



Accouchement inopiné

CESU 21 – CHU Dijon Bourgogne

Accouchement = Acte naturel

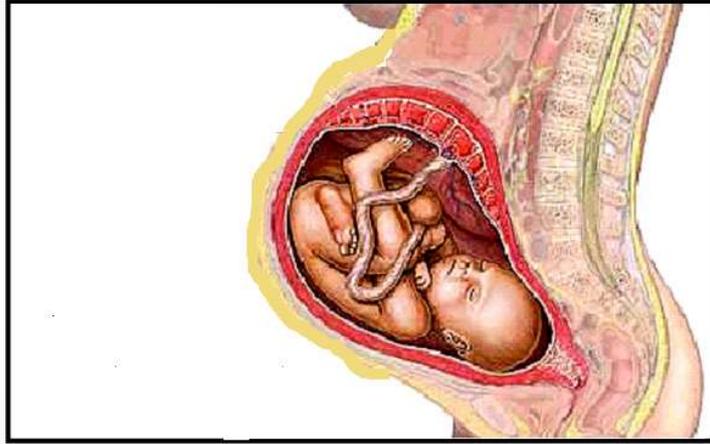
Accouchement inopiné

Terme normal:

41 semaines d'aménorrhée
(9 mois)

Généralités

- France : 0,5% des naissances en France
- Dijon: environ 15 / an (2014)
- Pas de structure obstétricale susceptible de se déplacer.
- L'accouchement inopiné survient le plus souvent chez des multipares.



La parturiente peut elle être transportée jusqu'à la Maternité ?

Et comment ?



Ce qui est important

- Le travail est – il commencé ?
- Renseignements sur le déroulement de la grossesse.

**Le travail est – il
commencé ?**

Score de Malinas

	0	1	2
Parité	1	2	>3h
Durée du travail	<3h	3-5h	>5h
Contractions	<1min	1min	>1min
Interval entre les contractions	>5min	3-5min	<3min
Rupture de la poche des eaux	0	<1h	>1h

Envie de pousser ???!

Renseignements sur le déroulement de la grossesse

- Grossesse multiple ?
- Pathologies pendant la grossesse ?
- Atcd de césarienne ?
- Vérifier Date prévue accouchement:
date des DR + 10 jours + 9 mois.

Le transport vers la maternité sera-t-il rapide ?

- Distance km de la maternité
- Météo
- Etat des routes
- Délai pour arriver en salle de travail

APPEL 15

Réponses théoriques

- Score de Malinas < 5 → Ambulance Privée
- Envie de pousser ou Malinas $>$ ou $=$ à 5
→ SMUR adulte.
- Naissance prématurée
→ SMUR Adulte + pédiatrique

**Si accouchement
imminent,
transport impossible.**

S'installer pour accouchement

- Chambre chauffée
- Lit protégé + drap propre
- Parturiente allongée, au bord du lit
- Toilette périnée à l'eau
- Drap bain propre et chaud, layette
- Gants, lunettes si disponibles

L'ACCOUCHEMENT A LA MATERNITE

Présentation céphalique



Distension de l'orifice vulvaire
laissant apparaître l'occiput.



Contrôler l'expulsion.



Laisser la tête sortir doucement

Protection du périnée



La parturiente ne pousse plus.



La tête tourne spontanément à G ou à D

mouvement de restitution



La première épaule se dégage.



Aider à l'extraction de préférence
utiliser pince douce : index-medius





NOTER HEURE!

A DOMICILE

Ne pas faire pousser si la poche
des eaux n'est pas rompue



Ne faire pousser que pendant les
contractions.

Pousser en soufflant

Bassin d'entraînement



Une main maintient l'occiput :
• contrôler l'expulsion. •

A DOMICILE

Vérifier la vitalité de l'enfant

- Vérifier respiration,
- Essuyage doux de l'enfant
- Enfant à hauteur du placenta : Poser enfant sur
maman
- Pas d'urgence à couper le cordon
- Couvrir et Protéger la tête

Evaluer la vitalité de l'enfant

- Cri
- Couleur
- Flexion
- Réactivité aux stimulations

Permettra d'évaluer le **score d'APGAR** avec équipe médicale

Un mauvais score d'Apgar

correspond à

un bébé « poupée de chiffon »

Surveillance de la mère

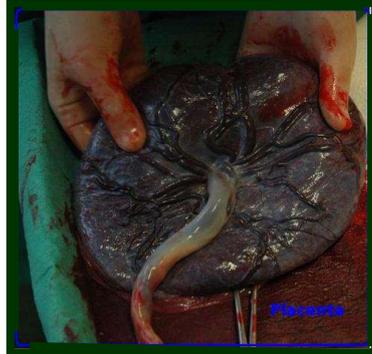
- Conscience
- Hémodynamique:
 - Coloration
 - Fréquence cardiaque
 - Absence de saignement anormal au niveau de la vulve
- Bon tonus utérin

Délivrance

- Phase dangereuse : risque hémorragique.
- Reprise des contractions après 20 min.
(souvent à la maternité)
- Surveiller conscience, hémodynamique(FC)

Délivrance

- Ne jamais tirer sur le cordon.
- Le placenta doit être complet.
(examiné à la maternité)
- Constatation du globe de sécurité.
- Surveillance.



CAS PARTICULIERS

- Présentation du siège
- Circulaire du cordon
- Grossesse gémellaire
- Placenta praevia

Présentation du siège



A. siège complet (en tailleur)

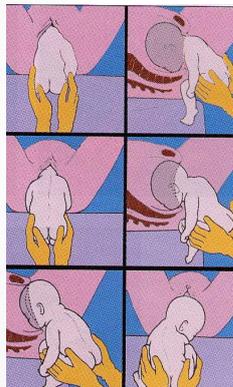


B. siège décompleté mode des fesses



Il est urgent de ne rien faire

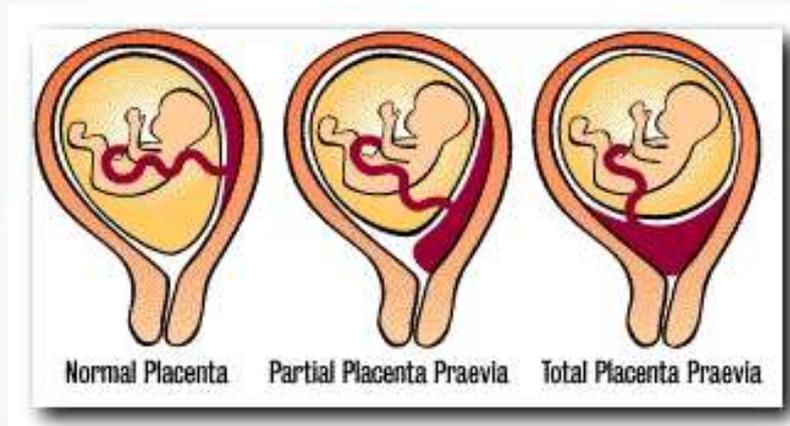
Présentation du siège



Se contenter de soutenir l'enfant au niveau du siège.

L'accouchement de la « tête dernière » demande une **poussée** et non une traction.

Placenta praevia



↓
Césarienne

Circulaire du cordon

