



FMC

Elle accouche et en plus elle saigne, pourquoi il faut que ça tombe sur moi ... ?

Dr Carole Bernard-de Villeneuve

Médecin Urgentiste

Hôpital Nord Ouest Villefranche sur Saône

Ancienne Sage-Femme

Un mari appelle paniqué le 15. Vous êtes le médecin régulateur.
Sa femme est à terme enceinte de leur 4^{ème} enfant, a des contractions depuis 5h.

Quels sont les éléments importants à connaître pour évaluer l'imminence de l'accouchement ?

- 1. Fréquence des contractions**
- 2. Distance par rapport à la maternité d'accouchement**
- 3. Notion de consultation obstétricale récente avec état du col**
- 4. Rupture de la poche des eaux**
- 5. Envie de pousser**

Voici les réponses du mari : âge 35 ans, contractions toutes les 5 minutes depuis 1h l'empêchant de parler au téléphone, poche des eaux rompue, habitent à 20 minutes de la maternité la plus proche qui est aussi celle du suivi, envie de pousser.

Votre régulation est la suivante :

- 1. Calcul du score de SPIA > 15 avec délai d'admission entre 30 minutes et 1 h**
- 2. Envoi VSAV seul pour réévaluation clinique avant décision de déclencher un SMUR**
- 3. Envoi simultané VSAV + SMUR pour accouchement imminent**
- 4. Demande au mari de l'emmener dès que possible à la maternité**

Vous déclenchez VSAV + SMUR.

Arrivés sur place, quels arguments vous orientent en faveur d'un accouchement imminent ?

- 1. Une présentation foetale céphalique mobile au TV**
- 2. L'impossibilité d'atteindre le cul de sac vaginal au TV= signe de Faraboeuf positif**
- 3. Une mèche de cheveu dehors**
- 4. Une envie de pousser de la part de la patiente**
- 5. Une modification du col à 2 TV de 15 minutes d'intervalle**

La patiente est allongée. Vous vous installez face à elle

1. Au même niveau qu'elle
2. Plus bas qu'elle
3. Plus haut qu'elle

L'IDE de votre équipe vous propose de poser une VVP. Bonne idée, cela va servir pour

1. Rien de particulier en systématique, juste au cas où
2. **Injecter 5 UI d'ocytocine juste après l'accouchement, de manière systématique**
3. Injecter 5 UI d'ocytocine juste après l'accouchement si vous craignez une hémorragie de la délivrance
4. **Pour avoir une voie d'abord pour un remplissage si besoin**

Vous demandez à la patiente de pousser

1. Par petit à-coups répétés et réguliers
2. Par grandes poussées continues
3. Pendant et entre les contractions
4. Seulement entre les contractions
5. Seulement pendant les contractions

La présentation foetale progresse bien, vous l'accompagnez en

- 1. Appuyant sur le ventre de la patiente pendant les efforts de poussée**
- 2. En appuyant sur la tête qui progresse pour contrôler l'expulsion**
- 3. La faisant rabattre ses jambes fléchies sur son ventre**
- 4. En la faisant arrêter de pousser quand la moitié de la tête est dehors pour contrôler l'expulsion**
- 5. En ne faisant surtout rien**

Les facteurs de risque d'hémorragie de la délivrance sont

1. Une macrosomie
2. Une grossesse gémellaire
3. Un travail prolongé
4. L'utilisation d'ocytocine pendant le travail
5. La primiparité

Après quelques sueurs froides, l'accouchement est enfin réalisé.
Vous avez quand même veillé à prévenir l'hémorragie de la délivrance.

- 1. La rapidité du travail est un facteur de risque d'hémorragie de la délivrance par atonie utérine**
- 2. La manœuvre de Jacquemier est un facteur de risque d'hémorragie de la délivrance par délivrance incomplète**
- 3. On prévient l'hémorragie de la délivrance en injectant systématiquement au moment de la sortie des épaules 5 UI d'ocytocine en IVD**
- 4. En cas d'hémorragie de la délivrance par rétention utérine, la pression du fond utérin peut aider au décollement du placenta**
- 5. Le placenta peut mettre jusqu'à 30 minutes pour se délivrer de manière naturelle. En l'absence d'hémorragie il faut donc attendre ce temps avant toute manœuvre de délivrance artificielle.**

Le placenta n'est pas encore délivré. Un filet de sang s'exteriorise à la vulve.

Vous suspectez une hémorragie de la délivrance.

1. Est clinique : saignement de plus de 500cc quantifié dans la poche de recueil graduée
2. Le mécanisme (hypotonie utérine, délivrance incomplète, plaie de la filière génitale) est à trouver rapidement car conditionne la suite de la prise en charge
3. Est secondaire à soit une atonie utérine, soit une délivrance incomplète, soit une lésion de la filière génitale
4. 80% des décès maternels par hémorragie de la délivrance est évitable.
5. Tout retard de prise en charge peut aggraver l'hémorragie, d'où l'horodatage des événements

Vous êtes déjà en route pour la maternité la plus proche, à 20 minutes de trajet.

En attendant :

1. Vous insérez des compresses en endovaginal pour limiter l'extériorisation de sang
2. **Vous massez vigoureusement le fond utérin**
3. Vous exercez une traction douce continue sur le cordon pour favoriser la délivrance
4. Vous ré injectez de l'ocytocine en IVD
5. **Vous commencez un remplissage vasculaire**
6. **Vous injectez 1g d'Exacyl IV**

La patiente reste stable hémodynamiquement, le filet de sang continue de couler en continue. Vous êtes arrivés en salle d'accouchement. L'équipe obstétricale, que vous avez prévenue via le régulateur du diagnostic d'hémorragie de la délivrance, est prête à prendre le relai. La prise en charge va consister à

- 1. Un sondage vésical évacuateur**
- 2. Une anesthésie générale courte**
- 3. Une délivrance artificielle suivie d'une révision utérine**
- 4. L'injection d'ocytocine en Iv lente dès l'arrivée**
- 5. Une antibioprophylaxie par Augmentin 2g en Iv lente**

Avant de rentrer à la base, il faut faire la déclaration de naissance

- 1. Ayant réalisé l'accouchement, c'est à vous de faire la déclaration de naissance**
- 2. Dans l'hypothèse où vous seriez arrivé à domicile après l'accouchement, c'est quand même à vous que revient de rédiger la déclaration car vous êtes le médecin responsable de la prise en charge**
- 3. La déclaration de naissance est un acte médical**
- 4. Le lieu de l'accouchement correspond au lieu de sortie de l'enfant**
- 5. Le lieu de l'accouchement correspond au lieu de sortie du placenta**

Article 56 Modifié par [Loi n°93-22 du 8 janvier 1993 - art. 3 JORF 9 janvier 1993](#) Créé par Loi 1803-03-11 promulguée le 21 mars 1803

La naissance de l'enfant sera déclarée par le père, ou, à défaut du père, par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé OU AUTRES PERSONNES qui auront assisté à l'accouchement ; et lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée.

MERCI