

Gilles BAGOU (CHU de Lyon), Jade CHAUMIER (APHP, hôpital Louis-Mourier), Sybille GODDET (CHU de Dijon)

# ACCOUCHEMENT EUTOCIQUE HORS MATERNITÉ

Ce document est un résumé qui accompagne ce qui est exposé dans l'atelier « accouchement imprévu hors maternité », il rappelle les bases de l'accouchement eutocique et ne remplace pas une formation théorique et pratique en obstétrique.

## Évaluer la situation → l'enjeu : décider de transporter ou accoucher sur place

- 1- paramètres maternels généraux : PA, FC, FR, SpO<sub>2</sub>, T° ;
- 2- situation obstétricale : parité, terme, déroulement et suivi de la grossesse, présentation, contractions, dilatation, engagement, état de la poche des eaux ;
- 3- vitalité fœtale : FC, éventuellement échographie ;
- 4- décider de réaliser ou non l'accouchement sur place en fonction des critères d'imminence d'un accouchement (présentation engagée ou visible, envie de pousser, scores de Malinas A et B, SPIA) et du délai d'acheminement vers une maternité (maternité de suivi, parfois maternité de proximité), s'intéresser particulièrement à la dynamique de l'accouchement (évolution du col entre 2 touchers vaginaux à 10 minutes d'intervalle en décubitus dorsal), c'est la cinétique de la dilatation qui doit guider la décision ; il ne faut pas envisager de faire l'accouchement pendant le transport ;
- 5- si transport avant accouchement, installer en décubitus latéral, tête à l'arrière, pieds en avant.

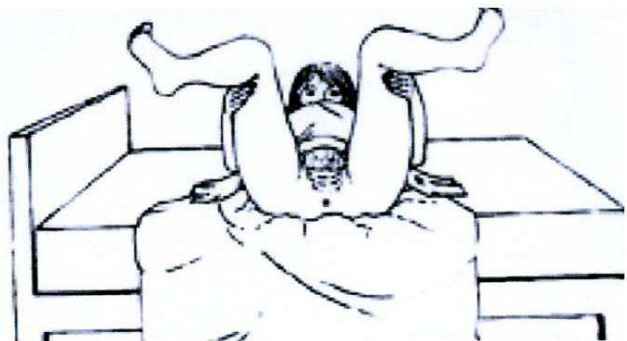
## S'installer → l'enjeu : créer une situation adaptée à l'accouchement

- 1- classiquement, en position d'attente entre les efforts de poussée, installer la femme enceinte sur le bord du lit, fesses à la limite du vide, bassin surélevé (alignement des axes de poussée utérine et d'engagement), pieds sur une ou deux chaises ;

*position d'attente*



*position d'accouchement*

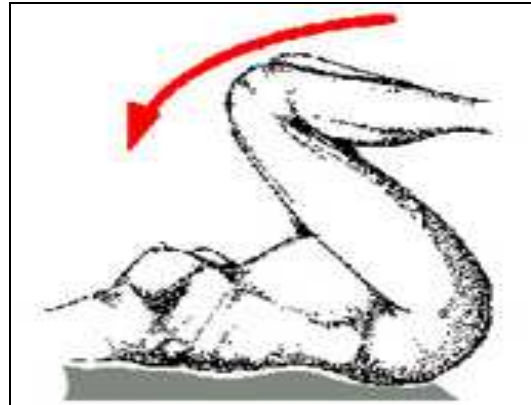
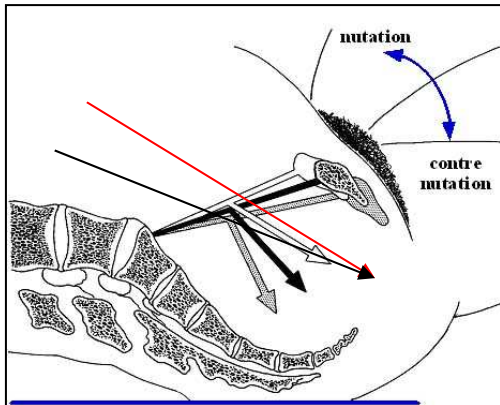
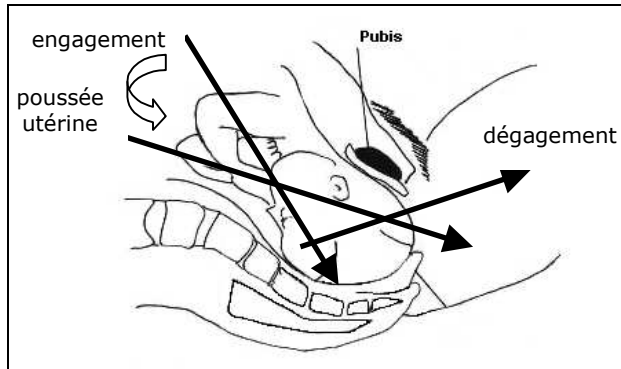


- 2- protéger le sol et le mobilier, créer une situation calme, faire sortir les personnes non utiles ;
- 3- préparer un sac de recueil pour quantifier les pertes (différencier l'hémorragie après la naissance et les autres pertes : liquide amniotique, urines, selles) ;
- 4- mettre en condition la parturiente : abord vasculaire systématique, PA, FC, SpO<sub>2</sub>, oxygène prêt, nettoyage du périnée, vessie vidée (avant ou juste après l'accouchement, si besoin par sondage) ;
- 5- anticiper l'accueil du nouveau-né : pièce réchauffée sans courant d'air, faire chauffer des serviettes ou draps propres qui permettront d'accueillir le nouveau-né, installer une table à proximité recouverte de serviettes et avec le matériel adapté destiné aux soins du nouveau-né (examen et éventuelle réanimation).

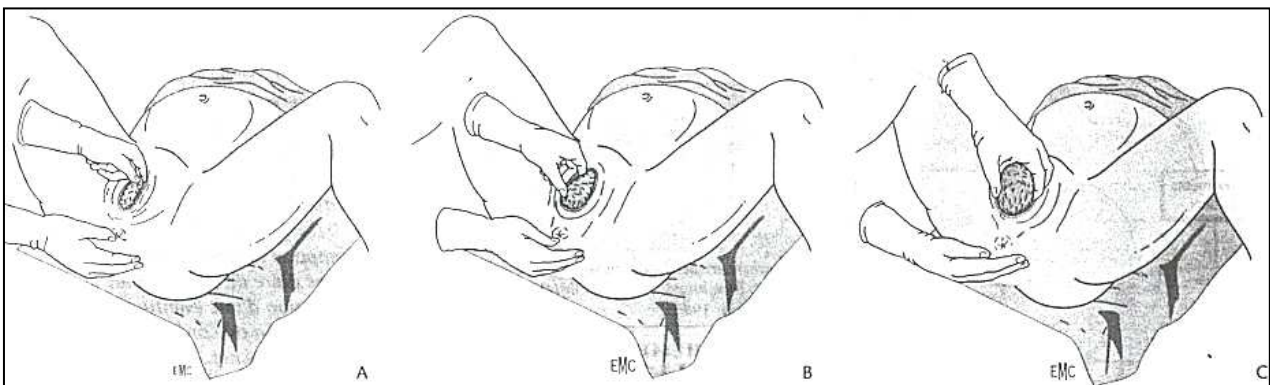
**Accoucher** → l'enjeu : faire et faire faire les bonnes actions

« La femme accouche, l'enfant naît, l'équipe les assiste ».

1- comprendre les axes de poussée utérine et d'engagement d'une présentation céphalique (axe ombilico-coccygien) afin de les faire concorder au mieux par l'installation de la parturiente en hyperflexion des cuisses sur l'abdomen (nutation du bassin) ;



- 2- se placer plus bas ou au niveau de la patiente, jamais plus haut (pas d'accouchement au sol en décubitus dorsal), afin de ne pas pouvoir effectuer de mouvement délétère de traction vers le haut ;
- 3- ne jamais tirer, quelles que soient les circonstances ;
- 4- ne commencer à faire pousser que lorsque la dilatation est complète (seul le grand prématuré peut être expulsé avant dilatation complète), la présentation engagée et la poche des eaux rompue (spontanément en général ou avec une branche de pince Kocher démontée) ;
- 5- encourager les poussées uniquement pendant les contractions utérines (2 ou 3 efforts expulsifs pendant une contraction), les hanches en hyperflexion, à glotte fermée ou en fin d'expiration, et le cou fléchi en avant ; la main gauche de l'accoucheur droitier contrôle la sortie de la tête, la main droite dirige la tête à travers le périnée protégé par des compresses ;



6- guider la sortie de la tête de l'enfant en demandant à la patiente d'arrêter de pousser pour éviter la sortie brutale de l'enfant et des déchirures pelviennes, l'épisiotomie est très rarement indiquée ;

- 7- dès la sortie de la tête, vérifier l'absence de circulaire du cordon ; en cas de circulaire lâche, dérouler le cordon autour de la tête de l'enfant ; en cas de circulaire serré, couper le cordon entre deux pinces (déclencher le chronomètre) et poursuivre l'accouchement sans tarder ;
- 8- laisser la tête tourner spontanément à droite ou à gauche, cette rotation (restitution) doit être accompagnée (mais jamais forcée) pour amener le menton sous la symphyse pubienne ;
- 9- maintenir l'enfant à 2 mains lors du dégagement des épaules en plaçant les index et les médus en V (< >) de part et d'autre des mastoïdes et de la mandibule ;
- 10- faire pousser la parturiente et si nécessaire exercer une traction douce vers le bas dans l'axe ombilico-coccygien pour dégager l'épaule antérieure qui passe derrière la symphyse pubienne ; les coudes et les épaules de l'accoucheur doivent rester en dessous du niveau du périnée de la parturiente ;
- 11- exercer une traction douce vers le haut : se relever en basculant l'enfant en avant autour de la symphyse pubienne, pour dégager la deuxième épaule tout en surveillant le périnée postérieur ;
- 12- injecter en IV directe lente 5 UI d'oxytocine (Syntocinon®) après la sortie complète du bébé et au plus tard dans les 10 minutes ; cette **administration préventive d'oxytocine** (APO, anciennement appelée *délivrance dirigée*) prévient l'inertie utérine et l'hémorragie de la délivrance ; elle est indépendante de l'administration éventuelle d'oxytocine pour l'obtention ou le maintien de la tonicité utérine après la délivrance ;
- 13- sortir l'enfant en sécurité en l'attrapant fermement sous les aisselles pour éviter le risque de chute ;
- 14- noter l'heure (heure de naissance et début de la chronologie des événements ultérieurs) ;
- 15- poser l'enfant sur le ventre de sa mère, en décubitus latéral, face dégagée et visible ;
- 16- clamper le cordon par deux clamps de Barr à 10 cm de l'ombilic et à 5-10 cm l'un de l'autre.

Une **antalgie** est rarement nécessaire, se limiter au MEOPA. L'accouchement en **décubitus latéral** peut être proposé : installation et gestes doivent respecter les axes de la mécanique obstétricale.

<b>S'occuper du nouveau-né</b> → l'enjeu : assurer les soins nécessaires sans être délétère
---

- 1- évaluer l'enfant à la première minute de vie : âge gestationnel (à terme ou prématuré), liquide amniotique (clair, teinté ou méconial), qualité et efficacité des mouvements respiratoires spontanés, tonus (normal ou hypotonie), fréquence cardiaque (auscultation cardiaque, cordon ombilical, oxymètre ou scope), évaluer le score d'Apgar à 1-3-5-10 minutes de vie ;
- 2- quatre situations selon l'état de l'enfant et l'aspect du liquide amniotique :
  - 2a- enfant à terme né dans un liquide clair et qui va bien (Apgar  $\geq 8$ ) : sécher, stimuler (plantes des pieds, frottement du dos), placer sur le ventre de sa mère ; l'aspiration des voies aériennes supérieures n'est pas recommandée (bradycardie réflexe) ; l'asepsie de la section du cordon (clampé), les soins oculaires et la vérification de la perméabilité œsophagienne ou anale peuvent être différés ;
  - 2b- enfant qui ne va pas bien : cf. atelier réanimation néonatale ;
  - 2c- enfant tonique et liquide amniotique méconial (anoxie périnatale, post-maturité) : aspirer la bouche et les fosses nasales, pas d'aspiration trachéale, sécher, stimuler ;
  - 2d- enfant peu tonique et liquide amniotique méconial (anoxie périnatale, post-maturité) : ne pas stimuler, ne pas sécher immédiatement pour ne pas stimuler, aspirer en orotrachéal sous laryngoscopie (sonde d'aspiration n°10) ; ne pas ventiler avant d'aspirer ; ne pas prolonger l'aspiration trachéale au-delà de 45 secondes même en cas d'échec ; suivre alors un protocole de réanimation néonatale ;
- 3- prévenir l'hypothermie : favoriser le contact peau à peau mère enfant, éviter les courants d'air, augmenter la température ambiante, essuyer l'enfant sans oublier la tête avec un linge propre, sec et chaud et l'envelopper ou bien placer l'enfant sans le sécher dans un sac transparent en polyéthylène, mettre un bonnet (jersey, chaussette adulte...) ;
- 4- rechercher une hypoglycémie (<2,2 mmol/L) après 30 et 60 minutes de vie, plus tôt si l'enfant présente un risque particulier, facultatif s'il s'est très bien adapté à la vie extra-utérine ; si besoin, correction orale avec mise au sein ou glucosé 10% 3 ml/kg par tétée ou à la seringue oralement si nouveau-né >34SA sans détresse, sinon par sonde gastrique en attendant la pose d'une voie veineuse ; correction IV par glucosé 10% 2 ml/kg si hypotonie, détresse respiratoire ou glycémie très basse ( $\leq 1,4$  mmol/L = 0,25 g/L) suivie d'une perfusion de glucosé 10% à 3 ml/kg/jour ;
- 5- favoriser le lien mère-enfant.

## **Délivrer** → l'enjeu : prévenir une hémorragie de la délivrance

- 1- délivrer 15 à 30 minutes après la naissance, lesquelles peuvent être mises à profit pour débiter le transport (il faut éviter d'accoucher mais on peut délivrer pendant le transport), toute accouchée doit donc être délivrée avant d'arriver en maternité ;
- 2- attendre la reprise des contractions et le décollement spontané du placenta (refouler le fond de l'utérus vers le haut par pression sus-pubienne pour déplisser le segment inférieur, le cordon ne remonte pas si le placenta est décollé), ne jamais tirer sur le cordon ;
- 3- dès le décollement du placenta, réaliser l'expulsion placentaire : faire pousser la femme en position assise (ou en décubitus latéral) ou refouler le fond utérin ou empaumer le fond de l'utérus, en appuyant au cours d'une contraction ;
- 4- récupérer le placenta et les caillots, ne pas les laisser dans le vagin (verticaliser la patiente si besoin) ;
- 5- vérifier l'intégrité du placenta (membranes et cotylédons), le conserver dans un sac ;
- 6- masser l'utérus et rester très vigilant quant à la tonicité utérine et aux saignements ;
- 7- si l'utérus n'est pas tonique et après vérification d'un placenta complet, administrer 10 UI d'oxytocine (Syntocinon®) en perfusion en 30 minutes.

## **Transporter** → l'enjeu : sécuriser la patiente et le nouveau-né

- 1- transporter l'accouchée dans un matelas à dépression, ceinturée (la patiente qui n'a pas accouché doit être transportée allongée dans un matelas à dépression, ceinturée, tête à l'arrière, pieds vers l'avant de la cellule sanitaire afin de pouvoir effectuer des gestes obstétricaux avec moins de contraintes) ; le nouveau-né doit toujours être transporté dans un matériel adapté, sécurisé et fixé (lit-auto, cosy, incubateur...), ne jamais transporter un enfant dans les bras ou posé sur sa mère sans un système de maintien homologué et bien installé ;
- 2- se méfier du retentissement hémodynamique maternel des changements de position (brancardage) et des variations d'accélération ;
- 3- assurer une surveillance continue des paramètres vitaux de la mère et de l'enfant ;
- 4- évaluer régulièrement les pertes sanguines ;
- 5- masser manuellement l'utérus pour vérifier et entretenir la tonicité utérine ;
- 6- adresser la patiente, le nouveau-né, le délivre et les documents médicaux à la maternité de suivi (sauf pathologie relevant d'un autre service : maternité de proximité, service plus spécialisé en néonatalogie ou prise en charge maternelle lourde) préalablement informée ;
- 7- exposer les formalités médico-légales à la patiente (certificat d'accouchement, ≠ déclaration de naissance), y participer lorsqu'on peut témoigner du lien physique mère-enfant (présence lors de l'accouchement, ou cordon non sectionné), le lieu de naissance est celui de l'expulsion et non celui de la délivrance ;
- 8- tracer les actions réalisées pour la mère et pour l'enfant.

## **Bibliographie**

- Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, Société Française de Médecine d'Urgence. Recommandations formalisées d'experts 2010 : obstétrique extra-hospitalière (congrès SFAR 2010 et SFMU 2011). Texte court : Ann Fr Med Urgence 2011 ; 1 : 141-155 ; texte long : [www.sfar.org](http://www.sfar.org) et [www.sfm.u.org](http://www.sfm.u.org)
- Société Française de Médecine d'Urgence, Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations de Pratiques Professionnelles 2022 : prise en charge des urgences obstétricales en médecine d'urgence. <https://www.sfm.u.org/fr/publications/recommandations-de-la-sfm.u>
- Bagou G, Soubeiran M, Hamel V. Accouchement extrahospitalier et complications, Encycl Méd Chir (médecine d'urgence), Paris, juin 2016, article 25-070-B-40 (actualisation à paraître en 2023)
- Bagou G, Goddet S, Le Bail G. Urg'obstétrique. Arnette-JLE, Paris, 2017, 229p.