

« L'accouchement inopiné »

Formation à destination des
professionnels de santé des CDPS



Réseau Périnatal Guyane

Objectifs de la formation

- Savoir réaliser une anamnèse rapide chez une femme enceinte
- Connaître les différentes phases de l'accouchement
- Assurer la sécurité par des gestes simples
- Savoir réaliser un accouchement eutocique en présentation du sommet
- Savoir assister l'accouchement d'un siège
- Savoir assurer la surveillance de l'accouchée ainsi que les premiers soins
- Savoir prendre en charge une urgence obstétricale

Déroulement de la formation

I. L'accouchement inopiné

- 1) Qu'est-ce qu'un accouchement inopiné?
- 2) Quelles questions pour une anamnèse rapide?
- 3) Comment préparer l'accouchement sur place?
- 4) Quels gestes pour un accouchement eutocique en présentation céphalique?
- 5) L'accouchement du siège

Déroulement de la formation

II. Situations d'urgence

- 1) Hémorragie de la délivrance
- 2) Dystocie des épaules
- 3) Procidence du cordon
- 4) L'épisiotomie

I. L'accouchement inopiné

- **1) Qu'est-ce qu'un accouchement inopiné?**
- Quelles questions pour une anamnèse rapide?
- Comment préparer l'accouchement sur place?
- Quels gestes pour un accouchement eutocique en présentation céphalique?
- Cas particulier : l'accouchement du siège

1) Qu'est-ce qu'un accouchement inopiné?

- Accouchement imminent (se produit dans l'heure)
- Non programmé
- En dehors d'une maternité
- Le plus souvent eutocique et rapide
- Fréquemment présentation céphalique
- Souvent prématuré
- Patiente agitée, inquiète, en train de pousser

1) Qu'est-ce qu'un accouchement inopiné?

Un peu d'épidémiologie...

- 5 accouchements extrahospitaliers pour 1000 naissances (inopinés et choisis)

PONCELET M. Les AEH : intérêt d'un registre : à propos de l'expérience du SAMU 38, Thèse faculté de médecine de Grenoble, 2007

- Plus fréquent la nuit (61,4% entre 20h et 8h)

HERVE C., GAILLARD M., METADIER D., JUVIN A.M., ROUJAS F., HUGUENARD P. Les accouchements hors maternité, étude prospective sur 5 ans à propos de 150 cas. Archives Françaises Pédiatries, Volume 43, N° 7, 513-16 SAMU du Val de Marne. 1986

- Terme moyen 39 SA + 1 jour

Newsletter AIE n°9, SAMU Urgences de France, juin 2016

- Grossesse suivie dans 91% des cas

Newsletter AIE n°9, SAMU Urgences de France, juin 2016

- Morbidité et mortalité 2 à 3 fois supérieures

Gaillard M, Herve CPh M. Épidémiologie des urgences gynéco-obstétricales. J Gynécol Obstet Biol Reprod 1989;18:707-713

- Pas de profil type de patientes « à risque »

I. L'accouchement inopiné

- Qu'est-ce qu'un accouchement inopiné?
- **2) Quelles questions pour une anamnèse rapide?**
- Comment préparer l'accouchement sur place?
- Quels gestes pour un accouchement eutocique en présentation céphalique?
- Cas particulier : l'accouchement du siège

2) Quelles questions pour une anamnèse rapide?

Evaluer l'imminence de l'accouchement

- Contractions utérines (CU) =
heure d'apparition - fréquence - durée – intensité
→ interrogatoire + palpation
- Poche des eaux = si rupture, accélération du travail
- Accouchements antérieurs (parité) = nombre – modalités
- +/- toucher vaginal en l'absence de saignements importants

2) Quelles questions pour une anamnèse rapide?

Score de Malinas

Score	0	1	2
<i>Parité</i>	I	II	III et plus
<i>Durée du travail</i>	< 3h	3 à 5 h	> 5h
<i>Durée des contractions</i>	< 1 min	1 min	> 1 min
<i>Intervalle entre les contractions</i>	> 5 min	3 à 5 min	< 3 min
<i>Perte des eaux</i>	Non	Récente (< 1h)	> 1h
TOTAL			

- noté sur 10
- 5 critères
- < 5 = transport possible vers une structure hospitalière
- ≥ 5 = risque d'accouchement imminent



Le délai d'arrivée à la maternité est un facteur à prendre en compte

2) Quelles questions pour une anamnèse rapide?

Estimer le terme de la grossesse

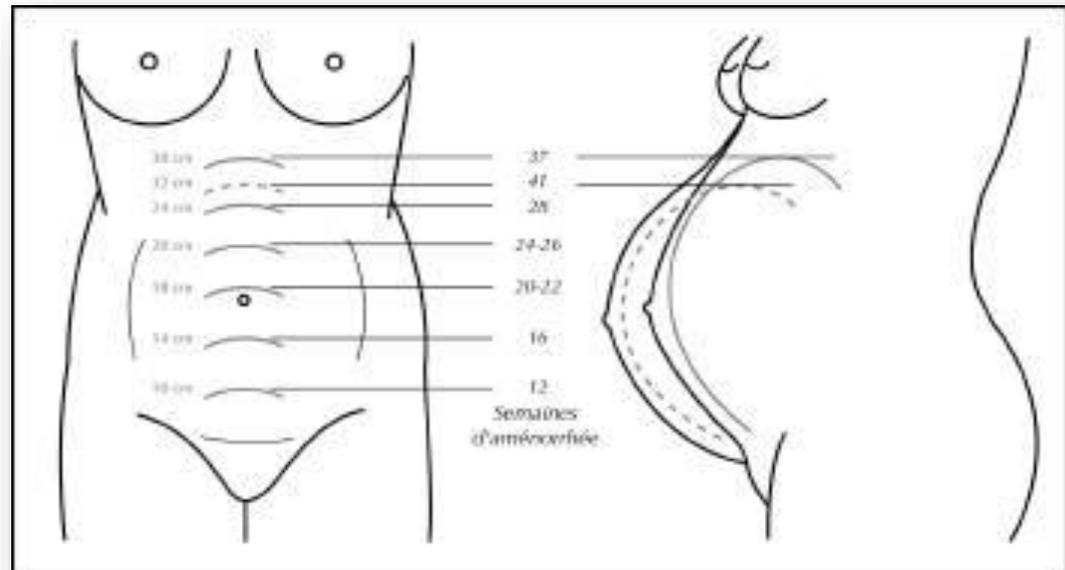
- 41 semaines d'aménorrhée (SA)
Terme 22 à 37 SA = prématurité
- Carnet de suivi de grossesse
- Si terme inconnu : calculer la hauteur utérine (HU)

fiabilité limitée

HU + 4 = nombre de SA

Ombilic = 5 mois

Épigastre = 9 mois



2) Quelles questions pour une anamnèse rapide?

Rechercher les facteurs de risque

- **Contexte:** grossesse suivie? Non déclarée? Ignorée ou dissimulée?
Carnet de suivi de grossesse?
- **Facteurs obstétricaux:**
déroulement de la grossesse
saignements? placenta?
foetus: grossesse gémellaire, siège...?
ATCD césarienne, HTA, diabète...?
- **ATCD médicaux?**
- **Paramètres :** TA, T^o, Bandelette Urinaire (pré éclampsie/ syndrome infectieux...)

Après tout cela...

Deux éventualités

→ Transfert in-utéro : organiser le transfert

→ Accouchement sur place et transfert secondaire en maternité

- Appeler le médecin – la sage-femme – le SAMU pour organiser le transport de la patiente et de son enfant

Maintenant, la grande question est...
« va-t-elle accoucher sur place...



... et avec moi??? »

I. L'accouchement inopiné

- Qu'est-ce qu'un accouchement inopiné?
- Quelles questions pour une anamnèse rapide?
- **3) Comment préparer l'accouchement sur place?**
- Quels gestes pour un accouchement physiologique en présentation céphalique?
- Cas particulier : l'accouchement du siège

3) Comment préparer l'accouchement sur place?

- Assurer la sécurité de la patiente en gardant son calme
- Rassurer la patiente
- Préparer le matériel et installer la patiente rapidement

Rappel :

l'accouchement est un acte naturel,
pas de complication dans la majorité des cas,
« laisser faire les choses »

3) Comment préparer l'accouchement sur place?

- **Matériel**

2 pinces Kocher, 1 ciseau droit

1 clamp de Barr

Kit d'accouchement avec poche de recueil

Gants stériles, masque, charlotte, lunettes, casaque

1 réceptacle pour le placenta

Champs ou serviettes, bonnet

Matériel d'aspiration

- **Médicaments et solutés**

Cristalloïde isotonique
(Ringer Lactate - sérum physiologique 0,9% - glucosé 0,5%)

Antiseptique (Dakin®)

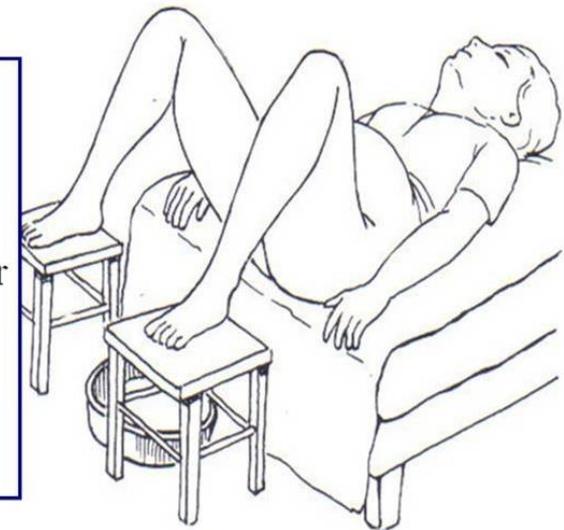
Ampoules de Sytoncinon 5 UI

3) Comment préparer l'accouchement sur place?

Installer la patiente

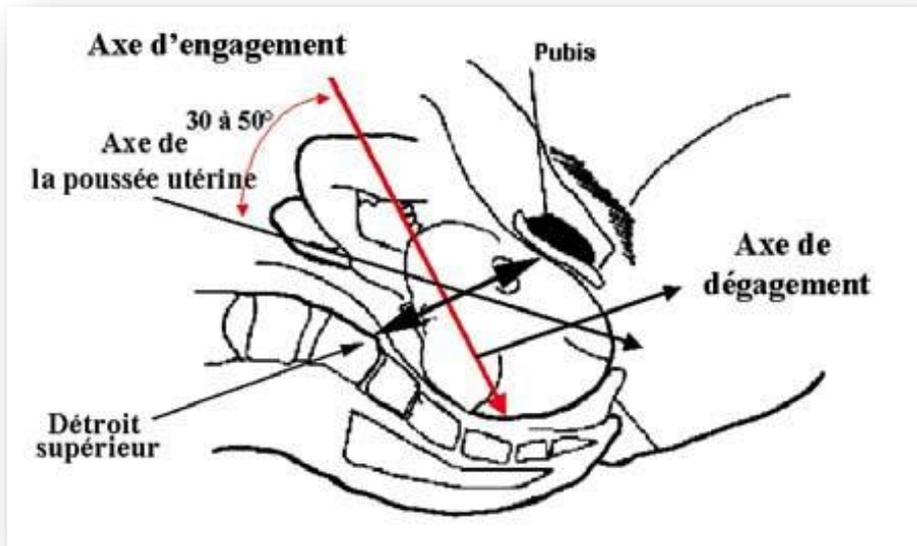
- Vessie vide (miction spontanée ou sondage évacuateur)
- Installation confortable
- VVP avec Cristalloïde
- Surveillance TA et FC

Alèses sur le lit
Tête surélevée
Fesses au bord du lit,
cuisses en flexion pour
basculer le bassin en
avant
Bassin en dessous

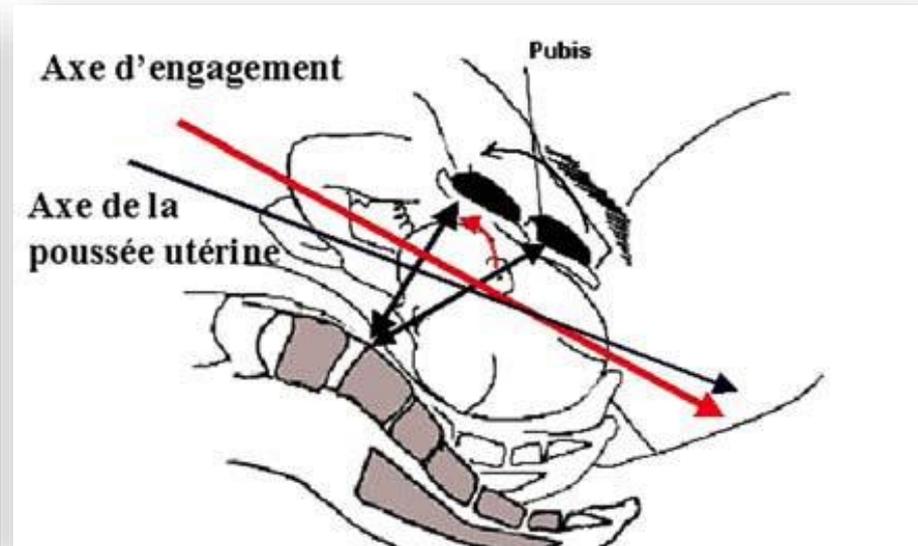


3) Comment préparer l'accouchement sur place?

Physiologie de l'accouchement - Mécanique obstétricale



Axe d'engagement et des poussées utérines



*Bascule du bassin vers l'avant
(axes rapprochés)*

3) Comment préparer l'accouchement sur place?

Préparer le matériel

- Ouvrir le kit d'accouchement
- Disposer les instruments sur le champ stérile
- Préparer une table pour accueillir l'enfant
- Poser une VVP (18 G) avec Cristalloïde

Si possible = prélever un bilan préopératoire (NFS, groupe, RAI, coag)

- préparer seringue de 5 UI d'ocytocine (1 ampoule) pour la délivrance dirigée
- Nettoyer le périnée avec un antiseptique non iodée (Dakin®)

I. L'accouchement inopiné

- Qu'est-ce qu'un accouchement inopiné?
- Quelles questions pour une anamnèse rapide?
- Comment préparer l'accouchement sur place?
- **4) Quels gestes pour un accouchement eutocique en présentation céphalique?**
- Cas particulier : l'accouchement du siège

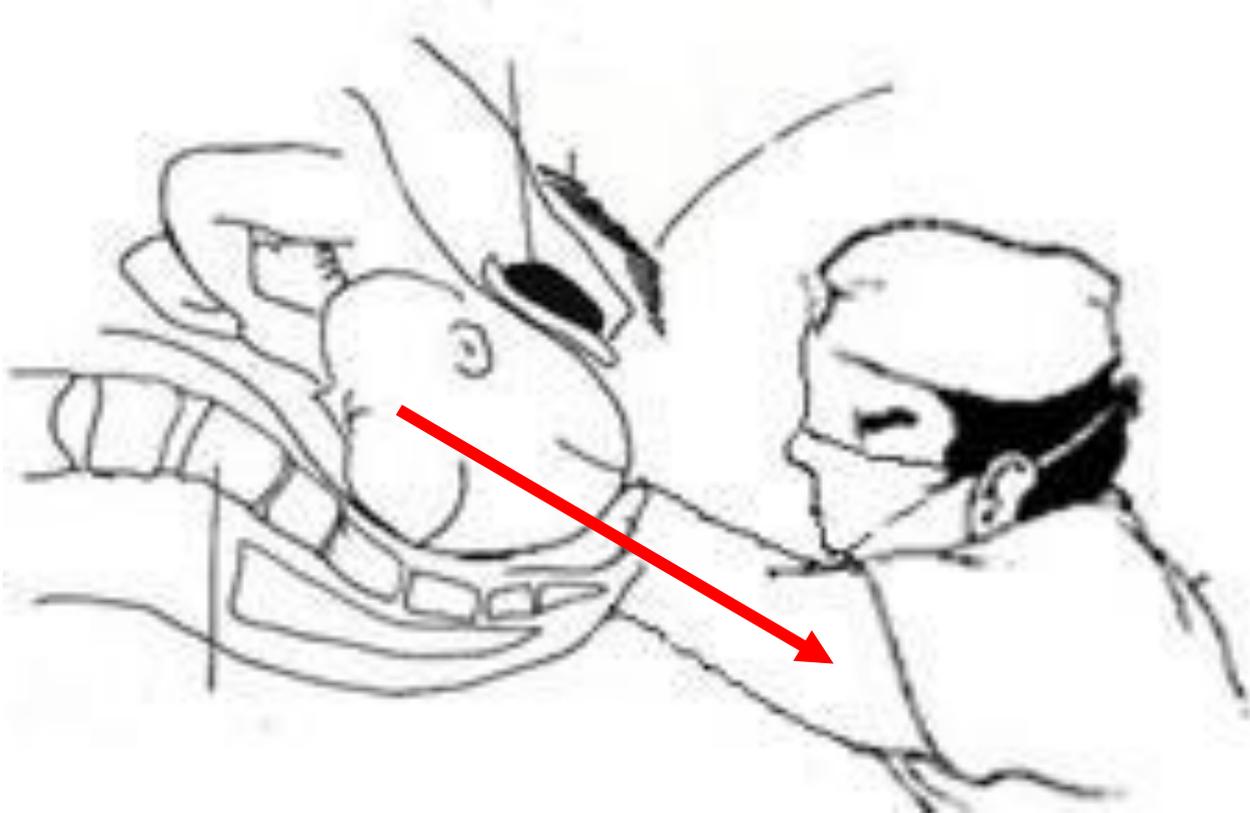
4) Quels gestes pour un accouchement eutocique en présentation céphalique?

L'expulsion du fœtus

- Efforts expulsifs débutent quand la présentation sollicite le périnée → poussée réflexe
Ne pas faire pousser si « pas d'envie » ressentie
- Rassurer la patiente et la canaliser
- Pendant la CU = 2 à 3 efforts expulsifs
- Entre les CU = l'encourager à respirer calmement, à se relâcher

4) Quels gestes pour un accouchement eutocique en présentation céphalique?

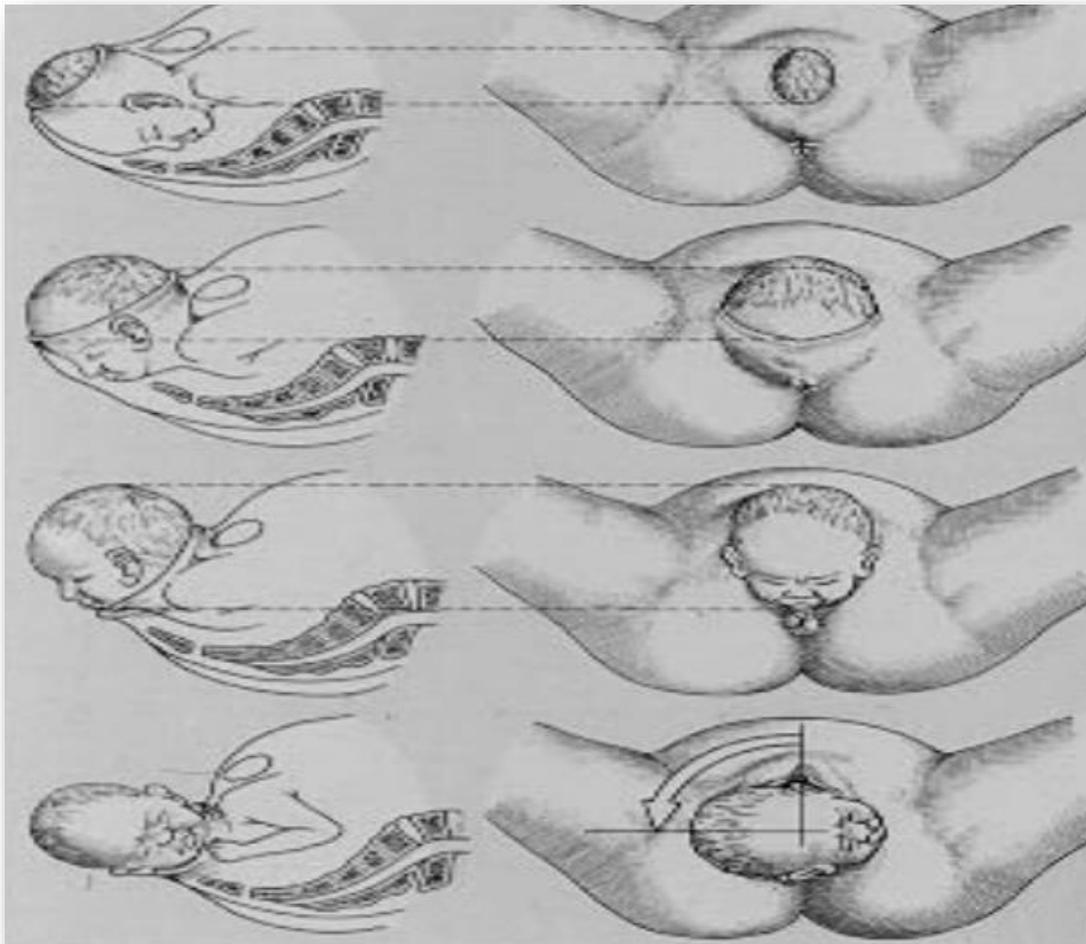
Position de l'accoucheur



Accroupis...

4) Quels gestes pour un accouchement eutocique en présentation céphalique?

Les différentes phases d'expulsion de la tête fœtale



Petit couronnement

Grand couronnement

Expulsion de la tête fœtale

Rotation spontanée
= mouvement de restitution
de 45° vers le dos du fœtus

4) Quels gestes pour un accouchement eutocique en présentation céphalique?

Première phase de l'expulsion

→ peut paraître longue

Va et vient de la tête foetale

→ progression normale



4) Quels gestes pour un accouchement eutocique en présentation céphalique?

Expulsion de la tête fœtale

- Contrôler la sortie de la tête pour prévenir les lésions du périnée
- Une fois la tête dégagée, vérifier l'absence d'un circulaire du cordon
- La tête effectue une rotation spontanée qui la ramène dans le prolongement du dos
- Accompagner le mouvement de restitution

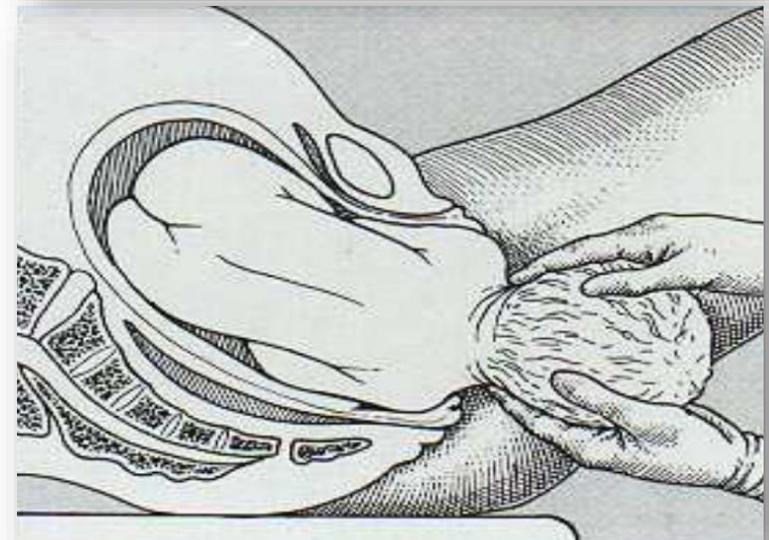


4) Quels gestes pour un accouchement eutocique en présentation céphalique?

Dégagement de l'épaule antérieure

- Placer les doigts au niveau des bosses occipitales et de la mandibule
- Accompagner le bébé vers le bas pendant la poussée pour dégager l'épaule antérieure (sous la symphyse)

Injecter 1 ampoule de Syntocinon (5 UI) en IVD ou 2 ampoules (10 UI) en IM au moment du dégagement de l'épaule foetale antérieure
= **délivrance dirigée**



4) Quels gestes pour un accouchement physiologique?

Dégagement de l'épaule postérieure

- Accompagner vers le haut pendant la poussée pour dégager l'épaule postérieure en surveillant le périnée
- Le dégagement du corps suit immédiatement et ne pose aucun problème



4) Quels gestes pour un accouchement eutocique en présentation céphalique?

Circulaire du cordon

- Simple ou multiple, lâche ou serré
- Lâche : le faire glisser par-dessus la tête
- Serré : le sectionner à la vulve après avoir placé 2 pinces Kocher puis terminer le dégagement



4) Quels gestes pour un accouchement eutocique en présentation céphalique?

L'accueil du nouveau-né

- **Prévenir l'hypothermie**

déposer l'enfant sur le ventre de sa mère en peau à peau

le sécher (commencer par la tête)

le couvrir (bonnet + linge sec)

- **Favoriser la respiration spontanée**

stimulation douce en le séchant (dos, pieds)

- **Noter l'heure de naissance**

- **Clampage retardé du cordon ombilical**

2 à 3 mn / cordon plus pulsatile

- **Prévenir l'hypoglycémie**

mise au sein (sauf CI) ou lait 1^{er} âge



4) Quels gestes pour un accouchement physiologique?

L'accueil du nouveau-né

- Surveiller son adaptation à la vie extra-utérine
 - Mouvements respiratoires (40 à 60 cycles/mn)
 - Fréquence cardiaque (> 100 bpm)
 - Coloration
 - Tonus et réactivité

4) Quels gestes pour un accouchement physiologique?

L'accueil du nouveau-né

Le score d'APGAR

Score	0	1	2
FC	Absente	< 100	> 100
Respiration	Absente	Irrégulière	Régulière
Coloration	Blanche	Cyanose des extrémités	Rose
Tonus	Nul	Hypotonie	Mouvements actifs
Réactivité	Nulle	Grimaces	Cris

- Appréciation globale de l'état de santé du nouveau-né
- Noté sur 10
- 5 critères
- Se calcule à 1, 3, 5 et 10 mn de vie

4) Quels gestes pour un accouchement physiologique?

La délivrance

Définition : dernière phase de l'accouchement
Décollement et expulsion du placenta dans les 30 minutes qui suivent la naissance

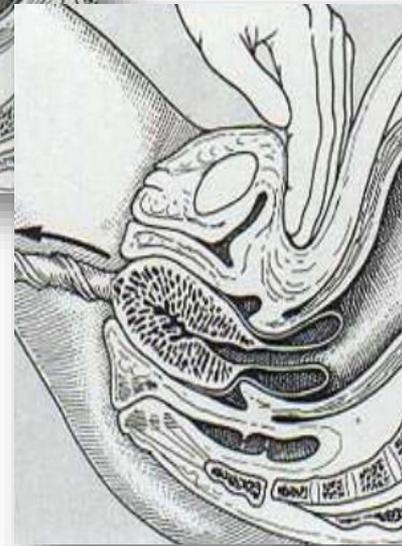
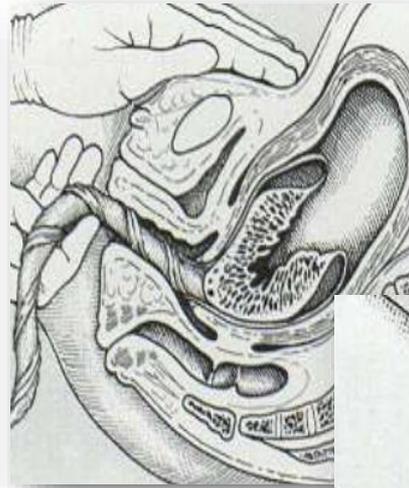
- Placer une poche de recueil
- Respect du mécanisme physiologique = phase de rémission de 10 à 15mn
- Surveiller FC, TA, conscience, saignements
- Diagnostiquer le décollement
= Reprise des contractions, saignements, fond utérin au dessus de l'ombilic, cordon ombilical s'exteriorise



4) Quels gestes pour un accouchement physiologique?

La délivrance

- Assister l'expulsion du placenta pour prévenir une délivrance incomplète
- Manœuvres douces
- Empaumer le fond utérin d'une main, l'abaisser fermement vers le bas
 - Exercer une traction contrôlée avec l'autre main pour que le placenta s'exteriorise progressivement et le soutenir lors de son expulsion



4) Quels gestes pour un accouchement eutocique en présentation céphalique?

La délivrance

- Conserver le placenta et vérifier son intégrité (galette sans trou et présence de membranes)
- Le transmettre à la maternité lors du transfert
- Surveiller FC, TA, saignements et tonicité utérine de façon rapprochée jusqu'au transfert
- Réaliser un massage utérin par séquences répétées de 15 secondes

NB : en l'absence de délivrance dans les 30 min et en l'absence d'hémorragie, transport de la mère possible et même recommandé



4) Quels gestes pour un accouchement eutocique en présentation céphalique?

La délivrance dirigée

- Recommandation de grade A
- Prévient le risque d'hémorragie de la délivrance
- Injection prophylactique d'ocytocine
- 5 UI IVD (1 ampoule) lors de l'expulsion de l'épaule fœtale antérieure
- A préciser dans le dossier

4) Quels gestes pour un accouchement eutocique en présentation céphalique?

Surveillance de l'accouchée

- Conscience
- Paramètres = TA, FC (monitorage si possible)
- Pertes sanguines (< 500 ml)
- Tonicité utérine (« globe utérin ») – massage utérin fréquent jusqu'au transfert

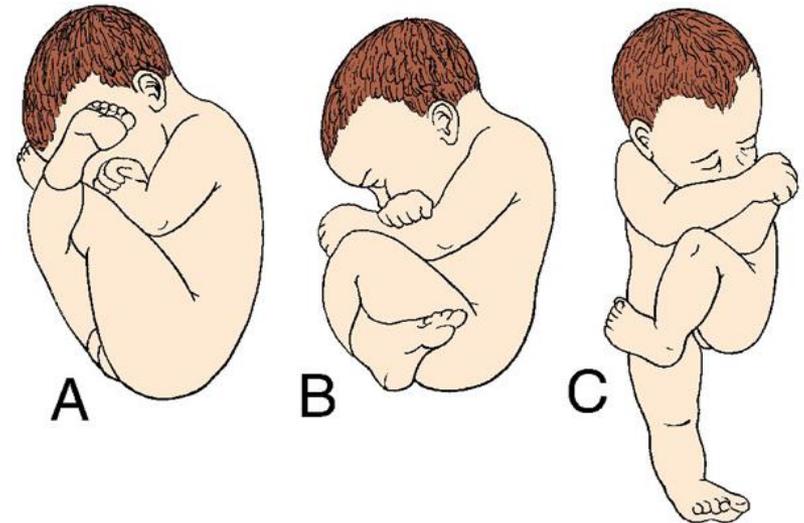
I. L'accouchement inopiné

- Qu'est-ce qu'un accouchement inopiné?
- Quelles questions pour une anamnèse rapide?
- Comment préparer l'accouchement sur place?
- Quels gestes pour un accouchement eutocique en présentation céphalique?
- 5) Cas particulier : l'accouchement du siège

5) Cas particulier : l'accouchement du siège

Définition

- pôle pelvien foetal au contact du détroit supérieur
- pôle céphalique foetal au niveau du fond utérin
- 3 à 4% des naissances



Principes généraux

- Eviter toute traction intempestive et précoce
- Faire pousser la parturiente uniquement pendant les CU

A	B	C
Décompleté	Complet	Mode des pieds ou incomplet
<u>50-70%</u>	<u>5-10%</u>	<u>10-30%</u>
Hanches en flexion Genoux en extension	Hanches en flexion Genoux en flexion	Au moins une hanche en extension Présence d'au moins un pied

5) Cas particulier : l'accouchement du siège

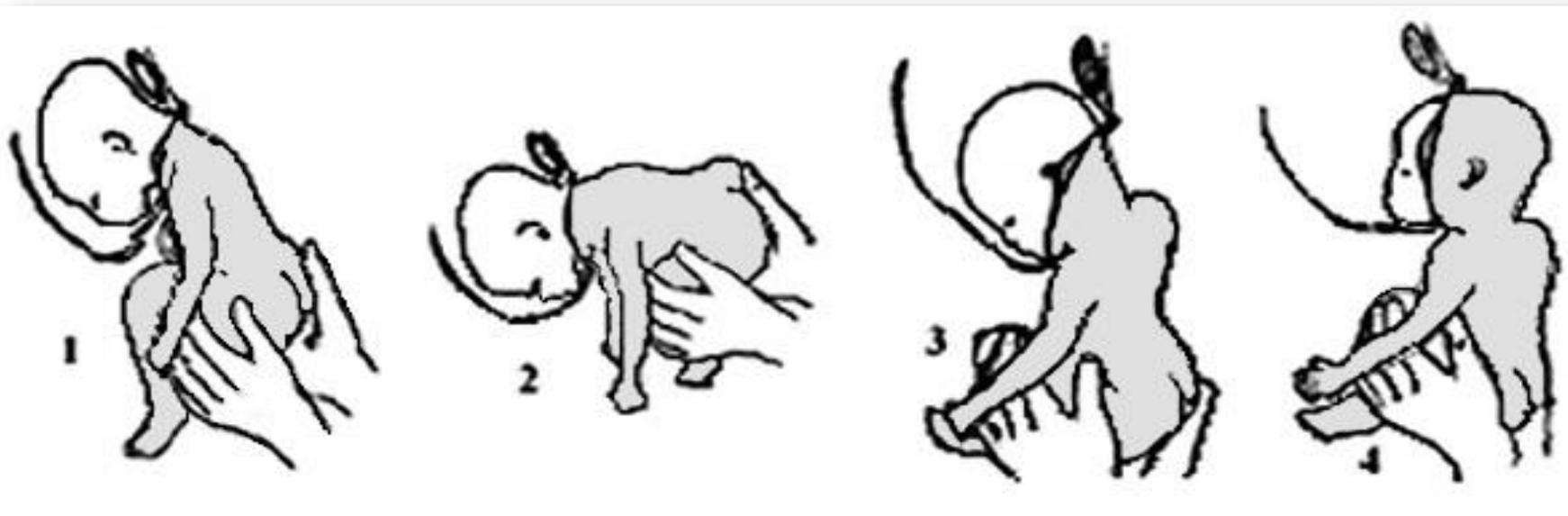
Quelles manœuvres réaliser?

- **Méthode de Vermelin**

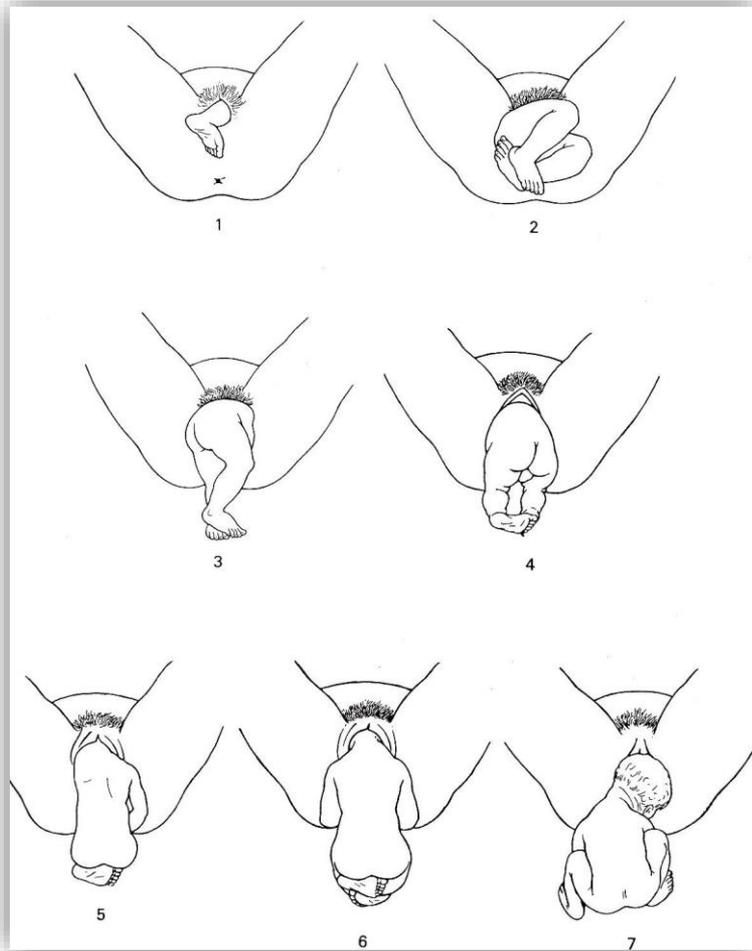
Expectative tout au long de l'expulsion du fœtus

Expulsion spontanée sous l'effet des efforts expulsifs de la mère

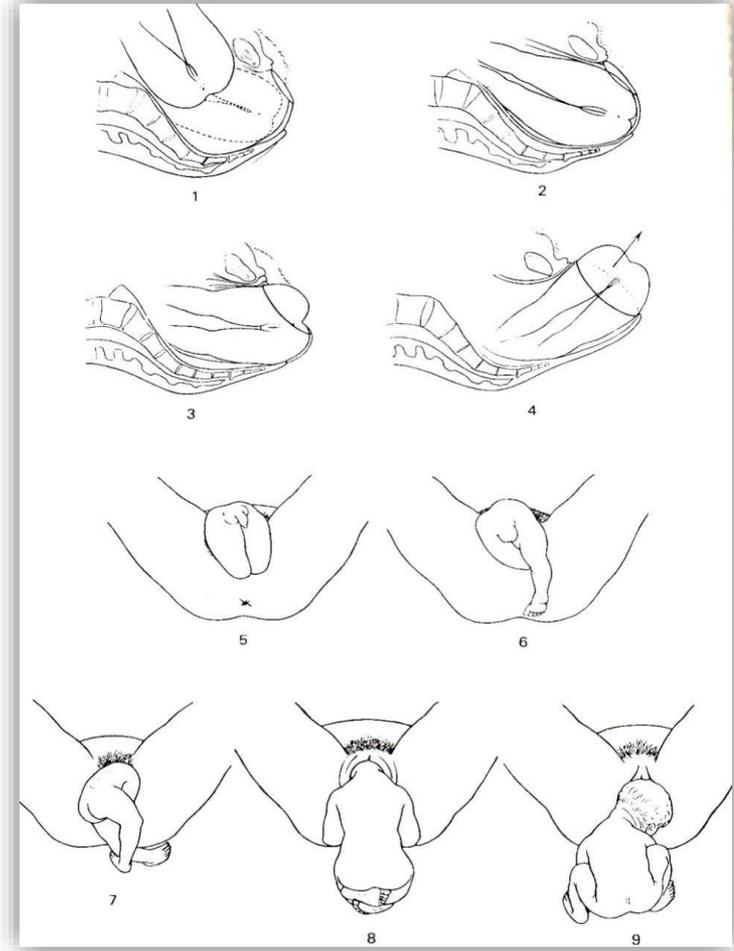
Soutenir le siège à l'aide des mains



5) Cas particulier : l'accouchement du siège



Méthode de Vermelin sur siège complet



Méthode de Vermelin sur siège décompleté

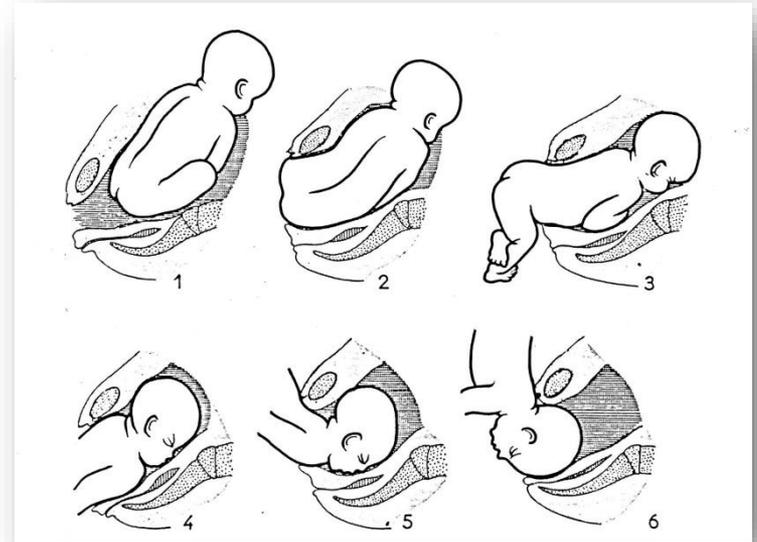
5) Cas particulier : l'accouchement du siège

- **Manœuvre de Bracht**

-aide au dégagement de la tête une fois les omoplates visibles

-manœuvre à réaliser avec douceur

-retourner le fœtus sur le ventre de sa mère en le saisissant par les MI



5) Cas particulier : l'accouchement du siège

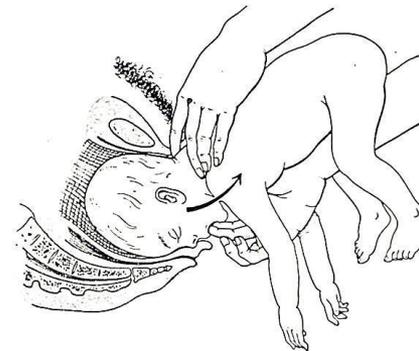
- **Manœuvre de Mauriceau** → rétention sur tête dernière
 - aide au dégagement de la tête une fois les omoplates visibles
 - manœuvre en 2 temps :
 - flexion de la tête par appui sur la base de la langue
 - traction du fœtus dans l'axe ombilico-coccygien

Flexion,
orientation,
traction du fœtus



Sous-occiput placé
sous la symphyse

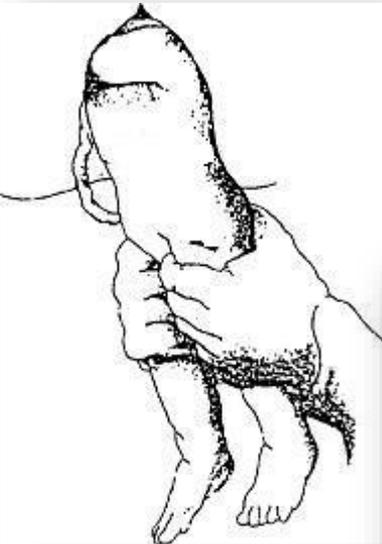
Relèvement
progressif du fœtus



Dégagement de
la tête fléchie

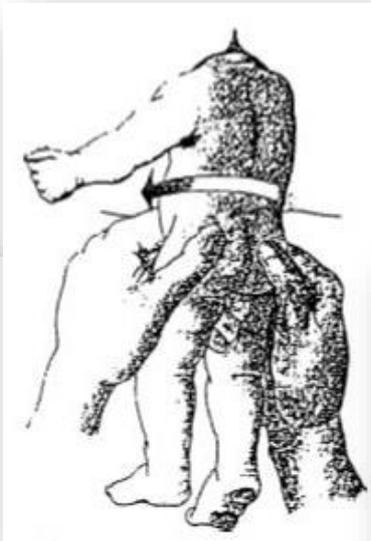
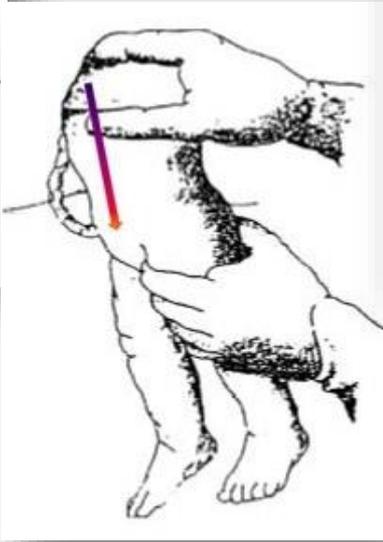
5) Cas particulier : l'accouchement du siège

- **Manœuvre de Lovset** → relèvement des bras
= progression s'arrête – pointe des omoplates n'apparaît pas
- double rotation pour dégager les bras
- terminer par une manœuvre de Mauriceau



1

2

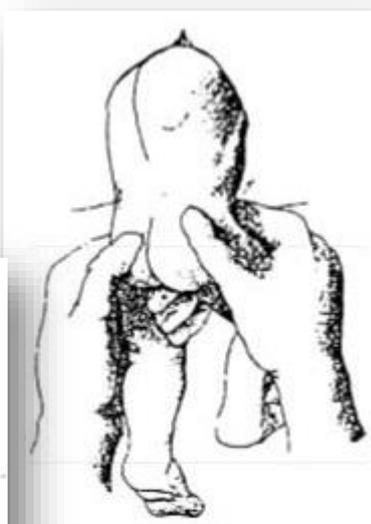


3

4



5



5) Cas particulier : l'accouchement du siège

- **Recommandations**

Climat calme pour la patiente et l'accoucheur

Patiente bien installée

Absence de toute manœuvre jusqu'à l'apparition de la pointe des omoplates

Manœuvres douces – prendre appui sur les zones fœtales peu fragiles

Épisiotomie pas systématique – en fonction de l'expertise de l'accoucheur

Réanimation prête pour l'accueil du nouveau-né

II. Situations d'urgence

1) Hémorragie de la délivrance

- Dystocie des épaules
- Procidence du cordon
- Episiotomie

1) Hémorragie de la délivrance (HDD)

Définition : Saignement vaginal $> 500\text{ml}$ dans les 24h suivant l'accouchement

- Urgence obstétricale – 1^{ère} cause de mortalité maternelle
- 5% des accouchements
- Pas de facteur de risque identifié pour la majorité

Moyens de prévention :

- Délivrance dirigée
- Prise en charge active de la délivrance
- Précocité du diagnostic = quantifier de façon précise
- Surveillance rapprochée jusqu'à l'arrivée à la maternité

1) Hémorragie de la délivrance (HDD)

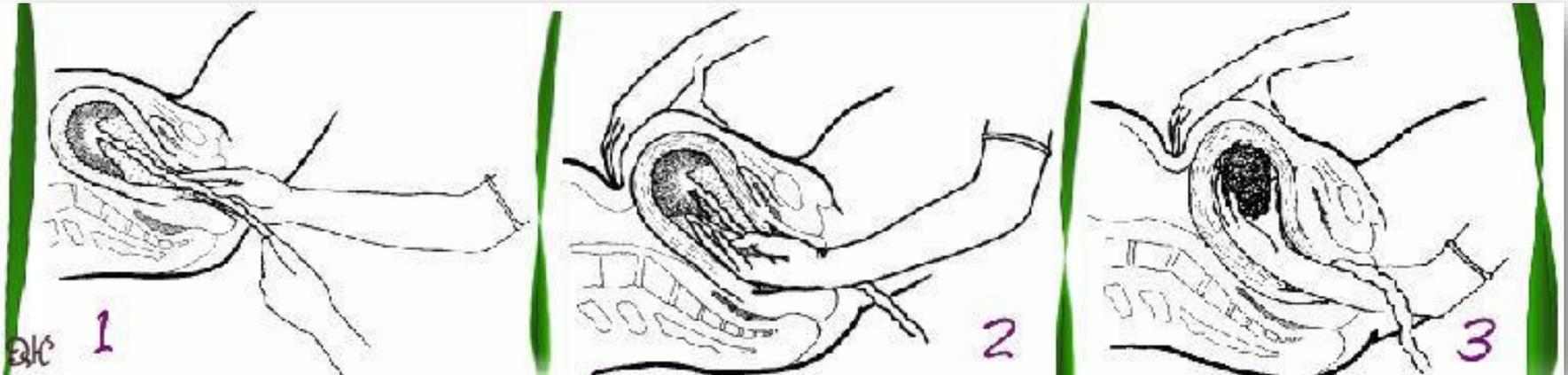
Quelle prise en charge?

- **Prise en charge initiale :**
 - voie veineuse fonctionnelle en place (18 G)
 - surveillance FR, PA, oxymétrie
 - expansion volémique (cristalloïdes : RL®)
- **Hémorragie avant la délivrance :**
 - repérer l'utérus et le masser
 - vider la vessie
 - **le plus souvent, le placenta s'exteriorise et l'HDD cesse**
 - administrer 10 UI de Syntocinon® en IVL puis 20 UI/2h

1) Hémorragie de la délivrance (HDD)

Si persistance des saignements : délivrance artificielle

- gants stériles + antiseptie large (polyvidone iodée)
- sondage évacuateur
- analgésie adaptée (Nalbuphine ® 2ml IV ou autre antalgique)
- réaliser délivrance artificielle + révision utérine
- antibiothérapie prophylactique à large spectre

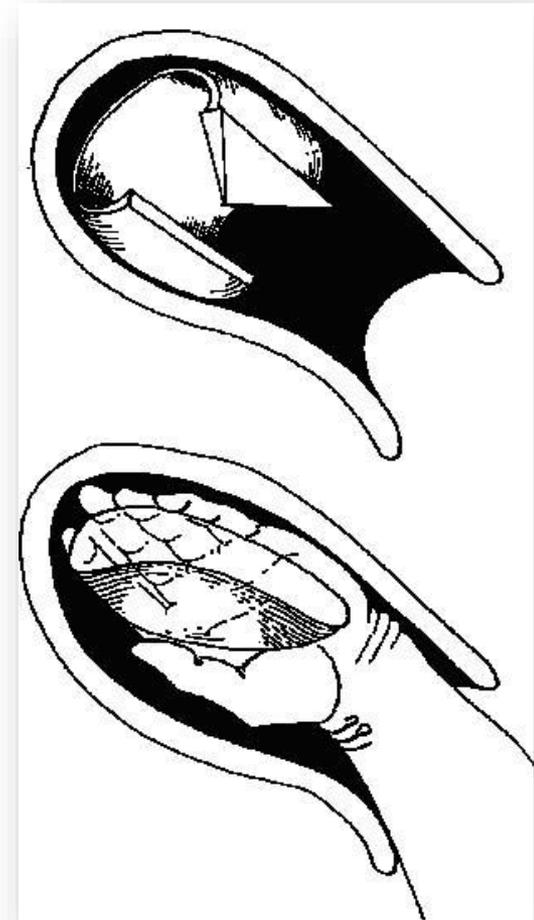


1) Hémorragie de la délivrance (HDD)



- Introduction d'une main dans les voies génitales en suivant le trajet du cordon jusqu'à son insertion
- L'autre main empaume le fond utérin et l'abaisse vers le pubis

- Repérer l'insertion du placenta, le décoller à l'aide du bord cubital de la main
 - L'extraire en une fois
- Vérifier la vacuité utérine



1) Hémorragie de la délivrance (HDD)

- **Hémorragie après la délivrance**

- repérer l'utérus et le masser

- vider la vessie

- ajouter 10 IU de Syntocinon ® dans la perfusion d'entretien

→ **si gestes efficaces et placenta complet : surveillance rapprochée**

→ **si persistance des saignements / altération hémodynamique / placenta incomplet : vérifier la vacuité utérine**

- révision utérine

- antibioprophylaxie large spectre

- surveillance rapprochée jusqu'au transfert

II. Situations d'urgence

- Hémorragie de la délivrance

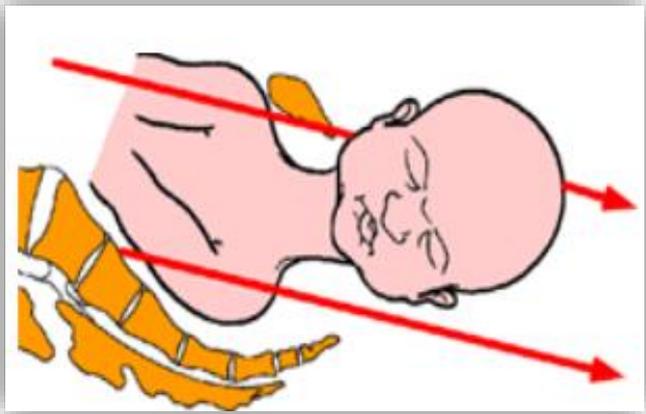
2) **Dystocie des épaules**

- Procidence du cordon
- Episiotomie

2) Dystocie des épaules

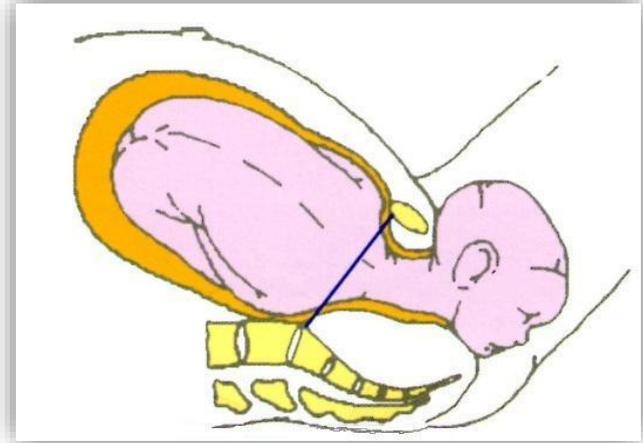
Définition : absence d'engagement des épaules fœtales par incompatibilité mécanique entre fœtus et bassin maternel

Événement rare (0,6%) et souvent imprévisible



Fausse dystocie

- épaule antérieure butte derrière la symphyse pubienne
- épaule postérieure descend dans l'excavation



Dystocie vraie des épaules

- épaules non engagées
- tête « ventousée » à la vulve
- pas de tendance à la restitution

2) Dystocie des épaules

Diagnostic

- Tête collée à la vulve
- Absence de mouvement de rotation de restitution de la tête
- Manœuvres habituelles inefficaces
- Cyanose de la tête foetale

Principes généraux

- Règle des 3 « P »
 - Pulling : ne pas tirer sur le cou
 - Pivoting : ne pas faire pivoter la tête en tordant le cou
 - Pushing : ne pas presser le fond utérin
- Repérer de quel côté se situe le dos

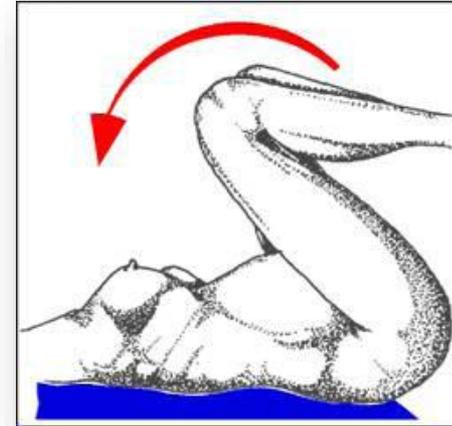


2) Dystocie des épaules

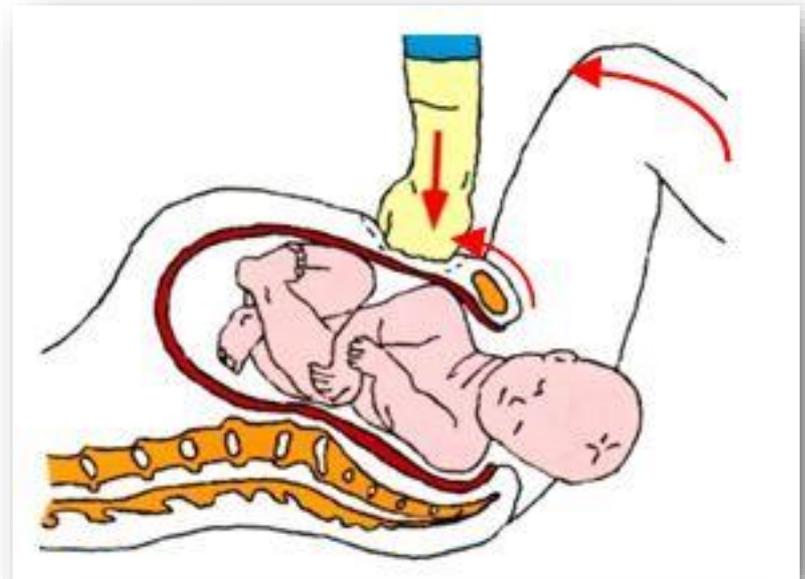
Quelles manœuvres réaliser?

- Vérifier l'absence d'un circulaire du cordon
- **Manœuvre de Mac Roberts**
 - manœuvre de 1^{ère} intention
 - performante et simple

→ hyperflexion des cuisses sur le thorax + pression sus-symphysaire



Manœuvre de Mac Roberts



Mac Roberts + expression sus-symphysaire

2) Dystocie des épaules

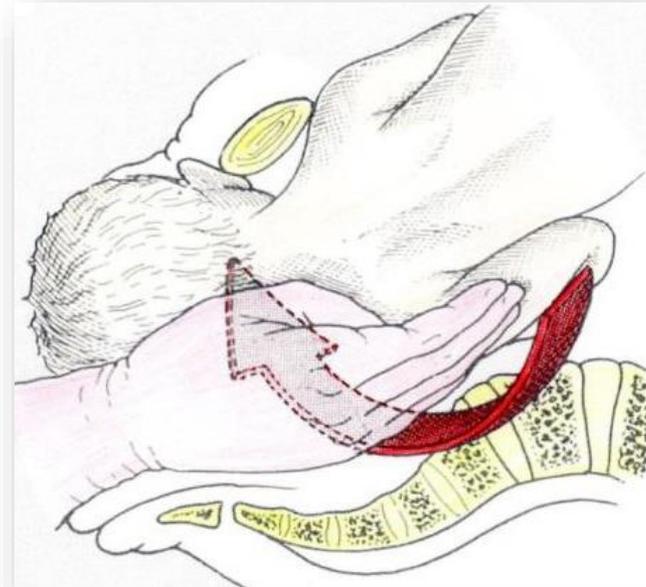
En cas d'échec de manœuvre de Mac Roberts

- **Manœuvre de Wood inversé** + manœuvre de Mac Roberts

-Rotation axiale de 180° du diamètre bi-acromial en prenant appui sur la face postérieure dans l'excavation. L'épaule antérieure devient postérieure et s'engage.



Rotation de 180° de l'épaule postérieure dans le sens des aiguilles d'une montre



Dos fœtal orienté à gauche. La main droite de l'opérateur exécute une rotation de 180° de l'épaule postérieure

2) Dystocie des épaules

- **Recommandations**

- climat calme pour la patiente et l'accoucheur

- patiente bien installée

- réanimation prête pour l'accueil du nouveau-né

II. Situations d'urgence

- Hémorragie de la délivrance
- Dystocie des épaules

3) Procidence du cordon

- Episiotomie

3) Procidence du cordon

- Situation d'extrême urgence
- Cordon ombilical en avant de la présentation après rupture de la poche des eaux
- Risque d'anoxie foétale
- Dilatation complète : accouchement + préparer matériel pour réanimation néonatale
- Dilatation incomplète : DLG + Trendelenbourg

Présentation refoulée en intra-vaginal à l'aide de la main

Transfert en urgence pour césarienne

II. Situations d'urgence

- Hémorragie de la délivrance
- Dystocie des épaules
- Procidence du cordon

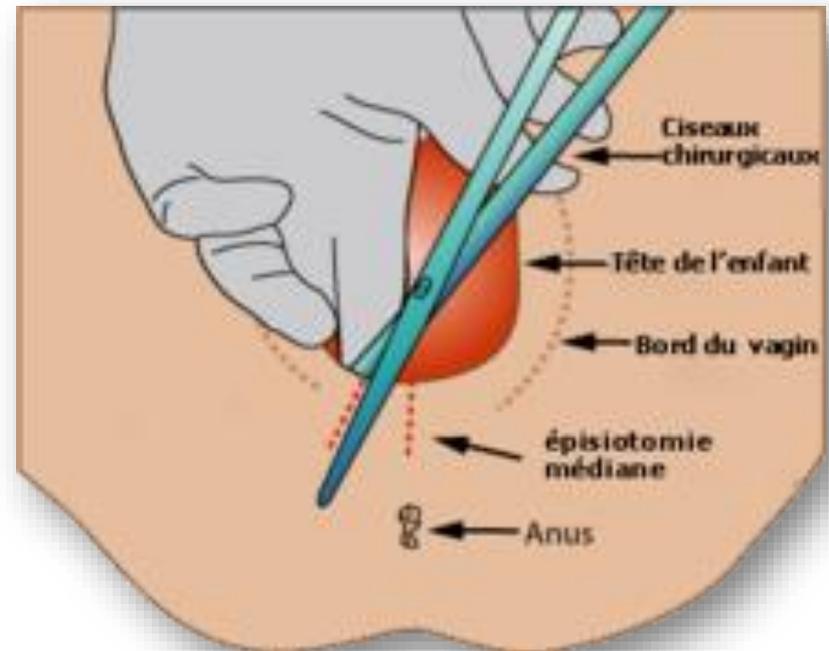
4) **Episiotomie**

4) Épisiotomie

Définition

- incision chirurgicale de la paroi du vagin, la peau et les muscles superficiels du périnée pour agrandir l'orifice vaginal et faciliter l'expulsion foetale
- Acte réservé aux situations à risque telle qu'une dystocie des épaules ou une rétention de tête dernière lors d'un accouchement par le siège

*ATTENTION : une épisiotomie précoce ou mal effectuée peut être à l'origine d'une **hémorragie importante** au niveau de l'incision (une déchirure spontanée est préférable)*



Merci pour votre attention