulsion peut également être **assistée** par la sage-femme par pression ferme vers le bas du fond utérin. L'autre main récupère le placenta qui sera conservé pour examen visuel (sachet plastique)

En cas d'hémorragie de la délivrance : Massage utérin manuel, empoigné à travers la paroi abdominale flasque (**manœuvre de Credé**). 2^{ème} VVP, perfusion Haes 6% / NaCl 0,9%, injection de Syntocinon® (Oxytocine) 5UI IV lent (1'), à poursuivre éventuellement par perfusion de 4 amp 5UI dans 500 cc NaCl 0,9%, 40 gttes / min. Tredelenburg. Si nécessaire : Méthergin® (Méthylergometrine) 0,2 mg im ou iv aux 2 heures. En dernier recours pour l'hémostase : main intravaginale fermant le col ou

compression trans-abdominale de l'aorte avec un poing. Transport en urgence avec feux bleus et doubles tons.

Nos remerciements à Mme S Illide (Sage-femme), ainsi qu'aux Drs Tolck (Med-chef Gyn/Obst), Pastore (CDC Ped) et Gloor (Pharm), pour leur aide et leurs conseils dans la rédaction de ce document