

LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

I Introduction

Les interventions pour accouchement imminent ou en cours sont **peu fréquentes**. La très grande majorité de celles-ci aboutit à un transport plus ou moins rapide de la **parturiente** (femme enceinte) vers une maternité. Néanmoins **entre 2 et 5 accouchements par an** se produisent hors présence médicale avec les sapeurs-pompiers de l'Allier.

Les grossesses et les accouchements sont des situations générant du stress parmi les intervenants. La plupart du temps, les sapeurs-pompiers vont simplement réaliser un accompagnement de la naissance mais d'autres situations peuvent aboutir à une réanimation du nouveau-né ou une hémorragie de la délivrance pour la mère.



Le département de l'Allier dispose de trois maternités (Centres hospitaliers de Moulins, Montluçon et Vichy) de niveau 2 c'est à dire équipée d'un service de néonatalogie. Elles assurent la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risques et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance. Les nouveaux nés en détresse vitale seront transférés en réanimation néonatale sur le CHU Estaing à Clermont Ferrand.

II LA GROSSESSE NORMALE

1 Généralités sur la grossesse et l'accouchement

La grossesse n'est pas une maladie mais, cependant, des pathologies peuvent préexister ou survenir pendant cette période auxquelles s'ajoutent des risques de pathologies obstétricales (du fait de l'accouchement).

La **grossesse** est définie comme la **période allant de la fécondation à l'accouchement**. On parle également de **gestation**.

La **durée normale** (calculée en semaines d'aménorrhées - SA à partir du 1^{er} jour des dernières règles) est d'environ **41 semaines soit 9 mois**.

L'**accouchement** est l'ensemble des étapes qui aboutissent à l'**expulsion du fœtus et du placenta** à la fin de la grossesse. Il est dit à **terme lorsqu'il survient entre la 37^{ème} et la 42^{ème} semaine**.

Avant la 37^{ème} semaine, on parle de **prématurité** et après la 42^{ème} semaine, on parle de **post maturité**.

2 Les trois trimestres de gestation

▪ Le diagnostic de grossesse

Souvent le diagnostic est posé lors d'un retard de règles chez une femme sans contraception ayant un désir d'enfant, Mais parfois ce



sont les signes «sympathiques» (en lien avec une activité exacerbée du système sympathique) qui vont pousser à consulter.

Les signes « sympathiques » pas sympas :

- Des nausées surtout matinales;
- Une fatigue intense ;
- Une aversion pour la nourriture ou au contraire un regain d'appétit;
- Une tension des seins.

Tout ceci est lié à un bouleversement hormonal en rapport avec la gestation débutante.

▪ **Le 1^{er} trimestre de la grossesse**

Durant le 1^{er} trimestre, l'enfant se développe de façon stupéfiante et les symptômes désagréables cesseront en général à la fin de cette période. C'est à cette étape de la grossesse que le risque de fausse couche est le plus important.



Pour aller plus loin sur le 1^{er} trimestre de la grossesse :

▪ 1^{ère} à la 9^{ème} semaine...



▪ 10^{ème} à la 14^{ème} semaine...



▪ **Le 2^{ème} trimestre de la grossesse**

Le 2^{ème} trimestre est la période la plus agréable puisque les signes « sympathiques » disparaissent. Le fœtus se développe et commence à bouger mais la future mère n'en subit pas encore trop les désagréments (poids, difficultés à effectuer certains gestes, essoufflements, ...).





Pour aller plus loin sur le 2^{ème} trimestre de la grossesse:

▪ 15^{ème} à la 20^{ème} semaine...



▪ 21^{ème} à la 27^{ème} semaine...

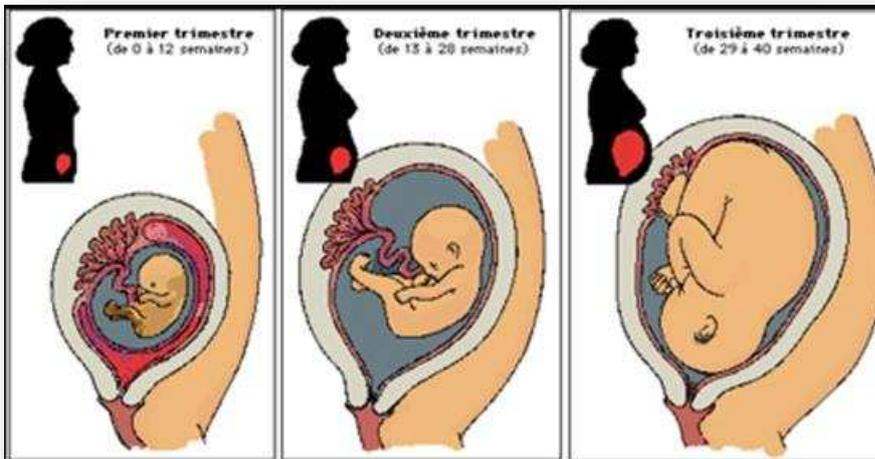


▪ Le 3^{ème} trimestre de la grossesse

Le 3^{ème} trimestre reste le plus difficile, la prise de poids est manifeste et la future mère va être gênée dans ses actes de la vie quotidienne. Elle se fatigue facilement, dort de plus en plus mal et doit s'aménager des temps de repos la journée. Le bébé quant à lui traverse une étape de « finition » qui lui permettra d'appréhender au mieux son arrivée dans notre monde.



Pour aller plus loin sur la sur le 3^{ème} trimestre de la grossesse : 28^{ème} à 37^{ème} Semaine.



Dessin 51B1 : Evolution du fœtus durant la grossesse

III

L'ACCOUCHEMENT NORMAL

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui aboutissent à l'expulsion du fœtus et du placenta à la fin de la grossesse. Il est dit à terme lorsqu'il survient entre la 37^{ème} et la 42^{ème} semaine.



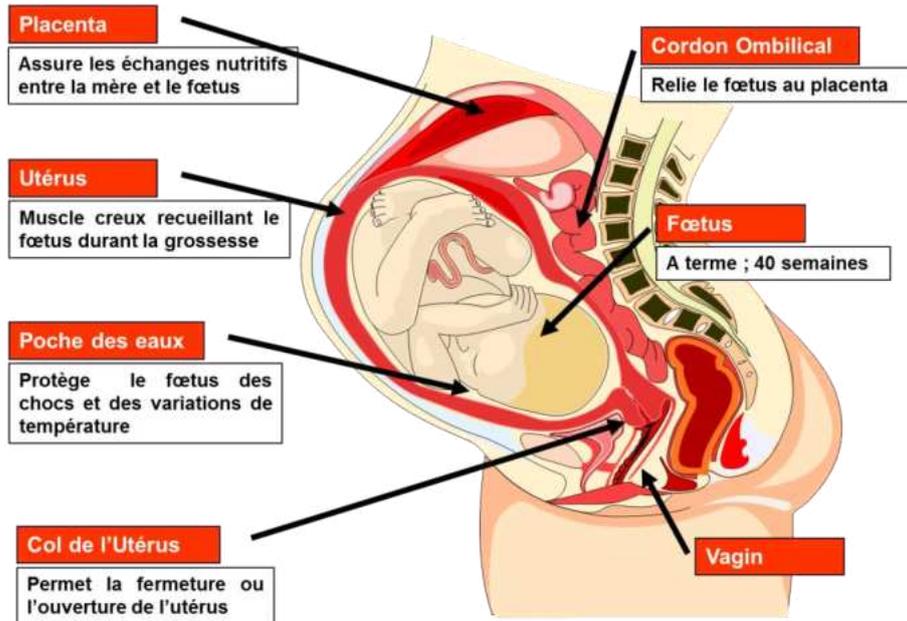


Schéma 51B2 : Rôle des structures anatomiques lors de l'accouchement

L'accouchement se déroule en 3 étapes successives :

1. Le travail
2. L'expulsion
3. La délivrance

1 Le Travail

Il représente la force motrice qui permet la dilatation du col et la progression du fœtus.

Les contractions utérines s'accompagnent d'une douleur au niveau de l'abdomen et sont ressenties sous forme de crampes. Elles vont d'abord être espacées, irrégulières et courtes pour devenir de plus en plus rapprochées, régulières et intenses.

S'il s'agit d'une première grossesse, la durée de la dilatation complète est en moyenne de 1 heure et 15 minutes. Il est peu probable que l'accouchement se produise sur place avec les premiers intervenants, mais cela ne doit pas être exclu lors de l'évaluation. Par contre, si ce n'est pas le premier accouchement de la parturiente, celui-ci peut se produire beaucoup plus rapidement.

La poche des eaux va se rompre le plus souvent à cette étape.

Le liquide amniotique est normalement clair, incolore, légèrement lactescent (qui ressemble à du lait).

2 L'Expulsion

C'est la sortie de l'enfant par les voies génitales sous l'effet des efforts expulsifs. Cette phase ne doit pas dépasser 30 minutes pour éviter une souffrance fœtale.



Pour aller plus loin sur les différentes étapes de l'accouchement :





3 La Délivrance

C'est l'expulsion du placenta et du reste du cordon, elle survient 20 à 30 minutes après la sortie du nouveau-né.

IV LE BILAN DU TRAVAIL EN COURS

- Il est primordial car il va permettre d'évaluer l'imminence de l'accouchement. L'interrogatoire est parfois difficile par la barrière linguistique, le contexte (faible niveau socio-culturel, patiente mineure, déni de grossesse,) ainsi que l'état de stress de la future maman.
- Le bilan doit comporter au moins les éléments suivants :



Bilan spécifique de l'accouchement

- *Le nombre d'accouchements antérieurs : faire préciser le nombre d'accouchements (=parité) car plus ce nombre est élevé, plus le travail sera rapide.*
- *Le terme : le plus souvent la grossesse est suivie et la femme connaît la date prévue de l'accouchement, le lieu où il aura lieu. Le carnet de suivi de grossesse peut donner des indications en cas de barrière linguistique.*
- *Complications médicales : diabète, HTA, infections, toxiques, ...*
- *Le type de présentation : soit céphalique (position du fœtus tête en bas), soit par le siège (fesses ou pieds en premier = accouchement à risque).*
- *Faire préciser les contractions : durée, intervalles, intensité...*
- *Perte des eaux : heure, aspect du liquide, odeur.*
- *Envie de pousser ou non.*



Le bilan est primordial pour déterminer l'imminence d'un accouchement et pour envisager la suite de l'intervention avec soit un accouchement sur place soit un transport simple ou médicalisé vers une maternité.



Le score de **Malinas** permet d'objectiver l'imminence ou non d'un accouchement à partir des questions posées dans le bilan spécifique.

- Score < 5 : l'accouchement n'est pas imminent, transport non médicalisé.
- Score entre 5 et 7 : risque d'accouchement, transport en urgence médicalisé si possible.
- Score > 7 et/ou envie de pousser : accouchement sur place.

	0	1	2
PARITE	1	2	3 et +
Durée du travail	- 3h	3 – 5h	> 5h
Contractions	< 1 mn	1 mn	> 1 mn
Intervalle entre les contractions	> 5 mn	3 – 5 mn	< 3 mn
Rupture de la poche des eaux	0	< 1h	> 1h

D'une manière générale, plus la femme a eu d'enfants (parité multiple), plus l'accouchement risque d'être rapide.

On dit qu'une femme enceinte « rentre » en travail lorsqu'elle a des contractions utérines (ressenties sous forme de crampes à l'abdomen) qui durent toutes environ le même temps et qui se répètent régulièrement à une fréquence constante.



LA CONDUITE A TENIR FACE A UN ACCOUCHEMENT

1 L'accouchement n'est pas imminent

La parturiente sera transportée sanglée sur un brancard, en décubitus latéral gauche (PLS sur son côté gauche) pour faciliter la circulation sanguine.

En fonction du degré d'urgence du transport, le chef d'agrès pourra proposer de placer la victime à l'envers sur le brancard (c'est-à-dire la tête du côté des portes du VSAV). Ainsi, en cas d'accouchement durant le trajet, l'équipage disposera d'un espace suffisant au niveau du plan de travail et n'aura pas à ouvrir les portes arrières pour procéder à l'accouchement.





2 L'accouchement est imminent

Les signes sont :

- Une poche des eaux rompue ;
- Une envie irrésistible de pousser, émission de selles ;
- Des contractions très douloureuses et rapprochées, agitation maternelle ;
- Une présentation de l'enfant à la vulve ;
- Un score de Malinas > 5.



La poche des eaux rompue sans autre signe n'est pas synonyme d'un accouchement très rapide.

▪ OPTION A - L'enfant se présente par la tête

Accompagner l'accouchement conformément à la fiche technique 51.1.



L'accompagnement d'un accouchement est détaillé dans la FT 51.1

▪ OPTION B - L'enfant se présente par le siège

Les fesses ou les pieds arrivent en premier.

NE PAS TOUCHER L'ENFANT et DEMANDER UNE EQUIPE MEDICALE en urgence



Il faut laisser faire la nature et en expliquer les raisons à la mère et à la famille.

Toucher l'enfant (même juste un pied) serait la première stimulation de son système sensitif. Cela entraînerait chez lui un réflexe qui va lui faire relever les bras et déclencher sa première inspiration en étant toujours dans le passage d'où un risque d'inhalation et d'asphyxie très important et une impossibilité pour lui de descendre seul. Tandis qu'en restant observateur et en accompagnant la mère dans ses efforts, en la rassurant, l'enfant va descendre en s'asseyant en tailleur dans le lit.

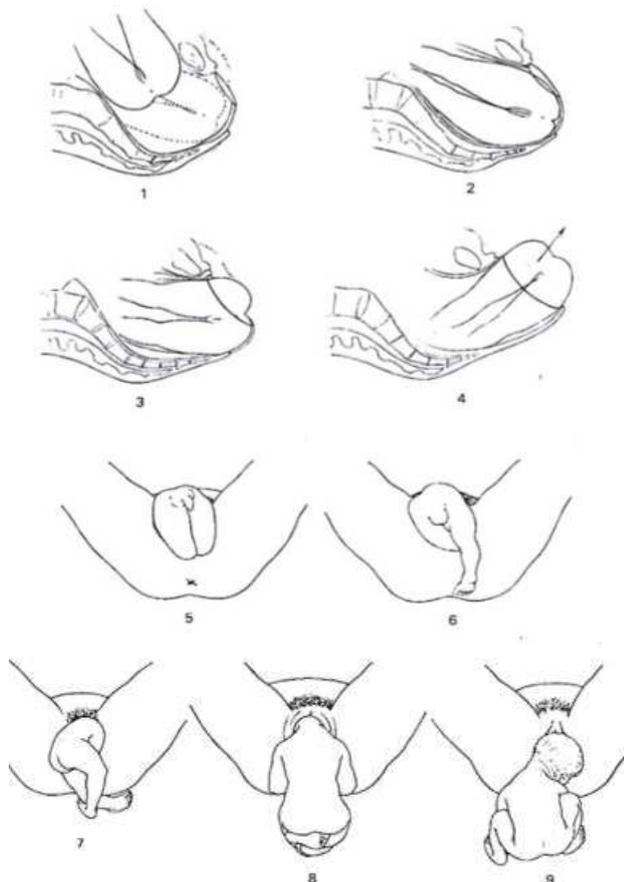


Schéma 51B3 : Les différentes étapes d'un accouchement par le siège

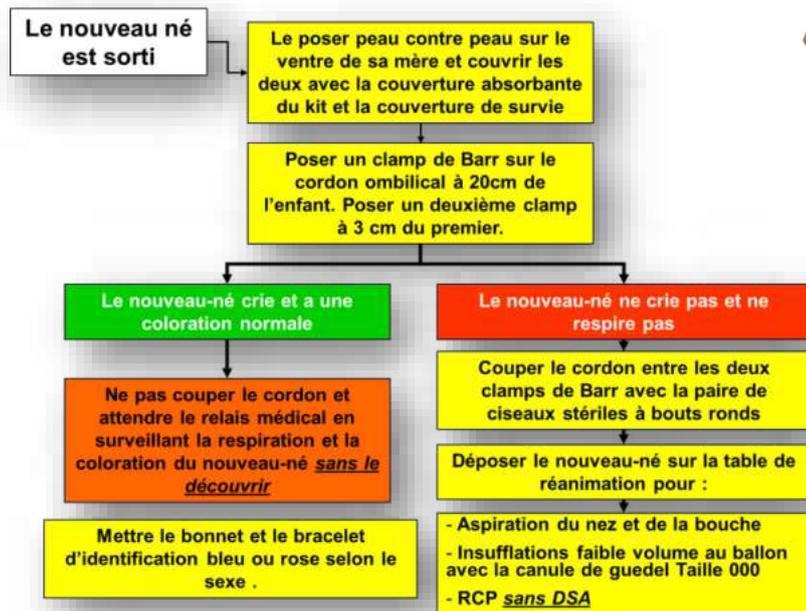


Si l'enfant reste bloqué, des manœuvres spécifiques doivent être entreprises par un médecin, une sage-femme ou un infirmier spécialement formé à ces techniques car le risque vital est en jeu.

3 Les soins du nouveau-né

L'évaluation du nouveau-né va permettre de décider ou non d'entreprendre une réanimation mais au préalable, des soins de base sont à opérer :

! Ne pas tirer sur le cordon ombilical lors de la mise en peau à peau sur la maman pour prévenir d'une hémorragie placentaire



! Si les mouvements respiratoires ne sont pas présents, il faut apporter une plus forte stimulation supplémentaire : frotter le visage, le dos, le tronc, les extrémités ou en tapotant sur la plante des pieds. Ces mesures durent 5 à 10 secondes et si l'enfant ne respire pas, on entreprendra alors la réanimation.

Schéma 51B4 : les différentes étapes de la prise en charge d'un nouveau-né

- **Sécher par tamponnement et réchauffer** : Placer l'enfant sur la mère en «peau à peau», visage tourné sur le côté (respiration nasale) recouvert d'une couverture isothermique et coiffé d'un bonnet tout en effectuant une surveillance minutieuse et une stimulation par le toucher ;
- **Clamper le cordon ombilical** après la première minute de vie sauf si des manœuvres de réanimation sont nécessaires et dans ce cas le clampage et la section est immédiat, il est effectué à l'aide de deux pinces (clamps de Barr) :
 - La première à 20 cm de l'ombilic du nouveau-né ;
 - La seconde 3 cm plus loin.
- **Noter l'heure de la naissance** et poursuivre une surveillance conjointe de l'enfant (tonus, respiration, couleur) et de sa mère (TA, pouls, pertes sanguines utérines).

! Il faut bien pincer le cordon entre les deux clamps pour le vider de sang avant de les fermer. Cette manœuvre évitera des éclaboussures de sang au moment de la section du cordon.

OPTION A - Le nouveau-né crie et a une bonne coloration :





- Mettre le bracelet d'identification et noter l'heure de l'accouchement.
- Ne pas couper le cordon et attendre le relais médical en surveillant la respiration et la coloration du nouveau-né sans le dévêtir.

OPTION B - Le nouveau-né ne crie pas et ne respire pas :

- Stimuler le nouveau-né pour le faire réagir et crier en tapotant les pieds, les fesses et en lui frictionnant le dos.



Dessin 51B5 : Les différentes techniques de stimulation

- Dégager les voies aériennes si besoin d'abord en essuyant avec une compresse et si nécessaire en aspirant le plus doucement possible (aspiration au minimum) et uniquement à l'entrée des narines et de la bouche.
- Couper le cordon entre les deux clamps de Barr si une réanimation est nécessaire.

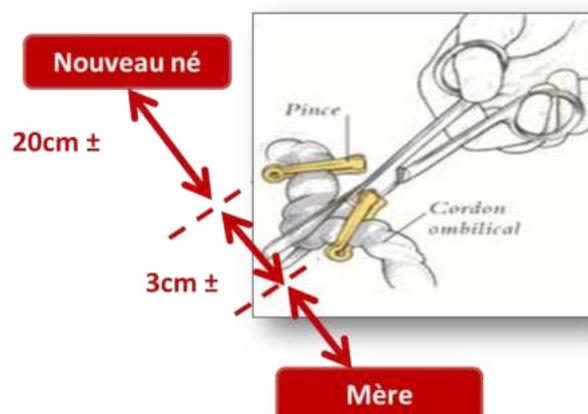


Schéma 51B6 : La section du cordon ombilical



Le score d'Apgar est le reflet de l'adaptation de l'enfant à la vie extra-utérine

Cotation	Battements cardiaques	Respiration	Coloration	Tonus musculaire	Réactivité à la stimulation
0	Absents	Absente	Bleue ou pâle	Nul	Nulle
1	< 100/min	Quelques mouvements spontanés	Cyanose des extrémités	Hypotonie	Grimaces
2	>100/min	Normale	Rose	Tonus normal	Cris

Il est courant pour les équipes médicales de le coter immédiatement puis toutes les 5mn pour les équipes médicales

VI

LA REANIMATION DU NOUVEAU-NE

Après le temps dédié aux soins de base, le nouveau-né, s'il présente des difficultés cardiorespiratoires, doit être rapidement pris en charge après section du cordon.

L'algorithme de prise en charge du nouveau-né comprend 3 étapes de 30 secondes chacune.

1

Le premier niveau (30 secondes)

- Réchauffer et sécher l'enfant ;
- Libérer les voies aériennes par un positionnement de la tête en position neutre grâce à une épaisseur sous les épaules ;
- Aspiration douce (1^{er} cran du LSU) ;
- Stimuler l'enfant.



Un chronométrage de la prise en charge de 30 secondes en 30 secondes, va permettre de conduire une réanimation en l'adaptant aux réactions et comportements de l'enfant.

2

Le deuxième niveau (30 secondes)

Si à l'issue du premier niveau, l'enfant ne respire pas ou présente une fréquence cardiaque inférieure à 100 (le pouls peut être perçu à la base du cordon) :

- Réaliser 5 insufflations au BAVU avec un masque adapté à l'enfant, en position neutre sans oxygène. Les insufflations délivrées à un nouveau-né doivent être longues (1,5 à 2 secondes) ;
- Si la détresse persiste, pratiquer 20 insufflations sous air sur 30 secondes puis réévaluer :
 - Si le pouls huméral ou ombilical reste entre 60 et 120/min (entre 1 et 2 battements par seconde), on renouvellera un cycle de 20 insufflations sur 30 secondes toujours sous air ;
 - Si le pouls < 60/min, passer au 3^{ème} niveau.



Voir la FT 51.5 sur les insufflations seules au ballon insufflateur



Ne rajouter de l'oxygène que si l'enfant présente une cyanose car la suroxygénation peut avoir un effet délétère chez le nouveau-né.



Points Clés

Une mauvaise réponse aux manœuvres de ventilation artificielle peut résulter d'une:

- mauvaise adhérence entre le visage du nouveau-né et le masque. Dans ce cas repositionner le masque sur le visage et vérifier la bonne adhérence ;
- mauvaise position de la tête et du cou (cf. FT 51.3) ;
- pression insuffisante, le thorax doit se soulever à chaque insufflation ;
- obstruction des voies aériennes : repositionner la tête, aspirer, mettre une canule de Guédel.

3

Le troisième niveau (30 secondes)

Si le pouls < 60/min (< 1 battement par seconde), débiter la RCP sous O₂ à 15l /min en alternant 3 compressions pour 1 insufflation (**pas de DSA**) sur 30 secondes puis réévaluer.



Voir la FT 51.4 sur la RCP du nouveau-né



Points Clés

Critères d'une ventilation efficace :

- Le thorax se soulève,
- Amélioration de la coloration et de la fréquence cardiaque.



Le méconium est une matière fécale épaisse et collante excrétée par le nouveau-né au tout début de sa vie extra-utérine. Dans l'utérus, lors d'un épisode de détresse fœtale, le bébé peut excréter des selles qui se mélangeront avec le liquide amniotique.

La présence de méconium dans le liquide amniotique (liquide qui devient coloré, brunâtre ou verdâtre, peut être aussi épaissi) doit alerter sur le fait que le nouveau va très certainement nécessiter une prise en charge respiratoire voire d'une détresse cardio respiratoire installée.

La présence de méconium dans le liquide amniotique induit un risque d'urgence respiratoire pour le nouveau-né en cas d'inhalation. En effet, l'inhalation de méconium peut provoquer de l'atélectasie (affaissement des alvéoles) et une pneumonie d'inhalation. Le nouveau-né devra impérativement être pris en charge dans un service spécialisé de réanimation néonatale.



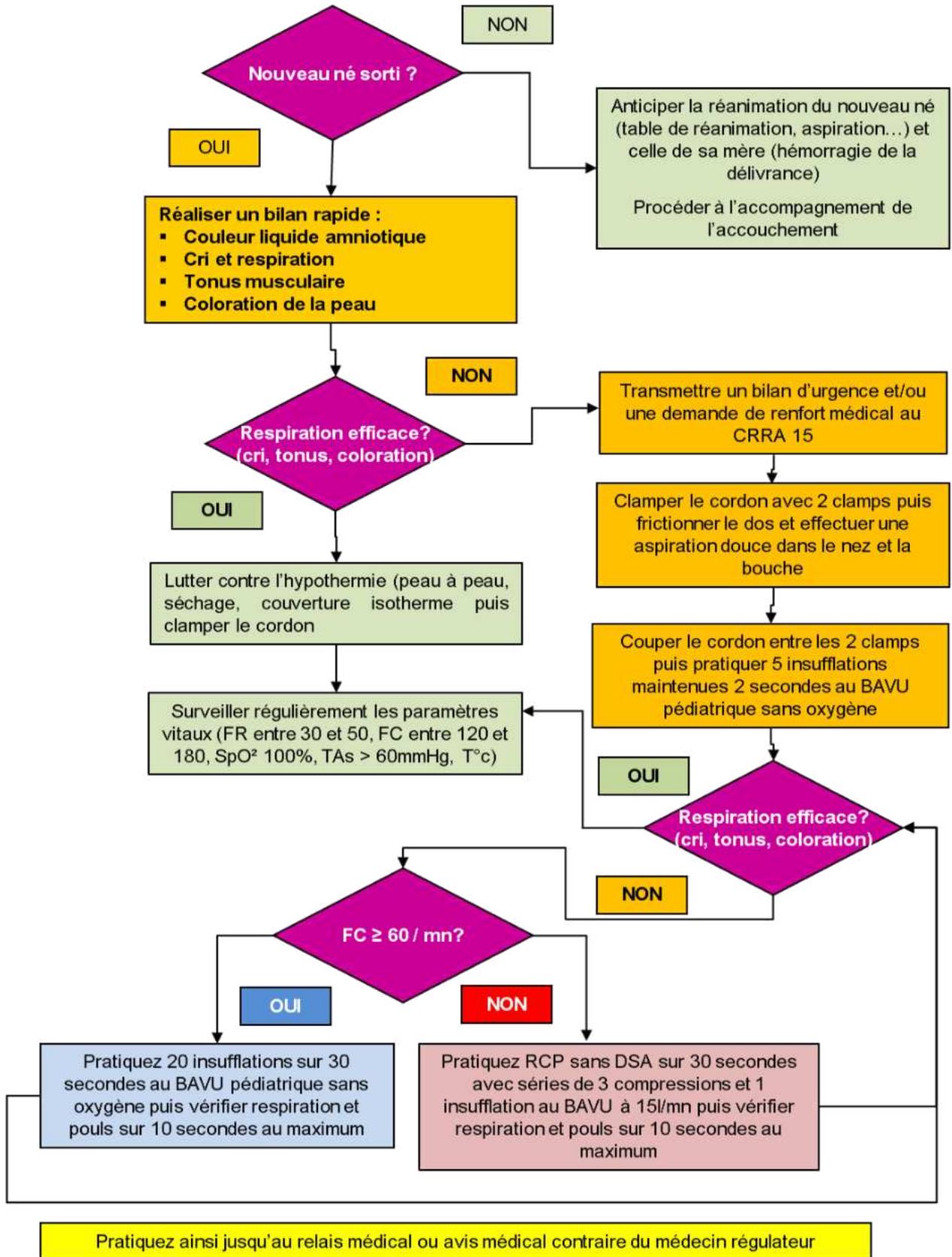


Schéma 51B7 : Algorithme de la réanimation du nouveau-né





VII La délivrance

- 1



L'évacuation du placenta se fait par voie basse 20 à 30mn après l'expulsion
- 2



Le placenta doit être inspecté pour vérifier qu'il soit complet (non déchiré)
- 3



Le placenta doit être stocké dans un drap en attendant une inspection par un médecin ou une sage-femme

 Ne pas jeter

! L'arrivée du nouveau-né ne doit pas faire négliger la surveillance de la mère car l'hémorragie de la délivrance entraîne une détresse circulatoire et le décès de la victime dans la moitié des cas.

20 à 30 minutes après l'expulsion, de nouvelles contractions apparaissent naturellement pour provoquer le décollement et l'expulsion du placenta.

L'évacuation du placenta peut entraîner une hémorragie massive dont l'équipage VSAV doit surveiller la survenue.

L'équipage VSAV doit surveiller l'apparition des signes de détresse circulatoire suivants chez la mère :

- Perte de sang importante par voie vaginale ;
- Accélération progressive de la fréquence cardiaque ;
- Diminution de la force de perception du pouls radial ;
- Diminution progressive de la tension artérielle maximale ;
- Augmentation du TRC > 3 secondes.

Schéma 51B8 : Procédure de récupération du placenta

VIII LA GROSSESSE GEMELLAIRE ET MULTIPLE

L'accouchement de jumeaux (ou plus) est plus risqué qu'un accouchement simple, en raison de la plus grande fragilité des bébés à naître, souvent prématurés, mais également en raison des techniques obstétricales à mettre en œuvre.

! Le risque de survenue d'une hémorragie de la délivrance est accru en cas de :

- Plusieurs grossesses antérieures (multiparité)
- Travail rapide
- Macrosomie (poids du bébé supérieur à 4kg)
- Grossesse multiple



- La grossesse gémellaire ou multiple : une grossesse à risque ?

Près de 40 % des accouchements de grossesses multiples sont réalisés par césarienne. Ce choix est dicté par les risques que les jumeaux ne supportent pas les contractions et peuvent se retrouver en souffrance fœtale.

En dehors de cas particuliers (antécédent de césarienne, présentation différente pour les deux fœtus, grossesse dans la même poche amniotique), il n'y a pourtant aucune contre-indication à l'accouchement de jumeaux par voie naturelle.

- Comment se déroule l'accouchement de jumeaux ?

Par voie naturelle, le premier bébé naît pratiquement comme un nouveau-né unique prématuré (donc lutte plus active contre l'hypothermie).

Pour le deuxième jumeau, si le bébé engage sa tête dans le bassin de sa mère, il arrivera, dans ce cas, la tête en premier.

Si le bébé se présente par le siège, il faudra donc privilégier un transport vers une maternité avant la naissance du deuxième jumeau car une manœuvre spécifique est à réaliser par un obstétricien ou une sage-femme. Une césarienne peut être l'ultime recours en cas de souffrance fœtale aiguë. Elle se pratiquera uniquement dans un bloc opératoire obstétrical.

Quelques minutes seulement séparent la naissance du premier et du deuxième, ce qui complique bien évidemment ce possible transport à l'issue de la première naissance en cas de présentation par le siège.



Si toutefois les deux naissances s'effectuent à la maison il faudra surveiller de façon encore plus rigoureuse les saignements autour de la délivrance. En effet l'utérus ayant été distendu de façon plus importante que pour une grossesse unique, celui-ci aura plus de mal à se contracter après la délivrance et donc la mère sera plus susceptible d'être victime d'une hémorragie extériorisée.

IX

CAS PARTICULIERS

1

Le déni de grossesse

C'est une gestation qui évolue à l'insu de la femme qui ne sait pas, n'admet pas ou ne sent pas qu'elle est enceinte.

Si le déni dure jusqu'à l'accouchement, il peut arriver d'intervenir chez une femme très douloureuse et qui a envie de pousser. C'est sans doute ce dernier paramètre qui alertera les intervenants sur un possible accouchement imminent.



Points Clés

Ce type d'intervention est difficile à gérer car en plus de l'accouchement, la dimension psychologique voire psychiatrique est aussi à prendre en compte par les sapeurs-nomades



Parfois, il arrive que l'accouchement ait eu lieu dans des endroits inadaptés et mettant en péril la vie de cet enfant qui n'aura eu aucun suivi (ex : toilettes, baignoire, ...).

2 La grossesse extra-utérine (GEU)

Il s'agit d'une nidation du fœtus dans une trompe de Fallope donc en dehors de l'utérus (extra-utérine). La croissance du fœtus dans la trompe va engendrer des douleurs et un risque de déchirure de la trompe entraînant une hémorragie intra abdominale.

C'est une **urgence chirurgicale** si la trompe est rompue. Elle peut compromettre le pronostic vital de la mère et sa fertilité ultérieure.

Le plus souvent, elle se traduit par des douleurs à type de coliques, latéralisées (sur un seul côté), avec malaises et saignement vaginal.

Parfois le choc hémorragique survient brutalement.

Si la notion de grossesse est envisagée, demander à la patiente si une première échographie a permis de vérifier l'emplacement de l'œuf.

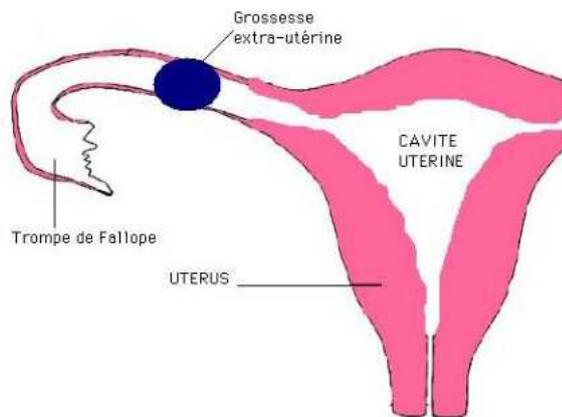


Schéma 51B9 : Nidation de l'œuf dans une trompe de Fallope en dehors de l'utérus

3 La fausse couche

C'est la perte d'un embryon ou d'un fœtus avant la fin de la grossesse. Il existe un risque élevé d'hémorragie et de détresse circulatoire. Elle se traduit par des douleurs abdominales avec saignement vaginal abondant chez une femme enceinte ou susceptible de l'être. Parfois la grossesse peut être méconnue.

Conduite à tenir :

- Rassurer la victime et l'installer confortablement ;
- Rechercher des signes de détresse et évaluer la quantité de sang perdue ;



Points Clés

Toute douleur abdominale violente chez une femme en âge de procréer peut-être une GEU jusqu'à preuve du contraire. La recherche doit porter sur les signes d'une hémorragie interne et extériorisée.



Avoir à l'esprit que la grossesse est parfois méconnue et se méfier des âges extrêmes (12 ans - 55 voire 60 ans).



Il existe des fausses-couches provoquées par une interruption volontaire de grossesse ou pour raison médicale (malformation fœtale, mort fœtale...). Des médicaments prévus pour provoquer chimiquement une fausse-couche. L'expulsion utérine peut s'accompagner parfois de saignements importants, il sera donc nécessaire de distinguer une fausse-couche inopinée d'une fausse-couche provoquée.



- Se renseigner sur la date du début de la grossesse ou sur la date des dernières règles ;
- Demander un avis médical et proposer la mise sous oxygène ;
- Mettre une protection absorbante et surélever les jambes pendant le transport ;
- Si la fausse couche a eu lieu, conserver l'embryon ou les fragments d'embryon en vue d'une analyse médicale (ne jamais évoquer le terme « fausse-couche » sans avis médical au vu des éléments évacués) ;
- Laisser la victime à jeun et la surveiller minutieusement par rapport au risque d'hémorragie.



Points Clés

La fausse couche est un traumatisme émotionnel pour les femmes qui la subissent. Il faut être empathique même si la fausse couche est provoquée.

4 L'éclampsie et le pré-éclampsie

L'**éclampsie** est une série de crises convulsives, potentiellement mortelles, provoquées par une hypertension artérielle chez la mère due à un dysfonctionnement du placenta ayant des répercussions sur la mère et le fœtus.

La forme précoce dénommée « **pré éclampsie** » est une **maladie fréquente de la grossesse**, associée à une **hypertension artérielle** (TA > 140/90 mm Hg) et à l'apparition de protéines dans les urines. La plupart des patientes accoucheront d'un bébé en bonne santé (en général prématuré) et se rétabliront rapidement. Toutefois, non traité, ce syndrome entraîne de nombreuses complications qui peuvent conduire au décès de la mère et/ou de l'enfant.



L'éclampsie est la deuxième cause de mortalité de la femme enceinte après celle de l'hémorragie de la délivrance. La pré-éclampsie concerne 5% des grossesses.

Dans la plupart des cas, un suivi permet d'éviter les complications graves. Mais dans 1 cas sur 10, une forme sévère survient. La seule façon de sauver la mère est alors d'extraire le fœtus et son placenta, que le fœtus soit déjà viable ou non.

Plusieurs facteurs de risque de pré-éclampsie ont été identifiés :

- Des antécédents personnels ou familiaux de pré-éclampsie ;
- Une première grossesse (nulliparité) ;
- Une hypertension chronique, une pathologie rénale connue ou encore un diabète ;
- Une obésité ;
- Être âgée de plus de 40 ans ou de moins de 18 ans,

Les signes d'hypertension artérielle chez la femme enceinte pré-éclampsique peuvent s'accompagner de divers symptômes comme des céphalées violentes, des troubles visuels (hypersensibilité à la lumière, « mouches », taches ou brillances devant les yeux), des acouphènes, des douleurs abdominales, des vomissements ou encore la diminution ou l'arrêt de la production d'urines. Des œdèmes massifs



Points Clés

Toute hypertension chez une femme enceinte ou toute évocation de pré-éclampsie dans ses antécédents doit laisser envisager certainement un accouchement à très hauts risques :

- **Prématurité** de l'enfant ;
- **Retard de croissance induit par l'HTA** donc **fragilité** à la naissance ;
- **Hémorragie** ;
- **Risque de décès**



peuvent apparaître et s'accompagner d'une prise de poids brutale (plusieurs kilos en quelques jours).

Une progression rapide est à craindre au troisième trimestre de la grossesse.

Après l'apparition des premiers symptômes, la pré-éclampsie peut évoluer rapidement et nécessite une prise en charge. Elle peut entraîner des complications graves dans 10 % des cas et met alors en jeu, à court terme, le pronostic vital de la mère et de son fœtus.

Ces complications sont :

- **L'éclampsie** : il s'agit de crises convulsives, potentiellement fatales, provoquées par une hypertension artérielle intracrânienne chez la mère ;
- **L'hémorragie cérébrale** qui est la cause principale de décès des femmes enceintes ;
- L'insuffisance rénale chez la mère :
- Un **décollement placentaire** qui provoque une hémorragie interne là où il était fixé. Cet accident nécessite un accouchement en urgence ;
- Des troubles de la coagulation majorant le risque d'hémorragie.



Points Clés

Les signes suivants chez une femme enceinte sont des urgences qui peuvent finir par un transfert rapide vers un bloc obstétrical en fonction du terme :

- Convulsions
- Utérus dur comme du bois
- Contraction qui ne s'arrête pas

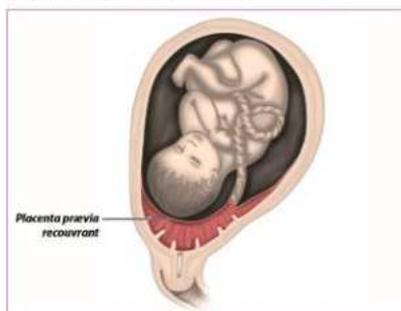
La prise en charge d'une pré-éclampsie nécessite une hospitalisation qui permettra un suivi extrêmement régulier de la future maman.

L'enjeu de la prise en charge consiste donc à prolonger la grossesse le plus longtemps possible, afin de libérer l'enfant à une période acceptable de son développement.

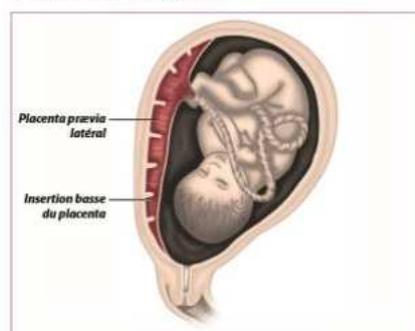
5 Le placenta praevia

Le placenta n'est pas normalement inséré au fond de la cavité utérine. Ceci favorise l'hémorragie lors du travail. Si le placenta praevia recouvre le col, l'accouchement ne pourra se faire par voie basse et nécessitera une césarienne en urgence.

Le placenta praevia recouvrant



Le placenta praevia latéral





6 La procidence du cordon

C'est la présentation du cordon avant l'enfant. Elle expose à une souffrance foetale aigue par rupture de la circulation, c'est une **urgence extrême** qui nécessite dans tous les cas une **césarienne**. L'identification rapide de cette anomalie, va permettre au médecin régulateur d'organiser un accueil rapide au bloc obstétrical.

Le transport se fera en position déclive (tête en bas) avec de l'oxygène pour la mère.



Dessin 51B11 : La procidence du cordon

X

LES PRISES EN CHARGES SPECIFIQUES DE LA FEMME ENCEINTE

1

Manœuvre spécifique de désobstruction des voies aériennes

Chez la femme enceinte (les derniers mois), les compressions abdominales seront remplacées par des compressions thoraciques, après échec des tentatives de libération par des claques dans le dos.



Photo 51B12: Compressions thoraciques chez la femme



2 L'arrêt cardiaque chez la femme enceinte

« *Le meilleur moyen de sauver le bébé étant de sauver sa mère* », une RCP de haute qualité est donc indispensable.

Il peut être demandé de pousser l'utérus manuellement vers la gauche de la femme enceinte pour faciliter le retour veineux.

Un transport en urgence au bloc obstétrical sera parfois pratiqué pour tenter de sortir le fœtus par mesure de sauvetage en l'absence de retour rapide à une circulation spontanée (RACS).



Lors du massage cardiaque chez une femme enceinte, il faudra veiller à libérer la veine cave en repoussant le ventre vers la gauche, on peut alors glisser un genou dans le dos en se positionnant à droite de la victime et en exerçant des pressions thoraciques en oblique.



Photo 51B13 : Déplacement utérin lors de la RCP d'une femme

3 Les traumatismes chez la femme enceinte

Même les blessures mineures peuvent potentiellement être mortelles pour la mère et pour le fœtus. Les chutes et les accidents de la voie publique sont les principales causes de traumatismes chez la femme enceinte. Le décollement placentaire est la première cause de détresse fœtale.

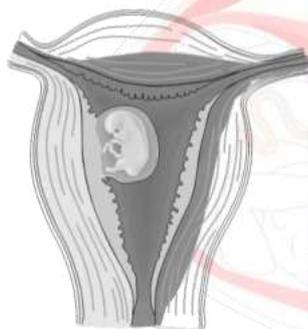
Une réanimation «agressive» de la mère considérant les changements physiologiques et anatomiques liés à la grossesse, est le meilleur traitement pour le fœtus.

La protection de l'utérus et du fœtus contre les traumatismes dépend de l'âge de la grossesse.



Les risques liés au phénomène brutal de décélération lors d'un AVP chez une femme enceinte sont :

- Rupture de l'utérus
- Décollement placentaire
- Hémorragie massive
- Mort fœtale
- En fin de gestation : traumatisme crânien et hémorragie intra-crânienne chez le fœtus.



Protection de l'utérus et du fœtus contre les traumatismes en fonction du terme de la grossesse		
Age de la grossesse	Position de l'utérus	Exposition fœtale aux traumatismes
12 semaines	Pelvien	Bien protégé par le bassin Paroi utérine épaisse
20 semaines	Ombilical	Fœtus protégé par beaucoup de liquide amniotique Utérus moins bien protégé
36 semaines	Sus-Ombilical	Fœtus moins bien protégé Utérus mal protégé et à parois fines

Tableau 51B14 : Risques fœtaux en fonction du terme sur AVP

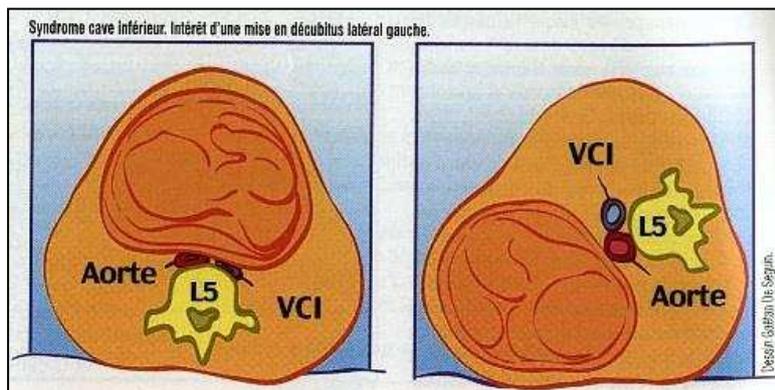


Particularité de la position d'attente de la femme enceinte

L'augmentation de volume de l'utérus gravide (au cours de la grossesse) induit, en décubitus dorsal (à plat dos), une compression de la veine cave inférieure et gêne le retour veineux au cœur droit (syndrome cave inférieur) de la mère. Il est parfois associé à une compression aortique. Cette compression peut apparaître dès le début du 2^{ème} trimestre.

Même lorsqu'il est asymptomatique chez la mère, ce syndrome peut entraîner une baisse de la perfusion placentaire et donc une souffrance fœtale. En cas d'hémorragie ou d'hypovolémie associées, il majore la décompensation hémodynamique et peut être à l'origine d'un collapsus cardiovasculaire maternel avec détresse ou mort fœtale. Il est donc primordial de le traiter à toutes les étapes de la prise en charge, y compris jusqu'au bloc opératoire.

Le décubitus latéral gauche (pseudo PLS côté gauche) est le meilleur moyen de prévention et de traitement de ce syndrome. En cas d'impossibilité de mobilisation de la patiente, il est possible de surélever sa hanche droite avec un drap ou une alèse roulée. Une autre technique consiste à repousser manuellement l'utérus vers la gauche.



Dessin 51B15 : Intérêt de la position d'attente latérale gauche dès le 5^{ème} mois chez la femme enceinte



Photo 51B16 : Femme enceinte inconsciente en PLS sur son côté gauche