

LES COMPLICATIONS OBSTETRICALES

Texte adapté par Dr Victor Bonganga

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

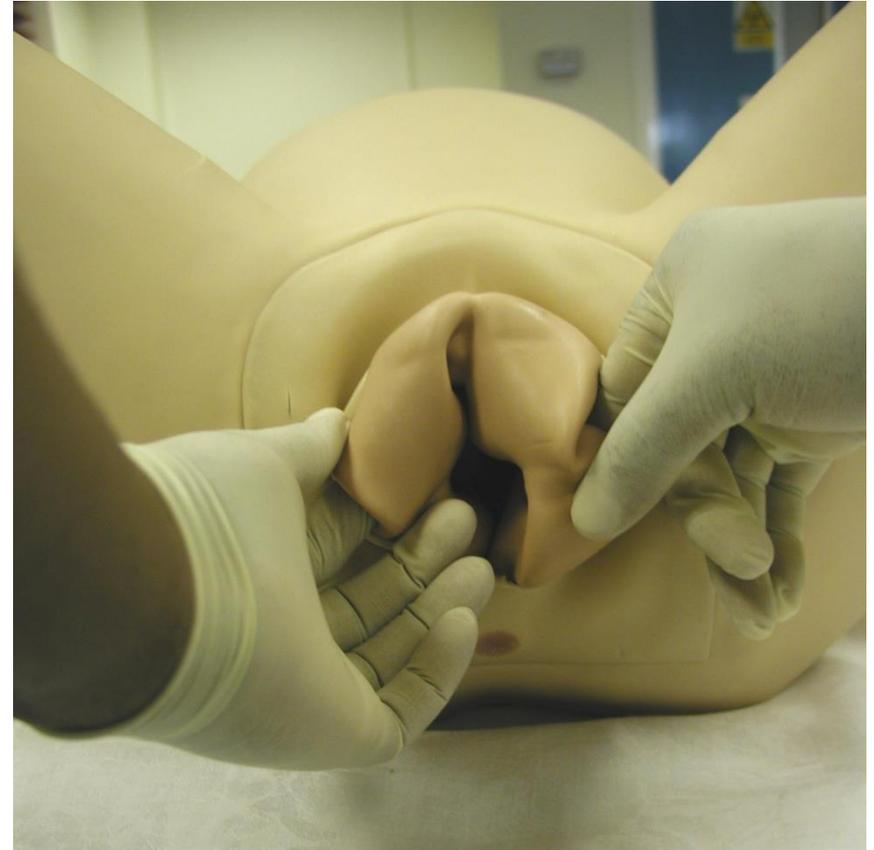
- ✓ Couvrir le corps avec **un** tissu afin de le maintenir chaud et éviter que votre main ne glisse
- ✓ Prendre délicatement les fesses **mais ne tirez pas**
- ✓ Laisser les bras se dégager spontanément l'un après l'autre
- ✓ Attraper le bébé par le bassin
- ✓ Ne tirez pas.

- ✓ 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°) 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°), 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^{ème} 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**

Référer pour césarienne.

IV. ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE (Fin)

Procéder à la GATPA;

Soins postpartum pour la mère et les bébés

MERCI