

Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique

GUIDE DU PRESTATAIRE

Deuxième édition (2010)



BUREAU RÉGIONAL DE L'

Organisation
mondiale de la Santé
Afrique



Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique

GUIDE DU PRESTATAIRE

Deuxième édition (2010)

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS/AFRO

Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique : guide du prestataire

1. Complications de la grossesse – Prévention et contrôle
2. Hémorragie de la délivrance – Prévention et contrôle – Soins infirmiers
3. Dystocie – Prévention et contrôle – Soins infirmiers
4. Soins nouveau-né en chambre mère – Organisation et administration
5. Soins intensifs nouveau-né – Organisation et administration
6. Hypertension de la grossesse
7. Soins infirmiers en obstétrique – Méthodes
8. Soins première urgence – Méthodes
9. Guides de bonnes pratiques cliniques
10. Afrique

ISBN : 978 929 031 1133

(NLM Classification : WQ 39)

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2010)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès du Service de la Littérature sanitaire et de la Bibliothèque, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : afrobooks@afro.who.int.). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

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 a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

Imprimé en République de Maurice

Contributeurs*

Dr Agbodjan-Prince Olga, Pédiatre, OMS, Ouagadougou
Pr Akpadza François Koffi, Professeur de gynécologie et d'obstétrique, Togo
Pr Alihonou Eusèbe, Professeur de gynécologie et d'obstétrique, Bénin
Pr Anongba Simplicie, Professeur de gynécologie et d'obstétrique, Côte d'Ivoire
Dr Azandégbé Nestor, Gynécologue obstétricien, OMS, Brazzaville
Pr Baeta Simely, Professeur de gynécologie et d'obstétrique, Togo
Pr Boni Ehouman Serge, Professeur de gynécologie et d'obstétrique, Côte d'Ivoire
Pr Brouh Yapo, Professeur d'anesthésie et de réanimation, Côte d'Ivoire
Dr Bucagu Maurice, Gynécologue obstétricien, OMS, Genève
Pr Cellou Baldé, Professeur de Pédiatrie et de néonatalogie, Guinée
Pr Chobli Martin, Professeur d'anesthésie et de réanimation, Bénin
Pr Dao Blami, Professeur de gynécologie et d'obstétrique, Burkina Faso
Pr Diarra Yé, Professeur de Pédiatrie et de néonatalogie, Burkina Faso
Mme Dicko Fatoumata, Sage-femme, Mali
Pr Diouf Alassane, Professeur de gynécologie et d'obstétrique, Sénégal
Pr Dolo Amadou, Professeur de gynécologie et d'obstétrique, Mali
Mme Fall Marième, Sage-femme, Sénégal
Pr Houénou AgboYveline, Professeur de Pédiatrie et de néonatalogie, Côte d'Ivoire
Pr Hyjazi Yolande, Professeur de gynécologie et d'obstétrique, Guinée
Pr Idi Nafiou, Professeur de gynécologie et d'obstétrique, Niger
Pr Kéita Namory, Professeur de gynécologie et d'obstétrique, Guinée
Pr Lankoandé Jean, Professeur de gynécologie et d'obstétrique, Burkina Faso
Pr Léké Robert, Professeur de gynécologie et d'obstétrique, Cameroun
Dr Mamadou Abdoulaye Roubanatou, Pédiatre, Niger
Dr Mboudou Emile Télesphore, Médecin de santé publique, Cameroun
Pr Méyé Jean François, Professeur de gynécologie et d'obstétrique, Gabon
Pr Moreau Jean Charles, Professeur de gynécologie et d'obstétrique, Sénégal
Dr Ndioubnane Mactar Dah, Gynécologue obstétricien, Mauritanie
Pr Perrin René, Professeur de gynécologie et d'obstétrique, Bénin
Dr Prual Alain, Médecin de santé publique, UNFPA, Dakar
Pr Sépou Abdoulaye, Professeur de gynécologie et d'obstétrique, Centrafrique
Mme Somda Cécile, Sage-femme, Burkina Faso
Pr Wellfens-Ekra Christiane, Professeur de gynécologie et d'obstétrique, Côte d'Ivoire
Mme Zerbo Aoua, Sage-femme, Burkina Faso

* Par ordre alphabétique

Coordination

Dr Azandégbé Nestor

Dr Ketsela Tigest

Nous remercions tout particulièrement :

- la Coopération française qui a, en partie, financé l'élaboration de ce manuel ;
- l'Institut national de la Statistique et de la Recherche médicale (INSERM, France) ;
- les associations professionnelles [la Société africaine de Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO), l'Union des Sociétés et Associations africaines de Pédiatrie (UNAPSA), l'Association des Pédiatres d'Afrique Noire francophone (APANF), la Société des Anesthésistes réanimateurs d'Afrique Noire francophone (SARANF) et la Fédération des Associations de Sages-femmes d'Afrique centrale et occidentale (FASFACO)] pour leurs contributions remarquables; et
- tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué de diverses manières à la réalisation de ce manuel et dont les noms n'ont pas été cités.

Nous comptons sur le soutien de tous pour la dissémination des RPC.

Table des matières

Remerciements	5
Avant-propos	7
Abréviations	9
Chapitre I : Les complications du 1 ^{er} trimestre de la grossesse	11
Chapitre II : Hypertension artérielle et grossesse	27
Chapitre III : Les hémorragies obstétricales	45
Chapitre IV : Les dystocies	67
Chapitre V : Les affections fébriles pendant la grossesse et le post-partum	81
Chapitre VI : Prise en charge du nouveau-né	95
Fiches techniques sur les soins obstétricaux d'urgence	117
N°1 Le choc	117
N°2 Recommandations pour le traitement des crises d'éclampsie	122
N°3 Organisation de la référence	125
N°4 Réalisation de la transfusion sanguine	128
N°5 Aspiration manuelle intra-utérine (AMIU)	135
N°6 Curage de l'utérus	138
N°7 Curetage utérin	140
N°8 Délivrance artificielle/révision utérine	142
N°9 Ventouse	145
N°10 Gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA)	147

AVANT-PROPOS

L'Afrique sub-saharienne a la mortalité maternelle la plus élevée au monde. Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) réalisées en 2005, le ratio de mortalité maternelle s'élève à 900 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

En réponse à cette forte mortalité, l'OMS et ses partenaires dans le domaine de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale ont élaboré la Feuille de route pour accélérer l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en rapport avec la santé maternelle et néonatale. L'un des objectifs de cette Feuille de route est d'assurer une assistance qualifiée à l'accouchement, dont la réalisation passe par le renforcement des compétences des prestataires de soins aux mères et aux nouveau-nés.

C'est dans ce cadre que l'OMS, la Société africaine de Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) ont entrepris d'élaborer des Recommandations pour la pratique clinique (RPC) des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), à l'usage des prestataires, en vue d'améliorer leur pratique quotidienne de l'obstétrique et de la néonatalogie.

Les thèmes traités ont été identifiés à travers une analyse des données collectées dans 18 maternités réparties dans différents pays d'Afrique centrale et occidentale. Ils regroupent les principales causes de décès maternels et néonataux en Afrique sub-saharienne. Les normes et les protocoles qui y sont développés découlent fondamentalement de ceux

décrits et recommandés par l'OMS dans le document intitulé « Prise en Charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin », et tiennent compte des réalités du terrain.

Les RPC visent à améliorer les compétences du personnel des structures sanitaires par la mise à disposition de recommandations adaptées aux conditions locales, à aider les prestataires de services à apporter une réponse mieux adaptée aux principales causes de mortalité maternelle et néonatale. Elles visent également à aider les autorités sanitaires des pays de la Région, à prendre des mesures en vue de faciliter la prise en charge adéquate des urgences obstétricales et néonatales, à harmoniser les protocoles au sein des pays, et à établir des critères de qualité y relatifs.

Les thèmes abordés dans ce manuel constituent les principales causes de décès maternels ; ce sont : les complications du premier trimestre de grossesse, l'hypertension artérielle et grossesse, les hémorragies obstétricales, les dystocies, les affections fébriles pendant la grossesse et le post-partum. À ces cinq chapitres, s'ajoute un sixième relatif à la prise en charge du nouveau-né. Le plan de présentation de chacun de ces thèmes s'articule autour des points suivants : la définition, la problématique, le diagnostic et la prise en charge thérapeutique. Des ordinogrammes d'appoint aident à une prise de décision guidée et rapide devant les cas d'urgence les plus couramment rencontrées dans les maternités d'Afrique.

ABRÉVIATIONS

ACT :	Associations et combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine
AG :	Anesthésie générale
AINS :	Anti-inflammatoire non stéroïdien
AMIU :	Aspiration manuelle intra-utérine
amp :	Ampoule
ARV :	Antirétroviral
AZT :	Azidovudine
BDCF :	Bruits du cœur du fœtus
BGR :	Bassin généralement rétréci
CIVD :	Coagulation intra vasculaire disséminée
cm :	centimètre
Cpés :	Comprimés
CPN :	Consultation prénatale
CRP :	Créactive protéine
CU :	Contractions utérines
ECBU :	Examen cytot bactériologique des urines
FC :	Fréquence cardiaque
FIG :	Fosse iliaque gauche
g :	gramme
GEU :	Grossesse extra-utérine
Hb :	Hémoglobine
HCG :	Hormone chorionique gonadotrope
HRP :	Hématome rétroplacentaire
HTA :	Hypertension artérielle
HU :	Hauteur utérine
IM :	Intramusculaire
INSERM :	Institut national de la statistique et de la recherche médicale
IST :	Infections sexuellement transmissibles
IV :	Intraveineux
IVD :	Injection intraveineuse directe
kg :	kilogramme
LCR :	Liquide céphalo-rachidien
MCE :	Massage cardiaque externe
mcg :	microgramme
mg :	milligramme

mm :	millimètre
mmHg :	millimètre de mercure
ml :	millilitre
mn :	minute
mvts :	mouvements
NFS :	Numération formule sanguine
NN :	Nouveau-né
NVP :	Nivaquine
O2 :	Oxygène
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
PDE :	Poche des eaux
PEC :	Prise en charge
PF :	Planification familiale
PFC :	Plasma frais congelé
RCF :	Rythme cardiaque fœtal
RPC :	Recommandations pour la pratique clinique
SA :	Semaine d'aménorrhée
SAGO :	Société africaine de gynécologie et d'obstétrique
SNG :	Sonde naso-gastrique
SOU :	Soins obstétricaux d'urgence
SOUB :	Soins obstétricaux d'urgence de base
SOUC :	Soins obstétricaux d'urgence complets
SONU :	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SONUB :	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC :	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
SP :	Sulfadoxine pyriméthamine
SR :	Santé de la reproduction
SSI :	Sérum salé isotonique
T° :	Température
TA :	Tension artérielle
TC :	Temps de coagulation
TS :	Temps de saignement
TV :	Toucher vaginal
UI :	Unité internationale
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population
VAT :	Vaccin antitétanique
VIH :	Virus de l'Immunodéficience humaine
VMI :	Version par manoeuvres internes

CHAPITRE I - LES COMPLICATIONS DU 1^{er} TRIMESTRE DE LA GROSSESSE

Elles se manifestent par :

- Les algies abdomino-pelviennes du 1^{er} trimestre de la grossesse
- Les saignements au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse

1. ALGIES ABDOMINO-PELVIENNES AU 1^{ER} TRIMESTRE DE LA GROSSESSE

1.1 Définition :

Il s'agit de douleurs siégeant au niveau du pelvis et /ou de l'abdomen qui surviennent dans les 15 premières semaines d'aménorrhée chez une femme enceinte.

1.2 Problématique :

Elles peuvent constituer le signe révélateur d'une complication grave de la grossesse : avortement ou grossesse ectopique (GEU). Leur diagnostic, souvent difficile, et le retard dans leur prise en charge peuvent compromettre la vie ou l'avenir obstétrical de la femme.

1.3 Diagnostic

1.3.1 Diagnostic de la GEU :

Penser à la GEU jusqu'à preuve du contraire devant :

- Aménorrhée ou troubles des règles
- Douleurs abdomino-pelviennes intermittentes
- Saignement vaginal de petite abondance fait de sang noirâtre (pertes sépia) persistant qui peut apparaître avant la date prévue ou après un retard de règles
- Syncope ou lipothymie (parfois)
- Col fermé, utérus légèrement augmenté de volume, mais plus petit que celui de l'âge présumé de la grossesse, légèrement ramolli et souvent latéro-dévié
- Masse latéro-utérine oblongue, sensible ou douloureuse (parfois)

Confirmer le diagnostic par :

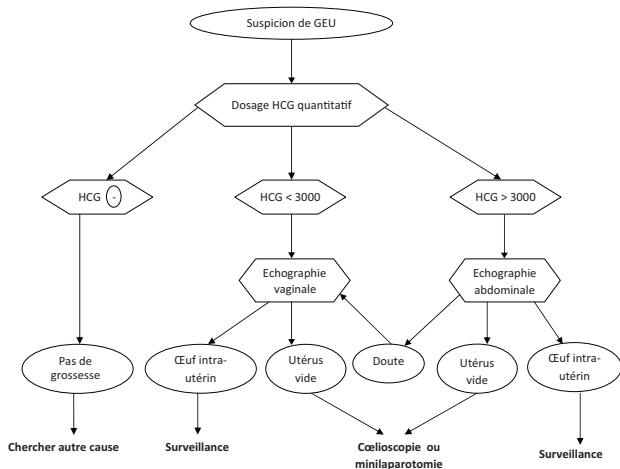
Au niveau structure SOUB :

- Test de grossesse
- Ponction du Douglas / abdominale (si GEU rompue)

Attention !

Référer vers structure SOUC (même en cas de doute)

DIAGNOSTIC DE LA GEU



Source : *Gynécologie pour le praticien*
J. Lansac et Coll

Au niveau de la structure SOUC :

- Échographie pelvienne
- Dosage Beta-HCG
- Ponction du Douglas
- Coelioscopie ou minilaparotomie diagnostique

1.3.2 Diagnostic de l'avortement

Penser à un avortement devant :

- Douleurs abdomino-pelviennes intermittentes, rythmées
- Saignement vaginal fait de sang rouge vif
- Aménorrhée

Identifier le stade évolutif :

■ **Menace d'avortement :**

- Saignement vaginal de petite abondance provenant de la cavité utérine
- Douleurs abdomino-pelviennes intermittentes et rythmées
- Col fermé/peu ou pas modifié
- Utérus augmenté de volume correspondant à l'âge présumé de la grossesse, ramolli
- Test de grossesse positif
- Vitalité embryonnaire à l'échographie pelvienne

■ **Avortement inévitable :**

- Saignement vaginal de moyenne* ou grande abondance provenant de la cavité utérine

* Saignement vaginal de moyenne abondance : saignement plus important que les règles habituelles

- Douleurs abdomino-pelviennes intermittentes et rythmées (de plus en plus rapprochées et d'intensité croissante)
- Col raccourci et ouvert
- Utérus, augmenté de volume correspondant à l'âge présumé de la grossesse, ramolli
- Absence d'expulsion du produit de conception

- **Avortement incomplet**
 - Saignement vaginal de moyenne ou grande abondance provenant de la cavité utérine
 - Douleurs abdomino-pelviennes intermittentes persistantes
 - Col raccourci et ouvert
 - Utérus, augmenté de volume, inférieur à celui correspondant à l'âge présumé de la grossesse, plus ou moins ramolli
 - Expulsion partielle du produit de conception

- **Avortement complet**
 - Saignement vaginal minime/insignifiant provenant de la cavité utérine
 - Douleurs abdomino-pelviennes peu intenses
 - Col fermé
 - Utérus de consistance plus ou moins ferme, augmenté de volume, inférieur à celui correspondant à l'âge présumé de la grossesse
 - Utérus vide à l'échographie

■ **Reconnaître l'avortement molaire**

- Nausées /vomissements exagérés (parfois)
- Douleurs abdomino-pelviennes intermittentes rythmées de plus en plus rapprochées et d'intensité croissante
- Saignements plus importants que les règles habituelles
- Saignement abondant provenant de la cavité utérine
- Expulsion de vésicules
- Col ouvert
- Utérus augmenté de volume, supérieur à celui correspondant à l'âge présumé de la grossesse, plus ramolli que la normale
- Présence possible de kystes ovariens.

Identifier les complications possibles

■ **Avortement septique**

- Douleurs abdomino-pelviennes persistantes
- Saignement persistant, minime ou de moyenne abondance provenant de l'utérus
- Leucorrhées nauséabondes/purulentes
- Fièvre
- Douleur à la décompression rapide de l'abdomen
- Col fermé
- Utérus douloureux à la mobilisation
- Culs de sac sensibles/douloureux.

■ **Lésions traumatiques (vagin/utérus/intestin)**

- Douleurs abdomino-pelviennes
- Nausées/vomissements

- Douleur scapulaire
- Saignement vaginal de petite abondance
- Arrêt des gaz et des matières
- Fièvre
- Douleur à la décompression rapide de l'abdomen
- Défense ou contracture abdominale

Attention !

Référer sans délai vers une structure SOUC

1.3.3 Autres causes de douleurs au cours du premier trimestre de la grossesse :

- Appendicite aiguë
- Torsion de kyste de l'ovaire
- Infection urinaire (cf. page 87)

1.4 Prise en charge thérapeutique

Évaluer rapidement l'état général de la patiente, en particulier les signes vitaux (pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire, température)

- **Rechercher les signes de choc latent ou patent :**
 - Pouls rapide et filant (≥ 110 pls/mn)
 - Tension artérielle basse (TA systolique < 90 mm Hg)
 - Respiration rapide (≥ 30 mvts/mn)

- Pâleurs des conjonctives et des muqueuses
- Sueurs froides
- Refroidissement des extrémités
- État de conscience (anxiété, confusion, inconscience)
- Débit urinaire < 30 ml/h

Attention !

Cf. Fiche technique N°1 page. 117 si état de choc

1.4.1. GEU

Le traitement est chirurgical : **urgence vitale**

Pratiquer immédiatement une laparotomie sans attendre les résultats des examens complémentaires demandés, ni le sang :

- Faire rapidement l'hémostase et une salpingectomie totale de la trompe atteinte
- Vérifier l'état de la trompe controlatérale
- Si hémorragie importante, faire une autotransfusion en utilisant le sang épanché dans l'abdomen à l'aide d'une poche de don de sang traité avec un anticoagulant et en respectant les principes de prévention des infections (le sang doit être frais et non infecté)

Avant d'autoriser la patiente à quitter l'hôpital :

- L'informer sur le pronostic de sa fécondité et lui prodiguer les conseils nécessaires, y compris sur la contraception

- Lui fournir une méthode de contraception si elle le désire
- Corriger l'anémie par l'administration de fer per os (60 mg de sulfate ou de fumarate ferreux par jour) pendant au moins 1 mois
- Programmer une visite de suivi 4 semaines après la sortie pour envisager une hystérosalpingographie de contrôle

1.4.2. Menace d'avortement

En général aucun traitement médical n'est nécessaire.

- En cas de douleurs administrer un antalgique (Paracétamol 1 g à la demande, ne pas dépasser 3 g/24 heures)
- N'administrer ni hormones, ni tocolytiques, ni hémostatiques car ils n'empêcheront pas un avortement
- Conseiller à la patiente d'éviter les efforts physiques et les rapports sexuels
- Si le saignement cesse, adresser la patiente en CPN
- Si le saignement reprend ou est persistant, réévaluer la patiente pour apprécier la vitalité embryonnaire (test de grossesse/échographie)

1.4.3. Avortement inévitable

- Prendre les dispositions nécessaires pour procéder à une évacuation utérine immédiate par curage, AMIU, curetage ou aspiration électrique)
- Assurer la prise en charge de la douleur (Ibuprofène/paracétamol, soutien verbal, anesthésie paracervicale si nécessaire)

- Si l'évacuation immédiate est impossible, administrer 0,2 mg d'ergométrine en IM (à renouveler 15 mn après si nécessaire) ou 400 microgrammes de Misoprostol par voie vaginale (à renouveler au bout de 4h si nécessaire)
- Instaurer une antibiothérapie en cas de risques infectieux (cf. endométrite p. 90)
- Faire le counselling post-avortement : informations sur son état actuel, mesures d'hygiène, fécondité ultérieure et PF
- Fournir une méthode de contraception si la femme le désire
- Identifier le besoin d'autres services de SR (VAT, IST, dépistage cancer du col, infertilité) pour en assurer la prise en charge

1.4.4. Avortement incomplet

- Prendre les dispositions nécessaires pour procéder à une évacuation utérine immédiate (curage, AMIU, curetage ou aspiration électriques)
- Assurer la prise en charge de la douleur (Ibuprofène/Paracétamol, soutien verbal, anesthésie paracervicale si nécessaire)
- Si l'évacuation immédiate est impossible, administrer 0,2 mg d'ergométrine en IM (à renouveler 15 mn après si nécessaire) ou 400 microgrammes de Misoprostol par voie vaginale (à renouveler au bout de 4h si nécessaire)
- Instaurer une antibiothérapie en cas de risques infectieux (cf. endométrite, p. 90)
- Faire le counselling post-avortement : informations sur son état actuel, mesures d'hygiène, fécondité ultérieure, PF

- Fournir une méthode de contraception si la femme le désire
- Identifier le besoin d'autres services de SR (VAT, IST, dépistage cancer du col, infertilité) pour en assurer la prise en charge

1.4.5. Avortement complet

- Observer la patiente et rechercher un saignement éventuel
- Instaurer une antibiothérapie en cas de risques infectieux (cf. endométrite p. 90)
- Faire le counselling post-avortement (informations sur son état actuel, mesures d'hygiène, fécondité ultérieure, PF)
- Fournir une méthode de contraception si la femme le désire
- Identifier le besoin d'autres services de SR (VAT, IST, dépistage cancer du col, infertilité) pour en assurer la prise en charge

1.4.6. Avortement molaire

- Prendre les dispositions nécessaires pour procéder à une évacuation utérine immédiate de préférence par AMIU sous perfusion de 10 UI d'ocytocine dans 500 ml de sérum salé physiologique ou de Ringer lactate (60 gouttes/mn)
- Se munir de 2 à 3 seringues d'AMIU assemblées et prêtes à l'emploi, car il est important d'évacuer rapidement le contenu utérin qui est abondant

- S'assurer de la vacuité utérine par échographie ou à défaut par la surveillance du saignement
- Envisager une nouvelle AMIU si nécessaire
- Fournir une méthode de contraception hormonale pendant au moins un an
- Au niveau structure SOUB : référer
- Au niveau structure SOUC :
 - Assurer le suivi clinique et le suivi biologique par un test urinaire de grossesse/dosage bêta-HCG (si possible) toutes les 8 semaines pendant au moins un an
 - Si le test n'est pas négatif au bout de 8 semaines ou redevient positif moins d'un an après l'avortement, instaurer un traitement spécifique et un suivi adéquat

1.4.7. Avortement septique

- Commencer à administrer les antibiotiques, le plus tôt possible avant de procéder à l'évacuation utérine
- Recommander une triple association d'antibiotiques jusqu'à 48 heures après la disparition de la fièvre :
 - Amoxicilline 1 g IV toutes les 6 heures.
 - Gentamycine 160 mg toutes les 24 heures
 - Métronidazole 500 mg toutes les 8 heures
- Procéder à l'évacuation utérine :
 - immédiatement après le début de l'antibiothérapie si col ouvert

- 24h après le début de l'antibiothérapie si col fermé
- Faire le counselling post-avortement (informations sur son état actuel, mesures d'hygiène, fécondité ultérieure, PF)
- Fournir une méthode de contraception si la femme le désire
- Identifier le besoin d'autres services de SR (VAT, IST, dépistage cancer du col, infertilité) pour en assurer la prise en charge

1.4.8. Lésions traumatiques post-avortement

- Procéder à l'évacuation utérine si nécessaire
- Réparer les lésions selon la voie d'abord appropriée
- Administrer une antibiothérapie (cf. endométrite, p. 90)
- Faire une irrigation vaginale en cas d'utilisation de substances caustiques intra-vaginales
- Faire le counselling post-avortement : informations sur son état actuel, mesures d'hygiène, fécondité ultérieure, PF
- Fournir une méthode de contraception si la femme le désire
- Identifier le besoin d'autres services de SR (VAT, IST, dépistage cancer du col, infertilité) pour en assurer la prise en charge

2. SAIGNEMENTS AU COURS DU 1^{ER} TRIMESTRE DE LA GROSSESSE

2.1 Définition

Il s'agit de pertes sanguines provenant de la cavité utérine survenant chez une femme enceinte dans les 15 premières semaines d'aménorrhée.

2.2 Problématique

Elles peuvent constituer le signe révélateur d'une complication grave de la grossesse : avortement ou grossesse ectopique (GEU). Les complications d'avortement provoqué contribuent à la mortalité maternelle pour 13 %. Elles sont aussi causes d'infertilité lorsque la prise en charge est inadéquate.

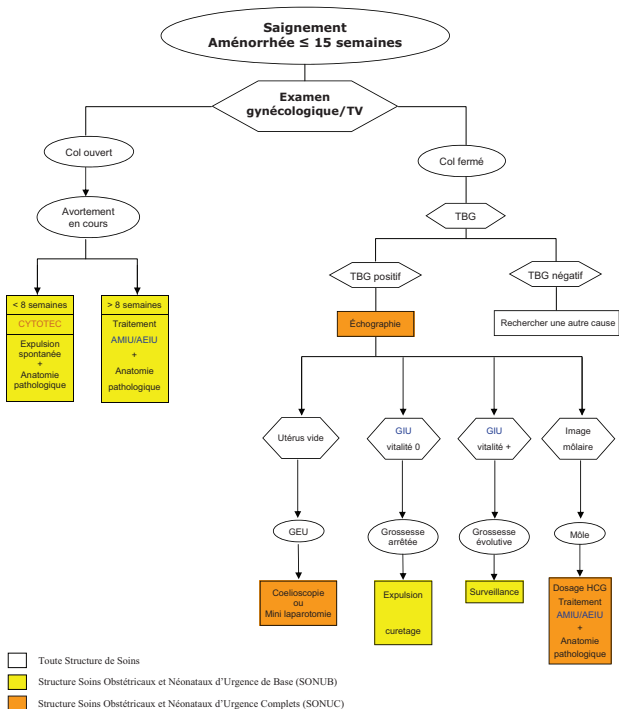
2.3 Diagnostic

Voir diagnostic de la grossesse extra-utérine (GEU) et de l'avortement sur les pages précédentes.

2.4 Prise en charge thérapeutique :

Voir prise en charge thérapeutique de la GEU et de l'avortement sur les pages précédentes.

PRISE EN CHARGE DES HÉMORRAGIES DU 1^{ER} TRIMESTRE DE LA GROSSESSE



Source : Adapté de *Pratique de l'accouchement*
J. Lansac et Coll

CHAPITRE II - HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET GROSSESSE

Attention!

Tension artérielle élevée, céphalées, troubles de la vision, convulsions, coma

=

Signes de gravité

1. Définition

La tension artérielle (TA) élevée au cours de la grossesse est caractérisée par les valeurs tensionnelles ci-après :

TA diastolique ≥ 90 mm Hg
(avec ou sans TA systolique ≥ 140 mm Hg)

Classification

On distingue l'hypertension gravidique et l'hypertension chronique :

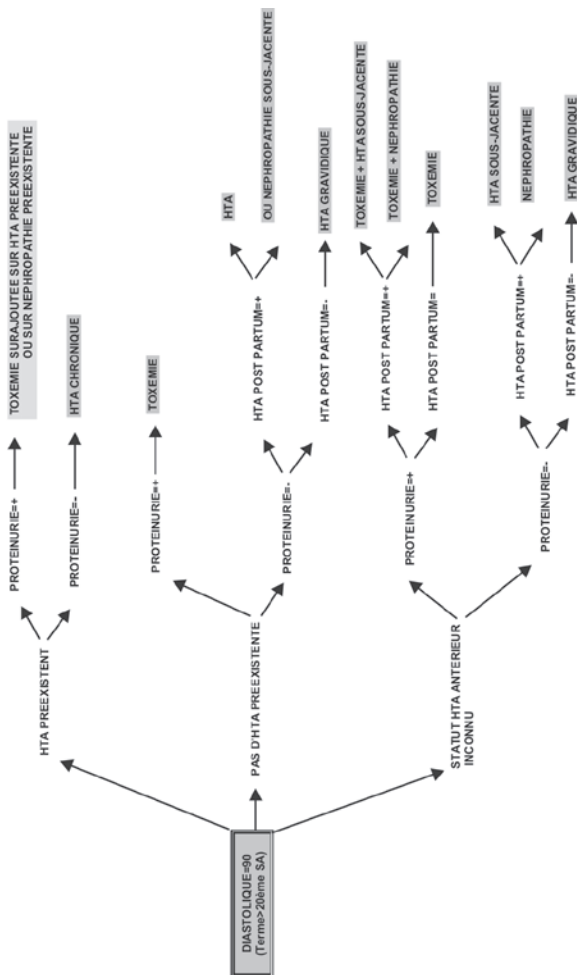
- **l'hypertension gravidique** (liée à la grossesse) : c'est celle qui survient au-delà de 20 semaines d'aménorrhée, pendant le travail et/ou dans les 48 heures qui suivent l'accouchement; elle comprend :
 - L'hypertension sans protéinurie ni œdème ou HTA gestationnelle

- L'hypertension avec protéinurie : c'est la **prééclampsie** qui se subdivise en modérée et sévère et qui peut conduire à l'**éclampsie**.
- **l'hypertension chronique préexistante** à la grossesse ou découverte avant 20 semaines d'aménorrhée. Elle peut se compliquer de protéinurie : **c'est la prééclampsie surajoutée**.

2. Problématique

- L'association HTA et grossesse confère à celle-ci un caractère grave.
- L'hypertension est présente chez au moins 10 % des femmes enceintes en Afrique sub-saharienne.
- Dans ses formes sévères, elle peut conduire au décès maternel ou fœtal.
- Sa complication la plus sévère, l'éclampsie, est la 3^{ème} cause de décès maternel.
- Les céphalées, les troubles de la vision, les convulsions et le coma sont des signes d'aggravation, qui apparaissent généralement au stade de prééclampsie sévère et éclampsie et à ce titre constituent une urgence.

ALGORITHME DE DIAGNOSTIC DE L'HYPERTENSION PENDANT LA GROSSESSE (Classification OMS)



3. Diagnostic

Attention !

Mesure de la tension artérielle :

- Mesurer la TA chez une gestante au repos depuis 10 mn, en position assise, légèrement penchée en avant
- le bras gauche entièrement dénudé sans contention vestimentaire en amont, le coude à hauteur du coeur et reposant sur un support
- Tensiomètre à mercure correctement étalonné, adapté à la taille du bras
- la TA diastolique doit être mesurée à l'endroit où disparaît le pouls radial/huméral. (Elle a une plus grande valeur pronostique chez la femme enceinte).

La TA diastolique doit être systématiquement mesurée, notée et contrôlée régulièrement

- Tension artérielle élevée ou hypertension :
TA diastolique ≥ 90 mm Hg à deux reprises à 4 heures d'intervalle.

3.1. Diagnostic positif

- **Hypertension gestationnelle sans protéinurie ni œdèmes :**

TA diastolique ≥ 90 mm Hg à deux reprises à 4 heures d'intervalle, après 20 semaines d'aménorrhée.

■ **Prééclampsie modérée :**

- TA diastolique ≥ 90 mm Hg et < 110 mm Hg à deux reprises à 4 heures d'intervalle, après 20 semaines d'aménorrhée
- Protéinurie allant jusqu'à $2 +$ ($\geq 0,30$ g/ 24 h)
- Œdèmes membres inférieurs (inconstants)

■ **Prééclampsie sévère :**

- TA diastolique ≥ 110 mm Hg (avec ou sans TA systolique > 160 mm de Hg) à deux reprises à 4 heures d'intervalle, après 20 semaines d'aménorrhée
- Oligurie (diurèse < 400 ml en 24 h)
- Protéinurie $\geq 3 +$ (≥ 3 g/24 h)

Attention !

Les signes suivants de prééclampsie sévère sont fréquemment prémonitoires d'une éclampsie :

- Céphalées (en casque, de fréquence croissante, rebelles aux analgésiques classiques)
- Troubles de la vision
- Douleur épigastrique ou de l'hypochondre droit
- Œdèmes des membres inférieurs (inconstants)

■ **Éclampsie :**

- Crises convulsives tonico-cloniques survenant dans un contexte de prééclampsie
- Coma post-critique

Accident parfois révélateur de l'HTA gravidique.

■ **Autres complications de l'hypertension artérielle gravidique**

- Hématome rétro-placentaire (cf p. 51)
- Œdème pulmonaire
- Insuffisance rénale
- Hémorragie cérébrale
- HELLP syndrome (cf. p. 42)

3.2. Diagnostic différentiel

Devant des convulsions, éliminer :

- épilepsie : convulsions antérieures, tension artérielle normale
- paludisme grave/cérébral : fièvre, frissons, céphalées, anémie, ictère, coma
- méningite : céphalées, nuque raide, fièvre, photophobie
- tétanos : trismus, spasmes du visage, du cou et du tronc, dos arqué, ventre de bois

Devant des céphalées et/ou des troubles de la vision, éliminer :

- paludisme simple : fièvre, frissons, douleurs musculaires, douleurs articulaires, goutte épaissée positive,
- migraine : vomissements
- méningite

4. Prise en charge thérapeutique

4.1. Chez une patiente inconsciente ou dans un état convulsif

- **Mobiliser d'urgence toute l'équipe médicale :**
 - Mettre en position latérale de sécurité pour éviter l'inhalation de sécrétions, de liquide gastrique ou de sang
 - Assurer la liberté des voies aériennes supérieures et éviter la morsure de la langue (canule de Guédel)
 - Prendre un abord veineux + sérum salé ou Ringer lactate
 - Arrêter la convulsion : démarrer le protocole sulfate de magnésium ou
 - Diazépam 10 mg en IV lente (cf. Fiche technique N°2 p. 122)
 - Oxygène au masque (6 litres/minute)
 - Aspiration des sécrétions au niveau de la bouche et du nez
 - Sonde vésicale à demeure
- **Évaluer rapidement l'état général de la patiente, les signes vitaux (pouls, TA, respiration, température, raideur de nuque, mesure de la protéinurie).**

Si la patiente ne respire pas ou « gaspe » :

- Vérifier que les voies aériennes sont bien dégagées et intuber si nécessaire ou utiliser un masque facial

- Ventiler à l'aide d'un ballon insufflateur autogonflable (4 à 6 litres d'oxygène par minute)
- Mettre en place une sonde nasogastrique
- Responsabiliser un membre de l'équipe pour surveiller et noter les paramètres suivants : TA, pouls, température, diurèse, état de conscience (fiche de surveillance)
- Interroger les parents pour reconstituer l'histoire de la maladie actuelle et les antécédents médicaux.
- Si la cause des convulsions n'est pas encore déterminée, traiter comme une éclampsie jusqu'à preuve du contraire.

4.2. Prééclampsie sévère et éclampsie :

Il faut prendre en charge activement tous les cas de prééclampsie sévère et d'éclampsie de la même manière, en sachant que pour l'éclampsie, l'accouchement doit avoir lieu dans les 12 heures qui suivent le début des crises convulsives et pour la prééclampsie sévère dans les 24 heures qui suivent l'apparition des symptômes.

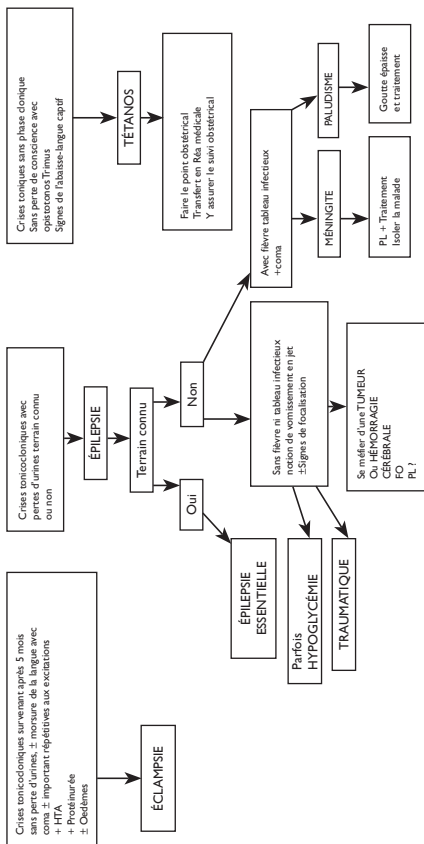
Évacuer l'utérus et extraire le fœtus s'il est viable (césarienne obligatoire si accouchement non imminent).

4.3. Prééclampsie modérée :

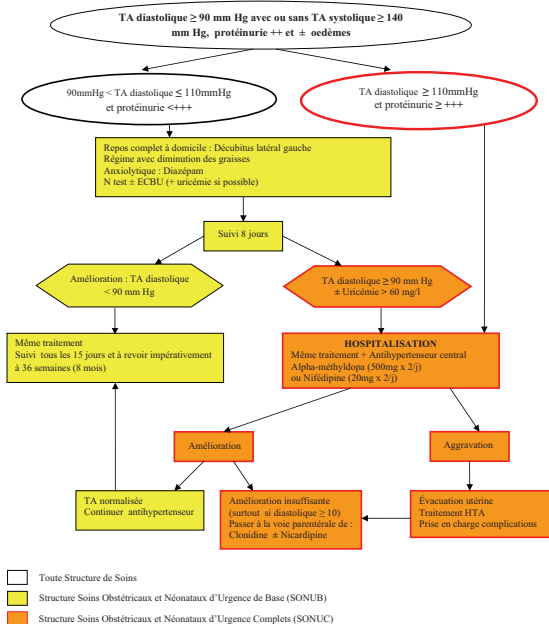
En cas de grossesse de moins de 37 SA :

- si le taux de protéinurie augmente, traiter comme une prééclampsie sévère
- si le taux de protéinurie reste inchangé, suivre la patiente en ambulatoire deux fois par semaine

CRISES CONVULSIVES



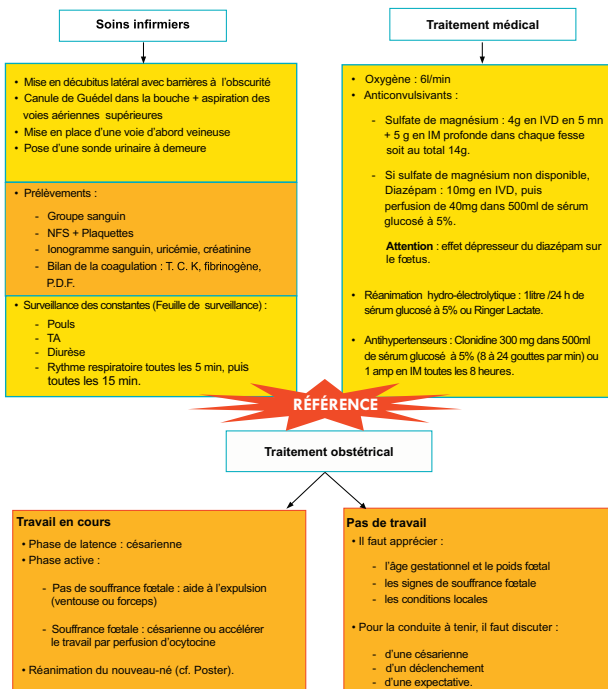
CONDUITE A TENIR EN CAS DE PRÉÉCLAMPSIE



SIGNES DE DANGER :

Céphalées rebelles en casque
 Troubles de la vision
 Douleurs épigastriques ou de l'hypochondre droit
 Crise convulsive (éclampsie)

CONDUITE À TENIR EN CAS D'ÉCLAMPSIE



Structure Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB)

Structure Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complètes (SONUC)

- s'il n'est pas possible de la suivre en ambulatoire, l'hospitaliser
- si la TA diastolique revient à un niveau normal ou reste stable, continuer la surveillance en ambulatoire (deux fois par mois)
- si la TA diastolique reste inchangée, la garder à l'hôpital et renforcer la surveillance (TA, diurèse, HU, mouvements fœtaux, RCF).
- en cas de souffrance fœtale, césarienne.

En cas de grossesse de 37 SA et plus :

Évaluer le score de Bishop :

- si le score est favorable (≥ 7) et que le rythme cardiaque fœtal est normal, déclencher le travail avec de l'ocytocine ou des prostaglandines
- si le score est défavorable et/ou que le rythme cardiaque fœtal est anormal, pratiquer une césarienne.

INDICE PELVIEN POUR LE DÉCLENCHEMENT DU TRAVAIL (D'APRÈS BISHOP)

	0	1	2	3
Longueur du col	4 cm	3 cm	2 cm	1 cm
Dilatation du col	0	1 ou 2 cm	3 ou 4 cm	5 ou 6 cm
Position du col	postérieur	médian	antérieur	
Consistance du col	rigide	souple	mou	
Niveau de la présentation	-3	-2	-1 ou 0	+1 ou +2

4.4. HTA gestationnelle sans protéinurie ni œdème :

- informer la patiente et sa famille des signes de danger indiquant une prééclampsie ou une éclampsie
- surveiller la TA, les urines, et le fœtus une fois par semaine en ambulatoire pendant au moins un mois
- si la TA est élevée et/ou augmente, cf. traitement prééclampsie (Nifédipine ou Alphaméthylodopa)
- s'il y a un retard de croissance in-utéro ou une souffrance fœtale chronique, hospitaliser la patiente et envisager d'interrompre la grossesse
- si la TA reste stable et s'il n'apparaît pas de protéinurie, continuer à surveiller en ambulatoire jusqu'à terme selon le calendrier de CPN en vigueur.

4.5. Prise en charge de l'hypertension artérielle

- si la TA diastolique reste supérieure à 110 mm Hg, administrer les antihypertenseurs selon l'un des protocoles suivants pour la maintenir entre 90 et 100 mm Hg, afin de prévenir les complications de l'HTA (sans descendre en dessous d'une TA diastolique de 90 mm Hg).
 - Nifédipine : 20 mg per os toutes les 12 h

Ou :

- Alphaméthylodopa : 500 mg toutes les 12 h per os à augmenter par palier selon les chiffres tensionnels (≤ 3 g/24 h)
- **Si efficacité limitée, passer à :**
 - Clonidine : 0,300 mg dans 500 ml de sérum salé en perfusion sur 12 h (14 gouttes/mn) avec débit à moduler jusqu'à 28 gouttes/mn en fonction de la réponse (TA)

Ou :

- Nicardipine : 1 mg/h (8 gouttes/mn sans dépasser 24 gouttes/m soit 3 mg/h, pour une dilution de 20 mg dans 500 ml sérum salé) à passer en 12 h

Ou :

- Association Clonidine (0,150 mg) + Nicardipine (10 mg) dans 500 ml de sérum salé à passer en 12h (14 gouttes/mn soit 0,0125 mg/h de Clonidine et 0,8 mg de Nicardipine/h).

Attention !

Éviter l'utilisation simultanée du sulfate de magnésium et de Nicardipine ou Nifédipine à cause du risque accru d'hypotension.

4.6. Surveillance de la mère

- Surveiller la protéinurie et la diurèse
- Si la diurèse est inférieure à 30 ml par heure, arrêter le sulfate de magnésium et donner du Ringer lactate
- Rechercher les signes d'un œdème pulmonaire
- Surveiller les paramètres vitaux maternels, les réflexes rotuliens
- Bilan biologique minimal : créatinémie, uricémie, protéinurie de 24h, transaminases, plaquettes, taux Hb, TS et TC
- Surveillance du bien-être fœtal (RCF, échographie, etc.)

4.7. Prise en charge obstétricale

- Si col favorable (Bishop ≥ 7), fœtus vivant sans signe de souffrance fœtale : déclencher le travail avec de l'ocytocine ou des prostaglandines
- Si col défavorable ou si l'accouchement par voie basse n'est pas prévisible dans les 12h (éclampsie) ou dans les 24h (prééclampsie sévère), pratiquer une césarienne
- Si signes de souffrance fœtale (bradycardie < 120 bts/mn, ou tachycardie > 160 bts/mn), pratiquer une césarienne.

- **Si la césarienne n'est pas possible (anesthésie à haut risque ou impossible) ou si le fœtus est mort ou s'il n'est pas viable :**
 - S'orienter vers un accouchement par voie basse
 - Si le col est défavorable, maturation cervicale à l'aide de Misoprostol ou d'une sonde de Foley, puis déclenchement du travail d'accouchement.

- **Cas justifiant d'une césarienne :**
 - S'assurer du statut de la coagulation et prendre les mesures préventives en conséquence (disponibilité du sang et éventuellement du plasma frais)
 - S'assurer qu'il est possible de pratiquer une anesthésie générale ou une rachianesthésie sans danger (remplissage des vaisseaux par 500 à 1000 ml de soluté avant la rachianesthésie et vasopresseurs disponibles).

Retenir l'anesthésie générale avec intubation comme étant la technique la plus sécuritaire dans le contexte d'une hypertension sévère pendant la grossesse.

4.8. Suivi post-partum

- Poursuivre le traitement anticonvulsivant pendant les 24h qui suivent la dernière convulsion ou l'accouchement (considérer comme point de départ le dernier des deux événements)
- Poursuivre le traitement antihypertenseur tant que la tension diastolique est ≥ 110 mm Hg
- Continuer le remplissage vasculaire au Ringer lactate et au sérum salé pendant au moins 48h
- Surveiller la diurèse (> 30 ml/h).

Référer ou demander avis spécialisé si :

- Oligurie persistante pendant 24h après l'accouchement
- Troubles de la coagulation ou HELLP syndrome
- Coma prolongé (plus de 24h après les convulsions).

4.9. Prise en charge des complications maternelles

■ HELLP syndrome

- Il survient vers la fin du 2^{ème} ou au début du 3^{ème} trimestre et associe hémolyse, élévation des transaminases hépatiques et thrombopénie

- L'apparition d'une douleur épigastrique doit faire craindre un hématome sous-capsulaire du foie qui pourrait se rompre
 - La chute des plaquettes au-dessous de 50 000/mm³ impose l'extraction rapide du fœtus
 - Transfusion de produits sanguins (concentrés érythrocytaires, plasma frais, ou plaquettes)
 - Transfert en réanimation.
- **Œdème aigu du poumon**
- Position demi-assise
 - Oxygénothérapie 3 à 6 litres/mn (ventilation artificielle non invasive)
 - Furosémide amp à 20 mg : 2 à 4 amp en IVD, à renouveler 30 mn après si réponse insuffisante
 - Référer/transférer vers un service spécialisé
- **Insuffisance rénale aiguë**

Surtout chez les prééclamptiques avec HTA antérieure à la grossesse.

- Furosémide amp à 20 mg : 2 à 4 amp en IVD, à renouveler 30 mn après si réponse insuffisante
- Référer/transférer vers un service spécialisé.

CHAPITRE III - LES HÉMORRAGIES OBSTÉTRICALES

Hémorragies pendant le dernier trimestre de la grossesse et l'accouchement

Hémorragies du post-partum immédiat

Hémorragies du post-partum tardif

A. HÉMORRAGIES DU DERNIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

Définition

Ce sont les pertes de sang d'origine génitale qui surviennent chez la femme enceinte, à partir de la 28^{ème} semaine d'aménorrhée et durant l'accouchement.

Problématique

Elles constituent une urgence obstétricale nécessitant une prise en charge immédiate et appropriée.

Elles sont très souvent imprévisibles. Elles restent la première cause de décès maternel.

Les hémorragies du dernier trimestre grossesse et de l'accouchement regroupent :

- placenta praevia
- hématome rétro-placentaire

- rupture utérine
- hémorragie de Benkiser (rare)
- hémorragies du post-partum immédiat :
 - hémorragie de la délivrance
 - hémorragies liées aux lésions des parties molles

1. PLACENTA PRAEVIA

1.1 Définition

Insertion totale ou partielle du placenta sur le segment inférieur de l'utérus avec manifestations hémorragiques.

1.2 Problématique

C'est la cause la plus fréquente d'hémorragie dans le dernier trimestre de la grossesse. Dans ses formes graves, le placenta praevia entraîne des complications chez la mère et le fœtus pouvant aboutir au décès. C'est donc une urgence obstétricale.

1.3 Diagnostic

Pendant la grossesse :

Penser à un placenta praevia devant les signes suivants :

- Hémorragie de survenue inopinée et indolore faite de sang rouge vif, provenant de la cavité utérine, ayant tendance à se répéter, parfois déclenchée par les rapports sexuels ou le toucher vaginal

- Pâleur des conjonctives et des muqueuses
- Signes de choc (parfois)
- Présentation haute, souvent excentrée et anormale
- BDCF présents
- Au TV : sensation de matelas entre la présentation et le segment inférieur
- Examens complémentaires :
 - Faire un groupe sanguin/Rhésus et une NFS
 - Pratiquer une échographie : le placenta est bas inséré (distance entre bord inférieur du placenta et orifice cervical interne < 5 cm)

Pendant l'accouchement

Penser à un placenta praevia devant :

- Hémorragie de survenue inopinée et indolore faite de sang rouge vif, provenant de la cavité utérine, ayant tendance à se répéter, parfois déclenchée par le toucher vaginal
- Pâleur des conjonctives et des muqueuses
- Signes de choc (parfois)
- Présentation haute, souvent excentrée et anormale
- Utérus souple en dehors des contractions du travail
- BDCF présents
- Au TV : sensation de matelas entre la présentation et le segment inférieur
- À l'examen du délivre, petit côté des membranes <10 cm

Examens complémentaires

- Faire un groupe sanguin/Rhésus et une NFS
- Pratiquer un examen échographique si et seulement si échographe disponible en salle de travail.

Attention !

La réalisation de l'échographie ne doit pas retarder la prise en charge.

1.4 Prise en charge thérapeutique

1.4.1. Mesures générales

Prise en charge immédiate (PCI) :

- Prendre une voie veineuse avec un cathéter 16 ou 18 G
- Démarrer un Ringer lactate ou un sérum salé isotonique et adapter le débit à l'état hémodynamique
- Mettre en place une sonde vésicale à demeure (débit urinaire)
- Surveiller, noter et contrôler les signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, température, état de la conscience) toutes les 15 mn.

Attention !

Éviter les TV, sauf en milieu chirurgical (Maternité SONUC)

1.4.2. Mesures obstétricales

Pendant la grossesse

■ Hémorragie abondante

- Si hémorragie continue, pratiquer césarienne sans tenir compte de l'âge gestationnel
- Si arrêt de l'hémorragie, surveiller l'évolution de la grossesse ; en cas de reprise, pratiquer la césarienne

■ Hémorragie minime

- Hospitaliser la patiente et surveiller l'évolution de la grossesse jusqu'à la survenue de l'accouchement
- Corriger l'anémie si nécessaire
- S'assurer de la disponibilité du sang au cas où une transfusion serait nécessaire

Pendant le travail

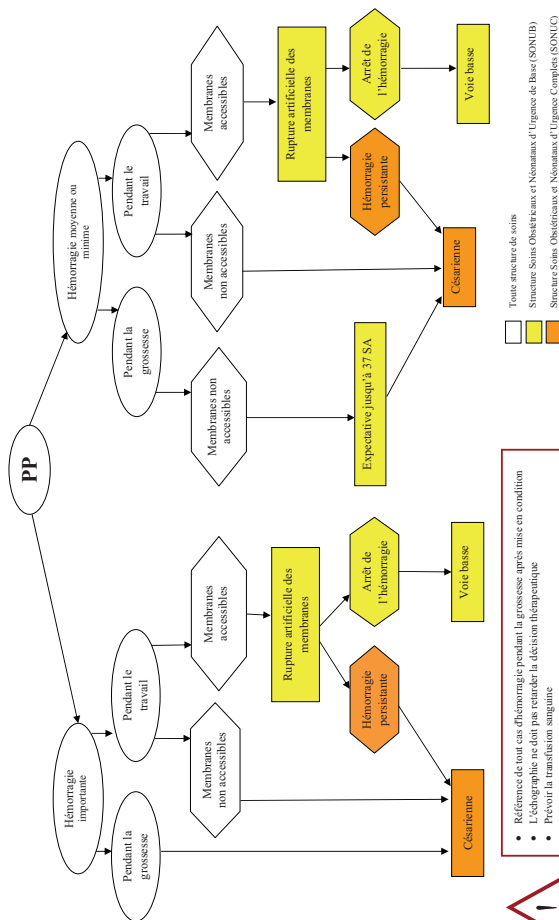
■ Hémorragie abondante

- Si PDE rompue ou membranes non accessibles : pratiquer la césarienne
 - Si PDE accessible : rompre les membranes
 - Si après rupture des membranes, arrêt de l'hémorragie, alors surveiller le travail à l'aide du partographe
 - Si hémorragie persistante, pratiquer la césarienne

■ Hémorragie minime

- Si placenta recouvrant : pratiquer la césarienne
- Si placenta non recouvrant : rompre la PDE

CONDUITE À TENIR DEVANT UN PLACENTA PRAEVIA (PP)



- Référence de tout cas d'hémorragie pendant la grossesse après mise en condition
- L'échographie ne doit pas retarder la décision thérapeutique
- Prévoir la transfusion sanguine

- Si l'hémorragie s'arrête : surveiller l'évolution du travail
- Si l'hémorragie persiste : pratiquer la césarienne.

1.4.3. Autres mesures

- Transfuser si taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl et/ou signes d'intolérance (tachycardie, polypnée, chute tensionnelle et troubles de la conscience)
- Envisager une antibiothérapie
- Prescrire le traitement martial (sulfate ou fumarate ferreux à raison de 120 mg/j pendant au moins un mois)
- Référer le nouveau-né en néonatalogie/pédiatrie.

HÉMATOME RÉTRO-PLACENTAIRE (HRP)

2.1 Définition

C'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré survenant avant la sortie du fœtus.

2.2 Problématique

Il entraîne généralement le décès fœtal et souvent des complications maternelles (état de choc, troubles de la coagulation, et insuffisance rénale) engageant le pronostic vital maternel.

2.3 Diagnostic

Penser à un HRP devant les signes suivants :

- Saignement peu abondant de sang noirâtre associé à une douleur inaugurale violente en coup de poignard
- Pâleur des conjonctives et des muqueuses
- Signes de choc
- Contracture utérine permanente ou utérus de bois
- Contracture du segment inférieur (sébile de bois)
- HU varie d'un examen à un autre (possible augmentation d'un examen à l'autre)
- BDCF altérés, souvent absents
- Présence d'une cupule rétro-placentaire (vérifiable après la délivrance).

CONDUITE À TENIR DEVANT UN HÉMATOME RÉTRO-PLACENTAIRE

Soins infirmiers	Traitement médical	Traitement obstétrical
* Voie veineuse : 1 ou 2 * Prélèvements sanguins : - NFS, plaquettes - fibrinogène - temps de céphaline activée - temps de Quick - produits de dégradation de la fibrine * sonde urinaire * surveillance : - pouls, T.A. tous les quarts d'heure, - diurèse horaire, - volume des hémorragies (peser SVP), - NFS + hémostase toutes les heures. * Feuille de surveillance	* Lutter contre l'hypovolémie : - sang frais ou conservé, - macromolécules en attendant : volume < 1 l. * Lutter contre les troubles de la coagulation : - fibrinogène 3 à 6 g (4g élèvent le fibrinogène de 100mg) - plasma frais congelé, - Iniprol 1 000 000 U i.v. répétées 4 h après - Héparine ??	Évacuer l'utérus * Fœtus vivant : - césarienne ou voie basse si accouchement imminent, forceps * Fœtus mort : - rupture artificielle des membranes, - Syntocinon : 5 à 10 m UI / mn, - révision utérine + examen du col et du vagin, - lavage utérin avec Iniprol : 1 000 000 U dans 1 000 ml de sérum glucosé, - Césarienne si état maternel très sévère ou si échec de la voie basse au bout de 6 heures.

Source : *Pratique de l'accouchement* - J. LANSAC et Coll.

Examen complémentaire

Faire l'échographie si état hémodynamique stable (diagnostic et vitalité fœtal).

Attention !

L'échographie ne doit pas retarder la prise en charge.

2.4 Prise en charge thérapeutique

2.4.1. Mesures générales

- Cf. Placenta praevia (p. 46)
et
- Évaluer la qualité de la coagulation en réalisant un test de la coagulation au lit de la patiente (cf. troubles de la coagulation p. 58)

2.4.2. Mesures obstétricales

- Si fœtus vivant :

Césarienne sauf travail avancé (dilatation complète, engagée)

- Si fœtus mort :

- État hémodynamique instable : stabiliser et pratiquer une césarienne

- État hémodynamique stable :

- Rupture artificielle des membranes
- Péthidine 1 mg/kg IM

- Accouchement dirigé
- Si au bout de 2h pas d'évolution, césarienne

3. RUPTURE UTÉRINE

3.1 Définition

Solution de continuité siégeant au niveau de l'utérus survenant généralement au cours du travail et de l'accouchement.

3.2 Problématique

Il s'agit d'une urgence obstétricale, car elle met en danger d'emblée la vie de la mère et de l'enfant.

Elle résulte généralement d'une surveillance inadéquate du travail d'accouchement, de l'utilisation abusive d'ocytociques ou de la pratique inappropriée de certaines manœuvres obstétricales.

3.3 Diagnostic

Penser à une rupture utérine devant les signes suivants :

- Saignement vaginal provenant de la cavité utérine d'abondance variable au cours du travail et de l'accouchement
- Forte douleur abdominale spontanée, d'apparition brutale, précédant le saignement qui peut diminuer ou disparaître après la rupture
- Forme anormale de l'abdomen
- Abdomen sensible
- Parties fœtales aisément palpables sous la peau de l'abdomen (fœtus hors de la cavité utérine)

- Disparition des mouvements fœtaux et des BDCF
- Absence ou élévation de la présentation
- Pâleur des conjonctives et des muqueuses (anémie)
- État de choc

3.4 Prise en charge thérapeutique

3.4.1 Mesures générales

- Évaluer rapidement l'état général de la patiente, en particulier les signes vitaux (pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire, température)
- Rechercher les signes de choc latents ou patents : pouls $> 120/\text{mn}$, tension différentielle pincée, temps de recoloration cutanée > 3 secondes, pâleur des conjonctives et des muqueuses, extrémités froides, TA systolique $< 80 \text{ mm Hg}$
 - Si état de choc : stabiliser la patiente (cf. Fiche technique n°1 p. 117)
 - Si pas de signe de choc : rétablir le volume sanguin en perfusant du sérum physiologique ou du Ringer lactate avant l'intervention.

3.4.2. Prise en charge

Chirurgicale

- Pratiquer une laparotomie dès que la patiente est stabilisée pour extraire l'enfant et le placenta

- Réparer la lésion utérine si les berges ne sont pas nécrosées.
- Procéder à l'hystérectomie subtotale s'il est impossible de réparer la brèche (nécrose)
- Faire une hystérectomie totale si les lésions s'étendent au col et au vagin
- **Administrer une antibiothérapie :**
 - Amoxicilline 1g toutes les 6 heures en IV associé à 160 mg/j de gentamycine en IM
 - Métronidazole 500 mg en perfusion toutes les 12 heures.

3.4.3. Avant d'autoriser la patiente à quitter l'hôpital :

- L'informer sur le pronostic de sa fécondité et lui prodiguer les conseils nécessaires, y compris sur la contraception
- Lui fournir une méthode de contraception
- Le risque de rupture au cours des grossesses ultérieures étant élevé, il est nécessaire d'aborder la possibilité d'une contraception définitive avec la patiente lorsqu'il s'agit d'une multipare
- Corriger l'anémie par l'administration de fer per os (60 mg de sulfate ou de fumarate ferreux par jour) pendant au moins 1 mois
- Programmer une visite de suivi 4 semaines après la sortie.

4. TROUBLES DE LA COAGULATION

4.1 Définition

Ensemble de perturbations biologiques ayant pour conséquence un saignement fait de sang incoagulable.

4.2 Problématique

C'est la conséquence d'une hémorragie obstétricale persistante. Sa survenue met en jeu la vie de la mère.

4.3 Diagnostic

Penser à un trouble de la coagulation devant la persistance de l'hémorragie obstétricale (sang fluide avec peu ou pas de caillot) malgré les causes retrouvées et traitées.

Faire un diagnostic rapide à l'aide du test de coagulation au lit de la patiente :

- Prélever 2 ml de sang veineux dans un tube à essai en verre propre et sec
- Tenir le tube dans le poing fermé pour le maintenir au chaud
- Si, au bout de 4 mn, un caillot se forme et que tout le sang du tube se coagule permettant de retourner complètement le tube, alors il n'y a pas de trouble de coagulation
- Si, au bout de 7 mn, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement cela évoque une coagulopathie.

Faire des examens de laboratoire :

Hématocrite, hémoglobine, plaquettes, fibrinémie.

4.4 Prise en charge thérapeutique

4.4.1. Mesures générales

- Cf Placenta Praevia (p. 46)
- Évaluer la qualité de la coagulation en réalisant un test de la coagulation au lit de la patiente.

4.4.2. Mesures spécifiques

- Transfusion de sang iso-groupe iso-Rhésus
- Transfusion de plasma frais congelé (15 ml/kg)
- Transfusion de cryoprécipité pour remplacer le fibrinogène
- Transfusion de concentrés plaquettaires si thrombopénie inférieure à 20 000 plaquettes par ml

B. HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM IMMÉDIAT

Attention !

C'est l'urgence des urgences ! Le décès peut survenir dans les 2 heures.

1. Définition

C'est un saignement provenant des voies génitales, de quantité supérieure à 500 ml et/ou ayant un retentissement sur l'état de la mère. Il survient dans les 24 heures suivant l'accouchement. Il s'agit de :

- Hémorragie de la délivrance (atonie utérine, rétention placentaire, troubles de la coagulation, inversion utérine)
- Rupture utérine
- Déchirures cervico-vagino-périnéales
- Hématomes péri-génitaux (thrombus)

2. Problématique

C'est la cause la plus fréquente de décès maternel (25 à 35 %).

3. Diagnostic

Devant un saignement dans la période du post-partum immédiat :

- **Rechercher la cause**

Par l'examen clinique :

- Apprécier la qualité de la rétraction de l'utérus (bien rétracté ou non, mou)

- Faire un examen sous valve pour rechercher des lésions du canal pelvi-génital
 - Vérifier l'intégrité du placenta
 - Apprécier l'aspect du sang
- **Penser à une hémorragie de la délivrance devant :**
- un placenta non expulsé (rétention placentaire complète)
 - Un placenta incomplet (rétention placentaire incomplète)
 - Un utérus non rétracté (atonie utérine)
 - Une inversion visible de l'utérus
 - Un saignement permanent sans cause apparente
- **Penser à une rupture utérine devant :**
- un fond utérin non perçu à la palpation abdominale
- **Penser à des déchirures cervico-vagino-périnéales devant :**
- Des lésions visibles à l'examen sous valve
 - Une volumineuse tuméfaction de siège vulvo-périnéal

4. Prise en charge thérapeutique

4.1. Hémorragie de la délivrance

Attention !

Prévention : gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA) Cf. fiche technique N°10 p. 147

- **Si rétention placentaire complète :**
 - Faire une délivrance artificielle
 - Administrer de l'ocytocine (10 UI en IV)
 - Administrer 2 g d'amoxicilline
- **Si placenta incomplet**
 - Faire une révision utérine
 - Administrer 10 UI d'ocytocine en IV
 - Administrer 2 g d'amoxicilline
- **Si atonie utérine**
 - Massage de l'utérus
 - Révision utérine
 - Compression bimanuelle de l'utérus
 - Administrer de l'ocytocine 10 UI en IV + 10 UI dans 500 ml de sérum glucosé isotonique
 - Administrer 1000 mcg de misoprostol par voie rectale
 - Administrer 2 g d'amoxicilline
 - Tamponnement intra-utérin au condom si persistance de l'hémorragie

■ Si inversion de l'utérus

- Réduction manuelle
- Administrer de l'ocytocine (10 UI en IV)
- Administrer 2 g d'amoxicilline
- Si échec : laparotomie

■ Si persistance de l'hémorragie de la délivrance

- Faire une compression de l'aorte jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé (exercer une pression avec le poing fermé sur l'aorte abdominale directement à travers la paroi abdominale juste au-dessus de l'ombilic et légèrement sur la gauche)
- **Si échec** : suture de l'utérus selon la technique de B-Lynch ou ligatures vasculaires (soit triple ligature, soit ligature de l'artère hypogastrique)
- **Si échec** : hystérectomie d'hémostase

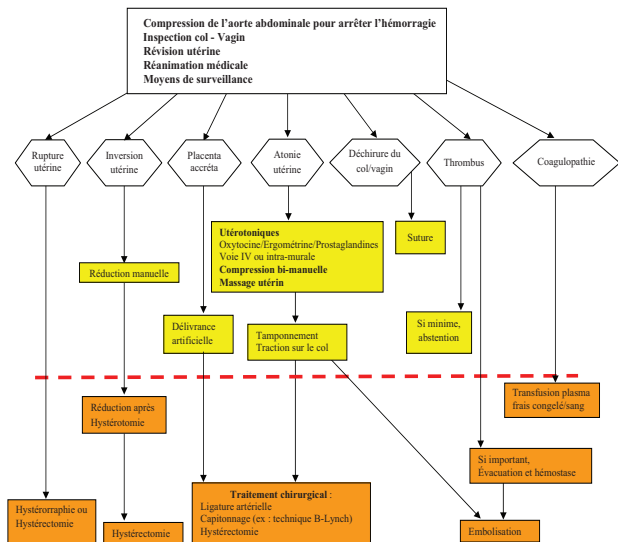
Attention !

Tous les gestes doivent être réalisés dans les 2 heures après le début de l'hémorragie.

4.2. Prise en charge de la déchirure cervicale

- Si le sommet de la déchirure du col est accessible, suturer la lésion par voie vaginale
- Si le sommet de la déchirure du col s'étend au-delà du dôme vaginal, suturer la lésion par laparotomie.

PRISE EN CHARGE D'UNE HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM IMMEDIATE (HPPI)



- Toute Structure de Soins
- Structure Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB)
- Structure Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complète (SONUC)

4.3. Prise en charge de la déchirure : périnéo-vaginale

Suturer plan par plan

4.4. Prise en charge des hématomes péri-génitaux

- Si hématome stable, observer
- Si hématome augmente de volume, évacuer le caillot et ligaturer le(s) vaisseau(x) qui saigne(nt)
- Administrer antalgique et antibiotique

C. LES HÉMORRAGIES DU POST-PARTUM TARDIF

1. Définition

Ce sont des saignements qui surviennent au-delà de 24 heures après l'accouchement et dans les 45 jours. Elles concernent les entités pathologiques suivantes :

- Endométrite (p. 90)
- Rétention partielle du placenta ou d'un cotylédon : cf chapitre Hémorragie de la délivrance (p. 59)
- Troubles de la coagulation : cf p. 58

2. Problématique

Ce ne sont pas les plus courantes, cependant elles surviennent la plupart du temps après le retour à domicile. Elles peuvent être graves même si le saignement est minime.

3. Diagnostic

- Clinique : hémorragie de plus de 500 ml ou moins survenant au-delà des 24 heures ou persistant ou réapparaissant dans les 45 jours après l'accouchement.
- Paraclinique : TP, TCA, fibrinémie, NFS et plaquettes, PDF, D-Dimères, échographie pelvienne

4. Prise en charge thérapeutique

Elle est fonction de l'étiologie, du tableau clinique et du plateau technique.

CHAPITRE IV - LES DYSTOCIES

1 Définition

On appelle dystocie toute anomalie dans la progression du travail d'accouchement qui peut être d'origine dynamique et/ou mécanique.

2. Problématique

La dystocie peut conduire entre autres à :

- Une souffrance fœtale aiguë pouvant entraîner la mort fœtale intrapartum
- Une rupture utérine s'il s'agit d'une dystocie mécanique avec risque de décès maternel
- Une fistule obstétricale

Ce chapitre regroupe :

- Le travail prolongé
- Les présentations dystociques : position transversale, front et face
- Le travail sur utérus cicatriciel.
- La procidence du cordon

1. LE TRAVAIL PROLONGÉ

1.1 Définition

Durée de travail supérieure à 12 heures ou phase active supérieure à 6 heures.

1.2 Problématique

Le travail prolongé est à l'origine d'une mortalité périnatale élevée et de nombreuses lésions traumatiques chez le fœtus et la mère. Ces conséquences sont amoindries par l'usage correct et systématique du partographe.

1.3 Diagnostic

Il se fait à l'aide du partographe sur la base d'un des éléments suivants :

- Phase de latence supérieure à 8 heures
- Phase active supérieure à 6 heures
- Atteinte de la ligne d'action sur le partographe

Attention !

En phase de latence, il faut distinguer un faux travail du travail d'accouchement qui se caractérise par des contractions régulières et fréquentes entraînant des modifications du col (effacement et dilatation).

1.4 Prise en charge

- **Si la dilatation est stationnaire et la poche des eaux n'est pas rompue** : en l'absence d'une présentation dystocique du fœtus ou d'un obstacle praevia ou d'une souffrance foetale, penser à une dystocie dynamique et :
 - Rompre les membranes et attendre une heure
 - Si pas d'évolution favorable au bout d'une heure, mettre une perfusion d'ocytocine et observer pendant une heure
 - Si au bout d'une heure sous perfusion d'ocytocine, l'évolution est favorable, faire l'accouchement par voie basse.
 - Sinon, faire une césarienne
- **Si la dilatation est stationnaire et la poche des eaux rompue** : en l'absence de souffrance foetale, d'une présentation dystocique du fœtus ou d'un obstacle praevia, penser à une dystocie dynamique :
 - Poser une perfusion d'ocytocine (5 UI dans 500 ml de sérum glucosé isotonique à 5 %) à raison de 32 gouttes par minute au maximum en commençant par 8 gouttes par minute et en montant par palier de 4 gouttes toutes les 15 mn

Au bout d'une heure, si la dilatation n'a pas progressé, faire une césarienne.

- **Si la dilatation est complète, la poche des eaux rompue** et la présentation du sommet non engagée :
 - Surveiller pendant une heure en l'absence d'une indication immédiate de césarienne

- Si pas d'engagement de la tête au bout d'une heure, mettre en place une perfusion d'ocytocine si cela n'était pas fait
- Si pas d'engagement après une heure de perfusion d'ocytocine, faire une césarienne
- **Si la dilatation est complète, la poche des eaux rompue et la tête non engagée chez une parturiente déjà sous perfusion d'ocytocine, observer pendant une heure :**
 - si engagement, accepter la voie basse
 - si pas d'engagement au bout d'une heure, faire une césarienne.

Attention !

Pour faire la différence entre vrai travail et faux travail :

Faire en IM un mélange d'une demi ampoule de diazépam et d'une demi ampoule de butylscopolamine et attendre deux heures. Si au bout de deux heures, pas de CU régulières ni de modification du col, conclure à un faux travail et autoriser la femme à regagner son domicile.

CONDUITE À TENIR DEVANT UNE PHASE DE LATENCE PROLONGÉE



2. DYSTOCIE DES ÉPAULES

2.1. Définition

On parle de dystocie des épaules lorsque la tête fœtale est dégagée et que les épaules ne s'engagent pas.

2.2. Problématique

Il s'agit d'une complication très souvent imprévisible. Elle survient généralement en cas de macrosomie fœtale.

Elle est souvent responsable de complications graves chez le fœtus (lésions traumatiques, neurologiques et décès) et chez la mère (lésions traumatiques des voies génitales et/ou de la vessie/rectum pouvant aboutir à des fistules).

Elle nécessite une action prompte et efficace de l'accoucheur et de son équipe.

2.3 Diagnostic

- La tête reste collée à la vulve
- Le menton dégagé déprime le périnée
- La rotation et la traction exercées sur la tête ne permettent pas le dégagement de l'épaule antérieure coincée au-dessus de la symphyse pubienne.

2.4 Prise en charge

- Demander de l'aide
- Réaliser une épisiotomie large
- Allonger la patiente sur le dos, les jambes en hyperflexion (se faire aider par deux personnes qui tiennent les jambes dans cette position en poussant les genoux vers la poitrine)
- Exercer une pression sus-pubienne par le biais d'un aide pour réduire le diamètre bi-acromial et permettre l'engagement de l'épaule antérieure

- Introduire la main lubrifiée dans le vagin et tenter d'abaisser vers l'avant l'épaule antérieure ou ramener l'épaule postérieure en avant sur le thorax du fœtus, chacune de ces deux manœuvres tend à amoindrir le diamètre bi-acromial facilitant ainsi le dégagement de l'épaule
- Faire refouler la tête par un aide (manœuvre de Zavanelli) et procéder à une césarienne
- Fracturer la clavicule afin de diminuer le diamètre bi-acromial et dégager l'épaule antérieure

Attention !

Réaliser les gestes dans l'ordre chronologique ci-dessus en exécutant la manœuvre suivante si échec de la précédente. Examiner le nouveau-né et le référer en néonatalogie/pédiatrie.

3. PROCIDENCE DU CORDON

3.1 Définition

On parle de procidence lorsque que la poche des eaux est rompue et que le cordon ombilical se trouve dans la filière pelvienne en avant de la présentation.

3.2 Problématique

Cet accident peut entraîner la mort du fœtus par arrêt de la circulation fœtale, il s'agit d'une urgence obstétricale.

La dessiccation du cordon aggrave le pronostic, aussi faut-il la prévenir.

3.3 Diagnostic

Signes :

- Cordon ombilical situé en avant de la présentation et perçu au cours du TV et/ou à l'inspection de la vulve
- Anomalies du rythme cardiaque fœtal très souvent
- Liquide amniotique souvent méconial

3.4 Prise en charge

3.4.1. Si fœtus vivant

Maternité SONUB : référer

Maternité SONUC :

- Si dilatation <8 cm
 - Refouler la présentation et la maintenir au dessus du détroit supérieur
 - Mettre la femme en position de Trendelenburg
 - Faire une césarienne
- Si dilatation >8 cm
 - Mettre la femme en décubitus latéral gauche
 - Oxygéner à raison de 3l/mn

- Terminer l'accouchement par une application de forceps ou de ventouse sous perfusion d'ocytocine
- Anticiper le besoin de réanimer le nouveau-né

3.4.2. Si fœtus mort, laisser évoluer et agir selon situation obstétricale.

4. POSITION TRANSVERSALE

4.1 Définition

Le fœtus est en position transversale lorsque l'axe de sa colonne vertébrale est perpendiculaire à l'axe de la colonne vertébrale de la mère.

4.2 Problématique

C'est une position hautement dystocique, engageant le pronostic vital maternel et fœtal. Sa méconnaissance ou sa prise en charge tardive conduisent souvent à l'épaule négligée voire à la rupture utérine.

4.3 Diagnostic

Examen clinique : présence de la tête fœtale au niveau d'un des flancs de la mère.

Radiographie du contenu utérin : colonne vertébrale du fœtus perpendiculaire à celle de la mère.

Échographie obstétricale : confirme la position de la tête au niveau d'un des flancs de la mère.

4.4 Prise en charge SONUC

- **Si fœtus vivant :**

- Âge gestationnel >28 SA : césarienne systématique
- Âge gestationnel ≤ 28 SA : laisser évoluer sous surveillance

- **Si fœtus mort :**

Chez la primipare, pratiquer la césarienne

Chez la multipare :

- Si poche des eaux intacte, laisser évoluer le travail jusqu'à dilatation complète et pratiquer une VMI sous AG et terminer l'accouchement par la grande extraction du siège. Si échec pratiquer la césarienne
- Si poche des eaux rompue et la dilatation < 8 cm, pratiquer une césarienne
- Si PDE rompue et la dilatation est avancée (≥ 8 cm), laisser évoluer le travail jusqu'à dilatation complète et pratiquer une VMI sous AG et terminer l'accouchement par la grande extraction du siège à dilatation complète. Si échec, pratiquer la césarienne

Attention !

En cas de présentation transverse sur le deuxième jumeau : rompre les membranes et faire une version par manoeuvre interne suivie d'une grande extraction du siège.

5. PRÉSENTATION DE LA FACE

5.1 Définition

Présentation de la tête en déflexion maximale.

5.2 Problématique

En cas de rotation postérieure, elle évolue vers l'enclavement, situation hautement dystocique.

5.3 Diagnostic

Diagnostic de la présentation de la face : menton perçu au TV (plus facile si dilatation du col >3 cm et PDE rompue)

5.4 Prise en charge

- Facteurs défavorables associés (gros fœtus, poche des eaux rompue précocement, pathologie maternelle associée) = césarienne systématique.
- En l'absence de facteur défavorable, surveillance du travail :
 - si rotation du menton en avant : accouchement par voie basse
 - si rotation du menton en arrière : césarienne.

6. PRÉSENTATION DU FRONT

6.1 Définition

Présentation de la tête en position intermédiaire.

6.2 Problématique

Différencier le front vrai et le bregma.

Attention : l'accouchement par voie basse du front vrai d'un fœtus à terme de poids normal est impossible

6.3 Diagnostic

TV : nez à une extrémité du bassin.

6.4 Prise en charge (Maternité SONUC uniquement)

Front vrai fixé : césarienne

Bregma : cf. présentation de la face.

7. TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT SUR UTÉRUS CICATRICIEL

Attention !

Accouchement systématique en Maternité SONUC

7.1. Définition

Tout travail chez une parturiente porteuse d'un utérus cicatriciel.

7.2. Problématique

Le risque de désunion de la cicatrice réalisant une rupture utérine dont les conséquences pour la mère et/ou le fœtus peuvent être fatales.

7.3 Diagnostic

- Présence d'une cicatrice abdominale
- Interrogatoire :
 - S'enquérir de l'indication de ou des interventions sur l'utérus
 - S'enquérir des suites opératoires
 - Préciser le temps écoulé depuis la dernière intervention
- Évaluation de la cicatrice utérine
Type d'hystérotomie :
 - Les hystérotomies gynécologiques (myomectomies) sont habituellement solides; pour les cicatrices des myomectomies per coelioscopiques, il n'existe pas encore assez d'études
 - Les hystérotomies obstétricales segmentaires verticales ou horizontales sont habituellement solides
 - Les hystérotomies obstétricales corporéales entraînent un risque majeur de rupture utérine (environ 12 %)
- **Évaluation paraclinique :**
 - Échographie : la mesure du segment inférieur aux alentours de 37 SA ($\geq 3,5$ mm) pourrait être un facteur pour proposer l'accouchement par voie basse
 - L'hystérogrophie et la radiopelvimétrie ne sont pas recommandées

7.4. Prise en charge

- Proscrire l'utilisation des ocytociques et du misoprostol pour le déclenchement du travail à cause du risque élevé de rupture utérine
- Utiliser les ocytociques avec prudence pendant le travail (direction) si pas de moyens de surveillance électronique
- Si indication permanente de césarienne (BGR ou Bassin limite) faire césarienne
- **Si utérus monocicatriciel et cicatrice de bonne qualité**
 - En dehors d'une anomalie du bassin (BGR, bassin limite) et d'une macrosomie ($HU \geq 36$ cm), présentation du siège et présentations dystociques, envisager une épreuve utérine. Si anomalie du travail au cours de l'épreuve pratiquer la césarienne.
 - Si PDE non rompue, la rompre et continuer la surveillance et si souffrance fœtale, dystocie dynamique ou saignement vaginal, césariser.

Attention !

La révision utérine après un accouchement par voie basse n'est pas indispensable; elle doit être réservée aux patientes symptomatiques ou à haut risque de rupture utérine, sous mesures rigoureuses d'asepsie.

- **Si utérus multicicatriciel : pratiquer systématiquement une césarienne.**

CHAPITRE V - LES AFFECTIONS FÉBRILES PENDANT LA GROSSESSE ET LE POST-PARTUM

Introduction

S'il est vrai que de nombreuses affections infectieuses et parasitaires peuvent survenir chez la femme en cours de grossesse et dans le post-partum, nous avons choisi de ne traiter dans ce chapitre que les affections qui présentent des spécificités par rapport à la grossesse et qui sont les plus fréquemment rencontrées en Afrique. Ainsi, ne sont prises en compte que les pathologies suivantes : le paludisme, l'infection urinaire, l'infection ovulaire, l'endométrite, la mastite, et l'abcès du sein.

Si les affections fébriles pendant la grossesse et dans le post-partum sont habituellement d'origine infectieuse ou parasitaire, d'autres affections plus rares peuvent avoir des manifestations cliniques ou para cliniques qui rendent parfois leur diagnostic moins évident. On peut ici citer l'appendicite, la cholécystite, la nécrobiose aseptique des myomes utérins.

1. LE PALUDISME

1.1 Définition

Affection parasitaire transmise par un moustique du genre anophèle dont les formes graves sont surtout dues au *Plasmodium falciparum*.

1.2 Problématique

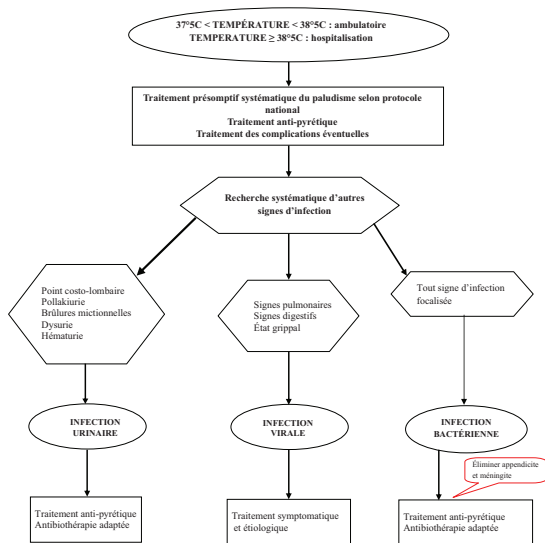
C'est une affection aux conséquences graves voire mortelles pour la mère et l'enfant. C'est la première cause de morbidité

de la femme enceinte dans la Région africaine. La résistance à la chloroquine a entraîné la modification des différents protocoles nationaux et la recommandation de l'usage des associations et combinaisons thérapeutiques (ACT).

Attention !

Tout épisode fébrile chez une femme enceinte doit être considéré comme un paludisme jusqu'à preuve du contraire. Tout paludisme chez la femme enceinte doit être considéré comme grave.

HYPERTHERMIE ET GROSSESSE



Remarque : Applicable dans toute structure de soins obstétricaux et néonataux d'urgence

1.3 Diagnostic

1.3.1 Diagnostic clinique

■ **Paludisme simple :**

Fièvre, frissons, céphalées, vomissements, arthralgies, asthénie, splénomégalie, pâleur conjonctivale, etc.

■ **Paludisme grave :**

Il est défini par la présence de forme sexuée de plasmodium falciparum dans le sang et d'une ou plusieurs des manifestations suivantes :

- Neuropaludisme : coma stades 2 et + ; convulsions généralisées et répétées
- Anémie grave : taux d'hémoglobine < 6 g/100 ml et/ou taux d'hématocrite < 20 %
- Insuffisance rénale : diurèse < 400 ml/24h ; créatininémie > 265 micromoles/l
- Œdème pulmonaire
- Hypoglycémie
- Collapsus circulatoire
- Hémorragie diffuse ou CIVD
- Hémoglobinurie massive
- Acidose sanguine : pH sanguin < 7,25
- Convulsions
- Hyperthermie (température $\leq 40^{\circ}\text{C}$) ou hypothermie (température $\leq 36^{\circ}\text{C}$)
- Ictère
- Parasitémie élevée

1.3.2. Diagnostic paraclinique

Confirmation du diagnostic par :

- Goutte épaisse
- Frottis sanguin
- Tests rapides

Attention !

Ne pas attendre la confirmation diagnostique pour démarrer le traitement présomptif.

1.3.3. Diagnostic différentiel

■ Il convient de discuter d'autres affections :

- Pyélonéphrite aiguë
- Fièvre typhoïde
- Méningite, encéphalites
- Hépatite aiguë
- Septicémie
- Appendicite aiguë
- Éclampsie, etc.

1.4. Prise en charge thérapeutique

1.4.1. Paludisme simple

■ Au premier trimestre (<16 SA) :

- Quinine : 25 mg/kg/j à répartir en 3 perfusions de 500 ml de sérum glucosé 5 % à passer en 4h chacune (42 gouttes/mn)
- Relais par quinine par voie orale dès que possible).
- Durée totale du traitement : 7 jours

- **Traitement symptomatique :**
 - Toute fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ doit être rapidement traitée par un anti-pyrétique; paracétamol : 60 mg/kg/j
 - Traitement anti-émétique si vomissements métoclopramide : 10 mg x 3/j ou métopimazine 10 mg x 3/j).

- **À partir du 2^{ème} trimestre (≥ 16 SA)**
 - Quinine (même protocole que ci-dessus)
Ou
 - Artésunate (200 mg) + Amodiaquine (600 mg) pendant 3 jours
Ou
 - Arthémeter en une seule injection IM (3,2 mg/kg le premier jour puis 1,6 mg/kg/j de J2 à J6 inclus). Relais par voie orale dès que possible
Ou
 - Arthémeter associé à luméfántrine (combinaison orale)
 - Traitement symptomatique (cf. ci-dessus)

1.4.2 Paludisme grave

- **Traitement antipaludique :**

Quinine injectable en perfusion (cf. ci-dessus mais remplacer le sérum glucosé 5 % par le sérum glucosé 10 %).

- **Mesures d'accompagnement :**
 - voie veineuse centrale ou, à défaut, deux voies veineuses périphériques
 - sonde urinaire à demeure

- oxygénation : 6l/ mn (au besoin, ventilation artificielle)
- rééquilibration hydroélectrolytique : Ringer lactate ou sérum salé isotonique selon l'état hémodynamique et ionique (en plus de la perfusion de quinine)
- anti-pyrétiques (cf. ci-dessus)
- anti-convulsivants si convulsions : sulfate de magnésium (cf protocole) ou diazépam p. 122
- transfusion sanguine si anémie grave
- traitement de l'insuffisance rénale aiguë : diurétiques (furosémide : 20 mg 3 fois par jour pour commencer sans dépasser 500 mg/j), voire épuration extra-rénale
- tocolytiques si contractions utérines : salbutamol (5 ampoules de 0,5 mg en perfusion de sérum glucosé isotonique à 5 % sur 24h) + antispasmodiques (phloroglucinol : 1 ampoule IVD toutes les 8h puis toutes les 12h).

Relais par voie orale dès que possible.

Attention !

Le traitement préventif intermittent doit être continué après la cure de l'épisode : 3 cp de Sulfadoxine-Pyriméthamine en une prise ; première prise à partir de la 16^{ème} SA ou dès perception des premiers mouvements actifs du fœtus puis deuxième prise à partir de la 28^{ème} SA).

- Les mesures physiques de protection doivent être recommandées notamment l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide.

Prélever les urines pour l'ECBU avant le démarrage du traitement.

2. INFECTIONS URINAIRES

2.1. Définition

Il s'agit d'une atteinte infectieuse de l'appareil urinaire qui peut se traduire soit par une cystite (infection basse), soit par une pyélonéphrite (infection haute).

Elles sont parfois asymptomatiques : bactériurie asymptomatique.

2.2. Problématique

La forme la plus grave est la pyélonéphrite qui peut compromettre le pronostic vital maternel. Les infections urinaires, symptomatiques ou non, peuvent se compliquer d'accouchement prématuré, d'avortement, ou de mort fœtale.

2.3. Diagnostic

Clinique :

- dysurie, pollakiurie, mictions impérieuses, douleurs lombaires à prédilection droite, vomissements, nausées
- fièvre

Paraclinique :

- Dépistage systématique par bandelette urinaire (test au nitrite, test de leucocyturie, etc.)
- ECBU obligatoire avec antibiogramme.

2.4 Prise en charge thérapeutique

Attention !

Prélever les urines pour ECBU avant le démarrage du traitement.

- **Cystite ou bactériurie asymptomatique :**
 - Amoxicilline : 500 mg per os trois fois par jour pendant 3 à 5 jours puis adapter selon résultats de l'antibiogramme
 - Cotrimoxazole : 160 mg/800 mg deux fois par jour pendant 3 à 5 jours
- **Pyélonéphrite**
 - Amoxicilline : 1 g toutes les 6 heures en IV
 - Gentamycine : 3 mg/kg/j en IM (une fois/jour)

Adapter le traitement antibiotique en fonction des résultats de l'ECBU et de l'antibiogramme.

Durée du traitement : ≥15 jours (arrêter gentamycine après 7 jours de traitement).

3. INFECTION OVULAIRE

3.1 Définition

C'est une colonisation bactérienne de l'oeuf survenant le plus souvent après une rupture prolongée des membranes (au-delà de 6 heures).

3.2 Problématique

Elle est à l'origine de complications maternelles et fœtales graves :

- Chez l'enfant : mort fœtale, pneumopathies, septicémies, méningites, etc.
- Chez la mère : septicémie, choc septique, endométrite, péritonite.

Attention !

Il s'agit d'une urgence obstétricale avec indication impérative d'évacuation utérine.

3.3 Diagnostic

Clinique :

- écoulement vaginal fétide, léger saignement vaginal
- fièvre, frissons
- douleurs abdominales
- tachycardie fœtale.

Paraclinique :

- Examen bactériologique du liquide amniotique (EBLA) et antibiogramme
- NFS, CRP

3.4 Prise en charge thérapeutique

Traitement médical :

- Amoxicilline 1 g toutes les 6 heures en IV
- Gentamycine 160 mg/j en IM

- Métronidazole 500 mg toutes les 12 heures en perfusion

Adapter le traitement antibiotique en fonction des résultats de EBLA et de l'antibiogramme.

Durée du traitement : ≥ 15 jours.

Traitement obstétrical : Préférer l'accouchement par voie basse.

Attention !

Transfert obligatoire du nouveau-né en néonatalogie.

4. ENDOMÉTRITE

4.1 Définition

C'est l'infection de la muqueuse utérine. Elle peut survenir après un accouchement.

4.2 Problématique

Elle est liée souvent aux conditions d'accouchement. Son évolution peut être émaillée de complications graves voire mortelles.

Elle peut entraîner des séquelles telles que l'infertilité secondaire.

4.3 Diagnostic

Les affections fébriles pendant la grossesse et le post-partum

Clinique :

- fièvre, frissons
- douleurs abdominales
- lochies purulentes et fétides
- distension abdominale
- utérus douloureux à la mobilisation
- mauvaise involution utérine
- saignement vaginal

Paraclinique :

- NFS
- CRP
- Examen bactériologique des lochies (EBL)

4.4 Prise en charge thérapeutique

- Amoxicilline 1g toutes les 6 heures en IV
- Gentamycine 160 mg/j en IM
- Métronidazole 500 mg toutes les 8 heures en perfusion
- Ergométrine : 0,2 mg IM 2 fois par jour ou 20 gouttes per os 3 fois par jour pendant 6j.

Adapter le traitement antibiotique en fonction des résultats de EBLA et de l'antibiogramme.

Durée du traitement : ≥ 15 jours.

Attention !

Pour minimiser les risques d'endométrite, utiliser systématiquement des gants stériles dès que la rupture prématurée des membranes est suspectée et appliquer strictement toutes les mesures de prévention des infections.

5. MASTITE

5.1. Définition

C'est l'infection de la glande mammaire.

5.2 Problématique

C'est une pathologie fréquente, dont l'impact sur l'allaitement du nouveau-né n'est pas négligeable (la douleur peut gêner la mère et lui faire arrêter l'allaitement).

5.3 Diagnostic

- Clinique : signes d'inflammation (douleur, rougeur, chaleur, tuméfaction)
- Paraclinique : peu spécifique.

5.4 Prise en charge thérapeutique

- Cloxacilline 500 mg en quatre prises journalières per os pendant 7 à 10 jours
Ou

- Erythromycine : 500 mg per os 3 fois par jour pendant 10 jours
- Acide acétylsalicylique : 1 g 3 fois par jour
- Compresses humides entre les tétées.

Attention !

L'allaitement au sein ne doit pas être interrompu

6. ABCÈS DU SEIN

6.1. Définition

Collection purulente constituée au niveau de la glande mammaire.

6.2. Problématique

Complication assez fréquente, surtout en cours d'allaitement. Elle est souvent l'aboutissement ultime de la mastite.

6.3. Diagnostic

Il est clinique :

- douleur lancinante, chaleur
- fièvre
- fluctuation (lorsque la collection n'est pas profonde).
- Signe de Budin (expression du lait sur la compresse : le pus reste sur la compresse en laissant une tache jaunâtre)
- Parfois fistulisation spontanée avec écoulement de pus par un orifice externe.

6.4 Prise en charge thérapeutique

■ **Traitement médical :**

- Cloxacilline 500 mg en quatre prises journalières per os pendant 7 à 10 jours

Ou

- Erythromycine : 500 mg per os 3 fois par jour pendant 10 jours
- Acide acétylsalicylique : 1 g 3 fois par jour
- Compresses humides entre les tétées.

■ **Traitement chirurgical :**

- Drainer l'abcès avec méchage par compresse.

Attention !

Ne pas associer Erythromycine et dérivés de l'ergot de seigle (Ergométrine)

CHAPITRE VI - PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NÉ

1. SOINS ESSENTIELS AU NOUVEAU-NÉ

1.1. Définition

Soins donnés à tout nouveau-né «normal» à la naissance pour optimiser ses chances de survie

1.2. Problématique

- La pratique systématique des soins essentiels au nouveau-né est peu courante. Ce qui engendre des conséquences graves responsables de morbidité et mortalité néonatales

1.3. Recommandations

1) - **Clamper, couper le cordon avec des instruments stériles**

2) - **Sécher et stimuler**

- Recueillir le bébé dans un linge propre et chaud
- Sécher immédiatement tout le corps de l'enfant sans oublier la tête et les membres
- Le stimuler en frottant son corps
- Changer la serviette mouillée

INDICE D'APGAR

Notation	0	1	2
Rythme cardiaque	Nul	< 100 bpm	≥ 100 bpm
Réactivité à la plante du pied	pas de réponse	petit mouvement	mouvement net
Respiration	absente	faible cri	cri vigoureux
Tonus musculaire	inertie	flexion modérée des extrémités	bonne flexion des extrémités
Couleur de la peau	bleue ou pâle	téguments roses avec extrémités bleues	téguments uniformément roses

3) - Évaluer le score d'APGAR : 1^{ère} et 5^{ème} minute

4) - Conclure l'état du nouveau-né sur la base du score d'Apgar

Si Apgar ≤ 7, réanimer immédiatement (cf. réanimation du nouveau-né p.110).

5) - Garder le nouveau-né au chaud

- Environnement chaud dès la naissance et pendant les soins (contact peau à peau avec sa mère, serviette, couverture, table chauffante).
- Attention aux courants d'air ++
- Prendre la température toutes les heures pendant les 3 premières heures

6) - Donner un bain tiède (37 °C environ)

Pas systématique sauf chez enfant né de mère VIH+

7) - Initier l'allaitement précoce dans la première heure de vie

- Aider la mère à donner le sein selon la position choisie
- Si l'enfant est né d'une mère VIH+, tenir compte du choix du mode d'alimentation par la mère.

8) - Donner les soins oculaires

- Nettoyer les yeux (compresses ou tissus propres)
- Collyre ou pommade anti-microbien (gentamycine collyre)

9) - Administrer la Vit K1 : 1 mg/kg en IM ou per os. (3 gouttes/kg pour la forme orale)

10) - Soins ombilicaux

- Nettoyer avec une solution antiseptique (éosine aqueuse, alcool 70°)
- Mettre une compresse stérile de protection
- Le bandage n'est pas systématique.

2. URGENCES PÉRINATALES

A. MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ (MAP)

1 - Définition

Survenue de contractions utérines de travail d'accouchement entre 28 et 37 SA soit 6 mois et 8 mois de grossesse.

2 - Problématique

La prématurité est une des causes principales de mortalité néonatale et un facteur important de séquelles.

La prise en charge du prématuré étant relativement difficile, il est important de mettre l'accent sur la prévention de la prématurité par le traitement des menaces d'accouchement prématuré « Le meilleur incubateur est le ventre maternel ».

3 - Diagnostic d'une MAP

Contractions utérines sensibles ou douloureuses de fréquence régulière (toutes les dix minutes) survenant entre 28 et 37 SA (intérêt d'une datation précise de la grossesse par échographie avant 20 SA)

Association de signes comme :

- Pertes de glaire

- Métrorragies
- Pertes de liquide

À l'examen :

- Mise en évidence des CU
- Modifications du col utérin et du segment inférieur au toucher vaginal

4 - Prise en charge thérapeutique

4.1. Hospitalisation

Critères d'hospitalisation :

- Terme ≥ 28 SA et < 37 SA
- Contractions utérines régulières et ou modification du col (raccourcissement >50 %)
- Contractions utérines régulières et douloureuses malgré la prescription d'un protocole Nifédipine ou Salbutamol per os.

4.2. Surveillance

- Mouvements actifs et BDCF
- Contractions utérines, pertes vaginales, métrorragies
- T°, pouls, TA

4.3. Explorations

- ECBU
- GE + densité parasitaire

- NFS, CRP
- Ionogramme sanguin
- Sérologies à vérifier, GS-RH
- Enregistrement du RCF (si disponible)
- Échographie du col (si disponible)
- Échographie par voie abdominale (présentation, biométrie, vitalité, placenta)

4.4. Prise en charge thérapeutique

- Repos
- Tocolyse 48h +/- : Salbutamol (attention aux contre-indications)
- Maturation pulmonaire : bêtaméthasone 12 mg en IM à renouveler une fois à 24 heures d'intervalle à partir de 28 SA
- Pas de contention
- Information des patientes sur les risques de la prématurité
- Pas d'antibiothérapie systématique : à adapter secondairement aux prélèvements bactériologiques.

B. SOUFFRANCE FŒTALE AIGÜE

1. Définition

Altération inattendue de l'état du fœtus caractérisée par un ralentissement (inférieur à 100 battements par minute) ou une accélération (supérieure à 180) du rythme cardiaque.

Présence de méconium dans le liquide amniotique en phase de latence, active ou d'expulsion.

2. Problématique

Il s'agit du versant obstétrical de toute la pathologie néonatale. La souffrance fœtale aiguë réclame une intervention d'urgence de l'obstétricien pour éviter une mort fœtale ou une souffrance néonatale grave.

Il convient de reconnaître et de corriger les facteurs favorisants.

3. Diagnostic

- Auscultation régulière des bruits cœur fœtal, toutes les 15 minutes (ralentissement inférieur à 120 et accélération supérieure à 160 constituent les premiers signes d'alarme)
- Surveiller l'état maternel
- Surveiller la couleur du liquide amniotique

4. Prise en charge thérapeutique

- Placer en décubitus latéral gauche
- Oxygéner (6 litres/minute)
- Le cas échéant : arrêt immédiat de la perfusion d'oxytocine
- Accouchement rapide (épisiotomie, ventouse/forceps, césarienne selon la situation)

3. URGENCES NÉONATALES EN SALLE D'ACCOUCHEMENT

A. DÉTRESSE NÉONATALE

1. Définition

État de souffrance néonatale aigüe lié à un apport insuffisant d'oxygène aux organes, avant, pendant ou immédiatement après la naissance.

2. Problématique

- 2^{ème} cause de mortalité au cours du premier mois de vie : 24 %
- Risque élevé de séquelles neuro-sensorielles graves
- Absence d'espace nouveau-né en salle de naissance
- Insuffisance voire absence de matériel
- Insuffisance de personnel qualifié et/ou compétent

3. Diagnostic

- "Score d'Apgar ≤ 7 (cf. encadré p. 96)

4. Prise en charge thérapeutique (cf. réanimation du nouveau-né, p.110)

Recommandations

- S'assurer que le matériel de réanimation néonatale est disponible et fonctionnel
- Appliquer une technique correcte de ventilation et de massage cardiaque externe
- Assurer une bonne surveillance post-réanimation (fréquence respiratoire, fréquence cardiaque, glycémie capillaire, température, saturation en O₂, tension artérielle)

B. INFECTION NÉONATALE PRÉCOCE (0-7 J)

1 Définition :

C'est l'ensemble des manifestations consécutives à la pullulation d'agents infectieux chez le nouveau-né de 0 à 7 jours.

2 Problématique :

- Première cause de mortalité néonatale : 41 % des décès néonataux
- Mesures préventives non appliquées
- Prédilection à l'infection (incompétence immunologique du nouveau-né à terme et immaturité du système immunologique du prématuré)

3. Diagnostic

■ Arguments anamnestiques

- infection maternelle au cours du dernier trimestre
- rupture prématurée des membranes
- travail prolongé
- liquide amniotique fétide
- prématurité inexpliquée

■ Arguments cliniques

Tout enfant qui va mal :

- hypothermie
- hyperthermie
- troubles neurologiques : incapacité de têter, hypotonie, adynamie, convulsions, mouvements anormaux
- troubles respiratoires : bradypnée, polypnée, apnée, pause respiratoire, signes de lutte (battement des ailes du nez, tirage inter-costal, entonnoir ou dépression xyphoïdienne, geignement expiratoire, balancement thoraco-abdominal), cyanose
- troubles digestifs : diarrhée, vomissements, ictère, météorisme abdominal
- lésions cutanées : bulles, papules, pustules, macules

■ Arguments paracliniques

- Prélèvements bactériologiques à la naissance :
 - Prélèvements au niveau des orifices (<12h de vie) : conduits auditifs externes, liquide gastrique. (prélèvements sans intérêt après 12h de vie)

- LCR, hémoculture, ECBU
- Prélèvements biochimiques : CRP (sans intérêt avant la 12^{ème} heure de vie)
- Prélèvements hématologiques : NFS

4. Prise en charge thérapeutique

- Appliquer les précautions standards et règles d'hygiène au cours de la grossesse, pendant l'accouchement et chez le nouveau-né
- Assurer le dépistage et la PEC correcte des infections chez la femme enceinte
- Traiter toujours l'infection bactérienne du nouveau-né par une bi-antibiothérapie (parfois tri) parentérale (bêtalactamines + aminosides (choix en fonction de l'écologie bactérienne locale)

Possibilité 1 : Amoxicilline (100 à 200 mg/kg/j à répartir en 3 injections IVD) + Gentamycine (3 mg/kg/j en une injection IM)

Possibilité 2 : association céphalosporine de 3^{ème} génération en IV {Céftriaxone (100 mg/kg/j en une seule injection)/Céfotaxime (200 mg/kg/j en 3 injections)}

+ Gentamycine (3 mg/kg/j en une injection IM)

Durée du traitement : 7 à 10j sans atteinte méningée. Si atteinte méningée jusqu'à 21 jours (sans excéder 7j pour la gentamycine).

4. AUTRES URGENCES NÉONATALES PRÉCOCES

A. PRÉMATURITÉ

1 Définition

C'est une naissance viable avant la 37^{ème} semaine révolue de gestation.

2 Problématique

- Fréquence élevée : environ 15 % en Afrique sub-saharienne
- 3^{ème} cause de mortalité néonatale en Afrique (23 %)
- L'immaturité de tous les organes entraîne une morbidité élevée
- Risque de séquelles psychomotrices et sensorielles
- Cadre inadapté à la prise en charge
- Ressources (équipement et personnel qualifié) insuffisantes.

3. Diagnostic

- Terme < 37 SA.
- Critères de prématurité (cf encadré ci-contre)

4 Prise en charge thérapeutique

- Appliquer une technique adéquate pour l'alimentation : gavage gastrique progressif et prudent (lait maternel ou substitut de lait maternel)
- lait maternel ou substitut de lait maternel
- Prévenir systématiquement l'hypothermie (couveuse, méthode Kangourou, habits chauds)
- Prévenir les troubles métaboliques (hypoglycémie, hypocalcémie) et les infections

Attention !

Lavage systématique des mains avant et après la manipulation du prématuré

CRITÈRES DE PRÉMATURITÉ

Âge gestationnel (semaines)	Poids (g)	Taille (cm)	Périmètre crânien (cm)	Surface corporelle (m ²)
28	1 100	36	26	0,10
32	1 800	40	29	0,13
36	2 500	45	32	0,17

Les mensurations sont en fonction de l'âge gestationnel

Critères morphologiques de maturation en fonction de l'âge gestationnel

		Avant 36 semaines
Vernix		Épais et diffus
Aspect cutané		Peau transparente avec nombreuses veinules sur l'abdomen
Lanugo		Disparition progressive
Consistance de la peau		Fine
Striation plantaire		1 ou 2 plis au 1/3 antérieur
Cheveux		Laineux, cornes frontales non dégagées
Pavillon de l'oreille		Pliage, cartilage absent
Diamètre mamelonnaire		2 mm
Organes génitaux externes	Fille	Grandes lèvres très distantes, Clitoris saillant
	Garçon	Testicules en position haute à la sortie du canal inguinal, scrotum peu plissé

B. ICTÈRE

1. Définition

C'est une coloration jaune des téguments et des muqueuses due à l'hyperbilirubinémie.

2. Problématique

- Fréquence élevée : 50 % chez NN à terme et 80 % chez le prématuré.
- Ictère commun (physiologique du NN; ictère du prématuré).
- Ictère pathologique.
- Moyens thérapeutiques de l'ictère non disponibles (appareil de photothérapie; exsanguino-transfusion).
- Risque d'ictère nucléaire : encéphalopathie hyperbilirubinémique

3. Diagnostic

■ Clinique

- Ictère physiologique (ne pas l'explorer) : ictère nu, peu intense, apparu après 48h de vie chez NN à terme et qui dure moins d'une semaine.
- Ictère pathologique :
 - précocité (<48h) ou prolongé (>10j)
 - association possible : hépatomégalie, signes d'infection ou d'anémie.

■ Examens complémentaires

- Taux de bilirubine libre et conjuguée
- Recherche d'une incompatibilité fœto-maternelle :groupage et rhésus (mère et nouveau-né)
- Tests de Coombs direct et indirect

4. Prise en charge thérapeutique

■ Réduire l'hyperbilirubinémie libre :

- phénobarbital : 10 mg/kg IM en une fois (à renouveler si besoin après 48h)
- Photothérapie
- Exsanguino-transfusion.

■ Traiter la cause.

5. RÉANIMATION NÉONATALE EN SALLE DE NAISSANCE

1. Définition

Soins spécifiques d'urgence (Réanimation) : c'est l'ensemble des mesures d'urgence destinées à aider le nouveau-né dans son effort d'adaptation à la vie extra-utérine.

2. Problématique

- Non disponibilité de matériels

- Insuffisance de personnel qualifié
- Insuffisance de compétence au niveau du personnel existant

3. Recommandations

Les actes suivants doivent être réalisés dans cet ordre chronologique :

1) Lutte contre l'hypothermie :

Mettre sous lampe chauffante ou radiante préchauffée
Essuyer avec un linge sec et propre, si possible stérile.

2) Libération des voies aériennes supérieures

Mettre l'enfant en position de décubitus dorsal, tête légèrement déclive, cou en extension modérée

Aspirer la cavité buccale avec une sonde n°8

Aspirer les fosses nasales : sondes n°6 ou 8, en position verticale et en direction antéro-interne ; l'aspiration se fait 1 ou 2 fois seulement et au moment du retrait de la sonde (sinon risque d'œdème traumatique des fosses nasales)

3) Ventilation au masque

- Indication : autonomie respiratoire insuffisante
- Position de l'enfant : extension modérée du cou sur le tronc
- Technique :
 - Opérateur vers la tête du nouveau-né, ballon dans la main droite pour les droitiers

- Le masque doit couvrir le menton, la bouche et le nez, maintenu par le pouce, l'index et le majeur. Appliquer le masque facial en commençant par le bas
- Fréquence : 40-60 cycles/mn
- Pression : 30 cm (si manomètre disponible)
- Efficacité : appréciée par les mouvements thoraciques et par le murmure vésiculaire bilatéral à l'auscultation.
- Contre-indication à la ventilation au masque : inhalation du liquide amniotique méconial, hernie diaphragmatique. Dans ces cas : intuber, aspirer puis ventiler.

4) Massage cardiaque externe (MCE)

- Indication : fréquence cardiaque inférieure à 60 batt/mn après 30 secondes de ventilation efficace au masque
- Position des 2 opérateurs
 - À la tête pour celui qui ventile
 - Latéralement pour celui qui pratique le MCE
- Technique :
 - Thorax empaumé avec 2 mains, les pouces placés soit l'un sur l'autre ou l'un à côté de l'autre sous la ligne inter- mamelonnaire
 - Fréquence : 120/mn (3 pressions/1 insufflation)
 - Contrôle efficacité : pouls périphériques perçus (fémoraux, vaisseaux ombilicaux)

5) Intubation

- Indications : nécessité de prolonger la ventilation manuelle ou inefficacité de la ventilation au masque
- Sondes en fonction du poids de l'enfant
 - < 2,500 g : n° 2,5
 - 2500 – 3500 g : n° 3
 - >3500 g : n° 3,5

Repère au niveau de l'aile du nez : 7 cm + 1 cm/kg

- Position de l'enfant : décubitus dorsal cou légèrement défléchi
- Technique :
 - Introduire la sonde d'intubation trachéale dans une des narines et faire coulisser comme une sonde d'aspiration
 - Mettre en place le laryngoscope par la bouche. Tenir le laryngoscope par la main gauche, refouler la langue vers la gauche pour voir la luette
 - Charger l'épiglotte : ce qui permet d'exposer la glotte
 - À l'aide d'une pince de Magill, tenir l'extrémité de la sonde, enfoncer entre les cordes vocales
 - Retirer le laryngoscope, maintenir la sonde au ras du nez. Placer la sonde au repère correspondant (7 + 1 cm/kg)
 - Fixer avec un sparadrap
 - Ausculter les champs pulmonaires pour vérifier la bonne position : perception du murmure vésiculaire de façon symétrique

6) Ventilation artificielle sur tube

Avec un ballon auto gonflable type ambu bébé (manuelle)

Le transfert vers le service de néonatalogie devra se faire sous respirateur

7) Mise en place d'un cathéter veineux ombilical

Asepsie rigoureuse ++

- Désinfection région périombilicale
- Gants stériles
- Champ troué stérile
- Instruments petite chirurgie
- Repérage de la veine (qui est plus large que les 2 artères), à l'aide d'une pince
- Introduire le cathéter jusqu'à ce que le sang remonte librement ; si résistance, arrêter et essayer à nouveau
- S'assurer d'un bon reflux
- Fixer à l'aide d'un fil de suture
- Placer la perfusion (SG 10 %)

8) Médicaments

- Adrénaline 1 mg = 1 cc + 9 cc SSL = 10 cc
- Adrénaline 0,5 mg = 1 cc + 4cc SSL = 5 cc
- Adrénaline 0,25 mg = 1 cc + 1,5 cc = 2,5 cc
 - 0,1 ml / Kg IV toutes les 5 mn

Indications : fréquence cardiaque < 60 / mn

- SG 10 % (per os : 3 à 5 cc par SNG en l'absence de voie veineuse ou 3 ml Kg/h en perfusion continue)

Indications : prévention ou traitement de l'hypoglycémie

Jamais : SG 30 % (osmolarité++)

- Bicarbonate 42 pour 1000 (1 amp = 10 ml) ; dose : 2-4 ml/kg en IVD

Indication : tamponner acidose après arrêt circulatoire > 3-5 mn

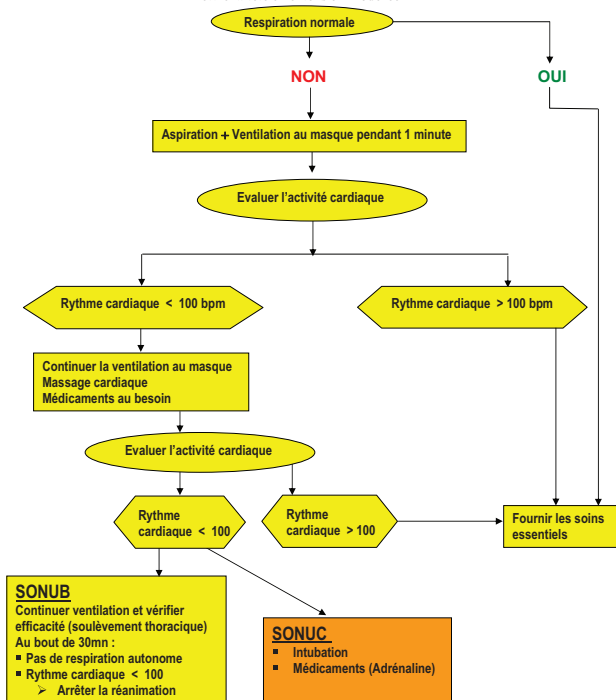
4. Conduite à tenir

- **Apgar ≤ 3 : état de mort apparente**
 - Libération des voies aériennes supérieures
 - Ventilation au masque à l'O₂ pur
 - Massage cardiaque externe
 - Intubation + ventilation
- **Apgar 4 - 7**
 - Libérer les voies aériennes supérieures
 - Éventuellement ventiler au masque à l'O₂ pur sauf si contre-indications
 - Évaluer le score d'Apgar à 3, 5, et 10 mn
- **Surveiller les fonctions vitales**
- **Apgar > 7**

Cf. Soins essentiels p. 95

RÉANIMATION NÉONATALE

- Sécher
- Mettre la tête en extension modérée



Structure Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB)

Structure Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complètes (SONUC)

FICHE TECHNIQUE N° 1 : LE CHOC

URGENCE ABSOLUE – AUCUN RETARD AU TRAITEMENT

Définition :

Déséquilibre, réversible ou non, entre le contenant (les vaisseaux sanguins) et le contenu (la masse sanguine) : « il n'y a plus assez de liquide dans les vaisseaux sanguins ». D'où un manque d'apport de sang, et donc d'oxygène, dans les tissus qui, lésés, libèrent des substances toxiques, surtout acides (acidose).

Types de chocs :

- 1 - Le choc hypovolémique : perte de liquides (diarrhées, vomissements, déshydratation) ou pertes de sang (hémorragies internes ou externes : choc hémorragique)
- 2 - Le choc allergique (ou anaphylactique) : les vaisseaux ne se contractent pas, restent dilatés : c'est le choc vasoplégique.
- 3 - Le choc cardiogénique : le cœur, défaillant, n'arrive plus à mobiliser la masse sanguine (insuffisance cardiaque décompensée, liée à un infarctus).
- 4 - Le choc toxi-infectieux (ou septique) : plusieurs mécanismes conjoints : vasoplégie, (voir 2 ci-dessus), hypovolémie (1), décompensation cardiaque (3).

Signes du choc :

TA	Effondrée (< 80 / 60 mm Hg)
Pouls	Filant et rapide (> ou = 110 pls/mn)
Diurèse	Diminuée à nulle (<30 ml/h)
Respiration	Rapide et superficielle (>30 mvts/mn)
Peau	Transpiration ou moiteur
Extrémités	Froides et cyanosées
État général	Nausées, vomissements, soif intense Agitation, angoisse Somnolence, voire coma

Remarque

Les examens complémentaires ne doivent pas faire retarder la prise en charge.

PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT DU CHOC

URGENCE ABSOLUE – AUCUN RETARD AU TRAITEMENT

Niveau structure SONUB :

- 1 - Libérer les voies aériennes (si nécessaire)
- 2 - Installer l'abord veineux par 2 cathéters G16 ou G18
- 3 - Surélever les pieds du lit (sauf en cas de choc cardiogénique)

- 4 - Perfuser très rapidement (500cc en 15 minutes) Dextran, ou Ringer-Lactate, ou sérum salé 9 ‰ (sauf en cas de choc cardiogénique)
- 5 - Surveiller :
 - le pouls, la TA (toutes les 15 mn)
 - la température (3 fois/jour)
 - la fréquence respiratoire (toutes les 15 mn)
 - l'état de conscience (toutes les 15 mn)
 - la diurèse (toutes les heures)
 - les battements cardiaques fœtaux (toutes les 15 mn)
 - les contractions utérines, le cas échéant
- 6 - Organiser la référence

Niveau structure SONUC :

Règles générales :

- Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible
- Surveiller les signes vitaux
- Mettre la patiente en décubitus latéral pour limiter les risques d'inhalation en cas de vomissement et dégager les voies respiratoires
- Recouvrir la patiente pour éviter le refroidissement
- Surélever les jambes de la patiente pour faciliter le retour veineux
- Prendre deux voies veineuses en utilisant des cathéters ou des aiguilles de 16 ou 18 G et faire les prélèvements pour les examens d'urgence (groupage sanguin, hémocrite, taux d'hémoglobine, CRP, test de compatibilité); si impossible, faire une dénudation veineuse

- Perfuser rapidement du sérum salé physiologique ou du Ringer lactate au moins deux litres au cours de la première heure, le premier litre devant être administré en 15 à 20 minutes
- En cas de choc résultant d'une hémorragie, le débit de perfusion doit être plus rapide afin de remplacer deux à trois fois le volume estimé de sang perdu
- Administrer 6 à 8 litres d'oxygène par minute à l'aide d'un masque ou d'une sonde nasale
- Continuer à surveiller les signes vitaux et la perte de sang toutes les 15 minutes
- Surveiller le débit urinaire (diurèse horaire) à l'aide d'une sonde urinaire.

1 - Appeler le médecin, et appliquer la conduite ci-dessus (SONUB)

2 - Oxygéner

3 - Mettre une sonde vésicale à demeure

4 - Poursuivre le remplissage vasculaire par :

- sang et dérivés
- macromolécules (Dextran)
- solutions (Ringer-lactate, salé 9 ‰)
- bicarbonate 14 ‰ pour corriger l'acidose

5 - Administrer Adrénaline 0,5 mg en perfusion

6 - Administrer Proparacétamol 1 g en IV lente si nécessaire (Prodafalgan)

7 - Administrer antibiothérapie selon le cas

8 - Traiter la cause

9 - Surveiller comme en SONUB (5).

10- Surveiller la perfusion :

Continuer à perfuser rapidement tant que la TA et le pouls restent stationnaires ou que la diurèse reste $< 0,5\text{cc/kg/heure}$.

- Si la TA s'élève (maximale à 100 mmHg), le pouls ralentit ($< 100/\text{min}$) et que la diurèse démarre (atteignant 0,5 à 1 cc/kg/h), ramener le débit à 16 gouttes par minute.
- Guetter l'apparition de râles pulmonaires d'encombrement, pour moduler les apports. S'ils apparaissent, arrêter le remplissage, administrer du furosémide (40 mgIV) et faire appel au médecin.

FICHE TECHNIQUE N° 2 : RECOMMANDATIONS POUR LE TRAITEMENT DES CRISES D'ÉCLAMPSIE

Recommandations pour l'administration du sulfate de magnésium

■ Dose de charge

- Injecter 4 g de sulfate de magnésium à 20 % en IV en 5 minutes
- Poursuivre en injectant rapidement 5 g de sulfate de magnésium en IM profonde dans chaque fesse, soit 10 g au total après avoir ajouté 1ml de lidocaïne à 2 % dans la seringue
- Respecter les mesures de prévention de l'infection
- Informer la patiente qu'une sensation de chaleur peut survenir lors de l'injection

■ Dose d'entretien

- Injecter 5 g de sulfate de magnésium + 1ml de lidocaïne à 2 % en IM profonde toutes les 4h, alternativement dans les fesses
- Poursuivre le traitement au sulfate de magnésium pendant les 24h qui suivent la dernière convulsion ou l'accouchement (considérer comme point de départ le dernier des deux événements).

■ Avant de renouveler la dose, s'assurer que :

- La fréquence respiratoire est ≥ 16 mouvements/minute

- Les réflexes rotuliens sont présents
- La diurèse est ≥ 30 ml/h pendant 4h successives
- Interrompre ou différer le traitement si l'un de ces paramètres est altéré
- Se munir d'un antagoniste prêt à l'emploi (Gluconate de calcium)
- **En cas d'arrêt respiratoire :**
 - Interrompre le traitement
 - Ventiler à l'aide d'un masque et d'un ballon, d'un dispositif d'anesthésie ou par intubation
 - Injecter lentement 1g de gluconate de calcium (10 ml d'une solution à 10 %) en IV jusqu'à ce que la respiration reprenne.

Recommandations pour l'administration du diazépam
(n'utiliser le diazépam que si la structure ne dispose
pas de sulfate de magnésium)

Administration par voie IV

- **Dose de charge**
 - Injecter lentement 10 mg de diazépam en IV en 2 mn
 - Renouveler la dose si les convulsions reprennent

Dose d'entretien

Perfuser 40 mg de diazépam dilué dans 500 ml de solution intraveineuse (sérum physiologique ou du Ringer lactate) de façon à obtenir une sédation tout en maintenant un état de veille

- Ne pas dépasser 30 mg en une heure (120 gouttes/mn) car il existe un risque de dépression respiratoire
- Ne pas administrer plus de 100 mg de diazépam en 24 h

Administration par voie rectale (si IV impossible)

■ Dose de charge

- Administrer 20 mg de diazépam à l'aide d'une seringue de 10 ml sans aiguille, lubrifiée et introduite à moitié dans le rectum
- Laisser la seringue en place et maintenir les fesses de la patiente serrées pendant 10 mn pour éviter l'expulsion du produit
- Un autre moyen d'administration du produit est l'utilisation d'une sonde rectale

■ Dose d'entretien

Si les convulsions ne sont pas maîtrisées dans les 10 mn, administrer 10 mg supplémentaires par heure en fonction de la réponse clinique.

FICHE TECHNIQUE N° 3 : ORGANISATION DE LA RÉFÉRENCE

Définition des concepts

La référence : c'est le mécanisme par lequel, une maternité oriente une patiente qui dépasse ses compétences, vers une structure plus spécialisée et mieux équipée (un hôpital en général), pour une prise en charge adéquate.

La contre référence : c'est le mécanisme par lequel, une structure plus spécialisée et mieux équipée adresse, après l'avoir soignée, une patiente à la maternité qui l'avait référée, pour assurer la continuité de soins et le suivi post-hospitalier.

Le système de référence/contre référence : c'est l'ensemble des dispositions prises pour assurer une circulation à double sens (en va-et-vient) des patientes entre deux structures de soins de niveaux de compétence différents, afin de prodiguer aux patientes les soins dont elles ont besoin, au bon endroit et au bon moment.

L'évacuation : par convention on désigne sous ce terme une référence réalisée dans une situation d'urgence. C'est le cas pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).

La rétro information ou "feed-back" : est la réponse faite par la structure de référence à la formation sanitaire qui lui a adressé la patiente. Elle comporte les données sur la réception de la patiente, le diagnostic retenu, les soins administrés et les prescriptions pour la continuité du traitement.

Problématique

La nécessité de la référence/évacuation est liée à l'organisation du système sanitaire. L'insuffisance de moyens aussi bien humains que matériels impose l'existence de plusieurs niveaux de soins, trois à quatre selon les pays. Dans le cadre des SONU, il convient de considérer deux niveaux : les formations sanitaires périphériques et les centres de référence.

Les formations sanitaires/périphériques délivrent des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (**SONUB**) qui comprennent les sept interventions suivantes :

- l'administration par voie parentérale d'antibiotiques
- l'administration par voie parentérale d'ocytociques
- l'administration par voie parentérale d'anti-convulsivants
- l'extraction manuelle du placenta (délivrance artificielle et révision utérine)
- l'évacuation des restes d'avortement par curage, par curetage ou par aspiration manuelle intra utérine (AMIU) ou par aspiration électrique
- l'accouchement par voie basse assistée par forceps ou ventouse (extractions instrumentales).
- Réanimation néonatale

Les centres de référence sont les hôpitaux, y compris les hôpitaux de district. Ils délivrent des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (**SOUC**) qui comprennent, en plus des six interventions susmentionnées :

- la transfusion sanguine et
- la césarienne

La référence et la contre référence définissent le circuit des malades entre les deux niveaux de l'unité fonctionnelle du système de santé, le district sanitaire.

Éléments de la référence

La référence comprend :

- la préparation de l'urgence obstétricale par la maternité qui réfère
- le mode de transport pour l'acheminement des patientes référées
- l'accueil de l'urgence au centre de référence

Les conditions de référence sont remplies par :

- l'utilisation d'une fiche de référence standardisée
- l'alerte du centre de référence par téléphone fixe, téléphone cellulaire ou réseau aérien de communication (RAC)
- le transport médicalisé (ambulance, personnel qualifié et trousse d'urgence appropriée)
- la mise en oeuvre de protocoles de service et ordinogrammes pour la prise en charge des patientes aussi bien au niveau périphérique qu'au niveau du centre de référence
- la disponibilité de trousse ou de kits d'urgence
- la communication entre les centres et l'effectivité de la rétro information

Pour les nouveau-nés, un principe élémentaire est que le meilleur incubateur de transport est le ventre maternel. En d'autres termes, il vaut mieux référer des grossesses à risque que des enfants après la naissance.

L'évacuation du nouveau-né se fait dans les mêmes conditions que supra, mais il faut insister sur la présence d'un personnel compétent et d'un équipement adapté au nouveau-né.

FICHE TECHNIQUE N°4 : RÉALISATION DE LA TRANSFUSION SANGUINE

Indications de la transfusion

La transfusion de sang ou de dérivés sanguins est généralement indiquée devant :

- une diminution de la production du sang ou de certains de ses éléments
- une augmentation de l'utilisation par destruction ou perte de certains éléments du sang
- un dysfonctionnement d'un composant spécifique du sang (hématies, plaquettes ou facteurs de coagulation)
- une hémorragie grave.

Groupage sanguin et compatibilité

Système ABO :

Les groupes sanguins sont déterminés dans le système ABO par la présence d'antigènes de surface sur les globules rouges et/ou d'anticorps dans le plasma de l'individu.

Les globules rouges portent zéro, un ou deux des antigènes possibles qui sont A et B. Le plasma contient zéro, un ou deux des anticorps possible qui sont Anti-A et Anti-B. Si l'individu possède sur ses globules rouges un antigène, il n'a pas dans son plasma l'anticorps qui s'y oppose. Cela détermine les 4 groupes possibles dans le système ABO, chaque groupe portant le nom du ou des antigène(s) présents à la surface de ses globules rouges.

Les 4 groupes sont :

- le groupe A (possède dans son plasma les anticorps anti-B)
- le groupe B (possède dans son plasma les anticorps anti-A)
- le groupe AB (ni anti-A, ni anti-B) est dit receveur universel
- le groupe O (n'a ni A, ni B) est dit donneur universel

Pour étudier la compatibilité, on mélange directement le plasma du patient avec les globules rouges du donneur, pour vérifier que ne survienne pas une hémolyse due à un anticorps non détecté (voir « test de compatibilité » p. 129).

Système Rhésus :

Les antigènes de surface Rh déterminent les groupes Rhésus négatif (absence de l'antigène Rh) et Rhésus positif (présence de cet antigène). Les sujets Rh- vont fabriquer des anticorps anti-Rh lorsqu'ils sont exposés à du sang Rh+. Cela ne pose pas de problème lors de la première exposition, mais une hémolyse apparaîtra lors des expositions ultérieures, provoquées par les anticorps circulants. Cela peut arriver au cours de la grossesse :

la mère Rh- peut fabriquer des anticorps anti-Rh+ si le fœtus est Rh+. Les anticorps anti-Rh traversant le placenta, lorsqu'une mère Rh- a fabriqué des anticorps anti-Rh, ceux-ci passent chez le fœtus et une hémolyse foetale massive va survenir. Elle peut être fatale pour le fœtus.

L'administration d'anticorps anti-Rh prévient la fabrication d'anticorps anti-Rh par le patient Rh-. Les anticorps anti-Rh doivent être administrés aux sujets Rh- recevant du sang Rh+, ou aux mères Rh- mettant au monde un nouveau-né Rh+ (des passages d'hématies foetales vers la circulation maternelle surviennent en effet lors de l'accouchement). Les doses recommandées sont d'une dose (300µg / flacon) par 15 ml de sang Rh+ transfusé.

Complications des transfusions

■ Réactions transfusionnelles

Hémolyse aiguë

Signes : anxiété, agitation, douleurs thoraciques, lombalgies, céphalées, dyspnée, frissons, fièvre.

Conduite à tenir :

- 1 - Arrêter la transfusion
- 2 - Envoyer le sang transfusé et celui du patient au laboratoire, pour revérifier la compatibilité

- 3 - Traiter l'hypotension, par remplissage et vasopresseurs, si nécessaire
- 4 - Envisager l'administration des corticoïdes
- 5 - Préserver la fonction rénale en maintenant une diurèse abondante (remplissage, furosémide, mannitol)
- 6 - Rester vigilant quant à une éventuelle coagulation intra-vasculaire disséminée (CIVD).

Réactions transfusionnelles non hémolytiques

Signes : anxiété, prurit, dyspnée modérée

Conduite à tenir :

- 1 - Arrêter la transfusion
 - 2 - Si urticaire :
 - ralentir la transfusion
 - donner des antipyrétiques et des corticoïdes
 - 3 - Si antécédents de réactions fébriles ou allergiques post-transfusionnelles, administrer avant la transfusion des antipyrétiques (paracétamol 500 mg) et un antihistaminique.
- **Complications métaboliques des transfusions sanguines :**

Hypocalcémie

Due à la fixation du calcium par le citrate utilisé comme anticoagulant (pour conserver le sang).

Conduite à tenir : après 2 flacons de sang, injecter une ampoule de calcium en IV lente.

■ **Complications infectieuses post-transfusionnelles :**

- Hépatite virale B ou C
- VIH
- Infections bactériennes
- Paludisme post-transfusionnel

TEST DE COMPATIBILITÉ SANGUINE AU LIT DE LA MALADE (AVANT TRANSFUSION)

- Bien se laver les mains ou porter des gants
- Apprêter une plaque (ou papier bristol) et un capuchon d'aiguille
- Y déposer deux gouttes du sérum de la patiente, sérum issu du sang préalablement prélevé sur tube sec
- Y ajouter une goutte de sang à transfuser
- Mélanger l'ensemble sur le support
- Avoir une bonne source de lumière
- Faire balancer entre les mains pour détecter une éventuelle agglutination*
- Laisser reposer un peu (5 mn) et revoir encore
- Noter sur le papier bristol :
 - Les noms et prénom de la patiente
 - Le numéro du flacon transfusé
 - Le groupe du flacon transfusé
 - Les initiales de l'agent transfuseur
 - La date de la transfusion
 - Laisser sécher et épingler le bristol au dossier
 - Noter dans le dossier de la patiente la date de péremption du flacon
 - Surveiller la patiente après le démarrage de la transfusion, à la recherche de prurit localisé ou non, d'urticaire, de douleurs, de frissons.

*Agglutination : c'est la formation d'un complexe immun entre antigènes et anticorps. Ce complexe est visible à l'œil nu sous forme d'amas précipité.

Résultats :

- Agglutination = incompatibilité : ne pas brancher et renvoyer le flacon à la banque de sang
- Pas d'agglutination du tout = sang supposé compatible : le brancher sans oublier de surveiller
- Doute = refaire le test.

FICHE TECHNIQUE N°5 : ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE (AMIU)

Matériel

- 1 - kit d'aspiration stérile
- 2 - pince de Pozzi stérile
- 3 - spéculum stérile
- 4 - hystéromètre stérile
- 5 - jeu de bougies de Heggar stériles
- 6 - solution d'antiseptique
- 7 - solution de savon
- 8 - tampons de compresses stériles.
- 9 - Gants stériles
- 10- Pinces à badigeonner
- 11- Seringue 10cc stérile
- 12- Seringue d'aspiration stérile supplémentaire
- 13- Sonde vésicale stérile

Préparation de la patiente

- 1 - Informer, rassurer, expliquer l'acte et ses diverses étapes, sans inquiéter
- 2 - Installer la patiente en position gynécologique
- 3 - Faire vider la vessie
- 4 - Faire la toilette vulvo-périnéale

Préparation de l'opérateur

- 1 - Port du tablier
- 2 - Lavage chirurgical des mains
- 3 - Mettre les gants

Procédure

- 1 - Faire une anesthésie para-cervicale (ou générale, si un technicien est disponible)
- 2 - Badigeonner le périnée à la Bétadine
- 3 - Poser le champ troué stérile
- 4 - Mettre en place le spéculum
- 5 - Désinfecter le col et le vagin avec une solution antiseptique
- 6 - Injecter 2 ml de lidocaïne 2 % dans le tissu cervical à 12h
- 7 - Poser la pince de Pozzi sur la lèvre antérieure du col, horizontalement
- 8 - Faire l'hystérométrie
- 9 - Compléter le bloc para cervical avec de la lidocaïne 2 % : 2ml à 3h; 2ml à 5h; 2ml à 7h; 2ml à 9h
- 10 - Dilater le col à la bougie de Heggar, si nécessaire
- 11 - Adapter la canule à la source d'aspiration
- 12 - Introduire la canule dans l'utérus jusqu'à buter sur le fond utérin
- 13 - Déclencher le mécanisme d'aspiration
- 14 - Réaliser l'aspiration en rasant chaque face de la cavité utérine avec la canule, par des mouvements de va-et-vient et de rotation, en orientant l'ouverture de la canule vers la paroi utérine
- 15 - Poursuivre l'opération jusqu'à ce que l'aspirateur ne ramène plus aucun débris ; apparition de mousse rouge dans l'aspirateur

- 16 - Retirer alors la canule puis la pince de Pozzi (un mors à la fois)
- 17 - Vérifier l'écoulement sanguin résiduel jusqu'à tarissement
- 18 - Désinfecter le col et le vagin avec une solution antiseptique
- 19 - Retirer le spéculum
- 20 - Mettre en place une garniture stérile
- 21 - Mettre la patiente en position confortable
- 22 - Administrer un utérotonique et un traitement antibiotique
- 23 - Envoyer le produit à l'anatomopathologie (flacon avec formol 10 %)
- 24 - Décontaminer le matériel après l'intervention

Attention !

Ne faire l'aspiration que si la grossesse a moins de douze semaines d'aménorrhée.

Counseling post procédure

1. Counseling pour le choix d'une méthode contraceptive
2. Counseling sur les signes d'appel de complications :
 - Douleurs pelviennes persistantes
 - Saignements abondants et persistants
 - Fièvre
 - Pertes fétides
3. Donner un rendez-vous.

FICHE TECHNIQUE N°6 : CURAGE DE L'UTÉRUS

Matériel

- gants stériles
- antiseptique
- compresses stériles
- champ troué stérile
- tablier
- bassin de lit

Préparation de la patiente

- Informer la patiente, la rassurer, expliquer les étapes de ce que l'on va faire
- Faire vider la vessie
- Faire la toilette vulvo-périnéale à la Bétadine

Préparation de l'opérateur

- Port du tablier
- Lavage chirurgical des mains
- Enfiler des gants

Procédure

- Démarrer d'abord l'antibiothérapie s'il y a des signes d'infection
- Spéculum : désinfecter le vagin et le col

- Gants mis, vulve désinfectée : mettre le champ troué stérile
- Introduire un ou deux doigts dans la cavité utérine, selon l'ouverture du col
- Empaumer le fond utérin de la main gauche
- Réaliser le curage en insistant sur le fonds utérin et les parois latérales de la cavité utérine
- Retirer les doigts une fois la cavité utérine libérée de tous les débris ovulaires en ramenant ces débris et les caillots à la vulve
- Faire la toilette vulvaire
- Mettre une garniture stérile à la patiente
- Réinstaller la patiente
- Administrer un utérotonique
- Démarrer l'antibiothérapie si ce n'est déjà pas fait
- Décontaminer le matériel après l'intervention

FICHE TECHNIQUE N°7 : CURETAGE

Matériel

- Boîte de curetage incluant :
 - Jeu de bougies de Heggar stériles
 - Spéculum stérile
 - Pince de Pozzi stérile
 - Curette(s) stérile(s)
 - Pince à mors en coeur
- Solution de savon
- Solution d'antiseptique
- Hystéromètre stérile
- Tampons de compresses stériles
- Une paire de gants stériles
- Tablier
- Champ troué stérile
- Bassin de lit
- Un tabouret
- Une source de lumière

Préparation de l'opérateur : cf. Aspiration manuelle

Procédure

- 1 - Badigeonner le périnée à la Bétadine
- 2 - Poser le champ troué stérile
- 3 - Mettre en place le spéculum

- 4 - Désinfecter le col et le vagin
- 5 - Poser la pince de Pozzi sur la lèvre antérieure du col, horizontalement
- 6 - Faire l'hystérométrie
- 7 - Dilater le col à la bougie de Heggar, si nécessaire
- 8 - Introduire la curette dans l'utérus, très lentement, jusqu'à buter sur le fond utérin
- 9 - Faire le curetage en raclant chaque face de la cavité utérine, du fond utérin vers l'orifice cervical, par des mouvements de va-et-vient
- 10 - Poursuivre l'opération jusqu'à ressentir sous la curette un crissement contre les faces utérines et apparition de mousse rouge à l'orifice cervical (signes que l'utérus est vide)
- 11 - Retirer la curette puis la pince de Pozzi (un mors à la fois)
- 12 - Vérifier l'écoulement sanguin résiduel jusqu'à tarissement
- 13 - Désinfecter le col et le vagin
- 14 - Retirer le spéculum
- 15 - Mettre en place une garniture stérile
- 16 - Mettre la patiente en position confortable
- 17 - Administrer un utérotonique et un traitement antibiotique
- 18 - Envoyer le produit à l'anatomopathologie (formol 10 %)
- 19 - Décontaminer le matériel après l'intervention

NB : Ne retirer la curette qu'une fois l'opération terminée (utérus vide)

FICHE TECHNIQUE N°8 : DELIVRANCE ARTIFICIELLE / RÉVISION UTÉRINE

Définitions

- 1 - Délivrance artificielle : extraction manuelle du placenta hors de l'utérus
- 2 - Révision utérine : contrôle de la vacuité et de l'intégrité utérines

Indications

- 1 - Hémorragie de la délivrance, le placenta étant partiellement décollé, retenu ou incarcerated dans l'utérus
- 2 - Non décollement placentaire après 30 minutes d'attente depuis l'accouchement
- 3 - Utérus cicatriciel

Matériel

- 1 - Plateau stérile
- 2 - Gants plastiques
- 3 - Gants latex stériles
- 4 - Antiseptiques
- 5 - Antibiotiques
- 6 - Utérotoniques
- 7 - Sérum + vaccin antitétaniques

- 8 - Compresses stériles
- 9 - Bock pour toilette vulvaire.

Protocole opératoire

Maternité SONUB

- 1 - Préparer psychologiquement la patiente (rassurer et mettre en confiance)
- 2 - Mettre la patiente en position gynécologique
- 3 - Faire un analgésique – Péthidine (Dolosal) si disponible
- 4 - Respecter les règles d'asepsie, porter des gants stériles
- 5 - Introduire les mains dans les voies génitales suivant le trajet du cordon
- 6 - Empaumer de l'autre main le fond utérin et l'abaisser vers le pubis
- 7 - Repérer l'insertion du placenta
- 8 - Décoller le placenta du bord cubital de la main
- 9 - Amener le placenta décollé en un seul mouvement
- 10 - Compléter par une révision utérine :
 - explorer le fond, les faces et les bords utérins
 - contrôler la vacuité et l'intégrité de l'utérus
 - administrer les utérotoniques et les antibiotiques

Attention !

Nepas insister si placenta accreta (placenta ne peut être décollé : il est incrusté dans le muscle)

- 11 - Nettoyer le périnée et le vagin à la bétadine
- 12 - Faire la vaccino-sérothérapie antitétanique
- 13 - Établir une fiche de surveillance et surveiller (TA, pouls, muqueuses, écoulement sanguin, température)
- 14 - Organiser la référence en fonction de l'évolution des éléments de la fiche de surveillance.

Maternité SONUC

- 1 - Adopter la même procédure qu'en maternité SONUB
- 2 - Commander le sang selon l'état de la patiente
- 3 - Transfuser selon l'évolution de l'état général
- 4 - Prendre connaissance de la fiche de référence
- 5 - Prévenir l'obstétricien
- 6 - Vérifier les paramètres d'hémostase
- 7 - Faire un examen sous valves
- 8 - Faire un curetage si le col est fermé
- 9 - Faire des examens complémentaires
- 10 - Envoyer le produit pour examen anatomopathologique
- 11 - Établir une fiche de surveillance

FICHE TECHNIQUE N°9 : VENTOUSE OBSTÉTRICALE

Définition

C'est un instrument de traction sous vide destiné à extraire le fœtus, se présentant par la tête, en période d'expulsion.

Indications

- Souffrance fœtale tête à la vulve
- Arrêt de progression de la présentation à dilatation complète
- La présentation doit être céphalique, avec une tête bien fléchie.

Contre-indications

- Prématurité
- Présentations : front, face, siège
- Bosse séro-sanguine

Technique

- Préparer le matériel
- Laver les mains de façon aseptique
- Vider la vessie
- Porter des gants stériles

- Asepsie vulve/vagin
- Vérifier la position exacte de la présentation
- Glisser un champ stérile sous les fesses de la parturiente
- Protéger la vulve d'un champ troué stérile
- Écarter les lèvres de la vulve
- Introduire et appliquer la plus grande cupule que l'on peut utiliser facilement sur la tête foetale (plan osseux) en évitant les fontanelles
- Mettre le doigt tout autour de la cupule pour éliminer une prise de parties molles maternelles
- Actionner la pompe
- Attendre une minute pour que la prise soit solide
- Exercer des tractions lors des contractions en suivant les axes du dégagement normal
- Dégager la tête foetale
- Arrêter l'aspiration
- Terminer l'accouchement
- Si épisiotomie ou déchirures : réparer

Incidents/Accidents

- Empreinte visible
- Excoriations du cuir chevelu
- Bosse séro-sanguine
- Céphalhématome
- Hémorragies cérébro-méningées
- Fracture de la voûte crânienne

FICHE TECHNIQUE N°10 : GESTION ACTIVE DE LA TROISIÈME PHASE DE L'ACCOUCHEMENT (GATPA)

Objectifs de la GATPA

- 1 - Accélérer le décollement placentaire en augmentant fréquence et rythme des contractions utérines
- 2 - Diminuer les pertes de sang en réduisant l'hématome rétro placentaire physiologique
- 3 - Favoriser la rétraction utérine afin que les vaisseaux utérins puissent se collaber rapidement.

Technique de la GATPA

1 - Injection d'un utérotonique

- Immédiatement après la sortie de l'enfant et après s'être assuré de l'absence d'un autre fœtus, injecter par voie IM 10 unités d'ocytocine.

2 - Traction contrôlée sur le cordon

- Clamper le cordon avec une pince.
 - Stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut
 - Attendre une contraction de l'utérus
 - Tirer très doucement sur le cordon

3 - Massage utérin

- 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 deux heures.

4 - Gestes complémentaires à la GATPA

- Vérifier les voies génitales
- Réparer les lésions éventuelles
- Assurer une surveillance stricte dans le post-partum :
 - Constantes : pouls, tension artérielle
 - Globe utérin
 - Saignement vaginal
 - État de la parturiente

