

Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement:

Guide destiné à la sage-femme et au médecin



OMS



FNUAP



UNICEF



Banque mondiale



Département Santé et Recherche génésiques

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin.

Titre de la page de titre supplémentaire: Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement.

1.Grossesse compliquée - diagnostic 2.Grossesse compliquée - thérapeutique 3.Travail obstétrical 4.Délivrance, Obstétrique 5.Manuel I.Organisation mondiale de la Santé

ISBN 92 4 254587 2

(Classification NLM: WQ 240)

© Organisation mondiale de la Santé 2004

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès de l'équipe Marketing et diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à l'unité Publications, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Imprimé en Suisse

REMERCIEMENTS

| | |
|---|--|
| Auteurs principaux : | Matthews Mathai Harshad Sanghvi Richard J. Guidotti |
| Coauteurs : | Fredrik Broekhuizen Beverley Chalmers Robert Johnson Anne Foster-Rosales Jeffrey M. Smith Jelka Zupan |
| Rédaction | Melissa McCormick |
| Assistants à la rédaction : | Ann Blouse David Bramley Kathleen Hines Georgeanna Murgatroyd Elizabeth Oliveras |
| Assistants à la rédaction de la version française : | Cath Hamill Frederick Schlagenhaft Annick Zniber |
| Illustrations : | Mary Jane Orley |
| Conception de la couverture: | Máire Ní Mhearáin |
| Mise en page de la version française : | Cath Hamill |

Nous remercions tout particulièrement George Povey dont les travaux nous ont inspiré l'idée de ce manuel, pour sa contribution exceptionnelle

Conseillers scientifiques :

| | | |
|------------------------|--------------------|----------------------|
| Sabaratnam Arulkumaran | Monir Islam | Zahida Qureshi |
| Ann Davenport | Barbara Kinzie | Allan Rosenfield |
| Michael Dobson | André Lalonde | Abdul Bari Saifuddin |
| Jean Emmanuel | Jerker Liljestrand | Willibrord Shasha |
| Susheela Engelbrecht | Enriquito Lu | Betty Sweet |
| Miguel Espinoza | Florence Mirembe | Paul Van Look |
| Petra ten Hoop-Bender | Glen Mola | Patrice White |

Le présent manuel participe d'une démarche commune de l'OMS, du FNUAP, de l'UNICEF et de la Banque mondiale visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales, et met en exergue les éléments qu'il est essentiel de prendre en compte à cet effet. Ces institutions travaillent en coopération étroite à cet objectif de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et périnatales. Leurs normes et orientations en la matière émanent de leurs organes directeurs respectifs et chacune d'entre elles participe à l'application des mesures énoncées dans le présent ouvrage conformément aux dites normes et orientations, en fonction des attributions qui sont les siennes.

Ce manuel a en outre été contrôlé et approuvé (dans sa version anglaise) par la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique et par la Confédération internationale des sages-femmes.



Fédération internationale de
Gynécologie et d'Obstétrique

Nous remercions les gouvernements respectifs de l'Australie, des Etats-Unis d'Amérique, des Pays-Bas, du Royaume-Uni et de la Suède pour l'appui financier qu'ils ont apporté à l'élaboration et à la publication de cet ouvrage.

L'OMS remercie tout particulièrement le Programme de Formation en Matière de santé génésique, ainsi que le Programme santé maternelle et infantile du JHPIEGO de leur précieux concours sur le plan rédactionnel et technique. L'Office of Population, Bureau for Global Health, United States Agency for International Development (USAID) et l'Office of Health, Infectious Diseases and Nutrition, Bureau for Global Health, USAID, ont fourni un soutien financier au titre des accords No HRN-A-00-98-00041-00 et No HRN-A-00-98-00043-00 respectivement. Les opinions exprimées dans cet ouvrage n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas forcément celles de USAID. Enfin, la traduction et l'impression de l'édition française ont été rendues possibles grâce au support financier fourni par le Programme "Averting Maternal Death and Disability" (AMDD) de l'Université Columbia de New-York.



J H P I E G O

An Affiliate of
Johns Hopkins
University

ŒUVRANT POUR AMÉLIORER LA SANTÉ DES FEMMES ET DES FAMILLES DANS LE MONDE

TABLE DES MATIERES

| | |
|----------------------------|-----|
| Préface | i |
| Introduction | iii |
| Comment utiliser le manuel | v |
| Abréviations | vii |
| Liste des diagnostics | ix |

PREMIERE PARTIE :PRINCIPES CLINIQUES

| | |
|---|------|
| Evaluation initiale rapide | P-1 |
| Etablir un dialogue avec la patiente et sa famille | P-5 |
| Soutien affectif et psychologique | P-7 |
| Urgences | P-17 |
| Principes généraux à observer pour les soins | P-19 |
| Utilisation clinique du sang, des produits sanguins et des liquides de remplissage vasculaire | P-27 |
| Antibiothérapie | P-39 |
| Anesthésie et analgésie | P-43 |
| Principes à observer pour les soins opératoires | P-53 |
| Travail et accouchement eutociques | P-63 |
| Principes à observer pour les soins néonatales | P-85 |
| Liens entre le prestataire de soins et la communauté | P-87 |

DEUXIEME PARTIE : SYMPTOMES

| | |
|--|-------|
| Choc | S-1 |
| Saignement vaginal en début de grossesse | S-7 |
| Saignement vaginal en fin de grossesse et pendant le travail | S-19 |
| Saignement vaginal après l'accouchement | S-27 |
| Céphalées, vision floue, convulsions ou perte de connaissance, tension artérielle élevée | S-39 |
| Déroutement défavorable du travail | S-65 |
| Positions et présentations dystociques | S-77 |
| Dystocie des épaules | S-93 |
| Travail sur utérus surdistendu | S-97 |
| Travail sur utérus cicatriciel | S-103 |
| Souffrance foetale pendant le travail | S-105 |
| Procidence du cordon | S-107 |
| Fièvre pendant la grossesse ou le travail | S-109 |
| Fièvre après l'accouchement | S-119 |
| Douleurs abdominales en début de grossesse | S-129 |
| Douleurs abdominales en fin de grossesse et après l'accouchement | S-133 |
| Difficultés respiratoires | S-141 |

| | |
|--|-------|
| Disparition des mouvements foetaux | S-147 |
| Rupture prématurée des membranes | S-151 |
| Pathologies et affections de l'enfant à la naissance | S-157 |

TROISIEME PARTIE : INTERVENTIONS

| | |
|--|-------|
| Bloc paracervical | I-1 |
| Bloc des nerfs honteux internes | I-3 |
| Anesthésie locale pour césarienne | I-7 |
| Rachianesthésie (anesthésie sous-arachnoïdienne) | I-11 |
| Anesthésie à la kétamine | I-15 |
| Version par manoeuvre externe | I-17 |
| Déclenchement artificiel du travail et stimulation de l'activité utérine | I-19 |
| Extraction par ventouse obstétricale | I-29 |
| Extraction par forceps | I-35 |
| Accouchement par le siège | I-39 |
| Césarienne | I-47 |
| Symphysiotomie | I-59 |
| Craniotomie et craniocentèse | I-65 |
| Dilatation et curetage | I-69 |
| Aspiration manuelle intra-utérine | I-73 |
| Culdocentèse et colpotomie | I-79 |
| Episiotomie | I-81 |
| Délivrance artificielle | I-87 |
| Réfection des déchirures cervicales | I-91 |
| Réfection des déchirures vaginales et périnéales | I-93 |
| Réduction d'une inversion utérine | I-103 |
| Suture d'une rupture utérine | I-109 |
| Ligature de l'artère utérine et de l'artère utéro-ovarienne | I-115 |
| Hystérectomie post-partum | I-119 |
| Salpingectomie dans la grossesse ectopique | I-125 |

QUATRIEME PARTIE : APPENDICE

| | |
|------------------------|-----|
| Médicaments essentiels | A-1 |
| Index | A-3 |

PREFACE DE LA REIMPRESSON

i

Le manuel intitulé *La prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* fut officiellement divulgué lors de la **Conférence du Global Health Council Healthy Women: Health World**, à Washington DC en mai 2001. Le manuel a été depuis distribué aux facultés de médecine et aux écoles de formation des sages-femmes, à des professionnel et des programmes dans plus de 40 pays, grâce aux efforts conjugués de nombreuses organisations dont l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), la Confédération internationale des Sages-femmes (ICM) et le Programme de Santé maternelle et néonatale (MNH). L'UNICEF et le FNUAP contribuent aussi largement à la dissémination de cet ouvrage.

Il a été traduit en arabe, espagnol, français, laotien, mongolien, portugais, vietnamien, mandarin et russe. Sa traduction en portugais et en arabe est en cours.

Certains pays et organisations professionnelles ont adapté le manuel à leurs situations propres ce qui contribuera à l'amélioration de la qualité des soins dans de nombreux services de santé dans le monde entier.

La première édition du manuel a rencontré un énorme succès. En raison de la demande immédiate et pressante de copies supplémentaires, il a fallu le réimprimer. Tenant compte des réactions et remarques des individus et des groupes de par le monde, il a été révisé, certaines explications clarifiées et corrigées (par exemple, grammaire et typographie), des croquis ont été légèrement modifiés pour les rendre plus compréhensibles.

Le manuel est disponible sur le Web à l'adresse :
www.who.int/reproductive-health.

Toute contributions et remarques sont bienvenues. Les utilisateurs sont priés de les faire parvenir à :

Docteur Luc de Bernis
Pour une grossesse plus sûre
Département de Santé et Recherche génésiques
Organisation mondiale de la Santé
20 avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

La Stratégie de l'OMS pour une grossesse à moindre risque s'inscrit dans le cadre de l'Initiative pour une maternité sans risque et vise principalement à faire participer le secteur de la santé à l'objectif de réduction des décès maternels et néonataux.

La Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (IMPAC) fait partie de cette stratégie et consiste principalement à :

- améliorer les compétences du personnel de santé grâce à l'élaboration de lignes directrices et de normes adaptées aux besoins locaux pour la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement à divers niveaux du système de santé ;
- prendre des mesures pour permettre aux systèmes de santé d'apporter une réponse mieux adaptée aux besoins des femmes enceintes et des nouveau-nés et pour améliorer la qualité des services de santé au niveau du district, ce qui implique de doter les établissements concernés d'un personnel, d'une logistique et d'un matériel appropriés ;
- sensibiliser les populations aux questions de santé et promouvoir les activités qui ont un effet positif sur les attitudes et pratiques de la famille et de la communauté vis-à-vis de la grossesse et de l'accouchement.

Ce manuel, de même qu'un manuel similaire portant sur la prise en charge du prématuré et du nouveau-né malade, a été rédigé à l'intention des sages-femmes et médecins travaillant dans les hôpitaux de district. Il s'inscrit dans la droite ligne du *Guide pratique des soins essentiels de la grossesse, de l'accouchement et de la période néonatale* conçu essentiellement pour le premier niveau de soins et le complète.

Ensemble, ces manuels constituent un outil de travail pour le personnel de santé chargé de soigner les femmes enceintes et les nouveau-nés à tous les niveaux du système de soins.

Les interventions qui y sont décrites reposent sur les données scientifiques les plus récentes dont dispose la communauté médicale à ce jour. En outre, la norme sur laquelle se fonde la pratique clinique reposant sur des bases factuelles, ce manuel sera mis à jour à chaque fois que de nouvelles découvertes le justifieront.

Il est souhaitable que les sages-femmes et les médecins aient ce manuel à portée de la main lorsqu'ils dispensent les soins obstétricaux usuels et lorsqu'ils doivent faire face à des urgences obstétricales.

Si la majorité des grossesses et des naissances se déroule sans incident, toutes les grossesses présentent néanmoins des risques. Environ 15 % des femmes développent une complication susceptible de mettre leur vie en danger, ce qui nécessite la prestation de soins par du personnel qualifié et, dans certains cas, une intervention obstétricale majeure. Ce manuel est destiné aux sages-femmes et aux médecins chargés de soigner, à l'hôpital de district, les femmes présentant des complications pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum immédiat, ainsi que les nouveau-nés souffrant d'affections à la naissance.

Outre les soins qu'ils dispensent aux femmes dans les établissements de santé, les sages-femmes et les médecins jouent un rôle de premier ordre auprès :

- des autres prestataires de soins au sein du système de santé du district, y compris auprès du personnel de santé auxiliaire et du personnel polyvalent ;
- des familles ;
- des dirigeants de la communauté ;
- des catégories de personnes qui présentent des besoins particuliers (par exemple, les adolescentes ou les femmes atteintes par le VIH/SIDA).

Les sages-femmes et les médecins :

- appuient les activités visant à améliorer tous les services de santé au niveau du district ;
- s'efforcent de mettre au point des systèmes de transfert et d'évacuation efficaces et fiables ;
- veillent à la qualité des services de santé ;
- encouragent la communauté à prendre part aux questions de santé.

L'hôpital de district est défini comme étant un établissement en mesure de dispenser des services de santé de qualité, y compris les interventions pour les accouchements dystociques et les transfusions. Bien qu'un certain nombre d'actes décrits dans ce manuel demandent un équipement spécialisé et les compétences d'un personnel spécialement formé, il convient de noter que ces actes salvateurs sont en grande partie réalisables dans les centres de santé.

Une femme qui présente une complication obstétricale mettant sa vie en danger constitue une urgence, ce qui exige un diagnostic et une prise en charge immédiats. En conséquence, ce manuel a été organisé, pour l'essentiel, autour des **symptômes** (par exemple, saignement vaginal en début de grossesse). Parce que cette approche fondée sur les symptômes diffère de celle qui est utilisée dans la plupart des ouvrages médicaux, qui partent de la description des maladies, le lecteur trouvera à la page xi une liste de diagnostics avec un renvoi aux pages où figurent les tableaux de diagnostic différentiel.

Ce manuel met l'accent sur l'évaluation et la prise de décision rapides. Les actes cliniques indiqués reposent sur l'examen clinique, ils ne dépendent que dans une faible mesure des analyses biologiques et autres tests et sont, par conséquent, réalisables dans divers types d'établissements (par exemple à l'hôpital de district ou au centre de santé).

La première partie indique les **principes cliniques** à observer dans la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement et commence par un tableau dont le professionnel de santé peut se servir pour évaluer rapidement l'affection dont souffre la patiente et instituer le traitement approprié. Cette partie porte également sur les principes généraux à observer pour le traitement des urgences et pour la prestation des soins en général et des soins opératoires en particulier et notamment sur la prévention des infections et sur l'utilisation du sang, des liquides de remplissage vasculaire, des antibiotiques, anesthésiques et analgésiques. Elle comporte en outre une description du travail et de l'accouchement eutociques, ainsi que des indications concernant l'utilisation du partogramme et la prise en charge active du troisième stade (délivrance), et donne ainsi au professionnel de santé les informations dont il a besoin pour distinguer un déroulement normal d'une complication. On trouvera aussi dans cette partie des conseils sur les premiers soins à dispenser au nouveau-né en bonne santé. Enfin, cette partie traite du soutien affectif que le prestataire de soins doit apporter aux patientes et aux familles et décrit sommairement les liens qu'il/elle doit établir avec la communauté au sein de laquelle il exerce.

La deuxième partie porte sur les **symptômes** qui permettent de déceler des complications chez les femmes enceintes et les parturientes. Ces symptômes sont ceux des principales causes de mortalité et de morbidité maternelles. Sous chaque symptôme figure une liste des mesures à prendre dans l'immédiat. Ensuite, les tableaux de diagnostic permettent de déterminer les affections en cause. Puis viennent des protocoles

simplifiés pour la prise en charge de ces affections. Lorsqu'il existe plusieurs traitements possibles

pour une même affection, c'est le traitement le plus efficace et le moins onéreux qui a été retenu. Enfin, cette partie fournit des indications pour la prise en charge des affections de l'enfant à la naissance (affections qui se déclarent dans les 24 premières heures).

La troisième partie porte sur les **interventions** qui peuvent se révéler nécessaires pour soigner une affection. L'objet n'est pas de donner des instructions détaillées quant à la façon de procéder mais plutôt d'indiquer les grandes lignes de chaque intervention. Les soins opératoires figurant dans la première partie ne sont pas mentionnés pour chaque intervention à moins que celle-ci ne nécessite des soins particuliers (par exemple, les soins post-anesthésiques pour l'anesthésie à la kétamine). On trouvera des indications précises concernant les médicaments et leur posologie, ainsi que la description d'un large éventail de possibilités en matière d'anesthésie (par exemple, pour une césarienne sans danger sous anesthésie locale) et la description de techniques sûres, efficaces et peu onéreuses (par exemple, suture d'une brèche utérine en un seul plan).

La quatrième partie comporte une liste des **médicaments essentiels** et un **index**. Celui-ci a été conçu de manière à ce que l'utilisateur puisse s'en servir dans les situations d'urgence et trouve rapidement l'information dont il a besoin. Les informations les plus importantes, notamment le diagnostic, la prise en charge et les gestes à accomplir lors d'une intervention figurent en caractères gras en tête de liste. Les autres éléments pertinents sont classés à la suite, par ordre alphabétique. Seules les pages contenant des renseignements importants sont mentionnées.

ABREVIATIONS

| | |
|------|-------------------------------------|
| AMIU | aspiration manuelle intra-utérine |
| DIU | dispositif intra-utérin |
| HAP | hémorragie de l'ante-partum |
| HPP | hémorragie du post-partum |
| IGH | infection génitale haute |
| IM | intramusculaire |
| IV | intraveineuse |
| MST | maladie sexuellement transmissible |
| PI | prévention des infections |
| RAM | rupture artificielle des membranes |
| SIDA | syndrome d'immunodéficience acquise |
| TA | tension artérielle |
| VIH | virus de l'immunodéficience humaine |
| dl | décilitre |
| g | gramme |
| G | gauge |
| h | heure |
| kg | kilogramme |
| l | litre |
| mg | milligramme |
| min | minute |
| ml | millilitre |
| MUI | milliunité internationale |
| s | seconde |
| vol. | volume |
| µg | microgramme |
| UI | unité internationale |
| btts | battements |
| mvts | mouvements |

LISTE DES DIAGNOSTICS

xi

| | | | |
|------------------------------------|-------|---|-------|
| Choc | S-1 | Méningite | S-43 |
| Travail et accouchement | | Migraine | S-43 |
| eutociques | P-63 | Mort fœtale in utero | S-148 |
| Abcès pelvien | S-120 | Paludisme sévère/complicé | S-43 |
| Amnionite | S-152 | Paludisme simple | S-43 |
| Anémie sévère | S-143 | Péritonite | S-120 |
| Anomalie de la dynamique utérine | S-65 | Phase d'expulsion prolongée | S-65 |
| Appendicite | S-130 | Phase de latence prolongée | S-65 |
| Asthme bronchique | S-142 | Placenta prævia | S-20 |
| Atonie utérine | S-30 | Pneumonie | S-121 |
| Avortement | S-8 | Position occipito-sacrée | S-81 |
| Coagulopathie | S-22 | Position transverse | S-81 |
| Cystite | S-110 | Pré-éclampsie légère ou sévère | S-42 |
| Déchirures cervicales et vaginales | S-30 | Présence de méconium dans le liquide amniotique | S-106 |
| Disproportion céphalo-pelvienne | S-65 | Présentation de l'épaule | S- |
| Dystocie des épaules | S-93 | Présentation de la face | S-82 |
| Dystocie mécanique | S-65 | Présentation du front | S-82 |
| Eclampsie | S-43 | Présentation du siège | S-83 |
| Encéphalite | S-43 | Présentation mixte | S-83 |
| Endométrite puerpérale | S-120 | Présentation transversale | S-84 |
| Engorgement mammaire | S-120 | Procidence du cordon | S-107 |
| Epilepsie | S-43 | Pyélonéphrite aiguë | S-121 |
| Faux travail | S-65 | Rétention placentaire complète ou partielle | S-30 |
| Gros enfant | S-98 | Rupture prématurée des membranes | S-152 |
| Grossesse ectopique | S-8 | Rupture utérine | S-20 |
| Grossesse molaire | S-8 | Rythme cardiaque fœtal anormal | S-105 |
| Grossesse multiple | S-99 | Tétanos | S-43 |
| Hématome rétroplacentaire | S-20 | Travail prématuré | S-134 |
| Hémorragie de l'anté-partum | S-20 | Utérus cicatriciel | S-103 |
| Hémorragie du post-partum | S-30 | | |
| Hydramnios | S-98 | | |
| Hypertension chronique | S-42 | | |
| Hypertension gestationnelle | S-42 | | |
| Infection des plaies | S-121 | | |
| Infection mammaire | S-120 | | |
| Insuffisance cardiaque | S-142 | | |
| Inversion utérine | S-30 | | |
| Kyste de l'ovaire | S-136 | | |

PREMIERE PARTIE
PRINCIPES CLINIQUES

Lorsqu'une femme en âge de procréer consulte pour un problème de santé, l'examiner rapidement afin de déterminer la gravité de son état.

TABLE P-1 Evaluation initiale rapide^a

| Evaluer | Signes de danger | Penser à |
|--|--|---|
| Voies aériennes et respiration | RECHERCHER : <ul style="list-style-type: none"> • une cyanose (coloration bleue) • une détresse respiratoire EXAMINER : <ul style="list-style-type: none"> • la peau : pâleur • les poumons : sibilance ou râles | <ul style="list-style-type: none"> • anémie sévère • insuffisance cardiaque • pneumonie • asthme Voir Difficultés respiratoires, p.S-141 |
| Circulation (signes de choc) | EXAMINER : <ul style="list-style-type: none"> • la peau : moite, extrémités froides • le pouls : rapide (110 bts/min ou plus et filant) • la tension artérielle : basse (TA systolique inférieure à 90 mm Hg) | Choc, p.S-1 |
| Saignement vaginal (en début ou en fin de grossesse ou après l'accouchement) | DEMANDER SI : <ul style="list-style-type: none"> • enceinte: si oui, depuis combien de temps • accouchement récent • placenta expulsé EXAMINER : <ul style="list-style-type: none"> • vulve : importance du saignement, rétention placentaire, déchirures apparentes • utérus : atone • vessie : pleine <p>NE PAS FAIRE D'EXAMEN VAGINAL À CE STADE</p> | <ul style="list-style-type: none"> • avortement • grossesse ectopique • grossesse molaire voir Saignement vaginal en début de grossesse, p.S-7 <ul style="list-style-type: none"> • hématome rétroplacentaire • rupture utérine • placenta praevia voir Saignement vaginal en fin de grossesse et pendant le travail, p.S-19 <ul style="list-style-type: none"> • atonie utérine • déchirures cervicales et vaginales • rétention placentaire • inversion utérine voir Saignement vaginal après l'accouchement, p.S-27 |

^a Cette liste ne comprend pas toutes les affections dont une femme peut souffrir durant la grossesse ou les suites de couches. Elle permet d'identifier les affections qui comportent le plus grand risque de morbidité et de mortalité maternelles.

TABLE P-1 Evaluation initiale rapide^a (suite)

| Evaluer | Signes de danger | Penser à |
|---|--|---|
| Perte de connaissance ou convulsions | <p>DEMANDER SI :</p> <ul style="list-style-type: none"> • enceinte : si oui, depuis combien de temps <p>EXAMINER :</p> <ul style="list-style-type: none"> • tension artérielle : élevée (TA diastolique supérieure ou égale à 90 mm HG) • température : 38 °C ou plus | <ul style="list-style-type: none"> • éclampsie • paludisme • épilepsie • tétanos <p>voir Convulsions ou perte de connaissance, p.S-39</p> |
| Fièvre dangereuse | <p>DEMANDER SI :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faible, léthargique • mictions fréquentes et douloureuses <p>EXAMINER :</p> <ul style="list-style-type: none"> • température : 38 °C ou plus • perte de connaissance • nuque : raide • poumons : respiration superficielle, foyers de condensation massive • abdomen : extrêmement sensible • vulve : collection suppurée • seins : sensibles | <ul style="list-style-type: none"> • infection urinaire • paludisme <p>voir Fièvre pendant la grossesse ou le travail, p.S-109</p> <ul style="list-style-type: none"> • endométrite • abcès pelvien • péritonite • infection mammaire <p>voir Fièvre après l'accouchement, p.S-119</p> <ul style="list-style-type: none"> • complications de l'avortement <p>voir Saignement vaginal en début de grossesse, p.S-7</p> <ul style="list-style-type: none"> • pneumonie <p>voir Difficultés respiratoires, p.S-141</p> |
| Douleurs abdominales | <p>DEMANDER SI :</p> <ul style="list-style-type: none"> • enceinte : si oui, depuis combien de temps <p>EXAMINER :</p> <ul style="list-style-type: none"> • tension artérielle : basse (TA systolique inférieure à 90 mm Hg) • pouls : rapide (110 bts/min ou plus) • température : 38 °C ou plus • utérus : gravide | <ul style="list-style-type: none"> • kyste de l'ovaire • appendicite • grossesse ectopique <p>voir Douleurs abdominales en début de grossesse, p.S-129</p> <ul style="list-style-type: none"> • possibilité de travail à terme ou avant terme • amniotite • hématome rétroplacentaire • rupture utérine <p>voir Douleurs abdominales en fin de grossesse ou après l'accouchement, p.S-133</p> |

Une femme a également besoin **qu'on s'occupe d'elle rapidement** si elle présente un des signes suivants :

- pertes vaginales gluantes et filantes, teintées de sang (bouchon muqueux) accompagnées de contractions décelables au toucher ;
- membranes rompues ;
- pâleur ;
- asthénie ;
- évanouissement ;
- céphalées sévères ;
- vision floue ;
- vomissements ;
- fièvre ;
- détresse respiratoire.

Il convient alors de la faire passer au début de la file d'attente et de la traiter au plus vite.

METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF D'EVALUATION INITIALE RAPIDE

Pour pouvoir instituer rapidement un traitement, il est nécessaire de pouvoir reconnaître immédiatement l'affection en cause et d'agir rapidement. Les conditions requises pour cela sont les suivantes :

- avoir un personnel formé – réceptionnistes, gardes, concierges et standardistes compris – à réagir selon les règles dont il aura été convenu (« sonner l'alarme », appeler à l'aide) lorsqu'une femme présentant une urgence obstétricale ou une complication de la grossesse arrive dans l'établissement ou lorsque celui-ci est informé qu'une femme y est transférée ;
- faire participer le personnel à des exercices cliniques ou à des exercices d'urgence afin de s'assurer qu'il est paré à ce genre d'éventualités à tous les niveaux ;
- veiller à ce que l'accès ne soit pas entravé (à ce que les clés soient accessibles), à ce que le matériel soit en état de marche (vérification quotidienne) et à ce que le personnel soit convenablement formé à s'en servir ;
- établir des protocoles (et s'assurer que le personnel sait les appliquer) pour reconnaître les urgences véritables et savoir immédiatement quelle est la conduite à tenir ;

- former le personnel à identifier précisément, dans la salle d'attente, les femmes – même celles qui sont venues pour une consultation de routine – dont l'état justifie que le professionnel de santé s'occupe d'elles rapidement, voire immédiatement, et qui doivent par conséquent passer au début de la file d'attente (étant entendu que les femmes qui sont entrées en travail ou les femmes enceintes qui présentent une des affections énumérées dans le **tableau P-1 (p.P-2)** doivent être vues immédiatement par un professionnel de santé) ;
- convenir de modalités pour dispenser les femmes présentant une urgence du règlement des honoraires, au moins provisoirement (grâce à des formules locales d'assurance, aux fonds d'urgence du comité sanitaire).

Le plus souvent, la grossesse est un moment de joie et d'attente mais ce peut être aussi un moment d'anxiété et d'appréhension. Le fait d'établir un dialogue véritable avec la patiente et sa famille peut aider la patiente à se sentir en confiance avec ses prestataires de soins.

Lorsqu'une femme présente des complications, il arrive qu'elle éprouve des difficultés à se confier à celui qui la soigne et à lui exposer ses problèmes. Dans ce cas, il incombe à l'équipe soignante tout entière de discuter avec elle, en faisant preuve de respect, et de la mettre à l'aise. Le fait de se focaliser sur la patiente signifie pour le prestataire de soins et le personnel :

- respecter sa dignité et son droit à l'intimité ;
- être attentif à ses besoins ;
- ne pas porter de jugement sur les décisions qu'elle et sa famille ont prises jusqu'ici en matière de soins.

On peut certes désapprouver le comportement à risque d'une femme ou une décision qui s'est traduite par une recherche tardive d'aide, c'est compréhensible. Cependant, il **n'est pas acceptable** qu'on lui manque de respect ou qu'on ne prête pas toute l'attention nécessaire à une affection qui résulte d'un tel comportement. Une fois que la complication a été prise en charge, mais pas avant, on doit conseiller la patiente pour l'amener à modifier son comportement.

LES DROITS DES PATIENTES

Il est important que les prestataires de soins sachent quels sont les droits des patientes lorsqu'ils leur dispensent des soins liés à la maternité :

- toute patiente qui reçoit des soins a le droit d'être informée de son état de santé ;
- toute patiente a le droit d'être écoutée dans un cadre dans lequel elle se sent en confiance ;
- une patiente (ou sa famille, si besoin) doit savoir à l'avance quel type d'intervention elle va subir ;
- les interventions doivent être réalisées dans un cadre (par exemple, dans une salle de travail) dans lequel le droit de la patiente à l'intimité sera préservé ;
- lorsqu'on dispense des soins à une patiente, il faut l'aider à se sentir aussi à son aise que possible ;
- une patiente a le droit d'exprimer son avis quant aux soins qu'elle reçoit.

Lorsqu'un prestataire de soins parle à une patiente de sa grossesse ou d'une complication dont elle souffre ou a souffert, il doit avoir recours aux techniques de communication de base. Ces techniques l'aideront à établir une relation de sincérité, de bienveillance et de confiance avec la patiente. Une patiente qui fait confiance à un prestataire de soins et qui a le sentiment que celui-ci/celle-ci a à cœur de protéger ses intérêts a plus de chances de revenir dans l'établissement pour accoucher ou de s'y présenter rapidement en cas de complication.

TECHNIQUES DE COMMUNICATION

Parler calmement et assurer la patiente du caractère confidentiel de la conversation. Prendre en considération tous les aspects culturels et religieux et faire preuve de respect pour ses opinions. Il convient également :

- d'encourager la patiente et sa famille à parler honnêtement et sans retenue de ce qui a entouré la complication ;
- d'écouter ce que la patiente et sa famille ont à dire et de les encourager à confier leurs préoccupations en essayant de ne pas les interrompre ;
- de respecter l'intimité de la patiente en fermant la porte ou en tirant les rideaux qui entourent la table d'examen ;
- de lui faire savoir qu'elle est écoutée et comprise ;
- de la soutenir en utilisant la communication non verbale, telle que des hochements de tête et des sourires ;
- de répondre à ses questions de façon directe, sur un ton calme et rassurant ;
- de lui expliquer comment on va procéder pour traiter la complication ;
- de lui demander de répéter les points principaux pour s'assurer qu'elle les a compris.

Lorsqu'une **patiente doit subir une intervention chirurgicale**, lui expliquer la nature de cet acte et les risques qu'il comporte et l'aider à atténuer son anxiété. L'intervention et le réveil sont plus difficiles pour les femmes extrêmement anxieuses.

Pour de plus amples informations concernant le soutien affectif face à une urgence, se reporter à la **page P-7**.

Les situations d'urgence sont souvent très choquantes pour toutes les personnes concernées et déclenchent toute une série de sentiments qui peuvent avoir des répercussions considérables.

REACTIONS SUR LE PLAN AFFECTIF ET PSYCHOLOGIQUE

La manière dont chaque parent réagit à une situation d'urgence dépend :

- de la situation familiale de la patiente et de ses relations avec son partenaire ;
- de la situation sociale de la patiente/du couple, de leurs pratiques culturelles et religieuses et de leurs croyances ;
- de la personnalité des personnes impliquées, de la qualité et de la nature sociale, pratique ou affective du soutien que ces personnes apportent à la patiente ;
- de la nature, de la gravité et du pronostic de l'affection, de la possibilité ou non de recourir à des services de santé et de la qualité de ces services.

Parmi les réactions fréquentes à une urgence obstétricale ou à un décès, on observe :

- un déni de la réalité (« ce n'est pas vrai ») ;
- un sentiment de culpabilité tenant à une responsabilité éventuelle ;
- de la colère (fréquemment dirigée contre le personnel soignant mais qui masque souvent une colère que les parents éprouvent vis-à-vis d'eux-mêmes pour avoir « échoué ») ;
- l'envie de marchander (en particulier si la patiente oscille entre la vie et la mort) ;
- de la dépression et une perte d'amour-propre qui peut se prolonger ;
- un sentiment d'isolement (l'impression d'être différent des autres, d'être à part) qui peut être renforcé par le fait que les soignants évitent parfois les personnes qui ont perdu un proche ;
- une désorientation.

PRINCIPES GENERAUX A OBSERVER EN MATIERE DE COMMUNICATION ET DE SOUTIEN

Bien que chaque urgence constitue un cas particulier, les principes ci-après donnent une orientation générale sur la conduite à tenir. La communication et la compassion sont probablement les principaux éléments d'une prise en charge efficace dans ce genre de situations.

SUR LE MOMENT

- Ecouter les personnes qui traversent une situation pénible. La patiente et la famille ont besoin d'extérioriser leur douleur, leur chagrin.
- Ne pas changer de sujet au profit de questions plus faciles ou moins douloureuses à aborder. Faire preuve de compassion.
- Donner le plus d'informations possibles à la patiente et à sa famille sur la situation. S'ils comprennent ce qui se passe et ce qu'on fait pour y remédier, ils seront moins inquiets et mieux préparés à la suite des événements.
- Etre honnête. Ne pas hésiter à reconnaître ce qu'on ignore. Il est plus important d'entretenir un climat de confiance que d'avoir l'air érudite.
- Si la langue constitue une barrière, se faire aider par un interprète.
- Ne pas déléguer le cas au personnel infirmier ou à des internes.
- Veiller à ce qu'une personne de son choix accompagne la patiente et, si possible, à ce que le même soignant la suive tout au long du travail et de l'accouchement. L'accompagnement peut permettre à une patiente de surmonter sa peur et sa douleur et de se sentir, en outre, moins seule et moins désemparée.
- Si possible, encourager l'accompagnant à participer activement aux soins. L'installer à la tête du lit pour qu'il puisse se concentrer sur les besoins affectifs de la patiente.
- Offrir la plus grande intimité possible à la patiente et à sa famille pendant et après les faits.

PAR LA SUITE

- Apporter une aide pratique, des informations et un soutien affectif.
- Faire preuve de respect à l'égard des croyances et coutumes locales et s'adapter autant que possible aux besoins de la famille.
- Apporter un soutien et un conseil à la patiente et à sa famille et leur permettre de réfléchir aux événements qui se sont déroulés.
- Leur expliquer ce qui s'est passé pour apaiser leurs angoisses et leur sentiment de culpabilité. Un grand nombre de femmes ou de familles se sentent responsables de ce qui est arrivé.
- Ecouter la patiente exprimer ce qu'elle ressent, lui montrer qu'elle est comprise sans être jugée. Parfois, la communication non verbale en dit plus que les mots : une simple pression de la main ou un regard témoignant d'un réel intérêt peuvent être riches de sens.

- Répéter l'information plusieurs fois et donner si possible des informations écrites. Les personnes confrontées à une urgence retiennent difficilement ce qu'on leur dit.
- Les prestataires de soins peuvent ressentir de la colère, de la culpabilité, du chagrin, de la douleur et de la frustration face aux urgences obstétricales, ce qui peut les amener à éviter la patiente/la famille. Ce n'est pas une preuve de faiblesse que de laisser transparaître ses émotions.
- Penser à prendre soin du personnel qui peut lui aussi éprouver des sentiments de culpabilité, de chagrin, de confusion ou autres.

MORTALITE ET MORBIDITE MATERNELLES

MORTALITE MATERNELLE

Le décès d'une femme en couches ou suite à des complications de la grossesse constitue une expérience dévastatrice pour la famille et les enfants de cette femme si elle en avait. Ainsi, outre les principes énumérés ci-dessus, il convient de ne pas oublier ce qui suit :

SUR LE MOMENT

- Apporter un soutien psychologique à la patiente tant qu'elle est éveillée ou même vaguement consciente de ce qui lui arrive ou risque de lui arriver.
- Si la mort est inévitable, offrir un réconfort affectif et spirituel à la patiente plutôt que de s'acharner à lui dispenser les soins d'urgence (ce qui serait vain à ce stade).
- Préserver sa dignité et la traiter avec respect à tous moments, même si elle est inconsciente ou déjà décédée.

PAR LA SUITE

- Autoriser le conjoint ou le partenaire et la famille à rester auprès d'elle.
- Si possible, aider la famille à prendre les dispositions nécessaires pour les funérailles et s'assurer que tous les documents nécessaires lui ont bien été remis.
- Expliquer aux proches ce qui s'est passé et répondre à toutes leurs questions. Leur donner la possibilité de revenir pour poser des questions supplémentaires.

MORBIDITE MATERNELLE SEVERE

L'accouchement laisse parfois des séquelles physiques ou psychologiques graves.

SUR LE MOMENT

- Si possible, faire participer la patiente et la famille au déroulement de l'accouchement, en particulier si cela répond à une habitude culturelle.
- Veiller, si possible, à ce qu'un membre du personnel entoure la patiente et son partenaire tant sur le plan affectif qu'en matière d'information.

PAR LA SUITE

- Expliquer clairement à la patiente et aux personnes qui l'accompagnent en quoi consistent l'affection et le traitement afin qu'elles comprennent bien.
- Prendre les mesures nécessaires pour le traitement et/ou le transfert, si besoin est.
- Programmer une visite de suivi pour contrôler l'évolution et envisager les solutions possibles.

MORTALITE ET MORBIDITE NEONATALES

Si les principes généraux du soutien affectif aux femmes confrontées à une urgence obstétricale restent valables lorsqu'un enfant meurt ou naît avec une malformation, il convient de prendre en considération des éléments particuliers.

MORT IN UTERO OU PER PARTUM

Un certain nombre d'éléments influenceront sur la réaction de la mère à la mort de son enfant. Il s'agit des éléments indiqués plus haut ainsi que :

- des antécédents de la mère sur le plan général et sur le plan obstétrical ;
- de la mesure dans laquelle l'enfant était « désiré » ;
- des événements qui ont entouré la naissance et de la cause de la perte du bébé ;
- des expériences précédentes que la mère peut avoir eues de la mort.

SUR LE MOMENT

- Eviter de recourir à la sédation pour aider la patiente à faire face, car cela risquerait de retarder l'acceptation de la mort et, en faisant revivre cette expérience plus tard à la mère, de la rendre plus difficile car cette étape fait partie du processus de guérison affective.
- Autoriser les parents à assister aux efforts du personnel soignant pour essayer de ranimer leur enfant.
- Encourager la mère ou, le cas échéant, les deux parents, à voir et à prendre le bébé dans leurs bras pour faciliter leur deuil.
- Préparer les parents à l'éventualité que le bébé ait une apparence dérangement ou inattendue (peau rouge, fripée et décollée). Si nécessaire, envelopper le bébé de manière à ce qu'il ait l'air aussi normal que possible à première vue.
- Eviter de séparer la mère de son enfant trop tôt (avant qu'elle n'ait manifesté qu'elle était prête), car cela peut perturber le processus de deuil et le ralentir.

PAR LA SUITE

- Autoriser la patiente/la famille à continuer à passer du temps auprès du bébé. Les parents d'un enfant mort-né ont besoin de faire connaissance avec celui-ci.
- Tout le monde ne fait pas son deuil de la même manière, mais pour beaucoup, le souvenir est important. Remettre à la patiente ou à sa famille des souvenirs tels qu'une mèche de cheveux, l'étiquette du berceau ou une étiquette portant le nom du bébé.
- Là où la coutume veut que l'on donne un prénom aux enfants à leur naissance, encourager la patiente/la famille à donner au bébé le nom qui avait été choisi.
- Autoriser la patiente/la famille à préparer le bébé pour ses funérailles si tel est leur souhait.
- Encourager les pratiques funéraires conformes aux coutumes locales et veiller à ce que les procédures médicales (comme les autopsies) ne constituent pas un obstacle à ces pratiques.
- Mettre sur pied une rencontre avec la patiente et son partenaire pour parler de ce qui s'est passé et discuter, le cas échéant, de mesures préventives pour le futur.

OPERATIONS DESTRUCTRICES

La craniotomie et les autres opérations de destruction du fœtus mort peuvent être pénibles et demander des soins psychologiques supplémentaires.

SUR LE MOMENT

- Il est fondamental d'expliquer à la patiente et à sa famille que le bébé est mort et que la priorité est de sauver la mère.
- Encourager le partenaire à offrir du soutien et du réconfort à la mère jusqu'à ce qu'elle soit sous anesthésie ou sédatif.
- Si la mère est éveillée, ne serait ce que partiellement, durant l'intervention, la protéger de la vue de l'intervention et du bébé.
- Après l'intervention, préparer le bébé de manière à ce que la mère/la famille puissent le voir et/ou le prendre dans leurs bras si elles le souhaitent, en particulier si la famille doit préparer le bébé pour les funérailles.

PAR LA SUITE

- Octroyer un temps de visite illimité à l'accompagnant.
- Conseiller et informer la patiente et son accompagnant et leur expliquer qu'il n'y avait pas d'autre solution.
- Mettre sur pied une visite de suivi qui aura lieu plusieurs semaines plus tard pour répondre aux questions éventuelles de la patiente et la préparer à une nouvelle grossesse (ou au fait qu'une nouvelle grossesse est impossible/déconseillée).
- Offrir, si besoin est, des services de planification familiale (**tableau S-3, p.S-14**).

NAISSANCE D'UN ENFANT AYANT UNE MALFORMATION

La naissance d'un enfant avec une malformation constitue une expérience traumatisante pour les parents et la famille. Les réactions sont variables.

- Autoriser la mère à voir son enfant et à le prendre dans ses bras. Certaines femmes acceptent leur enfant immédiatement alors que pour d'autres, cela peut prendre plus de temps.
- L'incrédulité, le refus de la réalité et la tristesse sont des réactions normales, en particulier si la malformation n'avait pas été décelée avant l'accouchement. Les sentiments d'injustice, de désespoir, de

dépression, d'angoisse, de colère, d'échec et d'appréhension sont fréquents.

SUR LE MOMENT

- Donner l'enfant à ses parents dès l'accouchement. Le fait de leur permettre de découvrir la malformation immédiatement peut aider à la rendre moins traumatisante.
- Dans les cas de difformité grave, envelopper l'enfant avant de le mettre dans les bras de la mère de façon à ce qu'elle voie d'abord ce qu'il a de normal. Ne pas obliger la mère à examiner la malformation.
- Préparer un lit ou même un simple lit de camp afin que l'accompagnant puisse rester auprès de la mère si celle-ci le souhaite.

PAR LA SUITE

- Discuter de l'enfant et de son problème avec la patiente et la famille, si possible, ensemble.
- Laisser la mère et son partenaire rendre visite librement à leur enfant. Toujours laisser l'enfant avec sa mère. Plus la mère et son partenaire peuvent s'occuper eux-mêmes de l'enfant, plus vite ils l'accepteront.
- Veiller à ce qu'ils puissent prendre contact avec des professionnels et des groupes de soutien.

MORBIDITE PSYCHOLOGIQUE

La détresse affective du post-partum est très fréquente. Elle peut aller du simple blues du post-partum (qui touche environ 80% des femmes) à la dépression voire à la psychose du post-partum. La psychose du post-partum peut représenter une menace pour la vie de la mère ou de l'enfant.

DEPRESSION DU POST-PARTUM

La dépression du post-partum touche jusqu'à 34% des femmes après un accouchement. Elle débute généralement au cours des premières semaines ou premiers mois des suites de couches et peut durer un an et plus. L'état dépressif ne fait pas forcément partie des symptômes prédominants bien qu'il soit le plus souvent évident. D'autres symptômes tels que l'épuisement, l'irritabilité, la propension à pleurer, la baisse de l'énergie et de la motivation, les sentiments d'impuissance

et de désespoir, la disparition de la libido et de l'appétit et les troubles du sommeil sont présents. La femme peut déclarer souffrir de céphalées, d'asthme, de douleurs dorsales, de leucorrhées et de douleurs abdominales. Elle peut également présenter d'autres symptômes comme les pensées obsessionnelles, la peur de faire du mal au bébé ou de se faire du mal à elle-même, les idées suicidaires et la dépersonnalisation.

Le pronostic de la dépression du post-partum est bon si elle est diagnostiquée et traitée suffisamment tôt. Dans plus de deux tiers des cas, la patiente guérit dans l'année. La présence d'un accompagnant pendant le travail peut permettre d'éviter la dépression du post-partum.

Une fois établie, la dépression du post-partum requiert un conseil psychologique et un soutien pratique. En règle générale :

- apporter à la patiente un soutien psychologique et une aide sur le plan pratique (prise en charge du bébé et soins à domicile) ;
- l'écouter et lui offrir soutien et encouragement ;
- l'assurer qu'il s'agit d'un phénomène assez fréquent et que beaucoup de femmes souffrent de la même chose ;
- l'aider à modifier sa perception de la maternité et aider le couple à considérer tous les détails de leurs rôles respectifs de nouveaux parents – il se peut qu'ils aient besoin de revoir leurs attentes et d'adapter leurs activités ;
- si elle souffre de dépression grave, envisager de lui administrer des antidépresseurs si l'établissement en dispose et garder à l'esprit que les médicaments peuvent passer dans le lait maternel de sorte qu'il convient alors de reconsidérer la question de l'allaitement.

Les soins peuvent être dispensés à domicile ou dans des dispensaires de jour. Les groupes locaux de soutien constitués de femmes ayant vécu le même genre d'expérience sont des plus utiles.

PSYCHOSE DU POST-PARTUM

La psychose du post-partum commence généralement au moment de l'accouchement et touche moins de 1% des parturientes. La cause en est inconnue, bien qu'environ la moitié des femmes atteintes de psychose du post-partum aient des antécédents de maladie mentale. La psychose du post-partum est caractérisée par l'apparition brutale d'hallucinations, d'insomnie, d'une obsession du bébé, d'un état dépressif grave, d'angoisse, de désespoir et de pulsions suicidaires ou infanticides.

La mère peut parfois continuer à s'occuper de son enfant normalement. Le pronostic de guérison est excellent mais environ 50 % des femmes font une rechute lors des accouchements suivants. En règle générale :

- apporter à la patiente un soutien psychologique et une aide sur le plan pratique (prise en charge du bébé et soins à domicile) ;
- l'écouter et lui offrir soutien et encouragement – c'est important si l'on veut pouvoir éviter les issues tragiques ;
- l'aider à être moins angoissée ;
- éviter d'aborder des questions d'ordre affectif lorsqu'elle est instable ;
- si elle prend des psychotropes, garder à l'esprit que les médicaments peuvent passer dans le lait maternel et qu'il convient alors de reconsidérer la question de l'allaitement.

Les urgences peuvent survenir soudainement, c'est le cas des convulsions, ou se développer à la suite d'une complication mal soignée ou mal surveillée.

PREVENIR LES URGENCES

On peut éviter la plupart des urgences en :

- mettant au point une planification rigoureuse ;
- observant les protocoles ;
- surveillant attentivement la patiente.

REAGIR FACE A UNE URGENCE

Pour pouvoir faire face à une urgence rapidement et avec la plus grande efficacité, les membres de l'équipe soignante doivent connaître leurs rôles respectifs et savoir comment l'équipe doit fonctionner. Les membres de l'équipe doivent également :

- connaître les affections cliniques et savoir les diagnostiquer et les traiter ;
- connaître les médicaments, leur utilisation, leur mode d'administration et leurs effets indésirables ;
- connaître le matériel d'urgence et savoir comment il fonctionne.

Il faudrait évaluer régulièrement la capacité des établissements à traiter les urgences et la renforcer par des exercices d'alerte fréquents.

PRISE EN CHARGE INITIALE

Lorsqu'on prend en charge une urgence :

- rester calme, être logique et se concentrer sur les besoins de la patiente ;
- ne pas laisser la patiente sans surveillance ;
- prendre la direction des opérations et éviter les confusions en désignant nommément une personne pour s'occuper de la patiente ;
- **APPELER A L'AIDE**, désigner une personne pour aller chercher de l'aide et une autre pour rassembler le matériel d'urgence (par exemple, les bouteilles d'oxygène, le nécessaire d'urgence) ;
- si **la patiente est inconsciente**, évaluer les voies aériennes, la respiration et la circulation ;

- si **l'état de la patiente évoque un choc**, instituer immédiatement le traitement (**p.S-1**) ; même si la patiente ne présente pas de signe de choc, poursuivre l'examen en gardant cette éventualité à l'esprit, car son état peut se détériorer rapidement ; si **un choc survient**, il est important de commencer le traitement immédiatement ;
- allonger la patiente sur le côté gauche, les pieds surélevés ; si ses vêtements sont serrés, les desserrer ;
- lui parler et l'aider à rester calme, lui demander ce qui s'est passé et de quoi elle souffre ;
- procéder à un examen rapide, en particulier des signes vitaux (tension artérielle, pouls, respiration, température) et de la coloration de la peau ; estimer la quantité de sang qu'elle a perdu et évaluer les symptômes et signes cliniques.

PREVENTION DES INFECTIONS

- La prévention des infections (PI) répond à deux objectifs principaux :
 - prévenir les infections graves dans la prestation de services de santé ;
 - réduire le risque de transmission de maladies graves telles que l'hépatite B et le VIH/SIDA à la patiente, aux prestataires de soins et au personnel en général, y compris au personnel d'entretien.
- Les pratiques recommandées pour la PI reposent sur les principes suivants :
 - toute personne (qu'il s'agisse d'un patient ou du personnel soignant) doit être considérée comme potentiellement porteuse d'une infection ;
 - la méthode la plus sûre pour éviter la contamination croisée est de se laver les mains ;
 - mettre des gants avant de toucher quoi que ce soit de mouillé – plaies ouvertes, muqueuses, sang ou autres liquides organiques (sécrétions ou excréctions) ;
 - utiliser des protections (lunettes de protection, masque et tablier) si des liquides organiques (sécrétions ou excréctions) risquent de gicler ou de se répandre ;
 - ne recourir qu'à des pratiques sans danger – ne pas recapuchonner ou plier les aiguilles, traiter les instruments et éliminer les déchets comme il convient.

LAVAGE DES MAINS

- Frotter vigoureusement les deux mains après les avoir enduites de savon antimicrobien ou ordinaire. Frotter pendant 15 à 30 secondes puis rincer à l'eau courante sous le robinet ou en se versant de l'eau sur les mains.
- Se laver les mains :
 - avant et après chaque examen (ou contact direct avec la patiente) ;

- après exposition à du sang ou à un liquide organique de quelque nature que ce soit (sécrétions ou excréations), même si l'on portait des gants ;
- après avoir retiré les gants, qui peuvent être percés.
- Afin d'encourager le personnel à se laver les mains, il convient que les administrateurs de programme s'efforcent de fournir du savon et de veiller à ce que les établissements ne manquent jamais d'eau propre (qu'il s'agisse d'eau courante ou d'eau stockée dans des seaux), ni d'essuie-mains à usage unique. Ne pas utiliser de serviettes ayant servi à d'autres personnes pour se sécher les mains.
- Se laver les mains avant de pratiquer une intervention chirurgicale, voir **p.P.55**.

GANTS ET BLOUSES

- Mettre des gants :
 - pour pratiquer une intervention (**tableau P-2, p.P-21**) ;
 - pour manipuler des instruments, gants ou autres objets sales ;
 - pour jeter des déchets contaminés (coton, gaze ou pansements).
- Utiliser une paire de gants différente pour chaque patiente afin d'éviter la contamination croisée.
- Préférer les gants jetables. Si l'établissement dispose de ressources limitées, il est possible de réutiliser les gants chirurgicaux après les avoir :
 - décontaminés par trempage dans une solution de chlore à 0,5% pendant 10 minutes ;
 - lavés puis rincés ;
 - stérilisés à l'autoclave (ce qui élimine tous les micro-organismes) ou soumis à une désinfection poussée à la vapeur ou à l'eau bouillante (ce qui élimine tous les micro-organismes à l'exception de certaines endospores de bactéries).

Note : Les gants chirurgicaux jetables ne doivent pas être réutilisés plus de trois fois car de petits trous invisibles risqueraient de se former.

Ne pas utiliser de gants craquelés écaillés ou visiblement troués ou déchirés.

TABLEAU P-2 Exigences en matière de gants et de blouses pour la pratique des gestes obstétricaux courants

| Acte | Type de gants recommandés^a | Autres types de gants pouvant être utilisés^b | Blouse |
|--|--|--|--------------------------------|
| Prise de sang, installation d'une perfusion | gants d'examen ^c | gants chirurgicaux désinfectés ^d | pas exigée |
| Examen gynécologique | gants d'examen | gants chirurgicaux désinfectés | pas exigée |
| Aspiration manuelle intra-utérine, dilatation et curetage, colpotomie, culdocentèse | gants chirurgicaux désinfectés | gants chirurgicaux stériles | pas exigée |
| Laparotomie et interventions intra-abdominales, rupture artificielle des membranes, accouchement instrumentalisé symphysiotomie, épisiotomie, réparation des déchirures cervicales et périnéales, craniotomie, craniocentèse, compression bimanuelle de l'utérus, délivrance artificielle, réduction de l'inversion utérine | gants chirurgicaux stériles | gants chirurgicaux désinfectés | propre, désinfectée ou stérile |
| Manipulation et nettoyage d'instruments | gants d'entretien ^e | gants d'examen ou gants chirurgicaux | pas exigée |
| Manipulation de déchets contaminés | gants d'entretien | gants d'examen ou gants chirurgicaux | pas exigée |
| Nettoyage de projections de sang ou d'autres liquides organiques | gants d'entretien | gants d'examen ou gants chirurgicaux | pas exigée |

^a Il n'est pas indispensable de porter des gants et une blouse pour vérifier la tension artérielle ou prendre la température, ni pour faire des injections.

^b Ces gants sont généralement plus chers que les gants recommandés et demandent une plus grande préparation.

^c Les gants d'examen sont des gants jetables en latex – prévus pour n'être utilisés qu'une fois. Dans le cas où on souhaite les réutiliser, il convient, au préalable, de les décontaminer, de les nettoyer et soit de les stériliser, soit de les soumettre à une désinfection poussée.

^d Les gants chirurgicaux sont des gants en latex conçus pour s'ajuster à la main.

^e Les gants d'entretien sont des gants de ménage épais.

- Porter une blouse propre, mais pas nécessairement stérile, pour tout accouchement :
 - si la blouse a de longues manches, les gants doivent être enfilés par-dessus le bas des manches afin d'éviter d'être contaminés ;
 - après avoir enfilé les gants (soumis à une désinfection poussée ou stériles), veiller à garder les mains au-dessus de la taille et à ne pas les mettre en contact avec la blouse.

MANIPULATION D'INSTRUMENTS PIQUANTS OU TRANCHANTS ET D'AIGUILLES

SALLE D'OPÉRATION ET SALLE DE TRAVAIL

- Ne laisser aucun instruments piquants ou tranchants, ni aiguilles ailleurs que dans des « zones de sécurité » (**p.P-57**).
- Prévenir les autres employés de l'établissement avant de leur faire passer des instruments piquants ou tranchants.

AIGUILLES ET SERINGUES HYPODERMIQUES

- N'utiliser chaque seringue ou aiguille qu'une seule fois.
- Ne pas désolidariser l'aiguille de la seringue après utilisation.
- Ne pas remettre le capuchon sur les aiguilles. Ne pas les plier ou les casser avant de les jeter.
- Jeter les aiguilles et seringues dans un récipient qui ne risque pas d'être perforé.
- Brûler les aiguilles hypodermiques pour les rendre inutilisables.

Note : Dans les établissements qui ne disposent pas d'aiguilles jetables et où l'on a l'habitude de recapuchonner les aiguilles, appliquer la méthode dite « à une main » :

- placer le capuchon sur une surface dure et plane ;
- tenir la seringue d'une main et se servir de l'aiguille pour « ramasser » le capuchon ;
- une fois que le capuchon recouvre entièrement l'aiguille, tenir celle-ci d'une main par la base et fixer le capuchon de l'autre main.

ELIMINATION DES DECHETS

- L'élimination des déchets a pour objet de :
 - prévenir la propagation des infections au personnel hospitalier qui manipule les déchets ;
 - prévenir la propagation des infections à la communauté locale ;
 - protéger les personnes qui manipulent ces déchets de blessures accidentelles.
- Les déchets non contaminés (le papier utilisé dans les bureaux, les boîtes) ne comportent aucun risque d'infection. On peut les jeter conformément aux habitudes locales.
- Il est nécessaire de manipuler convenablement les déchets contaminés (objets ou matériaux souillés de sang – ou d'autres liquides organiques) pour minimiser la propagation des infections au sein du personnel hospitalier et de la communauté. Manipuler ces déchets convenablement signifie :
 - porter des gants d'entretien ;
 - transporter les déchets solides contaminés jusqu'au lieu d'enlèvement dans des récipients fermés ;
 - jeter tous les objets piquants ou tranchants dans des récipients qui ne risquent pas de se percer ;
 - verser avec précaution les déchets liquides dans des toilettes équipées de canalisations sanitaires ou de chasses d'eau ;
 - brûler ou enterrer profondément les déchets solides contaminés ;
 - se laver les mains, laver les gants et les récipients après avoir jeté les déchets infectieux.

INSTALLATION D'UNE PERFUSION

- Installer une perfusion (deux si la patiente est en état de choc) en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre (diamètre de 16 G ou plus grand diamètre disponible).
- Perfuser une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à une vitesse adaptée à l'état de la patiente.

Note : Si la patiente est en **état de choc**, éviter d'utiliser des succédanés du plasma (par exemples, dextran). En effet, il n'a pas été démontré qu'ils étaient plus efficaces que le sérum physiologique pour ranimer une femme en état de choc et, à forte dose, le dextran peut être nocif.

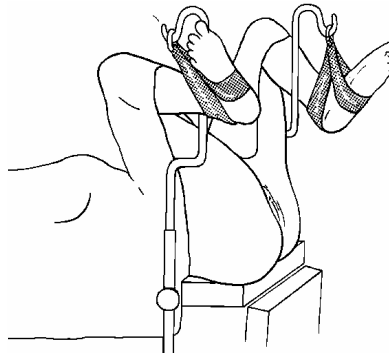
- S'il est **impossible de poser un cathéter sur une veine périphérique**, pratiquer une dénudation veineuse (**fig. S-1, p.S-4**).

PRINCIPES DE BASE A OBSERVER POUR TOUTE INTERVENTION

Avant de pratiquer un acte simple (non chirurgical) quel qu'il soit, il est nécessaire de :

- rassembler et de préparer tout le nécessaire – si du matériel manque, cela peut entraver l'intervention ;
- expliquer à la patiente l'intervention qu'elle va subir et pourquoi, et obtenir son accord ;
- lui donner des analgésiques en tenant compte de l'importance de l'acte, autrement dit, commencer par estimer la durée de l'intervention puis administrer les analgésiques en conséquence (**p.P-43**) ;
- installer la patiente dans une position adaptée à l'intervention – la position la plus couramment utilisée pour les actes obstétricaux (par ex. l'aspiration manuelle) est la position gynécologique (**fig. P-1**).

FIGURE P-1 Position gynécologique



- Se laver les mains à l'eau et au savon (**p.P-19**) et mettre des gants adaptés à l'intervention (**tableau P-2, p.P-21**).
- Si l'intervention requiert **une préparation du vagin et du col avec un antiseptique** (par exemple, aspiration manuelle intra-utérine) :
 - laver le bas de l'abdomen et la région périnéale à l'eau et au savon, si nécessaire ;
 - insérer en douceur un spéculum ou une/des valves stériles ou désinfectés dans le vagin ;

- badigeonner trois fois le col et le vagin de solution antiseptique (par exemple, iodophores, chlorhexidine) à l'aide d'une pince porte-tampons stérile ou désinfectée et d'une compresse de coton ou de gaze.
- Si l'intervention requiert **une préparation de la peau avec un antiseptique** (par exemple, symphysiotomie) :
 - laver la région concernée à l'eau et au savon, si nécessaire ;
 - badigeonner trois fois cette région de solution antiseptique (par exemple, iodophores, chlorhexidine) à l'aide d'une pince porte-tampons stérile ou désinfectée et d'une compresse de coton ou de gaze – **si on tient la compresse avec la main gantée**, il convient de veiller à ne pas contaminer le gant en touchant des zones cutanées qui n'ont pas été préparées ;
 - commencer par le centre de la région et travailler en direction de l'extérieur en un geste circulaire ;
 - arrivé à la limite de la région à stériliser, jeter la compresse de coton ou de gaze.
- Ne jamais revenir au centre de la région à préparer avec la même compresse de coton ou de gaze. Garder les bras et les coudes en hauteur et veiller à ce que la blouse ne touche pas la région à inciser.

UTILISATION CLINIQUE DU SANG, DES PRODUITS SANGUINS ET DES LIQUIDES DE REMPLISSAGE VASCULAIRE P-27

Les soins obstétricaux exigent parfois des transfusions sanguines. Il est important que les professionnels de santé sachent utiliser correctement le sang, les produits sanguins et les liquides de remplissage vasculaire et qu'ils connaissent les principes qui peuvent les aider à décider quand transfuser (et quand ne pas transfuser).

La bonne utilisation des produits sanguins consiste à transfuser des produits sanguins sans danger pour traiter une affection dont les taux de morbidité et de mortalité sont importants et qui ne peut être évitée ou soignée efficacement par d'autres moyens.

Les affections pouvant nécessiter une transfusion sont notamment :

- l'hémorragie du post-partum qui peut mener à un état de choc ;
- la perte d'une grande quantité de sang lors d'un accouchement avec intervention chirurgicale ou instrumentale ;
- une anémie sévère, en particulier en fin de grossesse, ou accompagnée d'une insuffisance cardiaque.

Note : Pour l'anémie en début de grossesse, traiter la cause de l'anémie et administrer des comprimés de fer.

Les hôpitaux de district doivent être préparés à répondre à un besoin urgent de transfusion sanguine. Les unités de soins obstétricaux, quant à elles, ont le devoir de conserver des stocks de sang, en particulier du groupe O négatif, et du plasma frais congelé, qui peuvent sauver des vies.

UTILISATION ABUSIVE DES PRODUITS SANGUINS

Utilisée à bon escient, la transfusion sanguine peut sauver des vies et avoir un effet salutaire sur la santé. Comme tout acte thérapeutique, elle peut toutefois donner lieu à des complications sévères, parfois tardives ; elle comporte notamment un risque de transmission d'agents infectieux. La transfusion sanguine est en outre un acte onéreux et les ressources servant à la financer sont limitées.

- Bien souvent, la transfusion n'est pas justifiée car :
 - on peut souvent éviter les affections pouvant aboutir à la nécessité d'une transfusion grâce à des programmes de prévention ou de traitement précoce ;
 - on transfuse souvent du sang total, des globules rouges ou du plasma pour préparer une patiente en vue d'une intervention

chirurgicale dans un délai réduit ou pour pouvoir abréger son séjour à l'hôpital. D'autres traitements comme la perfusion de solutions intraveineuses sont souvent plus économiques, plus sûrs et donnent un résultat tout aussi satisfaisant (**p.P-35**).

- Les transfusions abusives peuvent :
 - exposer la patiente à des risques inutiles ;
 - conduire à un manque de produits sanguins pour les femmes qui en ont vraiment besoin – le sang est une denrée rare et chère.

RISQUES LIES A LA TRANSFUSION

Avant de prescrire du sang ou des produits sanguins à une patiente, il est capital de peser les risques qu'il y a à transfuser et à ne pas transfuser.

TRANSFUSION DE SANG TOTAL OU DE GLOBULES ROUGES

- Le fait de transfuser des globules rouges comporte un risque d'incompatibilité et un risque de réaction hémolytique post-transfusionnelle grave.
- Les produits sanguins peuvent véhiculer des infections – comme le VIH, l'hépatite B, l'hépatite C, la syphilis, le paludisme et la maladie de Chagas – qui seront transmises au receveur lors de la transfusion.
- Tout produit sanguin qui n'est pas fabriqué ou stocké correctement peut être contaminé par des bactéries et devenir extrêmement dangereux.

TRANSFUSION DE PLASMA

- Le plasma peut transmettre la plupart des agents infectieux présents dans le sang total.
- Les transfusions de plasma peuvent également provoquer des réactions.
- Les transfusions de plasma sont clairement indiquées dans très peu de cas (par exemple, les coagulopathies) et sont très souvent plus dangereuses qu'elles n'ont de chances d'être salutaires.

SECURITE TRANSFUSIONNELLE

- Il est possible de limiter les risques inhérents aux transfusions :
 - en sélectionnant correctement les donneurs de sang et en reportant ou en excluant certains dons ;

- en procédant au dépistage des infections à transmission transfusionnelle (par exemple, le VIH/SIDA et les hépatites) dans la population des donneurs de sang ;
- en instaurant des programmes d'assurance de la qualité ;
- en assurant la qualité du groupage sanguin, de la recherche de compatibilité, de la séparation des constituants du sang et du stockage et du transport des produits sanguins ;
- en utilisant le sang et les produits sanguins comme il convient.

DÉPISTAGE DES AGENTS INFECTIEUX

- Il convient de faire un dépistage des infections à transmission transfusionnelle sur chaque unité de sang provenant de donneurs en utilisant les tests les plus appropriés et les plus efficaces, en fonction, à la fois, des politiques nationales et de la prévalence de certains agents infectieux dans la population de donneurs potentiels.
- Pour tout le sang provenant de donneurs, il convient de faire une recherche :
 - du VIH-1 et du VIH-2 ;
 - de l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) ;
 - des anticorps contre *Treponema pallidum* (agent pathogène de la syphilis).
- Pour tout le sang provenant de donneurs, il convient en outre, lorsque c'est possible, de faire un dépistage :
 - de l'hépatite C ;
 - de la maladie de Chagas, dans les pays où la séroprévalence est importante ;
 - du paludisme, dans les pays à faible prévalence, pour les donneurs qui ont séjourné dans des régions impaludées. Dans les pays de forte prévalence du paludisme, il convient d'accompagner toute transfusion d'une prophylaxie antipaludéenne.
- Il convient de ne mettre aucune dose de sang ou de produit sanguin en circulation tant que tous les tests requis au niveau national ne se sont pas révélés négatifs.
- Procéder à des tests de compatibilité sur tous les constituants du sang transfusés, même si, dans des cas d'urgence où la vie de la patiente est en danger, ces tests ne sont réalisés qu'après la transfusion.

Ne pas délivrer de sang destiné à être transfusé, en dehors des situations où la vie de la patiente est menacée au plus haut point, et à titre tout à fait exceptionnel, si ce sang n'a pas été prélevé sur des donneurs correctement sélectionnés et n'a pas été soumis à un dépistage des agents infectieux à transmission transfusionnelle (par exemple, VIH, hépatite) conforme aux exigences nationales.

PRINCIPES REGISSANT LA TRANSFUSION EN SITUATION CLINIQUE

Le principe fondamental qui régit l'utilisation du sang et des produits sanguins est le suivant : la transfusion ne constitue qu'un des éléments de la prise en charge de la patiente. Dans les cas où la patiente perd subitement une grande quantité de sang, à cause d'une hémorragie, d'une intervention chirurgicale ou de complications de l'accouchement, ce qui est le plus urgent est généralement de remplacer le liquide circulant perdu.

Il peut également être vital de transfuser des globules rouges pour rétablir la capacité du sang à transporter l'oxygène.

Eviter autant que possible de « gaspiller » le sang de la patiente (pour réduire le besoin de transfusion) :

- en utilisant des liquides de remplissage vasculaire pour la réanimation ;
- en prélevant le moins de sang possible pour les analyses ;
- en utilisant les méthodes d'anesthésie et les procédés chirurgicaux les plus au point pour limiter la perte de sang lors d'interventions chirurgicales ;
- en récupérant, le cas échéant, le sang perdu lors des interventions et en le réinjectant (autotransfusion) (**p.S-16**).

Principes à retenir :

- La transfusion n'est qu'un élément de la prise en charge d'une patiente.
- Ne décider de prescrire une transfusion que dans le respect des directives nationales en matière d'utilisation du sang et en tenant compte des besoins de la patiente.
- Il convient de limiter la perte de sang afin de minimiser les besoins de transfusion.

- Il convient de ranimer efficacement les femmes ayant perdu beaucoup de sang (avec des liquides de remplissage vasculaire, de l'oxygène, etc.) pendant qu'on évalue le besoin de transfusion.
- Bien qu'important, le taux d'hémoglobine ne doit pas être le seul élément qui conditionne la transfusion. La décision de transfuser doit être étayée par le besoin d'atténuer des signes cliniques et des symptômes et de prévenir une morbidité et une mortalité importantes.
- Le clinicien doit être conscient du risque que les produits sanguins disponibles véhiculent des infections à transmission transfusionnelle.
- Il convient de ne prescrire une transfusion à une patiente que lorsqu'elle a plus de chances de lui être bénéfique que néfaste.
- Une femme qui a été transfusée doit être surveillée par une personne formée capable de réagir immédiatement si un quelconque effet indésirable survient (**p.P-32**).
- Le clinicien doit consigner par écrit la raison de la transfusion et procéder à une investigation en cas d'effet indésirable (**p.P-33**).

PRESCRIPTION DE SANG

On doit décider de prescrire, ou non, du sang conformément aux directives nationales sur l'utilisation clinique du sang, en tenant compte des besoins de la patiente.

- Avant de prescrire du sang ou des produits sanguins, étudier ce qui suit :
 - l'amélioration de l'état clinique de la patiente que l'on peut espérer ;
 - les méthodes permettant de limiter la perte de sang afin de minimiser les besoins de transfusion ;
 - les autres traitements possibles, consistant notamment à perfuser des liquides de remplissage vasculaire ou à administrer de l'oxygène ;
 - les éléments cliniques ou biologiques indiquant qu'il faut transfuser ;
 - les risques de transmission du VIH, d'une hépatite, de la syphilis ou d'autres agents infectieux avec les produits sanguins dont on dispose ;
 - les avantages que la patiente peut retirer d'une transfusion par rapport aux risques que cela représente pour elle ;

- les autres traitements possibles si on ne dispose pas de sang à temps ;
- la nécessité de faire surveiller la patiente par une personne qualifiée qui puisse réagir immédiatement en cas de réaction post-transfusionnelle.
- Enfin, en cas de doute, se poser la question suivante :
 - Si ce sang m'était destiné ou était destiné à mon enfant, accepterais-je cette transfusion ?

SURVEILLER LA PATIENTE TRANSFUSÉE

Pour chaque unité de sang transfusée, surveiller la patiente à chacun des stades suivants :

- avant de commencer la transfusion ;
- au début de la transfusion ;
- 15 minutes après avoir commencé la transfusion ;
- au moins toutes les heures pendant la transfusion ;
- toutes les 4 heures une fois que la transfusion est terminée.

Surveiller attentivement la patiente pendant les 15 premières minutes de la transfusion et régulièrement ensuite afin de déceler les premiers symptômes et signes cliniques de tout effet indésirable.

A chacun de ces stades, consigner les informations suivantes dans le dossier de la patiente :

- aspect général ;
- température ;
- pouls ;
- tension artérielle ;
- respiration ;
- équilibre liquidien (apport liquidien par voie orale et par voie veineuse, diurèse).

Consigner, en outre :

- l'heure de début de la transfusion ;
- l'heure de fin de la transfusion ;
- le volume et le type de tous les produits transfusés ;

- le numéro d'identification individuel de chacun des produits transfusés ;
- tout effet indésirable.

FAIRE FACE A UNE REACTION POST-TRANSFUSIONNELLE

Les réactions aux transfusions peuvent aller d'une simple éruption cutanée à un choc anaphylactique. Cesser la transfusion, laisser la voie veineuse ouverte et, tout en perfusant une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate), procéder à une première évaluation de la réaction aiguë à la transfusion et chercher de l'aide. S'il s'agit d'une **réaction bénigne**, administrer 10 mg de prométhazine par voie orale et observer.

PRISE EN CHARGE D'UN CHOC ANAPHYLACTIQUE DU A UNE INCOMPATIBILITE ENTRE LE SANG DU DONNEUR ET CELUI DU RECEVEUR

- Prendre en charge comme pour un choc (**p.S-1**) et administrer :
 - une solution d'épinéphrine (adrénaline) à 1/1000 (0,1 ml dans 10 ml de sérum physiologique ou de Ringer lactate) par perfusion IV lente ;
 - 10 mg de prométhazine en IV ;
 - 1 g d'hydrocortisone en IV toutes les 2 heures, en fonction des besoins.
- En cas de **bronchospasme**, perfuser lentement 250 mg d'aminophylline dans 10 ml de sérum physiologique ou de Ringer lactate.
- Appliquer les diverses mesures de réanimation indiquées plus haut jusqu'à ce que la patiente soit stabilisée.
- Surveiller les fonctions rénale, pulmonaire et cardio-vasculaire.
- Une fois que son état est stabilisé, transférer la patiente dans un établissement de recours.

REUNIR LES INFORMATIONS CONCERNANT LA REACTION A LA TRANSFUSION

- Immédiatement après la réaction, prélever les échantillons suivants et les envoyer à la banque du sang en y joignant un formulaire de demande d'analyses :

- des échantillons de sang prélevés immédiatement après la transfusion :
 - un échantillon de sang coagulé ;
 - un échantillon de sang prélevé dans la veine opposée au point d'injection et recueilli sur anticoagulant (EDTA) ;
 - l'unité de sang et le nécessaire à perfusion qui contient les résidus d'hématies et de plasma du sang transfusé ;
 - un échantillon des premières urines de la patiente après la réaction.
- Si l'on pense que la survenue d'un choc septique est due à une **unité de sang contaminé**, faire une hémoculture dans un flacon à hémoculture.
 - Remplir un formulaire de réaction post-transfusionnelle.
 - Après la recherche initiale concernant la réaction à la transfusion, envoyer ce qui suit à la banque du sang pour analyse :
 - des échantillons de sang prélevés 12 h et 24 h après le déclenchement de la réaction :
 - un échantillon de sang coagulé ;
 - un échantillon de sang recueilli sur un anticoagulant (EDTA), dans la veine opposée au point d'injection ;
 - la totalité des urines émises dans les 24 h, au moins, suivant le début de la réaction.
 - Déclarer immédiatement toute réaction post-transfusionnelle aiguë, sans tenir compte des éruptions cutanées sans gravité, à un médecin et à la banque du sang ayant délivré le produit sanguin.
 - Consigner les informations suivantes dans le dossier de la patiente :
 - type de réaction à la transfusion ;
 - temps écoulé entre le début de la transfusion et la survenue de la réaction ;
 - volume et type des produits sanguins transfusés ;
 - numéro d'identification individuel de chacun des produits transfusés.

LIQUIDES DE REMPLISSAGE VASCULAIRE : ALTERNATIVES SIMPLES A LA TRANSFUSION

Seuls le sérum physiologique (chlorure de sodium à 0,9%) et les solutés salins équilibrés ayant une concentration en sodium semblable à celle du

plasma sont des liquides de remplissage vasculaire efficaces. Tous les hôpitaux utilisant des liquides de remplissage vasculaire en IV doivent disposer de ces solutés.

On utilise les liquides de remplissage vasculaire pour compenser les pertes excessives de sang, de plasma ou d'autres liquides extracellulaires en augmentant le volume du compartiment vasculaire. On les utilise principalement pour :

- soigner les femmes ayant une hypovolémie avérée (par exemple, un choc hémorragique) ;
- maintenir la normovolémie chez les femmes subissant une perte de liquide (par exemple, une perte de sang due à une intervention chirurgicale).

TRAITEMENT PAR REMPLISSAGE VASCULAIRE INTRAVEINEUX

Les liquides de remplissage vasculaire intraveineux constituent un traitement de première intention de l'hypovolémie. Le fait de traiter, dans un premier temps, une affection avec ces liquides peut avoir un effet salvateur et peut donner le temps de juguler l'hémorragie et de se procurer du sang pour le cas où une transfusion serait nécessaire.

CRISTALLOIDES

- Les solutés cristalloïdes de remplissage :
 - ont une concentration en sodium semblable à celle du plasma ;
 - ne peuvent pas passer dans les cellules, la membrane cellulaire étant imperméable au sodium ;
 - passent du compartiment vasculaire à l'espace extra-cellulaire (normalement seulement un quart du volume des cristalloïdes perfusés reste dans le compartiment vasculaire).
- Pour rétablir le volume de sang circulant (volume intravasculaire), perfuser un volume de cristalloïdes au moins trois fois supérieur au volume de sang perdu.

Les solutions de dextrose (glucose) sont des liquides de remplissage vasculaire peu satisfaisants. Ne pas les utiliser pour traiter l'hypovolémie à moins qu'il n'y ait pas d'autre alternative.

COLLOIDES

- Les solutions colloïdales contiennent des particules en suspension plus grosses que celles des solutés cristalloïdes. Les colloïdes ont tendance à rester dans le sang où ils imitent les protéines du plasma pour maintenir ou augmenter la pression colloïdo-osmotique du sang.
- On injecte généralement un volume de colloïdes égal au volume de sang perdu. Dans de nombreuses affections, la perméabilité des capillaires est accrue (par exemple, en cas de traumatisme ou d'infection), ce qui entraîne une extravasation nécessitant de nouvelles perfusions pour maintenir le volume du sang circulant à un niveau suffisant.

Eléments à retenir :

- Il n'est pas prouvé que les solutions colloïdales (l'albumine, le dextran, les gélatines et les solutions d'hydroxyéthylamidon) présentent des avantages sur le sérum physiologique et les solutés salins équilibrés en matière de réanimation.
- Il est prouvé que les solutions colloïdales peuvent avoir des effets indésirables.
- Les solutions colloïdales sont beaucoup plus onéreuses que le sérum physiologique et que les solutés salins équilibrés.
- Il ne faut pas utiliser de plasma humain comme liquide de remplissage vasculaire. A l'instar du sang, toutes les sortes de plasma comportent un risque de transmission d'infections, comme le VIH ou l'hépatite.
- Il ne faut jamais perfuser de l'eau pure. Cela provoquerait une hémolyse et serait probablement fatal.

Le rôle des colloïdes dans la réanimation est très limité.

MESURES DE SECURITE

Avant de poser une perfusion quelle qu'elle soit :

- vérifier que le flacon ou la poche de perfusion sont bien hermétiquement fermés ;
- vérifier la date de péremption ;
- vérifier que la solution est limpide et ne contient pas de particules visibles.

TRAITEMENT LIQUIDIEN D'ENTRETIEN

Les liquides d'entretien sont des solutés de cristalloïdes comme les solutions de dextrose ou les solutions de dextrose dans le sérum physiologique. On les utilise pour compenser les pertes physiologiques normales de liquide à travers la peau, les poumons, les selles et les urines. Si l'on prévoit de perfuser une patiente pendant 48 h ou plus, mettre une solution électrolytique équilibrée (par exemple, 1,5 g de chlorure de potassium dilué dans 1 l de solution intraveineuse) et du dextrose dans la perfusion. Le volume de liquide d'entretien nécessaire est variable, il augmente notamment si la patiente a de la fièvre, si la température ambiante est élevée ou si l'air est humide, c'est-à-dire lorsque la perte de liquide est plus importante.

AUTRES VOIES D'ADMINISTRATION DES LIQUIDES

Il existe d'autres modes d'administration des liquides que la seule voie veineuse.

ADMINISTRATION PAR VOIE ORALE OU NASOGASTRIQUE

- On utilise souvent cette voie pour les femmes en hypovolémie légère et celles qui peuvent absorber des liquides par voie orale.
- Ne pas administrer de liquide par voie orale ou nasogastrique si :
 - la patiente souffre d'hypovolémie sévère ;
 - elle a perdu connaissance ;
 - elle a des lésions gastro-intestinales ou une motricité intestinale réduite (par exemple, occlusion intestinale) ;
 - elle doit subir sous peu une intervention chirurgicale nécessitant une anesthésie générale.

ADMINISTRATION PAR VOIE RECTALE

- L'administration de liquides par voie rectale n'est pas recommandée chez les patientes ayant une hypovolémie sévère.
- Elle comporte cependant plusieurs avantages :
 - elle permet aux liquides d'être rapidement absorbés ;
 - lorsque le corps est complètement réhydraté, il cesse d'absorber les liquides qui sont alors rejetés ;
 - elle se fait au moyen d'une tubulure en plastique ou en caoutchouc qu'on introduit dans le rectum et qui est reliée à une poche ou à une bouteille ;

- si nécessaire, on peut contrôler le débit à l'aide d'un perfuseur ;
- il n'est pas nécessaire d'injecter des liquides stériles – pour la réhydratation par voie rectale, on obtient une solution efficace et sans danger en diluant une cuillerée à café de sel de table dans 1 litre d'eau potable.

ADMINISTRATION PAR VOIE SOUS-CUTANÉE

- On peut parfois recourir à une administration sous-cutanée lorsque les autres voies ne sont pas utilisables. Néanmoins, ce mode d'administration ne convient pas aux femmes souffrant d'hypovolémie sévère.
- On administre des liquides stériles à l'aide d'une canule ou d'une aiguille qu'on introduit dans le tissu sous-cutané (de préférence dans la paroi abdominale).

Les solutions contenant du dextrose peuvent provoquer une nécrose tissulaire et ne doivent pas être administrées par voie sous cutanée.

Les infections survenant pendant la grossesse et le post-partum peuvent provenir d'une combinaison de micro-organismes, notamment de cocci et de bacilles aérobies et anaérobies. Il convient d'entreprendre l'antibiothérapie en fonction de l'examen clinique. S'il n'y a pas de réponse clinique, il peut être utile de mettre en culture des sécrétions utérines ou vaginales, du pus ou des urines pour choisir d'autres antibiotiques. En outre, en cas de septicémie (invasion du système sanguin) présumée, il peut être bon de faire une hémoculture.

Une infection utérine peut survenir à la suite d'un avortement ou d'un accouchement. C'est une des principales causes de mortalité maternelle. Il est souvent nécessaire d'utiliser des antibiotiques à large spectre pour traiter ce genre d'infections. Dans les cas d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité ou d'accouchements hors structure médicale, il convient, en outre, d'administrer une prophylaxie antitétanique (**encadré S-5, p.S-57**).

ANTIBIOTIQUES PROPHYLACTIQUES

Certains actes obstétricaux (par exemple, une césarienne ou une délivrance artificielle) accroissent le risque de morbidité infectieuse auquel sont exposées les femmes. On peut limiter ce risque :

- en observant les pratiques recommandées en matière de prévention des infections (**p.P-19**) ;
- en donnant des antibiotiques prophylactiques à la patiente au moment de l'intervention.

Les antibiotiques prophylactiques servent à prévenir les infections. **Si une patiente a une infection présumée ou avérée**, il est plus approprié de lui donner des antibiotiques thérapeutiques.

Quand c'est possible, administrer les antibiotiques prophylactiques 30 minutes avant le début de l'intervention afin d'assurer une concentration sanguine suffisante au moment de l'intervention, à l'exception de la césarienne pour laquelle il ne faut administrer les antibiotiques prophylactiques qu'une fois que le cordon est clampé, **après** l'accouchement. Une dose d'antibiotiques suffit et est tout aussi efficace que trois doses ou qu'un traitement préventif de 24 h. Si l'intervention dure **plus de 6 h** ou si **la patiente perd 1500 ml de sang ou davantage**, lui administrer une seconde dose d'antibiotiques prophylactiques pour maintenir le taux sanguin à un niveau suffisant.

ANTIBIOTIQUES THERAPEUTIQUES

- Administrer à la patiente un traitement associant plusieurs antibiotiques pour lui donner un premier moyen de défense contre les infections graves :
 - 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 h ;
 - PLUS 5 mg de gentamicine par kg en IV, toutes les 24 h ;
 - PLUS 500 mg de metronidazole en IV, toutes les 8 h.

Note : S'il ne s'agit pas d'une infection sévère, on peut administrer 500 mg d'amoxicilline par voie orale toutes les 8 h au lieu de l'ampicilline. On peut également administrer le métronidazole par voie orale plutôt que par voie veineuse.

- Si la réponse clinique n'est pas satisfaisante après 48 h, veiller à ce que la patiente reçoive des doses d'antibiotiques suffisantes, la réexaminer soigneusement pour rechercher d'autres sources d'infection ou envisager de modifier le traitement en fonction de l'antibiogramme (ou, si les résultats n'en sont pas encore connus, donner un antibiotique supplémentaire actif contre les anaérobies).
- Si l'établissement ne dispose pas du matériel nécessaire à la mise en culture, réexaminer la patiente et rechercher une collection suppurée, en particulier dans la région pelvienne, ou des causes non infectieuses comme une thrombose veineuse profonde ou une thrombophlébite pelvienne. Envisager la possibilité d'une infection due à des micro-organismes résistants à la combinaison d'antibiotiques mentionnée plus haut.
 - En cas d'infection à staphylocoques présumée, ajouter au traitement :
 - une injection IV de 1 g de cloxacilline, toutes les 4 h ;
 - OU une perfusion de 1 g de vancomycine en 1 h, toutes les 12 h.
 - En cas d'infection à Clostridium ou d'infection à streptocoques hémolytiques du groupe A présumée, injecter également 2 000 000 unités de pénicilline en IV, toutes les 4h.
 - S'il ne peut s'agir d'aucun des cas ci-dessus, ajouter 2 g de ceftriaxone en IV, toutes les 24 h.

Note : Afin d'éviter une phlébite, il convient de changer de point d'injection tous les 3 jours ou dès le premier signe d'inflammation.

- Si l'**infection ne disparaît pas**, évaluer la patiente et rechercher la source d'infection.

En cas d'endométrite, on poursuit généralement le traitement en associant plusieurs antibiotiques jusqu'à ce que la patiente n'ait plus de fièvre pendant 48 h. Cesser l'antibiothérapie une fois que la fièvre a disparu depuis 48 h. Il n'est pas nécessaire de poursuivre un traitement par voie orale, l'efficacité de ce procédé n'ayant pas été démontrée. Toutefois, en cas de septicémie, un traitement de 7 jours au moins est nécessaire.

Le traitement de la douleur est souvent nécessaire pendant le travail et est indispensable pendant et après les interventions obstétricales. Dans ce chapitre, il sera question du traitement de la douleur : analgésiques et méthodes de soutien pendant le travail, anesthésie locale, principes généraux à observer en matière d'anesthésie et d'analgésie, et analgésie post-opératoire.

LES ANALGESIQUES PENDANT LE TRAVAIL

- La perception de la douleur varie énormément en fonction de l'état affectif de la patiente. Pendant le travail, l'accompagnement permet de rassurer la patiente et de réduire sa perception de la douleur (p.P-63).
- Si **la douleur est très pénible**, laisser la patiente faire quelques pas ou s'installer dans une position confortable. Encourager la personne qui l'accompagne à lui masser le dos ou à lui éponger le visage entre les contractions. L'encourager à appliquer les techniques respiratoires et l'aider à prendre un bain ou une douche chauds si elle le souhaite. Ces mesures suffisent pour faire supporter la douleur du travail à la plupart des femmes. Si nécessaire, administrer :
 - 1 mg de péthidine par kg (mais pas plus de 100 mg) en IM ou en IV, lentement, toutes les 4 h, en fonction des besoins ou 0,1 mg de morphine par kg en IM ;
 - 25 mg de prométhazine en IM ou en IV en cas de vomissements.

N'utiliser ni barbituriques ni sédatifs pour soulager l'anxiété pendant le travail.

DANGER

Le risque **en administrant de la péthidine ou de la morphine à la mère** est de causer une dépression respiratoire chez le bébé. Dans ce cas, il convient d'utiliser de la naloxone comme antidote.

Note : Ne pas administrer de naloxone au nouveau-né s'il est possible que la mère ait récemment consommé des stupéfiants.

- Si le nouveau-né présente des **signes de dépression respiratoire**, commencer immédiatement la réanimation :
 - Dès l'apparition des signes vitaux, lui administrer 0,1 mg de naloxone par kg en IV ;

- **Après la réanimation, si l'enfant a une circulation périphérique suffisante**, il est possible de lui injecter de la naloxone en IM. Il peut être nécessaire de renouveler l'injection pour prévenir une récurrence.
- Si le nouveau-né ne présente **pas de signe de dépression respiratoire**, mais que **l'on a donné de la péthidine ou de la morphine à la mère dans les 4 h qui ont précédé l'accouchement**, l'observer attentivement à la recherche de signes de dépression respiratoire, et si de tels signes apparaissent, traiter comme indiqué antérieurement.

PREMEDICATION AVEC PROMETHAZINE ET DIAZEPAM

Une prémédication est nécessaire pour les interventions qui durent plus de 30 minutes. Il faut adapter la dose au poids et à l'état de la patiente et (le cas échéant) du fœtus.

L'association de la péthidine et du diazépam est courante, elle consiste à :

- administrer 1 mg de péthidine par kg (mais pas plus de 100 mg), lentement, en IM ou en IV ou 0,1 mg de morphine par kg en IM ; et à
- administrer du diazépam en IV par doses de 1 mg et attendre au moins 2 minutes avant d'injecter la dose suivante. La sédation est suffisante et sans danger une fois que la paupière supérieure de la patiente s'abaisse et couvre juste la limite de la pupille. Il faut alors surveiller sa fréquence respiratoire toutes les minutes. Si **la fréquence respiratoire descend au-dessous de 10 par minute**, cesser toute sédation ou analgésie.

Ne pas injecter le diazépam et la péthidine avec la même seringue car le mélange forme un précipité. Utiliser des seringues différentes.

ANESTHESIE LOCALE

On utilise l'anesthésie locale (lidocaïne associée ou non à de l'épinéphrine) pour infiltrer les tissus et bloquer les nerfs sensitifs.

- Sous anesthésie locale, la patiente reste éveillée et consciente tout au long de l'intervention. Il est donc particulièrement important que le prestataire de soins veille à :

- la conseiller et l’informer pour qu’elle coopère le plus possible et soit le moins inquiète possible ;
 - bien communiquer avec elle tout au long de l’intervention et la rassurer, également par des gestes si nécessaire ;
 - prendre son temps et être patient car les anesthésiques locaux ne font pas effet immédiatement.
- Pour une anesthésie locale sans danger, les conditions suivantes doivent être réunies :
 - tous les membres de l’équipe chirurgicale doivent bien connaître l’utilisation des anesthésiques locaux et être expérimentés en la matière ;
 - le personnel doit pouvoir accéder aux médicaments et au matériel d’urgence (matériel d’aspiration, à oxygène ou de réanimation) sans avoir à se déplacer ; les médicaments doivent être prêts à l’emploi et les appareils en état de marche, et toute l’équipe chirurgicale doit être formée à leur utilisation.

LIDOCAÏNE

Les préparations de lidocaïne (= lignocaïne) ont généralement une concentration de 1 ou 2% et il est nécessaire de les diluer avant de les utiliser (**encadré P-1**). Pour la plupart des interventions obstétricales, on dilue cette préparation à 0,5%, pour une efficacité maximale et une toxicité minimale.

ENCADRE P-1 Préparation d’une solution de lidocaïne à 0,5%

Mélanger :

- 1 volume de lidocaïne à 2% et
 - 3 volumes de sérum physiologique ou d’eau distillée stérile (ne pas utiliser de solution glucosée, car cela accroît le risque d’infection) ;
- ou
- 1 volume de lidocaïne à 1% et
 - 1 volume de sérum physiologique ou d’eau distillée stérile.

EPINEPHRINE

L’épinéphrine (= adrénaline) provoque une vasoconstriction locale. Utilisée avec la lidocaïne, elle présente les avantages suivants :

- réduction de la perte de sang ;

- prolongation de l'effet de l'anesthésique (généralement de 1 ou 2 h) ;
- diminution du risque de toxicité grâce à un ralentissement de l'absorption dans la circulation générale.

Si l'intervention ne nécessite l'anesthésie que d'une petite surface ou demande moins de 40 ml de lidocaïne, il n'est pas nécessaire d'administrer de l'épinéphrine. Pour l'anesthésie de surfaces plus grandes, surtout pour les anesthésies nécessitant plus de 40 ml de lidocaïne, il est nécessaire d'administrer de l'épinéphrine pour diminuer la vitesse d'absorption et, par conséquent, réduire la toxicité.

La concentration optimale pour les solutions d'épinéphrine est de 1/200 000 (5 µg/ml), ce qui leur donne une efficacité locale maximale et un risque de toxicité intrinsèque minimal (**tableau P-3, ci-dessous**).

Note : Il est extrêmement important de mesurer l'épinéphrine avec précision en utilisant une seringue type seringue à BCG ou à insuline. Les mélanges doivent être préparés dans le respect strict des mesures de prévention des infections (**p.P-19**).

TABLEAU P-3 Formules pour la préparation des solutions de lidocaïne à 0,5% ayant une concentration d'épinéphrine de 1/200 000

| Quantité d'anesthésique local nécessaire | Sérum physiologique/lidocaïne à 2% | Sérum physiologique/lidocaïne à 1% | Epinéphrine à 1/1000 |
|--|------------------------------------|------------------------------------|----------------------|
| 20 ml | 15 ml/5 ml | 5 ml/10 ml | 0.1 ml |
| 40 ml | 30 ml/10 ml | 10 ml/20 ml | 0.2 ml |
| 100 ml | 75 ml/25 ml | 25 ml/50 ml | 0.5 ml |
| 200 ml | 150 ml/50 ml | 50 ml/100 m | 1,0 ml |

COMPLICATIONS

PREVENTION DES COMPLICATIONS

Tous les anesthésiques locaux sont potentiellement toxiques. Toutefois, les complications graves des anesthésies locales sont extrêmement rares (**tableau P-5, p.P-48**). La meilleure façon de les éviter est de les prévenir. Pour ce faire, il faut :

- éviter d'utiliser des concentrations de lidocaïne supérieures à 0,5% ;
- **lorsqu'on doit utiliser plus de 40 ml de solution anesthésique**, y ajouter de l'épinéphrine pour en prolonger l'effet – les interventions pour lesquelles l'anesthésie est susceptible de nécessiter plus de

40 ml de solution de lidocaïne à 0,5% sont la césarienne et la réfection des déchirures périnéales étendues ;

- utiliser la plus petite dose permettant d'obtenir l'effet recherché ;
- ne pas dépasser la dose maximale qui est de 4 mg/kg pour la lidocaïne seule et de 7 mg/kg pour une solution de lidocaïne mélangée à de l'épinéphrine pour un adulte – l'effet anesthésique doit durer au moins 2 h au bout desquelles on peut, le cas échéant, donner une nouvelle dose (**tableau P-4**).

TABLEAU P-4 Doses maximales pour les anesthésiques locaux

| Anesthésique | Dose maximale (mg/kg) | Dose maximale pour un adulte de 60 kg (en mg) |
|--|-----------------------|---|
| Lidocaïne | 4 | 240 |
| Lidocaïne + épinéphrine 1/200 000 (5µ/ml) | 7 | 420 |

- Injecter lentement.
- Eviter une injection accidentelle dans un vaisseau. Pour ce faire, il existe trois méthodes :
 - la technique consistant à faire bouger l'aiguille (recommandée pour l'infiltration tissulaire) tout au long de l'injection, ce qui rend impossible la pénétration d'une quantité importante de solution dans un vaisseau ;
 - la technique consistant à tirer le piston (recommandée pour l'anesthésie par bloc nerveux, lorsque l'on injecte une grande quantité de solution en un seul endroit) avant l'injection et, si du sang apparaît, à repositionner l'aiguille avant de poursuivre l'injection ;
 - la technique consistant à retirer la seringue, c'est-à-dire, à introduire l'aiguille et à retirer progressivement la seringue pendant l'injection.

Pour éviter que la lidocaïne ait un effet toxique :

- utiliser une solution diluée ;
- ajouter de l'épinéphrine aux injections excédant 40 ml ;
- utiliser la plus petite dose permettant d'obtenir l'effet recherché ;
- ne pas dépasser la dose maximale ;
- éviter l'injection par voie veineuse.

DIAGNOSTIC D'ALLERGIE OU DE REACTION TOXIQUE A LA LIDOCAINE

TABLEAU P-5 Symptômes et signes cliniques d'allergie et de réaction toxique

| Allergie | Réaction toxique légère | Réaction toxique grave | Réaction toxique menaçant le pronostic vital (très rare) |
|---|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • choc • érythème • éruptions cutanées/urticaire • bronchospasme • vomissements • maladie du sérum | <ul style="list-style-type: none"> • engourdissement des lèvres et de la langue • goût métallique dans la bouche • vertiges/étourdissements • bourdonnements d'oreille • vision floue | <ul style="list-style-type: none"> • somnolence • désorientation • contractions musculaires involontaires/tremblements • troubles de l'élocution | <ul style="list-style-type: none"> • convulsions tonico-cloniques • dépression respiratoire ou arrêt de la respiration • dépression ou arrêt cardiaque |

PRISE EN CHARGE DE L'ALLERGIE A LA LIDOCAINE

- Administrer 0,5 ml d'épinéphrine à 1/1 000 en IM et renouveler l'opération toutes les 10 minutes si nécessaire.
- Pour les allergies aiguës, injecter 100 mg d'hydrocortisone en IV toutes les heures.
- Pour éviter une récurrence, injecter lentement 50 mg de diphényhydramine en IM ou en IV, puis administrer 50 mg par voie orale toutes les 6 h.
- Traiter le bronchospasme en injectant lentement 250 mg d'aminophylline diluée dans 10 ml de sérum physiologique en IV.
- En cas d'œdème laryngé, il peut être nécessaire de procéder immédiatement à une trachéotomie.
- En cas de choc, entamer la procédure habituelle de traitement du choc (**p.S-1**).
- Pour les signes graves ou récurrents, il peut être nécessaire d'administrer des corticoïdes (par exemple, 2 mg d'hydrocortisone en IV par kg toutes les 4 h jusqu'à ce que l'état de la patiente s'améliore). Pour les **allergies chroniques**, administrer 5 mg de prednisone ou 10 mg de prednisolone par voie orale toutes les 6 h jusqu'à ce que l'état de la patiente s'améliore.

PRISE EN CHARGE DE LA REACTION TOXIQUE A LA LIDOCAINE

Les symptômes et signes de réaction toxique (**tableau P-5, p.P-48**) doivent alerter le praticien qui doit immédiatement cesser l'injection et se préparer à traiter des effets secondaires graves qui menacent le pronostic vital de la patiente. Si cette dernière **présente des symptômes ou des signes cliniques de réaction toxique légère**, attendre quelques minutes pour voir si les symptômes en question persistent, vérifier ses signes vitaux, lui parler et, si possible, poursuivre l'intervention.

CONVULSIONS

- Allonger la patiente sur le côté gauche, introduire une sonde dans les voies aériennes et aspirer les sécrétions.
- Lui donner de l'oxygène à raison de 6 à 8 litres par minute à l'aide d'un masque ou d'une canule nasale.
- Lui injecter 1 à 5 mg de diazépam en IV, par doses de 1 mg. Répéter l'opération si les convulsions reprennent.

Note : L'utilisation du diazépam pour traiter les convulsions est susceptible de provoquer une dépression respiratoire.

ARRET RESPIRATOIRE

- Si **la patiente ne respire pas**, faciliter la ventilation à l'aide d'un Ambu-bag raccordé à un masque facial ou d'une sonde trachéale. Lui donner de l'oxygène à raison de 4 à 6 litres par minute.

ARRET CARDIAQUE

- Hyperventiler la patiente avec de l'oxygène.
- Lui faire un massage cardiaque.
- Si elle n'a pas encore accouché, pratiquer immédiatement une césarienne (**p.I-47**) sous anesthésie générale.
- Administrer 0,5 ml d'épinéphrine à 1/10 000 en IV.

REACTION TOXIQUE A L'EPINEPHRINE

- La réaction toxique systémique à l'épinéphrine est le résultat soit de l'absorption d'une quantité trop importante d'épinéphrine, soit de l'injection intraveineuse accidentelle du produit, et se manifeste par :
 - agitation ;
 - transpiration ;
 - hypertension ;

- hémorragie cérébrale ;
- accélération du rythme cardiaque ;
- fibrillation ventriculaire.
- La réaction toxique locale à l'épinéphrine est le résultat d'une trop forte concentration et se traduit par une ischémie au point d'injection et une mauvaise cicatrisation.

PRINCIPES GENERAUX D'ANESTHESIE ET D'ANALGESIE

- Pour assurer un traitement correct de la douleur et le bien-être de la patiente, il faut avant tout :
 - un soutien attentif du personnel avant, pendant et après toute intervention (ce qui aide la patiente à être moins angoissée et à avoir moins mal) ;
 - un personnel soignant qui se sente à son aise pour travailler avec des femmes éveillées et qui soit formé à utiliser les instruments avec douceur ;
 - un choix approprié du type et de la quantité des analgésiques.
- Lorsqu'on pratique une intervention sur une femme éveillée, il faut notamment :
 - lui expliquer chaque phase de l'intervention avant de commencer ;
 - utiliser une prémédication appropriée dans les cas où l'intervention doit durer plus de 30 minutes ;
 - administrer des analgésiques ou des sédatifs suffisamment longtemps avant l'opération (30 minutes avant pour les injections par voie IM et 60 minutes avant pour la médication par voie orale) de manière à ce qu'ils fassent pleinement effet au moment de l'intervention ;
 - utiliser des solutions correctement diluées ;
 - vérifier le degré d'anesthésie en pinçant la région anesthésiée avec une pince – si la patiente réagit au stimulus, attendre 2 minutes puis réessayer ;
 - attendre quelques secondes après chaque étape pour permettre à la patiente de se préparer à la suivante ;
 - faire des gestes lents, sans saccades ni accélérations ;
 - manipuler les tissus avec douceur et éviter d'exercer une traction ou une pression excessives ;

- manipuler les instruments avec assurance ;
- éviter les affirmations telles que « ça ne fera pas mal » quand, en fait, ce sera douloureux ; ou encore « c’est presque terminé » quand ce n’est pas le cas ;
- parler avec la patiente tout au long de l’intervention.
- Le besoin d’analgésiques ou de sédatifs supplémentaires (par voie orale, IM ou IV) dépendra :
 - de l’état affectif de la patiente ;
 - du type d’intervention (**tableau P-6, ci-dessous**) ;
 - de la durée prévue de l’intervention ;
 - des compétences de l’opérateur et de l’aide du personnel.

TABLEAU P-6 Options en matière d'analgésie et d'anesthésie

| Intervention | Options en matière d'analgésie et d'anesthésie^a |
|--------------------------------------|--|
| Accouchement par le siège | <ul style="list-style-type: none"> • méthodes générales de soutien pendant le travail (p.P-63) • bloc des nerfs honteux internes (p.I-3) |
| Aspiration manuelle intra-utérine | <ul style="list-style-type: none"> • bloc paracervical (p.I-1) • péthidine (p.P-44) |
| Césarienne | <ul style="list-style-type: none"> • rachianesthésie (p.I-11) • anesthésie locale (p.I-7) • anesthésie à la kétamine (p.I-15) • anesthésie générale |
| Colpotomie/culdocentèse | <ul style="list-style-type: none"> • anesthésie locale (p.P-44) |
| Craniotomie/craniocentèse | <ul style="list-style-type: none"> • soutien affectif et encouragements (p.P-7) • diazépam (p.P-44) • bloc des nerfs honteux internes (p.I-3) |
| Délivrance artificielle | <ul style="list-style-type: none"> • péthidine et diazépam (p.P-44) • anesthésie à la kétamine (p.I-15) |
| Dilatation et curetage | <ul style="list-style-type: none"> • bloc paracervical (p.I-1) • péthidine (p.P-44) |
| Episiotomie | <ul style="list-style-type: none"> • anesthésie locale (p.P-44) • bloc des nerfs honteux internes (p.I-3) |
| Extraction par ventouse obstétricale | <ul style="list-style-type: none"> • soutien affectif et encouragements (p.P-7) • bloc des nerfs honteux internes (p.I-3) |
| Extraction par forceps | <ul style="list-style-type: none"> • soutien affectif et encouragements (p.P-7) • bloc des nerfs honteux internes (p.I-3) |

TABLEAU P-6 Options en matière d'analgésie et d'anesthésie (suite)

| Intervention | Options en matière d'analgésie et d'anesthésie^a |
|--|---|
| Laparotomie | <ul style="list-style-type: none"> • anesthésie générale • rachianesthésie (p.I-11) |
| Réduction de l'inversion utérine | <ul style="list-style-type: none"> • péthidine et diazépam (p.P-44) • anesthésie générale |
| Réfection des déchirures cervicales (étendues) | <ul style="list-style-type: none"> • péthidine et diazépam (p.P-44) • anesthésie à la kétamine (p.I-15) |
| Réfection des déchirures périnéales (complètes et complètes compliquées) | <ul style="list-style-type: none"> • bloc des nerfs honteux internes (p.I-3) • anesthésie à la kétamine (p.I-15) • anesthésie locale plus péthidine et diazépam (p.P-44) • rachianesthésie (p.I-11) |
| Réfection des déchirures périnéales (simples) | <ul style="list-style-type: none"> • anesthésie locale (p.P-44) • bloc des nerfs honteux internes (p.I-3) |
| Symphysiectomie | <ul style="list-style-type: none"> • anesthésie locale (p.P-44) |
| Travail et accouchement | <ul style="list-style-type: none"> • méthodes générales de soutien pendant le travail (p.P-63) • péthidine et prométhazine (p.P-44) |

^a Le choix privilégié de l'analgésique/anesthésique est indiqué en **caractères gras**

ANALGESIE POST-OPERATOIRE

Il est important de bien traiter la douleur après une opération. Une femme qui souffre beaucoup est une femme qui récupère mal.

Note : Eviter d'administrer des sédatifs en trop grande quantité, cela réduirait la mobilité qui est importante pendant la période post-opératoire.

Les bonnes méthodes de traitement post-opératoire de la douleur consistent notamment à administrer :

- des analgésiques légers non opioïdes comme le paracétamol par doses de 500 mg, par voie orale, selon les besoins ;
- des analgésiques opioïdes comme la péthidine en injection intramusculaire ou intraveineuse lente, à raison de 1 mg/kg (mais pas plus de 100 mg), ou la morphine en injection intramusculaire, à raison de 0,1 mg/kg toutes les 4 h, selon les besoins ;
- des doses réduites d'analgésiques opioïdes associées à du paracétamol.

Note : **En cas de vomissements**, il est possible d'associer des antiémétiques comme la prométhazine aux analgésiques opioïdes, à raison d'une injection intramusculaire ou intraveineuse de 25 mg toutes les 4 h, selon les besoins.

Pendant une intervention quelle qu'elle soit, le médecin/la sage-femme doit concentrer toute son attention sur la patiente. L'aide opératoire ou l'instrumentiste doit concentrer son attention sur l'intervention et sur les besoins du médecin/de la sage-femme qui la réalise.

PRINCIPES A OBSERVER POUR LES SOINS PRE-OPERATOIRES

PREPARER LA SALLE D'OPERATION

S'assurer que :

- la salle d'opération est propre (elle doit être nettoyée après chaque intervention) ;
- le matériel nécessaire est disponible, en particulier les médicaments et une bouteille d'oxygène ;
- le matériel d'urgence est disponible et en état de marche ;
- il y a suffisamment de blouses chirurgicales pour tous les membres de l'équipe ;
- il y a du linge propre ;
- il y a des consommables stériles (gants, gaze, instruments) et qu'ils ne sont pas périmés.

PREPARER LA PATIENTE A UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

- Lui expliquer l'intervention qu'elle va subir et le pourquoi de cette intervention. Si elle est inconsciente, expliquer à la famille de quoi il s'agit.
- La patiente ou la famille doivent consentir à l'intervention en connaissance de cause.
- Aider la patiente et la famille à se préparer à l'intervention sur le plan affectif et psychologique (**p.P-7**).
- Etudier les antécédents médicaux de la patiente :
 - rechercher des allergies éventuelles ;
 - s'assurer que la patiente a reçu un traitement antitétanique complet et lui administrer une dose de vaccin antitétanique si besoin est.
- Envoyer un prélèvement de sang pour dosage de l'hémoglobine ou de l'hématocrite, groupage sanguin et tests de dépistage. Commander du sang pour le cas où une transfusion serait nécessaire, puis, si besoin est, faire cette transfusion sans attendre.

- Si nécessaire, laver la zone à inciser à l'eau et au savon.
- Ne pas raser la région pubienne car cela accroît les risques d'infection. Si nécessaire, il est possible de couper légèrement les poils pubiens.
- Surveiller les signes vitaux (tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire et température) et consigner les observations par écrit.
- Administrer une prémédication adaptée au mode d'anesthésie choisi (**p.P-44**).
- Administrer un antiacide (30 ml de citrate de sodium à 0,3% ou 300 mg de trisilicate de magnésium) afin de réduire l'acidité gastrique pour le cas où une aspiration pulmonaire de liquide gastrique se produirait.
- Si nécessaire, poser une sonde urinaire et surveiller la diurèse.
- Veiller à ce que les autres membres de l'équipe (médecin/sage-femme, infirmière, anesthésiste, aide, etc.) aient les informations nécessaires.

PRINCIPES A OBSERVER POUR LES SOINS PEROPERATOIRES

POSITION

Installer la patiente dans une position adaptée à l'intervention de façon à :

- exposer le champ opératoire le mieux possible ;
- permettre à l'anesthésiste d'accéder à la patiente sans difficulté ;
- permettre à l'infirmière de contrôler les signes vitaux et de surveiller les injections intraveineuses et les perfusions ;
- assurer la sécurité de la patiente en prévenant les traumatismes et en maintenant une bonne circulation sanguine ;
- préserver sa dignité et respecter sa pudeur.

Note : Si **elle n'a pas encore accouché**, incliner la table d'opération sur la gauche ou placer un oreiller ou un linge plié sous sa hanche droite pour diminuer le risque de choc postural.

LAVAGE DES MAINS AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE

- Retirer tous ses bijoux.
- Garder les mains au-dessus du niveau du coude, les mouiller soigneusement et les savonner.

- Savonner en un mouvement circulaire, en commençant par le bout des doigts :
 - bien nettoyer entre les doigts ;
 - remonter jusqu'au coude en savonnant puis faire de même de l'autre côté.
- Se rincer les bras l'un après l'autre, en commençant par le bout des doigts et en gardant toujours les mains au-dessus du niveau du coude.
- Frotter pendant 3 à 5 minutes.
- Sécher chaque main avec une serviette différente. Essuyer en commençant par le bout des doigts et en remontant jusqu'au coude puis changer de serviette.
- Une fois les mains propres, veiller à ne pas les mettre en contact avec des objets (par exemple, matériel, blouse de protection) qui ne soient pas désinfectés ou stériles. **Si elles touchent une surface contaminée**, les nettoyer à nouveau.

PREPARATION DU CHAMP OPERATOIRE

- Préparer la peau avec un antiseptique (par exemple, iodophores, chlorhexidine) :
 - badigeonner trois fois la zone à inciser de solution antiseptique à l'aide d'une pince porte-tampons stérile ou désinfectée et d'une compresse de coton ou de gaze – si l'on **n'utilise pas de pince pour tenir la compresse**, il convient de veiller à ne pas contaminer le gant en touchant des zones cutanées qui n'ont pas été préparées ;
 - commencer par l'endroit à inciser et travailler en direction de l'extérieur en un geste circulaire ;
 - une fois arrivé à la limite de la surface à stériliser, jeter la compresse.
- Ne jamais revenir au centre de la zone à préparer avec la même compresse. Garder les bras et les coudes en hauteur et veiller à ce que la blouse ne touche pas la zone à inciser.
- Une fois le champ opératoire préparé, couvrir immédiatement la patiente d'un champ pour éviter la contamination :

- si ce champ est fendu, placer l'ouverture directement sur l'endroit à inciser ;
- le déplier à distance de la zone à inciser pour éviter la contamination.

SURVEILLANCE

Surveiller régulièrement l'état de la patiente tout au long de l'intervention.

- Surveiller ses signes vitaux (tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire), vérifier son degré de conscience et évaluer la quantité de sang qu'elle perd.
- Consigner les observations sur une fiche de suivi pour que l'on puisse savoir rapidement de quoi la patiente souffre si son état s'aggrave.
- Veiller à ce qu'elle soit bien hydratée tout au long de l'opération.

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Traiter la douleur comme il convient tout au long de l'intervention (**p.P-43**). Une femme qui se sent bien a moins de risque de bouger et de se blesser. Le traitement de la douleur peut passer par :

- un soutien affectif et des encouragements ;
- une anesthésie locale ;
- une anesthésie régionale (par exemple, une rachianesthésie) ;
- une anesthésie générale.

ANTIBIOTIQUES

- Administrer des antibiotiques prophylactiques avant d'entreprendre l'intervention. Dans le cas où **une césarienne doit être pratiquée**, administrer les antibiotiques prophylactiques seulement **après** l'accouchement (**p.P-39**).

INCISION

- Inciser sur une longueur suffisante pour l'intervention.
- Inciser avec beaucoup de précautions et procéder plan par plan.

MANIPULATION DES TISSUS

- Manipuler les tissus avec douceur.

- Lorsqu'on utilise une pince, il importe, si possible, de ne la serrer qu'au premier cran (un clic). Cela limite la gêne pour la patiente et la nécrose des tissus consécutive à l'intervention et réduit par conséquent le risque d'infection.

HEMOSTASE

- Assurer l'hémostase tout au long de l'intervention.
- Les femmes qui font des complications obstétricales ont souvent de l'anémie. C'est pourquoi il faut veiller à limiter autant que possible la perte de sang.

INSTRUMENTS CHIRURGICAUX, INSTRUMENTS PIQUANTS OU TRANCHANTS ET AIGUILLES

- Commencer et terminer l'intervention en comptant les instruments, y compris les instruments piquants ou tranchants et les aiguilles, et les compresses :
 - faire le compte des instruments à chaque fois qu'on suture une cavité corporelle (par exemple, l'utérus) ;
 - après chaque vérification, inscrire dans le dossier obstétrical que les instruments étaient au complet.
- Utiliser les instruments, en particulier les instruments piquants ou tranchants et les aiguilles, avec précaution pour limiter les risques de blessures (**p.P-22**). Délimiter des « zones de sécurité » pour manipuler et passer les instruments, notamment piquants ou tranchants, et les aiguilles :
 - utiliser un récipient du type haricot pour transporter et faire passer les objets piquants ou tranchants et un porte-aiguilles pour faire passer les aiguilles à suture ;
 - une autre solution consiste à faire passer les instruments de ce type en tendant la partie qui sert à les tenir plutôt que la partie piquante ou tranchante.

DRAINAGE

- Toujours laisser un drain abdominal en place en cas :
 - de saignement persistant après une hystérectomie ;
 - de trouble présumé de la coagulation ;
 - d'infection avérée ou présumée.

- On peut utiliser un système de drainage aspiratif ou faire passer une lame de Delbet en caoutchouc à travers la paroi abdominale ou le cul-de-sac de Douglas.
- Retirer le drain ou la lame une fois que l'infection est guérie ou que ni pus ni liquide teinté de sang n'ont été drainés depuis 48 h.

SUTURE

- Choisir la variété et la taille du fil en fonction du tissu à suturer (**tableau P-7, ci-dessous**). Les tailles sont indiquées par le nombre de « 0 ».
 - Plus le fil est fin plus le nombre de « 0 » est grand [par exemple, un fil de 000 (3/0) est plus fin qu'un fil de 00 (2/0)] et le fil portant la mention « 1 » a un diamètre supérieur à celui portant la mention « 0 ».
 - Un fil qui est trop fin est fragile et risque de se rompre facilement. Inversement, un fil trop épais risque de provoquer une déchirure des tissus.
- Se reporter au chapitre relatif à l'intervention en cours pour les recommandations concernant la variété et la taille du fil à utiliser.

TABLEAU P-7 Types de fils recommandés

| Type de fil | Tissu | Nombre de noeuds recommandés |
|-------------------------|--------------------------|------------------------------|
| catgut ordinaire | trompe de Fallope | 3 ^a |
| catgut chromé | muscle, aponévrose | 3 ^a |
| sutures polyglycoliques | muscle, aponévrose, peau | 4 |
| nylon | peau | 6 |
| soie | peau, intestin | 3 ^a |

^a Ces fils étant faits de matières naturelles, ne pas faire plus de trois nœuds car cela risquerait d'user la suture par frottement et donc de détendre le lien.

PANSEMENT

Une fois l'intervention terminée, couvrir la plaie chirurgicale avec un pansement stérile (**p.P-60**).

PRINCIPES A OBSERVER POUR LES SOINS POST-OPERATOIRES

PREMIERS SOINS

- Installer la patiente en position de récupération :
 - l'allonger sur le côté avec la tête légèrement en extension afin de dégager les voies aériennes ;
 - faire passer le bras supérieur en avant du corps pour pouvoir vérifier facilement la tension artérielle ;
 - lui faire mettre les jambes en flexion, la jambe supérieure légèrement plus fléchie que la jambe inférieure afin de maintenir l'équilibre.
- Evaluer son état immédiatement après l'intervention :
 - vérifier les signes vitaux (tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire) et la température toutes les 15 minutes pendant la première heure, puis toutes les 30 minutes pendant l'heure suivante ;
 - évaluer son degré de conscience toutes les 15 minutes jusqu'à ce qu'elle soit complètement éveillée.

Note : Veiller à ce que la patiente soit sous surveillance permanente jusqu'à son réveil.

- Veiller à ce que les voies aériennes soient dégagées et assurer une ventilation suffisante.
- Transfuser si nécessaire (**p.P-27**).
- Si les **signes vitaux deviennent instables** ou si **l'hématocrite continue à baisser malgré la transfusion**, ramener rapidement la patiente en salle d'opération : il peut y avoir une hémorragie.

FONCTIONNEMENT GASTRO-INTESTINAL

Généralement, le système gastro-intestinal recommence à fonctionner rapidement chez les patientes qui ont subi une opération obstétricale. Pour la plupart d'entre elles, lorsqu'il n'y a pas de complications, l'intestin fonctionne à nouveau normalement dans les 12 h qui suivent l'intervention.

- Si **l'intervention s'est passée sans complications**, donner un régime liquide.
- Si la patiente présentait des **signes d'infection**, ou si elle a été césarisée **pour cause de dystocie mécanique ou de rupture**

utérine, attendre d'entendre des borborygmes pour lui donner des liquides.

- Dès qu'**elle a des gaz**, commencer à lui donner des aliments solides.
- Si **elle est sous perfusion**, il convient de maintenir la perfusion jusqu'à ce qu'elle boive correctement.
- Si **elle doit rester sous perfusion pendant 48 h** ou plus, lui perfuser une solution électrolytique équilibrée (par exemple, 1,5 g de chlorure de potassium dilué dans 1 litre de solution intraveineuse).
- Si **la perfusion dure plus de 48 h**, surveiller l'ionogramme toutes les 48 h. Une perfusion prolongée peut modifier l'équilibre électrolytique.
- S'assurer qu'elle mange normalement avant de la laisser quitter l'hôpital.

PANSEMENT ET SOINS DE LA PLAIE

Le pansement constitue une barrière de protection contre les infections durant le processus de cicatrisation aussi appelé « reconstitution de l'épithélium ». Laisser le pansement sur la plaie pendant le jour suivant l'intervention pour la protéger des infections pendant que l'épithélium se reconstitue. Ensuite, ce n'est pas nécessaire.

- Si **du sang ou du liquide traverse le pansement d'origine**, ne pas changer le pansement :
 - le renforcer ;
 - surveiller la quantité de sang/liquide perdu en traçant le contour de la tache sur le pansement avec un stylo ;
 - si **le saignement augmente ou si la tache de sang couvre la moitié du pansement ou plus**, retirer le pansement, inspecter la plaie et mettre un autre pansement stérile.
- Si **le pansement devient lâche**, le renforcer avec de l'adhésif plutôt que de le retirer. Cela lui permet de rester stérile et réduit le risque d'infection de la plaie.
- Pour changer le pansement, utiliser une méthode garantissant l'asepsie.
- Pour que la patiente soit autorisée à quitter l'hôpital, la plaie doit être propre et sèche et ne doit présenter ni signe d'infection, ni épanchement séreux.

ANALGESIE

Il est important de bien traiter la douleur après une opération (**p.P-43**). Une femme qui souffre beaucoup est une femme qui récupère mal.

Note : Eviter d'administrer des sédatifs en trop grande quantité car cela réduirait la mobilité de la patiente, qui est importante après une opération.

SOINS VESICAUX

Pour certaines interventions, une sonde urinaire peut être nécessaire. Le fait de retirer rapidement la sonde réduit le risque d'infection et encourage la patiente à marcher.

- Si **les urines sont claires**, retirer la sonde 8 heures après l'intervention ou après la première nuit post-opératoire.
- Si **les urines sont troubles**, laisser la sonde en place jusqu'à ce qu'elles soient claires.
- Après l'opération, attendre 48 h pour retirer la sonde s'il y a eu :
 - une rupture utérine ;
 - un travail prolongé ou dystocique ;
 - un œdème périnéal massif ;
 - une infection puerpérale accompagnée d'une pelvipéritonite.

Note : S'assurer que les urines sont claires avant de retirer la sonde.

- Si **la vessie a été lésée** (soit du fait d'une rupture utérine, soit au cours d'une césarienne ou d'une laparotomie) :
 - laisser la sonde à demeure pendant un minimum de 7 jours, et jusqu'à ce que les urines soient claires ;
 - si **la patiente ne suit pas déjà une antibiothérapie**, lui donner 100 mg de nitrofurantoïne par voie orale, une fois par jour jusqu'au retrait de la sonde, à titre de prophylaxie contre une éventuelle cystite.

ANTIBIOTIQUES

- Si **la patiente présente des signes d'infection** ou si **elle a de la fièvre**, poursuivre l'antibiothérapie jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 h (**p.P-39**).

ABLATION DES SUTURES

En cas d'incision abdominale, l'important est de suturer correctement l'aponévrose. L'ablation des sutures cutanées peut être faite 5 jours après l'intervention.

FIEVRE

- Toute fièvre (température supérieure ou égale à 38°C) survenant après une opération doit faire l'objet d'une évaluation (**p.S-119**).
- Avant d'autoriser la patiente à quitter l'hôpital, s'assurer qu'elle n'a pas de fièvre depuis au moins 24 h.

MOBILISATION

Le fait de marcher facilite la circulation, favorise la respiration profonde et stimule la reprise d'un fonctionnement normal du système gastro-intestinal. Encourager les exercices des pieds et des jambes et autoriser la patiente à se lever le plus tôt possible, généralement dans les 24 h qui suivent l'intervention.

TRAVAIL EUTOCIQUE

- Evaluer rapidement l'état général de la patiente, en particulier les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température).
- Evaluer l'état du fœtus :
 - Ecouter le rythme cardiaque fœtal immédiatement après une contraction :
 - compter les battements cardiaques fœtaux pendant une minute entière, au moins toutes les 30 minutes pendant la phase active et toutes les 5 minutes pendant la phase d'expulsion ;
 - si **le rythme cardiaque fœtal est anormal** (inférieur à 100 bts/ min ou supérieur à 180 bts/min), penser à une souffrance fœtale (**p.S-105**).
 - Si **les membranes sont rompues**, prendre note de la couleur du liquide amniotique qui s'écoule :
 - la présence d'un méconium épais indique qu'il faut surveiller attentivement la patiente et qu'il peut être nécessaire d'intervenir pour traiter une souffrance fœtale (**p.S-105**) ;
 - l'absence d'écoulement après la rupture des membranes indique un oligoamnios, qui risque d'être associé à une souffrance fœtale.

ACCOMPAGNEMENT PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

- Encourager la future mère à se faire accompagner par une personne de son choix qui lui apportera un soutien personnel tout au long du travail et de l'accouchement :
 - encourager l'accompagnant qu'elle a choisi pour son accouchement à la soutenir ;
 - faire le nécessaire pour que l'accompagnant puisse s'asseoir auprès d'elle ;
 - encourager l'accompagnant à lui apporter un soutien adapté pendant le travail et l'accouchement (à lui masser le dos, lui essuyer le front avec un gant humide, l'aider à se déplacer).
- Veiller à ce que la communication passe bien avec le personnel et à ce que celui-ci apporte un soutien satisfaisant à la patiente :
 - à ce qu'il lui explique tout ce qui va être fait, sollicite son autorisation et lui fasse part des résultats ;

- à ce qu’il crée un climat dans lequel elle se sente soutenue et encouragée pour accoucher et où elle ait le sentiment qu’on respecte sa volonté ;
- à ce qu’il veille à son intimité et à la confidentialité des actes et entretiens.
- Veiller à l’hygiène de la patiente et de son environnement :
 - l’encourager à se laver, à prendre un bain ou une douche au début du travail ;
 - laver les régions de la vulve et du périnée avant chaque examen ;
 - se laver les mains au savon avant et après chaque examen ;
 - veiller à la propreté du/des lieu(x) prévu(s) pour le travail et l’accouchement ;
 - nettoyer immédiatement toute projection ou tout écoulement de liquide.
- Veiller à sa mobilité :
 - l’encourager à se déplacer librement ;
 - approuver la position qu’elle a choisie pour accoucher (**fig. P-2, p.P-65**).
- L’encourager à vider sa vessie régulièrement.

Note : Ne pas donner systématiquement un lavement aux femmes en travail.

- L’encourager à boire et manger à sa convenance. Si **elle est visiblement très amaigrie ou se fatigue pendant le travail**, veiller à ce qu’elle soit nourrie. Les boissons nutritives sont importantes, même à un stade avancé du travail.
- Lui enseigner les techniques respiratoires pour le travail et l’accouchement. L’encourager à expirer plus lentement qu’à l’accoutumée et à se détendre à chaque expiration
- Si la patiente est anxieuse ou effrayée ou si elle souffre pendant le travail :
 - la féliciter, l’encourager et la rassurer ;
 - lui expliquer le processus du travail et la tenir au courant du déroulement des événements ;
 - l’écouter et être attentif à ce qu’elle ressent.
- Si **la douleur est très pénible** :
 - suggérer à la patiente de changer de position (**fig. P-2, p.P-65**) ;

- l'encourager à ne pas rester immobile ;
- encourager son accompagnant à lui masser le dos ou à lui tenir la main et à lui éponger le visage entre les contractions ;
- l'encourager à mettre les techniques respiratoires en application ;
- l'encourager à prendre un bain ou une douche chauds ;
- si nécessaire, lui injecter lentement 1 mg de péthidine par kg (mais pas plus de 100 mg) en IM ou en IV, ou 0,1 mg de morphine par kg en IM.

FIGURE P-2 Positions qu'une femme est susceptible d'adopter pendant le travail



DIAGNOSTIC

Le diagnostic du travail comprend :

- diagnostic et confirmation du travail ;
- diagnostic du stade et de la phase du travail ;
- évaluation de l'engagement et de la descente du fœtus ;
- détermination de la présentation et de la position du fœtus.

Un diagnostic erroné du travail peut être une source d'anxiété et d'interventions inutiles.

DIAGNOSTIC ET CONFIRMATION DU TRAVAIL

- On peut présumer que le travail est commencé ou commencera sous peu si la patiente a :
 - des douleurs abdominales intermittentes après 22 semaines de grossesse ;
 - des douleurs généralement associées à des pertes vaginales gluantes et filantes, teintées de sang (expulsion du bouchon muqueux) ;
 - des pertes vaginales aqueuses ou un écoulement d'eau soudain.

- Le début du travail est confirmé s'il y a :
 - effacement du col : raccourcissement et amincissement progressifs du col ; et
 - dilatation du col : élargissement du diamètre de l'orifice, en cm (fig. P-3, A-E).

FIGURE P-3 Effacement et dilatation du col

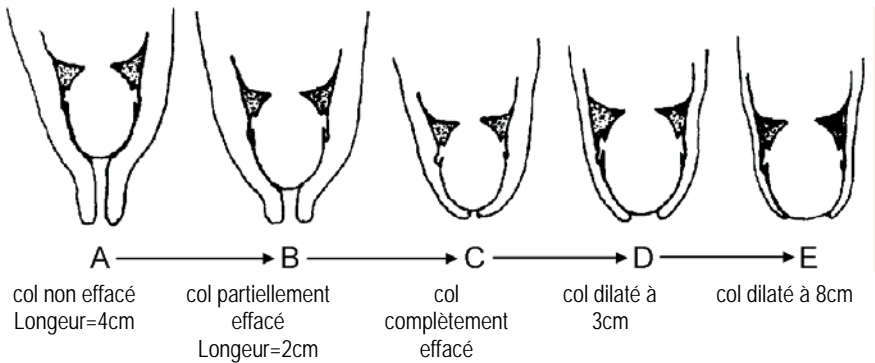


TABLEAU P-8 Diagnostic du stade et de la phase du travail^a

| Symptômes et signes cliniques | Stade | Phase |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| • Col non dilaté | faux travail/ travail non entamé | |
| • dilatation du col inférieure à 4 cm | premier stade | phase de latence |
| • dilatation du col comprise entre 4 et 9 cm | premier stade | phase active |
| • rythme de dilatation généralement de 1cm/h au moins | | |
| • début de la descente fœtale | | |
| • col complètement dilaté (10 cm) | deuxième stade | phase initiale (de non-expulsion) |
| • poursuite de la descente fœtale | | |
| • pas de forte envie de pousser | | |
| • col complètement dilaté (10 cm) | deuxième stade | phase finale (d'expulsion) |
| • la présentation fœtale atteint le plancher pelvien | | |
| • forte envie de pousser | | |

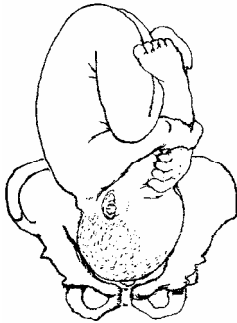
^a Le troisième stade du travail débute avec l'accouchement et se termine avec l'expulsion du placenta.

DESCENTE

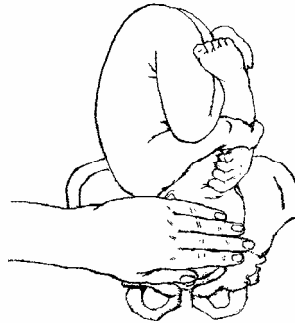
PALPER ABDOMINAL

- Par un palper abdominal, mesurer la descente de la tête en cinquièmes de tête palpables au-dessus de la symphyse pubienne (**fig. P-4, A-D, ci-dessous**).
 - Lorsque la tête se trouve entièrement au-dessus de la symphyse pubienne, les 5 cinquièmes (5/5) sont palpables (**fig. P-4, A-B, ci-dessous**).
 - Lorsque la tête se trouve entièrement au-dessous de la symphyse pubienne, elle n'est pas du tout (0/5) palpable.

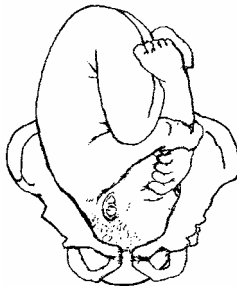
FIGURE P-4 Palper abdominal évaluant la descente de la tête fœtale



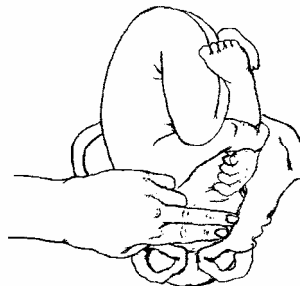
A. la tête est mobile au-dessus de la symphyse pubienne, les 5 cinquièmes sont palpables.



B. la saillie du moignon de l'épaule est à 5 travers de doigts de la symphyse pubienne.



C. les 2 cinquièmes de la tête sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne.



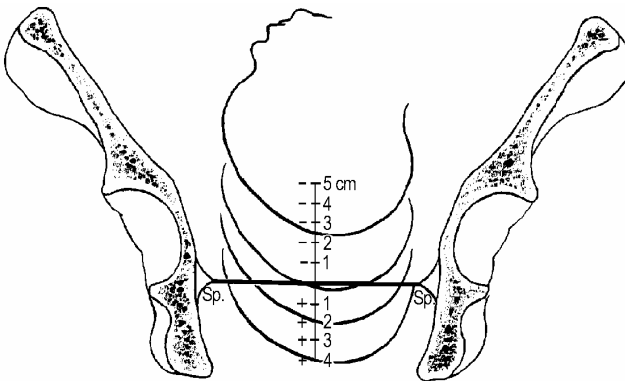
D. la saillie du moignon de l'épaule est à 2 travers de doigts de la symphyse pubienne.

TOUCHER VAGINAL

- Si nécessaire, procéder à un toucher vaginal pour estimer la descente du mobile fœtal en appréciant la hauteur de la présentation par rapport aux épines sciatiques du bassin maternel (**fig. P-5, ci-dessous**).

Note : Lorsqu'il y a **une grosse bosse séro-sanguine ou un degré important de modelage de la tête**, il est plus utile d'estimer la descente de la tête fœtale par un palper abdominal en utilisant la méthode des cinquièmes de tête palpables que par un toucher vaginal.

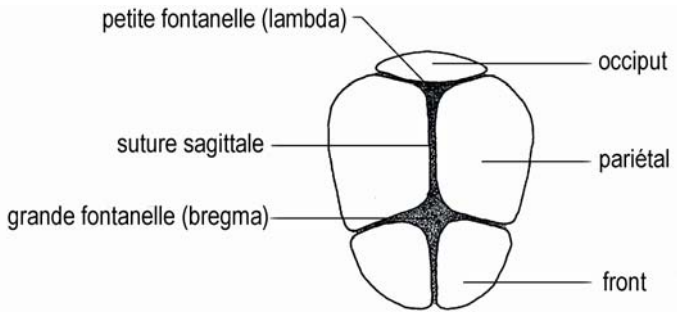
FIGURE P- 5 Estimation de la descente de la tête fœtale par un toucher vaginal ; le niveau 0 se trouve au niveau des épines sciatiques



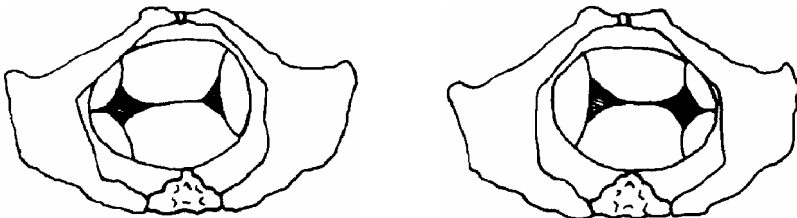
PRESENTATION ET POSITION

DETERMINER LA PRESENTATION

- La présentation la plus courante est le sommet de la tête fœtale. Considérer toute **présentation autre que le sommet** comme dystocique (**tableau S-12, p.S-82**).
- Pour la **présentation du sommet**, utiliser les points de repère du crâne fœtal pour déterminer la position de la tête fœtale dans le bassin maternel (**fig. P-6, p.P-69**).

FIGURE P-6 Repères du crâne fœtal**DETERMINER LA POSITION DE LA TÊTE FŒTALE**

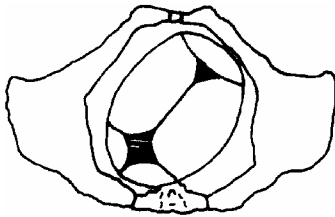
- Normalement, la tête fœtale s'engage dans le bassin maternel en **position transverse**, ce qui signifie que la suture sagittale est perpendiculaire à l'axe sacro-pubien du bassin maternel (**fig. P-7**).

FIGURE P-7 Positions occipito-iliaques transverses

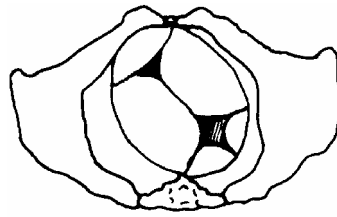
occipito-iliaque gauche transverse (OIGT)

occipito-iliaque droite transverse (OIDT)

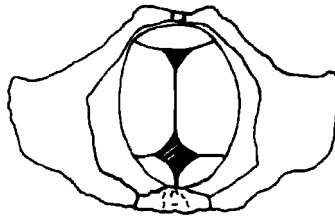
- La descente s'accompagne d'une rotation de la tête fœtale amenant le plus souvent l'occiput vers l'avant du bassin maternel (**positions occipitales antérieures, fig. P-8, p.P-70**). En l'absence de rotation d'une position transverse à une position occipitale antérieure, il convient de procéder comme pour une position occipitale postérieure (**p.S-84**).

FIGURE P- 8 Positions occipitales antérieures

occipito-iliaque gauche antérieure (OIGA)

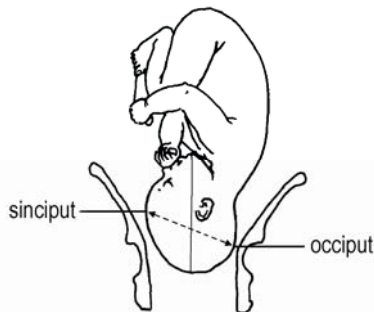


occipito-iliaque droite antérieure (OIDAT)



occiput pubienne (OP)

La présentation normale a une caractéristique supplémentaire : c'est **un sommet bien fléchi (fig. P-9)**, position dans laquelle l'occiput fœtal se situe plus bas dans le vagin que le sinciput (bregma).

FIGURE P- 9 Sommet bien fléchi**ESTIMATION DU DEROULEMENT DU TRAVAIL**

Une fois qu'on a diagnostiqué le travail, on peut évaluer son déroulement :

- en mesurant l'effacement et la dilatation progressifs du col (fig. P-3 A-E, p.P-66) pendant la phase de latence ;

- en mesurant le rythme de la dilatation du col et de la descente du mobile fœtal (**fig. P-4, p.P-67 et fig. P-5, p.P-68**) pendant la phase active ;
- en estimant la suite de la descente pendant le deuxième stade.

Il convient de reporter le déroulement du premier stade du travail sur un partogramme une fois que la parturiente entre dans la phase active du travail. La **figure P-10, p.P-74** représente un partogramme type. A défaut de partogramme, on peut tracer une courbe simple en mettant la dilatation du col (en cm) en ordonnée et le temps (en h) en abscisse.

TOUCHERS VAGINAUX

Il convient de faire un toucher vaginal au moins toutes les 4 heures au premier stade du travail et après la rupture des membranes. Reporter les résultats sur un partogramme.

- A chaque toucher vaginal, noter les informations suivantes :
 - couleur du liquide amniotique ;
 - dilatation du col ;
 - descente (également mesurable au moyen d'un palper abdominal).
- Si le **col n'est pas dilaté lors du premier examen**, il risque d'être impossible d'établir un diagnostic de travail.
 - Si **les contractions persistent**, réexaminer la patiente 4 h plus tard et rechercher des modifications au niveau du col. A ce moment là, s'il y a eu **effacement et dilatation du col**, la patiente est en travail ; s'il n'y a **pas de modification**, diagnostiquer un faux travail.
- Au deuxième stade du travail, faire un toucher vaginal toutes les heures.

UTILISATION DU PARTOGRAMME

Le partogramme de l'OMS a été modifié afin d'en simplifier l'utilisation. Désormais, la phase de latence n'y figure plus et le tracé ne commence qu'avec la phase active, une fois que le col a atteint une dilatation de 4 cm. Ce manuel comporte un partogramme type (**fig. P-10, p.P-74**). Noter qu'il convient de le ramener à l'échelle réelle avant de l'utiliser. Les informations à consigner sur le partogramme sont les suivantes :

Renseignements concernant la patiente : remplir les rubriques nom, gestité, parité, numéro de dossier, date et heure d'admission, heure de rupture des membranes.

Rythme cardiaque fœtal : toutes les demi-heures.

Liquide amniotique : couleur du liquide amniotique à chaque toucher vaginal, inscrire en outre :

- un I si les membranes sont intactes ;
- un R si les membranes sont rompues ;
- un C si les membranes sont rompues et que le liquide amniotique est clair ;
- un M si le liquide amniotique est teinté de méconium ;
- un S si le liquide amniotique est teinté de sang.

Modelage de la tête : noter :

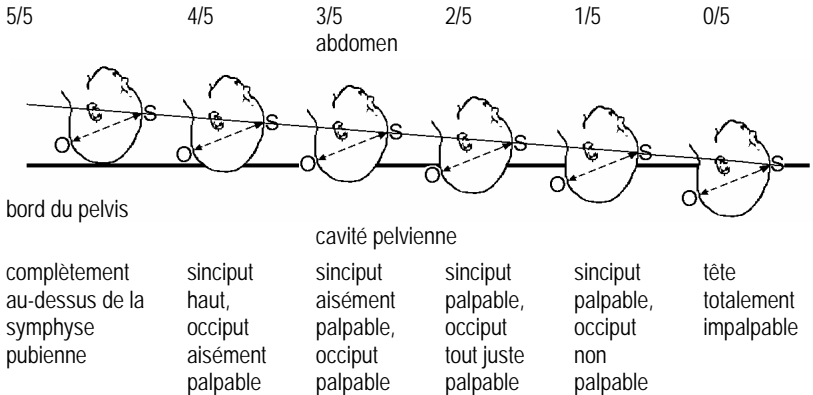
- 1 : si les os du crâne sont apposés ;
- 2 : s'ils se chevauchent mais que le chevauchement est réductible ;
- 3 : s'ils se chevauchent et que le chevauchement est irréductible.

Dilatation du col : évaluer à chaque toucher vaginal et marquer d'une croix (X), commencer le tracé de la courbe à 4 cm.

Ligne d'alerte : segment prenant son origine à 4 cm de dilatation et se terminant au point où la dilatation doit être complète, à raison d'une progression de 1 cm par heure.

Ligne d'action : parallèle à la ligne d'alerte, 4 h plus à droite.




Descente évaluée à la palpation de l'abdomen : concerne la partie de la tête (divisée en 5) palpable au-dessus de la symphyse pubienne ; la marquer d'un cercle (O) à chaque toucher vaginal ; à 0/5, le sinciput (B) est au niveau de la symphyse pubienne.



Nombre d'heures : concerne le temps écoulé depuis le début de la phase active du travail (observé ou déduit).

Heure : l'heure qu'il est.

Nombre de contractions : toutes les demi-heures ; déterminer à la palpation le nombre de contractions en 10 minutes et noter leur durée (en secondes) :

-  si elles durent moins de 20 secondes ;
-  si elles durent entre 20 et 40 secondes ;
-  si elles durent plus de 40 secondes.

Ocytocine : en cas d'utilisation, noter toutes les 30 minutes la quantité d'ocytocine administrée par volume de liquide perfusé, en gouttes par minute.

Médicaments : noter tout apport médicamenteux.

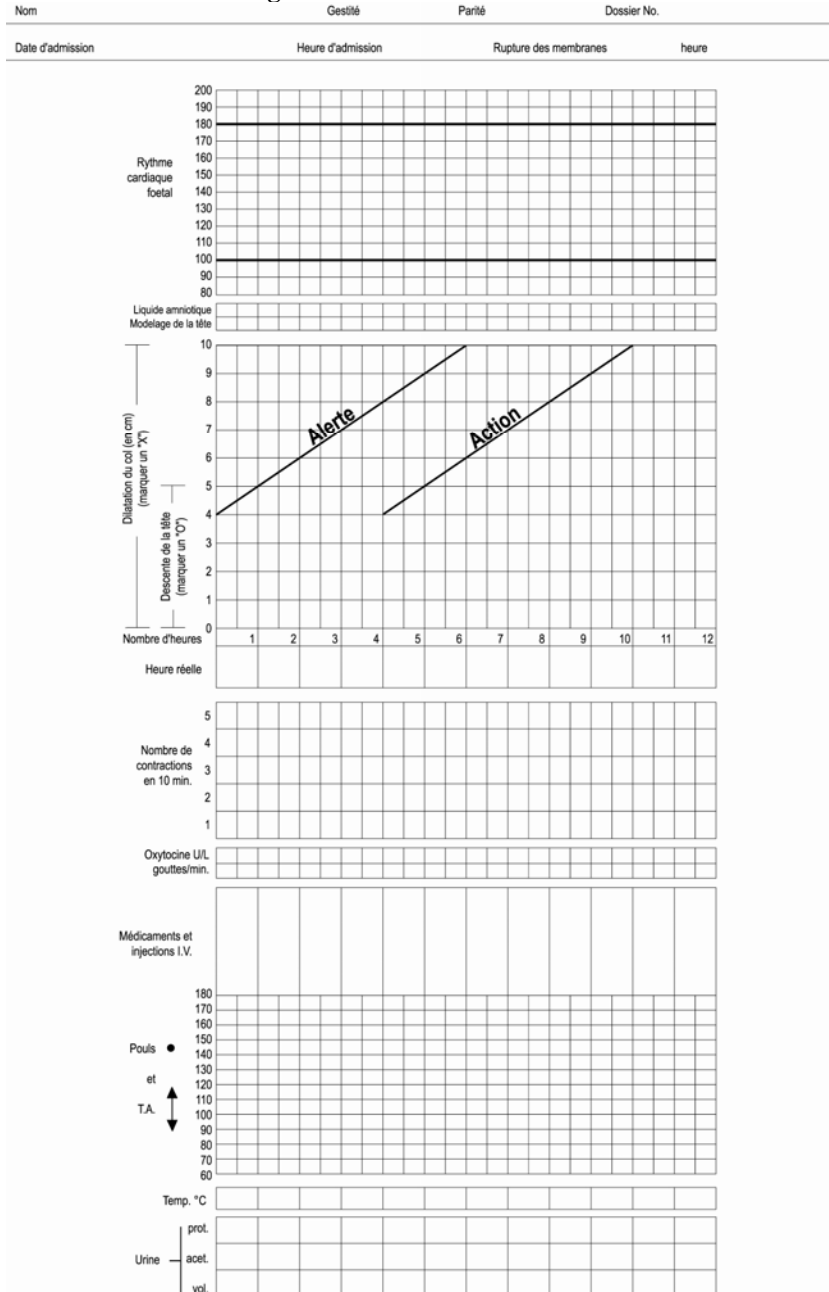
Pouls : toutes les 30 minutes et marquer d'un point (●).

Tension artérielle : mesurer toutes les 4 h et indiquer avec des flèches.

Température : toutes les 2 h.

Urine : quantité de protéines, d'acétone et volume : noter à chaque miction.

FIGURE P-10 > Partogramme modifié de l'OMS



La **figure P-11, p.P-76** représente le partogramme d'un travail eutocique.

- Une primigeste a été admise durant la phase de latence du travail, à 5 h, à ce moment là :
 - la tête fœtale était palpable à 4/5 ;
 - la dilatation du col était de 2 cm ;
 - la patiente avait 3 contractions en 10 min et chaque contraction durait 20 s ;
 - l'état de la future mère et du fœtus était normal.

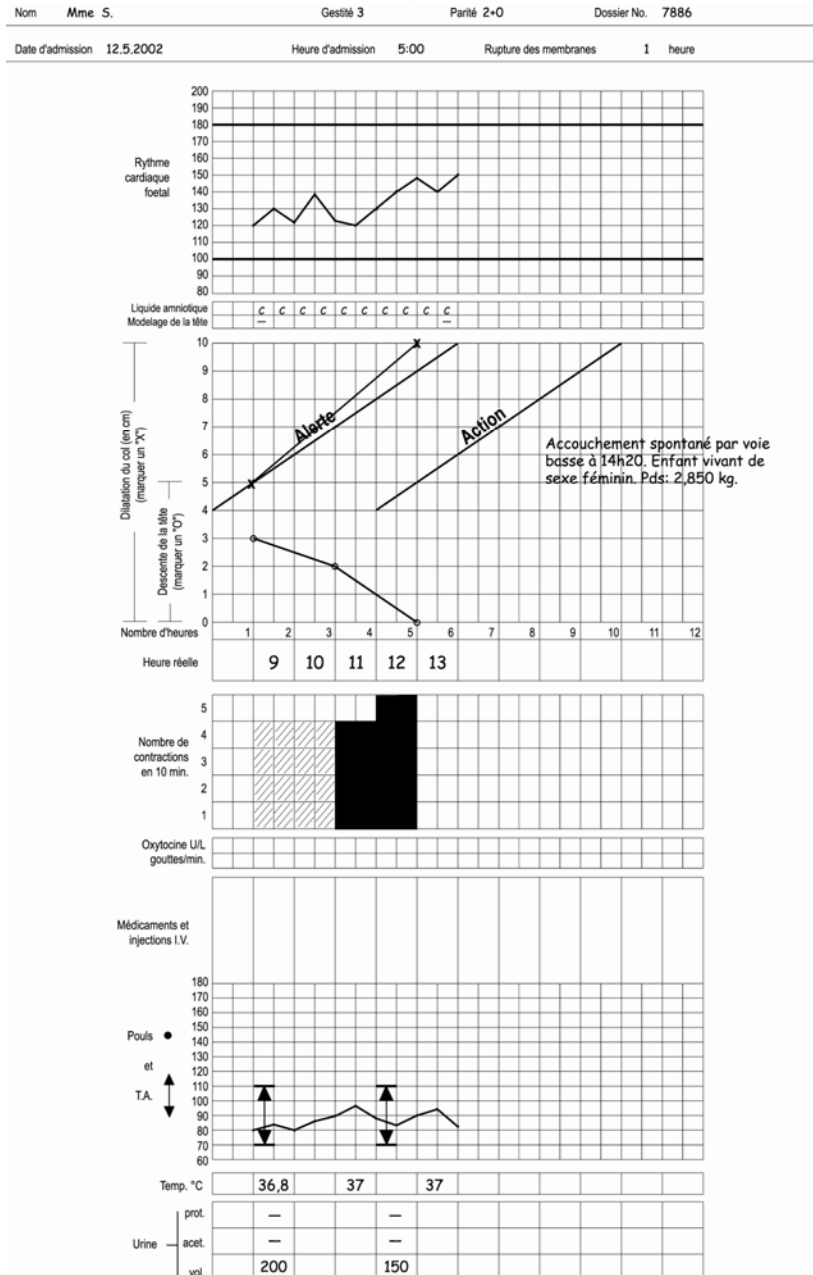
Note : Ces informations ne figurent pas sur le partogramme parce que cette femme était en phase latente de travail.

- A 9 h :
 - la tête fœtale était palpable à 3/5 ;
 - la dilatation du col était de 5 cm ;

Note : La patiente était entrée dans la phase active du travail et ces informations figurent sur le partogramme. La dilatation du col est inscrite sur la ligne d'alerte.

 - la patiente avait 4 contractions en 10 min et chaque contraction durait 40 s ;
 - la dilatation du col progressait à un rythme de 1 cm par heure.
- A 14 h :
 - la tête fœtale n'était plus palpable ;
 - le col était complètement dilaté ;
 - la patiente avait 5 contractions en 10 min et chaque contraction durait 40 s ;
 - l'accouchement spontané par voie basse a eu lieu à 14 h20.

FIGURE P- 11 Exemple de partogramme d'un accouchement eutocique



DÉROULEMENT DU PREMIER STADE DU TRAVAIL

- Les éléments suivants indiquent un déroulement favorable du premier stade du travail :
 - contractions régulières de fréquence et de durée croissantes ;
 - progression de la dilatation de 1 cm par heure pendant la phase active du travail (dilatation sur la ligne d’alerte ou à gauche de celle-ci) ;
 - col bien appliqué sur la présentation.
- Les éléments suivants indiquent un **déroulement défavorable** du premier stade du travail :
 - contractions irrégulières et peu fréquentes après la phase de latence ; OU
 - progression de la dilatation cervicale inférieure à 1 cm par heure pendant la phase active du travail (dilatation à droite de la ligne d’alerte) ; OU
 - col mal appliqué sur la présentation.

Un déroulement défavorable du travail peut se traduire par un travail prolongé (**tableau S-10, p.S-65**).

DÉROULEMENT DU DEUXIEME STADE DU TRAVAIL

- Les éléments suivants indiquent un **déroulement favorable** du deuxième stade du travail :
 - descente constante du fœtus dans la filière génitale ;
 - début de la phase d’expulsion (efforts de poussée).
- Les éléments suivants indiquent un **déroulement défavorable** du deuxième stade du travail :
 - absence de descente du fœtus dans la filière génitale ;
 - échec de l’expulsion à la fin de la phase finale (d’expulsion).

SURVEILLANCE FŒTALE

- Si le **rythme cardiaque fœtal est anormal** (inférieur à 100 bts/min ou supérieur à 180 bts/min), penser à une souffrance fœtale (**p.S-105**).
- Pendant le travail, les positions ou présentations autres que la présentation d’un sommet bien fléchi en position occipito-iliaque antérieure sont considérées comme des présentations et positions dystociques (**p.S-77**).

- Si la **progression du travail est apparemment défavorable** ou si le **travail est prolongé**, traiter la cause du retard (p.S-65).

SURVEILLANCE MATERNELLE

Examiner la patiente et rechercher des signes de détresse :

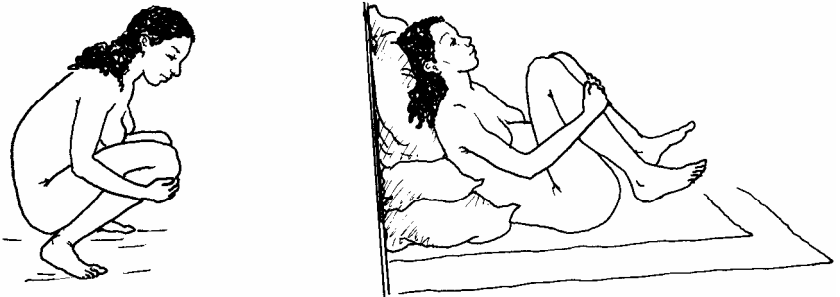
- Si **son pouls s'accélère**, c'est peut-être qu'elle est déshydratée ou qu'elle souffre. Veiller à bien l'hydrater par voie orale ou veineuse et à lui donner l'analgésie nécessaire (p.P-43).
- Si sa **tension artérielle baisse**, penser à une hémorragie (p.S-19).
- Si elle a **de l'acétone dans les urines**, envisager la possibilité qu'elle soit en hypoglycémie et lui injecter une solution intraveineuse de dextrose.

ACCOUCHEMENT EUTOCIQUE

L'accompagnement pendant le travail est la meilleure façon d'aider la patiente à supporter les douleurs du travail.

- Une fois que le **col est complètement dilaté** et que la **phase d'expulsion du deuxième stade du travail est entamée**, encourager la parturiente à prendre la position qui lui convient le mieux (fig. P-12) et à commencer les efforts expulsifs.

FIGURE P-12 Positions qu'une femme est susceptible d'adopter pendant l'accouchement



Note : Désormais, il n'est plus recommandé de pratiquer systématiquement une épisiotomie. Il n'a pas été démontré que l'épisiotomie systématique réduisait les lésions périnéales, ni le risque de colpopcèle ou d'incontinence urinaire. En fait, l'épisiotomie systématique est associée à un nombre de déchirures périnéales

complètes et complètes compliquées et à une proportion de dysfonctionnements du sphincter anal, qui en résultent, supérieurs à la moyenne.

Il convient de n'envisager l'épisiotomie (p.I-81) que dans les cas suivants :

- accouchement par voie basse compliqué (siège, dystocie des épaules, extraction par forceps ou par ventouse obstétricale) ;
- cicatrices de mutilations sexuelles ou de déchirures complètes ou complètes compliquées mal soignées ;
- souffrance fœtale.

DEGAGEMENT DE LA TETE

- Demander à la patiente de «souffler» ou de ne pousser que légèrement lors des contractions pendant le dégagement de la tête.
- Afin de maîtriser l'expulsion de la tête, prendre la tête d'une main pour la maintenir en flexion (inclinée).
- Continuer à soutenir délicatement le périnée pendant le dégagement de la tête.
- Une fois que la tête est dégagée, demander à la patiente d'arrêter de pousser.
- Aspirer les mucosités dans la bouche et le nez de l'enfant.
- Passer la main autour de son cou pour chercher le cordon ombilical :
 - si le **cordons est enroulé autour du cou mais lâche**, le faire glisser par-dessus la tête du bébé ;
 - s'il est **enroulé étroitement autour du cou de l'enfant**, le clamper en deux endroits et le couper avant de le dérouler.

TERMINAISON DE L'ACCOUCHEMENT

- Laisser la rotation de la tête se faire spontanément.
- Ensuite, poser une main de chaque côté de la tête de l'enfant et demander à la patiente de pousser calmement à la contraction suivante.
- Réduire le risque de déchirure en ne dégageant qu'une épaule à la fois. Ramener la tête de l'enfant vers l'arrière pour dégager l'épaule antérieure.

Note : Si les **épaules** sont **difficiles à dégager**, envisager la possibilité d'une dystocie des épaules (**p.S-93**).

- Soulever la tête de l'enfant vers l'avant pour dégager l'épaule postérieure.
- Soutenir le reste du corps de l'enfant d'une main pendant qu'il se dégage.
- Poser l'enfant sur le ventre de sa mère. Le sécher soigneusement, lui essuyer les yeux et apprécier sa respiration.

Note : La plupart des bébés commencent à crier ou à respirer spontanément dans les 30 secondes qui suivent la naissance.

- Si le **bébé crie ou respire** (sa poitrine se soulève au moins 30 fois par minute), le laisser avec sa mère.
- Si le **bébé ne commence pas à respirer dans les 30 secondes**, **APPELER A L'AIDE** et prendre les mesures qui s'imposent pour le ranimer (**p.S-157**).

Anticiper le besoin de réanimation et s'organiser pour pouvoir obtenir de l'aide pour toutes les naissances, et plus particulièrement en cas d'éclampsie, d'hémorragie, de travail prolongé, d'accouchement prématuré ou de contexte infectieux.

- Clamper le cordon ombilical et le sectionner.
- Veiller à ce que le bébé soit au chaud. L'installer sur la poitrine de sa mère, peau contre peau. L'envelopper dans un linge doux et sec puis dans une couverture et veiller à ce que sa tête soit bien couverte pour éviter qu'il ne se refroidisse.
- Si **la mère ne se sent pas bien**, demander à un/une aide de s'occuper de l'enfant.
- Palper l'abdomen pour écarter l'éventualité de la présence d'un deuxième enfant et poursuivre en prenant activement en charge le troisième stade du travail.

PRISE EN CHARGE ACTIVE DU TROISIEME STADE DU TRAVAIL

Le fait de prendre activement en charge le troisième stade du travail (délivrance assistée) aide à prévenir une hémorragie du post-partum. La prise en charge active du troisième stade du travail consiste à :

- administrer de l'ocytocine à la patiente immédiatement après l'accouchement ;

- exercer une traction mesurée sur le cordon ; et
- masser l'utérus.

OCYTOCINE

- Dans la minute qui suit l'accouchement, palper l'abdomen de la mère pour écarter l'éventualité d'un autre/d'autres bébé(s) et administrer 10 unités d'ocytocine en IM.
- On recommande d'utiliser de l'ocytocine parce qu'elle fait effet 2 à 3 minutes après l'injection, que ses effets secondaires sont minimes et qu'on peut en donner à toutes les femmes. **Si l'établissement n'a pas d'ocytocine**, injecter 0,2 mg d'ergométrine en IM ou utiliser des prostaglandines. S'assurer qu'il n'y a pas d'autre fœtus avant d'injecter ces médicaments.

Ne pas donner d'ergométrine aux femmes atteintes de pré-éclampsie, d'éclampsie ou d'hypertension artérielle car cela accroît le risque de convulsions et d'accidents vasculaires cérébraux.

TRACTION MESURÉE SUR LE CORDON OMBILICAL

- Clamper le cordon à proximité du périnée en utilisant une pince porte-tampons. Maintenir le cordon et la pince dans une main.
- Placer l'autre main juste au-dessus du pubis de la patiente et stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut pendant que de la main qui tient la pince on exerce une traction mesurée sur le cordon. La contre-traction ainsi exercée refoule le fond utérin et contribue à éviter une inversion de l'utérus.
- Maintenir une légère tension sur le cordon et attendre une forte contraction de l'utérus (2 à 3 min).
- Lorsque **l'utérus s'arrondit** ou que le **cordons s'allonge**, tirer très doucement sur le cordon, en direction du bas, pour extraire le placenta. Ne pas attendre que du sang gicle pour exercer une traction sur le cordon. De l'autre main, maintenir la pression vers le haut.
- **Si le placenta ne descend pas** dans les 30 à 40 secondes qui suivent la traction mesurée sur le cordon (c'est-à-dire, s'il n'y a pas de signe de décollement du placenta), cesser de tirer sur le cordon.
 - Tenir délicatement le cordon et attendre que l'utérus soit à nouveau bien contracté. Si nécessaire, déplacer la pince pour clamper le cordon plus près du périnée à mesure qu'il s'allonge.

- A la contraction suivante, renouveler la traction mesurée sur le cordon en maintenant la pression vers le haut par la main sus-pubienne.

Ne jamais exercer de traction sur le cordon (tirer) sans exercer simultanément, avec l'autre main, une contre-traction (pousser vers le haut) au-dessus de l'os pubien.

- Pendant l'expulsion du placenta, les membranes peuvent se déchirer. Prendre le placenta avec les deux mains et le faire tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes soient enroulées sur elles-mêmes.
- Tirer lentement pour parachever la délivrance.
- Si les **membranes se déchirent**, examiner avec délicatesse la partie supérieure du vagin et du col avec des gants désinfectés et utiliser une pince porte-tampons pour retirer tous les débris de membranes.
- Examiner soigneusement le placenta pour être sûr qu'il est complet. **S'il manque une partie de la surface maternelle ou si les membranes qui contiennent des vaisseaux sont déchirées**, envisager la possibilité d'une rétention placentaire partielle (**p.S-35**).
- En cas d'**inversion utérine**, repositionner l'utérus (**p.I-103**).
- Si le **cordons est arraché**, il peut être nécessaire de procéder à une délivrance artificielle (**p.I-87**).

MASSAGE UTERIN

- 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 les 2 premières heures.
- S'assurer que l'utérus ne se relâche pas (utérus mou) quand on interrompt le massage utérin.

EXAMEN DES LESIONS

- Examiner soigneusement la patiente et procéder, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales (**p.I-91**) ou vaginales (**p.I-93**) ou de l'épisiotomie (**p.I-83**).

PREMIERS SOINS NEONATALS

- Vérifier la respiration et la coloration du bébé toutes les 5 minutes.

- Si le bébé devient cyanosé (bleuâtre) ou s'il a du mal à respirer (moins de 30 respirations par minute ou plus de 60), lui donner de l'oxygène à l'aide d'une canule ou d'une sonde nasale (p.S-162).
- Vérifier sa température en lui touchant les pieds toutes les 15 minutes :
 - s'il a les pieds froids, vérifier sa température axillaire ;
 - si sa température est inférieure à 36,5 °C, le réchauffer (p.S-164).
- Examiner le cordon toutes les 15 minutes pour voir s'il saigne. Si le cordon saigne, faire un nœud plus serré.
- Appliquer un antimicrobien en gouttes (solution de nitrate d'argent à 1% ou solution de polyvidone iodée à 2,5%) ou en pommade (pommade de tétracycline à 1%) sur les yeux du bébé.
Note : Ne pas confondre la polyvidone iodée avec la teinture d'iode qui pourrait rendre le bébé aveugle.
- Essuyer la peau de l'enfant pour en retirer le méconium et le sang.
- Inciter la mère à commencer à allaiter le bébé dès qu'il a l'air prêt (dès qu'il commence à manifester un réflexe de foussement). Ne pas le forcer à prendre le sein.

Eviter autant que possible de séparer la mère de l'enfant. Ne laisser à aucun moment la mère et l'enfant sans surveillance.

Lorsqu'un enfant naît d'une mère traitée pour des complications, la manière dont on le prend en charge dépend de :

- son état, c'est-à-dire du fait qu'il présente ou non une pathologie ou une affection qui requiert un traitement rapide ;
- l'état de la mère, c'est-à-dire du fait qu'elle est complètement, partiellement ou pas du tout en mesure de s'occuper de lui.

NOUVEAU-NE PRESENTANT UNE AFFECTION

- Si le **nouveau-né a une affection grave qui nécessite un traitement dans l'heure qui suit l'accouchement**, il incombe aux prestataires de soins qui se trouvent dans la salle de naissance de s'en charger (**p.S-157**). Parmi les problèmes et affections du nouveau-né pour lesquels une intervention urgente est nécessaire, il y a :
 - l'absence de respiration ;
 - les difficultés respiratoires ;
 - la cyanose centrale (coloration bleue de la peau) ;
 - le faible poids de naissance (inférieur à 2 500 g) ;
 - l'absence complète de réactivité ;
 - l'hypothermie/le refroidissement (température axillaire inférieure à 36,5°C) ;
 - les convulsions.
- Il est nécessaire de traiter rapidement les affections suivantes :
 - les infections bactériennes éventuelles chez un nouveau-né apparemment normal si la mère a eu une rupture prématurée ou prolongée des membranes ;
 - une syphilis éventuelle (si le test sérologique de la mère est positif ou si elle présente des symptômes de syphilis).
- Si le **nouveau-né a une malformation ou une affection qui ne nécessite pas des soins urgents (en salle de naissance)** :
 - lui dispenser les premiers soins néonataux systématiques (**p.P-83**) ;
 - le transférer aussi vite que possible dans le service approprié pour les nouveau-nés malades (**p.P-86**).

NOUVEAU-NE NE PRESENTANT PAS D’AFFECTION

- Si le **nouveau-né n’a pas d’affection apparente**, lui dispenser les premiers soins néonataux systématiques, c’est-à-dire notamment, le mettre en contact avec sa mère, peau contre peau, et commencer rapidement l’allaitement (**p.P-83**).
- Si l’état de la mère le permet, laisser la mère et l’enfant peau contre peau tout le temps.
- Si l’état de la mère ne lui permet pas de garder l’enfant sur son ventre après l’accouchement (par exemple, après une césarienne) :
 - envelopper ce dernier dans un linge doux et sec, puis dans une couverture et veiller à ce que sa tête soit couverte pour qu’il ne risque pas de se refroidir ;
 - l’observer fréquemment.
- Si l’état de la mère implique de la séparer longtemps de son enfant, transférer ce dernier dans le service de soins approprié pour les nouveau-nés (voir ci-dessous).

TRANSFERER UN NOUVEAU-NE

- Expliquer à la mère ce dont souffre son enfant (**p.P-5**).
- Le tenir au chaud. L’envelopper dans un linge doux et sec, puis dans une couverture et veiller à ce que sa tête soit couverte pour qu’il ne risque pas de se refroidir.
- Si possible, s’arranger pour qu’il soit transporté dans les bras d’un prestataire de soins. S’il a besoin d’un traitement particulier comme un apport d’oxygène, le mettre dans une couveuse ou dans un berceau.
- Commencer l’allaitement dès qu’il est prêt à téter ou dès que l’état de la mère le permet.
- S’il faut retarder le début de l’allaitement pour cause d’affection maternelle ou néonatale, apprendre à la mère à exprimer son lait le plus tôt possible et veiller à ce que ce lait soit donné au nouveau-né.
- Veiller à ce que le dossier du travail et de l’accouchement et les informations concernant tout traitement administré au nouveau-né soient transmis au service auquel ce dernier a été confié.

CREER UN CLIMAT LE PLUS FAVORABLE POSSIBLE POUR LES SOINS

L'hôpital de district doit s'efforcer de créer un environnement accueillant pour les patientes, les communautés et les prestataires de soins issus de services de santé « périphériques ». Il doit reconnaître la valeur des efforts déployés par les prestataires de soins extérieurs et travailler avec eux à combler les lacunes de leurs services.

Lorsqu'il/elle travaille avec d'autres prestataires de soins, le médecin/la sage-femme de l'hôpital de district doit :

- les encourager à lui adresser des patientes et les remercier lorsqu'ils le font, notamment en présence de la patiente et de sa famille ;
- ne leur donner des conseils et ne leur faire des suggestions ou remarques sur le plan clinique qu'en privé, afin de leur conserver leur crédibilité auprès de la communauté ;
- les faire participer (dans la mesure du possible) au suivi de la patiente.

Lorsqu'il/elle travaille avec la communauté, le médecin/la sage-femme de l'hôpital de district doit :

- inviter les membres de la communauté à être actifs au sein de l'hôpital de district ou du comité de développement sanitaire ;
- identifier les leaders et les personnalités représentatives de la communauté et les inviter dans l'établissement pour les informer de son rôle et des contraintes auxquelles il doit faire face ;
- donner à la communauté des occasions d'envisager positivement l'hôpital de district, indispensable à la santé de la population (par exemple, au moyen de campagnes de vaccination ou de programmes de dépistage).

REPENDRE AUX BESOINS DES FEMMES

S'il veut satisfaire du mieux possible les femmes et la communauté, l'hôpital de district doit être capable de s'interroger sur ses pratiques en matière de prestation de soins. Il faut que l'établissement crée un climat agréable, adapté à la culture locale et :

- respecte la pudeur et l'intimité de la patiente ;
- accueille les membres de la famille ;

- installe la patiente et/ou le nouveau-né dans un endroit confortable (par exemple, un lit d'accouchement bas, une chambre chaude et propre).

Avec une planification soignée, chaque établissement peut créer un tel climat sans que cela modifie en rien sa capacité à faire face aux complications ou urgences.

AMELIORER LES SYSTEMES DE TRANSFERT

Il faudrait qu'une feuille de transfert standard contenant les renseignements suivants accompagne chaque femme transférée à l'hôpital de district :

- les renseignements d'ordre général concernant la patiente (nom, âge, adresse) ;
- l'histoire de la grossesse (parité, âge de la grossesse, complications prénatales) ;
- les complications obstétricales antérieures qui méritent d'être mentionnées (césarienne, hémorragie du post-partum) ;
- la raison du transfert ;
- les traitements administrés jusque-là et leur résultat.

La feuille de transfert devrait également mentionner l'issue de celui-ci et **être retournée à l'établissement qui a transféré la patiente** à l'hôpital de district, avec la patiente ou la personne qui l'a amenée. Tant l'hôpital de district que les établissements qui y transfèrent des patientes devraient garder la trace de tous les transferts à titre d'assurance de la qualité :

- pour que les établissements qui transfèrent des patientes à l'hôpital de district puissent apprécier les résultats et l'utilité du transfert ;
- pour que l'hôpital de district puisse étudier ces archives et repérer, le cas échéant, des constantes indiquant qu'un prestataire de soins ou un établissement de santé a besoin d'un appui technique ou d'une formation plus importants.

FORMER ET OFFRIR UN SOUTIEN VIA LA SUPERVISION

L'hôpital de district doit apporter une formation clinique **active** et de grande qualité aux prestataires de soins qui exercent dans le district. La formation active est centrée sur les compétences et elle est plus efficace que l'enseignement traditionnel car elle permet :

- d'améliorer les relations entre les prestataires de soins de l'hôpital de district et les auxiliaires et le personnel polyvalent des services périphériques ;
- aux prestataires de soins qui travaillent dans le district de se familiariser avec les soins cliniques dispensés à l'hôpital de district ;
- d'encourager l'esprit d'équipe et de faciliter la supervision du personnel de santé une fois qu'il retourne dans la communauté où il exerce pour mettre en application les compétences qu'il a acquises.

DEUXIEME PARTIE
SYMPTOMES

Le choc est caractérisé par l'incapacité du système circulatoire à entretenir une bonne irrigation des organes vitaux. C'est **une affection qui met en danger le pronostic vital** et qui nécessite **un traitement immédiat et intensif**.

Redouter ou s'attendre à un choc si la patiente présente au moins un des signes suivants :

- saignement en début de grossesse (avortement, grossesse ectopique ou grossesse molaire, par exemple) ;
- saignement en fin de grossesse ou pendant le travail (placenta prævia, hématome rétroplacentaire, rupture utérine, par exemple) ;
- saignement après l'accouchement (rupture utérine, atonie utérine, lésions traumatiques des voies génitales, rétention placentaire partielle ou complète, par exemple) ;
- infection (avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité ou avec complications infectieuses, amniotite, endométrite ou pyélonéphrite, par exemple) ;
- trauma (lésion traumatique de l'utérus ou de l'intestin pendant un avortement, rupture utérine, lésions traumatiques des voies génitales, par exemple).

SYMPTOMES ET SIGNES CLINIQUES

Diagnostiquer un choc si la patiente présente les symptômes ou signes cliniques suivants:

- pouls rapide et filant (110 bts/min ou plus) ;
- tension artérielle basse (TA systolique inférieure à 90 mm Hg).

Il existe d'autres symptômes et signes cliniques de choc tels que :

- pâleur (en particulier des conjonctives, de la paume des mains et du contour de la bouche) ;
- sueurs ou peau moite, extrémités froides ;
- respiration rapide (30 respirations par minute ou plus) ;
- anxiété, confusion, perte de connaissance ;
- débit urinaire très faible (inférieur à 30 ml/h).

PRISE EN CHARGE

PRISE EN CHARGE DANS L'IMMEDIAT

- **APPELER A L'AIDE.** Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible.
- Surveiller les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température).
- **Si la patiente est inconsciente** la tourner sur le côté afin de limiter le risque d'inhalation en cas de vomissement et de garantir le dégagement des voies aériennes.
- Eviter que la patiente se refroidisse mais ne pas la surchauffer car cela accroît la circulation périphérique et réduit l'apport de sang aux organes vitaux.
- Surélever les jambes de la patiente afin de permettre au sang de retourner vers le cœur (si possible, surélever les pieds du lit).

PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE

- Installer une voie veineuse (si possible, deux) en utilisant un cathéter ou une aiguille de gros calibre (d'un diamètre de 16 G ou du plus grand diamètre disponible). Faire un prélèvement de sang pour mesurer le taux d'hémoglobine, faire immédiatement un contrôle de compatibilité et un test de coagulation à l'aide d'un test à réaliser au lit de la patiente (voir plus bas), juste avant de commencer à perfuser.
 - Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique, Ringer lactate) à raison de 1 litre en 15 à 20 minutes, pour commencer.
Note : Eviter d'utiliser des succédanés du plasma (par exemple, du dextran). En effet, il n'est pas prouvé qu'ils soient plus efficaces que le sérum physiologique pour ranimer une femme en état de choc et, à forte dose, le dextran peut être nocif.
 - Administrer au moins 2 l de solution pendant la première heure, ce qui est supérieur aux quantités de liquides de remplissage vasculaire indiquées pour compenser les pertes de sang en cours.
Note : Pour traiter un choc résultant d'une hémorragie, il est nécessaire de perfuser à un débit plus important afin de remplacer 2 à 3 fois le volume estimé de sang perdu.

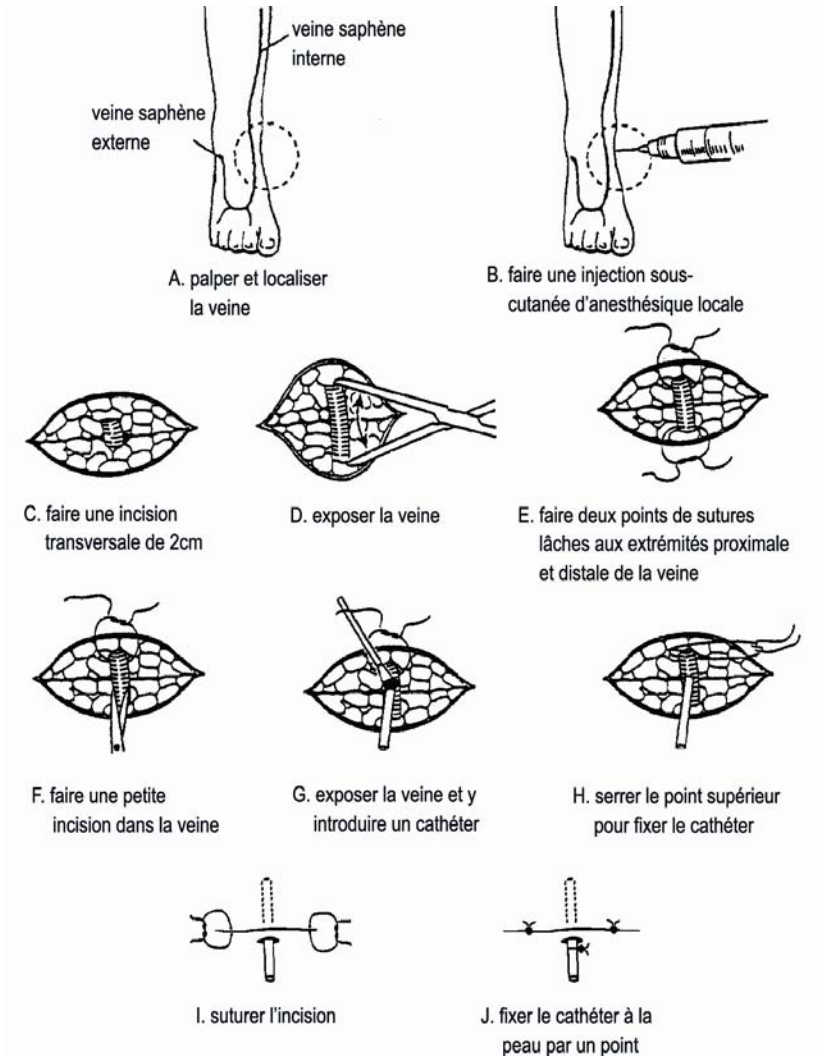
Ne pas donner de liquides par voie orale à une femme en état de choc.

- S'il est **impossible de mettre en place une voie veineuse**, faire une dénudation veineuse (**fig. S-1, p.S-4**).
- Continuer à surveiller les signes vitaux (toutes les 15 minutes) et la perte de sang.
- Sonder la vessie et surveiller l'absorption de liquide et le débit urinaire.
- Administrer 6 à 8 l d'oxygène par minute à l'aide d'un masque ou d'une sonde nasale.

TEST DE COAGULATION AU LIT DE LA PATIENTE

- Evaluer la qualité de la coagulation en utilisant le **test de coagulation** suivant **au lit de la patiente** :
 - prélever 2 ml de sang veineux dans un petit tube à essais ordinaire en verre (d'environ 10 mm x 75 mm) propre et sec ;
 - tenir le tube dans le poing fermé pour le maintenir au chaud ($\pm 37^{\circ}\text{C}$) ;
 - au bout de 4 minutes, incliner lentement le tube pour voir si un caillot se forme, puis recommencer toutes les minutes jusqu'à ce que le sang soit coagulé et qu'il soit possible de retourner complètement le tube ;
 - si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie (**p.S-22**).

FIGURE S-1 Dénudation veineuse



DETERMINER ET TRAITER LA CAUSE DU CHOC

Déterminer la cause du choc une fois que la patiente est stabilisée.

- Si la cause présumée du choc est un **saignement abondant** :
 - prendre simultanément plusieurs mesures pour faire cesser le saignement (par exemple, administrer des ocytociques, faire un

massage de l'utérus, une compression bimanuelle, une compression de l'aorte, et préparer une intervention chirurgicale) ;

- transfuser le plus vite possible pour compenser la perte de sang (**p.P-27**) ;
- déterminer la cause du saignement et traiter comme il convient :
 - si **le saignement survient au cours des 22 premières semaines de grossesse**, envisager la possibilité qu'il s'agisse d'un avortement, d'une grossesse ectopique ou d'une grossesse molaire (**p.S-7**) ;
 - si **le saignement survient après les 22 premières semaines de grossesse ou pendant le travail, mais avant l'accouchement**, envisager la possibilité d'un placenta prævia, d'un hématome rétroplacentaire ou d'une rupture utérine (**p.S-19**) ;
 - si **le saignement survient après l'accouchement**, envisager la possibilité d'une rupture ou d'une atonie utérines, de lésions traumatiques des voies génitales ou d'une rétention placentaire partielle ou complète (**p.S-27**).
- Réexaminer la patiente et rechercher des signes d'amélioration (**p.S-6**).
- Si la cause présumée du choc est une **infection** :
 - prélever ou recueillir les échantillons nécessaires (sang, urine, pus) pour mettre les agents pathogènes en culture, si l'établissement dispose du nécessaire, avant d'entamer une antibiothérapie ;
 - administrer un traitement associant plusieurs antibiotiques pour soigner les infections à germes aérobie et anaérobie et le poursuivre, jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 h (**p.P-39**) :
 - 2 000 000 unités de pénicilline G OU 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 h ;
 - PLUS 5 mg de gentamicine par kg en IV, toutes les 24 h ;
 - PLUS 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 h.

Ne pas administrer d'antibiotiques par voie orale à une femme en état de choc.

- Réexaminer la patiente et rechercher des signes d'amélioration (voir ci-dessous).
- Si la cause présumée du choc est un **trauma**, se préparer pour une intervention chirurgicale.

REEVALUATION

- Au bout de 30 minutes, réexaminer la patiente pour voir si la perfusion lui a été bénéfique. Les signes d'amélioration sont notamment :
 - une stabilisation du pouls (à 90 bts/min ou moins) ;
 - une hausse de la tension artérielle (TA systolique de 100 mm Hg ou plus) ;
 - une amélioration de l'état mental (apaisement) ;
 - une augmentation du débit urinaire (30 ml/h ou plus).
- Si l'état de la patiente s'améliore :
 - abaisser le débit de la perfusion à 1 l en 6 h ;
 - continuer à traiter la cause du choc (**p.S-4**).
- Si l'état de la patiente ne s'améliore ni ne se stabilise, une prise en charge complémentaire s'impose (voir ci-dessous).

PRISE EN CHARGE COMPLEMENTAIRE

- Maintenir la perfusion en abaissant le débit à 1 l en 6 h et continuer à administrer 6 à 8 l d'oxygène par minute.
- Surveiller attentivement la patiente.
- Faire des analyses biologiques notamment un dosage de l'hématocrite, un groupe sanguin et une recherche de facteur Rhésus ainsi qu'un test de compatibilité. Si l'établissement dispose du nécessaire, faire un ionogramme et mesurer la créatininémie et le pH sanguin.

PROBLEME

- Un saignement vaginal survient au cours des 22 premières semaines de la grossesse.

PRISE EN CHARGE GENERALE

- **Evaluer rapidement** l'état général de la patiente, notamment les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température).
- **Si l'état de la patiente évoque un choc**, commencer immédiatement le traitement (**p.S-1**). Même si la patiente ne présente pas de signe de choc, poursuivre l'examen en gardant cette éventualité à l'esprit, car son état peut se détériorer rapidement. **Si un choc survient**, il est important de commencer le traitement immédiatement.
- **Si la patiente est en état de choc**, envisager la possibilité d'une rupture de grossesse ectopique (**tableau S-4, p.S-15**).
- Installer une voie veineuse et commencer à perfuser (**p.P-23**).

DIAGNOSTIC

- **Envisager la possibilité d'une grossesse ectopique** chez toute femme présentant une anémie, une infection génitale haute (IGH), une menace d'avortement ou des douleurs abdominales inhabituelles.
Note : En cas de **grossesse ectopique présumée**, réaliser un examen bimanuel avec douceur car une grossesse ectopique débutante peut se rompre facilement.
- **Envisager la possibilité d'un avortement** chez toute femme en âge de procréer qui a un retard de règles (dernières règles normales remontant à plus d'un mois) et présente au moins un des signes suivants : saignement, crampes, expulsion partielle de produits de conception, col dilaté ou utérus trop petit pour le terme.
- **S'il peut s'agir d'un avortement**, identifier les complications éventuelles et les traiter immédiatement (**tableau S-2, p.S-9**).

TABLEAU S-1 Diagnostic d'un saignement vaginal en début de grossesse

| Signes d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents | Symptômes et signes cliniques parfois présents | Diagnostic probable |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Saignement léger^a • Col fermé • Hauteur utérine correspondant au terme | <ul style="list-style-type: none"> • crampes/douleurs abdominales basses • utérus plus mou que la normale | menace d'avortement, p.S-11 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Saignement léger • Douleur abdominale • Col fermé • Utérus légèrement plus gros que la normale • Utérus plus mou que la normale | <ul style="list-style-type: none"> • évanouissements • masse latéro-utérine sensible • aménorrhée • mobilisation du col douloureuse | grossesse ectopique, (tableau S-4, p.S-15) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Saignement léger • Col fermé • Utérus petit pour le terme • Utérus plus mou que la normale | <ul style="list-style-type: none"> • crampes/douleurs abdominales basses légères • expulsion de produits de conception à une date antérieure | avortement complet, p.S-13 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Saignement abondant^b • Col dilaté • Hauteur utérine correspondant au terme | <ul style="list-style-type: none"> • crampes/douleurs abdominales basses • utérus sensible • absence d'expulsion de produits de conception | avortement inévitable, p.S-11 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Saignement abondant • Col dilaté • Utérus petit pour le terme | <ul style="list-style-type: none"> • crampes/douleurs abdominales basses • expulsion partielle de produits de conception | avortement incomplet, p.S-12 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Saignement abondant • Col dilaté • Utérus gros pour le terme • Utérus plus mou que la normale • Expulsion partielle de produits de conception en grappe de raisin | <ul style="list-style-type: none"> • nausées/vomissements • avortement spontané • crampes/douleurs abdominales basses • kystes ovariens (qui se rompent facilement) • pré-éclampsie précoce • pas de fœtus apparent | grossesse molaire, p.S-16 |

^a Saignement léger : il faut plus de 5 minutes pour qu'une garniture ou un linge propre soient complètement souillés de sang.

^b Saignement abondant : il faut moins de 5 minutes pour qu'une garniture ou un linge propre soient complètement souillés de sang.

TABLEAU S-2 Diagnostic et prise en charge des complications de l'avortement

| Symptômes et signes cliniques | Complication | Conduite à tenir |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Douleurs abdominales basses • Douleur abdominale à la décompression • Utérus sensible • Saignement prolongé • Malaise • Fièvre • Leucorrhées nauséabondes • Collection suppurée au niveau du col • Douleur à la mobilisation du col | infection/septicémie | Commencer à administrer les antibiotiques ^a le plus tôt possible avant de procéder à une aspiration manuelle intra-utérine (p.I-73). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Crampes/douleurs abdominales • Douleur abdominale à la décompression • Distension abdominale • Défense ou contracture abdominale • Douleur scapulaire • Nausées/vomissements • Fièvre | lésions traumatiques utérines, vaginales ou intestinales | Pratiquer une laparotomie pour réparer la lésion et procéder simultanément à une aspiration manuelle intra-utérine (p.I-73). Chercher de l'aide si nécessaire. |

^a Injecter en IV 2 g d'ampicilline toutes les 6 h, PLUS 5 mg/kg de gentamicine toutes les 24h, PLUS 500 mg de métronidazole toutes les 8 h, jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 h (**p.P-39**).

ENCADRÉ S-1 Types d'avortement

L'avortement spontané est défini comme la terminaison d'une grossesse avant que le fœtus soit viable (avant 22 semaines de gestation). L'avortement spontané peut passer par différents stades qui sont :

- la menace d'avortement (la grossesse est susceptible de se poursuivre) ;
- l'avortement inévitable (la grossesse ne se poursuivra pas et débouchera sur un avortement incomplet/complet) ;
- l'avortement incomplet (expulsion d'une partie des produits de conception) ;
- l'avortement complet (expulsion de la totalité des produits de conception).

L'avortement provoqué est défini comme un processus par lequel on met un terme à une grossesse avant que le fœtus soit viable.

L'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité est défini comme un avortement réalisé soit par des personnes n'ayant pas les compétences requises, soit dans un cadre ne répondant pas aux normes médicales élémentaires, soit les deux.

L'avortement septique est défini comme un avortement ayant des complications infectieuses. Si des agents pathogènes apparaissent dans les voies génitales basses à la suite d'un avortement spontané ou pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, puis se répandent dans l'organisme, l'infection peut se transformer en septicémie. Le risque de septicémie est plus grand si les produits de conception sont retenus *in utero* et qu'on tarde à les évacuer. La septicémie est une complication courante de l'avortement instrumental pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité.

PRISE EN CHARGE

En cas de présomption d'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, rechercher des signes d'infection ou des lésions traumatiques vaginales, utérines ou intestinales (tableau S-2, p.S-9) et irriguer abondamment le vagin pour en retirer toutes les préparations à base de plantes, médications locales ou substances caustiques qui peuvent s'y trouver.

MENACE D'AVORTEMENT

- En général, aucun traitement médical n'est nécessaire.
- Conseiller à la patiente d'éviter les activités demandant un effort ainsi que les rapports sexuels. Il n'est toutefois pas nécessaire qu'elle garde le lit.
- Si le **saignement cesse**, faire suivre la patiente en consultation prénatale. Si le saignement reprend, la réexaminer.
- Si le **saignement persiste**, apprécier la viabilité du fœtus (test de grossesse/échographie) ou rechercher une grossesse ectopique (échographie). Un saignement persistant, en particulier si l'utérus est trop gros pour le terme, peut indiquer la présence de jumeaux ou une grossesse molaire.

Ne pas administrer d'hormones (comme les estrogènes ou les progestatifs) ni de tocolytiques (comme le salbutamol ou l'indométacine) car ils n'empêchent pas une fausse couche.

AVORTEMENT INEVITABLE

- Si la **grossesse a moins de 16 semaines**, prévoir d'évacuer le contenu de l'utérus (**p.I-73**). S'il est **impossible de procéder immédiatement à une évacuation de la cavité utérine** :
 - administrer 0,2 mg d'ergométrine en IM (à renouveler au bout de 15 minutes si nécessaire) OU 400 µg de misoprostol par voie orale (à renouveler une fois au bout de 4 h si nécessaire) ;
 - prendre les dispositions nécessaires pour pouvoir procéder à l'évacuation utérine au plus vite.

- **Si la grossesse a plus de 16 semaines :**
 - attendre l'expulsion spontanée des produits de conception puis, le cas échéant, évacuer les débris intra-utérins (**p.I-73**) ;
 - si nécessaire perfuser 40 unités d'ocytocine diluées dans 1 l de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 40 gouttes par minute pour faciliter l'expulsion des produits de conception.
- Assurer le suivi de la patiente après l'avoir traitée (**p.S-13**).

AVORTEMENT INCOMPLET

- **Si le saignement est léger à modéré** et que **la grossesse a moins de 16 semaines**, extraire les produits de conception faisant protrusion à travers le col, manuellement ou à l'aide d'une pince porte-tampons.
- **Si le saignement est important** et que **la grossesse a moins de 16 semaines**, évacuer les débris intra-utérins :
 - la méthode d'évacuation recommandée est l'aspiration manuelle intra-utérine (**p.I-73**). Ne faire une évacuation par curetage instrumental que si l'aspiration manuelle est impossible (**p.I-69**) ;
 - **s'il n'est pas possible de procéder immédiatement à une évacuation de la cavité utérine**, administrer 0,2 mg d'ergométrine en IM (à renouveler au bout de 15 minutes si nécessaire) OU 400 µg de misoprostol par voie orale (à renouveler une fois au bout de 4 h si nécessaire).
- **Si la grossesse a plus de 16 semaines :**
 - perfuser 40 unités d'ocytocine diluées dans 1 l de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 40 gouttes par minute jusqu'à expulsion des produits de conception ;
 - si nécessaire, administrer 200 µg de misoprostol par voie vaginale toutes les 4 h jusqu'à expulsion des produits de conception, mais ne pas dépasser 800 µg ;
 - évacuer tous les produits de conception restant dans l'utérus (**p.I-73**).
- Assurer le suivi de la patiente après l'avoir traitée (**p.S-13**).

AVORTEMENT COMPLET

- En général, il n'est pas nécessaire d'évacuer la cavité utérine.
- Observer la patiente et rechercher un saignement abondant.
- Assurer le suivi de la patiente après l'avoir traitée (voir ci-dessous).

SUIVI DES PATIENTES AYANT SUBI UN AVORTEMENT

Avant d'autoriser la patiente à quitter l'établissement, si elle a subi un avortement spontané, lui expliquer que l'avortement spontané est un phénomène courant qui intéresse au moins 15% des grossesses cliniquement établies (soit une sur sept). La rassurer : elle a toutes les chances de pouvoir mener une nouvelle grossesse à terme, à moins qu'elle ait contracté une septicémie ou que l'on ait déterminé que la cause de l'avortement pouvait avoir un effet défavorable sur les grossesses à venir (ce qui est rare).

Lorsqu'elles ont subi un avortement incomplet, certaines femmes souhaitent entreprendre rapidement une nouvelle grossesse. Il faut les encourager à attendre d'avoir complètement récupéré.

Il est important de conseiller les femmes qui ont subi un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité. Si elles **ne souhaitent pas entreprendre une nouvelle grossesse**, elles peuvent adopter certaines méthodes de planification familiale (**tableau S-3, p.S-14**) immédiatement (dans les 7 jours) dans la mesure où :

- elles n'ont pas de complications graves qui nécessitent un traitement plus important ;
- elles sont correctement conseillées et aidées dans le choix de la méthode la plus appropriée.

Déterminer également les autres services de santé génésique dont la patiente peut avoir besoin. Elle peut avoir besoin, par exemple :

- d'une prophylaxie antitétanique ou d'un rappel de vaccin antitétanique ;
- d'un traitement contre les maladies sexuellement transmissibles (MST) ;
- d'un dépistage du cancer du col.

TABLEAU S-3 Méthodes de planification familiale

| Type de contraception | Conseiller d'utiliser cette méthode |
|--|--|
| Contraceptifs hormonaux (pilules, injections, implants) | <ul style="list-style-type: none"> • immédiatement |
| Préservatifs | <ul style="list-style-type: none"> • immédiatement |
| Dispositif intra-utérin (DIU) | <ul style="list-style-type: none"> • immédiatement • en cas d'infection présumée ou avérée, repousser la pose du dispositif jusqu'à ce que toute trace d'infection ait disparu • si le taux d'hémoglobine est inférieur à 7 g/dl, repousser la pose jusqu'à ce que l'anémie ait disparu • fournir un moyen de contraception provisoire (par exemple, des préservatifs) |
| Ligature volontaire des trompes | <ul style="list-style-type: none"> • immédiatement • en cas d'infection présumée ou avérée, repousser l'opération jusqu'à ce que toute trace d'infection ait disparu • si le taux d'hémoglobine est inférieur à 7 g/dl, repousser l'opération jusqu'à ce que l'anémie soit résorbée • fournir un moyen de contraception provisoire (par exemple, des préservatifs) |

GROSSESSE ECTOPIQUE

Une grossesse ectopique est une grossesse implantée en dehors de la cavité utérine. Les trompes de Fallope sont le siège le plus fréquent des grossesses ectopiques (dans plus de 90% des cas).

Les symptômes et signes cliniques sont extrêmement variables selon que la grossesse s'est rompue ou non (**tableau S-4, p.S-15**). La culdocentèse (ponction du cul-de-sac de Douglas, **p.I-79**) est un bon moyen de diagnostic de la rupture d'une grossesse ectopique, mais elle est moins fiable que l'association d'un test de grossesse sanguin et d'une échographie. Si **le sang ramené à la culdocentèse ne coagule pas**, prendre la patiente en charge immédiatement.

TABLEAU S-4 Symptômes et signes cliniques de grossesse ectopique rompue ou non rompue

| Grossesse ectopique non rompue | Grossesse ectopique rompue |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes de grossesse débutante (microrragies et métrorragies irrégulières, nausées, tension mammaire, coloration bleuâtre du vagin et du col, ramollissement du col, léger agrandissement de l'utérus, mictions fréquentes) • Douleurs abdominales et pelviennes | <ul style="list-style-type: none"> • malaises et asthénie • pouls rapide et filant (110 btts/min ou plus) • hypotension • hypovolémie • douleurs abdominales et pelviennes aiguës • distension abdominale^a • douleur abdominale à la décompression • pâleur |

^a Associé à une matité mobile, un abdomen distendu peut indiquer la présence de sang libre dans la cavité abdominale.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic différentiel de la grossesse ectopique le plus courant est la menace d'avortement. Néanmoins, d'autres diagnostics différentiels comme une infection génitale haute aiguë ou chronique, une torsion ou une rupture de kyste ovarien ou une appendicite aiguë sont possibles.

Si l'établissement dispose du matériel nécessaire, une échographie peut faciliter le diagnostic différentiel.

PRISE EN CHARGE DANS L'IMMEDIAT

- Faire un contrôle de compatibilité du sang et prendre les dispositions nécessaires pour pratiquer immédiatement une laparotomie. **Ne pas attendre l'arrivée de sang pour commencer l'opération.**
- Pendant l'intervention, inspecter les ovaires et les trompes de Fallope :
 - si les **trompes sont gravement altérées**, faire une salpingectomie (exciser ensemble la trompe qui saigne et les produits de conception) – c'est le traitement de choix dans la plupart des cas (**p.I-125**) ;
 - plus rarement, si les **trompes ne sont que peu altérées**, faire une salpingostomie (ce qui permet d'extraire les produits de conception tout en conservant la trompe) – il importe de ne procéder de la sorte que lorsqu'il est très important pour la patiente de préserver sa fécondité, le risque d'une autre grossesse ectopique étant élevé (**p.I-127**).

AUTOTRANSFUSION

En cas d'**hémorragie importante**, on peut recourir à l'autotransfusion si **le sang est indiscutablement frais et libre d'infection** (dans les stades avancés de la grossesse, le sang est contaminé par le liquide amniotique et ne doit pas être utilisé pour des autotransfusions). On peut récupérer le sang soit avant l'opération, soit une fois que l'abdomen a été ouvert :

- lorsque la patiente est allongée sur la table d'opération, avant l'intervention, et que son abdomen est distendu par le sang, il est parfois possible d'introduire une aiguille dans la paroi abdominale et de récupérer le sang dans une poche de don ;
- si ce n'est pas possible, faire une incision dans l'abdomen,
 - récupérer le sang dans une cuvette et y passer de la gaze pour en retirer les caillots ;
 - nettoyer la partie supérieure d'une poche de don avec une solution antiseptique et l'ouvrir avec une lame stérile ;
 - y verser le sang de la patiente et le lui réinjecter de la manière habituelle, à travers un dispositif filtrant ;
 - si **l'on ne dispose pas d'une poche de don traitée avec un anticoagulant**, ajouter 10 ml de citrate de sodium à chaque mesure de 90 ml de sang.

PRISE EN CHARGE ULTERIEURE

- Avant d'autoriser la patiente à quitter l'hôpital, la conseiller et l'informer du pronostic de fécondité. Compte tenu du risque accru d'une nouvelle grossesse ectopique, il est particulièrement important de conseiller la patiente en matière de planification familiale et de lui fournir, si elle le souhaite, une méthode de contraception (**tableau S-3, p.S-14**).
- Corriger l'anémie en donnant à la patiente 60 mg de sulfate ferreux ou de fumarate ferreux, à prendre par voie orale, chaque jour, pendant 6 mois.
- Programmer une consultation de suivi à 4 semaines.

GROSSESSE MOLAIRE

La grossesse molaire est caractérisée par une prolifération anormale des villosités choriales du placenta.

PRISE EN CHARGE DANS L'IMMEDIAT

- Si le diagnostic de grossesse molaire est établi, évacuer l'utérus :
 - si **une dilatation du col est nécessaire**, pratiquer un bloc paracervical (**p.I-1**) ;
 - procéder à une aspiration (**p.I-73**) – l'aspiration manuelle intra-utérine est la méthode la plus sûre et celle qui génère le moins de pertes de sang alors que le risque de perforation est élevé lorsqu'on utilise une curette métallique ;
 - se munir de trois seringues assemblées et prêtes à l'emploi pour l'évacuation de l'utérus ; le contenu de l'utérus est abondant et il est important de l'évacuer rapidement.
- Perfuser 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 l de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 60 gouttes par minute de manière à prévenir une hémorragie une fois que l'évacuation est commencée.

PRISE EN CHARGE ULTERIEURE

- Recommander à la patiente d'utiliser une méthode de planification familiale hormonale pendant une durée d'un an au moins afin de prévenir une nouvelle grossesse (**tableau S-3, p.S-14**). Il est possible de lui proposer une ligature des trompes si elle a autant d'enfants qu'elle en souhaitait.
- Suivre la patiente toutes les 8 semaines pendant au moins 1 an et procéder à chaque fois à un test urinaire de grossesse à cause du risque de maladie trophoblastique persistante ou de choriocarcinome. **Si le test urinaire de grossesse n'est pas négatif au bout de 8 semaines ou est à nouveau positif** moins d'un an après la grossesse molaire, orienter la patiente vers un centre de soins tertiaires pour un suivi et une prise en charge approfondis.

SAIGNEMENT VAGINAL EN FIN DE GROSSESSE ET PENDANT LE TRAVAIL

S-19

PROBLEMES

- Saignement vaginal après 22 semaines de grossesse.
- Saignement vaginal pendant le travail, mais avant l'accouchement.

TABLEAU S-5 Types de saignements

| Type de saignement | Diagnostic probable | Conduite à tenir |
|---|-----------------------------|--|
| Mucus teinté de sang (expulsion du bouchon muqueux) | entrée en travail | procéder comme pour un travail et un accouchement eutociques (p.P-63) |
| Tout simplement autre | hémorragie de l'ante-partum | déterminer la cause du saignement (tableau S-6, p.S-20) |

PRISE EN CHARGE GENERALE

- **APPELER A L'AIDE.** Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible
- Faire une évaluation rapide de l'état général de la patiente, en particulier des signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température).

Ne pas faire de toucher vaginal à ce stade.

- Si l'état de la patiente **évoque un choc**, commencer immédiatement le traitement (**p.S-1**). Même si la patiente ne présente pas de signe de choc, poursuivre l'examen en gardant cette éventualité à l'esprit, car son état peut se détériorer rapidement. Si **un choc survient**, il est important de commencer le traitement immédiatement.
- Installer une voie veineuse et commencer à perfuser (**p.P-23**).

DIAGNOSTIC

TABLEAU S-6 Diagnostic de l'hémorragie de l'ante-partum

| Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents | Symptômes et signes cliniques parfois présents | Diagnostic probable |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Saignement après 22 semaines de grossesse (qui peut être contenu dans l'utérus) • Douleurs abdominales intermittentes ou constantes | <ul style="list-style-type: none"> • choc • utérus distendu/sensible • faiblesse/absence des mouvements fœtaux • souffrance fœtale ou absence des bruits du coeur foetal | <p>hématome rétroplacentaire, p.S-21</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Saignement (intra-abdominal et/ou vaginal) • Forte douleur abdominale (qui peut diminuer après la rupture) | <ul style="list-style-type: none"> • choc • distension abdominale/liquide libre • forme anormale de l'utérus • abdomen sensible • parties du corps fœtal aisément palpables • absence des mouvements fœtaux et des bruits du coeur fœtal • pouls maternel rapide | <p>rupture utérine, p.S-22</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Saignement après 22 semaines de grossesse | <ul style="list-style-type: none"> • choc • le saignement peut être précipité par les rapports sexuels • utérus détendu • présentation absente du bassin maternel/pôle inférieur de l'utérus vide au toucher • le fœtus se porte bien | <p>placenta prævia, p.S-23</p> |

PRISE EN CHARGE

HEMATOME RETROPLACENTAIRE

L'hématome rétroplacentaire est le décollement du placenta normalement inséré, qui se détache de la paroi utérine avant l'accouchement.

- Evaluer la qualité de la coagulation en réalisant un test de coagulation au lit de la patiente (**p.S-3**). Si au bout de 7 minutes le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie (**p.S-22**).
- Transfuser selon les besoins, de préférence du sang frais (**p.S-27**).
- **Si le saignement est abondant** (apparent ou non), procéder à l'accouchement le plus vite possible :
 - si **le col est complètement dilaté**, extraire le fœtus par ventouse obstétricale (**p.I-29**) ;
 - si **l'accouchement par voie basse n'est pas imminent**, pratiquer une césarienne (**p.I-47**).

Note : Pour tous les cas d'hématome rétroplacentaire, se préparer à faire face à une hémorragie du post-partum (**p.S-27**).
- **Si le saignement est léger à modéré** (la patiente n'est pas en danger dans l'immédiat), la conduite à tenir dépend des bruits du cœur fœtal,
 - si **le rythme cardiaque fœtal est normal ou absent**, rompre les membranes à l'aide d'une pince à rompre ou d'une pince de Kocher (**p.I-19**) :
 - si **les contractions sont de mauvaise qualité**, administrer de l'ocytocine pour renforcer l'activité utérine (**p.I-27**) ;
 - si **le col est défavorable à l'accouchement** (col ferme, épais, fermé), pratiquer une césarienne (**p.I-47**) ;
 - si **le rythme cardiaque fœtal est anormal** (inférieur à 100 btts/min ou supérieur à 180 btts/min) :
 - procéder rapidement à un accouchement par voie basse ;
 - si **l'accouchement par voie basse est impossible**, pratiquer immédiatement une césarienne (**p.I-47**).

COAGULOPATHIE (DEFAUT DE COAGULATION)

La coagulopathie est à la fois une cause et une conséquence de l'hémorragie obstétricale massive. Elle peut être déclenchée par un hématome rétroplacentaire, une mort fœtale *in utero*, une éclampsie, une embolie amniotique et bien d'autres complications obstétricales. Le tableau clinique de la coagulopathie va de l'hémorragie grave associée ou non à des complications de type thrombose, à un état cliniquement stable dans lequel l'affection ne peut être détectée que par des analyses biologiques.

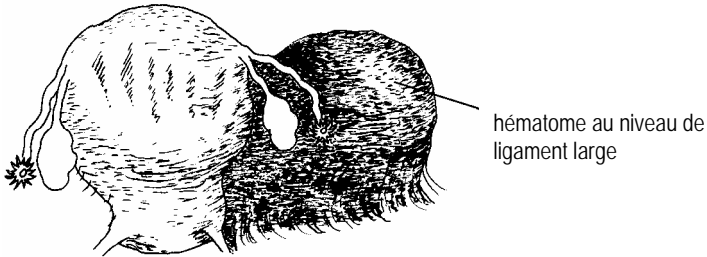
Note : Dans de nombreux cas de pertes de sang importantes, il est possible d'empêcher le développement d'une coagulopathie en rétablissant rapidement le volume sanguin par une perfusion de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate).

- Traiter la cause éventuelle de la déficience :
 - hématome rétroplacentaire (**p.S-21**) ;
 - éclampsie (**p.S-47**).
- Utiliser des produits sanguins pour contenir l'hémorragie (**p.P-27**):
 - injecter du sang total frais, si possible, pour remplacer les facteurs de coagulation et les globules rouges ;
 - si l'établissement ne dispose pas de sang total frais, opter pour une des solutions suivantes, en fonction des possibilités :
 - injecter du plasma frais congelé pour remplacer les facteurs de coagulation (15 ml/kg) ;
 - injecter un concentré de globules rouges (ou des globules rouges sédimentés) pour compenser les pertes ;
 - injecter un cryoprécipité pour remplacer le fibrinogène ;
 - injecter des concentrés de plaquettes (si le saignement n'a pas cessé et que la numération plaquettaire est inférieure à 20 000/mm³).

RUPTURE UTERINE

Le sang provenant d'une rupture utérine s'écoule généralement par le vagin, à moins que la tête fœtale n'obstrue le pelvis. Dans ce cas, le saignement peut aussi être intra-abdominal. Néanmoins, lorsqu'il s'agit d'une rupture du segment inférieur de l'utérus qui s'étend jusqu'au ligament large, le sang ne se déverse pas dans la cavité abdominale (**fig. S-2, p.S-9**).

FIGURE S-2 Une rupture du segment inférieur de l'utérus qui s'étend au ligament large n'entraîne pas d'hémorragie dans la cavité abdominale



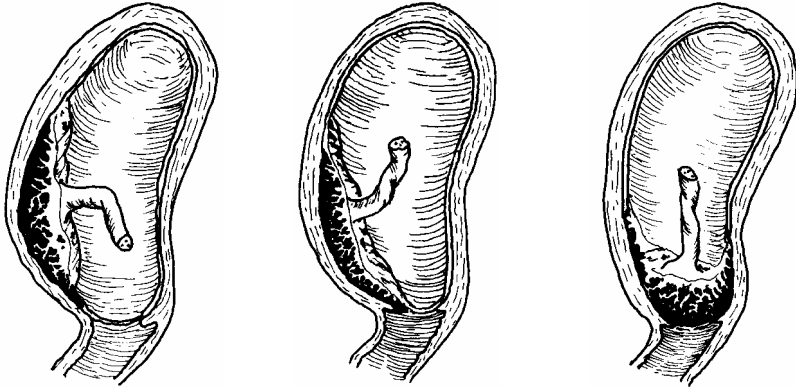
- Rétablir le volume sanguin en perfusant une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) avant l'intervention chirurgicale.
- Dès que la patiente est stabilisée, pratiquer une laparotomie et extraire l'enfant et le placenta (p.I-47).
- **S'il est moins risqué de réparer l'utérus** que de faire une hystérectomie et que **les berges de la déchirure ne sont pas nécrosées**, procéder à la suture de la brèche utérine (p.I-109). Cela demandera moins de temps et entraînera une perte de sang moins importante qu'une hystérectomie.

Le risque de rupture lors des grossesses à venir étant élevé, une fois l'urgence traitée, il est nécessaire d'aborder la possibilité d'une contraception définitive avec la patiente.

- **S'il est impossible de réparer l'utérus**, procéder à une hystérectomie subtotale (p.I-119). Si **la plaie s'étend au col et au vagin**, il peut être nécessaire de pratiquer une hystérectomie totale.

PLACENTA PRÆVIA

Le placenta prævia est caractérisé par son insertion à proximité du col ou dans celui-ci (fig. S-3, p.S-24).

FIGURE S-3 Insertion du placenta à proximité du col ou dans celui-ci

A. placenta praevia latéral

B. placenta praevia partiel

C. placenta praevia recouvrant

Mise en garde : Ne pas faire d'examen vaginal à moins que tout soit prêt pour procéder immédiatement à une césarienne. Il est possible de faire un examen attentif au spéculum pour éliminer d'autres causes de saignement telles que les cervicites, les lésions traumatiques, les polypes endocervicaux ou les tumeurs malignes du col. En revanche, la présence d'une de ces affections n'exclut pas la possibilité d'un placenta praevia.

- Rétablir le volume sanguin en perfusant une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate).
- Évaluer l'importance du saignement :
 - si **le saignement est abondant et continu**, prendre les dispositions nécessaires pour un accouchement par césarienne, sans tenir compte de la maturité du fœtus (p.1-47) ;
 - si **le saignement est faible ou s'il a cessé** et que **le fœtus est vivant mais risque d'être prématuré**, envisager la solution d'expectative (c'est-à-dire attendre, en surveillant la patiente) jusqu'à ce que l'accouchement ait lieu ou que le saignement redevienne abondant ;
 - garder la patiente à l'hôpital jusqu'à l'accouchement ;
 - corriger l'anémie en lui donnant 60 mg de sulfate ferreux ou de fumarate ferreux, à prendre par voie orale, une fois par jour, pendant 6 mois ;
 - s'assurer qu'il y a du sang disponible pour le cas où une transfusion serait nécessaire ;

- si **le saignement reprend**, comparer les avantages et les risques qu'il y aurait pour la patiente et le fœtus à ce que l'on continue à attendre au lieu de procéder à l'accouchement, puis prendre une décision.

CONFIRMER LE DIAGNOSTIC

- Si l'établissement dispose d'un **matériel fiable, pratiquer une échographie** pour localiser le placenta. Si **l'échographie confirme le diagnostic de placenta prævia et que le fœtus est mature**, programmer l'accouchement (**p.S-26**).
- Si **l'établissement ne dispose pas de matériel d'échographie** ou si les résultats de l'échographie ne sont pas fiables et que **la grossesse a moins de 37 semaines**, prendre la patiente en charge comme pour un placenta prævia jusqu'à 37 semaines.
- Si **l'établissement ne dispose pas de matériel d'échographie** ou si les résultats de l'échographie ne sont pas fiables et que **la grossesse a 37 semaines ou plus**, examiner la patiente et prendre les dispositions nécessaires pour pouvoir réaliser aussi bien un accouchement par voie basse qu'une césarienne, de la façon suivante :
 - on installe une voie veineuse, on commence à perfuser et on prévoit du sang compatible avec celui de la patiente ;
 - on installe la patiente en salle d'opération et on s'entoure de l'équipe chirurgicale ;
 - on procède à l'examen du col avec un spéculum stérile.
- Si **le col est partiellement dilaté et le tissu placentaire visible**, confirmer le placenta prævia et programmer l'accouchement (**p.S-26**).
- Si **le col n'est pas dilaté**, palper avec précaution les culs-de-sac vaginaux :
 - si **le toucher révèle la présence d'un tissu spongieux**, confirmer le placenta prævia et programmer l'accouchement (**p.S-26**) ;
 - si **le toucher révèle la présence d'une tête fœtale ferme**, écarter l'éventualité d'un placenta prævia grave et déclencher l'accouchement (**p.I-20**).

- **Si le diagnostic de placenta prævia n'est toujours pas certain,** procéder à un toucher vaginal prudent :
 - **si le toucher révèle la présence de tissus mous dans le col,** confirmer le placenta prævia et programmer l'accouchement (voir ci-dessous) ;
 - **si le toucher révèle la présence de membranes et de parties du corps fœtal** à la fois au centre et au bord du col, éliminer l'hypothèse de placenta prævia et déclencher l'accouchement (p.I-19).

ACCOUCHEMENT

- Programmer l'accouchement si :
 - le fœtus est mature ;
 - le fœtus est mort ou présente une malformation létale (par exemple, une anencéphalie) ;
 - la vie de la patiente est en danger du fait d'une perte de sang excessive.
- **Si le placenta prævia est latéral (fig. S-3 A, p.S-24) et que le saignement est léger,** un accouchement par voie basse est envisageable. Si tel n'est pas le cas, pratiquer une césarienne (p.I-47).

Note : Le risque d'hémorragie du post-partum et de placenta accreta/increta – qui se situe fréquemment au niveau d'une cicatrice de césarienne antérieure – est élevé chez les femmes présentant un placenta prævia.

- **Si la patiente a été accouchée par césarienne et qu'un saignement provient de la zone d'insertion placentaire :**
 - lors de l'hystérorraphie, charger largement et profondément les bords de la plaie pour englober l'ensemble du lit placentaire ;
 - perfuser 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 l de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate), à raison de 60 gouttes par minute.
- **Si un saignement survient pendant le post-partum,** prendre la patiente en charge comme il convient (p.S-27). La prise en charge peut comprendre des ligatures artérielles (p.I-115) ou une hystérectomie (p.I-119).

On définit tout saignement vaginal excédant 500 ml après l'accouchement comme une hémorragie du post-partum (HPP). Cette définition pose cependant quelques problèmes.

- En effet, les estimations du volume de sang perdu sont notoirement en deçà de la réalité, et ne correspondent souvent qu'à la moitié de la quantité de sang effectivement perdue. Le sang est mélangé à du liquide amniotique et parfois à de l'urine. Il est répandu sur des compresses, des serviettes et des linges, dans des seaux et sur le sol.
- En outre, l'importance que peut avoir la perte d'un volume de sang donné pour une femme est fonction du taux d'hémoglobine de celle-ci. Une femme qui a un taux d'hémoglobine normal peut supporter une perte de sang qui serait fatale à une femme anémique.

Une perte de sang peut avoir des conséquences dramatiques même pour une femme qui est en bonne santé et ne souffre pas d'anémie.

- Le saignement peut avoir un débit lent et durer plusieurs heures de sorte qu'il arrive qu'on ne diagnostique pas l'affection avant que la patiente entre subitement en état de choc.

L'évaluation des risques pendant la période prénatale ne permet pas de prévoir avec certitude quelles sont les femmes qui auront une HPP. **Il convient de procéder à une prise en charge active du troisième stade du travail pour toutes les parturientes dans la mesure où cela permet de réduire l'incidence des HPP résultant d'une atonie utérine (p.P-80).** Il faut surveiller attentivement toutes les accouchées récentes pour déterminer lesquelles ont une hémorragie du post-partum.

PROBLEMES

- Saignement vaginal supérieur à la normale survenant pendant les 24 heures qui suivent l'accouchement (HPP immédiate).
- Saignement vaginal supérieur à la normale survenant au-delà des 24 heures qui suivent l'accouchement (HPP tardive).

Un saignement lent et continu ou la survenue soudaine d'un saignement constituent une urgence. Intervenir rapidement et efficacement.

PRISE EN CHARGE GENERALE

- **APPELER A L'AIDE.** Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible.
- Evaluer rapidement l'état général de la patiente, en particulier les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température).
- **Si l'état de la patiente évoque un choc**, commencer immédiatement le traitement (**p.S-1**). Même si la patiente ne présente pas de signe de choc, poursuivre l'examen en gardant cette éventualité à l'esprit, car son état peut se détériorer rapidement. **Si un choc survient**, il est important de commencer le traitement immédiatement.
- Masser l'utérus pour expulser le sang et les caillots. Les caillots de sang retenus dans l'utérus inhibent les contractions utérines, qui sont par conséquent moins efficaces.
- Administrer 10 unités d'ocytocine en IM.
- Installer une voie veineuse et commencer à perfuser (**p.P-23**).
- Sonder la vessie.
- Vérifier si le placenta a été expulsé et si oui, l'examiner pour s'assurer qu'il est complet (**tableau S-7, p.S-30**).
- Examiner le col, le vagin et le périnée et rechercher d'éventuelles lésions traumatiques.
- Une fois que le saignement est maîtrisé (24 h après l'arrêt du saignement), vérifier si la patiente est anémique :
 - si le **taux d'hémoglobine est inférieur à 7 g/dl** ou si **l'hématocrite est inférieur à 20%** (anémie sévère), faire un transfusion (**p.P-27**) et administrer oralement du fer et de l'acide folique :
 - donner 120 mg de sulfate ferreux ou de fumarate ferreux PLUS 400 µg d'acide folique, à prendre par voie orale, une fois par jour, pendant 3 mois ;
 - après 3 mois, poursuivre la supplémentation à raison de 60 mg de sulfate ferreux ou de fumarate ferreux, PLUS 400 µg d'acide folique, à prendre par voie orale, une fois par jour, pendant 6 mois ;
 - si le **taux d'hémoglobine est compris entre 7 et 11 g/dl**, donner 60 mg de sulfate ferreux ou de fumarate ferreux, PLUS 400 µg d'acide folique, à prendre par voie orale, une fois par jour, pendant 6 mois ;

- dans **les régions d'endémie de l'ankylostomiase** (prévalence supérieure ou égale à 20%), administrer un des traitements anthelminthiques suivants :
 - de l'albendazole à prendre par voie orale, à raison de 400 mg en une seule fois ;
 - OU du mébendazole à prendre par voie orale, à raison de 500 mg en une seule fois ou de 100 mg deux fois par jour pendant 3 jours ;
 - OU du lévamisole à prendre par voie orale, à raison de 2,5 mg/kg une fois par jour pendant 3 jours ;
 - OU du pyrantel à prendre par voie orale, à raison de 10 mg/kg une fois par jour pendant 3 jours ;
- dans les **régions de forte endémie de l'ankylostomiase** (prévalence supérieure ou égale à 50%), renouveler le traitement anthelminthique après 12 semaines.

DIAGNOSTIC

TABLEAU S-7 Diagnostic du saignement vaginal après l'accouchement

| Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents | Symptômes et signes cliniques parfois présents | Diagnostic probable |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • HPP du post-partum immédiat^a • Utérus mou/non contracté | <ul style="list-style-type: none"> • choc | atonie utérine, p.S-31 |
| <ul style="list-style-type: none"> • HPP du post-partum immédiat^a | <ul style="list-style-type: none"> • placenta complet • utérus contracté | déchirures cervicales, vaginales ou périnéales, p.S-34 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Absence de délivrance 30 minutes après l'accouchement | <ul style="list-style-type: none"> • HPP du post-partum immédiat^a • utérus contracté | rétention placentaire complète, p.S-34 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Absence d'une portion de la surface maternelle ou présence de membranes déchirées contenant des vaisseaux | <ul style="list-style-type: none"> • HPP du post-partum immédiat^a • utérus contracté | rétention partielle, p.S-35 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fond utérin non perçu à la palpation abdominale • Douleur légère ou intense | <ul style="list-style-type: none"> • utérus inversé, visible au niveau de la vulve • HPP du post-partum immédiat^b | inversion utérine, p.S-36 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Survenue du saignement plus de 24 h après l'accouchement • Utérus trop mou et trop gros compte tenu du temps écoulé depuis l'accouchement | <ul style="list-style-type: none"> • saignement variable (léger ou abondant, continu ou irrégulier) et nauséabond) • anémie | hémorragie du post-partum tardif, p.S-36 |
| <ul style="list-style-type: none"> • HPP du post-partum immédiat^a (saignement intra-abdominal et/ou vaginal) • Forte douleur abdominale (qui peut diminuer après la rupture) | <ul style="list-style-type: none"> • choc • abdomen sensible • pouls rapide | rupture utérine, p.S-22 |

^a Il arrive que l'hémorragie extériorisée soit faible lorsqu'un caillot obstrue le col de l'utérus ou lorsque la patiente est allongée sur le dos.

^b En cas d'inversion complète, il se peut qu'il n'y ait pas de saignement.

PRISE EN CHARGE

ATONIE UTERINE

L'atonie utérine est caractérisée par l'absence de contractions, notamment après l'accouchement.

- Continuer à masser le fond utérin.
- Utiliser des ocytociques à administrer soit simultanément, soit les uns après les autres (**tableau S-8**).

TABLEAU S-8 Utilisation des ocytociques

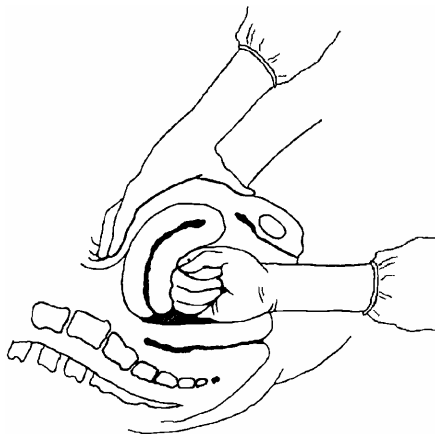
| | Ocytocine | Ergométrine/ méthylelrgométrine | 15-méthyl prostaglandine F2 α |
|---|---|--|--|
| Voie d'administration et posologie | IV: 20 unités dans 1 l de solution intraveineuse à raison de 60 gouttes par minute IM: 10 unités | IM or IV (en injection lente): 0,2 mg | IM: 0,25 mg |
| Dose d'entretien | IV: 20 unités dans 1 l de solution intraveineuse, à raison de 40 gouttes par minute | IM: 0,2 mg 15 minutes après la dose de charge IM ou IV: 0,2 mg (en injection lente) toutes les 4 h si nécessaire | 0,25 mg toutes les 15 minutes |
| Dose maximale | 3 l de solution intraveineuse contenant de l'ocytocine | 5 doses (total : 1,0 mg) | 8 doses (total: 2 mg) |
| Précautions/ contre-indications | ne pas administrer sous forme de bolus intraveineux | hypertension artérielle, pré-éclampsie, maladie cardiaque | asthme |

Ne pas administrer de prostaglandines par voie intraveineuse. Cela pourrait être fatal.

- Anticiper un éventuel besoin de sang et transfuser selon les besoins (p.P-27).

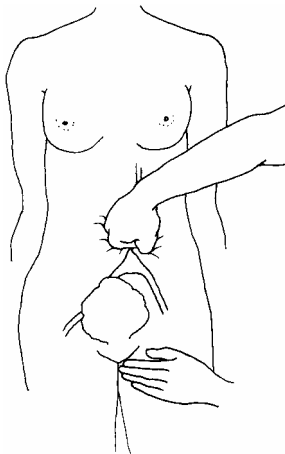
- **Si le saignement persiste :**
 - examiner à nouveau le placenta pour voir s'il est complet ;
 - si **des débris placentaires ont apparemment été retenus** (absence d'une portion de la surface maternelle ou présence de membranes déchirées contenant des vaisseaux), extraire le tissu placentaire restant (**p.S-35**) ;
 - évaluer la qualité de la coagulation en réalisant un test de coagulation au lit de la patiente (**p.S-3**) ; si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie (**p.S-22**).
- Puis, si le **saignement n'a toujours pas cessé** :
 - procéder à une compression bimanuelle de l'utérus (**fig. S-4, ci-dessous**) :
 - après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés, introduire une main dans le vagin et fermer le poing ;
 - fermer la main ;
 - placer le poing dans le cul-de-sac antérieur et exercer une pression contre la paroi antérieure de l'utérus ;
 - avec l'autre main, exercer une forte pression sur l'abdomen, derrière le fond utérin, en appuyant contre la paroi postérieure de l'utérus ;
 - maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé et que l'utérus se contracte.

FIGURE S-4 Compression bimanuelle de l'utérus



- A défaut de pouvoir exercer une compression bimanuelle de l'utérus, exercer une compression de l'aorte (**fig. S-5, ci-dessous**).
- Exercer une pression vers le bas avec le poing fermé sur l'aorte abdominale, directement à travers la paroi abdominale :
 - le point de compression se situe juste au-dessus de l'ombilic et légèrement sur la gauche ;
 - pendant le post-partum immédiat, on sent aisément le pouls aortique à travers la paroi abdominale.
- Avec l'autre main, rechercher le pouls fémoral pour vérifier si la compression est suffisante :
 - si **le pouls est palpable pendant la compression**, c'est que la pression exercée par le poing est insuffisante ;
 - si **le pouls fémoral n'est pas palpable**, la pression est suffisante.
- Maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé.

FIGURE S-5 Compression de l'aorte abdominale et palpation du pouls fémoral



Le tamponnement intra-utérin est inefficace et fait perdre un temps précieux.

- Si le **saignement persiste** malgré la compression
 - procéder à une ligature de l'artère utérine et de l'artère utéro-ovarienne (**p.I-115**) ;
 - si après la ligature, **le saignement persiste et met le pronostic vital en danger**, procéder à une hystérectomie subtotale (**p.I-119**).

DECHIRURES CERVICALES, VAGINALES OU PERINEALES

Les lésions traumatiques de la filière génitale constituent la deuxième cause la plus fréquente des hémorragies du post-partum. Ces lésions peuvent être associées à une atonie utérine. Lorsque l'utérus est bien contracté, le saignement est généralement dû à une déchirure cervicale ou vaginale.

- Examiner soigneusement la patiente et procéder, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales (**p.I-91**), vaginales ou périnéales (**p.I-93**).
- Si le **saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en réalisant un test de coagulation au lit de la patiente (**p.S-3**), si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie (**p.S-22**).

RETENTION PLACENTAIRE COMPLETE

Il arrive que la rétention du placenta ne s'accompagne pas d'un saignement.

- Essayer d'exercer une traction mesurée du cordon (**p.P-81**).
Note : Eviter les tractions énergiques sur le cordon et les fortes pressions sur le fond utérin, ce qui pourrait provoquer une inversion utérine.
- Si le **placenta n'a pas été expulsé**, administrer 10 unités d'ocytocine en IM, si cela n'a pas encore été fait dans le cadre de la prise en charge active du troisième stade du travail.

Ne pas administrer d'ergométrine car cela provoque des contractions toniques de l'utérus qui pourraient retarder l'expulsion du placenta.

- S'assurer que la patiente a la vessie vide. Sonder la vessie si besoin.
- **Si la délivrance n'a toujours pas eu lieu après 30 minutes de stimulation à l'ocytocine**, essayer d'exercer une traction mesurée sur le cordon (**p.P-81**) et faire une tentative de délivrance artificielle (**p.I-87**).

Note : Si les tissus sont très adhérents, il peut s'agir d'un placenta accreta. Les efforts destinés à extraire un placenta qui ne se décolle pas facilement peuvent engendrer un saignement important ou une perforation de l'utérus qui requiert généralement une hystérectomie.

- **Si le saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en utilisant un test de coagulation au lit de la patiente (**p.S-3**), si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie (**p.S-22**).
- **Si la patiente présente des signes d'infection** (fièvre, leucorrhées nauséabondes), administrer les mêmes antibiotiques que pour une endométrite (**p.S-122**).

RETENTION PLACENTAIRE PARTIELLE

Il arrive que la rétention de débris placentaires n'entraîne pas de saignement.

Lorsqu'une portion du placenta – un ou plusieurs lobes – est retenue dans l'utérus, cela empêche l'utérus de se contracter efficacement.

- Introduire la main à l'intérieur de l'utérus pour y rechercher des fragments de placenta. La technique employée pour la révision utérine est similaire à celle de la délivrance artificielle (**p.I-87**).
- Extraire les fragments placentaires à la main, avec une pince à faux germe ou une grande curette.

Note : Si les tissus sont très adhérents, il peut s'agir d'un placenta accreta. Les efforts destinés à extraire un placenta qui ne se décolle pas facilement peuvent engendrer un saignement important ou une perforation de l'utérus qui requiert généralement une hystérectomie.

- **Si le saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en utilisant un test de coagulation au lit de la patiente (**p.S-3**), si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie (**p.S-22**).

INVERSION UTERINE

On dit que l'utérus est inversé lorsqu'il se retourne pendant la délivrance. Dans ce cas, il faut le repositionner immédiatement (**p.I-103**). Plus le temps passe, plus l'anneau de rétraction qui entoure l'utérus inversé devient rigide et plus l'utérus est engorgé de sang.

- Si la **douleur est très forte**, injecter lentement 1 mg de péthidine par kg (sans dépasser 100 mg au total), en IM ou en IV ou administrer 0,1 mg de morphine par kg en IM.

Note : Ne pas administrer d'ocytocique tant que l'inversion n'est pas corrigée.

- Si le **saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en utilisant un test de coagulation au lit de la patiente (**p.S-3**), si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie (**p.S-22**).
- Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques à la patiente après avoir corrigé l'inversion utérine (**p.P-39**) :
 - 2 g d'ampicilline en IV, PLUS 500 mg de métronidazole en IV ;
 - OU 1 g de céfazoline en IV, PLUS 500 mg de métronidazole en IV.
- Si la **patiente présente des signes d'infection** (fièvre, leucorrhées nauséabondes), lui administrer les mêmes antibiotiques que pour une endométrite (**p.S-122**).
- En cas de **nécrose présumée**, procéder à une hystérectomie par voie vaginale. Il peut être nécessaire pour cela de transférer la patiente dans un centre de soins tertiaires.

HEMORRAGIE DU POST-PARTUM TARDIF (« SECONDAIRE »)

- En cas d'**anémie sévère** (taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl ou hématocrite inférieur à 20%), prendre les dispositions nécessaires pour une transfusion (**p.P-27**) et administrer du fer et de l'acide folique par voie orale (**p.S-28**).
- Si la **patiente présente des signes d'infection** (fièvre, leucorrhées nauséabondes), lui administrer les mêmes antibiotiques que pour une endométrite (**p.S-122**).

Une hémorragie prolongée ou tardive du post-partum peut être un signe d'endométrite.

- Administrer des ocytociques (**tableau S-8, p.S-31**).
- **Si le col est dilaté**, faire une révision utérine et extraire les gros caillots et les débris placentaires. La technique employée pour la révision utérine est similaire à celle de la délivrance artificielle (**p.I-87**).
- **Si le col n'est pas dilaté**, évacuer l'utérus pour en retirer les débris placentaires (**p.I-73**).
- **Si le saignement persiste**, ce qui est rare, envisager de procéder à une ligature de l'artère utérine ou utéro-ovarienne (**p.I-115**) ou à une hystérectomie (**p.I-119**).
- Si possible, faire un examen histologique des éléments extraits au curetage ou d'un échantillon de tissu utérin recueilli lors de l'hystérectomie pour exclure l'hypothèse d'une tumeur trophoblastique.

CEPHALEES, VISION FLOUE, CONVULSIONS OU PERTES DE CONNAISSANCE, TENSION ARTERIELLE ELEVEE S-39

PROBLEMES

- Une femme enceinte ou une accouchée récente se plaint de violents maux de tête ou d'une vision floue.
- Une femme enceinte ou une accouchée récente est trouvée inconsciente ou dans un état convulsif (crises convulsives)
- Une femme enceinte a une tension artérielle élevée.

PRISE EN CHARGE GENERALE

- **Si une femme est inconsciente ou dans un état convulsif, APPELER A L'AIDE.** Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible.
- Evaluer rapidement l'état général de la patiente, en particulier les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration) tout en cherchant à déterminer ses antécédents médicaux (en l'interrogeant ou en interrogeant sa famille) et l'histoire de la maladie actuelle.
- **Si elle ne respire pas** ou **si elle a une respiration superficielle** :
 - vérifier que les voies aériennes sont bien dégagées et intuber si nécessaire ;
 - si **elle ne respire pas**, permettre la ventilation à l'aide d'un ballon d'insufflation (type Ambu) et d'un masque ou administrer 4 à 6 l d'oxygène par minute à l'aide d'une sonde d'intubation endotrachéale ;
 - si **elle respire**, lui administrer 4 à 6 l d'oxygène par minute à l'aide d'un masque ou d'une canule nasale.
- **Si elle est inconsciente** :
 - vérifier que ses voies aériennes sont bien dégagées et prendre sa température ;
 - l'allonger sur le côté gauche ;
 - vérifier si elle a la nuque raide.
- **Si elle a des convulsions** :
 - l'allonger sur le côté gauche pour éviter l'inhalation de sécrétions, de liquide gastrique ou de sang ;
 - l'empêcher de se blesser ou de tomber, mais sans l'attacher ;
 - la surveiller en permanence ;

- si **on diagnostique une éclampsie (tableau S-9, p.S-42)**, lui donner du sulfate de magnésium (**encadré S-3, p.S-50**) ;
- si **la cause des convulsions n'est pas encore déterminée**, procéder comme pour une éclampsie et continuer à rechercher d'autres causes éventuelles.

DIAGNOSTIC DES TROUBLES TENSIONNELS

Les troubles tensionnels de la grossesse comprennent l'hypertension gestationnelle (liés à la grossesse) et l'hypertension chronique (augmentation de la tension artérielle avant 20 semaines de grossesse). Pendant la grossesse, les céphalées, la vision floue, les convulsions et pertes de connaissance sont souvent associées à une hypertension, mais n'en sont pas nécessairement des signes spécifiques. D'autres affections comme l'épilepsie, le paludisme sévère ou compliqué, les traumatismes crâniens, les méningites, encéphalites, etc. peuvent également entraîner des convulsions ou un coma. Pour de plus amples informations concernant le diagnostic de ces affections, se reporter au **tableau S-9, (p.S-42)**.

- La tension diastolique est un bon moyen de pronostic pour la prise en charge des troubles tensionnels de la grossesse :
 - On la mesure à l'endroit où le pouls radial disparaît :
 - si le brassard ne couvre pas au moins les trois quarts de la circonférence du bras, la tension sera surestimée ;
 - lorsque le diamètre du bras excède 30 cm, utiliser un brassard plus large que la normale.
 - La tension diastolique correspond à la résistance périphérique et ne varie pas en fonction de l'état affectif de la patiente dans la même mesure que la tension systolique.
- Si **la tension diastolique est supérieure ou égale à 90 mm Hg** lors de deux lectures consécutives faites à 4 h d'intervalle au moins, diagnostiquer une hypertension (s'il **faut procéder d'urgence à l'accouchement** ou si **la tension diastolique est supérieure ou égale à 110 mm Hg**, l'intervalle entre les deux lectures peut être plus réduit).
 - L'hypertension survenant **au-delà de 20 semaines de grossesse, pendant le travail et/ou dans les 48 h qui suivent l'accouchement** est classée comme hypertension gestationnelle.
 - L'hypertension survenant **avant 20 semaines de grossesse** est classée comme hypertension chronique.

PROTEINURIE

La présence d'une protéinurie ajoutée à l'hypertension permet de diagnostiquer non plus une hypertension gestationnelle mais une pré-éclampsie. Cependant, la grossesse n'est pas la seule cause de protéinurie et il arrive par conséquent qu'on ait des résultats faussement positifs. Une infection urinaire, une anémie sévère, une insuffisance cardiaque ou un travail difficile sont tous susceptibles de générer une protéinurie. La présence de sang dans les urines résultant d'une lésion causée par une sonde urinaire, d'une schistosomiase ou d'une contamination par le sang d'origine vaginale peut également donner lieu à des résultats faussement positifs.

L'échantillonnage aléatoire d'urine, par exemple pour la recherche d'une protéinurie à l'aide de bandelettes réactives, est un instrument de dépistage utile. Si au cours de la grossesse ce test passe de négatif à positif, cela constitue un signe d'alerte. Si **l'établissement ne dispose pas de bandelettes**, on peut porter un échantillon d'urine à ébullition dans une éprouvette propre, et y ajouter une goutte d'acide acétique à 2% pour voir s'il se forme un précipité persistant qui représente le pourcentage de protéines dans le volume total de l'échantillon. Les échantillons d'urine peuvent être contaminés par des sécrétions vaginales ou du liquide amniotique, c'est pourquoi il ne faut utiliser que des échantillons recueillis aseptiquement (après une toilette vulvaire et en évitant tout contact de l'urine avec la vulve) et en milieu de jet. Toutefois, cela ne justifie pas un sondage compte tenu du risque d'infection des voies urinaires.

La tension diastolique seule est un indicateur exact de l'hypertension pendant la grossesse. En revanche une tension artérielle élevée associée à une protéinurie indique une pré-éclampsie.

HYPERTENSION GESTATIONNELLE

L'hypertension gestationnelle peut évoluer d'une pathologie légère à une affection grave. Les différentes sortes d'hypertension gestationnelle sont :

- l'hypertension sans protéinurie ;
- la pré-éclampsie légère ;
- la pré-éclampsie sévère ;
- l'éclampsie.

TABLEAU S-9 Diagnostic des céphalées, de la vision floue, des convulsions ou pertes de connaissance et de la tension artérielle élevée

| Signes d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents | Symptômes et signes cliniques parfois présents | Diagnostic probable |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • TA diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg avant 20 semaines de grossesse | | hypertension chronique, p.S-55 |
| <ul style="list-style-type: none"> • TA diastolique comprise entre 90 et 110 mm Hg avant 20 semaines de grossesse • Protéinurie allant jusqu'à 2+ | | hypertension chronique avec pré-éclampsie surajoutée, p.S-46 |
| <ul style="list-style-type: none"> • TA diastolique comprise entre 90 et 110 mm Hg en deux occasions, à 4 h d'intervalle, après 20 semaines de grossesse • Absence de protéinurie | | hypertension gestationnelle, p.S-45 |
| <ul style="list-style-type: none"> • TA diastolique comprise entre 90 et 110 mm Hg en deux occasions, à 4 h d'intervalle, après 20 semaine de grossesse • Protéinurie allant jusqu'à 2+ | | pré-éclampsie légère, p.S-46 |
| <ul style="list-style-type: none"> • TA diastolique supérieure ou égale à 110 mm Hg après 20 semaines de grossesse • Protéinurie supérieure ou égale à 3+ | <ul style="list-style-type: none"> • céphalées (fréquence croissante, analgésiques classiques inefficaces) • vision floue • oligurie (diurèse inférieure à 400 mL en 24 h) • douleur abdominale haute (épigastrique ou de l'hypocondre droit) • oedème pulmonaire | pré-éclampsie sévère^a, p.S-47 |

^a Si une patiente présente un des symptômes ou signes cliniques énumérés sur cette ligne, diagnostiquer une pré-éclampsie sévère.

TABLEAU S-9 Diagnostic des céphalées, de la vision floue, des convulsions ou pertes de connaissance et de la tension artérielle élevée (suite)

| Signes d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents | Symptômes et signes cliniques parfois présents | Diagnostic probable |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Convulsions • TA diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg après 20 semaines de grossesse • Protéinurie au moins égale à 2+ | <ul style="list-style-type: none"> • coma (patiente inconsciente) • autres symptômes et signes cliniques de pré-éclampsie sévère | éclampsie, p.S-47 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Trismus (difficulté à ouvrir la bouche et à mastiquer) | <ul style="list-style-type: none"> • spasmes du visage, du cou et du tronc • dos arqué • ventre de bois • violents spasmes spontanés | tétanos, p.S-56 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Convulsions • Convulsions antérieures • Tension artérielle normale | | épilepsie^b, p.S-57 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Frissons • Céphalées • Douleurs musculaires/articulaires | <ul style="list-style-type: none"> • splénomégalie | paludisme simple, p.S-114 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes et signes cliniques de paludisme simple • Coma • Anémie | <ul style="list-style-type: none"> • convulsions • ictère | paludisme sévère/complicé, p.S-58 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Céphalées • Nuque raide • Photophobie • Fièvre | <ul style="list-style-type: none"> • convulsions • confusion • somnolence • coma | méningite^c ou encéphalite^c |
| <ul style="list-style-type: none"> • Céphalées • Vision floue | <ul style="list-style-type: none"> • vomissements | migraine^d |

^b Si le diagnostic d'éclampsie ne peut être éliminé, continuer à traiter comme une éclampsie.

^c Examiner le liquide céphalo-rachidien et administrer un traitement approprié contre la méningite et l'encéphalite.

^d Administrer des analgésiques (par exemple, 500 mg de paracétamol par voie orale, en fonction des besoins).

Une petite proportion des femmes atteintes d'éclampsie ont une tension artérielle normale. Traiter toutes les patientes qui ont des convulsions comme pour une éclampsie jusqu'à confirmation d'un autre diagnostic.

Ne pas oublier :

- La pré-éclampsie légère est souvent asymptomatique.
- L'augmentation de la protéinurie est un signe d'aggravation de la pré-éclampsie.
- La présence d'œdèmes au niveau des pieds et des membres inférieurs n'est pas considérée comme un signe fiable de pré-éclampsie.

Une patiente atteinte d'hypertension gestationnelle peut ne présenter aucun symptôme et avoir comme seul signe clinique une hypertension.

- La pré-éclampsie légère peut évoluer rapidement vers une pré-éclampsie sévère. Le risque de complications, en particulier d'éclampsie, est considérablement accru avec la pré-éclampsie sévère.
- L'association de convulsions et de signes de pré-éclampsie indique une éclampsie. Ces convulsions :
 - peuvent survenir indépendamment de la gravité de l'hypertension ;
 - sont difficiles à prévoir et surviennent généralement en l'absence d'hyperréflexivité ostéo-tendineuse, de céphalées ou de troubles de la vision ;
 - surviennent après l'accouchement dans 25% des cas ;
 - sont tonico-cloniques et ressemblent aux convulsions épileptiques du grand mal ;
 - sont susceptibles de se répéter à intervalles courts, comme dans l'état de mal épileptique et peuvent entraîner la mort ;
 - ne seront pas constatées si la patiente est seule ;
 - peuvent être suivies d'un coma qui peut durer plusieurs minutes à plusieurs heures selon leur fréquence.

Ne pas administrer d'ergométrine aux patientes atteintes de pré-éclampsie, d'éclampsie ou d'hypertension car cela accroît le risque de convulsions et d'accidents vasculaires cérébraux.

PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION GESTATIONNELLE

ENCADRE S-2 Prévention de l'hypertension gestationnelle

- Les restrictions portant sur les calories, les boissons et le sel **NE** préviennent **PAS** l'hypertension gestationnelle et peuvent même être dangereuses pour le fœtus.
- Pour l'instant, les effets bénéfiques que peuvent avoir l'aspirine, le calcium et autres substances en matière de prévention de l'hypertension gestationnelle n'ont pas été démontrés.
- Il est crucial de **détecter l'hypertension et de prendre en charge précocement** les femmes présentant des risques pour pouvoir traiter l'hypertension gestationnelle et prévenir les convulsions.
Il convient de suivre ces patientes régulièrement et de leur donner des instructions claires quant au moment auquel elles doivent consulter leur prestataire de soins. Il est également important d'éduquer la famille proche, non seulement pour que l'importance des signes cliniques de l'évolution de l'hypertension gestationnelle soit bien comprise, mais aussi pour que les femmes bénéficient d'un plus grand soutien social lorsqu'il est nécessaire de les hospitaliser ou d'opérer des changements dans leur travail.

HYPERTENSION GESTATIONNELLE

Prendre la patiente en charge en ambulatoire.

- Surveiller la tension artérielle, les urines (recherche de protéinurie) et l'état du fœtus une fois par semaine.
- **Si la tension artérielle de la patiente augmente**, procéder comme pour la pré-éclampsie légère (p.S-46).
- **S'il y a apparemment un important retard de croissance fœtale ou une souffrance fœtale**, hospitaliser la patiente pour l'examiner et, accélérer, éventuellement, l'accouchement
- Informer la patiente et la famille des signes de danger indiquant une pré-éclampsie ou une éclampsie.

- **Si tous les signes observés restent stables**, laisser le travail et l'accouchement se dérouler normalement (**p.P-63**).

PRE-ECLAMPSIE LEGERE

LA GROSSESSE A MOINS DE 37 SEMAINES

Si les signes cliniques restent inchangés ou se normalisent, suivre la patiente deux fois par semaine en consultation externe.

- Surveiller la tension artérielle, les urines (recherche de protéinurie), les réflexes et l'état du fœtus.
- Informer la patiente et sa famille des signes de danger de pré-éclampsie sévère ou d'éclampsie.
- Encourager la patiente à se reposer plus qu'à l'accoutumée.
- L'encourager à garder une alimentation normale (déconseiller la restriction sodée).
- N'administrer ni anticonvulsivants, ni antihypertenseurs, ni sédatifs, ni tranquillisants.
- **S'il n'est pas possible de suivre la patiente en consultation externe**, l'hospitaliser :
 - lui donner une alimentation normale (la restriction sodée est déconseillée) ;
 - surveiller sa tension artérielle (deux fois par jour) et ses urines (recherche de protéinurie) (une fois par jour) ;
 - ne lui donner ni anticonvulsivants, ni antihypertenseurs, ni sédatifs, ni tranquillisants à moins que sa tension artérielle ou sa protéinurie n'augmentent ;
 - ne pas lui donner de diurétiques car ils sont dangereux et ne sont indiqués que dans les cas de pré-éclampsie compliquée d'un œdème pulmonaire ou d'une insuffisance cardiaque globale ;
 - si sa **tension diastolique revient à un niveau normal** ou si son **état est stable**, la renvoyer à son domicile et :
 - lui recommander de se reposer et de prêter attention à tout gonflement ou à tout autre symptôme de pré-éclampsie sévère ;
 - la voir en consultation deux fois par semaine pour surveiller sa tension artérielle, ses urines (recherche de protéinurie) et l'état

du fœtus et pour rechercher, à l'examen, des symptômes et signes cliniques de pré-éclampsie sévère ;

- si **sa tension diastolique augmente** à nouveau, la réhospitaliser ;
- si **les signes cliniques restent inchangés**, la garder à l'hôpital, poursuivre les soins entrepris et surveiller la croissance fœtale en mesurant la hauteur utérine ;
- s'il y a **apparemment une hypotrophie fœtale**, envisager un accouchement anticipé, sinon, poursuivre l'hospitalisation jusqu'au terme.

- Si le **taux de protéinurie augmente**, procéder comme pour une pré-éclampsie sévère (voir ci-dessous).

Note : Les symptômes et signes cliniques de pré-éclampsie ne disparaissent pas complètement tant que la grossesse n'est pas terminée.

LA GROSSESSE A PLUS DE 37 SEMAINES

S'il y a des **signes de souffrance fœtale**, examiner le col (**p.I-20**) et accélérer l'accouchement :

- si le **col est favorable** (mou, mince et partiellement dilaté), rompre les membranes à l'aide d'une pince à rompre ou d'une pince de Kocher et déclencher le travail en administrant de l'ocytocine ou des prostaglandines (**p.I-19**) ;
- si le **col est défavorable** (ferme, épais et fermé), l'amener à maturation en administrant des prostaglandines ou à l'aide d'une sonde de Foley (**p.I-27**) ou pratiquer une césarienne (**p.I-47**).

PRE-ECLAMPSIE SEVERE ET ECLAMPSIE

On prend en charge la pré-éclampsie sévère et l'éclampsie de la même manière mais dans le cas de l'éclampsie, l'accouchement doit avoir lieu dans les 12 h qui suivent le début des convulsions. **Il convient de prendre activement en charge TOUS les cas de pré-éclampsie sévère.** Les symptômes et signes cliniques d'« éclampsie imminente » (vision floue, hyperreflectivité ostéo-tendineuse) ne sont pas fiables et la solution d'expectative n'est pas recommandée.

PRISE EN CHARGE PENDANT UNE CONVULSION

- Rassembler le matériel nécessaire (canule de Guedel ou de Mayo, sonde d'aspiration, masque et ballon d'insufflation, oxygène) et administrer 4 à 6 l d'oxygène par minute.

- Empêcher la patiente de se blesser mais sans l'attacher.
- Préparer des anticonvulsivants (**p.S-49**).

PRISE EN CHARGE GENERALE

- Poser une voie veineuse et commencer à perfuser (**p.P-23**).
- Après la convulsion :
 - administrer des anticonvulsivants (**p.S-49**) ;
 - allonger la patiente sur le côté gauche pour éviter l'inhalation de sécrétions, des vomissures et de sang ;
 - aspirer les mucosités de la bouche et de la gorge, si besoin.
- Observer les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration), les reflexes et le rythme cardiaque fœtal toutes les heures.
- **Si la tension diastolique reste supérieure à 110 mm Hg**, administrer des antihypertenseurs (**p.S-51**). Faire baisser la tension diastolique au-dessous de 100 mm Hg, mais sans descendre au-dessous de 90 mm Hg.
- Poser une sonde urinaire pour pouvoir surveiller la diurèse et la protéinurie.
- Consigner strictement les quantités de liquide administrées et la diurèse sur un graphique représentant l'équilibre hydrique afin de s'assurer qu'il n'y a pas de surcharge hydrique.
- **Si la diurèse est inférieure à 30 ml par heure :**
 - cesser d'administrer du sulfate de magnésium et le remplacer par une perfusion de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison d'1 l en 8 h ;
 - surveiller la patiente en craignant l'apparition d'un œdème pulmonaire.
- **Ne jamais laisser la patiente seule.** Si, à la suite d'une convulsion, la patiente inhale les matières vomies, cela peut la tuer et tuer le fœtus.
- Ausculter la base des poumons toutes les heures et rechercher des râles crépitants qui évoqueraient un œdème pulmonaire. **Si l'auscultation révèle la présence de râles**, retirer la perfusion et injecter une dose unique de 40 mg de furosémide en IV.
- Evaluer la qualité de la coagulation en utilisant un test de coagulation au lit de la patiente (**p.S-3**). Si au bout de 7 minutes le sang n'est

toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie (**p.S-22**).

ANTICONVULSIVANTS

La clé du traitement anticonvulsivant réside dans la bonne administration des médicaments. Très souvent, les convulsions survenant chez les patientes hospitalisées sont le résultat d'un traitement insuffisant. **Le sulfate de magnésium est le médicament de choix pour prévenir et traiter les convulsions pré-éclamptiques et éclamptiques.** L'encadré **S-3 (p.S-50)** indique comment l'administrer.

Si l'établissement ne dispose pas de sulfate de magnésium, il est possible d'utiliser du diazépam bien qu'il y ait un plus grand risque de dépression respiratoire néonatale dans la mesure où le diazépam traverse librement le placenta. Toutefois, il est rare que l'administration d'une dose unique de diazépam destinée à faire cesser une convulsion provoque une dépression respiratoire néonatale. L'administration continue de diazépam par voie veineuse pendant une longue durée augmente le risque de dépression respiratoire chez les nouveau-nés qui souffraient probablement déjà des conséquences d'une ischémie utéro-placentaire ou d'un accouchement prématuré. Ces effets peuvent durer plusieurs jours. L'encadré **S-4, p.S-51** indique comment administrer le diazépam.

ENCADRÉ S-3 Modalités d'administration du sulfate de magnésium pour la pré-éclampsie sévère et l'éclampsie***Dose de charge***

- Injecter 4 g de solution de sulfate de magnésium à 20% en IV en 5 minutes.
- Poursuivre en injectant rapidement 5 g de solution de sulfate de magnésium à 50% en IM profonde dans chaque fesse, soit 10 g au total, après avoir ajouté 1 ml de lidocaïne à 2% dans la seringue. Veiller à observer les méthodes d'asepsie. Avertir la patiente qu'elle aura une sensation de chaleur lors de l'injection.
- Si les convulsions reprennent au bout de 15 minutes, administrer 2 g de sulfate de magnésium (solution à 50%) en IV, en 5 minutes.

Dose d'entretien

- Injecter 5 g de sulfate de magnésium (solution à 50%) + 1 ml de lidocaïne à 2% en IM, toutes les 4 h, tour à tour dans une fesse puis dans l'autre. Poursuivre le traitement pendant les 24 h qui suivent l'accouchement ou la dernière convulsion, en prenant comme point de départ le dernier des deux événements.
- Si la solution à 50% n'est pas disponible, administrer 1g de sulfate de magnésium à 20% en IV toutes les heures en perfusion.

SURVEILLER ATTENTIVEMENT TOUT SIGNE DE TOXICITE***Avant de renouveler l'injection, s'assurer que :***

- la fréquence respiratoire est au moins de 16 mvts/min ;
- les réflexes rotuliens sont présents ;
- la diurèse est au moins de 30 ml/h pendant 4 h d'affilée.

INTERROMPRE OU DIFFERER LE TRAITEMENT SI :

- la fréquence respiratoire passe en-dessous de 16 mvts/min ;
- les réflexes rotuliens sont absents ;
- la diurèse est passée en-dessous de 30 ml/h pendant les 4 dernières heures.

Se munir d'un antagoniste prêt à l'emploi

- En cas d'arrêt de la respiration :
 - faciliter la ventilation (à l'aide d'un masque et d'un ballon, d'un dispositif d'anesthésie ou par intubation) ;
 - injecter lentement 1 g de gluconate de calcium (10 ml d'une solution à 10%) en IV jusqu'à ce que la respiration reprenne pour contrer les effets du sulfate de magnésium.

ENCADRE S-4 Modalités d'administration du diazépam pour la pré-éclampsie sévère et l'éclampsie

Note : N'utiliser du diazépam que si l'établissement ne dispose pas de sulfate de magnésium.

Administration par voie intraveineuse***Dose de charge***

- Injecter lentement 10 mg de diazépam par voie intraveineuse en 2 minutes.
- Si **les convulsions reprennent**, renouveler l'injection.

Dose d'entretien

- Perfuser 40 mg de diazépam dilués dans 500 ml de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) de façon à obtenir une sédation tout en maintenant l'état de veille.
- Si les doses administrées excèdent 30 mg en 1 h, la patiente risque une dépression respiratoire :
 - Si nécessaire, faciliter la ventilation (à l'aide d'un masque et d'un ballon, d'un dispositif d'anesthésie ou par intubation).
 - Ne pas administrer plus de 100 mg de diazépam en 24 h.

Administration par voie rectale

- Administrer le diazépam par voie rectale en cas d'impossibilité par voie veineuse. Pour la dose de charge, administrer 20 mg avec une seringue de 10 ml. Retirer l'aiguille, lubrifier la seringue et l'enfoncer à moitié dans le rectum. Injecter le contenu, laisser la seringue en place et maintenir les fesses de lapatiente serrées pendant 10 minutes pour éviter l'expulsion du produit. Une autre solution consiste à instiller la solution dans le rectum à l'aide d'une sonde.
- Si **les convulsions ne sont pas maîtrisées dans les 10 minutes**, administrer 10 mg supplémentaires ou plus, par heure, en fonction du poids de la patiente et de la réponse clinique. Se préparer à faciliter la ventilation.

ANTIHYPERTENSEURS

Si la tension diastolique de la patiente est supérieure ou égale à 110 mm Hg, lui administrer des antihypertenseurs. L'objet de cette pratique est de maintenir la tension diastolique entre 90 et 100 mm Hg afin de prévenir une hémorragie cérébrale. L'hydralazine est la médication de choix.

- Injecter lentement 5 mg d'hydralazine, en IV, toutes les 5 minutes, jusqu'à ce que la tension artérielle soit redescendue. Renouveler

l'opération toutes les heures en fonction des besoins ou injecter 12,5 mg d'hydralazine en IM toutes les 2 h, en fonction des besoins.

- **Si l'établissement ne dispose pas d'hydralazine**, administrer :
 - 10 mg de labétalol en IV.
 - **Si la réponse n'est pas satisfaisante** (si la tension diastolique reste supérieure à 110 mm Hg) après 10 minutes, injecter 20 mg de labétalol en IV.
 - Augmenter la dose à 40 mg puis à 80 mg si les injections ne donnent pas de réaction satisfaisante au bout de 10 minutes ;
 - OU administrer 5 mg de nifédipine par voie perlinguale.
 - **Si la réponse n'est pas satisfaisante** (si la tension diastolique reste supérieure à 110 mm Hg) après 10 minutes, administrer 5 mg supplémentaires de nifédipine, par voie perlinguale.

Note : Il pourrait exister une interaction entre ces antihypertenseurs et le sulfate de magnésium qui se traduirait par une hypotension, ce qui suscite des craintes.

ACCOUCHEMENT

Il convient de procéder à l'accouchement dès que la patiente est stabilisée. Le fait de retarder l'accouchement pour permettre au fœtus d'arriver à maturité risquerait de mettre en danger la vie de la patiente et celle du fœtus. Il convient par conséquent de procéder à l'accouchement sans tenir compte de l'âge gestationnel.

Dans les cas de pré-éclampsie sévère, l'accouchement doit avoir lieu dans les 24 heures qui suivent l'apparition des symptômes. Dans les cas d'éclampsie, l'accouchement doit avoir lieu dans les 12 heures qui suivent le début des convulsions.

- Examiner le col (**p.I-20**).
- **Si le col est favorable** (mou, mince et partiellement dilaté), rompre les membranes à l'aide d'une pince à rompre ou d'une pince de Kocher et déclencher le travail en administrant de l'ocytocine ou des prostaglandines (**p.I-19**).
- **Si on ne peut prévoir un accouchement naturel par voie basse** dans les 12 h (pour l'éclampsie) ou dans les 24 h (pour la pré-éclampsie sévère), pratiquer une césarienne (**p.I-47**).

- **Si le rythme cardiaque fœtal est anormal** (inférieur à 100 btts/min ou supérieur à 180 btts/min), pratiquer une césarienne (**p.I-47**).
- **Si le col est défavorable** (ferme, épais, fermé) et que le fœtus est vivant, pratiquer une césarienne (**p.I-47**).
- **S'il n'est pas possible de réaliser une anesthésie sans danger pour la césarienne** ou si le fœtus est mort ou trop prématuré pour survivre :
 - s'orienter vers un accouchement par voie basse ;
 - si le col est défavorable (ferme, épais, fermé), l'amener à maturation en administrant du misoprostol ou des prostaglandines ou en utilisant une sonde de Foley (**p.I-27**).

Note : Pour pratiquer une césarienne, s'assurer que :

- l'éventualité d'une coagulopathie a été écartée ;
- il est possible de pratiquer une anesthésie générale sans danger – la rachianesthésie comporte un risque associé d'hypotension qu'il est possible de réduire en perfusant une quantité suffisante de solution intraveineuse (500 à 1 000 ml) avant de procéder à l'anesthésie (**p.I-11**).

Ne pas pratiquer d'anesthésie locale ou d'anesthésie à la kétamine chez les patientes atteintes de pré-éclampsie ou d'éclampsie.

SOINS DU POST-PARTUM

- Il convient de poursuivre le traitement anticonvulsivant pendant les 24 h qui suivent l'accouchement ou la dernière convulsion, en prenant comme point de départ le dernier des deux événements.
- Poursuivre le traitement antihypertenseur tant que la tension diastolique est supérieure ou égale à 110 mm Hg.
- Continuer à surveiller la diurèse.

EVACUATION VERS UN ETABLISSEMENT DE SOINS TERTIAIRES

Envisager d'évacuer les patientes :

- qui ont une oligurie qui persiste pendant 48 h après l'accouchement ;
- qui souffrent d'un défaut de coagulation [par exemple, une coagulopathie (**p.S-22**) ou un syndrome caractérisé par une hémolyse, une élévation des enzymes hépatiques et une thrombopénie (syndrome HELLP)] ;

- qui sont dans le coma si celui-ci se prolonge pendant plus de 24 h après les convulsions.

COMPLICATIONS DE L'HYPERTENSION GESTATIONNELLE

Les complications de l'hypertension gestationnelle peuvent entraîner une issue périnatale ou maternelle défavorable. Parce que ces complications sont souvent difficiles à traiter, il est nécessaire de s'efforcer de les prévenir en diagnostiquant les affections suffisamment tôt et en les prenant correctement en charge. Les prestataires de soins doivent être conscients du fait que la prise en charge peut elle aussi donner lieu à des complications. Il convient de prendre les complications en charge comme suit :

- si le **retard de croissance fœtale est important**, accélérer l'accouchement ;
- en cas de **somnolence croissante ou de coma**, redouter une hémorragie cérébrale et :
 - faire baisser lentement la tension artérielle afin de réduire le risque d'hémorragie cérébrale ;
 - dispenser un traitement de soutien et se préparer à évacuer la patiente vers un centre de soins tertiaires ;
- si l'état de la patiente évoque une **insuffisance cardiaque, rénale ou hépatique**, dispenser un traitement de soutien et se préparer à évacuer la patiente vers un centre de soins tertiaires ;
- lors du test de coagulation, si **au bout de 7 minutes le sang n'est toujours pas coagulé** ou si **le caillot est mou et se désagrège facilement**, cela évoque une coagulopathie (p.S-22) ;
- si on a **posé des voies veineuses et cathéters**, la patiente est exposée aux infections ; dans ce cas, appliquer les méthodes de prévention des infections (p.P-19) et assurer une surveillance étroite pour pouvoir détecter d'éventuels signes d'infection ;
- si on **injecte des solutions intraveineuses à la patiente**, elle risque une surcharge circulatoire, c'est pourquoi il convient de consigner strictement les quantités de liquide administrées et la diurèse sur un graphique représentant le bilan hydrique.

HYPERTENSION CHRONIQUE

- Encourager la patiente à se reposer plus qu'à l'accoutumée.
- L'hypertension artérielle entretient une hypertension chronique de la circulation rénale et placentaire. Le fait de faire baisser la tension artérielle se traduit par une diminution de l'irrigation. La tension artérielle ne doit pas descendre au-dessous du niveau où elle se trouvait avant la grossesse. Il n'est pas démontré que le fait d'administrer un traitement énergétique pour ramener la tension artérielle à un niveau normal améliore l'issue pour le fœtus et pour la mère.
 - Si la patiente suivait **un traitement antihypertenseur avant la grossesse** et que **l'hypertension est bien maîtrisée**, poursuivre ce traitement s'il n'est pas contre-indiqué pendant la grossesse.
 - Si la patiente a une **tension diastolique supérieure ou égale à 110 mm Hg** ou une tension systolique supérieure ou égale à 160 mm Hg ou plus, la traiter avec des antihypertenseurs (**p.S-51**).
 - Si elle présente une **protéinurie ou d'autres signes cliniques ou symptômes de pré-éclampsie**, envisager la possibilité d'une pré-éclampsie surajoutée et procéder comme pour une pré-éclampsie légère (**p.S-46**).
- Surveiller la croissance et l'état du fœtus.
- S'il n'y a **pas de complication**, attendre le terme pour procéder à l'accouchement.
- Si **une pré-éclampsie survient**, procéder comme pour une pré-éclampsie légère (**p.S-46**) ou une pré-éclampsie sévère (**p.S-47**).
- Si **le rythme cardiaque fœtal est anormal** (inférieur à 100 btt/min ou supérieur à 180 btt/min), envisager la possibilité d'une souffrance fœtale (**p.S-105**).
- S'il y a **un retard de croissance fœtale sévère** et que **la datation de la grossesse est précise**, examiner le col (**p.I-20**) et envisager de procéder à l'accouchement.

Note : En fin de grossesse, l'échographie ne permet pas une datation précise.

 - Si **le col est favorable** (mou, mince et partiellement dilaté), rompre les membranes à l'aide d'une pince à rompre ou d'une pince de Kocher et déclencher le travail en administrant de l'ocytocine ou des prostaglandines (**p.I-19**).

- Si le col est défavorable (ferme, épais, fermé), l'amener à maturation en administrant des prostaglandines ou en utilisant une sonde de Foley (**p.I-27**).
- Observer la patiente pour détecter d'éventuelles complications, comme un hématome rétroplacentaire (**p.S-20**) et une pré-éclampsie surajoutée (voir **pré-éclampsie légère, p.S-46**).

TETANOS

Clostridium tetani est susceptible de pénétrer dans la cavité utérine lors de gestes obstétricaux, en particulier lors d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité ou d'accouchements hors structure médicale, réalisés avec des instruments septiques ou par des personnes ayant les mains sales. En général, chez le nouveau-né l'infection est provoquée par l'utilisation d'instruments septiques pour couper le cordon ou par l'application sur l'ombilic de pansements traditionnels faits à base de substances contaminées. Il convient de commencer le traitement le plus tôt possible.

- Maîtriser les spasmes en injectant lentement 10 mg de diazépam en IV, en 2 minutes. Si **les spasmes sont violents**, il peut être nécessaire de curariser la patiente et de la mettre sous ventilation assistée. Il est possible que cette opération ne soit réalisable que dans un centre de soins tertiaires.
- Dispenser les soins généraux :
 - soigner la patiente dans une pièce calme et la surveiller attentivement ;
 - éviter les stimuli inutiles ;
 - veiller à l'hydrater et à l'alimenter ;
 - traiter toute surinfection.
- Lui administrer 3 000 unités d'antitoxine tétanique en IM pour neutraliser la toxine absorbée.
- Empêcher une production supplémentaire de toxine :
 - retirer l'élément qui a provoqué l'infection (par exemple, les tissus infectés qui se trouvent dans la cavité utérine suite à un avortement septique) ;
 - injecter 2 000 000 unités de benzylpénicilline en IV, toutes les 4 h, pendant 48 h, puis administrer 500 mg d'ampicilline par voie orale, trois fois par jour, pendant 10 jours.

ENCADRÉ S-5 Vaccination antitétanique

Lorsque la femme enceinte est activement immunisée, les anticorps passent à travers le placenta et protègent ainsi le fœtus. On considère qu'une femme est protégée lorsqu'elle a reçu deux doses de vaccin antitétanique à un intervalle d'au moins 4 semaines et que la dernière dose a été administrée au moins 4 semaines avant la fin de la grossesse. Il convient de faire une injection de rappel aux femmes ayant reçu une vaccination complète (cinq injections) plus de 10 ans avant la grossesse en cours. En général, il est recommandé de faire une injection de rappel à chaque grossesse.

Si une femme vaccinée a subi un **avortement dans de mauvaises conditions de sécurité** ou un accouchement dans de mauvaises conditions d'hygiène, lui faire une injection de rappel de 0,5 ml d'anatoxine tétanique en IM. Si **elle n'a pas été vaccinée auparavant**, lui injecter 1 500 unités de sérum antitétanique en IM puis, après 4 semaines, lui faire une injection de rappel de 0,5 ml d'anatoxine tétanique en IM.

EPILEPSIE

Les femmes épileptiques peuvent avoir des crises convulsives pendant la grossesse. Comme beaucoup de maladies chroniques, pendant la grossesse, l'épilepsie s'aggrave chez certaines femmes et s'améliore chez d'autres. Cependant, chez la majorité des femmes, la grossesse n'a pas d'effet sur l'épilepsie.

- Observer attentivement la patiente. En général, les femmes atteintes d'épilepsie ont plus de risques que les autres de :
 - développer une hypertension gestationnelle ;
 - entrer en travail prématurément ;
 - mettre au monde des enfants de faible poids ;
 - avoir des enfants atteints de malformations congénitales ;
 - voir leur enfant mourir pendant la période périnatale.
- Tenter de maîtriser l'épilepsie en utilisant la plus petite dose possible d'un seul médicament. Éviter d'administrer des médicaments provoquant des malformations congénitales (par exemple, l'acide valproïque) en début de grossesse.
- Si la patiente a des convulsions, lui injecter lentement 10 mg de diazépam en IV sur 2 minutes. Renouveler l'injection si les convulsions reprennent après 10 minutes.

- **Si les convulsions se poursuivent** (état de mal épileptique), diluer 1 g de phénytoïne (environ 18 mg/kg) dans 50 à 100 ml de sérum physiologique (la concentration finale ne doit pas excéder 10 mg/ml) et injecter cette solution à la patiente, en perfusion, en 30 minutes.
Note : N'utiliser que du sérum physiologique pour diluer la phénytoïne. Avec toutes les autres solutions intraveineuses, la phénytoïne cristallise.
 - Rincer la tubulure de perfusion avec du sérum physiologique avant et après l'injection de phénytoïne.
 - Ne pas injecter la phénytoïne à raison de plus de 50 mg/min compte tenu des risques d'arythmie cardiaque, d'hypotension et de dépression respiratoire.
 - Administrer la totalité de la solution dans l'heure qui suit sa préparation.
- **Si on sait que la patiente est épileptique**, lui donner la médication qu'elle prenait jusque-là. La suivre régulièrement et adapter les doses à la réponse clinique.
- **Si on sait que la patiente est épileptique mais qu'elle n'arrive pas à se souvenir des médicaments qu'elle prend habituellement**, lui administrer 100 mg de phénytoïne par voie orale, trois fois par jour. La suivre régulièrement et adapter les doses à son état clinique.
- Les anticonvulsivants peuvent engendrer une carence en acide folique. Pendant la grossesse, administrer 600 µg d'acide folique par voie orale, une fois par jour, en parallèle avec le traitement antiépileptique.
- La phénytoïne peut générer chez le nouveau-né une carence en facteurs de coagulation vitamine K-dépendants. On peut réduire cette carence en injectant à l'enfant 1 mg de vitamine K en IM.
- Il est recommandé de procéder à une évaluation des causes sous-jacentes des convulsions si leur survenue est récente. Il se peut que cette opération ne soit réalisable qu'au niveau de soins tertiaires.

PALUDISME SEVERE/COMPLIQUE

Pendant la grossesse, il arrive que l'on diagnostique à tort un paludisme sévère comme étant une éclampsie. **Si une femme enceinte vivant dans une région impaludée a de la fièvre, des céphalées ou des convulsions et que l'on ne peut pas exclure la possibilité du paludisme, il est essentiel de la traiter à la fois contre le paludisme et contre l'éclampsie.**

Les femmes enceintes atteintes de paludisme sévère sont particulièrement sujettes au risque d'hypoglycémie, d'œdème pulmonaire, d'anémie et de coma.

ANTIPALUDIQUES

Dans de nombreux pays, la quinine reste la médication de première intention et peut être utilisée sans danger tout au long de la grossesse. Lorsqu'ils sont disponibles, l'artésunate injectable en IV et l'artéméther injectable en IM constituent les médicaments de choix au cours des deuxième et troisième trimestres. En ce qui concerne leur utilisation au premier trimestre, il faut mettre en balance les avantages que ces produits peuvent avoir par rapport à la quinine (ils sont mieux tolérés, causent une hypoglycémie moins importante) et le manque relatif de données quant à l'issue des grossesses.

DICHLORHYDRATE DE QUININE

DOSE DE CHARGE

- Injecter 20 mg de dichlorhydrate de quinine par kg dilués dans une solution intraveineuse (solution de dextrose à 5%, sérum physiologique ou Ringer lactate) en perfusion, en 4 heures :
 - **ne jamais injecter de quinine en bolus intraveineux ;**
 - **si l'on sait avec certitude que la patiente a pris une dose de quinine suffisante** (1,2 g) dans les 12 h précédentes, ne pas lui donner de dose de charge et commencer directement par la dose d'entretien (voir ci-dessous) ;
 - **si l'histoire du traitement est inconnue ou peu claire**, injecter la dose de charge de quinine ;
 - diluer la quinine dans 100 à 500 ml de solution intraveineuse en fonction du bilan hydrique.
- Attendre 4 h avant d'injecter la dose d'entretien.

DOSE D'ENTRETIEN

- Injecter 10 mg de dichlorhydrate de quinine par kg, en perfusion, en 4 h. Renouveler la perfusion toutes les 8 h (c'est-à-dire : perfusion de quinine pendant 4 h, puis 4 h sans perfusion, puis perfusion de quinine pendant 4 h, etc.).

Note : Surveiller la glycémie toutes les heures tout au long de la perfusion de quinine, pour s'assurer que la patiente n'est pas en hypoglycémie (**p.S-62**).

- Observer la posologie d'entretien jusqu'à ce que la patiente reprenne connaissance et soit capable d'avaler puis lui administrer :
 - 10 mg de dichlorhydrate de quinine ou de sulfate de quinine par kg, par voie orale, toutes les 8 h, jusqu'au septième jour inclus (à partir du début du traitement) ;
 - OU dans les régions où ce traitement est efficace, administrer 3 comprimés de sulfadoxine-pyriméthamine en une seule fois.

ARTESUNATE INTRAVEINEUX

DOSE DE CHARGE

- Le premier jour, injecter 2,4 mg d'artésunate par kg en un seul bolus intraveineux.

DOSE D'ENTRETIEN

- A partir du deuxième jour, injecter quotidiennement 1,2 mg d'artésunate par kg en un seul bolus.
- Observer la posologie d'entretien jusqu'à ce que la patiente reprenne connaissance et soit capable d'avaler, puis lui administrer quotidiennement 2 mg d'artésunate par kg, par voie orale, jusqu'au septième jour inclus (à partir du début du traitement).

ARTEMETHER INTRAMUSCULAIRE

DOSE DE CHARGE

- Le premier jour, injecter 3,2 mg d'artémether par kg, en IM, en une seule fois.

DOSE D'ENTRETIEN

- A partir du deuxième jour, injecter 1,6 mg d'artémether par kg, en IM, une fois par jour.
- Observer la posologie d'entretien jusqu'à ce que la patiente reprenne connaissance et soit capable d'avaler, puis lui administrer quotidiennement 2 mg d'artésunate par kg, par voie orale, jusqu'au septième jour inclus (à partir du début du traitement).

CONVULSIONS

- **Si des convulsions surviennent**, injecter lentement 10 mg de diazépam en IV en 2 minutes.
- **Si on diagnostique une éclampsie**, prévenir de nouvelles convulsions en administrant du sulfate de magnésium à la patiente (**encadré S-3, p.S-50**).
- **S'il ne peut s'agir d'une éclampsie**, prévenir de nouvelles convulsions en administrant de la phénytoïne à la patiente (voir ci-dessous).

PHENYTOÏNE

DOSE DE CHARGE

- Diluer 1 g de phénytoïne (environ 18 mg/kg) dans 50 à 100 ml de sérum physiologique (la concentration finale ne doit pas excéder 10 mg/ml) et injecter cette solution à la patiente, en perfusion, en 30 minutes.

Note : N'utiliser que du sérum physiologique pour diluer la phénytoïne. Avec toutes les autres solutions intraveineuses, la phénytoïne cristallise.

- Rincer la tubulure de perfusion avec du sérum physiologique avant et après l'injection de phénytoïne.
- Ne pas injecter la phénytoïne à raison de plus de 50 mg/min compte tenu des risques d'arythmie cardiaque, d'hypotension et de dépression respiratoire.
- Administrer la totalité de la solution dans l'heure qui suit sa préparation.

DOSE D'ENTRETIEN

- Administrer lentement 100 mg de phénytoïne par voie intraveineuse, en 2 minutes ou par voie orale toutes les 8 h, en commençant au moins 12 h après avoir injecté la dose de charge.

BILAN HYDRIQUE

- Consigner strictement les quantités de liquide administrées et la diurèse sur un graphique représentant le bilan hydrique afin de s'assurer qu'il n'y a pas de surcharge hydrique. Evaluer régulièrement l'état clinique de la patiente.

Note : Les femmes atteintes de paludisme sévère sont sujettes à la surcharge hydrique.

- **Si un œdème pulmonaire apparaît** :
 - redresser la patiente ;
 - lui administrer 4 l d'oxygène par minute à l'aide d'un masque ou d'une sonde nasale ;
 - lui injecter 40 mg de furosémide en IV, en une seule fois.
- **Si la diurèse est faible** (inférieure à 30 ml/h) :
 - mesurer la créatininémie ;
 - réhydrater la patiente en lui injectant une solution intraveineuse (sérum physiologique, Ringer lactate).
- **Si la diurèse n'augmente pas**, injecter 40 mg de furosémide en IV, en une seule fois et surveiller la diurèse.
- **Si la diurèse reste faible** (inférieure à 30 ml/h pendant 4 h consécutives) et que **la créatininémie est supérieure à 2,9 mg/dl**, transférer la patiente dans un centre de soins tertiaires où l'on prendra en charge l'insuffisance rénale.

HYPOGLYCEMIE

L'hypoglycémie est fréquente et peut survenir à tout moment au cours de la maladie, en particulier une fois que le traitement à la quinine a été entamé. Il arrive qu'elle soit asymptomatique.

- Surveiller la glycémie en procédant à un test sur bandelette réactive toutes les 4 h.

Note : Si on administre de la quinine à la patiente par voie intraveineuse, surveiller sa glycémie toutes les heures.

- **Si une hypoglycémie est détectée**, injecter 50 ml de solution de dextrose à 50% en IV, puis poursuivre en perfusant 500 ml de solution de dextrose (à 5 ou 10%) en 8 h.

Note : Surveiller la glycémie et adapter la perfusion.

- Surveiller soigneusement le bilan hydrique (**p.S-61**).

ANEMIE

Le paludisme compliqué s'accompagne souvent d'une anémie.

- Surveiller quotidiennement le taux d'hémoglobine.
- Transfuser en fonction des besoins (**p.P-27**).
- Surveiller le bilan hydrique (**p.S-61**).
- Administrer 20 mg de furosémide par voie intraveineuse ou orale avec chaque unité de sang.
- A sa sortie, donner à la patiente 60 mg de sulfate ferreux ou de fumarate ferreux, PLUS 400 µg d'acide folique à prendre par voie orale, une fois par jour.

PROBLEMES

- Dilatation du col ne dépasse pas 4 cm après 8 h de contractions régulières.
- La ligne indiquant la dilatation cervicale sur le partogramme se situe à droite de la ligne d'alerte.
- La patiente ressent les douleurs du travail depuis 12 h et n'a toujours pas accouché (travail prolongé).

PRISE EN CHARGE GENERALE

- Faire une évaluation rapide de l'état de la patiente et du fœtus et dispenser des soins de soutien (**p.P-63**).
- Rechercher la présence de corps cétoniques dans l'urine et, si le résultat est positif, traiter en administrant une solution intraveineuse.
- Examiner le partogramme (**p.P-73**).

DIAGNOSTIC

TABLEAU S-10 Diagnostic du déroulement défavorable du travail

| Faits observés | Diagnostic |
|---|---|
| Col non dilaté. Contractions non palpables/peu fréquentes | faux travail, p.S-72 |
| La dilatation du col ne dépasse pas 4 cm après 8h de contractions régulières | phase de latence prolongée, p.S-72 |
| Dilatation du col à droite de la ligne d'alerte sur le partogramme (fig. S-6, p.S-67) | phase active prolongée |
| <ul style="list-style-type: none"> • arrêt secondaire de la dilatation du col et de la descente de la présentation malgré des contractions de bonne qualité • arrêt secondaire de la dilatation du col et de la descente de la présentation associé à une grosse bosse séro-sangune, un modelage du troisième degré, une mauvaise application du col sur la présentation, un col oedémateux, un gonflement du segment inférieur de l'utérus, la formation d'un anneau de rétraction, une détresse maternelle et fœtale. (fig. S-7, p.S-69) | <ul style="list-style-type: none"> • disproportion céphalo-pelvienne, p.S-73 • dystocie mécanique, p.S-74 |
| <ul style="list-style-type: none"> • moins de trois contractions en 10 minutes, chaque contraction durant moins de 40 secondes (fig. S-8, p.S-71) | <ul style="list-style-type: none"> • anomalie de la dynamique utérine, p.S-74 |
| <ul style="list-style-type: none"> • présentation autre que le sommet en position occipitale antérieure | <ul style="list-style-type: none"> • présentation ou position dystocique, p.S-77 |
| Col complètement dilaté et "envie de pousser", mais absence de descente | phase d'expulsion prolongée, p.S-75 |

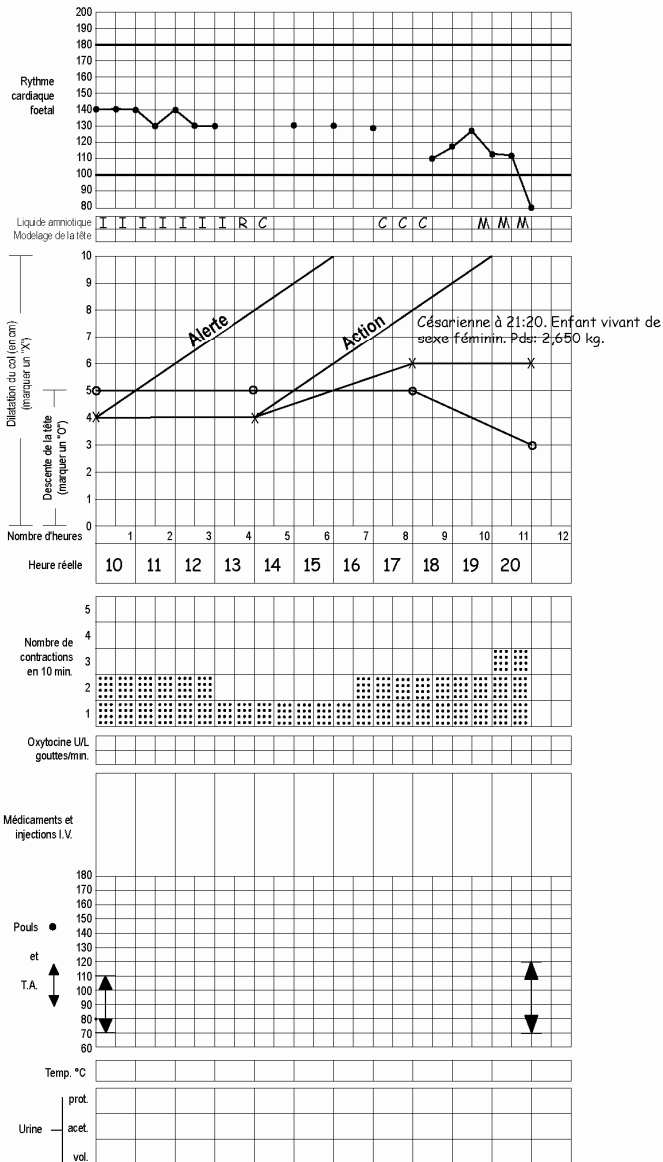
La **figure S-6, p.S-67** représente un partogramme mettant en évidence une phase active prolongée. **Noter que le partogramme n'a pas été rempli correctement et que cet exemple montre une prise en charge inappropriée d'un travail prolongé.** Le diagnostic de travail prolongé était évident dès 14 h et il aurait fallu dès lors renforcer l'activité utérine en administrant de l'ocytocine.

La patiente a été admise à 10 h, durant la phase active du travail :

- les cinq cinquièmes de la tête fœtale étaient palpables (5/5) ;
- la dilatation du col était de 4 cm ;
- les contractions étaient de mauvaise qualité (deux en 10 minutes, chacune durant moins de 20 secondes).
- A 14 h :
 - les cinq cinquièmes de la tête fœtale étaient toujours palpables (5/5) ;
 - la dilatation du col était de 4 cm et se situait à droite de la ligne d'alerte sur le graphique ;
 - les membranes s'étaient rompues spontanément et le liquide amniotique était clair ;
 - les contractions de l'utérus étaient de mauvaise qualité (une en 10 minutes, d'une durée inférieure à 20 secondes).
- A 18 h :
 - les cinq cinquièmes de la tête fœtale étaient toujours palpables (5/5) ;
 - la dilatation du col était de 6 cm ;
 - les contractions étaient toujours de mauvaise qualité (deux en 10 minutes, chacune durant moins de 20 secondes).
- A 21 h :
 - le rythme cardiaque fœtal était de 80 btts/min ;
 - le liquide amniotique était teinté de méconium ;
 - le travail avait cessé de progresser.
- Une césarienne a été réalisée à 21h20 pour remédier à une souffrance fœtale.

FIGURE S-6 Partogramme mettant en évidence une phase active prolongée

| | | | | | | | |
|------------------|-----------|-------------------|-------|-----------------------|-------|-------------|------|
| Nom | Mme M. | Gestité | 1 | Parité | 0+0 | Dossier No. | 1248 |
| Date d'admission | 14.5.2002 | Heure d'admission | 10:00 | Rupture des membranes | 13:30 | heure | |



La **figure S-7, p.S-69** représente un partogramme mettant en évidence un arrêt de la dilatation et de la descente du mobile fœtal durant la phase active du travail. La souffrance fœtale et le modelage du troisième degré associés à un arrêt de la dilatation et de la descente de la présentation au cours de la phase active du travail, malgré des contractions de bonne qualité, indiquent une dystocie mécanique.

- La patiente a été admise à 10 h, durant la phase active du travail :
 - les trois cinquièmes de la tête fœtale étaient palpables (3/5) ;
 - la dilatation du col était de 4 cm ;
 - la patiente avait 3 contractions en 10 minutes, et chaque contraction durait entre 20 et 40 s ;
 - il y avait un écoulement de liquide amniotique clair ;
 - il y avait un modelage de la tête du premier degré.

A 14 h:

- les trois cinquièmes de la tête fœtale étaient toujours palpables (3/5) ;
- la dilatation du col était de 6 cm et se situait à droite de la ligne d'alerte sur le graphique ;
- les contractions s'étaient légèrement améliorées (trois en 10 minutes, chacune durant 40 s) ;
- il y avait un modelage de la tête du deuxième degré.

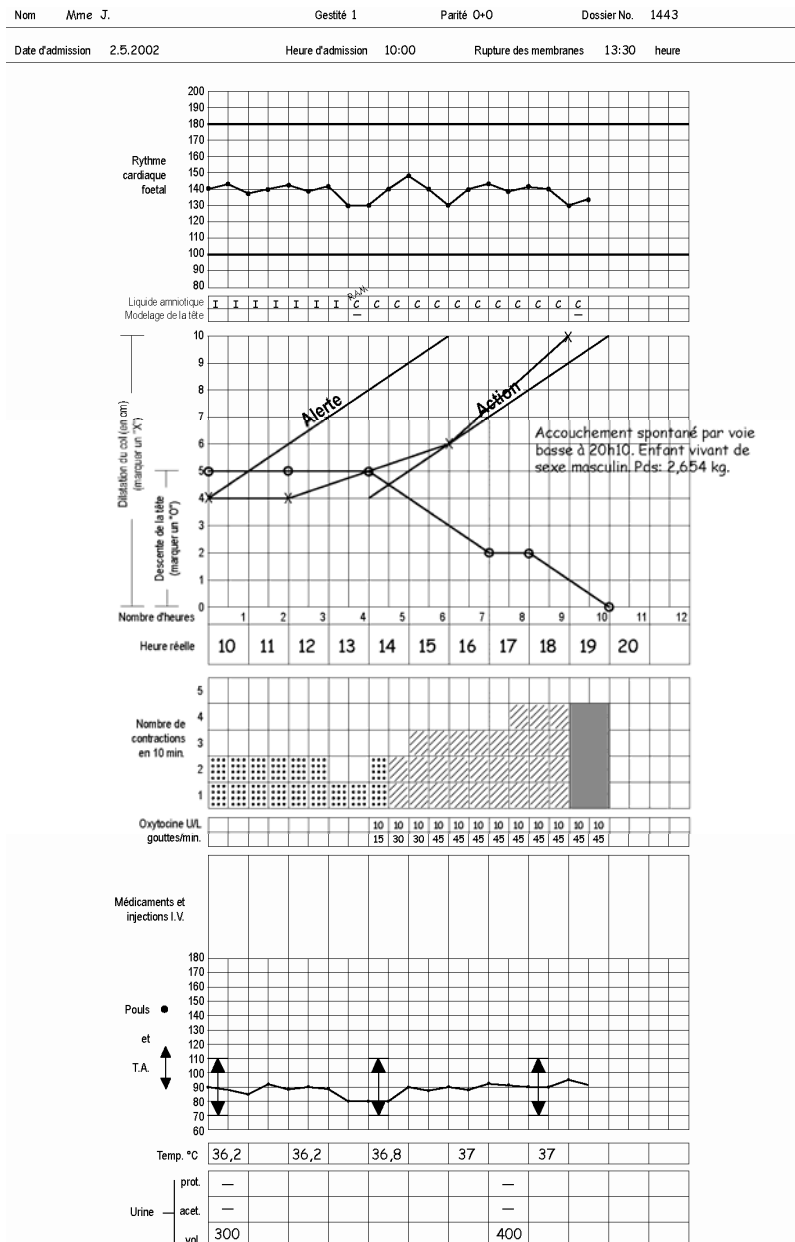
• A 17 h :

- les trois cinquièmes de la tête fœtale étaient toujours palpables (3/5) ;
- la dilatation du col était de 6 cm ;
- il y avait un modelage de la tête du troisième degré ;
- le rythme cardiaque fœtal était de 92 bts/min.
- Une césarienne a été réalisée à 17h30 pour cause de souffrance fœtale.

La **figure S-8 (p.S-71)** représente le partogramme d'un travail dont la progression est insuffisante du fait de contractions de mauvaise qualité, corrigées à l'aide d'ocytocine.

- La patiente a été admise à 10 h, durant la phase active du travail :
 - les cinq cinquièmes de la tête fœtale étaient palpables (5/5) ;
 - la dilatation du col était de 4 cm ;
 - la patiente avait 2 contractions en 10 minutes, et chaque contraction durait moins de 20 s.
- A midi :
 - les cinq cinquièmes de la tête fœtale étaient toujours palpables (5/5) ;
 - la dilatation du col était toujours de 4 cm et se situait à droite de la ligne d'alerte sur le graphique ;
 - on n'observait aucune amélioration des contractions.
- A 14 h :
 - le diagnostic de progression insuffisante du travail résultant de contractions inefficaces de l'utérus a été posé ;
 - l'activité utérine a été renforcée au moyen d'une perfusion de 10 unités d'ocytocine diluées dans 1 l de solution intraveineuse à raison de 15 gouttes/minute ;
 - le débit d'ocytocine a été augmenté jusqu'à ce qu'une dynamique utérine de qualité soit établie ;
 - les contractions se sont améliorées et ont été accompagnées d'une descente de la présentation et d'une dilatation progressive du col. L'accouchement spontané par voie basse a eu lieu à 20h.

FIGURE S-8 Partogramme mettant en évidence des contractions utérines de mauvaise qualité, corrigées par l'ocytocine



PRISE EN CHARGE

FAUX TRAVAIL

Examiner la patiente et rechercher une infection des voies urinaires ou un autre type d'infection (**tableau S-13, p.S-110**), déterminer si les membranes sont rompues (**p.S-151**) et traiter en conséquence. S'il n'y a pas d'infection et que les membranes ne sont pas rompues, autoriser la patiente à quitter l'établissement et l'inciter à revenir si les signes du travail réapparaissent.

PHASE DE LATENCE PROLONGEE

Le diagnostic de phase de latence prolongée s'établit à posteriori. Lorsque les contractions cessent, on dit que la patiente était en faux travail. Lorsque les contractions deviennent régulières et que la dilatation dépasse 4 cm, on dit que la patiente était en phase de latence.

En cas de faux travail, un diagnostic erroné de phase de latence prolongée peut amener à déclencher le travail ou à renforcer l'activité utérine sans succès, ce qui peut ensuite se traduire par des césariennes inutiles et des amniotites qui auraient pu être évitées.

Si la patiente est en phase de latence depuis plus de 8 h et que la **progression est apparemment faible**, réévaluer la situation en examinant le col :

- s'il n'y a eu **aucune évolution de l'effacement ou de la dilatation du col** et qu'il n'y a pas de souffrance fœtale, revoir le diagnostic – il se peut que la patiente ne soit pas en travail ;
- s'il y a eu une **progression de l'effacement ou de la dilatation du col**, rompre les membranes à l'aide d'une pince à rompre ou d'une pince de Kocher et déclencher le travail en administrant de l'ocytocine ou des prostaglandines (**p.I-19**) ;
 - réexaminer la patiente toutes les 4 h ;
 - si **elle n'est pas entrée en phase active après 8 h de perfusion d'ocytocine**, pratiquer une césarienne (**p.I-47**).
- Si la patiente présente des **signes d'infection** (fièvre, leucorrhées nauséabondes) :
 - accélérer le travail immédiatement en lui administrant de l'ocytocine (**p.I-27**) ;

- lui administrer un traitement associant plusieurs antibiotiques jusqu'à l'accouchement (**p.P-39**) :
 - 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 h ;
 - PLUS 5 mg de gentamicine par kg, en IV, toutes les 24 h ;
 - si **la patiente accouche par voie basse**, cesser le traitement après l'accouchement ;
 - si **l'accouchement se fait par césarienne**, poursuivre le traitement ET administrer en outre 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 h, jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 h.

PHASE ACTIVE PROLONGEE

- S'il n'y a **ni signe de disproportion céphalo-pelvienne, ni signe de dystocie mécanique** et que **les membranes sont intactes**, rompre les membranes à l'aide d'une pince à rompre ou d'une pince de Kocher (**p.I-19**).
- Evaluer les contractions utérines :
 - si **les contractions sont inefficaces** (moins de 3 contractions en 10 minutes, chacune durant moins de 40 secondes), évoquer une anomalie de la dynamique utérine (**p.S-74**) ;
 - si **les contractions sont efficaces** (3 contractions en 10 minutes, chaque contraction durant plus de 40 secondes), évoquer une disproportion céphalo-pelvienne, une dystocie mécanique autre, une position ou une présentation dystocique du fœtus (voir ci-dessous).
- Les méthodes générales de soutien du travail peuvent améliorer les contractions et accélérer le déroulement du travail (**p.P-63**).

DISPROPORTION CEPHALO-PELVIANNE

La disproportion céphalo-pelvienne survient soit parce que la tête fœtale est trop grosse, soit parce que le bassin maternel est trop petit. Si **le travail se poursuit malgré la disproportion céphalo-pelvienne**, il risque d'être arrêté ou bloqué. Le test le plus fiable pour déterminer si le bassin est compatible avec l'accouchement est de faire une épreuve de travail. La pelvimétrie clinique a une valeur limitée.

- Si **la disproportion céphalo-pelvienne est confirmée** (**tableau S-10, p.S-65**), pratiquer une césarienne (**p.I-47**).

- **Si le fœtus est mort :**
 - l'extraire en procédant à une craniotomie (p.I-65) ;
 - pour **les opérateurs/opératrices qui n'auraient pas les compétences nécessaires pour réaliser une craniotomie**, il est possible de pratiquer une césarienne (p.I-47).

DYSTOCIE MECANIQUE

Note : La rupture d'un utérus non cicatriciel est généralement le résultat d'une dystocie mécanique.

- **Si le fœtus est vivant, que le col est complètement dilaté et que la tête se trouve au niveau 0 ou en-dessous**, procéder à une extraction par ventouse obstétricale (p.I-29).
- **S'il y a une indication d'extraction par ventouse obstétricale et de symphysiotomie** face à une dystocie mécanique relative et que **la tête fœtale est au niveau -2** :
 - procéder à une extraction par ventouse obstétricale (p.I-29) associée à une symphysiotomie (p.I-59) ;
 - pour **les opérateurs/opératrices qui n'auraient pas les compétences nécessaires pour réaliser une symphysiotomie**, il est possible de pratiquer une césarienne (p.I-47).
- **Si le fœtus est vivant mais que le col n'est pas complètement dilaté ou que la tête fœtale est trop haute pour une extraction par ventouse obstétricale**, pratiquer une césarienne (p.I-47).
- **Si le fœtus est mort :**
 - l'extraire en procédant à une craniotomie (p.I-65) ;
 - pour **les opérateurs/opératrices qui n'auraient pas les compétences nécessaires pour réaliser une craniotomie**, il est possible de pratiquer une césarienne (p.I-47).

ANOMALIE DE LA DYNAMIQUE UTERINE

Si les contractions sont inefficaces et que la disproportion céphalo-pelvienne et la dystocie mécanique ont été exclues, la cause la plus probable du travail prolongé est une anomalie de la dynamique utérine

L'inefficacité des contractions est moins courante chez les multigestes que chez les primigestes. Par conséquent, il convient de s'efforcer d'exclure cette possibilité chez la multigeste avant de renforcer l'activité utérine en administrant de l'ocytocine.

- Rompre les membranes à l'aide d'une pince à rompre ou d'une pince de Kocher et renforcer l'activité utérine en administrant de l'ocytocine (**p.I-19**).
- Réévaluer le déroulement du travail en procédant à un toucher vaginal une fois qu'une bonne dynamique utérine, avec des contractions de qualité, est établie depuis 2 h :
 - s'il n'y a **pas de progression** entre les examens, pratiquer une césarienne (**p.I-47**) ;
 - si **la progression se poursuit**, laisser la perfusion d'ocytocine en place et réexaminer la patiente au bout de 2 h tout en continuant à suivre attentivement le déroulement du travail.

PHASE D'EXPULSION PROLONGÉE

Les efforts expulsifs déployés par la parturiente accroissent le risque pour le fœtus en réduisant l'apport d'oxygène au placenta. Il convient par conséquent d'autoriser la parturiente à «pousser» spontanément, mais de ne pas l'encourager à fournir un effort prolongé et à retenir sa respiration.

- Si l'**hypothèse d'une présentation dystocique et d'une dystocie mécanique évidente a été écartée**, renforcer l'activité utérine en administrant de l'ocytocine (**p.I-27**).
- Si **la présentation ne descend pas après l'administration d'ocytocine** :
 - et que **au plus un cinquième de la tête fœtale se trouve au-dessus de la symphyse pubienne** ou que l'os du crâne fœtal qui se trouve à l'avant de la présentation est au niveau 0, procéder à une extraction par ventouse obstétricale (**p.I-29**) ou par forceps (**p.I-35**) ;
 - et qu'**entre un et trois cinquièmes de la tête fœtale se trouvent au-dessus de la symphyse pubienne** ou que l'os du crâne fœtal qui est à l'avant de la présentation **se situe entre le niveau 0 et le niveau -2** :

- procéder à une extraction par ventouse obstétricale (**p.I-29**) associée à une symphysiotomie (**p.I-59**) ;
- pour **les opérateurs/opératrices qui n'auraient pas les compétences nécessaires pour réaliser une symphysiotomie**, il est possible de pratiquer une césarienne (**p.I-47**) ;
- et que **plus de trois cinquièmes de la tête fœtale se trouvent au-dessus de la symphyse pubienne** ou que l'os du **crâne fœtal** qui se trouve en avant de la présentation est **au-dessus du niveau -2**, pratiquer une césarienne (**p.I-47**).

Les positions dystociques sont des positions anormales du sommet de la tête fœtale (l'occiput servant de point de référence) par rapport au bassin maternel. Les présentations dystociques sont toutes les présentations autres que la présentation du sommet.

PROBLEME

- La position ou la présentation du fœtus est anormale, ce qui peut se traduire par un travail prolongé ou par une dystocie mécanique.

PRISE EN CHARGE GENERALE

- Evaluer rapidement l'état général de la patiente, en particulier les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température).
- Evaluer l'état du fœtus :
 - écouter le **rythme cardiaque fœtal** immédiatement après une contraction :
 - compter les battements cardiaques fœtaux pendant une minute entière, au moins toutes les 30 minutes pendant la phase active et toutes les 5 minutes pendant la phase d'expulsion ;
 - si le **rythme cardiaque fœtal est anormal** (inférieur à 100 bts/min ou supérieur à 180 bts/min), penser à une souffrance fœtale (**p.S-105**) ;
 - si **les membranes sont rompues**, noter la couleur du liquide amniotique qui s'écoule :
 - la présence d'un méconium épais indique qu'il faut surveiller attentivement l'état du fœtus et qu'il peut être nécessaire d'intervenir pour traiter une souffrance fœtale (**p.S-105**) ;
 - l'absence d'écoulement après la rupture des membranes indique un oligoamnios qui est susceptible d'être associé à une souffrance fœtale.
- Encourager et soutenir la patiente (**p.P-63**).
- Etudier la progression du travail à l'aide d'un partogramme (**p.P-73**).

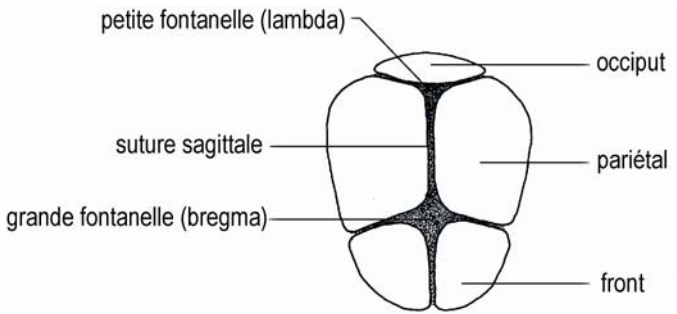
Note : Observer attentivement la patiente. En effet, avec les présentations dystociques, le risque de rupture utérine est accru compte tenu de la probabilité d'une dystocie mécanique.

DIAGNOSTIC

DETERMINER LA PRESENTATION

- La présentation la plus courante est le sommet de la tête fœtale. Pour toute **présentation autre que le sommet**, se reporter au (**tableau S-12, p.S-82**).
- Pour la **présentation du sommet**, utiliser les repères du crâne fœtal pour déterminer la position de la tête (**fig. S-9**).

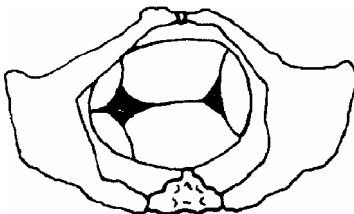
FIGURE S-9 Repères du crâne fœtal



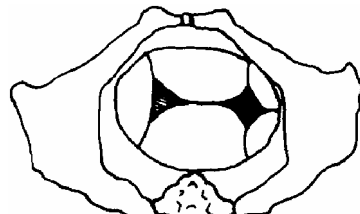
DETERMINER LA POSITION DE LA TÊTE FŒTALE

- Normalement, la tête fœtale s'engage dans le bassin maternel en position transverse, ce qui signifie que la suture sagittale est perpendiculaire à l'axe sacro-pubien (axe antéro-postérieur) du bassin maternel (**fig. S-10**).

FIGURE S-10 Positions transverses



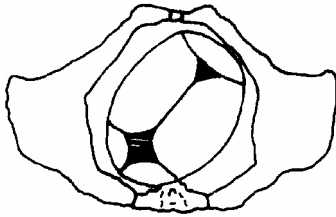
occipito-iliaque gauche transverse (OIGT)



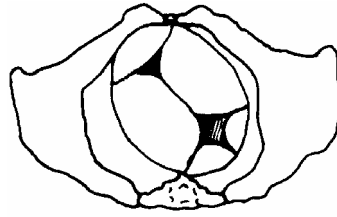
occipito-iliaque droite transverse (OIDT)

- La descente s'accompagne d'une rotation de la tête fœtale amenant le plus souvent l'occiput vers l'avant du bassin maternel (**fig. S.11**). En l'absence de rotation d'une position transverse à une position occipitale antérieure, il convient de procéder comme pour une position occipitale postérieure (**p.S-84**)

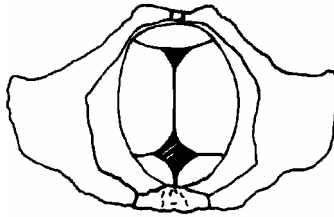
FIGURE S-11 Positions occipitales antérieures



occipito-iliaque gauche antérieure (OIGA)



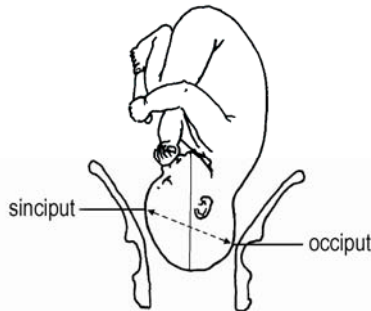
occipito-iliaque droite antérieure (OIDAT)



occiput pubienne (OP)

- La présentation normale a une caractéristique supplémentaire : c'est un sommet bien fléchi (**fig. S-12**), position dans laquelle l'occiput fœtal se situe plus bas dans le vagin que le sinciput (bregma).

FIGURE S-12 Sommet bien fléchi



- Si la tête fœtale est bien fléchie, en **position occipitale antérieure ou transverse** (au début du travail), procéder à l'accouchement (**p.P-78**).
- Si la tête fœtale n'est pas en position occipitale antérieure, déterminer la position et procéder comme il convient (**tableau S-11, p.S-81**).
- Pour une **présentation non céphalique** ou si la tête n'est pas bien fléchie, déterminer la présentation et procéder comme il convient (**tableau S-12, p.S-82**).

TABLEAU S-11 Diagnostic des positions dystociques

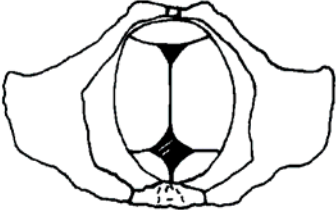

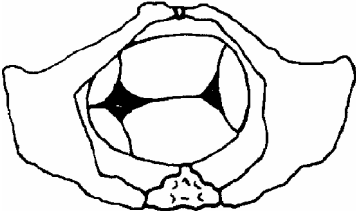
| Symptômes et signes cliniques | Figure |
|---|---|
| <p>Les POSITIONS OCCIPITALES POSTERIEURES sont les positions de la tête foetale dans lesquelles l'occiput se situe à l'arrière du bassin maternel (fig. S-13 et fig. S-14).</p> <p>A la palpation abdominale, la partie inférieure de l'abdomen est aplatie, les membres fœtaux sont palpables sur la face antérieure et il arrive que le cœur fœtal soit audible sur le flanc.</p> <p>Au toucher vaginal, la petite fontanelle est dirigée vers le sacrum et on peut aisément sentir la grande fontanelle si la tête est défléchie.</p> <p>Pour la prise en charge, se reporter à la p.S-84.</p> | <p>FIGURE S-13</p>  <p>occipito-sacrée</p> <p>FIGURE S-14</p>  <p>occipito-iliaque gauche postérieure (OIGP)</p> |
| <p>Les POSITIONS TRANSVERSES sont les positions de la tête foetale dans lesquelles la suture sagittale est perpendiculaire à l'axe sacro-pubien du bassin maternel (fig. S-15). Si la tête est toujours en position transverse à la fin du premier stade du travail, il convient de procéder comme pour une position occipitale postérieure (p.S-84).</p> | <p>FIGURE S-15</p>  <p>occipito-iliaque gauche transverse (OIGT)</p> |

TABLEAU S-12 Diagnostic des présentations dystociques


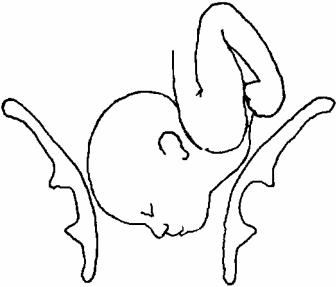
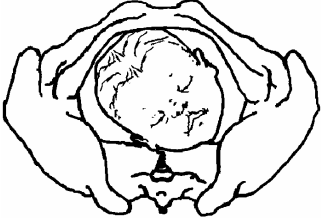
| Symptômes et signes cliniques | Figure |
|---|---|
| <p>La PRESENTATION DU FRONT est le résultat d'une déflexion partielle de la tête fœtale de sorte que l'occiput se trouve plus haut que le sinciput (fig. S-16)</p> <p>A la palpation abdominale, plus de la moitié de la tête fœtale est au-dessus de la symphyse pubienne et l'occiput est palpable plus haut que le sinciput.</p> <p>Au toucher vaginal, la grande fontanelle et les orbites sont palpables.</p> <p>Pour la prise en charge, se reporter à la page S-85.</p> | <p>FIGURE S-16</p>  |
| <p>La PRESENTATION DE LA FACE est le résultat d'une déflexion complète de la tête fœtale de sorte que ni l'occiput, ni le sinciput (bregma) ne sont palpables au toucher vaginal (fig. S-17 et fig. S-18).</p> <p>A la palpation abdominale, on sent un sillon entre l'occiput et le dos.</p> <p>Au toucher vaginal, la face est palpable, le doigt de l'examineur entre facilement dans la bouche et les mâchoires sont palpables.</p> <p>Pour la prise en charge, se reporter à la page S-86.</p> | <p>FIGURE S-17</p>  |
| | <p>FIGURE S-18</p>  |

TABLEAU S-12 Diagnostic des présentations dystociques (suite)

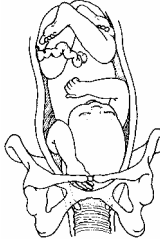



| Symptômes et signes cliniques | Figure |
|--|--|
| <p>La PRESENTATION MIXTE est une présentation dans laquelle un bras descend le long de la présentation. Le bras qui fait prolapsus et la tête fœtale se présentent en même temps dans le bassin (fig. S-19).</p> <p>Pour la prise en charge, se reporter à la page S-87.</p> | <p>FIGURE S-19</p>  |
| <p>La PRESENTATION DU SIEGE consiste en une présentation des fesses et/ou des pieds.</p> <p>A la palpation abdominale, la tête est palpable dans le fond utérin et le siège dans la zone sus-pubienne. L'auscultation permet de localiser le cœur fœtal plus haut que dans une présentation du sommet.</p> <p>Au toucher vaginal pendant le travail, les fesses et/ou les pieds sont palpables ; la présence d'un méconium épais et sombre est normale.</p> <p>Pour la prise en charge, se reporter à la page S-88.</p> <p>Le SIEGE COMPLET («en tailleur») est une présentation dans laquelle les cuisses sont fléchies au niveau des hanches et les jambes au niveau des genoux (fig. S-20).</p> | <p>FIGURE S-20</p>  |
| <p>Le SIEGE DECOMPLETE mode des fesses est une présentation dans laquelle les cuisses sont fléchies au niveau des hanches et les jambes en extension (fig. S-21).</p> <p>Le SIEGE DECOMPLETE MODE DES PIEDS est une présentation dans laquelle une jambe est en extension complète (fig. S-22).</p> | <p>FIGURE S-21</p>  <p>FIGURE S-22</p>  |

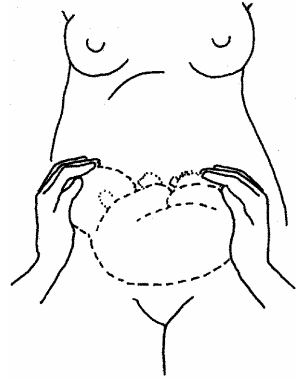
TABLEAU S-12 Diagnostic des présentations dystociques (suite)**Symptômes et signes cliniques****Figure**

Dans les **PRESENTATIONS TRANSVERSALES ET DE L'ÉPAULE** le grand axe du fœtus est en position transversale par rapport à l'axe sacro-pubien du bassin maternel (fig. S-23). Le plus souvent, l'épaule constitue la présentation.

A la **palpation abdominale**, on ne peut sentir ni la tête, ni les fesses au niveau de la zone sus-pubienne et on sent généralement la tête dans un flanc.

Au **toucher vaginal**, on peut sentir une épaule, mais ce n'est pas toujours le cas. Il arrive qu'il y ait procidence d'un bras et que l'on sente le coude, le bras ou la main dans le vagin.

Pour la prise en charge, se reporter à la **page S-90**.

FIGURE S-23**PRISE EN CHARGE****POSITIONS OCCIPITALES POSTERIEURES**

Dans 90% des cas, une rotation spontanée s'effectue et amène l'occiput vers l'avant du bassin. L'absence de rotation ou de descente de la tête est susceptible de provoquer un arrêt du travail. Il arrive que l'accouchement soit compliqué par des déchirures du périnée ou par une extension d'épisiotomie.

- S'il y a **des signes de dystocie mécanique** ou si le **rythme cardiaque fœtal est anormal** (inférieur à 100 bts/min ou supérieur à 180 bts/min), quel que soit le stade du travail, pratiquer une césarienne (**p.I-47**).
- Si **les membranes sont intactes**, les rompre à l'aide d'une pince à rompre ou d'une pince de Kocher (**p.I-19**).
- Si **le col n'est pas complètement dilaté** et qu'il n'y a **pas de signe de dystocie mécanique**, renforcer l'activité utérine en administrant de l'ocytocine (**p.I-27**).

- **Si le col est complètement dilaté** mais qu'il n'y a **pas de descente de la présentation durant la phase d'expulsion**, examiner la patiente et rechercher des signes de dystocie mécanique (**tableau S-10, p.S-65**) :
 - s'il n'y a **pas de signe de dystocie mécanique**, renforcer l'activité utérine en administrant de l'ocytocine (**p.I-27**).
- **Si le col est complètement dilaté** et que :
 - **les trois cinquièmes de la tête fœtale sont palpables au-dessus** de la symphyse pubienne ou que l'os du **crâne** fœtal qui se trouve à l'avant de la présentation est **au-dessus du niveau -2**, pratiquer une césarienne (**p.I-47**) ;
 - **entre un et trois cinquièmes de la tête fœtale est/sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne** ou que l'os du crâne fœtal qui est à l'avant de la présentation **se situe entre le niveau 0 et le niveau -2** :
 - procéder à une extraction par ventouse obstétricale (**p.I-29**) et à une symphysiotomie (**p.I-59**) ;
 - **pour les opérateurs qui n'auraient pas les compétences nécessaires pour réaliser une symphysiotomie**, il est possible de pratiquer une césarienne (**p.I-47**) ;
 - au plus, **un cinquième de la tête fœtale est palpable au-dessus de la symphyse pubienne** ou que l'os du **crâne** fœtal qui se trouve à l'avant de la présentation **est au niveau 0**, procéder à une extraction par ventouse obstétricale (**p.I-29**) ou par forceps (**p.I-35**).

PRESENTATION DU FRONT

Dans la présentation du front, l'engagement est généralement impossible et il est habituel que le travail soit arrêté. Il est rare que la présentation du front évolue spontanément vers une présentation du sommet ou de la face, en particulier lorsque le fœtus est de petite taille ou lorsqu'il est mort *in utero* et macéré. Il est également inhabituel qu'une présentation du front d'un fœtus de taille moyenne subisse une rotation spontanée une fois que les membranes sont rompues.

- **Si le fœtus est vivant**, pratiquer une césarienne (**p.I-47**).
- **Si le fœtus est mort** et que :
 - **le col n'est pas complètement dilaté**, pratiquer une césarienne (**p.I-47**) ;

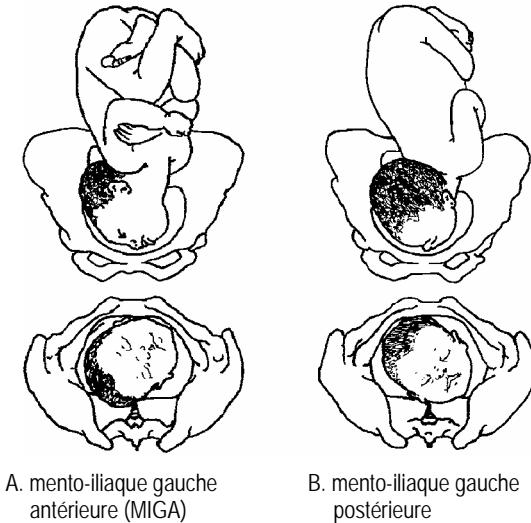
- le col est complètement dilaté :
 - extraire le fœtus en procédant à une craniotomie (p.I-65) ;
 - pour les opérateurs qui n’auraient pas les compétences nécessaires pour réaliser une craniotomie, il est possible de pratiquer une césarienne (p.I-47).

Ne pratiquer ni extraction par ventouse obstétricale, ni accouchement par forceps bas, ni symphysiotomie pour extraire un enfant en présentation du front.

PRESENTATION DE LA FACE

Le menton sert de point de référence pour décrire la position de la tête. Il est nécessaire de distinguer les positions mento-antérieures dans lesquelles le menton est tourné vers l’avant du bassin maternel (fig. S-24 A) des positions mento-postérieures (fig. S-24 B).

FIGURE S-24 Présentation de la face



Il n’est pas rare que le travail soit prolongé. La descente et le dégagement de la tête peuvent s’accomplir par flexion dans la position mento-antérieure. En revanche, dans la position mento-postérieure, la tête en déflexion complète est bloquée par le sacrum, ce qui empêche la descente et entraîne un arrêt de la progression.

POSITION MENTO-ANTERIEURE

- **Si le col est complètement dilaté :**
 - laisser l'accouchement se dérouler normalement (**p.P-78**) ;
 - si **la progression est lente** et qu'il n'y a **pas de signe de dystocie mécanique (tableau S-10, p.S-65)**, renforcer l'activité utérine en administrant de l'ocytocine (**p.I-27**) ;
 - si **la descente est insuffisante**, procéder à une extraction par forceps (**p.I-35**).
- **Si le col n'est pas complètement dilaté** et qu'il n'y a **pas de signe de dystocie mécanique**, renforcer l'activité utérine en administrant de l'ocytocine (**p.I-27**). Examiner la progression comme pour la présentation du sommet.

POSITION MENTO-POSTERIEURE

- **Si le col est complètement dilaté**, pratiquer une césarienne (**p.I-47**).
- **Si le col n'est pas complètement dilaté**, surveiller la descente de la présentation, la rotation et la progression. Si la patiente présente des **signes de dystocie mécanique**, pratiquer une césarienne (**p.I-47**).
- **Si le fœtus est mort :**
 - l'extraire en procédant à une craniotomie (**p.I-65**) ;
 - **pour les opérateurs qui n'auraient pas les compétences nécessaires pour réaliser une craniotomie**, il est possible de pratiquer une césarienne (**p.I-47**).

Ne pas utiliser de ventouse obstétricale pour extraire un enfant en présentation de la face.

PRESENTATION MIXTE

L'accouchement spontané ne peut se produire que si le fœtus est très petit ou mort et macéré. La progression est arrêtée au cours de la phase d'expulsion.

- Il est parfois possible de repositionner le bras qui fait saillie :
 - aider la patiente à adopter une position genu-pectorale (**fig. S-25, p.S-88**) ;

- pousser le bras fœtal au-dessus du bord du bassin et le maintenir dans cette position jusqu'à ce qu'une contraction pousse la tête dans le bassin ;
- procéder ensuite comme pour un accouchement normal (p.P-78).

FIGURE S-25 Position genu-pectorale



- Si l'intervention est sans succès ou si le cordon est en avant de la présentation, pratiquer une césarienne (p.I-47).

PRESENTATION DU SIEGE

Un travail prolongé associé à une présentation du siège est une indication de césarienne urgente. Il faut considérer l'absence de progression du travail comme un signe de disproportion fœto-pelvienne potentielle (tableau S-10, p.S-65).

Le travail prématuré s'accompagne souvent de présentations du siège.

DEBUT DU TRAVAIL

Dans l'idéal, il faudrait que tous les accouchements par le siège ait lieu dans un hôpital équipé pour pratiquer des interventions chirurgicales.

- Essayer de procéder à une version par manœuvre externe (p.I-17) si :
 - la grossesse a 37 semaines ou davantage (avant 37 semaines, une version réussie a toutes les chances d'être annulée par un retour spontané à une présentation du siège) ;
 - l'accouchement par voie basse est possible ;
 - les dispositions sont prises pour pratiquer une césarienne d'urgence ;

- les membranes sont intactes et que le liquide amniotique est en quantité suffisante ;
- il n’y a pas de complication (comme un retard de croissance fœtale, un saignement utérin, une césarienne antérieure, une malformation du fœtus, une grossesse gémellaire, une hypertension, une mort fœtale *in utero*).
- **Si la version par manœuvre externe est réussie**, procéder ensuite comme pour un accouchement normal (**p.P-78**).
- **Si la version par manœuvre externe échoue**, entreprendre un accouchement par le siège (voir ci-dessous) ou une césarienne (**p.I-47**).

ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE PAR VOIE BASSE

- Un accouchement par le siège (**p.I-39**) peut être réalisé sans danger par un prestataire de soins qualifié dans les conditions suivantes :
 - il s’agit d’un siège complet (**fig. S-20, p.S-83**) ou d’un siège décompleté mode des fesses (**fig. S-21, p.S-83**) ;
 - la pelvimétrie clinique a confirmé que le bassin maternel était compatible avec un tel accouchement ;
 - le fœtus n’est pas trop gros ;
 - la patiente n’a pas subi de césarienne pour une disproportion céphalo-pelvienne par le passé ;
 - la tête est fléchie.
 - Examiner la patiente régulièrement et reporter la progression du travail sur le partogramme (**p.P-73**).
 - **Si les membranes se rompent**, examiner la patiente immédiatement pour écarter la possibilité d’une précidence du cordon.
- Note** : Ne pas rompre les membranes.
- **Si le cordon est en avant de la présentation** et que **l’accouchement n’est pas imminent**, pratiquer une césarienne (**p.I-47**).
 - **Si le rythme cardiaque fœtal est anormal** (inférieur à 100 btts/min ou supérieur à 180 btts/min), ou si **le travail est prolongé**, pratiquer une césarienne (**p.I-47**).

Note : La présence de méconium dans le liquide amniotique est courante dans les accouchements par le siège et ne constitue pas un signe de souffrance fœtale si le rythme cardiaque fœtal est normal.

La patiente ne doit pas fournir d'efforts expulsifs avant que le col soit complètement dilaté. La dilatation complète sera confirmée par un examen vaginal.

CESARIENNE POUR PRESENTATION DU SIEGE

- La césarienne (**p.I-47**) est plus sûre que l'accouchement par le siège par voie basse et elle est recommandée dans les cas de :
 - siège décomplété mode des pieds lorsque les deux jambes sont en extension vers le bas ;
 - bassin étroit ou malformation du bassin ;
 - très gros enfant ;
 - césarienne antérieure pour une disproportion céphalo-pelvienne ;
 - tête en hyper-extension ou en déflexion complète.

Note : La césarienne programmée n'améliore pas l'issue des accouchements prématurés par le siège.

COMPLICATIONS

Les complications fœtales de la présentation du siège sont notamment :

- la procidence du cordon ;
- les traumatismes obstétricaux pouvant résulter d'une extension du bras ou de la tête, d'une dilatation incomplète du col ou d'une disproportion céphalo-pelvienne ;
- l'asphyxie pouvant résulter d'une procidence du cordon, d'une compression du cordon, d'un décollement du placenta ou d'une rétention de la tête ;
- les lésions d'organes abdominaux ;
- les fractures de la nuque.

PRESENTATION TRANSVERSALE ET PRESENTATION DE L'ÉPAULE

- Si la patiente est en **début de travail** et que **les membranes sont intactes**, essayer de réaliser une version par manœuvre externe (**p.I-17**) :
 - si la **version par manœuvre externe est réussie**, procéder ensuite comme pour un accouchement normal (**p.P-78**) ;

- si **la version par manœuvre externe est sans succès** ou n'est pas recommandée, pratiquer une césarienne (**p.I-47**).
- Surveiller la patiente pour détecter le cas échéant les signes d'une procidence du cordon. Si **le cordon fait procidence** et que **l'accouchement n'est pas imminent**, pratiquer une césarienne (**p.I-47**).

Note : Si la patiente est laissée sans surveillance, l'utérus risque de se rompre (**p.S-22**).

Dans la pratique actuelle, lorsqu'une présentation transversale persiste pendant le travail, on réalise une césarienne, que le fœtus soit vivant ou qu'il soit mort.

PROBLEME

- La tête est dégagée mais les épaules sont enclavées et ne peuvent être dégagées.

PRISE EN CHARGE GENERALE

- Etre prêt à faire face à une dystocie des épaules lors de tout accouchement, en particulier si l'on s'attend à la naissance d'un gros enfant.
- S'entourer de plusieurs personnes pour se faire aider.

La dystocie des épaules est imprévisible.

DIAGNOSTIC

- La tête fœtale est dégagée mais reste « collée » à la vulve.
- Le menton se rétracte et provoque une dépression du périnée.
- La traction exercée sur la tête ne suffit pas à dégager l'épaule antérieure qui est impactée derrière la symphyse pubienne.

PRISE EN CHARGE

- **APPELER DE L'AIDE.** Mobiliser tout le personnel disponible immédiatement.
- Réaliser une épisiotomie suffisamment large (**p.I-81**) pour réduire l'obstacle constitué par les parties molles et faciliter la manipulation.
- La patiente est allongée sur le dos. Lui demander de mettre ses cuisses en hyperflexion, et de remonter les genoux le plus haut possible sur sa poitrine (**fig. S-26, p.S-94**). Demander à deux aides de lui tenir fermement les jambes dans cette position en poussant les genoux vers la poitrine.

FIGURE S-26 Aide poussant fermement les genoux fléchis de la patiente vers sa poitrine



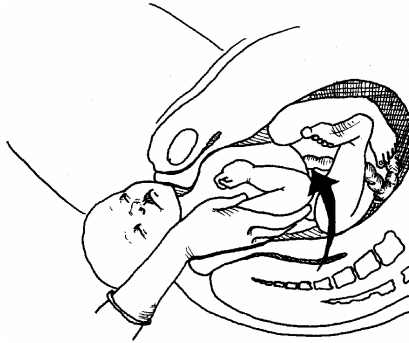
- Après avoir mis des gants désinfectés :
 - exercer une traction ferme et continue sur la tête fœtale, vers soi, afin d'abaisser, puis de faire pivoter l'épaule antérieure sous la symphyse pubienne ;

Note : Eviter toute traction excessive sur la tête car cela risquerait de provoquer un traumatisme du plexus brachial.
 - faire exercer simultanément une pression sus-pubienne vers le bas, par un aide, afin de faciliter le dégagement de l'épaule.

Note : Ne pas faire d'expression utérine car cela enclaverait plus encore l'épaule et risquerait de provoquer une rupture utérine.
- Si l'épaule n'est toujours pas dégagée :
 - après avoir mis des gants désinfectés, introduire une main dans le vagin ;
 - exercer une pression sur l'épaule antérieure en direction du sternum fœtal pour obtenir une rotation de l'épaule et faire diminuer le diamètre biacromial ;
 - si nécessaire, exercer une pression sur l'épaule postérieure, en direction du sternum.

- **Si malgré ces mesures, l'épaule n'est toujours pas dégagée :**
 - introduire à nouveau une main dans le vagin ;
 - saisir l'humérus du bras postérieur et, tout en maintenant le bras de l'enfant fléchi au niveau du coude, le ramener vers soi en le faisant glisser le long de l'abdomen, ce qui laisse à l'épaule antérieure la place nécessaire pour pivoter sous la symphyse pubienne (**fig. S-27**).

FIGURE S-27 Saisir l'humérus du bras postérieur et le ramener vers soi en le faisant glisser le long de l'abdomen



- **Si toutes les manœuvres ci-dessus ne suffisent pas à dégager l'épaule, il existe d'autres solutions possibles :**
 - fracturer la clavicule afin de réduire le diamètre biacromial et de libérer l'épaule antérieure ;
 - exercer une traction sur l'aisselle à l'aide d'un crochet pour extraire le bras postérieur.

PROBLEME

- Une femme en travail a un utérus surdistendu ou une hauteur utérine trop importante pour le terme.

PRISE EN CHARGE GENERALE

- La redresser.
- Dans la mesure du possible, s'assurer de l'exactitude de l'âge gestationnel théorique.

DIAGNOSTIC

- Si la palpation abdominale détecte **la présence d'un seul fœtus**, envisager la possibilité que les dates soient erronées, qu'il y ait un gros enfant (**p.S-98**) ou un hydramnios (**p.S-98**).
- Si la palpation abdominale détecte **plusieurs pôles fœtaux et diverses parties fœtales**, penser à une grossesse multiple. Les autres signes de grossesse multiple sont :
 - une tête fœtale petite par rapport à la taille de l'utérus ;
 - un utérus trop gros pour le terme ;
 - plus d'un foyer cardiaque à l'auscultation avec un Doppler fœtal.
Note : Ne pas utiliser de stéthoscope fœtal acoustique pour confirmer le diagnostic, car ce type d'appareil peut faire entendre un cœur en divers endroits.
- Procéder à une **échographie**, si l'établissement dispose du nécessaire, pour :
 - déterminer le nombre de fœtus, leurs présentations et tailles respectives ;
 - évaluer le volume de liquide amniotique.
- **S'il est impossible de faire une échographie**, faire un examen radiographique (vue antéro-postérieure) pour déterminer le nombre de fœtus et leurs présentations respectives.

PRISE EN CHARGE

GROSSESSE UNIQUE AVEC GROS ENFANT

- Procéder comme pour un accouchement eutocique (**p.P-63**).
- S'attendre à un accouchement prolongé et dystocique (**p.S-65**), à une dystocie des épaules (**p.S-93**) et à une hémorragie du post-partum (**p.S-27**) et se préparer en conséquence.

HYDRAMNIOS

- Laisser le travail se dérouler et surveiller la progression à l'aide d'un partogramme (**p.P-73**).
- **Si la patiente est gênée par la distension de l'utérus**, aspirer l'excès de liquide amniotique :
 - palper l'abdomen pour localiser le fœtus ;
 - préparer la peau avec un antiseptique (**p.P-24**) ;
 - dans des conditions d'asepsie, introduire une aiguille à ponction lombaire d'un calibre de 20 G dans la cavité utérine au travers de la paroi abdominale, et en retirer le mandrin ;
 - aspirer le liquide en utilisant une grosse seringue – une autre solution consiste à relier l'aiguille à un nécessaire de perfusion et à laisser le liquide s'écouler lentement dans la poche/le flacon ;
 - une fois que la patiente n'est plus gênée par la surdistension de l'utérus, remettre le mandrin en place et retirer l'aiguille.
- Si pour d'autres raisons, **la rupture des membranes est indiquée**, rompre les membranes à l'aide d'une pince à rompre ou d'une pince de Kocher (**p.I-19**).
- A la rupture des membranes, rechercher une procidence du cordon. **Si le cordon est en avant de la présentation** et que **l'accouchement n'est pas imminent**, pratiquer une césarienne (**p.I-47**).

GROSSESSE MULTIPLE

PREMIER ENFANT

- Installer une voie veineuse et commencer à perfuser lentement (p.P-23).
- Assurer la surveillance fœtale en écoutant par intermittence les rythmes cardiaques fœtaux. Si **les rythmes cardiaques fœtaux sont anormaux** (inférieurs à 100 btt/min ou supérieurs à 180 btt/min), redouter une souffrance fœtale (p.S-105).
- Vérifier la présentation :
 - s'il s'agit d'une **présentation du sommet**, laisser le travail se dérouler comme s'il y avait un seul fœtus en présentation du sommet (p.P-63) et surveiller la progression du travail à l'aide d'un partogramme (p.P-73) ;
 - s'il s'agit d'une **présentation du siège**, suivre le même protocole que s'il y avait un seul fœtus en présentation du siège (p.S-88) et surveiller la progression du travail à l'aide d'un partogramme (p.P-73) ;
 - s'il s'agit d'une **présentation transversale**, pratiquer une césarienne (p.I-47).

Laisser un clamp sur l'extrémité maternelle du cordon ombilical et ne pas essayer de procéder à la délivrance avant que le dernier enfant soit né.

DEUXIEME ENFANT ET ENFANT(S) SUIVANT(S)

- Immédiatement après la naissance du premier enfant :
 - palper l'abdomen pour déterminer la position du fœtus suivant ;
 - le cas échéant, faire une version par manœuvre externe (p.I-17) pour le ramener à une position verticale ;
 - écouter le(s) rythme(s) cardiaque(s) fœtal/fœtaux.
- Faire un examen vaginal pour déterminer si :
 - le cordon est en avant de la présentation (p.S-107) ;
 - les membranes sont intactes ou rompues.

PRESENTATION DU SOMMET

- Si **la tête n'est pas engagée**, amener, dans la mesure du possible, la tête dans le bassin par une manœuvre externe (les mains sur l'abdomen).
- Si **les membranes sont intactes**, les rompre à l'aide d'une pince à rompre ou d'une pince de Kocher.
- Vérifier le rythme cardiaque fœtal entre les contractions.
- Si **après la naissance du premier enfant, les contractions sont insuffisantes**, renforcer l'activité utérine en administrant de l'ocytocine à la patiente et en augmentant rapidement les doses (**tableau I-8, p.I-25**) afin d'induire des contractions de bonne qualité (trois contractions en 10 minutes, qui durent chacune plus de 40 secondes).
- Si **l'accouchement ne se produit pas spontanément au bout de 2 h** de contractions de bonne qualité, ou si **le rythme cardiaque fœtal est anormal** (inférieur à 100 bts/min ou supérieur à 180 bts/min), pratiquer une césarienne (**p.I-47**).

PRESENTATION DU SIEGE

- Si d'après les estimations **le deuxième enfant n'est pas plus gros que le premier**, et si **le col ne s'est pas contracté**, envisager une extraction par le siège (**p.I-44**) ou un accouchement par voie basse (**p.P-89**).
 - Si **les contractions sont insuffisantes ou absentes après la naissance du premier enfant**, accélérer la perfusion d'ocytocine (**tableau I-8, p.I-25**) pour induire des contractions de bonne qualité (trois contractions en 10 minutes, qui durent chacune plus de 40 secondes).
 - Si **les membranes sont intactes** et que **le siège est descendu**, rompre les membranes à l'aide d'une pince à rompre ou d'une pince de Kocher (**p.I-19**).
 - Contrôler **le rythme cardiaque fœtal** entre les contractions. S'il **est anormal** (inférieur à 100 bts/min ou supérieur à 180 bts/min), procéder à une extraction du siège (**p.I-44**).
- Si **l'accouchement par voie basse n'est pas possible**, pratiquer une césarienne (**p.I-47**).

PRESENTATION TRANSVERSALE

- Si les membranes sont intactes, essayer de réaliser une version par manœuvre externe (p.I-17).
- Si la version par manœuvre externe est sans succès, que le col est complètement dilaté et que les membranes sont toujours intactes, essayer de réaliser une version par manœuvre interne.

Note : Le prestataire de soins ne doit pas essayer de réaliser une version par manœuvre interne s'il n'y est pas formé, ou encore, si les membranes sont rompues et si le liquide amniotique s'est écoulé ou si l'utérus est cicatriciel. Il ne faut pas non plus insister si le fœtus ne tourne pas aisément.

- Après avoir mis des gants désinfectés, introduire une main dans l'utérus et saisir le pied de l'enfant ;
- faire tourner l'enfant en douceur de manière à ce qu'il se retrouve en position verticale ;
- terminer par une extraction du siège (p.I-44).
- Vérifier le rythme cardiaque fœtal entre les contractions.
- Si la version par manœuvre externe est sans succès et qu'il n'est pas recommandé de procéder à une version par manœuvre interne ou si celle-ci est également sans succès, pratiquer une césarienne (p.I-47).
- Injecter 10 unités d'ocytocine ou 0,2 mg d'ergométrine, en IM, en 1 minute, après la naissance du dernier enfant et poursuivre en prenant activement en charge le troisième stade du travail afin de limiter la perte de sang après l'accouchement (p.P-80).

COMPLICATIONS

- Les complications maternelles que peut entraîner une grossesse multiple sont notamment :
 - l'anémie ;
 - l'avortement ;
 - l'hypertension gestationnelle et la pré-éclampsie ;
 - l'hydramnios ;
 - une dystocie dynamique ;
 - la rétention placentaire ;
 - l'hémorragie du post-partum.

- Les éventuelles complications placentaires/fœtales sont notamment :
 - le placenta prævia ;
 - l'hématome rétroplacentaire ;
 - l'insuffisance placentaire ;
 - l'accouchement prématuré ;
 - le faible poids de naissance ;
 - les présentations dystociques ;
 - la procidence du cordon ;
 - les malformations congénitales.

PROBLEME

- Une femme en travail a un utérus cicatriciel du fait d'un antécédent de chirurgie utérine.

PRISE EN CHARGE GENERALE

- Installer une voie veineuse et commencer à perfuser (**p.P-23**).
- Si possible, déterminer la cause de l'opération qui est à l'origine de la cicatrice. La césarienne et les autres opérations chirurgicales de l'utérus (comme la réfection d'une rupture utérine ou l'exérèse d'une grossesse ectopique implantée dans une corne) laissent une cicatrice dans la paroi utérine. Cette cicatrice peut affaiblir l'utérus et se traduire par une rupture utérine au cours du travail (**encadré S-6**).

ENCADRE S-6 Rupture de cicatrices utérines

- Les **cicatrices corporéales** de césarienne sont susceptibles de se rompre avant le travail ou pendant la phase de latence.
- Les **cicatrices segmentaires** se rompent généralement pendant la phase active du travail ou pendant la phase d'expulsion.
- Il arrive que la rupture ne pénètre que légèrement dans le myomètre et ne cause qu'une douleur et un saignement légers. Dans ce cas, le fœtus et le placenta peuvent rester dans l'utérus et le fœtus peut survivre pendant plusieurs minutes voire plusieurs heures.

PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE

Des études ont montré que quelque 50% des femmes porteuses d'une cicatrice segmentaire de césarienne pouvaient accoucher par voie basse. La fréquence de rupture des cicatrices transversales basses au cours d'une épreuve utérine rigoureusement surveillée n'est que de 1 %.

L'ÉPREUVE UTERINE

- S'assurer que les conditions sont favorables à l'épreuve utérine, c'est-à-dire :
 - que l'opération chirurgicale antérieure était une césarienne segmentaire ;
 - que la présentation est une présentation normale du sommet ;

- qu’il est possible, en cas d’urgence, de réaliser une césarienne immédiate.
- **Si ces conditions ne sont pas remplies ou si la patiente a eu des césariennes du segment inférieur de l’utérus par deux fois ou a des antécédents de rupture(s) utérine(s)**, pratiquer une césarienne (p.I-47).
- Surveiller la progression du travail à l’aide d’un partogramme (p.P-73).
- **Si la courbe de dilatation franchit la ligne d’alerte** du partogramme, en déterminer la cause et prendre les mesures qui s’imposent :
 - si la lenteur de la progression est due à l’**inefficacité des contractions utérines (tableau S-10, p.S-65)**, rompre les membranes à l’aide d’une pince à rompre ou d’une pince de Kocher et renforcer l’activité utérine en administrant de l’ocytocine (p.I-19) ;
 - **s’il y a apparemment une disproportion céphalo-pelvienne ou une dystocie mécanique (tableau S-10, p.S-65)**, pratiquer immédiatement une césarienne (p.I-47).
- S’il y a des **signes de rupture utérine imminente** (pouls maternel rapide, douleur abdominale et sensibilité sus-pubienne persistante, souffrance fœtale), pratiquer immédiatement une césarienne (p.I-47).
- **Si la patiente présente des signes de rupture utérine**, pratiquer immédiatement une césarienne (p.I-47) et réparer la brèche utérine (p.I-109) ou faire une hystérectomie (p.I-119).

PROBLEMES

- Rythme cardiaque fœtal anormal (inférieur à 100 btts/min ou supérieur à 180 btts/min).
- Présence de méconium épais dans le liquide amniotique.

PRISE EN CHARGE GENERALE

- Redresser la patiente ou l'allonger sur le côté gauche.
- Si un traitement à l'ocytocine a été commencé, l'arrêter.
- Administrer 4 à 6 l d'oxygène à l'aide d'un masque ou d'une sonde nasale.

RYTHME CARDIAQUE FŒTAL ANORMAL

ENCADRÉ S-7 Rythme cardiaque fœtal anormal

- Il arrive qu'un **rythme cardiaque fœtal normal** ralentisse pendant une contraction mais il redevient habituellement normal dès que l'utérus se relâche.
- **Si le rythme cardiaque fœtal devient très lent** en l'absence de contractions ou s'il reste très lent après les contractions, c'est un signe évocateur d'une souffrance fœtale.
- **Un rythme cardiaque fœtal rapide** peut être dû à une fièvre maternelle, à des médicaments provoquant une accélération du rythme cardiaque maternel (par exemple, des tocolytiques), à une hypertension maternelle ou à une amniotite. Si le rythme cardiaque maternel n'est pas rapide, il convient de considérer un rythme cardiaque fœtal rapide comme un signe de souffrance fœtale.

- **S'il est établi que la souffrance fœtale est d'origine maternelle** (par exemple, une fièvre maternelle ou l'absorption de médicaments), entamer le traitement approprié
- **S'il n'est pas établi que la souffrance fœtale est d'origine maternelle** et que **le rythme cardiaque fœtal reste anormal** pendant au moins trois contractions, faire un examen vaginal et rechercher des signes qui pourraient expliquer cette souffrance fœtale :
 - s'il y a un **saignement accompagné de douleurs intermittentes ou permanentes**, redouter un hématome rétroplacentaire (p.S-20) ;

- si la patiente présente des **signes d'infection** (fièvre, leucorrhées nauséabondes), administrer les antibiotiques prévus pour l'amniotite (**p.S-155**) ;
- si le **cordon ombilical est en avant de la présentation** ou s'il est **saillant dans le vagin**, procéder comme indiqué pour une procidence du cordon (**p.S-107**).
- Si **les anomalies du rythme cardiaque fœtal persistent** ou s'il y a d'autres signes de détresse (liquide amniotique teinté de méconium épais), programmer l'accouchement :
 - si le **col est complètement dilaté** et que, **au plus, un cinquième de la tête fœtale est palpable au-dessus de la symphyse pubienne** ou que l'os du **crâne** fœtal qui est à l'avant de la présentation est **au niveau 0**, procéder à une extraction par ventouse obstétricale (**p.I-29**) ou par forceps (**p.I-35**) ;
 - si le **col n'est pas complètement dilaté** ou si **plus d'un cinquième de la tête fœtale est palpable au-dessus de la symphyse pubienne** ou que l'os du **crâne** fœtal qui est à l'avant de la présentation est **au-dessus du niveau 0**, pratiquer une césarienne (**p.I-47**).

PRESENCE DE MECONIUM DANS LE LIQUIDE AMNIOTIQUE

- On observe fréquemment une coloration méconiale du liquide amniotique pendant que le fœtus grandit et ce n'est pas en soi une indication de souffrance fœtale. Une coloration méconiale légère sans anomalie du rythme cardiaque fœtal est une indication de vigilance.
- La présence d'un **méconium épais** évoque une émission de méconium dans un liquide amniotique en quantité réduite et peut indiquer qu'il est nécessaire d'accélérer l'accouchement et d'aspirer les voies aériennes supérieures de l'enfant dès la naissance pour prévenir l'inhalation de méconium (**p.S-159**).
- Dans les cas de **présentation du siège**, du méconium est expulsé pendant le travail du fait de la compression de l'abdomen fœtal qui accompagne l'accouchement. Ce n'est pas un signe de détresse à moins qu'il ne se produise au début du travail.

PROBLEMES

- Le cordon ombilical se trouve dans la filière génitale, au-dessous de la présentation.
- Le cordon ombilical est visible au niveau de la vulve après la rupture des membranes.

PRISE EN CHARGE GENERALE

- Administrer 4 à 6 l d'oxygène par minute, à l'aide d'un masque ou d'une canule nasale.

PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE

CORDON PULSATILE

Si le cordon est pulsatile, le fœtus est vivant.

- Diagnostiquer le stade du travail en cours en procédant immédiatement à un examen vaginal (**tableau P-8, p.P-66**).
- Si la patiente en est au **premier stade du travail**, dans tous les cas :
 - après avoir mis des gants désinfectés, introduire une main dans le vagin et pousser la présentation en arrière afin de la déloger du bassin et de diminuer la compression du cordon ;
 - placer l'autre main sur l'abdomen, sur la région sus-pubienne, afin de maintenir la présentation hors du bassin ;
 - une fois que la présentation est fermement maintenue au-dessus du bord pelvien, retirer la première main du vagin et garder l'autre main sur l'abdomen, jusqu'à la réalisation de la césarienne ;
 - si l'établissement en dispose, injecter lentement 0,5 mg de salbutamol en IV, en 2 minutes, pour faire diminuer les contractions ;
 - pratiquer immédiatement une césarienne (**p.I-47**).
- Si la patiente en est au deuxième stade du travail :
 - accélérer l'accouchement en réalisant une épisiotomie (**p.I-81**) et une extraction par ventouse obstétricale (**p.I-29**) ou par forceps (**p.I-35**) ;

- en cas de **présentation du siège**, procéder à une extraction du siège (**p.I-44**) et appliquer un forceps sur la tête dernière (**p.I-43**) ;
- se tenir prêt à ranimer le nouveau-né (**p.S-158**).

CORDON NON PULSATILE

Si le **cordon n'est pas pulsatile**, le fœtus est mort. Accoucher la patiente selon le mode le plus sûr.

PROBLEME

- Une femme enceinte ou en travail a de la fièvre (température de 38 °C ou davantage).

PRISE EN CHARGE GENERALE

- L'encourager à rester alitée.
- L'encourager à boire plus qu'à l'accoutumée.
- L'éventer ou la bassiner à l'eau fraîche pour faire baisser sa température.

DIAGNOSTIC

TABLEAU S-13 Diagnostic d'une fièvre pendant la grossesse ou le travail

| Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents | Symptômes et signes cliniques parfois présents | Diagnostic probable |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dysurie • Mictions plus fréquentes et plus impérieuses | <ul style="list-style-type: none"> • douleur vésicale/sus-pubienne • douleurs abdominales | cystite, p.S-112 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Dysurie • Fièvre oscillante/frissons • Fréquence et urgence accrue de la miction • Douleurs abdominales | <ul style="list-style-type: none"> • douleur vésicale/sus-pubienne • douleur/sensibilité rénale • sensibilité de la cage thoracique • anorexie • nausées/vomissements | pyélonéphrite aiguë, p.S-113 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Leucorrhées nauséabondes avant 22 semaines • Fièvre • Utérus sensible | <ul style="list-style-type: none"> • douleurs abdominales basses • douleur abdominale à la décompression • saignement prolongé • collection suppurée au niveau du col | avortement septique, tableau S-2, p.S-9 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre/frissons • Écoulement vaginal aqueux et nauséabond après 22 semaines • Douleurs abdominales | <ul style="list-style-type: none"> • écoulement antérieur de liquide • utérus sensible • rythme cardiaque fœtal rapide • saignement vaginal léger | amniotite, p.S-155 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Dyspnée • Toux accompagnée d'expectorations • Douleur thoracique | <ul style="list-style-type: none"> • foyers de condensation massive • goge congestionnée • respiration rapide • ronchi/râles ronflants | pneumonie, p.S-145 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Frissons • Céphalées • Douleurs musculaires/articulaires | <ul style="list-style-type: none"> • splénomégalie | paludisme simple, p.S-114 |

TABLEAU S-13 Diagnostic d'une fièvre pendant la grossesse ou le travail (suite)

| Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents | Symptômes et signes cliniques parfois présents | Diagnostic probable |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • symptôme et signes cliniques de paludisme simple • coma • anémie | <ul style="list-style-type: none"> • convulsions • ictère | paludisme sévère ou compliqué, p.S-58 |
| <ul style="list-style-type: none"> • fièvre • céphalées • toux sèche • malaises • anorexie • splénomégalie | <ul style="list-style-type: none"> • confusion • stupeur | typhoïde^a |
| <ul style="list-style-type: none"> • fièvre • malaises • anorexie • nausées • urines foncées et selles décolorées • ictère • hépatomégalie | <ul style="list-style-type: none"> • douleurs musculaires articulaires • urticaire • splénomégalie | hépatite^b |

^a Administrer 1 g d'ampicilline par voie orale, quatre fois par jour, ou 1 g d'amoxicilline par voie orale, trois fois par jour, pendant 14 jours. Les traitements de substitution dépendent de la pharmacorésistance locale.

^b Dispenser un traitement de soutien et observer.

PRISE EN CHARGE

INFECTIONS DES VOIES URINAIRES

Partir de l'hypothèse qu'une infection urinaire intéresse tous les niveaux des voies urinaires, des calices rénaux au méat urétral.

TESTS

On peut détecter la présence d'une infection urinaire à l'aide d'un test sur bandelette réactive, d'un examen microscopique ou d'une culture d'urine, mais ces tests ne permettent pas de distinguer une cystite d'une pyélonéphrite aiguë.

- Le test de recherche sur bandelette réactive de la leucocyte-estérase permet de déceler la présence de leucocytes dans l'urine. De même, le test de recherche de la nitrate réductase met en évidence la présence de nitrite dans l'urine.
- L'examen microscopique d'un échantillon d'urine peut révéler la présence de globules blancs en amas, de bactéries et, parfois, de globules rouges.
- Enfin, lorsqu'ils sont réalisables, la culture d'urine et l'antibiogramme permettent d'identifier l'agent pathogène et de déterminer sa sensibilité aux antibiotiques.

Note : Pour les analyses d'urine, il est nécessaire d'utiliser un échantillon recueilli aseptiquement en milieu de jet afin de minimiser le risque de contamination.

CYSTITE

La cystite est une infection de la vessie.

- Traiter aux antibiotiques (**p.P-39**) :
 - 500 mg d'amoxicilline par voie orale, trois fois par jour, pendant 3 jours ;
 - OU 1 comprimé de triméthoprimé-sulfaméthoxazole (160 mg/800 mg) par voie orale, deux fois par jour, pendant 3 jours.
- Si le **traitement est sans succès**, faire si possible une culture d'un échantillon d'urine et un antibiogramme et traiter avec un antibiotique adapté à l'agent pathogène en cause.
- Si l'**infection récidive deux fois ou plus** :
 - faire si possible une culture d'urine avec antibiogramme et traiter avec un antibiotique adapté à l'agent pathogène en cause ;
 - administrer également d'autres antibiotiques par voie orale, une fois par jour, à l'heure du coucher, pendant le reste de la grossesse et les deux premières semaines du post-partum, à titre de prophylaxie :
 - 1 comprimé de triméthoprimé-sulfaméthoxazole (160 mg/800 mg) ;
 - OU 250 mg d'amoxicilline.

Note : La prophylaxie est indiquée après des infections à répétition, et non après un épisode unique.

PYELONEPHRITE AIGUE

La pyélonéphrite aiguë est une infection aiguë des voies urinaires supérieures, qui intéresse essentiellement le bassinet du rein et peut aussi toucher le parenchyme rénal.

- En cas de **choc avéré ou présumé**, entamer immédiatement le traitement (**p.S-1**).
- Installer une perfusion et perfuser une solution intraveineuse à 150 ml/heure (**p.P-23**).
- Faire si possible une culture d'urine avec antibiogramme puis traiter avec un antibiotique adapté à l'agent pathogène en cause.
- **S'il n'est pas possible de faire une culture d'urine**, administrer une antibiothérapie jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 h (**p.P-39**) :
 - 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 h ;
 - PLUS 5 mg de gentamicine par kg, en IV, toutes les 24 h.
- Une fois que **la fièvre a disparu depuis 48 h**, administrer 1 g d'amoxicilline par voie orale, trois fois par jour, jusqu'au quatorzième jour inclus (à partir du début du traitement).

Note : Normalement une réponse clinique doit se produire dans les 48 h. S'il n'y a **pas de réponse au bout de 72 h**, revoir les résultats et réexaminer la couverture antibiotique.
- Administrer d'autres antibiotiques par voie orale, une fois par jour, à l'heure du coucher, pendant le reste de la grossesse et pendant les deux premières semaines du post-partum, à titre de prophylaxie :
 - 1 comprimé de triméthoprime-sulfaméthoxazole (160 mg/800 mg) ;
 - OU 250 mg d'amoxicilline.
- Veiller à ce que la patiente soit bien hydratée, par voie orale ou veineuse.
- Administrer 500 mg de paracétamol par voie orale, chaque fois que c'est nécessaire pour soulager la douleur ou faire baisser la température.
- **Si la patiente a des contractions palpables et un écoulement vulvaire muqueux teinté de sang**, penser à un travail prématuré (**p.S-136**).

PALUDISME SIMPLE

Deux espèces de parasites du paludisme, *P. falciparum* et *P. vivax*, sont responsables de la majorité des cas. Chez les femmes enceintes, le paludisme symptomatique à falciparum peut provoquer une maladie grave et peut être mortel s'il n'est pas détecté et traité suffisamment tôt. Lorsque le paludisme apparaît comme une maladie aiguë accompagnée de fièvre, il est difficile de le distinguer avec certitude de nombreuses autres causes de fièvre selon des critères cliniques. Il convient de considérer le paludisme comme le diagnostic le plus probable chez une femme enceinte qui a de la fièvre et qui a été exposée.

- Les femmes non immunisées contre le paludisme (femmes qui vivent dans des zones non impaludées) sont exposées aux complications les plus graves du paludisme (p.S-58).
- Les femmes ayant une immunité acquise contre le paludisme ont de grands risques de développer une anémie sévère et d'accoucher d'enfants de faible poids.

TESTS

- **Si l'établissement ne dispose pas du nécessaire pour les tests**, commencer le traitement par antipaludiques sur simple présomption clinique (par exemple, céphalées, fièvre, douleurs articulaires).
- Lorsque c'est possible, utiliser les tests suivants pour confirmer le diagnostic :
 - Examen microscopique d'une goutte épaisse et d'un frottis sanguin :
 - la goutte épaisse permettant de mieux détecter la présence de parasites (l'absence de parasite n'exclut pas la possibilité d'un paludisme) ; et
 - le frottis facilitant l'identification de l'espèce ou des espèces parasitaires.
 - Tests rapides de détection des antigènes.

PALUDISME A FALCIPARUM

PALUDISME SIMPLE ET AIGU A PLASMODIUM FALCIPARUM

Le paludisme à falciparum chloroquino-résistant est très répandu. Il peut également résister à d'autres médicaments (par exemple, à la quinine, à l'association sulfadoxine-pyriméthamine, à la méfloquine). Par

conséquent, il est important de suivre les directives nationales en matière de traitement. La primaquine, la tétracycline, la doxycycline et l'halofantrine sont contre-indiquées pendant la grossesse. Par ailleurs, les informations concernant les associations atovaquone-proguanil et artéméther-luméfantrine sont encore insuffisantes pour en recommander l'utilisation pendant la grossesse.

ZONES DE CHLOROQUINO-SENSIBILITE DE P. FALCIPARUM

- Administrer 10 mg de chloroquine base par kg, par voie orale, une fois par jour, pendant 2 jours, puis 5 mg/kg le troisième jour.

Note : La chloroquine est considérée comme sans danger pendant toute la grossesse.

ZONES DE CHLOROQUINO-RESISTANCE DE P. FALCIPARUM

Tout au long de la grossesse, le paludisme chloroquino-résistant peut être traité en associant de la sulfadoxine et de la pyriméthamine ou avec des sels de quinine (dichlorhydrate ou sulfate) par voie orale. Les divers traitements possibles sont :

- une prise unique de 3 comprimés de sulfadoxine-pyriméthamine par voie orale ;

Note : Ne pas administrer de sulfadoxine-pyriméthamine à la patiente si elle est allergique aux sulfamides.

- OU 10 mg de sel de quinine par kg, par voie orale, trois fois par jour, pendant 7 jours.

Note : S'il n'est pas possible d'observer le traitement à la quinine pendant 7 jours ou si les effets secondaires sont sévères, administrer le traitement pendant un minimum de trois jours, PLUS 3 comprimés de sulfadoxine-pyriméthamine par voie orale, en une seule fois, le premier jour du traitement (si l'association sulfadoxine-pyriméthamine est efficace ; consulter les directives nationales).

Il est également possible d'utiliser de la méfloquine pour traiter le paludisme symptomatique à falciparum pendant la grossesse, si le traitement à base de quinine ou de sulfadoxine-pyriméthamine est inadapté pour des questions de pharmacorésistance ou de contre-indications personnelles.

Note : Il convient que les cliniciens étudient soigneusement la question de l'utilisation de méfloquine en début de grossesse compte tenu du

manque relatif d'informations dont on dispose pour l'instant quant à l'innocuité de ce produit pendant le premier trimestre de la grossesse :

- dans les zones où les parasites sont sensibles à la méfloquine, administrer 15 mg de méfloquine par kg, par voie orale, en une seule fois ;
- dans les zones d'émergence de la résistance à la méfloquine, administrer d'abord 15 mg de méfloquine par kg, par voie orale, puis 10 mg/kg 24 h plus tard.

ZONES DE PALUDISME A FALCIPARUM MULTIRESISTANT

Dans certaines régions, le paludisme à falciparum est multirésistant (à la chloroquine, à l'association sulfadoxine-pyriméthamine et à la quinine ou à la méfloquine), ce qui limite les possibilités en matière de traitement. Consulter les directives nationales en la matière. Les divers traitements possibles sont :

- 10 mg de sel de quinine (dichlorhydrate ou sulfate) par kg, par voie orale, trois fois par jour pendant 7 jours ;
- OU 10 mg de sel de quinine par kg, par voie orale, trois fois par jour, pendant 7 jours, PLUS 300 mg de clindamycine, quatre fois par jour, pendant 5 jours ;

Note : On peut recourir à l'association de quinine et de clindamycine dans les zones de résistance à la quinine.

- OU 4 mg d'artésunate par kg, par voie orale, en une dose de charge fractionnée le premier jour, puis 2 mg/kg une fois par jour, par voie orale, pendant 6 jours.

Note : On peut utiliser l'artésunate pendant le deuxième et le troisième trimestre pour traiter le paludisme simple mais les informations concernant ce produit sont encore insuffisantes pour en recommander l'utilisation au premier trimestre. Toutefois, s'il n'y a pas d'autre solution, on peut utiliser de l'artésunate au premier trimestre.

PALUDISME A PLASMODIUM VIVAX

ZONES DE CHLOROQUINO-SENSIBILITE DE P. VIVAX

Dans les régions où *P. vivax* et *P. falciparum* ou *P. vivax* seul sont sensibles à la chloroquine, la chloroquine seule constitue le traitement de

choix. Dans les régions où *P. falciparum* est chloroquino-résistant, traiter comme une infection mixte (p.S-118).

- Administrer 10 mg de chloroquine par kg, par voie orale, une fois par jour, pendant 2 jours, puis 5 mg/kg, par voie orale, le troisième jour.

ZONES DE RESISTANCE DE P. VIVAX A LA CHLOROQUINE

Une résistance de *P. vivax* à la chloroquine a été signalée dans plusieurs pays et les informations dont on dispose actuellement pour déterminer le traitement optimal sont limitées. Avant d'envisager de donner des traitements de deuxième intention dans les cas où le traitement à la chloroquine a été sans succès, le clinicien doit s'assurer que l'échec ne résulte ni d'une non-observation du traitement, ni d'une nouvelle infection par *P. falciparum*. **S'il n'est pas possible de faire un test diagnostique**, traiter comme une infection mixte (voir ci-après). Les divers traitements possibles en cas de chloroquino-résistance avérée de *P. vivax* sont :

- 10 mg de sel de quinine (dichlorhydrate ou sulfate) par kg, par voie orale, deux fois par jour pendant 7 jours ;
Note : La dose de quinine est inférieure à celle qui est utilisée pour le paludisme à *falciparum* : il est donc essentiel de bien diagnostiquer l'espèce en cause.
- OU une prise unique de 15 mg de méfloquine par kg, par voie orale ;
- OU une prise unique de 3 comprimés de sulfadoxine-pyriméthamine par voie orale ;
Note : En général, l'association sulfadoxine-pyriméthamine n'est pas recommandée parce qu'elle a un mécanisme d'action lent sur *P. vivax*.
- OU 4 mg d'artésunate par kg, par voie orale, en une dose de charge fractionnée le premier jour, puis 2 mg/kg, une fois par jour, pendant 6 jours.

TRAITEMENT DES RECRUDESCENCES DU PALUDISME A P. VIVAX

P. vivax peut rester dans le foie à l'état quiescent. De temps en temps, les hypnozoïtes hépatiques sont libérés dans le sang et provoquent une nouvelle infection symptomatique à *P. vivax*. La primaquine est un bon remède contre ces recrudescences. Toutefois, elle ne doit pas être

utilisée pendant la grossesse mais uniquement après l'accouchement. La posologie varie d'une région à une autre. Se conformer aux directives nationales en la matière.

ZONES DE PALUDISME MIXTE A P. FALCIPARUM ET P. VIVAX

Dans les zones d'infection mixte, la proportion des espèces plasmodiales et leur pharmacosensibilité sont variables. Il est donc essentiel de suivre les directives nationales en matière de traitement. **Si le diagnostic est posé suite à un examen microscopique**, il est possible de prescrire un traitement spécifique. Dans le cas contraire, il y a deux possibilités :

- partir de l'hypothèse que l'infection est due à *P. falciparum* et traiter en conséquence (suivre les directives nationales) ;
- dans les régions où *P. falciparum* est chloroquino-résistant mais sensible à l'association sulfadoxine-pyriméthamine et où *P. vivax* est sensible à la chloroquine, administrer un traitement associant chloroquine et sulfadoxine-pyriméthamine en respectant la posologie habituelle.

PROBLEME

- Une femme a de la fièvre (température de 38 °C ou davantage) plus de 24 h après l'accouchement.

PRISE EN CHARGE GENERALE

- L'encourager à rester alitée.
- Veiller à ce qu'elle soit bien hydratée, par voie orale ou veineuse.
- L'éventer ou la bassiner à l'eau fraîche pour faire baisser la température.
- **Si l'état de la patiente évoque un choc**, commencer le traitement immédiatement (**p.S-1**). Même si la patiente ne présente pas de signe de choc, poursuivre l'examen en gardant cette éventualité à l'esprit, car son état peut se détériorer rapidement. **Si un choc survient**, il est important de commencer le traitement immédiatement.

DIAGNOSTIC

TABLEAU S-14 Diagnostic d'une fièvre après l'accouchement

| Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents | Symptômes et signes cliniques parfois présents | Diagnostic probable |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre et frissons • Douleurs pelviennes • Lochies purulentes et nauséabondes • Utérus sensible | <ul style="list-style-type: none"> • saignement vaginal léger^a • choc | endométrite puerpérale, p.S-122 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Douleur et distension abdominales basses • Fièvre oscillante et frissons persistants • Utérus sensible | <ul style="list-style-type: none"> • réponse faible aux antibiotiques • tuméfaction au niveau des annexes de l'utérus et/ou du cul-de-sac de Douglas • la culdocentèse ramène du pus | abcès pelvien, p.S-123 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre légère/frissons légers • Douleurs abdominales basses • Absence de borborygmes | <ul style="list-style-type: none"> • douleur abdominale à la décompression • distension abdominale • anorexie • nausées/vomissements • choc | péritonite, p.S-124 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Douleur et sensibilité mammaire • 3 à 5 jours après l'accouchement | <ul style="list-style-type: none"> • seins congestionnés et durs • affection des deux seins | engorgement mammaire, p.S-124 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Douleur et sensibilité mammaire • Placard rouge en quartier sur le sein • 3 à 4 semaines après l'accouchement | <ul style="list-style-type: none"> • inflammation précédée d'un engorgement • affection d'un seul sein le plus souvent | mastite, p.S-125 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sein dur et très douloureux • Erythème | <ul style="list-style-type: none"> • tuméfaction fluctuante du sein • écoulement de pus | abcès mammaire, p.S-126 |

^a Saignement léger: il faut plus de 5 minutes pour qu'une garniture ou un linge propre soient complètement souillés de sang.

TABLEAU S-14 Diagnostic d'une fièvre après l'accouchement (suite)

| Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents | Symptômes et signes cliniques parfois présents | Diagnostic probable |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Plaie plus sensible que la normale avec écoulement de sang ou de sérosités | <ul style="list-style-type: none"> • léger érythème s'étendant au-delà de la plaie | abcès, épanchement séreux ou hématome de paroi, p.S-127 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Plaie sensible et douloureuse • Erythème ou oedème s'étendant au-delà de la plaie | <ul style="list-style-type: none"> • plaie indurée • collection suppurée • rougeur autour de la plaie | cellulite traumatique, p.S-127 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Dysurie • Mictions plus fréquentes et plus impérieuses | <ul style="list-style-type: none"> • douleur vésicale/sus-pubienne • douleur abdominale | cystite, p.S-112 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Dysurie • Fièvre oscillante/frissons • Mictions plus fréquentes et plus impérieuses • Douleurs abdominales | <ul style="list-style-type: none"> • douleur vésicale/sus-pubienne • douleur/sensibilité lombaire • sensibilité de la cage thoracique • anorexie • nausées/vomissements | pyélonéphrite aiguë, p.S-113 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Poussées de fièvre malgré l'antibiothérapie | <ul style="list-style-type: none"> • mollet sensible | thrombose veineuse profonde^b |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Dyspnée • Toux accompagnée d'expectorations • Douleur thoracique | <ul style="list-style-type: none"> • foyers de condensation massive • gorge congestionnée • polypnée • ronchi/râles crépitants et souffle tubaire | pneumonie, p.S-145 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Bruits respiratoires faibles | <ul style="list-style-type: none"> • survient généralement suite à une opération | atélectasie^c |

^b Perfuser de l'héparine^c Encourager la patiente à se déplacer et à respirer profondément. Il n'est pas nécessaire de lui administrer des antibiotiques.

TABLEAU S-14 Diagnostic d'une fièvre après l'accouchement (suite)

| Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents | Symptômes et signes cliniques parfois présents | Diagnostic probable |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Frissons • Céphalées • Douleurs musculaires/articulaires | <ul style="list-style-type: none"> • splénomégalie | paludisme simple, p.S-114 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes et signes cliniques de paludisme simple • Coma • Anémie | <ul style="list-style-type: none"> • convulsions • ictère | paludisme sévère ou compliqué, p.S-58 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Céphalées • Toux sèche • Malaises • Anorexie • Splénomégalie | <ul style="list-style-type: none"> • confusion • stupeur | typhoïde^d |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Malaises • Anorexie • Nausées • Urines foncées et selles claires • Ictère • Hépatomégalie | <ul style="list-style-type: none"> • douleurs musculaires/articulaire • urticaire • splénomégalie | hépatite^e |

^d Administrer 1 g d'ampicilline par voie orale, quatre fois par jour OU 1 g d'amoxicilline par voie orale, trois fois par jour, pendant 14 jours. Les traitements de substitution dépendent de la pharmacorésistance locale.

^e Dispenser un traitement de soutien et observer.

PRISE EN CHARGE

ENDOMETRITE PUERPERALE

L'endométrite puerpérale est une infection de l'utérus qui survient après l'accouchement et constitue une grande cause de mortalité maternelle. Si

elle est traitée tardivement ou de manière inadéquate, elle peut évoluer vers un abcès pelvien, une péritonite, un choc septique, une thrombose veineuse profonde, une embolie pulmonaire, une infection génitale haute chronique accompagnée de douleurs pelviennes chroniques et de dyspareunie, une occlusion des trompes et enfin une stérilité.

- Transfuser selon les besoins. Dans la mesure du possible, utiliser des concentrés globulaires (**p.P-27**).
- Administrer un traitement associant plusieurs antibiotiques jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 h (**p.P-39**) :
 - 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 h ;
 - PLUS 5 mg de gentamicine par kg, en IV, toutes les 24h ;
 - PLUS 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 h ;
 - si la fièvre n'a toujours pas disparu 72 h après le début du traitement, réexaminer la patiente et revoir le diagnostic.

Note : Une fois le traitement terminé, il n'est pas nécessaire de remplacer les antibiotiques intraveineux par des antibiotiques oraux.

- En cas de présomption de **rétenion placentaire partielle**, faire une révision utérine pour extraire les caillots et les fragments de placenta. Utiliser une pince à faux germe ou une grande curette si nécessaire.
- Si les soins conservateurs ne produisent **pas d'amélioration** et si la patiente présente des **signes de péritonite généralisée** (fièvre, douleur abdominale à la décompression, douleur abdominale), réaliser une laparotomie pour drainer le pus.
- Si l'**utérus est nécrotique et septique**, faire une hystérectomie subtotale (**p.I-119**).

ABCES PELVIEN

- Administrer un traitement associant plusieurs antibiotiques avant de drainer l'abcès, et poursuivre le traitement jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 h (**p.P-39**) :
 - 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 h ;
 - PLUS 5 mg de gentamicine par kg, en IV, toutes les 24h ;
 - PLUS 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 h.
- S'il s'agit d'un **abcès fluctuant du Douglas**, drainer le pus à travers la paroi du cul-de-sac de Douglas (**p.I-79**). Si la fièvre continue à **osciller**, réaliser une laparotomie.

PERITONITE

- Faire une aspiration gastrique par voie nasale.
- Perfuser une solution intraveineuse (**p.P-23**).
- Administrer un traitement associant plusieurs antibiotiques avant de drainer l'abcès, et poursuivre le traitement jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 h (**p.P-39**) :
 - 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 h ;
 - PLUS 5 mg de gentamicine par kg, en IV, toutes les 24h ;
 - PLUS 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 h.
- Si nécessaire, faire une laparotomie pour pouvoir réaliser un lavage péritonéal.

ENGORGEMENT MAMMAIRE

L'engorgement mammaire est la conséquence d'une congestion lymphatique et veineuse excessive qui survient avant l'allaitement. Ce n'est pas une surdistension mammaire due à la présence de lait.

LA PATIENTE ALLAITE

- **Si la patiente allaite et que l'enfant n'arrive pas à téter**, l'encourager à exprimer son lait manuellement ou à l'aide d'un tire-lait.
- **Si la patiente allaite et que l'enfant arrive à téter** :
 - l'encourager à augmenter le nombre des tétées et à nourrir l'enfant aux deux seins à chaque fois ;
 - lui montrer comment tenir l'enfant et aider ce dernier à prendre le sein ;
 - apaiser la douleur avant la tétée, notamment en :
 - lui appliquant des compresses chaudes sur les seins juste avant la tétée, ou en l'encourageant à prendre une douche chaude ;
 - lui massant la nuque et le dos ;
 - l'incitant à exprimer un peu de lait manuellement avant la tétée et à humidifier la région du mamelon pour aider l'enfant à prendre le sein correctement et sans difficulté ;
 - apaiser la douleur après la tétée, notamment en :
 - assurant le maintien des seins à l'aide d'un bandage ou d'un soutien-gorge ;

- appliquant des compresses froides sur les seins entre les tétées pour diminuer la congestion ;
- administrant 500 mg de paracétamol par voie orale, quand c'est nécessaire ;
- la suivre pendant 3 jours à partir de la prise en charge afin de s'assurer de l'amélioration de son état.

LA PATIENTE N'ALLAITE PAS

- **Si la patiente n'allait pas :**
 - assurer le maintien des seins à l'aide d'un bandage ou d'un soutien-gorge ;
 - lui appliquer des compresses froides sur les seins pour diminuer la congestion et calmer la douleur ;
 - éviter de masser les seins et de les exposer à la chaleur ;
 - éviter de stimuler les mamelons ;
 - lui administrer 500 mg de paracétamol par voie orale, quand c'est nécessaire ;
 - la suivre pendant 3 jours à partir de la prise en charge afin de s'assurer de l'amélioration de son état.

INFECTION MAMMAIRE

MASTITE

- Administrer une antibiothérapie (**p.P-39**) :
 - 500 mg de cloxacilline par voie orale, quatre fois par jour, pendant 10 jours ;
 - OU 250 mg d'érythromycine par voie orale, trois fois par jour, pendant 10 jours.
- Encourager la patiente à :
 - continuer à allaiter ;
 - utiliser un bandage ou un soutien-gorge pour assurer le maintien de ses seins ;
 - appliquer des compresses froides sur ses seins entre les tétées, pour diminuer la congestion et calmer la douleur.
- Lui administrer 500 mg de paracétamol par voie orale, chaque fois que c'est nécessaire.

- La suivre pendant 3 jours à partir de la prise en charge afin de s'assurer de l'amélioration de son état.

ABCES MAMMAIRE

- Administrer une antibiothérapie (**p.P-39**) :
 - 500 mg de cloxacilline par voie orale, quatre fois par jour, pendant 10 jours ;
 - OU 250 mg d'érythromycine par voie orale, trois fois par jour, pendant 10 jours.
- Drainer l'abcès :
 - en général, une anesthésie générale (par exemple, à la kétamine (**p.I-15**)) est nécessaire ;
 - faire une incision radiale partant pratiquement du bord de l'aréole, en direction de l'extérieur du sein, afin d'éviter de léser les canaux galactophores ;
 - après avoir mis des gants désinfectés, rompre les poches de pus avec le doigt ou une pince ;
 - tamponner la cavité avec un tampon de gaze de faible densité ;
 - retirer le tampon après 24 h et le remplacer par un autre, plus petit.
- Si la cavité contient toujours du pus, y placer un petit tampon et en faire sortir une extrémité par la plaie, ce qui constituera une mèche et facilitera ainsi le drainage du pus restant.
- Encourager la patiente à :
 - continuer à allaiter même lorsqu'elle a des collections suppurées ;
 - utiliser un bandage ou un soutien-gorge pour assurer le maintien de ses seins ;
 - appliquer des compresses froides sur ses seins entre les tétées pour résorber la tuméfaction et apaiser la douleur.
- Administrer 500 mg de paracétamol par voie orale, chaque fois que c'est nécessaire.
- Suivre la patiente pendant 3 jours à partir de la prise en charge afin de s'assurer de l'amélioration de son état.

INFECTION DES PLAIES PERINEALES ET ABDOMINALES

ABCES, EPANCHEMENT SEREUX OU HEMATOME DE PAROI

- Si la plaie contient **du pus ou du liquide**, l'ouvrir et la drainer.
- Retirer les sutures cutanées ou sous-cutanées infectées et faire un débridement. Ne pas retirer les sutures de l'aponévrose.
- Si la patiente présente **un abcès sans cellulite**, il n'est pas nécessaire de lui administrer des antibiotiques.
- Placer un pansement humide dans la plaie et faire revenir la patiente toutes les 24 h pour changer le pansement.
- Lui expliquer qu'une bonne hygiène est nécessaire et qu'il faut utiliser des tampons et des serviettes hygiéniques propres et les changer fréquemment.

CELLULITE ET FASCIITE NECROSANTE

- Si la plaie contient **du liquide ou du pus**, l'ouvrir et la drainer.
- Retirer les sutures cutanées ou sous-cutanées infectées et faire un débridement. Ne pas retirer les sutures de l'aponévrose.
- **Si l'infection est superficielle et n'intéresse pas les tissus profonds**, surveiller la patiente et rechercher la formation d'un abcès, puis administrer un traitement associant plusieurs antibiotiques (p.P-39) :
 - 500 mg d'ampicilline par voie orale, quatre fois par jour, pendant 5 jours ;
 - PLUS 400 mg de métronidazole par voie orale, trois fois par jour, pendant 5 jours.
- **Si l'infection est profonde, qu'elle intéresse les muscles et provoque une nécrose** (fasciite nécrosante), administrer un traitement associant plusieurs antibiotiques jusqu'à l'ablation des tissus nécrosés et jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 h (p.P-39) :
 - 2 000 000 unités de pénicilline G en IV, toutes les 6 h ;
 - PLUS 5 mg de gentamicine par kg, en IV, toutes les 24 h ;
 - PLUS 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 h ;
 - une fois que **la fièvre a disparu depuis 48 h**, administrer :
 - 500 mg d'ampicilline par voie orale, quatre fois par jour, pendant 5 jours ;

- PLUS 400 mg de métronidazole par voie orale, trois fois par jour, pendant 5 jours.

Note : La fasciite nécrosante nécessite un large débridement chirurgical. Faire une suture secondaire 2 à 4 semaines plus tard, en fonction de la résorption de l'infection.

- **Si la patiente a une infection grave ou une fasciite nécrosante,** l'hospitaliser pour la traiter et changer le pansement deux fois par jour.

PROBLEME

- La patiente souffre de douleurs abdominales au cours des 22 premières semaines de la grossesse. Les douleurs abdominales peuvent constituer le premier signe de complications graves comme un avortement ou une grossesse ectopique.

PRISE EN CHARGE GENERALE

- **Evaluer rapidement** l'état général de la patiente, en particulier les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température).
- **Si l'état de la patiente évoque un choc**, commencer le traitement immédiatement (**p.S-1**). Même si la patiente ne présente pas de signe de choc, poursuivre l'examen en gardant cette éventualité à l'esprit, car son état peut se détériorer rapidement. **Si un choc survient**, il est important de commencer le traitement immédiatement.

Note : Il convient de toujours penser à une appendicite chez une patiente présentant une douleur abdominale. Il arrive, en effet, que l'on confonde l'appendicite avec d'autres affections plus courantes de la grossesse également responsables de douleurs abdominales (grossesse ectopique, hématome rétroplacentaire, torsion de kyste ovarien ou pyélonéphrite, par exemple).

DIAGNOSTIC

TABLEAU S-15 Diagnostic des douleurs abdominales en début de grossesse

| Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents | Symptômes et signes cliniques parfois présents | Diagnostic probable |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Douleurs abdominales • Masse latéro-utérine décelée au toucher vaginal | <ul style="list-style-type: none"> • masse palpable sensible et discrète dans le bas de l'abdomen • saignement vaginal léger^a | kyste de l'ovaire, p.S-131^b |
| <ul style="list-style-type: none"> • Douleurs abdominales basses • Fièvre légère • Douleur abdominale à la décompression | <ul style="list-style-type: none"> • distension abdominale • anorexie • nausées/vomissements • iléus paralytique • hyperleucocytose • absence de masse dans le bas de l'abdomen • douleur plus haute que ce à quoi on pourrait s'attendre | appendicite, p.S-132 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Dysurie • Mictions plus fréquentes et plus impérieuses • Douleurs abdominales | <ul style="list-style-type: none"> • douleur vésicale/sus-pubienne | cystite, p.S-112 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Dysurie • Fièvre oscillante/frissons • Mictions plus fréquentes et plus impérieuses • Douleurs abdominales | <ul style="list-style-type: none"> • douleur vésicale/sus-pubienne • douleur/sensibilité lombaire • sensibilité de la cage thoracique • anorexie • nausées/vomissements | pyélonéphrite aiguë, p.S-113 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre légère/frissons • Douleurs abdominales basses • Absence de borborygmes | <ul style="list-style-type: none"> • douleur abdominale à la décompression • distension abdominale • anorexie • nausées/vomissements • choc | péritonite, p.S-124 |

^a Saignement léger : il faut plus de 5 minutes pour qu'une garniture ou un linge propre soient complètement souillés de sang.

^b Il arrive que les kystes ovariens soient asymptomatiques. On les détecte parfois d'abord à l'examen physique.

TABLEAU S-15 Diagnostic des douleurs abdominales en début de grossesse (suite)

| Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents | Symptômes et signes cliniques parfois présents | Diagnostic probable |
|---|---|------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Douleurs abdominales • Saignement léger • Col fermé • Utérus légèrement plus gros que la normale • Utérus plus mou que la normale | <ul style="list-style-type: none"> • évanouissements • masse latéro-utérine sensible • aménorrhée • +sensibilité du col à la mobilisation | grossesse ectopique, p.S-14 |

PRISE EN CHARGE

KYSTE DE L'OVAIRE

Les kystes ovariens sont susceptibles de générer une douleur abdominale pendant la grossesse, s'ils sont tordus ou rompus. Les torsions et ruptures de kystes surviennent la plupart du temps au cours du premier trimestre.

- **Si la douleur est très forte**, penser à une torsion ou à une rupture de kyste. Réaliser immédiatement une laparotomie.

Note : Si le **prélèvement réalisé à la laparotomie évoque une tumeur maligne** (zones solides dans la tumeur, excroissances kystiques), l'envoyer immédiatement au laboratoire pour un examen histologique et transférer la patiente vers un centre de soins tertiaires où elle sera examinée et prise en charge.

- **Si le kyste mesure plus de 10 cm de diamètre** et est asymptomatique :
 - **s'il est détecté au premier trimestre**, en observer la croissance et être attentif à l'apparition éventuelle de complications ;
 - **s'il est détecté au deuxième trimestre**, faire une laparotomie et une kystectomie afin de prévenir les complications.
- **Si le kyste mesure entre 5 et 10 cm de diamètre**, suivre la patiente. Une laparotomie peut être nécessaire si le kyste grossit ou s'il ne diminue pas.

- Si le kyste mesure moins de 5 cm de diamètre, il se résorbe habituellement de lui-même et ne nécessite pas de traitement.

APPENDICITE

- Le traitement doit associer plusieurs antibiotiques avant l'opération et se poursuivre après celle-ci, jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 h (**p.P-39**) :
 - 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 h ;
 - PLUS 5 mg de gentamicine par kg, en IV, toutes les 24 h ;
 - PLUS 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 h.
- Faire immédiatement une exploration chirurgicale (sans tenir compte de l'avancement de la grossesse) et pratiquer, si nécessaire, une appendicectomie.

Note : Si l'appendicite n'est pas diagnostiquée et traitée à temps, elle peut évoluer vers une rupture de l'appendice et aboutir à une péritonite généralisée.

- Si la patiente présente des **signes de péritonite** (fièvre, douleur abdominale à la décompression et douleur abdominale en dehors de tout examen), lui administrer les antibiotiques indiqués (**p.S-124**).

Note : Le risque d'avortement ou de travail prématuré est accru par la péritonite.
- Si la douleur est très forte, injecter lentement 1 mg de péthidine par kg (mais pas plus de 100 mg), en IM ou en IV, ou 0,1 mg de morphine par kg, en IM.
- Il peut être nécessaire d'administrer des tocolytiques pour prévenir une entrée prématurée en travail (**tableau S-17, p.S-138**).

PROBLEMES

- La patiente a des douleurs abdominales après 22 semaines de grossesse.
- La patiente a des douleurs abdominales au cours des 6 semaines qui suivent l'accouchement.

PRISE EN CHARGE GENERALE

- **Evaluer rapidement** l'état général de la patiente, en particulier les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température).
- **Si l'état de la patiente évoque un choc**, commencer le traitement immédiatement (**p.S-1**). Même si la patiente ne présente pas de signe de choc, poursuivre l'examen en gardant cette éventualité à l'esprit, car son état peut se détériorer rapidement. Si un choc survient, il est important de commencer le traitement immédiatement.

Note : Il convient de toujours penser à une appendicite chez une patiente présentant une douleur abdominale. Il arrive, en effet, que l'on confonde l'appendicite avec d'autres affections plus courantes de la grossesse également responsables de douleurs abdominales. Si **l'appendicite survient en fin de grossesse**, il se peut que le foyer infectieux soit déplacé vers l'arrière par l'utérus gravide. Le volume de l'utérus diminue rapidement après l'accouchement, laissant ainsi l'infection s'étendre dans la cavité péritonéale. L'appendicite se transforme alors en péritonite généralisée.

DIAGNOSTIC

TABLEAU S-16 Diagnostic des douleurs abdominales en fin de grossesse ou après l'accouchement

| Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents | Symptômes et signes cliniques parfois présents | Diagnostic probable |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Contractions palpables • Pertes vaginales gluantes et filantes, teintées de sang (expulsion du bouchon muqueux) ou écoulement vulvaire acqueux avant 37 semaines | <ul style="list-style-type: none"> • dilatation et effacement du col • saignement vaginal léger^a | travail prématuré possible, p.S-136 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Contractions palpables • Pertes vaginales gluantes et filantes, teintées de sang (expulsion du bouchon muqueux) ou écoulement vulvaire acqueux à partir de 37 semaines | <ul style="list-style-type: none"> • dilatation et effacement du col • saignement vaginal léger | travail à terme possible, p.P-63 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Douleurs abdominales constantes ou intermittentes • Saignement (parfois intra-utérin) après 22 semaines de gestation | <ul style="list-style-type: none"> • choc • utérus tendu/sensible • mouvements fœtaux réduits/absents • souffrance fœtale ou absence des bruits du coeur fœtal | hématome rétroplacentaire, p.S-20 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Douleur abdominale sévère (pouvant diminuer après la rupture) • Saignement (intra-abdominal et/ou vaginal) | <ul style="list-style-type: none"> • choc • distension abdominale/ liquide libre • forme anormal de l'utérus • abdomen sensible • fœtus palpable sous la peau • absence des mouvements fœtaux et des bruits du coeur fœtal • pouls maternel rapide | rupture utérine, p.S-22 |

^a Saignement léger : il faut plus de 5 minutes pour qu'une garniture ou un linge propre soient complètement souillés de sang.

TABLEAU S-16 Diagnostic des douleurs abdominales en fin de grossesse ou après l'accouchement (suite)

| Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents | Symptômes et signes cliniques parfois présents | Diagnostic probable |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Douleurs abdominales • Écoulement vaginal aqueux et nauséabond après 22 semaines de gestation • Fièvre/frissons | <ul style="list-style-type: none"> • écoulement antérieur de liquide • utérus sensible • rythme cardiaque fœtal rapide • saignement vaginal léger | amniotite, p.S-155 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Douleurs abdominales • Dysurie • Mictions plus fréquentes et plus impérieuses | <ul style="list-style-type: none"> • douleur vésicale/sus-pubienne | cystite, p.S-112 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Dysurie • Douleurs abdominales • Fièvre oscillante/frissons • Mictions plus fréquentes et plus impérieuse | <ul style="list-style-type: none"> • douleur vésicale/sus-pubienne • douleur/sensibilité lombaire • sensibilité de la cage thoracique • anorexie • nausées/vomissements | pyélonéphrite aiguë, p.S-113 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Douleurs abdominales basses • Fièvre légère • Douleur abdominale à la décompression | <ul style="list-style-type: none"> • distension abdominale • anorexie • nausées/vomissements • iléus paralytique • hyperleucocytose • absence de masse dans le bas de l'abdomen • douleur plus haute que ce à quoi on pourrait s'attendre | appendicite, p.S-132 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Douleurs abdominales basses • Fièvre et frissons • Lochies purulentes et nauséabondes • Utérus sensible | <ul style="list-style-type: none"> • saignement vaginal léger • choc | endométrite puerpérale, p.S-122 |

TABLEAU S-16 Diagnostic des douleurs abdominales en fin de grossesse ou après l'accouchement (suite)

| Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents | Symptômes et signes cliniques parfois présents | Diagnostic probable |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Douleur et distension abdominales basses • Fièvre oscillante et frissons persistants • Utérus sensible | <ul style="list-style-type: none"> • Réaction faible aux antibiotiques • Tuméfaction au niveau des annexes de l'utérus et/ou du cul-de-sac de Douglas • La culdocentèse ramène du pus | abcès pelvien, p.S-123 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Douleurs abdominales basses • Fièvre et frissons légers • Absence de borborygmes | <ul style="list-style-type: none"> • Douleur abdominale à la décompression • Distension abdominale • Anorexie • Nausées/vomissements • Choc | péritonite, p.S-124 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Douleurs abdominales • Masse latéro-utérine décelée au toucher vaginal | <ul style="list-style-type: none"> • Masse palpable, sensible et discrète dans le bas de l'abdomen • Saignement vaginal léger | kyste de l'ovaire^b, p.S-131 |

^b Il arrive que les kystes de l'ovaire soient asymptomatiques. On les détecte parfois d'abord à l'examen physique.

TRAVAIL PREMATURE

A l'accouchement prématuré correspondent des taux de morbidité et de mortalité périnatales accrus. La prise en charge du travail prématuré consiste soit à faire une tocolyse (essayer de faire cesser les contractions utérines), soit à laisser le travail se dérouler. Les complications maternelles sont principalement liées aux interventions destinées à faire cesser les contractions (voir ci-dessous).

S'efforcer de déterminer l'âge gestationnel exact du fœtus.

TOCOLYSE

La tocolyse a pour but de repousser l'accouchement jusqu'à ce que les corticoïdes fassent effet (voir ci-dessous).

- Faire une tocolyse si :
 - la grossesse a moins de 34 semaines ;
 - la dilatation du col est inférieure à 3 cm ;
 - la patiente ne présente ni amniotite, ni pré-éclampsie, ni hémorragie ;
 - il n'y a pas de souffrance fœtale.
 - Confirmer le diagnostic de travail prématuré si le col continue à s'effacer et à se dilater pendant 2 h.
 - **Si la grossesse a moins de 34 semaines**, administrer des corticoïdes à la patiente en vue d'accélérer la maturation des poumons du fœtus et d'améliorer ainsi les chances de survie de ce dernier :
 - 2 doses de 12 mg de bétaméthasone en IM, à 12 h d'intervalle ;
 - OU 4 doses de 6 mg de dexaméthasone en IM, à 6 h d'intervalle.
- Note** : Ne pas administrer de corticoïdes à une patiente présentant un tableau infectieux franc.
- Administrer un tocolytique (**tableau S-17, p.S-138**) et surveiller l'état de la mère et celui du fœtus (pouls, tension artérielle, signes de détresse respiratoire, contractions utérines, écoulement de liquide amniotique ou de sang, rythme cardiaque fœtal, équilibre hydrique, glycémie, etc.).

Note : Ne pas administrer de tocolytiques pendant plus de 48 h.

Si le travail se poursuit malgré la tocolyse, prendre les dispositions nécessaires pour que le nouveau-né soit pris en charge par le service compétent.

TABLEAU S-17 Tocolytiques^a inhibant les contractions utérines

| Produit | Dose de charge | Dose d'entretien | Effets secondaires et précautions d'emploi |
|--------------|--|--|---|
| Salbutamol | Perfuser 10 mg dilués dans 1 l de solution intraveineuse, à raison de 10 gouttes par minute. | Si les contractions persistent , accélérer la perfusion de 10 gouttes par minute toutes les 30 minutes jusqu'à ce que les contractions cessent ou que le pouls maternel soit supérieur à 120 btts/min. Si les contractions cessent , maintenir la perfusion au même rythme pendant au moins 12 h à partir de la dernière contraction. | Si le rythme cardiaque maternel augmente (au-delà de 120 btts/min), ralentir la perfusion. Si la patiente est anémique, perfuser avec prudence. L'association de stéroïdes et de salbutamol fait courir un risque d'oedème pulmonaire à la patiente. Limiter les apports de liquide, se contenter de maintenir l'équilibre hydrique et retirer la perfusion. |
| Indométacine | Administrer 100 mg par voie orale ou rectale en dose de charge. | Administrer 25 mg, toutes les 6 h, pendant 48 h. | Il est recommandé de ne pas utiliser d'indométacine si la grossesse a plus de 32 semaines , afin d'éviter une fermeture prématurée du canal artériel fœtal. Ne pas poursuivre le traitement plus de 48 h. |

^a Il est possible d'utiliser d'autres produits comme la terbutaline, la nifédipine et la ritodrine.

LAISSER LE TRAVAIL SE DEROULER

- Laisser le travail se dérouler si :
 - la gestation a plus de 37 semaines ;
 - la dilatation du col est supérieure à 3 cm ;
 - il y a une hémorragie ;
 - il y a une souffrance fœtale, si le fœtus est mort ou s'il a une malformation létale ;
 - la patiente présente une amniotite ou une pré-éclampsie.

- Surveiller la progression du travail à l'aide d'un partogramme (**p.P-73**)
Note : Eviter l'extraction par ventouse obstétricale, le risque d'hémorragie intracrânienne est élevé chez le prématuré.
- Se préparer à prendre en charge un enfant prématuré ou de faible poids de naissance et à devoir le réanimer (**p.S-157**).

PROBLEME

- La patiente est essoufflée pendant la grossesse ou le travail ou après l'accouchement.

PRISE EN CHARGE GENERALE

- Faire une évaluation rapide de l'état général de la patiente, en particulier des signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température).
- L'allonger sur le côté gauche en lui redressant légèrement le buste.
- Installer une voie veineuse et commencer à perfuser (**p.P-23**).
- Administrer 4 à 6 l d'oxygène par minute à l'aide d'un masque ou d'une canule nasale.
- Mesurer le taux d'hémoglobine à l'aide d'un hémoglobinomètre ou par un autre procédé simple.

DIAGNOSTIC

TABLEAU S-18 Diagnostic des difficultés respiratoires

| Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents | Symptômes et signes cliniques parfois présents | Diagnostic probable |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés respiratoires • Pâleur des conjonctives, de la langue, du lit des ongles et/ou des paumes • Taux d'hémoglobine inférieur ou égal à 7 g/dl • Hématocrite inférieure ou égal à 20% | <ul style="list-style-type: none"> • léthargie et épuisement • ongles plats ou en cuillère | anémie sévère, p.S-143 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes et signes cliniques d'anémie sévères | <ul style="list-style-type: none"> • oedème • toux • râles • jambes enflées • hépatomégalie • veines du cou saillantes | insuffisance cardiaque due à une anémie, p.S-143 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés respiratoires • Souffle diastolique et/ou • Souffle systolique rauque accompagné d'un frémissement palpable | <ul style="list-style-type: none"> • rythme cardiaque irrégulier • cardiomégalie • râles • cyanose (coloration bleue) • toux • jambes enflées • hépatomégalie • veines du cou saillantes | insuffisance cardiaque due à une cardiopathie, p.S-144 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés respiratoires • Fièvre • Toux accompagnée d'expectorations • Douleur thoracique | <ul style="list-style-type: none"> • foyers de condensation massive • gorge congestionnée • polypnée • ronchi/râles | pneumonie, p.S-145 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés respiratoires • Râles sibilants | <ul style="list-style-type: none"> • toux accompagnée d'expectorations • ronchi/râles | asthme bronchique, p.S-145 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés respiratoires • Hypertension • Protéinurie | <ul style="list-style-type: none"> • râles • toux spumeuse | oedème pulmonaire associé à une pré-éclampsie^a |

^a Interrompre la perfusion et faire une injection intraveineuse de 40 mg de furosémide (p.S-48).

PRISE EN CHARGE

ANEMIE SEVERE

- Transfuser si c'est nécessaire (**p.P-27**) :
 - transfuser un concentré globulaire ;
 - si **on ne peut faire une centrifugation du sang**, laisser la poche suspendue jusqu'à sédimentation des globules, puis perfuser ces derniers lentement et jeter le sérum restant ;
 - faire une injection intraveineuse de 40 mg de furosémide avec chaque unité de concentré perfusée.
- Si l'état de la patiente évoque un paludisme à *falciparum*, procéder comme pour un paludisme grave (**p.S-58**).
- Pendant la grossesse, donner 120 mg de sulfate ferreux ou de fumarate ferreux, PLUS 400 µg d'acide folique à prendre par voie orale, une fois par jour, pendant 6 mois. Poursuivre le traitement pendant les 3 mois qui suivent l'accouchement.
- Dans les régions d'**endémie de l'ankylostomiase** (prévalence supérieure ou égale à 20 %), administrer un des traitements antihelminthiques suivants :
 - 400 mg d'albendazole par voie orale, en une seule fois ;
 - OU 500 mg de mébendazole par voie orale, en une seule fois, ou 100 mg, deux fois par jour pendant 3 jours ;
 - OU 2,5 mg de lévamisole par kg, par voie orale, une fois par jour, pendant 3 jours ;
 - OU 10 mg de pyrantel par kg, par voie orale, une fois par jour, pendant 3 jours.
- Si l'**ankylostomiase est très endémique** (prévalence supérieure ou égale à 50 %), renouveler le traitement antihelminthique après 12 semaines.

INSUFFISANCE CARDIAQUE

INSUFFISANCE CARDIAQUE DUE A UNE ANEMIE

- Une transfusion est presque toujours nécessaire pour traiter l'insuffisance cardiaque due à une anémie (**p.P-27**) :
 - transfuser des globules concentrés ou sédimentés conformément au procédé décrit pour l'anémie sévère (ci-dessus) ;

- faire une injection intraveineuse de 40 mg de furosémide avec chaque unité de concentré perfusée.

INSUFFISANCE CARDIAQUE DUE A UNE CARDIOPATHIE

- Traiter l'insuffisance cardiaque aiguë avec l'un des produits suivants :
 - une dose unique de 10 mg de morphine en IM ;
 - OU une dose de 40 mg de furosémide en IV, à renouveler selon les besoins ;
 - OU une dose unique de 0,5 mg de digoxine en IM ;
 - OU une dose de 0,3 mg de nitroglycérine, par voie perlinguale, à renouveler, le cas échéant, au bout de 15 minutes.
- Si nécessaire, transférer la patiente vers un établissement d'un niveau de soins plus élevé.

PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE PENDANT LE TRAVAIL

- Allonger la patiente sur le côté gauche en lui redressant légèrement le buste.
- Limiter la perfusion afin de réduire le risque de surcharge circulatoire et consigner strictement les quantités de liquide administrées et le débit urinaire sur un graphique représentant l'équilibre hydrique.
- Veiller à assurer une bonne analgésie (**p.P-43**).
- Si **une perfusion d'ocytocine est nécessaire**, utiliser une concentration plus élevée qu'à l'accoutumée, perfuser à un rythme moins élevé de façon à maintenir l'équilibre hydrique (par exemple, si on double la concentration, il faut réduire de moitié le nombre de gouttes par minute, **tableau I-7, p.I-24**).
Note : Ne pas administrer d'ergométrine.
- Si possible, inciter la patiente à ne pas fournir d'efforts expulsifs soutenus pendant la phase expulsive.
- Si c'est nécessaire pour **limiter les efforts de la patiente pendant l'accouchement**, réaliser une épisiotomie (**p.I-81**) et faciliter l'accouchement à l'aide d'une ventouse obstétricale (**p.I-29**) ou d'un forceps (**p.I-35**).

- Assurer une prise en charge active du troisième stade du travail (**p.P-80**).

L'insuffisance cardiaque ne constitue pas une indication de césarienne.

PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE PENDANT UNE CESARIENNE

- Faire une infiltration locale d'anesthésique, ce qui permet à la patiente de rester consciente (**p.I-7**). Éviter la rachianesthésie.
- Extraire l'enfant et le placenta (**p.I-47**).

PNEUMONIE

Dans la pneumonie, l'inflammation intéresse le parenchyme pulmonaire, les bronchioles et les alvéoles. La capacité pulmonaire est réduite, ce qui est moins bien toléré pendant la grossesse.

- Une radiographie des poumons peut être nécessaire pour confirmer le diagnostic de pneumonie.
- Administrer 500 mg d'érythromycine par voie orale, quatre fois par jour, pendant 7 jours.
- Prescrire des inhalations.

Dans les régions où elle est prévalente, envisager la possibilité qu'il s'agisse de la tuberculose.

ASTHME BRONCHIQUE

L'asthme bronchique complique 3 à 4 % des grossesses. Dans un tiers des cas, la grossesse est associée à une aggravation des symptômes.

- En cas de **bronchospasme**, administrer des bronchodilatateurs (par exemple, 4 mg de salbutamol par voie orale, toutes les 4 h, ou 3 doses de 250 µg en aérosol, à 15 minutes d'intervalle).
- S'il n'y a **pas de réponse aux bronchodilatateurs**, administrer des corticoïdes par voie veineuse, par exemple 2 mg d'hydrocortisone par kg, toutes les 4 h, en fonction des besoins.
- Si la **patiente présente des signes d'infection** (bronchite), lui injecter 2 g d'ampicilline en IV toutes les 6 h.

- Eviter d'utiliser des prostaglandines. Pour prévenir ou traiter une hémorragie du post-partum, injecter 10 unités d'ocytocine ou 0,2 mg d'ergométrine en IM.
- Une fois la phase aiguë traitée, poursuivre le traitement en donnant à la patiente des bronchodilatateurs et des corticoïdes par inhalation pour prévenir de nouvelles crises.

PROBLEME

- Les mouvements fœtaux ne sont pas perçus après 22 semaines de gestation ou pendant le travail.

PRISE EN CHARGE GENERALE

- Rassurer la patiente et lui dispenser un soutien affectif (**p.P-7**).
- Vérifier le rythme cardiaque fœtal :
 - si les **bruits du cœur fœtal sont audibles mais faibles** et si **la patiente a reçu des sédatifs**, attendre qu'ils cessent de faire effet et vérifier à nouveau ;
 - si **les bruits du cœur fœtal sont inaudibles**, demander à plusieurs autres personnes de l'écouter ou utiliser un Doppler fœtal, dans la mesure du possible.

DIAGNOSTIC

TABLEAU S-19 Diagnostic de la disparition des mouvements foetaux

| Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents | Symptômes et signes cliniques parfois présents | Diagnostic probable |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Mouvements foetaux réduits/absents • Douleurs abdominales constantes ou intermittentes • Saignement (parfois intra-utérin) après 22 semaines de gestation | <ul style="list-style-type: none"> • choc • utérus tendu/sensible • souffrance fœtale ou absence des bruits du coeur fœtal | hématome rétroplacentaire, p.S-20 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Absence des mouvements et des bruits du coeur fœtal • Saignement (intra-abdominal et/ou vaginal) • Douleur abdominale sévère (pouvant diminuer après la rupture) | <ul style="list-style-type: none"> • choc • distension abdominale/liquide libre • forme anormale de l'utérus • abdomen sensible • différentes parties du fœtus aisément palpables • pouls maternel rapide | rupture utérine, p.S-22 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mouvements foetaux réduits/absents • Rythme cardiaque fœtal anormal (inférieur à 100 bts/min ou supérieur à 180 bts/min) | <ul style="list-style-type: none"> • présence de méconium épais dans le liquide amniotique | souffrance fœtale, p.S-105 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Absence des mouvements et des bruits du coeur fœtal | <ul style="list-style-type: none"> • disparition des symptômes de grossesse • diminution de la hauteur utérine • diminution de la croissance utérine | mort fœtale <i>in utero</i>, p.S-148 |

MORT FŒTALE IN UTERO

La mort fœtale *in utero* peut résulter d'un retard de croissance fœtale, d'une infection fœtale, d'un accident du cordon ou d'une malformation congénitale. Dans les régions où elle est prévalente, la syphilis est responsable d'un grand nombre de morts fœtales.

- Si l'établissement dispose du **matériel nécessaire**, faire **une radiographie**, au bout de 5 jours, pour confirmer la mort fœtale. Les signes indiquant la mort fœtale sont notamment le chevauchement des os du crâne, l'angulation de la colonne vertébrale, la présence de bulles gazeuses dans le cœur et les gros vaisseaux et un œdème du cuir chevelu.
- Une autre solution pour confirmer la mort fœtale consiste, si l'établissement dispose du **matériel nécessaire**, à faire **une échographie**. Les signes confirmant la mort fœtale sont notamment l'absence d'activité cardiaque, la forme anormale de la tête, l'oligoamnios voire l'anamnios et le fait que le fœtus est recroquevillé.
- Expliquer ce qui s'est passé à la patiente et à sa famille (**p.P-7**). Leur soumettre la solution de l'expectative et celle de la prise en charge active.
- **Si c'est l'expectative qui est retenue :**
 - attendre le déclenchement spontané du travail jusqu'à 4 semaines ;
 - rassurer la patiente en lui expliquant que dans 90 % des cas, le fœtus est spontanément expulsé pendant la période d'attente, sans autre complication.
- **Si la concentration plaquettaire diminue ou si 4 semaines se sont écoulées sans que le travail ne se déclenche spontanément**, envisager une prise en charge active.
- **Si c'est la prise en charge active qui est retenue**, examiner le col (**p.I-20**) :
 - si **le col est favorable** (mou, mince, partiellement dilaté), déclencher le travail en administrant de l'ocytocine ou des prostaglandines (**p.I-20**) ;
 - si **le col est défavorable** (ferme, épais, fermé), l'amener à maturation en administrant des prostaglandines ou favoriser son ouverture à l'aide d'une sonde de Foley (**p.I-27**) ;
Note : Ne pas rompre les membranes compte tenu du risque d'infection.
 - ne pratiquer une césarienne qu'en dernier recours.
- **Si le travail ne se déclenche pas spontanément dans les 4 semaines** ou que **la concentration plaquettaire diminue** et que le

col est défavorable (ferme, épais, fermé), amener celui-ci à maturation à l'aide de misoprostol :

- placer un ovule de 25 µg de misoprostol au fond du vagin et renouveler l'opération au bout de 6 h si nécessaire ;
- s'il n'y a **pas de réponse après l'administration de deux ovules de 25 µg**, augmenter les doses à 50 µg toutes les 6 h.

Note : Ne pas administrer plus de 50 µg à la fois et ne pas dépasser 4 ovules au total.

Ne pas administrer d'ocytocine pendant les 8 h qui suivent l'administration de misoprostol. Pour tout déclenchement artificiel du travail à l'aide de prostaglandines, surveiller les contractions utérines et le rythme cardiaque fœtal.

- Si la patiente présente des **signes d'infection** (fièvre, leucorrhées nauséabondes), administrer les antibiotiques indiqués pour l'endométrite (**p.S-122**).
- Si lors du test de coagulation, le sang n'est toujours pas coagulé au bout de 7 minutes ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie (**p.S-22**).

PROBLEME

- Ecoulement vaginal aqueux après 22 semaines de grossesse.

PRISE EN CHARGE GENERALE

- Vérifier, dans la mesure du possible, l'exactitude de l'âge gestationnel estimé.
- Utiliser un spéculum désinfecté pour examiner l'écoulement vaginal (quantité, couleur, odeur) et exclure l'hypothèse d'une incontinence urinaire.

Si la patiente se plaint de saignements en fin de grossesse (après 22 semaines), ne pas faire de toucher vaginal.

DIAGNOSTIC

TABLEAU S-20 Diagnostic d'un écoulement vaginal

| Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents | Symptômes et signes cliniques parfois présents | Diagnostic probable |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Écoulement vaginal aqueux | <ul style="list-style-type: none"> • épanchement soudain de liquide ou fuites intermittentes • liquide visible à l'orifice vulvaire • absence de contractions utérines dans l'heure qui suit le début de l'écoulement | rupture prématurée des membranes, p.S-151 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Écoulement vaginal aqueux et nauséabond après 22 semaines • Fièvre/frissons • Douleurs abdominales | <ul style="list-style-type: none"> • écoulement antérieur de liquide • utérus sensible • rythme cardiaque fœtal rapide • saignement vaginal léger^a | amniotite, p.S-155 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Leucorrhée nauséabondes • Pas d'écoulement antérieur de liquide | <ul style="list-style-type: none"> • démangeaisons • leucorrhées spumeuses/caséesuses • douleurs abdominales • dysurie | vaginite/cervicite^b |
| <ul style="list-style-type: none"> • Saignement vaginal | <ul style="list-style-type: none"> • douleurs abdominales • disparition des mouvements fœtaux • saignement vaginal important et prolongé | hémorragie de l'antépartum, p.S-19 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mucus teinté de sang (expulsion du bouchon muqueux) ou écoulement vaginal aqueux | <ul style="list-style-type: none"> • dilatation et effacement du col • contractions | travail à terme possible, p.P-63 ou travail prématuré possible, p.S-136 |

^a Saignement léger : il faut plus de 5 minutes pour qu'une garniture ou un linge propre soient complètement souillés de sang.

^b Déterminer l'affection et traiter comme il convient.

PRISE EN CHARGE

RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES

La rupture prématurée des membranes (RPM) est une rupture des membranes antérieure au début du travail. Elle peut avoir lieu soit alors que le fœtus est encore immature (avant le terme, soit avant 37 semaines) soit une fois que le fœtus est mature (à terme).

CONFIRMER LE DIAGNOSTIC

L'odeur caractéristique du liquide amniotique peut confirmer le diagnostic.

Si la **rupture des membranes n'est pas récente** ou si l'**écoulement est progressif**, il peut être difficile de confirmer le diagnostic. Dans ce cas :

- placer une garniture périodique sous la vulve et examiner l'apparence et l'odeur du liquide absorbé au bout d'une heure ;
- faire un examen vaginal avec un spéculum désinfecté :
 - on peut voir du liquide sourdre du col ou baigner le cul-de-sac postérieur ;
 - demander à la patiente de tousser, ce qui peut provoquer un écoulement de liquide.

Ne pas faire de toucher vaginal, cela ne permettrait pas d'établir le diagnostic plus facilement et risquerait d'engendrer une infection.

- Dans la mesure du possible, réaliser les tests indiqués ci-dessous :
 - Le **test sur papier réactif à la nitrazine** repose sur le fait que les sécrétions vaginales et urinaires sont acides alors que le liquide amniotique est alcalin. Il consiste à prendre un morceau de papier réactif avec une pince et à le mettre au contact du liquide recueilli sur la lame du spéculum. Si le papier passe du jaune au bleu, cela indique que le liquide est alcalin (liquide amniotique). La présence de sang de même que certaines infections vaginales peuvent donner des résultats faussement positifs.
 - Le **test de cristallisation**, quant à lui, consiste à étaler un échantillon de liquide sur une lame et à le laisser sécher, puis à l'examiner au microscope. On reconnaît le liquide amniotique au fait qu'il cristallise et peut prendre la forme de feuilles de fougère. Il n'est pas rare qu'on obtienne des résultats faussement négatifs.

PRISE EN CHARGE

- Un **saignement vaginal associé à des douleurs abdominales intermittentes** ou constantes, doit faire redouter un hématome rétroplacentaire (**p.S-20**).
- Si la patiente présente des **signes d'infection** (fièvre, écoulement vaginal nauséabond), administrer les antibiotiques indiqués pour l'amniotite (**p.S-155**).
- Si la patiente ne présente **pas de signe d'infection** et que **la grossesse a moins de 37 semaines** (date avant laquelle il est très probable que les poumons fœtaux soient immatures) :
 - lui administrer des antibiotiques pour réduire le risque de morbidité infectieuse maternelle et néonatale et pour retarder l'accouchement (**p.P-39**), soit
 - 250 mg d'érythromycine par voie orale, trois fois par jour, pendant 7 jours ;
 - PLUS 500 mg d'amoxicilline par voie orale, trois fois par jour, pendant 7 jours ;
 - dans la mesure du possible, envisager de la transférer dans le service le plus compétent pour s'occuper du nouveau-né ;
 - administrer des corticoïdes à la patiente pour favoriser la maturation pulmonaire fœtale, soit :
 - 2 doses de 12 mg de bétaméthasone en IM, à 24 h d'intervalle ;
 - OU 4 doses de 6 mg de dexaméthasone en IM, à 12 h d'intervalle ;

Note : Ne pas administrer de corticoïdes si la patiente présente un tableau infectieux franc.

 - déclencher le travail en administrant de l'ocytocine à 37 semaines (**p.I-21**) et donner une prophylaxie antibiotique afin de réduire l'infection néonatale par streptocoque du groupe B même lorsque la patiente a déjà reçu des antibiotiques :
 - 2 000 000 unités de pénicilline G en IV toutes les 6 h jusqu'à l'accouchement
 - 2 g d'ampicilline en IV toutes les 6 h jusqu'à l'accouchement.
 - en présence de **contractions palpables et de l'expulsion de mucus teinté de sang**, penser à un travail prématuré (**p.S-136**).

- **Si la patiente ne présente pas de signe d'infection et que la grossesse a 37 semaines ou plus :**
 - **si les membranes sont rompues depuis plus de 18 h**, administrer des antibiotiques prophylactiques (**p.P-39**) afin de réduire le risque d'infection à streptocoques du groupe B chez le nouveau-né (voir dosages ci-dessus). Si la patiente ne présente **toujours pas de signe d'infection après l'accouchement**, cesser l'antibiothérapie ;
 - examiner le col (**p.I-20**):
 - **si le col est favorable** (mou, mince, partiellement dilaté), déclencher le travail en administrant de l'ocytocine à la patiente (**p.I-21**) ;
 - **si le col est défavorable** (ferme, épais, fermé), l'amener à maturation à l'aide de prostaglandines et faire une perfusion d'ocytocine (**p.I-27**) ou pratiquer une césarienne (**p.I-47**).

AMNIOTITE

- Administrer un traitement associant plusieurs antibiotiques jusqu'à l'accouchement (**p.P-39**) :
 - 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 h ;
 - PLUS 5 mg de gentamicine par kg, en IV, toutes les 24 h ;
 - **si la patiente accouche par voie basse**, cesser le traitement après l'accouchement ;
 - **si une césarienne est pratiquée**, poursuivre le traitement et y ajouter une perfusion de 500 mg de métronidazole, toutes les 8 h, jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 h.
- Examiner le col (**p.I-20**) :
 - **si le col est favorable** (mou, mince, partiellement dilaté), déclencher le travail en administrant de l'ocytocine à la patiente (**p.I-21**) ;
 - **si le col est défavorable** (ferme, épais, fermé), l'amener à maturation à l'aide de prostaglandines et faire une perfusion d'ocytocine (**p.I-27**) ou pratiquer une césarienne (**p.I-47**).
- **Si la patiente présente des signes d'endométrite** (fièvre, leucorrhées nauséabondes), lui administrer les antibiotiques indiqués (**p.S-122**).

- **Si l'enfant présente des signes de septicémie néonatale**, prendre les dispositions nécessaires pour pouvoir faire une hémoculture et administrer à l'enfant les antibiotiques indiqués (**p.S-166**).

PROBLEMES

- Le nouveau-né présente des symptômes de souffrance sévère :
 - absence de respiration ou présence de hoquets espacés ;
 - respiration difficile (moins de 30 mvts/min ou plus de 60, tirage intercostal ou geignement expiratoire) ;
 - cyanose (coloration bleutée) ;
 - enfant prématuré ou de poids très faible à la naissance (âge gestationnel inférieur à 32 semaines ou poids inférieur à 1500 g) ;
 - absence de réactivité ;
 - hypothermie (température axillaire inférieure à 36,5 °C) ;
 - convulsions.
- Le nouveau-né présente d'autres affections ou problèmes devant faire l'objet d'une attention particulière en salle de naissance :
 - un poids faible à la naissance (entre 1500 et 2500 g) ;
 - un risque d'infection bactérienne chez un nouveau-né apparemment normal lorsqu'il y a eu rupture prématurée ou prolongée des membranes ;
 - un risque de syphilis congénitale chez le nouveau-né lorsque le test sérologique de la mère est positif ou lorsque celle-ci présente des symptômes de syphilis.

PRISE EN CHARGE IMMEDIATE

Trois situations demandent une prise en charge immédiate : l'absence de respiration (ou la présence de hoquets espacés, la cyanose (coloration bleutée) ou une respiration difficile (**p.S-162**).

ABSENCE DE RESPIRATION OU HOQUETS ESPACÉS

PRISE EN CHARGE GENERALE

- Sécher l'enfant, lui retirer le linge mouillé et l'envelopper dans un linge sec et chaud.
- Si cela n'a pas encore été fait, clamper le cordon et le sectionner immédiatement.

- Installer l'enfant sur une surface ferme et chaude et sous une lampe chauffante pour le réanimer.
- Observer les règles standard de prévention des infections lorsqu'on dispense des soins au nouveau-né ou lorsqu'on le réanime (**p.P-19**).

REANIMATION

ENCADRÉ S-8 Matériel de réanimation

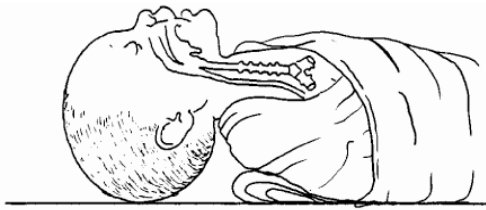
Afin d'éviter de perdre du temps dans les situations d'urgence, il est vital de s'assurer que le matériel est en bon état avant d'avoir à s'en servir :

- vérifier qu'on dispose de masques à la bonne taille en se fondant sur la taille que devrait faire l'enfant (taille 1 pour un nouveau-né de poids normal et taille 0 pour un enfant de petite taille) ;
- ajuster le masque en assurant son étanchéité avec la paume de la main et presser le ballon :
 - si l'on sent une pression contre sa main, c'est que le ballon produit la pression nécessaire ;
 - si le ballon se regonfle lorsqu'on desserre la prise, c'est qu'il fonctionne correctement.

DEGAGEMENT DES VOIES AERIENNES

- Installer l'enfant (**fig. S-28**) :
 - l'allonger sur le dos ;
 - positionner la tête légèrement en extension pour dégager les voies aériennes ;
 - veiller à ce qu'il reste bien enveloppé ou couvert, à l'exception du visage et du haut du torse.

FIGURE S-28 Bonne position de la tête pour la ventilation - noter que le cou est moins en extension que chez l'adulte



- Dégager les voies aériennes en aspirant les mucosités, d'abord dans la bouche, puis dans les fosses nasales. **Si la bouche ou le nez de l'enfant contiennent du sang ou du méconium**, les aspirer immédiatement afin d'empêcher l'enfant de les inhaler.
Note : Ne pas aspirer les mucosités au fond de la gorge car cela risquerait d'entraîner un ralentissement cardiaque ou un arrêt respiratoire chez l'enfant.
- Réexaminer l'enfant :
 - s'il **crie ou commence à respirer**, il n'y a pas lieu de faire quoi que ce soit d'autre dans l'immédiat et il convient ensuite de lui prodiguer les premiers soins néonataux (**p.P-83**) ;
 - s'il ne respire toujours pas, commencer la ventilation (voir ci-dessous).

VENTILATION DU NOUVEAU-NE

- Vérifier à nouveau la position de l'enfant. Le cou doit être en légère extension (**fig. S-28, p.S-158**).
- Positionner le masque et en vérifier l'étanchéité (**fig. S-29, ci-dessous**) :
 - appliquer le masque sur le visage de l'enfant, de façon à ce qu'il recouvre le menton, la bouche et le nez ;
 - créer une étanchéité entre le masque et le visage de l'enfant ;
 - presser le ballon avec deux doigts seulement ou avec la main tout entière, en fonction de la taille du ballon ;
 - vérifier l'étanchéité du masque en ventilant à deux reprises et en regardant si la poitrine se soulève.

FIGURE S-29 Ventilation au ballon et au masque



- Une fois le masque bien ajusté et le mouvement de la cage thoracique établi, ventiler l'enfant. Observer un rythme correct (environ 40 mvts/min) et une pression adéquate (regarder si la poitrine se soulève et s'abaisse aisément).
 - Si la **poitrine de l'enfant se soulève**, la pression de ventilation est probablement suffisante.
 - Si la **poitrine de l'enfant ne se soulève pas** :
 - aspirer à nouveau la bouche et le nez de l'enfant pour retirer le mucus, le sang ou le méconium qui obstruent les voies aériennes ;
 - vérifier à nouveau la position de l'enfant (**fig. S-28, p.S-158**) et, le cas échéant, la corriger ;
 - réajuster le masque afin d'en améliorer l'étanchéité ;
 - presser le ballon avec plus de force afin d'augmenter la pression de ventilation.
- Si on a donné de la **péthidine ou de la morphine à la mère** avant l'accouchement, envisager d'administrer de la naloxone au nouveau-né une fois que les signes vitaux seront présents (**encadré S-9, p.S-161**).
- Ventiler l'enfant pendant 1 minute puis arrêter et vérifier rapidement s'il respire spontanément :
 - s'il **respire normalement** (30 à 60 mvts/min), ne présente **pas de tirage intercostal et n'émet pas de geignement expiratoire pendant 1 minute**, il n'est plus nécessaire de le réanimer et il convient ensuite de lui prodiguer les premiers soins néonataux (**p.P-83**) ;
 - s'il **ne respire pas** ou s'il a une **respiration faible**, poursuivre la ventilation jusqu'à ce qu'une respiration spontanée s'établisse.
- Si l'enfant **crie**, arrêter la ventilation et continuer à observer sa respiration pendant 5 minutes une fois qu'il a cessé de pleurer :
 - s'il respire normalement (30 à 60 mvts/min), ne présente **pas de tirage intercostal et n'émet pas de geignement expiratoire pendant 1 minute**, il n'est plus nécessaire de le ranimer et il convient ensuite de lui prodiguer les premiers soins néonataux (**p.P-83**) ;
 - si sa **fréquence respiratoire est inférieure à 30 mvts/min**, poursuivre la ventilation ;

- s'il présente un **tirage intercostal sévère**, le ventiler, dans la mesure du possible, avec de l'oxygène (**encadré S-10, ci-dessous**) et prendre les dispositions nécessaires pour qu'il soit transféré dans le service approprié pour les nouveau-nés malades.
- Si l'enfant ne respire pas régulièrement au bout de 20 minutes de ventilation :
 - le transférer dans le service approprié pour les nouveau-nés malades ;
 - pendant le transfert, le maintenir au chaud et continuer à le ventiler, si nécessaire.
- S'il n'y a pas de hoquets ou de respiration au bout de 20 minutes de ventilation, cesser de ventiler l'enfant : il est mort-né. Apporter un soutien affectif à la famille (**p.P-7**).

ENCADRE S- 9 Remédier à la dépression respiratoire néonatale provoquée par les narcotiques

Si on a administré de la **péthidine** ou de la **morphine** à la mère, le remède contre la dépression respiratoire du nouveau-né qui peut en résulter est la naloxone.

Note : Ne pas administrer de naloxone au nouveau-né s'il se peut que sa mère ait récemment consommé des stupéfiants.

- Si l'enfant présente des **signes de dépression respiratoire**, commencer la réanimation immédiatement.
 - Une fois que les signes vitaux sont établis, lui injecter 0,1 mg de naloxone par kg, en IV.
 - Après la réanimation, il est possible d'injecter de la naloxone en IM à l'enfant s'il a une circulation périphérique suffisante. Il peut être nécessaire de renouveler l'injection pour prévenir une rechute.
- Si l'enfant ne présente **pas de signe de dépression respiratoire**, mais qu'on a administré de la **péthidine** ou de la **morphine** à sa mère, au cours des 4 h qui ont précédé l'accouchement, l'observer et s'attendre à voir apparaître des signes de dépression respiratoire, et, si de tels signes apparaissent, procéder comme indiqué ci-dessus.

SOINS POST-REANIMATION

- Prévenir la déperdition de chaleur :
 - mettre l'enfant sur la poitrine de sa mère, peau contre peau et lui couvrir le corps et la tête ;
 - une autre solution consiste à l'installer sous une lampe chauffante.
- Examiner l'enfant et compter le nombre de mouvements respiratoires par minute :
 - si **l'enfant est cyanosé** (bleuâtre) ou s'il a du mal à respirer (moins de 30 mvts/min ou plus de 60, tirage intercostal ou geignement expiratoire), lui administrer de l'oxygène à l'aide d'une canule ou d'une sonde nasale (voir ci-dessous).
- Mesurer sa température axillaire :
 - si **sa température est supérieure ou égale à 36 °C**, le laisser sur la poitrine de sa mère, peau contre peau et encourager la mère à l'allaiter ;
 - si **sa température est inférieure à 36 °C**, le réchauffer (p.S-164).
- Inciter la mère à établir l'allaitement. Un nouveau-né qui a dû être réanimé présente un risque d'hypoglycémie plus élevé que la moyenne.
 - **S'il tète bien**, c'est qu'il récupère bien.
 - **S'il ne tète pas bien**, le transférer dans le service approprié pour les nouveau-nés malades.
- Assurer une surveillance régulière du nouveau-né pendant les 24 h suivantes. Si des signes de difficulté respiratoire surviennent à nouveau, prendre les dispositions nécessaires pour le transfert de l'enfant dans le service le plus à même de dispenser les soins aux nouveau-nés malades.

CYANOSE OU DIFFICULTES RESPIRATOIRES

- Si **l'enfant est cyanosé** (bleuâtre) ou s'il **a du mal à respirer** (moins de 30 mvts/min ou plus de 60, tirage intercostal ou geignement expiratoire), lui administrer de l'oxygène à l'aide d'une canule ou d'une sonde nasale :
 - aspirer les mucosités de la bouche et du nez pour désobstruer les voies aériennes ;

- administrer 0,5 l d'oxygène par minute à l'aide d'une canule ou d'une sonde nasale (**encadré S-10, ci-dessous**) ;
- transférer l'enfant dans le service approprié pour les nouveau-nés malades.
- Veiller à l'empêcher de se refroidir. L'envelopper dans un linge doux et sec, puis dans une couverture et veiller à ce que sa tête soit couverte pour éviter la déperdition de chaleur.

ENCADRE S-10 Utilisation de l'oxygène

Pour l'utilisation d'oxygène, garder en mémoire ce qui suit :

- il convient de n'administrer de l'oxygène qu'en cas de difficulté respiratoire ou de cyanose ;
- si l'enfant présente **un tirage intercostal sévère**, s'il **émet des hoquets espacés pour respirer** ou si **la cyanose persiste**, augmenter la concentration d'oxygène administré à l'aide d'une canule, d'une sonde nasale ou d'une enceinte céphalique.

Note : L'utilisation inconsidérée d'oxygène chez les prématurés est associée à un risque de cécité.

EVALUATION

Un grand nombre d'affections néonatales graves – infections bactériennes, malformations, asphyxie grave et maladie des membranes hyalines dues à la prématurité – ont des symptômes similaires à ceux des difficultés respiratoires, de l'absence de tonus et de la dénutrition.

Il est difficile de distinguer ces affections si l'on ne dispose pas de méthodes diagnostiques. Cependant, il est nécessaire de commencer le traitement immédiatement, même en l'absence de diagnostic précis. En conséquence, lorsqu'un enfant présente une des affections susmentionnées, il convient de redouter une pathologie grave et de le transférer sans attendre dans le service approprié pour les nouveau-nés malades.

PRISE EN CHARGE

ENFANT DE POIDS TRES FAIBLE A LA NAISSANCE OU TRES PREMATURE

Si **l'enfant est très petit** (poids inférieur à 1 500 g ou âge gestationnel inférieur à 32 semaines), il est exposé à de graves problèmes de santé parmi lesquels les difficultés respiratoires, l'incapacité à téter, l'ictère grave et les infections graves. Sans protection thermique spéciale (incubateur, par exemple), l'enfant est exposé à un risque d'hypothermie.

Le nouveau-né de très petite taille a besoin de soins particuliers. Il convient de le transférer le plus tôt possible dans le service approprié pour les bébés malades ou de petite taille. Avant et pendant le transfert :

- veiller à empêcher le bébé de se refroidir ; l'envelopper dans un linge doux et sec, puis dans une couverture et veiller à ce que sa tête soit couverte pour éviter la déperdition de chaleur.
- **Si compte tenu des antécédents de la mère, il est possible que l'enfant ait une infection bactérienne**, lui administrer une première dose d'antibiotiques :
 - 4 mg de gentamicine (ou de kanamycine) par kg, en IM ;
 - PLUS 100 mg d'ampicilline (ou de benzylpénicilline) par kg, en IM.
- **S'il est cyanosé** (bleuâtre) ou s'il a du mal à respirer (moins de 30 mvts/min ou plus de 60, tirage intercostal ou geignement expiratoire), lui administrer de l'oxygène à l'aide d'une canule ou d'une sonde nasale (**p.S-162**).

ABSENCE DE TONUS

En cas **d'absence de tonus** (tonus musculaire faible, absence de mouvements), l'enfant a très probablement une maladie grave et il convient de le transférer dans le service approprié pour les nouveau-nés malades.

HYPOTHERMIE

L'hypothermie peut survenir rapidement chez un nouveau-né de très petite taille ou chez un nouveau-né qui a été réanimé ou séparé de sa mère. Dans tous les cas, sa température est susceptible de descendre

rapidement en-dessous de 35 °C. Il convient de le réchauffer au plus vite.

- **S'il présente des symptômes de souffrance sévère ou est en hypothermie sévère** (température axillaire **inférieure à 35 °C**) :
 - utiliser les moyens à disposition pour commencer à le réchauffer (incubateur, lampe chauffante, pièce chauffée, lit chauffé) ;
 - le transférer au plus vite dans le service approprié pour les nouveau-nés prématurés ou malades ;
 - **s'il est cyanosé** (bleuâtre) ou **s'il a du mal à respirer** (moins de 30 mvts/min ou plus de 60, tirage intercostal ou geignement expiratoire), lui administrer de l'oxygène à l'aide d'une canule ou d'une sonde nasale (**p.S-162**).
- **S'il ne présente pas de symptômes de souffrance sévère** et que sa température axillaire est **supérieure ou égale à 35 °C** :
 - veiller à l'empêcher de se refroidir, l'envelopper dans un linge doux et sec, puis dans une couverture et veiller à ce que sa tête soit couverte pour éviter la déperdition de chaleur ;
 - inciter la mère à commencer l'allaitement dès qu'il est prêt ;
 - surveiller sa température axillaire toutes les heures jusqu'à ce qu'elle soit normale ;
 - une autre solution consiste à le mettre dans un incubateur ou sous une lampe chauffante.

CONVULSIONS

Il est rare que des convulsions surviennent au cours de la première heure suivant la naissance. Elles peuvent résulter d'une méningite, d'une encéphalopathie ou d'une hypoglycémie sévère.

- Veiller à empêcher le bébé de se refroidir. L'envelopper dans un linge doux et sec, puis dans une couverture et veiller à ce que sa tête soit couverte pour éviter la déperdition de chaleur.
- Le transférer au plus vite dans le service approprié pour les nouveau-nés malades.

ENFANT MODEREMENT PREMATURE OU DE FAIBLE POIDS A LA NAISSANCE

Les enfants modérément prématurés (nés entre 33 et 36 semaines) ou de faible poids à la naissance (entre 1 500 et 2 500 g) sont susceptibles de développer des problèmes peu de temps après la naissance.

- **Si l'enfant ne présente pas de difficulté respiratoire et que sa température est suffisante** tant qu'il est en contact avec sa mère, peau contre peau :
 - le laisser avec sa mère ;
 - dans la mesure du possible, inciter la mère à commencer l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance.
- **Si l'enfant est cyanosé** (bleuâtre) ou s'il a du mal à respirer (moins de 30 mvts/min ou plus de 60, tirage intercostal ou geignement expiratoire), lui administrer de l'oxygène à l'aide d'une canule ou d'une sonde nasale (**p.S-162**).
- **Si sa température axillaire chute en-dessous de 35°C**, le réchauffer (**p.S-164**).

RUPTURE PREMATUREE ET/OU PROLONGEE DES MEMBRANES ET NOUVEAU-NE ASYMPTOMATIQUE

Les principes suivants ont une valeur indicative et peuvent être modifiés en fonction du contexte local.

- **Si la mère présente des signes cliniques d'infection bactérienne** ou si **l'accouchement a eu lieu plus de 18 h après la rupture des membranes**, même si la mère ne présente pas de signe clinique d'infection bactérienne :
 - laisser l'enfant avec sa mère et encourager cette dernière à poursuivre l'allaitement ;
 - prendre les dispositions nécessaires pour que le service s'occupant des nouveau-nés malades fasse une hémoculture et commence à administrer une antibiothérapie à l'enfant.
- **Si ces conditions ne sont pas remplies**, ne pas entreprendre d'antibiothérapie. Garder l'enfant en observation pendant 3 jours et rechercher des signes d'infection :
 - le laisser avec sa mère et inciter cette dernière à poursuivre l'allaitement ;

- si **des signes d'infection apparaissent dans les 3 premiers jours**, prendre les dispositions nécessaires pour que le service approprié pour les nouveau-nés malades fasse une hémoculture et commence à administrer une antibiothérapie à l'enfant.

SYPHILIS CONGENITALE

- Si **l'enfant présente des signes de syphilis**, le transférer dans le service approprié pour les nouveau-nés malades. Les signes cliniques de la syphilis sont notamment:
 - un œdème généralisé ;
 - une éruption cutanée ;
 - des vésicules cutanées sur la paume des mains et la plante des pieds ;
 - une rhinite ;
 - un condylome anal ;
 - un foie volumineux ou une rate volumineuse ;
 - la paralysie d'un membre ;
 - l'ictère ;
 - la pâleur ;
 - la détection de spirochètes à l'examen sur fond noir de la lésion, de liquide organique ou de liquide céphalo-rachidien.
- Si **le test sérologique de la mère est positif** ou si elle présente les symptômes de la syphilis mais que **l'enfant ne présente pas de signe de syphilis**, que la mère ait été traitée ou non, injecter au nouveau-né une dose unique de 50 000 unités de benzathine pénicilline par kg, en IM.

**TROSIEME PARTIE
INTERVENTIONS**

TABLEAU I-1 Indications de bloc paracervical et précautions à prendre

| Indications | Précautions |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dilatation et curetage • Aspiration manuelle intra-utérine | <ul style="list-style-type: none"> • s'assurer que le patiente ne souffre d'aucune allergie connue à la lidocaïne ou aux médicaments de la même famille • ne pas injecter de lidocaïne dans un vaisseau • les complications maternelles sont rares mais peuvent se manifester notamment sous la forme d'un hématome |

- Revoir les principes généraux à observer pour les soins (**p.P-19**).
- Préparer 20 ml de solution de lidocaïne à 0,5 % sans épinéphrine (**p.P-45**).
- Utiliser une aiguille de 3,5 cm, d'un calibre de 22 G ou de 25 G pour injecter la solution de lidocaïne.
- **Si on se sert d'une pince de Pozzi pour abaisser le col**, il convient de commencer par injecter 1 ml de solution de lidocaïne dans la lèvre antérieure ou postérieure du col après l'avoir exposée à l'aide du spéculum.

Note : Dans le cas d'un avortement incomplet, il est préférable d'utiliser une pince porte-tampons, qui a moins de chances que la pince de Pozzi de léser le col lors de la traction, et dont la pose ne nécessite pas l'injection de lidocaïne.

- Placer la pince de Pozzi ou la pince porte-tampons à la verticale à l'entrée du col (une mâchoire sur la face externe du col, l'autre sur la face interne), exercer une légère traction pour pouvoir repérer plus facilement la partie qui se situe entre l'épithélium lisse du col et le tissu vaginal. C'est dans cette partie qui entoure le col que l'on piquera l'aiguille.
- Piquer l'aiguille juste sous l'épithélium.

Conseil : certains praticiens conseillent de procéder de la manière suivante pour détourner l'attention de la patiente au moment d'insérer l'aiguille : placer la pointe de l'aiguille à l'endroit choisi pour l'injection et demander à la patiente de tousser, ce qui permet de faire « rentrer » l'aiguille juste sous la surface du tissu épithélial.

Note : Aspirer (tirer sur le piston) pour s'assurer que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau. Si, à **l'aspiration, du sang remonte dans la seringue**, retirer l'aiguille, la déplacer et en vérifier

soigneusement la position puis l'enfoncer à nouveau. Ne jamais injecter de lidocaïne si du sang remonte dans la seringue. **Une injection de lidocaïne par voie intraveineuse pourrait provoquer des convulsions et être fatale à la patiente.**

- Injecter 2 ml de solution de lidocaïne juste sous l'épithélium, en veillant à ne pas enfoncer l'aiguille à plus de 3 mm de profondeur, aux positions 3 h, 5 h, 7 h et 9 h (**fig. I-1, ci-dessous**). On peut éventuellement faire des injections supplémentaires aux positions 2 h et 10 h. Lorsque les injections sont faites au bon endroit, on peut observer un gonflement et une décoloration des tissus.
- Une fois la série d'injections terminée, attendre 2 minutes puis pincer le col avec une pince. Si **la patiente réagit au stimulus**, attendre encore 2 minutes puis recommencer.

Faire l'anesthésie suffisamment tôt pour que le produit ait le temps de faire effet.

FIGURE I-1 Points d'injection pour le bloc paracervical

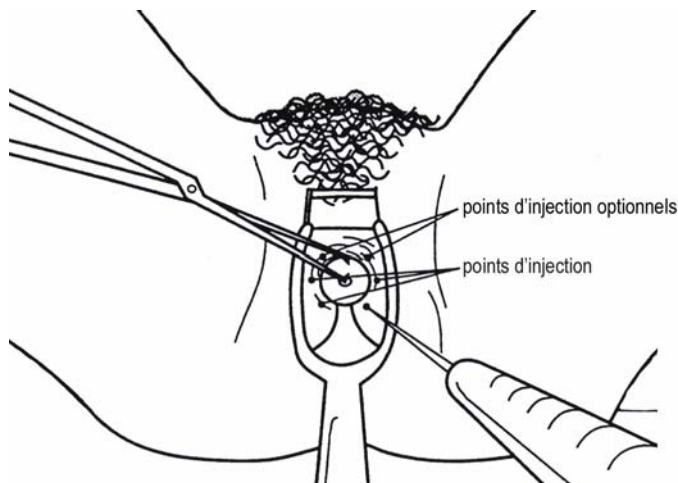


TABLEAU I-2 Indications de bloc des nerfs honteux internes et précautions à prendre

| Indications | Précautions |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Accouchement avec intervention instrumentale ou chirurgicale ou par le siège • Episiotomie et réfection de déchirures périnéales • Craniotomie et craniocentèse | <ul style="list-style-type: none"> • s'assurer que le patiente ne souffre d'aucune allergie connue à la lidocaïne ou aux médicaments de la même famille • ne pas injecter de lidocaïne dans un vaisseau |

- Revoir les principes généraux à observer pour les soins (**p.P-19**).

- Préparer 40 ml de solution de lidocaïne à 0,5 % sans épinéphrine (**p.P-45**).

Note : La meilleure solution consiste à n'injecter que 30 ml pour le bloc des nerfs honteux de façon à pouvoir injecter, si nécessaire, une dose additionnelle de 10 ml dans le périnée pour la réfection des déchirures.

- Utiliser une aiguille de 15 cm, d'un calibre de 22 G, pour injecter la lidocaïne.

L'injection se fait dans le nerf honteux interne, au niveau de la grande échancrure sciatique. On peut y accéder de deux façons :

- par la voie transpérinéale ;
- par la voie intravaginale.

La voie transpérinéale ne nécessite aucun instrument particulier. Pour la voie intravaginale, lorsque c'est possible, il est bon d'utiliser un mandrin (guide-aiguille ou "trompette") qui permet de protéger les doigts.

VOIE TRANSPERINÉALE

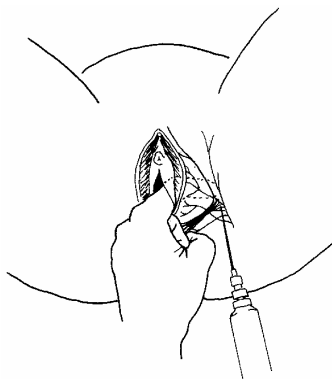
- Injecter 10 ml de solution de lidocaïne dans la peau du périnée, des deux côtés du vagin.

Note : Aspirer (tirer sur le piston) pour s'assurer que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau. Si, à **l'aspiration, du sang remonte dans la seringue**, retirer l'aiguille, la déplacer et en vérifier soigneusement la position puis l'enfoncer à nouveau. Ne jamais injecter de lidocaïne si du sang remonte dans la seringue. **Une**

injection de lidocaïne par voie intraveineuse pourrait provoquer des convulsions et être fatale à la patiente.

- Après avoir enfilé des gants désinfectés, insérer deux doigts dans le vagin et guider l'aiguille à travers le tissu périnéal jusqu'à la pointe de l'épine sciatique gauche (**fig. I-2**).

FIGURE I-2 Voie transpérinéale

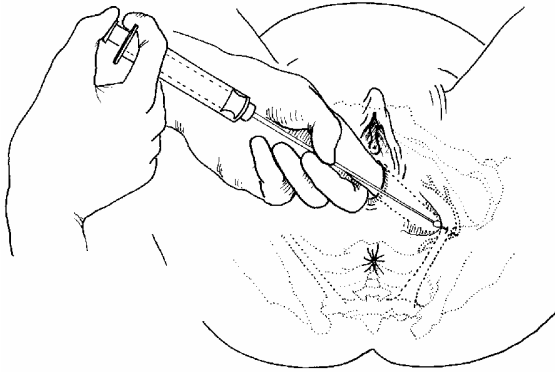


- Injecter 10 ml de solution de lidocaïne dans l'angle qui se situe entre l'épine sciatique et la tubérosité ischiatique.
- Traverser le ligament sacro-sciatique avec l'aiguille et injecter encore 10 ml de solution de lidocaïne.
- Répéter l'opération de l'autre côté.
- Si **une épisiotomie est prévue**, infiltrer maintenant la région à inciser de la manière habituelle (**p.I-81**).
- Une fois la série d'injections terminée, attendre 2 minutes puis pincer la zone avec une pince. Si **la patiente réagit au stimulus**, attendre encore 2 minutes puis recommencer.

Faire l'anesthésie suffisamment tôt pour que le produit ait le temps de faire effet.

VOIE INTRAVAGINALE

- Après avoir enfilé des gants désinfectés, de l'index gauche, palper l'épine sciatique gauche à travers la paroi vaginale (**fig. I-3, p.I-5**).

FIGURE I-3 Voie intravaginale sans guide-aiguille

- De la main droite, enfoncez le guide-aiguille (« trompette ») en direction de l'épine sciatique gauche, en gardant la pointe de l'index gauche au bout du guide.
- Placer le guide-aiguille juste en dessous de la pointe de l'épine sciatique.

Penser à bien garder le bout du doigt près de l'extrémité du guide, et pas au-delà, car on pourrait facilement se blesser.

- Enfoncez une aiguille de 15 cm, d'un calibre de 22 G, dans le guide après l'avoir adaptée à une seringue.
- L'enfoncer dans la muqueuse vaginale jusqu'à ce qu'elle traverse le ligament sacro-sciatique.

Note : Aspirer (tirer sur le piston) pour s'assurer que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau. Si, à l'aspiration, **du sang remonte dans la seringue**, retirer l'aiguille, la déplacer et en vérifier soigneusement la position puis l'enfoncer à nouveau. Ne jamais injecter de lidocaïne si du sang remonte dans la seringue. **Une injection de lidocaïne par voie intraveineuse pourrait provoquer des convulsions et être fatale à la patiente.**

- Injecter 10 ml de solution de lidocaïne.
- Retirer l'aiguille du guide et placer ce dernier juste au-dessus de l'épine sciatique.
- Enfoncez l'aiguille dans la muqueuse vaginale et aspirez à nouveau pour s'assurer qu'elle n'a pas pénétré dans un vaisseau.

- Injecter encore 5 ml de solution.
- Répéter l'opération de l'autre côté en palpant l'épine sciatique droite avec l'index droit. De la main gauche, enfoncer le guide et l'aiguille et injecter la solution de lidocaïne.
- Si **une épisiotomie est prévue**, il convient ensuite d'infiltrer la région à inciser de la manière habituelle (**p.I-81**).
- Une fois la série d'injections terminée, attendre 2 minutes puis pincer la zone avec une pince. Si **la patiente réagit au stimulus**, attendre encore 2 minutes puis recommencer.

Faire l'anesthésie suffisamment tôt pour que le produit ait le temps de faire effet.

L'anesthésie locale constitue une alternative sûre à l'anesthésie générale ou à l'anesthésie à la kétamine ou la rachianesthésie lorsqu'on ne dispose pas des anesthésiques nécessaires (ou qu'il n'y a pas de personne formée à leur utilisation).

Le fait de pratiquer une anesthésie locale pour une césarienne exige du prestataire de soins qu'il informe la patiente et la rassure tout au long de l'opération. Il faut que le prestataire de soins garde à l'esprit que la patiente est éveillée et consciente et il convient, de ce fait, qu'il utilise les instruments et manipule les tissus avec la plus grande douceur.

TABLEAU I-3 Indications d'anesthésie locale pour césarienne et précautions à prendre

| Indications | Précautions |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● césarienne (en particulier pour les femmes souffrant d'une insuffisance cardiaque | <ul style="list-style-type: none"> ● à éviter chez les femmes éclamptiques, pré-éclamptiques ou ayant des antécédents de laparotomie ● à éviter chez les femmes qui sont obèses, anxieuses ou allergiques à la lidocaïne ou aux médicaments de la même famille ● à éviter si le chirurgien n'a pas l'habitude de pratiquer des césariennes ● ne pas injecter de produit dans un vaisseau |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Revoir les principes généraux à observer pour les soins (p.P-19) et installer une voie veineuse (p.P-23). ● Préparer 200 ml de solution de lidocaïne à 0,5 % ayant une concentration d'épinéphrine de 1/200 000 (p.P-45). Habituellement, moins de la moitié de ce volume (80 ml environ) est nécessaire la première heure. ● Si le fœtus est vivant, administrer 1 mg de péthidine par kg à la patiente (mais pas plus de 100 mg) en IV lente (ou 0,1 mg de morphine par kg en IM) et 25 mg de prométhazine en IV, après l'accouchement. Il est aussi possible de lui administrer de la péthidine et de la prométhazine avant l'accouchement, mais dans ce cas, il peut être nécessaire de donner 0,1 mg de naloxone par kg à l'enfant à la naissance. | |

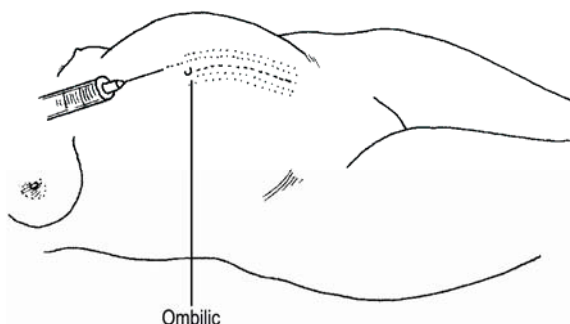
- Si le fœtus est mort, administrer 1 mg de péthidine par kg à la patiente (mais pas plus de 100 mg) en IV lente (ou 0,1 mg de morphine par kg en IM) et 25 mg de prométhazine en IV.

Parler à la patiente et la rassurer tout au long de l'intervention.

- A l'aide d'une aiguille de 10 cm, infiltrer deux bandes de peau et de tissus sous-cutanés verticales situées de part et d'autre de l'incision envisagée et distantes de deux travers de doigts (**fig. I-4, ci-dessous**).

Note : Aspirer (tirer sur le piston) pour s'assurer que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau. Si, **à l'aspiration, du sang remonte dans la seringue**, retirer l'aiguille, la déplacer et en vérifier soigneusement la position puis l'enfoncer à nouveau. Ne jamais injecter de lidocaïne si du sang remonte dans la seringue. **Une injection de lidocaïne par voie intraveineuse pourrait provoquer des convulsions et être fatale à la patiente.**

FIGURE I-4 Infiltration des tissus cutanés et sous-cutanés avec un anesthésique local pour une césarienne



- Infiltrer deux longues bandes de peau situées à 3-4 cm de part et d'autre de la ligne médiane, depuis la symphyse pubienne jusqu'à 5 cm au-dessus de l'ombilic avec la solution de lidocaïne.
- Infiltrer les divers plans de la paroi abdominale. L'aiguille doit rester presque parallèle à la peau. Chez une femme à terme, la paroi abdominale est très mince, il faut donc faire attention à ne pas traverser le péritoine ni l'utérus.
- Une fois la série d'injections terminée, attendre 2 minutes puis pincer la zone à inciser avec une pince. Si **la patiente réagit au stimulus**, attendre encore 2 minutes puis recommencer.

Faire l'anesthésie suffisamment tôt pour que le produit ait le temps de faire effet.

Note : Lorsqu'on fait **une anesthésie locale**, il convient de réaliser une incision médiane d'environ 4 cm plus longue que lorsqu'on fait une anesthésie générale. **Ne pas faire d'incision de Pfannenstiel** : cela prend plus de temps, demande une injection plus importante de lidocaïne et la cicatrisation est de moins bonne qualité.

L'anesthésique peut faire effet jusqu'à 60 minutes.

Réaliser ensuite la césarienne (**p.I-47**) en gardant à l'esprit les recommandations suivantes :

- ne pas utiliser de compresses abdominales ; utiliser des écarteurs aussi peu que possible et forcer le moins possible ;
- injecter 30 ml de solution de lidocaïne sous le péritoine vésico-utérin et faire une infiltration latérale jusqu'aux ligaments ronds ; il n'est pas nécessaire d'injecter plus d'anesthésique, car si le péritoine est sensible à la douleur, le myomètre ne l'est pas ;
- prévenir la patiente qu'elle éprouvera une gêne lors de l'extraction de l'enfant ; normalement, cette douleur n'est pas plus importante que celle d'un accouchement par voie basse ;
- suturer l'utérus sans le sortir de l'abdomen ;
- il peut être nécessaire de faire une autre anesthésie locale pour la réfection de la paroi abdominale.

RACHIANESTHESIE (ANESTHESIE SOUS-ARACHNOÏDIENNE) I-11

TABLEAU I-4 Indications de rachianesthésie et précautions à prendre

| Indications | Précautions |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Césarienne• Laparotomie• Dilatation et curetage• Réfection des déchirures périnéales complètes et complètes compliquées | <ul style="list-style-type: none">• s'assurer que la patiente ne souffre d'aucune allergie connue à la lidocaïne ou aux médicaments de la même famille• à éviter chez les femmes ayant une hypovolémie qui n'a pas été corrigée, une anémie sévère, des troubles de la coagulation, une hémorragie, une infection locale, une pré-éclampsie sévère, une éclampsie ou une insuffisance cardiaque due à une maladie cardiaque |

- Revoir les principes généraux à observer pour les soins (**p.P-19**) et installer une voie veineuse (**p.P-23**).
- Perfuser 500 ml à 1 l de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) pour assurer le remplissage vasculaire et éviter le risque d'hypotension. Il convient de réaliser cette opération 30 minutes avant l'anesthésie.
- Préparer 1,5 ml d'anesthésique local : solution de lidocaïne à 5 % diluée dans une solution de dextrose à 5 %. Ajouter 0,25 ml d'épinéphrine (à 1/1 000) s'il faut que l'anesthésique fasse effet plus de 45 minutes.
- Demander à la patiente de s'allonger sur le côté (ou de s'asseoir), et s'assurer que le rachis lombaire est bien fléchi. Lui demander de baisser la tête sur sa poitrine et de faire le dos aussi rond que possible.
- Repérer le point au niveau duquel on envisage de faire l'injection et, si nécessaire, le marquer. Une ligne transversale partant de la crête iliaque croise la colonne vertébrale entre la quatrième et la cinquième vertèbre lombaire. Choisir l'espace qui se trouve à cet endroit ou celui qui se trouve juste au-dessus pour l'injection.

Il est absolument fondamental que l'aiguille soit stérile. Ne toucher ni la pointe, ni la tige de l'aiguille à ponction lombaire avec la main. Tenir l'aiguille uniquement par l'embase.

- Injecter une solution de lidocaïne à 1 % à l'aide d'une aiguille fine pour anesthésier la peau de la patiente.

- Introduire l'aiguille à ponction lombaire la plus fine possible (calibre de 22 G ou de 23 G) dans la ligne médiane en passant par le bouton anesthésique préalablement réalisé, à angle droit par rapport à la peau et à la verticale.
Note : Les aiguilles fines ont tendance à se tordre.
- Si l'**aiguille bute contre le plan osseux**, c'est probablement qu'elle n'est pas sur la ligne médiane. La retirer et l'enfoncer à nouveau en l'orientant légèrement vers le haut tout en visant l'ombilic.
- Enfoncer l'aiguille à ponction lombaire en direction de l'espace sous-arachnoïdien. Lorsqu'elle atteint le ligament jaune, on sent une nette diminution de la résistance.
- Une fois l'aiguille passée à travers le ligament jaune, la pousser lentement dans la dure-mère. Lorsque l'aiguille pénètre dans la dure-mère, on sent une nouvelle diminution de la résistance.
- Retirer le mandrin. Du liquide céphalo-rachidien doit couler.
- S'il n'y a **pas d'écoulement de liquide céphalo-rachidien**, réadapter le mandrin sur l'aiguille et faire pivoter cette dernière délicatement. Retirer le mandrin pour voir s'il y a un écoulement de liquide. S'il n'y en a toujours pas après la deuxième tentative, réessayer dans un autre espace.
- Injecter 1 ml à 1,25 ml de solution anesthésique. Pour les femmes enceintes, la dose nécessaire est moins importante, l'espace sous-arachnoïdien étant réduit du fait de l'engorgement des veines épidurales.
- Aider la patiente à s'allonger sur le dos. Incliner légèrement la table d'opération sur la gauche ou mettre un oreiller ou un linge plié sous la hanche droite de la patiente pour réduire le risque de choc postural.
- Vérifier à nouveau la tension artérielle. Celle-ci aura probablement diminué. En cas d'**hypotension marquée**, administrer une plus grande quantité de solution en IV (500 ml en injection rapide) :
 - si **cela ne suffit pas à faire augmenter la tension artérielle**, administrer 0,2 mg d'éphédrine par kg, en IV, par paliers de 3 mg ;
 - si **la tension continue à diminuer après quatre bolus intraveineux d'éphédrine**, administrer 30 mg d'éphédrine en IM.
- Administrer 6 à 8 l d'oxygène par minute à l'aide d'un masque ou d'une sonde nasale.

- Une fois la solution anesthésique locale injectée, attendre 2 minutes puis pincer la zone à inciser avec une pince. Si **la patiente réagit au stimulus**, attendre encore 2 minutes puis recommencer.

Faire l'anesthésie suffisamment tôt pour que le produit ait le temps de faire effet.

- Une fois l'opération terminée, garder la patiente à plat pendant au moins 6 h, avec seulement un oreiller sous la tête afin de prévenir les céphalées post-anesthésie. Elle ne doit ni s'asseoir, ni fournir d'effort pendant tout ce temps.

TABLEAU I-5 Indications d'anesthésie à la kétamine et précautions à prendre

| Indications | Précautions |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Toute intervention relativement courte (durée inférieure à 60 minutes) et pour laquelle le relâchement musculaire n'est pas nécessaire (réfection de déchirures périnéales ou de lésions cervicales étendues, délivrance artificielle, césarienne, drainage d'abcès mammaire, par exemple) • Convient comme solution de repli si l'appareil d'inhalation (ou l'arrivée de gaz pour un appareil de Boyle) tombe en panne ou pour une anesthésie générale sans appareil de ventilation | <ul style="list-style-type: none"> • Utilisée seule, la kétamine peut provoquer des hallucinations gênantes. A éviter chez les femmes ayant des antécédents de psychose. Afin de prévenir les hallucinations, injecter 10 mg de diazépam en IV après l'accouchement. • La kétamine ne provoque pas en soi un relâchement musculaire, de sorte qu'il est possible que pour la césarienne, l'incision prenne plus de temps. • Ne pas administrer de kétamine aux femmes qui ont une tension artérielle élevée, sont atteintes de pré-éclampsie, d'éclampsie ou souffrent d'une maladie cardiaque. |

- Revoir les principes généraux à observer pour les soins (**p.P-19**) et installer une voie veineuse (**p.P-23**).
- Il est possible d'administrer la kétamine en injection IM ou IV, ou encore en perfusion. La posologie est variable.
 - Pour la plupart des femmes, une injection IM de 6 à 10 mg par kg est nécessaire pour obtenir une anesthésie suffisante pour une intervention chirurgicale. L'anesthésie atteint la profondeur nécessaire en 10 minutes et dure jusqu'à 30 minutes.
 - Une autre solution consiste à injecter lentement 2 mg de kétamine par kg par IV, en 2 minutes (dans ce cas l'anesthésique ne fait effet que pendant 15 minutes).
 - La méthode consistant à administrer la kétamine en perfusion est décrite plus bas. Elle convient pour la césarienne.
 - Dans les cas où une analgésie plus importante est nécessaire, injecter 1 mg de kétamine par kg en IV.

Ne pas pratiquer d'anesthésie à la kétamine chez les femmes qui ont une tension artérielle élevée, sont atteintes de pré-éclampsie ou d'éclampsie ou souffrent d'une maladie cardiaque.

PERFUSION DE KETAMINE

PREMEDICATION

- Injecter 0,6 mg de sulfate d'atropine en IM 30 minutes avant l'intervention chirurgicale.
- Injecter 10 mg de diazépam en IV lorsque le sulfate d'atropine commence à faire effet, de façon à prévenir les hallucinations (en cas de césarienne, administrer le diazépam **après** l'accouchement).
- Administrer 6 à 8 l d'oxygène par minute à l'aide d'un masque ou d'une sonde nasale.

INDUCTION ET ENTRETIEN DE L'ANESTHESIE

- Vérifier les signes vitaux de la patiente (pouls, tension artérielle, respiration, température).
- Poser une canule pour éviter que la langue n'obstrue les voies aériennes.
- Pour l'induction de l'anesthésie, injecter lentement 2 mg de kétamine par kg par voie intraveineuse, en 2 minutes. L'anesthésie est alors suffisante pour les interventions d'une durée inférieure à 15 minutes.
- Pour les interventions plus longues, perfuser 200 mg de kétamine dilués dans 1 l de solution de dextrose, à raison de 2 mg (soit 20 gouttes) par minute.
- Vérifier le degré d'anesthésie avant de commencer l'intervention. Pincer la zone à inciser avec une pince. Si **la patiente réagit au stimulus**, attendre encore 2 minutes puis recommencer.
- Surveiller les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température) toutes les 10 minutes, pendant l'intervention.

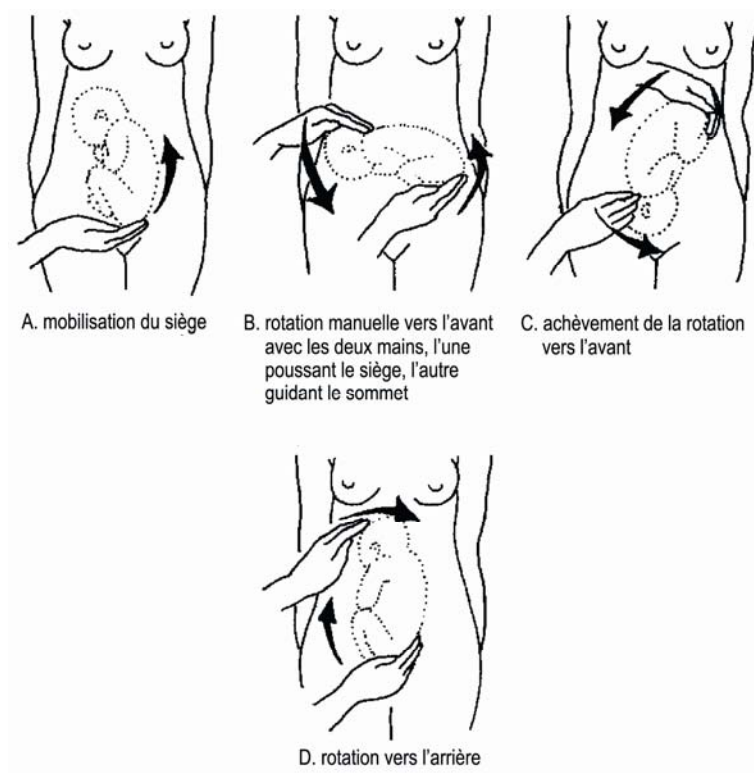
SOINS POST-OPERATOIRES

- Retirer la perfusion de kétamine et administrer un analgésique post-opératoire adapté au type d'intervention réalisée (**p.P-52**).
- Continuer à observer toutes les 30 minutes jusqu'à ce que la patiente reprenne connaissance. L'anesthésie à la kétamine peut mettre jusqu'à 60 minutes pour se dissiper.

- Réexaminer la patiente et préciser les indications de version par manœuvre externe. Ne pas pratiquer ce geste avant 37 semaines de grossesse si on ne dispose pas d'une structure adéquate pour pratiquer une césarienne.
- Faire allonger la patiente sur le dos et surélever les pieds du lit.
- Ecouter le **rythme cardiaque fœtal** et le consigner par écrit. S'il est **anormal** (inférieur à 100 bts/min ou supérieur à 180 bts/min) :
 - renoncer à la version par manœuvre externe ;
 - procéder comme pour une souffrance fœtale (**p.S-105**).
- Palper l'abdomen pour vérifier la présentation et la position de la tête fœtale ainsi que celles du dos et du bassin.
- Pour mobiliser le siège, soulever en douceur le pôle inférieur du fœtus du détroit supérieur de la cavité pelvienne en le saisissant au-dessus du pubis de la mère (**fig. I-5 A, p.I-18**).
- Rapprocher la tête et les fesses du fœtus pour pouvoir réaliser une rotation en avant. Faire pivoter le fœtus lentement en guidant la tête dans un mouvement circulaire vers l'avant tout en soulevant les fesses (**fig. I-5 B-C, p.I-18**).
- Ecouter le rythme cardiaque fœtal après la tentative. En cas **d'anomalie** :
 - procéder comme pour une souffrance fœtale (**p.S-105**) ;
 - la réexaminer toutes les 15 minutes ;
 - si le rythme cardiaque fœtal ne se stabilise pas dans les 30 minutes, pratiquer une césarienne (**p.I-47**).
- Si la **manœuvre réussit**, garder la patiente allongée pendant 15 minutes. Lui expliquer qu'il faut qu'elle revienne si un saignement ou une douleur surviennent ou si elle pense que l'enfant a retrouvé sa position initiale.
- Si la **manœuvre échoue**, renouveler l'essai, vers l'arrière cette fois (**fig. I-5 D, p.I-18**).
- Si la **manœuvre échoue à nouveau** et que le **rythme cardiaque fœtal est satisfaisant**, les tocolytiques peuvent augmenter les chances de réussite. Faire :
 - une injection intraveineuse lente de 250 µg de terbutaline en 5 minutes ;

- OU une injection intraveineuse lente de 0,5 mg de salbutamol en 5 minutes.
- **Si la manoeuvre échoue encore**, réessayer au bout d'une semaine ou, si la patiente est en début de travail et que le fœtus est en présentation du siège ou en présentation transverse, recommencer immédiatement.

FIGURE I-5 Version par manoeuvre externe d'une présentation du siège



DECLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL ET STIMULATION DE L'ACTIVITE UTERINE

I-19

Le déclenchement artificiel du travail et la stimulation de l'activité utérine répondent à des indications différentes mais leur réalisation est identique.

- **Déclenchement artificiel du travail** : stimulation de l'utérus destinée à provoquer le travail.
- **Stimulation de l'activité utérine** : stimulation de l'utérus au cours du travail ayant pour but d'accroître la fréquence, la durée et l'intensité des contractions.

On considère que la dynamique utérine est de bonne qualité lorsque la patiente a 3 contractions en 10 minutes, chacune durant plus de 40 secondes.

Si **les membranes sont intactes**, il est recommandé, tant pour le déclenchement artificiel du travail que pour la stimulation de l'activité utérine, de procéder à une rupture artificielle des membranes (RAM). Dans certains cas, il n'est besoin de rien d'autre pour déclencher le travail. La rupture des membranes, qu'elle soit spontanée ou artificielle, déclenche souvent la suite de phénomènes ci-après :

- expulsion de liquide amniotique ;
- diminution du volume utérin ;
- libération de prostaglandines, stimulation du travail ;
- début des contractions utérines (si la patiente n'était pas entrée en travail) ou renforcement des contractions (si elle était déjà en travail).

RUPTURE ARTIFICIELLE DES MEMBRANES

- Réexaminer la patiente et préciser les indications de rupture artificielle des membranes.

Note : Dans les régions à forte prévalence du VIH, il est prudent de laisser les membranes intactes le plus longtemps possible afin de limiter le risque de transmission périnatale du VIH.

- Ecouter le rythme cardiaque fœtal et le consigner par écrit.
- Demander à la patiente de s'allonger sur le dos, jambes fléchies, pieds joints et genoux écartés.
- Après avoir enfilé des gants désinfectés, examiner le col d'une main et en noter la consistance, la position, l'effacement et la dilatation.

- De l'autre main, introduire une pince à rompre ou une pince de Kocher dans le vagin.
- Diriger cette pince vers les membranes en la faisant glisser le long des doigts intravaginaux.
- Avancer les deux doigts contre les membranes et, de l'autre main, rompre ces dernières délicatement à l'aide de la pince. Laisser le liquide amniotique s'écouler le long des doigts.
- Noter la couleur du liquide (clair, verdâtre, sanguinolent). La **présence d'un méconium épais** est évocateur d'une souffrance fœtale (**p.S-105**).
- Après avoir réalisé la RAM, écouter le **rythme cardiaque fœtal** pendant une contraction et après celle-ci. S'il est **anormal** (inférieur à 100 bts/min ou supérieur à 180 bts/min), redouter une souffrance fœtale (**p.S-105**).
- Si la **rupture des membranes a eu lieu 18 h auparavant**, administrer des antibiotiques prophylactiques afin de réduire le risque d'infection à streptocoques du groupe B chez le nouveau-né (**p.P-39**) :
 - 2 000 000 unités de pénicilline G en IV ;
 - OU 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 h, jusqu'à l'accouchement ;
 - si la patiente ne présente **pas de signe d'infection après l'accouchement**, cesser l'antibiothérapie.
- Si le **travail n'est pas satisfaisant 1 h après la RAM**, commencer à administrer de l'ocytocine en perfusion (**p.I-21**).
- Si la **décision de déclencher le travail est due à une maladie grave de la mère** (septicémie ou éclampsie, par exemple), débiter la perfusion d'ocytocine dès la rupture artificielle des membranes.

DECLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL

EXAMEN DU COL

La réussite du déclenchement du travail est liée à l'état du col au début de l'intervention. Pour évaluer l'état du col, on réalise un examen à la suite duquel on détermine un score sur les critères qui figurent dans le **tableau I-6, p.I-21** :

- si le **col est favorable** (score supérieur ou égal à 6), l'ocytocine suffit généralement à déclencher le travail ;

- si **le col est défavorable** (score inférieur ou égal à 5), l'amener à maturation en administrant des prostaglandines (**p.I-26**) ou à l'aide d'une sonde de Foley (**p.I-27**) avant d'entamer le déclenchement du travail.

TABLEAU I-6 Examen du col pour le déclenchement du travail

| Paramètre | Notation | | | |
|--|-------------|---------|------------|------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Dilatation (en cm) | fermé | 1-2 | 3-4 | plus de 5 |
| Longueur du canal cervical (en cm) | plus de 4 | 3-4 | 1-2 | moins de 1 |
| Consistance | ferme | moyenne | molle | - |
| Position | postérieure | médiane | antérieure | - |
| Descente d'après le niveau où se trouve la tête (en cm par rapport aux épinos sciatiques) | -3 | -2 | -1 ou 0 | +1 ou+2 |
| Descente d'après la palpation abdominale (en cinquièmes de tête palpables) | 4/5 | 3/5 | 2/5 | 1/5 |

OCYTOCINE

Utiliser l'ocytocine avec grande prudence car une hyperstimulation peut provoquer une souffrance fœtale et, dans de rares cas, une rupture utérine. Les multipares sont plus exposées que les autres au risque de rupture utérine.

Observer attentivement les patientes sous ocytocine.

La dose d'ocytocine nécessaire varie considérablement d'une femme à l'autre. Administrer l'ocytocine diluée dans une solution intraveineuse (solution de dextrose ou sérum physiologique) avec précaution, en augmentant progressivement le débit de perfusion jusqu'à ce qu'une dynamique utérine de bonne qualité soit établie (trois contractions en 10 minutes, chacune durant plus de 40 secondes). Ensuite, continuer à perfuser au même débit jusqu'à l'accouchement. L'utérus doit se relâcher entre les contractions.

Une fois que la perfusion d'ocytocine a permis d'établir une dynamique utérine de qualité, continuer à perfuser au même débit jusqu'à l'accouchement.

- Surveiller le pouls, la tension artérielle et les contractions de la patiente et vérifier le rythme cardiaque fœtal.
- Réexaminer la patiente et préciser les indications pour la suite.

S'assurer qu'il y a bien une indication de déclenchement artificiel, car un échec en la matière donne généralement lieu à une césarienne.

- Veiller à ce que la patiente soit allongée sur le côté gauche.
- Consigner les informations suivantes sur le partogramme toutes les 30 minutes (**p.P-73**) :
 - débit de perfusion de l'ocytocine (voir plus bas) ;
Note : les changements de position au niveau du bras sont susceptibles de modifier la vitesse d'écoulement de la solution ;
 - durée et fréquence des contractions ;
 - rythme cardiaque fœtal – écouter le **rythme cardiaque fœtal** toutes les 30 minutes, toujours immédiatement après une contraction, s'il est **inférieur à 100 battements par minute**, retirer la perfusion.

Ne jamais laisser seule une patiente sous perfusion d'ocytocine.

- Diluer 2,5 unités d'ocytocine dans 500 ml de solution de dextrose (ou de sérum physiologique) et perfuser à raison de 10 gouttes par minute (**tableau I-7, p.I-24 et tableau I-8, p.I-25**), ce qui correspond environ à 2,5 mUI par minute.
- Augmenter le débit de perfusion de 10 gouttes toutes les 30 minutes jusqu'à ce qu'une bonne dynamique utérine soit établie (les contractions durent plus de 40 secondes et se produisent 3 fois en 10 minutes).
- Continuer à perfuser à ce débit jusqu'à la fin de l'accouchement.
- En cas d'**hyperstimulation** (toute contraction durant plus de 60 secondes) ou si la patiente a **plus de 4 contractions en**

10 minutes, retirer la perfusion et administrer des tocolytiques pour relâcher l'utérus :

- 250 µg de terbutaline en injection intraveineuse lente, en 5 minutes ;
 - OU 10 mg de salbutamol dilués dans 1 l de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate), à raison de 10 gouttes par minute.
- Si la patiente n'a **pas trois contractions en 10 minutes**, et que chaque contraction ne dure pas **plus de 40 secondes** une fois que le débit de perfusion est de **60 gouttes par minute** :
 - augmenter la concentration d'ocytocine à 5 unités pour 500 ml de solution de dextrose (ou de sérum physiologique) et adapter le débit de perfusion en conséquence à 30 gouttes par minute (soit 15 mUI par minute) ;
 - augmenter le débit de perfusion de 10 gouttes toutes les 30 minutes jusqu'à ce qu'une bonne dynamique utérine soit établie ou jusqu'à avoir atteint le plafond de 60 gouttes par minute.
 - Si le **travail n'est toujours pas établi** malgré la concentration accrue d'ocytocine :
 - pour les **multigestes** et **les patientes ayant des cicatrices de césarienne(s) antérieure(s)**, considérer que le déclenchement a échoué et pratiquer une césarienne (**p.I-47**) ;

Ne pas administrer de solution contenant 10 unités d'ocytocine pour 500 ml (soit 20 mUI d'ocytocine par ml) aux multigestes ni aux femmes ayant subi une césarienne antérieure.

- pour les **primigestes** :
 - perfuser une solution contenant une plus grande concentration d'ocytocine (augmentation rapide par paliers, **tableau I-8, p.I-25**) ;
 - si la patiente n'a toujours pas de contractions de bonne qualité avec la dose maximum, pratiquer une césarienne (**p.I-47**).

TABLEAU I-7 Débit de perfusion de l'ocytocine pour le déclenchement artificiel du travail (note : 1 ml ~ 20 gouttes)

| Temps écoulé depuis le début de la perfusion | Concentration d'ocytocine | Gouttes par minute | Dose approximative (en mUI/min) | Volume perfusé | Volume total perfusé |
|--|---|--------------------|---------------------------------|----------------|----------------------|
| 0h00 | 2,5 unités diluées dans 500 ml de solution de dextrose ou de sérum physiologique (5 mUI/ml) | 10 | 3 | 0 | 0 |
| 0h30 | idem | 20 | 5 | 15 | 15 |
| 1h00 | idem | 30 | 8 | 30 | 45 |
| 1h30 | idem | 40 | 10 | 45 | 90 |
| 2h00 | idem | 50 | 13 | 60 | 150 |
| 2h30 | idem | 60 | 15 | 75 | 225 |
| 3h00 | 5 unités diluées dans 500 ml de solution de dextrose ou de sérum physiologique (10 mUI/ml) | 30 | 15 | 90 | 315 |
| 3h30 | idem | 40 | 20 | 45 | 360 |
| 4h00 | idem | 50 | 25 | 60 | 420 |
| 4h30 | idem | 60 | 30 | 75 | 495 |
| 5h00 | 10 unités diluées dans 500 ml de solution de dextrose ou de sérum physiologique (20 mUI/ml) | 30 | 30 | 90 | 585 |
| 5h30 | idem | 40 | 40 | 45 | 630 |
| 6h00 | idem | 50 | 50 | 60 | 690 |
| 6h30 | idem | 60 | 60 | 75 | 765 |
| 7h00 | idem | 60 | 60 | 90 | 855 |

N'augmenter le débit de perfusion de l'ocytocine que jusqu'à l'obtention d'une dynamique utérine de qualité puis continuer à perfuser à ce débit.

TABLEAU I-8 Augmentation rapide du débit de perfusion de l'ocytocine pour déclencher le travail chez les primigestes (note : 1 ml ~ 20 gouttes)

| Temps écoulé depuis le début de la perfusion | Concentration d'ocytocine | Gouttes par minute | Dose approximative (en mUI/min) | Volume perfusé | Volume total perfusé |
|--|---|--------------------|---------------------------------|----------------|----------------------|
| 0h00 | 2.5 unités diluées dans 500 ml de solution de dextrose ou de sérum physiologique (5 mUI/ml) | 15 | 4 | 0 | 0 |
| 0h30 | idem | 30 | 8 | 23 | 23 |
| 1h00 | idem | 45 | 11 | 45 | 68 |
| 1h30 | idem | 60 | 15 | 68 | 135 |
| 2h00 | 5 unités diluées dans 500 ml de solution de dextrose ou de sérum physiologique (10 mUI/ml) | 30 | 15 | 90 | 225 |
| 2h30 | idem | 45 | 23 | 45 | 270 |
| 3h00 | idem | 60 | 30 | 68 | 338 |
| 3h30 | 10 unités diluées dans 500 ml de solution de dextrose ou de sérum physiologique (20 mUI/ml) | 30 | 30 | 90 | 428 |
| 4h00 | idem | 45 | 45 | 45 | 473 |
| 4h30 | idem | 60 | 60 | 68 | 540 |
| 5h00 | idem | 60 | 60 | 90 | 630 |

PROSTAGLANDINES

Les prostaglandines sont très efficaces pour amener le col à maturation dans le cadre du déclenchement artificiel du travail.

- Vérifier le pouls, la tension artérielle et les contractions de la patiente ainsi que le rythme cardiaque fœtal. Consigner les observations sur le partogramme (**p.P-73**).
- Réexaminer la patiente et préciser les indications d'administration de prostaglandines.
- On trouve la prostaglandine E₂ (PGE₂) sous diverses formes (en ovules de 3 mg ou en gel, en doses de 2 à 3 mg). Elle doit être placée profondément dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Si nécessaire, il est possible de renouveler l'opération au bout de 6 h.

Surveiller les contractions utérines pour toutes les femmes auxquelles des prostaglandines ont été administrées pour déclencher le travail, ainsi que le rythme cardiaque fœtal.

- Cesser d'administrer des prostaglandines et commencer la perfusion d'ocytocine si :
 - les membranes se rompent ;
 - le col est arrivé à maturation ;
 - une bonne dynamique utérine est établie ;
 - OU au bout de 12 h.

MISOPROSTOL

- N'administrer du misoprostol pour amener le col à maturation **que dans des cas bien précis** comme :
 - celui d'une pré-éclampsie sévère ou d'une éclampsie si le col est défavorable et qu'il est impossible de pratiquer une césarienne sans danger dans l'immédiat ou que l'enfant est trop prématuré pour survivre ;
 - celui d'une mort fœtale in utero si la patiente n'est pas entrée spontanément en travail au bout de 4 semaines et que son taux de plaquettes diminue.
- Placer 25 µg de misoprostol dans le cul-de-sac vaginal postérieur et renouveler l'opération au bout de 6 h si nécessaire.

- S'il n'y a **pas de réponse après deux doses de 25 µg**, augmenter les doses à 50 µg toutes les 6 h.
- Ne pas administrer plus de 50 µg à la fois et ne pas dépasser 4 doses (200 µg en tout).

Ne pas administrer d'ocytocine à la patiente pendant les 8 h qui suivent l'administration du misoprostol. Surveiller les contractions et le rythme cardiaque fœtal.

SONDE DE FOLEY

La sonde de Foley constitue une alternative efficace aux prostaglandines pour amener le col à maturation et déclencher le travail. Il convient néanmoins d'en éviter l'utilisation chez les femmes ayant une cervicite ou une vaginite patentes.

Si la patiente a des antécédents de saignement, ou si les membranes sont rompues, ou encore, si elle a une infection cervico-vaginale patente, ne pas utiliser de sonde de Foley.

- Réexaminer la patiente et préciser les indications d'utilisation d'une sonde de Foley.
- Insérer délicatement un spéculum désinfecté dans le vagin.
- Tenir la sonde à l'aide d'une pince désinfectée et l'introduire doucement dans le col. Veiller à ce que le ballonnet gonflable de la sonde se trouve au-delà de l'orifice interne.
- Le gonfler en y injectant 10 ml d'eau.
- Enrouler le reste de la sonde et le mettre dans le vagin.
- Laisser la sonde en place jusqu'à ce que les contractions commencent ou pendant au moins 12 h.
- Dégonfler le ballonnet avant de retirer la sonde puis commencer l'administration d'ocytocine.

STIMULATION DE L'ACTIVITE UTERINE PAR ADMINISTRATION D'OCYTOCINE

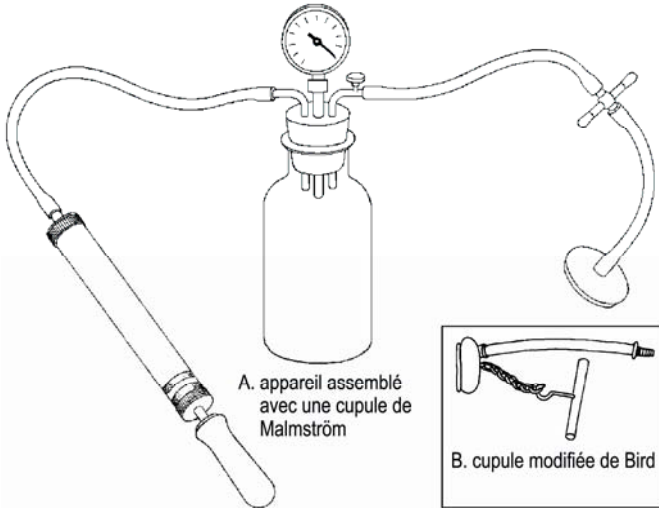
- Réexaminer la patiente et préciser les indications de renforcement de l'activité utérine.

- Injecter de l'ocytocine en perfusion comme indiqué pour le déclenchement artificiel du travail (**p.I-21**).

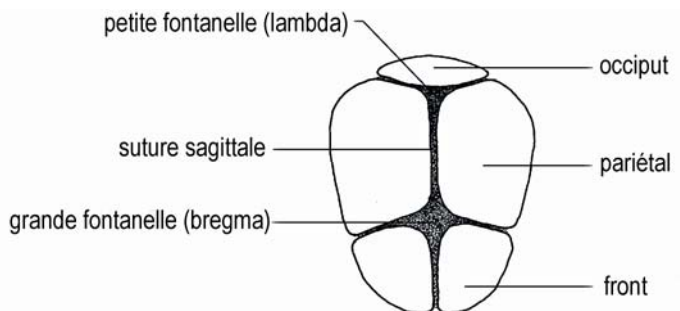
Note : Ne pas recourir à l'augmentation rapide des doses pour le renforcement de l'activité utérine.

La **figure I-6** représente les principaux éléments d'une ventouse obstétricale.

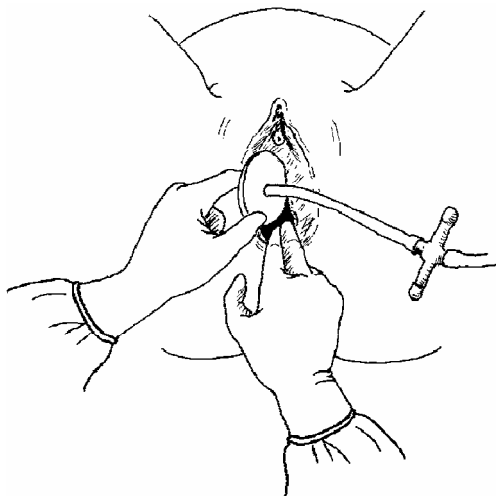
FIGURE I-6 Ventouse obstétricale



- Réexaminer la patiente et vérifier que les conditions nécessaires à une extraction par ventouse obstétricale sont bien remplies :
 - le fœtus est en présentation du sommet ;
 - la grossesse est à terme ;
 - le col est complètement dilaté ;
 - la tête se trouve au moins au niveau 0 ou deux cinquièmes de la tête au plus se trouvent au-dessus de la symphyse pubienne.
- Vérifier tous les raccords et tester la ventouse sur la main après avoir enfilé un gant.
- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager. Si nécessaire, faire un bloc des nerfs honteux internes (**p.I-3**).
- Après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés, vérifier la position de la tête fœtale en recherchant au toucher la suture sagittale et les fontanelles.
- Repérer la petite fontanelle (**fig. I-7, p.I-30**).

FIGURE I-7 Repères du crâne foetal

- Appliquer la cupule la plus large possible sur la présentation, en plaçant le centre sur le point de flexion, 1 cm en avant de la petite fontanelle. Positionnée ainsi, la cupule favorise la flexion, la descente et la rotation naturelle de la tête qui doivent résulter de la traction (**fig. I-8**).

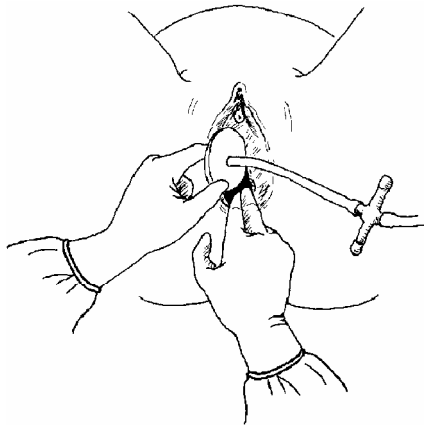
FIGURE I-8 Application de la cupule de Malmström

- A ce stade, il peut être nécessaire de faire une épisiotomie pour pouvoir positionner la cupule correctement (**p.I-81**). Si l'**épisiotomie n'est pas nécessaire pour positionner la cupule**, en retarder la réalisation jusqu'à ce que la tête bombe le périnée ou jusqu'à ce que

le périnée se trouve dans l'axe de traction. De cette manière, on évite une perte de sang inutile.

- Vérifier que la cupule est bien appliquée. S'assurer qu'il n'y a aucune partie molle (tissu cervical ou vaginal) sous le bord de la cupule.
- Avec la pompe, créer un vide en exerçant une dépression de $0,2 \text{ kg/cm}^2$ et vérifier la pose de la cupule.
- Augmenter la dépression jusqu'à $0,8 \text{ kg/cm}^2$ et vérifier la pose de la cupule.
- Après avoir atteint la dépression maximale, entamer une traction dans l'axe pelvien, perpendiculairement à la cupule. Si **la tête fœtale est inclinée sur un côté ou mal fléchie**, il convient d'orienter la traction de façon à corriger l'asynclitisme ou la déflexion (c'est-à-dire, soit d'un côté, soit de l'autre, et pas nécessairement sur la ligne médiane).
- Lors de chaque contraction, appliquer une traction perpendiculaire au plan de la cupule (**fig. I-9**). Après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés, mettre un doigt sur le crâne de l'enfant, au contact de la cupule, pour évaluer un éventuel glissement de celle-ci et la descente du sommet.

FIGURE I-9 Exercer une traction



- Entre les contractions, vérifier :
 - le rythme cardiaque fœtal ;
 - la pose de la cupule.

CONSEILS

- Ne jamais manipuler la cupule pour provoquer délibérément une rotation de la tête. Celle-ci se fera d'elle-même avec la traction.
- Les premières tractions permettent de trouver la direction dans laquelle il convient de tirer.
- Ne pas tirer entre les contractions et les efforts expulsifs.
- S'il y a progression et en l'absence de souffrance fœtale, poursuivre les tractions de « guidage » pendant 30 minutes au maximum.

ECHEC

- Considérer que l'extraction par ventouse obstétricale a échoué si :
 - la tête n'avance pas avec chaque traction ;
 - le fœtus n'est pas extrait des voies génitales maternelles après trois tractions sans descente, ou au bout de 30 minutes ;
 - la cupule glisse deux fois sur la tête dans le sens même de la traction à la dépression maximale.
- Considérer toute traction comme une tentative d'extraction. Ne pas persister si on n'observe pas de descente à toutes les tractions.
- Si **l'extraction par ventouse obstétricale est sans succès**, l'associer à une symphysiotomie (voir plus bas) ou pratiquer une césarienne (**p.I-47**).

EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTÉTRICALE ET SYMPHYSIOTOMIE

- Il est possible d'associer une symphysiotomie (**p.I-59**) à l'extraction par ventouse obstétricale dans les cas suivants :
 - la tête se trouve au moins au niveau –2 ou trois cinquièmes de la tête au plus se trouvent au-dessus de la symphyse pubienne ;
 - la césarienne n'est pas envisageable ou pas réalisable dans l'immédiat ;
 - le prestataire de soins a l'expérience et les compétences nécessaires pour réaliser une symphysiotomie ;
 - l'extraction par ventouse obstétricale seule a échoué ou on peut s'attendre à ce qu'elle échoue ;
 - il n'y a pas de disproportion majeure.

COMPLICATIONS

Les complications proviennent généralement du fait que les conditions d'utilisation de cette méthode n'ont pas été respectées ou que l'on a poursuivi les efforts au-delà des limites indiquées ci-dessus.

COMPLICATIONS FŒTALES

- L'œdème localisé au niveau du scalp (bosse séro-sanguine artificielle) sous la cupule de la ventouse est sans danger et disparaît en quelques heures.
- Le céphalématome exige une mise en observation et se résorbe généralement en 3 à 4 semaines.
- Des écorchures (fréquentes et sans danger) et des déchirures du scalp sont possibles. Nettoyer les déchirures et les examiner pour déterminer si des sutures sont nécessaires. La nécrose est extrêmement rare.
- L'hémorragie intracrânienne est extrêmement rare et nécessite des soins néonataux intensifs immédiats.

COMPLICATIONS MATERNELLES

- Des déchirures des voies génitales sont possibles. Examiner soigneusement la patiente et procéder, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales (**p.I-91**) ou vaginales (**p.I-93**) ou à celle de l'épisiotomie (**p.I-81**).

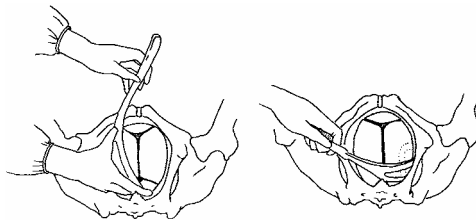
- Réexaminer la patiente et vérifier que les conditions sont réunies pour un accouchement par forceps :
 - le fœtus est en présentation du sommet ou de la face en mento-antérieure, ou il y a rétention de tête dernière dans un accouchement par le siège, (**p.I-44**) ;
 - le col est complètement dilaté ;
 - la tête se trouve au niveau +2 ou +3 ou n'est plus palpable au-dessus de la symphyse pubienne.

Il faut au moins que la suture sagittale soit verticale sur la ligne médiane, autrement dit que la position soit occipito-pubienne ou occipito-sacrée.

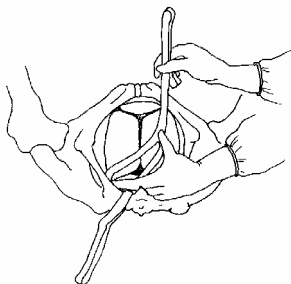
- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager. Si nécessaire, faire un bloc des nerfs honteux internes (**p.I-3**).
- Assembler le forceps avant la pose. S'assurer que les divers éléments s'assemblent et se solidarisent bien.
- Lubrifier les cuillères du forceps.
- Après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés, de la main droite, introduire deux doigts dans le vagin, sur le côté de la tête fœtale. Faire glisser doucement la cuillère gauche entre la tête et les doigts de façon à l'appliquer sur le côté gauche de la tête (**fig. I-10**).

La pose bipariétale et bimalaire est la seule qui soit sûre.

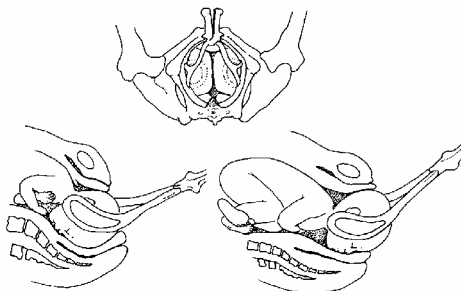
FIGURE I-10 Pose de la cuillère gauche du forceps



- Répéter l'opération de l'autre côté, en se guidant de la main gauche pour insérer la cuillère droite du forceps (**fig. I-11, p.I-36**).

FIGURE I-11 Pose de la cuillère droite du forceps

- Appuyer sur les branches et les solidariser.
- Si elles sont difficiles à solidariser, cela indique généralement que les cuillères ont été mal posées. Dans ce cas, les retirer et vérifier la position de la tête. Ne les reposer qu'après s'être assuré de la bonne rotation de la tête.
- Une fois les branches solidarifiées, exercer une traction constante vers le bas et vers l'arrière avec chaque contraction (**fig. I-12**).

FIGURE I-12 Assemblage des cuillères et traction

- Entre les contractions, vérifier :
 - le rythme cardiaque fœtal ;
 - la pose du forceps.
- Dès que la tête apparaît, réaliser l'épisiotomie appropriée (**p.I-81**).
- Soulever lentement la tête vers le haut entre les contractions.
- La tête doit descendre avec chaque traction. Deux ou trois tractions devraient suffire.

ECHEC

- Considérer que l'accouchement par forceps a échoué si :
 - la tête n'avance pas avec chaque traction ;
 - le fœtus n'est pas extrait des voies génitales maternelles après trois tractions sans descente ou après 30 minutes.
- Considérer toute traction comme une tentative d'extraction. Ne pas persister si on n'observe pas de descente à toutes les tractions.
- Si **l'extraction par forceps échoue**, pratiquer une césarienne (**p.I-47**).

Il n'est pas possible de recourir à la symphysiotomie en cas d'échec de l'extraction par forceps.

COMPLICATIONS

COMPLICATIONS FŒTALES

- Les lésions des nerfs faciaux nécessitent une mise en observation. Elles sont en général auto-limitantes.
- Des lésions du visage et du scalp sont possibles. Nettoyer et examiner les déchirures pour déterminer si des sutures sont nécessaires.
- Les fractures de la face et du crâne nécessitent une mise en observation.

COMPLICATIONS MATERNELLES

- Des déchirures des voies génitales sont possibles. Examiner soigneusement la patiente et procéder, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales (**p.I-91**) ou vaginales (**p.I-93**) ou à celle de l'épisiotomie (**p.I-81**).
- Il arrive que l'utérus se rompe, auquel cas un traitement immédiat s'impose (**p.I-109**).

- Réexaminer la patiente et préciser les indications d'accouchement par le siège. S'assurer que toutes les conditions sont réunies pour un accouchement par le siège par voie basse sans danger.
- Revoir les principes généraux (**p.P-19**) à appliquer pour les soins et débiter une perfusion IV (**p.P-23**).
- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager. Si nécessaire, faire un bloc des nerfs honteux internes (**p.I-3**).
- Réaliser toutes les manœuvres doucement, sans forcer.

SIEGE COMPLET OU DECOMPLETE MODE DES FESSES

FIGURE I-13 Présentations du siège



A. siège complet (en tailleur)



B. siège décompleté mode des fesses

DEGAGEMENT DES FESSES ET DES JAMBES

- Une fois les fesses descendues dans le vagin et le col complètement dilaté, dire à la patiente qu'elle peut pousser lors des contractions.
- Si le **périnée est très épais**, réaliser une épisiotomie (**p.I-81**).
- Laisser le dégagement des fesses se poursuivre jusqu'à ce que le bas du dos puis les omoplates soient visibles.
- Prendre délicatement les fesses dans une main, sans tirer dessus.
- Si les jambes ne se dégagent pas spontanément, les dégager l'une après l'autre :
 - pousser sur la jambe au-delà du genou pour la plier ;
 - saisir la cheville et dégager le pied puis le reste de la jambe ;
 - faire de même pour l'autre jambe.

Ne pas tirer sur le bébé pendant le dégagement des jambes.

- Tenir le bébé par les hanches comme indiqué sur la **figure I-14**. Ne pas le prendre par les flancs ni par l'abdomen, cela risquerait d'endommager les reins ou le foie.

FIGURE I-14. Tenir le bébé par les hanches, ne pas tirer



DEGAGEMENT DES BRAS

BRAS PALPABLES SUR LA POITRINE

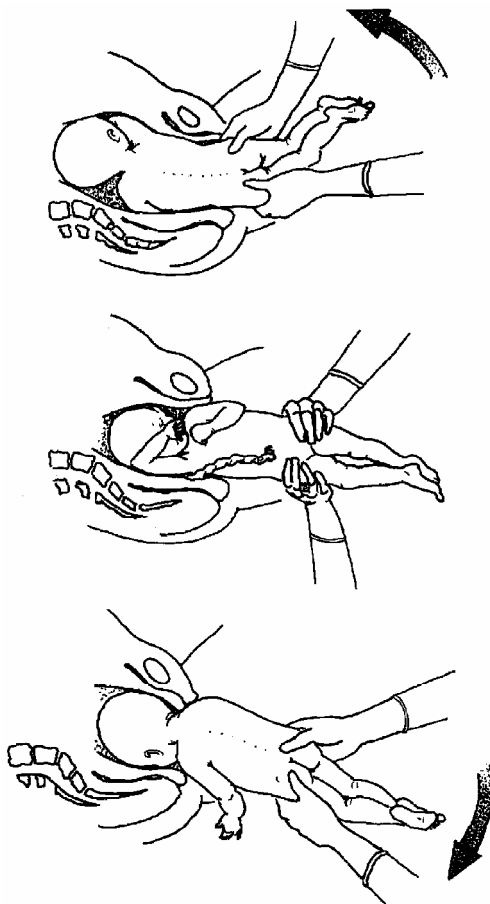
- Laisser les bras se dégager spontanément l'un après l'autre. N'intervenir que si c'est nécessaire.
- Après le dégagement spontané du premier bras, soulever les fesses du bébé en direction de l'abdomen de la mère afin de permettre au deuxième bras de se dégager spontanément.
- Si le **bras ne se dégage pas spontanément**, placer un ou deux doigt(s) au niveau du coude et plier le bras de façon à ramener la main de l'enfant sur son visage.

BRAS RELEVÉS OU ENROULES AUTOUR DU COU

Utiliser la manœuvre de Lovset (**fig. I-15, p.I-41**) :

- Prendre l'enfant par les hanches et lui imprimer une rotation de 90°, en lui maintenant le dos tourné en haut et en exerçant une traction vers le bas, de façon à ce que le bras postérieur devienne le bras antérieur et descende sous le promontoire.

- Faciliter le dégagement du bras en plaçant un ou deux doigts sur la partie supérieure du bras. Amener le bras vers le bas en le faisant glisser sur la poitrine après avoir fléchi le coude et passé la main devant le visage.
- Pour dégager le deuxième bras, imprimer à l'enfant une rotation de 180° dans l'autre sens, en lui maintenant toujours le dos en haut et en exerçant une traction vers le bas, et faire passer le bras sous le promontoire comme pour le premier

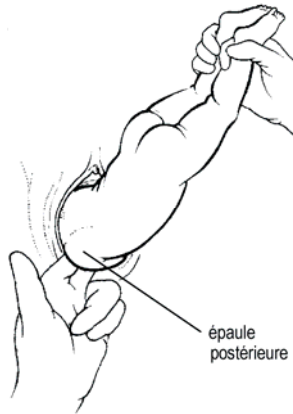
FIGURE I-15 Manœuvre de Lovset

IL EST IMPOSSIBLE DE TOURNER LE CORPS DU BEBE

S'il est impossible de tourner le corps du bébé pour dégager le bras antérieur en premier, dégager l'épaule postérieure (fig. I-16, ci-dessous) :

- prendre le bébé par les chevilles et le soulever ;
- orienter le thorax vers l'intérieur de la jambe de la mère, ce qui devrait permettre à l'épaule postérieure de se dégager ;
- dégager le bras puis la main ;
- ramener le bébé en position allongée en le tenant toujours par les chevilles, ce qui devrait permettre à l'épaule antérieure de se dégager ;
- dégager le bras puis la main.

FIGURE I-16 Dégagement de l'épaule postérieure



DEGAGEMENT DE LA TETE

Dégager la tête à l'aide de la manœuvre de Mauriceau (**fig. I-17, p.I-43**) qui se déroule de la façon suivante :

- Glisser la main et l'avant-bras sous le corps et le visage du bébé.
- Placer l'index et l'annulaire sur les pommettes du bébé et insérer le majeur dans la bouche de façon à tirer la mâchoire vers le bas et à fléchir la tête.
- De l'autre main, saisir les épaules.
- Pousser délicatement la tête avec deux doigts pour l'incliner sur la poitrine, tout en exerçant une pression vers le bas sur la mâchoire, de

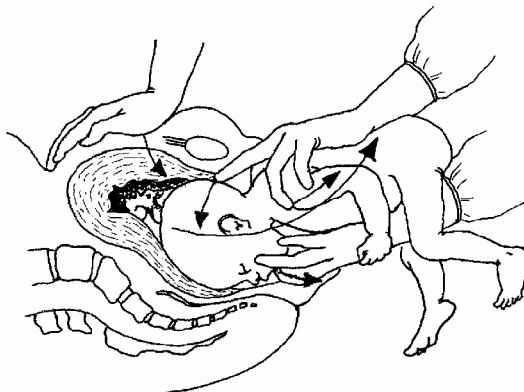
façon à amener la tête du bébé vers le bas jusqu'à ce que la racine des cheveux soit visible.

- Exercer une traction délicate pour dégager la tête.

Note : Demander à un aide de pousser au-dessus de la symphyse pubienne maternelle pendant le dégagement de la tête. Cela aide à maintenir la tête du bébé en flexion.

- En maintenant le bébé à cheval sur l'avant-bras, le soulever jusqu'à ce que la bouche et le nez soient dégagés.

FIGURE I-17 Manœuvre de Mauriceau



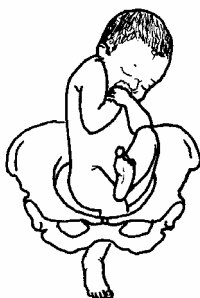
RETENTION DE LA TÊTE (TÊTE ENCLAVÉE)

- Sonder la vessie.
- Se faire accompagner d'un aide qui tiendra le bébé pendant que l'on posera le forceps de Piper ou le forceps à longues branches.
- S'assurer que le col est complètement dilaté.
- Envelopper le corps du bébé dans un linge ou une serviette et le soulever.
- Poser la cuillère gauche du forceps.
- Poser la cuillère droite et solidariser les branches.
- A l'aide du forceps, fléchir la tête et la dégager.
- Pour les prestataires de soins qui ne sauraient pas utiliser un forceps, il est possible d'exercer une pression ferme au-dessus de la symphyse pubienne maternelle pour fléchir la tête du bébé et la pousser dans le canal pelvien.

SIEGE DECOMPLETE MODE DES PIEDS

En général, pour les présentations du siège mode des pieds (**fig. I-18, p.xxxx**), il convient de pratiquer une césarienne (**p.I-47**).

FIGURE I-18 Présentation du siège mode des pieds, avec une jambe en extension complète



- Limiter l'accouchement par le siège mode des pieds, par voie basse aux cas suivants :
 - travail avancé sur un col complètement dilaté ;
 - enfant prématuré qui a peu de chances de survivre après l'accouchement ;
 - bébé(s) suivant(s) en cas de grossesse multiple.
- Pour dégager le bébé par voie vaginale :
 - saisir les chevilles d'une main ;
 - si **la présentation est unipodالية**, introduire une main (après avoir enfilé des gants désinfectés) dans le vagin et tirer doucement le deuxième pied vers le bas ;
 - tirer doucement le bébé vers le bas par les chevilles ;
 - continuer jusqu'à ce que les fesses soient visibles ;
 - procéder ensuite au dégagement des bras (**p.I-40**).

EXTRACTION DU SIEGE

- Après avoir enfilé des gants désinfectés, introduire une main dans l'utérus et saisir le pied du bébé.
- Tenir ce pied et l'amener à soi en le faisant descendre dans le vagin.
- Exercer une traction sur le pied jusqu'à ce que les fesses soient visibles.

- Procéder ensuite au dégagement des bras (**p.I-40**).
- Administrer une seule dose d'antibiotiques prophylactiques après l'extraction du siège (**p.P-39**) :
 - 2 g d'ampicilline en IV PLUS 500 mg de métronidazole en IV ;
 - OU 1 g de céfazoline en IV PLUS 500 mg de métronidazole en IV.

SOINS POST-PARTUM

- Aspirer les mucosités de la bouche et du nez de l'enfant.
- Clamper le cordon et le sectionner.
- Administrer à la mère 10 unités d'ocytocine en IM dans la minute qui suit l'accouchement et poursuivre la prise en charge active du troisième stade du travail (**p.P-80**).
- Examiner soigneusement la patiente et procéder, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales (**p.I-91**) ou vaginales (**p.I-93**) ou à celle de l'épisiotomie (**p.I-81**).

- Réexaminer la patiente et préciser les indications de césarienne. S'assurer que l'accouchement par voie vaginale est impossible.
- Vérifier que le fœtus est vivant en écoutant le rythme cardiaque fœtal et déterminer la présentation à l'examen.
- Revoir les principes de soins généraux (**p.P-19**) et opératoires (**p.P-53**) et installer une perfusion (**p.P-23**).
- Faire une anesthésie locale par infiltration de lidocaïne (**p.I-7**), une anesthésie à la kétamine (**p.I-15**), une rachianesthésie (**p.I-11**) ou une anesthésie générale.
 - L'anesthésie locale constitue une alternative sûre aux anesthésies générales, à la kétamine ou à la rachianesthésie lorsqu'on ne dispose pas des anesthésiques nécessaires (ou qu'il n'y a pas de personne formée à leur utilisation).
 - Le fait de pratiquer une anesthésie locale pour une césarienne exige du prestataire de soins qu'il informe la patiente et la rassure tout au long de l'opération. Il faut que le prestataire de soins garde à l'esprit que la patiente est éveillée et consciente et il convient qu'il utilise les instruments et manipule les tissus avec la plus grande douceur.

Note : En cas d'insuffisance cardiaque, procéder à une anesthésie locale par infiltration et à une sédation qui permette à la patiente de rester consciente. Eviter la rachianesthésie.

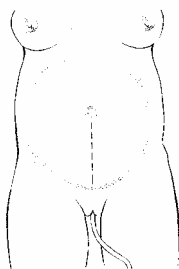
- Déterminer s'il y a une indication d'**incision verticale haute de l'utérus (p.I-54)** :
 - segment inférieur inaccessible du fait de tissu adhérentiel dense résultant de césariennes antérieures ;
 - présentation transverse (le dos du bébé étant en bas) pour laquelle il est impossible d'inciser le segment inférieur sans risque ;
 - malformations fœtales (siamois, par exemple) ;
 - gros nodules fibromateux sur le segment inférieur ;
 - segment inférieur fortement vascularisé du fait de la présence d'un placenta prævia ;
 - carcinome cervical.
- **Si la tête plonge profondément dans le bassin** comme c'est le cas dans les dystocies mécaniques, préparer le vagin pour une assistance par voie vaginale (**p.P-24**).
- Incliner la table d'opération sur la gauche ou mettre un oreiller ou un linge plié sous la hanche droite de la patiente pour réduire le risque de choc postural.

OUVERTURE DE L'ABDOMEN

- Inciser verticalement la peau et le tissu graisseux sous-cutané sur la ligne médiane, depuis l'ombilic jusqu'à la limite de la pilosité pubienne (**fig. I-19, ci-dessous**).

Note : Si la césarienne est réalisée sous anesthésie locale, faire une incision médiane d'environ 4 cm plus longue que sous anesthésie générale. **Ne pas faire d'incision de Pfannenstiel** : cela prend plus de temps, demande une injection plus importante de lidocaïne et la cicatrisation est de moins bonne qualité.

FIGURE I-19 Emplacement de l'incision abdominale



- Faire une incision verticale de 2 à 3 cm dans l'aponévrose.
- Tenir les berges de cette dernière incision avec une pince et la prolonger vers le haut et vers le bas aux ciseaux.
- Avec les doigts ou avec des ciseaux, séparer les grands droits (muscles de la paroi abdominale).
- Avec les doigts, réaliser une ouverture dans le péritoine, à proximité de l'ombilic. Agrandir l'incision vers le haut et vers le bas aux ciseaux, de façon à ce que l'utérus soit entièrement visible. Séparer les divers plans et inciser la partie inférieure du péritoine en manipulant les ciseaux avec précaution pour ne pas risquer de léser la vessie.
- Placer une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne.
- A l'aide d'une pince, décoller le péritoine vésico-utérin qui recouvre la surface antérieure du segment inférieur de l'utérus et inciser aux ciseaux.
- Elargir l'incision en glissant les ciseaux entre l'utérus et la séreuse lâche et en coupant transversalement environ 3 cm de chaque côté.

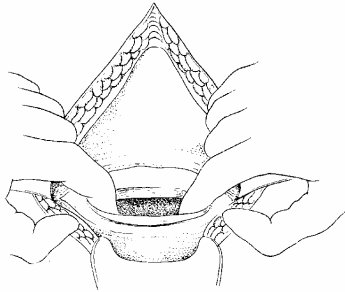
- Avec deux doigts, écarter la vessie du segment inférieur de l'utérus en la refoulant vers le bas. Remettre la valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne et la vessie.

HYSTEROTOMIE

- Au bistouri, inciser transversalement le segment inférieur sur 3 cm. Cette incision doit se trouver environ 1cm plus bas que celle qui aura été réalisée dans le péritoine vésico-utérin pour refouler la vessie.
- Elargir l'incision en mettant un doigt de chaque côté et en tirant doucement, à la fois vers le haut et sur les côtés (**fig. I-20, ci-dessous**).
- Si le **segment inférieur est épais et étroit**, agrandir l'incision en dessinant un croissant convexe vers le bas, avec des ciseaux plutôt qu'avec les doigts, afin d'éviter que les vaisseaux de l'utérus ne s'élargissent.

Il est important de faire une incision assez grande dans l'utérus pour pouvoir dégager la tête et le corps de l'enfant sans déchirer l'utérus.

FIGURE I-20 Agrandissement de l'incision de l'utérus



EXTRACTION DE L'ENFANT ET DU PLACENTA

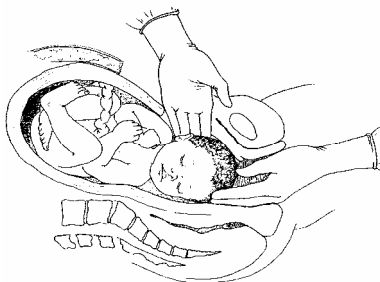
- Pour extraire l'enfant, introduire une main dans l'utérus, entre la paroi utérine et la tête du bébé.
- Avec les doigts, saisir la tête et la fléchir.
- Soulever doucement la tête et la faire passer au travers de l'incision (**fig. I-21, p.I-50**), en veillant à ne pas agrandir celle-ci vers le bas en direction du col.

- De l'autre main, appuyer doucement sur l'abdomen, au niveau du fond utérin, de façon à faciliter l'extraction de la tête.
- **Si la tête du bébé plonge profondément dans le bassin ou le vagin**, demander à un aide (après qu'il ait enfilé des gants stériles ou désinfectés) d'introduire la main dans le vagin et de pousser la tête du bébé vers le haut, puis soulever la tête et la dégager (**fig. I-22, ci-dessous**).

FIGURE I-21 Dégagement de la tête du bébé



FIGURE I-22 Dégagement de la tête profondément enclavée



- Une fois la tête dégagée, aspirer les mucosités de la bouche et du nez du bébé.
- Dégager les épaules et le corps.
- Administrer 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 l de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à la mère, à raison de 60 gouttes par minute, pendant 2 h.
- Clamper le cordon ombilical et le sectionner.
- Remettre le bébé à l'aide pour qu'il lui dispense les premiers soins (**p.P-83**).

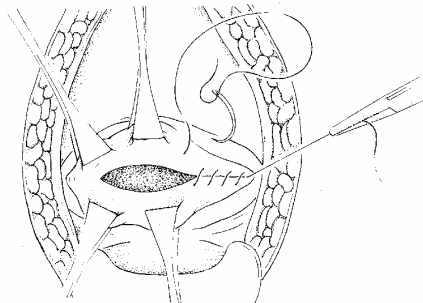
- Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques **une fois que** le cordon a été clampé et sectionné (**p.P-39**) :
 - 2 g d'ampicilline en IV ;
 - OU 1 g de céfazoline en IV.
- Maintenir une légère traction sur le cordon et masser l'utérus à travers la paroi abdominale.
- Extraire le placenta et les membranes.

SUTURE DE L'INCISION UTERINE

Note : Si la césarienne permet de détecter un **syndrome de Couvelaire** (utérus œdématié et pâle avec des marbrures bleutées), surveiller les saignements et observer la couleur de l'utérus. Se préparer à traiter une coagulopathie (**p.S-22**) ou une atonie utérine (**p.S-31**).

- Saisir les extrémités de l'incision avec des pinces.
- Saisir la berge inférieure de l'incision avec des pinces. S'assurer qu'elle est bien séparée de la vessie.
- Rechercher soigneusement toute déchirure éventuelle de l'utérus.
- Procéder à la réfection de l'incision et de toute déchirure éventuelle dans le prolongement de celle-ci en faisant une suture par surjet de catgut chromé 0 (ou de sutures polyglycoliques à résorption lente) (**fig. I-23, ci-dessous**).
- Si la **région de l'incision continue à saigner**, fermer l'incision en faisant une suture en points en 8. Il n'est pas nécessaire de réaliser systématiquement une double suture de l'incision utérine.

FIGURE I-23 Suture de l'incision utérine



SUTURE DE L'ABDOMEN

- Examiner soigneusement l'incision de l'utérus avant de refermer l'abdomen. S'assurer qu'il n'y a pas de saignement et que l'utérus est ferme. Avec une compresse, décailloter l'abdomen.
- Faire un examen soigneux et rechercher des lésions de la vessie et, le cas échéant, les suturer (**p.I-111**).
- Fermer l'aponévrose avec un surjet de catgut chromé 0 (ou de sutures polyglycoliques à résorption lente).
Note : Il n'est pas nécessaire de fermer le péritoine viscéral ni le péritoine abdominal.
- **Si la patiente présente des signes d'infection**, tamponner le tissu sous-cutané avec de la gaze et faire une suture lâche au catgut 0 (ou à l'acide polyglycolique). Attendre que l'infection se soit résorbée pour refermer le plan cutané.
- **Si la patiente ne présente pas de signe d'infection**, suturer le plan cutané à la verticale par des points de matelassier avec du nylon (ou de la soie) 3/0 et appliquer un pansement stérile.
- Pousser doucement sur l'abdomen, au-dessus de l'utérus, pour expulser les caillots de l'utérus et du vagin.

PROBLEMES SURVENANT AU COURS DE L'INTERVENTION

SAIGNEMENT NON MAITRISE

- Masser l'utérus.
- En cas d'**atonie utérine**, continuer à perfuser de l'ocytocine et administrer 0,2 mg d'ergométrine en IM et des prostaglandines, si l'établissement en dispose. Il est possible d'administrer ces médicaments soit en même temps, soit successivement (**tableau S-8, p.S-31**).
- Transfuser la patiente selon les besoins (**p.P-27**).
- Demander à un aide d'appuyer sur l'aorte avec les doigts de façon à réduire le saignement jusqu'à ce qu'on en trouve la source et qu'on le maîtrise.
- **Si le saignement n'est pas maîtrisé**, faire une ligature de l'artère utérine et de l'artère utéro-ovarienne (**p.I-115**) ou une hystérectomie (**p.I-119**).

PRESENTATION DU SIEGE

- Si **le bébé se présente par le siège**, saisir un pied et le faire passer dans l'incision.
- Terminer l'extraction comme s'il s'agissait d'un accouchement par le siège par voie basse (**p.I-39**) :
 - extraire les jambes et le corps jusqu'aux épaules, puis les bras ;
 - fléchir (baisser) la tête en effectuant la manœuvre de Mauriceau (**p.I-43**).

PRESENTATION TRANSVERSE

LE DOS DE L'ENFANT EST EN HAUT

- Si **le dos est en haut** (près du haut de l'utérus), introduire la main dans l'utérus et chercher les chevilles du bébé.
- Les saisir et les tirer doucement à travers l'incision pour extraire les jambes et terminer l'extraction comme pour la présentation du siège (**p.I-40**).

LE DOS DE L'ENFANT EST EN BAS

- Si **le dos est en bas**, faire de préférence une incision verticale haute de l'utérus (**p.I-54**).
- Une fois l'incision réalisée, introduire la main dans l'utérus et chercher les pieds. Les tirer à travers l'incision et terminer l'extraction comme pour la présentation du siège (**p.I-40**).
- La réfection de l'incision verticale nécessite une suture en plusieurs plans (**p.I-54**).

PLACENTA PRÆVIA

- Si la césarienne révèle un **placenta bas inséré sur la face antérieure de l'utérus**, faire une incision dans le placenta et extraire le fœtus.
- Une fois que l'enfant a été extrait, s'il est **impossible de détacher le placenta avec la main**, poser le diagnostic de placenta accreta. C'est un phénomène qui se produit fréquemment sur les cicatrices de césariennes antérieures. Dans ce cas, faire une hystérectomie (**p.I-119**).

- Les patientes porteuses d'un placenta prævia sont très exposées aux hémorragies du post-partum. **S'il y a un saignement au niveau de la zone d'insertion placentaire**, suturer au catgut chromé (ou à l'acide polyglycolique) en passant au-dessous des sources de saignement.
- Observer la patiente pendant le post-partum immédiat au cas où il y aurait un saignement et prendre les mesures qui s'imposent (**p.S-27**).

SOINS POST-OPERATOIRES

- Revoir les principes des soins post-opératoires (**p.P-54**).
- En cas de **saignement** :
 - masser l'utérus pour expulser le sang et les caillots de sang dont la présence inhiberait les contractions de l'utérus ;
 - perfuser 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 l de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 60 gouttes par minute et injecter 0,2 mg d'ergométrine en IM et des prostaglandines (**tableau S-8, p.S-31**). Il est possible d'administrer ces médicaments soit en même temps, soit successivement.
- **Si la patiente présente des signes d'infection** ou si **elle a de la fièvre**, lui administrer un traitement associant plusieurs antibiotiques jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 h (**p.P-39**):
 - 2 g d'ampicilline toutes les 6 h ;
 - PLUS 5 mg de gentamicine par kg en IV, toutes les 24 h ;
 - PLUS 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 h.
- Administrer les analgésiques appropriés (**p.P-43**).

INCISION VERTICALE HAUTE (« CLASSIQUE »)

- Pour ouvrir l'abdomen, réaliser une incision médiane en contournant l'ombilic. L'incision doit se trouver pour environ un tiers au-dessus de l'ombilic et pour environ deux tiers en-dessous.
- Faire l'incision avec un bistouri :
 - vérifier la position des ligaments ronds et s'assurer que l'incision se trouve bien au milieu (il se peut que l'utérus soit tourné d'un côté) ;
 - inciser l'utérus sur la ligne médiane, sur le fond utérin ;

- l'incision doit mesurer approximativement entre 12 et 15 cm de long et ne doit pas s'étendre, en bas, au-delà du repli vésico-utérin du péritoine.
- Demander à l'aide (après qu'il ait enfilé des gants stériles ou désinfectés) d'exercer une pression sur les berges de l'incision pour maîtriser le saignement.
- Inciser jusqu'au niveau des membranes puis agrandir l'incision aux ciseaux.
- Après avoir rompu les membranes, saisir un pied et extraire l'enfant.
- Extraire le placenta et les membranes.
- Saisir les berges de l'incision avec une pince Green Armytage ou une pince d'Allis.
- Fermer l'incision par une suture en trois plans au moins :
 - suturer le premier plan en partant de la cavité utérine mais en évitant la caduque par un surjet de catgut chromé 0 (ou de sutures polyglycoliques à résorption lente) ;
 - suturer le deuxième plan du muscle utérin en faisant des points séparés au catgut chromé 1 (ou à l'acide polyglycolique) ;
 - suturer les fibres supérieures et le péritoine viscéral par un surjet de catgut chromé 0 (ou de sutures polyglycoliques à résorption lente) avec une aiguille atraumatique.
- Fermer l'abdomen comme pour une césarienne du segment inférieur (p.I-52).

Il ne faut pas laisser la patiente entrer en travail lors des grossesses ultérieures.

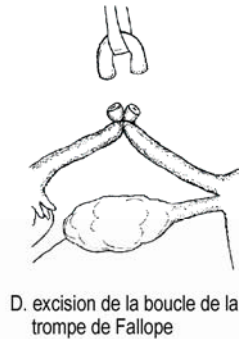
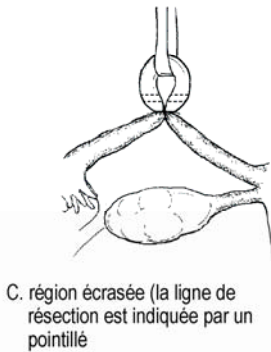
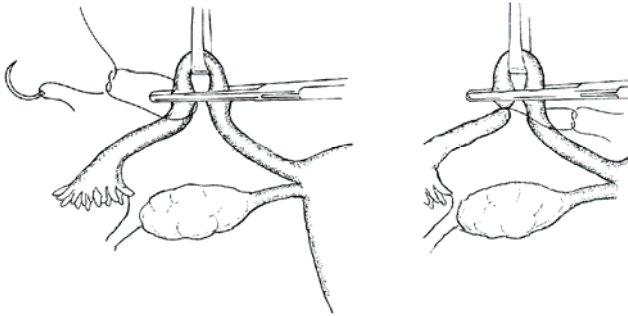
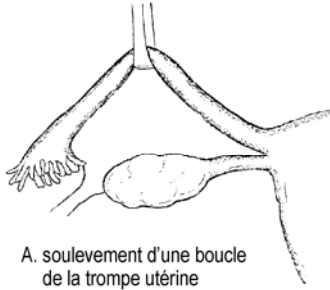
LIGATURE DES TROMPES LORS DE LA CESARIENNE

La ligature des trompes peut être réalisée immédiatement après la césarienne si la patiente l'a demandé **avant** le début du travail (au cours des visites prénatales). Pour pouvoir réaliser une stérilisation à la demande de la patiente, il faut que celle-ci ait reçu les conseils et renseignements nécessaires et pris sa décision en connaissance de cause. Cela n'est généralement pas possible pendant le travail et l'accouchement.

- Vérifier dans le dossier de la patiente qu'elle a bien demandé cette stérilisation.

- Saisir la portion médiane la moins vascularisée de la trompe de Fallope avec une pince de Babcock ou d'Allis.
- Former une boucle tubaire de 2,5 cm de long (**fig. I-24 A, p.I-57**).
- Ecraser la base de la boucle avec une pince hémostatique et la ligaturer avec un point de catgut ordinaire 0 (**fig. I-24 B, p.I-57**).
- Exciser la boucle (un tronçon de 1 cm de long) au niveau de la région écrasée (**fig. I-24 C-D, p.I-57**).
- Répéter l'opération de l'autre côté.

FIGURE I-24 Ligature des trompes



La symphysiotomie permet d'accroître temporairement le diamètre pelvien (jusqu'à 2 cm) en séparant chirurgicalement les ligaments de la symphyse sous anesthésie locale. Il convient de ne pratiquer cette intervention qu'associée à une extraction par ventouse obstétricale (**p.xxxx**), ce qui constitue une intervention salvatrice dans les régions où une césarienne n'est pas envisageable ou pas réalisable dans l'immédiat. Elle ne laisse pas de cicatrice utérine et le risque de rupture utérine lors d'accouchements ultérieurs n'est pas accru.

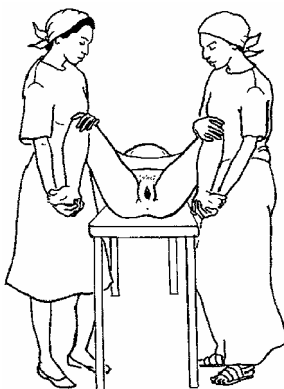
Il faut néanmoins comparer les avantages de cette opération aux risques qu'elle comporte. Il y a notamment un risque de lésion urétrale et vésicale, d'infection, de douleur et de difficulté ambulatoire à long terme. En conséquence, il importe de ne pratiquer une symphysiotomie que lorsqu'il n'y a pas d'alternative sans danger.

- Réexaminer la patiente et préciser les indications de symphysiotomie :
 - bassin rétréci ;
 - présentation du sommet ;
 - deuxième stade du travail prolongé ;
 - absence de descente du mobile fœtal après renforcement approprié de l'activité utérine ;
 - ET échec avéré ou prévisible de l'extraction par ventouse obstétricale seule.
- S'assurer que les conditions sont réunies pour une symphysiotomie :
 - le fœtus est vivant ;
 - le col est complètement dilaté ;
 - la tête se trouve au niveau – 2 ou au plus trois cinquièmes de la tête se trouvent au-dessus de la symphyse pubienne ;
 - il n'y a pas de débord de la tête au niveau de la symphyse pubienne ;
 - la césarienne n'est pas envisageable ou pas réalisable dans l'immédiat ;
 - le prestataire de soins a l'expérience et les compétences nécessaires pour réaliser une symphysiotomie.
- Revoir les principes généraux (**p.P-19**) à observer pour les soins.

- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager. Lui faire une infiltration locale de lidocaïne (**p.P-45**).
- Demander à deux aides de tenir les jambes de la patiente fléchies et d'écarter ses cuisses du plan médian, l'abduction ne devant toutefois pas dépasser 45° (**fig. I-25, ci-dessous**).

Une abduction de plus de 45° par rapport au plan médian risquerait de provoquer une déchirure de l'urètre et de la vessie.

FIGURE I-25 Position de la patiente pour la symphysiotomie



- Faire une épisiotomie médio-latérale (**p.I-81**). Si l'**épisiotomie a déjà été réalisée**, l'agrandir afin de limiter autant que possible l'étirement de la paroi vaginale et de l'urètre.
- Infiltrer les parties antérieure, supérieure et inférieure de la symphyse avec une solution de lidocaïne à 0,5 % (**p.P-45**).

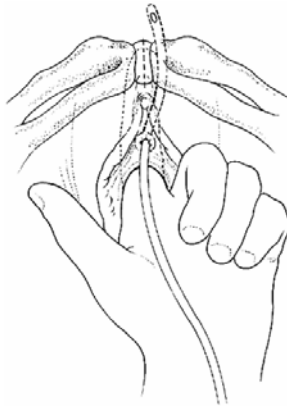
Note : Aspirer (tirer sur le piston) pour s'assurer que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau. Si, à l'**aspiration, du sang remonte dans la seringue**, retirer l'aiguille, la déplacer et en vérifier soigneusement la position puis l'enfoncer à nouveau. Ne jamais injecter de lidocaïne si du sang remonte dans la seringue. **Une injection de lidocaïne par voie intraveineuse pourrait provoquer des convulsions et être fatale à la patiente.**

- Une fois la série d'injections terminée, attendre 2 minutes puis pincer le col avec une pince. Si la **patiente réagit au stimulus**, attendre encore 2 minutes puis recommencer.

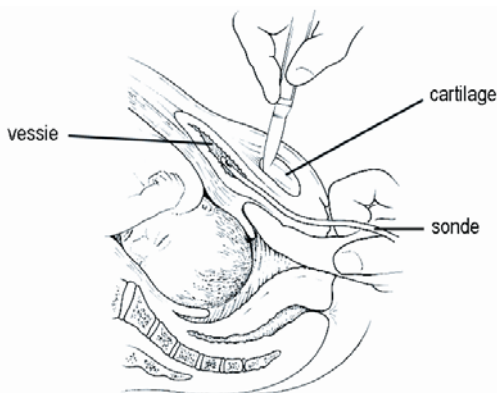
Faire l'anesthésie suffisamment tôt pour que le produit ait le temps de faire effet.

- Introduire une sonde rigide de façon à pouvoir repérer l'urètre.
- Badigeonner la peau de la région sus-pubienne avec une solution antiseptique (**p.P-24**).
- Après avoir enfilé des gants désinfectés, introduire un index dans le vagin et écarter la sonde et, avec elle, l'urètre, du plan médian (**fig. I-26**).

FIGURE I-26 Refoulement de l'urètre sur un côté après mise en place de la sonde



- De l'autre main, prendre un bistouri à lame épaisse et rigide et inciser verticalement la symphyse pubienne en y plantant la lame.
- Toujours sur le plan médian, traverser le cartilage qui relie les deux branches pubiennes avec la lame jusqu'à ce qu'on sente la pression de cette dernière sur l'index vaginal.
- Couper le cartilage de haut en bas jusqu'au pôle inférieur de la symphyse pubienne, puis tourner la lame dans l'autre sens et couper de bas en haut jusqu'au pôle supérieur.
- Une fois que la symphyse a été sectionnée sur toute sa longueur, les branches pubiennes se séparent.

FIGURE I-27 Section du cartilage

- Après avoir sectionné le cartilage, retirer la sonde pour limiter les lésions traumatiques de l'urètre.
- Extraire l'enfant à l'aide d'une ventouse obstétricale (**p.I-29**). La descente de la tête provoque un écartement de 1 à 2 cm au niveau de la symphyse.
- Après avoir extrait l'enfant, placer une sonde vésicale à demeure (sonde de Foley à ballonnet).

Il n'est pas nécessaire de refermer l'incision, sauf en cas de saignement.

SOINS POST-OPERATOIRES

- Si la patiente présente des signes d'infection ou si elle a de la fièvre, lui administrer un traitement associant plusieurs antibiotiques jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 h (**p.P-39**) :
 - 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 h ;
 - PLUS 5 mg de gentamicine par kg en IV, toutes les 24 h ;
 - PLUS 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 h.
- Administrer les analgésiques appropriés (**p.P-43**).
- Appliquer des bandes adhésives élastiques sur la partie antérieure du bassin, d'une pointe iliaque à l'autre pour stabiliser la symphyse et réduire la douleur.
- Laisser la sonde à demeure pendant un minimum de 5 jours.
- Inciter la patiente à boire beaucoup pour avoir un bon débit urinaire.

- Lui conseiller de rester alitée pendant 7 jours après sa sortie de l'hôpital.
- L'inciter à commencer à marcher en se faisant aider quand elle sera prête.
- Si elle se plaint de **difficultés à la marche et de douleurs persistantes** (cela arrive dans 2 % des cas), lui faire suivre une physiothérapie.

Dans certains cas de dystocie mécanique après mort fœtale in utero, le fait de réduire le volume de la tête fœtale par une craniotomie permet à la patiente d'accoucher par voie basse et évite les risques associés à la césarienne. Il est également possible de faire une craniocentèse pour réduire le volume de la tête sur fœtus hydrocéphale et permettre l'accouchement par voie vaginale.

- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager. Si nécessaire, faire une injection lente de diazépam par voie intraveineuse ou un bloc des nerfs honteux internes (**p.I-3**).

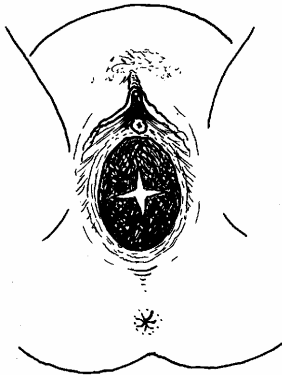
CRANIOTOMIE (PERFORATION DU CRANE)

- Réexaminer la patiente et préciser les indications de craniotomie.
- Revoir les principes généraux à observer pour les soins (**p.P-19**) et badigeonner le vagin avec une solution antiseptique (**p.P-24**).
- Si nécessaire, réaliser une épisiotomie (**p.I-81**).

PRESENTATION CEPHALIQUE

- Faire une incision cruciforme dans le scalp (**fig. I-28**).

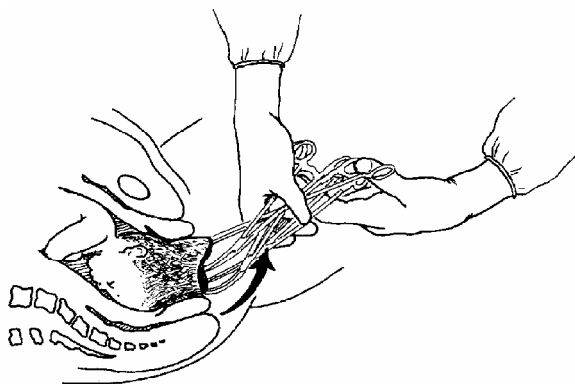
FIGURE I-28 Incision cruciforme du scalp



- Ouvrir la voûte crânienne en perforant l'os au point le plus bas et le plus au centre de la présentation avec un craniotome (ou des ciseaux à bouts larges ou un bistouri à lame épaisse et rigide). Dans le cas d'une présentation de la face, perforer les orbites.

- Enfoncer le craniotome dans le crâne foetal et dilacérer le contenu de la boîte crânienne.
- Saisir le crâne avec plusieurs pinces à mâchoires puissantes (pince de Kocher, par exemple) et exercer une traction dans l'axe de la filière génitale (**fig. I-29**).

FIGURE I-29 Extraction par traction du scalp



- A la descente de la tête, la pression exercée par les os du bassin effondrera le crâne, ce qui aura pour effet d'en réduire le diamètre.
- **Si la tête ne se dégage pas aisément**, pratiquer une césarienne (**p.I-47**).
- Après avoir extrait l'enfant, examiner soigneusement la patiente et procéder, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales (**p.I-91**) ou vaginales (**p.I-93**) ou à celle de l'épisiotomie (**p.I-81**).
- Laisser une sonde vésicale à demeure (sonde de Foley à ballonnet) jusqu'à ce que l'absence de lésion vésicale soit confirmée.
- Veiller à ce que la patiente ait un apport liquidien et un débit urinaire suffisants.

PRESENTATION DU SIEGE AVEC TETE ENCLAVEE

- Faire une incision dans la peau, à la base du cou.
- Enfoncer un craniotome (ou une paire de ciseaux à bouts larges ou un bistouri à lame épaisse et rigide) dans l'incision et creuser sous la peau jusqu'à l'occiput.
- Perforer l'occiput et ouvrir un trou aussi large que possible.

- Exercer une traction sur le tronc pour que le crâne s'effondre à la descente de la tête.

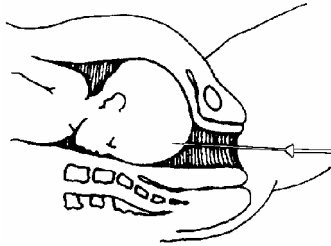
CRANIOTOMIE (PONCTION CRÂNIENNE)

- Réexaminer la patiente et préciser les indications de craniocentèse.
- Revoir les principes généraux à observer pour les soins (**p.P-19**) et badigeonner le vagin avec une solution antiseptique (**p.P-24**).
- Si nécessaire, réaliser une large épisiotomie (**p.I-81**).

COL COMPLETEMENT DILATE

- Introduire une aiguille à ponction lombaire de gros calibre dans le col dilaté puis l'enfoncer dans la suture sagittale ou dans l'une des fontanelles du crâne fœtal (**fig. I-30, ci-dessous**).
- Aspirer le liquide céphalo-rachidien jusqu'à ce que le crâne fœtal s'effondre puis laisser l'accouchement se dérouler normalement.

FIGURE I-30 Craniocentèse à dilatation complète



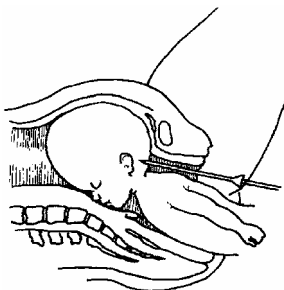
COL FERME

- Localiser la tête fœtale à la palpation.
- Badigeonner la peau de la région sus-pubienne avec une solution antiseptique (**p.P-24**).
- Enfoncer une aiguille à ponction lombaire de gros calibre dans la paroi abdominale puis dans la paroi de l'utérus et enfin dans le crâne du fœtus hydrocéphale.
- Aspirer le liquide céphalo-rachidien jusqu'à ce que le crâne fœtal s'effondre puis laisser l'accouchement se dérouler normalement.

TÊTE DERNIÈRE DANS L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE

- Une fois que le reste du corps est dégagé, introduire une aiguille à ponction lombaire de gros calibre dans le col dilaté puis l'enfoncer dans le foramen magnum (**fig. I-31, ci-dessous**).
- Aspirer le liquide céphalo-rachidien et extraire la tête dernière comme pour un accouchement simple par le siège (**p.I-44**).

FIGURE I-31 Craniocentèse sur tête dernière



EN COURS DE CESARIENNE

- Après avoir réalisé l'incision de l'utérus, enfoncer une aiguille à ponction lombaire de gros calibre dans le crâne du fœtus hydrocéphale.
- Aspirer le liquide céphalo-rachidien jusqu'à ce que le crâne fœtal s'effondre.
- Extraire l'enfant et le placenta comme pour une césarienne simple (**p.I-49**).

SOINS POST-OPERATOIRES

- Après avoir extrait l'enfant, examiner soigneusement la patiente et procéder, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales (**p.I-91**) ou vaginales (**p.I-93**) ou à celle de l'épisiotomie (**p.I-81**).
- Laisser une sonde vésicale à demeure (sonde de Foley à ballonnet) jusqu'à ce que l'absence de lésion vésicale soit confirmée.
- Veiller à ce que la patiente ait un apport liquidien et un débit urinaire suffisants.

Pour l'évacuation de l'utérus, utiliser de préférence la méthode de l'aspiration manuelle intra-utérine (**p.I-73**). **Ne recourir à la dilatation et au curetage que si l'aspiration manuelle intra-utérine n'est pas réalisable.**

- Réexaminer la patiente et préciser les indications de dilatation et curetage (**p.I-73**).
 - Revoir les principes généraux à observer pour les soins (**p.P-19**).
 - Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager. Lui injecter de la péthidine en IM ou en IV avant l'intervention. Si nécessaire, faire un bloc paracervical (**p.I-1**).
 - Avant l'intervention, administrer 10 unités d'ocytocine ou 0,2 mg d'ergométrine, en IM, pour contracter le myomètre et limiter le risque de perforation.
 - Faire un examen pelvien bimanuel pour apprécier le volume et la position de l'utérus et l'état des culs-de-sac vaginaux.
 - Insérer un spéculum ou une pince de Pozzi dans le vagin.
 - Badigeonner le vagin et le col avec une solution antiseptique (en particulier au niveau de l'orifice) (**p.P-24**).
 - Examiner le col et rechercher des déchirures ou une extériorisation des produits de conception. **Si les produits de conception sont présents dans le vagin ou le col**, les extraire en utilisant une pince porte-tampons.
 - Saisir délicatement la lèvre antérieure du col avec une pince de Museux ou une pince de Pozzi à un seul mors (**fig. I-32, p.I-70**).
- Note :** Dans le cas d'un avortement incomplet, il est préférable d'utiliser une pince porte-tampons qui a moins de chances que la pince de Pozzi de léser le col lors de la traction et dont la pose ne nécessite pas l'injection de lidocaïne.
- **Si on se sert d'une pince de Pozzi pour abaisser le col**, il convient de commencer par injecter 1 ml de solution de lidocaïne à 0,5 % dans la lèvre antérieure ou postérieure du col après l'avoir exposée à l'aide du spéculum.
 - La dilatation n'est nécessaire que dans les cas de rétention d'œuf mort ou lorsque des débris ovulaires sont restés dans l'utérus pendant plusieurs jours après l'avortement :

- introduire délicatement la sonde ou la curette la plus large possible ;
- n'utiliser des dilateurs numérotés que si la canule ou la curette ne pénètre pas ; aller du plus petit au plus gros pour obtenir une dilatation adéquate (en général, de 10 à 12 mm) (**fig. I-33, ci-dessous**) ;
- veiller à ne pas léser le col et à ne pas créer de fausse route.

FIGURE I-32 Pose d'une valve et préhension de la lèvres antérieure du col

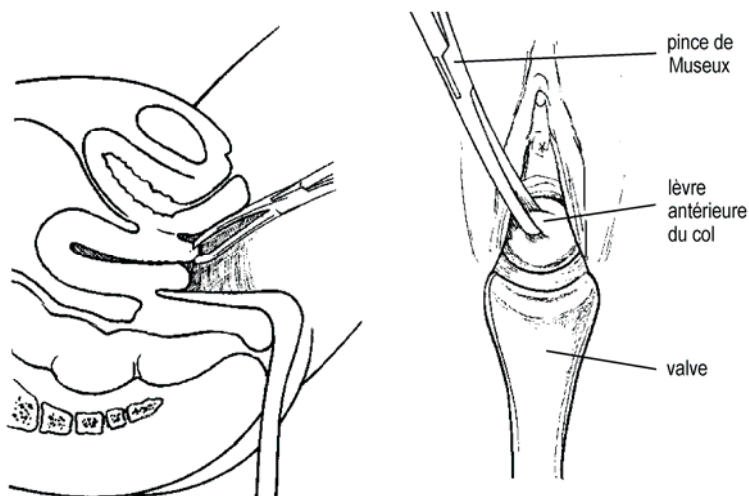
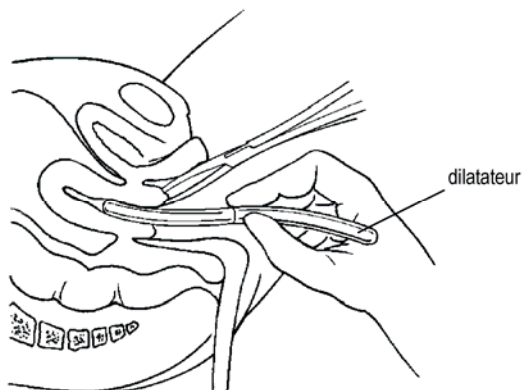


FIGURE I-33 Dilatation du col

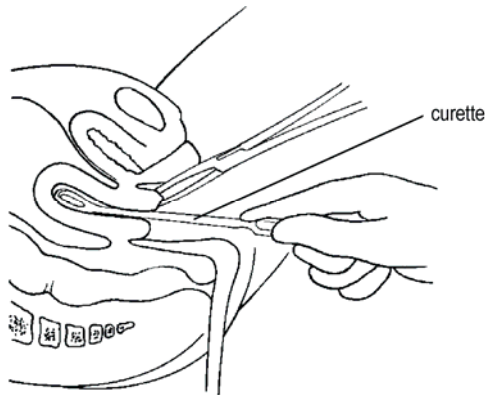


- Introduire délicatement un hystéromètre dans le col pour évaluer la hauteur et l'orientation de l'utérus.

L'utérus est très mou pendant la grossesse et peut facilement être lésé au cours de la dilatation-curetage

- Evacuer le contenu de l'utérus avec une pince porte-tampons ou une grosse curette (**fig. I-34**) Cureter délicatement les parois de l'utérus jusqu'à perception d'un crissement.

FIGURE I-34 Curetage utérin



- Enlever le spéculum ou l'écarteur et faire un examen pelvien bimanuel pour vérifier le volume et la fermeté de l'utérus.
- Examiner les produits évacués (**p.I-75**). Si nécessaire, les envoyer au laboratoire pour examen anatomo-pathologique.

SOINS POST-OPERATOIRES

- Administrer 500 mg de paracétamol par voie orale à la patiente, chaque fois que c'est nécessaire.
- L'encourager à manger, à boire et à marcher à sa convenance.
- Si possible, lui proposer d'autres services de santé, notamment une prophylaxie antitétanique, un conseil ou une méthode de planification familiale (**p.S-14**).
- Pour les cas sans complications, laisser la patiente quitter l'établissement après une à deux heures.

- Lui indiquer quels sont les symptômes et signes cliniques auxquels elle doit prêter attention :
 - crampes prolongées (plus de quelques jours) ;
 - saignement prolongé (plus de 2 semaines) ;
 - saignement plus important que le saignement menstruel habituel ;
 - douleur aiguë ou croissante ;
 - fièvre, frissons ou malaises ;
 - évanouissements.

- Réexaminer la patiente et préciser les indications d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU ; avortement inévitable avant 16 semaines, avortement incomplet, grossesse molaire ou hémorragie tardive du post-partum due à une rétention placentaire partielle).
- Revoir les principes généraux à observer pour les soins (**p.P-24**).
- Apporter un soutien affectif à la patiente, l'encourager et lui administrer du paracétamol 30 minutes avant l'intervention. Dans certains cas rares, il se peut qu'un bloc paracervical soit nécessaire (**p.I-1**).

- Préparer la seringue à AMIU :

- assembler la seringue ;
- fermer la valve de compression ;
- tirer sur le piston jusqu'à ce que les bras soient bloqués.

Note : Dans le cas d'une grossesse molaire, si le contenu de l'utérus risque d'être important, se munir de trois seringues prêtes à l'emploi.

- Même si le saignement est léger, administrer 10 unités d'ocytocine ou 0,2 mg d'ergométrine en IM avant d'entreprendre l'intervention, pour contracter le myomètre et limiter le risque de perforation.
- Faire un examen pelvien bimanuel pour apprécier le volume et la position de l'utérus et l'état des culs-de-sac vaginaux.
- Insérer un spéculum ou une écarteur dans le vagin.
- Badigeonner le vagin et le col avec une solution antiseptique (en particulier au niveau de l'orifice) (**p.P-24**).
- Examiner le col et rechercher des déchirures ou une extériorisation des produits de conception. Si **les produits de conception sont présents dans le vagin ou le col**, les extraire en utilisant une pince porte-tampons.
- Saisir délicatement la lèvre antérieure du col avec une pince de Museux ou une pince de Pozzi à un seul mors (**fig. I-32, p.I-70**).

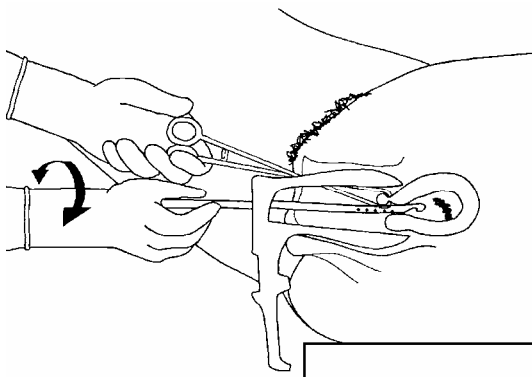
Note : Dans le cas d'un avortement incomplet, il est préférable d'utiliser une pince porte-tampons qui a moins de chances que la pince de Pozzi de léser le col lors de la traction et dont la pose ne nécessite pas l'injection de lidocaïne.

- Si on se sert d'une pince de Pozzi pour abaisser le col, il convient de commencer par injecter 1 ml de solution de lidocaïne à 0,5 %

dans la lèvre antérieure ou postérieure du col après l'avoir exposée à l'aide du spéculum.

- La dilatation n'est nécessaire que dans les cas de rétention d'œuf mort ou lorsque des débris ovulaires sont restés dans l'utérus pendant plusieurs jours après l'avortement :
 - introduire délicatement la sonde ou la curette la plus large possible ;
 - n'utiliser des dilateurs numérotés que si la canule ou la curette ne pénètre pas ; aller du plus petit au plus gros pour obtenir une dilatation adéquate (en général, de 10 à 12 mm) (**fig. I-33, p.I-70**) ;
 - veiller à ne pas léser le col et à ne pas créer de fausse route.
- Tout en exerçant une légère traction sur le col, faire passer la canule dans le col puis la faire pénétrer dans la cavité utérine, juste au-delà de l'orifice interne (**fig. I-35**). (Imprimer un mouvement de rotation à la canule en même temps qu'une légère pression pour faciliter son passage dans le canal cervical.)

FIGURE I-35 Mise en place de la canule



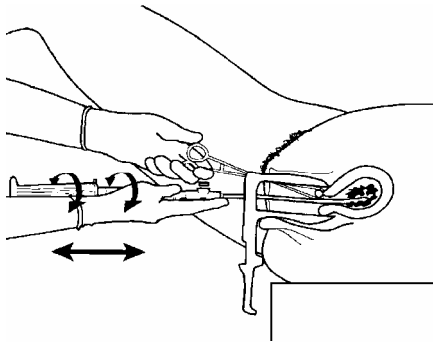
- Pousser doucement la canule dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'elle touche le fond utérin, sans dépasser 10 cm. Mesurer la hauteur utérine au nombre de pointillés visibles sur la canule puis tirer légèrement la canule vers l'arrière.
- Fixer la seringue à AMIU préparée à la sonde en tenant la pince de Museux (ou la pince de Pozzi) et l'extrémité de la canule dans une main et la seringue dans l'autre.

- Ouvrir la ou les valves de compression de la seringue de façon à créer un vide dans la cavité utérine.
- Evacuer le contenu de l'utérus en imprimant une légère rotation à la seringue d'un côté à l'autre (entre les positions 10 h et midi) puis en faisant lentement reculer et avancer la sonde dans la cavité utérine (**fig. I-36, ci-dessous**).

Note : Pour éviter de casser le vide, ne pas reculer le bout de la canule au-delà de l'orifice cervical. Si **le vide est cassé** ou si **la seringue est plus qu'à moitié pleine**, la vider puis faire à nouveau le vide.

Note : Ne pas prendre la seringue par les bras du piston lorsqu'on fait le vide et que la canule se trouve dans l'utérus. Si les bras du piston venaient à se désolidariser, le piston risquerait de glisser dans la seringue, et de renvoyer les produits de conception dans l'utérus.

FIGURE I-36 Evacuation du contenu de l'utérus



- Vérifier la présence de signes indiquant l'évacuation complète de l'utérus :
 - apparition d'une mousse rouge ou rose dans la canule et absence de tissus ;
 - sensation de crissement à l'entrée en contact de la canule avec la surface de l'utérus une fois celui-ci évacué ;
 - l'utérus se contracte (se resserre sur la canule).
- Retirer la sonde, en détacher la seringue et la placer dans une solution décontaminante.
- Ouvrir la valve et vider le contenu de la seringue à AMIU dans un bassinot doté d'un filtre en poussant sur le piston.

Note : Mettre la seringue vide sur un plateau ou dans un récipient désinfecté jusqu'à ce que la parfaite vacuité de l'utérus soit confirmée.

- Retirer la pince de Pozzi et le spéculum puis faire un examen bimanuel pour vérifier le volume et la fermeté de l'utérus.
- Faire une inspection rapide des tissus extraits de l'utérus de façon à :
 - en évaluer la quantité et à vérifier la présence de produits de conception ;
 - s'assurer de l'évacuation complète de l'utérus ;
 - s'assurer de l'absence de grossesse molaire (affection rare).

Si nécessaire, filtrer et rincer les tissus pour en retirer l'excès de caillots sanguins, puis les mettre dans un récipient contenant de l'eau claire, du sérum physiologique ou de l'acide acétique dilué (vinaigre) pour les examiner. Si besoin, il est aussi possible d'en envoyer des échantillons au laboratoire pour examen anatomo-pathologique.

- **Si les débris évacués ne contiennent apparemment pas de produits de conception** :
 - il se peut que ceux-ci aient été expulsés avant l'aspiration manuelle intra-utérine (avortement complet) ;
 - il se peut que la cavité utérine paraisse vide mais ne le soit pas complètement, dans ce cas, renouveler l'évacuation ;
 - il se peut que le saignement vaginal ne soit pas dû à un avortement incomplet (métrorragies observables notamment avec les contraceptifs hormonaux ou en cas de fibrome utérin, par exemple) ;
 - il se peut que l'utérus soit anormal (il se peut qu'il s'agisse par exemple d'un utérus double et que la canule ait été introduite du côté qui ne contenait pas les produits de conception).

Note : L'absence de produits de conception chez une femme présentant des symptômes de grossesse a de grandes chances d'être le signe d'une grossesse ectopique (**p.S-14**).

- Insérer doucement un spéculum dans le vagin et y rechercher un saignement. Si **l'utérus est toujours mou et n'a pas diminué de volume** ou si **le saignement persiste et s'il est intense**, renouveler l'évacuation.

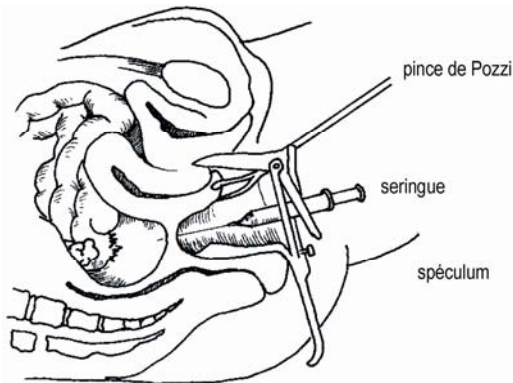
SOINS POST-OPERATOIRES

- Administrer 500 mg de paracétamol par voie orale à la patiente, à chaque fois que c'est nécessaire.
- L'encourager à manger, à boire et à marcher à sa convenance.
- Si possible, lui proposer d'autres services de santé, notamment une prophylaxie antitétanique, un conseil ou une méthode de planification familiale (**p.S-14**).
- Pour les cas sans complication, laisser la patiente quitter l'établissement après une à deux heures.
- Lui indiquer quels sont les symptômes et signes cliniques auxquels elle doit prêter attention :
 - crampes prolongées (plus de quelques jours) ;
 - saignement prolongé (plus de 2 semaines) ;
 - saignement plus important que le saignement menstruel habituel ;
 - douleur aiguë ou croissante ;
 - fièvre, frissons ou malaises ;
 - évanouissements.

CULDOCENTESE

- Réexaminer la patiente et préciser les indications de culdocentèse.
- Revoir les principes généraux à observer pour les soins (**p.P-19**) et badigeonner le vagin avec une solution antiseptique (**p.-24**) (en particulier le cul-de-sac postérieur) avec une solution antiseptique.
- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager. Si nécessaire, faire une infiltration locale de lidocaïne (**p.P-44**).
- Saisir doucement la lèvre postérieure du col avec une pince de Pozzi et relever doucement le col de façon à le porter en avant et à exposer la paroi postérieure du vagin.
- Adapter une longue aiguille (aiguille à ponction lombaire par exemple) sur une seringue et l'enfoncer dans la paroi postérieure, juste en dessous de la lèvre postérieure du col (**fig. I-37**).

FIGURE I-37 Ponction diagnostique du cul-de-sac



- Tirer le piston de la seringue pour aspirer le contenu du cul-de-sac (l'espace qui se trouve derrière l'utérus).
- Si la ponction ramène du **sang non coagulable**, redouter une grossesse ectopique (**p.S-14**).
- Si la ponction ramène du **sang coagulable**, il se peut que l'aspiration ait été faite dans une veine ou une artère. Retirer l'aiguille, en modifier la position et aspirer à nouveau.
- Si la ponction ramène un **liquide clair ou jaune**, c'est qu'il n'y a pas de sang dans le péritoine. Il se peut cependant que la patiente ait développé une grossesse ectopique qui ne se soit pas rompue et qu'une observation et des examens complémentaires soient nécessaires (**p.S-14**).

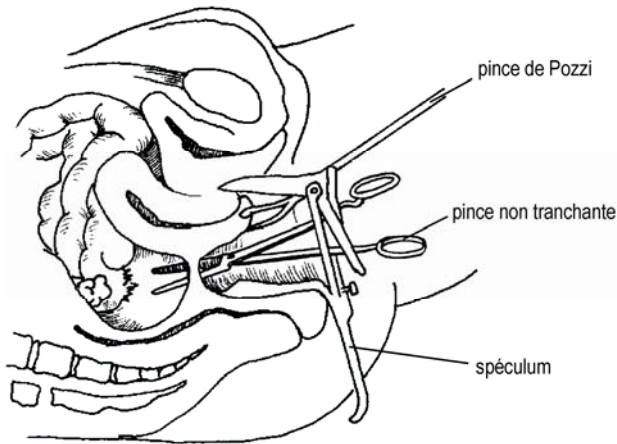
- Si la ponction ne ramène **aucun liquide**, retirer l'aiguille, en modifier la position et aspirer à nouveau. Si la ponction ne ramène toujours pas de liquide, il se peut que la patiente ait développé une grossesse ectopique qui ne se soit pas rompue (**p.S-14**).
- Si la ponction ramène **du pus**, laisser l'aiguille en place et procéder à une colpotomie (voir ci-dessous).

COLPOTOMIE

Si la **culdocentèse donne issue à du pus**, laisser l'aiguille en place et faire une incision à l'aide d'un instrument coupant à l'endroit où la ponction a été faite :

- retirer l'aiguille et introduire une pince non tranchante ou un doigt dans l'incision pour rompre les parois de l'abcès (**fig. I-38**) ;

FIGURE I-38 Colpotomie pour abcès pelvien



- laisser le pus s'écouler ;
 - faire passer un drain ondulé en caoutchouc souple désinfecté à l'endroit de l'incision ;
- Note** : On peut faire un drain avec un gant en caoutchouc désinfecté dont on aura coupé le bout des doigts.
- si nécessaire, faire un point de suture en passant dans le drain pour le fixer dans le vagin ;
 - retirer le drain lorsque l'écoulement de pus a cessé ;
 - si le drain **ne ramène pas de pus**, il se peut que l'abcès se situe au-delà du cul-de-sac de Douglas. Dans ce cas, il est nécessaire de procéder à une laparotomie pour faire un lavage péritonéal.

Ne pas faire d'épisiotomie systématique.

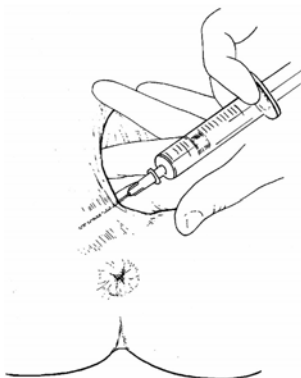
- Réexaminer la patiente et préciser les indications d'épisiotomie.

N'envisager l'épisiotomie que dans les cas de :

- accouchement par voie basse compliqué (siège, dystocie des épaules, extraction par forceps, extraction par ventouse obstétricale) ;
- cicatrices de mutilations sexuelles féminines ou de déchirures périnéales complètes voire complètes compliquées mal cicatrisées ;
- souffrance fœtale.

- Revoir les principes généraux à observer pour les soins (**p.P-19**) et badigeonner la région du périnée avec une solution antiseptique (**p.P-24**).
- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager. Faire une infiltration locale de lidocaïne (**p.P-44**) ou un bloc des nerfs honteux internes (**p.I-3**).
- S'assurer que la patiente ne souffre pas d'allergie connue à la lidocaïne ou aux médicaments de la même famille.
- Faire une infiltration sous-épithéliale de la muqueuse vaginale, sous-cutanée du périnée et profonde des muscles du périnée (**fig. I-39, p.I-82**) avec 10 ml de solution de lidocaïne à 0,5 % (**p.P-45**).
Note : Aspirer (tirer sur le piston) pour s'assurer que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau. Si, à l'**aspiration, du sang remonte dans la seringue**, retirer l'aiguille, la déplacer et en vérifier soigneusement la position puis l'enfoncer à nouveau. Ne jamais injecter de lidocaïne si du sang remonte dans la seringue. **Une injection de lidocaïne par voie intraveineuse pourrait provoquer des convulsions et être fatale à la patiente.**
- Une fois la série d'injections terminée, attendre 2 minutes puis pincer la région à inciser avec une pince. Si **la patiente réagit au stimulus**, attendre encore 2 minutes puis recommencer.

Faire l'anesthésie suffisamment tôt pour que le produit ait le temps de faire effet.

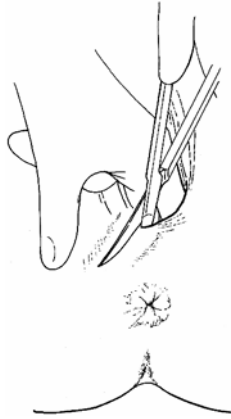
FIGURE I-39 Infiltration des tissus du périnée avec un anesthésique local

- Avant de réaliser l'épisiotomie, attendre que :
 - le périnée soit aminci ; et que
 - 3 ou 4 cm de la tête du bébé soient visibles lors des contractions.

L'épisiotomie entraîne un saignement. Il importe, par conséquent, de ne pas la réaliser trop tôt

- Après avoir enfilé des gants désinfectés, introduire deux doigts entre la tête de l'enfant et le périnée.
- Faire une incision médio-latérale du périnée aux ciseaux, sur 3 à 4 cm (**fig. I-40, p.I-83**).
- Faire une incision de 2 à 3 cm dans le vagin, jusqu'au milieu de la paroi vaginale postérieure aux ciseaux.
- Soutenir la tête et les épaules de l'enfant pendant leur dégagement, en s'assurant que la rotation a bien eu lieu et que les épaules sont bien dans l'axe médian pour prévenir une extension de l'épisiotomie.
- Examiner attentivement la patiente et rechercher d'éventuelles extensions de l'épisiotomie et d'autres lésions et, le cas échéant, procéder à leur réfection (**p.I-83**).

FIGURE I-40 Faire l'incision en introduisant deux doigts dans le vagin pour protéger la tête de l'enfant



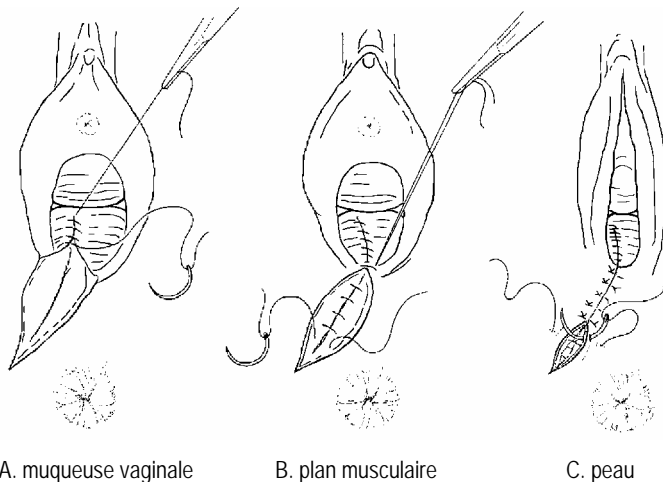
REFECTION DE L'EPISIOTOMIE

Note : Il est important d'utiliser des fils résorbables pour fermer l'épisiotomie. Préférer les fils en acide polyglycolique aux fils en catgut chromé pour leur élasticité, leurs propriétés hypoallergéniques et la faible probabilité de complications infectieuses et de rupture de l'épisiotomie qui leur est associée. Le catgut chromé est une alternative acceptable mais pas idéale.

- Appliquer une solution antiseptique tout autour de l'épisiotomie (**p.P-24**)
- Si l'épisiotomie s'étend au sphincter anal et à la muqueuse rectale, procéder comme pour une déchirure complète ou complète compliquée, selon le cas (**p.I-96**).
- Suturer la muqueuse vaginale par un surjet de fil 2/0 (**fig. I-41 A, p.I-84**) :
 - commencer la suture environ 1 cm au-dessus de la partie apicale (la plus externe) de l'épisiotomie et suturer jusqu'au niveau de l'orifice vaginal ;
 - au niveau de l'orifice vaginal, affronter les berges de l'incision ;
 - faire passer l'aiguille sous l'orifice vaginal et la faire ressortir par l'incision puis nouer.

- Suturer les muscles du périnée par des points séparés de fil 2/0 (**fig. I-41 B, ci-dessous**).
- Suturer la peau par des points séparés (ou par un surjet intra-dermique) de fil 2/0 (**fig. I-41 C**).

FIGURE I-41 Réfection de l'épisiotomie



COMPLICATIONS

- Si un **hématome se déclare**, l'ouvrir et le drainer. Si la **patiente ne présente pas de signe d'infection** et que le **saignement a cessé**, refermer l'épisiotomie.
- Si la **patiente présente des signes d'infection**, ouvrir la plaie et la drainer. Retirer les sutures infectées et débrider la plaie :
 - si l'**infection est légère**, les antibiotiques ne sont pas nécessaires ;
 - si l'**infection est sévère mais n'intéresse pas les tissus profonds**, administrer un traitement associant plusieurs antibiotiques (**p.P-39**) :
 - 500 mg d'ampicilline par voie orale, quatre fois par jour, pendant 5 jours ;
 - PLUS 400 mg de métronidazole par voie orale, trois fois par jour, pendant 5 jours.
 - si l'**infection est profonde, qu'elle intéresse les muscles et est à l'origine d'une nécrose** (fasciite nécrosante), administrer un

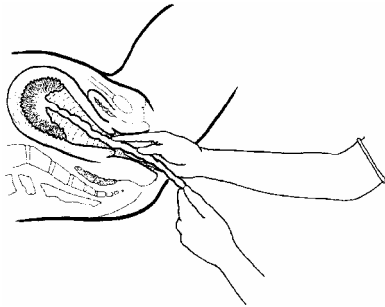
traitement associant plusieurs antibiotiques jusqu'à l'exérèse des tissus nécrosés et disparition de la fièvre depuis 48 h (**p.P-39**) :

- 2 000 000 unités de pénicilline G en IV, toutes les 6 h ;
- PLUS 5 mg de gentamicine par kg en IV, toutes les 24 h ;
- PLUS 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 h ;
- une fois que **la fièvre a disparu depuis 48h**, administrer :
 - 500 mg d'ampicilline par voie orale, quatre fois par jour, pendant 5 jours ;
 - PLUS 400 mg de métronidazole par voie orale, trois fois par jour, pendant 5 jours.

Note : La fasciite nécrosante nécessite un débridement chirurgical important. Ne réaliser la suture secondaire que 2 à 4 semaines après l'épisiotomie (en fonction de la résorption de l'infection).

- Réexaminer la patiente et préciser les indications de délivrance artificielle.
- Revoir les principes généraux à observer pour les soins (**p.P-19**) et installer une voie veineuse (**p.P-23**).
- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager. Lui injecter de la péthidine et du diazépam (ne pas les mettre dans la même seringue) lentement en IV ou de la kétamine (**p.I-15**).
- Sonder la vessie pour s'assurer qu'elle est bien vidée.
- Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques (**p.P-39**) :
 - 2 g d'ampicilline PLUS 500 mg de métronidazole, en IV ;
 - OU 1 g de céfazoline PLUS 500 mg de métronidazole, en IV.
- Tenir le cordon ombilical avec une pince et le tirer doucement jusqu'à ce qu'il soit parallèle au sol.
- Après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés (utiliser des gants longs de préférence), engager une main dans le vagin et remonter jusque dans l'utérus (**fig. I-42**).

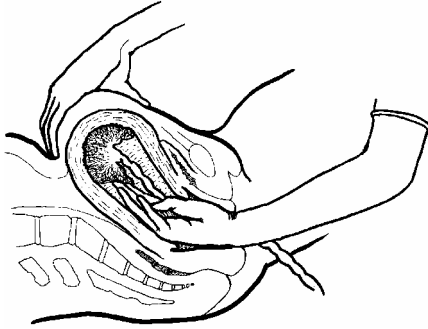
FIGURE I-42 Engager une main dans le vagin, le long du cordon



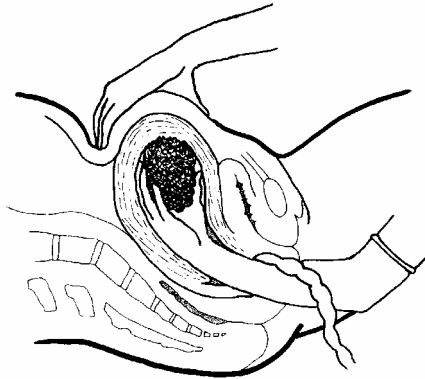
- Lâcher le cordon et amener l'autre main sur le haut de l'abdomen pour retenir le fond utérin et produire une contre-traction pendant la délivrance de façon à prévenir l'inversion de l'utérus (**fig. I-43, p.I-88**).
- Note : En cas d'inversion utérine, repositionner l'utérus (p.I-103).**
- Effectuer un mouvement latéral avec la main jusqu'à localisation du bord du placenta.

- Si le cordon a été préalablement rompu, introduire une main dans la cavité utérine. Explorer la totalité de la cavité jusqu'à ce qu'on repère le plan de clivage entre le placenta et la paroi utérine.

FIGURE I-43 Retenir le fond utérin pendant qu'on décolle le placenta



- Décoller le placenta de sa zone d'insertion en gardant les doigts joints et en se servant du bord cubital de la main pour créer progressivement un espace entre le placenta et la paroi utérine.
- Procéder ainsi tout autour du lit placentaire jusqu'à ce que tout le placenta soit décollé de la paroi utérine.
- Si le placenta ne se décolle pas de la paroi utérine sous l'effet du mouvement latéral effectué avec le bout des doigts sur la ligne de clivage, enlever les fragments de placenta (p.S-35). Si le tissu placentaire est très adhérent, redouter un placenta accreta et faire une laparotomie et éventuellement une hystérectomie subtotale (p.I-119).
- Saisir le placenta et retirer lentement la main de l'utérus en ramenant le placenta (fig. I-44, p.I-89).
- De l'autre main, continuer à exercer une contre-traction sur le fond utérin en le poussant dans la direction opposée.

FIGURE I-44 Retirer la main de l'utérus

- Explorer l'intérieur de la cavité utérine pour s'assurer que tout le tissu placentaire a été extrait.
- Administrer 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 l de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate), à raison de 60 gouttes par minute.
- Demander à un aide de masser l'utérus pour favoriser une contraction tonique de l'utérus.
- Si la patiente **continue à saigner abondamment**, lui injecter 0,2 mg d'ergométrine en IM ou des prostaglandines (**tableau S-8, p.S-31**).
- Examiner la surface externe du placenta pour s'assurer qu'il est complet. **S'il manque un lobe ou une partie du tissu placentaire**, procéder à une exploration de la cavité utérine pour l'en extraire.
- Examiner soigneusement la patiente et, le cas échéant, procéder à la réfection des déchirures cervicales (**p.I-91**) ou vaginales (**p.I-93**) ou à celle de l'épisiotomie (**p.I-81**).

PROBLEMES

- Si la **rétention placentaire est due à un anneau de rétraction** ou si **elle dure depuis plusieurs heures voire depuis plusieurs jours**, il se peut qu'on ne puisse pas mettre la main entière dans l'utérus. Dans ce cas, extraire le placenta en plusieurs fois avec 2 doigts, une pince à faux germe ou une grosse curette (**p.S-35**).

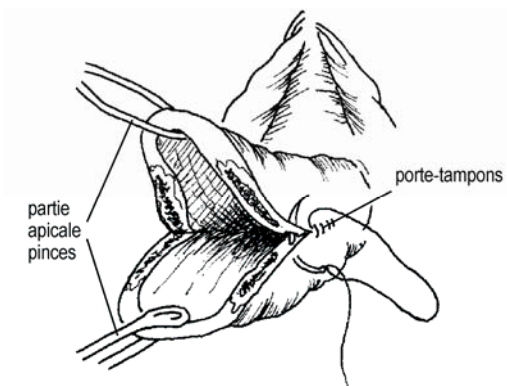
SOINS POST-OPERATOIRES

- Observer attentivement la patiente jusqu'à ce que l'effet de la sédation intraveineuse se soit dissipé.
- Surveiller les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration) toutes les 30 minutes pendant les 6 h suivantes ou jusqu'à ce que l'état de la patiente soit stable.
- Palper le fond utérin pour s'assurer que l'utérus est toujours contracté.
- Vérifier les pertes de lochies.
- Maintenir la perfusion.
- Transfuser la patiente si nécessaire (**p.P-27**).

- Revoir les principes généraux à observer pour les soins (**p.P-19**) et badigeonner le vagin et le col avec une solution antiseptique (**p.P-24**).
- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager. Pour la plupart des déchirures du col, l'anesthésie n'est pas nécessaire. Pour les lésions hautes et étendues, injecter de la péthidine et du diazépam (ne pas les mettre dans la même seringue) lentement en IV ou de la kétamine (**p.I-15**).
- Demander à un aide de masser l'utérus et d'exercer une pression fundique.
- Utiliser des écarteurs pour exposer le col.
- Saisir doucement le col avec des pinces porte-tampons. Saisir les deux berges de la plaie avec les pinces et tirer doucement dans diverses directions pour inspecter la totalité du col. Il se peut qu'il y ait d'autres lésions.
- Suturer les lésions cervicales avec un surjet de catgut chromé 0 (ou de sutures polyglycoliques à résorption lente) en partant de la partie apicale (extrémité supérieure de la lésion), qui est souvent la source du saignement (**fig. I-45, p.I-92**).
- Si **une grande portion du bord de l'orifice est déchirée**, suturer par en-dessous par un surjet de catgut chromé 0 (ou de sutures polyglycoliques à résorption lente).
- Si la partie apicale est difficile à atteindre et à suturer, peut-être est-il possible de la saisir avec une pince hémostatique ou une pince porte-tampons. Laisser la pince en place pendant 4 h. Ne pas renouveler les tentatives de suture des sources de saignement, cela risquerait d'accroître le saignement. Ensuite :
 - attendre 4 h puis desserrer partiellement le mors de la pince mais ne pas la retirer ;
 - attendre 4 h supplémentaires puis retirer complètement la pince.

Note : Il peut être nécessaire de faire une laparotomie pour réparer une déchirure du col qui s'étend bien au-delà du dôme vaginal.

FIGURE I-45 Réfection d'une déchirure du col



Trois types de déchirures périnéales peuvent survenir lors de l'accouchement :

- les déchirures périnéales simples qui intéressent la muqueuse vaginale, le tissu conjonctif et, parfois, le plan musculaire superficiel ;
- les déchirures périnéales complètes qui comprennent une rupture complète du sphincter anal ;
- les déchirures périnéales complètes compliquées qui intéressent en outre la muqueuse anale.

Note : Il est important d'utiliser des fils résorbables pour suturer les déchirures. Préférer les fils en acide polyglycolique aux fils en catgut chromé pour leur élasticité, leurs propriétés hypoallergéniques et la faible probabilité de complications infectieuses et de rupture qui leur est associée. Le catgut chromé est une alternative acceptable mais pas idéale.

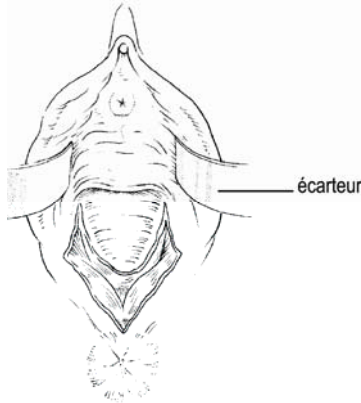
REFECTION DES DECHIRURES PERINEALES SIMPLES

La plupart des déchirures périnéales simples se ferment spontanément, sans qu'il soit besoin de les suturer.

- Revoir les principes généraux à observer pour les soins (**p.P-19**).
- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager. Faire une infiltration locale de lidocaïne (**p.P-44**). Si nécessaire, faire un bloc des nerfs honteux internes (**p.I-3**).
- Demander à un aide de masser l'utérus et s'assurer qu'il se contracte bien.
- Examiner soigneusement le vagin, le périnée et le col (**fig. I-46, p.I-94**).
- Si la **déchirure périnéale est longue et profonde**, l'inspecter pour s'assurer qu'il ne s'agit ni d'une déchirure complète ni d'une déchirure complète compliquée :
 - insérer un doigt ganté dans l'anus ;
 - soulever délicatement le doigt et repérer le sphincter ;
 - apprécier la tonicité ou la rigidité du sphincter au toucher.
- Retirer les gants et en mettre d'autres, stériles ou désinfectés.

- Si le **sphincter est lésé**, voir la section concernant la réfection des déchirures complètes et complètes compliquées (**p.I-96**).
- Si le **sphincter est intact**, entreprendre la réfection de la déchirure.

FIGURE I-46 Exposer une déchirure périnéale



- Badigeonner la région de la déchirure avec une solution antiseptique (**p.P-24**).
- S'assurer que la patiente ne souffre d'aucune allergie connue à la lidocaïne ou aux médicaments de la même famille.

Note : Si la réfection de la déchirure nécessite l'injection de **plus de 40 ml de solution de lidocaïne**, ajouter de l'épinéphrine à cette solution (**p.P-45**).

- Faire une infiltration sous-épithéliale de la muqueuse vaginale, sous-cutanée du périnée et profonde des muscles du périnée avec 10 ml de solution de lidocaïne à 0,5 % (**p.P-45**).

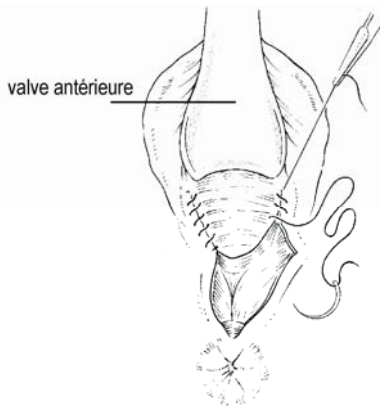
Note : Aspirer (tirer sur le piston) pour s'assurer que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau. Si, à l'**aspiration, du sang remonte dans la seringue**, retirer l'aiguille, la déplacer et en vérifier soigneusement la position puis l'enfoncer à nouveau. Ne jamais injecter de lidocaïne si du sang remonte dans la seringue. **Une injection de lidocaïne par voie intraveineuse pourrait provoquer des convulsions et être fatal à la patiente.**

- Une fois la série d'injections terminée, attendre 2 minutes puis pincer la région anesthésiée avec une pince. **Si la patiente réagit au stimulus**, attendre encore 2 minutes puis recommencer.

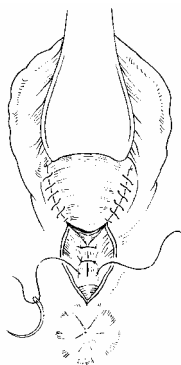
Faire l'anesthésie suffisamment tôt pour que le produit ait le temps de faire effet.

- Suturer la muqueuse vaginale avec un surjet de fil 2/0 (**fig. I-47, ci-dessous**) :
 - commencer la suture environ 1 cm au-dessus de la partie apicale (la plus externe) de la déchirure vaginale et suturer jusqu'au niveau de l'orifice vaginal ;
 - au niveau de l'orifice vaginal, affronter les berges de la déchirure ;
 - faire passer l'aiguille sous l'orifice vaginal et la faire ressortir par la déchirure périnéale, puis nouer.

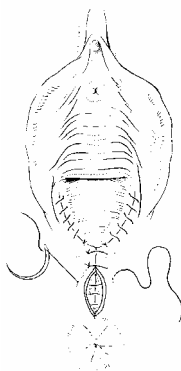
FIGURE I-47 Réfection de la muqueuse vaginale



- Suturer les muscles du périnée avec des points séparés de fil 2/0 (**fig. I-48, p.I-96**). Si la plaie est profonde, faire un deuxième plan identique au premier pour clore l'espace mort.

FIGURE I-48 Réfection des muscles du périnée

- Suturer la peau avec des points séparés (ou par un surjet intra-dermique) de fil 2/0, en commençant à l'orifice vaginal (**fig. I-49, ci-dessous**).
- Si la plaie était profonde, faire un toucher rectal. S'assurer qu'il n'y a pas de point de suture dans le rectum.

FIGURE I-49 Réfection de la peau**REFECTION DES DECHIRURES PERINEALES COMPLETES ET COMPLETES COMPLIQUEES**

Note : La patiente risque de ne plus pouvoir maîtriser ses défécations ni ses émissions de gaz si le sphincter anal est déchiré et n'est pas correctement réparé. Si on omet de suturer une déchirure du rectum, la patiente est exposée à un risque d'infection et de fistule recto-vaginale (émission de selles par le vagin).

Suturer la déchirure en salle d'opération.

- Revoir les principes généraux à observer pour les soins (**p.P-19**).
- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager. Faire un bloc des nerfs honteux (**p.I-3**) ou une anesthésie à la kétamine (**p.I-15**). Dans certains cas rares, si toutes les berges de la déchirure sont visibles, la réfection peut se faire après infiltration locale de lidocaïne (voir plus haut) et injection lente de péthidine et de diazépam par voie intraveineuse (ne pas les mettre dans la même seringue).
- Demander à un aide de masser l'utérus et s'assurer que l'utérus se contracte bien.
- Examiner le vagin, le col, le périnée et le rectum.
- Pour voir si le sphincter est déchiré :
 - insérer un doigt ganté dans l'anus et soulever légèrement ;
 - repérer le sphincter ou l'absence de sphincter ;
 - palper la surface du rectum et rechercher soigneusement la présence d'une déchirure.
- Retirer les gants et en mettre d'autres, stériles ou désinfectés.
- Badigeonner la déchirure avec une solution antiseptique et retirer, le cas échéant, les matières fécales (**p.P-24**).
- S'assurer que la patiente ne souffre d'aucune allergie connue à la lidocaïne ou aux médicaments de la même famille.
- Faire une infiltration sous-épithéliale de la muqueuse vaginale, sous-cutanée du périnée et profonde des muscles du périnée avec 10 ml de solution de lidocaïne à 0,5 % (**p.P-45**).

Note : Aspirer (tirer sur le piston) pour s'assurer que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau. Si, à l'**aspiration, du sang remonte dans la seringue**, retirer l'aiguille, la déplacer et en vérifier soigneusement la position puis l'enfoncer à nouveau. Ne jamais injecter de lidocaïne si du sang remonte dans la seringue. **Une injection de lidocaïne par voie intraveineuse pourrait provoquer des convulsions et être fatale à la patiente.**

- Une fois la série d'injections terminée, attendre 2 minutes puis pincer la région anesthésiée avec une pince. Si **la patiente réagit au stimulus**, attendre encore 2 minutes puis recommencer.

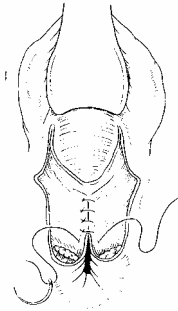
Faire l'anesthésie suffisamment tôt pour que le produit ait le temps de faire effet.

- Suturer le rectum avec des points séparés de 3/0 ou de 4/0 distants de 0,5 cm pour reconstruire la muqueuse (**fig. I-50, ci-dessous**).

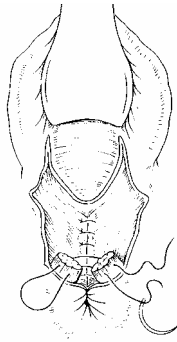
Ne pas oublier : Faire passer la suture dans la musculuse (et pas seulement dans la muqueuse).

- Couvrir le plan musculux en affrontant les berges de l'aponévrose et en suturant avec des points séparés ;
- badigeonner fréquemment la région avec une solution antiseptique.

FIGURE I-50 Suturer la paroi musculaire du rectum



- **Si le sphincter est déchiré** :
 - saisir chacune de ses extrémités avec une pince d'Allis (le sphincter se rétracte lorsqu'il est déchiré) ; il est résistant et ne se déchirera pas lorsqu'on tirera dessus (**fig. I-51, p.I-99**) ;
 - suturer le sphincter avec 2 ou 3 points séparés de fil 2/0.

FIGURE I-51 Suture du sphincter anal

- Badigeonner à nouveau la région avec une solution antiseptique.
- Examiner l'anus avec un doigt ganté pour s'assurer de la bonne réfection du rectum et du sphincter. Ensuite, retirer les gants et en mettre d'autres, stériles ou désinfectés.
- Suturer la muqueuse vaginale, les muscles du périnée et la peau (p.xxxx).

SOINS POST-OPERATOIRES

- En cas de **déchirure complète compliquée du périnée**, administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques (p.P-39) :
 - 500 mg d'ampicilline par voie orale ;
 - PLUS 400 mg de métronidazole par voie orale.
- Assurer un suivi étroit de la patiente pour pouvoir détecter, le cas échéant, les signes d'une infection locale.
- Eviter les lavements ou les touchers rectaux pendant 2 semaines.
- Si possible, donner un émollient des selles pendant 1 semaine.

PRISE EN CHARGE DES CAS MECONNUS

Une déchirure périnéale peut être contaminée de matières fécales. Si la **fermeture de la plaie n'est pas faite dans les 12 h**, l'infection est inévitable. Dans ces cas-là, il est recommandé de retarder la suture primaire.

- Pour **les déchirures simples**, demander à la patiente de revenir 6 jours plus tard. Si il n'y a pas de signe d'infection, réaliser la suture secondaire.
- Pour **les déchirures complètes et complètes compliquées**, fermer la muqueuse rectale avec des tissus de soutien et rapprocher les berges de l'aponévrose du sphincter anal par 2 ou 3 points. Fermer le muscle, la muqueuse vaginale et la peau du périnée 6 jours plus tard.

COMPLICATIONS

- **S'il y a un hématome**, faire une incision et le drainer. Si la patiente ne présente **pas de signe d'infection et que le saignement a cessé**, il est possible de refermer la plaie.
- Si la patiente présente des **signes d'infection**, ouvrir la plaie et la drainer. Retirer les sutures infectées et débrider la plaie :
 - si **l'infection est légère**, les antibiotiques ne sont pas nécessaires ;
 - si **l'infection est sévère mais n'intéresse pas les tissus profonds**, administrer un traitement associant plusieurs antibiotiques (**p.P-39**) :
 - 500 mg d'ampicilline par voie orale, quatre fois par jour, pendant 5 jours ;
 - PLUS 400 mg de métronidazole par voie orale, trois fois par jour pendant 5 jours.
 - si **l'infection est profonde, qu'elle intéresse les muscles et est à l'origine d'une nécrose** (fasciite nécrosante), administrer un traitement associant plusieurs antibiotiques jusqu'à l'exérèse des tissus nécrosés et disparition de la fièvre depuis 48 h (**p.P-39**) :
 - 2 000 000 unités de pénicilline G en IV, toutes les 6 h ;
 - PLUS 5 mg de gentamicine par kg en IV, toutes les 24 h ;
 - PLUS 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 h.
 - Une fois que **la fièvre a disparu depuis 48h**, administrer :
 - 500 mg d'ampicilline par voie orale, quatre fois par jour, pendant 5 jours ;
 - PLUS 400 mg de métronidazole par voie orale, trois fois par jour, pendant 5 jours.

Note : La fasciite nécrosante nécessite un débridement chirurgical important. Ne réaliser la suture secondaire que 2 à 4 semaines après l'épisiotomie (en fonction de la résorption de l'infection).

- Il arrive qu'une rupture complète du sphincter engendre une incontinence des matières fécales. Beaucoup de femmes arrivent à garder la maîtrise de leur défécation en utilisant d'autres muscles du périnée. Lorsque l'incontinence persiste, il faut faire une chirurgie reconstructrice 3 mois voire davantage après l'accouchement.
- Une fistule recto-vaginale nécessite une chirurgie reconstructrice 3 mois ou davantage après l'accouchement.

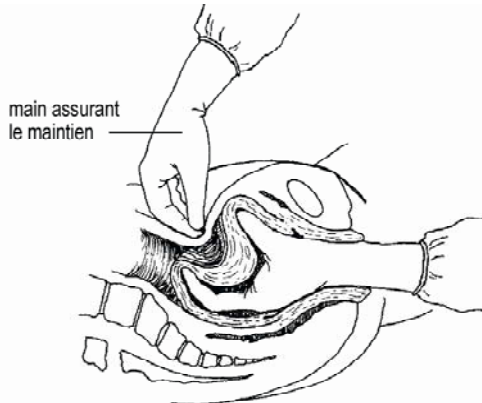
- Réexaminer la patiente et préciser les indications de réduction de l'inversion utérine.
- Revoir les principes généraux à observer pour les soins (**p.P-19**) et installer une voie veineuse (**p.P-23**).
- Injecter de la péthidine et du diazépam (ne pas les mettre dans la même seringue) lentement, en IV. Si nécessaire, faire une anesthésie générale.
- Nettoyer soigneusement l'utérus inversé avec une solution antiseptique.
- Comprimer l'utérus inversé à l'aide d'une serviette mouillée, chaude et stérile jusqu'à ce qu'il soit prêt pour l'intervention.

REDUCTION MANUELLE

- Après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés, empaumer l'utérus d'une main et le pousser à travers le col, en direction de l'ombilic, pour le ramener à sa position normale, la deuxième main se trouvant sur l'abdomen pour assurer le maintien de l'utérus (**fig. I-52, ci-dessous**). Si le **placenta n'est toujours pas décollé**, procéder à la délivrance artificielle après la réduction de l'inversion.

Il est important que la partie de l'utérus qui est sortie en dernier (la partie qui est la plus proche du col) soit remise en place en premier.

FIGURE I-52 Réduction manuelle de l'utérus inversé



- Si la réduction échoue, faire une réduction hydrostatique (**p.I-104**).

REDUCTION HYDROSTATIQUE

- Installer la patiente en position de Trendelenburg fortement déclive (la tête de la patiente doit se trouver 50 cm plus bas que le périnée).
- Préparer un appareil de douche désinfecté doté d'un gros pommeau, d'une longue tubulure (2 m) et d'un réservoir d'eau chaude (de 3 à 5 l).

Note : Il est aussi possible de réaliser la réduction avec du sérum physiologique qu'on aura fait chauffer et un matériel de perfusion ordinaire.

- Repérer le cul-de-sac postérieur. Cela est aisé lorsque l'inversion est partielle et que l'utérus est toujours dans le vagin. Dans les autres cas, on reconnaît le cul-de-sac postérieur à ce qu'il constitue une démarcation entre le vagin rugueux et le vagin lisse.
- Insérer le pommeau de douche dans le cul-de-sac postérieur.
- Simultanément, maintenir les lèvres jointes sur le pommeau avec l'autre main et maintenir le pommeau en place à l'aide de l'avant-bras.
- Demander à un aide de mettre l'appareil en marche à pleine pression (soulever le réservoir d'eau à 2 m du sol au moins). L'eau a pour effet de distendre progressivement le cul-de-sac postérieur, de sorte que celui-ci s'étire, ce qui entraîne un accroissement de la circonférence de l'orifice, un relâchement de l'anneau de rétraction et, par voie de conséquence, une réduction de l'inversion.

REDUCTION MANUELLE SOUS ANESTHESIE GENERALE

- Si la **réduction hydrostatique est sans succès**, essayer de repositionner l'utérus manuellement sous anesthésie générale, en utilisant de l'halothane. L'halothane est recommandé parce qu'il détend l'utérus.
- Saisir l'utérus et le pousser à travers le col, en direction de l'ombilic, pour le ramener à sa position anatomique normale, la main abdominale servant à le maintenir (**fig. I-52, p.I-104**). Si le **placenta n'est toujours pas décollé**, procéder à la délivrance artificielle **après** la réduction de l'inversion.

REDUCTION CHIRURGICALE PAR VOIE ABDOMINALE

Il arrive qu'une réduction chirurgicale par voie abdominale soit nécessaire lorsque les gestes ci-dessus ont échoué.

- Réexaminer la patiente et préciser les indications de réduction chirurgicale de l'inversion utérine par voie abdominale.
- Revoir les principes à observer pour les soins opératoires (**p.P-53**).
- Inciser la paroi abdominale :
 - inciser verticalement la peau et le tissu graisseux sous-cutané sur la ligne médiane, depuis l'ombilic jusqu'à la limite de la pilosité pubienne ;
 - faire une incision verticale de 2 à 3 cm dans l'aponévrose ;
 - saisir les berges de cette dernière incision avec des pinces et la prolonger vers le haut et vers le bas aux ciseaux ;
 - avec les doigts ou avec des ciseaux, séparer les grands droits (muscles de la paroi abdominale) ;
 - avec les doigts ou avec des ciseaux, réaliser une ouverture dans le péritoine, à proximité de l'ombilic ; agrandir l'incision vers le haut et vers le bas avec des ciseaux, de façon à ce que l'utérus soit entièrement visible ; séparer les divers plans et ouvrir la partie inférieure du péritoine en manipulant les ciseaux avec précaution pour ne pas risquer de léser la vessie ;
 - placer une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne et des écarteurs abdominaux autostatiques sur les berges de l'incision.
- Dilater l'anneau de rétraction qui se situe au niveau du col avec le doigt.
- Insérer une pince de Pozzi dans l'anneau de rétraction et saisir le fond utérin inversé.
- Exercer une traction légère et continue sur le fond utérin pendant qu'un aide tente une réduction manuelle par voie vaginale.
- **Si la traction est sans succès :**
 - faire une incision à l'arrière de l'anneau de rétraction (là où il y a le moins de risque de léser la vessie ou les vaisseaux utérins) ;
 - procéder à nouveau à la dilatation digitale, à la pose de la pince de Pozzi et à la traction ;
 - Refermer l'anneau de rétraction.

- **Si la réduction est réussie**, fermer l'abdomen :
 - s'assurer qu'il n'y a pas de saignement et, le cas échéant, décailloter la cavité abdominale à l'aide d'une compresse ;
 - suturer l'aponévrose avec un surjet de catgut chromé 0 (ou de sutures polyglycoliques à résorption lente) ;
Note : Il n'est pas nécessaire de suturer le péritoine viscéral, ni le péritoine abdominal.
 - si **la patiente présente des signes d'infection**, tamponner le tissu sous-cutané avec de la gaze et faire une suture lâche au catgut 0 (ou avec des sutures polyglycoliques à résorption lente) ; faire une suture tardive de la peau une fois l'infection résorbée ;
 - si **la patiente ne présente pas de signe d'infection**, faire une suture verticale de la peau avec des points de matelassier avec du nylon (ou de la soie) 3/0 et appliquer un pansement stérile.

SOINS POST-OPERATOIRES

- Une fois l'inversion corrigée, perfuser 20 unités d'ocytocine diluées dans 500 ml de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 10 gouttes par minute :
 - en cas d'**hémorragie présumée**, augmenter le débit de perfusion à 60 gouttes par minute ;
 - si **l'utérus ne se contracte pas après la perfusion d'ocytocine**, administrer 0,2 mg d'ergométrine en IM ou des prostaglandines (**tableau S-8, p.S-31**).
- Administrer une dose unique d'antibiotiques (**p.P-39**) après avoir corrigé l'inversion utérine :
 - 2 g d'ampicilline en IV, PLUS 500 mg de métronidazole en IV ;
 - OU 1 g de céfazoline en IV, PLUS 500 mg de métronidazole en IV.
- Si on a procédé à une **réduction chirurgicale par voie abdominale**, suivre les principes à observer pour les soins post-opératoires (**p.P-53**).

- **Si la patiente présente des signes d'infection** ou si **elle a de la fièvre**, lui administrer un traitement associant plusieurs antibiotiques jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 h (**p.P-39**) :
 - 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 h ;
 - PLUS 5 mg de gentamicine par kg en IV, toutes les 24 h ;
 - PLUS 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 h.
- Administrer les analgésiques appropriés (**p.P-43**).

- Réexaminer la patiente et préciser les indications de suture d'une rupture utérine (hystérorraphie).
- Revoir les principes de soins généraux (**p.P-19**) et opératoires (**p.P-53**) et installer une perfusion (**p.P-23**).
- Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques (**p.P-39**) :
 - 2 g d'ampicilline en IV ;
 - OU 1 g de céfazoline en IV.
- Inciser la paroi abdominale :
 - inciser verticalement la peau et le tissu graisseux sous-cutané sur la ligne médiane, depuis l'ombilic jusqu'à la limite de la pilosité pubienne ;
 - faire une incision verticale de 2 à 3 cm dans l'aponévrose ;
 - saisir les berges de cette dernière incision avec des pinces et la prolonger vers le haut et vers le bas aux ciseaux ;
 - avec les doigts ou avec des ciseaux, séparer les grands droits (muscles de la paroi abdominale) ;
 - avec les doigts, réaliser une ouverture dans le péritoine, à proximité de l'ombilic ; agrandir l'incision vers le haut et vers le bas avec des ciseaux, de façon à ce que l'utérus soit entièrement visible ; séparer les divers plans et ouvrir la partie inférieure du péritoine en manipulant les ciseaux avec précaution pour ne pas risquer de léser la vessie ;
 - examiner l'abdomen et l'utérus pour identifier l'endroit de la déchirure et enlever les caillots de sang ;
 - placer une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne et des écarteurs abdominaux autostatiques sur les berges de l'incision.
- Extraire l'enfant et le placenta.
- Perfuser 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 l de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 60 gouttes par minute jusqu'à ce que l'utérus se contracte puis réduire le débit à 20 gouttes par minute
- Soulever l'utérus pour le dégager du bassin, de façon à examiner la rupture dans sa totalité.
- Examiner à la fois l'avant et l'arrière de l'utérus.

- Tenir les berges de la déchirure avec une pince Green Armytage (ou une pince porte-tampons).
- Décoller la vessie du segment inférieur de l'utérus à l'aide d'un instrument tranchant ou non. Si **la vessie comporte une cicatrice qui s'étend jusqu'à l'utérus**, utiliser des ciseaux fins.

RUPTURE INTERESSANT LE COL ET LE VAGIN

- Si **la rupture de l'utérus intéresse le col et le vagin**, décoller la vessie au moins 2 cm au-dessous de la rupture.
- Si possible, faire un point 2 cm en-dessous de l'extrémité supérieure de la déchirure cervicale et maintenir une traction sur ce point de façon à exposer l'extrémité inférieure de la déchirure pendant que l'on suture le reste de la déchirure.

RUPTURE ETENDUE LATERALEMENT ET INTERESSANT L'ARTERE UTERINE

- Si **la rupture s'étend latéralement et intéresse l'une des artères ou les deux**, faire une ligature de la ou des artères.
- Repérer les artères et l'uretère avant de ligaturer les vaisseaux utérins (**fig. I-53, p.I-116**).

RUPTURE ASSOCIEE A UN HEMATOME DU LIGAMENT LARGE

- Si **la rupture a provoqué un hématome du ligament large (fig. S-2, p.S-23)**, clamber, sectionner et ligaturer le ligament rond.
- Ouvrir le feuillet antérieur du ligament large.
- Drainer l'hématome manuellement si nécessaire.
- Inspecter soigneusement la région et rechercher une éventuelle lésion de l'artère utérine ou de ses collatérales. Ligaturer tout vaisseau qui saigne.

HYSTERORRAPHIE

- Suture la déchirure avec un surjet de catgut chromé 0 (ou de sutures polyglycoliques à résorption lente). Si **le saignement n'est pas maîtrisé** ou si **la rupture s'est produite sur la cicatrice d'une incision antérieure classique ou verticale**, faire un deuxième plan.

Veiller à bien repérer l'uretère et à bien l'exposer pour ne pas risquer de l'inclure dans un point.

- Si la rupture est trop étendue pour pouvoir être suturée, faire une hystérectomie (p.I-119).
- Arrêter le saignement en clampant l'artère avec une pince hémostatique à longues branches et en la ligaturant. Si les sources du saignement sont profondes, suturer par des points en 8.
- Si la patiente a demandé une ligature des trompes, réaliser cette intervention maintenant (p.I-55).
- Insérer un drain abdominal (p.P-57).
- Refermer l'abdomen :
 - S'assurer qu'il n'y a plus de saignement. Décailloter à l'aide d'une compresse.
 - Dans tous les cas, vérifier que la vessie n'a pas été lésée. Si une déchirure vésicale est observée, la suturer (voir ci-dessous).
 - Suturer l'aponévrose avec un surjet de catgut chromé 0 (ou de sutures polyglycoliques à résorption lente).
Note : Il n'est pas nécessaire de suturer le péritoine viscéral, ni le péritoine abdominal.
 - Si la patiente présente des signes d'infection, tamponner le tissu sous-cutané avec de la gaze et faire une suture lâche au catgut 0 (ou avec des sutures polyglycoliques à résorption lente). Faire une suture tardive de la peau une fois l'infection résorbée.
 - Si la patiente ne présente pas de signe d'infection, faire une suture verticale de la peau avec des points de matelassier au nylon (ou à la soie) 3/0 et appliquer un pansement stérile.

REFECTION D'UNE LESION VESICALE

- Déterminer l'étendue de la lésion en saisissant chacune des deux extrémités avec une pince et en exposant avec précaution la déchirure. Déterminer si cette déchirure se trouve à proximité du trigone vésical (uretères et urètre).
- Décoller la vessie du segment inférieur de l'utérus à l'aide de ciseaux fins ou d'un tampon fixé sur une pince.
- Dégager un cercle de tissu vésical de 2 cm de rayon autour de la lésion.

- Suturer la plaie en 2 plans avec un surjet de catgut chromé 3/0 (ou de sutures polyglycoliques à résorption lente) :
 - suturer la muqueuse vésicale (mince paroi interne) et le muscle vésical (paroi externe) ;
 - rabattre (replier) la paroi externe sur le premier plan de suture et faire une deuxième suture ;
 - veiller à ce que les points ne pénètrent pas dans la région du trigone.
- Vérifier qu'il n'existe pas de fuite dans la zone suturée :
 - remplir la vessie de sérum physiologique stérile ou d'eau à l'aide d'une sonde ;
 - si **la suture présente des fuites**, la défaire, en faire une autre et tester à nouveau.
- **S'il n'est pas certain que les uretères et l'urètre n'ont pas été pris dans la suture**, achever la réfection et évacuer la patiente vers un établissement d'un niveau plus élevé pour qu'elle y subisse une urographie intraveineuse.
- Laisser la sonde vésicale en place pendant un minimum de 7 jours et jusqu'à ce que les urines soient claires. Maintenir la perfusion pour garantir un flux vésical suffisant.

SOINS POST-OPERATOIRES

- Revoir les principes à observer pour les soins post-opératoires (p.xxxx).
- Si **la patiente présente des signes d'infection** ou si **elle a de la fièvre**, lui administrer un traitement associant plusieurs antibiotiques (p.xxxx) jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 h (p.P-39) :
 - 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 h ;
 - PLUS 5 mg de gentamicine par kg en IV, toutes les 24 h ;
 - PLUS 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 h.
- Administrer les analgésiques appropriés (p.P-43).
- Si **la patiente ne présente pas de signe d'infection**, retirer le drain abdominal au bout de 48 h.
- Si possible, proposer à la patiente d'autres services de santé (p.S-14).
- Si elle n'a pas subi de **ligature des trompes**, lui offrir des services de planification familiale (tableau S-3, p.S-14). Si **la patiente**

souhaite avoir d'autres enfants, lui conseiller de demander d'office une césarienne pour les prochains accouchements.

Le risque de rupture lors de grossesses ultérieures étant accru, une fois l'urgence traitée, il convient de discuter avec la patiente de la possibilité d'une contraception définitive. Aucune contraception définitive ne devra être pratiquée sans le consentement éclairé de la patiente.

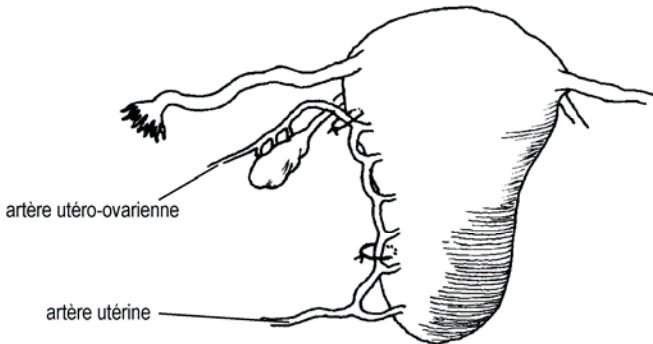
LIGATURE DE L'ARTERE UTERINE ET DE L'ARTERE UTERO-OVARIENNE

I-115

- Réexaminer la patiente et préciser les indications de ligature de l'artère utérine et de l'artère utéro-ovarienne.
- Revoir les principes de soins généraux (**p.P-19**) et opératoires (**p.P-53**) et installer une perfusion (**p.P-23**).
- Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques (**p.P-39**) :
 - 2 g d'ampicilline en IV ;
 - OU 1 g de céfazoline en IV.
- Inciser la paroi abdominale :
 - inciser verticalement la peau et le tissu graisseux sous-cutané sur la ligne médiane, depuis l'ombilic jusqu'à la limite de la pilosité pubienne ;
 - faire une incision verticale de 2 à 3 cm dans l'aponévrose ;
 - saisir les berges de cette dernière incision avec des pinces et la prolonger vers le haut et vers le bas aux ciseaux ;
 - avec les doigts ou avec des ciseaux, séparer les grands droits (muscles de la paroi abdominale) ;
 - avec les doigts, réaliser une ouverture dans le péritoine, à proximité de l'ombilic ; agrandir l'incision vers le haut et vers le bas avec des ciseaux, de façon à ce que l'utérus soit entièrement visible ; séparer les divers plans et ouvrir la partie inférieure du péritoine en manipulant les ciseaux avec précaution pour ne pas risquer de léser la vessie ;
 - placer une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne et des écarteurs abdominaux autostatiques sur les berges de l'incision.
- Ecarter l'utérus pour exposer la partie inférieure du ligament large.
- Rechercher les pulsations de l'artère utérine près de la jonction entre l'utérus et le col.
- Après avoir enfilé un fil de catgut chromé 0 (ou de sutures polyglycoliques à résorption lente) dans le chas d'une grosse aiguille, faire le tour de l'artère avec l'aiguille puis la passer dans le myomètre (muscle utérin) sur 2 à 3 cm, au niveau où l'on ferait une césarienne segmentaire. Nouer solidement le point.
- Faire les points le plus près possible de l'utérus, l'uretère n'étant, en général, qu'à 1 cm de l'artère utérine sur le côté.

- Répéter l'opération de l'autre côté.
- Si l'**artère a été déchirée**, clamper et ligaturer les extrémités qui saignent.
- Ligaturer l'artère utéro-ovarienne juste en-dessous du point de rencontre du ligament utéro-ovarien et de l'utérus (**fig. I-53, ci-dessous**).
- Répéter l'opération de l'autre côté.
- Observer la patiente pour voir si le saignement continue ou si un hématome se forme.

FIGURE I-53 Emplacement des ligatures de l'artère utérine et de l'artère utéro-ovarienne



- Fermer l'abdomen :
 - s'assurer qu'il n'y a pas de saignement, décailloter à l'aide d'une compresse ;
 - examiner soigneusement la vessie et rechercher d'éventuelles lésions et, le cas échéant, les réparer (**p.I-111**) ;
 - suturer l'aponévrose avec un surjet de catgut chromé 0 (ou de sutures polyglycoliques à résorption lente) ;

Note : Il n'est pas nécessaire de suturer le péritoine viscéral, ni le péritoine abdominal.

 - si la **patiente présente des signes d'infection**, tamponner le tissu sous-cutané avec de la gaze et faire une suture lâche au catgut 0 (ou avec des sutures polyglycoliques à résorption lente) ; faire une suture tardive de la peau une fois l'infection résorbée ;
 - si la **patiente ne présente pas de signe d'infection**, faire une suture verticale de la peau avec des points de matelassier avec du nylon (ou de la soie) 3/0 et appliquer un pansement stérile.

SOINS POST-OPERATOIRES

- Revoir les principes à observer pour les soins post-opératoires (p.P-59).
- Si la patiente présente des signes d'infection ou si elle a de la fièvre, lui administrer un traitement associant plusieurs antibiotiques jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 h (p.P-39) :
 - 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 h ;
 - PLUS 5 mg de gentamicine par kg en IV, toutes les 24 h ;
 - PLUS 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 h.
- Administrer les analgésiques appropriés (p.P-43).
- Si la patiente ne présente pas de signe d'infection, retirer le drain abdominal au bout de 48 h.
- Si possible, proposer à la patiente d'autres services de santé (p.S-14).

L'hystérectomie pratiquée après l'accouchement peut être **subtotale**, à moins qu'elle n'intéresse aussi le col et le segment inférieur de l'utérus, auquel cas elle est totale. L'hystérectomie **totale** peut se révéler nécessaire dans les cas de déchirures du segment inférieur qui s'étendent au col ou de saignement résultant d'un placenta prævia.

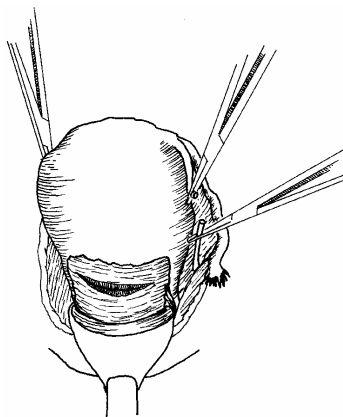
- Réexaminer la patiente et préciser les indications d'hystérectomie.
- Revoir les principes de soins généraux (**p.P-19**) et opératoires (**p.P-53**) et installer une perfusion (**p.P-23**).
- Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques (**p.P-39**) :
 - 2 g d'ampicilline en IV ;
 - OU 1 g de céfazoline en IV.
- Si la patiente présente une **hémorragie massive après un accouchement par voie basse**, garder à l'esprit que la rapidité est essentielle. Pratiquer une laparotomie :
 - inciser verticalement la peau et le tissu graisseux sous-cutané sur la ligne médiane, depuis l'ombilic jusqu'à la limite de la pilosité pubienne ;
 - faire une incision verticale de 2 à 3 cm dans l'aponévrose ;
 - saisir les berges de cette dernière incision avec des pinces et la prolonger vers le haut et vers le bas aux ciseaux ;
 - avec les doigts ou avec des ciseaux, séparer les grands droits (muscles de la paroi abdominale) ;
 - avec les doigts, réaliser une ouverture dans le péritoine, à proximité de l'ombilic ; agrandir l'incision vers le haut et vers le bas avec des ciseaux, de façon à ce que l'utérus soit entièrement visible ; séparer les divers plans et ouvrir la partie inférieure du péritoine en manipulant les ciseaux avec précaution pour ne pas risquer de léser la vessie ;
 - placer une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne et des écarteurs abdominaux autostatiques sur les berges de l'incision.
- Si la patiente a été accouchée par césarienne, clamper les sources de saignement qui se trouvent le long de la brèche utérine :

- si **le saignement est extrêmement abondant**, demander à un aide de comprimer l'aorte avec les doigts, dans le bas de l'abdomen, ce qui permet de réduire le saignement intrapéritonéal ;
- si nécessaire, agrandir l'incision cutanée.

HYSTERECTOMIE SUBTOTALE

- Extérioriser l'utérus en le soulevant et maintenir une légère traction.
- Clamper les ligaments ronds en deux endroits et les sectionner aux ciseaux, (**fig. I-54**). Clamper et sectionner les pédicules. Pour ne pas perdre de temps, on ne les ligaturera qu'après clampage des artères utérines.

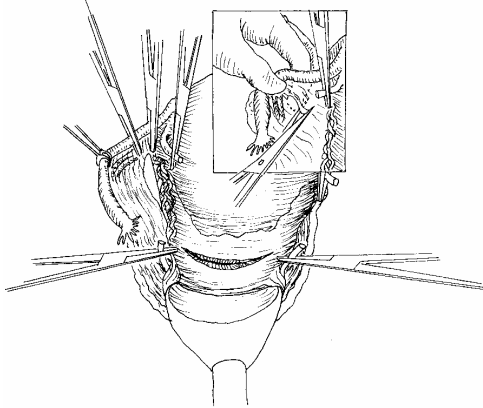
FIGURE I-54 Section des ligaments ronds



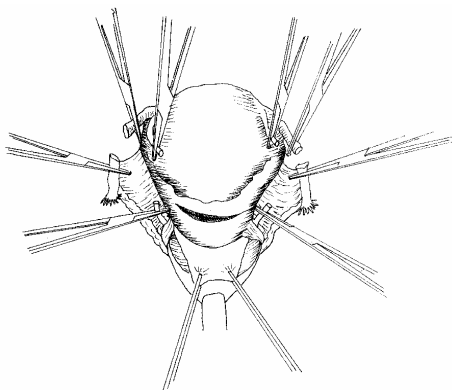
- Ouvrir le feuillet antérieur du ligament large en partant de l'extrémité du ligament rond sectionné. Inciser :
 - jusqu'au point où le péritoine viscéral se réfléchit sur la partie inférieure de l'utérus, au niveau de la ligne médiane ; ou
 - jusqu'à l'incision péritonéale réalisée lors de la césarienne.
- Placer deux doigts juste en-dessous de la trompe et de l'ovaire, près du bord de l'utérus, et pousser le feuillet postérieur du ligament large vers l'avant. Avec des ciseaux, créer un orifice de la taille d'un doigt dans le ligament large. De chaque côté, clamper et sectionner la trompe, le ligament utéro-ovarien et le ligament large par l'intermédiaire de l'orifice réalisé dans le ligament large (**fig. I-55, p.I-121**).

Les uretères sont proches des vaisseaux utérins. Il faut les repérer et les exposer afin d'éviter de les léser pendant l'intervention chirurgicale ou de les inclure dans un point de suture.

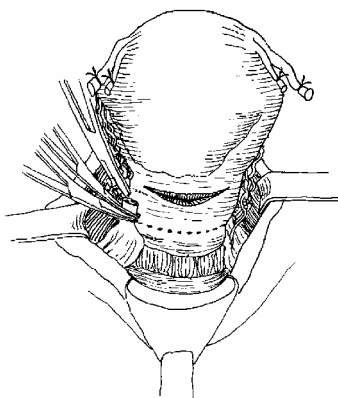
FIGURE I-55 Section de la trompe et des ligaments utéro-ovariens



- Sectionner le feuillet postérieur du ligament large aux ciseaux, de haut en bas, en direction des ligaments utéro-sacrés.
- Saisir le bord du repli vésical avec une pince. Décoller la vessie du segment inférieur de l'utérus, en introduisant les doigts ou des ciseaux entre les deux et en progressant vers le bas. Orienter la pression vers le bas et vers l'intérieur, en direction du col et du segment inférieur de l'utérus.
- Remettre en place la valve sus-pubienne et refouler la vessie vers le bas.
- Repérer l'emplacement de l'artère et de la veine utérines de chaque côté de l'utérus. Repérer au toucher le point de jonction entre l'utérus et le col.
- Clamper les vaisseaux utérins, la pince à la perpendiculaire du vaisseau, de chaque côté du col, les sectionner et les ligaturer avec deux points de catgut chromé 0 (ou de sutures polyglycoliques à résorption lente) (**fig. I-56, p.I-122**).

FIGURE I-56 Section des vaisseaux utérins

- Observer attentivement la patiente et rechercher tout saignement qui persisterait. Si **les artères utérines ont été ligaturées correctement**, le saignement devrait cesser et l'utérus devrait être pâle.
- Traiter ensuite les pédicules déjà clampés des ligaments ronds et des ligaments tubo-ovariens et les ligaturer avec un point de catgut chromé 0 (ou de sutures polyglycoliques à résorption lente).
- Réséquer l'utérus aux ciseaux, au-dessus de la ligature des artères utérines (**fig. I-57**).

FIGURE I-57 Ligne de résection

- Fermer le moignon cervical par des points séparés de catgut chromé (ou de sutures polyglycoliques à résorption lente) 2/0 ou 3/0.

- Inspecter soigneusement les sutures du moignon cervical, des feuillets du ligament large et autres sutures du plancher pelvien et rechercher un saignement.
- **Si un saignement léger persiste ou s'il est possible que la patiente ait des troubles de la coagulation**, faire passer un drain à travers la paroi abdominale (**p.P-57**). Ne pas faire passer de drain dans le moignon cervical, car cela risquerait de provoquer une infection post-opératoire.
- Refermer l'abdomen :
 - S'assurer qu'il n'y a plus de saignement. Décailloter à l'aide d'une compresse.
 - Dans tous les cas, vérifier qu'il n'y a pas de déchirure de la vessie. Si **une déchirure vésicale est observée**, la suturer (**p.I-111**).
 - Suturer l'aponévrose avec un surjet de catgut chromé 0 (ou de sutures polyglycoliques à résorption lente).
Note : Il n'est pas nécessaire de suturer le péritoine viscéral, ni le péritoine abdominal.
 - Si **la patiente présente des signes d'infection**, tamponner le tissu sous-cutané avec de la gaze et faire une suture lâche au catgut 0 (ou à l'acide polyglycolique). Faire une suture tardive de la peau une fois l'infection résorbée.
 - Si **la patiente ne présente pas de signe d'infection**, faire une suture verticale de la peau avec des points de matelassier avec du nylon (ou de la soie) 3/0 et appliquer un pansement stérile.

HYSTERECTOMIE TOTALE

Pour l'hystérectomie totale, il est nécessaire de réaliser, en outre, les gestes suivants :

- refouler la vessie vers le bas pour dégager le haut du vagin sur 2 cm ;
- ouvrir le feuillet postérieur du ligament large ;
- clamper, ligaturer et sectionner les ligaments utéro-sacrés ;
- clamper, ligaturer et sectionner les ligaments cardinaux qui comportent les ramifications descendantes des vaisseaux utérins ; ce geste constitue le point critique de l'opération ; il faut :
 - saisir le ligament verticalement avec une pince à mors larges (pince de Kocher, par exemple) ;

- placer une pince à 5 mm du col, latéralement et sectionner le ligament à proximité du col, en laissant une pince au milieu du moignon, par précaution ;
- si **le col est long**, renouveler ce geste deux ou trois fois, selon les besoins.

Les 2 cm du haut du vagin devraient à présent être entièrement libérés.

- Réséquer le vagin aussi près du col que possible et clamper les sources de saignement à mesure qu'elles apparaissent.
- Faire des points d'hémostase en biais autour des ligaments ronds, cardinaux et utéro-sacrés.
- Suturer le dôme vaginal par un surjet pour stopper l'hémorragie.
- Fermer l'abdomen (**p.I-123**) après avoir mis en place un drain dans l'espace extrapéritonéal (**p.P-57**), à proximité du moignon du col.

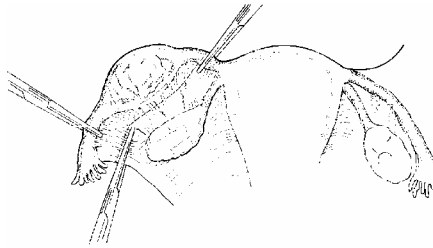
SOINS POST-OPERATOIRES

- Revoir les principes à observer pour les soins post-opératoires (**p.P-59**).
- Surveiller la diurèse. Si **il y a du sang dans les urines** ou si **la patiente souffre de douleurs lombaires**, il faut l'adresser à un centre de soins de niveau tertiaire, si possible, pour le traitement d'un uretère obstrué.
- Si **la patiente présente des signes d'infection** ou si **elle a de la fièvre**, lui administrer un traitement associant plusieurs antibiotiques jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 h (**p.P-39**) :
 - 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 h ;
 - PLUS 5 mg de gentamicine par kg en IV, toutes les 24 h ;
 - PLUS 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 h.
- Administrer les analgésiques appropriés (**p.P-43**).
- Si **la patiente ne présente pas de signe d'infection**, retirer le drain abdominal au bout de 48 h.
- Si possible, proposer à la patiente d'autres services de santé (**p.S-14**).

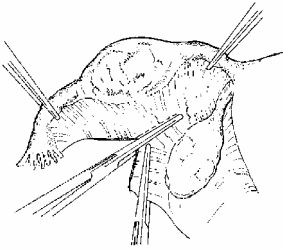
- Réexaminer la patiente et préciser les indications de salpingectomie.
- Revoir les principes de soins généraux (p.P-19) et opératoires (p.P-53) et installer une perfusion (p.P-23).
- Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques (p.P-39) :
 - 2 g d'ampicilline en IV ;
 - OU 1 g de céfazoline en IV.
- Inciser la paroi abdominale :
 - inciser verticalement la peau et le tissu graisseux sous-cutané sur la ligne médiane, depuis l'ombilic jusqu'à la limite de la pilosité pubienne ;
 - faire une incision verticale de 2 à 3 cm dans l'aponévrose ;
 - saisir les berges de cette dernière incision avec des pinces et la prolonger vers le haut et vers le bas aux ciseaux ;
 - avec les doigts ou avec des ciseaux, séparer les grands droits (muscles de la paroi abdominale) ;
 - avec les doigts, réaliser une ouverture dans le péritoine, à proximité de l'ombilic ; agrandir l'incision vers le haut et vers le bas avec des ciseaux, de façon à ce que l'utérus soit entièrement visible ; séparer les divers plans et ouvrir la partie inférieure du péritoine en manipulant les ciseaux avec précaution pour ne pas risquer de léser la vessie ;
 - placer une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne et des écarteurs abdominaux autostatiques sur les berges de l'incision.
- Repérer la trompe de Fallope dans laquelle se développe la grossesse ectopique et l'exposer, ainsi que l'ovaire adjacent.
- Saisir la trompe avec une pince de traction (pince de Babcock, par exemple) pour qu'elle soit mieux exposée et clamper le mésosalpinx pour stopper l'hémorragie.
- Aspirer le sang qui se trouve dans le bas de la cavité abdominale et décailloter.
- Faire une compresse abdominale avec de la gaze trempée dans du sérum physiologique tiède pour écarter l'intestin et l'épiploon du champ opératoire.

- Diviser le mésosalpinx à l'aide d'une série de pinces (**fig. I-58 A-C, ci-dessous**). Appliquer toutes les pinces à proximité des trompes de façon à ne pas endommager la vascularisation des ovaires.
- Transfixer et lier le mésosalpinx avec du catgut chromé 2/0 (ou des sutures polyglycoliques à résorption lente) et faire le nœud avant de retirer les pinces.
- Faire une suture proximale autour de la trompe, au niveau de l'extrémité isthmique, et réaliser la salpingectomie.

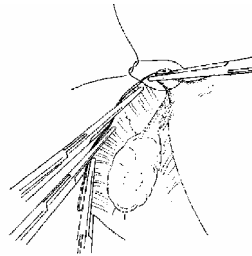
FIGURE I-58 Clamage et section du mésosalpinx



A. clamage du mésoalpinx



B. section du mésoalpinx



C. réalisation d'une suture proximale autour de la trompe

- Fermer l'abdomen :
 - s'assurer qu'il n'y a plus de saignement et décailloter à l'aide d'une compresse ;
 - suturer l'aponévrose avec un surjet de catgut chromé 0 (ou de sutures polyglycoliques à résorption lente) ;
 - si **la patiente présente des signes d'infection**, tamponner le tissu sous-cutané avec de la gaze et faire une suture lâche au catgut 0 (ou avec des sutures polyglycoliques à résorption lente). Faire une suture tardive de la peau une fois l'infection résorbée ;

- si **la patiente ne présente pas de signe d'infection**, faire une suture verticale de la peau avec des points de matelassier avec du nylon (ou de la soie) 3/0 et appliquer un pansement stérile.

SALPINGOSTOMIE

Dans certains cas rares, lorsque la trompe n'est que peu endommagée, il est possible d'en retirer le sac gestationnel et de la conserver. Il importe de ne procéder de la sorte que dans les cas où il est très important pour la patiente de préserver sa fécondité, dans la mesure où elle est exposée au risque d'une nouvelle grossesse ectopique.

- Inciser la paroi abdominale et exposer l'ovaire et la trompe de Fallope appropriés (**p.I-125**).
- Appliquer une pince de traction (pince de Babcock, par exemple) de chaque côté du sac gestationnel encore intact et soulever la trompe de façon à le voir.
- A l'aide d'un bistouri, faire une incision linéaire dans la séreuse du côté opposé au mésosalpinx, dans l'axe de la trompe, en veillant à ne pas couper le sac gestationnel.
- A l'aide du manche du bistouri, expulser le sac gestationnel de la trompe.
- Suturer les sources de saignement.
- Replacer l'ovaire et la trompe de Fallope dans la cavité pelvienne.
- Fermer l'abdomen (**p.I-126**).

SOINS POST-OPERATOIRES

- Revoir les principes à observer pour les soins post-opératoires (**p.P-59**).
- Si **la patiente présente des signes d'infection** ou si **elle a de la fièvre**, lui administrer un traitement associant plusieurs antibiotiques jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 h (**p.P-39**):
 - 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 h ;
 - PLUS 5 mg de gentamicine par kg en IV, toutes les 24 h ;
 - PLUS 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 h.
- Administrer les analgésiques appropriés (**p.P-43**).
- Si possible, proposer à la patiente d'autres services de santé (**p.S-14**).

- **Si la patiente a subi une salpingostomie**, lui expliquer qu'elle risque de faire une autre grossesse ectopique et lui offrir des services de planification familiale (**tableau S-3, p.S-14**).

QUATRIEME PARTIE
APPENDICE

MEDICAMENTS ESSENTIELS POUR LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT A-1

ANTIBIOTIQUES

amoxicilline
ampicilline
benzathine benzylpénicilline
benzylpénicilline (= pénicilline G)
céfazoline
ceftriaxone
cloxacilline
érythromycine
gentamicine
kanamycine
métronidazole
nitrofurantoïne
pénicilline G (= benzylpénicilline)
procaine pénicilline G
triméthoprime/sulfaméthoxazole

STEROIDES

bétaméthasone
dexaméthasone
hydrocortisone

MEDICAMENTS UTILISES POUR LES URGENCES

aminophylline
digoxine
diphénhydramine
éphédrine
épinéphrine
furosémide
gluconate de calcium
naloxone
nitroglycérine
prednisolone
prednisone
prométhazine
sulfate d'atropine

SOLUTIONS IV

Ringer lactate
sérum physiologique
solution de dextrose à 10 %
solution de glucose (à 5 %, 10 % et 50 %)

ANTICONVULSIVANTS

diazépam
phénytoïne
sulfate de magnésium

ANTIHYPERTENSEURS

hydralazine
labétalol
nifédipine

OCYTOCIQUES

15-méthyl prostaglandine F2a
ergométrine
méthylergométrine
misoprostol
ocytocine
prostaglandine E2

ANESTHESIQUES

halothane
kétamine
lidocaïne à 1% ou 2 %

ANALGESIQUES

indométacine
morphine
paracétamol
péthidine

SEDATIFS

diazépam
phénobarbital

ANTIPALUDIQUES

artéméther
artésunate
chloroquine
clindamycine
dichlorhydrate de quinine
méfloquine
quinidine
sulfadoxine/pyriméthamine
sulfate de quinine

TOCOLYTIQUES

indométacine
nifédipine
ritodrine
salbutamol
terbutaline

AUTRES

acide folique
anatoxine tétanique
antitoxine tétanique
citrate de sodium
fumarate ferreux
héparine
sérum antitétanique
sulfate ferreux
trisilicate de magnésium
vitamine K

Abcès**diagnostic**, S-120, S-121**prise en charge**

mammaire, S-126

pelvien, S-123

traumatique, S-127

Absence de réactivité/de tonus

diagnostic de l', S-142

néonatale, S-157, S-162

Absence de respiration

voir Arrêt respiratoire

Accompagnant, soutien

voir Membres de la famille

Accouchement

voir Travail et accouchement

Acétone

présence dans l'urine, P-78

Aiguilles hypodermiques

manipulation des instruments

piquants ou tranchants, P-22

Allaitement

antidépresseurs et, P-14

complications

abcès mammaire, S-126

engorgement mammaire, S-124

mastite, S-125

établissement de, P-83, P-85

retardement du début de

l'allaitement, P-85

Allergies

lidocaïne, P-48

Amniotite

diagnostic, S-135, S-152**prise en charge**, S-155

rupture prématurée des

membranes et, S-153

Amniotomie

voir Rupture artificielle des

membranes

Analgésie

voir Anesthésie et analgésie

Anémie

diagnostic, S-142**prise en charge**

après l'accouchement, S-28

paludisme et, S-63

sévère, S-143

hémoglobine et hématocrite, S-28

insuffisance cardiaque et, S-143

paludisme et, S-63, S-114

rachianesthésie, contre-

indications, I-11

Anesthésie et analgésie

voir aussi Prise en charge de la

douleur

principes généraux, P-50

administration, à quel moment?,

P-24, P-43

anesthésie à la kétamine, I-15

césarienne, anesthésies possibles

pour, I-7, I-47

soutien affectif et, P-43

techniques d'injection, P-47, I-1

anesthésie locale

remarques d'ordre général,

P-44

arrêt cardiaque, P-49

arrêt respiratoire, P-49

césarienne, utilisation pendant,

I-7

épinéphrine et, P-45

- réactions allergiques, P-48
- toxicité, P-49, P-50
- vomissement, P-48, P-52
- bloc des nerfs honteux internes, I-3
- bloc paracervical, I-1
- narcotiques
 - dépression respiratoires néonatale et, P-43
 - pendant le travail, P-64
 - post-opératoires, P-52
 - options, P-51, P-52
 - post-opératoire, analgésie, P-52
 - prémédication, P-24, P-44
 - rachianesthésie, I-11
- Anesthésie locale
 - voir* Anesthésie et analgésie
- Ankylostomiase
 - prise en charge de l'insuffisance cardiaque, S-143
 - saignement et, S-28
- Anomalies à la naissance
 - aspects affectifs, P-12, P-13
 - épilepsie, traitement et, S-57
 - malformations, S-163
- Anomalies fœtales
 - aspects affectifs, P-12, P-13
 - évaluation, S-163
- Antibiotiques, P-39
- Antidépresseurs
 - allaitement et, P-14
- Antiseptiques
 - chlorhexidine, P-25, P-55
 - iodophores, P-25, P-55
- Anxiété
 - choc et angoisse, S-1
 - palliatif, P-5
- Appendicite
 - diagnostic**, S-130
 - prise en charge**, S-132
 - diagnostic erroné, S-129, S-133
 - utérus gravide et, S-133
- Arrêt cardiaque
 - réactions à l'anesthésie, P-49
- Arrêt respiratoire
 - voir aussi* Respiration et difficultés respiratoires
 - réactions à l'anesthésie, P-49
- Aspiration intra-utérine
 - voir* Aspiration manuelle intra-utérine
- Aspirations manuelle intra-utérine
 - méthode**, I-73
 - anesthésies possibles, P-51
 - complications, I-76
 - dilatation et curetage, comparaison, I-69
 - soins post-opératoires, I-77
- Asthme
 - voir* Asthme bronchique
- Asthme bronchique
 - diagnostic**, S-142
 - prise en charge**, S-145
- Atélectasie
 - diagnostic**, S-121
- Atonie utérine
 - diagnostic**, S-30
 - prise en charge**, S-31

Avortement

- voir aussi* Aspiration manuelle
intra-utérine ; Dilatation et
curetage
- diagnostic**, S-8
- prise en charge**
 - complet, S-13
 - incomplet, S-12
 - inévitabile, S-11
 - menace de, S-11
- complications de, S-9
- planification familiale après, S-14
- suivi, S-13
- tétanos, avortement pratiqué dans
de mauvaises conditions de
sécurité et, S-56
- types d'avortement, S-10

Bassin

- incompatible avec
l'accouchement, test, S-73, S-74

Bloc des nerfs honteux internes

- méthode**, I-3

Bloc paracervical

- méthode**, I-1

Bronchite, S-147

Bronchospasme

- asthme bronchique et, S-145
- post-transfusionnel, P-33

Canule

- dénudation veineuse, installation
par, S-4
- perfusion, installation de, P-23

Cathétérisme

- voir* Vessie

Cellulite

- cellulite traumatique, S-127

Céphalées

- diagnostic des**, S-42, S-43

Céphalématome

- extraction par ventouse
obstétricale et, I-29

Cervicite

- diagnostic**, S-152
- sonde de Foley, risques liés à
l'utilisation, I-27

Césarienne

- méthode**, I-47
- anesthésies possibles, P-51, I-7,
I-11, I-47
- antibiotiques, P-39
- fermeture
 - de l'abdomen, I-52
 - de l'utérus, I-51
- hystérectomie après, I-119
- incision
 - classique, I-54
 - verticale haute, I-54
- insuffisance cardiaque et, I-47,
S-143
- ligature des trompes après, I-55
- maîtrise du saignement, I-52
 - après l'intervention, I-54
- placenta, extraction du, I-49
- placenta prævia et, I-53
- présentation
 - du siège et, I-53
 - transverse et, I-53
- procidence du cordon et, S-107
- soins post-opératoires, I-54, S-107
- utilisation d'ocytocine pour les
grossesses ultérieures, I-23

Chirurgie

voir Opérations

Choc

diagnostic, S-1

prise en charge, S-2

cause, S-4

choc anaphylactique, P-33

exigence en matière de

transfusion, P-27

liquides de remplissage vasculaire
P-35

perfusions, P-23, P-35

post-transfusionnel, P-33

septique, transfusion sanguine et,
P-33

urgence, réaction, P-17

Choc postural, P-54

Coagulopathie

diagnostic

test de la coagulation au lit de
la patiente, S-3

prise en charge, S-22

éclampsie, césarienne et, S-52

rachianesthésie, contre-
indications, I-11

Col

voir aussi Déchirures

bloc paracervical, I-1

déclenchement artificiel du

travail, évaluation du col avant,
I-19

maturation, I-26

rupture utérine intéressant le,
réfection, I-109

Colpotomie

méthode, I-79

anesthésies possibles, P-51

Coma

diagnostic de, S-43

Confusion

choc et, S-1

Conscience

voir Perte de connaissance

Consentement en connaissance de

cause, P-53

Contractions

faux travail et arrêt des, S-72

mauvaise qualité et travail

prolongé, S-71, S-74

partogramme, enregistrement des,
S-67, S-69, S-71

Convulsions

diagnostic des, S-43

néonatales, S-157, S-166

toxicité de la lidocaïne et, P-48

Cordon

voir aussi Procidence du cordon

accouchement, vérification

pendant, P-79

pulsatile et procidence, S-109

traction, délivrance par, P-81,
S-35

Craniocentèse

méthode

césarienne et, I-68

col

dilaté, I-67

fermé, I-67

présentation du siège, I-68

aspects affectifs, P-12

soins post-opératoires, I-68

Craniotomie

méthode

- présentation céphalique, I-65
- présentation du siège, I-66
- anesthésies possibles, P-51, I-3
- aspects affectifs, P-12
- soins post-opératoires, I-68

Crise cardiaque

voir Arrêt cardiaque

Culdocentèse

méthode, I-79

anesthésies possibles, P-51

Curetage

voir Dilatation et curetage

Cyanose

voir aussi Difficultés respiratoires

diagnostic de, S-142

néonatale, S-157, S-162

Cystite

diagnostic, S-110

prise en charge, S-112

Déchirures

voir aussi Déchirures cervicales ;

Déchirures vaginales ou
périnéales

placenta, examen du, pour, P-82

saignement résultant de, S-34

vésicales, I-111, I-112

Déchirures cervicales

réfection, I-91

anesthésies possibles, P-52

extraction par ventouse

obstétricale et, I-33

forceps et, I-37

saignement résultant de, S-34

Déchirures périnéales

voir Déchirures vaginales et
périnéales

Déchirures vaginales et périnéales

réfection, I-93

anesthésies possibles, P-52, I-11

complications, I-100

déchirures du sphincter anal

cas méconnus, I-99

détection, I-93

réfection, I-96

forceps à l'origine de, I-37

hématome, I-100

rupture utérine avec réparation,
I-110, I-111

saignement résultant de, S-34

soins post-réfection, I-99

types de déchirures, I-93

Déclenchement artificiel du travail
et stimulation des contractions
utérines

méthode, I-19

col

évaluation du, I-20

maturation, I-26

rupture

artificielle des membranes, I-19

utérine, ocytocine et, I-21

sonde de Foley, I-27

stimulation, I-27

Dépression

antidépresseurs, allaitement et, P-
14

du post-partum, aspects affectifs,
P-14

Déroulement défavorable du travail

voir Travail prolongé

- Descente
évaluation de la, P-67
- Deuil, P-11
- Dextran
choc et risques liés à
l'administration de, S-2
- Difficultés respiratoires
voir aussi Cyanose ; Arrêt
respiratoire
diagnostic des, S-142
prise en charge générale, S-141
choc et respiration rapide, S-1
nouveau-né, S-157, S-162
administration d'oxygène, S-162,
S-163
prévision de réanimation, P-80
prématurés, S-162
- Dilatation du col
travail, diagnostic et confirmation
de, P-66
- Dilatation et curetage
méthode, I-69
voir aussi Aspiration intra-utérine
anesthésies possibles, P-51, I-1,
I-11
complications, I-72
soins post-opératoires, I-71
- Disproportion céphalo-pelvienne
diagnostic, S-65
prise en charge, S-73
- Distension abdominale
diagnostic de la
en début de grossesse, S-9, S-15
en fin de grossesse, S-20
- Diurétiques
prééclampsie légère et danger
d'administration des, S-46
- Douleur
voir Douleurs abdominales
- Douleurs abdominales
diagnostic des
en début de grossesse, S-130,
S-131
en fin de grossesse et après
l'accouchement, S-134
prise en charge générale, S-129,
S-133
- Drainage
interventions chirurgicales et,
P-57
- Droit à l'information, P-5
- Droit à l'intimité, P-5
- Droits des patientes, P-5
- Dyspareunie
diagnostic de la, S-152
- Dystocie des épaules
diagnostic, S-93
prise en charge, S-93
plexus brachial, traumatisme et,
S-94
- Dystocie mécanique
diagnostic, S-65
prise en charge, S-74
partogramme, exemple de, S-69
- Dysurie
diagnostic de la, S-110, S-152

Echographie

- confirmation du diagnostic
- grossesse ectopique, S-14
- kyste de l'ovaire, S-15
- mort fœtale *in utero*, S-148
- utérus surdistendu, S-97
- placenta prævia, S-25

Eclampsie et prééclampsie

- diagnostic**, S-42, S-43
- prise en charge générale, S-39, S-41
- anticonvulsivants, S-49
- antihypertenseurs, S-51
- convulsions, S-44, S-47
- degrés de prééclampsie, S-41
- œdème
 - et prééclampsie, S-44, S-142
 - pulmonaire et prééclampsie, S-142
- prééclampsie
 - légère, S-46
 - sévère et éclampsie, S-47
- prescription pour l'accouchement, S-52
- protéinurie et prééclampsie, S-41, S-44
- rachianesthésie, contre-indications, I-11

Élimination des déchets, P-23

Encéphalite

- diagnostic**, S-43

Endométrite

- diagnostic**, S-120, S-135
- prise en charge**, S-122

Engorgement mammaire

- diagnostic**, S-120
- prise en charge**, S-124

Épilepsie

- diagnostic**, S-43
- prise en charge**, S-57

Épisiotomie

- méthode**, I-81
- anesthésies possibles, P-51, I-3
- complications
 - hématome, I-84
 - infections, I-84
 - réfection de, I-83

Évaluation

- initiale, rapide, P-1

Examen vaginal

- déroulement du travail,
 - évaluation, P-70
- évaluation de la descente, P-67
- placenta prævia et, S-23
- risque de saignement, P-1, S-19, S-23

Extraction par forceps

- méthode**, I-35
- anesthésies possibles, P-51, I-3
- complications
 - rupture utérine, I-37
 - déchirures, I-37
- échec, I-37
- épisiotomie pour faciliter, I-36
- forceps de Piper, I-43
- présentation
 - du front, contre-indication sur, S-86
 - du siège avec tête enclavée, I-43

Extraction par ventouse obstétricale

- méthode**, I-29
- anesthésies possibles, P-51
- complications
 - céphalhématome, I-33

- déchirures, I-33
 - échec, I-32
 - épisiotomie pour faciliter, I-30
 - présentation
 - de la face, contre-indication, S-87
 - du front, contre-indication, S-86
 - symphysiotomie et, I-32, I-59
 - travail prématuré, contre-indication, S-139
- Fasciite nécrosante, S-127
- Fausse couche
voir Avortement
- Faux travail
diagnostic, S-65
prise en charge, S-72
- Fièvre
diagnostic de la
 - après l'accouchement, S-120
 - pendant la grossesse et le travail, S-109
 - prise en charge générale, S-109, S-119
 - post-opératoire, P-62
- Fonctionnement gastro-intestinal après une opération, P-59
- Forceps
voir Extraction par forceps
- Formation, P-88
- Gants et blouses, exigences, P-20
- Grossesse ectopique
diagnostic, S-8, S-14, S-15
culdocentèse, I-79
prise en charge, S-14
- appendicite, diagnostic erroné, S-129
- saignement vaginal en début de grossesse, S-7
- salpingectomie ou salpingostomie, I-125, I-127
- Grossesse extra-utérine
voir Grossesse ectopique
- Grossesse molaire
diagnostic, S-8
prise en charge, S-16
planification familiale après, S-16
- Grossesse multiple
diagnostic, S-97
prise en charge, S-98
- Halothane
inversion utérine, réduction, I-103
- Hématocrite
anémie et, S-28
- Hématome
céphalhématome, I-33
déchirures vaginales ou périnéales et, I-93
épisiotomie et, I-81
ligament large, S-23, I-110
plaie, S-127
rupture utérine doublée d'un, réfection, I-110
- Hématome rétroplacentaire
diagnostic, S-20, S-148
prise en charge, S-21
rupture prématurée des membranes et, S-151

- Hémoglobine
 anémie et, S-28
 critères de transfusion, P-31
- Hémorragie
voir aussi Saignement
diagnostique
 de l'anté-partum, S-19, S-20
 du post-partum, S-30
prise en charge générale
 de l'antépartum, S-19
 du post-partum, S-30
 cérébrale, hypertension
 gestationnelle et, S-54
 coagulopathie et, S-22
 définition, S-29
 du post-partum
 immédiat, S-30
 prévention, S-30, P-80
 tardif, S-36
 liquides de remplissage
 vasculaire, P-35
 perfusion et, P-35
 rachianesthésie, contre-
 indications, I-11
 secondaire du post-partum, S-36
- Hémorragie cérébrale
 hypertension et, S-54
- Hémorragie du post-partum
voir aussi Saignements ;
 Hémorragie
prise en charge générale, S-30
- Hémostase, P-57
- Hépatite
diagnostique, S-111, S-122
voir aussi Prévention des
 infections
- Hormones
 menace d'avortement et, S-11
- Hypertension
voir aussi Tension artérielle
diagnostique de l', S-42, S-43
prise en charge
 éclampsie, S-47
 hypertension chronique, S-55
 hypertension gestationnelle,
 S-45
 prééclampsie, S-46, S-47
 antihypertenseurs, S-51
 complications, S-54
 diurétiques, risques liés à
 l'utilisation des, S-46
- Hypothermie
 néonatale, S-164
- Hypovolémie
voir aussi Choc
 rachianesthésie, contre-
 indications, I-11
 remplissage vasculaire et, P-37,
 P-38
- Hystérectomie
méthode, I-119
 soins post-opératoires, I-124
 subtotale, I-120
 totale, I-123
- Inconscience
voir Perte de connaissance
- Infection
 des voies urinaires, S-111
 mammaire, S-125
 septicémie
 néonatale, S-156
 post-avortement, S-9

- traumatique, S-126
 utérine, S-122, S-154
- Infection des voies urinaires
diagnostic de, S-110, S-112
prise en charge
 cystite, S-112
 pyélonéphrite aiguë, S-113
 faux travail et, S-72
- Infection génitale haute
 grossesse ectopiques, erreur de
 diagnostic, S-7
- Infections mammaires
voir Abscess mammaire ; Mastite
- Injection
 techniques d'injection, P-47, I-1
 téтанos, S-57
- Instruments
 compte des, P-57
- Instruments piquants ou tranchants
 compte des instruments, P-57
 maniement, P-22, P-57
 piqûre, bloc paracervical et, I-5
- Insuffisance cardiaque
diagnostic, S-142
prise en charge, S-143
 anémie et, S-143
 césarienne, S-145, I-47
 maladie cardiaque et, S-144
 rachianesthésie, contre-
 indications, I-11
 travail, prise en charge pendant le,
 S-144
- Inversion utérine
diagnostic, S-30
prise en charge, S-36
- méthode**, réduction de, I-103
 anesthésies possibles, P-52
 chirurgicale, I-105
 hydrostatique, I-104
 manuelle, I-103
 complications, I-105
 soins post-opératoires, I-106
- Kétamine, anesthésie à la
méthode, I-15
- Kystes ovariens
diagnostic, S-130
prise en charge, S-131
 appendicite, diagnostic erroné,
 S-129
 échographie et, S-15
- Laparotomie
 anesthésies possibles, P-52
- Lavage des mains
 préparation chirurgicale, P-55
 règles générales, P-19
- Lavements
 travail, contre-indications pendant
 le, P-64
- Lésions du sphincter anal
voir Déchirures vaginales et
 périnéales
- Liens avec la communauté, P-86
- Liens du prestataire de soins, P-86
- Ligature de l'artère utérine et de
 l'artère utéro-ovarienne
méthode, I-115
- Ligature des trompes
 césarienne et, I-55, I-57

- rupture utérine, réparation et, I-109
- Liquides
voir aussi Perfusion
lavement, administration par, P-38
paludisme et équilibre hydrique, S-61
voie sous-cutanée, administration par, P-38
- Liquide amniotique
voir aussi Rupture prématurée des membranes
test, S-153
- Maladie cardiaque
insuffisance cardiaque et, S-144
kétamine, risques liés à l'utilisation de la, I-15
- Maladie des membranes hyalines chez le nouveau-né, S-163
- Malformations
aspects affectifs, P-12
informations générales, S-163
- Manœuvre
de Løvset, I-40, I-41
de Mauriceau, I-42, I-43
- Mastite
diagnostic, S-120
prise en charge, S-125
- Méconium
inhalation de, prévention, S-159
présentation du siège et, S-106
souffrance fœtale et, S-106
épais, P-63, S-106
- Membranes
voir aussi Rupture des membranes
rupture artificielle des, I-19
- Membres de la famille
établir un dialogue, P-5
mortalité, faire face à, P-9, P-10
réactions sur le plan affectif, P-7
travail et accouchement, soutien pendant, P-63
- Méningite
diagnostic, S-43
- Migraine
diagnostic, S-43
- Morbidité, faire face à la maternelle, P-9
néonatale, P-10
- Mortinaissance
aspects affectifs, P-10
- Nouveau-né
principes généraux à observer pour les soins, P-84
absence de tonus, S-164
accouchement par le siège, soins après un, I-37
administration d'oxygène, S-162
allaitement, P-83, P-85
asphyxie, S-163
convulsions, S-165
cyanose, S-162
difficultés respiratoires, S-158
faible poids de naissance, S-164, S-166
hypothermie, S-164
infections bactériennes, S-163, S-164
maladie des membranes hyalines, S-163

- malformations, S-163
 - prématuré
 - difficultés respiratoires, S-164
 - préparation pour la prise en charge du, S-139
 - premiers soins, P-83
 - réanimation, S-158
 - respiration, vérification, P-80
 - rupture prématurée des membranes, prise en charge après l'accouchement, S-166
 - séparation d'avec la mère, P-83, P-85
 - septicémie néonatale, S-156
 - syphilis
 - prise en charge**, S-167
 - congénitale, prise en charge, S-167
 - transfert, P-85
 - ventilation, S-158, S-159
- Nutrition
- acétone dans l'urine, P-78
 - dextrose, P-78
 - travail, administration pendant le, P-64
- Œdème
- voir aussi* Œdème pulmonaire
 - diagnostic de**, S-142
 - diurétique, risques liés à l'administration de, S-48
 - prééclampsie et, S-44, S-46
- Œdème pulmonaire
- diagnostic**, S-42, S-142
 - prééclampsie et, S-48
- Ombilical
- voir* Cordon ; Procidence du cordon
- Opérations
- principes généraux**, P-53
 - voir aussi* Soins post-opératoires
 - soins peropératoires, P-54
 - soins pré-opératoires, P-53
- Oxygène
- nouveau-né, difficultés respiratoires et, S-162, S-163
- Paléur
- anémie et, S-141
 - choc et, S-1
- Palper abdominal
- évaluation de la descente au, P-67
- Paludisme
- diagnostic**, S-43, S-110, S-111
 - remarques d'ordre général**, S-114
 - anémie et, S-63, S-143
 - bilan hydrique, S-61
 - convulsions, S-61
 - hypoglycémie, S-62
 - pharmacorésistant, S-115, S-116
 - sévère/compliqué, S-58
 - simple, S-114
- Pansement
- interventions chirurgicales et, P-58
- Partogramme
- utilisation générale**, P-71
 - exemples
 - contractions de mauvaise qualité, S-71
 - dystocie mécanique, S-69
 - travail et accouchement eutociques, P-76
 - prolongé, S-67

Perfusion

méthode, P-23

administration sous-cutanée des

liquides de remplissage

vasculaire, P-38

bilan hydrique, S-61

choc

prise en charge du, P-35, S-2

succédanés du plasma, risques

liés aux, P-23

dénudation veineuse, pose de la

canule, S-4

insuffisance cardiaque et, S-143,

S-144

liquides de remplissage

vasculaire, P-35

Ringer lactate, P-23

sérum physiologique, P-23, P-35

solutés cristalloïdes, P-35

solutions

colloïdales, P-36

de dextrose, P-36, P-37, P-38

glucosées, P-36

phénytoïne, S-58

pose de la canule, P-23, S-4

traitement liquidien d'entretien,

P-37

transfusion sanguine,

alternative à la, P-35

comparaison, P-27

Péritonite

diagnostic, S-120

prise en charge, S-124

appendicite et, S-132

Perte de connaissance

diagnostic de la, S-42, S-43

prise en charge générale, S-39

choc et, S-1

Placenta prævia

diagnostic, S-20

prise en charge, S-23

césarienne et, I-53

Placenta

voir aussi Rétention placentaire

accreta, S-35

déchirures des membranes, P-82

extraction, P-81

lors de la césarienne, I-53

par traction mesurée sur le

cordon, P-81

examen, P-82

délivrance artificielle

méthode, I-87

anesthésies possibles, P-51, I-3,

I-11

complications, I-89

inversion utérine et, I-103

soins post-opératoires, I-90

rétention

complète, S-30, S-34

partielle, S-35

Plaies

abdominales, S-127

infection des, S-127

soin des plaies chirurgicales, P-60

Planification familiale

avortement et, S-13, S-14

grossesse molaire et, S-16

ligature des trompes lors de la

césarienne, I-55

méthodes, S-13

rupture utérine et conseils post-

opératoires, I-112, I-113

salpingostomie, conseils post-

opératoires, I-127

Pneumonie

diagnostic, S-110, S-142

prise en charge, S-145

- Poche des eaux, Rupture
voir Rupture prématurée des membranes
- Poils pubiens
 rasage, P-54
- Position
voir Positions et présentations dystociques
- Positions du sommet
diagnostic, S-78 à S-84
prise en charge, occipitale postérieure, S-84
- Position gynécologique, P-24
- Pouls
 choc et pouls filant, S-1
 fémoral
 palpation, S-33
- Prééclampsie
voir Eclampsie et prééclampsie
- Présentation
voir aussi Présentations ou positions dystociques
 présentation eutocique, P-68
- Présentation de l'épaule
diagnostic, S-84
prise en charge, S-90
 de la face
diagnostic, S-82
prise en charge, S-86
 du front
diagnostic, S-82
prise en charge, S-85, S-86
 mixte
diagnostic, S-83
prise en charge, S-87
 transverse
diagnostic, S-81
prise en charge, S-90
 césarienne et, I-47
 version par manœuvre externe, I-17
 interne, S-101
- Présentation du siège et accouchement
voir aussi Présentations et positions dystociques
diagnostic, S-83
prise en charge, S-88
 mode d'accouchement, I-39
 anesthésies possibles, P-51, I-3
 césarienne et, S-90, I-53
 complications, S-90
 craniotomie et, I-66
 extraction, I-44
 grossesse multiples et, S-99
 manœuvre de Løvset, I-40, I-41, de Mauriceau, I-42, I-43
 méconium, S-106
 siège
 complet, S-83, S-88 à S-90, I-39
 décompleté mode des fesses, S-83, S-89, I-39
 des pieds, I-44
 soins après accouchement, I-45
 tête, enclavée, I-43
 version par manœuvre externe, correction par, S-88, I-17
- Présentations et positions dystociques
voir aussi Présentation du siège et accouchement
diagnostic, S-78 à S-84
prise en charge générale, S-77
 césarienne et, I-47

- grossesse multiple et, S-98
- positions
 - du sommet, S-78 à S-84
 - mento-antérieure, S-87
 - mento-postérieure, S-87
- présentation
 - de la face, S-82, S-86
 - de l'épaule, S-84, S-90
 - du front, S-82, S-85
 - du siège, S-83, S-88
 - mixte, S-83, S-87
 - transverse, S-84, S-90
- version par manœuvre externe, correction par, I-17

- Prévention des infections
 - remarques d'ordre général,** P-19
 - antibiotiques prophylactiques, P-39
 - complications de l'hypertension, S-54
 - interventions chirurgicales, P-53
 - sang et produits sanguins, P-28
 - transmission périnatale du VIH, I-19
 - travail, hygiène pendant le, P-64

- Prise en charge active
 - mort fœtale *in utero*, S-148
 - troisième stage du travail, P-80, I-45

- Prise en charge de la douleur
 - voir aussi* Anesthésie et analgésie
 - guérison, traitement de la douleur et, P-52
 - interventions chirurgicales, P-56
 - post-opératoire, P-52
 - soutien affectif et traitement de la douleur, P-50
 - travail, P-64

- Procidence du cordon
 - prise en charge,** S-107
 - accouchement, vérification pendant, P-79
 - présentation
 - du siège et, S-90
 - mixte et, S-87
 - utérus surdistendu et, S-98

- Protéinurie
 - diagnostic de,** S-42 à S-44
 - mesure, S-41
 - prééclampsie et, S-42 à S-44

- Psychose
 - anesthésie à la kétamine, risques liés à l'utilisation de , I-15
 - post-partum, aspects affectifs, P-15

- Pyélonéphrite
 - voir* Pyélonéphrite aiguë

- Pyélonéphrite aiguë
 - diagnostic,** S-110
 - prise en charge,** S-113
 - appendicite, diagnostic erroné, S-129

- Rachianesthésie
 - méthode, I-11

- Rôles
 - diagnostic de,** S-142
 - œdème pulmonaire, prééclampsie et, S-46

- Réagir face à une urgence
 - évaluation initiale rapide, P-3
 - préparation, P-17

- Réanimation
néonatale, S-158
repère du crâne fœtal, P-69
- Respiration
techniques pendant le travail, P-64
- Rétention placentaire
diagnostic, S-30
prise en charge, S-34
ergométrine, danger d'utilisation de, S-34
rétention partielle, S-35
traction sur le cordon, extraction par, S-34, S-35
- Rupture artificielle des membranes
voir aussi Rupture des membranes
méthode, I-19
- Rupture des membranes
pré-travail, S-153
prévalence du VIH et, I-19
rupture artificielle, I-19
travail eutocique, P-63
- Rupture prématurée des membranes
diagnostic, S-157
prise en charge, S-151, S-153
soins néonataux et, S-166
- Rupture utérine
diagnostic, S-20, S-134, S-148
prise en charge, S-22
réparation, I-109
accouchement par voie basse après, S-103
césarienne après, S-104
cicatrices à l'origine de la, S-103
déclenchement artificiel du travail et risque de, I-20
dystocie des épaules et, S-94
forceps, I-37
- ocytocine, administration et risque de, I-21
pré-rupture, S-104
risque pour les grossesses ultérieures, I-113
symphysiotomie pour éviter, I-59
- Saignement
voir aussi Hémorragies ;
Coagulopathie
diagnostic du
après l'accouchement, S-30
en début de grossesse, S-7
en fin de grossesse, S-19, S-20
pendant le travail, S-19, S-20
prise en charge générale
après l'accouchement, S-28
en début de grossesse, S-7
en fin de grossesse, S-19
pendant le travail, S-19
aorte, compression de, S-33
après l'accouchement, S-27
avant l'accouchement, S-7, S-19
césarienne, maîtrise pendant, I-52
choc, cause de, S-4
estimation des pertes, S-27
léger ou abondant, S-8
tamponnement utérin, S-33
utérus, compression bimanuelle de, S-32
- Saignement vaginal
voir Saignement
- Salpingectomie ou salpingostomie
méthode, I-125, I-127
planification familiale après, conseil, I-127
risques pour les grossesses ultérieures, I-128
- Sang et produits sanguins
voir aussi Transfusion

- principes généraux**, P-27
- choc septique, P-33, P-34
- coagulopathie, prise en charge, S-22
- dépistage des agents infectieux, P-29
- prescription, P-31
- prévention des infections, P-29
- tests de compatibilité, P-29
- transfusion
 - de plasma, P-28
 - de sang total ou de globules rouges, P-28
- utilisation abusive, P-27

- Santé et souffrance fœtales
 - disparition des mouvements, S-147
 - méconium, S-106
 - mort fœtale, S-148
 - présentation ou position dystociques, S-77
 - rythme cardiaque
 - administration de sédatifs et, S-147
 - hématome rétroplacentaire et, S-20
 - inaudible, S-147
 - rupture artificielle des membranes et, I-19
 - souffrance fœtale et, S-105
 - travail
 - eutocique et, P-63
 - prolongé et, S-65
 - version par manœuvre externe, exigences en matière de surveillance, I-17

- SIDA
 - voir* Prévention des infections

- Soins du post-partum
 - césarienne, soins post-opératoires, I-54
 - dépression, P-14
 - engorgement mammaire, S-124
 - fièvre, S-119
 - hémorragie, S-27
 - infection mammaire, S-126
 - psychose, P-15
 - saignement, S-28
 - symphysiotomie, soins après, I-62

- Soins post-opératoires
 - fièvre, P-61
 - fonctionnement gastro-intestinal, P-59
 - plaie, P-60
 - premiers, P-59
 - retrait des sutures, P-62
 - saignement interne, surveillance pour, P-59
 - traitement de la douleur et guérison, P-52
 - vessie, P-61

- Solutions colloïdales
 - liquides de remplissage vasculaire, utilisation comme, P-36

- Solutions de dextrose
 - acétone dans l'urine, P-78
 - liquides d'entretien, utilisés comme, P-37
 - de remplissage vasculaire, utilisés comme, P-36
 - voie sous-cutanée, risques liés à l'administration par, P-38

- Solutions glucosées
 - liquides de remplissage vasculaire, utilisés comme, P-36

Sonde de Foley
déclenchement artificiel du
travail, I-27

Soutien affectif
principes généraux, P-7
prise en charge de la douleur et,
P-50, P-56
travail, anxiété pendant le, P-64

Stimulation de l'activité utérine
voir Déclenchement artificiel du
travail et stimulation des
contractions utérines

Surveillance du travail et de
l'accouchement
voir Surveillance à l'aide du
partogramme

Suture
abdomen, I-52
choix des fils, P-58
incision utérine, I-51
retrait, P-62

Symphysiotomie
méthode, I-59
anesthésies possibles, P-52
complications, I-62
extraction par ventouse
obstétricale et, I-32, I-59
présentation du front, contre-
indication de, S-86
risques, I-59
rupture utérine, risque de, I-60
soins post-symphysiotomie, I-62

Syphilis
congénitale, S-157
prise en charge chez le
nouveau-né, S-167

mort fœtale *in utero*, S-148
néonatale, prise en charge, S-167

Techniques de communication
principes généraux, P-6
travail et accouchement, P-63

Tension artérielle
voir aussi Hypertension
choc et tension artérielle basse,
S-1
diastolique, prise de, S-40
protéinurie, prééclampsie et, S-41,
S-42

Tétanos
diagnostic, S-43
prise en charge, S-56, S-57

Thrombose
voir Thrombose veineuse
profonde

Thrombose veineuse profonde,
S-121

Tocolyse et tocolytiques
conditions d'emploi, S-137
menace d'avortement et, S-11
précautions d'emploi, S-138

Toux
diagnostic de la, S-142

Traitement liquidien d'entretien,
P-37

Transfert, P-87

Transfusion
voir aussi Sang et produits
sanguins
principes généraux, P-30

- autotransfusion, P-30, S-16
- coagulopathie, prise en charge, S-22
- de plasma
- coagulopathie et, S-22
- risques infectieux, P-28
- utilisation des liquides de remplissage vasculaire, P-35
- réactions
 - bronchospasme, P-33
 - choc anaphylactique, P-33
 - surveillance des, P-32
- remplissage vasculaire, alternatives, P-35
- risques infectieux, P-28, P-29
- surveillance, P-32
- taux d'hémoglobine et, P-31

- Traumatisme
 - choc, prise en charge, S-4 à S-6

- Travail et accouchement
 - voir aussi* Travail prolongé ;
 - Présentation et positions dystociques
 - diagnostic**, P-65
 - prise en charge générale**, P-63
 - acétone dans l'urine, P-78
 - affection maternelle pendant, P-78
 - césarienne antérieure
 - accouchement par voie basse après, S-103
 - administration d'ocytocine après, I-23
 - col
 - dilatation, P-66
 - effacement, P-66
 - cordon ombilical, vérification pendant l'accouchement, P-79
 - déclenchement artificiel du travail, I-19
 - déroulement défavorable, S-65
 - descente, évaluation de la, P-67, P-73
 - éclampsie, prescription pour l'accouchement, S-52
 - efforts expulsifs, S-75
 - épaule, dégagement de l', P-79, P-80
 - expulsion du bouchon muqueux, S-19
 - grossesse multiple, S-99
 - insuffisance cardiaque pendant, S-144
 - partogramme
 - évaluation à l'aide du, P-71
 - modèles de, P-76, S-67, S-69, S-71
 - phases du, P-66
 - placenta, P-80
 - prævia, règles pour l'accouchement, S-26
 - positions
 - pour l'accouchement, P-78
 - pour le travail, P-65
 - pouls, pendant, P-63
 - présentation et position, P-68
 - prise en charge active, troisième stade, P-80
 - progression, évaluation de la, P-70
 - saignement pendant, S-19
 - soins néonataux, premiers, P-83
 - stades du, P-66, P-77
 - stimulation de l'activité utérine, I-27
 - tension artérielle pendant, P-78
 - tête, dégagement de la , P-79
 - troisième stade, P-66, P-80

- Travail et accouchement prématurés
 - voir* Travail prématuré

- Travail prématuré
 - diagnostic**, S-134
 - prise en charge**, S-136

- nouveau-né
 - infection bactérienne, S-163
 - maladie des membranes
 - hyalines S-163
 - poids faible à la naissance, S-164, S-166
 - prématuré, soins, S-164, S-166
 - rupture des membranes
 - prématurée, S-153
- Travail prolongé
 - voir aussi* Déclenchement artificiel du travail et stimulation des contractions utérines
 - diagnostic**, S-65
 - prise en charge**
 - phase
 - active, S-73
 - de latence, S-72
 - d'expulsion, S-75
 - disproportion céphalo-pelvienne, S-73
 - dynamique utérine, anomalie, S-74
 - dystocie mécanique, S-74
 - partogramme, exemple, S-67, S-69, S-71
- Troubles de la coagulation
 - voir* Coagulopathie
- Tuberculose
 - pneumonie et, S-145
- Typhoïde
 - diagnostic**, S-111, S-122
- Urètre
 - protection pendant les interventions chirurgicales, I-112, I-115, I-119
- Uri ne
 - diurèse faible
 - choc et, S-1
 - paludisme et, S-62
 - sulfate de magnésium, administration et, S-49
 - protéinurie et prééclampsie, S-42 à S-44
 - test
 - infection des voies urinaires, S-112
 - protéinurie, S-41
- Utérus
 - voir aussi* Atonie utérine ; Inversion utérine ; Rupture utérine
 - anomalie de la dynamique utérine et travail prolongé, S-75
 - appendicite et utérus gravide, S-133
 - aspiration manuelle intra-utérine, I-73
 - césarienne, fermeture, I-51, I-52
 - cicatriciel et accouchement par voie basse, S-103
 - compression bimanuelle, S-32
 - dilatation et curetage, I-69
 - ligature des artères, I-115
 - massage après délivrance, P-82
 - surdistendu, S-97
 - diagnostic**, S-97
 - gros enfants, S-98
 - grossesse multiple, S-99
 - hydramnios, S-98
 - tamponnement utérin, S-33
- Vaccinations
 - antitétanique, S-57
- Vaginite
 - diagnostic**, S-152

sonde de Foley, risques liés à
l'utilisation de, I-27

Ventilation

nouveau-né, S-158, S-159

Ventouse obstétricale

voir Extraction par ventouse
obstétricale

Version par manœuvre externe

méthode, I-17

rythme cardiaque fœtal et, I-17

Vessie

sonde urinaire, P-54

infection, S-111

réfection des lésions, I-111

soins post-opératoires, P-61

VIH

voir Prévention des infections

rupture des membranes et risque
de transmission périnatale, I-19

Vision

voir Vision floue

Vision floue

diagnostic de la, S-42, S-43

Vomissements

anesthésie, administration de, et,
P-52

choc, prise en charge, S-2

diagnostic de, S-8, S-43, S-110,
S-120, S-121, S-130