

Accouchement inopiné

Accouchement inopiné

Situation d'exception:

- obligation de déclaration et de suivi de grossesse
- éducation des patientes
- souvent grossesses méconnues, grandes multipares, ou des situations de grandes difficultés socio-culturelles et de précarité
- souvent, on arrive trop tard ...

Primum, non nocere ...

Le Kit accouchement

- Tablier polyester jetable
- Paire de lunettes de protection, gants stériles de préférence à longs manchons
- compresses stériles
- Bétadine ou chlorexidine
- 1 ou 2 champs stériles jetables
- 1 serviette éponge pour recueillir et sécher le nouveau-né
- 2 pinces Kocher stériles, Ciseaux, 2 clamps de Barr (facultatif)

Le Kit accouchement

- Sonde d'aspiration de mucosités n°6 ou 8 et raccord bicônique avec l'aspirateur de mucosités
- Insufflateur manuel de transport pour le nouveau-né
- 1 obus d'O₂
- Insufflateur de transport adulte
- 1 couverture de survie
- 1 bonnet bébé (bande de jersey)

L'Hygiène

- Se protéger
- Protéger le nouveau-né
- si pas d'ATS → eau tiède et du savon
- si pas de compresses → linges propres différents pour nettoyer le périnée et la bouche du nouveau-né à sa sortie
- si la délivrance a été faite → conserver le placenta (examen intégrité/anapath ?/circuit d'élimination des déchets anatomiques)

Se renseigner vite ...

- Age de la grossesse
- rang (1^{er}, 2^{ème}... ?), déroulement, placenta ?, ATCD obstétricaux (cicatriciel, déchirure, épisio, HDD?)
- ATCD méd et chir, allergies ?
- Evaluer rapidement une urgence VITALE, nécessitant un transport médicalisé urgentissime

Hémorragie qq soit la raison (PP, HRP, HDD)

Convulsions (éclampsie, épilepsie...)

Procidence du cordon

Utérus de bois (HRP spontané ou traumatique)

Apprécier l'imminence de l'accouchement

Intensité, Régularité et fréquence des CU

envie de pousser ou d'aller à la selle ?

regarder la vulve: ampliation du périnée, cheveux

Ecoulement ? (bouchon muqueux, sang, LA- couleur-)



Apprécier l'imminence de l'accouchement

Score de Malinas:

	0	1	2
Parité	1	2	>3
durée travail	<3h	3-5h	>5h
durée CU	<1'	1'	>1'
Intervalle CU	5'	3-5'	<3'
PDE	intacte	rompue<1h	rompue>1h

Score < 3: Transport non médicalisé

Score = 4: transport médicalisé

Score >7: accouchement à domicile

S'installer pour accouchement

Sortir le Kit

Installation au ras du lit ou du brancard

Un aide doit la soutenir au niveau des épaules de façon à « lover » son corps au moment des EE

Pousser uniquement pendant les CU (2 à 3 fois / CU)

Se détendre et respirer en dehors des contractions.

Rassurer et diriger la future maman, avec autorité si elle perd pied

Faut-il faire une épisiotomie ?

... s'abstenir

Retenir la tête pour:

laisser le périnée s'amplifier doucement

rallonge le temps d'expulsion

extrêmement désagréable pour la maman

Déchirures accouchement à domicile sont en général des déchirures du 1er degré, épisio mal faite est plus délétère...

Gestes qui aident

Retenir fermement la tête

Asynclitisme des bosses pariétales pour aider au dégagement de la tête jusqu'au menton, la maman soufflant sans pousser (petit chien)

Chasser le périnée à l'aide d'une compresse propre

Moucher le bébé

Vérifier l'absence de circulaire du cordon: si lâche → la lever, si serrée → section entre 2 Kochers.

Gestes qui aident

Accompagner la restitution spontanée de la tête en transversal ou le nez en l'air

Reprendre la poussée pour dégager les épaules:

l'épaule antérieure est amenée sous la symphyse

Dégager l'épaule antérieure, sortir le bras et la main sur le pubis de la maman et relever la tête pour dégager l'épaule puis le bras postérieur en protégeant le périnée

Si échec, relever la tête vers le pubis et dégager l'épaule postérieure en 1er, rabaisser ensuite pour le bras antérieur

Gestes qui aident

Le dégagement du tronc se fait ensuite dos en avant sans pousser ...

Bien tenir le nouveau-né par une hanche et une jambe (pour éviter qu'il ne glisse...)

Le poser sur le ventre de sa mère

Sectionner le cordon entre 2 Kocher en chassant le sang vers le bébé et en chassant le sang entre les pinces

La pince côté mère est repositionnée à la vulve jusqu'à la délivrance et doit rester en place (sécurité si jumeaux méconnus et diminution effet boucherie)

Evaluation du nouveau-né

Repos physiologique pour la mère

1ers soins et évaluation du nouveau-né:

Vitalité: score d'Apgar:

	0	1	2
coloration	blanc-bleu	extrémités bleues	rose
Fréquence card	<80	80-100	>100
Réact stimulation	nulle	grimaces	vive
mobilité/tonus	nulle	extrémités	générale
respiration	nulle	cri faible	cri vigoureux

Evaluation du nouveau-né

Apgar 10: réchauffer (sécher, bonnet, peau à peau recouvert couverture iso)

Apgar < 4: état de mort apparente

nettoyer sa bouche, désencombrer (aspiration des mucosités), stimuler (petites tapes sur les pieds)

→ se réveille: Peau à peau /O2

→ pas de réaction: MCE (à 2 mains avec les pouces) et ventilation au masque avec l'ambu de transport (aspirer +++ avant) en attendant d'intuber...

Finalement

Accouchement imminent:

pas grand chose à faire

Assister, réchauffer le nouveau-né

TV inutile / VV inutile sauf après la délivrance...

Gestion du stress (des parents, des soignants)

Difficulté réside dans l'évaluation de la situation, de son degré d'urgence, et dans la décision d'un mode de transport

Et si c'est un siège ?

Eviter impérativement cet accouchement à domicile

+++ à risque si AP, car nombre de sièges ne tournent qu'au delà du 8ème mois

Même si un pied est extériorisé, la patiente peut ne pas être dilatée et en l'absence de poussée impérieuse de la maman, surtout ne rien faire → Transport à la maternité la plus proche

Si elle pousse → 15 qui envoie un obstétricien

Laisser faire la nature ...

Que faire ?

Surtout rien....

Ne pas tirer, ne pas toucher, s'installer fesses au bord du lit

Mode Vermelin: juste mettre les mains pour laisser le nouveau né s'asseoir sur vos mains (en l'empêchant de tomber mais sans le retenir)

Une seule exception: si le fœtus tourne le dos en arrière: le saisir dans un linge pour lui tourner le dos en avant et éviter l'enclavement du menton derrière la symphyse pubienne

Transport d'une patiente en cours de travail

Si elle est debout à votre arrivée et que le travail est peu avancé → la laisser marcher jusqu'à l'ambulance

Si elle est déjà allongée et en travail avancé → brancard

Position idéale: DLG, tête légèrement surélevée

→ diminue les risques de compression cave et donc de malaise (bradycardie maternelle et fœtale transmise)

→ diminue l'envie de pousser

Prévoir un accès facile au « bas » en cas d'accouchement dans le véhicule ...

Transport d'une patiente en cours de travail

Si la patiente a accouché: décubitus dorsal, pieds surélevés.

Si malaise : DLG, pieds surélevés et regarder les saignements: délivrance ?

Si la délivrance a lieu ou a eu lieu: exprimer l'utérus et masser. Sac de sable ?

Voie veineuse logique à ce moment...

Procidence du cordon

Dramatique à domicile

transport en trendelenburg prononcé, DLG, jambes surrélevées

Refouler la présentation

Eventuellement β mimétiques pour diminuer les CU

A l'arrivée: enfant vivant ? césarienne, VB si dilatation complète,

Placenta praevia

Urgence vitale maternelle et fœtale

Transport médicalisé urgentissime

VV et tocolyse pour diminuer les saignements

Droits du patient/ Obligation de l'intervenant

Accouchement à domicile ou en lieu public peut concerner une patiente:

qui n'a pas déclaré sa grossesse

qui la découvre en accouchant

qui ne souhaite pas garder son enfant

qui souhaite garder son anonymat

Loi de l'accouchement sous X (3 jours pour en faire la demande et elles perdent alors leur identité- mineure ou pas)

Respecter le secret professionnel

acte de naissance et info parents déclaration (maternité)