

# **LES COMPLICATIONS OBSTETRICALES**

# COMPLICATIONS OBSTETRICALES

1. Accouchement de siège
2. Dystocie de l'épaule
3. Procidence du cordon
4. Grossesse gémellaire

# OBJECTIFS

A la fin de ce module, le participant doit être capable de:

- ✓ Poser le diagnostic des **urgences obstétricales** suivantes:
  - Accouchement de siège
  - Dystocie de l'épaule
  - Procidence du cordon
  - Grossesse gémellaire
  
- ✓ Acquérir les compétences dans la prise en charge de ces complications

# I. ACCOUCHEMENT DE SIEGE

## 1) Diagnostic:

- ✓ Pendant l'examen de l'abdomen (manœuvre de Léopold);
- ✓ Au toucher vaginal;
- ✓ Pendant l'accouchement.

NB: si le diagnostic est posé pendant les CPN, il faut référer dans une structure SONU C pour prise en charge appropriée

## 2) **Conditions** pour l'accouchement par voie basse :

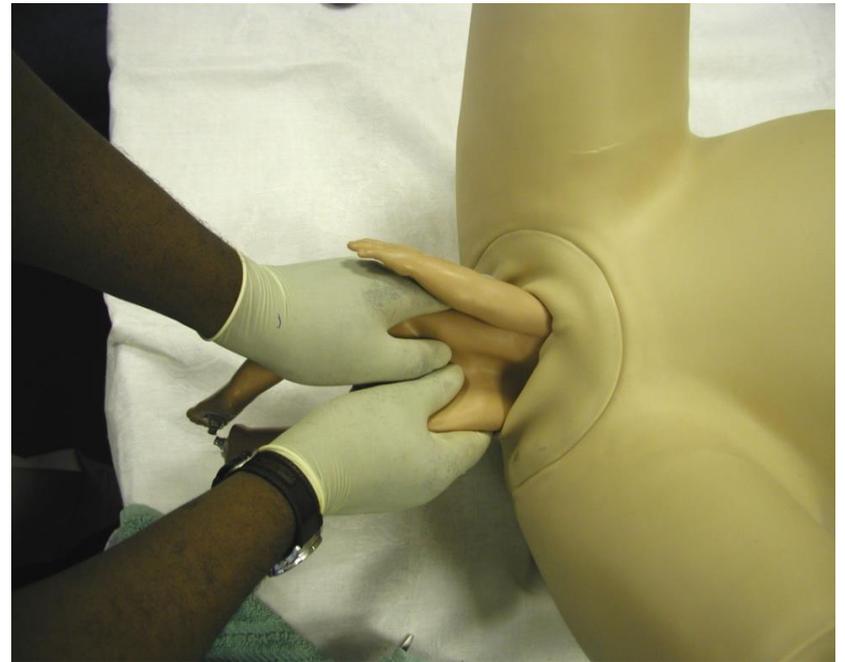
- **Siège complet ou décomplété**
- Bassin cliniquement bon
- Pas de césarienne antérieure
- Foetus de poids  $\leq 3.5\text{kg}$
- PAS de deflexion de la tête ( Rx AAB / échographie)

### 3) Déroulement:

- ✓ Placer un abord veineux (en prévision d'un Théobald)
- ✓ Pratiquer l'épisiotomie si nécessaire quand le périnée est distendu
- ✓ Laisser l'accouchement se dérouler sans toucher au siège, jusqu'à ce que les omoplates du fœtus soient visibles

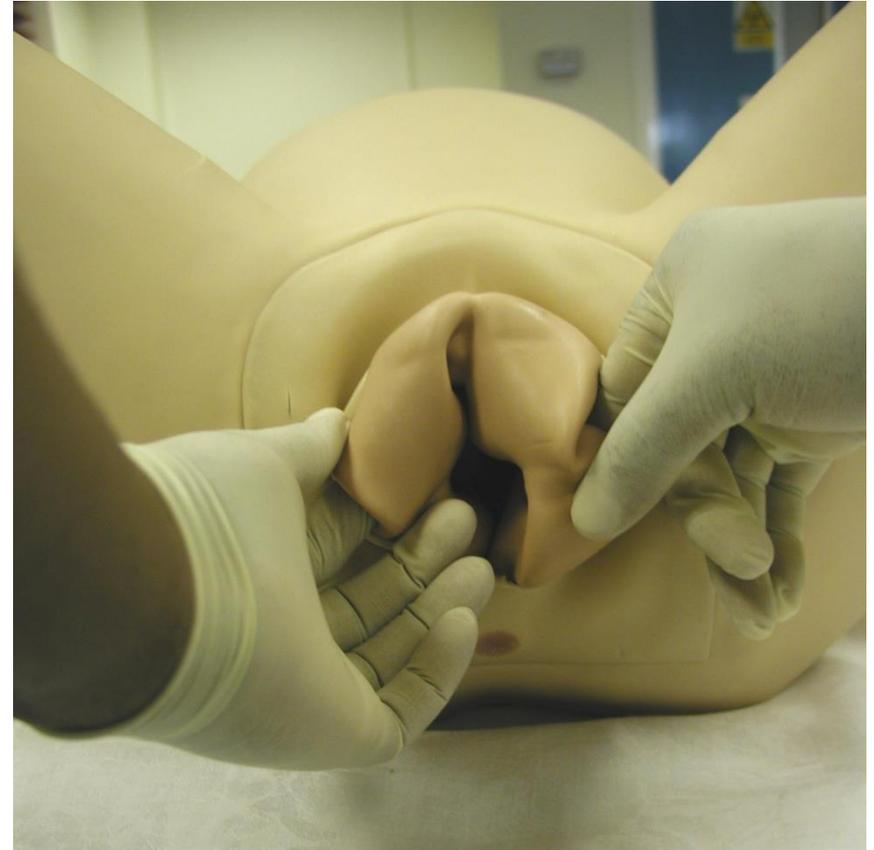
- ✓ Couvrir le corps avec **un** tissu afin de le maintenir chaud et éviter que votre main ne glisse
- ✓ Prendre délicatement les fesses **mais ne tirez pas**
- ✓ Laisser les bras se dégager spontanément l'un après l'autre
- ✓ Attraper le bébé par le bassin
- ✓ Ne tirez pas.

- ✓ Demander à la mère de pousser lors des contractions
- ✓ Après le dégagement du premier bras, soulevez les fesses du bébé en direction de l'abdomen de la mère afin de permettre au deuxième bras de se dégager



# I. ACCOUCHEMENT DE SIEGE COMPLICATIONS

- **Si les jambes ne se dégagent pas, dégagez les jambes une à la fois:**
  - Poussez sur la jambe au-delà du genou pour la plier
  - Saisissez la cheville et dégagez le pied et la jambe



# I. ACCOUCHEMENT DE SIEGE

## COMPLICATIONS 2

- **Si le bras ne se dégage pas spontanément:**  
placez un ou deux doigt(s) au niveau du coude et pliez le bras de façon à ramener la main de l'enfant sur son visage



# I. ACCOUCHEMENT DE SIEGE

## COMPLICATIONS 3

- **Si les bras sont relevés ou enroulés autour du cou utilisez la manoeuvre de Lovset:**
  - Prenez l'enfant par les hanches et faites une rotation ( $90^\circ$ ) en lui maintenant le dos vers le haut (antérieur).
  - Exercez une traction vers le bas (postérieur), pour délivrer le bras antérieur
  - Faire une rotation en sens inverse ( $180^\circ$ ), puis dégager le deuxième bras

# I. ACCOUCHEMENT DE SIEGE

## COMPLICATIONS 4

- **Dégagez la tête** à l'aide de la manœuvre de **Mauriceau-Smellie-Veit**
- Placez l'index et le majeur sur les pommettes du bébé
  - Utilisez l'autre main pour saisir les épaules
  - Soulevez le bébé jusqu'à ce que la bouche et le nez soient dégagés



# I. ACCOUCHEMENT DE SIEGE(fin) COMPLICATIONS 5

## ➤ Si la tête est enclavée:

- Assurez-vous que le col est complètement dilaté
- Exercez une pression ferme au dessus de la symphyse pubienne + manœuvre de Mauriceau
- Utilisez le forceps (si échec)

# Manoeuvre de Bracht

- Pour le dégagement de la tête dernière appliquez la manoeuvre de Bracht qui consiste à:
  - - prendre le bébé par les hanches
  - - le retourner sur le ventre de la mère
  - - ce qui entraine le dégagement de la tête dernière.

**V I D E O S**

# II. DYSTOCIE DES EPAULES

## Définition

La tête fœtale est dégagée mais les épaules sont enclavées et ne peuvent pas être dégagées

Cette complication est imprévisible

## Diagnostic:

- Incapacité de dégager les épaules
- La tête fœtale est dégagée mais reste collée à la vulve
- Le menton se rétracte et provoque une dépression du périnée (signe de tortue)
- La traction exercée sur la tête ne suffit pas à dégager l'épaule.

## II. DYSTOCIE DES EPAULES (suite)

### Prise en charge générale:

- Appeler à l'aide **ET NE PAS PANIQUER**
- Réaliser une épisiotomie suffisamment large
- Appliquer les différentes manœuvres adaptées à chaque situation.

- **Position de Mc Robert:** Remontez les genoux le plus haut possible sur sa poitrine, écartez les jambes et effectuez une rotation externe.
- **Pression sus-pubienne** en utilisant le talon de la main.
- **Traction ferme et continue** sur la tête fœtale
- **Pression sur l'épaule antérieure** ou postérieure en direction du sternum fœtal
- **MANŒUVRE DE WOOD INVERSEE**
- **MANŒUVRE DE JACQUEMIER**

## **II. DYSTOCIE DES EPAULES (suite)**

- **Si souffrance fœtale, référer pour césarienne**
- **Si échec, envisager de :**
  - Placer la parturiente en position «4 pattes»,
  - Fracturer la clavicule,
  - Césarienne ou à défaut référer.

**V I D E O S**

### III. LA PROCIDENCE DU CORDON (suite)

#### DEFINITIONS:

➤ **Procidence du cordon:**

C'est la chute du cordon au devant de la présentation après la rupture des membranes perçu par le TV ou visible à la vulve

➤ **Procubitus:** dans le cas des membranes non rompues

➤ **Latérocidence:** cordon latéral par rapport à la présentation

# III. LA PROCIDENCE DU CORDON

## (suite)

### CONSEQUENCE:

Souffrance fœtale aigue → MORT FŒTALE  
par compression et ou dessèchement du  
cordon

**Urgence pour la survie du fœtus**

### **III. LA PROCIDENCE DU CORDON (suite)**

#### **DIAGNOSTIC:**

- Cordon ombilical visible au niveau de la vulve après rupture de la membranes ou palpé lors du toucher vaginal,
- Anomalies du rythme cardiaque fœtal.

### **III. LA PROCIDENCE DU CORDON (suite)**

**PRISE EN CHARGE** dépend :

- Du stade du travail (début/fin du travail)
- Du battement du cordon (viabilité fœtale)
- De la présentation du fœtus

**NB. 1.** La réanimation du nouveau-né constitue l'élément clé de la PEC

**2.** Il est prohibé de tenter de faire la réduction

# III. LA PROCIDENCE DU CORDON (suite)

## ➤ Cordon pulsatile

**Si la parturiente en est au premier stade du travail**

- Empêchez la compression du cordon ombilical par la présentation:
  - Position genu-pectorale
  - Déplacez manuellement la présentation
  - Remplir la vessie avec 500ml de serum physiologique 0,9 % ou salé isotonique
- Envisagez, si possible, d'injecter 0.5 mg de salbutamol en IVD lente en 2 min pour diminuer les contractions
- Référez à l'établissement SONUC pour césarienne

# III. LA PROCIDENCE DU CORDON (suite)

## ➤ Cordon pulsatile

**Si la parturiente est en deuxième phase avancée (dilatation complète) du travail**

- Réaliser une épisiotomie et une extraction par ventouse obstétricale ou par forceps
- En cas de présentation du siège, procédez à une extraction du siège
- Tenez-vous prêt à réanimer le nouveau-né

# III. LA PROCIDENCE DU CORDON (suite)

## ➤ Cordon non pulsatile

Accoucher la parturiente selon le mode le plus sûr de préférence par voie basse

### III. LA PROCIDENCE DU CORDON (suite)

#### ➤ PREVENTION:

Respect de la technique de la rupture artificielle de membranes :

- Vérifier l'absence de procubitus
- Ne pas faire de rupture large des membranes
- Percer à la partie postérieure de la poche des eaux
- Contrôler la sortie du liquide

# IV. ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE

## ➤ **DIAGNOSTIC :**

- Lors de l'examen de l'abdomen par les manœuvres de Léopold
- A l'échographie
- Après l'accouchement du premier jumeau par examen abdominal et/ou toucher vaginal T.V.

# IV. ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE (suite)

## ➤ PRISE EN CHARGE:

- Installer une voie veineuse en prévision d'une perfusion d'ocytociques
- Vérifier la présentation du premier fœtus (sommet, siège, transversale)
- Assurer l'accouchement du premier jumeau par la méthode adaptée à la présentation

# IV. ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE (suite)

## ➤ **Accouchement du premier jumeau**

- Si sommet, laisser le travail se dérouler normalement
- Si siège, appliquer le protocole d'accouchement de siège
- Si transversale, faire une césarienne

**NB. Laisser un clamp sur le coté maternel du cordon et ne pas procéder à la délivrance avant la naissance du dernier enfant.**

# IV. ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE(suite)

## ➤ **Réévaluation:**

- évaluez HU, présentation du 2ème fœtus, CU, BCF, état des membranes et localisation du cordon
- Accélérer le travail avec oxytocin si nécessaire (panne de contractions)

## ➤ **Accouchement du 2ème jumeau:**

- Assurez l'accouchement 2<sup>ème</sup> fœtus / méthode adaptée à la présentation

# IV. ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE(suite)

## ➤ **Accouchement du 2eme jumeau**

### ☐ **Si présentation céphalique**

- Rompre les membranes si intactes
- Accouchement par voie basse

### ☐ **Si présentation de siège:**

Extraction du siège après rupture membranes

### ☐ **Si présentation transversale**

Référez pour césarienne.

# **IV. ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE (Fin)**

Procéder à la GATPA;

Soins postpartum pour la mère et les bébés

**MERCI**