

On décide de transporter

Le meilleur moyen de transporter un bébé à l'hôpital, c'est dans le ventre de sa mère

Si le transport est décidé, quelques actions sont à mettre en place, de la plus évidente à la plus exceptionnelle :

Surveillance scopée
Pouls, Tension, SpO₂

Pose de V.V.P. de bon calibre si possible. 2^e si complications

Mise sous O₂ en complément
Si complications



Trendelenbourg
Limite la pression sur le col utérin

Décubitus latéral Gauche
Limite la pression sur la veine cave

Quand on décide de transporter, l'objectif est de rejoindre la salle de naissance dans les meilleurs délais pour pouvoir pratiquer l'accouchement dans des conditions optimales.

La tocolyse : Source : <https://www.em-consulte.com/>

Lorsque le bébé est trop prématuré ou si l'accouchement s'annonce compliqué et qu'il faut rejoindre l'hôpital adéquat, il est possible d'essayer de stopper les contractions. Ce phénomène s'appelle tocolyse (*toko*: accouchement et *lysis*: dissoudre). En revanche, elle est contre indiquée si l'expulsion du bébé a déjà commencé. Les contractions sont déclenchées par une hormone : l'ocytocine, qui augmente la contractilité myométriale. Une substance tocolytique, antagonise les récepteurs à l'ocytocine. Plusieurs médicaments possèdent cette propriété, les plus connus étant l'Adalate[®] (Nifédipine) et le Tractocile[®] (Atosiban).

On décide de rester sur place

En l'absence de complications absolues et si la maternité est trop éloignée, au risque de voir l'accouchement se faire dans de moins bonnes conditions pendant le transport, il peut être décidé de rester sur place, et de procéder à l'accouchement sur les lieux. Si l'organisation des secours le permet, il est possible de demander le renfort d'une sage-femme. Par ailleurs, quelques points clés permettent alors de pouvoir travailler dans de bonnes conditions :

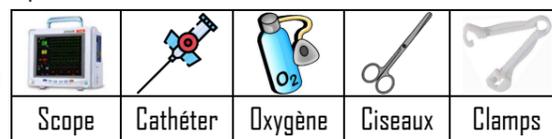
Répartir les rôles : Avant toute chose, il est important de savoir ce que chacun a à faire. En fonction de qui est présent sur les lieux (sage-femme, médecin, infirmière, secouriste, papa), chacun va avoir une mission pendant l'accouchement. Qui s'occupe d'encourager la mère ? Qui procède à l'aide à l'expulsion ? Qui récupère et prend en charge l'enfant ? Qui surveille et note les paramètres vitaux ? La mission est-elle la même tout le temps ou change-t-elle à l'arrivée de l'enfant. Chacun des protagonistes doit savoir *qui fait quoi ? A quel moment ?*

S'installer confortablement et s'organiser : C'est la base de tout soin !

Pour la maman : Installation ensuite en position gynécologique : allongée en décubitus dorsal au bord du lit, chaque pied sur une chaise. Les fesses doivent déborder légèrement et le bassin surélevé (un oreiller ou une couverture pliée par exemple, mais emballé dans un sac poubelle). L'opérateur installé en face, légèrement plus bas. Caler un sac poubelle de grande contenance ou une bassine sous les fesses, un accouchement fait sortir une grande quantité de liquide. Par la suite, il sera plus facile de qualifier et quantifier les pertes. Mettre des draps au sol pour éviter de glisser. Respecter au mieux la pudeur de la mère. Couvrir la maman avec une couverture de survie.

Pour le bébé : Préparer une serviette pour sécher le bébé. Prévoir un endroit à distance de la mère pour l'accueillir en cas de détresse vitale. Préparer le matériel d'aspiration et de réanimation pédiatrique à proximité. Prévoir de quoi le réchauffer : lampe infra-rouge ou serviette réchauffées.

Pour l'équipe : Matériel à disposition immédiate, emballages ouverts.



Installation d'une parturiente en lithotomie de fortune
Source image : <https://urgences-serveur.fr/>

Bébé arrive ! Mais faute de place, il pointera son nez dans le numéro suivant...



Rédaction :
Pierrick TRUPIN

Supervision médicale :
Dr Thomas CHARDON

Véritable par

Avec la collaboration de **Marion COMASTRI**, Sage-Femme

L'accouchement Partie I

S'il existe une prise en charge exclusivement réservée aux femmes, c'est bien l'accouchement. Les mois d'octobre, et le dépistage du cancer du sein leurs sont dédiés depuis quelques années. C'est pourquoi ce mois-ci, nous avons souhaité aborder un sujet propre aux femmes. En même temps, quelques questions alimentent le cœur des débats entre professionnels du secours préhospitalier, c'est pourquoi le thème de l'accouchement s'est imposé tout naturellement.

Bien connue des professionnels de l'urgence, la physiologie de l'accouchement est généralement maîtrisée et consiste en une période naturelle. En réalité, elle bouleverse les réflexes de prise en charge habituels des équipes de secours pour plusieurs raisons :

- « On ne fait bien que ce qu'on fait souvent » et l'accouchement hors maternité, ce n'est pas ce qu'on fait le plus souvent, cette situation est généralement source d'anxiété face au manque d'expérience pour les plus anciens, ou l'inconnu pour les plus jeunes.
- Elle peut consister à prendre en charge 1 personne : patiente enceinte, ou 2 patients (voir plus) qui étaient jusque-là en bonne santé et qui vont être confrontés à un bouleversement qui peut être très rapide. L'attente d'un évènement heureux ne doit pas être assombrie par la situation.
- La prise en charge de l'enfant demande des compétences en néonatalogie, encore une fois très peu rencontrées en préhospitalier.

Dans l'hypothèse où vous êtes confrontés à ce type de situation un jour, les différents scénarios sont relativement similaires. Que l'on soit amené à intervenir à domicile ou que la personne se présente spontanément dans un service d'urgences (dans un établissement pourvu ou non d'une maternité) le plus simple reste de raisonner par étapes clés.

Le Scope : le bulletin de l'urgence - <https://www.le-scope.com>

Suivez-nous sur Facebook : Le Scope - Contact : bulletin.le.scope@gmail.com



Source image : <http://www.lesblaguesdroles.com/>

Analyse de la situation

Soit la patiente est à domicile, l'appel arrivera au centre de régulation, et les premières informations pourront être collectées au téléphone par l'assistant de régulation médicale ou le régulateur. Soit la patiente se présente aux Urgences. L'objectif est de répondre à une question : **Doit-on procéder à l'accouchement sur place ou devons-nous transporter sur la maternité ?**

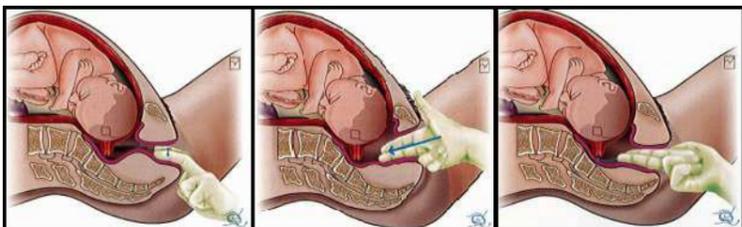
La réponse étant multifactorielle, elle n'est pas toujours évidente. Mais elle doit inévitablement être prise en concertation entre : la maman, l'équipe sur les lieux et le médecin régulateur.

Temp N°1 : Rechercher les facteurs de risques

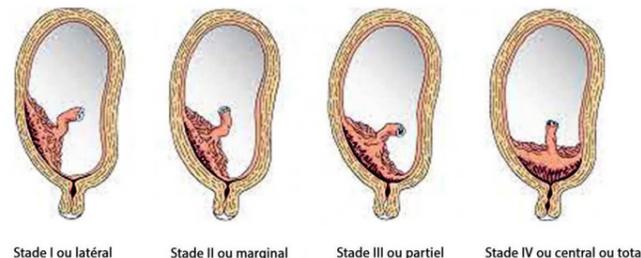
La recherche de facteurs de gravité permet de déceler l'éventuelle présence d'arguments en faveur d'un transport rapide sur une maternité adaptée (présence d'un service de néonatalogie éventuellement, d'un bloc de césarienne disponible...). Dans un premier temps, il permet de faire le point sur la situation :

LA PATIENTE	A-t-elle des problèmes de santé ?	Diabète ? Pathologie cardiovasculaire ou thromboembolique ? Toxicomanie ? Que prend-t-elle comme médicaments ?
	Quel est son nombre de gestité (G) et de parité (P) ?	Gestité : Nombre de grossesses antérieures + celle en cours Parité : Nombre d'accouchements antérieurs (primipare ou multipare) Ex : Patiente ayant fait une I.V.G. plus jeune, avec 2 enfants et parturiente de son 3 ^e : G4P2
	Comment se sont passés les accouchements précédents ?	Y'a-t-il eu des complications sur les accouchements antérieurs ? Y'a-t-il eu des antécédents d'hémorragie de la délivrance ? Y'a-t-il eu nécessité de recourir à la césarienne ?
LA GROSSESSE	Où en est-on de la grossesse ? Quand l'accouchement est-il prévu ?	La grossesse est considérée à terme entre 37 et 41 semaines à partir des dernières règles (semaines d'aménorrhées)
	Comment s'est passé la grossesse ?	Y'a-t-il eu des anomalies identifiées ? Connait-on la présentation de l'enfant ? S'agit-il d'une grossesse gémellaire ?
	A-t-elle été suivie ? Par qui ?	La patiente a-t-elle eu un suivi régulier ? Y'a-t-il eu besoin d'hospitaliser ? Par un gynécologue ? Par une sage-femme ?
	Quelle a été jusqu'ici la prise de poids ?	En moyenne maximum 12 Kg
LES CONTRACTIONS	Ressentez-vous des contractions ?	Les contractions sont un durcissement de l'utérus, généralement douloureux.
	Depuis combien de temps ? Quand ont-elles commencées ?	La présence des contractions régulières (< 10 min) et douloureuses est une indication de toucher vaginal pour estimer la dilatation et le rétrécissement du col.
	Combien de temps durent-elles et leur intensité ?	Le toucher vaginal est contre-indiqué face à un tableau hémorragique.
	Quelle est leur fréquence (par minutes) ?	L'intervalle entre deux contractions diminue à mesure que le travail avance
	Ressentez-vous une envie de pousser ?	L'envie de pousser se traduit par le fait que l'enfant a commencé la descente dans le bassin. Annonce un accouchement imminent. La parturiente peut aussi verbaliser une envie d'aller à la selle
LA PERTE DES EAUX	Y'a-t-il eu une perte de liquide +/- abondant ?	
	Quelle était la couleur de ce liquide ?	Verte : Souffrance fœtale, liquide méconial Rouge : Placenta <i>prævia</i> (localisation du placenta anormalement basse) Noir : Hématome rétroplacentaire
	Y'a-t-il eu une perte de glaire +/- sanglant ?	Traduit la perte du bouchon muqueux (phénomène sans incidence clinique)
LE COL UTERIN	Comment est le col au toucher vaginal ?	Long et fermé : faux travail / Court et ouvert : travail en cours
	Nombre de centimètres de dilatation ?	De 0 à 10. Peut être évalué au toucher vaginal, en estimant l'écartement des 2 doigts.
	Une partie est-elle visible ?	Peut-on voir la tête ? Une main ? Un pied ? Le cordon ? dépasser

REALISATION D'UN TOUCHER VAGINAL



DIFFERENTS STADES DE PLACENTA PRAEVIA



Le transport en milieu hospitalier s'impose si :

- 🚑 La présentation de l'enfant est transverse (par exemple : une main passe)
- 🚑 Il y'a une procidence du cordon (il dépasse dans le vagin ou par la vulve)
- 🚑 Il existe une disproportion fœtale connue : la mère a un petit bassin ou le fœtus est gros
- 🚑 Il existe un *placenta prævia* connu : risque hémorragique important → le toucher vaginal est contre-indiqué.

Temps N°2 : Evaluer l'imminence de l'accouchement

Dans un second temps, si aucun facteur de risque n'impose le transport, il faut déterminer l'imminence de l'accouchement. A-t-on le temps de se rendre à la maternité ? Pour cette question, deux outils s'affrontent : le score de Malinas et le S.P.I.A.

Le score de Malinas :

Le score «historique» de Malinas reprend cinq items pour lequel il faut attribuer un nombre de points. L'accouchement est considéré comme imminent si le score est >7 points. Le transfert est envisageable si le score est < 5 points. Il a l'avantage d'être rapide et facile à coter, mais estimé un peu succinct dans certaines situations.

Points	0	1	2
Parité	I	II	III et plus
Durée du travail	< 3h	3-5 h	> 5h
Durée des contractions	< 1 min	1 min	> 1 min
Intervalle entre les contractions	< 5 min	3-5 min	< 3 min
Perte des eaux	Non	Récente	> 1 heure

Le Score Prédicatif de l'Imminence de l'Accouchement (S.P.I.A.) :

Le S.P.I.A. est plus complexe à réaliser : il prend en compte plus de paramètres et il est difficile à mémoriser. En revanche, il tient compte de différents facteurs de risque. Il semble donc plus pertinent et plus fiable dans l'étude de l'imminence de l'accouchement. Véritable outil d'aide à la régulation médicale, il peut s'utiliser facilement avec les algorithmes en ligne rapidement disponibles sur les moteurs de recherche. Le S.P.I.A. existe également en version Prémat-S.P.I.A. pour les prématurés.

	0	+2	+3	+4	+5	+6	+8	Total
Appel pour accouchement			Imminent ± panique					
Contact avec la parturiente	Oui		Impossible					
Envie de pousser depuis ?	Ø	N.E.			Depuis + 30 min ou N.E.	Depuis - 30 min ou N.E.		
Rythme des contractions ?	Evasif (5 - 10') ou Ø				Fréquentes (4 à 6 minutes)		Permanentes	
Facteurs aggravants ?*		A.T.C.D. d'accouchement rapide (< 1h) ou à Domicile	26 à 35 ans				Pas de suivi de grossesse	

* Si présence de plusieurs facteurs : en faire la somme Ø : Aucun N.E. : Non évalué

OTER : 7 points si PREMIER accouchement
3 points si traitement TOCOLYTIQUE pendant la grossesse.

TOTAL

L'interprétation du score S.P.I.A. dépend elle aussi d'un facteur pris en compte : le délai d'arrivée en salle d'accouchement

S.P.I.A.	< 30 min	> 30 min - < 1 heure	> 1 heure - < 2 heures
S.P.I.A. < 5	Médicalisation non nécessaire	Médicalisation non nécessaire - Transport sanitaire simple	
5 < S.P.I.A. < 10	Transport sanitaire simple	Risque modéré. Possible envoi de moyen intermédiaire (I.S.P./M.C.S.)	Risque modéré.
S.P.I.A. > 10	Risque modéré. Possible envoi de moyen intermédiaire (I.S.P./M.C.S.)	Risque d'accouchement haut	Risque d'accouchement haut
S.P.I.A. > 15		Risque d'accouchement haut	Envoi d'équipe médicale
S.P.I.A. > 24	Risque d'accouchement haut	Envoi d'équipe médicale	Renfort par sage-femme conseillé

Temps N°3 : On décide !

Soit il est décidé de rouler vers la maternité, soit il est décidé de rester sur place et de procéder à l'accouchement. Dans tous les cas, il est important d'énoncer l'idée de manœuvre à tous les intervenants et en cas de désaccord avec la famille, d'expliquer cette décision qui reste médicale.

Source image de gauche : <http://www.dr-karazaitri-ma.com/> -

Source image de droite : <https://blogdelachouette.wordpress.com/>

