RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE (RPC)

Table des matières

Recommandations pour la pratique clinique 1
Table des matières 2
Remerciements 3
Abréviations 4
Préface 5
Les complications du 1er trimestre de la grossesse 7
Algies-douleurs abdomino-pelviennes au 1er trimestre de la grossesse 7
Saignements au cours du 1er trimestre de la grossesse 13
Les troubles hypertensifs de la grossesse et du post-partum 16
Les hémorragies obstétricales 32
Les Hémorragies du dernier trimestre de la grossesse et de l'accouchement 32
Placenta praevia 32
Hématome Rétroplacentaire 35
Rupture utérine 38
Troubles de la coagulation 40
Les Hémorragies du post-partum immédiat 41
Les hémorragies du post-partum tardif 45
Les dystocies 46
Le travail prolongé 46
Dystocie des épaules 48
Procidence du cordon 49
Position transversale 50
Présentation de la face 51
Présentation du front 51
Travail d'Accouchement sur utérus cicatricel 52
Les affections fébriles pendant la grossesse et la post-partum 54
Le paludisme 54
Infection urinaire 60
La pyélonéphrite 60
Infection ovulaire 62
Endométrite 62
Pathologies mammaires 63
Menace d'Accouchement prématuré 65
Prise en charge du nouveau né 66
Soins essentiels au nouveau né 66
Asphyxie périnatéale 68
Infection néonatale 68
Prématurité 70
Ictère 70
Souffrance foetale aigue 72
Réanimation néonatale 72

Fiches techniques SOU

1. Le choc 78
2. Véritable urgence - Aucun retard au traitement 79
3. Réalisation de la transfusion sanguine 80
4. Test de compatibilité sanguine au lit du malade 82
5. Aspiration manuelle intra utérine 83
6. Curage de l'utérus 84
7. Curetage 85
8. Délivrance artificielle / Révision utérine 86
9. Ventouse obstétricale 87
10. Gestion active de la troisième période de l'accouchement 88

Liste des Médicaments Indispensables (trousse d'urgence) :

REMERCIEMENTS

ABREVIATIONS

ACT : Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine
AG : Anesthésie générale
AINS : Anti inflammatoire non stéroidien
AMIU : Aspiration Manuelle Intra utérine
amp : Ampoule
ARV : Anti retro viral
AZT : Azidovudine
BDCF: Bruits du coeur du foetus
BGR : Bassin généralement retréci
cm : centimètre
Cpés : Comprimés
CPN : Consultation Prénatale
CRP : C réactive protéine
CU : Contractions Utérines
ECBU : Examen cytobactériologique des urnies
FC : Fréquence cardiaque
FIG : Fosse iliaque gauche
g : gramme
GEU : Grossesse extra utérine
Hb : Hémoglobine
HCG : Hormone Chorionique Gonadotrope
HRP : Hématome rétro placentaire
HTA : Hypertension artérielle
HU : Hauteur utérine
IM : Intra musculaire
INSERM : Institut National de la Statistique et de la Recherche Médicale
IST : Infections sexuellement transmissibles
IV : Intraveineux
IVD : Injection intraveineuse directe
kg : kilogramme
MCE : Massage cardiaque externe
mcg : microgramme
mg : milligramme
mm : millimètre
mmHg : millimètre de mercure
ml : millilitre
mn : minute
NFS : Numération formule sanguine
NN : Nouveau né
NVP : Nivaquine
PDE : Poche des eaux
PEC : Prise en charge
PF : Planification familiale
PFC : Plasma frais congelé
RCF : Rythme cardiaque foetal
SA : Semaine d'aménorrhée
SAGO : Société Africaine des Gynécologues et Obstétriciens
SP : Sulfadoxine Pyriméthamine
SR : Santé de la Reproduction
TA : Tension artérielle
TC : Temps de coagulation
TS : Temps de saignement
TV : Toucher vaginal
UI : Unité internationale
VAT : Vaccin antitétanique
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
VMI : Version par manoeuvre internes

PREFACE

Les taux de mortalité maternelle et néonatale restent préoccupants dans nos pays.
Dans le cadre de la lutte contre la Mortalité Maternelle et Néonatale, la SAGO, en partenariat avec l'INSERM, avait initié un programme d'amélioration de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales qui inclut entre autre les Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC).

Les thèmes traités ont été identifiés à travers une analyse des données de 18 maternités réparties dans les différents pays de la SAGO.
Les normes et les procédures qui y sont développées découlent fondamentalement de celles décrites et recommandées par l'OMS dans le document «Prise en Charge Intégrée de la grossesse et de l'accouchement» et tiennent compte des réalités du terrain.

Les objectifs des RPC sont les suivants:

- Améliorer les compétences du personnel des structures sanitaires par la mise à disposition de recommandations adaptées aux conditions locales mais basées sur la preuve scientifique (evidence-based medicine)
- Aider les prestataires de services à apporter une réponse mieux adaptée aux principales causes de mortalité maternelle;
- Aider les autorités sanitaires des différents pays de la SAGO à prendre des mesures en vue de faciliter la prise en charge adéquate des urgences obstétricales et néonatales;
- Harmoniser au sein des pays de la SAGO les protocoles de prise en charge des urgences obstétricales et néonatales.
- Établir des critères de qualité relatifs à la prise en charge des cas d'urgence obstétricale et néonatale.

Ces recommandations doivent donc représenter un outil de travail pour le personnel chargé de la prise en charge des gestantes, des parturientes, des accouchées et des nouveaux nés.

Elles concernent 6 thèmes qui sont :

- Les complications du premier trimestre de grossesse
- Les états hypertensifs de la grossesse
- Les hémorragies du dernier trimestre de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum
- Les dystocies
- Les infections au cours de la grossesse, l'accouchement et le post - partum
- La pathologie néonatale

Plan de présentation des RPC

- Définition
- Problématique
- Diagnostic
- Prise en charge thérapeutique

NOTES

LES COMPLICATIONS DU 1er TRIMESTRE DE LA GROSSESSE

Elles sont représentées par :
- Les Algies abdominopelviennes du 1er trimestre de la grossesse
- Les Saignements au cours du 1er trimestre de la grossesse

1. Algies abdomino-pelviennes au 1er trimestre de la grossesse

1.1 Définition:

Il s'agit de douleurs siégeant au niveau du pelvis et / ou de l'abdomen qui surviennent dans les 15 premières semaines d'aménorrhée chez une femme enceinte.

1.2 Problématique:

Elles peuvent constituer le signe révélateur d'une complication grave de la grossesse: avortement ou grossesse ectopique (GEU). Leur diagnostic, souvent difficile, et le retard dans leur prise en charge peuvent compromettre la vie ou l'avenir obstétrical de la femme.

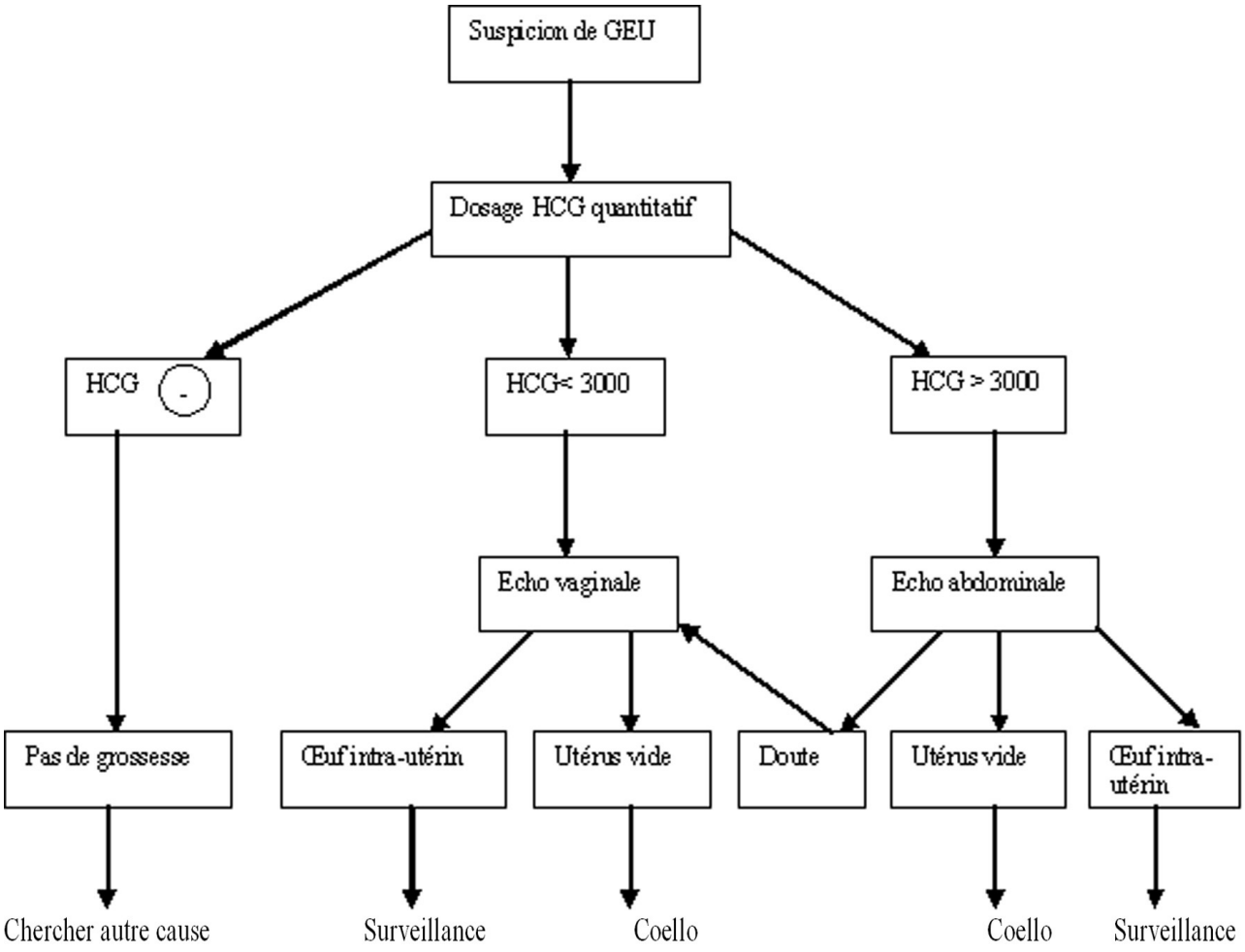
1.3/1 Diagnostic de la GEU:

Penser à la GEU jusqu'à la preuve du contraire devant :
- Aménorrhée ou troubles des règles.
- Douleurs abdomino-pelviennes intermittentes.
- Saignement vaginal de petite abondance fait de sang noirâtre (pertes sépia) persistant qui peut apparaître avant la date prévue ou après un retard de règles.
- Syncope ou lipothymie (parfois).
- Col fermé, utérus légèrement augmenté de volume, mais plus petit que celui de l'âge présumé de la grossesse; légèrement ramolli et souvent latéro-dévié.
- Masse latéro-utérine (parfois) oblongue, sensible ou douloureuse

Confirmer le diagnostic par:

- Au niveau structure SOUB:
- Test de grossesse
- Ponction du Douglas / abdominale (si GEU rompue)
- Référer vers structure SOUC (même en cas de doute)

- Au niveau de la structure SOUC:
- Échographie pelvienne
- Dosage Beta – HCG
- Ponction du Douglas
- Coelioscopie ou mini laparotomie diagnostique


Suspicion de GEU
Dosage HCG quantitatif
HCG -
HCG< 3000
HCG > 3000
Echo vaginale
Echo abdominale
Pas de grossesse
Œuf intra-utérin
Utérus vide
Doute
Utérus vide
Œuf intra-utérin
Chercher autre cause
Surveillance
Coello
Coello
Surveillance

NOTES

1.3/2 Diagnostic de l'avortement

Penser à un avortement devant:

- Douleurs abdomino – pelviennes intermittentes, rythmées
- Saignement vaginal fait de sang rouge vif
- Aménorrhée

- Identifier le stade évolutif:

• Menace d'avortement:

- Saignement vaginal de petite abondance provenant de la cavité utérine.
- Douleurs abdomino - pelviennes intermittentes et rythmées
- Col fermé/peu ou pas modifié
- Utérus augmenté de volume correspondant à l'âge présumé de la grossesse, ramolli.
- Test de grossesse positif.
- Vitalité embryonnaire à l'échographie pelvienne.

• Avortement inévitable:

- Saignement vaginal de moyenne* ou grande* abondance provenant de la cavité utérine
- Douleurs abdomino - pelviennes intermittentes et rythmées (de plus en plus rapprochées et d'intensité croissante).
- Col raccourci et ouvert.
- Utérus, augmenté de volume correspondant à l'âge présumé de la grossesse ramolli
- Absence d'expulsion du produit de conception.

• Avortement incomplet

- Saignement vaginal de moyenne* ou grande* abondance provenant de la cavité utérine
- Douleurs abdomino – pelviennes intermittentes persistantes
- Col raccourci et ouvert
- Utérus plus ou moins ramolli, augmenté de volume, inférieur à celui correspondant à l'âge présumé de la grossesse (plus ou moins ramolli)
- Expulsion partielle du produit de conception

Avortement complet

- Saignement vaginal minime/insignifiant provenant de la cavité utérine
- Douleurs abdomino – pelviennes peu intenses
- Col fermé.
- Utérus de consistance plus ou moins ferme, augmenté de volume, inférieur à celui correspondant à l'âge présumé de la grossesse

1.3/3 Reconnaître l'avortement môlaire:

- Nausées /vomissements exagérés (présents parfois)
- Douleurs abdomino – pelviennes intermittentes rythmées de plus en plus rapprochées et d'intensité croissante

- Saignement abondant* provenant de la cavité utérine
- Expulsion de vésicules.
- Col ouvert.
- Utérus, augmenté de volume, supérieur à celui correspondant à l'âge présumé de la grossesse plus ramolli que la normale.
- Présence possible de kystes ovariens.

1.3/4 Identifier les complications possibles:

- ***Avortement septique:***
  - Douleurs abdomino – pelviennes persistantes
  - Saignement persistant, minime ou de moyenne abondance provenant de l'utérus
  - Leucorrhées nauséabondes / purulentes
  - Fièvre
  - Douleur à la décompression rapide de l'abdomen
  - Col fermé
  - Utérus douloureux à la mobilisation
  - Culs de sac sensibles / douloureux.
- ***Lésions traumatiques (vagin/utérus / intestin):***
  - Douleurs abdomino-pelviennes
  - Nausées / vomissements
  - Douleur scapulaire
  - Saignement vaginal de petite abondance
  - Arrêt des gaz et des matières
  - Fièvre
  - Douleur à la décompression rapide de l'abdomen
  - Défense ou contracture abdominale.

- **Autres causes de douleurs au cours du premier trimestre de la grossesse:**
  - Appendicite aiguë
  - Torsion de kyste de l'ovaire
  - Infection urinaire (cf. Page 59)

1.4 Prise en charge thérapeutique:

- Évaluer rapidement l'état général de la patiente, en particulier les signes vitaux (pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire, température)

- **Rechercher les signes de choc latent ou patent:**
  - Pouls rapide et filant (≥ 110 pls / mn)
  - Tension artérielle basse (TA systolique < 90mm Hg)
  - Respiration rapide (≥ 30 mvts /mn)
  - Pâleurs des conjonctives et des muqueuses
  - Sueurs froides
  - Refroidissement des extrémités
  - État de conscience (anxiété, confusion, inconscience)
  - Débit urinaire < 30 ml/h

- **Si état de choc :**
  - Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible
  - Surveiller les signes vitaux
  - Mettre la patiente en décubitus latéral pour limiter les risques d'inhalation en cas de vomissement et dégager les voies respiratoires
  - Recouvrir la patiente pour éviter le refroidissement

NOTES

NOTES

- Surélever les jambes de la patiente pour faciliter le retour veineux.
- Prendre deux voies veineuses en utilisant des cathéters ou des aiguilles de 16 ou 18 G et faire les prélèvements pour les examens d'urgence (groupage sanguin, hématocrite, taux d'hémoglobine, CRP, test de compatibilité); si impossible, faire une dénudation veineuse.
- Perfuser rapidement du sérum salé physiologique ou du Ringer lactate au moins deux litres au cours de la première heure, le premier litre devant être administré en 15 à 20 mn.
- En cas de choc résultant d'une hémorragie, le débit de perfusion doit être plus rapide afin de remplacer deux à trois fois le volume estimé de sang perdu.
- Administrer 6 à 8 litres d'oxygène par minute à l'aide d'un masque ou d'une sonde nasale
- Continuer à surveiller les signes vitaux et la perte de sang toutes les 15 mn.
- Surveiller le débit urinaire (diurèse horaire) à l'aide d'une sonde urinaire.

1.4 Prise en charge thérapeutique:

• **De la GEU**

Le traitement est chirurgical.

- Urgence vitale-pratiquer immédiatement une laparotomie sans attendre les résultats des examens complémentaires demandés, ni le sang.

- Faire rapidement l'hémostase et une salpingectomie totale de la trompe atteinte.
- Vérifier l'état de la trompe controlatérale.
- Si hémorragie importante, faire une autotransfusion en utilisant le sang épanché dans l'abdomen à l'aide d'une poche de don de sang traité avec un anticoagulant et en respectant les principes de prévention des infections (le sang doit être frais et non infecté).

- Avant d'autoriser la patiente à quitter l'hôpital:

- L'informer sur le pronostic de sa fécondité et lui prodiguer les conseils nécessaires y compris sur la contraception.
- Lui fournir une méthode de contraception si elle le désire.
- Corriger l'anémie par l'administration de fer per os (60mg de sulfate ou de fumarate ferreux par jour) pendant au moins 1mois.
- Programmer une visite de suivi 4 semaines après la sortie pour envisager une hystérosalpingographie de contrôle.

- De la menace d'avortement:

En général aucun traitement médical n'est nécessaire

- en cas de douleurs administrer un antispasmodique.
- N'administrer ni hormones, ni tocolytiques, ni hémostatiques car ils n'empêcheront pas un avortement.

- Conseiller à la patiente d'éviter les efforts physiques et les rapports sexuels.
- Si le saignement cesse, adresser la patiente en CPN.
- Si le saignement reprend ou est persistant, réévaluer la patiente pour apprécier la vitalité embryonnaire (test de grossesse/échographie)

• **De l'avortement inévitable**
- Prendre les dispositions nécessaires pour procéder à une évacuation utérine immédiate (AMIU, curage, curetage, aspiration).
- Assurer la prise en charge de la douleur (Ibuprofène/ paracétamol, soutien verbal, anesthésie paracervicale si nécessaire).
- Si l'évacuation immédiate est impossible, administrer 0,2 mg d'ergométrine en IM (à renouveler 15 mn après si nécessaire) ou 400 microgrammes de Misoprostol par voie vaginale (à renouveler au bout de 4h si nécessaire).
- Instaurer une antibiothérapie en cas de risques infectieux.
- Faire le counselling post-avortement (informations sur son état actuel, mesures d'hygiène, fécondité ultérieure) et de PF.
- Fournir une méthode de contraception si la femme le désire.
- Identifier le besoin d'autres services de SR (VAT, IST, dépistage cancer du col, infertilité) pour en assurer la prise en charge.

• **De l'avortement incomplet**
- Prendre les dispositions nécessaires pour procéder à une évacuation utérine immédiate (AMIU, curage, curetage)
- Assurer la prise en charge de la douleur (Ibuprofène/ paracétamol, soutien verbal, anesthésie paracervicale si nécessaire).
- Si l'évacuation immédiate est impossible, administrer 0,2 mg d'ergométrine en IM (à renouveler 15 mn après si nécessaire) ou 400 microgrammes de Misoprostol par voie vaginale (à renouveler au bout de 4h si nécessaire).
- Instaurer une antibiothérapie en cas de risques infectieux (cf.endométrite, page 61).
- Faire le counselling post-avortement : informations sur son état actuel, mesures d'hygiène, fécondité ultérieure, PF.
- Fournir une méthode de contraception si la femme le désire.
- Identifier le besoin d'autres services de SR (VAT, IST, dépistage cancer du col, infertilité) pour en assurer la prise en charge.

• **De l'avortement complet:**
- Observer la patiente et rechercher un saignement éventuel.

NOTES

NOTES

- Instaurer une antibiothérapie en cas de risques infectieux (cf.endométrite).
- Faire le counselling post-avortement (informations sur son état actuel, mesures d'hygiène, fécondité ultérieure, PF).
- Fournir une méthode de contraception si la femme le désire.
- Identifier le besoin d'autres services de SR (VAT, IST, dépistage cancer du col, infertilité) pour en assurer la prise en charge.

• **De l'avortement môlaire:**

- Prendre les dispositions nécessaires pour procéder à une évacuation utérine immédiate de préférence par AMIU sous perfusion de 10 UI d'ocytocine dans 500ml de sérum salé physiologique ou de Ringer lactate. (60 gouttes / mn).
- Se munir de 2 à 3 seringues d'AMIU assemblées et prêtes à l'emploi, car il est important d'évacuer rapidement le contenu utérin qui est abondant.
- S'assurer de la vacuité utérine par échographie ou à défaut par la surveillance du saignement;
- Envisager une nouvelle AMIU si nécessaire.
- Fournir une méthode de contraception hormonale pendant au moins un an.

Au niveau structure SOUB = référer

Au niveau structure SOUC :

- Assurer le suivi clinique et le suivi biologique par un test urinaire de grossesse /dosage béta - HCG (si possible) toutes les 8 semaines pendant au moins un an.
- Si le test n'est pas négatif au bout de 8 semaines ou redevient positif moins d'un an après l'avortement, instaurer un traitement spécifique et un suivi adéquat.

• **De l'avortement septique:**

- Commencer à administrer les antibiotiques, le plus tôt possible avant de procéder à l'évacuation utérine.
- Recommander une triple association d'antibiotiques jusqu'à 48 heures après la disparition de la fièvre:
  - ► Ampicilline 2 g IV toutes les 6 heures.
  - ► Gentamicine 5mg/kg toutes les 24 heures.
  - ► Métronidazole 500 mg toutes les 8 heures.
- Procéder à l'évacuation utérine 24h après le début de l'antibiothérapie
- Faire le counselling post-avortement (informations sur son état actuel, mesures d'hygiène, fécondité ultérieure, PF).
- Fournir une méthode de contraception si la femme le désire.
- Identifier le besoin d'autres services de SR (VAT, IST, dépistage cancer du col, infertilité) pour en assurer la prise en charge.

• **Des lésions traumatiques post – avortement**
- Procéder à l'évacuation utérine si nécessaire
- Réparer les lésions selon la voie d'abord appropriée.
- Administrer une antibiothérapie (cf.endométrite, page 61)
- Faire une irrigation vaginale en cas d'utilisation de substances caustiques intra – vaginales.
- Faire le counselling post – avortement : informations sur son état actuel, mesures d'hygiène, fécondité ultérieure, PF.
- Fournir une méthode de contraception si la femme le désire.
- Identifier le besoin d'autres services de SR (VAT, IST, dépistage cancer du col, infertilité) pour en assurer la prise en charge.

2. Saignements au cours du 1er trimestre de la grossesse

2.1 Définition:
Il s'agit de pertes sanguines provenant de la cavité utérine survenant chez une femme enceinte dans les 15 premières semaines d'aménorrhée.

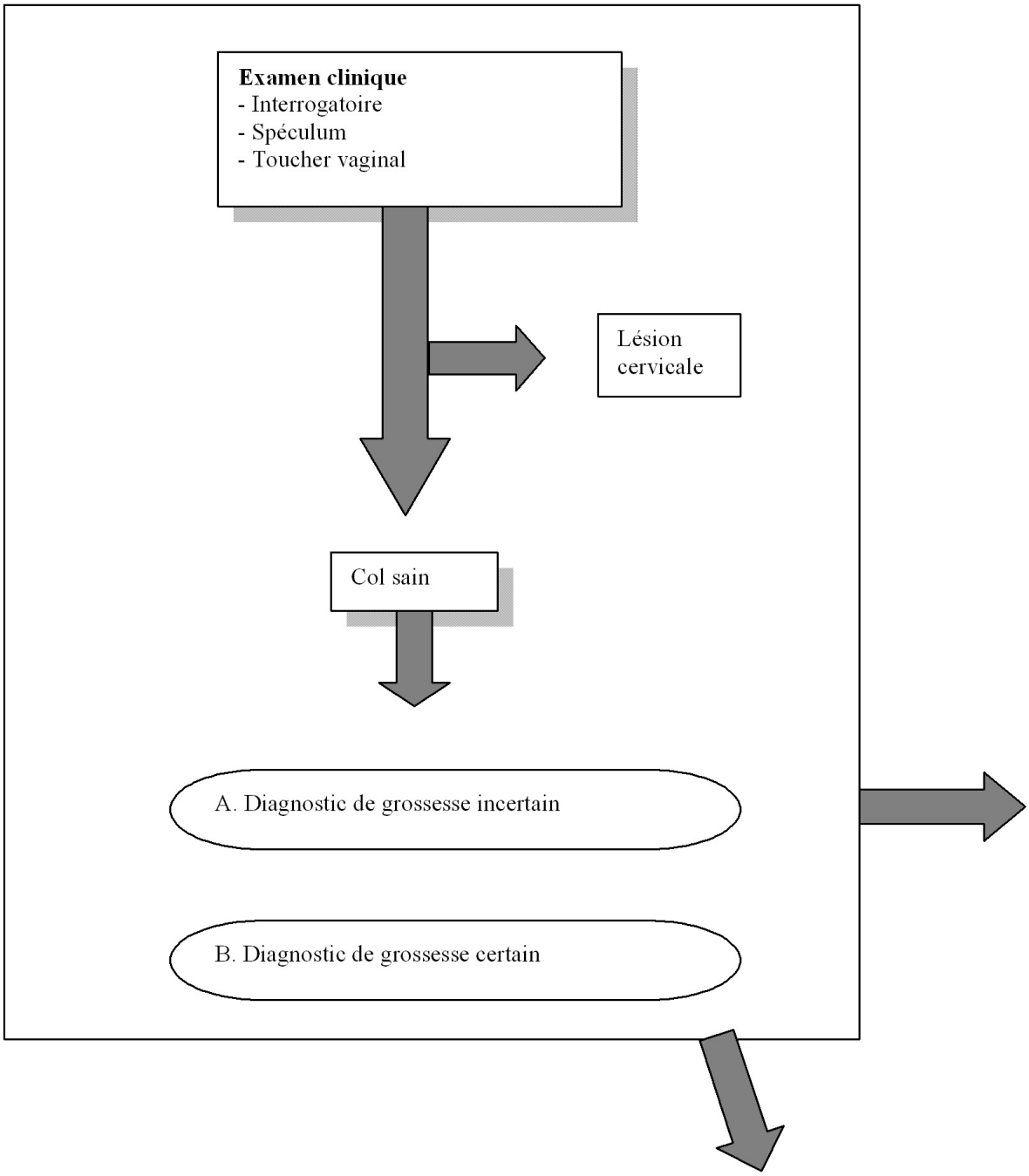
2.2 Problématique:
Elles peuvent constituer le signe révélateur d'une complication grave de la grossesse: avortement ou grossesse ectopique (GEU). Les complications d'avortement provoqué contribuent à la mortalité maternelle pour 17 à 25 %. Elles sont aussi causes d'infertilité lorsque la prise en charge est inadéquate.

2.3 Diagnostic:
Voir RPC sur diagnostic de la grossesse extra-utérine (GEU) et de l'avortement. (pages précédentes)

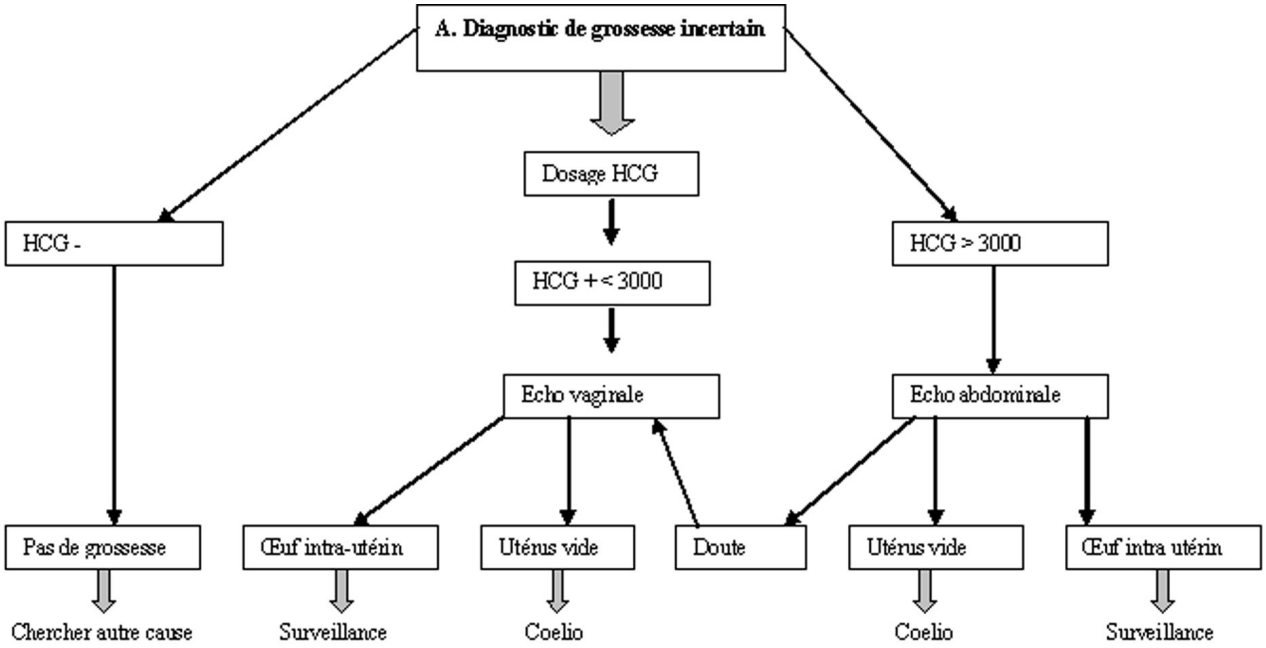
2.4 Prise en charge thérapeutique :
Voir RPC sur prise en charge thérapeutique de la GEU et de l'avortement. (pages précédentes)

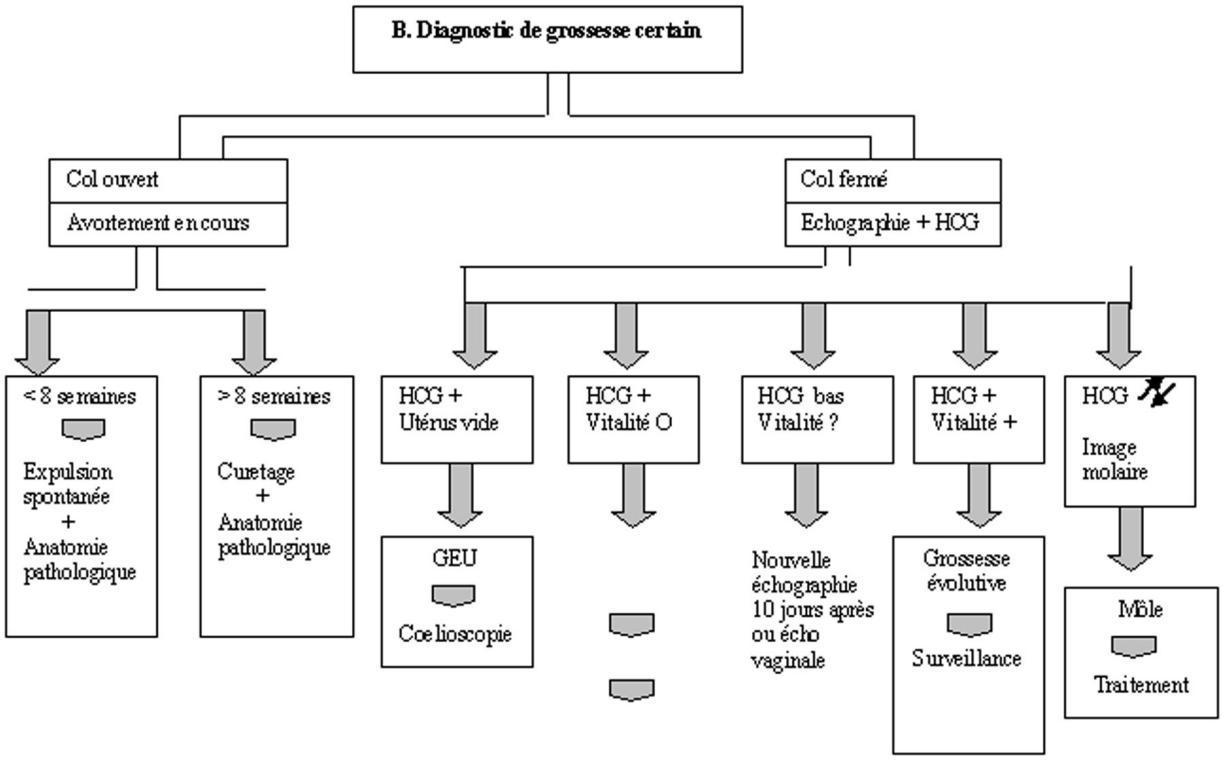
NOTES

SAIGNEMENTS AU COURS DU 1er TRIMESTRE DE LA GROSSESSE



AVORTEMENT


A. Diagnostic de grossesse incertain
Dosage HCG
HCG -
HCG + < 3000
HCG > 3000
Echo vaginale
Echo abdominale
Pas de grossesse
Œuf intra-utérin
Utérus vide
Doute
Utérus vide
Œuf intra utérin
Chercher autre cause
Surveillance
Coelio
Coelio
Surveillance


B. Diagnostic de grossesse certain
Col ouvert
Avortement en cours
Col fermé
Echographie + HCG
< 8 semaines
Expulsion spontanée + Anatomie pathologique
> 8 semaines
Curetage + Anatomie pathologique
HCG + Utérus vide
GEU
Coelioscopie
HCG + Vitalité O
HCG bas Vitalité ?
Nouvelle échographie 10 jours après ou écho vaginale
HCG + Vitalité +
Grossesse évolutive
Surveillance
HCG
Image molaire
Môle
Traitement

NOTES

TROUBLES HYPERTENSIFS DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM

Tension artérielle élevée, céphalées, troubles de la vision, convulsions, coma
=
Signes de gravité

3.
Hypertension artérielle et grossesse:

3.1 Définition

• La tension artérielle (TA) élevée au cours de la grossesse est caractérisée par les valeurs tensionnelles ci – après:

TA diastolique ≥ 90 mm de Hg
(avec ou sans TA systolique ≥ 140 mm de Hg)

 Classification

• On distingue l'hypertension gestationnelle et l'hypertension chronique:

- **l'hypertension gestationnelle** (liée à la grossesse) qui est celle qui survient au-delà de 20 semaines d'aménorrhée, pendant le travail et / ou dans les 48 h qui suivent l'accouchement;
  - **Elle** comprend:
    - L'hypertension sans protéinurie ni oedème
    - L'hypertension avec protéinurie : c'est **la pré éclampsie** qui se subdivise en modérée et sévère et qui peut conduire à **l'éclampsie**.
- **l'hypertension chronique** préexistante à la grossesse ou découverte avant 20 semaines d'aménorrhée. Elle peut se compliquer de protéinurie: **c'est la pré-éclampsie surajoutée.**

3.2 Problématique

• L'association HTA et grossesse confère à celle-ci un caractère grave.
 L'hypertension est présente chez au moins 10% des femmes enceintes en Afrique sub-saharienne.
 Dans ses formes sévères, elle peut conduire au décès maternel ou foetal.
 Sa complication la plus sévère, l'éclampsie, est la 3ème cause de décès maternel.
• Les céphalées, les troubles de la vision, les convulsions et le coma sont des signes d'aggravation, qui apparaissent généralement au stade de pré-éclampsie sévère et éclampsie et à ce titre constituent une urgence.

3.3 Mesure de la tension artérielle:

- Mesurer la TA chez une gestante au repos depuis 10 mn, en position assise, légèrement penchée en avant,
- le bras gauche entièrement dénudé sans contention vestimentaire en amont, le coude à hauteur du coeur et reposant sur un support;
- Tensiomètre à mercure correctement étalonné, adapté

à la taille du bras
- la TA diastolique doit être mesurée à l'endroit où disparaît le pouls radial / huméral. (Elle a une plus grande valeur pronostique chez la femme enceinte)

La TA diastolique doit être systématiquement mesurée, notée et contrôlée régulièrement

3.3 Diagnostic

• Tension artérielle élevée ou hypertension:
- TA diastolique ≥ 90 mm Hg à deux reprises à 4 heures d'intervalle.

• **Hypertension gestationnelle sans protéinurie ni oedèmes:**
- TA diastolique comprise entre 90 et 110mm Hg à deux reprises à 4 heures d'intervalle, après 20 semaines d'aménorrhée.

• **Pré éclampsie modérée:**
- TA diastolique comprise entre 90 et 110 mm Hg à deux reprises à 4 heures d'intervalle, après 20 semaines d'aménorrhée
- Protéinurie allant jusqu'à 2 + (≥ 0,30g/ 24 h)
- Oedèmes membres inférieurs (inconstants)
- La pré éclampsie modérée est souvent asymptomatique.

• **Pré éclampsie sévère:**
- TA diastolique ≥ 110 mm Hg à deux reprises à 4 heures d'intervalle, après 20semaines d'aménorrhée
- Oligurie (diurèse < 400 ml en 24 h)
- Protéinurie ≥ 3 + (≥ 3g/ 24h)

Attention ! Les signes suivants de prééclampsie sévère sont fréquemment prémonitoires d'une éclampsie:
- Céphalées (en casque, de fréquence croissante, rebelles aux analgésiques classiques)
- Troubles de la vision
- Douleur épigastrique ou de l'hypochondre droit
- Oedèmes des membres inférieurs (inconstants)

N.B: l'œdème ne figure plus parmi les signes cliniques de la prééclampsie

 Éclampsie:
- Tous les symptômes et signes de la pré éclampsie sévère
- Convulsions
- Coma (patiente inconsciente)
- TA diastolique ≥ 90mm Hg
- Oligurie (diurèse < 400ml en 24 h)
- Protéinurie ≥ 2 + (≥ 1g / 24h)

3.3 Rechercher les autres complications de l'hypertension artérielle gestationnelle

- Hématome rétro-placentaire (cf….)
- Œdème pulmonaire
- Insuffisance rénale

NOTES

NOTES

- Hémorragie cérébrale
- HELLP syndrome (cf….)

3.3 Diagnostics différentiels

• ***Devant des convulsions, éliminer :***

- épilepsie : convulsions antérieures, tension artérielle normale;
- paludisme grave / cérébral: fièvre, frissons, céphalées, anémie, ictère, coma;
- méningite : céphalées, nuque raide, fièvre, photophobie;
- tétanos : trismus, spasmes du visage, du cou et du tronc, dos arqué, ventre de bois.

• ***Devant des céphalées et/ou des troubles de la vision, éliminer :***

- paludisme simple: fièvre, frissons, douleurs musculaires, douleurs articulaires, goutte épaisse positive,
- migraine : vomissements
- méningite

3.4 Prise en charge thérapeutique

Chez une patiente inconsciente ou dans un état convulsif

- Mobiliser d'urgence toute l'équipe médicale:
  - Mettre en position latérale de sécurité pour éviter l'inhalation de secrétions, de liquide gastrique ou de sang
  - Assurer la liberté des voies aériennes supérieures et éviter la morsure de la langue (canule de Guédel)
  - Prendre un abord veineux + sérum salé ou Ringer lactate
  - Arrêter la convulsion
    - Démarrer protocole prise en charge éclampsie (sulfate de magnésium)
    - 10 mg diazépam en IV lente (si pas de sulfate de magnésium)
  - Oxygène au masque (6l/mn)
  - Aspiration des sécrétions au niveau de la bouche et du nez
  - Sonde vésicale à demeure
- Évaluer rapidement l'état général de la patiente, les signes vitaux (pouls, TA, respiration, température, raideur de nuque, mesure de la protéinurie).
- Interroger les parents pour reconstituer l'histoire de la maladie actuelle et les antécédents médicaux.

Si la patiente ne respire pas ou « gaspe » :

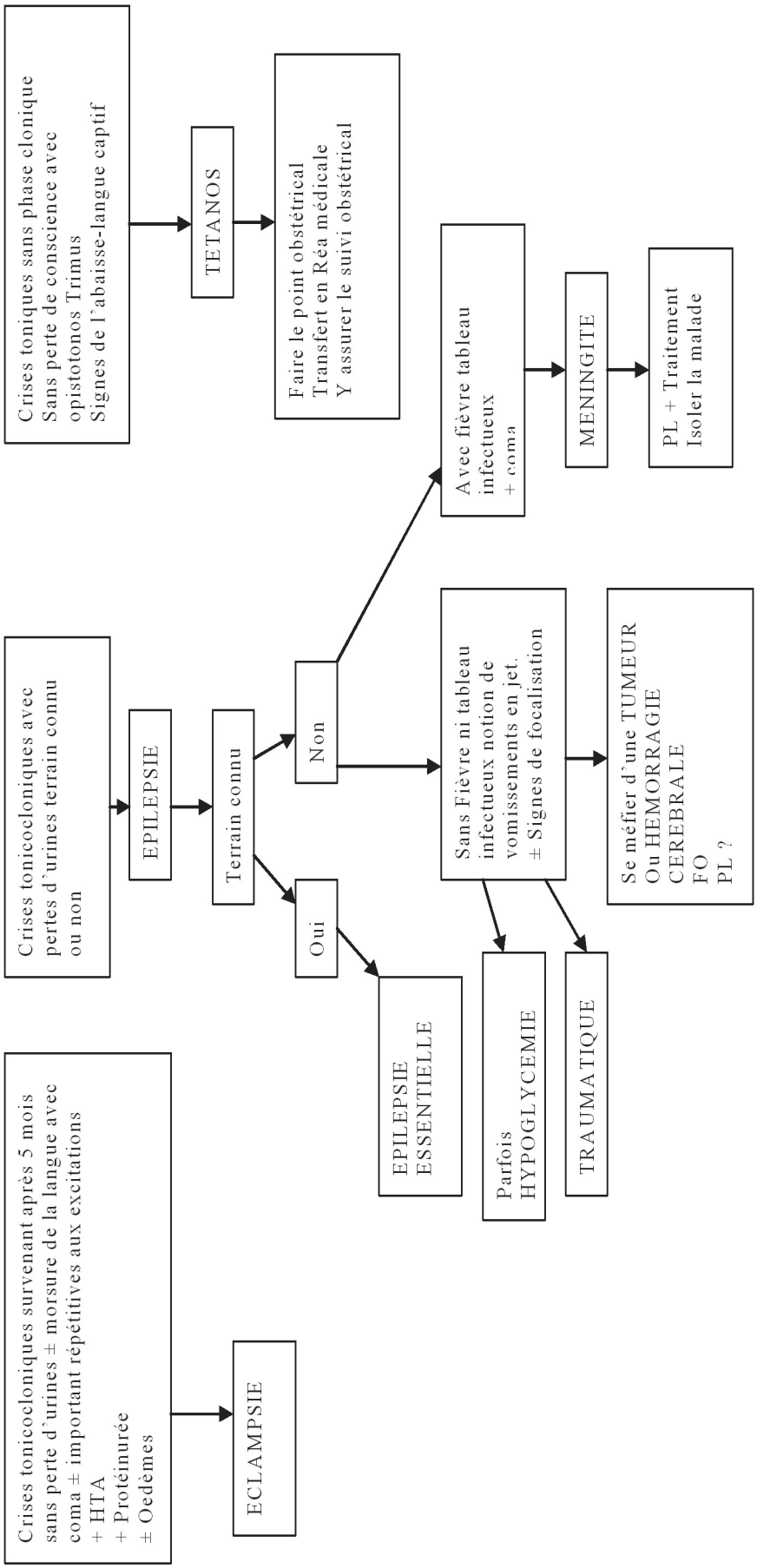
- Vérifier que les voies aériennes sont bien dégagées et intuber si nécessaire ou utiliser un masque facial.

- Ventiler à l'aide d'un ballon insufflateur autogonflable (4 à 6 litres d'oxygène par minute)
- Mettre en place une sonde nasogastrique.

Si la patiente a des convulsions

- Responsabiliser un membre de l'équipe pour surveiller

CRISES CONVULSIVES



NOTES

et noter les paramètres suivants: convulsions, TA, pouls, température, diurèse, état de conscience (fiche de surveillance).

- Si la cause des convulsions n'est pas encore déterminée, traiter comme une éclampsie jusqu'à preuve du contraire.

- **Pré éclampsie sévère et éclampsie:**

Il faut prendre en charge activement tous les cas de pré éclampsie sévère et d'éclampsie de la même manière, en sachant que pour l'éclampsie, l'accouchement doit avoir lieu dans les 12 heures qui suivent le début des crises convulsives et pour la pré éclampsie sévère dans les 24 heures qui suivent l'apparition des symptômes.

- Evacuer l'utérus et extraire le fœtus s'il est viable (césarienne obligatoire si accouchement non imminent).

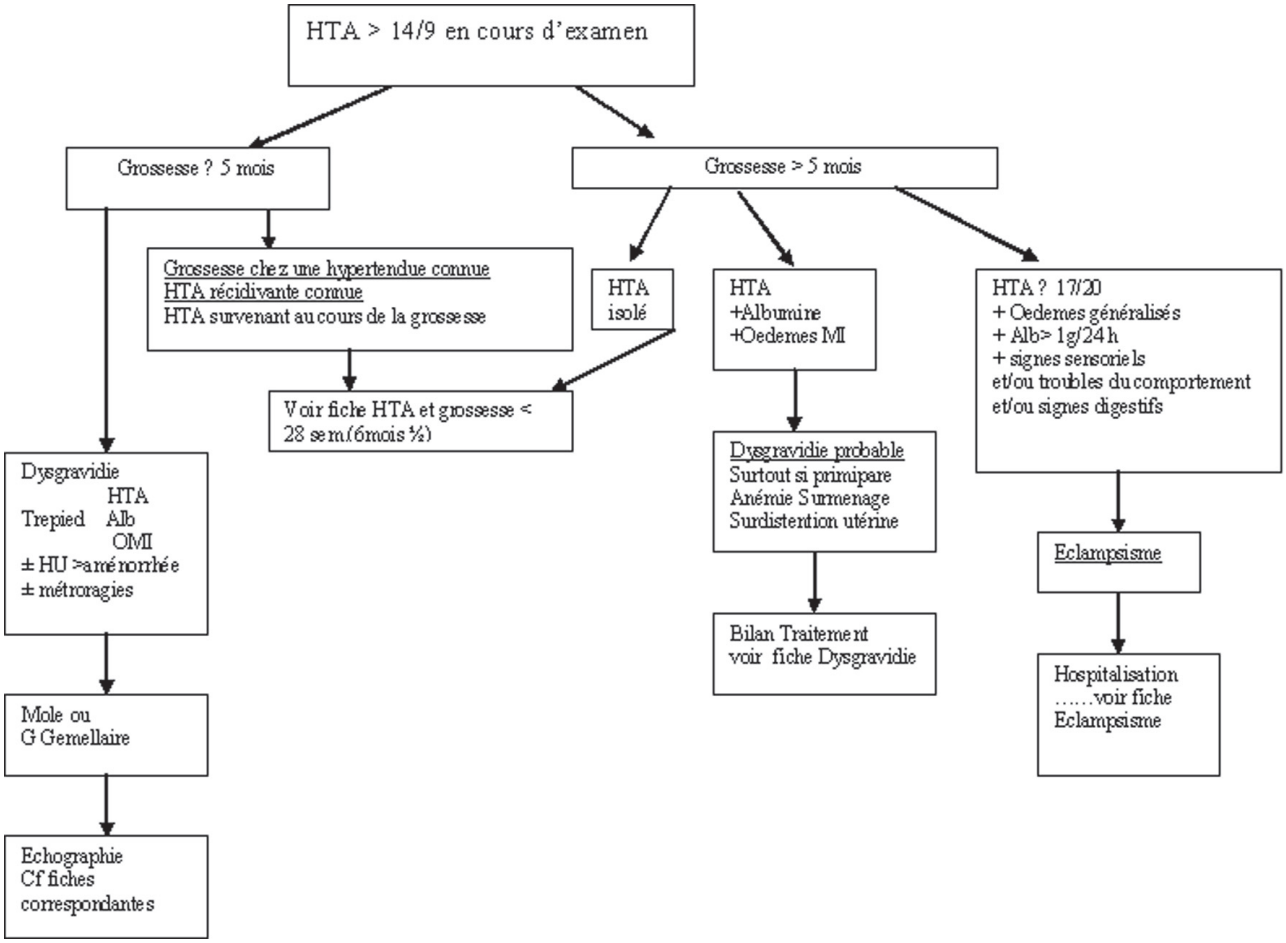
- **Pré éclampsie modérée:**

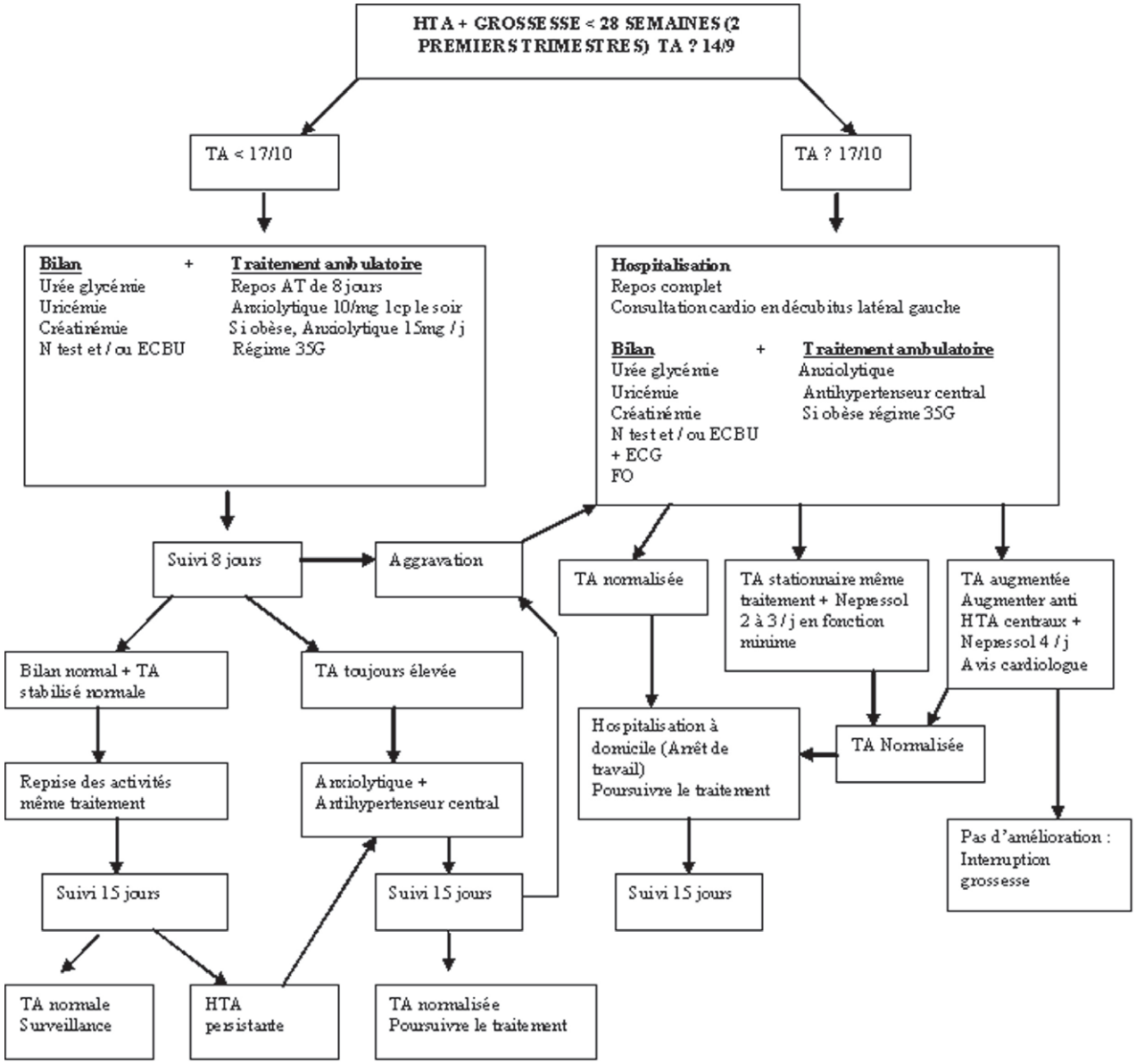
En cas de grossesse de moins de 37 SA :

- si le taux de protéinurie augmente, traiter comme une pré éclampsie sévère;
- si le taux de protéinurie reste inchangé suivre la patiente en ambulatoire deux fois par semaine;
- s'il n'est pas possible de la suivre en ambulatoire, l'hospitaliser;
- si la TA diastolique revient à un niveau normal ou reste stable, continuer la surveillance en ambulatoire (deux fois par mois);
- si la TA diastolique reste inchangée la garder à l'hôpital et renforcer la surveillance (TA, diurèse, HU, mouvements fœtaux, RCF);
- en cas de souffrance fœtale, césarienne si âge gestationnel ≥ 34 SA, après maturation pulmonaire fœtale par corticothérapie.

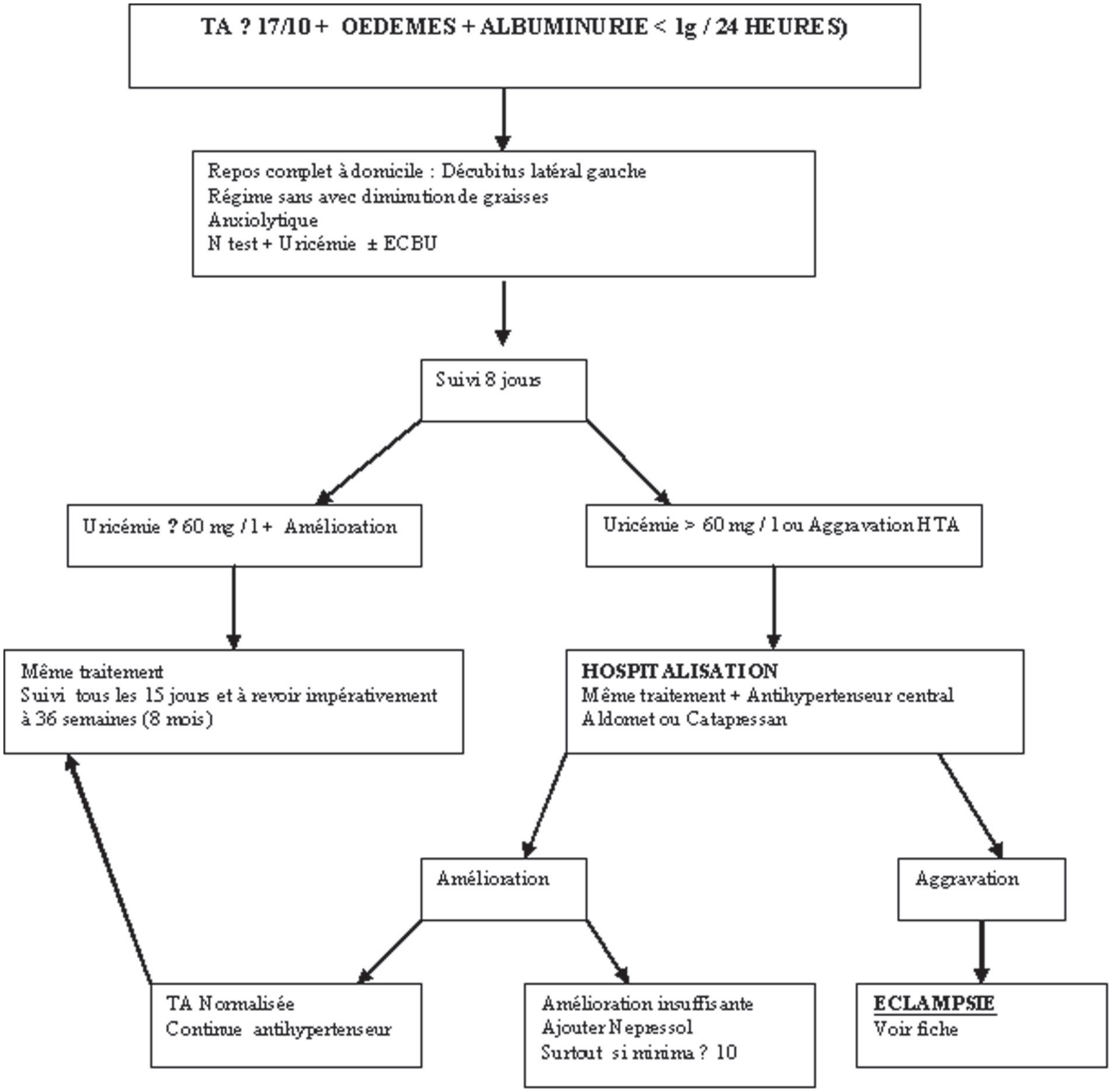
En cas de grossesse de plus de 37 SA

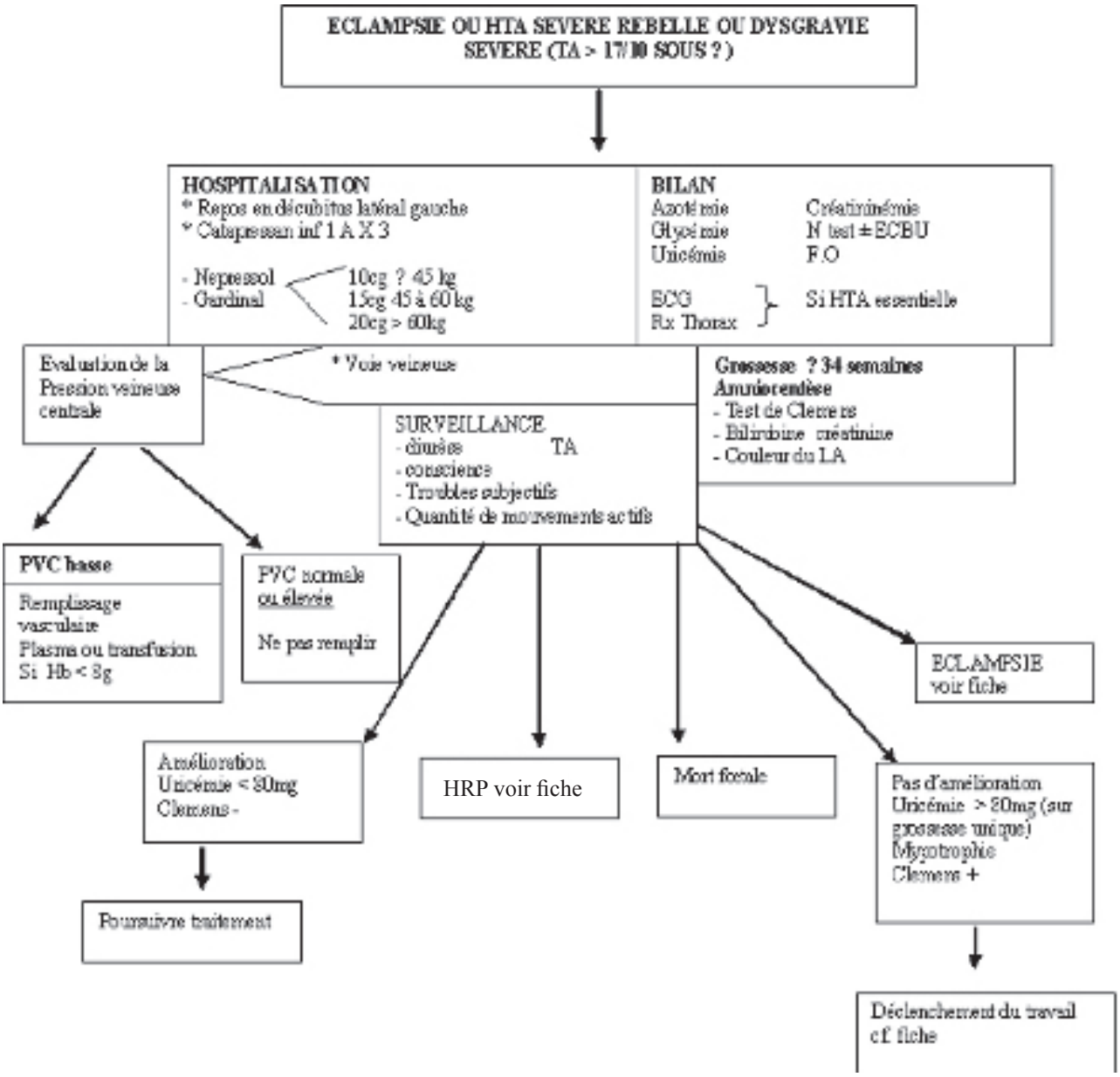
- s'il n'y a pas de signes de souffrance fœtale chronique attendre le déclenchement spontané de l'accouchement naturel.
- s'il y a des signes de souffrance fœtale chronique, évaluer le score de Bishop :
  - si le score est favorable (≥ 7) et que le rythme cardiaque fœtal est normal, déclencher le travail avec de l'ocytocine ou des prostaglandines;
  - si le score est défavorable et/ ou que le rythme cardiaque fœtal est anormal, pratiquer une césarienne.


HTA > 14/9 en cours d'examen
Grossesse ? 5 mois
Grossesse > 5 mois
Grossesse chez une hypertendue connue
HTA récidivante connue
HTA survenant au cours de la grossesse
HTA isolé
HTA
+Albumine
+Oedemes MI
HTA ? 17/20
+ Oedemes généralisés
+ Alb> 1g/24 h
+ signes sensoriels
et/ou troubles du comportement
et/ou signes digestifs
Voir fiche HTA et grossesse < 28 sem.(6mois ½)
Dysgravidie
HTA
Trepied Alb
OMI
± HU >aménorrhée
± métrorragies
Dysgravidie probable
Surtout si primipare
Anémie Surmenage
Surdistention utérine
Eclampsisme
Bilan Traitement
voir fiche Dysgravidie
Hospitalisation
……voir fiche
Eclampsisme
Mole ou
G Gemellaire
Echographie
Cf fiches
correspondantes


HTA + GROSSESSE < 28 SEMAINES (2 PREMIERS TRIMESTRES) TA ? 14/9
TA < 17/10
TA ? 17/10
Bilan + Traitement ambulatoire
Urée glycémie
Uricémie
Créatinémie
N test et / ou ECBU
Repos AT de 8 jours
Anxiolytique 10/mg 1cp le soir
Si obèse, Anxiolytique 15mg / j
Régime 35G
Hospitalisation
Repos complet
Consultation cardio en décubitus latéral gauche
Bilan + Traitement ambulatoire
Urée glycémie
Uricémie
Créatinémie
N test et / ou ECBU
+ ECG
FO
Anxiolytique
Antihypertenseur central
Si obèse régime 35G
Suivi 8 jours
Aggravation
TA normalisée
TA stationnaire même traitement + Nepressol 2 à 3 / j en fonction minime
TA augmentée Augmenter anti HTA centraux + Nepressol 4 / j Avis cardiologue
Bilan normal + TA stabilisé normale
TA toujours élevée
Hospitalisation à domicile (Arrêt de travail) Poursuivre le traitement
TA Normalisée
Reprise des activités même traitement
Anxiolytique + Antihypertenseur central
Pas d'amélioration : Interruption grossesse
Suivi 15 jours
Suivi 15 jours
Suivi 15 jours
TA normale Surveillance
HTA persistante
TA normalisée Poursuivre le traitement

DYSGRAVIDIE




ECLAMPSIE OU HTA SEVERE REBELLE OU DYSGRAVIE SEVERE (TA > 17/10 SOUS ?)
HOSPITALISATION
* Repos en décubitus latéral gauche
* Catapresan inf 1 A X 3
- Nepresol 10cg ? 45 kg
- Gardinal 15cg 45 à 60 kg
20cg > 60kg
BILAN
Azotémie
Glycémie
Uricémie
Créatininémie
N test ± ECBU
F.O
ECG
Rx Thorax
Si HTA essentielle
Evaluation de la Pression veineuse centrale
* Voie veineuse
Grossesse ? 34 semaines
Amnio rendise
- Test de Clemens
- Bilirubine créatinine
- Couleur du LA
SURVEILLANCE
- diurèse TA
- conscience
- Troubles subjectifs
- Quantité de mouvements actifs
PVC basse
Remplissage vasculaire
Plasma ou transfusion
Si Hb < 8g
PVC normale ou élevée
Ne pas remplir
ECLAMPSIE voir fiche
Amélioration
Uricémie < 30mg
Clemens -
HRP voir fiche
Mort fœtale
Pas d'amélioration
Uricémie > 30mg (sur grossesse unique)
Myotrophie
Clemens +
Poursuivre traitement
Déclenchement du travail cf fiche

HTA gestationnelle sans protéinurie ni œdème:

- Informer la patiente et sa famille des signes de danger indiquant une pré éclampsie ou une éclampsie.
- Surveiller la TA, les urines, et le fœtus une fois par semaine en ambulatoire pendant au moins un mois.

si la TA persiste et/ou augmente, cf. traitement pré-éclampsie (Nifédipine ou alphaméthyldopa).
s'il y a un retard de croissance ou une souffrance fœtale chronique, hospitaliser la patiente et envisager d'accélérer l'accouchement.
si la TA reste stable et s'il n'apparaît pas de protéinurie continuer à surveiller en ambulatoire jusqu'à terme selon le calendrier de CPN en vigueur.

Recommandations pour l'administration du sulfate de magnésium

- Dose de charge

Injecter 4g de sulfate de magnésium à 20% en IV en 5 minutes
Poursuivre en injectant rapidement 5g de sulfate de magnésium en IM profonde dans chaque fesse, soit 10g au total après avoir ajouté 1ml de lidocaïne à 2% dans la seringue
Respecter les mesures de prévention de l'infection
• Informer la patiente qu'une sensation de chaleur peut survenir lors de l'injection

- Dose d'entretien

Injecter 5g de sulfate de magnésium + 1ml de lidocaïne à 2% en IM profonde toutes les 4h, alternativement dans les fesses;
Poursuivre le traitement au sulfate de magnésium pendant les 24h qui suivent la dernière convulsion ou l'accouchement (considérer comme point de départ le dernier des deux évènements).
- Avant de renouveler la dose, s'assurer que:
  - La fréquence respiratoire est ≥ 16 mvts/mn;
  - Les réflexes rotuliens sont présents;
  - La diurèse est ≥ 30ml/h pendant 4h successives
- Interrompre ou différer le traitement si l'un de ces paramètres est altéré
- Se munir d'un antagoniste prêt à l'emploi (Gluconate de calcium)

- En cas d'arrêt respiratoire:

• Interrompre le traitement;
Ventiler à l'aide d'un masque et d'un ballon, d'un dispositif d'anesthésie ou par intubation

NOTES

CONDUITE A TENIR

SOINS INFIRMIERS

* Mise au lit avec barrières à l'obscurité
• Canule de Guedel dans la bouche + aspiration des voies aériennes supérieures
• Mise en place d'une voie d'abord veineuse
• Pose d'une sonde urinaire à demeure : diurèse, ionogramme urinaire
• Prélèvements :
- groupe sanguin
- NFS + Plaquettes
- ionogramme + césarienne
Uricémie
Bilan de la coagulation : T. C. K., fibrinogène, P.D.F.
• Surveillance :
- pouls,
- T. A,
- Rythme respiratoire toutes les 5 min. puis toutes les 15 min
* Feuille de surveillance

TRAITEMENT MEDICAL

* O2 : 6l/min
* Anticonvulsivants :
- sulfate de magnésium iv : 40g dans 1l de sérum glucosé à 5% : 100ml dans les 20 premières min puis 25 à 50 ml/h
- ou diazépam (valium) : 10mg iv direct, puis perfusion de 40mg dans 250ml de sérum glucosé à 5%
Attention : effet dépresseur sur le foetus
* Réanimation hydro-électrolytique : 1l/24 h de sérum glucosé à 5%
* Hypertenseurs : Niprid 1 ampoule dans 500ml de sérum glucosé :
X à XV gouttes par min.

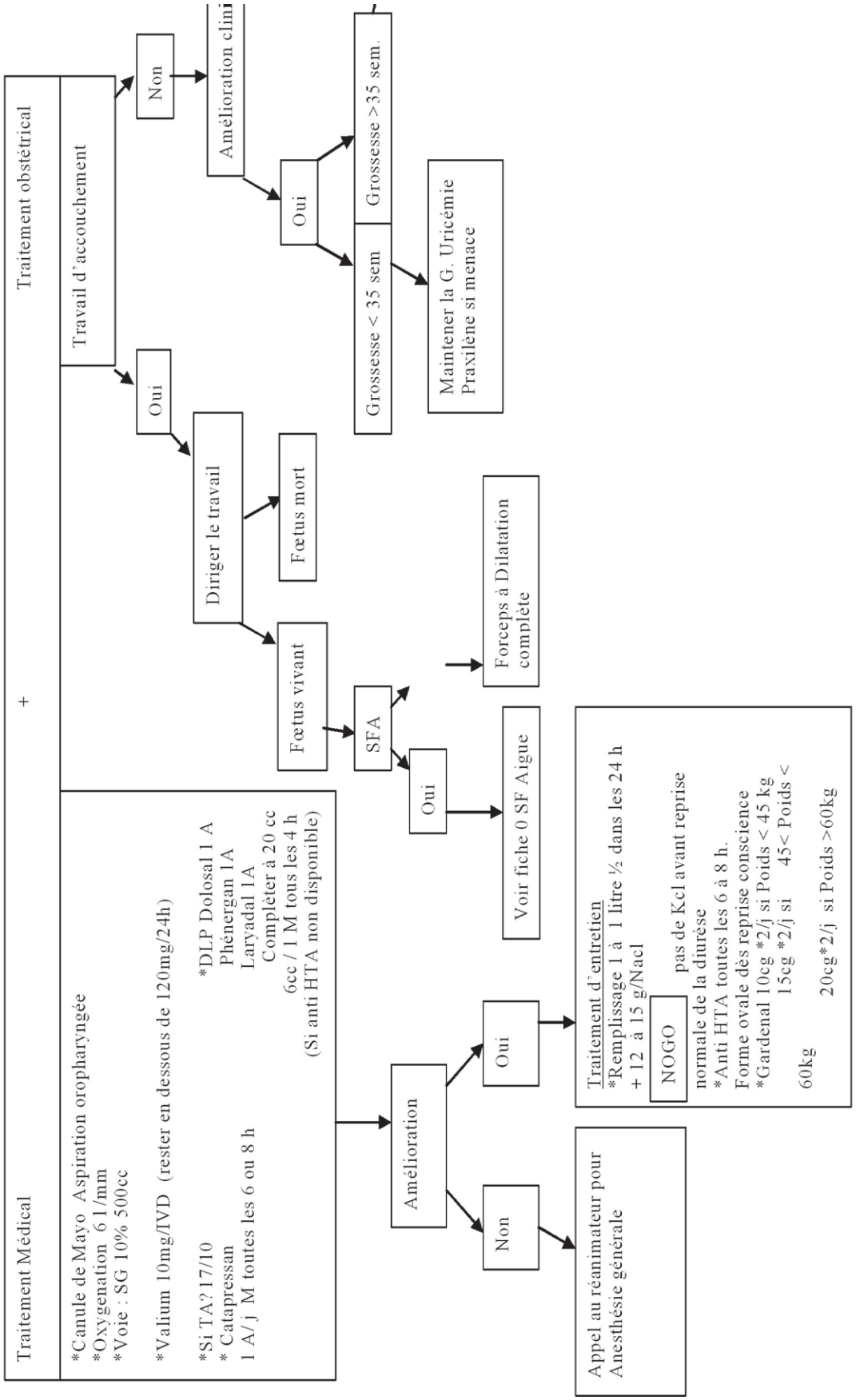
TRAITEMENT OBSTETRICAL

Travail en cours
- Pas de souffrance foetale : aide à l'expulsion
- Souffrance foetale : césarienne ou anesthésier perfusion

Pas de travail
- Il faut apprécier :
* l'âge gestationnel et le poids
* les signes de souffrance foetale
* les conditions locales
- pour la conduite à tenir,
Il faut discuter :
* d'une césarienne
* d'un déclenchement
* d'une expectative

Source : Pratique de l'accouchement J. LANSAC et Coll.

ECLAMPSIE


Traitement Médical
+
Traitement obstétrical
*Canule de Mayo Aspiration oropharyngée
*Oxygenation 6 l/mm
*Voie : SG 10% 500cc
*Valium 10mg/IVD (rester en dessous de 120mg/24h)
*Si TA? 17/10
* Catapressan
1 A/ j M toutes les 6 ou 8 h
*DLP Dolosal 1 A
Phénergan 1A
Laryadal 1A
Compléter à 20 cc
6cc / 1 M tous les 4 h
(Si anti HTA non disponible)
Amélioration
Non
Appel au réanimateur pour
Anesthésie générale
Oui
Traitement d'entretien
*Remplissage 1 à 1 litre ½ dans les 24 h
+ 12 à 15 g/Nacl
NOGO
pas de Kcl avant reprise
normale de la diurèse
*Anti HTA toutes les 6 à 8 h.
Forme ovale dès reprise conscience
*Gardenal 10cg *2/j si Poids < 45 kg
15cg *2/j si 45< Poids <
60kg
20cg*2/j si Poids >60kg
Travail d'accouchement
Oui
Voir fiche 0 SF Aigue
Non
Amélioration clini
Diriger le travail
Fœtus vivant
SFA
Oui
Forceps à Dilatation
complète
Fœtus mort
Oui
Grossesse < 35 sem
Grossesse >35 sem.
Maintener la G. Uricémie
Praxilène si menace

NOTES

- Injecter lentement 1g de gluconate de calcium (10 ml d'une solution à 10%) en IV jusqu'à ce que la respiration reprenne.

Recommandations pour l'administration du diazépam (n'utiliser le diazépam que si la structure ne dispose pas de sulfate de magnésium)

Administration par voie IV

- Dose de charge

• Injecter lentement 10 mg de diazepam en IV en 2 mn;
• Renouveler la dose si les convulsions reprennent

Dose d'entretien

- Perfuser 40 mg de diazepam dilués dans 500 ml de solution intraveineuse (sérum physiologique ou du Ringer lactate) de façon a obtenir une sédation tout en maintenant un état de veille;
  - *Ne pas dépasser 30 mg en une heure* (120 gouttes/mn)*, car il existe un risque de dépression respiratoire;*
  - *Ne pas administrer plus de 100 mg de diazepam en 24 h*

Administration par voie rectale (si IV impossible)

- Dose de charge:

- Administrer 20mg de diazepam à l'aide d'une seringue de 10ml sans aiguille, lubrifiée et introduite à moitié dans le rectum;
- Laisser la seringue en place et maintenir les fesses de la patiente serrées pendant 10 mn pour éviter l'expulsion du produit;
- Un autre moyen d'administration du produit est l'utilisation d'une sonde rectale

- Dose d'entretien

- Si les convulsions ne sont pas maîtrisées dans les 10 mn, administrer 10 mg supplémentaires par heure en fonction de la réponse clinique.

Prise en charge de l'hypertension artérielle

- si la TA diastolique reste supérieure à 110 mm Hg, administrer les antihypertenseurs selon l'un des protocoles suivants pour la maintenir entre 90 et 100 mm Hg, afin de prévenir les complications de l'HTA (sans descendre en dessous d'une TA diastolique de 90mm Hg).
  - Nifédipine: 20 mg per os toutes les 12 h

    ou
  - Alphaméthyldopa: 500 mg toutes les 12 h per os à augmenter par palier selon les chiffres tensionnels (≤ 3 g/24 h)
- Si efficacité limitée, passer à:
  - Clonidine: 0,300 mg dans 500ml de sérum salé en perfusion sur 12 h (14 gouttes/mn) avec débit à moduler jusqu'à 28 gouttes/mn en fonction de la réponse (TA)

Ou:

- Nicardipine: 1mg/h (8 gouttes/mn sans dépasser 24 gouttes/m soit 3mg/h, pour une dilution de 20 mg dans 500 ml sérum salé) à passer en 12h

Ou:

- Association Clonidine (0,150 mg) + Nicardipine (10 mg) dans 500 ml de sérum salé à passer en 12h (14 gouttes/mn soit 0,0125 mg/h de Clonidine et 0,8 mg de Nicardipine/h)

Attention ! Éviter l'utilisation simultanée du sulfate de magnésium et de ces antihypertenseurs à cause du risque accru d'hypotension.

Surveillance de la mère:

- surveiller la protéinurie et la diurèse
  - si la diurèse est inférieure à 30 ml par heure, arrêter le sulfate de magnésium et donner du Ringer lactate
  - rechercher les signes d'un œdème pulmonaire
- surveiller les paramètres vitaux maternels, les réflexes rotuliens
- Bilan biologique minimal: créatinémie, uricémie, protéinurie de 24 h, transaminases, plaquettes, taux Hb, TS et TC
- Surveillance du bien-être fœtal (RCF, échographie, etc.)

Prise en charge obstétricale

- Si col favorable (Bishop ≥ 7), fœtus vivant sans signe de souffrance foetale: déclencher le travail avec de l'ocytocine ou des prostaglandines;
- Si col défavorable ou si l'accouchement par voie basse n'est pas prévisible dans les 12 h (éclampsie) ou dans les 24 h (pré - éclampsie sévère), pratiquer une césarienne;
- Si signes de souffrance fœtale (bradycardie < 100bts/mn, ou tachycardie >180 bts/mn), pratiquer une césarienne

- Si la césarienne n'est pas possible (anesthésie à haut risque ou impossible) ou si le fœtus est mort ou s'il n'est pas viable:

- S'orienter vers un accouchement par voie basse,
- Si le col est défavorable, maturation cervicale à l'aide de Misoprostol ou d'une sonde de Foley, puis déclenchement du travail d'accouchement;

- Cas justifiant d'une césarienne:

- S'assurer du statut de la coagulation et prendre les mesures préventives en conséquence (disponibilité du sang et éventuellement du plasma frais);
- S'assurer qu'il est possible de pratiquer une anesthésie générale ou une rachianesthésie sans danger (remplissage des vaisseaux par 500 à 1000 ml de soluté avant la rachianesthésie et vasopresseurs disponibles);

NOTES

NOTES

- **Retenir l'anesthésie générale avec intubation comme étant la technique la plus sécuritaire dans le contexte d'une hypertension sévère pendant la grossesse.**

- Suivi post – partum:

- Poursuivre le traitement anticonvulsivant pendant les 24h qui suivent la dernière convulsion ou l'accouchement (considérer comme point de départ le dernier des deux évènements);
- Poursuivre le traitement antihypertenseur tant que la tension diastolique est ≥ 110mm Hg;
- Continuer le remplissage vasculaire au Ringer lactate et au sérum salé pendant au moins 48h
- Surveiller la diurèse (> 30ml/h).

• Référer

- Si signes de complications, demander avis spécialisés:

- Oligurie persistante pendant 24 h après l'accouchement;
- Troubles de la coagulation ou HELLP syndrome;
- Coma prolongé (plus de 24h après les convulsions).

Prise en charge complications maternelles

1. HELLP syndrome

- Il survient vers la fin du 2ème ou au début du 3ème trimestre et associe hémolyse, élévation des transaminases hépatiques et thrombopénie.
- L'apparition d'une douleur épigastrique doit faire craindre un hématome sous-capsulaire du foie qui pourrait se rompre.
- La chute des plaquettes au-dessous de 50.000 impose l'extraction rapide du fœtus.
- Transfusion de produits sanguins (concentrés érythocytaires, plasma frais, ou plaquettes.
- Transfert en réanimation.

2. Œdème Aigu du Poumon

- Position demi-assise.
- Oxygénothérapie 3 à 6 litres /mn (ventilation artificielle non invasive).
- Furosémide amp à 20 mg : 2 à 4 amp en IVD, à renouveler 30 mn après si réponse insuffisante
- Référer/transférer vers un service spécialisé

3. Insuffisance rénale aiguë

Surtout chez les prééclamptiques avec HTA antérieure à la grossesse.

- Furosémide amp à 20 mg : 2 à 4 amp en IVD, à renouveler 30 mn après si réponse insuffisante.
- Référer/transférer vers un service spécialisé.

NOTES

NOTES

LES HÉMORRAGIES OBSTÉTRICALES

- **Hémorragies pendant le dernier trimestre de la grossesse**
- **Les hémorragies du post-partum immédiat**
- **Hémorragies du post-partum tardif**

4. HÉMORRAGIES DU DERNIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

4.1 Définition

Ce sont les pertes de sang qui surviennent chez la femme enceinte, à partir de la 28ème semaine d'aménorrhée et durant l'accouchement.

4.2 Problématique

Elles constituent une urgence obstétricale nécessitant une prise en charge immédiate et appropriée.
Elles sont très souvent imprévisibles. Elles restent la première cause de décès maternel.

Les hémorragies du dernier trimestre et de l'accouchement regroupent :

- placenta praevia
- hématome rétro - placentaire
- rupture utérine
- hémorragie de BenKiser (rare)
- hémorragies du post-partum immédiat :
  - . Hémorragie de la délivrance
  - . Hémorragies liées aux lésions des parties molles.

PLACENTA PRAEVIA

4.1 Définition

Insertion totale ou partielle du placenta sur le segment inférieur de l'utérus avec manifestations hémorragiques.

4.2 Problématique

C'est la cause la plus fréquente d'hémorragie dans le dernier trimestre de la grossesse. Dans ses formes graves, le placenta praevia entraîne des complications chez la mère et le fœtus pouvant aboutir au décès. C'est donc une urgence obstétricale.

4.3 Diagnostic

Pendant la grossesse:

Penser à un placenta praevia devant les signes suivants:

- Hémorragie de survenue inopinée et indolore faite de sang rouge vif, provenant de la cavité utérine, ayant tendance à se répéter, parfois déclenchée par les rapports sexuels.

- Pâleur des conjonctives et des muqueuses.
- Signes de choc (quelque fois).
- Présentation haute, souvent excentrée et anormale.
- BDCF présents.
- Au TV sensation de matelas entre la présentation et le segment inférieur.
- Examens complémentaires:
  - Faire un groupe sanguin/Rhésus et une NFS
  - Pratiquer une échographie : le placenta est bas inséré (distance entre bord inférieur du placenta et orifice cervical interne < 5 cm).

Pendant l'accouchement

- Hémorragie de survenue inopinée et indolore faite de sang rouge vif, provenant de la cavité utérine, ayant tendance à se répéter, parfois déclenchée par le toucher vaginal.
- Pâleur des conjonctives et des muqueuses
- Signes de choc (quelque fois);
- Présentation haute, souvent excentrée et anormale;
- Utérus souple en dehors des contractions du travail
- *BDCF présents*
- Au TV : sensation de matelas entre la présentation et le segment inférieur
- A l'examen du délivre, le petit côté des membranes est <10cm

Examens complémentaires

- Faire un groupe sanguin/Rhésus et une NFS
- Pratiquer un examen échographique si et seulement si échographe disponible en salle de travail.

Attention la réalisation de l'échographie ne doit pas retarder la prise en charge.

4.4 Prise en charge thérapeutique

- Prise en charge immédiate (PCI):
  - ***Mesures générales.***
- Prendre une voie veineuse avec un cathéter 16 ou 18 G.
- Démarrer un Ringer lactate ou un sérum salé isotonique et adapter le débit à l'état hémodynamique.
- Mettre en place une sonde vésicale à demeure (débit urinaire).
- Surveiller, noter et contrôler les signes vitaux (pouls , TA, fréquence respiratoire, température, état de la conscience) toutes les 15 min.

Attention : Éviter les TV, sauf en milieu chirurgical. (Maternité SONUC)

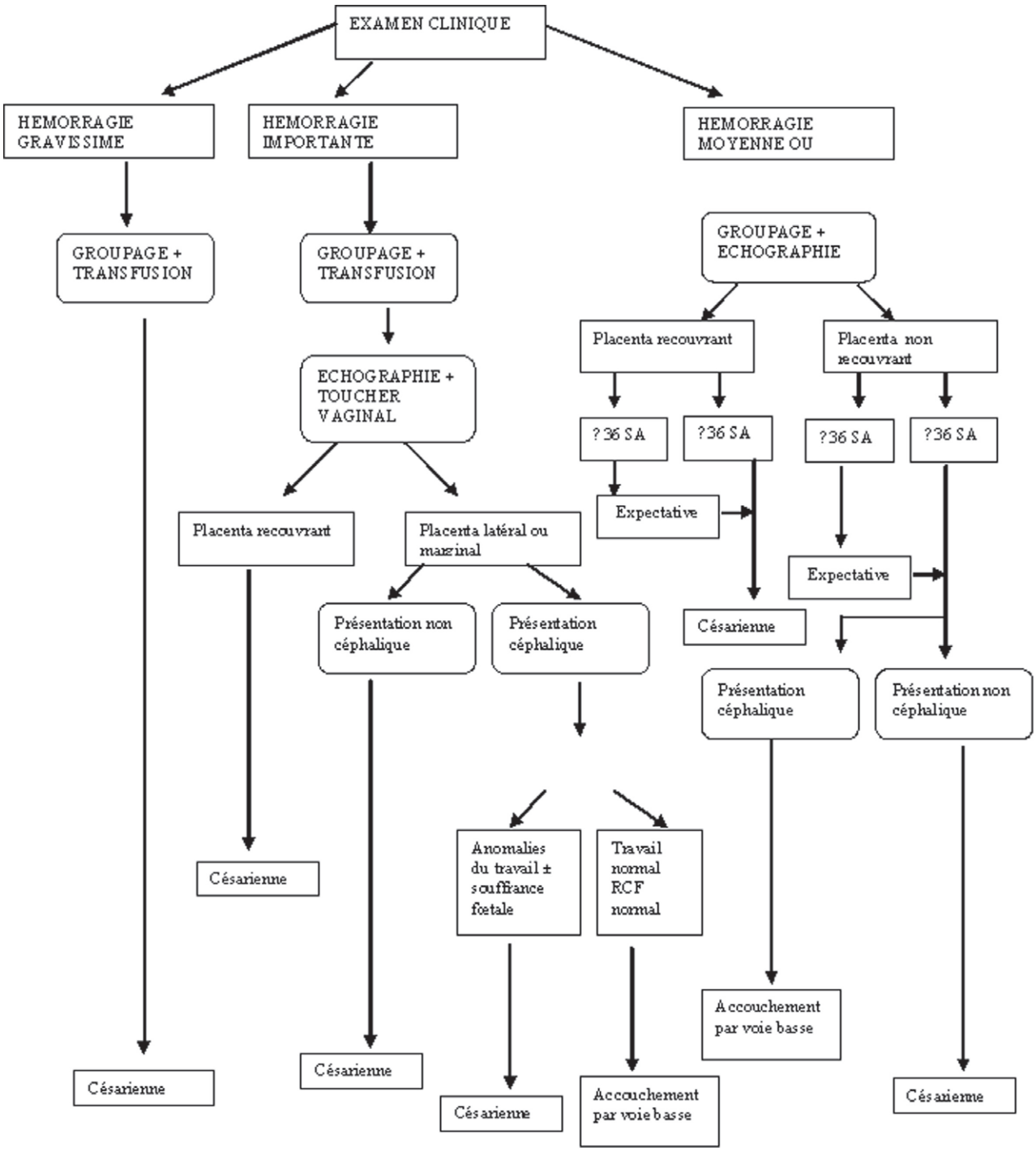
- ***Mesures obstétricales***

Pendant la grossesse

* Hémorragie abondante
  - Si hémorragie continue, pratiquer césarienne sans tenir compte de l'âge gestationnel
  - Si arrêt de l'hémorragie surveiller évolution de la grossesse ; en cas de reprise, pratiquer la césarienne.

NOTES

CONDUITE À TENIR DEVANT UN PLACENTA PRAEVIA



Source : Pratique de l'accouchement
J. LANSAC et Coll.

* Hémorragie minime
- Hospitaliser la patiente et surveiller l'évolution de la grossesse jusqu'à la survenue de l'accouchement,
- Corriger l'anémie si nécessaire,
- S'assurer de la disponibilité du sang au cas ou une transfusion serait nécessaire.

Pendant le travail

* Hémorragie abondante.
- Si PDE rompue ou membranes non accessibles: pratiquer la césarienne.
- Si PDE accessible : rompre les membranes
- Si après rupture des membranes, arrêt de l'hémorragie, alors surveiller le travail à l'aide du partographe.
  - Si hémorragie persistante, pratiquer la césarienne.

* Hémorragie minime
- Si placenta recouvrant : pratiquer la césarienne;
- Si placenta non recouvrant : rompre la PDE
  - Si l'hémorragie s'arrête : surveiller l'évolution du travail
  - Si l'hémorragie persiste : pratiquer la césarienne.

Autres Mesures

- Transfuser si le taux d'hémoglobine inférieure à 7g/dl et/ou signes d'intolérance (tachycardie, polypnée, chute tension-nelle et troubles de la conscience).
- Envisager une antibiothérapie (cf. travail prolongé p. 34).
- Prescrire le traitement martial (sulfate ou fumarate ferreux à raison de 120 mg / j pendant au moins un mois).
- Référer le nouveau – né en néonatologie/pédiatrie.

HEMATOME RETRO–PLACENTAIRE (HRP)

4.1 Définition

- C'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré survenant avant la sortie du fœtus.

4.2 Problématique

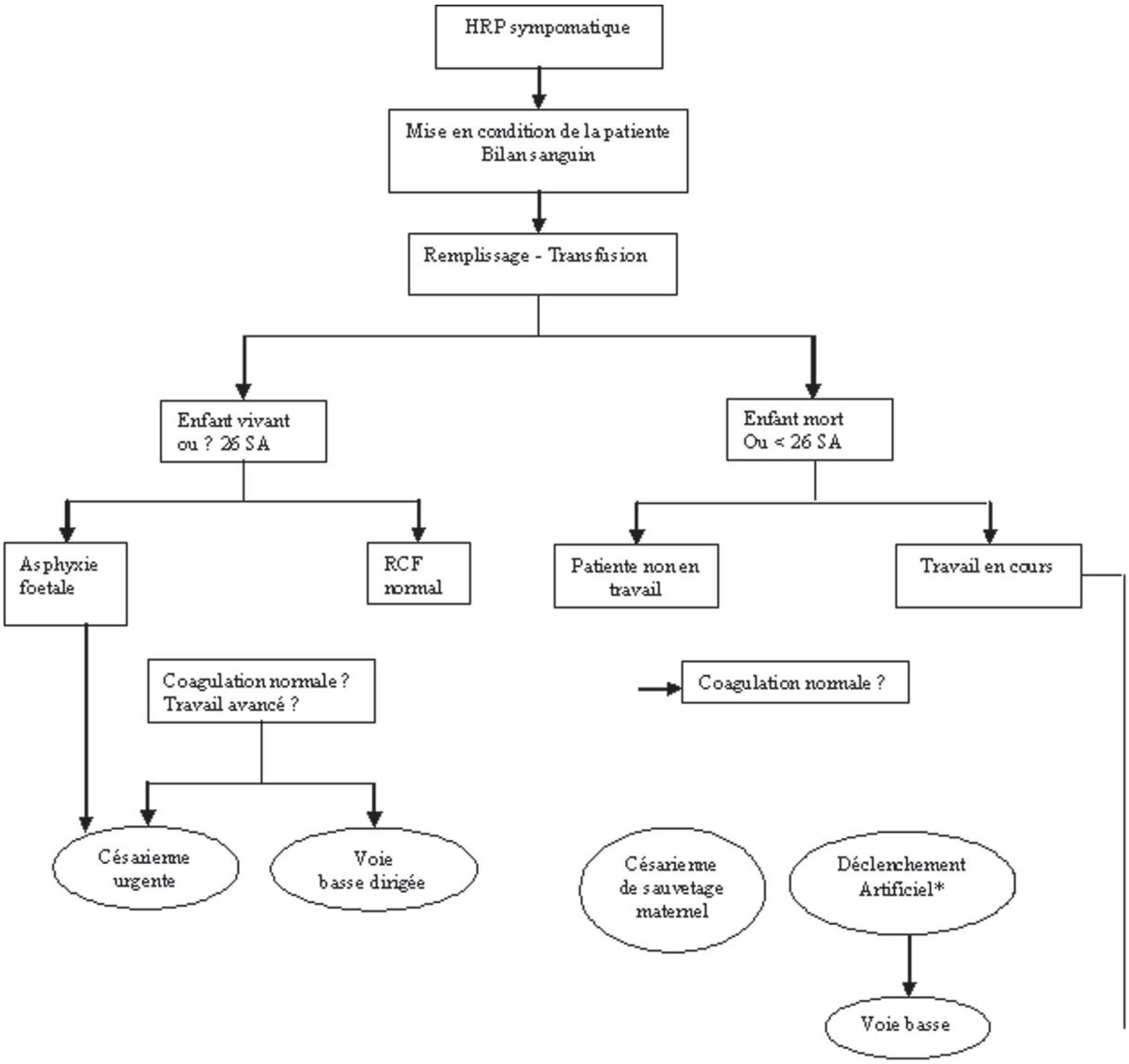
- Il entraîne généralement le décès fœtal et souvent des complications maternelles (état de choc, troubles de la coagulation, et insuffisance rénale) engageant le pronostic vital maternel.

4.3 Diagnostic

Penser à un HRP devant les signes suivants:
- Saignement peu abondant de sang noirâtre associé à une douleur inaugurale violente en coup de poignard
- Pâleur des conjonctives et des muqueuses.
- Signes de choc

NOTES

C.A.T EN CAS DE SUSPICION D'HRP



CONDUITE À TENIR DEVANT UN HÉMATOME RÉTRO PLACENTAIRE

Soins infirmiers	Traitement médical	Traitement obstétrical
* Voie veineuse : 1 ou 2 * Prélèvements sanguins : - NFS, Plaquettes, - fibrinogène, - céphalique activée, - temps de Quick, - produits de dégradation de la fibrine * sonde urinaire * surveillance : - pouls, TA tous les quarts d'heure, - diurèse horaire, - volume des hémorragies (peser SVP), - NFS + hémostase toutes les heures. * Feuille de surveillance	* Lutter contre l'hypovolémie : - sang frais ou conservé, - macromolécules en attendant : volume < 1l. * Lutter contre les troubles de la coagulation : - fibtinogène 3 à 6 g (4g élèvent le fibrinogène de 100mg) - plasma frais congelé, - Iniprol 1 000 000 U i.v. répétées 4 h après - Héparine ??	Evacuer l'utérus * Fœtus vivant : césarienne ou voie basse si accouchement imminent, forceps * Fœtus mort : - rupture artificielle des membranes, - Syntocinon : 5 à 10 m Ul / min, - révision utérine + examen du col et du vagin, - lavage utérin avec Iniprol : 1 000 000 U dans 1 000 ml de sérum glucosé, - Césarienne si état maternel très sévère

Souirce : Pratique de l'accouchement
J. LANSAC et Coll.

NOTES

- Contracture utérine permanente ou utérus de bois
- Contracture du segment inférieur (sébile de bois)
- HU varie d'un examen à un autre (possible augmentation d'un examen à l'autre)
- BDCF altérés, souvent absents
- Présence d'une cupule rétro placentaire (vérifiable après la délivrance).

Examen complémentaire

- Faire l'échographie si état hémodynamique stable (diagnostic et vitalité fœtal).

NB: l'échographie ne doit pas retarder la prise en charge.

4.4 Prise en charge thérapeutique

Prise en charge immédiate (PCI):

Mesures générales:

- Cf. Placenta Praevia (page 24)

et

- Évaluer la qualité de la coagulation en réalisant un test de la coagulation au lit du malade (cf. troubles de la coagulation p. 29).

Mesures Obstétricales:

Si fœtus vivant:

- Césarienne sauf travail avancé (dilatation complète, engagée)

Si fœtus mort:

- État hémodynamique instable : stabiliser et pratiquer une césarienne
- État hémodynamique stable:
  - Rupture artificielle des membranes,
  - Péthidine 1 mg/kg IM,
  - Accouchement dirigé,
  - Si au bout de 2 h pas d'évolution, césarienne.

RUPTURE UTERINE

4.1 Définition

Solution de continuité siégeant au niveau de l'utérus survenant généralement au cours du travail et de l'accouchement.

4.2 Problématique

- Il s'agit d'une urgence obstétricale, car elle met en danger d'emblée la vie de la mère et de l'enfant.
- Elle résulte généralement d'une surveillance inadéquate du travail d'accouchement, de l'utilisation abusive d'ocytociques ou de la pratique inappropriée de certaines manœuvres obstétricales.

4.3 Diagnostic

Penser à une rupture utérine devant les signes suivants:

- Saignement vaginal provenant de la cavité utérine d'abondance variable au cours du travail et de l'accouchement
- Forte douleur abdominale spontanée, d'apparition brutale, précédant le saignement qui peut diminuer ou disparaître après la rupture
- Forme anormale de l'abdomen
- Abdomen sensible
- Parties fœtales aisément palpables sous la peau de l'abdomen (fœtus hors de la cavité utérine)
- Disparition des mouvements fœtaux et des BDCF
- Absence ou élévation de la présentation
- Pâleur des conjonctives et des muqueuses (anémie)
- État de choc

4.4 Prise en charge thérapeutique

Immédiate

- Évaluer rapidement l'état général de la patiente, en particulier les signes vitaux (pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire, température)
- Rechercher les signes de choc latents ou patents : pouls >120/mn, tension différentielle pincée, temps de recoloration cutanée >3 secondes, pâleur des conjonctives et des muqueuses, extrémités froides, TA systolique<80mm Hg
- Si état de choc : stabiliser la patiente
- Si pas de signe de choc : rétablir le volume sanguin en perfusant du sérum physiologique ou du Ringer lactate avant l'intervention

Chirurgicale

- Pratiquer une laparotomie dès que la patiente est stabilisée pour extraire l'enfant et le placenta
- Réparer la lésion utérine si les berges ne sont pas nécrosées.
- S'il est impossible de réparer la brèche (nécrose) procéder à l'hystérectomie subtotale.
- Si les lésions s'étendent au col et au vagin, faire une hystérectomie totale.

♦ Antibiothérapie :
Ampicilline 2g toutes les 6 heures en IV associé à 160 mg/j de gentamycine IM en attendant les résultats. Adapter en fonction de l'ECBU et de l'antibiogramme. Durée du traitement : ≥15 jours.
Métronidazole 500 mg toutes les 12 heures en perfusion

infection pendant la grossesse et le post-partum

NOTES

NOTES

Avant d'autoriser la patiente à quitter l'hôpital:

- L'informer sur le pronostic de sa fécondité et lui prodiguer les conseils nécessaires y compris sur la contraception;
- Lui fournir une méthode de contraception;
- Le risque de rupture au cours des grossesses ultérieures étant élevé, il est nécessaire d'aborder la possibilité d'une contraception définitive avec la patiente lorsqu'il s'agit d'une multipare;
- Corriger l'anémie par l'administration de fer per os (60mg de sulfate ou de fumarate ferreux par jour) pendant au moins 1mois;
- Programmer une visite de suivi 4 semaines après la sortie;

TROUBLES DE LA COAGULATION

4.1 Définition

- Ensemble de perturbations biologiques ayant pour conséquence un saignement fait de sang incoagulable.

4.2 Problématique

- C'est la conséquence d'une hémorragie obstétricale persistante. Sa survenue met en jeu la vie de la mère.

4.3 Diagnostic:

Penser à un trouble de la coagulation devant la persistance de l'hémorragie obstétricale (sang fluide avec peu ou pas de caillot) malgré les causes retrouvées et traitées.

Faire un diagnostic rapide à l'aide du test de coagulation au lit

- Prélever 2 ml de sang veineux dans un tube à essai en verre propre et sec
- Tenir le tube dans le poing fermé pour le maintenir au chaud
- Si, au bout de 4 min, un caillot se forme et que tout le sang du tube se coagule permettant de retourner complètement le tube, alors il n'y a pas de trouble de coagulation
- Si, au bout de 7 min, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement cela évoque une coagulopathie.

Faire des examens de laboratoire:

- Hématocrite, hémoglobine, plaquettes, fibrinémie.

4.4 Prise en charge thérapeutique

Prise en charge immédiate (PCI):

- Mesures générales:

Cf Placenta Praevia (p. 24)
et
Évaluer la qualité de la coagulation en réalisant un test de la coagulation au lit du malade.

- Mesures spécifiques:

- Transfusion de sang iso-groupe iso-rhésus
- Transfusion de plasma frais congelé (15 ml/kg)
- Transfusion de cryoprécipité pour remplacer le fibrinogène
- Transfusion de concentrés plaquettaires si thrombopénie inférieure à 20.000 plaquettes par mm

HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM IMMEDIAT

Attention : c'est l'urgence des urgences ! Le décès peut survenir dans les 2h

4.1 Définition

C'est un saignement provenant des voies génitales supérieur à 500 ml et/ou ayant un retentissement sur l'état de la mère. Il survient dans les 24 heures suivant l'accouchement

Il s'agit de :
Hémorragie de la délivrance (Atonie utérine, rétention placentaire, troubles de la coagulation, inversion utérine)
Rupture utérine
Déchirures cervico-vagino-périnéales
Hématomes péri-génitaux (Thrombus)

4.2 Problématique

C'est la cause la plus fréquente de décès maternel (25 à 35%).

4.3 Diagnostic

- Devant un saignement dans la période du post - partum.

Rechercher la cause

Par l'examen clinique
- Apprécier la qualité de la rétraction utérine (bien rétracté ou non, mou).
- Faire un examen sous valve pour rechercher les lésions du canal pelvi-génital.
- Vérifier l'intégrité du placenta.
- Apprécier l'aspect du sang.

NOTES

NOTES

Penser à une hémorragie de la délivrance devant:
- un placenta non expulsé (rétention placentaire complète)
- Un placenta incomplet (rétention placentaire incomplète)
- Un utérus non rétracté (atonie utérine)
- un fond utérin non perçu à la palpation abdominale (rupture utérine)
- Une inversion visible de l'utérus
- Un saignement permanent sans cause apparente

Penser à **des déchirures cervico-vagino - périnéales** devant :
- Des lésions visibles à l'examen sous valve.
- Une volumineuse tuméfaction de siège vulvo-périnéal

4.4 Prise en charge de l'hémorragie de la délivrance

Prévention : gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA) :

- Détails

Si rétention placentaire complète:
- Faire une délivrance artificielle
- Administrer de l'ocytocine (10 U en IV)
- Administrer 2 g d'amoxicilline

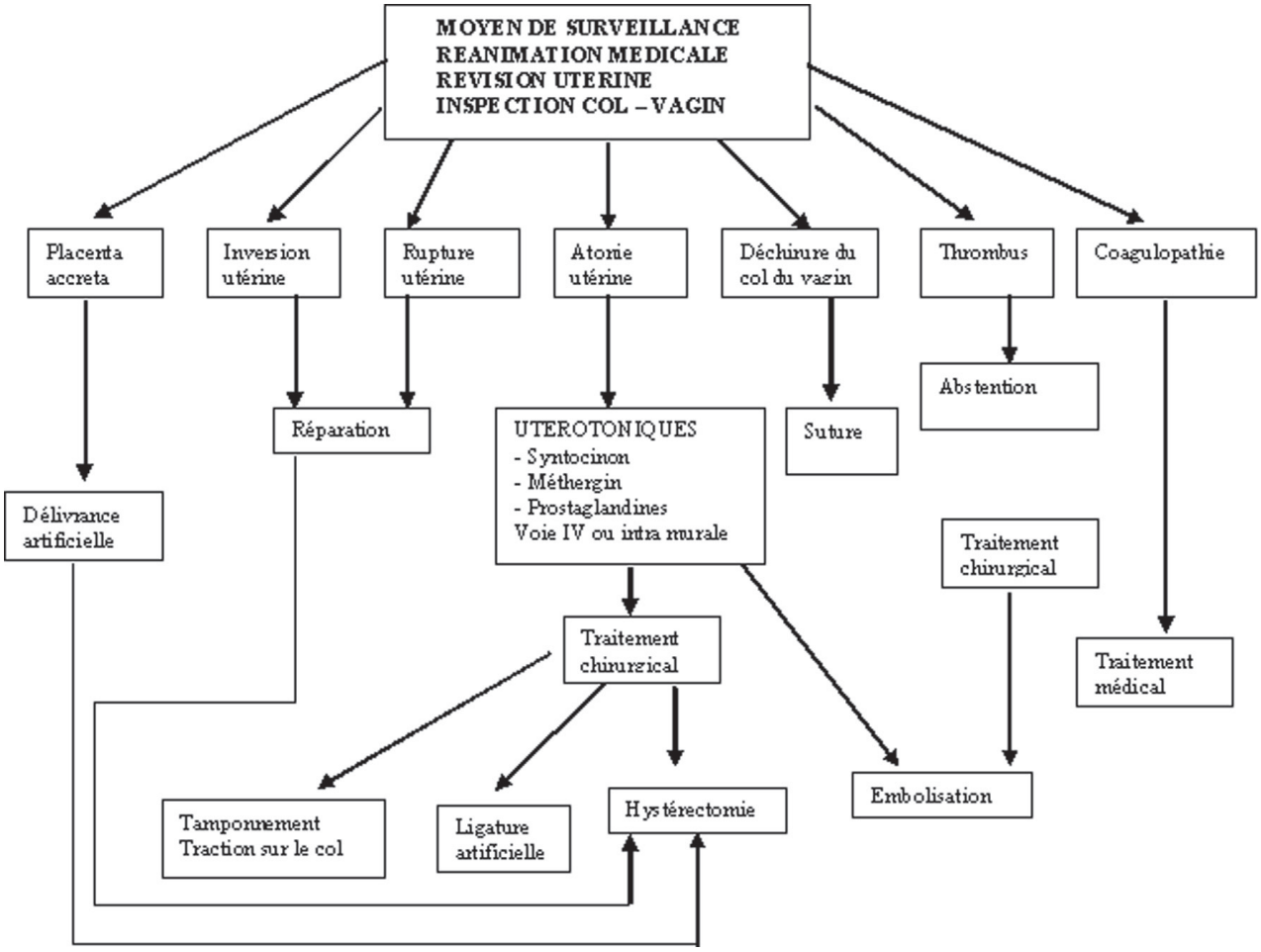
Si placenta incomplet
- Faire une révision utérine
- Administrer 10 U d'ocytocine en IV
- Administrer 2 g d'amoxicilline

Si atonie utérine
- Massage de l'utérus
- Révision utérine
- Compression bimanuelle de l'utérus
- Administrer de l'ocytocine 10 U en IV + 10 U dans 500 ml
- Administrer 1000 mcg de misoprostol par voie rectale
- Administrer 2 g d'amoxicilline

Si inversion de l'utérus
- Réduction manuelle
- Administrer de l'ocytocine (10 U en IV)
- Administrer 2g d'amoxicilline
- Si échec : laparotomie

Si persistance de l'hémorragie de la délivrance
- Faire une compression de l'aorte jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé (exercer une pression avec le poing fermé sur l'aorte abdominale directement à travers la paroi abdominale juste au-dessus de l'ombilic et légèrement sur la gauche)

PRISE EN CHARGE D'UNE HEMORRAGIE DU POST-PARTUM IMMEDIAT (HPPI)



Souirce : Pratique de l'accouchement
J. LANSAC et Coll.

NOTES

Si échec : ligatures vasculaires (soit triple ligature, soit ligature de l'artère hypogastrique).

Si échec : hystérectomie d'hémostase

Attention ! Tous les gestes doivent être réalisés dans les 2 heures après le début de l'hémorragie.

Prise en charge de la déchirure cervicale

- Suturer la lésion par voie vaginale si le sommet de la déchirure est accessible et par voie abdominale si la déchirure du col s'étend bien au-delà du dôme vaginal.

Prise en charge de la déchirure : périnéo-vaginale

- Suturer plan par plan

Prise en charge des hématomes péri-génitaux:

- Si hématome stable, observer ;
- Si hématome augmente de volume, évacuer le caillot et ligaturer le(s) vaisseau(x) qui saigne(nt)
- Administrer antalgique et antibiotique

LES HÉMORRAGIES DU POST-PARTUM TARDIF

4.1 Définition

Ce sont des saignements qui surviennent au-delà de 24 heures après l'accouchement et dans les 45 jours. Elles concernent les entités pathologiques suivantes:

- Endométrite cf chapitre infections du post - partum (page 44)
- Rétention partielle du placenta ou d'un cotylédon : cf chapitre Hémorragie de la délivrance (pages 30-31)
- Troubles de la coagulation : cf page 29

4.2 Problématique

Ce ne sont pas les plus courantes, cependant elles surviennent la plupart du temps après le retour à domicile. Elles peuvent être graves même si le saignement est minime.

4.3 Diagnostic

Clinique : hémorragie de plus de 500 ml ou moins survenant au-delà des 24 heures ou persistant ou réapparaissant dans les 45 jours après l'accouchement.

Paraclinique : TP, TCA, Fibrinémie, NFS et plaquettes, PDF, D-Dimères, échographie .pelvienne

4.4 Prise en charge thérapeutique

Elle est fonction de l'étiologie, du tableau clinique et du plateau technique.

NOTES

NOTES

5. LES DYSTOCIES

5. 1 Définition

On appelle dystocie toute anomalie dans la progression du travail d'accouchement qui peut être d'origine dynamique et / ou mécanique.

5.2 Problématique

La dystocie peut conduire à :
- Une souffrance fœtale aiguë pouvant entraîner la mort fœtale intrapartum.
- Une rupture utérine s'il s'agit d'une dystocie mécanique avec risque de décès maternel.
- Une fistule obstétricale

Elle requiert toujours une prise en charge immédiate.

Ce chapitre regroupe :

* Le travail prolongé

* Les présentations dystociques: position transversale, front et face
* Le travail sur utérus cicatriciel.

LE TRAVAIL PROLONGE

5.1 Définition

Durée de travail supérieure à 12 heures ou phase active supérieure à 6 heures.

5.2 Problématique

Le travail prolongé est à l'origine d'une mortalité périnatale élevée et de nombreuses lésions traumatiques chez le fœtus et la mère. Ces conséquences sont amoindries par l'usage correct et systématique du partographe.

5.3 Diagnostic

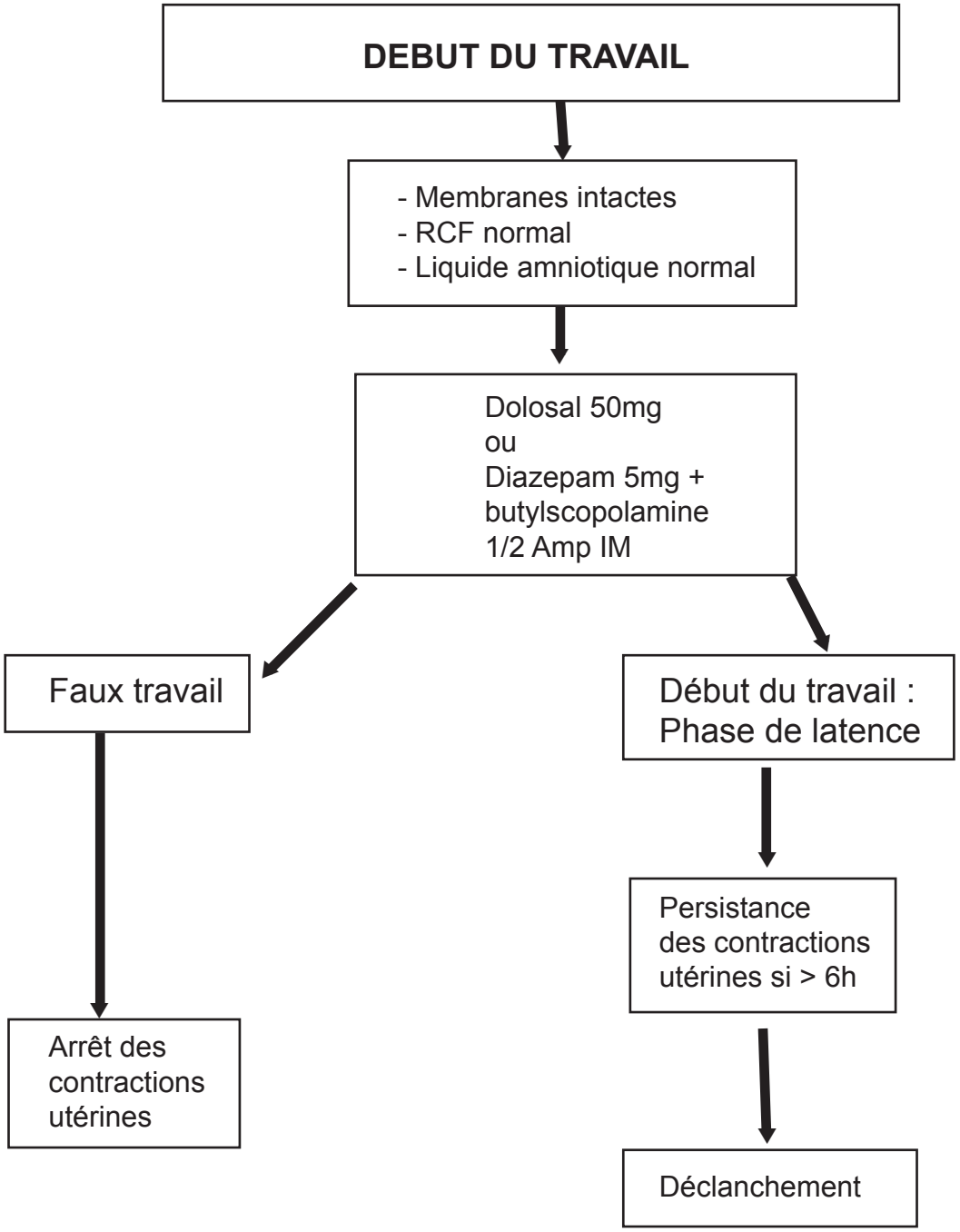
Il se fait à l'aide du partographe.
Signes : un des éléments suivants
- Phase de latence supérieure à 8 heures
- Phase active du travail supérieure à 6 heures
- Atteinte de la ligne d'action sur le partographe

N.B.: en phase de latence, il faut distinguer un faux travail du travail d'accouchement qui se caractérise par des contractions régulières et fréquentes entraînant des modifications du col (effacement et dilatation).

5.4 Prise en charge

Si la dilatation est stationnaire et la poche des eaux n'est pas rompue: en l'absence d'une présentation dystocique du fœtus ou d'un obstacle praevia ou d'une souffrance fœtale, penser à une dystocie et :
- Procéder à une rupture des membranes et attendre une heure.

Conduite à tenir en début de travail ou en cas de faux travail.



NOTES

- Si pas d'évolution favorable au bout d'une heure, mettre une perfusion d'ocytocine et observer pendant une heure.
- Si au bout d'une heure sous perfusion d'ocytocine, l'évolution est favorable, faire l'accouchement par voie basse.
- Sinon, faire une césarienne.

Si la dilatation est stationnaire et la poche des eaux rompue: en l'absence de souffrance fœtale, d'une présentation dystocique du fœtus ou d'un obstacle praevia, penser à une dystocie dynamique :

- poser une perfusion d'ocytocine (5 UI dans un sérum glucosé isotonique à 5%) à raison de 32 gouttes par minute au maximum en commençant par 8 gouttes par minute et en montant par pallier de 4 gouttes toutes les 15 mn.
- Si au bout d'une heure, pas d'évolution favorable de la dilatation, faire la césarienne.

Si la dilatation est complète, la poche des eaux rompue et la présentation du sommet non engagée:

- Surveiller pendant une heure en l'absence d'une indication immédiate de césarienne.
  - Si au bout d'une heure, pas d'engagement de la tête, mettre en place une perfusion d'ocytocine si cela n'était pas fait.
  - Si pas d'engagement après une heure de perfusion d'ocytocine, faire la césarienne.

Si la dilatation est complète, la poche des eaux rompue et la tête non engagée chez une parturiente déjà sous perfusion d'ocytocine:

- observer pendant une heure.
  - si pas d'engagement au bout d'une heure, faire une césarienne.

NB: Pour faire la différence entre vrai travail et faux travail:

- Faire en IM un mélange d'une demie ampoule de diazépam et d'une demie ampoule de butylscopolamine et attendre deux heures :
  - Si au bout de deux heures, pas de CU régulières ni de modification du col, conclure à un faux travail et l'autoriser à regagner son domicile.

DYSTOCIE DES ÉPAULES

5.1 Définition

On parle de dystocie des épaules lorsque la tête fœtale est dégagée et que les épaules ne s'engagent pas.

5.2 Problématique

Il s'agit d'une complication très souvent imprévisible. Elle survient généralement en cas de macrosomie fœtale.

Elle est souvent responsable de complications graves chez le fœtus (lésions traumatiques, neurologiques et décès) et chez la mère (lésions traumatiques des voies génitales et/ou de la vessie/rectum pouvant aboutir à des fistules).

Elle nécessite une action prompte et efficace de l'accoucheur et de son équipe.

5.3 Diagnostic

- La tête reste collée à la vulve
- Le menton dégagé déprime le périnée
- La rotation et la traction exercées sur la tête ne permettent pas le dégagement de l'épaule antérieure coincée au-dessus de la symphyse pubienne.

5.4 Prise en charge

- Demander de l'aide
- Réaliser une épisiotomie large;
- Allonger la patiente sur le dos, les jambes en hyper flexion (se faire aider par deux personnes qui tiennent les jambes dans cette position en poussant les genoux vers la poitrine);
- Exercer une pression sus-pubienne par le biais d'un aide pour réduire le diamètre bi-acromial et permettre l'engagement de l'épaule antérieure;
- Introduire la main lubrifiée dans le vagin et tenter d'abaisser vers l'avant l'épaule antérieure ou ramener l'épaule postérieure en avant sur le thorax du foetus, chacune de ces deux manœuvres tendent à amoindrir le diamètre bi-acromial facilitant ainsi le dégagement de l'épaule;
- Faire refouler la tête par un aide (manœuvre de Zavanelli) et procéder à une césarienne;
- Fracturer la clavicule afin de diminuer le diamètre bi-acromial et dégager l'épaule antérieure.

NB: Réaliser les gestes dans l'ordre chronologique ci-dessus en exécutant la manœuvre suivante si échec de la précédente.

- Examiner le NN et le référer en néonatologie/pédiatrie.

PROCIDENCE DU CORDON

5.1 Définition

On parle de procidence lorsque que la poche des eaux est rompue et que le cordon ombilical se trouve dans la filière pelvienne en avant de la présentation.

5.2 Problématique

Cet accident peut entraîner la mort du fœtus par arrêt de la circulation fœtale, il s'agit d'une urgence obstétricale.

La dessiccation du cordon aggrave le pronostic, aussi il faut la prévenir.

5.3 Diagnostic

Signes:

- Cordon ombilical situé en avant de la présentation et perçu au cours du TV et/ou à l'inspection de la vulve;
- Anomalies du rythme cardiaque fœtal très souvent;
- Liquide amniotique souvent méconial.

NOTES

NOTES

Attention: l'absence de perception des battements du cordon ne signifie pas nécessairement que le fœtus est mort.

5.4 Prise en charge

1. Si foetus vivant (Maternité SONUB : référer):

- Si dilatation <8 cm

- Refouler la présentation et la maintenir au dessus du détroit supérieur.
- Mettre la femme en position de Trendelenburg.
- Faire une césarienne

- Si dilatation >8cm

- Mettre la femme en décubitus latéral gauche
- Oxygéner à raison de 3l/mn
- Perfusion d'ocytocine et terminer l'accouchement par une application de forceps ou de ventouse
- Anticiper le besoin de réanimer le nouveau-né

2. Si fœtus mort, laisser évoluer et agir selon situation obstétricale.

POSITION TRANSVERSALE

5.1 Définition

Le fœtus est en position transversale lorsque l'axe de sa colonne vertébrale est perpendiculaire à l'axe de la colonne vertébrale de la mère.

5.2 Problématique

C'est une position hautement dystocique, engageant le pronostic vital maternel et foetal. Sa méconnaissance ou sa prise en charge tardive conduisent souvent à l'épaule négligée voire à la rupture utérine.

5.3 Diagnostic

Examen clinique : Présence de la tête fœtale au niveau d'un des flancs de la mère.

Radiographie du contenu utérin : Colonne vertébrale du fœtus perpendiculaire à celle de la mère.

Échographie obstétricale : Confirme la position de la tête au niveau d'un des flancs de la mère.

5.4 Prise en charge (SONUC)

- Si fœtus vivant :
  - Age gestationnel >28 SA : césarienne systématique
  - Age gestationnel ≤ 28 SA : laisser évoluer sous surveillance
- Si fœtus mort :

  Chez la primipare, pratiquer la césarienne

  Chez la multipare.

  Si poche des eaux intacte, laisser évoluer le travail jusqu'à dilatation complète et pratiquer une VMI sous AG et terminer l'accouchement par la grande extraction du siège. Si échec pratiquer la césarienne.

Si poche des eaux rompue et la dilatation < 8 cm, pratiquer une césarienne;

Si PDE rompue et la dilatation est avancée (≥ 8 cm), laisser évoluer le travail jusqu'à dilatation complète et pratiquer une VMI sous AG et terminer l'accouchement par la grande extraction du siège à dilatation complète. Si échec pratiquer la césarienne.

- En cas de présentation transverse sur le deuxième jumeau: faire une rupture des membranes, version par manœuvre interne suivie d'une grande extraction du siège.

PRÉSENTATION DE LA FACE

5.1 Définition

Présentation de la tête en déflexion maximale.

5.2 Problématique

En cas de rotation postérieure, elle évolue vers l'enclavement, situation hautement dystocique.

5.3 Diagnostic

Diagnostic de la présentation de la face : menton perçu au TV (Plus facile si dilatation du col >3 cm et PDE rompue)

5.4 Prise en charge

Facteurs défavorables associés (gros fœtus, poche des eaux rompue précocement, pathologie maternelle associée)=césarienne systématique.

En l'absence de facteur défavorable :

- surveillance du travail :
- si rotation du menton en avant : accouchement par voie basse
- si rotation du menton en arrière: césarienne

PRESENTATION DU FRONT

5.1 Définition

Présentation de la tête en position intermédiaire.

5.2 Problématique

Différentier le front vrai et le bregma.
Attention : l'accouchement par voie basse du front vrai d'un fœtus à terme de poids normal est impossible

5.3 Diagnostic

TV : nez à une extrémité du bassin.

5.4 Prise en charge (SONUC)

Front vrai fixé: césarienne
Bregma : cf.présentation de la face

TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT SUR UTÉRUS CICATRICEL

Attention : accouchement systématique en Maternité SONUC

NOTES

NOTES

5.1 Définition

Tout travail chez une parturiente porteuse d'un utérus cicatriciel

5.2 Problématique

Le risque de désunion de la cicatrice réalisant une rupture utérine dont les conséquences pour la mère et ou le fœtus peuvent être fatales.

5.4 Prise en charge

- S'enquérir de l'indication de ou des interventions sur l'utérus.
- Proscrire l'utilisation des ocytociques et du misoprostol pour le déclenchement du travail à cause du risque élevé de rupture utérine.
- Utiliser les ocytociques avec prudence pendant (direction) le travail si pas de moyens de surveillance électronique.
- Si indication permanente de césarienne (BGR ou Bassin limite) faire césarienne
- **Si utérus mono cicatriciel et de bonne qualité**
  - En dehors d'une anomalie du bassin (BGR, bassin limite) et d'une macrosomie (HU > ou égale à 36 cm), présentation du siège et présentations dystociques, envisager une épreuve utérine. Si anomalie du travail au cours de l'épreuve pratiquer la césarienne.
  - Si PDE non rompue, la rompre et continuer la surveillance et si souffrance fœtale, dystocie dynamique ou saignement vaginal, césariser.

NB: La révision utérine après un accouchement par voie basse n'est pas indispensable; elle doit être réservée aux patientes symptomatiques ou à haut risque de rupture utérine.

- **Si utérus multicicatriciel: pratiquer systématiquement une césarienne.**

Évaluation de la cicatrice utérine

Type d'hystérotomie: malgré le niveau de preuve peu élevé, on peu retenir que:

- Les hystérotomies gynécologiques (myomectomies) sont habituellement solides; pour les cicatrices des myomectomies per coelioscopiques, il n'existe pas encore assez d'études.
- Les hystérotomies obstétricales segmentaires verticales ou horizontales sont habituellement solides.
- Les hystérotomies obstétricales corporéales entraînent un risque majeur de rupture utérine (environ 12%).

Évaluation paraclinique:

- Échographie: la mesure du segment inférieur aux alentours de 37 SA (≥3,5 mm) pourrait être un facteur pour proposer l'accouchement par voie basse.
- L'hystérographie et la radiopelvimétrie ne sont pas recommandées.

NOTES

NOTES

NOTES

6. LES AFFECTIONS FÉBRILES PENDANT LA GROSSESSE ET LE POST-PARTUM

Introduction

S'il est vrai que de nombreuses affections infectieuses et parasitaires peuvent survenir chez la femme en cours de la grossesse et dans le post-partum, nous avons choisi de ne traiter dans ce chapitre que les affections qui présentent des spécificités par rapport à la grossesse. Ainsi, ne sont prises en compte que les pathologies suivantes : le paludisme, la pyélonéphrite, la chorioamniotite, l'endométrite, la mastite, etc.

Si les affections fébriles pendant la grossesse et dans le post-partum sont habituellement d'origine infectieuse ou parasitaire, d'autres affections plus rares peuvent avoir des manifestations cliniques ou paracliniques qui rendent parfois leur diagnostic moins évident. On peut ici citer l'appendicite, la cholécystite, la nécrobiose aseptique des myomes.

LE PALUDISME

6.1 Définition

Affection parasitaire transmise par un moustique du genre anophèle dont les formes graves sont surtout dues au Plasmodium falciparum.

6.2 Problématique

C'est une affection aux conséquences graves voire mortelles pour la mère et l'enfant. C'est la première cause de morbidité de la femme enceinte dans notre zone. La résistance à la chloroquine a entraîné la modification des différents protocoles nationaux et la recommandation de l'usage des associations et combinaisons thérapeutiques (ACT).

Attention :

Tout épisode fébrile chez une femme enceinte doit être considéré comme un paludisme jusqu'à preuve du contraire.

Tout paludisme chez la femme enceinte doit être considéré comme grave.

6.3 Diagnostic

Paludisme simple *:*

Fièvre, frissons, céphalées, vomissements, arthralgies, , asthénie

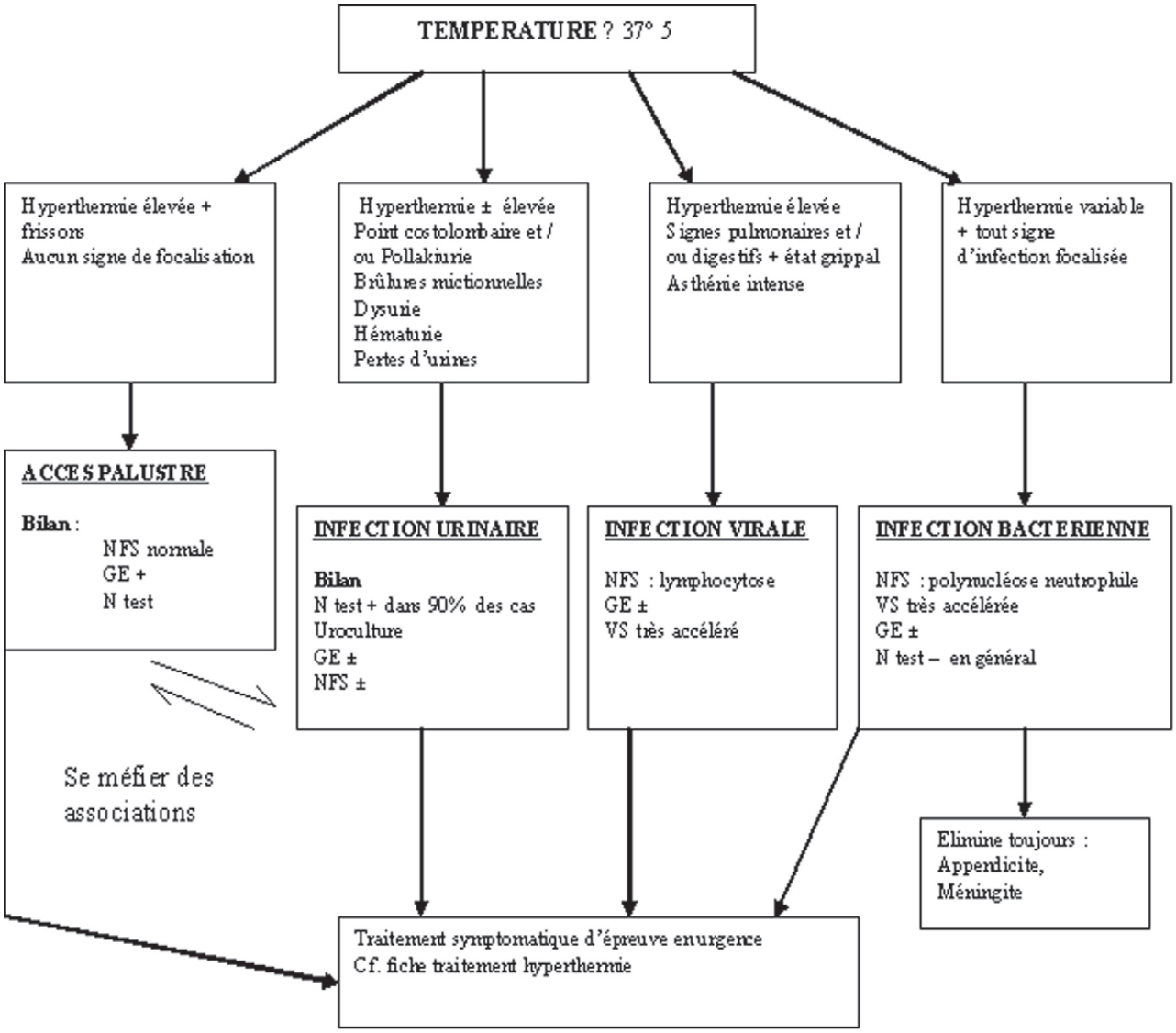
Splénomégalie, pâleur conjonctivale, etc.

Paludisme grave:

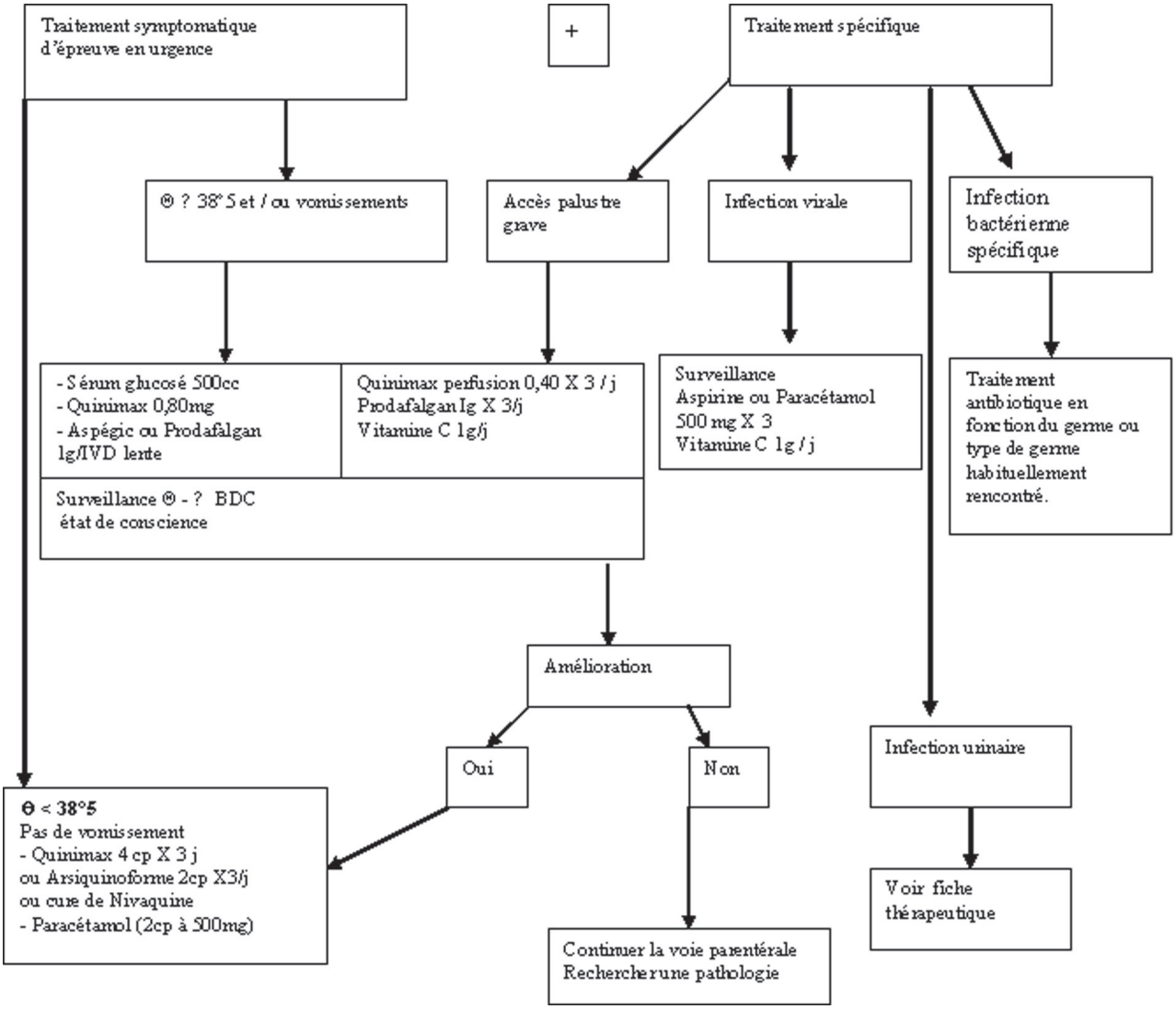
Il est défini par la présence de forme sexuée de P.falciparum dans le sang et d'une ou plusieurs des manifestations suivantes :

- Neuropaludisme : coma stades 2 et + ; convulsions généralisées et répétées

HYPERTHERMIE ET GROSSESSE

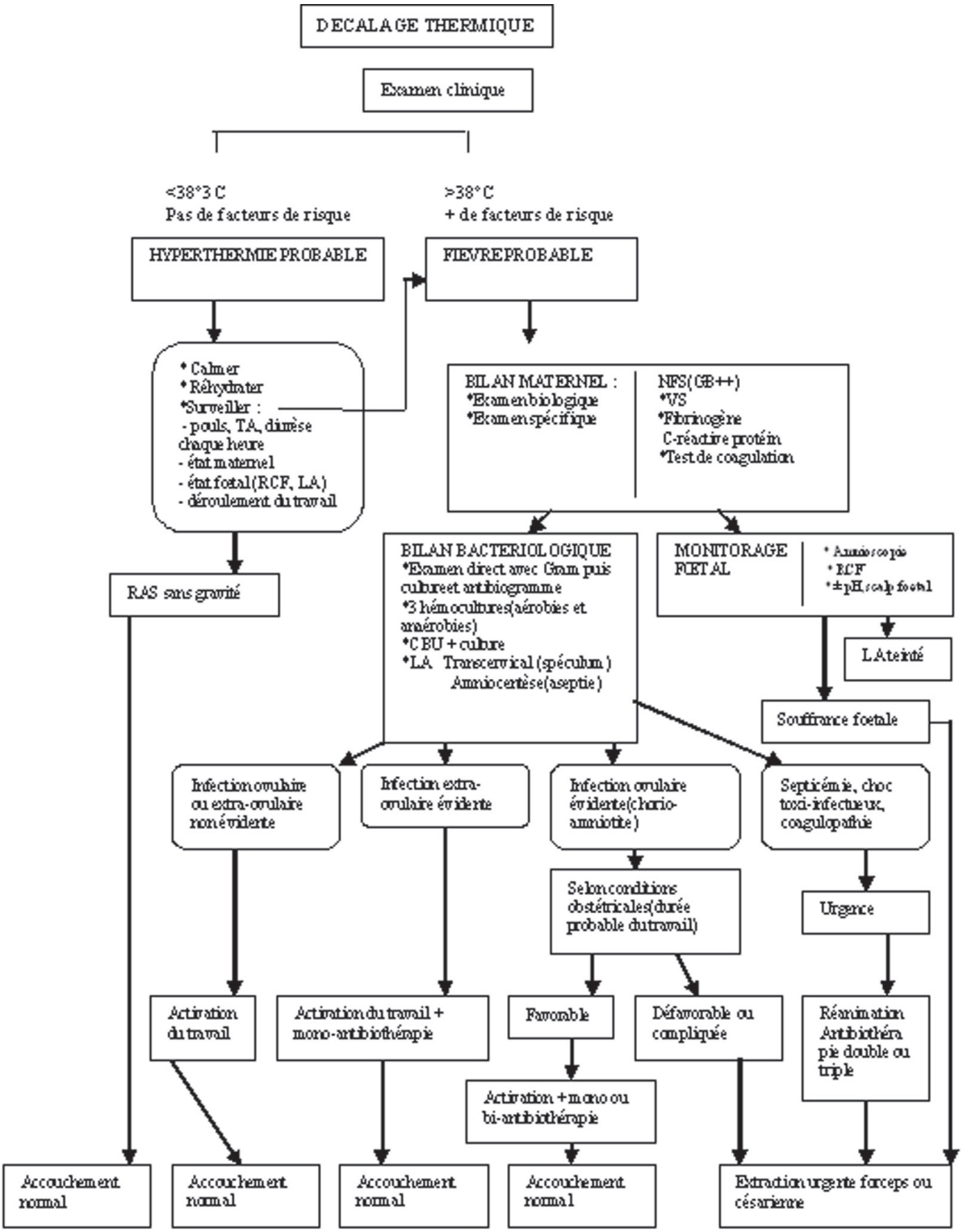


HYPERTHERMIE ET GROSSESSE



FIEVRE PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Conduite à tenir au cours du travail après 35 semaines



Souirce : Pratique de l'accouchement
J. LANSAC et Coll.

NOTES

- Anémie grave : taux d'hémoglobine<6g/100ml et/ou taux d'hématocrite < 20%
- Insuffisance rénale : diurèse <400ml/24h ; créatininémie >265 micromoles/l
- œdème pulmonaire
- hypoglycémie
- collapsus circulatoire
- hémorragie diffuse ou CIVD
- hémoglobinurie massive
- acidose sanguine : pH sanguin<7,25

Attention : l'absence de ces signes chez la femme enceinte ne présage pas de la gravité du paludisme

Autres manifestations contingentes ne suffisant pas à elles seules à définir l'accès grave :

- Obnubilation : coma stade I
- hyperthermie (température ≤ 41°C) ou hypothermie (température ≤ 36°C)
- ictère
- parasitémie élevée

Paraclinique :
Confirmation du diagnostic par :

- Goutte épaisse
- Frottis sanguin
- Tests rapides (pLDH, HRP, QBC, ICT, etc.)

Ne pas attendre la confirmation diagnostique pour démarrer le traitement présomptif

Diagnostic différentiel :
Il convient de discuter d'autres affections :

- Pyélonéphrite aiguë
- Fièvre typhoïde
- Méningite, encéphalites
- Hépatite aiguë
- Septicémie
- Appendicite aiguë
- Éclampsie, etc.

6.4 Traitement

Paludisme simple

(1) Au premier trimestre (<16 SA) :

* Quinine : 25 mg/kg/j à répartir en 3 perfusions de 500 ml de sérum glucosé 5% à passer en 4h chacune. (42 gouttes/mn).. (NB : Relais par quinine par voie orale dès que possible). Durée totale du traitement : 7 jours

* Traitement symptomatique :

- toute fièvre ≥ 38°C doit être rapidement traitée par un anti-pyrétique : paracétamol : 60mg/kg/j
- traitement anti-émétique si vomissements (métoclopramide 10 mg*3/j ou métopimazine 10 mg*3/j).

(2) A partir du 2ème trimestre (≥ 16 SA)

- Quinine (même protocole que ci-dessus).

Ou

- Artésunate (200mg) + Amodiaquine (600mg) pendant 3 jours.

Ou

- Arthémeter en une seule injection IM (3,2mg/kg le premier jour puis 1,6mg/kg/j de J2 à J6 inclus). Relai par voie orale dès que possible.

Ou

- Arthémeter associé à luméfantrine (combinaison orale).
- Traitement symptomatique (cf.ci-dessus).

Attention: Le traitement préventif intermittent doit être continué après la cure de l'épisode : 3cp de Sulfadoxine-Pyriméthamine en une prise ; Première prise à partir de la 16ème SA ou dès perception des premiers mouvements actifs du fœtus puis deuxième prise à partir de la 28ème SA).

- Les mesures physiques de protection doivent être recommandées : moustiquaires imprégnées d'insecticide, etc.

Paludisme compliqué

(1) Traitement antipaludique :

*Quinine injectable en perfusion (cf.ci-dessus mais remplacé le sérum glucosé 5% par le sérum glucosé 10%

(2) Mesures d'accompagnement :

- voie veineuse centrale ou, à défaut, deux voies veineuses périphériques
- sonde urinaire à demeure
- oxygénation : 6l/mn (au besoin, ventilation artificielle)
- rééquilibration hydroélectrolytique : Ringer lactate ou sérum salé isotonique selon l'état hémodynamique et ionique (en plus de la perfusion de quinine)
- anti-pyrétiques (cf. ci-dessus)
- anti-convulsivants si convulsions : sulfate de magnésie (cf. protocole) ou diazépam
- transfusion sanguine si anémie grave
- traitement de l'insuffisance rénal aiguë : diurétiques (furosémide : 20mg 3 fois par jour pour commencer sans dépasser 500mg/j), voire épuration extra-rénale
- tocolytiques si contractions utérines : salbutamol (5 ampoules de 0,5 mg en perfusion de sérum glucosé isotonique à 5% sur 24h) + antispasmodiques (phloroglucinol : 1 ampoule IVD toutes les 8h puis toutes les 12h). Relais par voie orale dès que possible.

NOTES

NOTES

Attention: Le traitement préventif intermittent doit être continué après la cure de l'épisode : 3cp de Sulfadoxine-Pyriméthamine en une prise ; Première prise à partir de la 16ème SA ou dès perception des premiers mouvements actifs du fœtus puis deuxième prise à partir de la 28ème SA).

- Les mesures physiques de protection doivent être recommandées : moustiquaires imprégnées d'insecticide, etc.

INFECTIONS URINAIRES

6.1. Définition

Il s'agit d'une atteinte infectieuse de l'appareil urinaire qui peut se traduire soit par une cystite (infection basse), soit par une pyélonéphrite (infection haute). Elles sont parfois asymptomatiques : bactériurie asymptomatique

6.2 Problématique

La forme la plus grave est la pyélonéphrite qui peut compromettre le pronostic vital maternel. Les infections urinaires, symptomatiques ou non, peuvent se compliquer d'accouchement prématuré, d'avortement, ou de mort fœtale.

6.3 Diagnostic

Clinique :

- dysurie, pollakiurie, mictions impérieuses, douleurs lombaires à prédilection droite, vomissements, nausées
- fièvre,

Paraclinique :

Dépistage systématique par bandelette urinaire (test au nitrite, test de leucocyturie, etc.)

. ECBU obligatoire avec antibiogramme

6.4 Traitement (après prélèvement des urines pour ECBU):

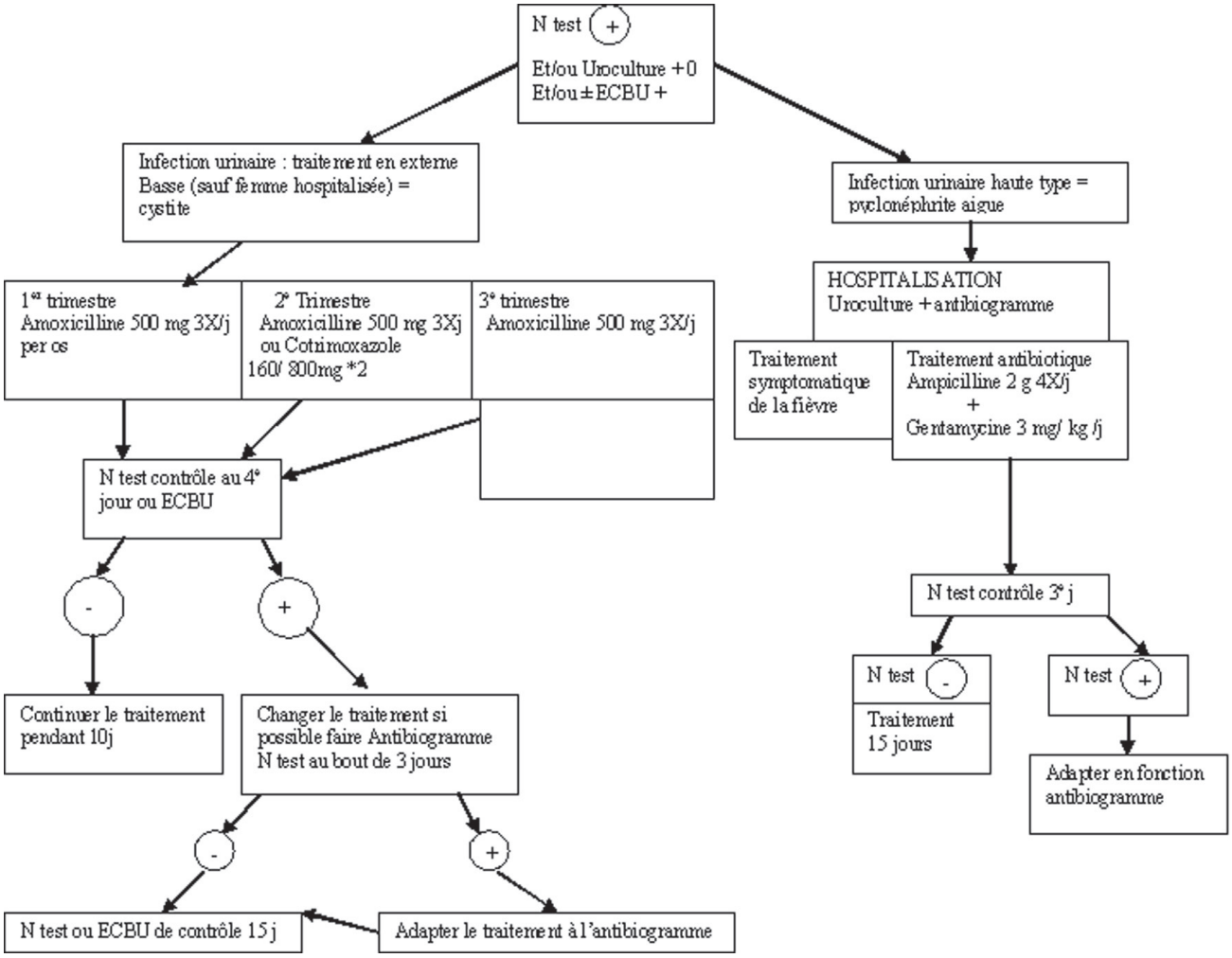
Cystite ou bactériurie asymptomatique :

- Amoxicilline: 500mg per os trois fois par jour pendant 3 à 5 jours puis adapter selon résultats de l'antibiogramme
- Cotrimoxazole : 160mg/800mg deux fois par jour pendant 3 à 5 jours

Pyélonéphrite

- Ampicilline 2g toutes les 6 heures en IV associé à 3mg/kg/j de gentamycine IM (une fois/jour) en attendant les résultats. Adapter en fonction de l'ECBU et de l'antibiogramme. Durée du traitement : ≥15 jours (arrêter gentamycine après 7 jours de traitement).

INFECTION URINAIRE



NOTES

INFECTION OVULAIRE

6.1 Définition

C'est une colonisation bactérienne de l'œuf survenant le plus souvent après une rupture prolongée des membranes (au-delà de 6 heures).

6.2 Problématique

Elle est à l'origine de complications maternelles et fœtales graves :

- o Chez l'enfant : mort fœtale, pneumopathies, septicémies, méningites, etc.
- o Chez la mère : septicémie, choc septique, endométrite, péritonite.

Attention : il s'agit d'une urgence obstétricale avec indication impérative d'évacuation utérine.

6.3 Diagnostic

Clinique :

- écoulement vaginal fétide, léger saignement vaginal ,
- fièvre, frissons
- . douleurs abdominales
- ,tachycardie fœtale.

Paraclinique :

- Examen bactériologique du liquide amniotique (EBLA) et antibiogramme
- NFS, CRP

6.4 Traitement :

Médical:

- ♦ Ampicilline 2g toutes les 6 heures en IV associé à 160 mg/j de gentamycine IM en attendant les résultats. Adapter en fonction de EBLA et de l'antibiogramme. Durée du traitement : ≥15 jours.

Métronidazole 500 mg toutes les 12 heures en perfusion

Obstétrical: Préférer l'accouchement par voie basse.
Transfert obligatoire du nouveau-né en néonatalogie.

ENDOMÉTRITE

6.1 Définition

C'est l'infection de la muqueuse utérine. Elle peut survenir après un accouchement.

6.2 Problématique

Elle est liée souvent aux conditions d'accouchement. Son évolution peut être émaillée de complications graves voire mortelles.
Elle peut entraîner des séquelles telles que l'infertilité secondaire.

Clinique :

- fièvre, frissons
- douleurs abdominales
- lochies purulentes et fétides,
- distension abdominale
- utérus douloureux à la mobilisation
- mauvaise involution utérine
- saignement vaginal

Paraclinique:

- NFS
- CRP
- Examen bactériologique des lochies. (EBL)

6.4 Prise en charge:

Ampicilline 2g toutes les 6 heures en IV associé à 160 mg/j de gentamycine IM en attendant les résultats. Adapter en fonction de l'EBL et de l'antibiogramme. Durée du traitement : ≥15 jours.
Métronidazole 500 mg toutes les 12 heures.
Ergométrine : 0,2 mg IM 2 fois par jour ou 20 gouttes per os 3 fois par jour pendant 6j

Si état de choc, transférer la malade en réanimation

Attention: pour minimiser les risques d'endométrite, utiliser systématiquement des gants stériles dès que la rupture prématurée des membranes est suspectée et appliquer toutes les mesures de prévention des infections.

PATHOLOGIES MAMMAIRES

Mastite

6.1 Définition : infection de la glande mammaire

6.2 Problématique : c'est une pathologie fréquente, dont l'impact sur l'allaitement du nouveau-né n'est pas négligeable (la douleur peut gêner la mère et lui faire arrêter l'allaitement).

- Clinique : signes d'inflammation (douleur, rougeur, chaleur, tuméfaction)
- Paraclinique : peu spécifique.

- Cloxacilline 500mg en quatre prises journalières per os pendant 7 à 10 jours

Ou

- Erythromycine : 500mg per os 3 fois par jour pendant 10 jours
- Acide acétylsalycilique : 1 g 3 fois par jour
- Compresses humides entre les tétées.

Attention: l'allaitement ne doit pas être interrompu.

NOTES

NOTES

ABCÈS DU SEIN

6.1 Définition

Collection purulente constituée au niveau de la glande mammaire.

6.2 Problématique

Complication assez fréquente, surtout en cours d'allaitement. Elle est souvent l'aboutissement ultime de la mastite.

6.3 Diagnostic

Il est clinique :

- douleur lancinante, chaleur
- fièvre
- fluctuation (lorsque la collection n'est pas profonde).
- Signe de Budin (expression du lait sur la compresse : le pus reste sur la compresse en laissant une tâche jaunâtre)
- Parfois fistulisation spontanée avec écoulement de pus par un orifice externe.

6.4 Prise en charge thérapeutique

Médical :

- Cloxacilline 500mg en quatre prises journalières per os pendant 7 à 10 jours

Ou

- Erythromycine : 500mg per os 3 fois par jour pendant 10 jours
- Acide acétylsalycilique : 1 g 3 fois par jour
- Compresses humides entre les tétées.

Chirurgical :

- Drainer l'abcès avec méchage par compresse.

Attention: l'allaitement ne doit pas être interrompu. L'allaitement se fera avec le sein controlatéral

MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE (MAP)

1- Définition

Survenue de contractions utérines du travail d'accouchement entre 28 et 37 SA soit 6 mois et 8 mois de grossesse (24 SA dans les pays avancés).

2- Problématique

La prématurité est une des causes principales de mortalité néonatale et un facteur important de séquelles.
La prise en charge du prématuré étant relativement difficile, il est important de mettre l'accent sur la prévention de la prématurité par la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré '' Le meilleur incubateur est le ventre maternel''.

3- Diagnostic d'une MAP

Contractions utérines sensibles ou douloureuses de fréquence régulières (toutes les dix minutes)
Survenant entre 28 et 37 SA (intérêt d'une dotation précise de la grossesse = échographie avant 20 SA)

Associations de signes comme :

- Pertes de glaire
- Metrovragies
- Pertes de liquide

A l'examen :

Objectivation des CU (Tocographie)

Modifications du col utérin et du segment inférieur au toucher vaginal

4- Prise en charge thérapeutique

- **Hospitalisation**

Critères d'hospitalisation

- Terme > 24 SA et < 34 SA
- Contractions utérines régulières et échographie du col montrant un col ayant un accolement des berges internes < à 26 mm (voire test à la fibronectine positif) ou, en l'absence de contractions utérines, échographie du col montrant un accolement des berges internes < à 20 mm.
- Contractions utérines régulières et douloureuses malgré la prescription d'un protocole Adalate® ou Salbutamol per os..

NOTES

NOTES

4.1- Surveillance

- MA, contractions utérines, pertes vaginales, métrorragies
- T°, pouls, TA

4.2- Explorations

- PV, BU, ECBU, à renouveler 1 / semaine
- NFS, CRP, à renouveler 1 / semaine
- Ionogramme sanguin
- Sérologies à vérifier, 2 cartes de groupe dans le dossier
- ERCF
- Echographie du col
- Echographie par voie abdominale (présentation, biométrie, vitalité, placenta)

4.3- Schéma thérapeutique

- Repos
- Tocolyse 48h + / -
    - Salbumol® (Salbutamol) (attention aux contre indications) si échec du protocole Adalate®
- Maturation pulmonaire : Célestène® chrono-dose (bétaméthasone) 12 mg soit 2 amp. en IM à renouveler une fois à 24 heures d'intervalle à partir de 24 SA si modifications cervicales échographiques jusqu'à 34 SA (2 cures maximum)
- Pas de contention
- Information des patientes sur les risques de la prématurité (pédiatre de garde)
- Pas d'antibiothérapie en systématique : à adapter secondairement aux prélèvements bactériologiques

NB : En cas d'accouchement prématuré, prévoir une hystérographie 3 à 6 mois après l'accouchement et un prélèvement vaginal à la recherche d'une vaginose bactérienne au début d'une grossesse ultérieure.

NOTES

NOTES

NOTES

7. PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU NE

1. SOINS ESSENTIELS AU NOUVEAU NE

• **Soins essentiels au nouveau-né *(à la naissance)***

7.1 Définition

Soins donnés à tout nouveau-né « normal » à la naissance pour optimiser ses chances de survie

7.2 Problématique

- La pratique systématique des soins essentiels est peu courante. Ce qui engendre des conséquences graves responsables de morbidité et mortalité néonatales

7.3 Recommandations

1. Clamper, couper le cordon avec des instruments stériles

2- Sécher et stimuler

- Recueillir le bébé dans un linge propre et chaud
- Sécher immédiatement tout le corps de l'enfant sans oublier la tête et les membres
- Le stimuler en frottant son corps
- Changer la serviette mouillée

INDICE D'APGAR

Notation	*0*	*1*	*2*
Rythme cardiaque	Nul	< 100 bpm	≥ 100 bpm
Réflectibilité à la plante du pied	pas de réponse	petit mouvement avec faible cri	mouvement net et cri avec cri vigoureux
Respiration	absente	flexion modérée des extrémités	bonne flexion des extrémités
Tonus musculaire	inertie	téguments roses avec extrémités bleues	téguments uniformément roses
Couleur de la peau	bleue ou pâle		

3- Evaluer le score d'APGAR : 1ère et 5ème minute

Encadré score d'Apgar

4 – Conclure l'état du nouveau-né sur la base du score d'Apgar

- Si Apgar < 7, réanimer immédiatement (cf éanimation du nouveau-né).

5 – Garder le nouveau- né au chaud

- Environnement chaud dès la naissance et pendant les soins (contact peau à peau avec sa mère, serviette, couverture, table chauffante).
- Attention aux courants d'air ++
- Prendre la température toutes les heures pendant les 3 premières heures.

6 – Donner un bain tiède (37°C environ)

- Pas systématique sauf chez enfant né de mère VIH+

7 – Initier l'allaitement précoce dans la première heure de vie
- Aider la mère à donner le sein selon la position choisie
- Si l'enfant est né d'une mère VIH+, tenir compte du choix du mode d'alimentation par la mère.

8 – Donner les soins oculaires
- Nettoyer les yeux (compresses ou tissus propres)
- Collyre ou pommade anti microbien (gentamycine collyre)

9 – Administrer la Vit K1 : 1 mg/kg en IM ou per os.(3 gouttes/kg pour la forme orale)

10 – Soins ombilicaux
- Nettoyer avec une solution antiseptique (éosine aqueuse, alcool 70°)
- Mettre une compresse stérile de protection
- Le bandage n'est pas systématique

2. URGENCES NEONATALES EN SALLE D'ACCOUCHEMENT

ASPHYXIE PÉRINATALE

7.1 Définition
C'est un apport insuffisant d'oxygène aux organes, avant, pendant ou immédiatement après la naissance.

7.2 Problématique
-2ème cause de mortalité au cours du premier mois de vie => 24%
- Risque élevé de séquelles neuro-sensorielles graves
- Absence d'espace nouveau-né
- Insuffisance/absence de matériel
- Insuffisance de personnel qualifié et/ou compétent

7.3. Diagnostic
- Score d'Apgar ≤ 3 (cf.encadré ci-dessus)

7.4 Prise en charge (cf. réanimation du nouveau-né, p.52)

Recommandations
- S'assurer que le matériel de réanimation néonatale est disponible et fonctionnel
- Appliquer une technique correcte de ventilation et de massage cardiaque externe
- Assurer une bonne surveillance post-réanimation (fréquence respiratoire, fréquence cardiaque, glycémie capillaire, température, saturation en O^2, tension artérielle).

INFECTION NEONATALE PRECOCE (0-7 J)

7.1 Définition:

NOTES

NOTES

C'est l'ensemble des manifestations consécutives à la pullulation d'agents infectieux chez le nouveau-né de 0 à 7 jours.

7.2 Problématique:

- Première cause de mortalité néonatale: 41% de décès
- Mesures préventives non appliquées
- Prédisposition à l'infection (incompétence immunologique du nouveau-né à terme et immaturité du système immunologique du prématuré).

7.3. Diagnostic

- arguments anamnestiques ;
  - infection maternelle au cours du dernier trimestre
  - rupture prématurée des membranes
  - travail prolongé
  - liquide amniotique fétide
  - prématurité inexpliquée

- arguments cliniques :
  - tout enfant qui va mal :
    - hypothermie
    - hyperthermie
    - troubles neurologiques : incapacité de têter, hypotonie, adynamie, convulsions, mouvements anormaux
    - troubles respiratoires : bradypnée, polypnée, apnée, pause respiratoire, signes de lutte (battement des ailes du nez, tirage inter-costal, entonnoir ou dépression xyphoïdienne, geignement expiratoire, balancement thoraco-abdominal), cyanose
    - troubles digestifs : diarrhée, vomissements, ictère, météorisme abdominal
    - lésions cutanées : bulles, papules, pustules, macules
- arguments paracliniques :
  - prélèvements bactériologiques à la naissance :
    - prélèvements au niveau des orifices (<12h de vie): conduits auditifs externes, liquide gastrique. (prélèvements sans intérêt après 12h de vie)
    - LCR, hémoculture, ECBU
  - Prélèvements biochimiques : CRP (sans intérêt avant la 12ème heure de vie)
  - Prélèvements hématologiques : NFS

7.4 Recommandations pour le traitement

- Appliquer les précautions standards et règles d'hygiène au cours de la grossesse, pendant l'accouchement et chez le nouveau-né
- Assurer le dépistage et la PEC correcte des infections chez la femme enceinte
- Traiter toujours l'infection bactérienne du nouveau-né par une bi-antibiothérapie (parfois tri) par voie

parentérale (bêtalactamines + aminosides (choix en fonction de l'écologie bactérienne locale):
Possibilité 1: amoxicilline (100 à 200 mg/kg/j à répartir en 3 injections IVD) + gentamycine (3mg/kg/j en une injection IM)
Possibilité 2 : assocation céphalosporine de 3ème génération en IV {céftriaxone (100 mg/kg/j en une seule injection)/céfotaxime (200 mg/kg/j en 3 injections)}
+ gentamycine (3mg/kg/j en une injection IM)
Durée du traitement : 7 à 10j sans atteinte méningée. Si atteinte méningée jusqu'à 21 jours (sans excéder 7j pour la gentamycine).

3. AUTRES URGENCES NEONATALES PRECOCES

PRÉMATURITÉ

7.1 Définition

C'est une naissance viable avant la 37ème semaine révolue de gestation.

7.2 Problématique

- Fréquence **élevée:** environ 15% en Afrique sub-saharienne.
- 3ème cause de mortalité néonatale en Afrique (23%) .
- Immaturité de tous les organes => morbidité élevée.
- Risque de séquelles psychomotrices et sensorielles.
- Cadre inadapté à la prise en charge
- Ressources (équipement et personnel qualifié) insuffisantes.

7.3. Diagnostic

- Terme < 37 SA.

Encadré sur critères prématurité

7.4 Recommandations pour le traitement

- Appliquer une technique adéquate pour l'alimentation : gavage gastrique progressif et prudent : lait maternel ou substitut de lait maternel (cf. fiche technique ou encadré)
- Prévenir systématiquement l'hypothermie (couveuse, méthode Kangourou, habits chauds)
- Prévenir troubles métaboliques (hypoglycémie, hypocalcémie) et infections (Attention ! lavage systématique des mains avant et après la manipulation du prématuré).

CRITERES DE PREMATURITE

Age gestationnel (semaines)	Poids (g)	Taille (cm)	Périmètre crânien (cm)	Surface corporelle (m^2)
28	1 100	36	26	0,10
32	1 800	40	29	0,13
36	2 500	45	32	0,17

Les mensurations sont en fonction de l'âge gestationnel

		Avant 36 semaines
Vernix		Epais et diffus
Aspect cutané		Peau transparente avec nombreuses veinules sur l'abdomen
Lanugo		Disparition progressive
Consistance de la peau		Fine
Striation plantaire		1 ou 2 plis au 1/3 antérieur
Cheveux		Laineux, cornes frontales non dégagées
Pavillon de l'oreille		Pliage, cartilage absent
Diamètre mamelonnaire		2 mm
Organes génitaux externes	Fille	Grandes lèvres très distantes, clitoris saillant
	Garçon	Testicules en position haute à la sortie du canal inguinal, scrotum peu plissé

Critères morphologiques de maturation en fonction de l'âge gestationnel.

NOTES

LA SOUFFRANCE FŒTALE AIGUE

1- Définition

Altération inattendue de l'état u fœtus caractérisée par un ralentissement (inférieur à 100 battements par minute) ou une accélération (supérieur à 180) de rythme cardiaque.
Présence de méconium dans le liquide amniotique en phase de latence active ou d'expulsion

2- Problématique

Il s'agit du versant obstétrical de toute la pathologie néonatale.
La souffrance fœtale aiguë réclame une intervention d'urgence de l'obstétricien pour éviter une mort fœtale ou une souffrance néonatale grave.
Il convient de reconnaître et de corriger les facteurs favorisants.

3- Eléments de diagnostic

- Auscultation régulière des bruits cardiaques fœtaux, toutes les 15 minutes (ralentissement inférieur à 120 et accélération supérieure à 160 constituent les premiers signes d'alarme.
- Surveiller l'état maternel
- Surveiller la couleur du liquide amniotique

4- Eléments de prise en charge

- Placer en décubitus latéral gauche
- Oxygéner
- Le cas échéant : arrêt immédiat de la perfusion de Syntocinon
- Accouchement rapide (épisiotomie, ventouse / forceps, césarienne)

ICTERE

7.1 Définition
C'est une coloration jaune des téguments et des muqueuses due à l'hyperbilirunémie.

7.2 Problématique
- Fréquence élevée: 50% chez NN à terme et 80% chez le prématuré.
- Ictère commun (physiologique du NN; ictère du prématuré).
- Ictère pathologique.
- Moyens thérapeutiques de l'ictère non disponibles (appareil de photothérapie; exsanguino-transfusion).
- Risque d'ictère nucléaire : encéphalopathie hyperbilirubinémique

7.3 Diagnostic (essentiellement clinique)
- Ictère physiologique (ne pas l'explorer) : ictère nu, peu intense, apparu après 48h de vie chez NN à terme et qui dure moins d'une semaine.
- Ictère pathologique :
  - précoce (<48h) ou prolongé (>10j)
  - associé possible à : hépatomégalie, signes d'infection ou anémie.

Examens complémentaires :
- Taux de bilirubine libre et conjuguée
- Recherche d'un incompatiblité foeto-maternelle : groupage et rhésus (mère et nouveau-né)
- Tests de Coombs direct et indirect

7.4 Recommandations pour le traitement
- Réduire l'hyperbilirubinémie libre :
  - phénobarbital : 10mg/kg IM en une fois (à renouveler si besoin après 48h)
  - Photothérapie
  - exsanguino-transfusion).
- Traiter la cause.

LA SOUFFRANCE FŒTALE AIGUE

REANIMATION NEONATALE EN SALLE DE NAISSANCE

7.1 Définition
Soins spécifiques d'urgence (Réanimation) :
l'ensemble des mesures d'urgence destinées à aider le nouveau-né dans son effort d'adaptation à la vie extra-utérine

7.2 Problématique
- Non disponibilité de matériels
- Insuffisance de personnel qualifié
- Insuffisance de compétence au niveau du personnel existant

NOTES

NOTES

7.3 Recommandations

Les actes suivants doivent être réalisés dans cet ordre chronologique :

1) Lutte contre l'hypothermie :

Mettre sous lampe chauffante ou radiante préchauffée
Essuyer avec un linge sec et propre, si possible stérile.

2) Libération des voies aériennes supérieures

Mettre l'enfant en position de décubitus dorsal, tête légèrement déclive, cou en extension modérée
Aspirer la cavité buccale : sonde enfoncée à 3-5 cm plusieurs fois possibles avec sonde n°8
Aspirer les fosses nasales : sondes n°6 ou 8, en position verticale et en direction antéro-interne ; l'aspiration se fait 1 ou 2 fois seulement et au moment du retrait de la sonde (sinon risque d'œdème traumatique des fosses nasales)

3) Ventilation au masque

Indication : autonomie respiratoire insuffisante
Position de l'enfant : extension modérée du cou sur le tronc
Opérateur vers la tête du nouveau-né, ballon dans la main droite pour les droitiers
Position masque : doit couvrir le menton, la bouche et le nez, maintenu par le pouce, l'index et le majeur.
Appliquer le masque facial en commençant par le bas.
Fréquence : 40 – 60 cycles /mn
Pression : 30 cm (si manomètre disponible)
Efficacité : appréciée par les mouvements thoraciques et par le murmure vésiculaire bilatéral à l'auscultation.
Contre indication à la ventilation au masque : inhalation du liquide amniotique méconial, hernie diaphragmatique. Dans ces cas : intuber, aspirer puis ventiler

4) Massage cardiaque externe (MCE)

Indication : Fréquence Cardiaque inférieure à 60 batt/mn après 30 secondes de Ventilation efficace au masque
Position des 2 opérateurs
- À la tête pour celui qui ventile
- Latéralement pour celui qui pratique le MCE

Technique : Thorax empaumé avec 2 mains
Deux pouces placés soit l'un sur l'autre ou l'un à côté de l'autre sous la ligne inter- mamelonnaire
Fréquence : 120 /mn (3 pressions /1 insufflation)
Contrôle efficacité : pouls périphériques perçus (fémoraux, vaisseaux ombilicaux)

5) Intubation

Indications : nécessité de prolonger la ventilation manuelle ou inefficacité de la ventilation au masque
Sondes en fonction du poids de l'enfant
- < 2,500 g : n° 2,5
- 2500 – 3500 g : n° 3
- >3500 g : n° 3,5

 Repère au niveau de l'aile du nez: 7 cm + 1cm/kg
Positions de l'enfant : décubitus dorsal cou légèrement défléchi
Introduire la sonde d'intubation trachéale dans une des narines et faire coulisser comme une sonde d'aspiration
Mettre en place le laryngoscope par la bouche. Tenir le laryngoscope par la main gauche, refouler la langue vers la gauche pour voir la luette
Charger l'épiglotte : ce qui permet d'exposer la glotte
A l'aide d'une pince de Magill, tenir l'extrémité de la sonde, enfoncer entre les cordes vocales
Retirer le laryngoscope, maintenir la sonde au ras du nez. Placer la sonde au repère correspondant (7 + 1cm /kg)
Fixer avec un sparadrap,
Ausculter les champs pulmonaires pour vérifier la bonne position : perception des murmures vésiculaires de façon symétrique

6) Ventilation artificielle sur tube
Avec un ballon auto gonflable type ambu bébé (manuelle)
Le transfert vers le service de néonatologie devra se faire sous respirateur

7) Mise en place d'un cathéter veineux ombilical
Asepsie rigoureuse ++
Désinfection région péri ombilicale
Gants stériles
Champ troué
Instruments petite chirurgie
Repérage de la veine (qui est plus large que les 2 artères), à l'aide d'une pince
Introduire le cathéter jusqu' à ce que le sang remonte librement

* si résistance, arrêter et essayer à nouveau
S'assurer d'un bon reflux
Fixer à l'aide d'un fil de suture
Placer la perfusion (SG 10 %)

8) Médicaments
a) Adrénaline 1 mg = 1 cc + 9 cc SSI = 10 cc
Adrénaline 0,5 mg = 1 cc + 4cc SSI = 5 cc
Adrénaline 0,25 mg = 1 cc + 1,5 cc = 2,5 cc
 0,3 ml / kg IT toutes les 5 mn
 0,1 ml / Kg IV toutes les 5 mn
Indications : Fréquence cardiaque < 60 / mn

b) SG 10 % (per os : 3 à 5 cc par SNG en l'absence de voie veineuse ou 3 ml Kg / h en perfusion continue)
Indications : prévention ou traitement de l'hypoglycémie
Jamais : SG 30 % (osmolarité++)

c) Bicarbonate 42 pour 1000 (1 amp = 10 ml) ; dose : 2 – 4 ml/kg en IVD
Indication : tamponner acidose après arrêt circulatoire > 3 – 5 mn

NOTES

NOTES

En Pratique

Apgar < 3 : Etat de mort apparente

- Libérer les voies aériennes supérieures
- Ventilation au masque à l'O2 pur
- Massage Cardiaque Externe
- Intubation + ventilation

Apgar 4 – 6

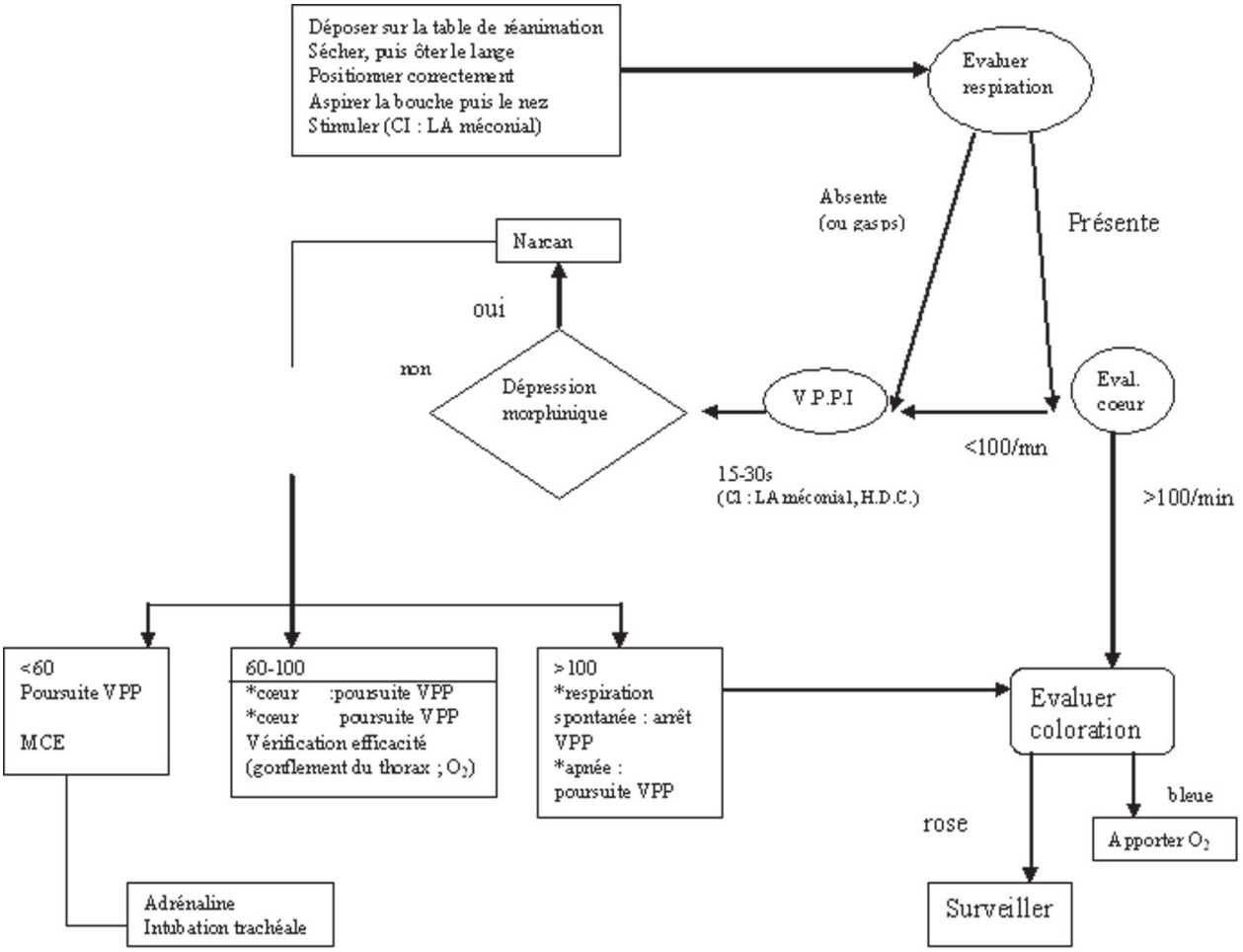
- Libérer les voies aériennes supérieures
- Eventuellement ventilation au masque à l'O2 pur sauf si contre indications
- Evaluer le score d'Apgar à 3, 5, et 10mn
- Surveiller les fonctions vitales

Apgar > 7

Cf. Soins essentiels.

ALGORITHME DE LA RÉANIMATION EN SALLE DE NAISSANCE

(D'après R.S. Bloom et C. Cropley.)



LE CHOC

VERITABLE URGENCE – AUCUN RETARD AU TRAITEMENT

Définition :

Déséquilibre, réversible ou non, entre le contenant (les vaisseaux sanguins) et le contenu (la masse sanguine) : « «il n'y a plus assez de liquide dans les vaisseaux sanguins ». D'où un manque d'apport de sang, et donc d'oxygène, dans les tissus qui, lésés, libèrent des substances toxiques, surtout acides (acidose).

Types de chocs :

1- Le choc hypovolémique : perte de liquides (diarrhées, vomissements, déshydratation) ou pertes de sang (hémorragies internes ou externes : choc hémorragique)
2- Le choc allergique (ou anaphylactique) : les vaisseaux ne se contractent pas, restent dilatés : c'est le choc vasoplégique.
3- Le choc cardiogénique : le cœur, défaillant, n'arrive plus à mobiliser la masse sanguine (insuffisance cardiaque décompensée, liée à un infarctus).
4- Le choc toxi-infectieux (ou septique) : plusieurs mécanismes conjoints : vasoplégie, (voir 2 ci-dessus), hypovolémie (1), décompensation cardiaque (3).

Signes du choc :

TA	Effondrée (< 80 / 60)
Pouls	Filant et rapide
Diurèse	Diminuée à nulle
Respiration	Rapide et superficielle
Peau	Transpiration ou moiteur
Extrémités	Froides et cyanosées
Etat général	Nausées, vomissements, soif intense
	Agitation, angoisse
	Somnolence, voire coma

Remarque :
Les examens complémentaires ne doivent pas faire retarder la prise en charge.

PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT DU CHOC :

VERITABLE URGENCE – AUCUN RETARD AU TRAITEMENT

Au niveau SONUB :

1- Libérer les voies aériennes (si nécessaire)
2- Installer l'abord veineux par 2 cathéters G16 ou G18
3- Surélever les pieds du lit (sauf en cas de choc cardiogénique)
4- Perfuser très rapidement (500cc en 15 minutes) Dextran, ou Ringer-Lactate, ou sérum salé 9‰ (sauf en cas de choc cardiogénique)
5- Surveiller :
   - le pouls, la TA (toutes les 15 min)
   - la température (3 fois / jour)
   - la fréquence respiratoire (toutes les 15 min)
   - l'état de conscience (toutes les 15 min)
   - la diurèse (toutes les heures)
   - les battements cardiaques fœtaux (toutes les 15 min)
   - contractions utérines, le cas échéant
6- Organiser la référence

Au niveau SONUC :

1- Appeler le médecin, et appliquer la conduite ci-dessus (SONUC)
2- Oxygéner
3- Sonde vésicale à demeure
4- Poursuivre le remplissage vasculaire par :
   - sang et dérivés
   - macromolécules (Dextran)
   - solutions (Ringer-lactate, salé 9‰)
   - bicarbonate 14‰ pour corriger l'acidose
5- Adrénaline 0,5mg en perfusion
6- Proparacétamol 1g en IV lente si nécessaire (Prodafalgan)
7- Antibiothérapie selon le cas
8- Traiter la cause
9- Surveillance : comme en SONUB. Surveillance de la perfusion :

Continuer à perfuser rapidement tant que la TA et le pouls restent stationnaires ou que la diurèse reste < 0,5cc/kg/heure.

Si la TA s'élève (maximale à 100mmHg)

- et si le pouls ralentit (< 100/min)
- et si la diurèse démarre (atteignant 0,5 à 1cc/kg/h), ramener le débit à 16 gouttes /min

Guetter l'apparition de râles pulmonaires d'encombrement, pour moduler les apports. S'ils apparaissent, arrêter le remplissage, administrer du furosémide (40mgIV) et faire appel au médecin.

REALISATION DE LA TRANSFUSION SANGUINE

Indications de la transfusion

La transfusion de sang ou de dérivés sanguins est généralement indiquée devant :

- une diminution de la production du sang ou de certains de ses éléments
- une augmentation de l'utilisation par destruction ou perte de certains éléments du sang
- un dysfonctionnement d'un composant spécifique du sang (hématies, plaquettes ou facteurs de coagulation)
- une hémorragie grave.

Groupage sanguin et compatibilité

Système ABO :
Les groupes sanguins sont déterminés dans le système ABO par la présence d'antigènes de surface sur les globules rouges et / ou d'anticorps dans le plasma de l'individu.

Les globules rouges portent 0, 1 ou 2 des antigènes possibles qui sont A et B. Le plasma contient 0, 1 ou 2 des anticorps possible qui sont Anti-A et Anti-B. Si l'individu possède sur ses globules rouges un antigène, il n'a pas dans son plasma l'anticorps qui s'y oppose. Cela détermine les 4 groupes possibles dans le système ABO, chaque groupe portant le nom du ou des antigènes présents à la surface de ses globules rouges.

Les 4 groupes sont :

- le groupe A (possède dans son plasma les anticorps anti-B)
- le groupe B (possède dans son plasma les anticorps anti-A
- le groupe AB (ni anti-A, ni anti-B) est dit receveur universel
- le groupe O (n'a ni A, ni B) est dit donneur universel

Pour étudier la compatibilité, on mélange directement la plasma du patient avec les globules rouges du donneur, pour vérifier que ne survienne pas une hémolyse due à un anticorps non détecté (voir fiche technique « test de compatibilité »).

Système Rhésus :

Les antigènes de surface Rh déterminent les groupes Rhésus négatif (absence de l'antigène Rh) et Rhésus positif (présence de cet antigène). Les sujets Rh- vont fabriquer des anticorps anti-Rh lorsqu'ils sont exposés à du sang Rh+. Cela ne pose pas de problème lors de la première exposition, mais une hémolyse apparaîtra lors des expositions ultérieures, provoquées par les anticorps circulants. Cela peut arriver au cours de la grossesse : la mère Rh- peut fabriquer des anticorps anti-Rh+ si le fœtus est Rh+. Les anticorps anti-Rh traversant le placenta, lorsqu'une mère Rh- a fabriqué des anticorps anti-Rh, ceux-ci passent chez le fœtus et une hémolyse fœtale massive va survenir. Elle peut être fatale pour le fœtus.
L'administration d'anticorps anti-Rh prévient la fabrication d'anticorps anti-Rh par le patient Rh-. Les anticorps anti-Rh doivent être administrés aux sujets Rh- recevant du sang Rh+, ou aux mères Rh- mettant au monde un nouveau-né Rh+ (des passages d'hématies fœtales vers la circulation maternelle surviennent en effet lors de l'accouchement). Les doses recommandées sont d'une dose (300µg / flacon) par 15 ml de sang Rh+ transfusé.

Complications des transfusions

Réactions transfusionnelles
Hémolyse aiguë

Signes : anxiété, agitation, douleurs thoraciques, lombalgies, céphalées, dyspnée, frissons, fièvre.

Conduite à tenir :

1- Arrêter la transfusion
2- Envoyer le sang transfusé et celui du patient au laboratoire, pour revérifier la compatibilité
3- Traiter l'hypotension, par remplissage et vasopresseurs, si nécessaire
4- Envisager l'administration des corticoïdes
5- Préserver la fonction rénale en maintenant une diurèse abondante (remplissage, furosémide, mannitol)
6- Rester vigilant quant à une éventuelle coagulation intra-vasculaire disséminée (CIVD).

Réactions transfusionnelles non hémolytiques :

Signes : anxiété, prurit, dyspnée modérée

Conduite à tenir :

1- Arrêter la transfusion
2- Si urticaire :
   - o ralentir la transfusion
   - o donner des antipyrétiques et des corticoïdes
3- Si antécédents de réactions fébriles ou allergiques post-transfusionnelles, administrer avant la transfusion des antipyrétiques (paracétamol 500mg) et un antihistaminique. _

Complications métaboliques des transfusions sanguines :

Hypocalcémie :
Due à la fixation du calcium par le citrate utilisé comme anticoagulant (pour conserver le sang).
Conduite à tenir : après 2 flacons de sang, injecter une ampoule de calcium en IV lente.

Complications infectieuses post-transfusionnelles :

- Hépatite virale B ou C
- VIH
- Infections bactériennes
- Paludisme post-transfusionnel

TEST DE COMPATIBILITE SANGUINE AU LIT DU MALADE (AVANT TRANSFUSION)

- Bien se laver les mains ou porter des gants
- Apprêter une plaque (ou papier bristol) et un capuchon d'aiguille
- Y déposer deux gouttes du sérum de la patiente, sérum issu du sang préalablement prélevé sur tube sec
- Y ajouter une goutte de sang à transfuser
- Mélanger l'ensemble sur le support
- Avoir une bonne source de lumière
- Faire balancer entre les mains pour détecter une éventuelle agglutination*
- Laisser reposer un peu (5min) et revoir encore
- Noter sur le papier bristol :
    - Les noms et prénom de la patiente
    - Le numéro du flacon transfusé
    - Le groupe du flacon transfusé
    - Les initiales de l'agent transfuseur
    - La date de la transfusion
- Laisser sécher et épingler le bristol au dossier
- Noter dans le dossier de la patiente la date de péremption du flacon
- Surveiller la patiente après le démarrage de la transfusion, à la recherche de prurit localisé ou non, d'urticaire, de douleurs, de frissons.

Résultats :

- Agglutination = incompatibilité : ne pas brancher et renvoyer le flacon à la banque de sang

- Pas d'agglutination du tout = sang supposé compatible : le brancher sans oublier de surveiller

- Doute = refaire le test.

ASPIRATION MANUELLE INTRA UTERINE

Matériel :

1- kit d'aspiration stérile
2- pince de Pozzi stérile
3- spéculum stérile
4- hystéromètre stérile
5- jeu de bougies de Heggar stériles
6- solution d'antiseptique
7- solution de savon tampons de compresses stériles.

Préparation de la patiente

1- Informer, rassurer, expliquer l'acte et ses diverses étapes, sans inquiéter
2- Faire vider la vessie
3- Faire la toilette cvulvo-périnéale
4- Faire une anesthésie para-cervicale (ou générale, si un technicien est disponible)

Préparation de l'opérateur :

1- Port du tablier
2- Lavage chirurgical des mains
3- Enfiler les gants

Procédure :

1- Badigeonner le périnée à la Bétadine
2- Poser le champ troué
3- Mettre en place le spéculum
4- Désinfecter le col et le vagin
5- Poser la pince de Pozzi sur la lèvre antérieure du col, horizontalement
6- Faire l'hystéromètrie
7- Dilater le col à la bougie de Heggar, si nécessaire
8- Adapter la canule à la source d'aspiration
9- Introduire la canule dans l'utérus jusqu'à buter sur le fond utérin
10- Déclencher le mécanisme d'aspiration
11- Réaliser l'aspiration en rasant chaque face de la cavité utérine avec la canule, par des mouvements de va-et-vient et de rotation, en orientant l'ouverture de la canule vers la paroi utérine
12- Poursuivre l'opération jusqu'à ce que l'aspirateur ne ramène plus aucun débris ; apparition de mousse rouge dans l'aspirateur
13- Retirer alors la canule puis la pince de Pozzi (un mors à la fois)
14- Vérifier l'écoulement sanguin résiduel jusqu'à tarissement
15- Désinfecter le col et le vagin
16- Retirer le spéculum
17- Mettre en place une garniture stérile
18- Mettre la patiente en position confortable
19- Administrer un utérotonique et un traitement antibiotique
20- Envoyer le produit à l'anapath (flacon avec formol 10%)

NB : Ne faire l'aspiration que si la grossesse a moins de douze semaines.

CURAGE DE L'UTERUS

Matériel :

- gants stériles
- antiseptique
- compresses stériles
- champ troué stérile
- tablier
- bassin de lit

Préparation de la patiente

- Informer la patiente, la rassurer, expliquer les étapes de ce que l'on va faire
- Faire vider la vessie
- Faire la toilette vulvo-périnéale à la Bétadine

Préparation de l'opérateur

- Port du tablier
- Lavage chirurgical des mains
- Enfiler des gants

Procédures :

- Démarrer d'abord l'antibiothérapie s'il a des signes d'infaction
- Spéculum : désinfecter le vagin et le col
- Gants mis, vulve désinfectée : mettre le champ troué stérile
- Introduire 1 ou 2 doigts dans la cavité utérine, selon l'ouverture du col
- Empaumer le fonds utérin de la main gauche
- Réaliser le curage en insistant sur le fonds utérin et les parois latérales de la cavité utérine
- Retirer les doigts une fois la cavité utérine libérée de tous les débris ovulaires en ramenant ces débris et les caillots à la vulve
- Faire la toilette vulvaire
- Mettre une garniture à la patiente
- Réinstaller la patiente
- Administrer un utérotonique
- Démarrer l'antibiothérapie si ce n'est déjà pas fait
- Décontaminer le matériel après l'intervention

CURETAGE

Matériel

- Boîte de curetage incluant :
  - Jeu de bougies de Heggar stériles
  - Spéculum stérile
  - Pince de Pozzi stérile
  - Curette (s) stérile(s)
  - Pince à mors en cœur
- Solution de savon
- Solution d'antiseptique
- Hystéromètre stérile
- Tampons de compresses stériles
- Une paie de gants stériles
- Tablier
- Champ troué
- Bassin de lit
- Un tabouret
- Une source de lumière

Préparation de l'opérateur : cf. Aspiration manuelle

Procédure

1- Badigeonner le périnée à la Bétadine
2- Poser le champ troué
3- Mettre en place le spéculum
4- Désinfecter le col et le vagin
5- Poser la pince de Pozzi sur la lèvre antérieure du col, horizontalement
6- Faire l'hystéromètrie
7- Dilater le col à la bougie de Heggar, si nécessaire
8- Introduire la curette dans l'utérus, très lentement, jusqu'à buter sur le fonds utérin
9- Faire le curetage en raclant chaque face de la cavité utérine, du fond utérin vers l'orifice cervical, par des mouvements de va-et-vient
10- Poursuivre l'opération jusqu'à ressentir sous la curette un crissement contre les faces utérines et apparition de mousse rouge à l'orifice cervical (signes que l'utérus est vide)
11- Retirer la curette puis la pince de Pozzi (un mors à la fois)
12- Vérifier l'écoulement sanguin résiduel jusqu'à tarissement
13- Désinfecter le col et le vagin
14- Retirer le spéculum
15- Mettre en place une garniture stérile
16- Mettre en place une garniture stérile
17- Mettre la patiente en position confortable
18- Administrer un utérotonique et un traitement antibiotique
19- Envoyer le produit à l'anapath (formol 10%)

NB : Ne retirer la curette qu'une fois l'opération terminée (utérus vide)

DELIVRANCE ARTIFICIELLE / REVISION UTERINE

Définitions :

1- Délivrance artificielle : extraction manuelle du placenta hors de l'utérus
2- Révision utérine : contrôle de la vacuité et de l'intégrité utérines

Indications :

1- Hémorragie de la délivrance, le placenta étant partiellement décollé, retenu ou incarcéré dans l'utérus
2- Non décollement placentaire après 30 minutes d'attente depuis l'accouchement
3- Utérus cicatriciel

Matériel :

1- Plateau stérile
2- Gants plastiques
3- Gants latex stériles
4- Antiseptiques
5- Antibiotiques
6- Utérotoniques
7- Sérum + vaccin antitétaniques
8- Compresses stériles
9- Book pour toilette vulvaire.

Protocole opératoire :

Maternité SONUB

1- Préparer physiologiquement la patiente (rassurer et mettre en confiance)
2- Mettre la patiente en position gynécologique
3- Faire un analgésique – Péthidine (Dolosal) si disponible
4- Respecter les règles d'asepsie, porter des gants stériles
5- Introduire les mains dans les voies génitales suivant le trajet du cordon
6- Empaumer de l'autre main le fond utérin et l'abaisser vers le pubis
7- Repérer l'insertion du placenta
8- Décoller le placenta du bord cubital de la main
9- Amener le placenta décollé en un seul mouvement
10- Compléter par une révision utérine : **NB : Ne pas insister si placenta accreta (placenta ne peut être décollé : il est incrusté dans l'utérus**)
    - o explorer le fond, les faces et les bords utérins
    - o contrôler la vacuité et l'intégrité de l'utérus
    - o administrer les utérotoniques et les antibiotiques
11- Nettoyer le périnée et le vagin à la bétadine
12- Faire la caccino-sérothérapie antitétanique
13- Etablir une fiche de surveillance et surveiller (TA, pouls, muqueuses, écoulement sanguin, température)
14- Organiser la référence en fonction de l'évolution des éléments de la fiche de surveillance.

Maternité SONUC

1- Adopter la même procédure
2- Commander le sang selon l'état de la patiente
3- Transfuser selon l'évolution de l'état général
4- Prendre connaissance de la fiche de référence
5- Prévenir le gynécologue
6- Vérifier les paramètres d'hémostase
7- Faire un examen sous valves
8- Faire un curetage si le col est fermé
9- Faire des examens complémentaires
10- Envoyer le produit pour examen anatomopathologique
11- Etablir une fiche de surveillance.

VENTOUSE OBSTETRICALE

Définition

C'est un instrument de traction sous vide destiné à extraire le fœtus, se présentant par la tête, en période d'expulsion.

Indications

- Souffrance fœtale tête à la vulve
- Arrêt de progression de la présentation à dilatation complète
- La présentation doit être céphalique, avec une tête bien fléchie.

Contre indications

- Prématurité
- Présentations : front, face, siège
- Bosse séro-sanguine

Incidents / Accidents

- Empreinte visible
- Excoriations du cuir chevelu
- Bosse séro-sanguine
- Céphalhématome
- Hémorragies cérébro-méningées
- Fracture de la voûte crânienne

Technique

- Vider la vessie
- Asepsie vulve / vagin
- Vérifier la position exacte de la présentation
- Recouvrir la table d'un champ stérile
- Protéger la vulve d'un champ troué stérile
- Porter des gants stériles
- Ecarter les lèvres de la vulve
- Introduire et appliquer la plus grande cupule que l'on peut utiliser facilement sur la tête fœtale (plan osseux) en évitant les fontanelles
- Mettre le doigt tout autour de la cupule pour éliminer une prise de parties maternelles
- Actionner la pompe
- Attendre une minute pour que la prise soit solide
- Exercer des tractions lors des contractions en suivant les axes du dégagement normal
- Dégager la tête fœtale
- Arrêter l'aspiration
- Terminer l'accouchement
- Si épisiotomie ou déchirures : réparer

GESTION ACTIVE DE LA TROISIÈME PÉRIODE DE L'ACCOUCHEMENT (GATPA)

Objectifs de la GATPA

1- Accélérer le décollement placentaire en augmentant fréquence et rythme des contractions utérines,
2- Diminuer les pertes de sang en réduisant l'hématome rétro placentaire physiologique,
3- Favoriser la rétraction utérine afin que les vaisseaux utérins puissent se collaber rapidement.

Technique de la GATPA

1- Injection d'un utérotonique

- Immédiatement après la sortie de l'enfant et après s'être assuré de l'absence d'un autre fœtus, injecter par voie IM 10 unités d'ocytocine.

2- Traction contrôlée sur le cordon

- Clamper le cordon avec une pince.
  - Stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut
  - Attendre une contraction de l'utérus
  - Tirer très doucement sur le cordon

3- Massage utérin

- Masser immédiatement le fond utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se contracte.
- Renouveler le massage utérin toutes les 15 minutes pendant deux heures.

4- Gestes Complémentaires à la GATPA

- Vérifier les voies génitales
- Réparer les lésions éventuelles
- Assurer une surveillance stricte dans le Post Partum :
  - Constantes : pouls, tension artérielle
  - Globe utérin
  - Saignement vaginal
  - État de la parturiente