

# Gynécologie et Obstétrique (Maternité)

---

Module 2

## Gynécologie

Anatomie

Physiologie

Détresse circulatoire

Fausse couche

Grossesse extra-utérine

## Maternité

Comprendre

Physiologie

Différents accouchements

Transport femme enceinte

Accouchement non immédiat

Accouchement immédiat

## Nouveau-né

# Gynécologie

---

## **Anatomie**

---

### Utérus

---

C'est un muscle, situé:

- au milieu du "bas ventre"
- derrière la vessie
- en avant du rectum

Il est creux, en communication en bas avec le vagin et sur les côtés et en haut avec les trompes.

Il a comme fonction de recevoir le futur bébé.

L'intérieur est tapissé d'une muqueuse dont l'épaisseur varie régulièrement.

Si elle ne reçoit pas un œuf, en fin de cycle, elle saigne, ce sont les règles.

### Ovaires

---

Ils sont au nombre de 2.

C'est une glande à double fonction.

Elles sécrètent des hormones sexuelles et produisent des ovules, dont un est expulsé chaque mois, au milieu du cycle (14ème jour).

### Trompes

---

Ce sont des conduits reliant l'utérus aux ovaires. Elles captent alternativement un ovule par mois.

### Vagin

---

Il fait communiquer le col de l'utérus avec l'extérieur.

## **Physiologie**

---

### Cycle menstruel

---

De la puberté à la ménopause, l'anatomie de la femme varie en fonction d'un cycle de 28 jours dont le début débute au premier jour des règles.

A chaque cycle l'ovaire produit un ovule (ovulation). S'il ne rencontre pas l'équivalent masculin (le spermatozoïde), il ne peut se fixer sur l'intérieur de l'utérus. Or celui-ci grâce à la sécrétion d'hormones avait gonflé pour se préparer à recevoir l'œuf.

Le taux d'hormone baisse et la muqueuse de l'utérus diminue entraînant un saignement. Ce sont les règles.

L'absence de règles s'appelle une aménorrhée.

### Fécondation

---

C'est la rencontre d'un ovule et d'un spermatozoïde.

Si le rapport sexuel a lieu pendant la période de fécondation de la femme (vers le 14ème jour du cycle) le spermatozoïde remonte le col de l'utérus jusqu'aux trompes où il rencontre l'ovule venant de l'ovaire.

La réunion de ces 2 cellules donne naissance à un œuf dont le développement conduit à un nouvel individu ressemblant plus ou moins aux parents. Il va se développer donnant 2 cellules, puis 4, puis 8...

Vers le 7ème jour, il se fixe sur le fond de l'utérus, afin d'être irrigué par les vaisseaux de la mère.

Les hormones maintiennent l'utérus en l'état. Il n'y a plus de règles. On parle d'aménorrhée.

## Grossesse

---

### 1er trimestre de la grossesse

L'œuf devient un embryon.

Vers la fin du deuxième mois, l'essentiel de sa forme est acquise.

Le placenta se développe, c'est une zone d'échange entre le sang de la mère et de l'embryon.

C'est un "véritable poumon".

### 2ème trimestre de la grossesse

Il devient fœtus.

Tous les organes sont constitués et vont se développer.

Il est relié à la mère, via le placenta par le cordon ombilical et est protégé par une poche remplie de liquide.

Le cœur et la circulation fonctionnent.

### 3ème trimestre de la grossesse

A partir de 6 mois le fœtus est viable, mais il se développe encore.

La durée de la grossesse est calculée en semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire à partir du premier jour des dernières règles.

Par ex 15 semaines d'aménorrhée correspondent à 15 semaines de grossesse.

La durée de la grossesse est de 9 mois soit 38 semaines.

Mais si on calcule en semaine d'aménorrhée cela fait 40 semaines.

Toute urgence du bas ventre nécessite la recherche d'une détresse circulatoire car la complication principale est l'hémorragie

- extériorisée pour la fausse couche

- interne pour la grossesse extra utérine (G.E.U.)

La GEU est de diagnostic facile associant douleur abdominale et retard de règles.

L'état circulatoire est variable: de normal à un état de choc majeur.

L'avis du centre 15 est indispensable.

## Révisions détresse circulatoire

---

Le médecin spécialiste s'appelle un gynécologue et le service d'hospitalisation: la gynécologie (souvent couplée avec la Maternité ou obstétrique d'où le nom: gynéco-obstétrique).

Attention, les urgences gynécologiques ne sont pas en général au même endroit que les urgences habituelles de l'hôpital.

Le risque majeur est l'hémorragie extériorisée (pour la fausse couche) ou interne (pour la GEU).

Tous les stades de la détresse circulatoire sont possibles: d'une tension normale voire élevée (par l'angoisse) à un collapsus (tension imprenable mais pouls carotidien présent en passant par une chute tensionnelle (Systolique entre 6 et 8 cm ou 60-80 mm).

## Bilan

---

### Ecoutez

J'ai soif

J'ai mal au ventre

Je saigne

J'ai la tête qui tourne

J'ai les oreilles qui sifflent

Je vais tomber dans les pommes

Je vais mourir (à ne pas prendre à la légère, il a souvent raison)

J'ai mal au ventre

Je suis enceinte

Je n'ai pas eu mes règles

### Observez

Pâleur

Respiration rapide

Sueurs

Marbrures genoux ou cuisse

Angoisse  
Bâillement  
Agitation, confusion  
Désorientation, Somnolence  
Hémorragie extériorisée: métrorragie

### Conscience

Toute anomalie circulatoire peut se répercuter sur le cerveau.  
Tout est possible: de la conscience normale à l'inconscience en passant par la désorientation ou l'agitation.  
Elle est conservée au début avec des bourdonnements d'oreilles, vertiges, sensation de soif et d'angoisse, puis dans les formes graves, la conscience s'altère rapidement après une phase d'agitation. Une convulsion est toujours possible.  
La soif est une réponse à la baisse de la quantité de sang dans les vaisseaux (Sang = plasma = eau ).  
Le bâillement est un signe d'ennui, de faim mais aussi de mauvaise perfusion du cerveau. Petit signe mais dans ce contexte signe de grande valeur !  
Attention aux malades agités. La relation avec un état de choc n'est pas toujours évidente...

### Pouls

Pouls normal  
Pouls périphérique filant ou absent, mais carotidien toujours présent  
Pouls supérieur à 100 /mn (tachycardie)  
Pouls inférieur à 50 /mn (bradycardie) (exceptionnel)

### Respiration

Elle peut être normale ou rapide (tachypnée)

### Tension

Elle est variable: haute, normale, basse, voire effondrée ou imprenable.

### Extrémités

Elles sont chaude ou froides, moites (sueurs) ou sèches

### Peau

Elle est de couleur habituelle ou plus pale voire rouge.  
La recherche de marbrures aux membres inférieurs est un plus.

### Temps de recoloration

Un petit signe intéressant: On appuie sur la peau, par ex au niveau du front. La zone blanche de la pression normalement se recolore rapidement. Ce qui n'est plus le cas, lors d'une détresse circulatoire.

### Couleur des conjonctives

En tirant un peu la paupière inférieure, on découvre une zone blanche avec des petits vaisseaux rouges.  
En présence d'une hémorragie importante, la zone est très blanche.

### Gestes

---

#### Alerter

Toute détresse circulatoire donne lieu à un appel au 15 pour bilan et avis

Rassurer, Réchauffer

Couverture isotherme

Ne pas faire boire malgré la soif

Le réchauffement est un confort pour le malade ou blessé et souvent réclamer, mais n'a pas prouvé son utilité.

#### Position

Elle est variable selon les circonstances et l'intensité du choc.

#### 1/2 assise

Pour certains il est recommandé d'éviter une position trop assise.

(Il faut que le sang puisse monter au cerveau)

#### A plat dos, cuisses repliées

Le plus classique ou légèrement assis

#### A plat dos avec jambes surélevées

En cas de détresse circulatoire majeure par hémorragie massive et de crainte d'un arrêt cardiaque, on peut surélever les 2 membres inférieurs à 90 °, mais attention ++, jusqu'à l'arrivée de soins médicaux, cette position doit alors être conservée !

## Oxygéner

Elle ne peut être que bénéfique.

Il s'agit d'une inhalation puisque la personne respire.

9 litres / mn est largement suffisant voir moins si la personne est mal à l'aise sous son masque.

## Surveiller

L'hémorragie interne ou extériorisée va continuer, il faut donc rester attentif.

La surveillance visuelle est indispensable et surtout permanente.

Déplacer avec précautions, et jamais de positions extrêmes du brancard

A tout instant la situation peut se dégrader:

- agitation ou somnolence puis inconscience
- tension imprenable
- arrêt circulatoire (difficilement récupérable)

Si ce n'est déjà fait, les 2 membres inférieurs sont mis à 90 ° et la position est maintenue tout en pratiquant par une autre personne le MCE.

## Fausse couche

---

C'est l'expulsion du fœtus avant le 6<sup>ème</sup> mois.

Elle est spontanée ou provoquée (avortement).

Il y a risque de saignement et de douleurs au bas ventre d'où l'hospitalisation pour un curetage (nettoyage de l'utérus) sous anesthésie.

Le saignement vaginal s'appelle une métrorragie. C'est une hémorragie extériorisée.

La personne sait qu'elle est enceinte ou il y a un retard de règles.

Le diagnostic est facile puisque la personne s'aperçoit du saignement.

On prendra les constantes habituelles: tension, fréquence respiratoire mais aussi recherche de pâleur (conjonctive, extrémités, lèvres).

Si l'hémorragie persiste et à bas bruit il y a alors risque de détresse circulatoire.

La personne sera rassurée, en position demi assise, les jambes légèrement fléchies.

Une oxygénothérapie est un plus et obligatoire en cas de détresse.

En aucun cas elle ne devra manger ou boire car une anesthésie générale sera peut être nécessaire.

Il faut rassurer.

On récupère caillots et débris pour analyse éventuelle.

Les constantes, principalement la tension artérielle sera prise à intervalles réguliers.

Même si le saignement semble abondant, il est rarement en quantité suffisante pour entraîner un état de choc majeure (contrairement à la GEU).

Ne pas confondre avec l'hémorragie de la délivrance qui survient après un accouchement.

## Grossesse Extra Utérine, G.E.U.

---

Il s'agit d'une urgence classique et bien réelle et relativement fréquente.

L'ambulancier peut se retrouver devant une détresse circulatoire plus ou moins importante.

Il faut donc bien connaître cette urgence et même si, en principe, il ne fait pas de diagnostic, le tableau est facile à reconnaître lorsqu'on y pense.

### C'est quoi ?

---

L'œuf vient se nicher dans la trompe plutôt que dans l'utérus, mais dès qu'il grossit, il est coincé ensuite la trompe éclate, se déchire et saigne abondamment.

Il y a donc risque d'hémorragie interne donc possibilité dans ce cas d'un état de choc.

### Les signes

---

Nous sommes en présence d'une jeune femme en activité génitale (susceptible d'avoir des enfants, mais ne sait pas forcément qu'elle est enceinte), avec un retard de règles, des pertes vaginales foncées et des douleurs au bas ventre.

Donc devant une personne pouvant avoir des enfants qui a un malaise et est pâle, quelques questions délicates sont à poser:

- douleur bas ventre ?
- retard de règles (date des dernières règles) ?
- quelques pertes vaginales rouge foncées ?

La personne doit rapidement consulter et une échographie confirmera ou non le diagnostic.

Dans ce cas elle sera opérée rapidement (d'où la nécessité de lui demander de rester à jeun).

Parfois la situation s'aggrave avec un collapsus hémorragique.

Tous les signes de la détresse circulatoire sont présents:

- soif

- bourdonnement oreilles, bâillement, tête qui tourne
  - angoisse, voire somnolence
  - pâleur
  - pouls rapide supérieur à 100 /mn (tachycardie)
  - chute tensionnelle
  - respiration rapide (tachypnée)
- extrémités froides

#### Attention

Tous les stades de GEU se rencontrent: que des signes locaux demandant une consultation rapide

- un petit malaise avec pâleur, douleur bas ventre et une tension correcte
- une vraie hypotension franche
- une situation dramatique avec pouls carotidien et absence de tension artérielle

## Que faire ?

---

### Forme mineure

Alerte au centre 15 et feu vert pour le transport

Il faut transporter au plus vite la personne 1/2 assise sans la faire marcher et la conduire aux urgences gynécologiques (qui sont souvent dans un lieu différent des urgences).

Aux heures ouvrables, il se peut qu'on demande de la diriger vers une consultation.

Il ne faut pas la faire boire même si elle a soif.

#### Conseil

Bien connaître au préalable, les procédures d'admission en gynécologie de votre hôpital de circonscription.

Insister pour une prise en charge IMMEDIATE et non pas déposer dans un coin

Une prise de sang rapide sera faite (groupe sanguin, NFS minimum)

Ne pas refuser le brancardage vers une salle d'échographie afin de confirmer au plus vite la geu et de quantifier le saignement interne

### Forme hémorragique moyenne

On alerte le centre 15 qui donne son feu vert ou non.

On allonge la personne très légèrement demie assise, cuisses fléchies

On donne de l'oxygène au masque à 9 l/mn

La personne a souvent froid, d'où une couverture isotherme.

Un réconfort est nécessaire

Les constantes seront régulièrement notées car une aggravation est toujours possible.

A l'hôpital, après la prise de sang la personne est dirigée vers la salle d'échographie avant d'aller au bloc opératoire (salle de réveil ou de déchocage)

### Forme hémorragique grave

Cette situation dramatique est exceptionnelle mais possible avec tension effondrée.

Les gestes précédents sont pratiqués avec en plus les jambes surélevées

Il s'agit d'une urgence extrême qui nécessite l'intervention du SAMU et le transfert directement au bloc opératoire.

## Maternité

---

### Accouchement : comprendre

---

Entre la 37 et 41 ème semaine, l'accouchement se déclenche et se déroule en 3 phases: travail, expulsion puis délivrance.

Si la parturiente est bien suivie et qu'aucune grossesse pathologique n'est dépistée, l'accouchement se déroule tout seul.

Dans le cas contraire, la personne accouchera dans une maternité spécialisée de type II ou III.

Le recours à une césarienne est parfois nécessaire.

### Physiologie

---

L'accouchement se déclenche à 9 mois, entre la 37 ème semaine et la 41 ème semaine d'absence de règles (aménorrhée).

Avant il s'agit d'un accouchement prématuré,

C'est l'ensemble des phénomènes qui aboutissent à la sortie du fœtus et du placenta de l'utérus de la mère.

Pour sortir du ventre de sa mère le bébé est chassé par l'utérus qui se contracte.

La plupart du temps tout se déroule naturellement.

Il faut donc "laisser faire les choses".

Tout se passe en 3 étapes:

- Le travail
- Période d'expulsion
- La délivrance

#### Le travail

Cette période est marquée par l'apparition de contractions utérines.

Elle s'étend sur plusieurs heures : 10 à 12 heures chez la primipare (1ère grossesse), beaucoup moins chez la multipare (plusieurs grossesses).

Ces contractions sont involontaires, intermittentes et rythmées.

Elles sont d'abord faibles et espacées toutes les 10 minutes environ.

Rappelons que le fœtus baigne dans un liquide stocké dans une enveloppe.

Lors de la poussée de l'utérus, les membranes se déchirent et le liquide amniotique sort par le vagin. C'est la "rupture de la poche des eaux".

Puis les contractions deviennent plus fortes, rapprochées et douloureuses. Cette modification avertit que la femme (parturiente), doit se rendre à l'hôpital.

#### Période d'expulsion

Elle est courte de 15 à 60 minutes. La tête commence à distendre la vulve.

Dans ce cas, il faut pratiquer l'accouchement sur place.

Les risques sont doubles:

- pour le nouveau-né : l'asphyxie et le refroidissement
- pour la mère: l'hémorragie après

Toute la tête de l'enfant, les épaules, puis les fesses et les membres inférieurs apparaissent.

L'enfant crie tout de suite. Il entraîne avec lui le cordon. Le placenta reste dans l'utérus. Il faut alors sectionner le cordon entre 2 pinces.

#### La délivrance

C'est l'expulsion par la vulve du placenta et des membranes dit annexes.

Il se décolle en général 15 à 30 minutes après la sortie de l'enfant.

L'utérus va se contracter pour ne pas saigner.

Il faut conserver le placenta pour que le médecin vérifie qu'il est complet. S'il en manque un morceau, la femme risquerait de saigner abondamment.

En principe le saignement se limite à moins de 500 ml. (Un surplus de sang dans la circulation sanguine a été fabriqué au dernier trimestre).

Si le saignement persiste, on parle d'hémorragie de la délivrance.

La situation peut devenir dramatique avec l'apparition d'une détresse circulatoire.

Il existe encore en France des mères qui meurent d'hémorragie incontrôlable ou pire mal prises en charge (mauvaise évaluation de la quantité de sang perdu, retard à la transfusion sanguine, retard à un acte chirurgical et/ou de radiologie interventionnelle).

Attention

Gravité de l'hémorragie de la délivrance avec risque d'état de choc

## Les différents accouchements

*Ce catalogue de catastrophes est signalé à titre d'information à la limite du programme.*

### Accouchement normal

Grâce à un suivi médical par une sage-femme et médecin obstétricien, l'accouchement doit se dérouler sans problème.

Des risques persistent comme:

#### - **procidence du cordon**

Le cordon sort en premier et fait garrot, asphyxiant le futur nouveau-né

#### - **circulaire du cordon**

Le cordon s'enroule autour du cou

#### - souffrance fœtale

Pour diverses raisons, le rythme cardiaque (enregistré sur le ventre de la mère se ralentit, nécessitant une césarienne

#### - **déchirure du périnée**

Afin de l'éviter une incision (épisiotomie) est pratiquée

#### - **hémorragie de la délivrance**

Après l'accouchement un saignement persiste par plaie vaginale ou mauvaise rétraction de l'utérus

### Accouchements difficiles

Lors des consultations, il est important de dépister les grossesses anormales appelées "pathologiques".

Il faudra prévoir le lieu d'accouchement, si possible dans une maternité spécialisée.

Il est préférable de transférer la femme enceinte bien avant le travail, plutôt qu'en catastrophe.

De même pour un nouveau né fragile ou prématuré, il faudra demander le transfert par un SMUR pédiatrique vers un service de prématurés ou réanimation néonatale.

C'est pourquoi les maternités sont classées en 3 niveaux:

- I pour les cas simples
- II pour les cas moyens (2b si réanimation néonatale avec service de prématuré)
- III pour les grossesses pathologiques complexes (en général en C.H.U., hôpital universitaire )

### Jumeaux, triplés et plus

On parle aussi de grossesse gémellaire.

Il s'agit d'accouchements plus difficiles.

Les vrais jumeaux proviennent du même œuf qui s'est dédoublé.

### Accouchement prématuré

Il a lieu entre 6 et 9 mois, soit avant la 37<sup>ème</sup> semaine.

L'enfant a un poids inférieur à 2 500 grammes et il n'est pas toujours mature (terminé).

### Accouchement par le siège

L'enfant sort par les fesses et les pieds.

La tête sortira en dernier, parfois avec des problèmes.

L'ambulancier ne peut rien faire et, surtout, ne pas tirer dessus.

Il y a risque d'une élongation catastrophique du cou.

### Utérus cicatriciel

Si la parturiente a déjà eu une césarienne (on parle alors d'utérus cicatriciel), le médecin décidera si l'accouchement aura lieu par les voies naturelles ou systématiquement par césarienne.

### Placenta prævia

Le placenta est mal implanté dans l'utérus, vers le bas. Il va se détacher lors des contractions avec un important risque hémorragique.

Heureusement les échographies auront dépisté cette anomalie avant l'accouchement.

### Hématome rétroplacentaire

C'est le décollement prématuré du placenta. Le fœtus ne reçoit plus d'oxygène et va mourir si l'extraction (césarienne) n'est pas immédiate.

D'autre part, il y a un gros risque d'hémorragie importante pour la mère.

Cette urgence est souvent imprévisible.

A domicile, brutalement apparaît une douleur abdominale, le ventre devient dur et le fœtus ne bouge plus.

L'hospitalisation directe en salle de travail est nécessaire après régulation du centre 15.

### Eclampsie

C'est une maladie très complexe qui survient à la fin de grossesse avec une hypertension artérielle, protéine dans les urines, prise de poids, œdèmes...

C'est pourquoi, il faut toujours prendre la tension en fin de grossesse et analyser les urines.

Dans sa forme grave des troubles du comportement apparaissent et surtout il y a risque de crise convulsive.

L'intervention d'un SMUR par l'intermédiaire du centre 15 est indispensable.

### Césarienne

Un accouchement difficile nécessite souvent une extraction rapide du fœtus par voie chirurgicale. C'est la césarienne.

C'est l'ouverture de l'utérus afin de sortir directement l'enfant.

On l'utilise :

- lorsque le bassin est trop étroit, l'accouchement est difficile ou impossible par la voie naturelle.

- mauvaise oxygénation du fœtus pendant l'accouchement

En salle de travail des appareils surveillent le rythme cardiaque du fœtus.

S'il se ralentit, il y a défaut d'oxygénation fœtale, la césarienne est pratiquée.

Le nombre de césarienne est en augmentation constante, mais pas toujours justifié.

## Transport femme enceinte

---

En présence d'une femme sur le point d'accoucher, il faut rassembler un certain nombre d'informations pour savoir si l'accouchement est imminent.

Le score de Malinas répond à cette question.

Le SAMU sera alerté et on lui communiquera un certain nombre d'éléments utiles au médecin.

Avec un score <5 et le feu vert du SAMU, la parturiente sera transportée sur le côté gauche.  
 Sinon on préparera le matériel et installera la personne.  
 En principe tout doit se dérouler tout seul, mais une aide médicale rapide est indispensable.  
 On n'oubliera pas les soins au nouveau-né et attention à l'hémorragie de la délivrance.

### Bilan d'une femme enceinte

Le problème à l'arrivée sur place, pour l'ambulancier est de savoir où en est l'accouchement.  
 Il n'est pas pour tout de suite si:

- Les contractions utérines sont encore faibles et espacées.
- L'enfant et ses cheveux n'apparaissent pas à la vulve !
- Mais souvent la poche des eaux est déjà rompue.

### Score de Malinas

C'est un tableau de calcul qui permet d'évaluer rapidement le risque d'un accouchement imminent.  
 Il contient 5 critères:

	0 point	1 point	2 points
Nb d'enfants	1	2	> 2
Début des contractions	< 3 h	3 - 5 h	> 5 h
Durée des contractions	< 1 mn	1 mn	> 1 mn
Intervalle entre 2 contractions	> 5 mn	3-5 mn	< 3 mn
Perte des eaux	Non	< 1 h	> 1 h

Les bonnes contractions sont classiquement régulières, toutes les 3-4 mn, douloureuses.  
 Il faut regarder le visage de la parturiente qui se modifie et a envie de pousser.  
 On peut aussi mettre une main sur le ventre qui devient dur.

L'accouchement est imminent au dessus de 5 et encore plus si on se rapproche de 10.

En dessous de 5, l'ambulancier peut transporter la parturiente à la maternité après accord du SAMU.

### Questions à se poser

#### Age ?

Plus la femme est âgée, plus on augmente les risques.

#### Gestité et parité

Gestité: nombre de grossesses y compris fausse couche et IVG (interruption volontaire de grossesse)

Parité: nombre d'enfants nés y compris morts nés

Primipare: premier accouchement

Multipare: deuxième accouchement ou plus

#### Terme supposé de la grossesse

Le nouveau né sera à terme au 9 ème mois entre la 37 ème et 41 ème semaine d'aménorrhée (absence de règles).

Si l'accouchement est imminent bien avant terme, l'accouchement par voie basse est possible mais le risque de détresse respiratoire et d'hypothermie est au maximum.

Dans ce cas l'intervention d'un SMUR pédiatrique est préférable.

#### Primipare ?

Le premier accouchement est toujours plus long que le dixième !

#### Césarienne programmée ?

Si la césarienne est programmée, il faut alerter immédiatement le centre 15 pour l'intervention éventuelle d'un SMUR.

En attendant la parturiente ne recevra aucune alimentation ni boissons.

La personne est installée sur le côté gauche.

#### Fœtus

Est-t'il attendu par le siège ? (Ne rien faire, intervention SMUR)

Nombre de fœtus ? C'est la gémellité.

Mouvement permanent du fœtus

Attention

Si le foetus ne bouge plus, il y a urgence

#### Situation obstétricale

Heure du début de travail ?

Heure de la Rupture de la Poche Des Eaux (RPDE) ?

Couleur du liquide ?

### Constantes vitales

Tension, pouls, fréquence respiratoire, coloration de la peau, température (important) seront prises

### Bilan à transmettre au centre 15

En résumé, on informera le SAMU des éléments suivants:

- Age de la mère
- Parité
- Déroulement des autres accouchements
- Terme prévu ou date des dernières règles
- Heure de début des contractions, intervalle entre 2 et durée
- Heure de rupture de la poche des eaux et couleur du liquide °si oui couleur du liquide
  - normalement clair
  - trouble, teinté voire marron: infection
  - vert : souffrance du fœtus
  - rouge ou noir : hémorragie
- Maladies en cours: diabète, hypertension...
- Résultats des dernières visites médicales: °nombre de fœtus
  - °taille du bassin
  - °position du placenta
  - °infection éventuelle
  - °prise de poids (max 12 kgs)
  - °césarienne programmée
- Constantes vitales °dont température

### Accouchement non immédiat

---

Le score de Malinas est < 5

L'accouchement n'étant pas immédiat, l'ambulancier peut débiter le transport si l'accord du SAMU est donné.

La parturiente sera descendue dans l'ambulance sur un brancard, surtout si la poche des eaux est rompue car le cordon peut sortir par le vagin avec des conséquences dramatiques (asphyxie immédiate du fœtus).

La tension sera prise en position allongée. Parfois, elle baisse dans cette position, il faudra la mettre sur le côté gauche, c'est à dire à plat dos (décubitus dorsal ou demi -assis avec un coussin sous la fesse droite).

Un ambulancier restera avec la patiente à l'arrière du véhicule.

### Position de transport

L'utérus appuie sur la veine cave et un peu moins sur l'aorte.

C'est pourquoi il faut installer une femme enceinte sur le côté gauche.

#### Attention

- Toujours installer sur le côté gauche (coussin fesse droite)
- Jamais debout (risque procidence cordon)

L'admission se fait en général directement dans le service maternité, sans passer par les urgences

### Accouchement immédiat

---

#### Confirmation

L'accouchement est pour bientôt car:

- le travail est commencé depuis plusieurs heures
- la rupture de la poche des eaux a eu lieu

Les contractions sont:

- intenses
  - très douloureuses
  - prolongées (plus de 1 mn)
  - se reproduisent très régulièrement à un rythme très rapproché (moins de 3 mn entre 2 contractions).
  - la tête commence à distendre le périnée et les cheveux apparaissent
- Parfois à l'arrivée de l'ambulancier, l'enfant est déjà là entre les cuisses de la mère, relié au cordon ombilical.

Le score de Malinas est > 5

### Ne pas transporter

Si l'accouchement est imminent, il est préférable de rester sur place, ou d'arrêter le véhicule, puis d'appeler un médecin ou le SAMU, plutôt que de risquer un accouchement pendant le transport.

#### Conseil

- L'accouchement n'est pas une maladie, mais un acte naturel.
- La plupart du temps, tout se passe bien.
- Il faut donc "laisser faire les choses".

#### Préparation du matériel

L'ambulancier doit posséder le matériel de réanimation nécessaire à un éventuel accouchement en cours de transport.

Il sera vérifié, par prudence, avant le départ

Il s'agit du matériel pour l'accouchement mais aussi le matériel nécessaire au nouveau-né.

#### Matériel d'asepsie

Gants stériles et compresses stériles, désinfectant de type Mercryl, un bassin et des champs stériles à usage unique.

#### Nécessaire pour couper le cordon

- pince-bar2 clamps de Barr
- ciseaux

#### Pour réchauffer

L'idéal est d'avoir une couveuse, si non on utilise une couverture stérile en aluminium, une couverture de laine propre, champ stérile et du textile réchauffé par une source de chaleur.

Et ne pas oublier un bonnet pour le nouveau né (petite tête mais grande surface de déperdition de chaleur).

#### Pour réanimer

##### **Aspirateur de mucosités**

Il sera toujours utilisé pour aspirer la bouche et stimuler le nouveau-né.

Sondes de petit diamètre et aspirateur de mucosité sur batterie

##### **Chronomètre**

Il permet de connaître les temps de réanimation

##### **Oxygénation et réanimation respiratoire**

- Bouteille d'oxygène
- Ambu nouveau-né avec valve de surpression et masques de petites tailles (ronds ou triangulaires)
- Ambu adulte

#### Installation

La cellule sanitaire est chauffée en montant la température.

L'accouchée ou parturiente sera calmée et rassurée.

##### **A domicile:**

- allongée sur le dos
- à domicile en travers du lit, les fesses au bord et les pieds reposant sur 2 chaises
- un coussin sous la fesse droite
- les genoux fléchis, jambes fléchies et relevées au maximum (en attrapant les cuisses avec les mains)
- les cuisses écartées

##### **Dans l'ambulance**

- à l'arrêt
- chauffage au maximum
- allongée à plat dos, tête près des portes

On fera, si on a le temps, une toilette locale au savon de Marseille, puis on badigeonnera la région d'un antiseptique.

On installera sous les fesses, un champ stérile où, à défaut, une bonne couche d'ouate de cellulose reposant sur des journaux.

Après lavage des mains, on enfilera une surblouse puis gants stériles.

Tout le matériel sera installé sur un plan dur (table) avec un champ stérile.

#### Laisser faire

Après une inspiration profonde, il faut, à glotte fermée, maintenir l'effort expulsif le plus longtemps possible pendant toute la durée de la contraction.

Entre celles-ci, la femme doit se relaxer, respirer largement.

Si on ne sait pas où en est l'accouchement, il est préférable de demander à la parturiente de ne pas "pousser" car, en effet, dès que la tête apparaît, il faut éviter de pousser pour ne pas déchirer la périnée.

On peut éventuellement exercer une contre-pression douce sur la tête

Il ne faut pas tirer sur l'enfant mais se borner à soutenir la tête puis le corps de l'enfant.  
Une fois la tête sortie, vérifier l'absence de cordon autour du cou.  
En général si la tête est à la vulve, c'est rassurant on peut communiquer cette impression à la mère.  
S'il s'agit d'une présentation du siège (fesses les premières) ne pas toucher.

Note  
Laisser faire naturellement l'accouchement sans intervenir

### En cas de problème

#### Circulaire du cordon

Si le cordon est enroulé autour du cou, il faut le faire glisser au dessus de la tête pour le détendre et le desserrer.  
S'il est serré, on pose 2 pinces (clans) et on coupe le cordon.  
En présence d'une seule pince, couper le cordon en premier et clamer le cordon du nouveau né (ou avec un fil)

#### Présentation du siège

Si les fesses ou les pieds se présentent en premier, alerter au plus vite et ne rien faire en espérant que tout se passera bien...

#### Procidence du cordon

Le cordon sort en premier.  
Alerter au plus vite et repousser si possible la tête du bébé.  
Gagner du temps en se dirigeant au plus vite vers la première maternité disposant d'une équipe pour pratiquer immédiatement une césarienne.  
Le Samu vous indiquera la démarche à suivre).

#### Soins au nouveau né

Le nouveau né est pris sous les aisselles (attention il glisse facilement!)  
Il est posé sur le ventre de la mère.

#### Après l'accouchement

Attention après la phase euphorique de la naissance qui s'est bien passée, des problèmes graves peuvent survenir.  
La mère doit être surveillée :  
- l'aspect du visage, la coloration et la chaleur des extrémités.  
- prise régulière du pouls et de la tension.  
- émission de sang à la vulve (un léger suintement existe souvent après l'accouchement).  
- vérifier si le sang écoulé, coagule ou non secondairement  
Le placenta se décolle en général 15 à 30 minutes après la sortie de l'enfant.  
Il doit sortir normalement, spontanément.  
Il ne faut rien faire et surtout ne pas tirer sur le cordon.  
Il faut conserver obligatoirement le placenta, car le médecin doit vérifier s'il est complet.

Attention  
- Ne jamais tirer sur le cordon pour faire sortir le placenta

### Complications

Il existe toujours un saignement vaginal après l'accouchement mais il doit se limiter à moins de 500 ml.  
S'il persiste ou est plus abondant, il s'agit d'une hémorragie de la délivrance avec une détresse circulatoire potentielle  
Attention ce saignement est souvent sous-estimé ou négligé, d'où un retard à la prise en charge.  
Rappelons que c'est la première cause de mortalité maternelle.  
Si un collapsus apparaît, les jambes sont surélevées, la mère oxygénée et le SAMU est appelé associé aux autres gestes de réanimation circulatoire.  
On peut essayer de "stimuler" l'utérus pour qu'il se contracte, en massant le bas ventre (douloureux).

### Nouveau-né

---

En général, le nouveau né cri rapidement et est rose. Le seul objectif sera de lutter contre le refroidissement.  
La première chose à faire est de le placer sur le ventre de sa mère et de faire une brève aspiration de la bouche.  
A 30 secondes le coefficient d'Apgar est mesuré.  
La réanimation néonatale est entreprise si le nouveau né est en état de mort apparente

### Physiologie

---

C'est un petit être fragile qui nécessite une assistance permanente.

Il crie et respire immédiatement afin de déplisser ses alvéoles et les remplir d'oxygène et chasser le résidu du liquide contenu dans les poumons pendant la vie dans l'utérus.

Il y a arrêt de la circulation ombilicale et des échanges avec le placenta, l'oxygénation se fait maintenant par la respiration et la petite circulation se met en route.

La communication entre les cavités droites et gauches du cœur se ferme.

## Prise en charge lors d'un accouchement dans l'ambulance

---

Tous les gestes seront pratiqués avec asepsie.

La personne en charge du nouveau né portera :

- surblouse
- masque, bonnet
- gants stériles

### Prise du nouveau né

#### Par les pieds

Il est saisi par les pieds au moyen d'un champ stérile.

La tête est en bas pour éviter la déglutition des mucosités et pour favoriser le drainage.

#### Sous les aisselles

Cette prise est plus sûre car le nouveau-né est recouvert de liquide qui glisse.

Il est immédiatement posé sur le thorax de la mère, zone la plus chaude.

### Premiers soins

#### Désobstruction

Il reste toujours quelques millilitres de sécrétions dans le pharynx après l'accouchement.

C'est un véritable noyé en puissance.

Cette aspiration a aussi l'avantage de stimuler le nouveau né.

On doit désobstruer rapidement le pharynx à l'aide d'une petite sonde d'aspiration non traumatisante.

L'aspiration doit être faite stérilement, si possible en tenant la sonde avec des gants ou des compresses stériles.

La sonde fine (charrière de 04 à 06) est introduite dans la cavité buccale.

L'aspirateur est alors branché.

On retire progressivement la sonde de la bouche en s'arrêtant sur les zones productives.

On ne pratiquera pas de mouvements de va et vient traumatisant.

Cette aspiration doit être brève surtout si le nouveau né nécessite d'autres gestes de réanimation.

#### Section et ligature du cordon

Le nouveau-né est encore relié à la mère et au placenta par le cordon.

Il ne faut pas tirer sur celui-ci.

Il sera coupé si une réanimation est entreprise.

Sinon la section est facultative, surtout si vous avez peur de le faire.

Si on possède une pince de Bar stérile, à usage unique, il suffit de le clamper à 10 cm de l'ombilic.

Sinon, deux pinces de Kocher sont clampées à la même distance, à défaut deux fils solides sont noués.

Après désinfection, le cordon est coupé entre les deux pinces.

La tranche de section est désinfectée et entourée de compresses stériles. On utilise des gants stériles.

#### Réchauffer l'enfant

Il est préférable de ne pas laver l'enfant, car la fine pellicule qui le recouvre, le protège contre le froid.

Le mieux est de le confier à sa maman en l'installant sur son corps.

## Bilan du nouveau né

---

### Examen

Normalement dès l'expulsion, le nouveau-né doit respirer et crier spontanément, sinon une réanimation est aussitôt entreprise.

La fréquence respiratoire est plus rapide que l'adulte soit 40 à 60 /mn et aussi la fréquence cardiaque soit 120 à 160 /mn.

### Score d'Apgar

Il est capital de préciser dès la naissance, l'état du nouveau-né par la recherche de 5 critères, notés de 2 (normal) à 0 (absent).

Le score est évalué à 30 secondes de vie (d'où l'intérêt d'avoir déclenché u chronomètre).

Il sera renouvelé (surtout si anomalies) à 1, 3, 5 et 10 minutes.

	2	1	0
Cri	Vigoureux	Faible	Absent
Respiration	Normale	Irrégulière	Absente
Coloration	Rose	Cyanose	Pâle

Tonus	Normal	Faible	Absent
Cœur	Régulier	Lent	Absent

Un nouveau né bien portant aura un score d'Apgar de 10

Pour un mort né : 0

### Soins habituels

En général, très rapidement le nouveau-né a un cri vigoureux, signe de bonne santé

#### Continuer le réchauffement

Si non même en milieu chaud, il risque de se refroidir.

On l'installe sur le thorax de la mère avec en sus une couverture métallique puis une couverture.

L'idéal est d'avoir une couveuse (si petit poids ou prématuré) ce qui permet un réchauffement efficace et une bonne surveillance visuelle (mais isole de la mère).

On le séchera et mettra un bonnet sur la tête (grande surface pour ce petit bonhomme).

#### Poursuite de la surveillance

Une détresse respiratoire secondaire peut apparaître.

Elle se manifeste par:

- respiration de plus en plus rapide ou pauses respiratoires
- battement des ailes du nez
- creusement thorax-abdomen à l'inspiration
- cyanose
- encombrement...

#### Réanimation du nouveau né

##### Etat de mort apparente

##### Bilan

Le score d'Apgar est nul :

- il ne crie pas, ne respire pas, pâle, sans tonus
- Il n'y a pas de battements cardiaques ou le cordon ne bat pas

##### Gestes à faire

###### Ventilation artificielle

Il faut pratiquer une ventilation artificielle, si possible au masque avec un Ambu bébé plutôt que par bouche à bouche, procédé peu stérile.

Un billot sera placé sous les épaules, la mâchoire un peu luxée en avant. (L'hyperextension n'est pas indispensable contrairement à l'adulte).

On peut introduire la partie inférieure du masque à l'intérieur de lèvres inférieures.

Eventuellement la langue est décollée vers l'avant avec le petit doigt désinfecté.

La fréquence d'insufflation sera rapide (60/mn), mais la pression d'insufflation sera très faible.

###### Massage cardiaque externe

Les deux mains empoignent le thorax, avec les deux pouces placés sur le sternum, strictement sur la ligne médiane, au niveau du 1/3 inférieur du sternum.

Un doigt peu même suffire.

Les pressions seront rapides : 120 fois par minute, avec une amplitude très faible, ne dépassant pas 20 millimètres.

La fréquence des compressions thoraciques et des insufflations est de 3 pour 1.

L'insufflation se fait pendant une pause de 1 à 1,5 secondes entre 2 compressions.

#### Détresse respiratoire

Il respire, mais est cyanosé. Il faut l'aspirer et l'oxygéner au masque.