

Obstétrique en situation d'isolement

Guide pratique à l'usage
des praticiens non spécialistes

2007 – TROISIÈME ÉDITION

Obstétrique en situation d'isolement

Comité éditorial de la troisième édition :

Anne-Sophie Coutin (O), Véronique Grouzard (I),
Myriam Henkens (M), Tonia Marquardt (M)

Avec la participation de :

Béatrice Guyard-Boileau (O), Christine Lebrun (SF), Jean Rigal (M), Myrto Schaefer (M),
Elisabeth Szumilin (M), Françoise Weiss (Ph)

(O) Obstétricien, (M) Médecin, (I) Infirmière, (SF) Sage-femme, (Ph) Pharmacien

Illustrations de Germain Péronne.

Composition et maquette d'Evelyne Laissu.

Avant-propos

Ce guide est destiné aux non-spécialistes de l'obstétrique confrontés à des situations de sous-médicalisation et d'isolement. Il s'agit de dominer l'essentiel de la pathologie, c'est-à-dire sauver la mère, la protéger de séquelles fonctionnelles consécutives à la grossesse, et de faire naître l'enfant dans les conditions les plus favorables.

Ce guide n'a pas l'ambition d'apprendre à ceux qui l'ignorent des diagnostics et conduites à tenir qui réclament un enseignement spécialisé de plusieurs années, basé d'ailleurs essentiellement sur la pratique, mais simplement de rassembler quelques notions susceptibles d'aider ceux qui ont à pratiquer dans des conditions difficiles.

Nous avons jugé nécessaire l'exposé de certaines méthodes qui passent aujourd'hui pour archaïques, comme par exemple la symphysiotomie. A l'inverse, certains aspects, comme par exemple la pelvimétrie radiographique, ont été délibérément omis, non par esprit lacunaire, mais parce qu'ils n'ont pas été considérés comme applicables.

Malgré l'attention portée à sa réalisation, des erreurs ont pu se glisser dans le texte. Les auteurs remercient les utilisateurs, si tel est le cas, de bien vouloir les signaler. Ils rappellent qu'en cas de doute, il appartient au prescripteur de s'assurer que les posologies indiquées dans ce guide sont conformes aux spécifications des fabricants.

Les utilisateurs du guide sont également invités à nous communiquer leurs commentaires et critiques, afin d'assurer à cet ouvrage l'évolution la plus adaptée aux réalités du terrain.

Les remarques sont à adresser à :

Médecins Sans Frontières - Service médical
8 rue St-Sabin - 75544 Paris Cedex 11 - France
Tél. : +33.(0)1.40.21.29.29
Fax : +33.(0)1.48.06.68.68
e.mail : guide.obstetrics@msf.org

Ce guide est également disponible sur le site www.msf.org. Les protocoles de traitement étant en constante évolution, il est recommandé de consulter régulièrement ce site où sont publiées les mises à jour de cette édition.

Utilisation du guide

Organisation générale

Deux moyens simples permettent de trouver rapidement les informations recherchées :

- Un *sommaire* au début du guide avec une numérotation des chapitres ainsi que leurs pages correspondantes.
- Un *index alphabétique* à la fin du guide.

Désignation des médicaments

La dénomination commune internationale (DCI) est utilisée dans ce guide.

Abréviations utilisées

Unité

kg = kilogramme
g = gramme
mg = milligramme
 μ g = microgramme
UI = unité internationale
M = million
ml = millilitre
dl = décilitre

Voie d'administration

PO = per os - orale
IM = intramusculaire
IV = intraveineuse
SC = sous-cutanée

Médicaments

AQ = amodiaquine
AS = artésunate
MQ = méfloquine
SP = sulfadoxine + pyriméthamine
eau ppi = eau pour préparation injectable

Table des matières

1	Diagnostic et surveillance de la grossesse normale	page 9
	Diagnostic de la grossesse (11) Consultations prénatales (14)	
2	Saignements au cours de la grossesse	page 25
	<i>Première moitié de la grossesse :</i> Avortement (27) Grossesse extra-utérine (29) Grossesse molaire (33) Cervicite (34) Hémorragie fonctionnelle (34)	
	<i>Deuxième moitié de la grossesse :</i> Placenta praevia (35) Hématome rétro-placentaire (37) Rupture utérine (40) Synthèse des causes de saignements au cours de la 2 ^e moitié de la grossesse (44)	
3	Pathologies associées à la grossesse et grossesse pathologique	page 45
	Anémie par carence en fer (47) Hypertension gravidique et pré-éclampsie (48) Eclampsie (52) Excès de volume utérin (53) Hydramnios (54) Rupture prématurée des membranes (55) Menace d'accouchement prématuré (57) Mort fœtale in utero (59) Infections bactériennes (60) Infections parasitaires (63) Infections virales (66)	
4	Accouchement normal et procédures habituelles pour quelques incidents ou accidents	page 71
	Accouchement normal (73) Rupture artificielle des membranes (83) Procidence du cordon (85) Circulaire du cordon (87) Ventouse (88) Symphysiotomie (91) Episiotomie (95) Suture du périnée (96) Désinfibulation (100)	
5	Accouchements particuliers	page 101
	Présentation du siège (103) Grossesse gémellaire (110) Grande extraction du siège (112)	

6	Présentation et travail dystociques	page 115
	Dystocie (117) Obstruction du travail (120) Induction du travail (122) Utilisation de l'oxytocine pendant le travail (124) Dystocie des épaules (127) Présentation transversale ou de l'épaule (128) Version par manœuvre externe (131) Version par manœuvre interne (133) Présentation de la face (135) Présentation du front (138)	
7	Délivrance	page 141
	Délivrance normale (143) Hémorragie de la délivrance (146) Inversion utérine (150) Déchirure du col ou du vagin (153)	
8	Manœuvres intra-utérines	page 155
	Précautions communes à toutes les manœuvres intra-utérines (157) Délivrance artificielle (158) Révision utérine (159) Curage digital (160) Aspiration manuelle par le vide (161) Curetage (165) Embryotomie (169)	
9	Soins à l'enfant	page 175
	Premiers soins au nouveau-né (177) Réanimation du nouveau-né (180) Nouveau-né de petit poids (183)	
10	Suites de couches	page 185
	Suites de couches normales (187) Consultations post-natales (188) Complications des suites de couches (190) Contraception (192)	
	Annexes	page 195
	Principaux médicaments utilisés en obstétrique (196) Principales références (216)	
	Index	page 217

CHAPITRE 1

Diagnostic et surveillance de la grossesse normale

Diagnostic de la grossesse	11
Consultations prénatales	14

Diagnostic de la grossesse

Signes

- Le premier signe de la grossesse est l'aménorrhée associée à une augmentation de volume de l'utérus (Figure 1).

Éliminer une autre cause d'aménorrhée : physiologique (allaitement), médicamenteuse (contraception, jusqu'à 3 mois après son arrêt), endocrinienne (troubles thyroïdiens, etc.), psychologique, etc.

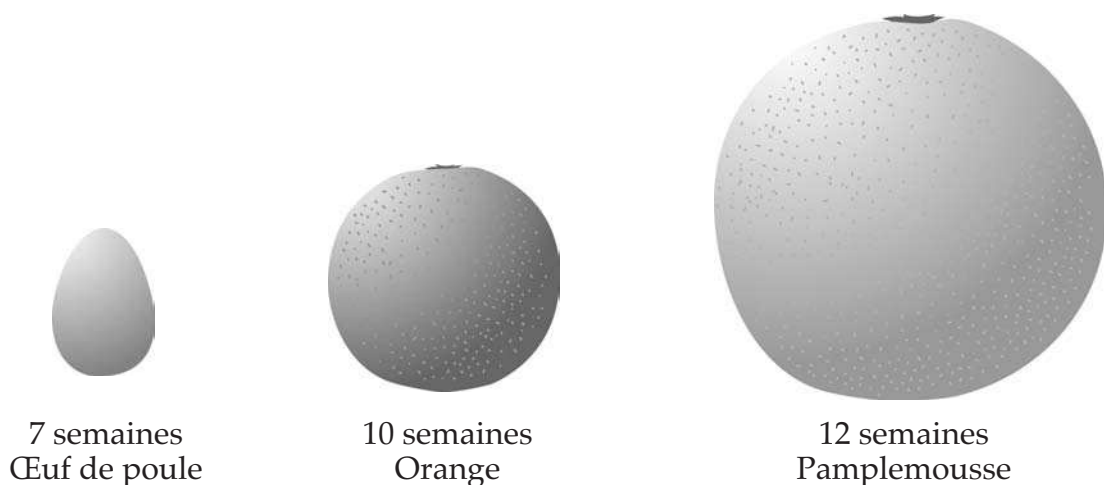


Figure 1

Taille de l'utérus au premier trimestre de la grossesse

- Autres signes :
 - troubles digestifs (nausées et vomissements en début de grossesse)
 - pollakiurie (besoin fréquent d'uriner)
 - somnolence
 - tension mammaire, augmentation du volume des seins, vascularisation, aréole bombante
 - augmentation de la pigmentation cutanée (ligne brune abdominale, mamelons, "masque de grossesse")

Examen clinique

Toucher vaginal associé au palper abdominal, vessie vide (cet examen doit être accepté culturellement) :

- Col ramolli (6 semaines)
- Palper abdominal : la main abdominale perçoit le fond utérin au-dessus de la symphyse, de forme globuleuse, de consistance molle.
- Signe de Noble : le doigt vaginal ne peut s'enfoncer dans le cul-de-sac latéral, l'utérus occupe les culs-de-sac.

- Signe de Hégar (Figure 2) : les doigts vaginaux placés sur l'isthme arrivent facilement au contact des doigts abdominaux car l'utérus est hypermobile et bascule vers l'avant.

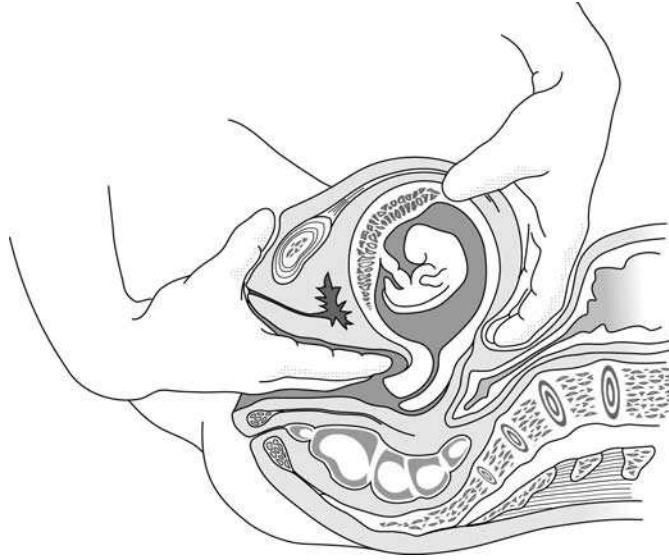


Figure 2
8 semaines : signe de Hégar

Test de grossesse

Le test de grossesse n'est pas utile en routine. Il est indiqué :

- en cas de suspicion de grossesse extra-utérine ou de môle hydatiforme,
- pour un diagnostic précoce de grossesse en vue d'une interruption.

Tableau récapitulatif de la date d'apparition des signes de grossesse

	Semaines d'aménorrhée (SA)										
	0	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40
Test immunologique de grossesse											
Aménorrhée											
Troubles digestifs											
Modifications mammaires											
Pollakiurie											
Modifications du col											
Signe de Hégar											
Palpation abdominale de l'utérus											
Mouvements actifs (multipare)											
Mouvements actifs (primipare)											
Contractions utérines											
Perception des mouvements fœtaux											
Perception des bruits du cœur au stéthoscope de Pinard											
Perception des bruits du cœur au doppler obstétrical											

Consultations prénatales

Objectifs de la surveillance prénatale

- Dépistage et prise en charge de pathologies : hypertension, anémie, paludisme, syphilis, infection urinaire, infection par le HIV, malnutrition, carences en vitamines, etc.
- Dépistage et prise en charge de complications : cicatrice utérine, présentation anormale, rupture prématurée des membranes, grossesse multiple, métrorragies.
- Prévention d'une anémie, du tétanos maternel et néonatal, du paludisme, de la transmission materno-fœtale du HIV.
- Conseil et préparation à l'accouchement.

Rythme des consultations prénatales

Pour une grossesse non compliquée

Dans l'idéal, 4 consultations prénatales :

Consultation 1 : au premier trimestre ou avant la fin du 4^e mois

Consultation 2 : au deuxième trimestre

Consultation 3 : au début du troisième trimestre

Consultation 4 : au cours du 9^e mois

Il n'est pas utile d'augmenter le nombre de consultations prénatales si la femme ne présente pas d'antécédents particuliers et si aucune anomalie n'est mise en évidence lors des consultations.

Bien souvent la patiente ne se présente qu'à partir du second trimestre. Dans ce cas, s'efforcer de réaliser au moins 2 consultations avant l'accouchement.

Pour une grossesse compliquée

Le nombre de consultations prénatales peut être augmenté en fonction des problèmes dépistés (voir page 20).

Contenu des consultations prénatales

1. Interrogatoire (première consultation)

- Contexte social : situation familiale, activité, conditions de vie
- Antécédents obstétricaux et chirurgicaux :
 - nombre de grossesses antérieures
 - accident obstétrical
 - avortement (spontané ou non)
 - enfants vivants et morts
 - césarienne
 - extraction instrumentale
 - fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale

- Antécédents médicaux et traitement en cours :
Hypertension, diabète, asthme, épilepsie, cardiopathie, infection par le HIV, etc.

2. Calcul du terme (première consultation)

- Essayer d'être le plus précis possible :
 - *en semaines d'aménorrhée (SA)* : depuis le premier jour des dernières règles, 40 SA ou 41 SA au total, selon les écoles
 - *en mois* : retirer 3 mois de la date des dernières règles, ajouter une année et 14 jours (date dernières règles + 14 jours + 9 mois)
- Comparer ces résultats à ceux de l'examen clinique car la date des dernières règles est souvent incertaine.

3. Examen clinique

Première consultation

- Tension artérielle (patiente assise, au repos), poids
- Taille (pour les femmes de petite taille uniquement)
- Recherche de douleurs pelviennes, contractions, fièvre, signes urinaires, leucorrhée, métrorragies, anémie, œdèmes, etc.
- Palpation de l'utérus, étude de la présentation (en fonction du terme), recherche de cicatrice abdominale
- Mesure de la hauteur utérine, entre le bord supérieur de la symphyse pubienne et le fond utérin. Pour un âge gestationnel compris entre 4 à 7 mois, la hauteur utérine attendue peut-être estimée en multipliant l'âge gestationnel en mois par 4, par exemple à 4 mois : 16 cm (Figure 3).

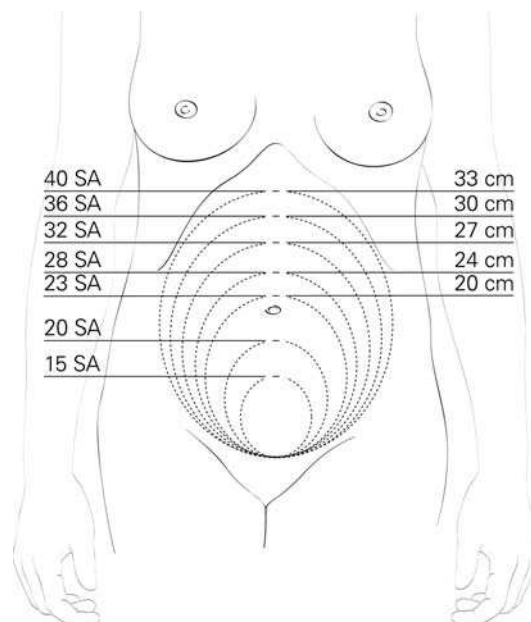


Figure 3

Taille de l'utérus en fonction du nombre de semaines d'aménorrhée

- Recherche des bruits du cœur fœtal.
- Examen du périnée si possible, à la recherche d'une cicatrice, d'un rétrécissement, d'une mutilation.
- Toucher vaginal non systématique. Procéder au toucher vaginal uniquement s'il existe un doute sur le diagnostic de grossesse ou s'il y a présomption ou antécédents de pathologie utérine.

Consultations suivantes

- Tension artérielle, poids, œdèmes
- Recherche de douleurs pelviennes, contractions, fièvre, signes urinaires, leucorrhée, métrorragies, etc.
- Contrôle de l'évolution de la hauteur utérine
- Contrôle des bruits du cœur fœtal et des mouvements actifs

Dernière consultation à proximité du terme

- Tension artérielle, poids, œdèmes
- Recherche de douleurs pelviennes, contractions, fièvre, signes urinaires, leucorrhée, métrorragies, etc.
- Mesure de la hauteur utérine. Elle est de 32 à 35 cm à proximité du terme (Figure 4).

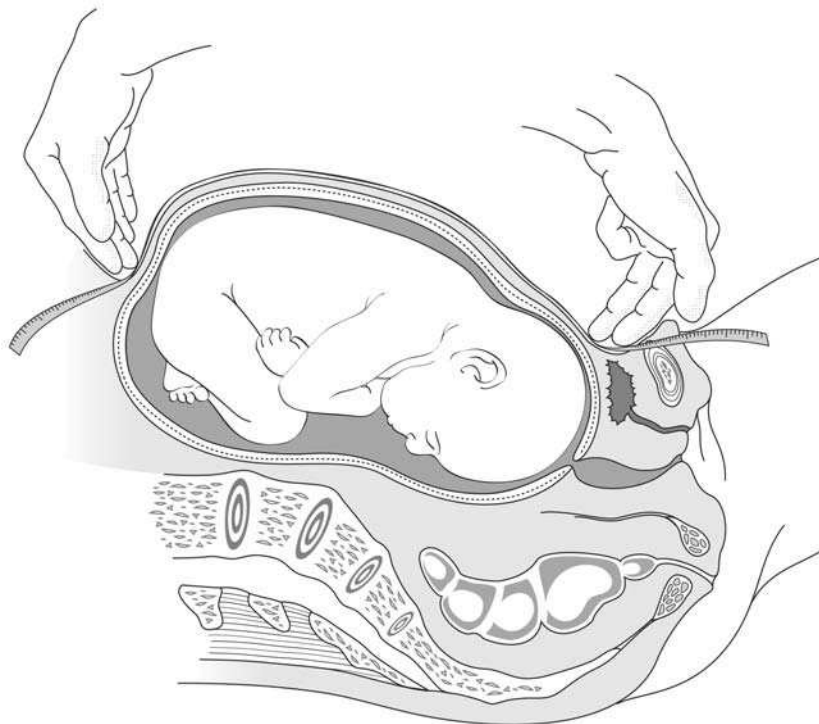


Figure 4
Mesure de la hauteur utérine

- Etude de la présentation fœtale

A la palpation :

- Pôle céphalique : arrondi, dur, régulier, donnant entre les mains une sensation de ballotement, séparé du reste du corps par le sillon du cou, au-delà duquel on palpe la saillie du moignon de l'épaule.
- Pôle pelvien : mou, plus volumineux et moins régulier que le pôle céphalique, sans la présence du sillon du cou.

Définition de la présentation :

- Céphalique : la tête est en bas
- Siège : la tête est dans le fond utérin
- Transverse : les 2 pôles sont chacun dans un flanc

A proximité du terme, prendre des dispositions obstétricales particulières (voir page 20) pour les présentations en siège et transverse.

Se méfier des présentations hautes : possibilité de présentation transverse, obstacle praevia, bassin rétréci.

– Recherche du côté du dos

Appuyer sur le fond utérin vers le bas, pour ployer le rachis du fœtus et explorer les faces latérales de l'utérus. Le dos est palpé comme un plan dur, les membres sont perçus comme de petites saillies irrégulières. Le dos est défini par rapport à la droite ou gauche de la mère.

– Auscultation des bruits du cœur fœtal

Dans la région ombilicale, du côté du dos du fœtus, au niveau de l'épaule.

Ils doivent être réguliers, rapides (120-160/minute), non synchrones du pouls maternel.

– Toucher vaginal (souhaitable à proximité du terme)

- Col : souvent postérieur, atteint du bout des doigts. Il est normalement fermé chez la primipare. L'orifice externe est en général perméable chez la multipare.
- Segment inférieur : partie de l'utérus qui se développe pendant la grossesse entre le corps et le col, évasée et mince, permettant de palper la présentation.
- Présentation : céphalique (dure et régulière), siège (molle et irrégulière). La présentation transverse n'est pas accessible au doigt.
- Situation de la présentation par rapport au détroit supérieur : présentation haute et mobile chez la multipare avant le travail ; présentation fixée, c.-à-d. qu'on ne peut la refouler chez la primipare en début de travail.
- Etude du bassin osseux : de taille réduite si on peut atteindre le haut du sacrum (promontoire) avec les doigts et/ou si on peut suivre les bords latéraux du bassin sur toute leur longueur (Figure 5). Rechercher une asymétrie en cas de boiterie. Un bassin de taille réduite fait craindre une dystocie et une mauvaise accommodation fœto-pelvienne mais ne suffit pas à lui seul à programmer une césarienne d'emblée. Il impose une surveillance étroite du travail avec partogramme (l'accommodation fœto-pelvienne sera appréciée pendant le travail) et un accouchement dans une structure chirurgicale afin de réaliser une césarienne, si nécessaire.

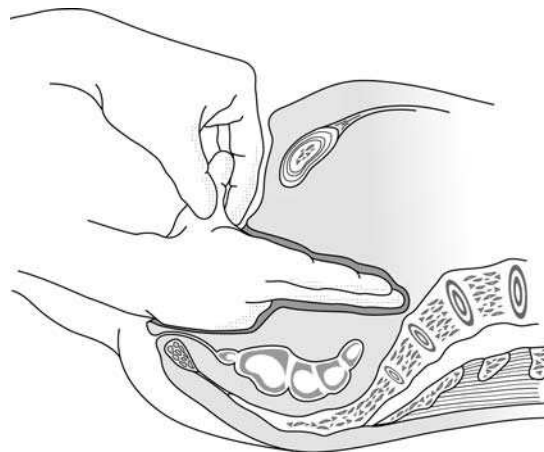


Figure 5

Mesure de la distance promontoire-bord inférieur de la symphyse pubienne.

Le bassin est réduit si l'on atteint le promontoire.

Attention lors de l'examen d'une femme en décubitus dorsal : le poids de l'utérus comprime la veine cave inférieure, ce qui risque d'entraîner un malaise (résolu en plaçant la patiente en décubitus latéral gauche).

4. Prévention et dépistage systématique

Tétanos maternel et néonatal

- Les femmes enceintes non vaccinées contre le tétanos pendant leur enfance ou adolescence doivent recevoir au moins 2 doses de vaccin antitétanique (VAT) avant l'accouchement :
 - la première dose dès la première consultation,
 - la deuxième dose au moins 4 semaines après la première dose et au moins 2 semaines avant la date présumée de l'accouchement.
- Après l'accouchement, poursuivre selon le schéma ci-dessous pour totaliser 5 doses. Une fois administrées, ces 5 doses protègent à vie.

Calendrier vaccinal des femmes enceintes ou en âge de procréer (OMS)

Dose	Calendrier	Niveau de protection
VAT1	Au premier contact avec les services de santé <i>ou dès que possible pendant la grossesse</i>	0%
VAT2	Au moins 4 semaines après VAT1 <i>et au moins 2 semaines avant la date présumée de l'accouchement</i>	80%
VAT3	Au moins 6 mois après VAT2 <i>ou au cours de la grossesse suivante</i>	95%
VAT4	Au moins 1 an après VAT3 <i>ou pendant une autre grossesse</i>	99%
VAT5	Au moins 1 an après VAT4 <i>ou pendant une autre grossesse</i>	99%

Anémie

La grossesse aggrave les anémies par carence en fer et l'anémie augmente le risque de retard de croissance intra-utérin.

- Si possible, doser l'hémoglobine lors de la première consultation prénatale.
- En l'absence d'anémie biologique ($Hg > 11$ g/dl) ou clinique (absence de pâleur des paumes, des conjonctives, de la langue) la prise en charge comprend :
 - 1) une supplémentation en fer + acide folique : comprimé à 200 mg de **sulfate ferreux** (65 mg de fer élément) + 400 µg d'**acide folique** PO : 1 ou 2 comprimés/jour en 1 ou 2 prises selon la prévalence de l'anémie. Le traitement dure au total 3 mois ; en général, il est réparti en trois séries d'un mois.
 - 2) à partir du 2^e trimestre, un traitement présomptif antipaludique en zone endémique, à renouveler au moins une fois (voir *paludisme* ci-dessous).
 - 3) à partir du 2^e trimestre, un traitement antihelminthique en zone endémique : **albendazole** PO : 400 mg dose unique ou **mébendazole** PO : 500 mg dose unique
- En présence d'anémie biologique ($Hg < 11$ g/dl) ou clinique (pâleur des paumes, des conjonctives, de la langue) : voir page 47.

Paludisme

- Réaliser un test rapide à chaque consultation, même en l'absence de signes cliniques.
- Si le test est positif, traiter selon l'épidémiologie locale des résistances aux antipaludiques (voir page 63).
- Si le test est négatif, dans les zones à haut risque d'infection à *P. falciparum* restant sensible à la **sulfadoxine + pyriméthamine (SP)**, un traitement présomptif intermittent à dose curative peut être administré à intervalles réguliers, selon le schéma suivant :

En l'absence d'infection connue par le HIV	Administer 2 traitements au cours de la grossesse 1 ^{er} traitement à partir du début du 2 ^e trimestre 2 ^e traitement à partir du début du 3 ^e trimestre Respecter un intervalle d'au moins un mois entre les 2 traitements.
En cas d'infection connue par le HIV ou si le statut individuel est inconnu mais que la prévalence du HIV dans la région est élevée	Administer 4 traitements au lieu de 2: 1 ^{er} traitement à partir du début 2 ^e trimestre 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e traitement : avant l'accouchement Respecter un intervalle d'au moins un mois entre 2 traitements.
Chez les femmes HIV+ recevant une prophylaxie par cotrimoxazole	Ne pas administrer le traitement intermittent par la SP.

Ce traitement permet de réduire les conséquences du paludisme (anémie maternelle, faible poids de naissance). La posologie de la **SP** pour chaque traitement est de 3 comprimés en une prise unique.

- Dans tous les cas, utiliser une moustiquaire imprégnée d'insecticide.

Syphilis

Le dépistage de la syphilis est un examen essentiel, réalisé lors de la première consultation prénatale, le plus tôt possible au cours de la grossesse. Utiliser un test rapide (Determine®, RPR). Toute femme présentant un test positif doit être traitée immédiatement (voir page 61).

Infection urinaire

Rechercher à chaque consultation une infection urinaire symptomatique ou une bactériurie asymptomatique. Utiliser des bandelettes réactives. Une femme symptomatique ou non, présentant un test positif (présence de leucocytes ET de nitrites) doit être traitée immédiatement (voir page 61).

Infection par le HIV

La consultation prénatale peut être l'occasion d'un dépistage volontaire, c.-à-d. après information et consentement de la patiente. Ce dépistage est utile si l'on peut proposer, en cas de test positif, une prévention de la transmission mère-enfant et un traitement pour la mère (voir page 67).

Carence en vitamines et micronutriments

- Vitamine K1 :
Chez les femmes traitées par un inducteur enzymatique (rifampicine, phénobarbital, phénytoïne, carbamazépine), il est recommandé d'administrer de la **phytoménadione** PO pendant les 15 jours précédant la date présumée de l'accouchement (10 mg/jour).

Cette prévention ne dispense pas de l'administration de vitamine K à l'enfant dès la naissance, en prévention de la maladie hémorragique du nouveau-né (voir page 177).

– Vitamine D :

L'administration de vitamine D en prévention d'une hypocalcémie néonatale peut-être incluse dans certains protocoles nationaux :

colécalciférol (vitamine D3) ou **ergocalciférol** (vitamine D2) PO : 100 000 UI au 6^e ou 7^e mois de grossesse (2 comprimés ou gélules à 50 000 UI dose unique)

– Vitamine A :

L'administration de vitamine A n'est pas indiquée pendant la grossesse (en dehors d'une carence avérée avec xérophtalmie cliniquement décelable).

Une dose unique de rétinol est administrée *après l'accouchement* dans les régions où la carence en vitamine A est endémique (voir page 188).

– Iode :

La carence en iode au cours de la grossesse expose à un risque d'avortement, accouchement prématuré, retard mental et staturo-pondéral majeur chez l'enfant, décès néonatal et infantile. Une supplémentation en iode est nécessaire dans les régions où la carence en iode est endémique. S'informer du protocole national.

Malnutrition

Dans les situations de pénurie alimentaire, il est recommandé de compléter toutes les femmes enceintes tout au long de la grossesse.

En cas de signes de malnutrition, intégrer la femme dans un programme nutritionnel thérapeutique.

5. Grossesses compliquées

Le terme de grossesses « compliquées » désigne les grossesses lors desquelles les risques pour la mère ou l'enfant sont majorés du fait d'une pathologie ou d'un antécédent obstétrical particulier. Elles nécessitent une surveillance renforcée au cours de la grossesse et/ou dispositions particulières en milieu médico-chirurgical au cours de l'accouchement.

Situations nécessitant une surveillance renforcée

Dans ces situations, les risques sont essentiellement majorés pendant la grossesse elle-même, mais pas particulièrement pendant l'accouchement :

- Antécédent d'accouchement prématuré ou d'avortements spontanés répétés (risque de répétition). Conseiller le repos.
- Antécédent de mort in utero ante-partum inexpliquée
- Pathologie évolutive associée, p. ex. infection urinaire haute (risque d'accouchement prématuré), anémie (aggravation possible), etc.

Situations nécessitant des précautions particulières pour l'accouchement

Dans ces situations, les risques sont essentiellement majorés pendant l'accouchement lui-même, mais pas particulièrement pendant la grossesse.

Prévoir un accouchement en maternité avec bloc opératoire si :

- Antécédents d'intervention sur l'utérus (risque de rupture utérine). En cas d'antécédent de césarienne, s'informer de l'indication et, si possible, de la technique.
 - si antécédent de rupture utérine, fistule vésico-vaginale importante, myomectomie, perforation utérine, césarienne corporelle ou plus de 2 césariennes : programmer systématiquement une nouvelle césarienne à 39 SA.

- si le seul antécédent est une césarienne segmentaire inférieure, une nouvelle césarienne n'est pas effectuée d'emblée (mais elle n'est pas exclue).
- Antécédent de symphysiotomie (risque de répétition de la dystocie)
- Antécédent de déchirure du 3^e degré (risque de répétition)
- Présentation du siège ou transverse en fin de grossesse : césarienne systématique en cas de présentation transverse si échec de la version ; césarienne non systématique (mais non exclue) en cas de présentation du siège.

Prévoir un accouchement en maternité si :

- Antécédent de mort in utero en per-partum ou mort dans le 1^{er} jour de vie (risque de répétition)
- Antécédent d'hémorragie lors d'un accouchement précédent (risque de répétition, décès maternel). Ocytocique systématique après l'accouchement.
- Antécédent d'accouchement avec forceps ou ventouse (risque de répétition)
- Taille inférieure à 1,40 m, selon le contexte ethnique (risque de disproportion fœto-pelvienne)
- Primiparité (risque de dystocie)
- Boiterie, luxation de hanche, séquelles de poliomyélite avec asymétrie franche du bassin (risque de dystocie)
- Grande multiparité (risque de rupture utérine, dystocie dynamique, hémorragie par atonie utérine). Ocytocique systématique après l'accouchement.

Remarque : il est indispensable que toutes les maternités sans bloc opératoire mettent en place un système efficace de référence des patientes vers un centre chirurgical.

Situations nécessitant une surveillance renforcée pendant la grossesse ET des précautions particulières pour l'accouchement

- Antécédent d'hématome rétro-placentaire, pré-éclampsie sévère, éclampsie (prévention secondaire par aspirine, voir pages 40, 51, 52)
- Pré-éclampsie (risque d'éclampsie, anomalie de la coagulation, décès maternel, hématome rétro-placentaire, retard de croissance intra-utérin, mort in utero)
- Hémorragie (risque d'accouchement prématuré, souffrance fœtale, mort in utero, anémie ou décès maternels)
- Anémie sévère (risque d'hypotrophie, prématurité, anémie néonatale, vulnérabilité accrue en cas d'hémorragie). Avoir la possibilité de transfuser en cas d'anémie grave au 3^e trimestre
- Grossesse multiple (risque de dystocie, accouchement prématuré, hypertension, diabète, retard de croissance intra-utérin, hémorragie de la délivrance). Conseiller le repos.
- Rupture prématurée des membranes (risque d'infection, accouchement prématuré, mort in utero)

6. Conseil et préparation à l'accouchement

2 approches : séances collectives ou séances individuelles lors des consultations.

Séances collectives

L'approche collective a le mérite de rassembler les femmes, de favoriser les échanges entre elles et de promouvoir l'utilisation des services disponibles. Ces séances collectives font souvent partie du programme national de santé.

Thèmes à aborder en séances collectives :

- Importance et objectifs des consultations prénatales
- Signes de danger durant la grossesse ou l'accouchement et importance du recours rapide aux soins

- Utilisation d'une moustiquaire imprégnée
- Information sur le HIV, les tests de dépistage et la prévention de la transmission mère-enfant s'ils existent.
- Utilisation du « kit d'accouchement »¹ si ce kit est utilisé dans la région
- Importance de la visite post-natale
- Espacement des naissances et planning familial

Séances individuelles

Les séances individuelles ont un impact plus direct sur l'avenir immédiat (planification avec la femme du lieu de naissance p. ex.). Elles permettent de renforcer les messages délivrés en séances collectives, de les compléter par des conseils adaptés à la situation médicale et sociale de la femme et de renforcer la confiance de la femme envers le service et son personnel.

Thèmes à aborder en séances individuelles :

Les thèmes dépendent du stade de la grossesse et de la situation spécifique de la femme. Tous les thèmes abordés en séances collectives méritent d'être repris lors des séances individuelles.

- Conseils adaptés aux préoccupations de la femme et aux problèmes décelés
- Signes de danger durant la grossesse ou l'accouchement et importance du recours rapide aux soins
- Planification de l'accouchement. Insister sur l'importance de l'accouchement en milieu hospitalier pour les femmes qui nécessitent des précautions particulières.
- Planning familial et espacement des naissances, en particulier pour les grandes multipares et les femmes présentant un risque obstétrical.

¹ Kit individuel remis aux femmes qui accouchent à domicile. Il contient un champ plastifié à étendre sur le sol, du savon (pour la toilette génitale de la femme et le lavage des mains de la sage-femme), un fil et une lame de rasoir pour ligaturer et couper le cordon et éventuellement un linge pour sécher l'enfant.

7. Exemple de carte de suivi de grossesse (recto/verso)

<p style="text-align: center;">ACCOUCHEMENT</p> <p>Date : 25 Septembre 2006 Lieu : domicile Type d'accouchement : voie basse, céphalique</p> <p>MÈRE</p> <p>Périnée : intact Délivrance : normale, rapide Traitement reçu : aucun</p> <p>ENFANT</p> <p>Sexe : féminin Poids de naissance : ? Nom : XXXXXXXX Traitement reçu à la naissance : aucun</p>	<p style="text-align: center;">CARTE DE SUIVI DE LA GROSSESSE</p> <p>Nom : XXXXXXXXXX Adresse : camp 2 Age : 28 ans Taille : > 1,50 m</p> <p>Enfants nés vivants : 3 Vivants : 2 Morts : 1 (méningite à 6 mois) Enfants mort-nés : 1 Avortements ou fausses couches : 2 Gestité* : 7 Parité** : 4</p> <p>Premier jour des dernières règles : 1ère semaine janvier 2006 ? Terme présumé : mi-octobre 2006</p> <p>Antécédents médico-chirurgicaux : tuberculose en 2000 (traitée, guérie)</p> <p>Antécédents obstétricaux : hémorragie pendant le travail (cause ?) pour 2ème accouchement (enfant mort-né)</p> <p>Vaccination antitétanique : VAT 1 novembre 2003 VAT 2 janvier 2004 VAT 3 8 avril 2006</p> <p>Autres : sans nouvelles de son mari depuis mars 2006</p>
<p style="text-align: center;">VISITE POST-NATALE</p> <p>Date : 27 Septembre 2006</p> <p>EXAMEN DE LA MÈRE</p> <p>TA 12/6, T° 37,5°C périnée, seins, conjonctives RAS lochies normales</p> <p>Traitement : fer/acide folique 1 cp/jour un mois vitamine A 200 000 UI dose unique Ne souhaite pas de contraception</p> <p>EXAMEN DE L'ENFANT</p> <p>poids 3200g, RAS Allaité au sein</p> <p>Traitement : soin de cordon, vitamine K1, tétracycline ophtalmique</p> <p>Vaccins : BCG, polio (0), hépatite B (1)</p>	

* nombre de grossesses, y compris la grossesse actuelle

** nombre d'accouchements antérieurs

Date	8 avril 06	1 ^{er} juillet 06	12 août 06	9 septembre 06		
Terme en SA ou mois	14 SA	26 SA	32 SA	36 SA		
Poids	56 kg	58 kg	61 kg	62 kg		
TA	10/6	11/7	11/6	12/7		
Signes et symptômes	brûlures urinaires T° 37°C	-	-	quelques contractions		
HU	juste au-dessus du pubis	22 cm	27 cm	30 cm		
MAF	-	+	+	+		
BDC	-	+	+	+		
Présentation	-	-	siège	céphalique		
Examens biologiques	BU : leuco ++ nitrites ++ paracheck (-) test syphilis (-)	BU (-) paracheck (-)	BU (-) paracheck (-)	BU (-) paracheck (-)		
Traitement préventif	fer/acide folique 1 cp/jour 1 mois VAT 3	fer/acide folique 1 cp/jour 1 mois albendazole 400 mg dose unique SP dose 1 (3 cp)	fer/acide folique 1 cp/jour 1 mois ergocalciférol 100 000 UI dose unique SP dose 2 (3 cp)	fer/acide folique 1 cp/jour 1 mois		
Traitement curatif	fosfomycine-trométamol 3 g dose unique	-	-	-		
Divers	cystite, pas de signes d'infection urinaire haute, revenir dans 3 jours si pas d'amélioration		à revoir ++ pour présentation	pas sûre de venir accoucher au centre, kit accouchement et conseils donnés		

CHAPITRE 2

Saignements au cours de la grossesse

Première moitié de la grossesse

Avortement	27
Grossesse extra-utérine	29
Grossesse molaire	33
Cervicite	34
Hémorragie fonctionnelle	34

Deuxième moitié de la grossesse

Placenta praevia	35
Hématome rétro-placentaire	37
Rupture utérine	40
Synthèse des causes de saignements au cours de la 2 ^e moitié de la grossesse	44

Saignements au cours de la première moitié de la grossesse

Rechercher une grossesse devant tout saignement génital chez une femme en âge de procréer (pour le diagnostic de grossesse, voir Chapitre 1).

Les deux diagnostics à évoquer en priorité pendant la première moitié de la grossesse sont l'*avortement* et la *grossesse extra-utérine*.

Avortement

Interruption spontanée ou provoquée de la grossesse avant la fin du sixième mois.

Les avortements provoqués sont souvent clandestins : penser au risque d'infection locale ou de perforation, au tétanos.

Le principal diagnostic différentiel dans ce contexte d'aménorrhée est la grossesse extra-utérine, d'où l'importance de l'examen et de la surveillance.

1. Diagnostic

- Saignements minimes, douleurs pelviennes, col fermé : menace d'avortement
- Saignements plus ou moins abondants, douleurs pelviennes, contractions utérines, expulsion de l'œuf et des annexes ou de débris, col ouvert : avortement en cours

2. Conduite à tenir

Menace d'avortement

- Rechercher la présence de corps étrangers ou de plaie vaginale en rapport avec un avortement provoqué ; éliminer les corps étrangers, nettoyer la plaie ; mettre à jour la vaccination antitétanique.
- Mettre au repos, soit la menace disparaît, soit l'avortement est inéluctable.
- Traiter la douleur si nécessaire : paracétamol ou antispasmodique par voie orale.

Avortement en cours

- Dans tous les cas :
 - prendre le pouls et la TA, évaluer l'importance des saignements ;
 - traiter la douleur : anti-inflammatoire ou antispasmodique par voie orale ou injectable ;

- prévention antitétanique :

	Avortement spontané ou Avortement provoqué sous contrôle médical	Avortement provoqué non médicalisé, avec plaie ou corps étranger
Absence de vaccination ou Statut vaccinal inconnu	Commencer la vaccination antitétanique	Commencer la vaccination antitétanique + Immunoglobulines humaines antitétaniques
Vaccination incomplète	Rappel antitétanique	Rappel antitétanique + Immunoglobulines humaines antitétaniques
Vaccination complète		
<i>Date du dernier rappel :</i> < 5 ans	Aucune prévention	Aucune prévention
5 à 10 ans	Aucune prévention	Rappel antitétanique
> 10 ans	Rappel antitétanique	Rappel antitétanique + Immunoglobulines humaines antitétaniques

- En cas de plaie vaginale, éliminer les corps étrangers, nettoyer.
- En cas d'hémorragie importante :
 - Surveiller pouls, TA, les saignements ;
 - Poser une voie veineuse et une perfusion de Ringer lactate ;
 - Se préparer à une éventuelle transfusion (groupage de la patiente et des donneurs potentiels) ; en cas de transfusion, transfuser du sang testé (au minimum HIV-1, HIV-2, hépatite B, hépatite C).
- En cas d'avortement septique (fièvre, douleurs abdominales, utérus sensible, pertes fétides), associer :

amoxicilline-acide clavulanique (co-amoxiclav) IV : 6 g d'amoxicilline/jour à diviser en 3 injections espacées de 8 heures
 + **gentamicine IM** : 5 mg/kg/jour en une injection
 Poursuivre 48 heures (jusqu'à disparition de la fièvre) puis prendre le relais avec
co-amoxiclav PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises, pour compléter 5 jours de traitement.

ou

ampicilline IV : 6 g/jour à diviser en 3 injections espacées de 8 heures
 + **métronidazole IV** : 1,5 g/jour à diviser en 3 perfusions espacées de 8 heures
 + **gentamicine IM** : 5 mg/kg/jour en une injection
 Poursuivre 48 heures (jusqu'à disparition de la fièvre) puis prendre le relais avec
amoxicilline PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises + **métronidazole PO** : 1,5 g/jour à diviser en 3 prises, pour compléter 5 jours de traitement.

- Selon l'âge de la grossesse :

Avant 10 semaines d'aménorrhée :

L'expulsion est souvent complète, l'évacuation utérine est en général inutile. Surveiller, n'intervenir pour évacuer l'utérus qu'en cas de saignements importants.

Entre 10 et 12 semaines d'aménorrhée :

L'évacuation utérine est plus souvent nécessaire en raison de rétention de débris, source de saignements et d'infection. S'il faut évacuer l'utérus, trois méthodes sont possibles :

- Méthodes instrumentales :
 - aspiration manuelle par le vide (page 161)
 - ou
 - curetage (page 165).

L'aspiration sous anesthésie locale est la méthode de choix. Elle est techniquement plus facile à réaliser, moins traumatique et moins douloureuse que le curetage.

Les services d'obstétrique devraient disposer du matériel d'aspiration ; les médecins et sage-femmes devraient connaître la technique d'utilisation.

- Méthode médicamenteuse :

L'utilisation du **misoprostol** (600 µg PO dose unique) peut permettre d'éviter le geste opératoire.

Il existe cependant un risque d'échec, d'autant plus important que la grossesse est avancée. L'efficacité du traitement (c.-à-d. la vacuité utérine) doit être vérifiée dans les jours suivant la prise. En cas d'échec, le recours à la méthode instrumentale est inévitable.

Au-delà de 12 semaines d'aménorrhée :

Il faut être patient, laisser la poche des eaux intacte, laisser le travail se faire. Le placenta est le plus souvent évacué avec le fœtus. Une partie du placenta peut être retenue. En cas de doute à l'examen du placenta ou en cas d'hémorragie, effectuer un curage digital rapidement après l'expulsion. Ce geste, s'il est différé, devient impossible en raison de la rétraction du col. Il faut alors pratiquer un curetage (voir page 165), avec un risque important de perforation utérine.

- Prévoir par la suite une supplémentation en fer ou, en cas d'anémie, un traitement curatif.

Grossesse extra-utérine

Implantation de l'œuf fécondé en dehors de l'utérus, le plus souvent au niveau de la trompe (Figures 6 et 7), plus rarement au niveau de l'ovaire ou de l'abdomen. Les antécédents de péritonite ou d'infection pelvienne sont des facteurs pré-disposants.



Figure 6 : Grossesse tubaire



Figure 7 : Grossesse ampullaire

3 tableaux cliniques :

- hématosalpinx : collection de sang dans la trompe ;
- hématoçèle : hémorragie progressive avec constitution d'un hématome dans le cul-de-sac de Douglas (Figure 8) et maintien des constantes hémodynamiques ;
- hémopéritoine : épanchement de sang dans le péritoine par rupture de la trompe et ses vaisseaux. C'est le tableau clinique le plus fréquent en zone rurale.

1. Diagnostic

Hématosalpinx

- Aménorrhée de quelques semaines puis saignements ou irrégularité menstruelle, douleurs pelviennes.
- Au toucher vaginal : masse annexielle douloureuse, utérus légèrement augmenté de volume.
- Diagnostic différentiel : salpingite (mais une fièvre modérée peut être présente lors d'une grossesse extra-utérine), kyste de l'ovaire (torsion ou rupture), avortement (mais des caillots peuvent être expulsés lors d'une grossesse extra-utérine).
- Le test de grossesse est intéressant s'il est positif ; négatif, il n'infirme pas le diagnostic.

Hématoçèle

- Aménorrhée puis métrorragies, douleur et pesanteur pelvienne, pollakiurie et dysurie (par compression de la vessie), syncope, fièvre possible.
- Au toucher vaginal : masse pelvienne sans limite nette, de consistance inégale, refoulant l'utérus en avant, plaquant le col contre la symphyse, douleur exquise dans le cul-de-sac de Douglas.
- La ponction du cul-de-sac de Douglas peut ramener du sang noirâtre.

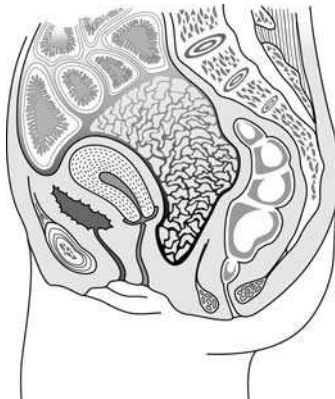


Figure 8
Hématome dans le cul-de-sac de Douglas

Hémopéritoine

- Aménorrhée ou irrégularité menstruelle, saignements.
- Etat de choc : pâleur, soif, pouls filant, tension très basse ou imprenable.
- A l'examen : abdomen distendu, sensible, douleur exquise dans le cul-de-sac de Douglas, masse latéro-utérine douloureuse.
- A l'échographie : épanchement intra-péritonéal, utérus vide.
- En l'absence d'échographie, s'il subsiste un doute, 2 gestes diagnostiques sont possibles : la ponction du cul-de-sac de Douglas et la ponction-lavage du péritoine.

2. Gestes diagnostiques

Ponction du cul-de-sac de Douglas (Figure 9)

- Anesthésie générale (kétamine) ou locale (lidocaïne 1%).
- Badigeon du périnée, du vagin et du col à la polyvidone iodée.
- Saisir la lèvre postérieure du col avec une pince de Pozzi, tandis qu'un aide abaisse la paroi postérieure du vagin avec une valve.
- Ponction la plus horizontale possible du cul-de-sac postérieur du vagin, à l'aide d'une aiguille de gros diamètre et aspiration à l'aide d'une seringue de 20 ml.
- Si la ponction ramène du sang non coagulable, l'hémopéritoine est confirmé.

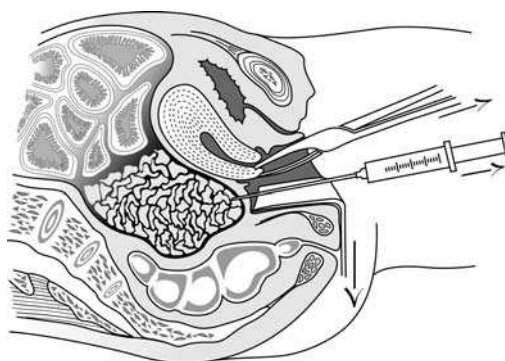


Figure 9

Ponction du cul-de-sac postérieur du vagin

Ponction-lavage du péritoine (contre-indiquée en cas de cicatrice de laparotomie antérieure)

- Sonder la patiente.
- Badigeonner la région ombilicale à la polyvidone iodée.
- Placer un champ stérile troué.
- Faire une anesthésie locale de la peau et du tissu sous-cutané sur un point situé à 1 cm de l'ombilic en dessous et sur la ligne médiane.
- Faire une moucheture au bistouri, jusqu'à l'aponévrose.
- Enfoncer verticalement d'un coup sec le trocart (Figure 10), juste pour traverser la paroi, puis retirer le mandrin et enfoncer le trocart vers le pelvis. A défaut de trocart, utiliser un cathéter, le plus gros et le plus long possible.

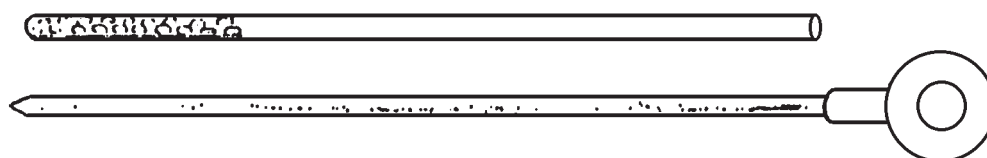


Figure 10

Trocart à ponction-lavage du péritoine

- Brancher la perfusion de Ringer lactate sur le dispositif, passer la solution en 10 à 15 minutes. Bien faire diffuser le liquide en changeant la position de décubitus de la patiente (Figure 11).

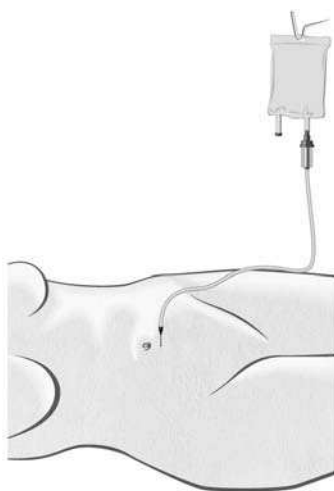


Figure 11
Injection intra-péritonéale de Ringer lactate

- Recueillir le liquide par siphonnage :
 - Si le liquide est clair, il n'y a pas d'hémopéritoine : retirer le trocart, fermer la peau, surveiller la patiente.
 - Si le liquide revient rosé malgré les changements de position du trocart et de la patiente, débrancher la perfusion, fixer le trocart à la peau, le couvrir d'un pansement stérile. Le lavage est renouvelé à la demande, selon l'évolution clinique, sous surveillance.
 - Si le liquide est franchement sanglant, l'hémopéritoine est confirmé : faire une laparotomie en urgence.

3. Conduite à tenir

- Prendre le pouls et la TA, évaluer l'importance des saignements.
- Poser une voie veineuse et une perfusion de Ringer lactate.
- Se préparer à une éventuelle transfusion (groupage de la patiente, des donneurs potentiels) ; en cas de transfusion, transfuser du sang testé (au minimum HIV-1, HIV-2, hépatite B, hépatite C).
- Evacuer rapidement vers un centre chirurgical pour laparotomie en urgence.
- En cas d'hémorragie importante, s'il n'y a pas de donneur, une autotransfusion peut être envisagée. Le sang est recueilli lors de la ponction-lavage du péritoine ou lors de la laparotomie.

Lors de la ponction-lavage : brancher sur le montage une poche à sang citratée pour récupérer le sang de l'hémopéritoine, en évitant de laisser passer de l'air dans la tubulure.

Lors de la laparotomie : un chirurgien isolé doit prévoir une boîte stérile contenant une louche et un flacon en verre muni d'un bouchon de caoutchouc. Au lieu d'aspirer le sang de l'hémopéritoine, on le recueille à la louche, puis on le filtre pour retirer les caillots, au travers d'une compresse stérile posée sur le flacon en verre. Le sang est ensuite transféré dans une poche à sang citratée. Pour verser le sang, désinfecter puis ouvrir le fond de la poche à l'aide d'une lame stérile, la remplir, refermer la poche et transfuser la patiente.

En cas de suspicion d'infection (p. ex. en cas de rupture utérine), l'autotransfusion est formellement contre-indiquée.

Grossesse molaire

Grossesse pathologique due à une dégénérescence kystique du placenta, fréquente en Asie et en Afrique du Nord. La môle se présente sous forme de vésicules translucides d'1 à 2 cm de diamètre, reliées par des filaments, comme une grappe de raisin. Le plus souvent, pas de fœtus ni de poche des eaux (Figure 12).

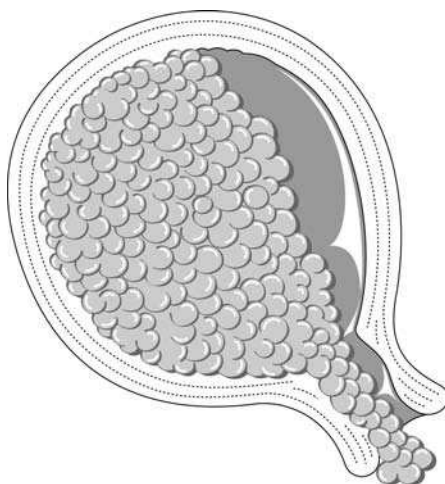


Figure 12
Môle

1. Diagnostic

Avant l'avortement

- Hémorragies spontanées d'importance variable.
- Utérus trop gros et trop mou pour le terme.
- Au 5^e mois, absence de bruits du cœur fœtal, pas de mouvements actifs, pas de pôles fœtaux.
- Nausées, vomissements.
- Œdème, protéinurie, hypertension artérielle possible, si la grossesse est avancée.
- Parfois : émission de vésicules lors des épisodes hémorragiques, gros ovaires, amaigrissement, sub-ictère.

Avortement

Lent, fragmentaire, incomplet et parfois très hémorragique, avec émission de vésicules.

2. Conduite à tenir

- Prendre le pouls et la TA, évaluer l'importance des saignements.
- Poser une voie veineuse et une perfusion de Ringer lactate.
- Se préparer à une éventuelle transfusion (groupage de la patiente, des donneurs potentiels) ; en cas de transfusion, transfuser du sang testé (au minimum HIV-1, HIV-2, hépatite B, hépatite C).
- Evacuer la môle par aspiration ou curage digital ou curetage doux, sous couvert d'une injection d'**oxytocine** pour réduire le risque de perforation (la paroi utérine est très fine et fragilisée). L'évacuation utérine ne doit laisser aucun débris. Voir Chapitre 8.

- Traitement contraceptif oral ou injectable pendant au moins 1 an.
- Surveillance à distance (à partir du 3^e mois) :
 - Test de grossesse tous les mois pendant 3 mois, puis tous les 2 mois pendant un an. S'il est positif, refaire une évacuation utérine.
 - Récidives d'hémorragie : évacuation utérine, transfusion.

Dans environ 10 % des cas, la môle évolue en maladie trophoblastique persistante ou en chorio-épithéliome et doit faire envisager une chimiothérapie et/ou une hystérectomie.

Cervicite

1. Diagnostic

- Saignement peu abondant.
- Col rouge, inflammatoire, infecté (issue de pus)
- Vaginite associée possible (écoulement vaginal fétide)

2. Conduite à tenir

Traiter la cervicite (voir *gonococcie génitale*, page 61).

Il peut s'agir d'une lésion plus grave (dysplasie, cancer).

Le col peut avoir un aspect extrêmement inquiétant pendant la grossesse. Il ne faut pas trop s'alarmer, ni porter hâtivement le diagnostic de cancer. En cas de doute, revoir la patiente 3 mois après l'accouchement pour ré-examiner le col.

Hémorragie fonctionnelle de début de grossesse

C'est un diagnostic d'élimination.

1. Diagnostic

- Saignements minimes
- Volume utérin normal, col fermé, long, postérieur ; pas de masse latéro-utérine

2. Conduite à tenir

Repos, pas de traitement médicamenteux

Saignements au cours de la deuxième moitié de la grossesse

Trois diagnostics mettent en jeu rapidement la vie de la mère et de l'enfant : le *placenta praevia*, l'hématome rétro-placentaire et la rupture utérine.

Ces situations relèvent d'une hospitalisation en milieu chirurgical, même si :

- une rupture utérine consommée laisse très peu de temps ;
- des conditions de transport difficiles peuvent aggraver l'hémorragie, surtout si le travail s'est déclenché.

Pour l'évacuation, la femme est perfusée et accompagnée de membres de sa famille susceptibles de donner leur sang.

Quelle que soit la cause des saignements, l'échographie, lorsqu'elle est disponible, est utile pour vérifier :

- la vitalité fœtale ;
- la position du placenta (permet de confirmer ou d'éliminer un *placenta praevia*).

En revanche, elle permet rarement de visualiser un hématome rétroplacentaire, même pour un professionnel confirmé.

Elle n'est pas un outil de diagnostic de la rupture utérine.

Placenta praevia

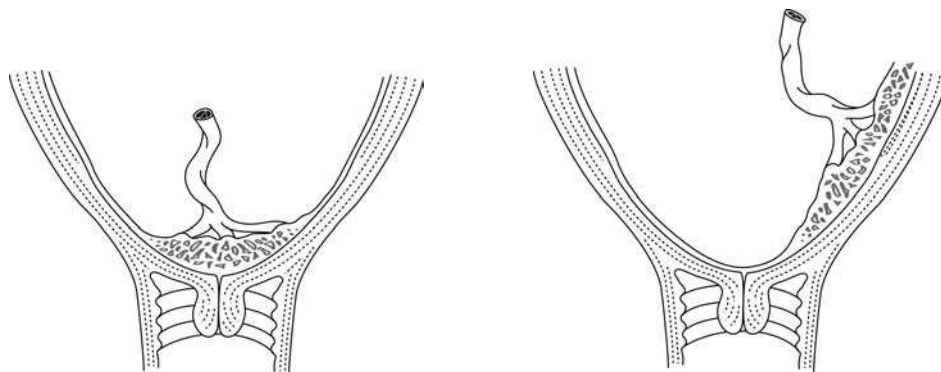
Insertion anormale du placenta situé sur le segment inférieur au lieu d'être fixé sur le fond utérin. Même dans de bonnes conditions (possibilité de transfusion, milieu chirurgical de qualité), la mortalité maternelle et fœtale est importante.

On distingue :

- Le *placenta praevia recouvrant* (Figure 13a), qui obstrue entièrement l'orifice interne du col.
- Le *placenta praevia partiel*, qui obstrue partiellement l'orifice interne du col.

Dans ces 2 cas, l'accouchement par voie basse est impossible.

- Le *placenta marginal* (Figure 13b), qui atteint l'orifice interne sans le recouvrir.



13a : Recouvrant

13b : Marginal

Figures 13
Placenta praevia

1. Diagnostic

Chez une femme enceinte de plus de 5 mois :

- Hémorragie brutale de sang rouge associée à des contractions utérines (que la femme ne ressent pas toujours).
- Présentation souvent élevée, refoulée par le placenta ; utérus souple.
- Bruits du cœur fœtal perçus en général.
- L'examen prudent au spéculum montre du sang s'écoulant par l'orifice cervical.
- **Le toucher vaginal doit être extrêmement prudent**, pour ne pas déclencher d'hémorragie cataclysmique.
Il peut mettre en évidence une déviation du col et une déformation du segment inférieur par le placenta praevia. On ne perçoit pas le contact dur de la présentation fœtale, mais une masse spongieuse, le «matelas placentaire».
Il faut préciser, dans la mesure du possible, si le placenta est perçu dans toute la surface du col ou seulement sur une partie du col.
Dès lors que le diagnostic est posé, il ne faut plus refaire de toucher vaginal.
- Si l'échographie est disponible, elle permet d'éviter le toucher vaginal.

2. Conduite à tenir

- Prendre le pouls et la TA, évaluer l'importance des saignements.
- Poser une voie veineuse et une perfusion de Ringer lactate.
- Selon l'importance de l'hémorragie, se préparer à une éventuelle transfusion (groupage de la patiente, des donneurs potentiels) ; en cas de transfusion, transfuser du sang testé (au minimum HIV-1, HIV-2, hépatite B, hépatite C).

Le travail n'est pas déclenché et l'hémorragie est minime :

Repos et surveillance

Le travail n'est pas déclenché et l'hémorragie est importante :

Tenter une tocolyse pour réduire contractions et saignements. Simultanément, organiser un transfert en milieu chirurgical : si une hémorragie importante persiste, la césarienne est indiquée, quelle que soit la position du placenta.

Attention au risque d'aggravation de l'hémorragie si les conditions de transport sont difficiles.

Le travail est déclenché :

- Le placenta est recouvrant et/ou l'hémorragie est importante : césarienne.
- Le placenta est marginal et l'hémorragie est peu importante : tenter un accouchement par voie basse ; rompre les membranes dès qu'elles sont accessibles, de manière à ce que la tête fœtale comprime le placenta et interrompe le saignement.
Attention aux hémorragies de la délivrance, particulièrement fréquentes dans ce contexte : ne pas hésiter à effectuer délivrance artificielle et révision utérine puis à injecter systématiquement de l'oxytocine.

En cas d'impossibilité de recours chirurgical rapide, deux méthodes exceptionnelles sont à retenir :

- En cas de placenta recouvrant, si le fœtus est mort, tenter, à dilatation complète, une délivrance manuelle, en pratiquant un clivage avec le bord cubital de la main ; puis accouchement du fœtus mort, avec ventouse si nécessaire.
- Induction ou renforcement du travail par l'oxytocine, pour permettre une dilatation du col, donc un accès aux membranes.

Hématome rétro-placentaire

Hématome entre le placenta et la paroi utérine, se constituant par décollement prématuré du placenta normalement inséré, avant l'expulsion du fœtus. Il entraîne chez la mère des troubles de l'hémostase avec un risque d'hémorragie secondaire sévère.

L'évacuation utérine (voie basse ou césarienne) est une urgence vitale pour la mère et le fœtus, quel que soit le terme de la grossesse.

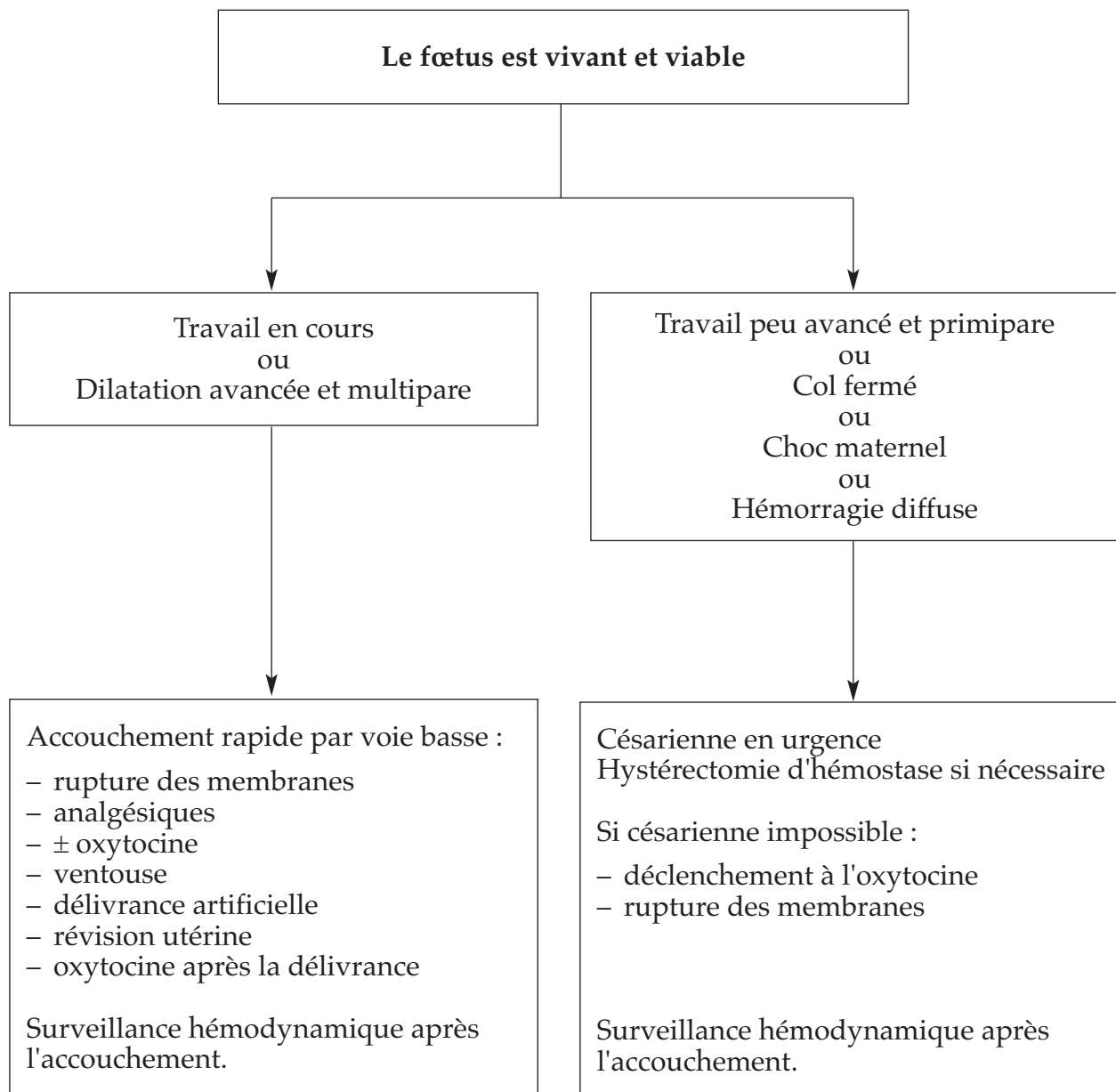
1. Diagnostic

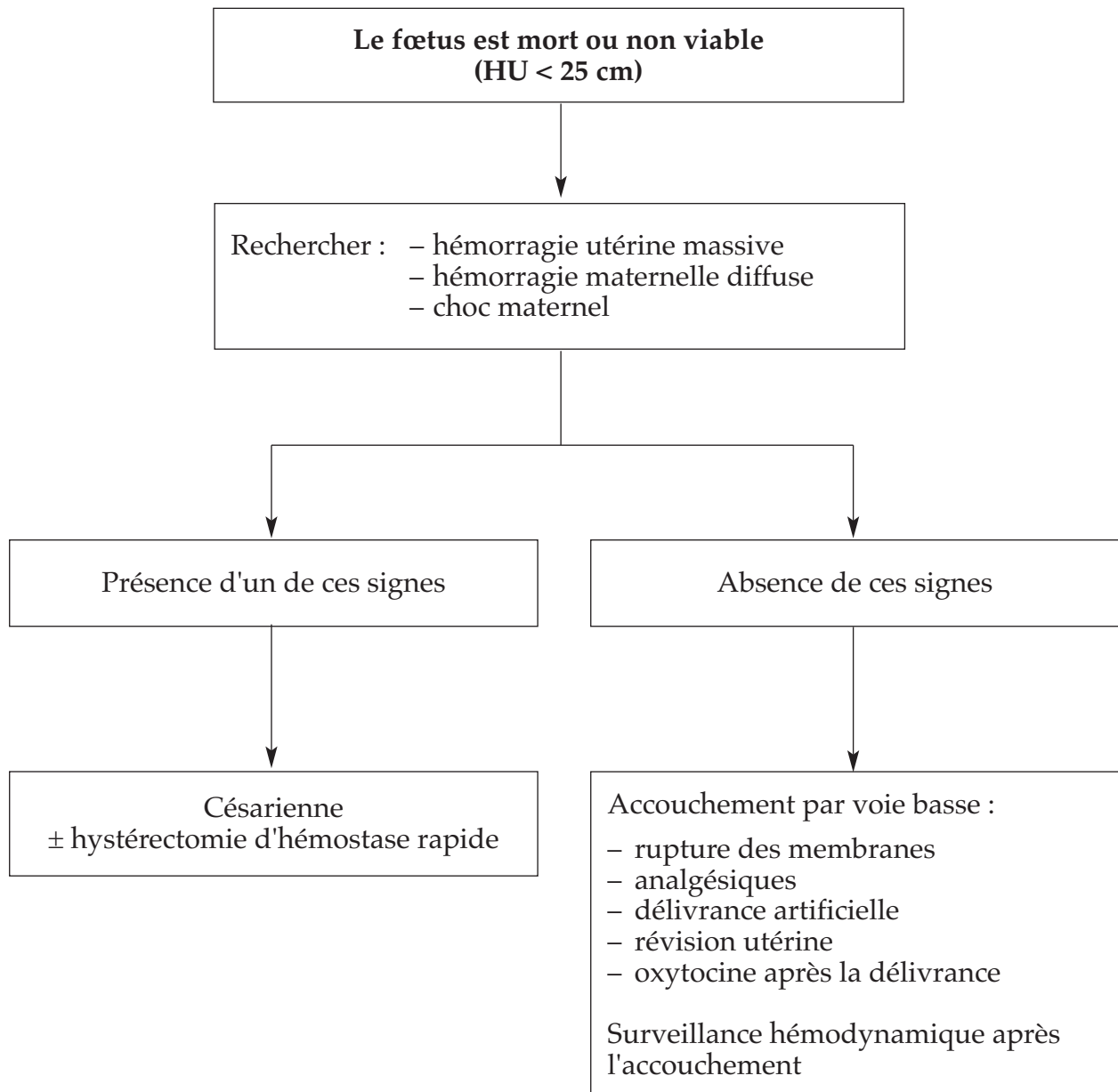
- Douleur abdominale brutale, intense, continue.
- Hémorragie brutale de sang noirâtre, peu abondant.
- Etat de choc : pouls rapide ou filant, TA très basse ou imprenable.
- Utérus « de bois », dur, contracté en permanence.
- Souvent, disparition des bruits du cœur fœtal.
- Lors de la rupture des membranes, le liquide est rouge, de façon homogène.

Ce tableau clinique survient souvent dans le cadre d'une pré-éclampsie. Le tableau est parfois incomplet : saignements absents, pas de contracture, fœtus vivant.

2. Conduite à tenir

- Prendre le pouls et la TA, évaluer l'importance des saignements.
- Poser une voie veineuse et une perfusion de Ringer lactate.
- Se préparer à une éventuelle transfusion (groupage de la patiente, des donneurs potentiels) ; en cas de transfusion, transfuser du sang testé (au minimum HIV-1, HIV-2, hépatite B, hépatite C).
- Ne pas prescrire de salbutamol pour relâcher la contracture utérine.
- L'évacuation vers un centre chirurgical est le plus souvent nécessaire.
- Dans tous les cas, délivrance artificielle, révision utérine puis injection d'oxytocine.
- Transfusion de sang total en cas d'hémorragie incoercible de la délivrance (l'absence de caillot indique une perturbation de l'hémostase).
- Envisager une chirurgie d'hémostase si l'hémorragie persiste.





3. Prévention lors des grossesses ultérieures

Il existe un traitement prophylactique permettant de diminuer le risque de récurrence lors de la grossesse suivante : **acide acétylsalicylique** PO, 100 mg/jour à débuter dès 12 SA et à poursuivre jusqu'à 36 SA. Si ce traitement peut être mis en œuvre, informer la femme qu'elle doit consulter dès le début de la grossesse suivante. Il est inutile de débuter ce traitement si la patiente consulte après 20 semaines d'aménorrhée.

Rupture utérine

Déchirure de la paroi utérine, dans la majorité des cas au cours du travail. La rupture utérine doit normalement être évitée par la surveillance de l'évolution du travail et l'utilisation rationnelle et contrôlée de l'oxytocine.

1. Circonstances de survenue

- Après un travail long, en particulier chez les primipares présentant une dystocie.
- Multipare (> 6 accouchements).
- Utilisation abusive d'oxytocine «forçant» l'utérus.
- Antécédent de chirurgie de l'utérus : césarienne, surtout corporelle (Figure 14), perforation utérine, myomectomie.

Une césarienne unique segmentaire (incision utérine transversale basse sur le segment inférieur) n'est pas en soi une indication de césarienne itérative. L'accouchement doit toutefois avoir lieu dans une structure chirurgicale, sous surveillance étroite.

Plus de 2 césariennes ou une césarienne corporelle (incision utérine verticale) ou un antécédent de rupture utérine sont des indications de césarienne itérative programmée (vers 39 SA), compte tenu du risque important de rupture utérine.

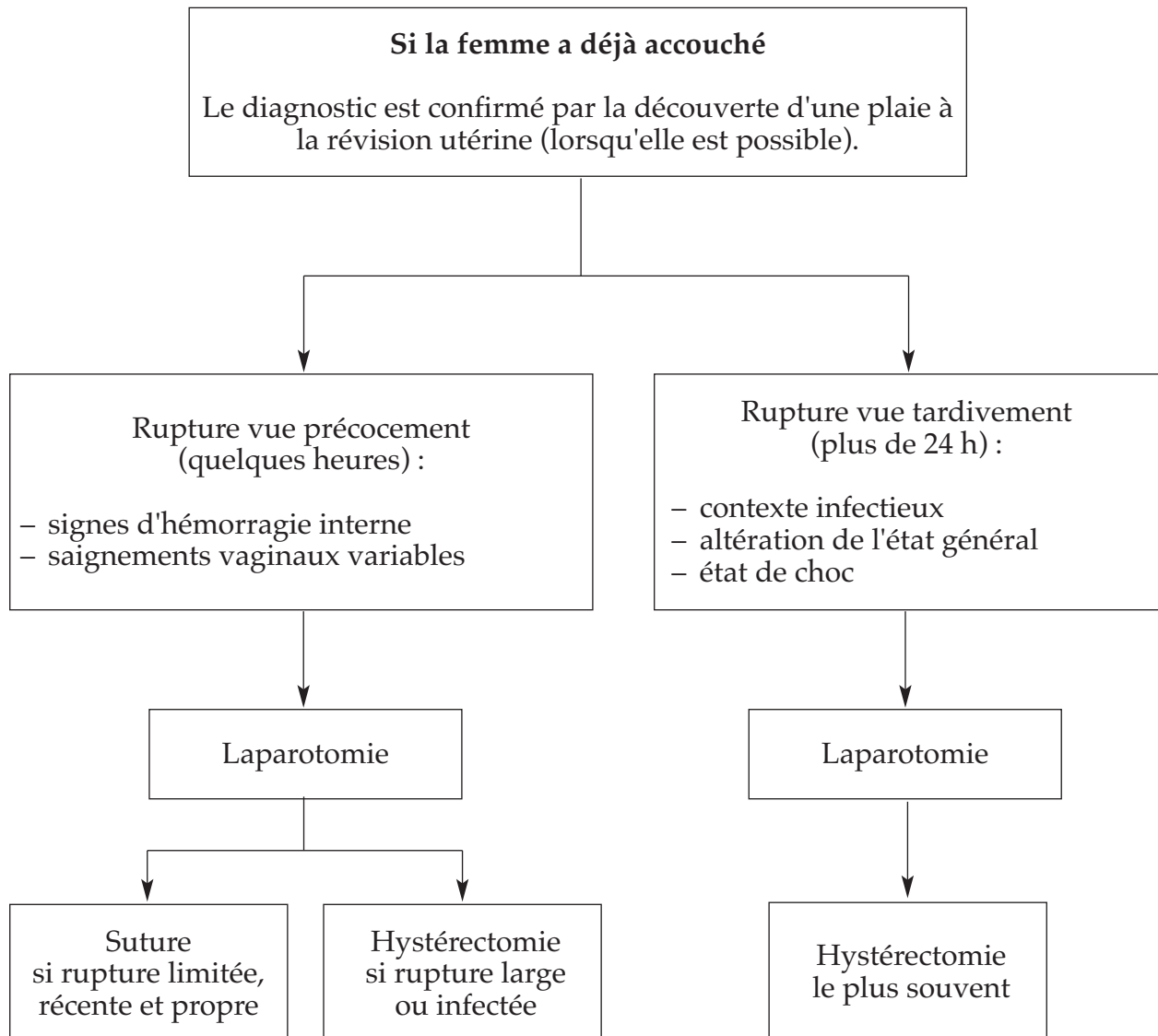


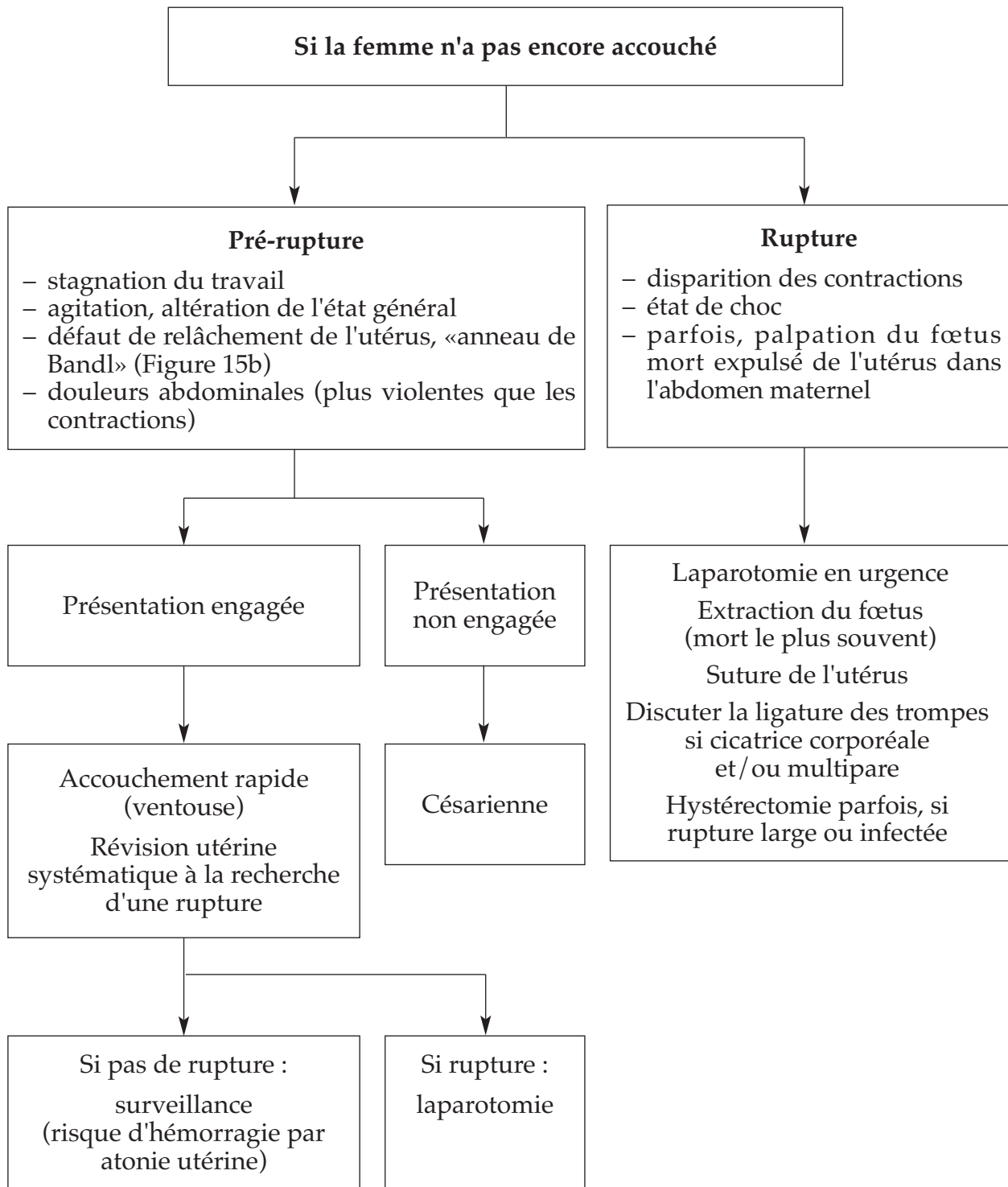
Figure 14

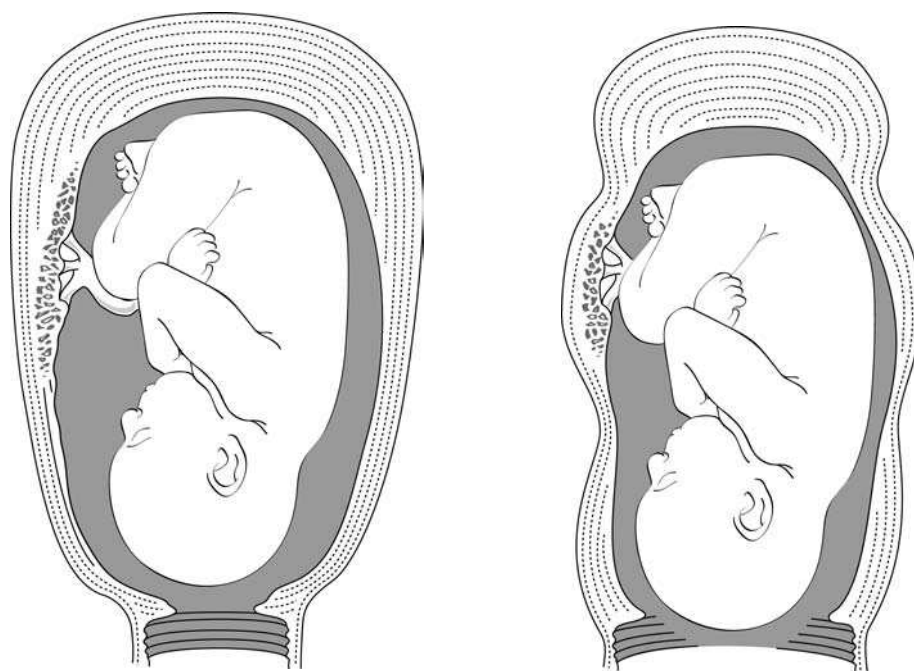
Rupture utérine fréquente sur cicatrice de césarienne corporelle

2. Diagnostic et conduite à tenir

La rupture peut être diagnostiquée au cours du travail ou après l'accouchement.







15a : Paroi utérine
lors d'une contraction

15b : Pré-rupture : utérus en sablier
«anneau de Bandl»

Figures 15

Palpation abdominale des contours utérins permettant le diagnostic de pré-rupture

Pour la laparotomie, préférer la voie médiane sous-ombilicale (meilleure exposition), parfois prolongée en para-ombilicale.

Si la rupture est complète, c.-à-d. qu'elle intéresse toute la paroi utérine, avec un utérus pratiquement éclaté, qu'elle date de plusieurs heures et que l'infection amniotique est patente : hystérectomie subtotale inter-annexielle.

Si la rupture est complète mais que la plaie est nette, limitée, récente, sans contusion périlésionnelle importante, sans infection amniotique patente : tenter la réparation. La brèche est le plus souvent segmentaire, antérieure et basse. Pour extraire l'enfant, élargir cette brèche comme pour une césarienne. Ensuite, avant de suturer le muscle utérin, recouper éventuellement les berges pour les régulariser. Selon l'étendue des lésions et les antécédents obstétricaux, discuter d'une ligature des trompes.

En cas de plaie latérale du segment inférieur, disséquer le ligament large, à la recherche d'une plaie de l'artère utérine qui doit être suturée.

Si la rupture est incomplète, c.-à-d. sous-péritonéale, le péritoine est soulevé par un hématome qu'il faut disséquer. Vérifier l'intégrité de la vessie.

Causes de saignements au cours de la 2^e moitié de la grossesse (synthèse)

	Placenta praevia	Hématome retro-placentaire	Rupture utérine
Antécédents			
	<ul style="list-style-type: none"> – Grossesse gémellaire – Césarienne – Saignements lors d'une grossesse antérieure 	<ul style="list-style-type: none"> – Pré-éclampsie – Primipare 	<ul style="list-style-type: none"> – Travail long – Primipare – Dystocie – Multipare (> 6) – Césarienne – Abus d'oxytocine
Signes cliniques			
Saignements	<ul style="list-style-type: none"> – Sang rouge – Saignements sans douleur, spontanés ou après TV ou après rapports sexuels 	<ul style="list-style-type: none"> – Saignements sans signe d'alerte – Hémorragie peu abondante de sang noir ou hémorragie soudaine de sang rouge – Saignements accompagnés d'une douleur sévère et constante dans l'utérus et le bas du dos 	Variable
Choc hémorragique	<ul style="list-style-type: none"> – Perte de sang visible – Choc proportionnel à l'importance de l'hémorragie 	<ul style="list-style-type: none"> – Perte de sang pas toujours visible – Choc non proportionnel à l'importance de l'hémorragie extériorisée (saignement intra-abdominal) – Hémorragies diffuses 	<ul style="list-style-type: none"> – Perte de sang pas toujours visible – Choc non proportionnel à l'importance de l'hémorragie extériorisée (saignement intra-abdominal)
Utérus	<ul style="list-style-type: none"> – Utérus souple – Les contractions, si présentes, sont intermittentes – Fœtus en position haute et mobile 	<ul style="list-style-type: none"> – Contraction douloureuse et continue (utérus «de bois») – Position fœtale difficile à déterminer (car utérus dur et présence d'hématome) 	Fœtus parfois expulsé dans l'abdomen : utérus est rétracté en boule, fœtus senti sous la peau
Toucher vaginal (TV)	Placenta souple et spongieux Ne réaliser qu'un seul TV prudent	Col souvent fermé Le TV n'aide pas à diagnostiquer un hématome rétro-placentaire	
Bruits du cœur fœtal	Normaux en l'absence de choc maternel	Absents ou faibles	Absents ou faibles

Pathologies associées à la grossesse et grossesse pathologique

Anémie par carence en fer	47
Hypertension gravidique et pré-éclampsie	48
Éclampsie	52
Excès de volume utérin	53
Hydramnios	54
Rupture prématurée des membranes	55
Menace d'accouchement prématuré	57
Mort fœtale in utero	59
Infections bactériennes	60
Infections parasitaires	63
Infection virales	66

Anémie par carence en fer

L'anémie est définie par un taux d'hémoglobine inférieur à 11 g/dl (inférieur à 10,5 g/dl à partir du 6^e mois de grossesse).

La grossesse aggrave les anémies préexistantes dues à une carence nutritionnelle ou au paludisme par exemple.

L'anémie augmente le risque de retard de croissance intra-utérin et de prématurité ; elle accroît la vulnérabilité en cas d'hémorragie (de la délivrance notamment).

3

Diagnostic

- Pâleur des conjonctives, muqueuses, paumes et plantes ; asthénie, vertiges, tachycardie, souffle cardiaque
- Mesurer si possible le taux d'hémoglobine.
- Signes de sévérité : pâleur intense, léthargie, dyspnée, hémoglobine < 7 g/dl

Traitement

En cas d'anémie, traitement curatif de 3 mois :

sulfate ferreux (cp 65 mg de fer élément) PO : 2 ou 3 comprimés/jour à diviser en 2 ou 3 prises

+ **acide folique** (cp à 5 mg) PO : 1 comprimé/jour en une prise
ou, à défaut :

sulfate ferreux + acide folique (cp combiné à 65 mg de fer élément + 400 µg d'acide folique) PO : 2 ou 3 comprimés/jour à diviser en 2 ou 3 prises

En zone endémique, associer :

- Un traitement antihelminthique à partir du 2^e trimestre (voir page 18)
- Un traitement antipaludique présomptif (voir page 19) ou curatif (voir page 63).

En cas d'anémie sévère au 3^e trimestre :

Prévoir un accouchement dans une structure capable de surveiller correctement la délivrance et de réaliser une délivrance dirigée ou une délivrance artificielle/révision utérine en cas d'hémorragie sur anomalie de la délivrance placentaire, ou une transfusion.

Compte tenu des risques d'hémorragie et de décompensation rapide lors de l'accouchement, discuter une transfusion préalable chez une femme dont l'hémoglobine est < 7 g/dl, même si l'anémie est relativement bien tolérée.

Comme pour toute transfusion, vérifier la compatibilité groupe-Rhésus et effectuer les tests pré-transfusionnels du donneur (HIV-1 et HIV-2, hépatites B et C, syphilis, paludisme en zone endémique).

Traitement préventif

Au cours de la grossesse, les besoins en fer sont augmentés, ce qui justifie un apport systématique en fer (voir page 18).

Hypertension gravidique et pré-éclampsie

Normalement, l'état gravidique diminue la tension artérielle (TA). L'hypertension artérielle (HTA) se définit chez la femme enceinte par une TA supérieure ou égale 140/90 mmHg. La TA doit être vérifiée plusieurs fois, en position assise et au repos.

L'HTA chronique se définit comme une hypertension antérieure à la grossesse ou apparaissant avant 20 semaines d'aménorrhée.

L'HTA gravidique se définit comme une hypertension isolée, sans protéinurie, apparaissant à partir de la 20^e semaine d'aménorrhée.

On parle de pré-éclampsie lorsque l'HTA gravidique est associée à une protéinurie. La pré-éclampsie comporte un risque important d'hypotrophie fœtale, souffrance fœtale, mort in utero, hématome rétro-placentaire et éclampsie.

Le traitement anti-hypertenseur a pour objectif de prévenir les complications maternelles d'une HTA sévère. Il est institué à partir de 180/110 mmHg ; l'objectif est d'approcher 140/90 mmHg. Le pronostic fœtal n'est pas amélioré par le traitement anti-hypertenseur.

Le traitement de l'HTA chez la femme enceinte doit être conduit avec douceur car il est indispensable de préserver la perfusion placentaire. Il faut éviter à tout prix une chute trop brutale de la TA.

Signes cliniques de la pré-éclampsie

- Le plus souvent, TA élevée avec diastolique constamment ≥ 90 mmHg
- Protéinurie ($\geq ++$ à la bandelette urinaire), urines sombres, peu abondantes
- Œdèmes (jambes, mains) d'apparition brutale ou rapidement aggravés

Signes cliniques de pré-éclampsie sévère

- TA diastolique ≥ 110 mmHg, persistante malgré traitement
- Protéinurie supérieure à 3,5 g/jour ($\geq +++$ à la bandelette urinaire)
- Oligurie (diurèse inférieure à 400 ml/jour ou 30 ml/heure)
- Hyperréflexie ostéotendineuse
- Douleurs épigastriques en barre, nausées, vomissements
- Œdèmes importants, oedème de la face, oedème pulmonaire
- Céphalées intenses, non calmées par le paracétamol
- Bourdonnements d'oreille, troubles visuels

Conduite à tenir en cas d'HTA isolée

- Repos et surveillance : TA, poids ; recherche d'œdèmes et de protéinurie
- Mesure de la hauteur utérine (risque d'hypotrophie fœtale)
- Alimentation normosodée et normocalorique
- Dès l'apparition d'une protéinurie : prendre en charge une pré-éclampsie
- Ne pas arrêter les contractions utérines si elles surviennent, laisser accoucher.

- Si TA diastolique est ≥ 110 mmHg, traitement antihypertenseur :
méthyldopa PO :
 500 à 750 mg/jour à diviser en 2 ou 3 prises pendant 2 jours puis augmenter si nécessaire, par paliers de 250 mg tous les 2 à 3 jours, jusqu'à atteindre la posologie efficace, habituellement autour de 1,5 g/jour. Ne pas dépasser 3 g/jour.
 ou
aténolol PO :
 50 à 100 mg/jour en une prise le matin
 Si la mère reçoit de l'aténolol, surveiller le nouveau-né pendant au moins 72 heures après l'accouchement (risque d'hypoglycémie, bradycardie et détresse respiratoire).
 En cas d'échec, ces médicaments peuvent être associés. Ne pas interrompre brutalement le traitement.
 Les diurétiques et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (captopril, énalapril, etc.) sont contre-indiqués.

Conduite à tenir en cas de pré-éclampsie légère

Avant 37 semaines d'aménorrhée

- Repos et surveillance : TA, poids, oedèmes, protéinurie au minimum une fois par semaine
- Mesure de la hauteur utérine (risque d'hypotrophie fœtale)
- Alimentation normosodée et normocalorique
- Ne pas arrêter les contractions utérines si elles surviennent, laisser accoucher.
- Si TA diastolique est ≥ 110 mmHg, tenter de la réduire avec un traitement antihypertenseur : **méthyldopa** ou **aténolol**, comme ci-dessus.

La pré-éclampsie est une maladie évolutive ; l'évolution se fait toujours vers l'aggravation. Dès l'apparition d'un seul signe de pré-éclampsie sévère, transférer dans un centre chirurgical.

Après 37 semaines d'aménorrhée

- Même surveillance et traitement anti-hypertenseur.
- S'il existe un retard de croissance intra-utérin : déclencher l'accouchement par voie basse ou faire une césarienne.
- S'il n'y a pas de retard de croissance, poursuivre la surveillance et déclencher dès que le col est favorable.

Conduite à tenir en cas de pré-éclampsie sévère

- Accouchement impératif dans les 24 heures par voie basse ou césarienne selon l'état du col.
- Poser une voie veineuse.
- Tenter de diminuer le risque d'éclampsie jusqu'à l'accouchement avec le **sulfate de magnésium** :
 Protocole IV :
 Une dose de charge de 4 g en perfusion IV dans du chlorure de sodium à 0,9%, à administrer en 15 à 20 minutes.
 Puis une dose d'entretien de 1 g/heure en perfusion continue ; poursuivre le traitement pendant les 24 heures qui suivent l'accouchement.

ou

Protocole IV/IM :

Une dose de charge de 4 g en perfusion IV dans du chlorure de sodium à 0,9%, à administrer en 15 à 20 minutes.

Puis 10 g par voie IM (5 g dans chaque fesse), puis 5 g toutes les 4 heures (changer de côté à chaque injection). Poursuivre ce traitement pendant les 24 heures qui suivent l'accouchement.

Il existe un risque de surdosage potentiellement mortel. Vérifier les concentrations inscrites sur les ampoules. N'administrer que si l'on dispose de gluconate de calcium.

Surveiller :

- Le réflexe rotulien, la TA, le pouls et la fréquence respiratoire toutes les 15 minutes pendant la première heure de traitement.
- La diurèse toutes les heures (sonde à demeure).

Signes de surdosage en magnésium : diminution puis disparition du réflexe rotulien (signe précoce), hypotension, arythmie, dépression respiratoire (FR < 12 /minute).

En l'absence de signes de surdosage, poursuivre la surveillance toutes les heures.

En présence de signes de surdosage : arrêter le sulfate de magnésium et administrer son antidote (**gluconate de calcium**, 1 g en IV).

En cas de diminution de la diurèse (< 30 ml/heure ou 100 ml/4 heures) : interrompre le traitement et procéder à l'accouchement le plus rapidement possible.

- Si la TA diastolique est ≥ 110 mmHg : **méthyldopa** ou **aténolol**, comme ci-dessus.

Si un traitement par voie orale est impossible, utiliser l'**hydralazine** :

La posologie est adaptée en fonction de l'évolution des chiffres tensionnels. L'HTA est contrôlée lorsque la TA diastolique est comprise entre 90 et 100 mmHg. La TA diastolique ne doit jamais descendre en dessous de 90 mmHg. Lors de l'administration, surveiller la TA et le pouls maternel ainsi que le rythme cardiaque fœtal.

Protocole perfusion IV :

- Diluer 100 mg (5 ampoules d'hydralazine) dans 500 ml de chlorure de sodium à 0,9% ou de Ringer lactate pour obtenir une solution à 200 microgrammes/ml.
- La dose initiale est de 200 à 300 microgrammes/minute ; la dose d'entretien de 50 à 150 microgrammes/minute
- Administrer progressivement 20 gouttes/minute (maximum 30 gouttes/minute) en surveillant la TA toutes les 5 minutes.
- Dès que l'hypertension est contrôlée, diminuer progressivement le débit (15 gouttes/minute puis 10 puis 5) jusqu'à l'arrêt de la perfusion. Un arrêt brusque peut provoquer une crise hypertensive.

ou

Protocole IV directe lente :

Injecter 5 mg en IV directe (en 2 minutes) et surveiller la TA pendant 20 minutes. Si la TA diastolique reste ≥ 110 mmHg, répéter l'injection. Renouveler si nécessaire, en respectant un intervalle de 20 minutes entre les injections, sans dépasser 4 injections ou 20 mg.

Respecter la posologie et le rythme d'administration. Un surdosage ou une administration trop rapide peuvent provoquer une chute excessive et brutale de la TA maternelle avec hypoperfusion placentaire et mort fœtale.

En cas d'hypotension, utiliser du Ringer Lactate pour rétablir une TA diastolique ≥ 90 mmHg.

Remarques :

- Si une anesthésie est nécessaire, éviter d'utiliser la kétamine. Chaque fois que possible, préférer la rachianesthésie.
- L'utilisation d'oxytocine est possible dans la pré-éclampsie mais elle nécessite une surveillance de la TA : chute ou élévation de la TA ont été exceptionnellement décrites.
- L'ergometrine et la méthylergometrine sont contre-indiquées.
- Une pré-éclampsie peut survenir jusqu'à 48 heures après l'accouchement.

Prévention secondaire de la pré-éclampsie sévère

Il existe un traitement prophylactique permettant de diminuer le risque de récurrence lors de la grossesse suivante : **acide acétylsalicylique** PO, 100 mg/jour à débuter dès 12 SA et à poursuivre jusqu'à 36 SA. Si ce traitement peut être mis en œuvre, informer la femme qu'elle doit consulter dès le début de la grossesse suivante. Il est inutile de débuter ce traitement si la patiente consulte après 20 semaines d'aménorrhée.

Eclampsie

Convulsions au troisième trimestre de la grossesse, le plus souvent dans un contexte de pré-éclampsie. L'éclampsie peut également survenir dans les 48 heures qui suivent l'accouchement.

Penser à d'autres causes de convulsions comme la méningite et le paludisme cérébral (leur incidence est augmentée chez la femme enceinte).

Conduite à tenir

- Protection contre les traumatismes, liberté des voies aériennes, position latérale de sécurité.
- Convulsions : **sulfate de magnésium**¹, voir page 49. Poursuivre le traitement 24 heures après l'accouchement ou 24 heures après la dernière crise convulsive (tenir compte de l'évènement le plus récent).
- Nursing, hydratation, surveillance de la diurèse (sonde à demeure)
- Oxygène : 4 à 6 litres / minute
- Traitement antihypertenseur si la TA diastolique est ≥ 110 mmHg (voir pages 49 et 50).
- Accouchement impératif dans les 12 heures par voie basse ou césarienne selon l'état du col et du fœtus.

Prévention secondaire de l'éclampsie

Il existe un traitement prophylactique permettant de diminuer le risque de récurrence lors de la grossesse suivante : **acide acétylsalicylique** PO, 100 mg/jour à débuter dès 12 SA et à poursuivre jusqu'à 36 SA. Si ce traitement peut être mis en œuvre, informer la femme qu'elle doit consulter dès le début de la grossesse suivante. Il est inutile de débuter ce traitement si la patiente consulte après 20 semaines d'aménorrhée.

¹ En l'absence de sulfate de magnésium, utiliser le diazépam : 10 mg par voie rectale ou IV lente, puis 40 mg dans 500 ml de glucose à 5% à administrer en 24 heures.

Pour l'administration en IV directe ou en intrarectal, diluer le diazépam dans du glucose à 5% ou du chlorure de sodium à 0,9% pour compléter 10 ml.

Pour l'administration IV, du matériel de ventilation doit être immédiatement disponible.

Excès de volume utérin

Toute hauteur utérine supérieure à l'âge présumé de la grossesse. Les diagnostics possibles sont : une erreur de terme, une grossesse gémellaire (ou plus), un gros fœtus, un hydramnios, une môle.

Conduite à tenir

- Vérifier le terme (date des dernières règles)
- Si possible, échographie diagnostique
- Grossesse gémellaire (page 110), hydramnios (page 54), môle (page 33)
- Gros fœtus :
 - se préparer à une disproportion fœto-pelvienne et à une éventuelle indication de césarienne en milieu chirurgical
 - risque de dystocie dynamique, d'engagement long
 - risque de dystocie des épaules
 - risque de déchirure du périnée à l'expulsion
 - risque d'hémorragie de la délivrance : utilisation systématique d'oxytocine après l'accouchement.

Hydramnios

Excès de liquide amniotique (plus de 2 litres à terme), traduisant en général une anomalie fœtale grave.

On distingue schématiquement deux situations cliniques :

- Au deuxième trimestre : hydramnios aigu
- Au troisième trimestre : hydramnios chronique

Hydramnios aigu (rare mais grave)

Diagnostic

- Accroissement rapide du volume utérin
- Abdomen douloureux, tension abdominale, dyspnée
- Utérus dur et distendu, fœtus impalpable

Il s'agit le plus souvent d'une malformation fœtale, parfois d'une grossesse gémellaire compliquée.

Conduite à tenir

Attendre que le travail débute. Laisser se produire l'avortement/accouchement ; rompre les membranes dès que possible.

Hydramnios chronique

Diagnostic

- Accroissement du volume utérin, plus modéré, évoluant par poussée
- Fœtus impalpable
- Bruits du cœur fœtal assourdis
- Tête fuyante au toucher vaginal, signe du flot

Conduite à tenir

- Ne rien faire pendant la grossesse que surveiller.
- Rechercher et traiter un éventuel diabète.
- Risque de procidence du cordon en cas de rupture artificielle des membranes.
- Examiner le nouveau-né à la recherche d'une malformation fœtale.

Que l'hydramnios soit aigu ou chronique :

- Ne pas ponctionner ou évacuer le liquide amniotique au cours de la grossesse : risque d'infection.
- L'utilisation d'oxytocine est dangereuse pendant le travail car l'utérus surdistendu risque de se rompre.
- Risque d'hémorragie de la délivrance : utilisation systématique d'oxytocine après l'accouchement.

Rupture prématurée des membranes

Ecoulement de liquide amniotique avant le début du travail, par une fissuration ou une rupture franche de la poche des eaux.

Diagnostic différentiel

- Emission d'urines
- Expulsion du bouchon muqueux
- Leucorrhées

Risques

- Infection amniotique, à suspecter en cas de : fièvre maternelle, tachycardie fœtale persistante ou perte des bruits du cœur fœtal, liquide amniotique teinté.
Quel que soit le terme de la grossesse, ne pas faire de tocolyse si une infection amniotique est suspectée.
- Accouchement prématuré, si la rupture survient avant 37 SA.

Conduite à tenir

- Rechercher une procidence du cordon (page 85).
- Rechercher une cause maternelle favorisante (infection urinaire ou vaginale p. ex.) ; la traiter.
- Repos et surveillance : température, pouls, TA, contractions utérines, bruits du cœur fœtal, aspect du liquide (teinté, purulent).
- Touchers vaginaux : le moins possible, toujours avec des gants stériles.
- Antibiothérapie :

1) Chez la mère (systématique)

Absence d'infection et absence de travail et rupture ≥ 12 h :

amoxicilline PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises pendant 5 à 7 jours

Absence d'infection, travail en cours et rupture ≥ 12 h :

ampicilline IV : initialement 2 g, puis 1 g toutes les 4 heures pendant le travail, jusqu'à la naissance de l'enfant, que la patiente ait reçu ou non une antibiothérapie au préalable ; ne pas prolonger l'antibiothérapie en post-partum.

Si présence d'infection, avec ou sans travail, quelle que soit la durée de la rupture :

ampicilline IV : 2 g toutes les 6 heures + **métronidazole** PO ou IV : 500 mg toutes les 8 heures + **gentamicine** IM : 5 mg/kg une fois par jour

Poursuivre la voie IV 48 heures après la disparition de la fièvre puis prendre le relais avec amoxicilline et métronidazole PO pour compléter 10 jours de traitement.

2) Chez le nouveau-né

Nouveau-né asymptomatique, non prématuré et absence d'infection maternelle :
Pas d'antibiothérapie d'emblée ; surveiller pendant 48 heures.

Nouveau-né asymptomatique, prématuré et/ou infection maternelle :

ampicilline IV : 100 à 150 mg/kg/jour à diviser en 3 prises pendant 3 jours au minimum puis **amoxicilline** PO : 50 à 75 mg/kg/jour à diviser en 3 prises pour compléter 7 à 10 jours de traitement.

+ **gentamicine** IM : 5 mg/kg/jour en une ou 2 injections pendant 3 jours

Si le nouveau-né reste asymptomatique, le traitement peut-être interrompu après 3 jours.

Nouveau-né symptomatique :

ampicilline IV : 100 à 150 mg/kg/jour à diviser en 3 injections pendant 3 jours au minimum puis **amoxicilline** PO : 50 à 75 mg/kg/jour à diviser en 3 prises pour compléter 10 jours de traitement.

+ **gentamicine** IM : 5 mg/kg/jour en une ou 2 injections pendant 3 jours au minimum et 5 jours au maximum

- En cas de contractions utérines :
 - Si le terme est < 34 SA : tocolyse, tant qu'il n'existe pas de signes d'infection amniotique.
 - Au-delà de 34 SA, le risque infectieux est supérieur aux risques d'une naissance prématurée : ne pas faire de tocolyse.
- Dans les ruptures survenant au 7^e et 8^e mois, transférer si possible la mère dans un centre où le prématuré peut recevoir des soins intensifs.
- Préparer le fœtus à une naissance prématurée :
Après 26 SA (hauteur utérine supérieure à 22 cm environ) et avant 34 SA (hauteur utérine inférieure à 28 cm environ), aider la maturation pulmonaire, sauf en cas d'infection maternelle sévère non contrôlée, avec **dexaméthasone** IM : 6 mg toutes les 12 heures pendant 48 heures.

Menace d'accouchement prématuré

Contractions utérines régulières et modification du col avant la 37^e SA.

Facteurs déclenchant

- Rupture prématurée des membranes
- Béance du col, immaturité utérine de la jeune primipare
- Infection, fièvre
- Pathologie de la grossesse : pré-éclampsie, hydramnios, placenta praevia
- Malnutrition
- Grossesse gémellaire

Conduite à tenir

- Rechercher systématiquement un paludisme (test rapide) et une infection urinaire (bandelette réactive) ; traiter les causes apparentes.
- Laisser accoucher :
 - Si la grossesse est > 34 SA et si la poche des eaux est rompue.
 - Si le travail est trop avancé pour être enrayé (col effacé, dilaté de 3 cm), quel que soit le terme.
 - Si le pronostic vital maternel est en jeu (très mauvais état général, pré-éclampsie, éclampsie, hématome rétroplacentaire, etc.), quel que soit le terme.
 - Si le fœtus est mort, après plusieurs contrôles de l'absence des bruits du cœur et des mouvements fœtaux.
- Dans les autres cas, tenter d'arrêter les contractions :
 - Repos strict, en milieu médicalisé. Le seul repos suffit dans les formes mineures (contractions sans modification du col).
 - Tocolyse :
 - nifédipine** 10 mg (capsule à libération immédiate) par voie orale à répéter toutes les 15 minutes si les contractions persistent (maximum 4 doses ou 40 mg), puis 20 mg toutes les 6 heures
 - ou, à défaut,
 - salbutamol** perfusion IV : diluer 5 mg (10 ampoules à 0,5 mg) dans 500 ml de glucose à 5% ou de chlorure de sodium à 0,9% pour obtenir une solution à 10 microgrammes/ml.
 - Débuter la perfusion à un débit de 15 à 20 microgrammes/minute (30 à 40 gouttes/minute).
 - Si les contractions persistent, augmenter le débit 10 à 20 gouttes/minute toutes les 30 minutes jusqu'à l'arrêt des contractions. Ne pas dépasser 45 microgrammes/minute (90 gouttes/minute).
 - Maintenir le débit efficace pendant une heure après l'arrêt des contractions puis le réduire de moitié toutes les 6 heures.
 - Surveiller régulièrement le pouls maternel, réduire le débit en cas de tachycardie maternelle (> 120/minute).

La durée du traitement est 48 heures, quel que soit le produit utilisé.

Ne pas associer nifédipine et salbutamol.

L'administration de salbutamol IV exige la présence constante de personnel compétent, capable d'assurer la surveillance. Si surveiller la perfusion est impossible, administrer le salbutamol en IM : 0,5 mg toutes les 6 heures pendant 48 heures.

- Préparer le fœtus à une naissance prématurée :
Après 26 SA (hauteur utérine supérieure à 22 cm environ) et avant 34 SA (hauteur utérine inférieure à 28 cm environ), aider la maturation pulmonaire, sauf en cas d'infection maternelle sévère non contrôlée, avec :
dexaméthasone IM : 6 mg toutes les 12 heures pendant 48 heures

Accouchement prématuré

- Accouchement le plus souvent rapide, souvent en siège.
- Eviter les agressions (thérapeutiques ou de manœuvre), mais surtout, éviter un travail long. L'expulsion doit être rapide : épisiotomie possible, même si l'enfant est petit ; l'extraction par ventouse est contre-indiquée, préférer un forceps si nécessité d'extraction instrumentale.
- Prévoir un bon système de réchauffement, une réanimation du nouveau-né. Attention à l'hypothermie et à l'hypoglycémie.

Prévention de l'accouchement prématuré

- Traitement des infections et pathologies au cours de la grossesse.
- Repos en cas de facteurs favorisants : grossesse gémellaire, hydramnios, antécédent d'accouchement prématuré, grande multipare fatiguée.

Mort fœtale in utero

Mort fœtale au cours du 2^e ou du 3^e trimestre de la grossesse, en dehors du travail.

Diagnostic

- Absence ou disparition des mouvements fœtaux, motif habituel de la consultation.
- Hauteur utérine insuffisante par rapport à l'âge de la grossesse ou régression de la hauteur utérine par rapport à une consultation précédente.
- Absence des bruits du cœur fœtal.
- Parfois, montée laiteuse signifiant l'arrêt de la grossesse.

Aucun de ces signes n'est suffisamment sensible pour prendre une décision rapide et imprudente. Les erreurs sont fréquentes. Il faut répéter l'examen et savoir temporiser. Le diagnostic de certitude est obtenu par échographie.

Conduite à tenir

- En l'absence de pathologie mettant en jeu la vie de la mère :
 - Traiter une éventuelle pathologie maternelle (anémie, paludisme, etc.).
 - Si la mort fœtale est certaine : déclencher l'accouchement.
 - En cas d'incertitude, revoir la femme régulièrement (p. ex. une fois par semaine) et attendre le déclenchement spontané du travail qui survient en général dans les 15 à 20 jours suivant la mort fœtale.
- En présence d'une pathologie mettant en jeu la vie de la mère :
Déclencher l'accouchement en urgence en cas : d'éclampsie, placenta praevia, hématome rétro-placentaire, infection amniotique, pathologie maternelle sévère (p. ex. insuffisance cardiaque majeure).
- Si la poche des eaux est rompue depuis plus de 12 heures : antibiothérapie (voir page 55).
- Déclenchement de l'accouchement :
misoprostol intravaginal : 200 µg toutes les 6 heures jusqu'au déclenchement du travail. Deux à trois prises sont habituellement suffisantes.
Le misoprostol est contre-indiqué en cas d'antécédent de césarienne, grande multiparité. Si le misoprostol est contre-indiqué ou s'il n'est pas disponible, utiliser **mifépristone** PO : 600 mg/jour en une prise pendant 2 jours.
- Au cours du travail, en cas de présentation dystocique ou de disproportion fœto-pelvienne : essayer à tout prix d'éviter une césarienne, accepter un travail long et préférer l'embryotomie, si culturellement acceptée (voir page 169). Ne pratiquer une césarienne qu'en dernier recours. Une césarienne est réalisée d'emblée uniquement en cas de placenta praevia recouvrant et/ou d'hémorragie mettant en danger la vie de la mère ou de rupture utérine.
- Examiner attentivement le placenta (rétention de fragments possible).
- Révision utérine en cas de rétention ou au moindre signe d'hémorragie (troubles de la coagulation) sous antibioprophylaxie systématique : **ampicilline** ou **cefazoline** IV : 2 g dose unique.

Infections bactériennes

Indépendamment de la cause, toute fièvre supérieure à 38,5°C doit être traitée par le **paracétamol** PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises.

Méningite

- Dans un contexte d'épidémie :
ceftriaxone IM : 100 mg/kg dose unique (maximum 4 g)
Administer une seconde dose après 24 à 48 heures, dans les cas suivants :
 - absence de reprise de la conscience depuis l'admission, ou score de Glasgow < 11 à 24 heures ou < 13 à 48 heures,
 - apparition ou aggravation des signes neurologiques depuis l'admission,
 - convulsions répétées, persistantes,
 - température axillaire supérieure à 38,5°C à 48 heures.
- En dehors d'un contexte épidémique :
ceftriaxone IM : 2 g/jour en une injection pendant 5 à 7 jours
ou, à défaut :
ampicilline IV : 12 g/jour à diviser en 3 injections espacées de 8 heures puis **amoxicilline** PO : 6 g/jour à diviser en 2 ou 3 prises pour compléter 7 jours de traitement.

Typhoïde

La typhoïde expose à un risque majeur de complications maternelles (perforation digestive, péritonite, septicémie) et fœtales (avortement, accouchement prématuré, mort in utero).

- En cas de résistances ou d'infection sévère :
ceftriaxone IM ou IV² : 2 à 4 g/jour en une injection pendant 10 à 14 jours
- En l'absence de résistances :
amoxicilline PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises pendant 14 jours

La fièvre persiste 4 à 5 jours après le début du traitement, même s'il est efficace. Il est essentiel de traiter la fièvre et de rechercher l'apparition de complications maternelles ou fœtales.

Shigellose

ceftriaxone IM : 1 g/jour en une injection pendant 3 à 5 jours

² Le solvant de la ceftriaxone pour injection IM contient de la lidocaïne. Reconstituée avec ce solvant, la ceftriaxone ne doit jamais être administrée en IV. Pour l'administration IV, utiliser de l'eau pour préparation injectable.

Gonococcie génitale

La gonococcie expose à un risque de rupture prématurée des membranes, accouchement prématuré, conjonctivite néonatale parfois fulgurante.

Suspecter une gonococcie devant un écoulement urétral ou vaginal. Rechercher au spéculum une issue de pus par le col de l'utérus. La gonococcie est très souvent associée à une chlamydie.

Chez la mère, traiter simultanément gonocoque et chlamydia : **céfixime** PO : 400 mg dose unique + **azithromycine** PO : 1 g dose unique ; même traitement pour le partenaire.

Chez le nouveau-né d'une mère infectée au moment de l'accouchement :
ceftriaxone IM : 50 mg/kg dose unique, sans dépasser 125 mg

3

Syphilis

Le dépistage de la syphilis est un examen essentiel, qui doit être réalisé systématiquement lors de la première consultation prénatale et le plus tôt possible au cours de la grossesse.

La syphilis expose à un risque d'avortement, hydramnios, mort in utero, syphilis congénitale.

Chez la mère :

benzathine benzylpénicilline IM : 2,4 MUI dose unique (à répartir dans les deux fesses) ; même traitement pour le partenaire.

En cas d'allergie à la pénicilline : **érythromycine** PO : 2 g/jour à diviser en 2 ou 4 prises pendant 14 jours

Chez le nouveau-né :

- Pas de traitement si la mère a été traitée plus de 30 jours avant la naissance.
- Si la mère a été traitée moins de 30 jours avant la naissance :
benzathine benzylpénicilline IM : 75 mg/kg (ou 100 000 UI/kg) dose unique
- Si le nouveau-né est symptomatique, traiter une syphilis congénitale.

Cystite

Boissons abondantes : au moins 1,5 litre par jour

fosfomycine-trométamol PO : 3 g dose unique
ou

nitrofurantoïne PO (sauf pendant le dernier mois de la grossesse) : 300 mg/jour à diviser en 3 prises pendant 5 à 7 jours

ou

céfixime PO : 400 mg/jour à diviser en 2 prises pendant 5 jours

Pyélonéphrite

Hospitaliser ; repos au lit car risque d'accouchement prématuré

Boissons abondantes : 1,5 l par jour

En l'absence de signes de gravité :

ceftriaxone IM : 1 g/jour en une injection pendant 3 jours au minimum puis **céfixime** PO : 400 mg/jour à diviser en 2 prises pour compléter 14 jours de traitement

En présence de signes de gravité ou en cas d'échec après 48 heures de traitement :

ceftriaxone³ : 1 à 2 g/jour en une injection IM (1 g dans chaque fesse si la dose est de 2 g) ou IV lente (en 3 minutes) ou perfusion (en 30 minutes)
+ **gentamicine** : 5 mg/kg/jour en une injection IM ou IV lente (3 minutes) ou perfusion lente (30 minutes) pendant 5 jours maximum

En cas de contractions utérines et terme < 37 SA :

nifédipine ou, à défaut, **salbutamol** pendant 48 heures (voir page 57)

³ Le solvant de la ceftriaxone pour injection IM contient de la lidocaïne. Reconstituée avec ce solvant, la ceftriaxone ne doit jamais être administrée en IV. Pour l'administration IV, utiliser de l'eau pour préparation injectable.

Infections parasitaires

Paludisme

Le diagnostic doit être confirmé, si possible, par un test rapide ou un examen parasitologique (goutte épaisse, frottis).

Les dérivés de l'artémisinine (artésunate, artéméther) peuvent être administrés aux 2^e et 3^e trimestre. Les données sur leur utilisation au cours du premier trimestre sont limitées. Cependant, en cas de nécessité vitale ou d'hypoglycémie non contrôlée sous quinine IV, l'intérêt de la mère prime sur un éventuel risque tératogène.

En l'absence de données sur l'innocuité de la luméfantine, l'association artéméther + luméfantine (co-artéméther) est contre-indiquée au premier trimestre et à éviter au 2^e et 3^e trimestre, sauf s'il n'existe pas d'alternative thérapeutique.

La doxycycline est contre-indiquée pendant toute la grossesse et la méfloquine pendant le premier trimestre.

*Paludisme simple à *P. falciparum* au premier trimestre*

quinine PO : 30 mg/kg/jour à diviser en 3 prises pendant 7 jours

Dans les zones où apparaît une résistance à la quinine, associer de la **clindamycine** PO : 20 mg/kg/jour à diviser en 2 prises pendant 5 jours.

*Paludisme simple à *P. falciparum* au 2^e et 3^e trimestre*

sulfadoxine-pyriméthamine (SP) associée avec **artésunate (AS)** :

SP (cp à 500 mg + 25 mg) : 3 cp en une prise unique à J1

AS (cp à 50 mg) : 4 cp/jour en une prise à J1, J2, J3

ou

amodiaquine (AQ) associée avec **artésunate (AS)** :

AQ (cp à 153 mg base) : 4 cp/jour en une prise à J1, J2, J3

AS (cp à 50 mg) : 4 cp/jour en une prise à J1, J2, J3

ou

méfloquine (MQ) associée avec **artésunate (AS)** :

MQ (cp à 250 mg) : 4 cp en une prise à J1 puis 2 cp en une prise à J2

AS (cp à 50 mg) : 4 cp/jour en une prise à J1, J2, J3

ou

si aucune combinaison à base d'artémisinine (ACT) n'est disponible :

quinine PO : 30 mg/kg/jour à diviser en 3 prises pendant 7 jours

Dans les zones où apparaît une résistance à la quinine, associer de la **clindamycine** PO : 20 mg/kg/jour à diviser en 2 prises pendant 5 jours.

Paludisme grave à *P. falciparum* au premier trimestre

quinine perfusion IV (la dose est exprimée en dichlorhydrate de quinine) :

Dose de charge : 20 mg/kg dilués dans une solution de glucose, administrés en 4 heures.

Puis glucose 5% en garde veine pendant les 4 heures suivantes.

Puis dose d'entretien : 10 mg/kg toutes les 8 heures, à administrer en 8 heures (ou, mieux, alterner 4 heures de quinine diluée dans du glucose 5% et 4 heures de glucose 5% en garde veine).

Ne pas administrer de dose de charge si la patiente a reçu de la quinine orale dans les 24 heures précédentes. Dans ce cas, commencer par la dose d'entretien.

Surveiller attentivement la patiente (risque d'OAP et d'hypoglycémie).

Dès que la patiente a reçu au moins 3 doses de quinine injectable et qu'elle peut avaler, prendre le relais par voie orale avec **quinine** PO pour compléter 7 jours de traitement ou avec un traitement curatif complet avec l'une des ACT suivantes : **AS+SP** ou **AS+AQ**.

Paludisme grave à *P. falciparum* au 2^e et 3^e trimestre

artéméther IM (face antérolatérale de la cuisse) :

3,2 mg/kg en une injection le premier jour puis 1,6 mg/kg/jour jusqu'à ce que la patiente puisse avaler. Prendre le relais par voie orale avec un traitement curatif complet avec l'une des ACT suivantes : **AS+SP** ou **AS+AQ** ou **AS+MQ**.

Ne pas utiliser l'association AS+MQ si la patiente a développé des signes neurologiques pendant la phase aiguë.

ou

artésunate IV (ou IM) : 2,4 mg/kg en une injection à J1 puis 1,2 mg/kg/jour. Dès que la patiente peut avaler, prendre le relais par voie orale avec une ACT, comme pour l'artéméther.

ou

si aucun dérivé de l'artémisinine n'est disponible, **quinine** IV, comme ci-dessus.

Paludisme à *P. vivax*, *P. malariae*, *P. ovale* (quel que soit le terme de la grossesse)

chloroquine PO :

J1, J2 : 10 mg base/kg

J3 : 5 mg base/kg

Amibiase

La grossesse aggrave la maladie. Il existe un risque de contamination post-natale du nourrisson.

Le diagnostic doit être établi à l'examen microscopique des selles fraîches. Si l'examen est positif :

secnidazole PO : 2 g dose unique

ou

tinidazole PO : 2 g/jour en une prise pendant 3 jours

ou

métronidazole PO : 1,5 g/jour à diviser en 3 prises pendant 5 à 7 jours

Giardiase

Comme l'amibiase, la giardiase peut être sévère : syndrome dysentérique, diarrhée sanglante profuse avec déshydratation.

Le diagnostic doit être établi à l'examen microscopique des selles fraîches. Si l'examen est positif :

secnidazole PO : 2 g dose unique

ou

tinidazole PO : 2 g dose unique

ou

métronidazole PO : 2 g/jour en une prise pendant 3 jours

3

Ascaridiase et ankylostomiase

En cas d'infestation symptomatique ou prouvée par un examen de selles :

albendazole PO : 400 mg dose unique

ou

mébendazole PO : 500 mg dose unique

Ne pas administrer ces médicaments pendant le 1^{er} trimestre de la grossesse.

En cas d'ankylostomiase, traiter l'anémie associée (fer + acide folique).

Infections virales

Herpès génital

En présence de lésions maternelles visibles au moment de l'accouchement :

- Limiter les touchers vaginaux ; pas de rupture artificielle des membranes.
- Discuter une césarienne au cas par cas.

Chez la mère :

- Désinfection locale (polyvidone iodée)
- Traitement de la douleur : **paracétamol** PO, 3 g/jour à diviser en 3 prises
- Traitement antiviral : **aciclovir** PO, 400 mg 3 fois par jour pendant 7 jours ; chez les patients immunodéprimés poursuivre le traitement jusqu'à disparition des symptômes

Chez l'enfant :

- Si la mère est infectée au moment de l'accouchement : surveillance du nouveau-né (risque de kératite, infection herpétique disséminée, encéphalite herpétique, etc.).
- Traitement préventif systématique d'une kératite herpétique : **aciclovir** pommade ophtalmique à 3% : une application unique, dans les deux yeux, à la naissance.
Nettoyer les yeux avec du chlorure de sodium stérile 0,9% ; appliquer l'aciclovir ; attendre 12 heures pour appliquer la tétracycline ophtalmique en prévention de la conjonctivite gonococcique du nouveau-né.

Hépatite B

Chez la mère :

Pas de traitement spécifique ; pas de mesures obstétricales particulières.

Chez l'enfant :

- Vaccination contre l'hépatite B
Dans les régions où il existe une forte probabilité de transmission à la naissance : une dose à la naissance, à 6 semaines et à 14 semaines.
Si la transmission à la naissance est peu probable : une dose à 6 semaines, à 10 semaines et à 14 semaines.
- Immunoglobulines spécifiques contre l'hépatite B, si elles sont disponibles et que la séropositivité de la mère pour le virus de l'hépatite B est connue.

Hépatite E

L'hépatite E est caractérisée par une létalité très importante chez la femme enceinte (20% au cours du 3^e trimestre). Elle est également responsable d'avortement, accouchement prématuré, mort fœtale in utero.

La transmission du virus est oro-fécale (eau de boisson contaminée principalement). Le virus peut être à l'origine de flambées épidémiques, en particulier dans les situations de regroupement de population (réfugiés, déplacés), lorsque l'hygiène et l'assainissement sont médiocres.

Il n'existe aucun traitement curatif spécifique. La prévention (eau, hygiène, assainissement) est la seule protection contre la maladie.

Infection par le HIV

3

Sans aucune intervention, le risque de transmission mère-enfant est de l'ordre de 20 à 45% pour le HIV-1 et de 0 à 4% pour le HIV-2. Il existe plusieurs moyens de réduire la transmission mère-enfant du HIV : traitement antirétroviral, réduction des manœuvres obstétricales traumatiques, césarienne programmée et allaitement artificiel.

Traitement antirétroviral

Les protocoles suivants sont données à titre d'exemple. Dans tous les cas, s'informer des recommandations nationales et se référer aux documents spécialisés.

1. Femme enceinte séropositive sous traitement antirétroviral efficace avant la grossesse

– Pour la mère

Poursuivre le traitement antirétroviral. Si le traitement comporte efavirenz (risque tératogène), remplacer par névirapine, le plus tôt possible, au 1^{er} trimestre.

Si le traitement comporte stavudine (d4T) et didanosine (ddI), il est recommandé de changer au moins l'une de ces 2 molécules car l'association est déconseillée. Si possible, remplacer stavudine par zidovudine.

– Pour l'enfant

zidovudine (sirop) : 8 mg/kg/jour à diviser en 2 prises pendant 7 jours

Avec ce traitement, le taux de transmission du HIV est inférieur à 2%, si l'allaitement artificiel est institué dès la naissance.

2. Femme enceinte séropositive sans traitement antirétroviral avant la grossesse, nécessitant un traitement pour elle-même (stade clinique OMS 3 ou 4 ou stade 1 ou 2 avec CD4 < 200)

– Pour la mère

A partir de 12 SA : trithérapie par **zidovudine** (ou **stavudine**) + **lamivudine** + **névirapine**⁴ (proscrire l'efavirenz), traitement à vie.

– Pour l'enfant

zidovudine (sirop) : 8 mg/kg/jour à diviser en 2 prises pendant 7 jours

Si le traitement de la mère a débuté moins d'un mois avant l'accouchement poursuivre la zidovudine pendant un mois chez l'enfant.

⁴ Le HIV-2 est naturellement résistant à la névirapine. Utiliser un régime comportant une antiprotéase.

3. Femme enceinte séropositive n'ayant pas besoin de trithérapie pour elle-même

- Pour la mère
zidovudine PO : 600 mg/jour à diviser en 2 prises. Débuter dès 28 SA ou aussitôt que possible après.
En début de travail : une dose de **zidovudine** 600 mg + **névirapine** 200 mg
Poursuivre **zidovudine** 600 mg/jour à diviser en 2 prises + **lamivudine** 300 mg/jour à diviser en 2 prises pendant 7 jours après l'accouchement.
- Pour l'enfant
névirapine (sirop) : 2 mg/kg dose unique dans les 72 heures suivant la naissance
+ **zidovudine** (sirop) : 8 mg/kg/jour à diviser en 2 prises pendant 7 jours
+ **lamivudine** (sirop) : 4 mg/kg/jour à diviser en 2 prises pendant 7 jours

Si le traitement de la mère a débuté moins d'un mois avant l'accouchement, poursuivre la zidovudine pendant un mois chez l'enfant.

4. Femme enceinte séropositive pour laquelle un traitement n'a pu être débuté pendant la grossesse

- Pour la mère
En début de travail : une dose de **zidovudine** 600 mg + **névirapine** 200 mg
Puis **zidovudine** + **lamivudine** : 600 mg + 300 mg/jour à diviser en 2 prises pendant 7 jours après l'accouchement.
- Pour l'enfant
zidovudine (sirop) : 8 mg/kg/jour à diviser en 2 prises pendant un mois + **névirapine** (sirop) : 2 mg/kg dose unique dans les 72 heures suivant la naissance.

5. Femme enceinte nécessitant une trithérapie pour elle-même, si celle-ci n'est pas disponible

Au mieux, faire comme pour le cas n° 3, à défaut comme le cas n°4.

Autres mesures

- Il est également important de réduire au maximum les manœuvres obstétricales traumatiques qui favorisent la transmission du virus :
 - garder les membranes intactes aussi longtemps que possible
 - éviter épisiotomie et extraction instrumentale (ventouse, forceps) si possible
- Dans certaines situations et si le contexte le permet, la césarienne programmée (avant le début de travail et avant la rupture des membranes), sous couvert d'un traitement antirétroviral, peut permettre de réduire la transmission materno-fœtale. Il est toutefois impératif de bien évaluer le rapport/bénéfice risque de la césarienne.

Allaitement

L'allaitement maternel est l'une des voies de transmission du HIV. Le risque additionnel lié à ce mode d'allaitement est de l'ordre de 12% ce qui représente un tiers à la moitié du taux de transmission global. Le risque de transmission reste présent tout au long de l'allaitement.

Le risque est majoré par les mastites et/ou crevasses du mamelon : les prévenir, les rechercher et les traiter activement.

Il est recommandé, là où c'est possible, de promouvoir et de soutenir l'allaitement artificiel pour les femmes séropositives (accès à l'eau potable, disponibilité continue en lait maternisé, bonne compréhension de la préparation du lait). A défaut, proposer un allaitement exclusif au sein avec sevrage abrupt à 6 mois. L'allaitement mixte (lait maternel plus autres liquides y compris eau, autres laits ou aliments solides) est la technique qui comporte le plus de risque de transmission du virus. Cette technique est donc fortement déconseillée, il est très important de l'expliquer à la mère.

Accouchement normal et procédures habituelles pour quelques incidents ou accidents

Accouchement normal	73
Rupture artificielle des membranes	83
Procidence du cordon	85
Circulaire du cordon	87
Ventouse	88
Symphysiotomie	91
Épisiotomie	95
Suture du périnée	96
Désinfibulation	100

Accouchement normal



Le risque de contamination du personnel par le HIV lors de l'accouchement impose le port de gants stériles, lunettes de protection et masque pour toute manœuvre, aussi simple soit-elle, même pour un accouchement normal, même pour une parturiente pour laquelle on estime n'encourir aucun risque, même en urgence.

Diagnostic du début de travail

- Apparition des contractions utérines : douleurs intermittentes et rythmées, accompagnées d'un durcissement de l'utérus, augmentant progressivement en intensité et en fréquence

Et

- Modifications du col utérin, raccourcissement progressif et dilatation (Figure 16) :
 - chez la primipare, il y a d'abord effacement du col puis dilatation,
 - chez la multipare, effacement et dilatation sont simultanés.

Des contractions répétées sans modification du col utérin ne doivent pas être considérées comme un début de travail. Lorsque les contractions répétées sont inefficaces (absence de modification du col), irrégulières, s'arrêtant spontanément pour éventuellement reprendre ensuite, il s'agit d'un faux début de travail. Dans ce cas, il ne faut pas rompre les membranes ni administrer d'oxytocine.

Déroulement de l'accouchement (3 phases)

1^{re} phase : dilatation et descente fœtale, subdivisée en 2 phases

- 1) Phase de latence : du début du travail jusqu'à 4 cm de dilatation. Sa durée varie selon la parité mais elle ne devrait pas durer plus de 8 heures.
- 2) Phase active : de 4 cm jusqu'à dilatation complète. Le rythme de la dilatation est d'1 cm/heure en moyenne. Sa durée varie selon la parité. Elle n'excède pas en principe 6 à 8 heures chez la multipare, 12 heures chez la primipare.

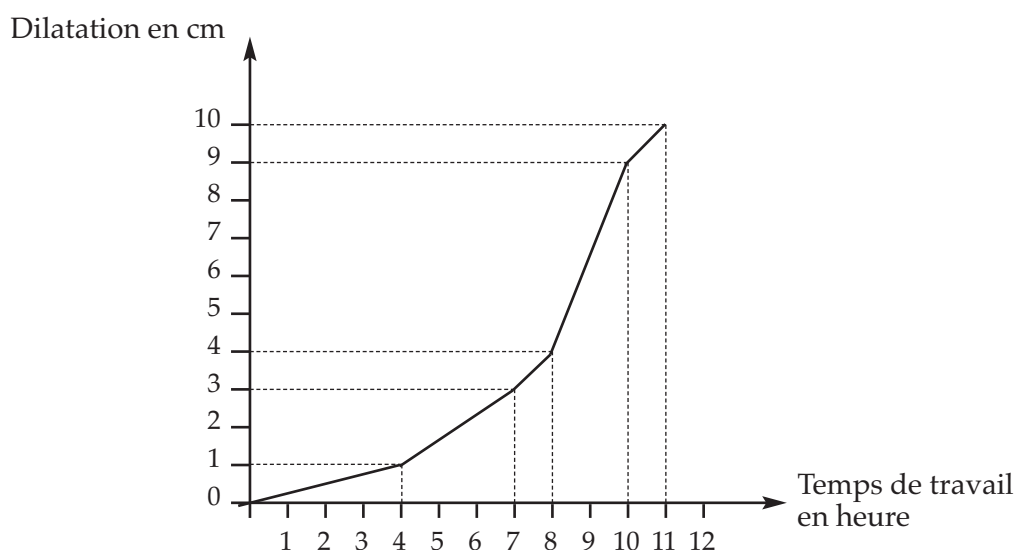


Figure 16 : Courbe de dilatation chez la primipare (chez la multipare, la courbe se situe plus à gauche)

2^e phase : expulsion

Phase débutant après l'engagement, à dilatation complète.

3^e phase : délivrance (voir Chapitre 7)

Dilatation et descente fœtale

Contractions utérines

- Augmentation progressive de la force et de la fréquence des contractions : parfois espacées de 30 minutes en début de travail ; rapprochées (toutes les 2 à 3 minutes) en fin de travail.
- L'utérus doit bien se relâcher dans l'intervalle des contractions.

Etat général de la patiente

- Surveiller régulièrement le pouls, la TA, la température.
- Demander à la patiente de se laver en début de travail ; d'uriner régulièrement.
- Encourager la patiente à se déplacer librement pendant le travail. Les changements de position et la déambulation peuvent contribuer à réduire la douleur.

Bruits du cœur fœtal

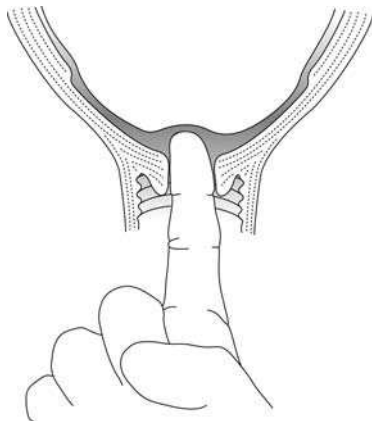
Les contrôler toutes les 30 minutes pendant la phase active, toutes les 5 minutes pendant l'expulsion ou le plus fréquemment possible.

Il est souvent difficile d'écouter les bruits du cœur fœtal durant les contractions. Le meilleur moment se situe immédiatement après la fin d'une contraction. Il faut les écouter et les compter pendant au moins une minute entière.

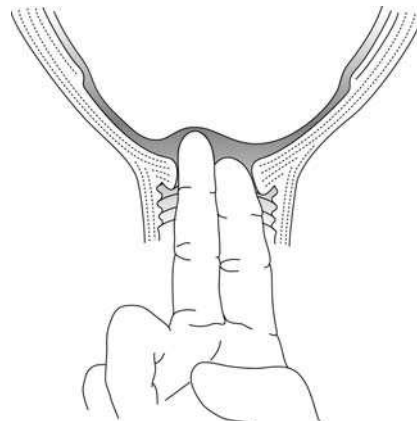
Plus de 180 battements par minute en permanence ou moins de 100 battements par minute (particulièrement après une contraction utérine) sont évocateurs de souffrance fœtale.

Dilatation

- Le col doit rester souple et se dilater progressivement. La dilatation progresse en moyenne d'un cm par heure et se contrôle par un toucher vaginal (TV) toutes les 2 à 4 heures (Figures 17).
- Une stagnation de la dilatation entre deux TV constitue un signe d'alerte.
- Une action peut être entreprise dès la deuxième heure de stagnation, elle devra dans tous les cas être entreprise si la stagnation dure depuis 4 heures : rupture artificielle des membranes, perfusion d'oxytocine, césarienne selon les cas.



17a : 1 doigt = 1,5 cm



17b : 2 doigts = 3 à 3,5 cm

Figures 17 : Estimation de la dilatation

Poche des eaux

- La poche des eaux bombe au moment des contractions et se rompt en général spontanément après 5 cm de dilatation ou à dilatation complète lors de l'expulsion. Un TV et un contrôle du rythme cardiaque fœtal doivent être réalisés immédiatement après la rupture afin de repérer une possible procidence du cordon (voir page 85).
- Noter la couleur du liquide amniotique : claire, sanguinolente ou méconiale (verdâtre).
Une coloration méconiale isolée, sans anomalie du rythme cardiaque fœtal, ne pose pas le diagnostic de souffrance fœtale mais impose un renforcement de la surveillance, notamment un TV toutes des 2 heures. Une action doit être entreprise si une stagnation de la dilatation est repérée au bout de 2 heures.

Progression du fœtus

- Lors de chaque TV, outre la dilatation, vérifier également la présentation, la position et le degré de descente fœtale.
- Recherche des signes d'engagement :
Lors du TV, la présentation fœtale empêche les doigts d'atteindre la concavité du sacrum (Figures 18 et 19). La présence d'une bosse séro-sanguine (infiltration bénigne de la tête fœtale) est une source d'erreur : faux diagnostic d'engagement.
La distance entre le moignon de l'épaule du fœtus et le bord supérieur de la symphyse est inférieure à 2 travers de doigts (Figures 20).

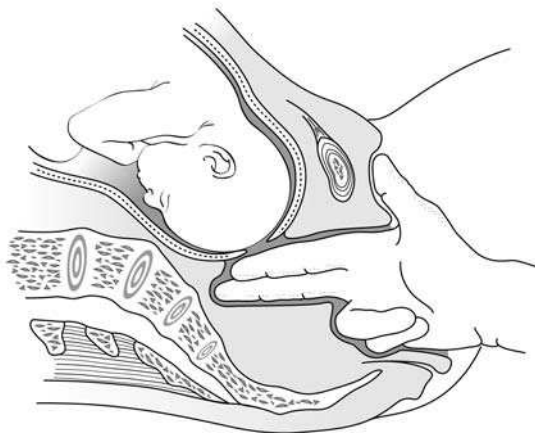


Figure 18 : *Présentation non engagée : la concavité du sacrum est atteinte par les doigts vaginaux*

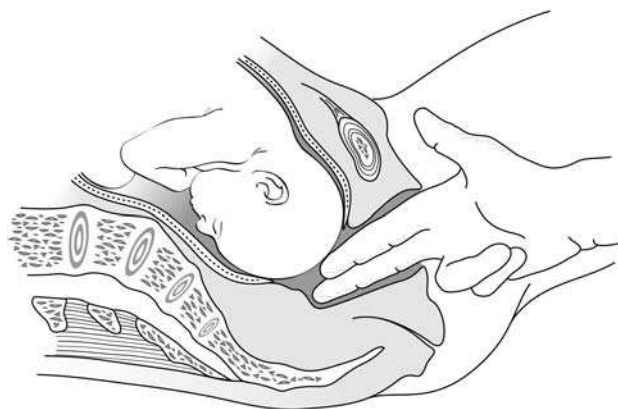


Figure 19 : *Présentation engagée : les doigts vaginaux n'atteignent pas la cavité du sacrum (s'il n'y a pas de bosse séro-sanguine)*



20a : Tête non engagée : la saillie du moignon de l'épaule est à plus de 2 travers de doigts de la symphyse



20b : Tête engagée : la saillie du moignon est à moins de 2 travers de doigts

Figures 20 : Diagnostic d'engagement

- Utiliser les points de repère du crâne fœtal pour déterminer la position de la tête dans le bassin maternel. Il est plus facile de déterminer la position de la tête quand les membranes sont rompues et que la dilatation est supérieure à 5 cm. Lorsque la tête est bien fléchie, la grande fontanelle (losangique) n'est pas perçue, seule la suture médiane et la petite fontanelle (triangulaire) le sont. La petite fontanelle est le repère de l'occiput fœtal et permet de donner la position du fœtus. Dans la majorité des cas, après l'engagement, la rotation intra-pelvienne de la tête amène l'occiput du fœtus sous la symphyse pubienne maternelle avec la petite fontanelle en situation médiane antérieure.

Expulsion

Cette phase est souvent rapide chez la multipare, plus longue chez la primipare, elle ne doit cependant pas excéder une heure d'efforts expulsifs.

C'est une phase active pour l'accoucheur qui porte des gants stériles pour suivre la progression de la tête et guider le dégagement.

S'il existe une position traditionnelle d'accouchement, que la mère est multipare et que l'examen n'a révélé aucun risque particulier pour la mère et l'enfant, il est préférable de respecter cette position (accroupie, en chien de fusil, etc.). Il est tout à fait possible d'assister une expulsion chez une femme en décubitus dorsal, latéral gauche, accroupie ou suspendue (Figures 21).



21a : Décubitus latéral gauche



21b : Décubitus dorsal

Figures 21 : Positions d'expulsion

Réaliser une toilette périnéale à la solution moussante de polyvidone iodée (suivie d'un rinçage) ou à l'eau et au savon.

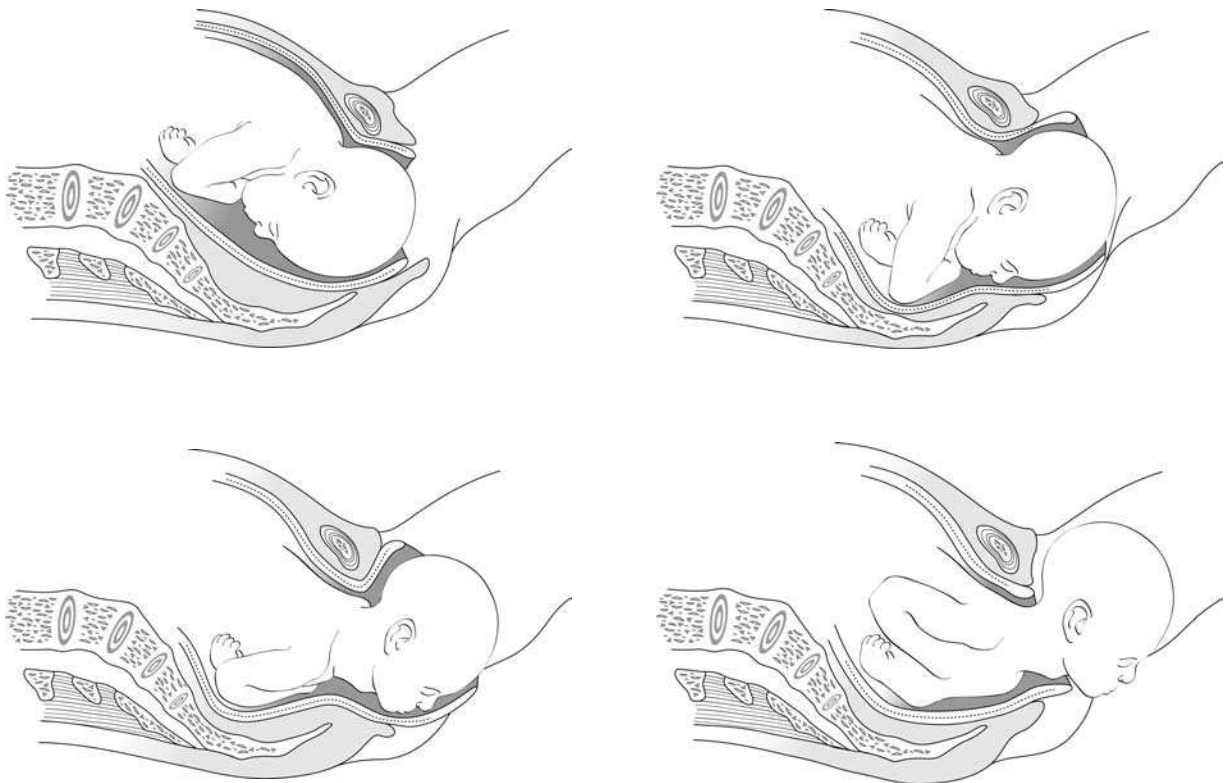
La vessie doit être vidée, autant que possible naturellement. Effectuer un sondage uniquement en cas de rétention urinaire, en respectant l'asepsie (gants stériles, sonde stérile à usage unique).

Les efforts expulsifs sont dirigés et débutés, à dilatation complète lorsque la patiente à envie de pousser. Ils doivent être contemporains de la contraction utérine. Ils peuvent être soit en inspiration bloquante (après une inspiration profonde, à glotte fermée, contraction des muscles abdominaux et du diaphragme, dirigés vers le périnée) soit par poussée soufflante. Les efforts expulsifs sont maintenus le plus longtemps possible : en général 2 à 3 efforts expulsifs par contraction.

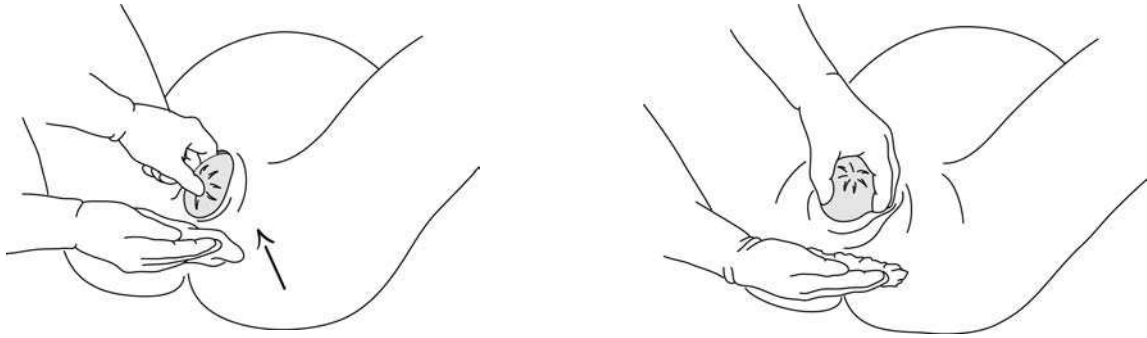
Entre les contractions, la femme doit se reposer et respirer profondément. L'accoucheur contrôle les bruits du cœur fœtal.

La tête commence à distendre le périnée qui s'amincit progressivement : l'orifice vulvaire se distend, les lèvres s'écartent et l'occiput apparaît. Dans une présentation céphalique, le dégagement se fait en occipito-pubien le plus souvent : l'enfant naît en regardant en bas, son occiput se déroule contre la symphyse pubienne (Figures 22). La tête amorce un mouvement de déflexion. Il faut guider ce mouvement et empêcher tout mouvement d'expulsion brutal : la main gauche maintient l'occiput. La main droite peut soutenir le menton au travers du périnée. Protéger la région anale avec une compresse (Figures 23).

Durant cette période finale active pour l'accoucheur, il faut que la femme cesse tout effort expulsif : respiration profonde. La main gauche freine la déflexion de la tête et imprime des petits mouvements latéraux pour que les bosses pariétales se dégagent peu à peu, tandis que la main droite fait éventuellement remonter le menton (Figure 24).



Figures 22
Différentes étapes du dégagement en occipito-pubien



Figures 23
Dégagement progressif de la tête

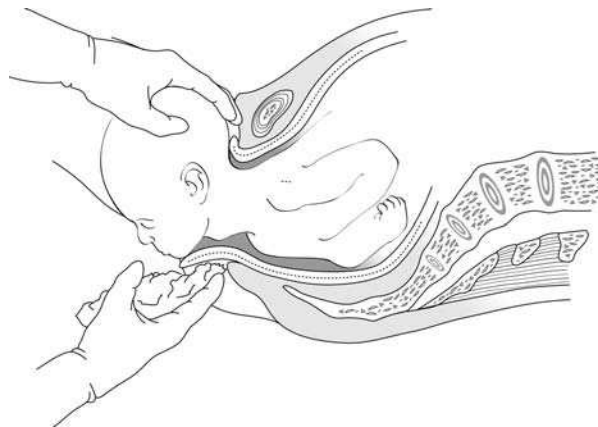


Figure 24
Abaissement du périnée postérieur sous le menton

Au moment du dégagement, le périnée est distendu à l'extrême. Le contrôle de l'expulsion peut permettre de limiter le risque de déchirure. Il n'y a pas d'indication systématique d'épisiotomie. Dans un dégagement en occipito-sacré (l'enfant regarde en haut), la distension du périnée est majeure, une épisiotomie peut être utile (Figure 25).

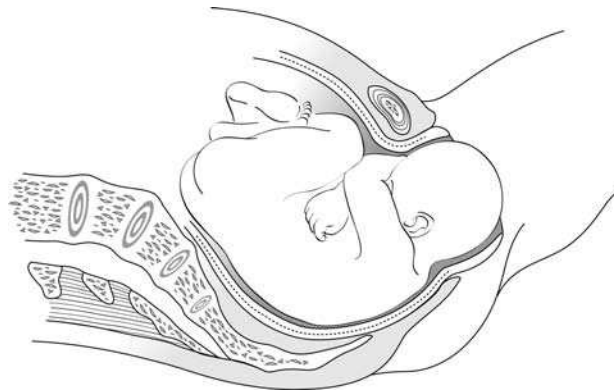


Figure 25
Dégagement en occipito-sacré

La tête, une fois dégagée, amorce une rotation spontanée d'au moins 90° : l'accoucheur aide ce mouvement en saisissant la tête à 2 mains, puis effectue une traction douce vers le bas pour amener l'épaule antérieure sous la symphyse puis la dégager. Ensuite la tête est relevée vers le haut pour permettre le dégagement de l'épaule postérieure (Figures 26 et 27).

Le dégagement de l'épaule postérieure doit être bien contrôlé pour limiter le risque de déchirure périnéale.

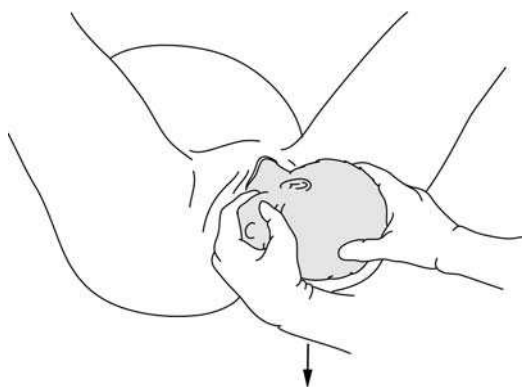


Figure 26 : Dégagement de l'épaule antérieure : traction vers le bas jusqu'à ce que l'épaule soit visible



Figure 27 : Dégagement de l'épaule postérieure : traction souple vers le haut

Normalement, le nouveau-né crie immédiatement. Le placer sur le ventre de sa mère ; administrer immédiatement de l'oxytocine à la mère ; clamber le cordon entre deux pinces, le couper ; saisir l'enfant dans un champ propre, lui dégager doucement d'éventuelles mucosités buccales au moyen d'une compresse stérile ; le sécher rapidement.

Réaliser ensuite la délivrance placentaire (voir Chapitre 7)

Dans le même temps, surveiller les constantes maternelles : pouls, TA, respiration, conscience, importance des saignements.

Partogramme

Le partogramme est un outil destiné à la surveillance et à la conduite du travail. Il sert à enregistrer tous les éléments de surveillance afin de faciliter le dépistage d'une anomalie possible. Il est conçu pour pouvoir être utilisé quel que soit le niveau de soins. Son élément central est un graphique sur lequel est notée la progression de la dilatation du col, appréciée par le toucher vaginal. Ce graphique permet de dépister rapidement un ralentissement anormal du travail.

Le partogramme comporte également d'autres éléments de surveillance : rythme cardiaque fœtal, rupture spontanée ou artificielle des membranes, couleur du liquide amniotique, constantes de la mère (TA, température) et administration éventuelle de médicaments (oxytocine, antibiotiques, etc.).

Le partogramme débute avec la phase active du travail.

Le partogramme de l'OMS comporte 2 lignes transversales, la ligne d'alerte et la ligne d'action.

La **ligne d'alerte** va de 4 à 10 cm et correspond au rythme moyen de dilatation de 1 cm par heure. Si la courbe de progression du travail passe à droite de cette ligne, cela signifie que la dilatation est lente (inférieure 1 cm/heure).

La **ligne d'action** est située à 4 heures de distance à droite de la ligne d'alerte. Si la courbe de dilatation franchit cette ligne, une action est impérative.

Si la femme est dans un centre de santé, il faut envisager une référence à l'hôpital en cas de franchissement de la ligne d'alerte.

Si la femme est à l'hôpital, il faut soit intervenir d'emblée, soit au minimum la surveiller plus attentivement.

La ligne d'action marque le point critique à partir duquel des décisions doivent être prises (voir *dystocie*, page 117).

Partogramme de l'OMS

Nom	Geste	Pare	Dossier No.
Date d'admission	Heure d'admission	Rupture des membranes	heure

Rythme cardiaque fœtal

200
190
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80

Liquide amniotique
Modelage de la tête

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

Dilatation du col (en cm)
(marquer un "X")

Descente de la tête
(marquer un "O")

Nombre d'heures

Heure réelle

5
4
3
2
1

Nombre de contractions en 10 min.

Oxytocine U/L
gouttes/min.

Médicaments et injections I.V.

Pouls
et
T.A.

180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60

Temp. °C

Urine

prot.
acet.
vol.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

Exemple de fiche de surveillance de l'accouchement (recto-verso)

Date : 25 septembre 2006	
Nom : XX	Age : 24 ans
Adresse : XXXXXX	
Gestité : 4	Parité : 2
Avortements : 1 Enfants mort-nés : 0	
Enfants vivants : 2	Enfants décédés : 0 Age/causes :
Date des dernières règles : fin décembre 2005 ?	Terme présumé : ≈ 38-39 SA

ANTÉCÉDENTS

Médicaux : 0
Chirurgicaux : curetage pour avortement
Obstétricaux : hémorragie de la délivrance sur rétention placentaire 1^{er} accouchement

GROSSESSE ACTUELLE

Consultation anténatale : 2
VAT : TT 3 le 15/08/2005

EXAMEN INITIAL

Date et heure : 25 septembre 2006 - 10 heures
Etat général : RAS
Plaintes fonctionnelles : contractions irrégulières depuis la veille, plus importantes ce matin, perte liquide hier soir ?

TA : 12/7 Pouls : 85 T° : 37,5°C
Taille : > 1,50 m Poids : 69 kg
Œdèmes : pieds Conjonctives : pales

Examens complémentaires
☒ Hb 8 g/dl ☒ albuminurie négatif ☐ paracheck ☐ autres

Hauteur utérine : 33 cm Présentation : céphalique
BDC : + 130 Contractions : 1 à 2/10 mn

Toucher vaginal
Col : 4 cm, court, centré
Poche des eaux : rompue, liquide amniotique clair
Présentation : céphalique, appliquée
Bassin : paraît normal (2^e enfant 3,9 kg)

CONDUITE A TENIR

Anémie —> attention délivrance, faire oxytocine systématique
Début de phase active —> démarrer partogramme
Rupture de la poche des eaux > 12 heures —> antibioprophylaxie, surveiller T°

PARTOGRAMME

Nom de la patiente : XXXX

Heure	10h			13h		15h										
Durée (en heures)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Col																
Dilatation en cm	10															
	9															
	8															
	7															
	6															
	5															
	4															
	3															
	2															
	1															
Présentation (type, hauteur)	ceph appliquée			fixée		engagée										
Membranes	rompues															
Liquide amniotique	clair			teinté		méconial										
BDC	130	140	135	140	140	120	90									
							ralentissements									
Contraction utérines (nombre par 10 mn)	1-2	1-2	2	2-3	2-3	2										
Constantes maternelles	12/7 37,5°			12/7 37,5°												
Traitements	amoxi 2 g			amoxi 1 g												

Accouchement par : XXXX Date et heure : 15h30 le 25/09/06 après 15 minutes d'efforts expulsifs
Délivrance (normale/délivrance artificielle/révision utérine/hémorragie/traitement) : 15h45, dirigée par 10 UI oxytocine RAS
Périnée (intact/épisiotomie/déchirure/suture) : intact
Anesthésie : non
Surveillance post partum (TA, saignements) : suivi / 30 minutes RAS
17h30 : TA 11/5 Puls 90 ; bon globe utérin ; saignements OK ; peut quitter la salle d'accouchement
Nouveau-né : Sexe : M Poids : 3800 g Apgar 1 mn : 6 Apgar 5 mn : 10 Réanimation : aspiration, stimulation

Rupture artificielle des membranes

Rupture de la poche des eaux, au moyen d'un perce-membranes, ou à défaut, de la griffe d'une demi pince de Kocher.

Indications

- Accélération de la dilatation.
- Accélération de l'expulsion à dilatation complète.
- Complément de l'oxytocine lors des inductions du travail (voir Chapitre 6).
- Tentative d'hémostase lors du travail en cas de placenta praevia marginal (ne pas perforer le placenta).

Précautions

- Hydramnios (risque de procidence du cordon) : ré-examiner après la rupture pour s'assurer que le cordon n'a pas été entraîné au devant de la tête.
- Technique aseptique (risque infectieux par ouverture de la cavité amniotique aux germes).

Contre-indications

Absolues

- Placenta praevia recouvrant
- Présentation transverse

Relatives

- Dilatation inférieure à 4 cm, contractions irrégulières (faux début du travail).
- Siège avant dilatation complète.
- Patiente HIV+ avant dilatation complète (conserver la poche des eaux intacte le plus longtemps possible afin de limiter le risque de transmission materno-fœtale).

Technique (Figure 28)

- Position gynécologique
- Port de gants stériles, désinfection du périnée et du vagin (polyvidone iodée).
- La main droite prépare l'accès à la poche (être bien dans le col), la main gauche insinue le perce-membranes entre les doigts de la main droite, qui écartent le vagin et le col et guident la pointe pour pratiquer une petite effraction dans la poche bombante, pendant la contraction. Laisser s'écouler lentement le liquide puis agrandir au doigt l'orifice.

- Noter la couleur du liquide (clair, verdâtre, sanguinolent). La coloration méconiale isolée, sans anomalie du rythme cardiaque fœtal, ne pose pas le diagnostic de souffrance fœtale mais impose un renforcement de la surveillance, notamment un TV toutes des 2 heures. En cas de liquide méconial épais, il existe un risque d'inhalation à la naissance, se préparer à aspirer l'enfant.
- Vérifier l'absence de procidence du cordon.
- Contrôler les bruits du cœur fœtal avant et après la rupture.

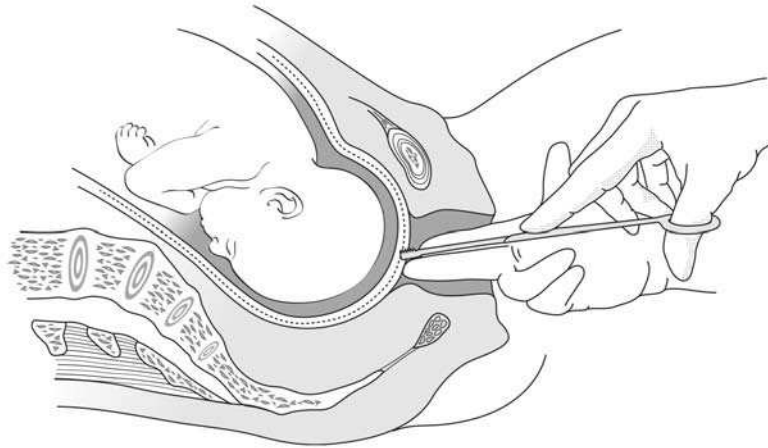


Figure 28
Rupture artificielle des membranes

Procidence du cordon

Descente du cordon ombilical au devant de la présentation, le plus souvent lors de la rupture des membranes (insertion basse ou longueur excessive, présentation dystocique (transverse ou siège), rupture brusque de la poche des eaux, excès de liquide amniotique, grossesse gémellaire).

La compression du cordon entre les tissus maternels et le fœtus lors des contractions provoque une souffrance fœtale et la mort rapide du fœtus (Figures 29 et 30).

Diagnostic

- La poche des eaux est rompue : palpation du cordon entre les doigts et, si le fœtus est encore en vie, perception des pulsations.
- Souffrance fœtale : bruits du cœur très lents, irréguliers.

Conduite à tenir

Fœtus mort ou enfant non viable (*grand prématuré*)

Aucune intervention spécifique, accouchement, pas de césarienne

Fœtus en vie

Urgence obstétricale, accouchement immédiat :

- Femme en position genu-pectorale (Figure 31) ou en position de Trendelenburg (décubitus dorsal, tête basse), pour décompresser le cordon.
- Repousser la présentation vers le fond utérin pour décompresser le cordon par le toucher vaginal que l'on maintient jusqu'à l'extraction de l'enfant par césarienne.
- Césarienne, en repoussant la présentation par le vagin, jusqu'à l'extraction. Vérifier les bruits du cœur fœtal juste avant l'intervention. Si les bruits du cœur ne sont plus perçus, il vaut mieux laisser l'accouchement se dérouler par voie basse (l'enfant est déjà mort).
- Si présentation engagée et dilatation complète, le refoulement de la présentation est impossible, l'extraction par voie basse doit être rapide : extraction instrumentale (ventouse ou forceps) ou grande extraction de siège.

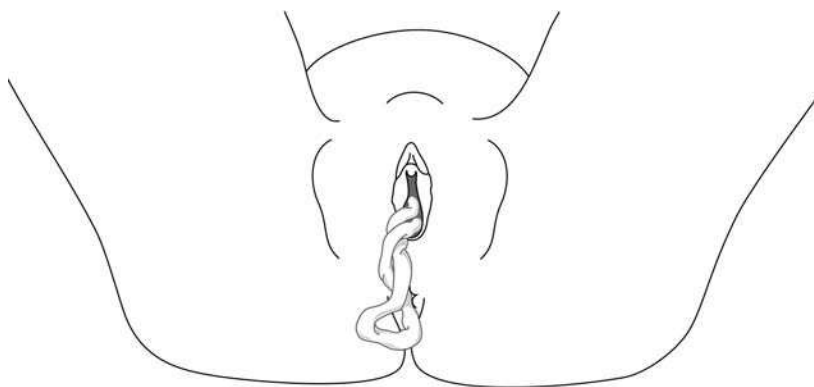


Figure 29
Issue du cordon à la vulve

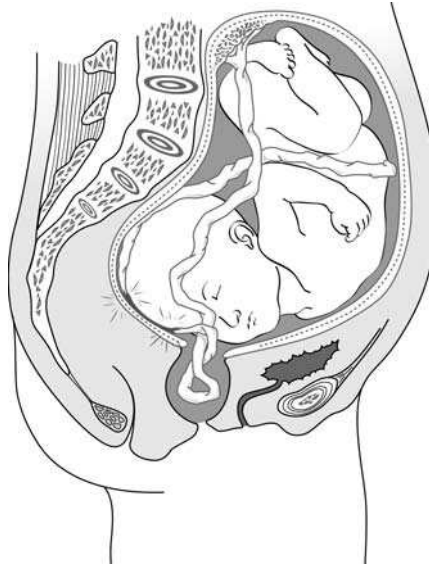


Figure 30
Présentation comprimant le cordon

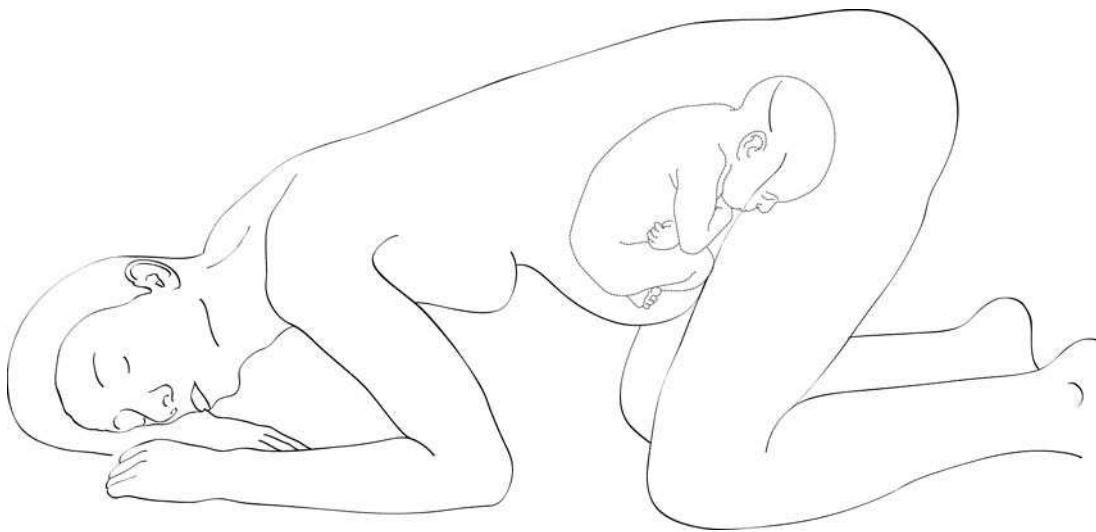


Figure 31
Position genu-pectorale

Circulaire du cordon

Boucles de cordon autour du cou du fœtus. Elles peuvent être responsables de souffrance fœtale et empêcher la poursuite de la naissance après dégagement de la tête.

Le circulaire du cordon n'est visible qu'après le dégagement de la tête.

Si le circulaire est lâche, le faire glisser par dessus la tête de l'enfant.

Si le circulaire est serré et/ou composé de plusieurs boucles, clamer le cordon avec 2 pinces de Kocher et le sectionner entre les 2 pinces (Figure 32). Dérouler le cordon, finir l'accouchement et réanimer le nouveau-né si nécessaire.

Remarque : c'est dans l'éventualité d'un circulaire du cordon que 2 pinces de Kocher et une paire de ciseaux doivent être prêts au moment de l'accouchement.

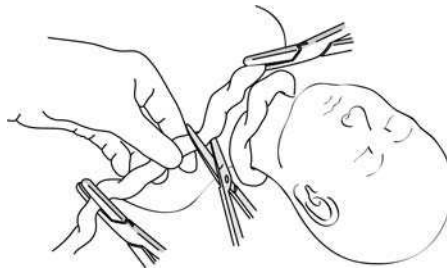


Figure 32

Circulaire serré, section entre deux pinces dès le dégagement de la tête

Ventouse obstétricale

Instrument de flexion et traction, destiné à faciliter l'expulsion du fœtus.

Il existe différents modèles mais tous comportent :

- Une cupule (la ventouse) métallique ou plastique qui doit être stérile.
- Une connexion à un système de vide contrôlé par un manomètre. Le vide est produit au moyen d'une pompe à main ou électrique.
- Une poignée de traction.

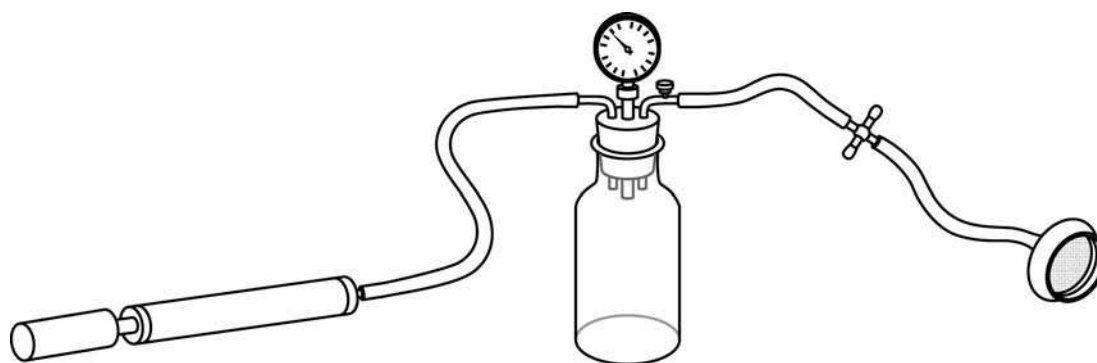


Figure 33
Un modèle de ventouse obstétricale

Conditions d'utilisation

- Dilatation complète
- Présentation céphalique et engagée
- Poche des eaux rompue
- Vessie vide

Indications

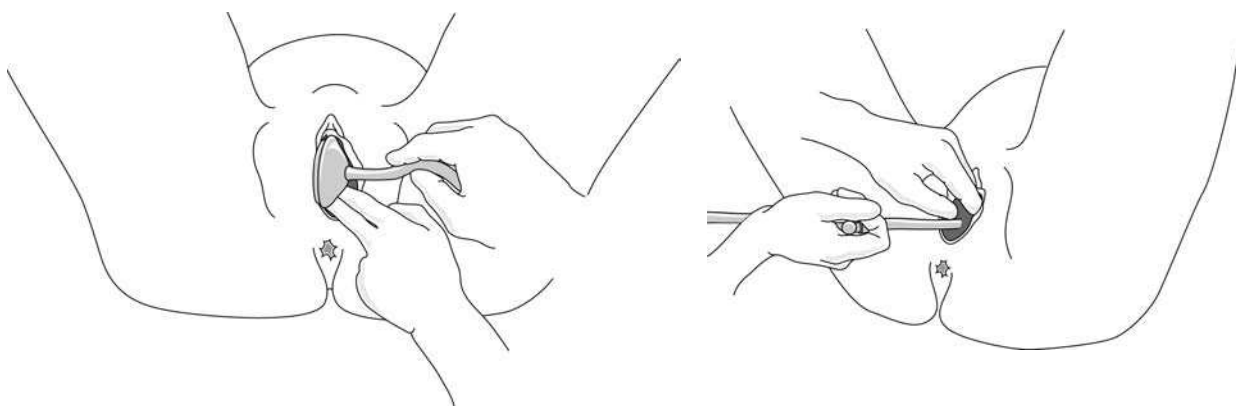
- Défaut de progression du fœtus (par efforts expulsifs insuffisants ou inefficaces) avec dégagement trop long (plus de 30 à 45 minutes).
- Souffrance fœtale (ralentissements profonds des bruits du cœur) pendant l'expulsion.
- Périnée trop résistant (associée à l'épisiotomie).
- Disproportion fœto-pelvienne limite (associée à la symphysiotomie).

Contre-indications

- Présentation de siège, transversale, de la face, du front.
- Enfant prématuré : les os du crâne sont trop mous.
- Tête non engagée.
- Col incomplètement dilaté.

Technique

- Femme en position gynécologique, jambes et cuisses fléchies.
- Badigeonner le périnée et le vagin (polyvidone iodée) ; vider la vessie (sondage stérile).
- Préparer la partie stérile de l'instrument (cupule), avec des gants stériles.
- Introduire la cupule dans le vagin (Figures 34) et l'appliquer sur le scalp, le plus près possible de la petite fontanelle, c.-à-d. en position antérieure dans une présentation occipito-pubienne.
- Tandis que la main gauche maintient la cupule, un doigt de la main droite effectue un mouvement circulaire autour de la cupule et vérifie qu'à aucun endroit, le tissu vaginal ou cervical est pincé. Une dilacération du col ou du vagin peut se produire lors de la traction si le tissu cervical ou vaginal est aspiré par la ventouse (risque d'hémorragie massive).

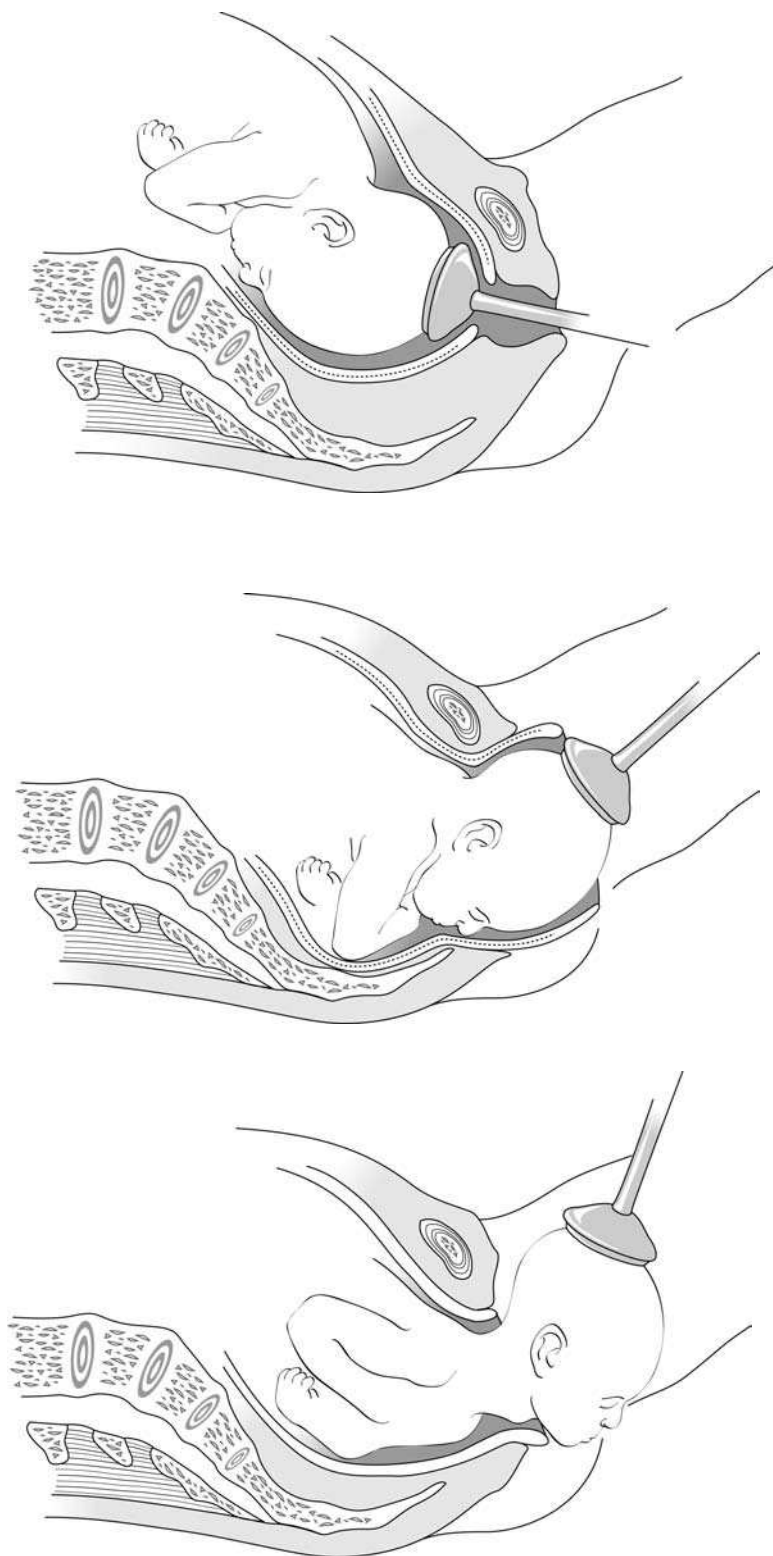


Figures 34
Introduction de la cupule dans le vagin

- Un assistant branche la cupule sur le système d'aspiration.
- La main gauche maintient la cupule sur la présentation.
- Pomper jusqu'à ce que la dépression atteigne $0,2 \text{ kg/cm}^2$. Vérifier de nouveau que le tissu vaginal ou cervical n'est pas pincé, puis pomper pour monter la dépression jusqu'à $0,8 \text{ kg/cm}^2$ maximum.
S'asseoir sur un petit marche-pied ou se mettre à genoux, ce qui permet d'avoir un bon angle de traction et de garder son équilibre. La traction effectuée par la main dominante doit être perpendiculaire à la cupule.
- La traction est contemporaine des contractions utérines et des efforts expulsifs qui doivent être poursuivis par la patiente. Relâcher la traction dès que la contraction utérine cesse. L'axe de traction varie en fonction de la progression de la tête : traction vers le bas puis horizontalement puis de plus en plus verticale (Figures 35).
- La cupule peut se détacher si elle est mal placée ou si la traction est trop brutale ; la replacer.
- Quand la main gauche peut accrocher le menton du fœtus, supprimer le vide, décoller la ventouse et terminer l'accouchement normalement.
- L'épisiotomie n'est pas systématique ; elle peut être utile, notamment si le périnée est trop résistant ou trop distendu.

Remarque : lorsqu'il existe au préalable une bosse séro-sanguine importante, la ventouse peut être inefficace et les forceps nécessaires.

Ne pas appliquer le vide plus de 30 minutes : probable mauvaise indication ; risque de nécrose du scalp. La naissance se fait habituellement en moins de 15 minutes.
Ne pas faire plus de 3 essais de traction s'il n'y a aucune progression (le bassin osseux maternel est probablement infranchissable).



Figures 35

Traction de la ventouse : différents axes selon la progression de la tête

Symphysiotomie

Incision partielle des ligaments de la symphyse pubienne, de manière à écarter d'environ 2 cm les deux pubis afin de donner une place suffisante pour le passage d'un fœtus enclavé et vivant.

Cette intervention est toujours associée à une épisiotomie et à une extraction instrumentale.

Cette technique de sauvetage peut être utile dans les situations où une césarienne n'est pas rapidement réalisable.

Indications

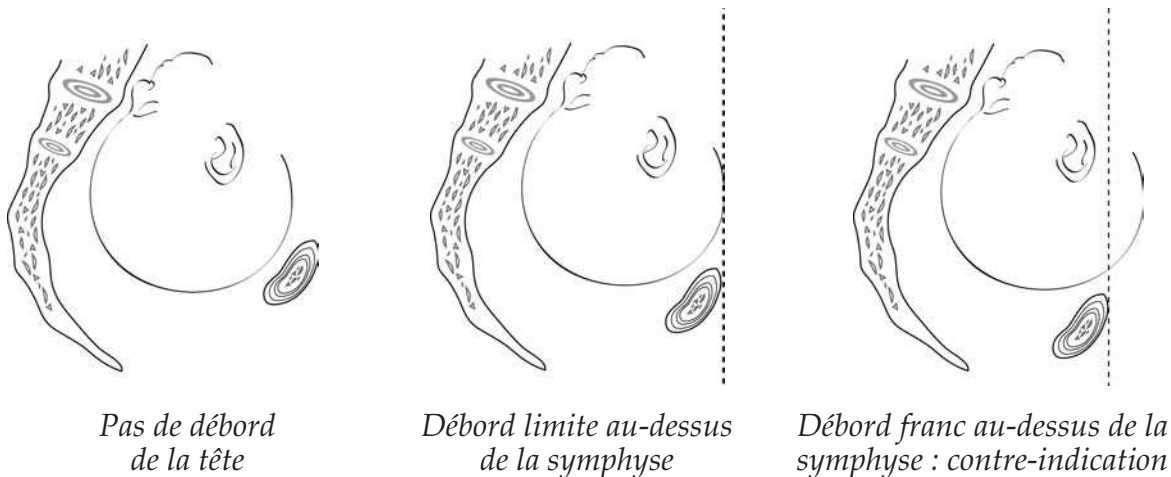
- Tête engagée et bloquée dans sa progression depuis plus d'une heure et échec avéré ou prévisible de l'extraction par ventouse obstétricale seule.
- Disproportion fœto-maternelle par léger rétrécissement du bassin : après échec de l'épreuve du travail, la tête ayant pénétré au moins sur 3/5 de sa hauteur dans le bassin.
- Présentation de siège avec rétention de la tête.

Conditions d'utilisation

- Membranes rompues, dilatation complète.
- Absence de débord de la tête fœtale au-dessus de la symphyse ou débord inférieur à 2/5 (Figure 36).

Contre-indications

- Tête non engagée
- Présentation du front
- Fœtus mort (dans ce cas, faire une embryotomie)
- Col insuffisamment dilaté
- Disproportion fœto-pelvienne majeure avec débordement de la tête sur le plan de la symphyse supérieur à 2/5 (Figures 36).



Figures 36 : Position de la tête fœtale

Matériel

- Bistouri, matériel de suture, boîte d'accouchement avec ciseaux à épisiotomie
- Ventouse
- Sonde urinaire à demeure
- Champ et gants stériles
- Antiseptique (polyvidone iodée), nécessaire pour anesthésie locale

Technique

- Position gynécologique, jambes et cuisses fléchies, abduction soutenue par deux assistants, maintenant un angle inférieur à 90° entre les cuisses (Figure 37).
- Asepsie rigoureuse : raser, badigeonner largement la région pubienne et périnéale à la polyvidone iodée.
- Placer un champ troué stérile sur la symphyse.
- Sondage vésical à demeure permettant de repérer l'urètre pendant toute l'intervention.
- Anesthésie locale : 10 ml de **lidocaïne** à 1%, en infiltrant peau et tissus sous-cutanés au-dessus, devant et sous la symphyse, sur un plan médian, jusqu'au contact du ligament. Infiltrer également la zone d'épisiotomie.
- Déplacement latéral de l'urètre avec l'index et le médius de la main gauche introduit dans le vagin (Figures 38 et 39), index placé dans le sillon qui correspond au ligament entre les deux os pubiens, de manière à pouvoir sentir les mouvements du bistouri. L'urètre sondé doit être repoussé hors de portée du bistouri.
- Incision :
 - Repérer le bord supérieur de la symphyse.
 - Introduire le bistouri à 1 cm au-dessous du repère, perpendiculaire au plan cutané et parfaitement médian.
 - Pénétrer jusqu'au contact ligamentaire : contact élastique ; si contact osseux, retirer légèrement la lame et se repérer de nouveau.
 - Incliner la lame d'abord vers le haut, petit mouvement de va-et-vient, toujours dans le plan sagittal, et cliver ainsi le ligament jusqu'au bord supérieur de la symphyse, qu'on dépasse légèrement.
 - Tourner ensuite la lame vers le bas et répéter la manœuvre de clivage jusqu'au bord inférieur (Figure 40). L'intervention est terminée lorsque le doigt vaginal peut s'insérer entre les deux os pubiens. Ne pas inciser le vagin.
 - Un ou deux points suffisent à fermer la plaie après l'accouchement.
- Réaliser l'épisiotomie ; utiliser une ventouse pour l'extraction.
- Après l'accouchement, repos en décubitus latéral (éviter l'abduction forcée des cuisses), alitement pendant 7 à 10 jours, éviter les travaux pénibles pendant 3 mois.
- S'il y avait hématurie lors du sondage, la tête fœtale a sans doute comprimé et blessé les parois de la vessie : laisser la sonde en place au minimum 3 jours après disparition de l'hématurie. Sinon, la retirer immédiatement.
- Traitement antalgique systématique.

Accidents et incidents

- Hémorragie au niveau de la plaie : pansement compressif.
- Infection locale de la plaie : pansements quotidiens, antibiothérapie :
amoxicilline PO : 2 g/jour à diviser en 2 prises pendant 5 jours, par exemple
- Incontinence urinaire d'effort : rare et passagère.
- Troubles de la marche : prévenus par le repos.
- Blessure de l'urètre ou de la vessie : sonde laissée en place 6 à 10 jours et avis spécialisé.
- Ostéite : rarissime si des conditions d'asepsie rigoureuses sont respectées.

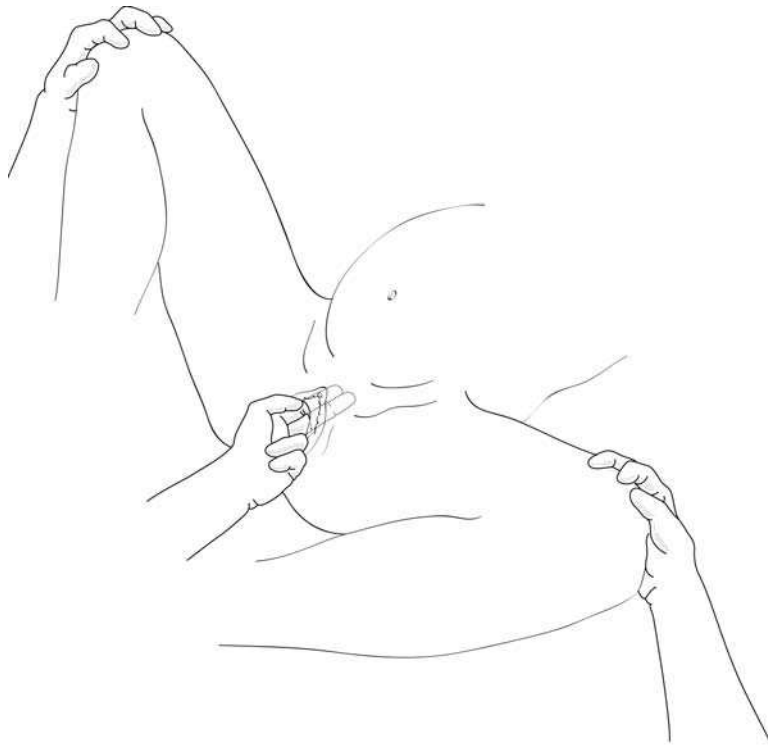


Figure 37
Position gynécologique maintenue

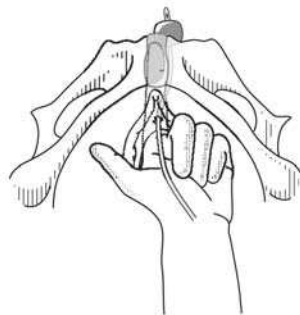


Figure 38
Doigt vaginal repoussant l'urètre

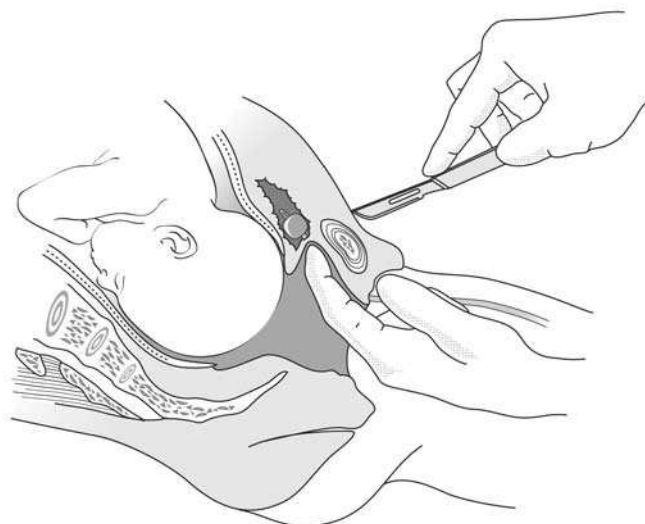


Figure 39
Doigt vaginal repoussant la tête et l'urètre

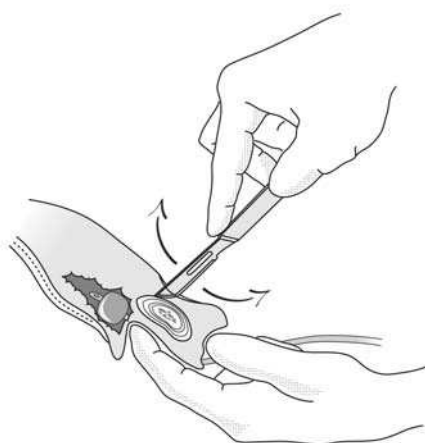


Figure 40
Va-et-vient du bistouri vers le haut, puis vers le bas

Épisiotomie

Section du périnée

Indications

Il n'y a pas d'indication d'épisiotomie systématique.

L'épisiotomie est discutée dans les situations suivantes :

- Expulsion de plus de 30 minutes, surtout si ralentissement des bruits du cœur, lorsque la fin de l'expulsion est gênée par le périnée.
- Dégagement en occipito-sacré, face ou siège, ce d'autant plus qu'il s'agit d'une primipare.
- Association à la symphysiotomie, au forceps, parfois à la ventouse.
- Périnée œdématié, cicatriciel, se distendant mal.
- Excision (circoncision clitoridienne avec l'ablation partielle ou totale du clitoris souvent associée à l'ablation des petites lèvres). L'excision est responsable d'une perte d'élasticité du périnée avec un risque d'expulsion longue et de déchirures périnéales. Une épisiotomie, même si elle ne protège pas totalement du risque de déchirure, peut être nécessaire.
- Infibulation : page 100.

Technique

- Badigeonner le périnée (polyvidone iodée).
- Faire une anesthésie locale par infiltration avec 10 ml de **lidocaïne** 1%.
- Réaliser l'épisiotomie lorsque le périnée est aminci et amplifié, distendu par le fœtus qui apparaît à la vulve : lors d'une poussée, section franche aux ciseaux stériles, obliquement en bas et en dehors, à 45°, depuis la commissure vulvaire et sur 4 cm, en protégeant le fœtus de l'autre main (Figure 41).
- L'épisiotomie peut être faite à droite ou à gauche selon que l'opérateur est droitier ou gaucher.
- Les ciseaux utilisés pour l'épisiotomie sont immédiatement mis de côté car ils sont contaminés. Ils ne doivent pas servir à d'autres gestes comme sectionner le cordon (c'est pourquoi toute boîte d'accouchement doit contenir 2 paires de ciseaux).

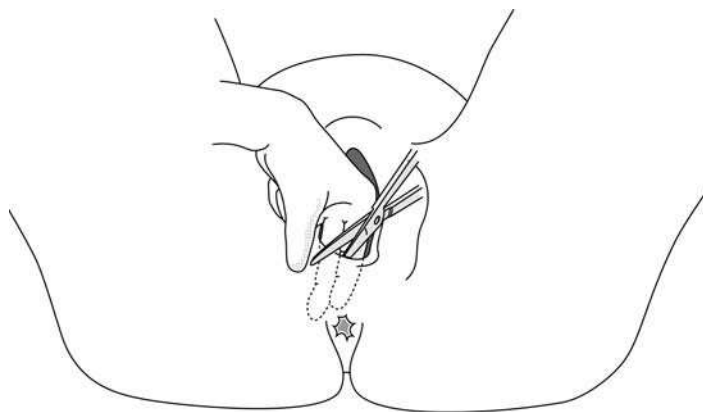


Figure 41 : Section du périnée

Suture du périnée

Parfois, le périnée se déchire à l'accouchement avec des lésions vulvo-vaginales superficielles (déchirure du 1^{er} degré) ou plus profondes, touchant le tissu musculaire (déchirure du 2^e degré, équivalent d'une épisiotomie).

Deux tissus adjacents peuvent également être lésés :

- Le muscle du sphincter anal, de couleur rouge et d'aspect charnu : la déchirure de ce sphincter peut être reconnue par la perte de l'aspect radié de l'anus (périnée complet ou déchirure du 3^e degré). La réparation du muscle est indispensable pour éviter une incontinence anale.
- La muqueuse rectale, d'aspect lisse et blanchâtre, dans le prolongement de l'anus. La déchirure de cette muqueuse (périnée complet compliqué ou déchirure du 4^e degré) doit être suturée pour éviter une fistule anale avec incontinence et infection.

Matériel

- Boîte de suture comprenant ciseaux, pinces à disséquer, porte-aiguille stériles
- Antiseptique (polyvidone iodée) ; nécessaire pour anesthésie locale.
- Un ou deux fils résorbables Dec 3 (00).
- Un fil de résorption rapide pour la suture cutanée, ou à défaut, un fil non résorbable Dec 3 (00).
- Champ et gants stériles.
- Eventuellement confection d'un tampon stérile de gaze lié par un gros fil, placé au fond du vagin pour l'assécher des saignements endo-utérins (Figure 42). Le fil-repère, visible à la vulve, permet de ne pas l'oublier en fin d'intervention. Ce tampon peut être remplacé par des compresses simples.

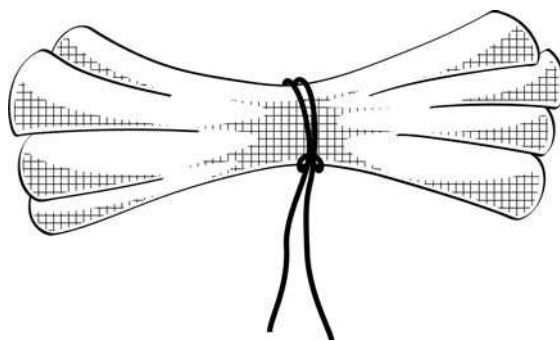


Figure 42
Tampon de compresses liées par un fil repère

Technique

- Une suture du périnée ne s'effectue qu'après la délivrance.
- Badigeonner le périnée et le vagin à la polyvidone iodée.
- Installer un champ stérile troué.

- Evaluer l'importance et le nombre de déchirures. En cas d'épisiotomie, vérifier l'absence d'extension ou autres déchirures associées. Si nécessaire, utiliser des valves vaginales pour exposer l'ensemble des parois vaginales.
- Anesthésie locale à la lidocaïne 1% dans tous les plans concernés, excepté la muqueuse rectale. En cas de déchirures étendues, une anesthésie générale peut être nécessaire.

Déchirures vulvaires superficielles (1^{er} degré)

- Si elles sont non hémorragiques et surtout péri-orificielles : soins simples, pas de suture.
- Si elles sont hémorragiques ou profondes : suture simple par surjet ou points séparés simples de fil résorbable.

Episiotomie ou déchirure simple du périnée du 2^e degré

- Repérer la jonction cutané-muqueuse de la commissure et passer un premier point sans le nouer, pour obtenir un bon affrontement des berges. S'aider de la main gauche (Figure 43).



Figure 43

Suture d'une déchirure du périnée. Bien s'exposer avec la main gauche.

- Suturer la muqueuse vaginale en allant du plus interne au plus externe, jusqu'en arrière de la cicatrice hyménéale, par surjet ou à points séparés en X de fil résorbable, suffisamment rapprochés pour que des lochies ne puissent s'y loger dans les jours qui suivent, mais pas trop profond pour ne pas embrocher le rectum (Figure 44).



Figure 44

Suture de la muqueuse



Figure 45

Suture du muscle



Figure 46

Suture de la peau

- Suturer ensuite le plan musculaire par deux ou trois points en X de fil résorbable (Figure 45).

- Fermer la peau avec du fil de résorption rapide ou non résorbable, par des points séparés (points simples ou de Blair-Donati), en commençant par le premier point situé sur la commissure et qui n'avait pas encore été noué (Figure 46). Eviter de serrer excessivement les nœuds, en raison de l'œdème des tissus dans les jours qui suivent l'accouchement. Effectuer un toucher rectal pour vérifier qu'il n'y a pas de points perceptibles dans l'anus. Retirer les compresses intravaginales.

Rupture du sphincter anal

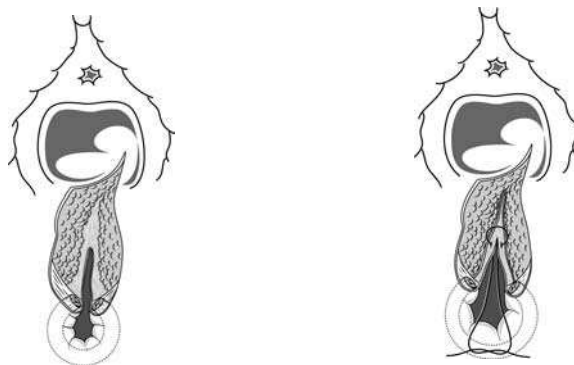
- La déchirure de l'anneau musculaire peut entraîner la rétraction des 2 fragments de ce muscle, cachés dans les tissus. S'aider d'un toucher rectal pour repérer ces 2 fragments.
- Suture de ce sphincter au fil résorbable, par deux ou trois points en X ou en U (Figure 47).
- Continuer par les mêmes temps que dans le cas précédent.



Figure 47
Suture du sphincter

Déchirure de la muqueuse anale

- Protéger la plaie des selles par une compresse intra-rectale (à ne pas oublier, de même que le tampon de gaze).
- Badigeonner à la polyvidone iodée.
- Suturer la muqueuse rectale, en allant du haut vers le bas, à points séparés de fil résorbable noués sur la face rectale (Figures 48).
- Continuer par les mêmes temps que dans le cas précédent.



Figures 48
Suture de la muqueuse rectale

Soins post-opératoires

- Dans tous les cas, toilette de la vulve à l'eau et au savon et séchage, après chaque miction et chaque selle, au minimum 2 fois par jour.
- Si fils non résorbable : ablation des fils entre le 5^e et le 8^e jour.
- Traitement antalgique systématique : paracétamol et/ou ibuprofène (surtout si périnée œdématisée). L'ibuprofène peut être prescrit en cure courte (5 jours) chez une femme qui allaite.
- Dans les déchirures du 3^e et surtout du 4^e degré, recommander si possible un régime sans résidus pendant 15 jours (pas de fruits et légumes) et donner éventuellement un laxatif pour éviter le passage de selles trop dures sur la cicatrice de la muqueuse rectale.
- Une épisiotomie ou déchirure du périnée ne nécessite pas d'antibiothérapie. En cas de déchirure du 4^e degré, **métronidazole** PO : 1,5 g/jour à diviser en 3 prises pendant 5 jours.

Désinfibulation

L'infibulation correspond à une excision (circoncision clitoridienne avec l'ablation partielle ou totale du clitoris, souvent associée à l'ablation des petites lèvres) à laquelle s'ajoute une occlusion vulvaire avec ablation en partie ou en totalité des grandes lèvres dont les bords sont accolés. Il ne persiste qu'un orifice résiduel à la base de la vulve permettant l'issue de l'urine et des menstruations.

L'infibulation est un obstacle à la surveillance du col et au déroulement normal de l'accouchement. Une désinfibulation, réalisée au cours de la grossesse ou pendant le travail, est indispensable pour permettre la naissance de l'enfant.

Lors de l'expulsion, il existe un risque de déchirures périnéales associées. Une épisiotomie, même si elle ne protège pas totalement du risque de déchirure, peut être nécessaire.

Matériel

- Boîte de suture comprenant ciseaux, pinces à disséquer, porte-aiguille stériles
- Antiseptique (polyvidone iodée) ; nécessaire pour anesthésie locale.
- Un ou deux fils résorbables Dec 3 (00).
- Champ et gants stériles.

Technique

- Demander à la patiente d'uriner.
- Faire une anesthésie locale.
- Nettoyer et badigeonner le périnée à la polyvidone iodée.
- Introduire un doigt de la main gauche dans l'orifice vulvaire pour protéger l'urètre.
- De la main droite, sectionner au ciseau la bandelette cicatricielle médiane antérieure, ce qui permet l'accès au vagin et à l'urètre.
- Assurer l'hémostase par un surjet de fil résorbable Dec 3 (00) sur chacune des berges.
- Aucune ré-infibulation ne devra être réalisée après l'accouchement.

CHAPITRE 5

Accouchements particuliers

Présentation du siège	103
Grossesse gémellaire	110
Grande extraction de siège	112

Présentation du siège

- Présentation des pieds ou des fesses du fœtus. Si cette présentation est isolée, c.-à-d. sans autre anomalie associée, elle n'est pas à proprement parler une présentation dystocique.
- Toute anomalie associée à un siège et diagnostiquée à temps doit conduire à faire accoucher la femme en milieu chirurgical pour une éventuelle décision de césarienne (p. ex. placenta praevia).
- Dans la présentation de *siège complet*, les membres inférieurs sont repliés, le fœtus est accroupi (Figure 49).
- Dans la présentation de *siège décomplété*, les membres inférieurs sont relevés devant le tronc, les pieds au voisinage de la tête (Figure 50).

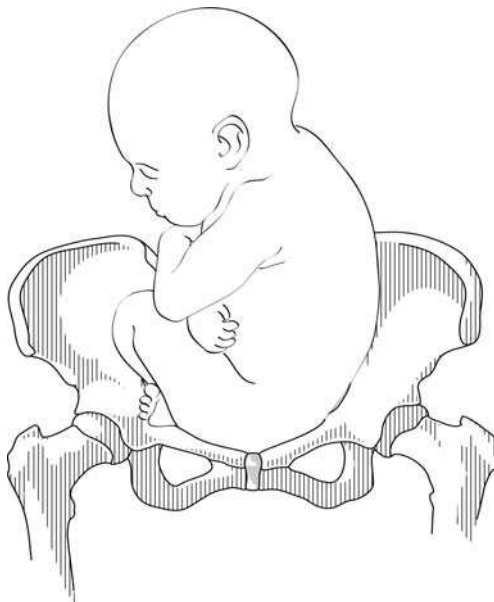


Figure 49
Siège complet

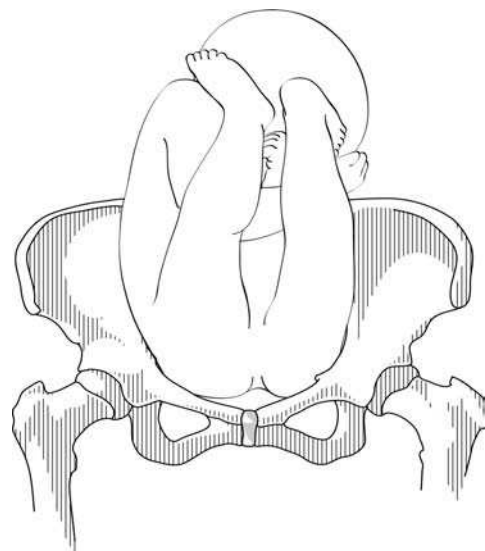
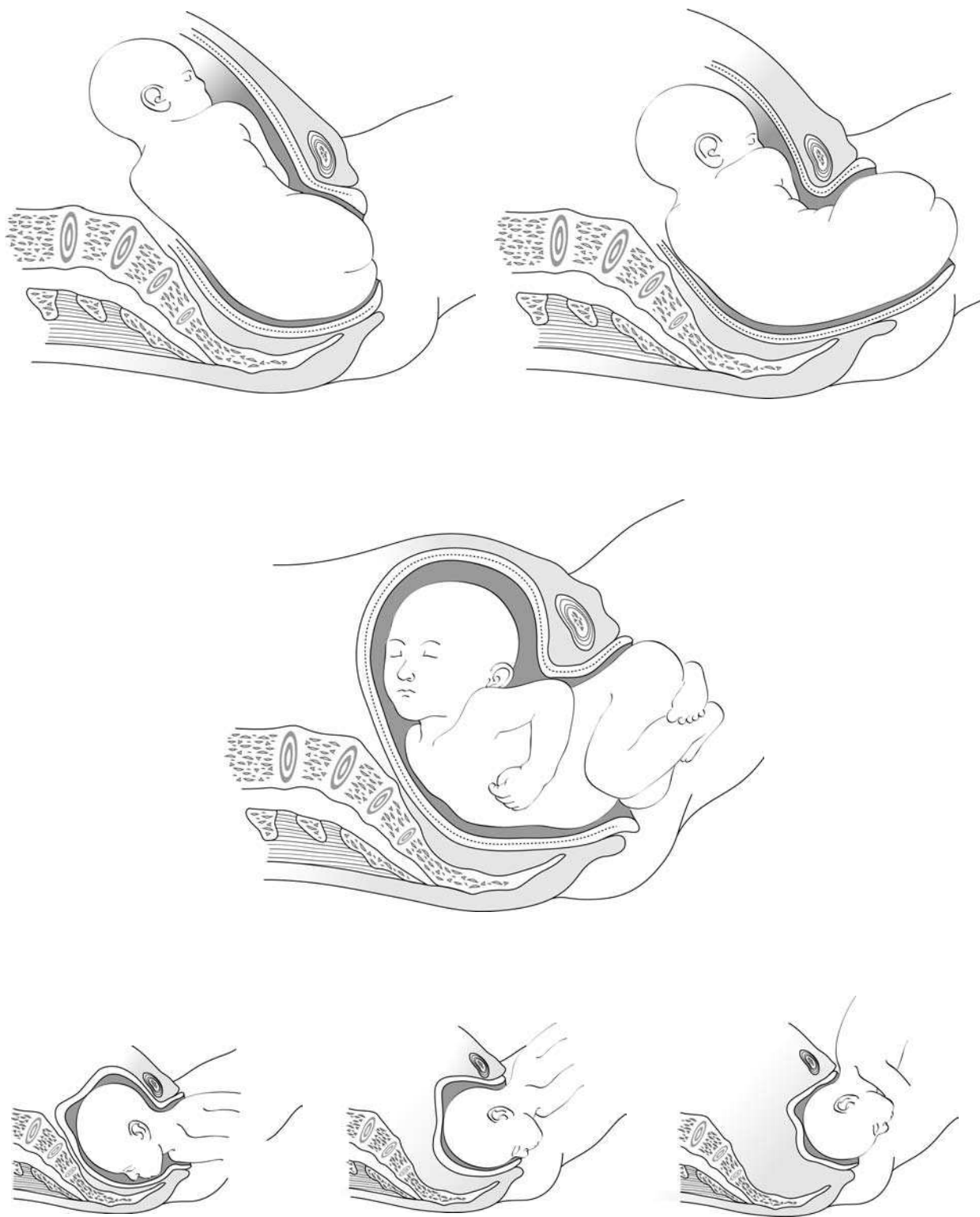


Figure 50
Siège décomplété

Diagnostic

- Pôle céphalique dans le fond utérin, rond, dur, mobile, avec sillon du cou perceptible.
- Pôle inférieur volumineux, irrégulier, moins dur, moins mobile que la tête.
- Au cours du travail, au toucher vaginal, «tumeur molle» séparée par le sillon interfessier, avec saillie dure à l'extrémité de ce sillon (coccyx et sacrum).
- Après la rupture des membranes : perception de l'orifice anal au milieu du sillon, palpation d'un pied.
- Ce diagnostic est parfois difficile : une main peut être prise pour un pied, une face pour un siège.



Figures 51
Accouchement du siège

Conduite à tenir

Pendant le travail

- Ne pas rompre les membranes.
- Surveiller le travail toutes les heures : il faut que la dilatation du col progresse régulièrement d'1 cm/heure. En cas de stagnation de la dilatation, transférer dans une structure équipée pour les césariennes.
- La présence de méconium ou de liquide méconial n'ont pas de valeur de gravité.

A l'accouchement

- Épisiotomie systématique à l'expulsion chez la primipare, facile au moindre doute chez la multipare. L'épisiotomie est réalisée lorsque le périnée est suffisamment distendu par les fesses de l'enfant.
- Si les contractions sont de bonne qualité, la dilatation progressive et les bruits du cœur fœtal réguliers, la meilleure attitude est l'expectative.
- L'enfant se dégage *tout seul* sous l'action des efforts expulsifs maternels. Il est simplement soutenu par les mains de l'accoucheur sans aucune traction, ou par une table placée plus bas que le plan du périnée de la mère (Figure 52). Ne pas tirer sur les jambes.
Une fois l'ombilic sorti, le dégagement complet de l'enfant doit s'effectuer dans les 3 minutes, faute de quoi la compression du cordon le privera d'oxygène. Toutefois, éviter toute manipulation de l'enfant avant de visualiser la pointe des omoplates pour ne pas déclencher la respiration réflexe avant que la tête ne soit dégagée.
- Surveiller la position du dos et éviter qu'il ne s'oriente en arrière. Si cela survient, tourner le fœtus par les hanches pour ramener le dos en avant (événement rare).

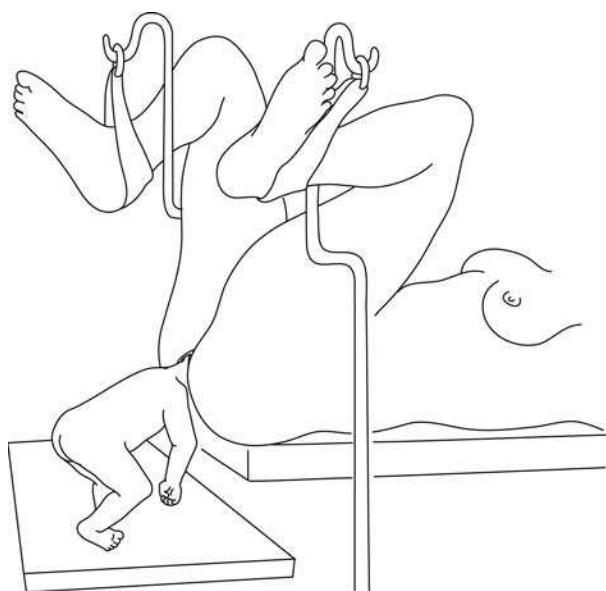


Figure 52

Accouchement par le siège

- Les épaules peuvent se coincer et retenir le haut du thorax et la tête de l'enfant, p. ex. si les bras sont relevés lors du passage des épaules dans le bassin maternel. Deux

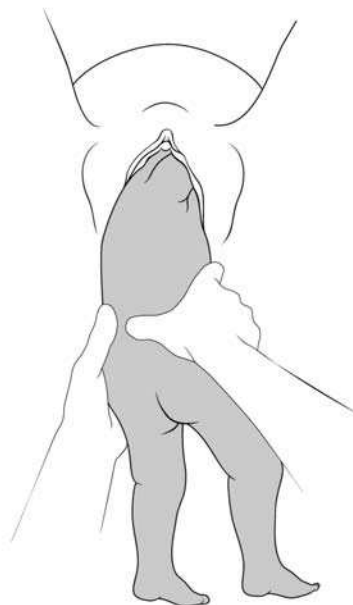
méthodes sont possibles pour abaisser les bras et permettre aux épaules de descendre :

1^{re} méthode : Manœuvre de Lovset (Figures 53)

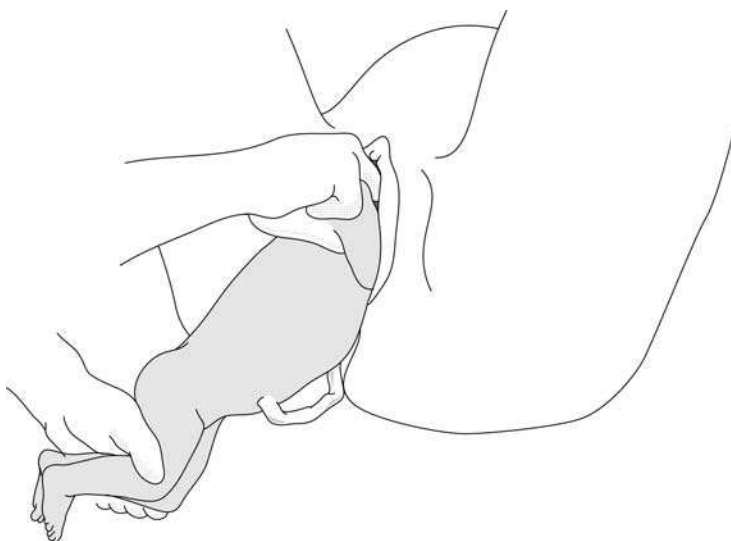
- Les pouces sur les lombes, saisir les hanches et le bassin du fœtus avec les autres doigts.
- Tourner le fœtus de 90° (dos fœtal à gauche ou à droite), pour amener l'épaule antérieure sous la symphyse et permettre l'engagement du bras. Dégager le bras antérieur.
- Puis effectuer une contre-rotation de 180° (dos fœtal à droite ou à gauche) qui fait engager le bras postérieur, qui est alors dégagé.



53a : Rotation du fœtus pour abaisser l'épaule antérieure



53b : Traction vers le bas et descente des épaules axe médian (sacrum-pubis)



53c : Dégagement de l'épaule antérieure

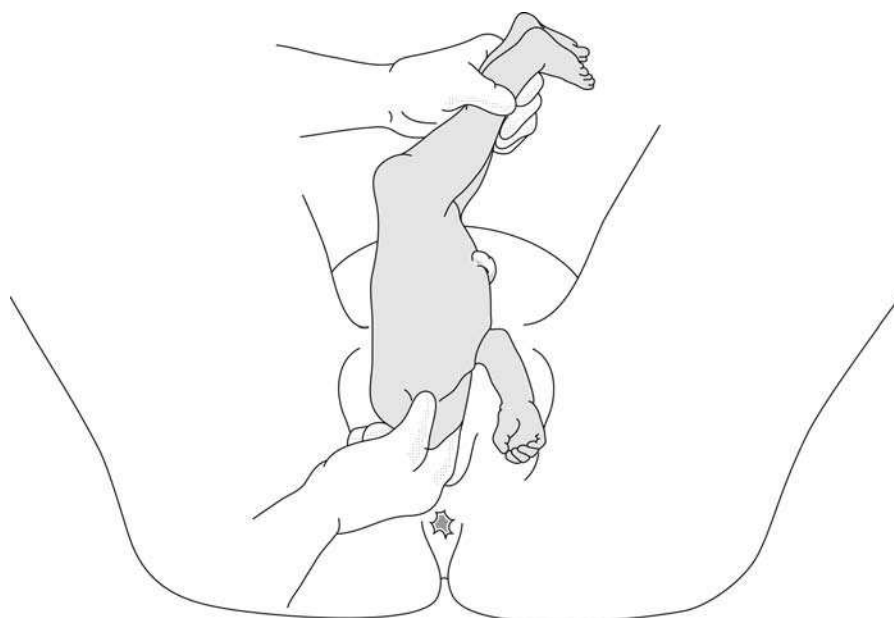
Figures 53 : Accouchement des épaules

2^e méthode (Figures 54), en cas d'échec de la précédente :

- Tourner le fœtus de 90° (dos fœtal à droite ou à gauche).
- Attirer le fœtus vers le bas : introduire une main le long du dos du fœtus pour aller chercher le bras antérieur.
Le pouce dans l'aisselle, l'index et le médus le long du bras, le bras est abaissé (Figure 54a).
- Relever le fœtus par les pieds et vers le haut pour le dégagement de l'épaule postérieure (Figure 54b).



54a : Abaissement du bras antérieur



54b : Dégagement de l'épaule postérieure

Figures 54 : Relèvement des bras

- La tête du fœtus est plus volumineuse que son corps et peut se coincer dans le bassin ou dans les tissus maternels.

Différentes manœuvres sont possibles pour dégager la tête. Elles visent à la fléchir pour qu'elle descende correctement, puis à la faire pivoter vers l'avant autour de la symphyse maternelle. Ces manœuvres doivent être effectuées sans délai car l'enfant doit pouvoir respirer rapidement.

Manœuvre de Bracht (Figures 55) :

- Après dégagement des bras, l'enfant est saisi par les hanches, relevé des deux mains vers le ventre de sa mère, sans aucune traction, la nuque pivotant autour de la symphyse.
- L'association d'une pression sus-pubienne par un assistant facilite la sortie de la tête dernière.

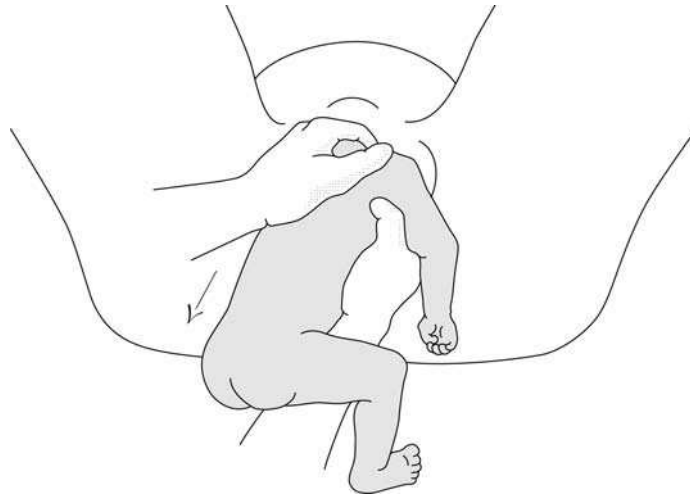


Figures 55
Manœuvre de Bracht

Manœuvre de Mauriceau, en cas d'échec de la précédente (Figures 56) :

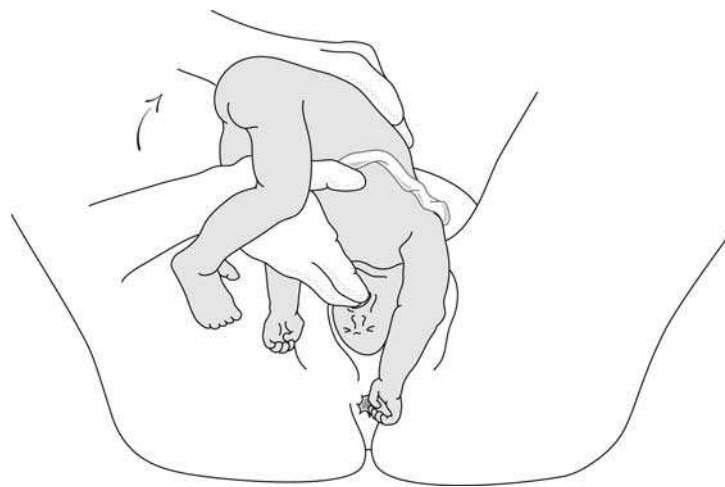
- Tête fœtale dans l'axe médian.
- Se mettre à genoux, pour avoir un bon angle de traction : 45° vers le bas.
- La main et l'avant-bras droit soutiennent le fœtus. Index et médius sont introduits avec douceur dans la bouche jusqu'à la base de la langue.
- L'index et le médius de la main gauche se placent de chaque côté du cou du fœtus, en fourchette.
- Avec la main gauche, abaisser la tête pour amener le sous-occiput sous la symphyse (Figure 56a).
- Puis, en prenant appui sur le plancher buccal, basculer la tête par un large mouvement qui amène le dos du fœtus vers le ventre de la mère, l'occiput pivotant autour de la symphyse pubienne (Figure 56b).
- Le dégagement de la tête est aidé d'une pression sus-pubienne sur la tête du fœtus, dans l'axe du bassin.
- En dernier recours, la symphysiotomie peut être associée à la manœuvre de Mauriceau.

Toutes ces manœuvres sont exécutées en douceur, sans traction sur le fœtus.



56a : 1^{er} temps

Enfant à cheval sur l'avant-bras de l'accoucheur, tête dans l'axe médian, abaissement de la tête pour amener l'occiput au contact de la symphyse.



56b : 2^e temps

Bascule du dos du fœtus vers le ventre de la mère

Figures 56 : Manœuvre de Mauriceau

Grossesse gémellaire

Développement simultané de deux fœtus dans la cavité utérine.

Diagnostic

- Le diagnostic est évoqué dans la 2^e moitié de la grossesse devant un utérus anormalement gros.
- Perception de deux pôles de même nature (p. ex. deux têtes) ou de trois pôles.
- Perception de deux bruits de cœur fœtal distincts.
- Le diagnostic peut être confirmé par échographie.

Conduite à tenir pendant la grossesse

- Surveillance attentive, consultations prénatales rapprochées, dépistage et prise en charge de complications : anémie, placenta praevia, prématurité, pré-éclampsie.
- Réduction de l'activité physique maternelle

Conduite à tenir pendant l'accouchement

Accouchement du premier jumeau

Lors de la section du cordon, une pince doit être laissée du côté placentaire, à cause de la possibilité d'anastomose avec la circulation du deuxième enfant.

Temps de repos

- Habituellement 15 minutes, ne doit pas excéder 30 minutes. L'arrêt des contractions utérines est mis à profit pour étudier la présentation du 2^e jumeau. Immédiatement après l'expulsion du 1^{er} jumeau, un aide maintient le 2^e jumeau en position verticale par application des mains latéralement de part et d'autre de l'utérus. Il s'agit d'éviter que le fœtus se mette en position transverse dans l'utérus trop vaste pour lui.
- Si sa présentation est normale, attendre l'expulsion spontanée.
- Si après 30 minutes, les contractions n'ont pas repris, il faut mettre en place une perfusion d'oxytocine à dose progressive (voir page 126) afin d'accélérer la naissance du 2^e jumeau

Accouchement du second jumeau

- Facile si présentation longitudinale (céphalique ou siège).
- Tenter une version par manœuvre externe si présentation transverse (voir page 131). En cas d'échec, version par manœuvre interne (voir page 133) si les conditions sont favorables (dilatation complète, utérus souple), amenant le fœtus en siège puis grande extraction (voir page 112).

Délivrance

- Après la naissance des 2 enfants, même en cas de placenta séparé, administrer systématiquement :
 - **oxytocine** : 5 à 10 UI en IM ou IV directe
 - une antibioprophylaxie en cas de manœuvre interne : **ampicilline** ou **céfazoline** IV lente, 2 g dose unique
- Risque d'hémorragie important par atonie utérine : au moindre doute, délivrance artificielle et/ou révision utérine.

Grande extraction de siège

- Extraction en siège du 2^e jumeau lorsque l'état du fœtus exige une extraction rapide (souffrance fœtale), éventuellement précédée d'une version par manœuvre interne si la présentation est transverse.
- Lorsque l'équipement le permet (proximité d'un bloc opératoire), préparer la césarienne en cas d'échec de la grande extraction.
- **Cette technique nécessite une grande expérience des manœuvres obstétricales.**

Contre-indication

- Utérus cicatriciel

Technique

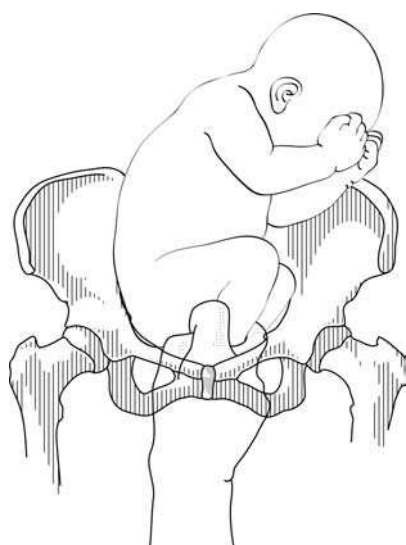
- Opération à mener lentement, il peut être nécessaire d'effectuer des pauses pour permettre à l'utérus de reprendre sa souplesse.
- Vessie vide ; anesthésie générale
- Introduire la main dans l'utérus et abaisser un pied
- Ne pas rompre d'emblée les membranes (elles se rompent spontanément lors de la traction du pied ou elles seront rompues artificiellement une fois le pied abaissé).
- Dégagement du pied :

Siège complet (Figures 57a et 57c)

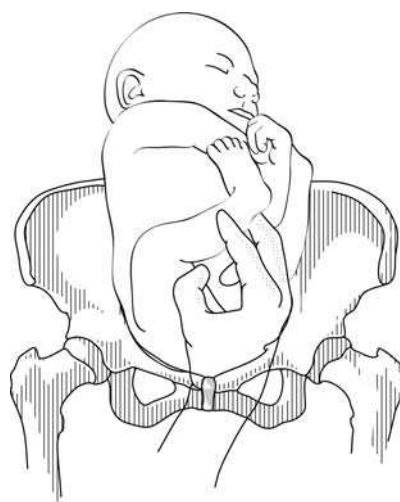
- La main saisit la cheville ou les deux, index et médus à cheval sur le dos du pied.
- Effectuer une traction douce pour amener le membre inférieur à la vulve.

Siège décomplet (Figures 57b et 57c)

- Saisir un seul pied, l'abaisser en repliant la jambe contre la cuisse, puis continuer d'abaisser ce pied pour étendre complètement le membre inférieur.
- Si la main a été saisie au lieu du pied, la refouler et recommencer.

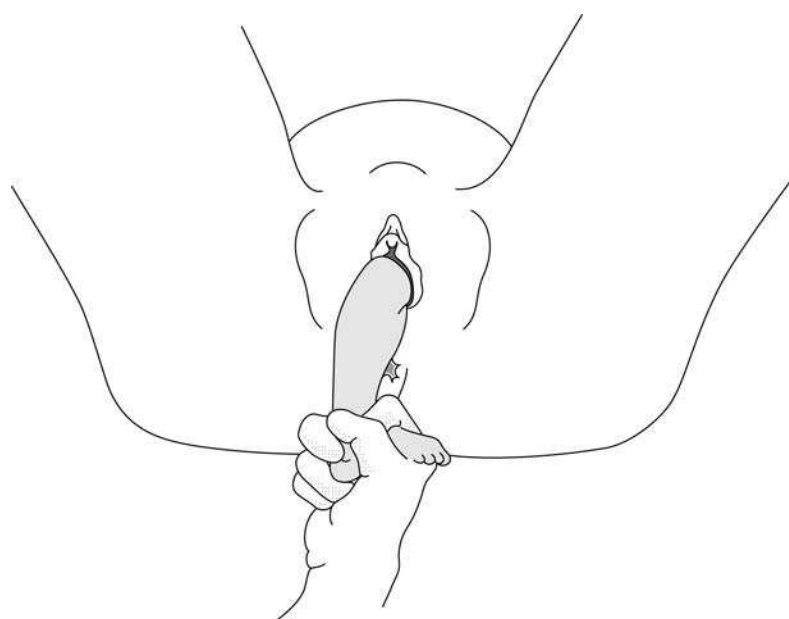


57a : Saisie du ou des pieds
dans le siège complet



57b : Saisie du pied antérieur
dans le siège décomplété

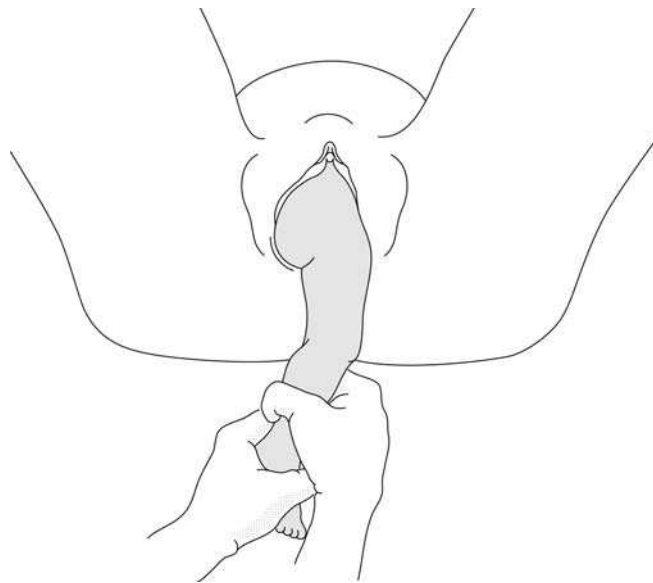
5



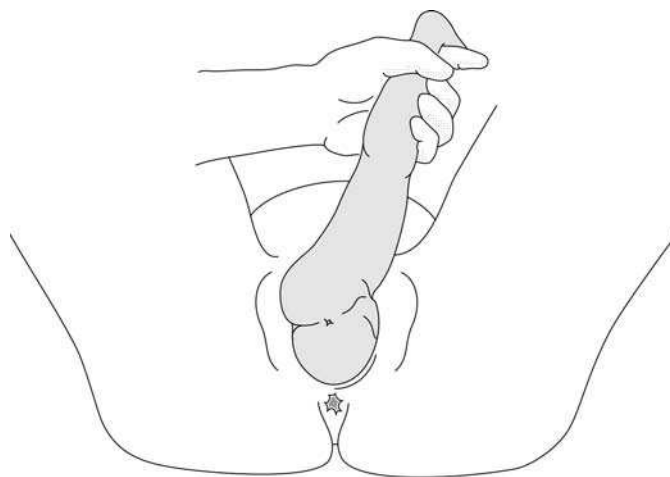
57c : Abaissement d'un pied

Figures 57 : Grande extraction du siège

- Dégagement du siège (Figures 58)
 - Traction douce et continue du membre inférieur vers le bas, pour dégager la hanche antérieure, le dos fœtal orienté vers soi.
 - Une fois la hanche antérieure dégagée, tirer progressivement vers le haut pour dégager la hanche postérieure.
 - Dès que le bassin est dégagé, les pouces sur les lombes, saisir les hanches et le bassin du fœtus avec les autres doigts. Tirer le bassin vers le bas, en gardant le dos orienté vers soi, jusqu'à voir la pointe des omoplates.
- Dégagement des épaules et de la tête : voir manœuvres de Lovset et de Bracht, pages 106 à 108.
- Révision utérine pour vérifier l'absence de rupture utérine.
- Antibioprophylaxie systématique après clampage du cordon : **ampicilline** ou **cefazoline** IV lente, 2 g dose unique.



58a : Traction vers le bas, pour le dégagement de la hanche antérieure



58b : Traction vers le haut, pour le dégagement de la hanche postérieure

Figures 58 : Accouchement du siège dans le cadre de la grande extraction

CHAPITRE 6

Présentation et travail dystociques

6

Dystocie	117
Obstruction du travail	120
Induction du travail	122
Utilisation de l'oxytocine pendant le travail	124
Dystocie des épaules	127
Présentation transversale ou de l'épaule	128
Version par manœuvre externe	131
Version par manœuvre interne	133
Présentation de la face	135
Présentation du front	138

Dystocie

Période de dilatation ou d'expulsion se prolongeant exagérément. Cela peut être dû à une disproportion fœto-pelvienne (dystocie mécanique) ou à une insuffisance de contractions (dystocie dynamique).

On ne parle de dystocie qu'au-delà de 4 cm de dilation du col. Avant, il s'agit le plus souvent d'un faux travail.

Les deux principaux risques de la dystocie sont l'obstruction du travail et la souffrance fœtale.

Diagnostic

- Rythme de dilatation inférieur à 1 cm/heure pendant la phase active
ou
- Absence d'engagement du fœtus après plus de 2 heures à dilatation complète
ou
- Expulsion (temps entre début des efforts expulsifs à dilatation complète et la naissance de l'enfant) supérieure à 1 heure

Conduite à tenir

Voir les arbres décisionnels, pages suivantes.

Une disproportion fœto-pelvienne franche, notamment un bassin explorable en totalité au toucher vaginal, élimine la possibilité d'utiliser l'oxytocine (risque de rupture utérine).

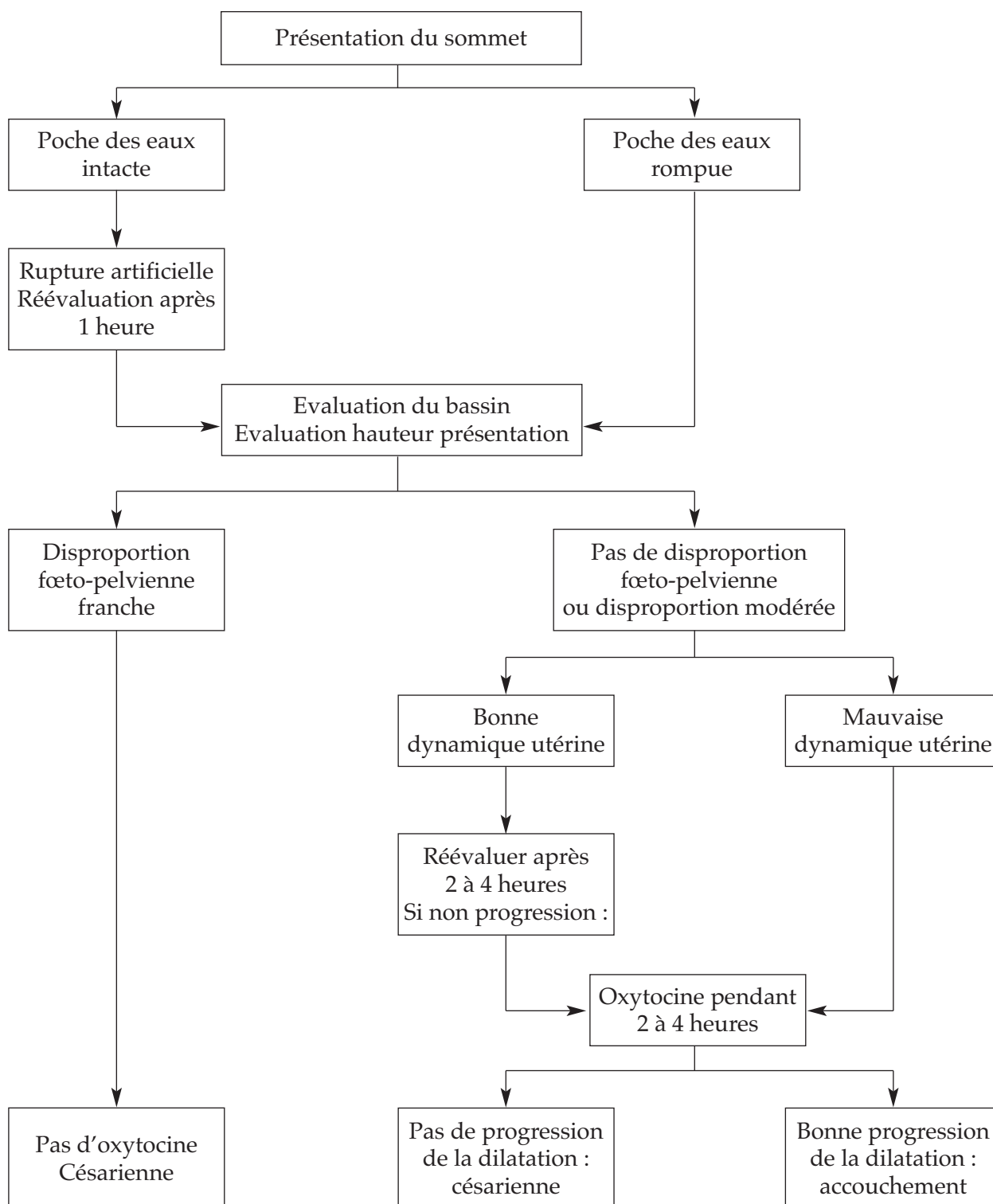
En cas de souffrance fœtale (ralentissement prolongé des bruits du cœur inférieur à 100 après une contraction utérine, se répétant après chaque contraction) :

- Avant dilatation complète ou à dilatation complète sur une présentation non engagée : envisager la césarienne plus rapidement qu'indiquée dans les arbres décisionnels.
- A dilatation complète sur présentation engagée : extraction instrumentale.

Dans les deux cas, ne pas utiliser ou arrêter l'oxytocine.

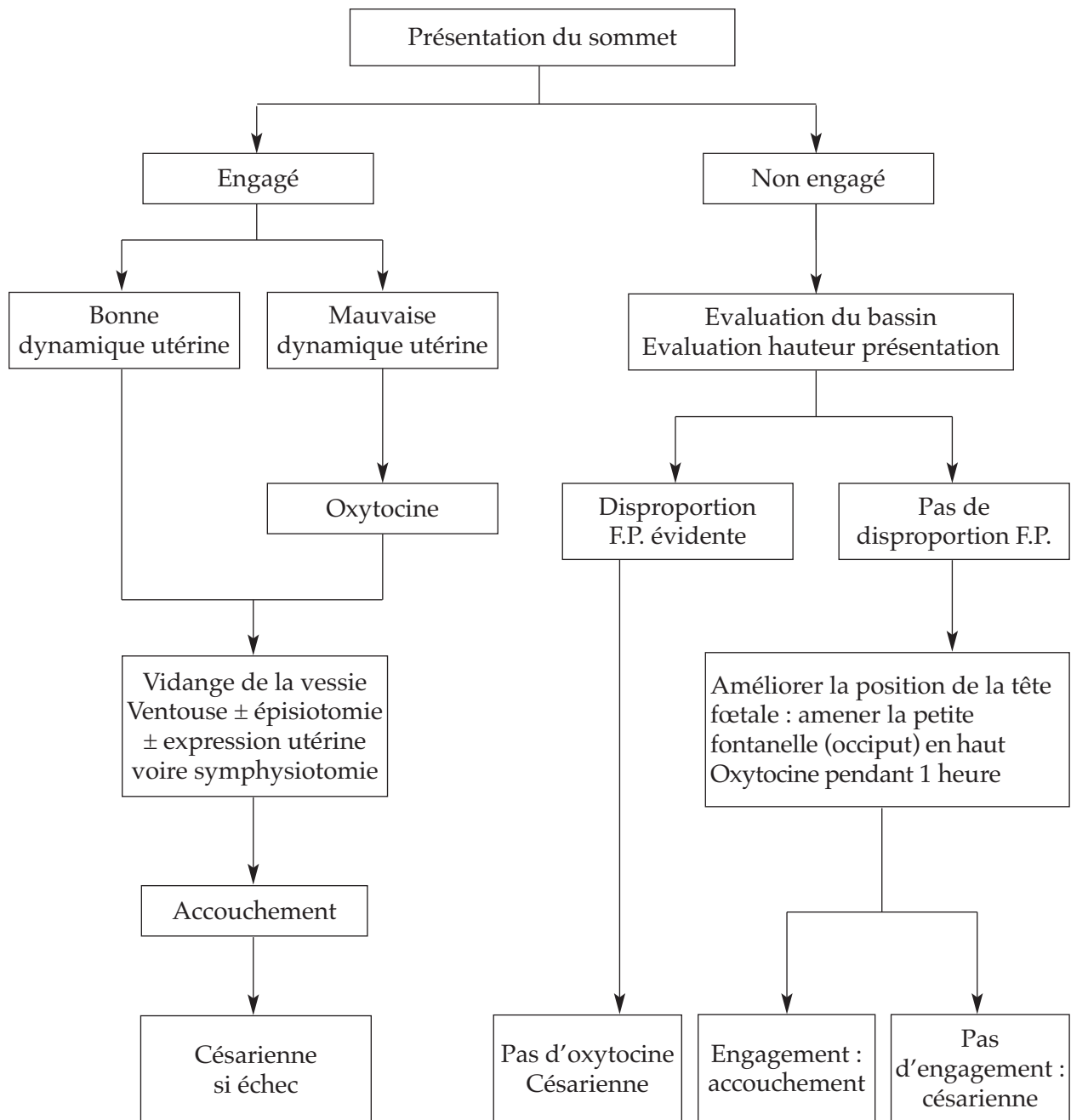
Si l'enfant est mort, éviter la césarienne autant que possible. Se permettre des délais plus importants pour la dilatation et l'engagement. Discuter une embryotomie.

Conduite à tenir en cas de lenteur de dilatation du col
(franchissement de la ligne d'action sur le partogramme ou plus de 4 heures à la même dilatation)



Pour les autres présentations voir *présentation du siège* (page 103), *transversale ou de l'épaule* (page 128), *de la face* (page 135), *du front* (page 138).

Conduite à tenir en cas de lenteur de progression du fœtus à dilatation complète
 (absence d'engagement après 2 heures à dilatation complète ou pas d'expulsion après 1 heure de dilatation complète malgré des efforts expulsifs corrects)



Pour les autres présentations :

Siège : césarienne ou exceptionnellement manœuvre (ne pas tenter de manœuvre sur un siège non engagé) ; transverse, face en mento-sacré, front : césarienne.

Obstruction du travail

Complication survenant lorsque le travail se prolonge plus de 24 heures, parfois plusieurs jours.

Diagnostic

- Déshydratation
- Possible choc hypovolémique, pouvant être très marqué
- Femme hébétée, anxieuse, agitée, algique
- Utérus en état de pré-rupture (anneau de rétraction avec utérus en forme de sablier)
- Infection amniotique : fièvre, liquide malodorant
- Globe vésical
- Au toucher vaginal :
 - col œdématisé
 - selon la présentation :
 - Sommet* : bosse séro-sanguine pouvant atteindre la vulve, mais sommet non engagé et bassin paraissant rétréci
 - Siège* : rétention de la tête dernière
 - Transverse* : épaule négligée, bras et main faisant issue par la vulve
- Enfant souvent mort ou en grand danger vital

Etiologie

- Disproportion fœto-pelvienne (y compris les présentations dystociques et les obstacles praevia)
- Poussées sur un col incomplètement dilaté

Complications

- Rupture utérine
- Infection utérine, septicémie, péritonite
- Lésions de compression vésicale et rectale conduisant à la formation de fistules
- Mortalité maternelle et fœtale importante

Conduite à tenir

- Poser un cathéter de bon calibre, remplissage vasculaire (Ringer Lactate ou chlorure de sodium à 0,9%).
- Sondage vésical si l'on pense ne pas léser l'urètre (sinon, cathétérisme sus-pubien). La levée du globe suffit parfois à déclencher l'accouchement. En cas de souffrance vésicale (compression > 48 heures, urines rouges au sondage), laisser en place pendant 5 jours un cathéter sus-pubien ou la sonde vésicale.

- En fonction de la cause de l'obstruction et de l'équipement sanitaire :
 - césarienne si bloc opératoire à disposition,
 - symphysiotomie, ventouse et épisiotomie si le fœtus est encore vivant,
 - embryotomie si le fœtus est mort.
- Antibiothérapie systématique :
 - amoxicilline-acide clavulanique (co-amoxiclav)** IV : 6 g d'amoxicilline/jour à diviser en 3 injections espacées de 8 heures
 - + **gentamicine** IM : 5 mg/kg/jour en une injection
 - Poursuivre ce traitement pendant 48 heures (jusqu'à disparition de la fièvre) puis prendre le relais par voie orale (**co-amoxiclav** PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises)
 - ou
 - ampicilline** IV : 6 g/jour à diviser en 3 injections espacées de 8 heures
 - + **métronidazole** IV : 1,5 g/jour en 3 perfusions espacées de 8 heures
 - + **gentamicine** IM : 5 mg/kg/jour en une injection
 - Poursuivre ce traitement pendant 48 heures (jusqu'à disparition de la fièvre) puis prendre le relais par voie orale (**amoxicilline** PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises
 - + **métronidazole** PO : 1,5 g/jour à diviser en 3 prises)
- Il existe un risque important d'atonie utérine (hémorragie de la délivrance) par absence de rétraction de l'utérus : délivrance artificielle puis administration d'oxytocine.

Induction du travail

Il s'agit de provoquer artificiellement le travail avant qu'il ne débute spontanément.

L'induction peut être schématiquement décomposée en 2 temps : un premier temps de *maturation* cervicale (raccourcissement, centrage, début d'ouverture du col), puis un deuxième temps de *déclenchement* des contractions qui dilatent le col.

Indications

- L'induction du travail est indiquée dans les situations où la poursuite de la grossesse est délétère pour la mère et/ou le fœtus : pré-éclampsie et éclampsie, hématome rétroplacentaire, placenta praevia marginal en cas d'impossibilité de recours chirurgical, mort fœtale in utero, rupture prolongée des membranes (plus de 12 heures) au-delà de 37 SA, chorioamniotite, etc.
- Pour chaque indication, mettre en balance les risques éventuels de poursuite de la grossesse et les risques de l'induction du travail pour la mère et pour l'enfant.

Remarque : le dépassement du terme (plus de 42 SA) est classiquement une indication d'induction du travail, cependant, le terme étant souvent imprécis, cette indication n'est pas à retenir en pratique.

Moyens

L'induction du travail peut être réalisée par :

- Le décollement du pôle inférieur de l'œuf : lors du toucher vaginal, si le col est ouvert, un doigt introduit dans l'orifice interne décolle les membranes avec un mouvement circulaire. Ceci peut favoriser la mise en travail ou au moins la maturation cervicale dans les heures ou les jours qui suivent.
- La rupture artificielle des membranes, qui provoque ou renforce les contractions utérines.
- L'utilisation d'oxytocine.
- L'utilisation de prostaglandines (le misoprostol p. ex.).

Conditions

Le choix des moyens d'induction dépend de l'état initial de maturation du col. Plus le col est mature et plus l'induction est efficace et rapide.

L'évaluation du col est facilitée par l'établissement d'un score de maturation cervicale : le score de Bishop.

Score de Bishop
(plus le score est élevé plus le col est mature)

	0	1	2	3
Dilatation du col (à l'orifice interne)	fermé	1 doigt	2 doigts	> 2 doigts
Longueur du col	long	mi-long	court	effacé
Niveau de la tête fœtale par rapport aux épines sciatiques en cm	-3	-2	-1 ou 0	+1 ou +2
Consistance du col	ferme	moyenne	molle	
Position du col	postérieur	intermédiaire centré		

- Un col est considéré comme mature, c.-à-d. favorable au déclenchement, si le score est supérieur ou égal à 6. L'induction du travail est réalisée par rupture artificielle des membranes et administration d'oxytocine.
- Si le col est défavorable ou immature (score inférieur à 6, avec au maximum un col long, fermé et postérieur), le déclenchement est long, oblige à administrer des doses élevées d'oxytocine et peut échouer. Il faudrait amener le col à maturation par l'utilisation d'une prostaglandine (misoprostol p. ex.) avant le déclenchement proprement dit des contractions par l'oxytocine.
Cependant, compte tenu des risques potentiels importants du misoprostol (hypertonie utérine, souffrance fœtale) et des limites (ou de l'absence) de monitoring fœtal satisfaisant, son indication est réservée aux situations suivantes :
 - mort fœtale in utero,
 - indication maternelle de terminaison de la grossesse et fœtus non viable,
 - pré-éclampsie sévère ou éclampsie et impossibilité de pratiquer une césarienne.

Utilisation de l'oxytocine pendant le travail

Indications

- Induction du travail
- Correction d'une dystocie dynamique : retard de dilatation avec stagnation de plus de 2 heures chez une femme en travail, par insuffisance de contractions utérines. Le col utérin doit être dilaté de plus de 3 à 4 cm et en voie d'effacement. La poche des eaux doit avoir été rompue.
- Absence de contractions 20 à 30 minutes après la naissance du premier jumeau.

Risques liés à l'utilisation d'oxytocine pendant le travail

- Risque maternel : rupture utérine, surtout sur un utérus cicatriciel mais aussi sur un utérus sain, notamment s'il est surdistendu (multiparité, hydramnios, grossesse multiple) ou s'il existe une disproportion fœto-pelvienne majeure.
- Risque fœtal : souffrance fœtale par hypertonie utérine (contracture de l'utérus sans relâchement).

Contre-indications à l'utilisation de l'oxytocine pendant le travail

Absolues

- Disproportion fœto-pelvienne manifeste, dont présentation dystocique (front, transverse)
- Placenta praevia recouvrant
- Hypertonie utérine spontanée
- Souffrance fœtale
- Antécédent de 2 césariennes ou plus
- Antécédent de césarienne corporéale
- Antécédent de césarienne, dont le type d'hystérotomie (corporéale ou transversale) n'est pas connu
- Absence d'indication médicale

Relatives

- Antécédent d'une seule césarienne segmentaire transversale
- Grande multiparité
- Distension excessive de l'utérus

Dans ces trois derniers cas, l'oxytocine peut être utilisée pour corriger une dystocie dynamique en cours de travail en respectant les conditions suivantes :

- 1) débit maximum de 30 gouttes / minute pour 5 UI dans 500 ml,
- 2) délai de 30 minutes minimum entre 2 augmentations de doses.

Conditions d'utilisation

- Compte tenu du risque maternel et fœtal, l'utilisation d'oxytocine pendant le travail nécessite :
 - une surveillance accrue de la mère (recherche d'une hypertonie, dystocie, pré-rupture, suivi toutes les 30 minutes au minimum),
 - une surveillance accrue du fœtus (recherche de ralentissements des bruits du cœur, suivi toutes les 30 minutes au minimum),
 - la proximité d'un bloc chirurgical, afin de réaliser rapidement une césarienne si besoin.
- Placer la patiente en décubitus latéral gauche.

En cas de souffrance fœtale, hypercinésie (plus de 5 contractions par 10 minutes) ou hypertonie utérine (absence de relâchement utérin) : arrêter l'oxytocine

En revanche, il n'y a plus de risque de rupture ou de souffrance fœtale après l'accouchement et l'oxytocine peut être utilisée plus facilement.

Utilisation de l'oxytocine (voir aussi fiche page 213)

Indications	Précautions avant administration	Technique	Surveillance pendant l'administration
Pendant le travail			
Induction du travail	<ul style="list-style-type: none"> - Au TV, évaluer la dilatation, l'effacement du col et l'engagement. - L'induction sera d'autant plus difficile que le col est dur, ferme et la présentation haute. - Vérifier l'absence de souffrance fœtale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diluer 5 UI d'oxytocine dans 500 ml. - Commencer par 5 gttes/mn puis augmenter de 5 gttes/mn toutes les 30 mn jusqu'à ce que les contractions soient efficaces (3 contractions de plus de 40 secondes en 10 mn). En moyenne 20 gttes/mn permettent d'obtenir une dynamique utérine satisfaisante. Ne pas dépasser 60 gttes/mn. - Une fois l'accouchement réalisé : <ul style="list-style-type: none"> • utiliser la voie veineuse en place pour administrer la dose d'oxytocine correspondant à la prévention de l'hémorragie de la délivrance, • laisser se terminer la perfusion en cours. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apparition et qualité des contractions, relâchement de l'utérus - Rythme cardiaque fœtal - Etat général de la mère - Dilatation du col <p>Rompre les membranes dès que possible. Si après 8 h, la femme n'est pas en travail : arrêter la perfusion et reprendre le lendemain si l'accouchement n'est pas une urgence.</p>
Correction d'une dystocie dynamique	<ul style="list-style-type: none"> - Au TV, col à 3-4 cm au moins - Poche des eaux rompue - Pas de disproportion fœto-pelvienne 	Identique à l'induction (voir ci-dessus)	<ul style="list-style-type: none"> - Réapparition ou renforcement des contractions, relâchement utérin - Rythme cardiaque fœtal - Etat général de la mère - Dilatation du col
Absence de contractions, 20 à 30 mn après la naissance du premier jumeau	<ul style="list-style-type: none"> - Vérification de la présentation verticale (pas de transverse) 	<ul style="list-style-type: none"> - Installer ou reprendre la perfusion d'oxytocine. - Identique à l'induction mais augmenter plus rapidement : 5 gttes toutes les 5 mn. 	Surveillance identique (voir ci-dessus)
En dehors du travail			
Hémorragie par atonie utérine	<ul style="list-style-type: none"> - Au préalable, effectuer une délivrance artificielle s'il y a lieu. - Révision utérine systématique 	Perfusion de 10 UI dans 500 ml de Ringer lactate ou du chlorure de sodium à 0,9%, au rythme de 80 gouttes/minute. Dans le même temps, 5 à 10 UI en IV directe lente, à répéter si nécessaire jusqu'à ce que l'utérus soit ferme et rétracté; ne pas dépasser une dose totale de 60 UI.	<ul style="list-style-type: none"> - Pouls, TA, saignements - Apparition du globe de sécurité
Après accouchement par césarienne		5 ou 10 UI en IV lente	<ul style="list-style-type: none"> - Apparition du globe de sécurité
Prévention des hémorragies de la délivrance	Vérification de l'absence d'un 2 ^e jumeau	5 ou 10 UI en IM ou IV, après ou avant la délivrance, selon la compétence du personnel.	

Dystocie des épaules

Impossibilité de poursuivre l'accouchement après la sortie de la tête du fœtus, en raison d'un blocage des épaules dans le bassin. La dystocie des épaules est surtout fréquente lorsque le fœtus est gros.

Il s'agit d'une urgence vitale pour le fœtus (souffrance fœtale puis décès rapide par asphyxie).

Conduite à tenir

- Hyperflexion des cuisses de la mère.
- Pression sus pubienne : un assistant appuie fortement juste au-dessus de la symphyse pubienne pour tenter de réduire le diamètre des épaules et permettre leur engagement.
- En cas d'échec, abaisser un bras du fœtus pour réduire le diamètre des épaules et permettre l'accouchement :
 - L'opérateur est à genoux, ce qui lui permet d'avoir un axe de traction correct.
 - Aller chercher le bras postérieur du fœtus et l'abaisser à la vulve : glisser la main en arrière de la tête du fœtus et remonter le long du bras, en essayant d'attraper la main du fœtus. La saisir et l'abaisser le long de son abdomen jusqu'à la vulve. L'accouchement peut alors se poursuivre.
 - S'il est impossible d'attraper la main du fœtus, placer deux doigts le long de l'humérus, « en attelle ». Appuyer fortement sur l'humérus pour abaisser le bras.
- En cas d'échec et si l'enfant est vivant, discuter une symphysiotomie.
- Après les manœuvres, examiner soigneusement le vagin, les lacérations sont fréquentes.

Ce qu'il ne faut surtout pas faire

- Exercer une traction excessive sur la tête fœtale, ce qui entraîne une rupture du plexus brachial correspondant à l'épaule antérieure.
- Faire pivoter la tête en tordant le cou, ce qui entraîne également un risque de lésion neurologique.

Présentation transversale ou de l'épaule

La présentation transversale constitue une disproportion foeto-pelvienne absolue, avec accouchement impossible par les voies naturelles.

C'est une urgence obstétricale car il y a obstruction du travail, risque de rupture utérine et de souffrance fœtale.

Diagnostic

- L'utérus est très large : axe transversal pratiquement équivalent à l'axe longitudinal ; hauteur utérine inférieure à 30 cm à l'approche du terme.
- A l'examen : tête dans un flanc, siège dans l'autre (Figures 59 et 60). Au toucher vaginal, l'excavation pelvienne est vide, ou perception de l'épaule avec parfois un bras faisant issue par le vagin (Figure 61).



Figure 59
*Présentation de l'épaule gauche
en dorso-antérieur*

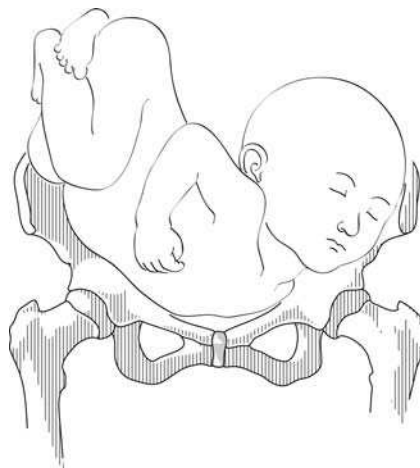


Figure 60
*Présentation de l'épaule gauche
en dorso-postérieur*

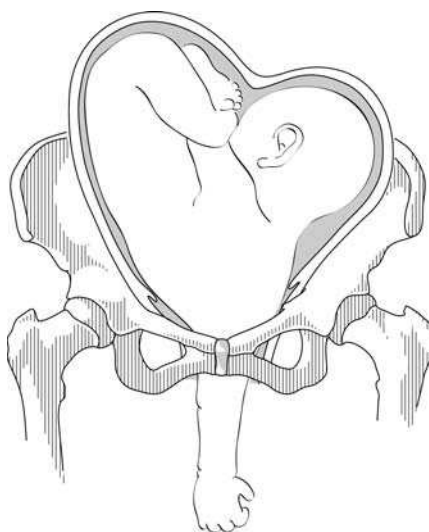


Figure 61 : *Présentation de l'épaule négligée*

Etiologie

- Grande multiparité
- Malformations utérines
- Grossesse gémellaire
- Pré maturité
- Placenta praevia
- Disproportion fœto-pelvienne

Conduite à tenir

Ce diagnostic doit être porté avant le travail, à l'examen prénatal de fin de grossesse.

1. A la fin de la grossesse

Grossesse unique

- 4 à 6 semaines avant l'accouchement, version par manœuvre externe.
- Si la manœuvre échoue, la césarienne est impérative : prendre toute disposition pour faire admettre la femme en milieu chirurgical, avant le déclenchement du travail.

Grossesse gémellaire

- Contre-indication à la version par manœuvre externe.
- Si le premier jumeau (J1) est en présentation transversale (situation exceptionnelle) : prévoir une césarienne.
- Si le deuxième jumeau (J2) est en présentation transversale : prévoir un accouchement en milieu chirurgical. Il n'y a pas d'indication formelle de césarienne, réaliser l'accouchement de J1 puis faire une version par manœuvre externe et/ou interne sur J2.

2. Pendant le travail, en milieu chirurgical

L'enfant est vivant et les membranes sont intactes

- Version par manœuvre externe, douce, entre 2 contractions, le plus tôt possible puis procéder ensuite comme pour un accouchement normal.
- En cas d'échec : césarienne

L'enfant est vivant et les membranes sont rompues

- Dilatation complète :
 - Multipare et utérus souple et fœtus mobile : version par manœuvre interne et grande extraction.
 - Primipare ou utérus moulé ou fœtus fixé ou engagement d'un bras ou utérus cicatriciel : césarienne.
- Dilatation incomplète : césarienne
La césarienne peut être difficile en raison de la rétraction utérine. L'hystérotomie verticale est préférable. Il faut attraper un pied dans le fond utérin pour réaliser l'extraction.

L'enfant est mort

Eviter la césarienne, tenter d'abord une version par manœuvre externe puis interne et en cas d'échec : tenter une embryotomie si la dilatation est supérieure à 5 cm, sinon, césarienne.

3. Pendant le travail, en milieu isolé, sans possibilité chirurgicale

L'enfant est vivant et les membranes sont intactes

- Tenter une version par manœuvre externe le plus tôt possible.
- En cas d'échec, attendre la dilatation complète et rompre les membranes.
- Pour effectuer la version dans de bonnes conditions, faire une anesthésie générale ou une rachianesthésie, selon les possibilités.
- Effectuer une version par manœuvre externe combinée avec une version par manœuvre interne, parfois aidée par différentes positions (Trendelenburg ou genu-pectorale).

L'enfant est vivant et les membranes sont rompues

- Dilatation complète :
 - Installer la femme en position genu-pectorale.
 - Entre deux contractions, refouler le fœtus et tenter de l'engager par voie céphalique.
 - Ventouse et symphysiotomie à la moindre difficulté.
- Dilatation incomplète : position de Trendelenburg et expectative jusqu'à dilatation complète.

L'enfant est mort

Tenter une version par manœuvre externe ou interne. Sinon, embryotomie.

Version par manœuvre externe

Opération consistant à transformer :

- une présentation transversale en présentation longitudinale (céphalique ou siège) ou
- une présentation du siège en présentation céphalique.

Cette manœuvre nécessite douceur et expérience (risque de souffrance, de mort fœtale et de rupture utérine). Elle doit être suivie d'un repos et d'une surveillance étroite.

Conditions

- Grossesse proche du terme (37 SA)
- En dehors du travail ou en tout début de travail
- Utérus souple
- Pas d'obstacle à l'accouchement par voie basse
- Membranes intactes

Contre-indications

- Placenta praevia
- Pré maturité
- Souffrance fœtale
- Utérus cicatriciel
- Grossesse gémellaire

Technique

- Femme allongée sur le dos, membres inférieurs demi-fléchis, vessie vide
- Manœuvre à effectuer en dehors d'une contraction
- Remonter d'abord le siège, souvent situé dans le bassin (mouvement vertical), puis tenter la rotation, lentement, toujours dans le sens de la flexion du fœtus : amener ainsi, soit la tête, soit le siège, au détroit supérieur par le plus court chemin (Figures 62).
- Contrôler le rythme cardiaque fœtal après chaque tentative et arrêter en cas de ralentissement du rythme.



Figures 62

Version d'une présentation du siège pour obtenir une présentation céphalique

Version par manœuvre interne

Opération manuelle in utero qui consiste à transformer une présentation en une autre, en général une présentation transversale en siège.

Cette manœuvre doit être extrêmement prudente : risque important de rupture utérine.

Indications et conditions

- Présentation de l'épaule pendant le travail, à dilatation complète avec l'utérus non rétracté
- Accouchement du 2^e jumeau en présentation céphalique ou transverse : version pour amener le fœtus en siège et permettre une grande extraction (voir page 112).
- Conditions nécessaires dans tous les cas : bassin normal, présentation non engagée, vessie vide.

Technique

- Asepsie rigoureuse : badigeonnage du périnée (polyvidone iodée), gants stériles
- Anesthésie générale
- Introduction de la main et étude de la position fœtale :
 - la main pénètre, les doigts en cône, dans l'orifice vulvaire, franchit le col et va vers le fond utérin,
 - l'autre main abdominale bloque le fond utérin.
- Saisir un ou deux pieds à pleine main, sans précipitation, mais sans trop de lenteur, car l'utérus risque de se contracter sous l'effet d'une manœuvre prolongée (Figure 63a).
- Tirer doucement sur le(s) pied(s) pour l'amener à la vulve (Figure 63b).
- L'accouchement se poursuit ensuite comme un siège, pouvant finir par une grande extraction s'il s'agit de jumeaux, sinon, normalement.
- Révision après la délivrance (recherche d'une rupture utérine) et antibioprophylaxie systématique (**ampicilline** ou **céfazoline** IV : 2 g dose unique).



Figure 63a : Attraper un ou deux pieds

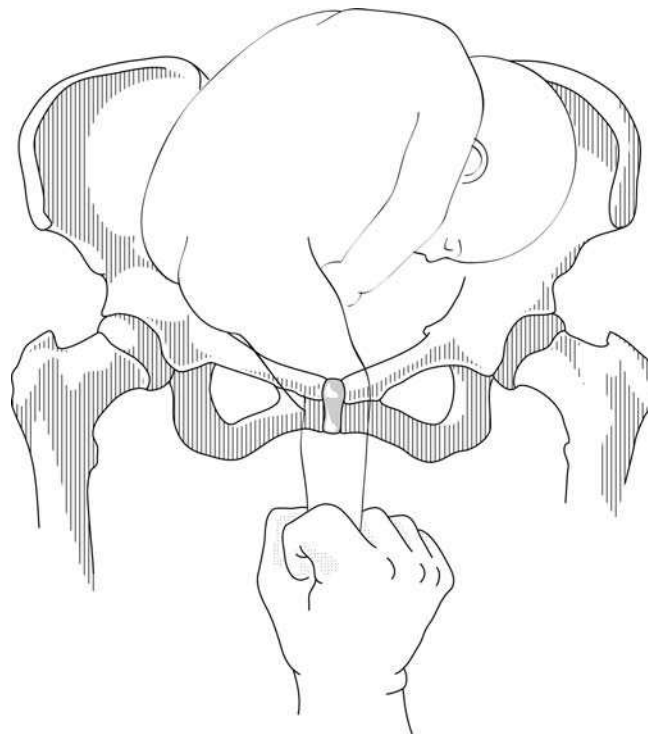


Figure 63b : Amener le pied à la vulve

Figures 63
Version par manœuvre interne

Présentation de la face

Diagnostic

- Palpation de l'abdomen maternel en début de travail
Palper la région occipitale : perception d'un «coup de hache», entre la tête et le dos, dû à l'hyper extension de la tête.
- Toucher vaginal
Suture et fontanelle non perçues, palpation des orbites, du nez, de la bouche, des oreilles et du menton. La palpation du menton est indispensable pour confirmer le diagnostic.

Conduite à tenir

Repérer la position du menton : en avant (en regard du pubis maternel) ou en arrière.

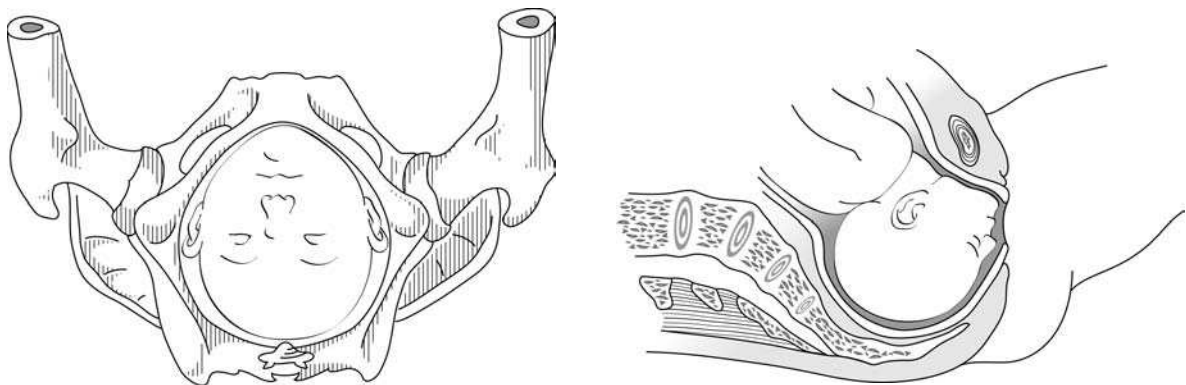
Si le menton est en avant

L'accouchement est possible. Le travail peut être lent, il faut être patient.

Si la dynamique utérine est insuffisante, on peut recourir à l'oxytocine.

Au cours du dégagement (Figures 64), une épisiotomie est le plus souvent nécessaire compte tenu de l'ampliation périnéale maximale.

Si une extraction instrumentale est nécessaire, utiliser un forceps (l'utilisation de la ventouse est contre-indiquée pour un enfant vivant).



Figures 64
Menton en avant : accouchement possible

Si le menton est en arrière

L'accouchement est impossible (Figure 65). Il faut s'organiser pour une césarienne.

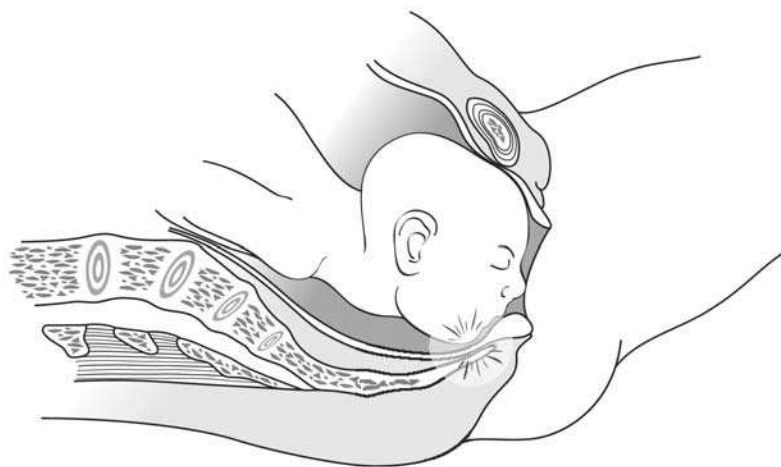
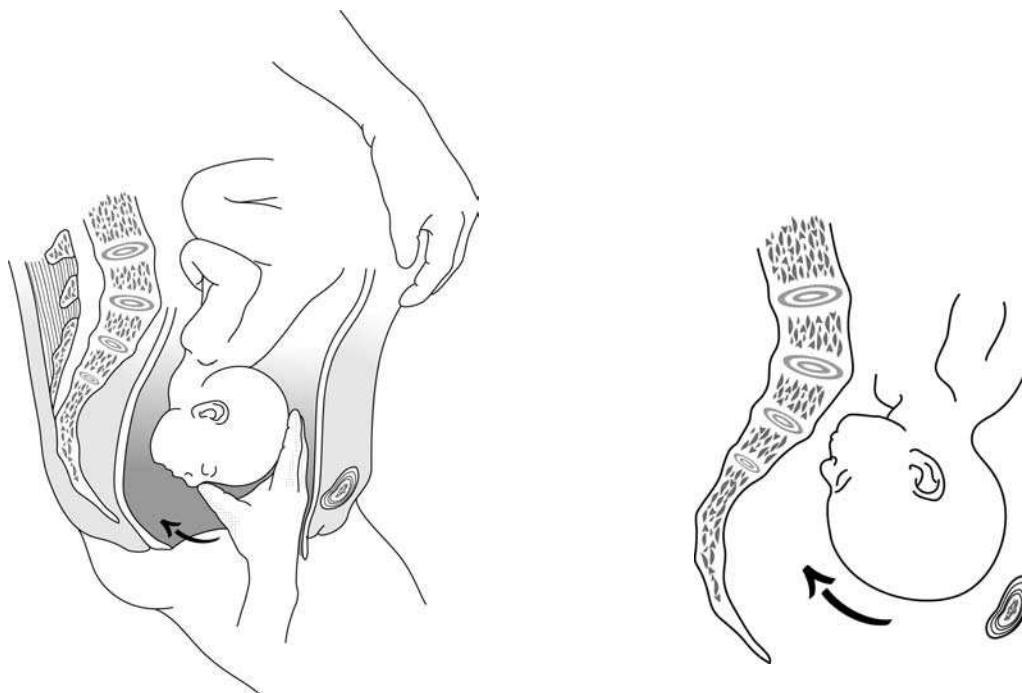


Figure 65

Menton en arrière : enclavement

Dans les cas où aucune césarienne n'est possible, tenter les manœuvres suivantes :

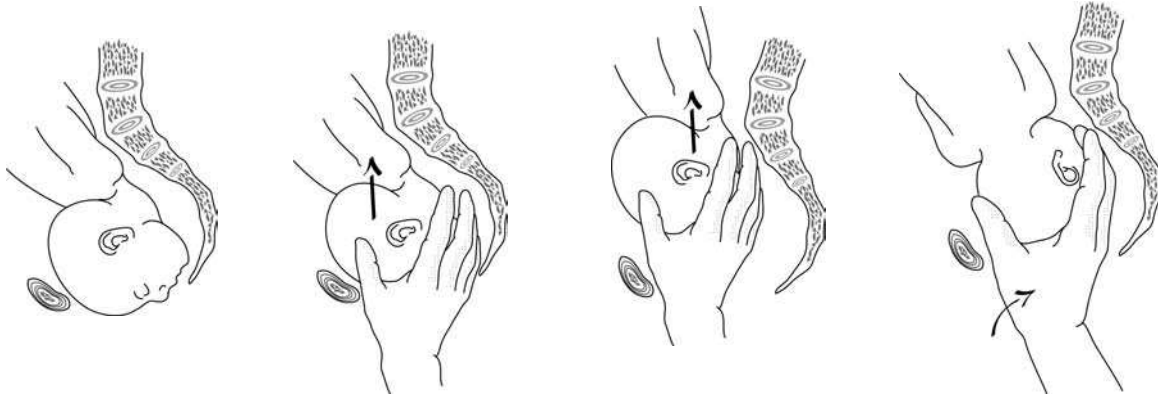
- Flexion de la tête pour aboutir à une présentation eutocique du sommet : une main vaginale saisit la voûte crânienne et inflige une flexion sur le cou, aidée d'une main abdominale qui effectue des pressions sur le thorax et les fesses du fœtus. Cependant, il est évident que la présentation ne doit pas être engagée, et souvent, le maintien de la tête en flexion est difficile, voire impossible (Figures 66).



Figures 66

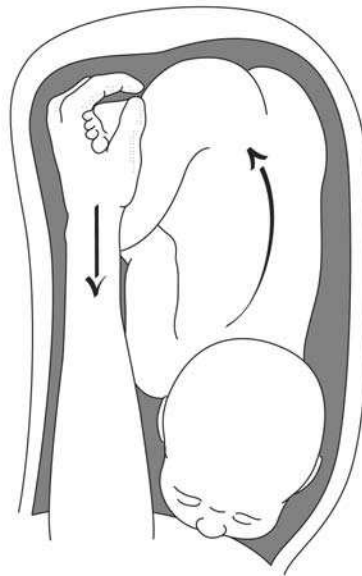
Manœuvre de conversion pour transformer la face en présentation du sommet

- Rotation de la tête menton en avant : repousser la face et le menton pour libérer les épaules du détroit, puis retourner la tête dans la cavité, en s'aidant de la main abdominale qui aide la rotation par pression sur les épaules. Le menton est ainsi dirigé vers l'avant (Figures 67).

**Figures 67**

Manœuvre de rotation pour amener le menton en avant

- Version du fœtus : version podalique, puis grande extraction par manœuvre interne (Figure 68).

**Figure 68**

Version podalique par manœuvre interne

Toutes ces manœuvres sont difficiles et présentent un risque important de rupture utérine. Elles doivent être effectuées en dehors de toute contraction. Chaque fois que possible, préférer la césarienne.

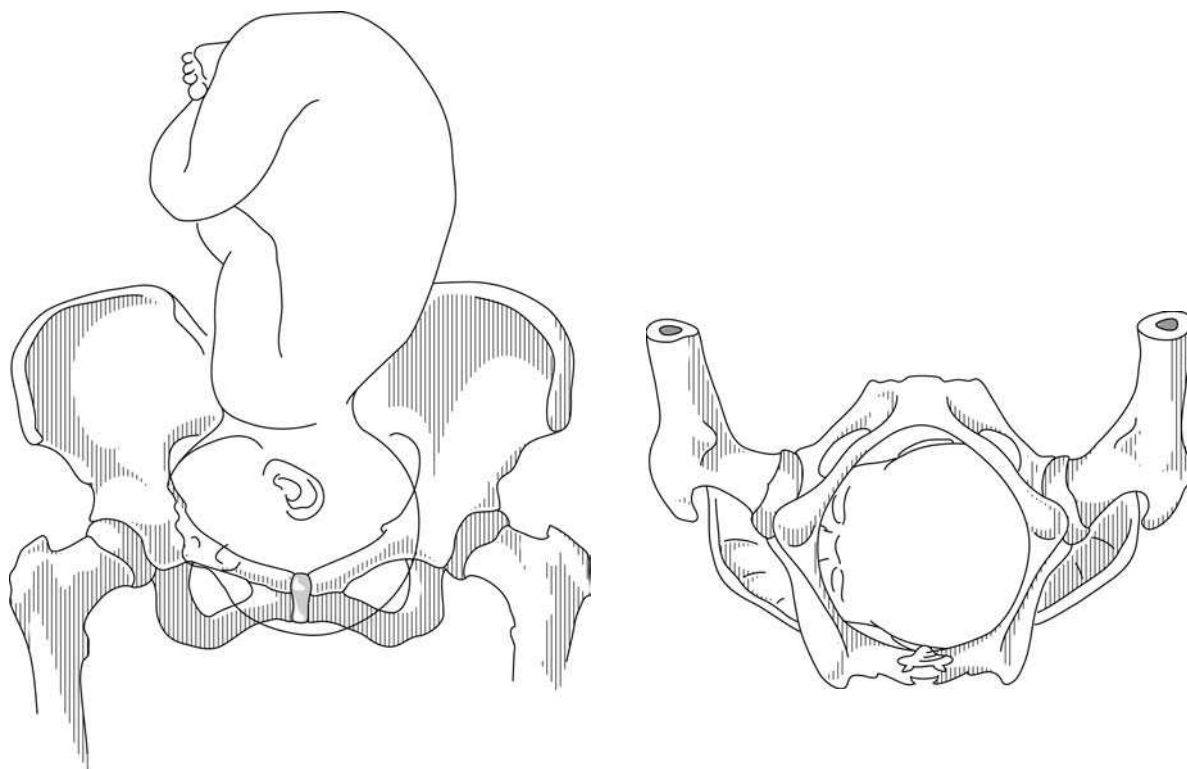
Présentation du front

La présentation du front constitue une disproportion foeto-pelvienne absolue avec accouchement impossible par les voies naturelles (sauf en cas de prématurité ou très petit poids de naissance).

C'est une urgence obstétricale car il y a obstruction du travail, risque de rupture utérine et de souffrance fœtale.

Diagnostic

- Tête haute, «coup de hache» comme dans la face, mais moins marqué
- Au toucher vaginal, on sent le front, les orbites, la grande fontanelle et parfois les yeux et la racine du nez (Figures 69). Mais on ne sent :
 - ni le menton (ce n'est pas une présentation de la face),
 - ni la petite fontanelle (ce n'est une présentation du sommet).



Figures 69
Présentation du front

Une présentation mobile peut ultérieurement se fléchir. Le diagnostic de présentation du front n'est donc posé qu'après rupture des membranes et début d'engagement de la tête sur une présentation fixée. Certaines présentations du front vont parfois se transformer en sommet ou plus rarement en face.

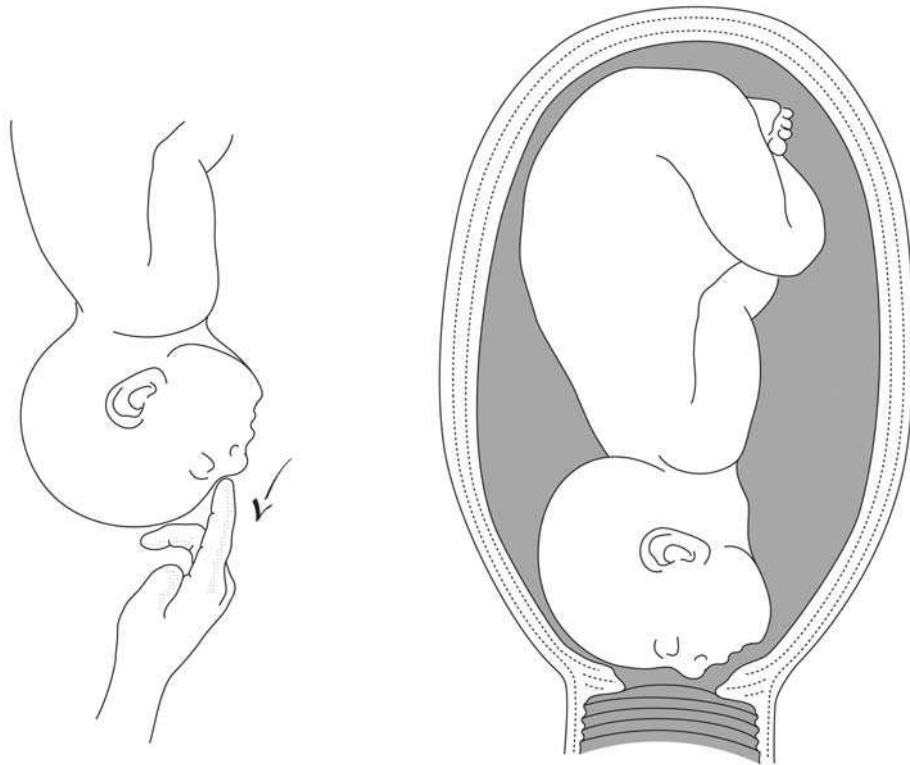
Au cours de l'accouchement, la présentation tarde à descendre : l'évolution se fait vers l'enclavement du front.

Conduite à tenir

Si le fœtus est vivant

- Pratiquer une césarienne. Lors de la césarienne, un assistant doit être prêt à désenclaver la tête vers le haut par un toucher vaginal.
- En dernier recours, si la césarienne est impossible, tenter deux manœuvres :
 - Transformer le front en face : sous anesthésie générale, avec une asepsie rigoureuse, en dehors d'une contraction, passer les doigts au travers du col et tenter de défléchir la tête (Figures 70).
 - Tenter une version podalique par manœuvre interne.

Ces deux manœuvres présentent un risque important de rupture utérine. Ventouse, forceps et symphysiotomie sont contre-indiqués.



Figures 70
Manœuvre de conversion du front en une face

Si le fœtus est mort

Pratiquer une embryotomie si le col est suffisamment dilaté, sinon une césarienne.

CHAPITRE 7

Délivrance

Délivrance normale	143
Hémorragie de la délivrance	146
Inversion utérine	150
Déchirure du col ou du vagin	153

Délivrance normale

La délivrance, c.-à-d. l'expulsion du placenta, est la troisième et dernière phase de l'accouchement.

Description

- L'accouchement est suivi d'une période de repos sans contractions, qui dure en moyenne 10 minutes. Cette période est mise à profit pour effectuer les soins au nouveau-né. L'accouchée doit néanmoins être surveillée attentivement afin de déceler une hémorragie, possible à tout moment.
- Des contractions apparaissent ensuite et l'on sent à la palpation abdominale un mouvement d'ascension puis de redescente du fond utérin qui correspond à la migration placentaire. Lorsque le placenta parvient entièrement au vagin, l'utérus se rétracte et forme une boule arrondie et dure au-dessus du pubis appelée *globe de sécurité*.
- L'expulsion du placenta s'accompagne d'une hémorragie ne devant pas excéder 500 ml.

Conduite à tenir

- Normalement, la délivrance est spontanée.
- L'accoucheur doit contrôler :
 - La période de repos, qui ne doit pas excéder 30 à 45 minutes, faute de quoi il est nécessaire d'effectuer une délivrance artificielle (voir page 158).
 - Le pouls et la TA, le volume de sang issu par la vulve (approximativement toutes les 15 minutes pendant une heure puis toutes les 30 minutes pendant une heure).
 - L'apparition et le maintien du globe de sécurité.
 - L'expulsion complète du placenta.
- Les manœuvres de traction—en particulier sur le cordon—peuvent entraîner des déchirures du placenta avec, par la suite, une rétention de fragments (risque d'hémorragie et d'infection). Elles doivent être évitées si le personnel n'est pas convenablement formé à ces techniques.
- Le décollement du placenta peut être repéré par la palpation abdominale, en déprimant l'abdomen juste au-dessus du pubis : si le cordon ne remonte pas lors de cette dépression, le placenta est décollé (Figure 71).

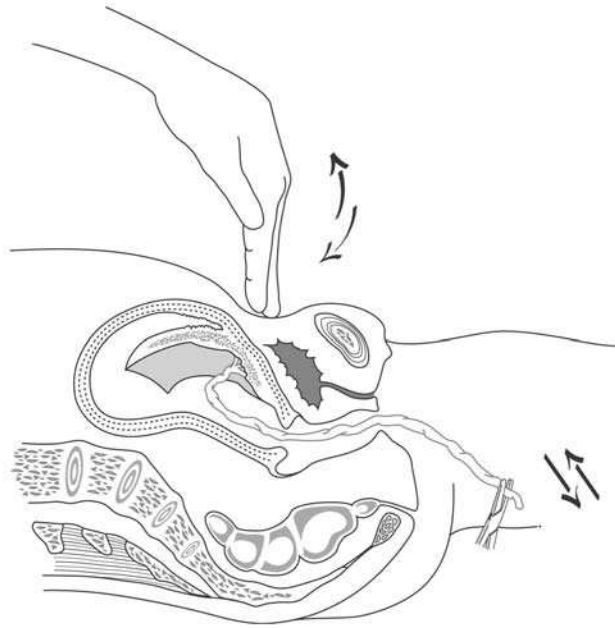


Figure 71

Le placenta est décollé quand le cordon ne remonte pas à la pression abdominale

- Pour faciliter l'expulsion hors du vagin, si celle-ci semble laborieuse après le décollement, effectuer une pression modérée sur le fond utérin, vers le vagin.

Examen du placenta

Toujours examiner le placenta pour vérifier si son expulsion est complète. En effet, l'utérus ne se rétracte correctement que s'il est vide. La persistance de débris entraîne tôt ou tard une hémorragie ou une infection.

Examen du sac membraneux

Déplier le sac en y introduisant la main, à la recherche d'un vaisseau s'arrêtant brusquement et laissant soupçonner la présence d'un cotylédon aberrant resté dans l'utérus ou bien une déchirure évoquant une rétention de membrane. En cas de doute, une révision utérine peut être nécessaire.

Examen de la face maternelle du placenta

Cotylédons rouge vif, réguliers. Toute brèche, toute zone dépolie ou déprimée, toute incisure profonde ne se raccordant pas lorsque l'on rapproche les cotylédons entre eux, doivent faire suspecter une rétention partielle de placenta et conduire à la révision utérine afin d'en effectuer l'extraction.

Prévention systématique des hémorragies de la délivrance

Afin de réduire les pertes sanguines et le risque d'hémorragie, une prise en charge active de la délivrance est recommandée.

L'oxytocine est utilisée chez toutes les femmes, sinon, au minimum chez les femmes à risque, c.-à-d. :

- Les femmes dont le travail a été long ou difficile.
- Les femmes dont l'utérus est distendu (gros fœtus, hydramnios) ou infecté.
- Les multipares (plus de 4 accouchements).
- Les cas de placenta praevia.
- Les femmes ayant un antécédent d'hémorragie de la délivrance.

Utilisation d'oxytocine *avant* l'expulsion du placenta (délivrance dirigée)

L'administration d'oxytocine *avant* l'expulsion du placenta ET *immédiatement* après la naissance de l'enfant, permet d'accélérer le décollement du placenta, de faciliter son expulsion et de prévenir l'hémorragie du post-partum.

Immédiatement après la naissance, palper l'abdomen maternel pour être certain qu'il ne s'agit pas de jumeaux puis administrer de l'**oxytocine** IM ou IV : 5 UI ou 10 UI (c.-à-d. une ampoule entière, qu'il s'agisse d'un dosage à 5 ou 10 UI).

Puis clamber et couper le cordon et délivrer le placenta avec traction contrôlée du cordon (au cours d'une contraction, en exerçant une contrepression suspubienne à l'aide de la main abdominale).

Lorsque que l'oxytocine est utilisé *avant* l'expulsion du placenta, il existe, en principe, un risque de rétention placentaire. Par conséquent, le personnel administrant l'oxytocine immédiatement après l'accouchement doit être capable de réaliser une délivrance artificielle si nécessaire. Si ces conditions ne sont pas réunies, l'oxytocine est administrée *après* l'expulsion du placenta (qui doit être complet), pour favoriser la rétraction utérine, même si l'efficacité de ce traitement est un peu inférieure à celle de l'administration immédiatement après la naissance et avant l'expulsion du placenta.

Utilisation d'oxytocine *après* l'expulsion du placenta

Immédiatement après l'expulsion du placenta, en vérifier son intégralité pour éliminer l'existence de fragments placentaires restant puis administrer :

oxytocine IM ou IV : 5 UI ou 10 UI (c.-à-d. une ampoule entière, qu'il s'agisse d'un dosage à 5 ou 10 UI).

Une révision utérine pour ramener d'éventuels fragments placentaires sera plus difficile après l'injection d'oxytocine. Bien vérifier que le placenta est complet avant de l'injecter. Associer un massage de l'utérus pour aider la rétraction utérine.

Hémorragie de la délivrance

Une hémorragie de la délivrance est une hémorragie survenant dans les 24 heures (le plus souvent immédiatement) après la délivrance, et dont le volume dépasse les 500 ml de la délivrance normale.

Un retard à la prise en charge entraîne des complications hémorragiques avec saignements diffus massifs liés à des troubles de la coagulation. Par conséquent, une surveillance étroite, pendant 2 heures après l'accouchement, des femmes en salle de travail (contrôle du pouls, de la TA, des pertes sanguines) est indispensable pour dépister et prendre en charge rapidement l'hémorragie.

Causes possibles

- Rétention placentaire : le placenta entier ou un fragment de placenta est toujours dans l'utérus.
Très rarement, le placenta est impossible à extraire par délivrance artificielle car il n'y a pas de plan de clivage entre le placenta et la paroi utérine (placenta accreta). Dans ce cas, référer pour hystérectomie d'hémostase.
- Atonie utérine après la délivrance : le placenta a été évacué mais il n'y a pas de globe de sécurité. Il y a une inertie utérine ; l'utérus augmente de volume, s'étale, devient mou. L'atonie est favorisée par la surdistension utérine, le travail prolongé, l'infection.
- Plaies : rupture utérine, plaies du col, du vagin, de la vulve, épisiotomie hémorragique
- Troubles de la coagulation (cause et conséquence de l'hémorragie)
- Inversion utérine

Conduite à tenir

La prise en charge doit toujours être la même et effectuée sans délai pour éviter les hémorragies massives.

En urgence

- Demander de l'aide.
- Poser une bonne voie veineuse, prélever du sang pour groupage, perfuser du Ringer lactate ou du chlorure de sodium à 0,9% ou des macromolécules.
- Organiser le groupage de donneurs potentiels en vue d'une transfusion.
- Si TA systolique < 9, surélever les membres inférieurs (garder ou remettre les pieds dans les étriers de la table d'accouchement).
- Surveiller pouls, TA, pertes sanguines.
- Effectuer un massage de l'utérus pour expulser les caillots et favoriser la rétraction utérine.

- Délivrance artificielle immédiate si le placenta n'est pas encore délivré.
- Révision utérine systématique pour ramener caillots ou débris placentaires éventuels (permet une bonne rétraction de l'utérus) et vérifier l'absence de rupture utérine (en cas de rupture utérine, voir page 40).

La délivrance artificielle et la révision utérine s'effectuent sous anesthésie. Ne réaliser le geste sans anesthésie que si l'anesthésie ne peut être faite rapidement.

Associer une antibioprophylaxie systématique (**ampicilline** IV ou **céfazoline** IV : 2 g dose unique).

- Injections d'utérotonique pour corriger l'atonie utérine :
oxytocine : 5 à 10 UI en IV directe et parallèlement, mettre en place une perfusion de 10 UI d'oxytocine dans 500 ml de Ringer Lactate ou de chlorure de sodium à 0,9%, à administrer en 2 heures
ou, à défaut, **méthylergométrine** IM : 0,2 mg
- Révision de la filière génitale : vérifier l'absence de blessure du col ou du vagin par examen au spéculum ou avec des valves. En cas de plaie ou d'épisiotomie, suturer.

Ensuite

- Poursuivre la surveillance (pouls, TA, pertes sanguines). Les saignements doivent diminuer et l'utérus rester ferme.
- Mesurer l'hémoglobine.
- Poser une sonde à demeure pour faciliter la rétraction utérine.

En cas d'hémorragie persistante

- S'assurer que l'ensemble des gestes (délivrance artificielle, révision utérine, révision de la filière génitale, ocytociques, sondage urinaire) a bien été réalisé.
- Renouveler l'injection d'utérotonique :
oxytocine : injecter de nouveau 5 à 10 UI en IV directe et rajouter 10 UI dans la perfusion d'oxytocine en cours.
ou, à défaut, renouveler **méthylergométrine** IM : 0,2 mg/injection, sans dépasser 5 injections.
Si l'atonie persiste (utérus mou sans rétraction) plus de 20 minutes après la deuxième injection d'oxytocique : **misoprostol** 1000 microgrammes en intrarectal (5 comprimés à 200 microgrammes).
- Associer des mesures mécaniques
 - au minimum un massage de l'utérus toutes les 15 minutes pendant 2 heures
et si besoin l'un des gestes suivants :
 - compression du corps utérin par deux mains au travers de la paroi abdominale si l'utérus est resté volumineux, atone (Figure 72).
 - compression de l'utérus entre les doigts vaginaux et une main abdominale (Figure 73).
 - compression de l'utérus entre le poing et une main abdominale (Figure 74).
 - compression de l'aorte abdominale (juste au-dessus de l'ombilic), jusqu'à ce que le pouls fémoral ne soit plus perçu, le temps que le saignement soit maîtrisé.



Figure 72
Compression du corps utérin à deux mains

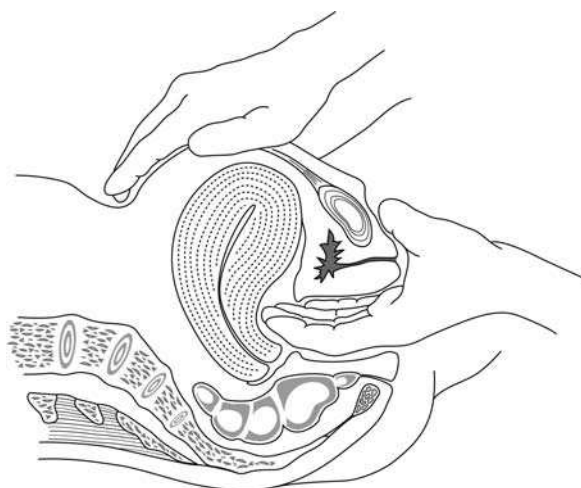


Figure 73
Compression de l'utérus par le vagin

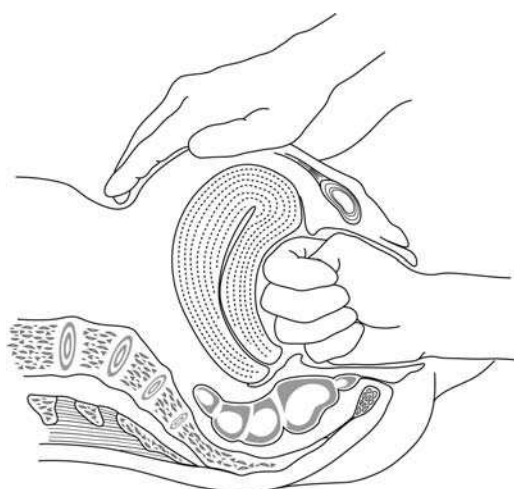


Figure 74
Compression de l'utérus par le vagin

- Transfuser si les pertes sanguines ont été abondantes (> 1500 ml) et/ou s'il ne se forme plus de caillots (sang préalablement testé, HIV-1 et HIV-2, hépatite B et C, au minimum)
- Organiser l'évacuation de la patiente pour geste chirurgical si la situation n'est pas contrôlée.
En attendant, couder les vaisseaux utérins pour juguler l'hémorragie. La manœuvre consiste à placer 4 pinces (les moins traumatiques possibles) autour du col, à attirer le col à la vulve, tout en poussant le fond utérin avec une main abdominale. L'expression de l'utérus à la vulve coude les artères utérines. Une torsion du col à l'aide des pinces peut être associée pour réaliser une coudure des artères cervico-vaginales.
- Les gestes chirurgicaux complémentaires réalisés par laparotomie pourront être :
 - Des ligatures étagées des pédicules afférents (ligaments ronds, vaisseaux utéro-ovariens, vaisseaux utérins)
 - Un capitonnage utérin
 - Une hystérectomie sub-totale
- Après l'épisode aigu :
sulfate de fer + acide folique PO : 2 à 3 cp/jour à diviser 2 ou 3 prises pendant 3 mois

En cas d'hémorragie du post-partum vue tardivement

Association de saignements malodorants, fièvre, utérus mou et plus gros qu'attendu, altération de l'état général, anémie.

Il s'agit le plus souvent d'une rétention placentaire ou de caillots, surinfectée. Hospitaliser.

- Antibiothérapie immédiate :
amoxicilline-acide clavulanique (co-amoxiclav) IV : 6 g d'amoxicilline/jour à diviser en 3 injections espacées de 8 heures
+ **gentamicine** IM : 5 mg/kg/jour en une injection
Poursuivre ce traitement pendant 48 heures (jusqu'à disparition de la fièvre) puis prendre le relais avec **co-amoxiclav** PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises pour compléter 5 jours de traitement.
ou
ampicilline IV : 6 g/jour à diviser en 3 injections espacées de 8 heures
+ **métronidazole** IV : 1,5 g/jour en 3 perfusions espacées de 8 heures
+ **gentamicine** IM : 5 mg/kg/jour en une injection
Poursuivre ce traitement pendant 48 heures (jusqu'à disparition de la fièvre) puis prendre le relais avec **amoxicilline** PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises + **métronidazole** PO : 1,5 g/jour à diviser en 3 prises) pour compléter 5 jours de traitement.
- Révision utérine chaque fois que la dilatation du col le permet, sinon curage digital (voir page 160) ou curetage avec la curette la plus large possible (voir page 165) et injection d'utérotonique (oxytocine, ou à défaut, méthylergométrine).

Inversion utérine

Inversion de l'utérus en doigt de gant vers l'extérieur, le plus souvent contemporaine de la délivrance, due en général à une inertie utérine (grande multipare) ou à une traction brutale sur le cordon.

Diagnostic

- Choc d'origine mixte : vagal et hypovolémique
- Habituellement, douleur brutale et hémorragie
- Disparition du fond utérin à la palpation abdominale, protrusion dans le vagin ou extériorisation d'une masse à la vulve (Figures 75 à 77).

Conduite à tenir

- Traiter le choc et l'hémorragie : perfusion de Ringer lactate ou du chlorure de sodium à 0,9% ou de macromolécules; transfusion de sang préalablement testé (HIV-1 et HIV-2, hépatite B et C, au minimum) si le pronostic vital immédiat est en jeu.
- Vider la vessie
- Anesthésie générale
- Badigeonner le périnée à la polyvidone iodée
- Comprimer progressivement l'utérus puis réduire l'inversion en refoulant l'utérus à l'intérieur (Figures 78) à travers le col, en direction de l'ombilic pour le ramener à sa position normale. La deuxième main placée sur l'abdomen sert à maintenir l'utérus en place.
- Effectuer ensuite une révision utérine (douce pour éviter la récurrence) afin d'évacuer d'éventuels caillots. Si le placenta n'est pas décollé, ne réaliser la délivrance artificielle qu'après réduction de l'inversion.
- Antibiotrophylaxie systématique (**ampicilline** IV ou **céfazoline** IV : 2 g dose unique).
- Injection systématique d'utérotonique : **oxytocine** IM ou IV : 5 ou 10 UI ou, à défaut, **méthylergométrine** IM : 0,2 mg

Si la réduction manuelle de l'utérus échoue, envisager un traitement chirurgical par voie abdominale : réduction, voire hystérectomie dans les formes vues tardivement avec nécrose.

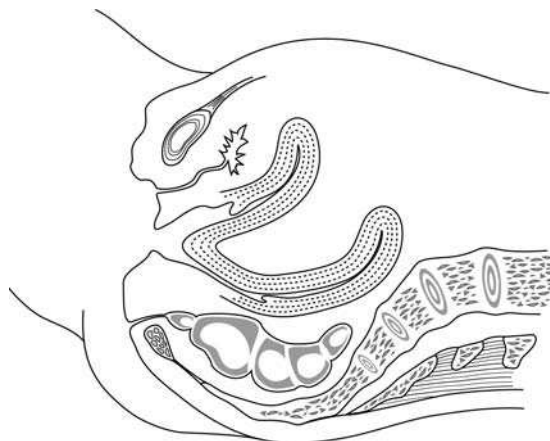


Figure 75
L'utérus inversé n'atteint pas la vulve

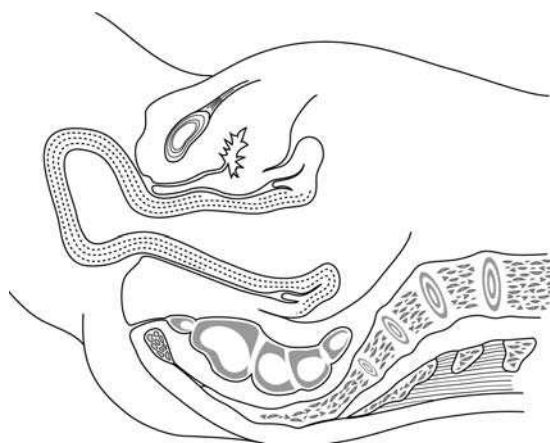


Figure 76
L'utérus inversé s'exteriorise à la vulve

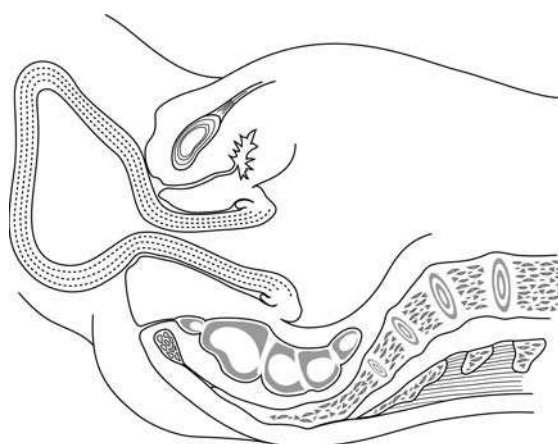
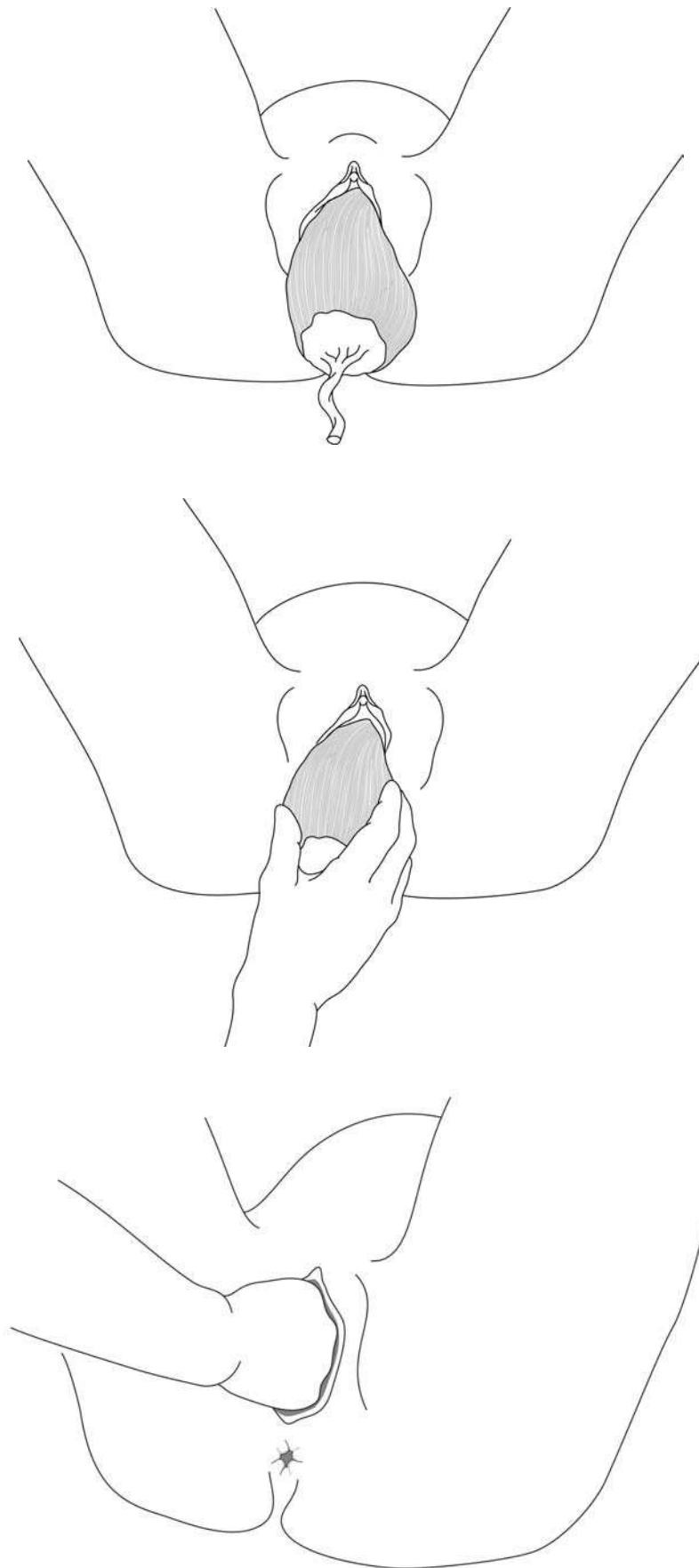


Figure 77
L'utérus s'est totalement invaginé et s'exteriorise totalement à la vulve



Figures 78
Réduction manuelle de l'inversion

Déchirure du col ou du vagin

Déchirures survenues au moment de l'accouchement. Elles sont plus fréquentes en cas d'œdème du col, de gros fœtus ou d'extraction instrumentale (forceps ou ventouse).

Diagnostic

Hémorragie de la délivrance avec utérus tonique ou inefficacité du traitement oxytocique.

L'origine de l'hémorragie est découverte lors de la révision de la filière génitale avec examen soigneux du vagin et du col avec 2 valves.

Conduite à tenir

- Poser une voie d'abord veineuse (cathéter de bon calibre) et perfusion de Ringer lactate ou du chlorure de sodium à 0,9% ou de macromolécules.
- Anesthésie générale ou rachianesthésie souvent nécessaire afin de s'exposer correctement.
- Un assistant est le plus souvent nécessaire pour présenter les tissus à l'aide de valves. Un bon éclairage est indispensable.
- Badigeonner le périnée à la polyvidone iodée.
- Attirer doucement le col vers l'extérieur au moyen de pinces atraumatiques (bouts annulaires p. ex.) et apprécier l'étendue des déchirures.
 - Déchirure peu importante, hémorragie minime : cicatrisation spontanée sans suture et sans séquelle.
 - Rarement, la déchirure est très hémorragique et impose la mise en place de quelques points en X de fil résorbable Dec 3 (2/0) en un seul plan. Commencer par le point situé le plus loin de l'orifice cervical (Figure 79).
 - Les parois du vagin doivent être également suturées en cas de plaie qui saigne.
 - Si la déchirure s'est propagée vers l'utérus (segment inférieur), évacuer en milieu chirurgical spécialisé pour laparotomie.

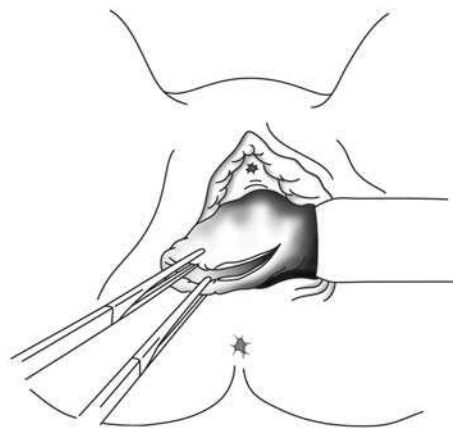


Figure 79
Déchirure du col

CHAPITRE 8

Manœuvres intra-utérines

Précautions communes à toutes les manœuvres intra-utérines	157
Délivrance artificielle	158
Révision utérine	159
Curage digital	160
Aspiration manuelle par le vide	161
Curetage	165
Embryotomie	169

Précautions communes aux manœuvres intra-utérines

Il existe 2 types de manœuvres intra-utérines :

- manuelles : délivrance artificielle, révision utérine et curage digital,
- instrumentales : aspiration manuelle par le vide (AMV), curetage et embryotomie.

Précautions à prendre lors des manœuvres intra-utérines

Vidange vésicale

Elle facilite le geste intra-utérin et réduit le risque de plaie de vessie.

- Faire uriner spontanément la patiente.
- Pratiquer un sondage évacuateur aseptique *uniquement* si la patiente n'urine pas spontanément.

Asepsie

Les précautions d'asepsie sont obligatoires :

- Nettoyage/badigeonnage à la polyvidone iodée (attendre qu'elle sèche spontanément)
- Champs et compresses stériles
- Gants stériles. Pour les manœuvres manuelles, utiliser des gants de révision utérine (les gants à manches longues).

Anesthésie

Toute manœuvre s'effectue sous anesthésie.

Le geste est réalisé sans anesthésie à deux conditions : il s'agit d'une urgence vitale (hémorragie de la délivrance sur rétention placentaire p. ex.) et l'anesthésie ne peut être faite immédiatement.

Pour l'AMV et éventuellement le curetage, l'anesthésie peut être locale (bloc paracervical), précédée d'une prémédication.

Protection du personnel

Toutes les manœuvres intra-utérines exposent le praticien au risque de contamination par le HIV. Une protection est indispensable : gants, blouse, tablier en caoutchouc, masque, lunettes de protection.

Précautions spécifiques aux manœuvres manuelles

Pour toute manœuvre intra-utérine manuelle, associer :

- Une antibioprophylaxie (juste avant le geste) :
ampicilline IV ou **cefazoline** IV : 2 g dose unique

ET

- Un traitement utérotonique (juste après le geste) pour améliorer la rétraction utérine :
oxytocine IM ou IV : 5 à 10 UI (ou, à défaut, **méthylergométrine** IM : 0,2 mg)

Délivrance artificielle

Evacuation manuelle du placenta

Indications

- Absence de délivrance dans les 30 à 45 minutes suivant l'accouchement
- Hémorragie survenant avant l'évacuation spontanée du placenta

Technique (Figure 80)

Vidange vésicale si nécessaire ; position gynécologique ; anesthésie générale ; antibioprophylaxie ; antiseptie du vagin à la polyvidone iodée ; au minimum un champ stérile sous les fesses de la patiente ; gants stériles à manches longues.

- La main gauche de l'opérateur empaume le fond utérin et le maintient vers le bas.
- La main droite, en pronation forcée, va tout de suite sur le fond utérin et du bout des doigts, trouve le plan de clivage utéro-placentaire. Cette main s'enfonce donc entièrement, jusqu'à l'avant-bras, dans les voies génitales.
- Une fois le plan de clivage trouvé, utiliser le bord de la main en pronation, comme une cuillère, pour décoller le placenta et le ramener vers l'extérieur.
- Réintroduire immédiatement la main pour effectuer la révision utérine.
- Utérotonique systématique (voir *Prévention des hémorragies de la délivrance*, tableau page 126).

Très rarement, le placenta est impossible à extraire par délivrance artificielle car il n'y a pas de plan de clivage entre le placenta et la paroi utérine (placenta accreta). Référencer pour hystérectomie d'hémostase.

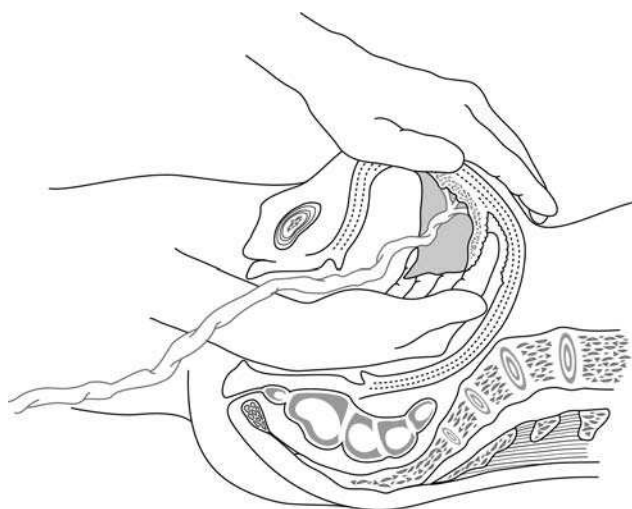


Figure 80

Main gauche sur le fond utérin, doigts de la main droite s'insérant dans le plan de clivage utéro-placentaire, décollement avec le bord de la main

Révision utérine

Exploration manuelle de la cavité utérine permettant la vérification de l'intégrité de l'utérus et l'évacuation des débris placentaires ou des caillots gênant la rétraction, donc l'arrêt des saignements.

Indications

- Suspicion de rupture utérine
- Suspicion de rétention d'un fragment placentaire lors de l'examen d'un placenta après la délivrance
- Hémorragie de la délivrance dans les 24 heures suivant l'accouchement
- Systématiquement après une délivrance artificielle

Remarque : en cas d'hémorragie de la délivrance, éliminer une déchirure vaginale ou cervicale par un examen sous valve, surtout si le placenta paraît complet et s'il y a un bon globe de sécurité (page 153).

Technique

Même préparation et précautions que pour la délivrance artificielle.

- Exploration systématique de l'utérus : deux faces, deux bords, un fond, deux cornes. Le doigt recherche des débris placentaires et la main les extrait.
- Utérotonique systématique (voir page 157).
- Vérifier l'apparition du globe de sécurité, aidée par le massage abdominal : la rétraction de l'utérus lui donne un aspect de boule ferme.

Curage digital

Evacuation digitale de fragments placentaires ou de caillots dans les suites d'un avortement ou accouchement vu tardivement, dans les cas où la révision utérine n'est pas possible, le col n'étant pas suffisamment ouvert.

Indications

- Avortement hémorragique ou rétention placentaire vue tardivement, ne permettant pas une révision utérine.
- Le col doit être perméable au doigt, à deux doigts si possible.

Technique (Figure 81)

- Même préparation et précautions que pour la délivrance artificielle.
- Introduire l'index –et le majeur si possible– dans la cavité utérine, main gauche empaumant l'utérus sur l'abdomen.
- Explorer systématiquement et extraire les fragments résiduels.
- Utérotonique systématique (voir page 157).

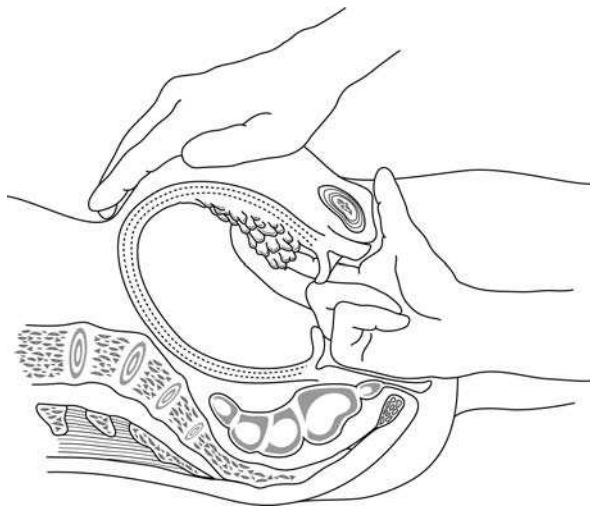


Figure 81
Exploration systématique de l'utérus avec deux doigts

Aspiration manuelle par le vide (AMV)

Evacuation par aspiration du contenu utérin

Indications

- Avortement incomplet avant 12 semaines d'aménorrhée
- Interruption de grossesse avant 12 semaines d'aménorrhée
- Môle avant 12 semaines d'aménorrhée

Contre-indications

Absolues

- Grossesse de plus de 12 semaines d'aménorrhée

Relatives

- Cervicite purulente et infection pelvienne : donner d'abord une antibiothérapie, retarder le geste de 48 heures.
- Troubles de la coagulation : il existe un risque hémorragique. L'AMV doit être réalisée dans une structure permettant une réponse chirurgicale et transfusionnelle en urgence.

Matériel

- Boîte d'AMV comprenant :
 - 2 seringues Ipas Plus® de 60 ml
 - 2 flacons de silicone pour lubrifier la seringue
 - 20 jeux de canules flexibles Ipas Easy Grip® (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12 mm), stériles à usage unique
 - 5 dilateurs utérins doubles de Hégar (3-4, 5-6, 7-8, 9-10, 11-12 mm)
 - 1 pince de Museux
 - 1 pince de Pozzi
 - 1 spéculum vaginal de Collin
 - 1 stylet
 - 1 pince porte-tampon de Chéron
 - 1 cupule de 100 ml
 - 1 panier à instrument en acier inoxydable

L'ensemble du matériel est *autoclavable*, à l'exception des canules qui sont à *usage unique strict*.

- Pour la procédure :
 - 1 champ stérile pour déposer le matériel stérile
 - 1 champ troué pour placer sur la vulve
 - solution antiseptique moussante de polyvidone iodée (scrub) ou à défaut, savon ordinaire
 - solution dermique de polyvidone iodée à 10%
 - compresses et gants stériles
 - protection absorbante pour placer sous les fesses de la patiente
 - 1 lampe puissante
- Pour l'anesthésie locale :
 - aiguille stérile longue (à PL 22G ou à IM 21G)
 - lidocaïne 1% (sans épinéphrine) + seringue et aiguille stériles

Risques et incidents

- Réaction vagale
- Evacuation incomplète de l'utérus, due à l'utilisation d'une canule trop petite ou à une aspiration interrompue
- Perforation utérine
- Hémorragie
- Infection pelvienne
- Embolie gazeuse (très rare : peut survenir quand le piston de la seringue est poussé alors que la canule se trouve encore dans la cavité utérine).
- Hématométrie : dans les heures qui suivent le geste, spasme cervical empêchant l'évacuation du saignement intra-utérin. L'utérus se distend et devient extrêmement sensible. Le traitement repose sur une nouvelle évacuation de l'utérus, l'administration d'un oxytocique, le massage de l'utérus.

Technique

Préparation cervicale

La préparation consiste à ouvrir le col pour éviter les dilatations cervicales traumatiques.

Elle est inutile pour les avortements spontanés incomplets si le col est suffisamment ouvert.

Elle est utile uniquement s'il s'agit d'une interruption de grossesse (ou d'une môle, si le col est fermé) :

misoprostol PO ou intravaginal : 400 microgrammes dose unique, 3 heures avant le geste

Prémédication

1 heure avant le geste : **atropine** SC (1 mg) + **diazépam** PO (10 mg)

1/2 heure avant : **paracétamol** PO (500 mg) + **codéine** PO (30 à 60 mg) ou **ibuprofène** PO (400 mg)

Préparation et installation de la patiente

- Pas d'antibioprophylaxie systématique (sauf éventuellement en cas d'interruption de grossesse : **doxycycline** PO, 200 mg dose unique ou **azithromycine** PO, 1 g dose unique, une heure avant le geste).

- Faire uriner la patiente.
- Installer en position gynécologique, protection absorbante sous les fesses.
- Nettoyer la vulve et le périnée avec la solution antiseptique moussante de polyvidone iodée (ou à défaut, avec du savon ordinaire). Rincer, sécher. Le périnée doit être propre, mais non rasé.
- Badigeonner à la polyvidone iodée à 10%.
- Mettre en place un champ troué.

Préparation du matériel

- 2 seringues car la quantité de tissu à aspirer est difficile à prévoir
- Des canules de plusieurs tailles :
 - Schématiquement, le diamètre de la canule à utiliser correspond au terme approximatif de la grossesse en semaines d'aménorrhée, p. ex. à 10 SA, on choisit une canule de 8 à 10 mm de diamètre.
 - En pratique, le diamètre de la canule insérée dépend de la dilatation obtenue. Par exemple, si à 10 SA, on ne dilate aisément que jusqu'à un dilateur n°8, on utilisera une canule de 8 mm.

Bloc paracervical

- Placer le spéculum ; antisepsie du col et du vagin à la polyvidone iodée.
- Anesthésie locale : 2 ml à la **lidocaïne** 1% sur la partie antérieure du col.
- Placer la pince de Museux ou la pince de Pozzi à l'endroit où le col a été anesthésié et exercer une légère traction du col afin de visualiser la transition entre le col et la paroi vaginale. C'est au niveau de cette transition que sont effectuées les injections du bloc paracervical.
Pratiquer 4 injections de 2 à 3 ml de lidocaïne 1% chacune, autour du col, en 4 sites différents, à 2 ou 3 mm de profondeur maximum ; ne pas dépasser 20 ml au total.

Dilatation

Dilater le col si le canal cervical ne permet pas le passage de la canule correspondant à la taille de l'utérus. La dilatation doit se faire en douceur :

- Aligner au mieux le col et le corps de l'utérus en tirant de la main gauche sur la pince fixée sur le col.
- Avec la main droite, introduire le dilateur du plus petit diamètre possible puis changer pour le dilateur de diamètre supérieur. Poursuivre ainsi en utilisant chaque fois un dilateur de diamètre supérieur, jusqu'à obtenir la dilatation adéquate correspondant au diamètre de la canule que l'on souhaite insérer, sans jamais relâcher la traction sur le col.
- Ne pas introduire trop profondément le dilateur. La perception d'un ressaut lors la pénétration de l'orifice interne du col indique qu'il est inutile de pousser plus loin le dilateur. Ce ressaut n'est pas obligatoirement perçu. Il ne faut donc pas le rechercher à tout prix comme repère du passage de l'orifice interne : on admet que l'orifice interne du col a été franchi lorsque le dilateur a pénétré le col sur une longueur de 5 cm à partir de l'orifice externe.

Aspiration

- Attacher la seringue stérile (préparée, c.-à-d. sous vide) à la canule choisie.
- Avec la main gauche, maintenir la traction sur le col.

- La main droite introduit la canule avec douceur dans cavité utérine. La rotation de la canule associée à une pression douce facilite l'insertion. Pousser prudemment et lentement la canule dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'elle touche le fond utérin.
- Relâcher les valves de la seringue pour procéder à l'aspiration. Le contenu de l'utérus doit être visible à travers la seringue (sang et tissus ovulaires blanchâtres).
- Une fois que le vide a été établi dans la seringue et que la canule a été insérée dans l'utérus, tenir la seringue par le corps (et non par les bras du piston), sinon, le piston risque de redescendre et de pousser dans l'utérus les tissus aspirés ou de l'air.
- Aspirer prudemment toutes les zones de l'utérus (risque de perforation), en bougeant doucement la canule par rotation de 180° d'un côté et de l'autre. Veiller à ne pas sortir la canule de la cavité utérine et perdre ainsi le vide.
- Si une 1^{re} seringue est remplie, fermer les valves, détacher la seringue de la canule et remplacer par une autre seringue ou vider le contenu de la 1^{re} seringue, rétablir le vide et rattacher la seringue à la canule, puis continuer la procédure.
- Arrêter lorsque l'utérus est vide : mousse rouge-rosée et absence de tissus dans la seringue. On peut également apprécier la vacuité utérine en passant la canule sur la surface de l'utérus : une sensation râpeuse ou une sensation de contraction de l'utérus autour de la canule laisse penser que l'évacuation de l'utérus est complète.
- Détacher la seringue puis retirer canule, pince et spéculum.

Examen du contenu de l'aspiration

Vérifier la présence et la quantité de débris, estimer si elle correspond à l'âge de la grossesse, pour confirmer l'évacuation complète de l'utérus.

Les débris comprennent les villosités, les membranes fœtales et, après 9 semaines, des fragments de fœtus. Pour examiner visuellement les tissus, les placer dans une compresse ou dans une passoire et les rincer à l'eau.

Suivi de la patiente

- Pas de traitement utérotonique systématique, sauf en cas de môle.
- Après l'intervention, les saignements persistent, sans caillots. Surveiller les constantes et l'importance des saignements. Installer confortablement la patiente tant que dure la surveillance (au minimum 2 heures).
- Les douleurs sont modérées et calmées par le paracétamol, l'ibuprofène ou un antispasmodique.
- Vérifier et mettre à jour la couverture antitétanique en cas de suspicion d'avortement provoqué.
- La patiente rentre chez elle si ses paramètres sont stables, qu'elle est capable de marcher et qu'elle a reçu les informations suivantes :
 - les crampes persistent quelques jours (prescrire un antalgique)
 - les saignements persistent 8 à 10 jours
 - les règles reviennent dans les 4 à 8 semaines suivantes
 - le retour à la fertilité est immédiat (proposer une contraception)
 - conseils sur les soins d'hygiène ; pas de douches vaginales
 - signes et symptômes nécessitant une consultation : saignement prolongé (plus de 2 semaines), saignement plus abondant que les règles normales, douleur importante, fièvre, frissons, malaise, syncope
 - visite de contrôle systématique 10 ou 15 jours après l'intervention (recherche de signes d'infection, d'évacuation incomplète)

Curetage

Extraction instrumentale de fragments placentaires en cas d'avortement incomplet ou de délivrance incomplète.

Indications

- Rétention de placenta ou de caillots après avortement incomplet
Le curetage n'est pas la méthode de choix. Il n'est utilisé que si :
 - Avant 12 SA : l'aspiration manuelle par le vide n'est pas disponible ou n'est pas efficace,
 - Après 12 SA : le col n'est pas spontanément assez dilaté pour effectuer un curage digital.
- Rétention de placenta ou de caillots après accouchement
 - Immédiatement après l'accouchement, une révision utérine ou un curetage digital sont toujours possible, il n'y a pas lieu de réaliser un curetage.
 - A distance de l'accouchement, le recours au curetage est exceptionnel. Il n'est utilisé que si le col n'est pas spontanément assez dilaté pour effectuer une révision utérine ou un curage digital.

Matériel

- Boîte de curetage comprenant :
 - 1 jeu de 3 curettes à bord mousse
 - 1 pince à tissu de DeBakey
 - 2 valves vaginales
 - 8 dilateurs utérins de Hégar (4, 6, 8, 10,12, 14, 16, 18 mm)
 - 1 pince de Museux
 - 1 pince de Pozzi
 - 1 spéculum vaginal de Collin
 - 1 hystéromètre
 - 1 pince porte-tampon de Chéron
 - 1 cupule de 100 ml
 - 1 panier à instrument en acier inoxydable

Technique (Figure 82)

Préparation cervicale

La préparation consiste à ouvrir le col pour éviter les dilatations cervicales traumatiques.

Elle est inutile pour les avortements spontanés incomplets si le col est suffisamment ouvert.

misoprostol PO ou intravaginal : 400 microgrammes dose unique, 3 heures avant le geste

Prémédication et anesthésie

Le curetage est plus douloureux que l'AMV et peut justifier une anesthésie générale (ou, à défaut, l'association d'une sédation et d'un bloc paracervical).

Préparation et installation de la patiente

- Identique à celle de l'AMV (voir page 162).
- Placer le spéculum, effectuer le bloc paracervical comme pour AMV (voir page 163).
- Traction du col avec la pince de Pozzi ou mieux, de Museux.

Antibioprophylaxie

En cas d'avortement incomplet du 2^e trimestre ou après un accouchement (**ampicilline IV** ou **cefazoline IV** : 2 g dose unique)

Dilatation

Dilater le col si le canal cervical ne permet pas le passage de la curette. La dilatation doit se faire en douceur :

- Aligner au mieux le col et le corps de l'utérus en tirant de la main gauche sur la pince fixée sur le col.
- Avec la main droite, introduire le dilatateur du plus petit diamètre possible puis changer pour le dilatateur de diamètre supérieur. Poursuivre ainsi en utilisant chaque fois un dilatateur de diamètre supérieur jusqu'à obtenir la dilatation adéquate, sans jamais relâcher la traction sur le col.
- Ne pas introduire trop profondément le dilatateur. La perception d'un ressaut lors la pénétration de l'orifice interne du col indique qu'il est inutile de pousser plus loin le dilatateur. Ce ressaut n'est pas obligatoirement perçu. Il ne faut donc pas le rechercher à tout prix comme repère du passage de l'orifice interne : on admet que l'orifice interne du col a été franchi lorsque le dilatateur a pénétré le col sur une longueur de 5 cm à partir de l'orifice externe.
- Ne pas forcer le col avec les dilatateurs (risque de rupture ou perforation, d'autant plus important que l'utérus est très rétroversé ou très antéversé).

Curetage

- Choisir la curette la plus grande possible. Plus elle est petite, plus elle risque d'être traumatique. La limite est le degré de dilatation du col obtenu avec les dilatateurs.
- L'utilisation de l'hystéromètre est possible mais pas indispensable ; la profondeur de l'utérus peut être appréciée par la longueur de la curette introduite doucement jusqu'au fond utérin.
- L'exploration s'effectue du fond utérin vers le col afin de ramener les débris vers l'extérieur, en évitant la perforation. Une curette se tient souplesment entre pouce et index, le manche reposant sur la pulpe des autres doigts, permettant un mouvement de va-et-vient : ne pas prendre la curette à pleine main.
Il s'agit de décoller les fragments sans forcément abraser la muqueuse. Ne pas attendre obligatoirement le « cri utérin » (sensation de crissement ressentie par l'intermédiaire de la curette, lors d'un curetage trop profond).
En fin d'intervention, vérification de la vacuité utérine : la curette ne ramène plus de tissus. En la passant sur toute la surface de l'utérus, on perçoit une sensation râpeuse.

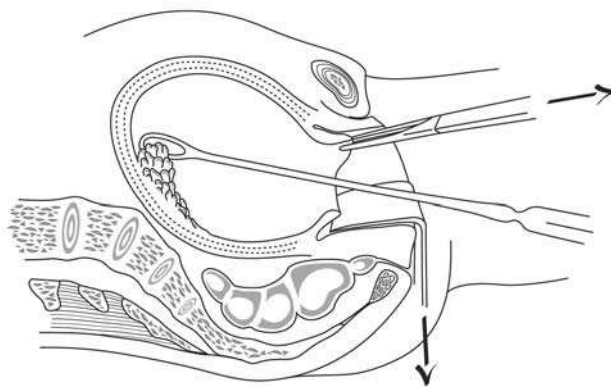


Figure 82
Curetage

Suivi de la patiente

Après un avortement

- Pas de traitement utérotonique systématique, sauf en cas de môle.
- Après l'intervention, les saignements persistent, sans caillots. Surveiller les constantes et l'importance des saignements. Installer confortablement la patiente tant que dure la surveillance (au minimum 2 heures).
- Les douleurs sont modérées et calmées par le paracétamol, l'ibuprofène ou un antispasmodique.
- Vérifier et mettre à jour la couverture antitétanique en cas de suspicion d'avortement provoqué.
- La patiente rentre chez elle si ses paramètres sont stables, qu'elle est capable de marcher et qu'elle a reçu les informations suivantes :
 - les crampes persistent quelques jours (prescrire un antalgique)
 - les saignements persistent 8 à 10 jours
 - les règles reviennent dans les 4 à 8 semaines suivantes
 - le retour à la fertilité est immédiat (proposer une contraception)
 - conseils sur les soins d'hygiène ; pas de douches vaginales
 - signes et symptômes nécessitant une consultation : saignement prolongé (plus de 2 semaines), saignement plus abondant que les règles normales, douleur importante, fièvre, frissons, malaise, syncope
 - visite de contrôle 10 à 15 jours après l'intervention (recherche de signes d'infection)

Après un accouchement

- Utérotonique systématique (voir page 157).

Complications

Hémorragies persistantes

- Recherche de dilacérations vaginales ou cervicales, fréquentes dans les avortements clandestins
- Evacuation utérine incomplète : recommencer
- Inertie utérine : utérotonique

Rupture isthmique de l'utérus ou perforation utérine (Figures 83 et 84)

- Déchirure de la région du segment inférieur de l'utérus ou perforation par les dilateurs ou les curettes : saignements, instrument qui s'enfonce démesurément, douleurs
- Possibilité de plaie associée de la vessie voire d'une fistule ultérieure si la vessie n'a pas été vidée préalablement au curetage. Si tel est le cas, placer immédiatement une sonde urinaire pour 7 jours, ce qui permet le plus souvent à la vessie de cicatriser.

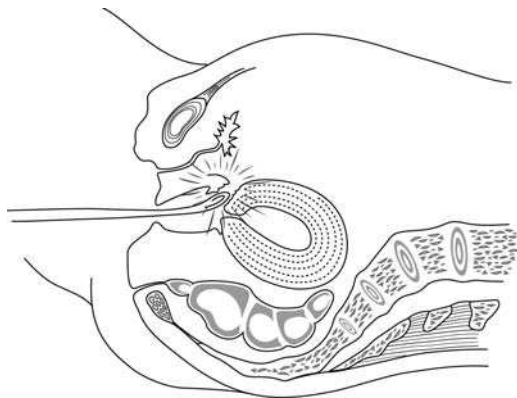


Figure 83
Rupture isthmique

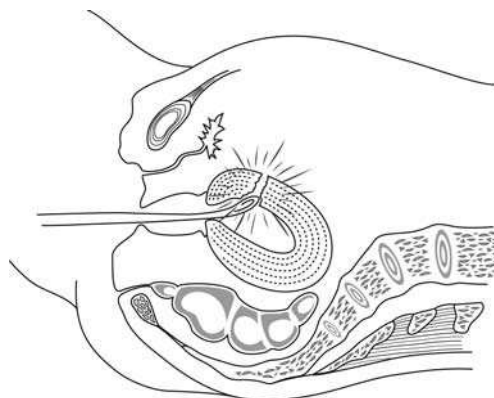


Figure 84
Perforation utérine à la curette

Le traitement est le repos associé à une antibiothérapie :

amoxicilline-acide clavulanique (co-amoxiclav) PO : 2 g d'amoxicilline/jour à diviser en 2 prises pendant 7 jours

ou **amoxicilline** PO : 2 g/jour à diviser en 2 prises + **métronidazole** PO : 1,5 g/jour à diviser en 3 prises pendant 7 jours

Surveiller l'apparition de signes péritonéaux (douleur, défense péritonéale) dans les jours qui suivent. Ces signes imposent une laparotomie à la recherche de possibles lésions des organes abdominaux.

Infections

- Les endométrites, salpingites, pelvipéritonites, voire septicémies doivent être prévenues par l'asepsie rigoureuse, des gestes atraumatiques et une antibioprophylaxie en cas d'accouchement ou d'avortement au 2^e trimestre (voir page 166).
- Chez une patiente fébrile, dans un contexte d'infection pelvienne en cours :
 - débuter l'antibiothérapie :
amoxicilline-acide clavulanique (co-amoxiclav) IV : 6 g d'amoxicilline/jour à diviser en 3 injections espacées de 8 heures
 + **gentamicine** IM : 5 mg/kg/jour en une injection
 Poursuivre ce traitement pendant 48 heures (jusqu'à disparition de la fièvre) puis prendre le relais avec **co-amoxiclav** PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises pour compléter 5 jours de traitement.
 - ou
ampicilline IV : 6 g/jour à diviser en 3 injections espacées de 8 heures
 + **métronidazole** IV : 1,5 g/jour en 3 perfusions espacées de 8 heures
 + **gentamicine** IM : 5 mg/kg/jour en une injection
 Poursuivre ce traitement pendant 48 heures (jusqu'à disparition de la fièvre) puis prendre le relais avec **amoxicilline** PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises + **métronidazole** PO : 1,5 g/jour à diviser en 3 prises pour compléter 5 jours de traitement.
 - réaliser un curetage prudent (risque majoré de perforation utérine) 24 à 48 heures après le début de l'antibiothérapie.

Embryotomie

Opération mutilatrice du fœtus mort, visant à réduire son volume afin de faciliter l'accouchement par voie basse s'il ne s'effectue pas normalement du fait d'une difficulté mécanique. L'objectif est d'éviter la césarienne et ses risques associés.

Précautions

Toutes les indications d'embryotomie sont discutées en fonction :

- de l'expérience et de l'habileté du praticien,
- des risques de traumatisme et d'infection liés à une manœuvre difficile sur un utérus fragile et une cavité infectée (risque de rupture utérine, de dégâts des parties molles maternelles avec fistules),
- de l'acceptation, par la patiente et le personnel, d'un geste pouvant être psychologiquement traumatisant.

Certains praticiens préfèrent pratiquer une césarienne sur un fœtus mort plutôt que d'avoir à le mutiler. Cependant, la césarienne fait courir un risque vital et fonctionnel important à la mère en particulier lorsqu'elle est pratiquée en milieu rural isolé.

La mort fœtale in utero ne peut justifier à elle seule une césarienne. La césarienne n'est indiquée lors d'une mort in utero que de manière exceptionnelle : association d'un obstacle mécanique non résolutif (p. ex présentation transverse avec enclavement de l'épaule) et impossibilité d'embryotomie ou rupture utérine associée.

Conditions

- S'assurer de la mort du fœtus (disparition des bruits du cœur au doppler obstétrical ou à l'échographie si disponible).
- Constater l'obstacle mécanique : obstacle à l'accouchement par voie basse en raison du volume et/ou la présentation.
- Dilatation complète ou quasi complète (> 8 cm) permettant un accès satisfaisant à la présentation.
- Informer la patiente et éventuellement sa famille.
- Réaliser l'embryotomie au bloc opératoire, dans des conditions d'asepsie rigoureuses et sous anesthésie.
- Opérateur ayant une expérience obstétricale.
- Sondage vésical obligatoire. Si les urines sont rouges, suspecter une plaie vésicale et mettre en place une sonde urinaire pour 7 jours.
- Après l'extraction fœtale, vérifier systématiquement :
 - la cavité utérine (révision utérine sous antibioprophylaxie, voir page 157)
 - les parois du vagin (utiliser des valves vaginales disponibles dans la boîte de curetage pour s'exposer convenablement).
- Traitement utérotonique systématique après le geste (voir page 157).

Embryotomie céphalique ou craniotomie (présentation céphalique)

Opération consistant à pratiquer une brèche sur la boîte crânienne au niveau de la voûte, la base ou la face, pour diminuer le volume de la tête fœtale qui fait obstacle à l'accouchement (p. ex. en rapport avec une hydrocéphalie).

Matériel

- Perce-crâne de Smellie ou, à défaut, ciseaux à détroncation de Dubois (Figures 85 et 86).

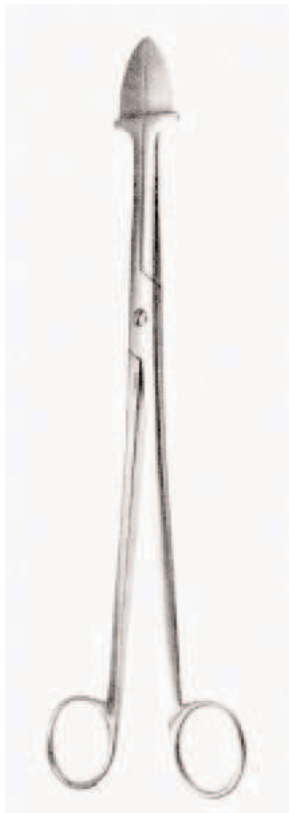


Figure 85
Perce-crâne de Smellie

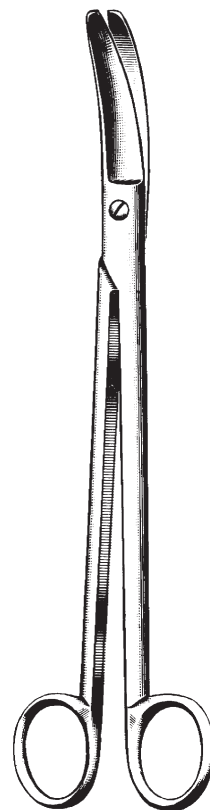


Figure 86
Ciseaux de Dubois

Technique (Figure 87)

- Un assistant appuie ses deux paumes sur la tête fœtale et effectue une pression vers le bas.
- L'opérateur introduit sa main gauche en forme de gouttière, dans le vagin, au contact de la tête fœtale.
- Le perforateur tenu dans la main droite glisse le long de la gouttière faite avec la main gauche (pour protéger le vagin) jusqu'au contact de la tête fœtale.
- Le point de perforation doit se faire au centre, pour protéger les parties molles maternelles. Si l'enfant est hydrocéphale, l'os est aminci et la perforation est facile. Dans les autres cas, il faut perforer dans une fontanelle.

- Le liquide céphalo-rachidien fait irruption, le volume de la tête se réduit et l'accouchement doit pouvoir s'effectuer facilement, sinon, réaliser une cranioclasie.

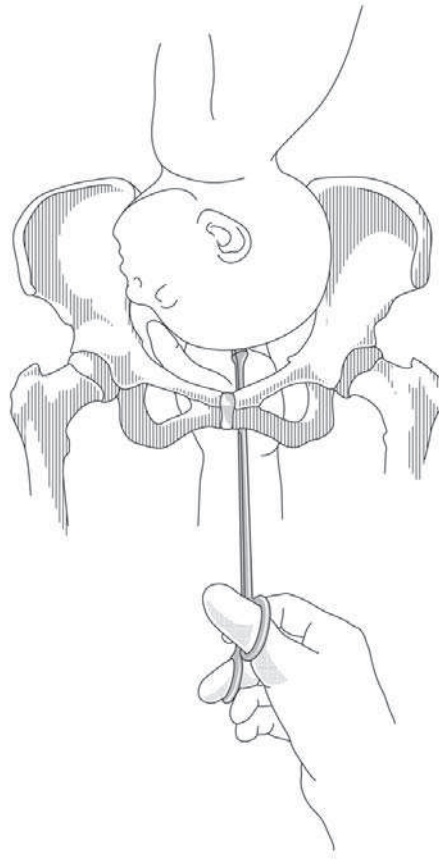


Figure 87
Embryotomie avec le perce-crâne de Smellie

Cranioclasie

Après la craniotomie, préhension et écrasement des os du crâne afin d'en diminuer le volume et de permettre l'extraction.

Matériel

Cranioclaste de Braun (Figure 88)

Technique

- La branche pleine du cranioclaste est introduite dans l'orifice de perforation. La branche creuse est placée contre le crâne, concavité tournée vers la face.
- Les deux branches sont articulées avec l'écrou. La tête est extraite dans les meilleurs diamètres.

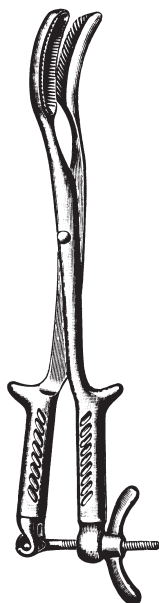


Figure 88
Cranioclaste de Braun

Craniotomie dans la rétention de tête dernière (accouchement de siège)

Matériel

Perce-crâne de Smellie

Technique (Figure 89)

- Un assistant appuie ses deux paumes sur la tête fœtale et effectue une pression vers le bas.
- L'opérateur tire le corps du fœtus en dehors, vers le bas pour avoir accès à l'occiput.
- Le perforateur est introduit derrière la mastoïde, en imprimant des mouvements rotatoires pour l'introduire dans l'os. Le crâne perforé, l'instrument dilacère la substance cérébrale.
- Retrait du perforateur et traction du tronc.

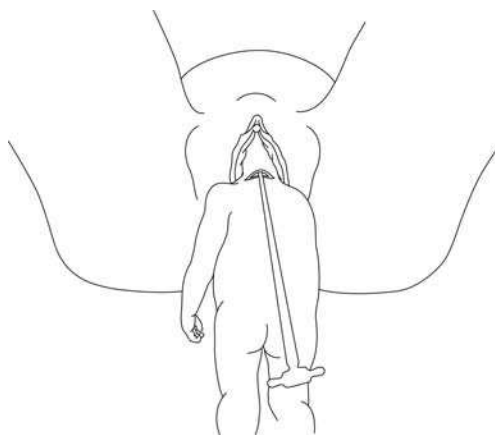


Figure 89
Craniotomie sur rétention de tête dernière

Embryotomie rachidienne pour présentation transverse

Manœuvre particulièrement risquée pour les tissus maternels, indiquée lorsqu'une césarienne est impossible, sur un enfant mort en présentation transversale.

Matériel

Gros ciseaux courbes

Technique (Figure 90)

- La main gauche de l'opérateur est glissée derrière le fœtus et entoure le cou comme un collier, pouce d'un côté, index de l'autre.
- Les ciseaux sont glissés dans la gouttière faite par la main gauche, fermés et à plat. Il faut atteindre le cou de manière perpendiculaire.
- Section du cou sous le contrôle des doigts et dans le creux de la main, par petits coups, en écartant un peu les lames des ciseaux à chaque fois.

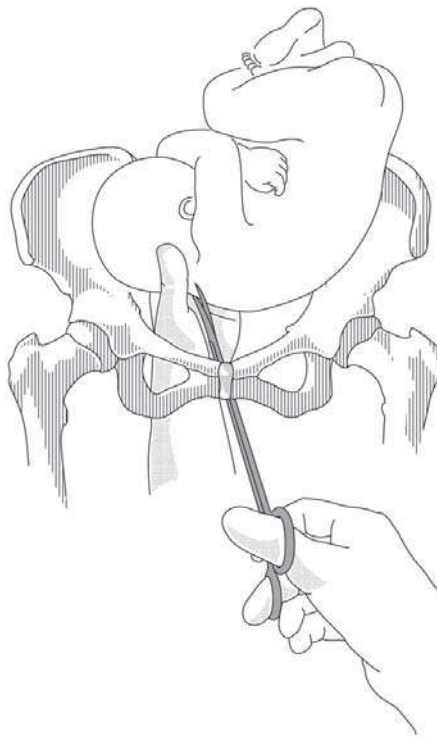


Figure 90
Embryotomie rachidienne aux ciseaux

CHAPITRE 9

Soins à l'enfant

Premiers soins au nouveau-né	177
Réanimation du nouveau-né	180
Nouveau-né de petit poids (< 2500 g)	183

Premiers soins au nouveau-né



Prévoir l'éventualité d'une réanimation à chaque naissance.

- Clamper le cordon avec 2 pinces Kocher à 10 cm de l'ombilic et couper entre les 2 pinces (utiliser des ciseaux stériles, distincts de ceux utilisés pour une éventuelle épisiotomie).
- Evaluer immédiatement et rapidement l'état initial de l'enfant afin de mettre en route les manœuvres de réanimation si nécessaire.
Les signes (**cri, respiration, coloration, tonus, fréquence cardiaque**) doivent être évalués simultanément.
- Schématiquement, deux situations peuvent se présenter :

1. L'enfant va bien

Il respire spontanément, crie, est tonique et réactif, devient rose rapidement¹ ; sa fréquence cardiaque (FC) est supérieure à 100 par minute².

Soins de base

- *Immédiatement :*
 - Sécher l'enfant avec un linge propre et sec ; ne pas le baigner (risque d'hypothermie) ; l'envelopper dans un linge propre et sec ; le maintenir au chaud contre le corps de la mère, sinon dans une couverture.
 - Lui dégager les voies respiratoires *en essuyant* le nez et la bouche. Il ne faut pas aspirer systématiquement le nez ou l'oropharynx (risque de bradycardie, de spasme laryngé) mais uniquement en cas d'encombrement manifeste.
Un liquide amniotique teinté de méconium n'est pas une indication d'aspiration systématique si l'enfant respire bien et qu'il est tonique.
 - Lier le cordon à 3 cm de l'ombilic avec un fil stérile (double ligature). Nettoyer l'ombilic avec une compresse stérile imbibée de chlorure de sodium stérile à 0,9%, sécher et protéger avec une compresse sèche.
- *Dans les deux premières heures :*
 - Peser l'enfant, prendre sa température, noter sur la feuille de surveillance.
 - Nettoyer doucement les yeux avec une compresse stérile et du chlorure de sodium à 0,9%. Appliquer de la pommade ophtalmique à la **tétracycline 1%** dans chaque œil.
 - Administrer de la **phytoménadione (vitamine K)** en prévention de la maladie hémorragique du nouveau-né : soit 1 mg dose unique en IM dans la cuisse, soit 2 mg par voie orale.
En cas d'administration orale, il est nécessaire de donner une 2^e dose de 2 mg 4 à 7 jours après la naissance, puis, si l'enfant est allaité, une 3^e dose de 2 mg 4 semaines après la naissance. Le traitement oral n'est efficace que si la totalité des doses est administrée.

¹ Un enfant sain naît en général cyanosé mais devient rose dans les 30 secondes qui suivent le début de la respiration. Chez les enfants à peau sombre, inspecter la plante des pieds, la paume des mains, les muqueuses.

² La FC se mesure en palpant le pouls à la base du cordon ou en auscultant le cœur (apex) au stéthoscope. Compter le nombre de battement en 6 secondes et multiplier par 10. Si la FC est difficile à évaluer, considérer qu'elle est normale si le nouveau-né respire bien et qu'il est rose et tonique.

Utiliser systématiquement la voie IM :

- en cas de prématurité ou petit poids de naissance,
- si la mère est traitée par un inducteur enzymatique (rifampicine, phénobarbital, phénytoïne, carbamazépine),
- chez tous les nouveau-nés si l'observance du traitement oral ne peut être garantie.

- Le mettre au sein dès que possible, au cours de la première heure (si la mère est infectée par le HIV, voir page 68).

– *Avant la sortie :*

Administrer les premiers vaccins (polio 0, BCG, hépatite B).

2. L'enfant ne va pas bien

Il respire lentement ou difficilement ou gaspe ou est en apnée, il est hypotonique ou flasque, cyanosé ou pâle³ ou sa FC est inférieure à 100 par minute⁴.

Maintenir l'enfant au chaud

Le sécher et l'envelopper rapidement dans un linge propre et sec (l'hypothermie compromet la réanimation).

Positionner l'enfant

Le poser sur le dos, tête en position neutre (Figure 91), éviter la flexion et l'hyperextension du cou car elles favorisent l'obstruction des voies aériennes.

Désobstruer les voies aériennes

Lui dégager les voies respiratoires en essuyant le nez et la bouche ; aspirer doucement la bouche et les narines si l'enfant est encombré.

Un liquide amniotique teinté de méconium est une indication d'aspiration systématique lorsqu'un enfant respire mal et qu'il est hypotonique.

Ne pas aspirer trop profondément ni trop longtemps (risque de bradycardie et/ou une apnée) : pour le nez, 1 cm maximum dans chaque narine ; pour la bouche, 5 cm maximum à partir des lèvres, pendant 5 secondes maximum.

En cas de liquide amniotique teinté de méconium, aspirer jusque dans la trachée. S'aider d'un laryngoscope uniquement si la technique d'utilisation est bien maîtrisée. Dans le cas contraire, il est préférable d'aspirer sans laryngoscope.

Stimuler l'enfant

Lui frotter doucement la plante des pieds et le dos (ne pas le secouer, le gifler, le pendre par les pieds). La stimulation tactile peut déclencher des inspirations spontanées.

Si une ventilation efficace se déclenche dans les 30 secondes et que l'enfant récupère : effectuer les soins de base (voir page 177).

Si une ventilation efficace ne se déclenche pas dans les 30 secondes : arrêter la stimulation, l'enfant a besoin d'une ventilation assistée, voir *réanimation du nouveau-né* page 180.

³ Chez les enfants à peau sombre, inspecter la plante des pieds, la paume des mains, les muqueuses.

⁴ La FC se mesure en palpant le pouls à la base du cordon ou en auscultant le cœur (apex) au stéthoscope.

9



Réanimation du nouveau-né

La ventilation est la priorité dans la réanimation du nouveau-né. Elle doit être débutée après la stimulation si l'enfant reste en apnée ou gaspe ou si la FR reste $< 100/\text{mn}$.

Conduite à tenir

Noter toutes les interventions sur la feuille de surveillance.

Ventilation au masque et au ballon¹ (les voies aériennes ont été désobstruées)

- Placer la tête en position neutre (Figure 91).
- Appliquer le masque sur le nez et la bouche préalablement ouverte pour éviter l'obstruction par la langue. Le masque doit être ajusté pour empêcher les fuites d'air (Figure 92).
- Presser le ballon avec 2 doigts seulement, au rythme de 60 pressions par minute, pendant 30 secondes. Attention : les alvéoles du nouveau-né sont très fragiles, une insufflation trop forte peut se compliquer d'un pneumothorax.

La ventilation est efficace si la poitrine se soulève. Si la poitrine ne se soulève pas : repositionner correctement l'enfant (si la position est mauvaise, l'air peut être insufflé dans l'estomac, la ventilation est inefficace) et renouveler la désobstruction des voies aériennes.

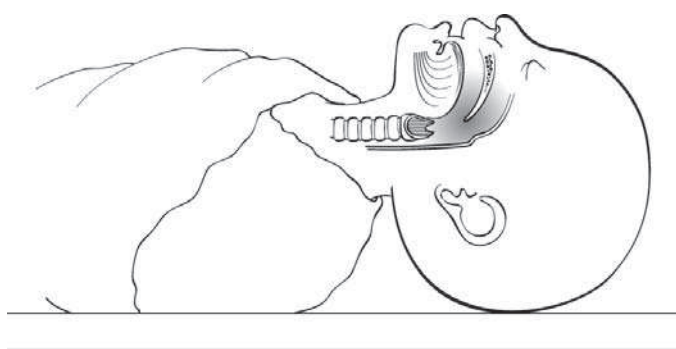


Figure 91
Position de la tête pour la ventilation

¹ En l'absence de matériel de ventilation, utiliser la technique du bouche-à-bouche/nez. Utiliser un masque facial spécifique ou, à défaut, poser une compresse sur la bouche et le nez de l'enfant. Appliquer la bouche sur celle de l'enfant en couvrant son nez. Insuffler doucement, 30 fois par minute, de telle manière que le thorax se soulève légèrement.

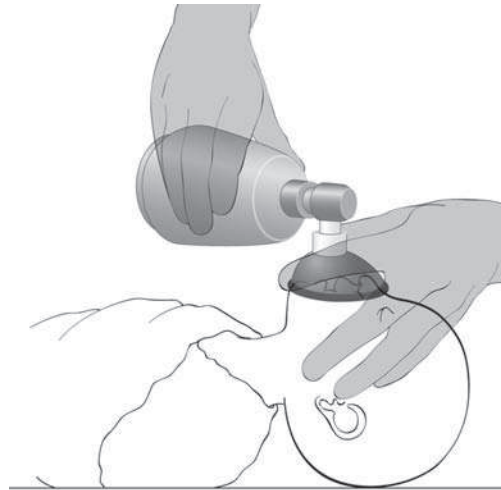


Figure 92
Position du masque

– Réévaluer après 30 secondes :

- Si la respiration est normale, que l'enfant crie et que la FC est > 100 : arrêter la ventilation assistée mais réévaluer après 30 secondes puis toutes les minutes pendant 5 minutes.
- Si la respiration spontanée est toujours absente ou inefficace mais que la FC est > 60 : poursuivre la ventilation assistée et réévaluer toutes les 30 secondes, jusqu'à l'apparition d'une respiration efficace.
- Si la respiration spontanée est toujours absente ou inefficace et que la FC est < 60 : poursuivre la ventilation assistée et commencer le massage cardiaque. Réévaluer toutes les 30 à 60 secondes.

Massage cardiaque

Le massage cardiaque ne doit pas débuter avant l'établissement d'une ventilation correcte (les compressions thoraciques peuvent compromettre l'efficacité de la ventilation).

Le massage cardiaque est indiqué lorsque la FC est < 60 /minute malgré une ventilation assistée correcte de 30 secondes.

- Appliquer les deux pouces superposés sur le sternum, les autres doigts entourent le thorax (Figure 93). La compression enfonce le sternum d'à peu près un tiers du diamètre antéropostérieur du thorax.

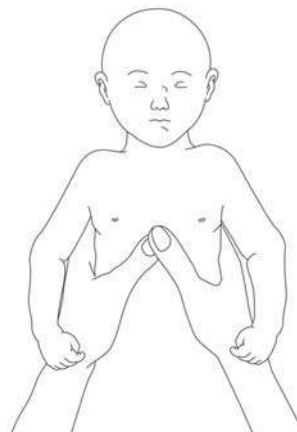


Figure 93
Massage cardiaque

Les compressions et les ventilations doivent être coordonnées pour éviter d'être délivrées en même temps. Le rythme est de 3 compressions pour une ventilation (c.-à-d. 90 compressions et 30 respirations par minute).

– Réévaluer après 30 secondes :

- Si la FC est > 60 /minute : arrêter le massage et poursuivre la ventilation jusqu'à l'apparition d'une respiration efficace.
Lorsqu'il respire bien spontanément, réévaluer l'enfant après 30 secondes puis toutes les minutes pendant 5 minutes puis le placer sous surveillance étroite.
- Si la FC reste < 60 /minute : poursuivre la ventilation et les compressions et administrer **épinéphrine (adrénaline)** IV ou intraosseux :
 $0,01$ à $0,03$ mg/kg (= 10 à 30 microgrammes/kg) soit $0,1$ à $0,3$ ml/kg d'une solution d'épinéphrine à $1:10\ 000$, à renouveler toutes les 3 à 5 minutes si besoin.

Attention aux erreurs de doses avec l'épinéphrine :

Si les ampoules disponibles sont des ampoules de 1 ml contenant 1 mg/ml, il s'agit d'une solution à $1:1000$. Il est nécessaire de diluer cette solution pour obtenir une solution à $1:10\ 000$. Pour préparer une solution à $1:10\ 000$ (soit $0,1$ mg/ml), diluer une ampoule d'épinéphrine dans 9 ml de chlorure de sodium à $0,9\%$.

Si les ampoules disponibles sont des ampoules de 10 ml contenant $0,1$ mg/ml, il s'agit d'une solution à $1:10\ 000$. Il n'y a pas à faire de dilution, la solution est prête à l'emploi.

Pour l'injection : prélever la solution à $1:10\ 000$ dans une seringue de 1 ml. Par exemple, pour un enfant de 3 kg, la dose est de $0,3$ à $0,9$ ml de solution d'épinéphrine à $1:10\ 000$ par injection.

Réévaluer toutes les 60 secondes. En cas d'arrêt cardiorespiratoire ne répondant pas à une réanimation ininterrompue de 10 à 15 minutes, considérer que l'enfant est mort.

Après la réanimation

- Placer si possible l'enfant dans une unité de soins où il peut être étroitement surveillé.
- Vérifier la glycémie dès que possible. En cas d'hypoglycémie (glycémie $< 2,6$ mmol/litre), administrer du glucose 10% (2 ml/kg en IV lente) et contrôler la glycémie 30 minutes après.
- Une souffrance fœtale sévère peut être liée avec une infection. En cas de suspicion d'infection, antibiothérapie pendant 7 à 10 jours :
ampicilline IV : 100 mg/kg/jour à diviser en 3 injections (pendant 3 jours minimum) puis, si l'état de l'enfant le permet, relais par voie orale avec **amoxicilline** PO : 50 à 75 mg/kg/jour à diviser en 3 prises pour compléter 7 à 10 jours de traitement.
+ **gentamicine** IM : 3 à 4 mg/kg/jour en une ou 2 injections pendant 3 jours

Soins au nouveau-né de petit poids (< 2500 g)

Il peut s'agir, soit d'un prématuré, soit d'un retard de croissance. Dans les 2 cas, l'enfant est à risque d'hypothermie, d'hypoglycémie et d'infection.

Conduite à tenir

- Demander à la mère de garder son enfant peau à peau, constamment sur son thorax (méthode kangourou, Figure 94). Si nécessaire, la mère et l'enfant doivent être enveloppés dans des vêtements chauds (mettre un bonnet à l'enfant).



Figure 94
Méthode kangourou

- Allaitement maternel précoce et fréquent en surveillant le poids.
- Si les tétées sont inefficaces mais le réflexe de déglutition présent : expression manuelle des seins toutes les 2 ou 3 heures. Recueillir le lait dans une tasse propre et nourrir l'enfant à la cuillère ou à la tasse, après l'avoir fait téter 2 ou 3 minutes.
- En cas d'échec, de façon exceptionnelle, utiliser le gavage par sonde gastrique :
 - Bien vérifier que la sonde est placée dans l'estomac : bruits de bulles ou claquements écoutés au stéthoscope placé au creux gastrique, lors de l'injection de quelques ml d'air à travers la sonde. Bien fixer la sonde, attention aux fausses routes.

- Quantités à fournir à titre indicatif :
 - 1^{er} jour60 ml/kg à diviser en 8 à 12 repas (toutes les 2 à 3 heures)
 - 2^e jour90 ml/kg à diviser en 8 à 12 repas (toutes les 2 à 3 heures)
 - 3^e jour120 ml/kg à diviser en 8 repas (toutes les 3 heures)
 - 4^e à 7^e jour150 ml/kg à diviser en 8 repas (toutes les 3 heures)
 - 8^e jour et suivants180 ml/kg à diviser en 8 repas (toutes les 3 heures)
 - Avant chaque repas, aspirer le contenu gastrique et vérifier la position de la sonde :
Si le liquide est clair ou que la quantité de lait est inférieure à 5 ml : donner le repas suivant.
Si les résidus de lait sont supérieurs à 5 ml : diminuer le volume du repas (p. ex. si la quantité prévue pour le repas est de 45 ml et que le résidu est de 15 ml, donner pour ce repas 30 ml).
 - Chaque repas doit être administré très lentement.
 - Maintenir l'enfant en légère position proclive.
- Dans les tous cas, tenter régulièrement la mise au sein pour apprécier la possibilité (ou non) pour l'enfant de téter le sein efficacement.

CHAPITRE 10

Suites de couches

Suites de couches normales	187
Consultations post-natales	188
Complications des suites de couches	190
Contraception	192

Suites de couches normales

Involution utérine

- Après la délivrance, l'utérus se contracte et devient dur (globe de sécurité). Il se trouve sous l'ombilic.
- Vers le 5^e-6^e jour, il se trouve à mi-distance entre l'ombilic et la symphyse.
- Vers le 10^e jour, il se trouve au niveau de la symphyse.
- Après 6 semaines, il revient à son volume normal.

Col utérin

L'orifice interne se ferme entre le 8^e et le 12^e jour.

Lochies

Les trois premiers jours, écoulement sanglant puis sanguinolant, normalement sans odeur, qui prend fin après 15 à 21 jours.

Les premières règles surviennent entre la 6^e et la 8^e semaine, en l'absence d'allaitement.

Seins

Les 2 premiers jours, sécrétion du colostrum de couleur jaunâtre.

Vers le 3^e jour, tension douloureuse des seins avec parfois une fièvre passagère à 38-38,5°C (« montée laiteuse »).

Ensuite, lait définitif, plus blanc et abondant.

Consultations post-natales

Une consultation postnatale devrait être proposée :

- Dans les 8 jours qui suivent l'accouchement, en particulier pour les femmes ayant accouché à domicile

ET

- Dans les 4 à 6 semaines qui suivent l'accouchement pour l'ensemble des patientes

Contenu des consultations post-natales

Pour la mère

- Prendre les constantes : température, pression artérielle.
- Rechercher une anémie : examiner les conjonctives, mesurer l'hémoglobine si disponible.
- Examiner la vulve et le périnée : rechercher une déchirure, apprécier la cicatrisation d'une épisiotomie ou d'une plaie suturée, l'aspect des pertes vaginales.
- Apprécier l'involution utérine.
- Vérifier l'absence de lésions mammaires (si allaitement au sein).
- Faire un examen d'urine à la bandelette si présence de signes urinaires et/ou de fièvre.
- Apprécier l'interaction mère-enfant, rechercher des troubles de l'humeur (dépression du post-partum).
- Informer sur la contraception (délai de retour à la fertilité, méthodes contraceptives disponibles, efficacité, bénéfices, contraintes, effets indésirables de chaque méthode) et prescrire une contraception si souhaitée (voir page 192).
- En l'absence d'anémie clinique ou biologique ($Hg > 11$ g/dl), compléter systématiquement en fer au moins le 1^{er} mois du post-partum (voir page 18). En présence d'anémie clinique ou biologique ($Hg < 11$ g/dl), traiter l'anémie (voir page 47).
- Supplémenter en vitamine A (**rétinol** PO : 200 000 UI dose unique) dans les zones où la carence en vitamine A est endémique.

Pour l'enfant

- Examen clinique général, poids, aspect du cordon
- Alimentation
- Vaccination
- Dans les 8 premiers jours, appliquer de la tétracycline ophtalmique et administrer de la vitamine K si cela n'a pas été fait à la naissance.

Exemple de carte de suivi de grossesse (consultation post-natale)

ACCOUCHEMENT	CARTE DE SUIVI DE LA GROSSESSE
<p>Date : 25 Septembre 2006</p> <p>Lieu : domicile</p> <p>Type d'accouchement : voie basse, céphalique</p> <p>MÈRE</p> <p>Périnée : intact</p> <p>Délivrance : normale, rapide</p> <p>Traitement reçu : aucun</p> <p>ENFANT</p> <p>Sexe : féminin</p> <p>Poids de naissance : ?</p> <p>Nom : XXXXXXXX</p> <p>Traitement reçu à la naissance : aucun</p>	<p>Nom : XXXXXXXXXX</p> <p>Adresse : camp 2</p> <p>Age : 28 ans Taille : > 1,50 m</p> <p>Enfants nés vivants : 3</p> <p>Vivants : 2 Morts : 1 (méningite à 6 mois)</p> <p>Enfants mort-nés : 1</p> <p>Avortements ou fausses couches : 2</p> <p>Gestité* : 7 Parité** : 4</p> <p>Premier jour des dernières règles : 1ère semaine janvier 2006 ?</p> <p>Terme présumé : mi-octobre 2006</p> <p>Antécédents médico-chirurgicaux : tuberculose en 2000 (traitée, guérie)</p> <p>Antécédents obstétricaux : hémorragie pendant le travail (cause ?) pour 2ème accouchement (enfant mort-né)</p> <p>Vaccination antitétanique : VAT 1 novembre 2003 VAT 2 janvier 2004 VAT 3 8 avril 2006</p> <p>Autres : sans nouvelles de son mari depuis mars 2006</p>
<p>VISITE POST-NATALE</p> <p>Date : 27 Septembre 2006</p> <p>EXAMEN DE LA MÈRE</p> <p>TA 12/6, T° 37,5°C</p> <p>périnée, seins, conjonctives RAS</p> <p>lochies normales</p> <p>Traitement : fer/acide folique 1 cp/jour un mois vitamine A 200 000 UI dose unique Ne souhaite pas de contraception</p> <p>EXAMEN DE L'ENFANT</p> <p>poids 3200g, RAS</p> <p>Allaité au sein</p> <p>Traitement : soin de cordon, vitamine K1, tétracycline ophtalmique</p> <p>Vaccins : BCG, polio (0), hépatite B (1)</p>	

Complications des suites de couches

Hémorragie utérine excessive

Normalement, les lochies n'excèdent pas en volume celui de règles normales. Si les pertes sont plus abondantes, évoquer une rétention placentaire ou une endométrite.

Si une rétention placentaire est suspectée : curage digital ou aspiration manuelle ou curetage très prudent sous antibiothérapie. Pour l'antibiothérapie (traitement de 5 jours) :

amoxicilline-acide clavulanique PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises

ou

amoxicilline PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises + **métronidazole** PO : 1,5 g/jour à diviser en 3 prises

Complications infectieuses

Fièvre supérieure à 38°C pendant plus de 48 heures consécutives.

Paludisme à évoquer de principe

Traiter tout accès palustre, après diagnostic biologique si possible, selon l'épidémiologie locale des résistances aux antipaludiques.

Endométrite et salpingite puerpérale

- Douleurs pelviennes, lochies malodorantes.
- A l'examen : utérus volumineux, mou, douleur à la mobilisation, col ouvert, empatement des culs-de-sac.
- Rechercher une rétention placentaire résiduelle.
- Antibiothérapie :
 - amoxicilline-acide clavulanique (co-amoxiclav)** IV : 6 g d'amoxicilline/jour (2 g toutes les 8 heures)
 - + **gentamicine** IM : 5 mg/kg/jour en une injection
 - Poursuivre ce traitement 48 heures (jusqu'à disparition de la fièvre) puis prendre le relais avec **co-amoxiclav** PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises, pour compléter 5 jours de traitement.
- ou
 - ampicilline** IV : 6 g/jour (2 g toutes les 8 heures)
 - + **métronidazole** IV : 1,5 g/jour (500 mg toutes les 8 heures)
 - + **gentamicine** IM : 5 mg/kg/jour en une injection
 - Poursuivre ce traitement 48 heures (jusqu'à disparition de la fièvre) puis prendre le relais avec **amoxicilline** PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises + **métronidazole** PO : 1,5 g/jour à diviser en 3 prises, pour compléter 5 jours de traitement.

Abcès pelvien ou péritonite

Complication d'une endométrite / salpingite puerpérale non traitée.

- Défense, voire contracture abdominale, arrêt du transit, masse pelvienne
- Traitement chirurgical : laparotomie ou en cas d'abcès isolé du cul-de-sac de Douglas, colpotomie permettant de drainer l'abcès
- Même antibiothérapie que pour que les endométrites et salpingites puerpérales

Autres causes infectieuses de fièvre dans les suites de couches

- Abcès de paroi en cas de césarienne
- Lymphangite et abcès du sein (voir ci-dessous)
- Infection urinaire haute : pyélonéphrite, voir page 62

*Complications mammaires**Crevasses du mamelon*

- Douleur intense du mamelon au début de la tétée, érosion du mamelon. Absence de fièvre (sauf en cas de lymphangite associée).
- Nettoyer à l'eau propre et au savon avant et après chaque tétée ; sécher soigneusement.

Engorgement mammaire

- Douleur bilatérale, 2 à 3 jours après l'accouchement, seins durs et douloureux.
- Compresses chaudes (avant la tétée), expression manuelle douce (avant la tétée si l'enfant est incapable de prendre le sein qui est trop tendu ou après la tétée pour finir de vidanger le sein), augmenter la fréquence des tétées.
- L'engorgement est un problème bénin qui régresse en 24 à 48 heures.

Lymphangite (inflammation d'un canal galactophore)

- Douleur unilatérale, 5 à 10 jours après l'accouchement. Placard rouge, chaud, douloureux, bien délimité, sans fluctuation ; fièvre élevée, possible adénopathie axillaire associée. Le lait recueilli sur une compresse est propre, sans trace de pus.
- Vider le sein en faisant téter fréquemment l'enfant du côté atteint. Si la tétée est trop douloureuse pour la mère : suspendre provisoirement l'allaitement du côté douloureux (mais vider manuellement le sein) et poursuivre l'allaitement avec l'autre sein.
- Antalgique systématique (**paracétamol** PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises)

Mastite (infection du sein)

- Infection unilatérale, avec ganglion satellite, sein empâté, chaud, rouge, douloureux, issue de pus par le mamelon, parfois fièvre
- Cesser l'allaitement du côté atteint ; vider manuellement et soigneusement le sein infecté et administrer un antibiotique à visée anti-staphylococcique : **cloxacilline** PO : 2 g/jour à diviser en 2 prises pendant au moins 7 jours
- Antalgique systématique (**paracétamol** PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises)
- Le traitement antibiotique peut permettre d'éviter le stade de collection (abcès du sein) qui nécessite impérativement incision et drainage. L'incision et le drainage d'un abcès collecté est une urgence car l'abcès peut s'étendre rapidement.

Contraception

Le choix de la méthode contraceptive s'effectue en fonction des indications ou contre-indications médicales ET selon le choix de la patiente qui connaît le mieux la méthode adaptée à son mode de vie.

Aucun examen biologique n'est requis pour prescrire une contraception. Le seul examen indispensable est la mesure de la pression artérielle et, si une pose de dispositif intra-utérin est envisagée, un examen pelvien (spéculum, toucher vaginal).

Si la femme n'allait pas

L'ovulation survient au plus tôt dans la 4^e semaine après l'accouchement. Chez une femme qui le désire, une contraception est proposée, dès la fin du 1^{er} mois du post-partum en cas de reprise des rapports sexuels :

- *A partir de J21 : contraception hormonale* (voir fiches correspondantes en annexe).
 - oestroprogestatifs oraux :
p. ex. éthinyloestradiol + lévonorgestrel (Microgynon®, Minidril®, etc.)
 - ou
 - progestatifs seuls :
microprogestatifs oraux : lévonorgestrel (Microlut®, Microval®, Norgeston®, etc.)
 - ou
 - progestatifs injectables : méthoxyprogestérone (Depo-Provera®, etc.),
noréthistérone (Noristerat®, etc.)
 - ou
 - implants progestatifs : étonogestrel (Implanon®), lévonorgestrel (Jadelle®), etc.
- Si une femme ne peut être revue après 21 jours (populations nomades p. ex.), les implants progestatifs ou les progestatifs injectables peuvent être utilisés dès que l'opportunité se présente, y compris immédiatement après l'accouchement.
- *A partir de la 4^e semaine après l'accouchement : dispositif intra-utérin (stérilet)*
Avant 4 semaines, la pose d'un stérilet n'est pas recommandée car le risque de perforation utérine est plus important.
La pose d'un stérilet est contre-indiquée en cas d'infection pelvienne en cours.

Si la femme allaite

- L'allaitement constitue une méthode contraceptive temporaire (pendant les 6 mois qui suivent l'accouchement) et efficace (> 98%) mais uniquement si toutes les conditions suivantes sont réunies :
 - allaitement exclusif au sein
 - intervalle entre chaque tétée inférieur à 6 heures
 - persistance de l'aménorrhée
 - enfant de moins de 6 mois

Si toutes ces conditions ne sont pas réunies, proposer une autre méthode contraceptive :

- Eviter les oestroprogestatifs pendant les 6 mois qui suivent l'accouchement. Toutefois, s'ils constituent la seule forme de contraception disponible ou acceptable, ils peuvent être introduits plus tôt, mais pas avant la fin des 6 premières semaines après l'accouchement.
- Les progestatifs oraux doivent être débutés à partir de la 6^e semaine après l'accouchement. Toutefois, s'ils constituent la seule forme de contraception disponible ou acceptable, ils peuvent être commencés 21 jours après l'accouchement.
- Les progestatifs injectables et les implants progestatifs peuvent être utilisés à partir de la 6^e semaine après l'accouchement. Toutefois, si une femme ne peut être revue après 6 semaines (populations nomades p. ex.) ou s'ils constituent la seule forme de contraception disponible ou acceptable, les implants progestatifs ou les progestatifs injectables peuvent être utilisés dès que l'opportunité se présente, y compris immédiatement après l'accouchement.
- Le dispositif intra-utérin (stérilet) peut être utilisé à partir de la 4^e semaine après l'accouchement. Avant 4 semaines, la pose d'un stérilet n'est pas recommandée car le risque de perforation utérine est plus important. La pose d'un stérilet est contre-indiquée en cas d'infection pelvienne en cours.

Remarques :

- En post-abortum, la contraception peut être débutée immédiatement, avec des oestroprogestatifs ou des progestatifs seuls. Un dispositif intra-utérin (stérilet) peut être inséré immédiatement en l'absence d'infection pelvienne associée.
- Proposer systématiquement le préservatif en complément des méthodes précédentes, comme méthode de protection contre le HIV et les autres infections sexuellement transmissibles.
- Toute patiente devrait être informée et avoir accès à la contraception d'urgence si nécessaire : **levonorgestrel** PO (1,5 mg dose unique), le plus rapidement possible après un rapport non protégé (dans les 72 heures de préférence et jusqu'à 120 heures ou 5 jours). Cette contraception d'urgence ne présente aucune contre-indication ; elle peut être utilisée que la femme allaite ou non.

Annexes

Principaux médicaments utilisés en obstétrique	196
Antihypertenseurs	
Aténolol, voie orale	196
Hydralazine, voie injectable	200
Métyldopa, voie orale	207
Anticonvulsivants	
Magnésium (sulfate de), voie injectable	204
Oxytociques	
Méthylergométrine, voie injectable	208
Mifépristone, voie orale	209
Misoprostol, voie orale	210
Oxytocine, voie injectable	213
Utérorelaxants (tocolytiques)	
Nifédipine, voie orale	211
Salbutamol, voie injectable	215
Contraceptifs hormonaux	
Ethinylestradiol + lévonorgestrel, voie orale	198
Etonogestrel, implant sous-cutané	199
Lévonorgestrel (contraception régulière), voie orale	201
Lévonorgestrel (contraception d'urgence), voie orale	202
Lévonorgestrel, implant sous-cutané	203
Médroxyprogestérone, voie injectable	206
Noréthistérone, voie injectable	212
Autres	
Dexaméthasone, voie injectable	197
Phytoménadione, voie injectable	214
Principales références	216

ATENOLOL (Ténormine®...)



Prescription sous contrôle médical

Action thérapeutique

- Bêta-bloquant cardiosélectif

Indications

- Hypertension artérielle (y compris hypertension gravidique)
- Prévention de la crise d'angor
- Arythmies

Présentation

- Comprimés à 50 mg et 100 mg

Posologie

- *Hypertension artérielle*
Adulte : 50 à 100 mg/jour en 1 prise, de préférence le matin
- *Prévention de la crise d'angor*
Adulte : 100 mg/jour en 1 prise
- *Arythmies*
Adulte : 50 à 100 mg/jour en 1 prise

Durée

- Selon l'évolution clinique. Ne pas interrompre brutalement le traitement, diminuer progressivement les doses.

Contre-indications, effets indésirables, précautions

- Ne pas administrer en cas d'asthme, broncho-pneumopathie chronique obstructive, bradycardie < 50 /minute, blocs auriculo-ventriculaires, syndrome de Raynaud, hypotension sévère, syndrome dépressif grave.
- Peut provoquer : bradycardie, hypotension, insuffisance cardiaque, crise d'asthme, troubles digestifs, hypoglycémie, vertiges.
- En cas de choc anaphylactique, risque de résistance au traitement par épinéphrine.
- Réduire la posologie en cas d'insuffisance rénale.
- Administrer avec prudence en cas de diabète (risque d'hypoglycémie avec dissimulation des symptômes), traitement digitalique (risque de bradycardie).
- Ne pas administrer simultanément avec des antiacides (hydroxyde d'aluminium, etc.). Respecter un intervalle de 2 heures entre les prises.
- Surveiller l'association avec épinéphrine (hypertension) ; antidépresseurs tricycliques, autres antihypertenseurs, dérivés nitrés, acétazolamide, kétamine (hypotension) ; méfloquine, digoxine, amiodarone, vérapamil et diltiazem (bradycardie).
- Grossesse : pas de contre-indication. Après l'accouchement, surveiller le nouveau-né pendant au moins 72 heures (risque d'hypoglycémie, bradycardie, détresse respiratoire).
- Allaitement : à éviter

Remarques

- L'aténolol est aussi utilisé dans la prévention secondaire de l'infarctus du myocarde à la dose de 50 mg/jour en une prise.
- Conservation : température inférieure à 25°C –

DEXAMETHASONE

Prescription sous contrôle médical

Action thérapeutique

- Anti-inflammatoire stéroïdien (corticoïde)

Indications

- Syndrome inflammatoire dans les infections graves (fièvre typhoïde sévère, laryngite aiguë sous glottique, etc.)
- Maturation pulmonaire fœtale, en cas de menace de naissance prématurée avant 34 semaines d'aménorrhée

Présentation et voie d'administration

- Ampoule à 4 mg de dexaméthasone phosphate (4 mg/ml, 1 ml) pour injection IM, IV ou perfusion


Posologie et durée

- *Syndrome inflammatoire dans les infections graves*
La posologie et la durée varie selon la sévérité des signes et la réponse clinique :
Enfant : 0,2 à 0,4 mg/kg/jour
Adulte : dose initiale de 0,5 à 24 mg/jour
- *Maturation pulmonaire fœtale*
Chez la mère : 6 mg par voie IM, toutes les 12 heures pendant 48 heures (dose totale : 24 mg)

Contre-indications, effets indésirables, précautions

- Ne pas administrer en cas d'infection systémique non traitée par antibactériens.
- En cas d'utilisation supérieure à 10 jours, diminuer progressivement les doses pour éviter une insuffisance surrénalienne.
- Grossesse : pas de contre-indication
- Allaitement : pas de contre-indication

Remarques

- Maturation pulmonaire fœtale :
 - au-delà de la 34^e semaine d'aménorrhée, le traitement par corticoïdes n'est pas justifié,
 - la dexaméthasone peut être remplacée par la bétaméthasone (Célestène®) : 2 injections IM de 12 mg à 24 heures d'intervalle (dose totale : 24 mg).
- En cas de réactions allergiques sévères (œdème de Quincke, choc anaphylactique) ou d'état de mal asthmatique, utiliser l'hydrocortisone.
- La dexaméthasone acétate (Dectancyl®), insoluble, est une suspension utilisable uniquement pour un traitement local : injection intra ou péri-articulaire, épidurale (sciatique).
- Conservation : température inférieure à 25°C – 
La solution précipite à 0°C, ne pas l'exposer au froid.

ETHINYLESTRADIOL + LEVONORGESTREL (Microgynon 30®, Minidril®...)

Prescription sous contrôle médical

Action thérapeutique

- Contraceptif hormonal combiné, estroprogestatif

Indications

- Contraception orale

Présentation

- Plaquette de 21 comprimés actifs à 30 µg d'éthinylestradiol + 150 µg de lévonorgestrel
- Plaquette de 28 comprimés dont 21 comprimés actifs à 30 µg d'éthinylestradiol + 150 µg de lévonorgestrel **et** 7 comprimés inactifs

Posologie

- Commencer le 1^{er} jour des règles ou immédiatement après un avortement ou à partir du 21^e jour après un accouchement (si la femme n'allait pas).
- Plaquette de 21 comprimés : 1 comprimé chaque jour à la même heure, pendant 21 jours, avec un intervalle de 7 jours entre 2 plaquettes
- Plaquette de 28 comprimés : 1 comprimé chaque jour à la même heure, sans interruption entre deux plaquettes, y compris pendant les règles

Durée : en l'absence d'effets indésirables, tant que la contraception est souhaitée.

Contre-indications, effets indésirables, précautions

- Ne pas administrer en cas de cancer du sein, hypertension artérielle non contrôlée, diabète non équilibré ou compliqué, antécédents de thrombose artérielle ou veineuse, insuffisance coronarienne, valvulopathie, accident vasculaire cérébral, maladie hépatique grave ou récente, saignement vaginal anormal non diagnostiqué, migraine avec signes neurologiques, tabagisme (en particulier chez la femme > 35 ans), insuffisance rénale, hyperlipidémie.
- Peut provoquer fréquemment : nausées, prise de poids, tension mammaire, troubles de l'humeur, acné, oligo-aménorrhée, céphalées, candidose vaginale. D'autres effets indésirables rares et sévères imposent l'arrêt du traitement : hypertension artérielle, accidents cardio-vasculaires et thrombo-emboliques, ictère, adénome hépatique, migraines, troubles visuels.
- Les inducteurs enzymatiques (carbamazépine, griséofulvine, phénobarbital, phénytoïne, rifabutine, rifampicine, névirapine, nelfinavir, ritonavir) réduisent l'efficacité des estroprogestatifs. Les alternatives peuvent être la médroxyprogesterone injectable, le stérilet à base de cuivre ou les préservatifs, selon la situation.
- Réaliser un examen clinique avant (tension artérielle, seins) et au cours du traitement (tension artérielle).
- Grossesse : **CONTRE-INDIQUÉ**
- Allaitement : **CONTRE-INDIQUÉ** avant 6 semaines ; *déconseillé entre 6 semaines et 6 mois (sauf s'il constitue la seule contraception disponible ou acceptable) ; pas de contre-indication à partir de 6 mois.*

Remarques

- En cas d'oubli d'un comprimé actif, le prendre dès que possible puis poursuivre le traitement normalement. Si le retard est supérieur à 12 heures, l'effet contraceptif est diminué, il est recommandé de prendre des mesures supplémentaires : préservatifs pendant 7 jours et, si un rapport sexuel a eu lieu dans les 5 jours précédant l'oubli, contraception d'urgence.
- Les plaquettes de 28 comprimés peuvent simplifier l'utilisation (pas d'interruption entre deux plaquettes). Indiquer aux femmes quels sont les comprimés actifs et inactifs. Attention à ne pas commencer une plaquette par les comprimés inactifs.
- Conservation : température inférieure à 30°C

ETONOGESTREL implant sous-cutané (Implanon®...)

Prescription sous contrôle médical

Action thérapeutique

- Contraceptif hormonal, progestatif

Présentation et voie d'administration

- Bâtonnet souple contenant 68 mg d'étonogestrel, dans un applicateur stérile à usage unique, pour insertion sous-cutanée, face interne du bras non-dominant, 6 à 8 cm au-dessus du pli du coude, sous anesthésie locale et de manière aseptique

Indications

Contraception de longue durée :

- *Chez les femmes ne prenant pas de contraception, l'implant est inséré :*
entre le 1^{er} et le 5^e jour des règles,
ou immédiatement après un avortement,
ou après un accouchement :
 - si la femme allaite : à partir de la 6^e semaine postpartum
 - si la femme n'allait pas : à partir du 21^e jour postpartumCependant, si la femme risque d'être perdue de vue, l'implant peut être posé dès que l'opportunité se présente, y compris après l'accouchement, qu'elle allaite ou non.
- *En relais d'un autre contraceptif, l'implant est inséré :*
pour un estroprogestatif oral : le jour suivant la prise du dernier comprimé actif
pour un progestatif oral : à n'importe quel moment du cycle
pour un progestatif injectable : le jour du renouvellement de l'injection
pour un dispositif intra-utérin : le jour du retrait du dispositif


Durée

- L'implant délivre en continu une faible dose d'étonogestrel. Il est laissé en place tant que la contraception est souhaitée et bien tolérée, pour une durée maximale de 3 ans (2 ans en cas d'obésité) au-delà de laquelle il n'assure plus la contraception et doit être changé.

Contre-indications, effets indésirables, précautions

- Ne pas utiliser en cas de cancer du sein, maladie hépatique grave ou récente, saignement vaginal anormal non diagnostiqué, maladie thromboembolique évolutive.
- Peut provoquer : céphalées, acné, irrégularité menstruelle, aménorrhée, ménométrorragies, tension mammaire, prise de poids, troubles de l'humeur, douleurs abdominales, troubles digestifs, prurit, réactions allergiques.
- Les inducteurs enzymatiques (carbamazépine, griséofulvine, phénobarbital, phénytoïne, rifabutine, rifampicine, névirapine, nelfinavir, ritonavir) pourraient réduire l'efficacité contraceptive ; les alternatives peuvent être la médroxyprogestérone injectable, le stérilet à base de cuivre ou les préservatifs, selon la situation.
- Ne pas insérer l'implant profondément car il sera difficile à retirer. Il doit être facilement palpable sous la peau. Lire attentivement les instructions du fabricant.
- Le retirer sous anesthésie locale, de manière aseptique, à l'aide d'une pince, après incision au bistouri.
- Grossesse : CONTRE-INDIQUÉ

Remarques

- Les implants permettent une contraception de très longue durée, dont l'efficacité est indépendante de l'observance. Le retour à la fertilité est très rapide après l'ablation de l'implant.
- Conservation : température inférieure à 30°C – 

HYDRALAZINE (Apresoline®...)



Prescription sous contrôle médical

Action thérapeutique

- Antihypertenseur vasodilatateur

Indications

- Hypertension gravidique sévère, lorsque un traitement par voie orale est impossible

Présentation et voie d'administration

- Poudre pour solution injectable, 20 mg en flacon, à dissoudre dans 2 ml d'eau ppi, pour injection IV lente ou perfusion IV

Posologie

La posologie doit être adaptée en fonction de l'évolution des chiffres tensionnels : le traitement est instauré si la TA diastolique est ≥ 110 mmHg. L'hypertension est contrôlée lorsque la TA diastolique est comprise entre 90 et 100 mmHg. Lors de l'administration la TA diastolique ne doit jamais descendre en-dessous de 90 mmHg. Surveiller la TA et le pouls maternel et le rythme cardiaque fœtal.

– Perfusion IV

- Diluer 100 mg (5 ampoules) dans 500 ml de chlorure de sodium à 0,9% ou de Ringer lactate pour obtenir une solution à 200 microgrammes/ml.
- La dose initiale est de 200 à 300 microgrammes/minute ; la dose d'entretien de 50 à 150 microgrammes/minute
- Administrer progressivement 20 gouttes/minute (maximum 30 gouttes/minute) en surveillant la TA toutes les 5 minutes.
- Dès que l'hypertension est contrôlée, diminuer progressivement le débit (15 gouttes/minute puis 10 puis 5) jusqu'à l'arrêt de la perfusion. Un arrêt brusque peut provoquer une crise hypertensive.

– Injection IV lente

Injecter 5 mg en IV directe (en 2 minutes) et surveiller la TA pendant 20 minutes. Si la TA diastolique reste ≥ 110 mmHg, répéter l'injection. Renouveler si nécessaire, en respectant un intervalle de 20 minutes entre les injections, sans dépasser une dose totale de 20 mg.


Durée

- Prendre le relais avec un antihypertenseur par voie orale dès que possible.

Contre-indications, effets indésirables, précautions

- Administrer avec prudence en cas d'insuffisance cardiaque ou coronarienne, infarctus du myocarde récent, tachycardie sévère, antécédent d'accident vasculaire cérébral.
- Réduire la posologie en cas d'insuffisance rénale ou hépatique.
- Peut provoquer : tachycardie, céphalées, nausées, hypotension.
- Respecter la posologie et le rythme d'administration. Un surdosage ou une administration trop rapide peuvent provoquer une chute excessive et brutale de la TA maternelle avec hypoperfusion placentaire et mort fœtale.
- En cas d'hypotension, utiliser du Ringer Lactate pour maintenir une TA diastolique ≥ 90 mmHg.
- Grossesse : à éviter pendant le 1^{er} trimestre
- Allaitement : pas de contre-indication

Remarques

- Utiliser uniquement le chlorure de sodium à 0,9 % ou la solution de Ringer comme véhicule de perfusion (incompatibilité avec le glucose et les autres solutions).
- Ne pas mélanger avec d'autres médicaments dans la même seringue ou perfusion.
- Conservation : température inférieure à 30°C – 

LEVONORGESTREL

(Microlut®, Microval®, Norgeston®...)

Prescription sous contrôle médical

Action thérapeutique

- Contraceptif hormonal, (micro)progestatif

Indications

- Contraception orale

Présentation

- Comprimé à 30 µg (0,03 mg), plaquette de 28 ou 35 comprimés

Posologie

- 1 comprimé chaque jour à heure fixe, sans interruption, y compris pendant les règles
- Commencer :
 - le 1^{er} jour des règles
 - ou immédiatement après un avortement
 - ou après un accouchement, à partir du 21^e jour (si la femme n'allait pas)

Durée : en l'absence d'effets indésirables, tant que la contraception est souhaitée.

Contre-indications, effets indésirables, précautions

- Ne pas administrer en cas de cancer du sein, maladie hépatique grave ou récente, saignement vaginal anormal non diagnostiqué, maladie thromboembolique évolutive.
- Peut provoquer : oligo-aménorrhée, irrégularité menstruelle, nausées, prise de poids, tension mammaire, troubles de l'humeur, acné, céphalées.
- Les inducteurs enzymatiques (carbamazépine, griséofulvine, phénobarbital, phénytoïne, rifabutine, rifampicine, névirapine, nelfinavir, ritonavir) réduisent l'efficacité contraceptive ; les alternatives peuvent être la médroxyprogestérone injectable, le stérilet à base de cuivre ou les préservatifs, selon la situation.
- Grossesse : **CONTRE-INDIQUÉ**
- Allaitement : *il est recommandé d'attendre 6 semaines après l'accouchement pour débiter le lévonorgestrel si la femme allaite. Toutefois, s'il constitue la seule contraception disponible ou acceptable, il peut être débuté 3 semaines après l'accouchement.*

Remarques

- Le lévonorgestrel est une alternative possible en cas de contre-indications ou d'intolérance aux estroprogestatifs. Toutefois, son efficacité contraceptive est inférieure à celle des estroprogestatifs et son utilisation est plus exigeante en terme d'horaire de prise (pas de décalage de plus de 3 heures).
- En cas d'oubli d'un comprimé, le prendre dès que possible puis poursuivre le traitement normalement. Si le retard est supérieur à 3 heures, l'effet contraceptif est diminué, il est recommandé de prendre des mesures supplémentaires : préservatifs pendant 7 jours et, si un rapport sexuel a eu lieu dans les 5 jours précédant l'oubli, contraception d'urgence.
- Les contraceptifs progestatifs existent aussi sous forme d'implant sous-cutané et sous forme injectable.
- Conservation : *température inférieure à 30°C*

LEVONORGESTREL pour contraception d'urgence (Norlevo®, Plan B®, Vikela®...)

Action thérapeutique

- Contraceptif hormonal, progestatif

Indications

- Prévention d'une grossesse en cas d'absence ou d'accident de contraception

Présentation

- Comprimés à 750 µg et 1500 µg

Posologie et durée

- Un comprimé à 1500 µg ou 2 comprimés à 750 µg en une prise unique, quel que soit le moment du cycle, le plus rapidement possible après le rapport sexuel et de préférence dans les premières 72 heures car l'efficacité contraceptive diminue avec le temps. Il est toutefois recommandé de tenter le traitement jusqu'à 120 heures (5 jours) après le rapport sexuel.

Contre-indications, effets indésirables, précautions

- Pas de contre-indication.
- Peut provoquer : métrorragies dans les 7 jours qui suivent l'administration, nausées.
- Reprendre le traitement en cas de vomissements dans les 3 heures qui suivent la prise.
- Grossesse : en cas d'échec du traitement avec développement de la grossesse ou d'utilisation lors d'une grossesse non diagnostiquée, il n'y a pas d'effet nocif connu pour le fœtus.
- Allaitement : pas de contre-indication

Remarques

- La contraception d'urgence a pour but de prévenir une grossesse ; elle ne permet pas d'interrompre une grossesse évolutive.
- Il existe un risque d'échec du traitement, réaliser un test de grossesse si les règles ne surviennent pas :
 - dans les 5 à 7 jours après la date prévue, si cette date est connue,
 - ou dans les 21 jours qui suivent le traitement.
- Conservation : température inférieure à 30°C

LEVONORGESTREL implant sous-cutané (Jadelle®...)

Prescription sous contrôle médical

Action thérapeutique

- Contraceptif hormonal, progestatif

Présentation et voie d'administration

- Implant composé de deux bâtonnets souples contenant chacun 75 mg de lévonorgestrel, avec applicateur stérile (réutilisable après stérilisation ou à usage unique strict, selon le conditionnement), pour insertion sous-cutanée, face interne du bras non-dominant, 6 à 8 cm au-dessus du pli du coude, sous anesthésie locale et de manière aseptique.

Indications

Contraception de longue durée :

- *Chez les femmes ne prenant pas de contraception, l'implant est inséré :*
entre le 1^{er} et le 7^e jour des règles
ou immédiatement après un avortement,
ou après un accouchement :
 - si la femme allaite : à partir de la 6^e semaine postpartum
 - si la femme n'allait pas : à partir du 21^e jour postpartumCependant, si la femme risque d'être perdue de vue, l'implant peut être posé dès que l'opportunité se présente, y compris après l'accouchement, qu'elle allaite ou non.
- *En relais d'un autre contraceptif, l'implant est inséré :*
pour un estroprogestatif oral : le jour suivant la prise du dernier comprimé actif
pour un progestatif oral : à n'importe quel moment du cycle
pour un progestatif injectable : le jour du renouvellement de l'injection
pour un dispositif intra-utérin : le jour du retrait du dispositif


Durée

- L'implant délivre en continu une faible dose de lévonorgestrel. Il est laissé en place tant que la contraception est souhaitée et bien tolérée, pour une durée maximale de 5 ans (4 ans chez une femme de plus de 60 kg), au-delà de laquelle il n'assure plus la contraception et doit être changé.

Contre-indications, effets indésirables, précautions

- Ne pas utiliser en cas de cancer du sein, maladie hépatique grave ou récente, saignement vaginal anormal non diagnostiqué, maladie thromboembolique évolutive.
- Peut provoquer : céphalées, acné, irrégularité menstruelle, aménorrhée, ménométrorragies, tension mammaire, prise de poids, troubles de l'humeur, douleurs abdominales, troubles digestifs, prurit, réactions allergiques.
- Les inducteurs enzymatiques (carbamazépine, griséofulvine, phénobarbital, phénytoïne, rifabutine, rifampicine, névirapine, nelfinavir, ritonavir) pourraient réduire l'efficacité contraceptive ; les alternatives peuvent être la médroxyprogestérone injectable, le stérilet à base de cuivre ou les préservatifs, selon la situation.
- Ne pas insérer les deux bâtonnets profondément car ils seront difficiles à retirer. Ils doivent être facilement palpables sous la peau. Lire attentivement les instructions du fabricant.
- Les retirer sous anesthésie locale, de manière aseptique, à l'aide d'une pince, après incision au bistouri.
- Grossesse : CONTRE-INDIQUÉ

Remarques

- Les implants permettent une contraception de très longue durée, dont l'efficacité est indépendante de l'observance. Le retour à la fertilité est très rapide après l'ablation de l'implant.
- La durée d'action de l'implant de lévonorgestrel (5 ans) est supérieure à celle de l'implant d'étonogestrel (3 ans). Toutefois, l'implant d'étonogestrel (un bâtonnet unique) est plus facile à insérer / retirer que l'implant de lévonorgestrel (2 bâtonnets).
- Conservation : température inférieure à 30°C – 



Prescription sous contrôle médical

Action thérapeutique

- Anticonvulsivant

Indications

- Éclampsie : traitement des crises convulsives et prévention des récives
- Pré-éclampsie sévère : prévention des crises d'éclampsie

Présentation et voie d'administration

- Ampoule à 1 g (500 mg/ml, 2 ml) et à 5 g (500 mg/ml, 10 ml) pour injection IM ou perfusion IV

Attention, il existe d'autres concentrations : ampoule à 1,5 g (150 mg/ml, 10 ml), 2 g (100 mg/ml, 20 ml), 3 g (150 mg/ml, 20 ml) et 4 g (200 mg/ml, 20 ml). Vérifier les concentrations des ampoules avant d'injecter, il existe un risque de surdosage potentiellement mortel.

Posologie et durée

- *Protocole IV :*
Commencer par une dose de charge de 4 g en perfusion IV, dans du chlorure de sodium à 0,9%, à administrer en 15 à 20 minutes.
Administer ensuite une dose d'entretien de 1 g par heure en perfusion continue. Poursuivre ce traitement pendant les 24 heures qui suivent la dernière crise ou l'accouchement.
- *Protocole IV/IM :*
Commencer par une dose de charge de 4 g en perfusion IV, dans du chlorure de sodium à 0,9%, à administrer en 15 à 20 minutes.
Administer ensuite par voie IM : 10 g (5 g dans chaque fesse) puis 5 g toutes les 4 heures (changer de fesse à chaque injection).
Poursuivre ce traitement pendant les 24 heures qui suivent la dernière crise ou l'accouchement.


En cas de persistance ou de récive de la crise : quelque soit le protocole choisi, administrer à nouveau 2 g (pour les patientes de moins de 70 kg) à 4 g, en perfusion IV, sans dépasser 8 g au cours de la première heure.

Contre-indications, effets indésirables, précautions

- Ne pas administrer en cas d'insuffisance rénale sévère.
- Surveiller :
 - la diurèse toutes les heures,
 - le réflexe rotulien, la tension artérielle, le pouls et la fréquence respiratoire toutes les 15 minutes pendant la première heure de traitement. En l'absence de signes de surdosage, poursuivre cette surveillance toutes les heures.
- Peut provoquer :
 - douleur au point d'injection, sensation de chaleur,
 - en cas de surdosage : diminution puis disparition du réflexe rotulien (signe précoce d'hypermagnésémie), hypotension, somnolence, troubles du langage, confusion, arythmie, dépression respiratoire (fréquence respiratoire < 12 par minute).

- En cas de diminution de la diurèse (< 30 ml/heure ou 100 ml/4 heures) :
 - pré-éclampsie : arrêter le sulfate de magnésium et procéder à l'accouchement le plus rapidement possible,
 - éclampsie : arrêter le sulfate de magnésium et procéder *immédiatement* à l'accouchement. Si l'accouchement doit être différé, interrompre le sulfate de magnésium pendant une heure, puis le reprendre jusqu'à l'accouchement.
- En cas de signes de surdosage : interrompre le traitement et utiliser du gluconate de calcium IV comme antidote (dans ce cas, l'effet anticonvulsivant est supprimé, les convulsions peuvent réapparaître).
- Réduire la posologie en cas d'insuffisance rénale.
- Ne pas associer à la nifédipine et à la quinidine.
- Grossesse : pas de contre-indication

Remarques

- Quelque soit le protocole choisi, il est impératif de procéder à l'accouchement :
 - dans les 12 heures après la première convulsion en cas d'éclampsie,
 - dans les 24 heures après le début des symptômes en cas de pré-éclampsie sévère.
- 1 g de sulfate de magnésium contient environ 4 mmol (ou 8 mEq) de magnésium.
- Ne pas mélanger avec d'autres médicaments dans la même seringue ou le même flacon de perfusion.
- Conservation : température inférieure à 30°C – 

MEDROXYPROGESTERONE (Dépo-Provera®...)

Prescription sous contrôle médical

Action thérapeutique

- Contraceptif hormonal, progestatif de longue durée d'action (3 mois)

Indications

- Contraception de longue durée

Présentation et voie d'administration

- Flacon à 150 mg (150 mg/ml, 1 ml) pour injection IM
 - L'acétate de médroxyprogestérone est une suspension : agiter le flacon avant usage.
- Il existe aussi des flacons à 50 mg/ml, 3 ml.

Posologie

- 150 mg par injection, une injection toutes les 12 semaines
- La première injection est effectuée :
entre le 1^{er} et le 5^e jour des règles
ou
immédiatement après un avortement
ou
après un accouchement :
 - si la femme allaite : à partir de la 6^e semaine. Toutefois, si la femme risque d'être perdue de vue ou si cette contraception est la seule disponible ou acceptable, l'injection peut être faite avant la 6^e semaine, dès que l'opportunité se présente, y compris après l'accouchement.
 - si la femme n'allait pas : entre le 1^{er} et le 21^e jour postpartum

Durée : en l'absence d'effets indésirables, tant que la contraception est souhaitée.

Contre-indications, effets indésirables, précautions

- Ne pas administrer en cas de cancer du sein, hypertension non contrôlée, antécédents de thrombose artérielle ou veineuse, insuffisance coronarienne, accident vasculaire cérébral, diabète non équilibré ou compliqué, maladie hépatique grave ou récente, saignement vaginal anormal non diagnostiqué.
- Peut provoquer : irrégularité menstruelle, aménorrhée, méno-métrorragies, nausées, vomissements, réactions allergiques, prise de poids.
- En post-partum, il est préférable d'attendre le 5^e jour si possible car le risque hémorragique est accru si l'injection est faite avant.
- Réaliser un examen clinique avant (tension artérielle, seins) et, si besoin, au cours du traitement.
- Grossesse : CONTRE-INDIQUÉ

Remarques

- L'injection peut être pratiquée dans les 15 jours précédant la date prévue. Elle peut aussi être effectuée jusqu'à 15 jours après, sans contraception supplémentaire.
- Le délai de retour à la fertilité (3 à 12 mois) peut dépasser la durée théorique de l'activité contraceptive de la médroxyprogestérone (3 mois).
- Il existe une association médroxyprogestérone 25 mg + estradiol 5 mg (Cyclofem®, Lunelle®) administrée en une injection par mois.
- Il existe aussi des implants progestatifs qui présentent l'avantage d'assurer une contraception moins contraignante et de très longue durée (plusieurs années).
- Ne pas mélanger avec d'autres médicaments dans la même seringue.
- Conservation : température inférieure à 30°C

METHYLDOPA (Aldomet®...)



Prescription sous contrôle médical

Action thérapeutique

- Antihypertenseur d'action centrale

Indications

- Hypertension gravidique

Présentation

- Comprimé à 250 mg

Posologie

- Commencer par 500 à 750 mg/jour à diviser en 2 ou 3 prises pendant 2 jours. Augmenter progressivement si nécessaire par paliers de 250 mg tous les 2 à 3 jours, jusqu'à atteindre la posologie efficace, habituellement autour de 1,5 g/jour. Ne pas dépasser 3 g/jour.

Durée

- Selon l'évolution clinique. Ne pas interrompre le traitement brutalement, diminuer progressivement les doses.

Contre-indications, effets indésirables, précautions

- Ne pas administrer en cas de maladie hépatique évolutive, antécédent d'hépatite médicamenteuse, dépression grave.
- Administrer avec prudence en cas d'insuffisance hépatique et réduire la posologie en cas d'insuffisance rénale.
- Peut provoquer :
 - hypotension orthostatique, somnolence, céphalées, troubles digestifs, sécheresse de la bouche,
 - rarement : troubles hématologiques, hépatiques, psychiques ; réactions allergiques.
- Arrêter le traitement en cas d'apparition d'une anémie hémolytique ou d'un ictère.
- En cas d'apparition d'une fièvre inexpliquée, contrôler si possible la NFS et les transaminases (hépatite médicamenteuse possible).
- Surveiller l'association avec le lithium (risque de surdosage en lithium), les antidépresseurs (majoration de l'hypotension), les dépresseurs du système nerveux central (majoration de la sédation).
- Grossesse : pas de contre-indication
- Allaitement : pas de contre-indication

Remarques

- Conservation : température inférieure à 30°C

METHYLERGOMETRINE (Méthergin®...) et ERGOMETRINE (Ergotrate®...)



Prescription sous contrôle médical

Action thérapeutique

- Utérotonique

Indications

- Hémorragie du post-partum ou du post-abortum due à une atonie utérine (préférer l'oxytocine pour cette indication)

Présentation et voie d'administration

- Méthylergométrine maléate : ampoule à 0,2 mg (0,2 mg/ml, 1 ml) pour injection IM
- Ergométrine maléate : ampoule à 0,5 mg (0,5 mg/ml, 1 ml) pour injection IM


Posologie

- Méthylergométrine maléate : 0,2 mg/injection
 - Ergométrine maléate : 0,25 à 0,5 mg/injection
- A répéter toutes les 2 à 4 heures si nécessaire sans dépasser un total de 5 injections.

Contre-indications, effets indésirables, précautions

- Ne pas administrer en cours d'accouchement ; ne pas utiliser pour induire ou faciliter le travail.
- Ne pas administrer en cas d'hypersensibilité aux dérivés de l'ergot de seigle (cabergoline, bromocriptine, ergotamine, etc.), hypertension sévère, pré-éclampsie ou éclampsie, septicémie.
- Avant l'administration :
 - toujours vérifier que l'expulsion du placenta est complète,
 - s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une grossesse multiple, ne pas utiliser avant la naissance du dernier enfant.
- Peut provoquer : troubles digestifs, céphalées, paresthésie, confusion mentale, vertiges, bourdonnements d'oreille, hypertension, vasoconstriction périphérique, douleur angineuse.
- Ne pas associer avec les autres dérivés de l'ergot de seigle.
- Surveiller l'association avec : métronidazole, antifongiques azolés, macrolides, inhibiteurs de la protéase, éfavirenz, fluoxétine (risque d'ergotisme).
- Exceptionnellement, en cas d'hémorragie grave et en l'absence d'oxytocine, il est possible d'utiliser la voie IV lente (au moins une minute), en surveillant étroitement la pression artérielle (risque d'hypertension paroxystique).
- Grossesse : **CONTRE-INDIQUÉ**
- Allaitement : à éviter, sauf en cas d'indication formelle

Remarques

- Ne pas confondre avec la dihydroergotamine, un autre dérivé de l'ergot de seigle utilisé pour des indications complètement différentes.
- L'ergométrine est aussi appelée ergobasine ou ergonovine.
- Conservation : au réfrigérateur, entre 2°C et 8°C. Ne pas congeler – 
 - La date de péremption indiquée par le fabricant n'est valable que pour les ampoules conservées au réfrigérateur et à l'abri de la lumière.
 - En l'absence de réfrigérateur, la solution peut se conserver un mois à une température inférieure à 30°C et à l'abri de la lumière.
 - L'exposition à la chaleur et surtout à la lumière provoque une dégradation et une perte d'efficacité du principe actif. La méthylergométrine est aussi fragile que l'ergométrine.
 - La solution doit être incolore. Toute coloration indique une dégradation du principe actif. Ne jamais utiliser une solution colorée.

MIFEPRISTONE = RU486 (Mifégyne®...)

Prescription sous contrôle médical

Action thérapeutique

- Antiprogestatif

Indications

- Interruption d'une grossesse évolutive, en association avec le misoprostol (ou une autre prostaglandine)
- Préparation cervicale avant aspiration ou curetage (préférer le misoprostol pour cette indication)
- Induction du travail en cas de mort fœtale in utero, lorsque les prostaglandines ou l'oxytocine ne sont pas utilisables

Présentation

- Comprimé à 200 mg

Posologie et durée

- *Interruption d'une grossesse évolutive*
200 mg dose unique, suivi d'une prise de misoprostol 36 à 48 heures après
- *Préparation cervicale avant aspiration ou curetage*
200 mg dose unique, 36 à 48 heures avant l'aspiration ou le curetage
- *Induction du travail en cas de mort fœtale in utero*
600 mg/jour en une prise pendant 2 jours

Contre-indications, effets indésirables, précautions

- Ne pas administrer en cas de grossesse extra-utérine, insuffisance surrénale chronique, asthme grave non traité.
- Peut provoquer : troubles digestifs, métrorragies, hypertonie utérine, céphalées, vertiges.
- Ne pas associer avec les AINS (diminution de l'efficacité de la mifépristone).
- Surveiller l'association avec les corticoïdes (diminution de leur efficacité).
- Allaitement : à éviter

Remarques

- En cas d'interruption de grossesse, vérifier la vacuité utérine après le traitement.
- Conservation : température inférieure à 25°C –  – 

MISOPROSTOL

(Cytotec®, GyMiso®...)

Prescription sous contrôle médical

Action thérapeutique

- Agent maturant du col, ocytocique (prostaglandine)

Indications

- Dilatation du col et induction du travail en cas de :
 - mort fœtale in utero
 - pré-éclampsie sévère ou éclampsie, lorsque le col est défavorable ou qu'il est impossible de pratiquer une césarienne
- Préparation cervicale avant aspiration ou curetage
- Traitement des hémorragies du post-partum par atonie utérine, en cas d'absence ou d'échec des ocytociques injectables
- Interruption d'une grossesse évolutive, en association avec la mifépristone

Présentation

- Comprimé à 200 µg
- Il existe aussi des comprimés à 25 µg et 100 µg.

Posologie et durée

- *Dilatation du col et induction du travail*
 - mort fœtale in utero : 200 µg intravaginal toutes les 6 heures jusqu'au déclenchement du travail (2 à 3 prises sont habituellement suffisantes)
 - pré-éclampsie sévère ou éclampsie : 25 µg intravaginal toutes les 6 heures jusqu'au déclenchement du travail (maximum 6 doses ou 150 µg).
- *Préparation cervicale avant aspiration ou curetage*
400 µg intravaginal 3 heures avant l'acte, dose unique
- *Hémorragies du post-partum*
1000 µg intrarectal, dose unique
- *Interruption d'une grossesse évolutive*
36 à 48 heures après l'administration orale de la mifépristone, administrer le misoprostol :
 - jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée : 400 µg oral ou intravaginal. Répéter la dose de misoprostol après 3 heures si l'expulsion ne s'est pas produite.
 - à partir de 12 semaines d'aménorrhée : 400 µg oral, à répéter toutes les 3 heures, jusqu'à un maximum de 5 doses

Contre-indications, effets indésirables, précautions

- Au 2^e et 3^e trimestre de grossesse : ne pas administrer en cas de présentation dystocique, disproportion fœto-pelvienne, placenta praevia recouvrant, fragilité utérine (antécédent de césarienne, grande multiparité).
- Avant l'accouchement, ne pas administrer simultanément avec l'oxytocine. Attendre 8 heures après la dernière prise de misoprostol pour administrer l'oxytocine.
- Peut provoquer : troubles digestifs, céphalées, vertiges, fièvre, frissons, hypertonie utérine, rupture utérine, souffrance fœtale aiguë.
- En cas de vomissements dans les 30 minutes suivant la prise, administrer la même dose en intravaginal.
- Allaitement : pas de contre-indication

Remarques

- En cas d'interruption de grossesse, vérifier la vacuité utérine après le traitement.
- Conservation : température inférieure à 30°C

NIFEDIPINE

(Adalate®, Adalate®LP...)



Prescription sous contrôle médical

Action thérapeutique

- Utérorelaxant
- Antihypertenseur (inhibiteur calcique)

Indications

- Menace d'accouchement prématuré
- Hypertension artérielle

Présentation

- Capsule molle à libération immédiate à 10 mg
 - Comprimé à libération prolongée à 10 mg
- Il existe aussi des comprimés à libération prolongée à 20 mg, 30 mg, 60 mg et 90 mg à administrer en 1 prise ou en 2 prises par jour. Consulter la notice du fabricant.

Posologie

- *Menace d'accouchement prématuré* (capsule à libération immédiate)
10 mg par voie orale, à répéter toutes les 15 minutes si les contractions persistent (maximum 4 doses ou 40 mg), puis 20 mg par voie orale toutes les 6 heures
- *Hypertension artérielle* (comprimés à libération prolongée)
20 à 100 mg/jour par voie orale à diviser en 2 prises ou 20 à 90 mg/jour en une prise selon la forme à libération prolongée utilisée

Durée

- *Menace d'accouchement prématuré* : 48 heures
- *Hypertension artérielle* : traitement à vie

Contre-indications, effets indésirables, précautions

- Ne pas administrer en cas de cardiopathie grave (infarctus du myocarde récent, angor instable).
- Ne pas administrer si la pression artérielle systolique est inférieure à 90 mmHg.
- Peut provoquer :
 - céphalées, vasodilatation cutanée (flush), rougeur de la face, œdèmes des membres inférieurs (troubles fréquents en début de traitement),
 - vertiges, hypotension, tachycardie, nausées, hypertrophie douloureuse des gencives, éruptions cutanées.
- Arrêter la nifédipine en cas de douleurs thoraciques survenues ou aggravées après le début du traitement.
- Ne pas associer au sulfate de magnésium, salbutamol IV et aux autres inhibiteurs calciques.
- Surveiller l'association avec : cimétidine (augmentation de l'effet hypotenseur), phénytoïne (risque de surdosage en phénytoïne), rifampicine (diminution de l'efficacité de la nifédipine), itraconazole (risque majoré d'œdème), bêtabloquants (association synergique).
- Grossesse : **CONTRE-INDIQUÉ** pendant le 1^{er} trimestre. Ne jamais administrer par voie sublinguale (risque de mort fœtale par hypoperfusion placentaire).
- Allaitement : à éviter

Remarques

- Le traitement de l'hypertension gravidique repose en première intention sur la méthyldopa ou les bêtabloquants.
- La forme à libération immédiate ne doit pas être utilisée dans le traitement de fond de l'hypertension ni dans le traitement de la crise hypertensive en raison du risque de chute tensionnelle excessive et du risque d'ischémie cérébrale ou myocardique chez les patients coronariens.
- Les formes à libération prolongée sont à avaler sans les croquer ni les écraser.
- Conservation : température inférieure à 30°C –

NORETHISTERONE

(Noristerat®...)

Prescription sous contrôle médical

Action thérapeutique

- Contraceptif hormonal, progestatif de longue durée d'action (2 mois)

Indications

- Contraception de longue durée

Présentation et voie d'administration

- Ampoule à 200 mg (200 mg/ml, 1 ml), solution huileuse pour injection IM

Posologie

- 200 mg par injection, une injection toutes les 8 semaines
- La première injection est effectuée :
 - entre le 1^{er} et le 5^e jour des règles
 - ou
 - immédiatement après un avortement
 - ou
 - après un accouchement :
 - si la femme allaite : à partir de la 6^e semaine. Toutefois, si la femme risque d'être perdue de vue ou si cette contraception est la seule disponible ou acceptable, l'injection peut être faite avant la 6^e semaine, dès que l'opportunité se présente, y compris après l'accouchement.
 - si la femme n'allait pas : entre le 1^{er} et le 21^e jour post-partum

Durée : en l'absence d'effets indésirables, tant que la contraception est souhaitée.

Contre-indications, effets indésirables, précautions

- Ne pas administrer en cas de cancer du sein, hypertension non contrôlée, antécédents de thrombose artérielle ou veineuse, insuffisance coronarienne, accident vasculaire cérébral, diabète non équilibré ou compliqué, maladie hépatique grave ou récente, saignement vaginal anormal non diagnostiqué, hyperlipidémie.
- Peut provoquer : irrégularité menstruelle, aménorrhée, méno-métrorragies, nausées, vomissements, tension mammaire, prise de poids.
- Réaliser un examen clinique avant (tension artérielle, seins) et, si besoin, au cours du traitement.
- Grossesse : CONTRE-INDIQUÉ

Remarques

- L'injection peut être pratiquée dans les 15 jours précédant la date prévue. Elle peut aussi être effectuée jusqu'à 15 jours après, sans contraception supplémentaire.
- Le délai de retour à la fertilité peut dépasser largement la durée théorique de l'activité contraceptive de la noréthistérone.
- Il existe une association noréthistérone 50 mg + estradiol 5 mg (Mesigyna®) administrée en une injection par mois.
- Il existe aussi des implants progestatifs qui présentent l'avantage d'assurer une contraception moins contraignante et de plus longue durée (plusieurs années).
- Ne pas mélanger avec d'autres médicaments dans la même seringue.
- Conservation : température inférieure à 30°C

OXYTOCINE (Syntocinon®...)



Prescription sous contrôle médical

Action thérapeutique

- Ocytocique de synthèse

Indications

- Induction de l'accouchement ou renforcement des contractions en cas de dystocie dynamique
- Hémorragie du post-partum par atonie utérine
- Prévention des hémorragies de la délivrance
- Obtention d'une bonne rétraction utérine après césarienne

Présentation et voie d'administration

- Ampoule à 10 UI (10 UI/ml, 1 ml) pour injection IM, IV lente ou perfusion dans du Ringer lactate ou du chlorure de sodium à 0,9% ou du glucose à 5%
- Il existe aussi des ampoules à 5 UI (5 UI/ml, 1 ml).

Posologie

- *Induction de l'accouchement ou renforcement des contractions*
 - Diluer 5 UI dans 500 ml de solution pour perfusion.
 - Commencer par 5 gouttes/minute puis augmenter le débit de 5 gouttes/minute toutes les 30 minutes jusqu'à ce que les contractions soient efficaces (c'est-à-dire : en 10 minutes, 3 contractions de plus de 40 secondes). Ne pas dépasser 60 gouttes/minute.
- *Hémorragie du post-partum par atonie utérine*

Poser immédiatement une perfusion de 10 UI dans 500 ml de Ringer lactate ou de chlorure de sodium à 0,9%, au rythme de 80 gouttes/minute. Dans le même temps, administrer 5 à 10 UI en IV directe lente, à répéter si nécessaire jusqu'à ce que l'utérus soit ferme et rétracté; ne pas dépasser une dose totale de 60 UI.
- *Prévention des hémorragies de la délivrance*

5 à 10 UI en injection IM ou IV, après expulsion du placenta

L'oxytocine ne peut être administrée *avant* l'expulsion du placenta que par un personnel médical compétent et expérimenté en obstétrique (risque de rétention placentaire).
- *Césarienne* : administration systématique après extraction de l'enfant
5 à 10 UI en injection IV lente

Durée : selon l'évolution clinique

Contre-indications, effets indésirables, précautions (pendant le travail)

- Ne pas administrer lorsque l'accouchement par voie basse est contre-indiqué (présentation dystocique, disproportion fœto-pelvienne, placenta praevia recouvrant).
- Ne pas administrer en cas de fragilité utérine (antécédents de césarienne, grande multiparité), hypertonie utérine, souffrance fœtale.
- Peut provoquer, surtout en cas d'injection IV trop rapide ou de surdosage : hypertonie et/ou rupture utérine, souffrance fœtale.
- Respecter la posologie et le rythme d'administration, surveiller la contractilité et le rythme cardiaque fœtal.
- Administrer avec prudence en cas d'hypertension artérielle.
- Ne pas administrer simultanément avec les prostaglandines. Attendre 8 heures après la dernière prise de prostaglandines pour administrer l'oxytocine.

Remarques

- Conservation : au réfrigérateur, entre 2°C et 8°C. Ne pas congeler. ~~☒~~
 - La date de péremption indiquée par le fabricant n'est valable que pour les ampoules conservées au réfrigérateur et à l'abri de la lumière. L'exposition à la lumière et à la chaleur provoque une dégradation et une perte d'efficacité du principe actif.
 - En l'absence de réfrigérateur, la solution peut se conserver un mois à une température inférieure à 30°C et à l'abri de la lumière.

PHYTOMENADIONE = VITAMINE K1

Prescription sous contrôle médical

Action thérapeutique

- Vitamine, antihémorragique

Indications

- Prévention systématique et traitement de la maladie hémorragique du nouveau-né

Présentation et voie d'administration

- Ampoule à 1 mg (1 mg/ml, 1 ml), uniquement pour injection IM ou IV lente
- Ampoule à 2 mg (10 mg/ml, 0,2 ml), pour voie orale, injection IM ou IV lente
- Ampoule à 10 mg (10 mg/ml, 1 ml), pour voie orale, injection IM ou IV lente

Posologie

- *Prévention systématique de la maladie hémorragique du nouveau-né*

	Voie IM	Voie orale
Enfant allaité	<i>Une dose unique :</i> 1 mg dose unique le jour de la naissance	<i>3 doses :</i> 2 mg le jour de la naissance 2 mg 4 à 7 jours après la naissance 2 mg 4 semaines après la naissance
Enfant nourri au lait artificiel	<i>Une dose unique :</i> 1 mg dose unique le jour de la naissance	<i>2 doses :</i> 2 mg le jour de la naissance 2 mg 4 à 7 jours après la naissance

Le traitement oral n'est efficace que si la totalité des doses est administrée. Par conséquent, utiliser systématiquement la voie IM chez tous les nouveaux-nés si l'observance du traitement oral ne peut être garantie.

Utiliser uniquement la voie IM *chez les nouveaux-nés à haut risque* (prématurité, ictère, pathologie néonatale ; traitement maternel par un inducteur enzymatique).


- *Traitement de la maladie hémorragique du nouveau-né*
1 mg par voie IM, à répéter toutes les 8 heures si nécessaire

Durée : selon l'évolution clinique et le résultat du contrôle biologique de la coagulation

Contre-indications, effets indésirables, précautions

- Peut provoquer : réactions allergiques, en particulier par voie IV, hématome au point d'injection IM.
- Grossesse : pas de contre-indication
- Allaitement : pas de contre-indication

Remarques

- Chez les femmes enceintes traitées par un inducteur enzymatique (rifampicine, phénobarbital, phénytoïne, carbamazépine), administrer 10 mg/jour de la vitamine K par voie orale pendant les 15 jours précédant l'accouchement. Cette prévention ne dispense pas de l'administration IM de vitamine K chez le nouveau-né à haut risque.
- La phytoménadione est aussi utilisée dans le traitement des hémorragies dues aux anti-vitamine K : 5 mg par voie IV lente en cas d'hémorragie sévère ; 0,5 mg par voie IV lente ou 5 mg par voie orale en cas de risque hémorragique ou hémorragie mineure.
- La vitamine K n'a pas une action hémostatique directe et immédiate : elle n'est pas indiquée dans les hémorragies d'origine traumatique.
- Ne pas mélanger avec d'autres médicaments dans la même seringue.
- Conservation : température inférieure à 25°C – 

SALBUTAMOL = ALBUTEROL (Salbumol®...)

Prescription sous contrôle médical

Action thérapeutique

- Utérorelaxant

Indications

- Menace d'accouchement prématuré

Présentation et voie d'administration

- Ampoule à 0,25 mg (0,05 mg/ml, 5 ml) pour injection SC, IM, IV lente ou perfusion
- Il existe aussi des ampoules à 0,5 mg (0,5 mg/ml, 1 ml) et à 5 mg (1 mg/ml, 5 ml).

Posologie

- Diluer 5 mg (10 ampoules à 0,5 mg) dans 500 ml de glucose à 5% ou de chlorure de sodium à 0,9% pour obtenir une solution à 10 microgrammes/ml.
Débuter la perfusion à un débit de 15 à 20 microgrammes/minute (30 à 40 gouttes/minute).
Si les contractions persistent, augmenter le débit de 10 à 20 gouttes/minute toutes les 30 minutes jusqu'à l'arrêt des contractions. Ne pas dépasser 45 microgrammes/minute (90 gouttes/minute).
Maintenir le débit efficace pendant une heure après l'arrêt des contractions puis réduire le débit de moitié toutes les 6 heures.
Surveiller régulièrement le pouls maternel, diminuer le débit en cas de tachycardie maternelle > 120/minute.


Durée

- 48 heures maximum

Contre-indications, effets indésirables, précautions

- Ne pas administrer en cas de pré-éclampsie, éclampsie, hémorragie utérine, infection intra-utérine, mort fœtale in utero, placenta praevia, hématome rétro-placentaire, rupture des membranes, grossesse multiple ; cardiopathie grave, hypertension non contrôlée.
- Ne pas associer à la nifédipine.
- Peut provoquer : tachycardie maternelle et fœtale, tremblements, céphalées, vertiges, hypokaliémie, hyperglycémie, troubles digestifs.
- Administrer avec prudence en cas de diabète, hyperthyroïdie.
- Grossesse : pas de contre-indication
- Allaitement : à éviter

Remarques

- Ne pas mélanger avec d'autres médicaments dans la même seringue ou le même flacon de perfusion.
- Conservation : température inférieure à 25°C – 

Principales références

OMS. *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement. Guide destiné à la sage-femme et au médecin*, Genève, 2004.

WHO. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care. A guide for essential practice*, Geneva, 2003.

WHO. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants*, Geneva, 2004.

OMS. *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, Genève, 3^e édition, 2005.

Comité international de la Croix-Rouge. *Antenatal guidelines for primary health care in crisis conditions*, Genève, 2005.

Lansac J, Body G. *Pratique de l'accouchement*, Simep, Paris, 3^e édition, 2000.

Lansac J, Berger C, Magnin G. *Obstétrique pour le praticien*, Masson, Paris, 3^e édition, 1997.

Miller A, Callander R. *Obstetrics illustrated*, Churchill Livingstone, 4th edition, 1989.

European resuscitation council guidelines. *Paediatric life support*, section 6, 2005.

Index

A

Accouchement normal. 73
 Acide acétylsalicylique (prévention) . . . 40,51,52
 Allaitement et HIV 68
 Amibiase 64
 Anémie (prévention) 18
 Anémie (traitement) 47
 Ankylostomiasse 65
 Ascaridiase 65
 Aspiration manuelle par le vide 161
 Aténolol 49,196
 Avortement 27
 Avortement septique 28

C

Calcul du terme 15
 Carence maternelle en iode (prévention) . . . 20
 Carence maternelle en vit. D (prévention) . . . 20
 Carence maternelle en vit. K (prévention) . . . 19
 Carte de suivi de grossesse 23,189
 Cervicite 34
 Chlamydiase 61
 Circulaire du cordon 87
 Complications des suites de couches 190
 Conjonctivite néonatale (prévention) 177
 Consultations post-natales 188
 Consultations prénatales 14
 Contraceptifs (oraux) 192,198,201,202
 Contraceptifs (injectables) 192,206,212
 Contraceptifs (implants) 192,199,203
 Contraception 192
 Contraception d'urgence 193
 Convulsions 52
 Cranioclasie 171
 Craniotomie 170,172

Crevasses du mamelon 191
 Curage digital 160
 Curetage 165
 Cystite 61

D

Début de travail 73
 Déchirure du col et du vagin 153
 Délivrance artificielle 158
 Délivrance normale 143
 Désinfibulation 100
 Dexaméthasone 56,58,197
 Diagnostic de la grossesse 11
 Dispositif intra-utérin 192
 Dystocie 117
 Dystocie des épaules 127

E

Eclampsie 52
 Embryotomie 169
 Embryotomie céphalique 170
 Embryotomie rachidienne 173
 Endométrite puerpérale 190
 Engorgement mammaire 191
 Episiotomie 95
 Ethinylestradiol + lévonorgestrel 192,198
 Etonogestrel 192,199
 Examen du placenta 144
 Excès de volume utérin 53

F

Fiche de surveillance de l'accouchement . . . 81

G

Giardiase	65
Gonococcie génitale	61
Grande extraction de siège	112
Grossesse extra-utérine	29
Grossesse gémellaire.....	110
Grossesse molaire	33
Grossesses compliquées.....	20

H

Hématocèle	30
Hématome rétroplacentaire.....	37
Hématosalpinx	30
Hémopéritoine	30
Hémorragie (1 ^{re} moitié de la grossesse)	27
Hémorragie (2 ^e moitié de la grossesse) ...	35,44
Hémorragie de la délivrance (prévention) ...	145
Hémorragie de la délivrance.....	146
Hépatite B	66
Hépatite E	66
Herpès génital	66
Hydralazine	50,200
Hydramnios.....	54
Hypertension gravidique	48

I

Implants contraceptifs	192,199,203
Induction du travail	122
Infection par le HIV.....	19,67
Infection urinaire (dépistage)	19
Infection urinaire (traitement)	61,62
Infections bactériennes.....	60
Infections parasitaires	63
Infections virales.....	66
Inversion utérine.....	150
Involution utérine.....	187

K

Kit accouchement	22
------------------------	----

L

Lenteur de dilatation du col	118
Lenteur de progression du fœtus	119
Lévonorgestrel (contraception d'urgence) ..	193,202
Lévonorgestrel (contraception régulière) ..	192,201
Lévonorgestrel (implant)	192,203
Lymphangite du sein	191

M

Magnésium (sulfate de).....	49,52,204
Maladie hémorragique du nouveau-né (prévention).....	177
Manœuvres intra-utérines.....	157
Manœuvre de Bracht	108
Manœuvre de Lovset	106
Manœuvre de Mauriceau	109
Mastite	191
Maturation pulmonaire du fœtus	56,58
Médroxyprogestérone.....	192,206
Menace d'accouchement prématuré	57
Menace d'avortement.....	27
Méningite.....	60
Méthode kangourou.....	183
Méthyl dopa	49,207
Méthylergométrine.....	208
Mifépristone	59,209
Misoprostol.....	59,162,165,210
Mort fœtale in utero	59

N

Nifédipine.....	57,211
Noréthistérone	192,212
Nouveau-né, évaluation initiale	177
Nouveau-né, soins de base	177
Nouveau-né, réanimation	180
Nouveau-né de petit poids	183

O

Obstruction du travail	120
Oxytocine	124,145,147,150,157,213

P

Paludisme (prévention)	19
Paludisme (traitement)	63
Partogramme	79
Phytoménadione	19,177,214
Placenta (examen)	144
Placenta praevia	35
Ponction du cul-de-sac de Douglas	31
Ponction-lavage du péritoine	31
Précautions communes aux manœuvres intra-utérines	157
Pré-éclampsie	48
Premiers soins au nouveau-né	177
Préparation à l'accouchement	21
Présentation de l'épaule	128
Présentation de la face	135
Présentation du front	138
Présentation du siège	103
Présentation transversale	128
Procidence du cordon	85
Protéinurie	48
Pyélonéphrite	62

R

Réanimation du nouveau-né	180
Révision utérine	159
Rupture artificielle des membranes	83
Rupture prématurée des membranes	55
Rupture utérine	40

S

Saignements (1 ^{re} moitié de la grossesse)	27
Saignements (2 ^e moitié de la grossesse)	35,44
Salbutamol	57,215
Salpingite puerpérale	190
Score de Bishop	123
Shigellose	60
Signe de Hégar	12
Signes de grossesse	13
Soins de base au nouveau-né	177

Suites de couches normales	187
Sulfate de magnésium	49,52,204
Supplémentation maternelle en vitamine A	188
Suture du périnée	96
Symphysiotomie	91
Syphilis (dépistage)	19
Syphilis (traitement)	61

T

Test de grossesse	12
Tétanos (prévention)	18,28
Tocolyse	57
Typhoïde	60

V

Ventouse obstétricale	88
Version par manœuvre externe	131
Version par manœuvre interne	133

Dans la même collection

Guide clinique et thérapeutique

Existe aussi en anglais et espagnol

Médicaments essentiels - guide pratique d'utilisation

Existe aussi en anglais et espagnol

Prise en charge d'une épidémie de méningite à méningocoque

Existe aussi en anglais

Conduite à tenir en cas d'épidémie de rougeole

En français uniquement

Technicien sanitaire en situation précaire

Existe aussi en anglais

Rapid health assessment of refugee or displaced populations

En anglais uniquement

Refugee health - an approach to emergency situations

Ed. MacMillan/MSF

En anglais uniquement

Belgique

Médecins Sans Frontières / Artsen Zonder Grenzen
Rue Dupréstraat 94, 1090 Bruxelles/Brussel
Tél. : +32 (0)2 474 74 74
Fax : +32 (0)2 474 75 75
E-mail : info@msf.be

Espagne

Medicos Sin Fronteras
Nou de la Rambla 26, 08001 Barcelona
Tél. : +34 933 046 100
Fax : +34 933 046 102
E-mail : oficina@barcelona.msf.org

France

Médecins Sans Frontières
8 rue Saint-Sabin, 75544 Paris cedex 11
Tél. : +33 (0)1 40 21 29 29
Fax : +33 (0)1 48 06 68 68
Telex : (042) 214360 MSF F
E-mail : office@paris.msf.org

Pays-Bas

Artsen Zonder Grenzen
Plantage Middenlaan 14, 1018 DD Amsterdam
Tél. : +31 (0)20 52 08 700
Fax : +31 (0)20 62 05 170
Telex : (044) 10773 MSF NL
E-mail : office@amsterdam.msf.org

Suisse

Médecins Sans Frontières
78 rue de Lausanne - Case postale 116 - 1211 Genève 27
Tél. : +41 (0)22 849 84 84
Fax : +41 (0)22 849 84 88
Telex : (045) 421 927 MSF CH
E-mail : office-gva@geneva.msf.org