

# cas clinique obstétrical

Gilles BAGOU



# le cas clinique...

- Le médecin régulateur du SAMU déclenche à 9h25 votre équipe SMUR pour intervenir à 20 minutes de votre hôpital chez une patiente de 23 ans enceinte de son 3<sup>ème</sup> enfant et qui serait à terme dans 7 jours. La grossesse s'est déroulée normalement.
- La patiente hurlant, le conjoint affolé a appelé le 15. Il semble que les contractions utérines ont commencé 4 heures auparavant et durent une minute toutes les 6 minutes. Il n'y a pas eu de perte franche de liquide.

# la 1<sup>ère</sup> des 10 questions...

- Le médecin régulateur du SAMU déclenche à 9h25 votre équipe SMUR pour intervenir à 20 minutes de votre hôpital chez une patiente de 23 ans enceinte de son 3<sup>ème</sup> enfant et qui serait à terme dans 7 jours. La grossesse s'est déroulée normalement.
- La patiente hurlant, le conjoint affolé a appelé le 15. Il semble que les contractions utérines ont commencé 4 heures auparavant et durent une minute toutes les 6 minutes. Il n'y a pas eu de perte franche de liquide.
- Si vous aviez régulé cet appel, auriez-vous engagé le SMUR ?

1 - oui

2 - non

# la 1<sup>ère</sup> réponse...

## ■ Oui car :

- le score de Malinas A est à 5 ;
- la patiente est jeune ;
- c'est une 3<sup>ème</sup> grossesse ;
- les contractions sont décrites comme fréquentes ;
- le délai d'admission atteint probablement 1h (envoi d'un moyen de transport sanitaire allongé + installation + 20 min de trajet) ;
- l'appelant est paniqué et le contact direct avec la patiente semble impossible ;
- il est possible que le niveau social soit défavorisé (3<sup>ème</sup> enfant à 23 ans).

Le risque d'Accouchement Inopiné Extrahospitalier est élevé.

Si vous aviez calculé le **SPIA**\*, vous auriez conclu à un risque d'accouchement avant admission compris entre 24 et 35%.

\* **Score Prédicatif de l'Imminence d'un Accouchement** (F. Berthier, Nantes)

## Question 2

■ 9h50 : à votre arrivée auprès de la patiente, elle présente une contraction douloureuse ; la poche des eaux n'est pas rompue ; le col utérin semble dilaté à 4 cm mais vous n'en avez pas l'habitude.

■ Que faites-vous ?

1 - je transporte /je fais transporter vers une maternité que je préviens de l'arrivée de la patiente ;

2 - je réfléchis avant de me décider définitivement.

## Question 3

- En attendant de vous décider pour un transport avant l'accouchement, quelle est votre prise en charge immédiate ?

1 - **Monitoring: FC, PA, SpO2..**

2 - **Abord veineux de sécurité + prélèvement sanguin**

3 - **Evaluation des contractions (durée, fréquence)**

4 - Demande renfort sage-femme

5 - Conditionnement pour gagner du temps (coquille, brancard..)

## Question 4

- 10h : au moment de l'installer sur le matelas à dépression pour quitter le domicile, la patiente dit avoir envie de pousser.
- Vous pratiquez un nouveau toucher vaginal. Vous avez du mal à interpréter l'engagement ou non de la présentation ainsi que la dilatation mais celle-ci vous paraît bien supérieure au premier examen. La poche des eaux n'est toujours pas rompue.

■ Que décidez-vous ?

1 - je laisse accoucher sur place

2 - je transporte rapidement

# réponse 4

La stratégie est l'**accouchement sur place** car la cinétique de la dilatation est rapide, le transport est long et la patiente a envie de pousser, donc :

- installation de la patiente ;
- préparation de l'accueil du bébé.



## petite pause...

- A ce stade, on vous fait grâce de ce qui pourrait se produire pendant l'accouchement :
  - si vous avez l'habitude, vous savez (presque) faire ;
  - sinon, vous devriez suivre une formation adaptée...
  
- Néanmoins, quelques questions complémentaires...

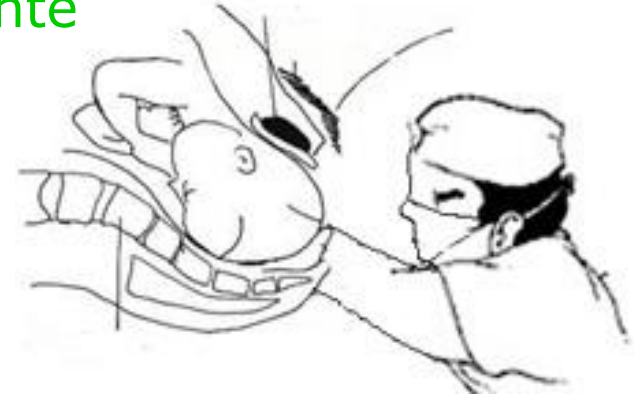
# Question 5

■ A propos de la rupture de la poche des eaux :

- 1 - vous attendez que cela se fasse tout seul
- 2 - vous faites pousser pour que la pression provoque la rupture
- 3 - vous réalisez une petite déchirure au doigt
- 4 - vous donnez un coup de griffe avec une branche de pince de Kocher
- 5 - vous pratiquez une petite incision avec un bistouri

## Question 6

- A propos de votre position en temps qu'accoucheur :
  - 1 - vous vous placez plus haut que la patiente
  - 2 - vous vous placez à la même hauteur que la patiente
  - 3 - vous vous placez plus bas que la patiente
  - 4 - peu importe



Vos épaules et vos bras sont plus bas que la patiente afin d'aider l'accouchement sans mouvement vers le haut (sauf au moment où l'enfant sera expulsé).

# Question 7

■ Quels médicaments préparez-vous pour la parturiente ?

1 - **crystalloïde**

oui comme garde veine

2 - colloïde (et lequel?)

pour quoi faire à ce stade

3 - antibiotiques à large spectre

non à priori

4 - **oxytocine** (et combien?)

oui, 5u à l'expulsion de l'enfant

5 - anesthésie locale

non sauf épisiotomie

6 - **MEOPA**

pensez y de temps en temps

7 - morphine

ah non!

## Question 8

- 10h30 : l'enfant est né, il va bien... donc vous aussi.
- Rassuré par la joie des parents et après vous être occupé du nouveau-né pendant 1/4 d'heure, vous envisagez le transport.
- N'avez-vous rien oublié ?

1 - non, je pense avoir tout (bien) fait

2 - oui, forcément

n'oubliez pas la maman...

## Question 8bis

■ Qu'auriez-vous dû faire pour la maman ?

1 - injection IVD lente 5u d'oxytocine (Syntocinon) dans la minute qui suit l'expulsion de l'enfant

2 - mise en place d'un sac de recueil des pertes sous les fesses pour quantifier l'hémorragie

3 - recherche d'un saignement

4 - surveillance hémodynamique

5 - vérification régulière du décollement placentaire

6 - remplissage vasculaire

## Question 9

- 10h55 : au cours d'une contraction, le placenta est expulsé spontanément dans le vagin ; que faites-vous ?

1 - j'attends que les contractions l'expulsent en entier

2 - je le retire de la filière génitale

Le placenta non expulsé empêche la visualisation des pertes et favorise les troubles de l'hémostase. Il est rarement entièrement expulsé en décubitus dorsal.

Il faut emporter le placenta à la maternité pour l'examiner.

# Question 10

- 11h : la délivrance est normale et complète, que faites-vous ?
  - 1 - je vérifie les paramètres vitaux
  - 2 - je vérifie les pertes spontanées
  - 3 - j'appuie sur le fond de l'utérus
  - 4 - je débute une perfusion de 10u de Syntocinon en 30 min à 1h
  - 5 - j'effectue plusieurs séquences de massage utérin



# réponse 10

L'utérus ne se contracte que s'il est vide (délivrance complète).  
Le massage utérin, les ocytociques et la vacuité de la vessie favorisent sa contraction.

Il faut surveiller les pertes qui pourraient traduire une hémorragie de la délivrance (1<sup>ère</sup> cause de mortalité maternelle en France) ou une lésion cervicale, vaginale ou périnéale.

fin...

- Ce cas clinique obstétrical est terminé. Bien sûr, on aurait pu le développer encore.
- Pour en savoir plus, référez-vous notamment aux :

## Recommandations Formalisées d'Experts sur l'obstétrique extra-hospitalière

...labellisées SFAR et SFMU, parues en 2010.