

L'accouchement inopiné en pré hospitalier

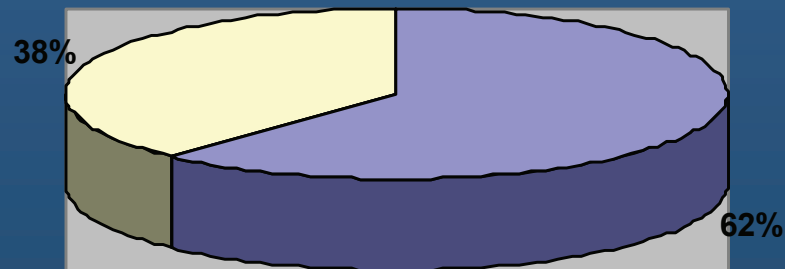
CMUFC 09 janvier 2008

m. Cristiano, s. Darçot, r. Dellis, c.
Peugeot- Mortier, s. Robby, e de V.

- Votre statut
- Stage en maternité durant l'internat
- Accouchements réalisés durant l'internat
- Autres formations sur l'accouchement
- Réalisation d'une épisiotomie durant ces formations
- Nombre d'accouchements durant la carrière médicale
- Nombre d'accouchements ces 12 derniers mois
- Réalisation ou non d'une épisiotomie durant ces accouchements
- Ressenti face à un accouchement

Stage en maternité durant l'internat

- En bleu : OUI

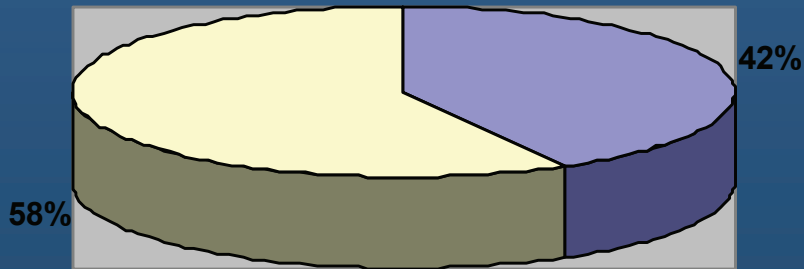


- En beige : NON

Accouchement durant le stage en maternité

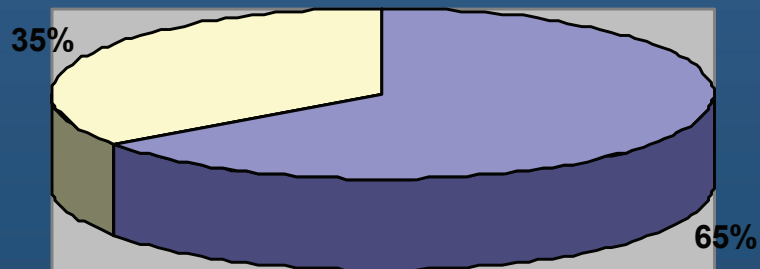
- Bleu : OUI

- Beige : NON



Autres formations : FMC ou CAMU

- Bleu : OUI

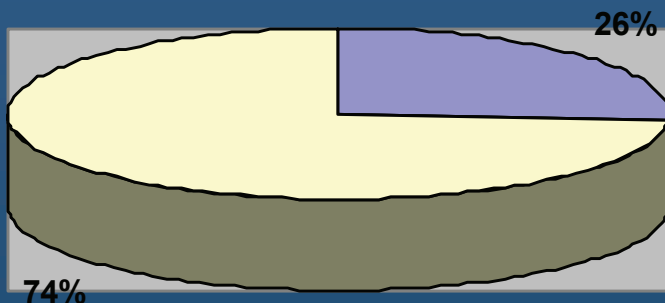


- Beige : NON

Réalisation d'une épisiotomie durant la CAMU ou FMC

- Bleu : OUI

- Beige : NON



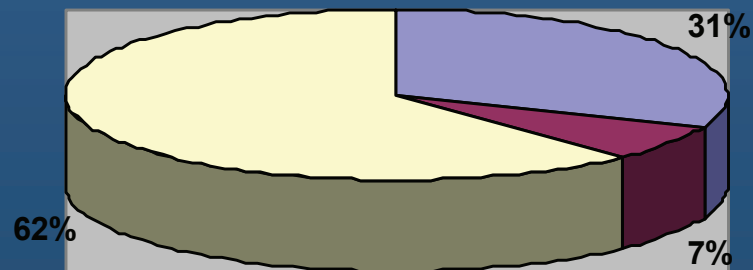
Nombre d'accouchement durant la carrière médicale

- 9 médecins ont réalisé plus de 10 accouchements
- 17 médecins ont réalisé moins de 10 accouchements

Nombre d'accouchement durant les 12 derniers mois

- En moyenne, il y a 1 accouchement par an et par médecin

Réalisation d'une épisiotomie durant ces accouchements



- Bleu : OUI
- Beige : NON
- Rouge : ?

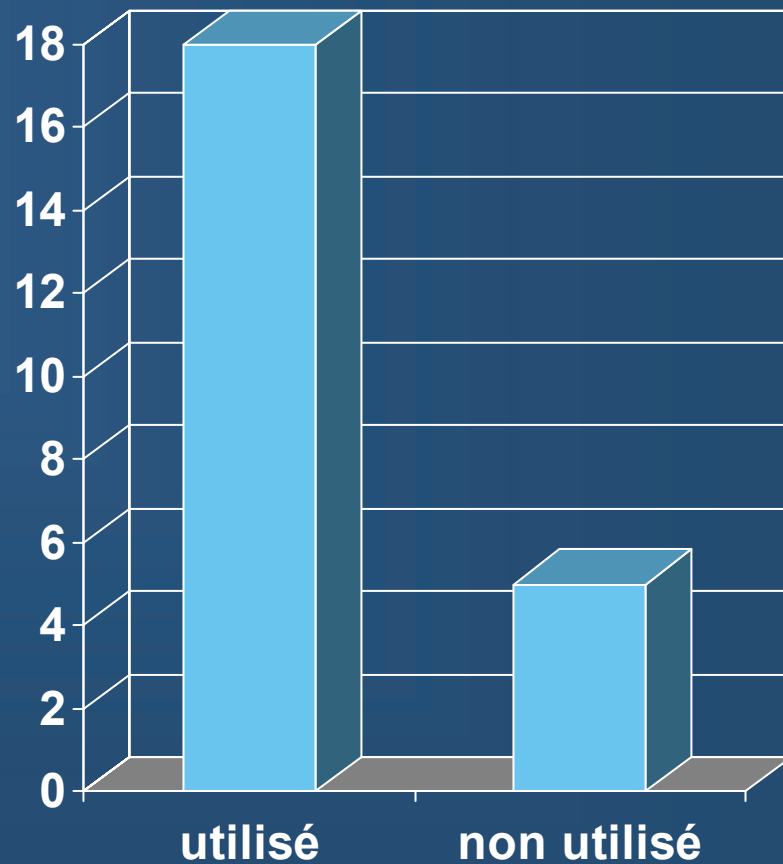
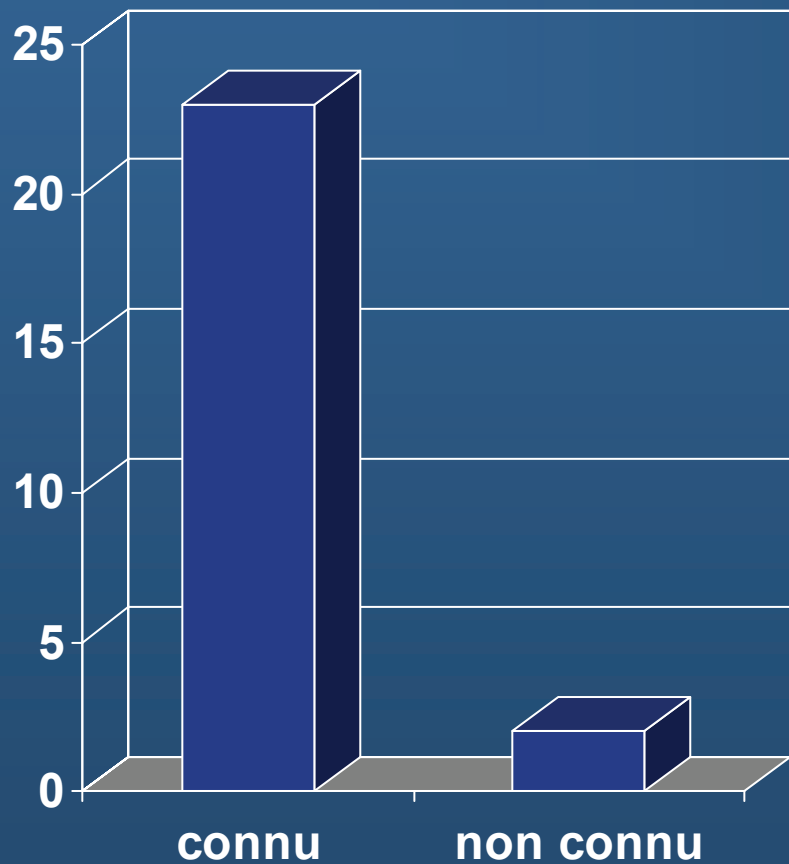
Êtes-vous à l'aise face à un accouchement

- 1 seul est à l'aise
- 8 moins à l'aise
- 15 plutôt mal à l'aise
- 1 très très mal à l'aise
- 1 pas de réponses

Scores, décision, déroulement

Stéphanie Darçot

Score de Malinas



Score de Malinas :

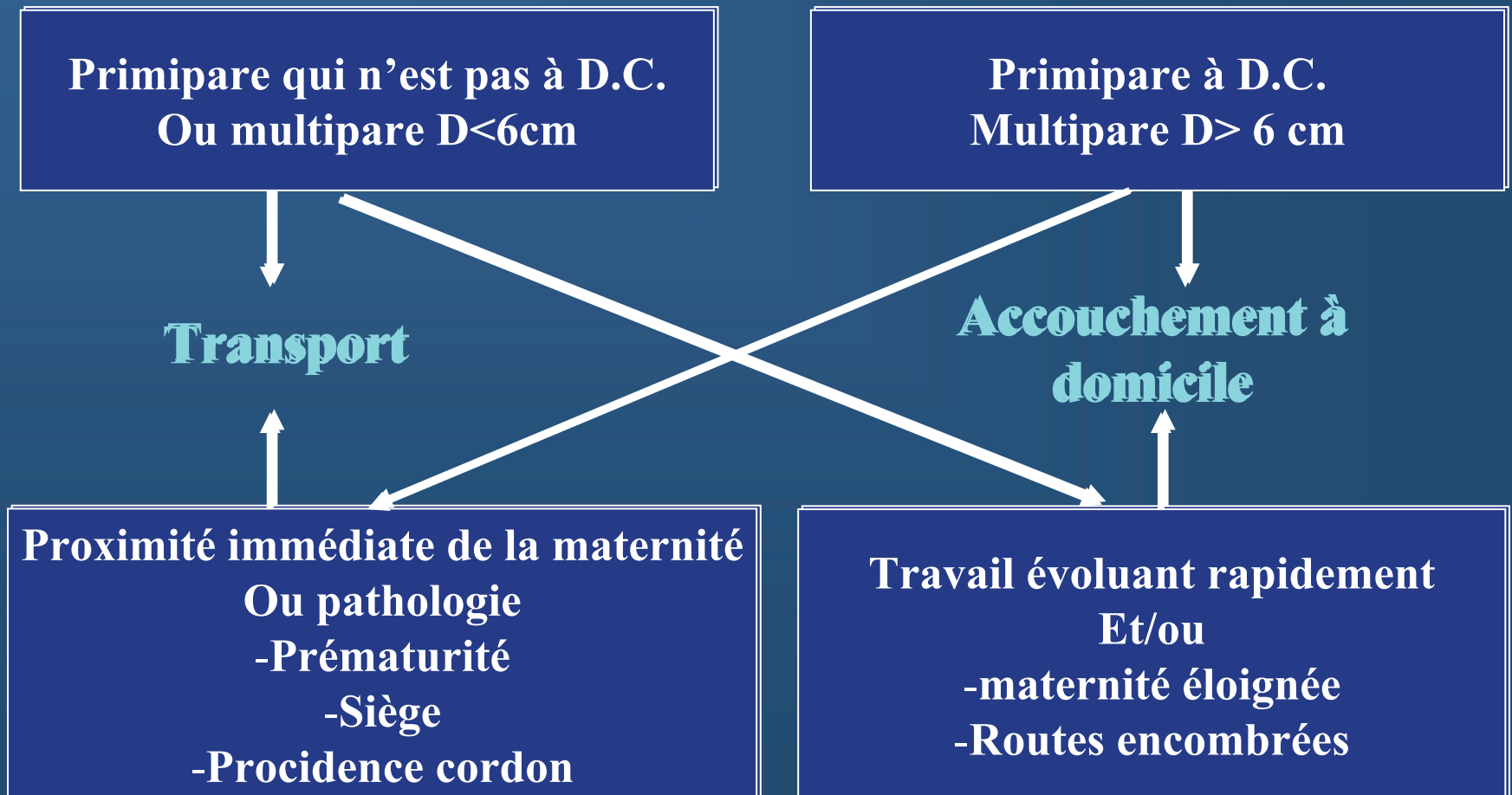
si le score est inférieur à 5,
la patiente peut être transportée à la maternité

cotation	0	1	2
parité	I	II	III et plus
Durée du travail	< 3h	3 à 5 h	> 5h
Durée des contractions	< 1 min	1 min	> 1 min
Intervalle entre les contractions	< 3 min	3 à 5 min	> 5 min
Perte des eaux	non	récente	1 h

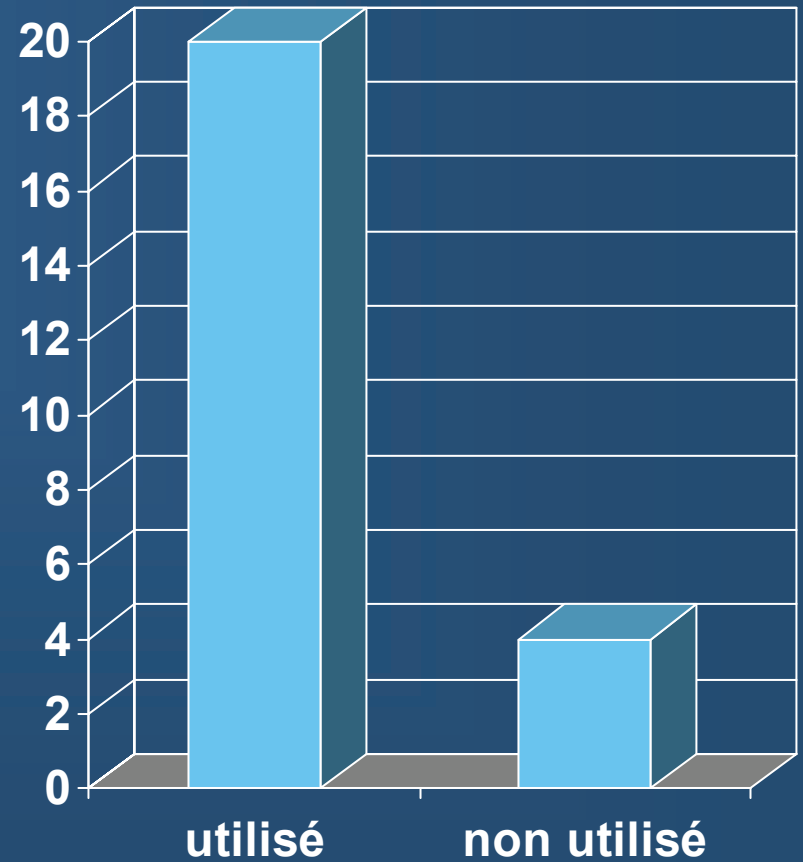
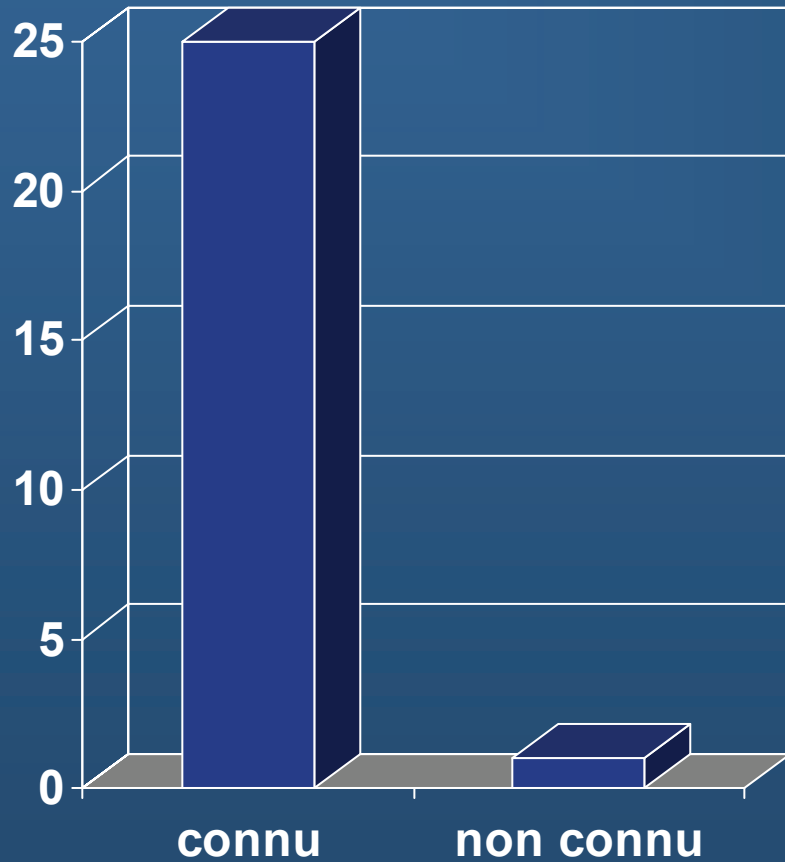
Score de Malinas B

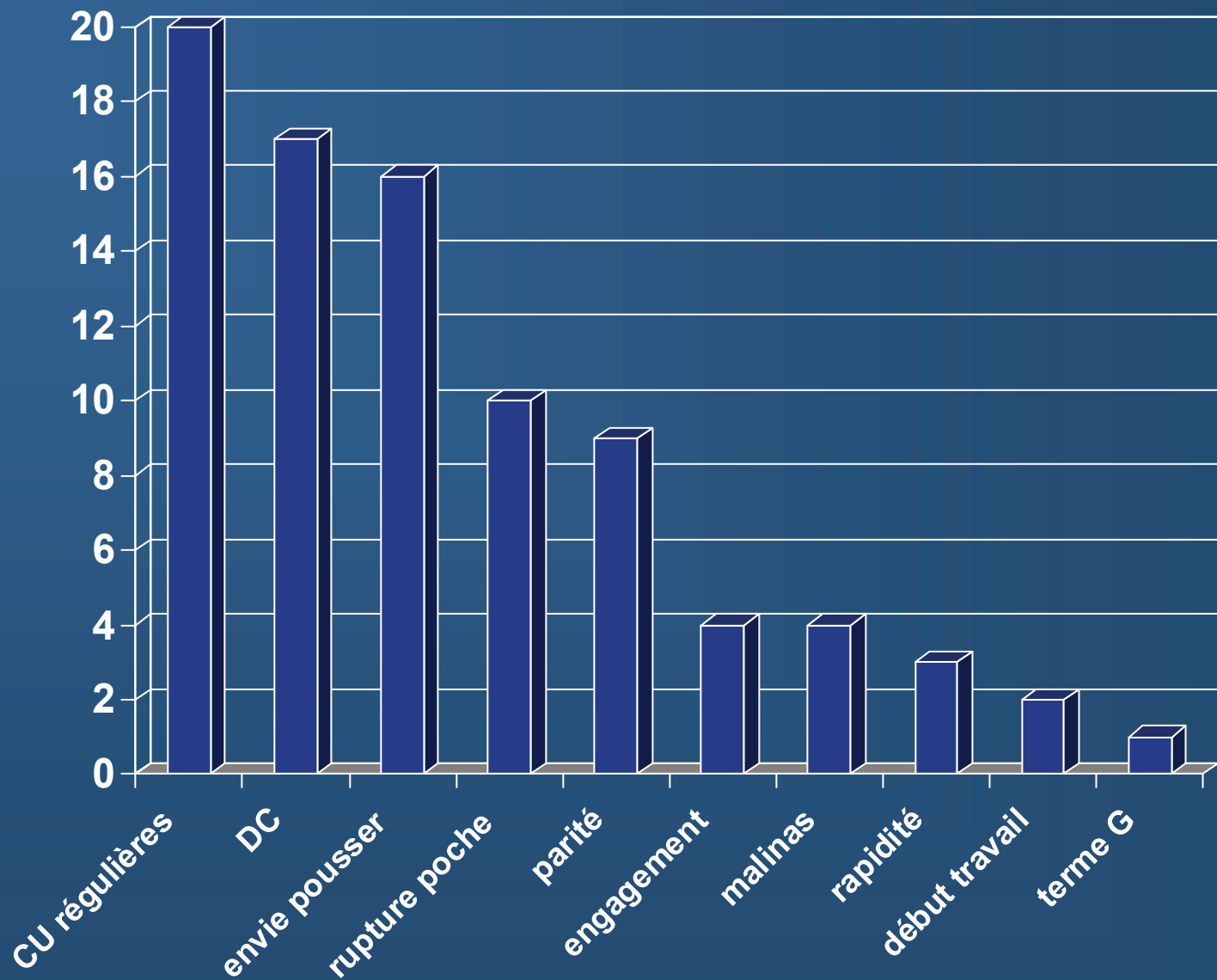
de	I pare	II pare	Multipare
5 cm... à D.C.	4 h	3 h	1h30
7 cm... à D.C.	2 h	1 h	30 min
9 cm... à D.C.	1 h	30 min	qques min
Dilatation complète	accouchement	sur	place

Transport ou accouchement sur place?



Score d'Apgar





Pathologie, situation à risque, nouveau né

Rachel Dellis

Indications de césariennes: réponses des urgentistes

- Placenta praevia, HRP
- Procidence du cordon
- ATCD de césariennes
- Dystocie, transverse
- Souffrance foetale
- éclampsie
- Poussée d'herpes génital
- Sièges, grossesse gémellaire
- diabète, HTA, infection ou fièvre, HIV

Principaux risques chez la mère: réponses des urgentistes

- Hémorragie de la délivrance
- Infection
- Déchirure périnéale
- Rupture utérine
- éclampsie

Principaux risques chez l'enfant: réponses des urgentistes

- Souffrance fœtale aiguë, circulaire du cordon
- Détresse respiratoire:
 - Inhalation de liquide méconial ou non
 - Pré maturité, MMH
- dystocie des épaules, siège
- Hypothermie
- Infection
- Hypoglycémie
- Anémie, polyglobulie

Situations pouvant nécessiter une césarienne en urgence

- Abstention de TV devant toute métrorragie: transfert vers centre le plus proche pour écho (HRP, placenta praevia, hémorragie de Benckiser)
- Procidence du cordon
- Présentation dystocique (transverse): penser au dossier de suivi de grossesse avec échographies
- Éclampsie: oedème, oligo-anurie, HTA, convulsions, protéinurie

Autres situations à risque

- Siège, décès de l'enfant si ventre en l'air (tenter la manœuvre de Champetier de Ribbes)
- Rétention tête dernière sur col rétracté: essayer 2 bouffées de natispray®
- Présence de LA vert: souffrance foétale
- Prématurité < 37 SA
- Hémorragie de la délivrance: DA-RU après crush-induction

Prise en charge de l'enfant: quel que soit son état à la naissance

- S'assurer de la qualité et de l'efficacité des mouvements respiratoires
- Score d'Apgar à 1, 3 et 5 minutes
- 5 risques majeurs:
 - Échanges sanguins foetoplacentaires
 - Détresse respiratoire
 - Hypothermie: séchage, bonnet, pas de sèche cheveux
 - Hypoglycémie (mesure après 30 min de vie)
 - Dextro $< 2,2 \text{ mmol/l}$: per os G10% = 0,2 à 0,4g/kg
 - $< 0,6$: IV: 2 à 3 ml/kg de G10% puis PSE = 0,3 à 0,5g/kg/h
 - Infection: prise de t° , rifampicine: 1 goutte/oeil

Score d'Apgar

	0	1	2
Aspect	blanc	bleu	rose
Pouls	aucun	<100 lent ou irrégulier	>100 régulier
Grimaces à la stimulation	nulle	grimaces	vives
Activité	nulle	Flexion des extrémités	Mvts actifs
Respiration	nulle	cri faible	vigoureux

Apgar ≥ 7 , l'enfant va bien

- Séchage par tamponnement
- Désobstruction simple des voies aériennes: sonde d'aspiration 6 ou 9, vérifier la perméabilité des choanes et œsophage, éviter le test à la seringue: bradycardie
- L'enfant est placé sur le ventre de sa mère puis enveloppé dans couverture de survie

Apgar entre 4 et 7

- Dyspnée ou peu réactif
- Le séchage permet des stimulations tactiles tout en le réchauffant
- le positionnement de la tête dégagant les VAS facilite la ventilation spontanée
- La désobstruction nasopharyngée est essentielle
- Si LA clair: ballon autoremplisseur avec le minimum d'O₂ nécessaire
- Pose de vvp, surfactant si < 28 SA
- Si hypotonie, bradycardie ou absence de ventilation: poursuivre la réanimation

Apgar < 3

- Pratiquer les gestes précédents sauf si liquide méconial (ou hernie diaphragmatique): intubation immédiate
- Ventilation de 40/min
- Si intubation, préférer voie nasale
- Repère à la narine: 7+1cm/kg de poids
- Si FC < 60/min malgré ventilation: MCE
- Rythme 120/min
- Adrénaline voie intratrachéale: 30 μ /kg
- Pose de KT ombilical, ...

Recommandations

- Certificat de naissance: obligation légale, daté , signé, sur papier à en-tête, coordonnées du SMUR, nom du médecin, identité de la mère, date, heure, commune de naissance, sexe et prénom de l'enfant, préciser:
 - Né vivant ou né sans vie
 - Viable ou non viable (fonction du terme et du poids)
- Enfant décédé, si né vivant après 22 SA et/ou pesant plus de 500g et rapidement décédé: faire certif de naissance suivi de décès

LES MATERNITES EN FRANCHE-COMTE

CMUFC - 9 janvier 2007 - C.Peugeot-
Mortier

Rappel: les niveaux de maternité

- Maternité de niveau 1
 - Unité d'obstétrique:
 - Préparation à la naissance
 - accueil des femmes enceintes
 - dépistage et orientation des grossesses à risque
 - surveillance de la grossesse
 - surveillance du travail
 - accouchements à bas risque
 - surveillance de l'accouchement.
 - Soins néo-nataux (GENUP 1 et 2):
 - Surveillance des premiers jours de vie des nouveaux nés à terme, eutrophiques et bien portants à la naissance
 - Réchauffement, surveillance glycémique, alimentation orale avec possibilités d'ajouts, alimentation à la tasse, gavages transitoires, perfusion de courte durée, photothérapie, médicaments par voie orale ou en intra-musculaire à heures fixes

- Maternité de niveau 2

- Niveau 2A

- Unité d'obstétrique: idem niveau 1 + grossesses à risques nécessitant une prise en charge spécifique.
 - Soins néo-nataux en unité de néo-natalogie sans unité de soins intensifs (GENUP 3):
 - idem niveau 2 +
 - perfusion, gavages prolongés continus ou discontinus, surveillance hémodynamique et respiratoire, oxygénothérapie à faible concentration (< 40%), mise en condition en cas d'aggravation

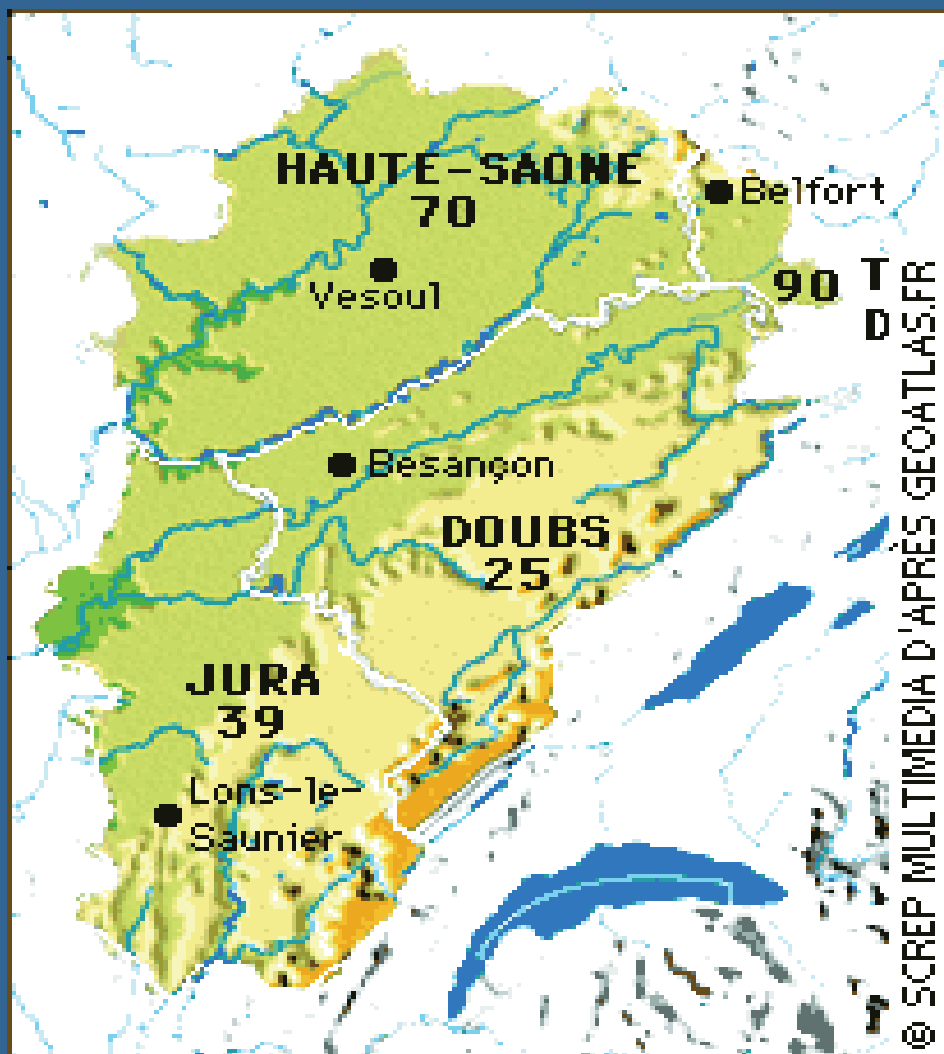
- Niveau 2B

- Unité d'obstétrique: idem niveau 2A
- Soins néo-nataux en unité de néo-natalogie avec unité de soins intensifs: (GENUP 4)
 - idem niveau 2A +
 - alimentation parentérale par cathéter central, toutes oxygénothérapies en ventilation spontanée, surveillance hémodynamique continue, drainage thoracique sans ventilation, moyens complets de mettre en condition en cas d'aggravation

- **Maternité de niveau 3**

- Unité d'obstétrique: idem niveau 2 + prise en charge spécifique des grossesses à haut risque et de celles nécessitant une réanimation néonatale ou une chirurgie néonatale
- Soins néo-nataux en unité de néonatalogie avec soins intensifs et réanimation néonatale (GENUP 5):
 - idem niveau 2A et B +
 - ventilation artificielle, soins continus et surveillance du nouveau-né intubé

En Franche-Comté



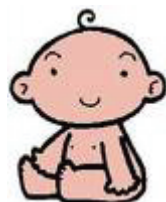
14258 accouchements
en 2004

14877 accouchements
en 2006

- Les derniers chiffres de l'ORS:
 - Indice de fécondité = 1.95 (2003-2004) / 5^{ème} rang des régions françaises
 - 1 décès maternel/an en moyenne
 - Âge moyen maternel = 28.8 ans (F=29.5)
 - Densité en SF = 149 / 100000 femmes en âge de procréer (1^{ère} région française / F=118)
 - Environ 20 SF formées par an

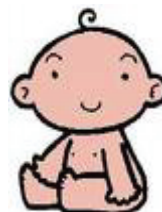
CHU

niveau 3
(2200/an)

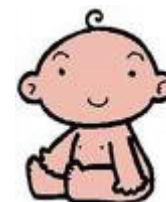


CH
niveau 1

(1500/an)

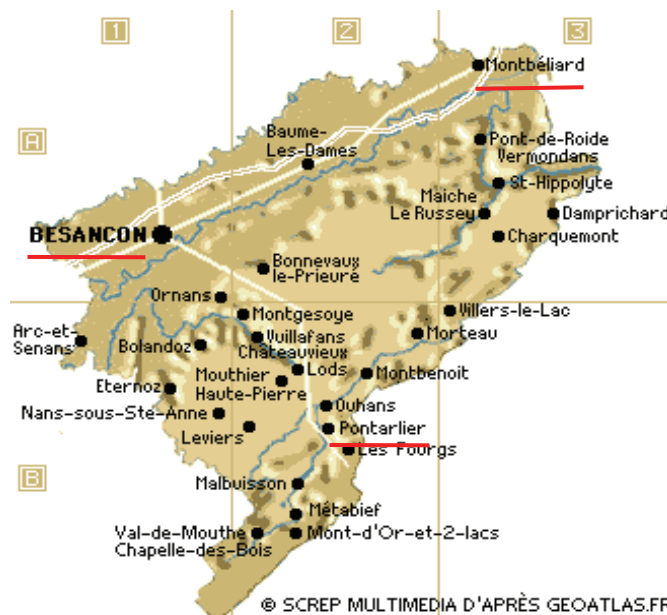
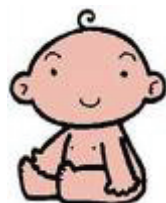


P.Jura
niveau 1
(800/an)



PFC

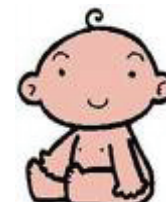
niveau 2A
(2400/an)



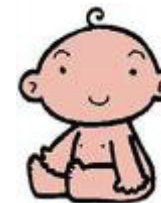
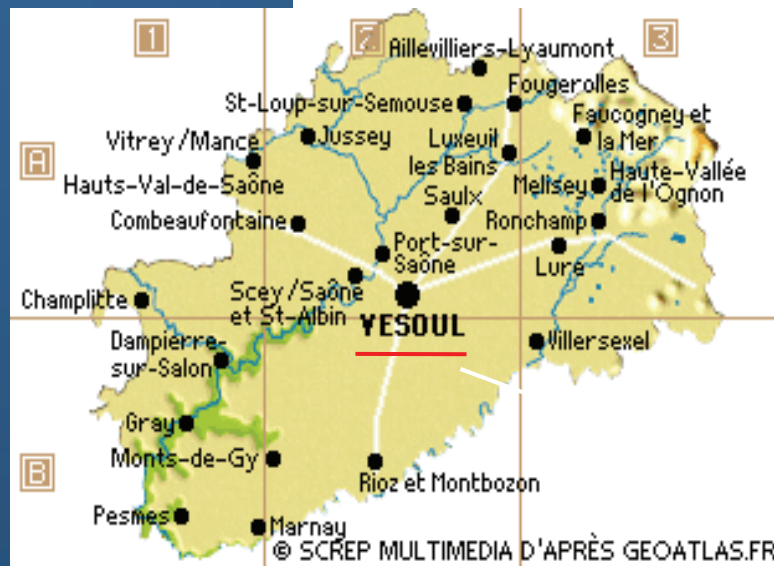
CH

niveau 2A

(1000/an)

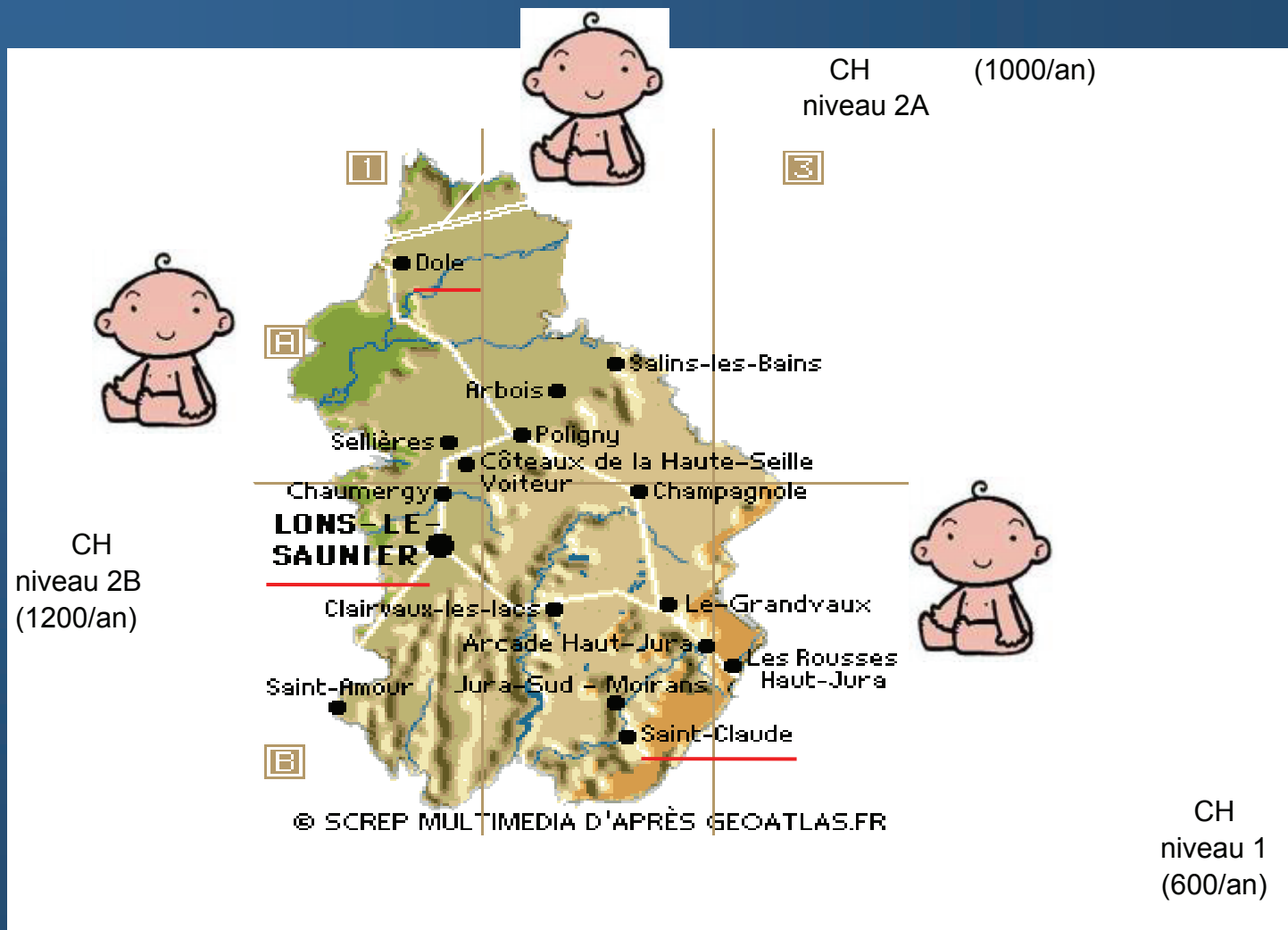


Doubs (8065 acc en 2004)

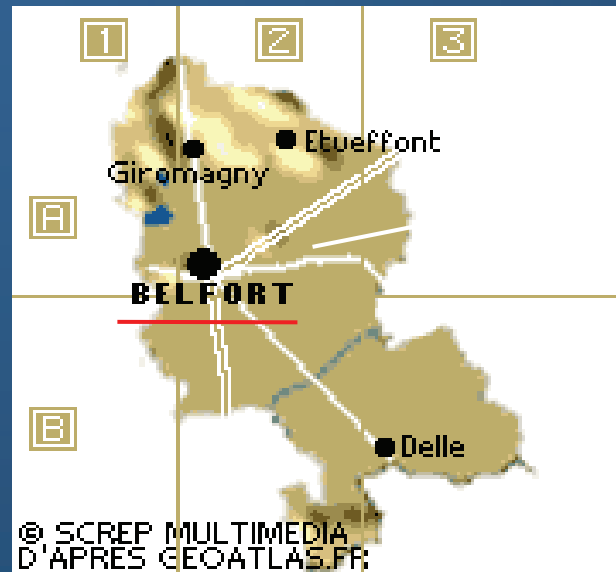


CH
niveau
2A

Haute-Saône (1324 acc en 2004)



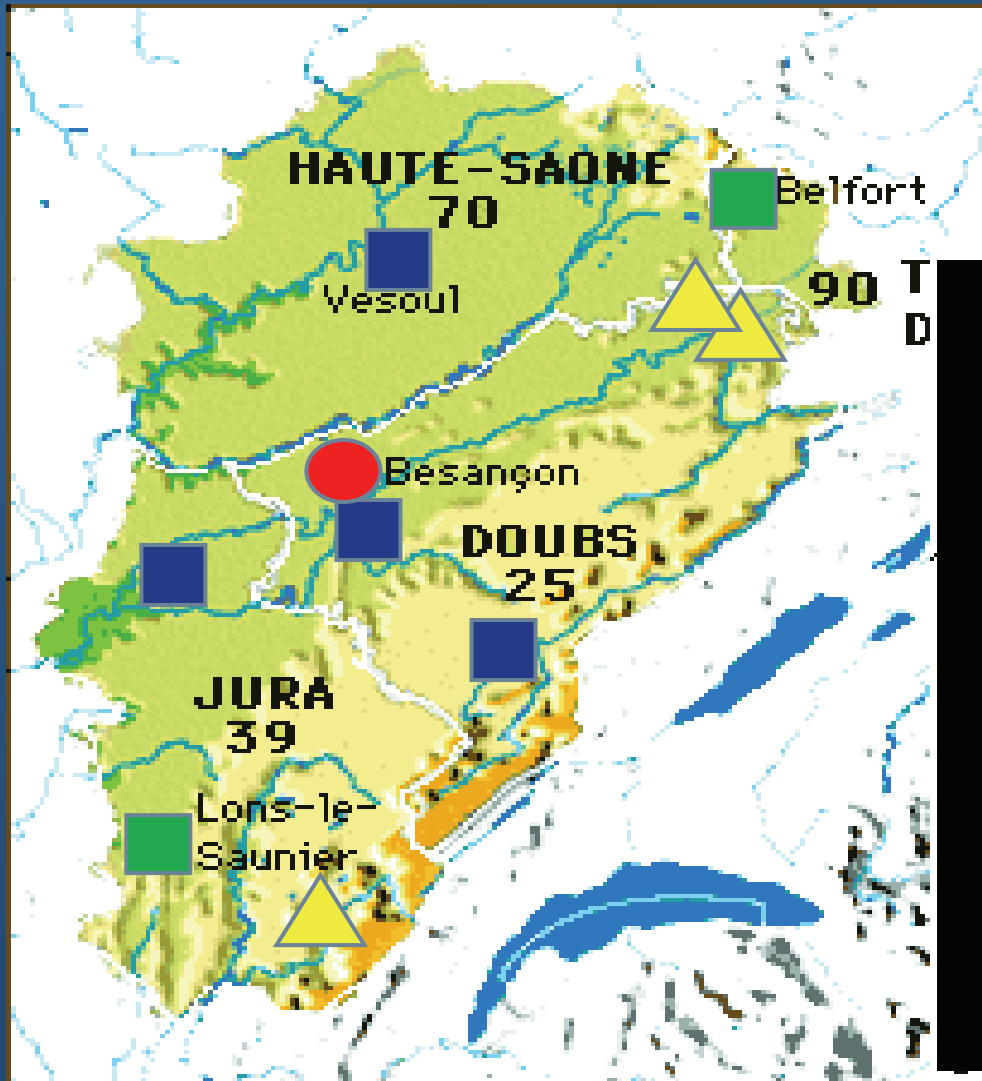
Jura (2777 acc en 2004)



CH
niveau 2B

Territoire de Belfort (2092 acc en 2004)

En résumé



Conclusion

- 10 maternités identifiées en FC
- Tout service d'urgence peut constituer une maternité de fortune ↔ « niveau 0 »
- L'accouchement extra-hospitalier est à éviter au maximum ↔ « niveau -1 »

PACK ACCOUCHEMENT

Sylvie Robby

Matériel pour l'accouchement

- Champs stériles (4)
- Habillement stérile : calot, masque, gants, casaque
- Sonde urinaire ou évacuatrice
- Ciseaux à épisiotomie
- Housse de Mayo
- Perforateur amniotique stérile
- Pincès Kocher (2)
- Ciseaux
- Plateaux (pour le placenta)

Matériel pour l'enfant

- Draps stérile
- Bonnet
- Stéthoscope pédiatrique

Questions ouvertes

estelle de Villepoix.

- **Demande de formation continu** : stage pratique, TP sur mannequin...
- **Matériel** : doppler foetal , Quelle place en smur ?
- **Transfert in utero** : protocole d'accord avec les mat.? recommandations pratiques?
- **Délivrance dirigée en smur** : systématique ou contre indiquée ?
- **Délivrance artificielle en pré hospitalier** : mythe ou réalité ?

Merci de votre attention

