

- Si elle présente une protéinurie ou d'autres signes cliniques ou symptômes de prééclampsie, envisagez la possibilité d'une prééclampsie surajoutée et procédez comme pour une prééclampsie légère.
- Surveillez la croissance et l'état du fœtus.
- S'il n'y a pas de complication, attendez le terme pour procéder à l'accouchement.
- Si une prééclampsie survient, procédez selon les cas comme pour une prééclampsie légère ou une prééclampsie sévère.
- Si le rythme cardiaque fœtal est anormal (inférieur à 100/min ou supérieur à 180/min), suspectez une souffrance fœtale.
- S'il y a un retard de croissance fœtale sévère et que la datation de la grossesse est précise, examinez le col et envisagez de procéder à l'accouchement.
- Si le col est favorable (mou, mince et partiellement dilaté), rompez les membranes à l'aide d'une pince à rompre ou d'une pince de Kocher et déclenchez le travail en administrant de l'ocytocine ou des prostaglandines.
- Si le col est défavorable (ferme, épais, fermé), amenez-le à maturation en administrant des prostaglandines ou en utilisant une sonde de Foley.
- Observez la patiente pour détecter d'éventuelles complications, comme un hématome rétro-placentaire et une prééclampsie surajoutée.

22.5 COMPLICATIONS

Les complications de l'hypertension gravidique peuvent entraîner une issue périnatale ou maternelle défavorable. Parce que ces complications sont souvent difficiles à traiter, il est nécessaire de s'efforcer de les prévenir en diagnostiquant les affections suffisamment tôt et en les prenant correctement en charge. Les prestataires de soins doivent être conscients du fait que la prise en charge peut elle aussi donner lieu à des complications.

Prise en charge

- Si le retard de croissance fœtale est important, accélérez l'accouchement ;
- En cas de somnolence croissante ou de coma, redoutez une hémorragie cérébrale et :
 - faites baisser lentement la tension artérielle afin de réduire le risque d'hémorragie cérébrale ;
 - dispensez un traitement symptomatique et prenez les dispositions pour évacuer la patiente vers un centre de soins tertiaires.
- Si l'état de la patiente évoque une insuffisance cardiaque, rénale ou hépatique, dispensez un traitement symptomatique et prenez les dispositions pour évacuer la patiente vers un centre de soins tertiaires.

- Suspectez une coagulopathie :
 - si lors du test de coagulation, au bout de 7 min le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement,
 - si vous observez des saignements aux points de ponction.
- Si on a posé des voies veineuses et cathéters, la patiente est exposée aux infections ; dans ce cas, appliquez les méthodes de prévention des infections et assurez une surveillance étroite pour pouvoir détecter d'éventuels signes d'infection.
- Si on injecte des solutions intraveineuses à la patiente, elle risque une surcharge circulatoire, c'est pourquoi il convient de consigner strictement les quantités de liquide administrées et la diurèse sur un tableau représentant le bilan hydrique.

Accouchement normal et pathologique

23.1 PRINCIPES GÉNÉRAUX

L'accouchement est un phénomène physiologique qui se termine par la naissance du bébé et l'expulsion du placenta. Alors que l'accouchement normal est terminé en moins de 12 heures, il peut être anormalement prolongé dans certains cas. Un accouchement prolongé peut avoir des conséquences graves pour la mère :

- Infection
- Rupture utérine
- Fistules génitales
- Décès.

Les conséquences pour le bébé sont :

- Infection
- Asphyxie et traumatismes de la naissance
- Enfant mort-né
- Décès néonatal.

Tous ces problèmes peuvent être en grande partie prévenus par une bonne prise en charge de l'accouchement.

Travail

Le travail est le processus par lequel les contractions utérines aboutissent à une dilatation progressive du col et à l'expulsion du bébé et du placenta.

On peut présumer que le travail est commencé ou commencera sous peu si la patiente a :

- des douleurs abdominales intermittentes après 22 semaines de grossesse ;
- des douleurs généralement associées à des pertes vaginales gluantes et filantes, teintées de sang (expulsion du bouchon muqueux) ;
- des pertes vaginales aqueuses ou un écoulement d'eau soudain.

Ces symptômes ne sont pas par eux-mêmes diagnostiques du travail. Confirmez le début du travail seulement s'il y a des contractions utérines associées à des modifications progressives du col :

- Effacement du col : raccourcissement et amincissement progressifs du col au cours du travail ; la longueur du col à la fin de la grossesse normale est variable (quelques millimètres à 3 cm) ; avec le début du travail, la longueur du col diminue progressivement à quelques millimètres puis le col s'efface totalement,
- Dilatation du col : élargissement du diamètre de l'orifice, mesuré en centimètres (Figure 23.1).

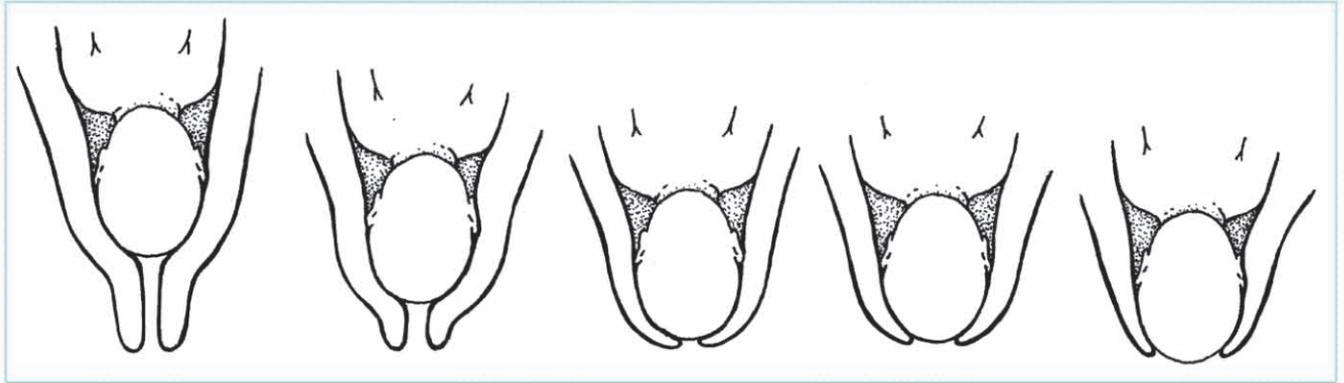


Figure 23.1 : Effacement et dilatation du col

Premier stade

Au début du travail (phase de latence), l'effacement et la dilatation lente du col se produisent. L'effacement est en général complet au moment où le col est dilaté de 3-4 cm. Après cette phase, le col se dilate rapidement (phase active) jusqu'à atteindre 10 cm (dilatation totale). La phase de latence et la phase active constituent le premier stade du travail.

Deuxième stade

Le deuxième stade du travail commence après que la dilatation totale soit atteinte. La descente fœtale à travers la filière génitale survient à la fin de la phase active et après que le col soit totalement dilaté (phase initiale de non-expulsion). Dès que le fœtus touche le plancher pelvien, la femme éprouve en général le besoin de pousser (phase finale d'expulsion).

Palper abdominal

Il est possible de mesurer la descente de la tête par un palper abdominal, en cinquièmes de tête palpables au-dessus de la symphyse pubienne (Figures 23.2 et 23.3).

Lorsque la tête se trouve entièrement au-dessus de la symphyse pubienne, les 5 cinquièmes (5/5) sont palpables.

Lorsque la tête se trouve entièrement au-dessous de la symphyse pubienne, elle n'est pas du tout (0/5) palpable.

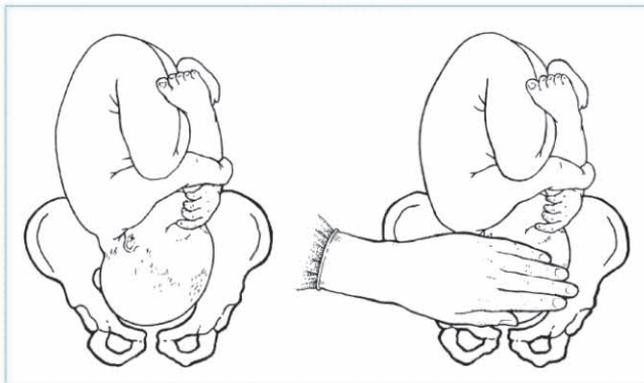


Figure 23.2 : Palper abdominal évaluant la descente de la tête fœtale : 5/5 palpables

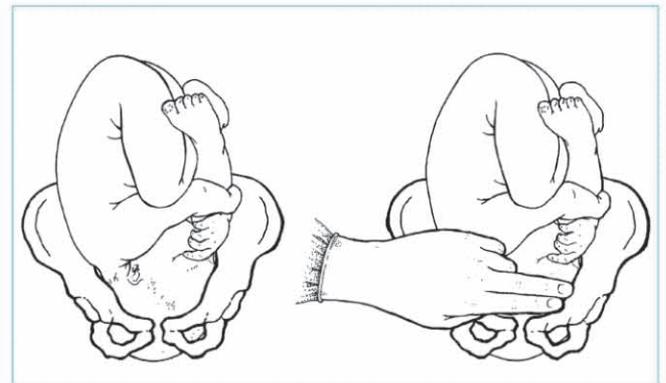


Figure 23.3 : Palper abdominal évaluant la descente de la tête fœtale : 2/5 palpables

Toucher vaginal

La descente du mobile fœtal peut également être estimée par un toucher vaginal en appréciant la hauteur de la présentation par rapport aux épines sciatiques du bassin maternel (Figure 23.4 : 0 = niveau des épines ischiatiques).

Troisième stade

Le troisième stade du travail débute avec le dégagement de la tête et se termine avec l'expulsion du placenta.

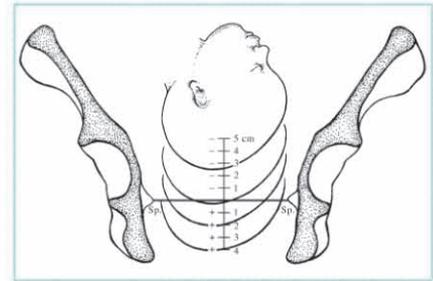


Figure 23.4 : Estimation de la descente de la tête fœtale par un toucher vaginal ; le niveau zéro se trouve au niveau des épines sciatiques

Une progression lente du travail a trois causes principales :

- Des contractions utérines inefficaces
- Une présentation dystocique ou une dystocie mécanique
- Une disproportion céphalo-pelvienne

Ces causes sont souvent intriquées. Des contractions inefficaces sont la cause la plus fréquente de progression lente du travail.

Éliminez les dystocies mécaniques et les contractions inefficaces avant de poser le diagnostic de disproportion céphalo-pelvienne.

Contractions utérines

Les « bonnes contractions utérines » sont caractérisées par :

- Une fréquence de 2 à 4 par 10 minutes,
- Une durée de 30 à 60 secondes,
- Un effacement et une dilatation progressifs pendant la phase de latence,
- Une dilatation progressive d'au moins 1 cm/heure au cours de la phase active,
- Une descente progressive de la présentation fœtale.

Les contractions inefficaces n'ont pas ces caractéristiques. Elles peuvent survenir à n'importe quel stade du travail. Si vous avez exclu une présentation dystocique et si le travail ne progresse pas malgré de bonnes contractions, il faut admettre qu'il y a disproportion céphalo-pelvienne. Des contractions faibles dans la phase de latence représentent un « faux travail ». Ne les confondez pas avec un travail anormal.

Présentations dystociques et dystocies mécaniques

La présentation la plus fréquente et la plus favorable est une tête bien fléchie en position occipito-pubienne. Dans une présentation dystocique il y a en général une incongruence entre la présentation et le pelvis maternel. La présentation s'appuie faiblement sur le col. Les contractions sont généralement inefficaces pour faire progresser le travail.

Disproportion céphalo-pelvienne

Si le travail se poursuit malgré la disproportion, il peut être arrêté ou bloqué.

La disproportion est le résultat :

- d'un fœtus trop grand,
- d'un pelvis trop étroit.

Vous pouvez identifier la disproportion tôt dans certains cas : par exemple, avec une tête hydrocéphalique ou un gros fœtus chez une femme qui a un pelvis anormal en raison, par exemple, de fracture du bassin. Cependant, le plus souvent, la disproportion est un diagnostic d'exclusion : c'est-à-dire une fois que vous avez éliminé des contractions utérines inefficaces et une présentation dystocique.

Le test le plus fiable pour déterminer si le bassin est compatible avec le dégagement de la tête est de faire une épreuve de travail. La pelvimétrie clinique a une valeur limitée.

Notez la progression du travail sur le partogramme (Figure 23.5) afin d'être alerté précocement de la présence d'une disproportion. Quand un travail arrêté n'est pas reconnu et se prolonge, la disproportion céphalo-pelvienne aboutit à un travail bloqué. Le diagnostic de travail bloqué repose sur un arrêt de la dilatation du col ou de la descente de la présentation associé à :

- une grosse bosse séro-sanguine et un modelage du troisième degré,
- une mauvaise application du col sur la présentation et un col œdémateux,
- un gonflement du segment inférieur de l'utérus et la formation d'un anneau de rétraction,
- une détresse maternelle et fœtale,
- un travail qui se prolonge sans dégagement de la tête.

23.2 BILAN ET DIAGNOSTIC

Lorsqu'une femme se présente avec des douleurs abdominales intermittentes, posez les questions suivantes :

- La femme est-elle en travail ?
- Si elle est en travail, de quelle phase du travail s'agit-il ?
- Quelle est la présentation du fœtus ?
- La membrane de la poche des eaux est-elle rompue ? Si oui, depuis combien de temps ?

Évaluez l'état général de la patiente

- A-t-elle mal ? Est-elle en détresse ?
- Prenez son pouls, sa pression artérielle, sa température et évaluez son niveau d'hydratation (langue, diurèse).
- Quels sont ses antécédents médicaux ?

Palpez afin de percevoir les contractions utérines. Si la patiente a au moins 2 contractions utérines d'une durée supérieure à 20 secondes en moins de 10 minutes, faites un toucher vaginal afin de préciser le degré d'effacement et de dilatation du col.

Si le col n'est pas dilaté au premier examen, il ne faut pas poser le diagnostic de travail en cours. Si les contractions persistent, réexaminez la patiente au bout de 4 heures pour apprécier l'évolution au niveau du col. A ce stade, s'il y a effacement et dilatation, la patiente est en travail ; s'il n'y a pas d'évolution, il s'agit d'un faux travail.

Le diagnostic de travail ne peut être posé que s'il y a effacement et dilatation du col. Un faux diagnostic à ce stade peut provoquer une anxiété et des interventions inutiles.

Renseignements concernant la patiente : remplir les rubriques nom, gestité, parité, numéro de dossier, date et heure d'admission, heure de rupture des membranes.

Rythme cardiaque fœtal : toutes les demi-heures.

Liquide amniotique : couleur du liquide amniotique à chaque toucher vaginal, inscrire en outre :

- un I si les membranes sont intactes ;
- un R si les membranes sont rompues ;
- un C si les membranes sont rompues et que le liquide amniotique est clair ;
- un M si le liquide amniotique est teinté de méconium ;
- un S si le liquide amniotique est teinté de sang.

Modelage de la tête : noter :

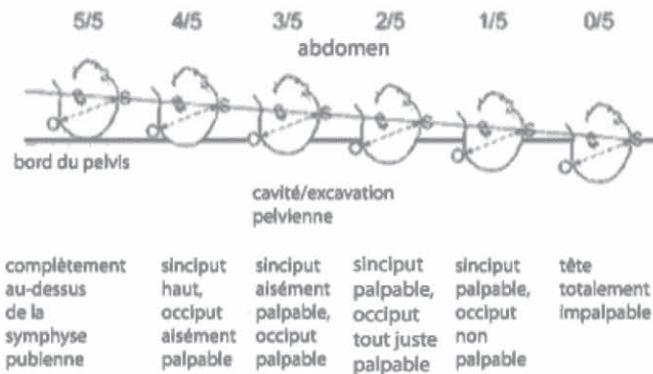
- 1 : si les os du crâne sont apposés ;
- 2 : s'ils se chevauchent mais que le chevauchement est réductible ;
- 3 : s'ils se chevauchent et que le chevauchement est irréductible.

Dilatation du col : évaluer à chaque toucher vaginal et marquer d'une croix (X), commencer le tracé de la courbe à 4 cm.

Ligne d'alerte : segment prenant son origine à 4 cm de dilatation et se terminant au point où la dilatation doit être complète, à raison d'une progression de 1 cm par heure.

Ligne d'action : parallèle à la ligne d'alerte, 4 h plus à droite.

Descente évaluée à la palpation de l'abdomen : concerne la partie de la tête (divisée en 5) palpable au-dessus de la symphyse pubienne ; la marquer d'un cercle (O) à chaque toucher vaginal ; à 0/5, le sinciput (B) est au niveau de la symphyse pubienne.



Nombre d'heures : concerne le temps écoulé depuis le début de la phase active du travail (observé ou déduit).

Heure : l'heure qu'il est.

Nombre de contractions : toutes les demi-heures ; déterminer à la palpation le nombre de contractions en 10 minutes et noter leur durée (en secondes) :

-  si elles durent moins de 20 secondes ;
-  si elles durent entre 20 et 40 secondes ;
-  si elles durent plus de 40 secondes.

Ocytocine : en cas d'utilisation, noter toutes les 30 minutes la quantité d'ocytocine administrée par volume de liquide perfusé, en gouttes par minute.

Médicaments : noter tout apport médicamenteux.

Pouls : toutes les 30 minutes et marquer d'un point (●).

Tension artérielle : mesurer toutes les 4 h et indiquer avec des flèches.

Température : toutes les 2 h.

Urine : quantité de protéines, d'acétone et volume : noter à chaque miction.

Figure 23.5 : Partogramme

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

Rythme cardiaque fœtal

Liquide amniotique
Modelage de la tête

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

Descente de la tête (marquer un "O")

Nombre d'heures

Heure réelle

Nombre de contractions en 10 min.

Oxytocine U/L gouttes/min.

Médicaments et injections I.V.

Pouls ●

et

T.A. ↑ ↓

Temp. °C

Urine — prot.

acet.

vol.

Premier stade

Phase de latence

- Dilatation du col inférieure à 4 cm.

Phase active

- Dilatation du col comprise entre 4 et 9 cm,
- Rapidité de dilatation généralement de 1cm/h au moins,
- Effacement du col en général complet,
- Début de la descente fœtale.

Deuxième stade

Phase précoce (non expulsive)

- Col complètement dilaté (10 cm),
- Poursuite de la descente fœtale,
- Pas de forte envie de pousser.

Phase tardive (expulsive)

- La présentation fœtale atteint le plancher pelvien et la patiente présente une forte envie de pousser,
- Dure le plus souvent moins d'une heure chez la primigeste et moins de 30 minutes chez la multigeste.

Pratiquez un examen vaginal au moins toutes les 4 heures au cours du premier stade du travail et notez vos constatations sur le partogramme. Le partogramme est très utile pour suivre la progression du travail et pour détecter précocement toute anomalie dans le déroulement de ce dernier.

Des touchers vaginaux plus fréquents sont nécessaires quand :

- La poche des eaux est rompue,
- Il y a une souffrance fœtale,
- La patiente passe au deuxième stade du travail.

À chaque toucher vaginal, il faut noter :

- L'effacement et la dilatation du col,
- La présentation et son niveau,
- La couleur et l'odeur du liquide amniotique.

Vérifiez la progression du travail par :

- La mesure de l'effacement et de la dilatation du col au cours de la phase de latence,
- La mesure de la rapidité de la dilatation cervicale au cours de la phase active,
- Le degré de descente du fœtus au cours du deuxième stade.

Vérifiez la vitalité fœtale par :

- La mesure de la fréquence cardiaque fœtale pendant ou immédiatement après une contraction.
- L'auscultation des bruits du cœur fœtal pendant une minute entière :
 - Toutes les demi-heures pendant la phase active,
 - Toutes les 5 minutes pendant le deuxième stade.
- L'auscultation plus fréquente si une anomalie est détectée : alors que la fréquence normale du cœur du fœtus est comprise entre 120 et 180/min,

une fréquence <100 ou >180 est évocatrice d'une mauvaise tolérance du travail ou de souffrance fœtale.

- Auscultation d'une récupération de la fréquence cardiaque après les contractions : une récupération lente itérative est signe de souffrance fœtale.

Signes évocateurs d'une progression satisfaisante du travail

- Contractions soutenues dont la fréquence et la durée augmentent progressivement,
- Vitesse de dilatation du col d'au moins 1 cm/heure au cours de la phase active du travail,
- Descente fœtale satisfaisante avec poussées pendant la phase expulsive,
- Col intimement appliqué sur la tête fœtale.

Signes évocateurs d'une progression non satisfaisante du travail

- Contractions irrégulières, faibles et rares,
- Vitesse de dilatation du col inférieure à 1 cm/heure pendant la phase active,
- Pas de descente fœtale lors des poussées pendant la phase expulsive,
- Mauvaise application de la présentation sur le col.

Signes évocateurs de risques pour le fœtus :

- Liquide amniotique taché de sang,
- Liquide amniotique de couleur jaune verdâtre,
- Anomalies de la fréquence cardiaque fœtale avec des décélérations, des tachycardies ou des retards de récupération de la fréquence cardiaque fœtale après les contractions.

23.3 PROGRESSION DU TRAVAIL

PROGRESSION LENTE DU TRAVAIL AVEC PHASE DE LATENCE PROLONGÉE

Le diagnostic de phase de latence prolongée s'établit a posteriori.

- Lorsque les contractions cessent, il s'agit d'un faux travail.
- Lorsque les contractions deviennent régulières et que la dilatation dépasse 4 cm, il s'agit d'une phase de latence.

En cas de faux travail, un diagnostic erroné de phase de latence prolongée peut amener à déclencher inutilement le travail ou réaliser une césarienne non justifiée.

La phase de latence est prolongée si la dilatation du col reste inférieure à 4 cm après 8 heures. Si la patiente est en phase de latence depuis plus de 8 heures et si la progression est apparemment faible, réévaluez la situation en examinant le col :

- S'il n'y a eu aucune évolution de l'effacement ou de la dilatation du col et s'il n'y a pas de souffrance fœtale, revoir le diagnostic – il se peut que la patiente ne soit pas en travail ;
- S'il y a eu une progression de l'effacement ou de la dilatation du col, déclenchez le travail en administrant de l'ocytocine. La rupture des membranes est indiquée en même temps ou avant le déclenchement du travail avec l'ocytocine. Toutefois, dans les zones à haute prévalence du VIH, si la césarienne de principe n'est pas l'option retenue, laissez les membranes intactes aussi longtemps que possible afin de réduire le risque de transmission du VIH.

Réexaminez la patiente toutes les 4 heures :

- Si la patiente n'est pas entrée en phase active après 8 heures de perfusion d'ocytocine, pratiquez une césarienne mais assurez-vous d'abord qu'il ne s'agissait pas d'un faux travail.
- Si les membranes se sont déjà rompues spontanément, induisez ou renforcez le travail sans tarder.
- Dans les zones à prévalence élevée d'infections à streptocoques du groupe B, commencez une antibioprofylaxie 12 heures après la rupture des membranes afin de réduire le risque d'infection à streptocoque du groupe B chez le nouveau-né.
- S'il y a le moindre signe d'amniotite, renforcez le travail immédiatement et traitez par des antibiotiques.

PROGRESSION LENTE DU TRAVAIL AVEC PHASE ACTIVE PROLONGÉE

Durant la phase active du travail, la dilatation progresse habituellement d'au moins 1 cm par heure. Toute vitesse de dilatation plus lente est le signe d'une phase active lente. Si la phase active lente est négligée, cela peut aboutir à une phase active prolongée. La progression lente du travail au cours de la phase active peut avoir une ou plusieurs des causes suivantes :

- Contractions utérines inefficaces,
- Présentation dystocique ou dystocie mécanique (par exemple présentation occipito-sacrée),
- Disproportion entre la taille du fœtus et la taille du pelvis.

Ces causes peuvent être intriquées. Lorsque la vitesse de dilatation du col au cours de la phase active est inférieure à 1 cm par heure, réexaminez la patiente à la recherche de contractions inefficaces ou d'une dystocie :

- Si le travail est bloqué, faites une césarienne,
- Si le travail n'est pas bloqué, stimulez-le par une rupture de la poche des eaux et de l'ocytocine.

Les méthodes générales de soutien du travail peuvent améliorer les contractions et accélérer le déroulement du travail :

- Encouragez-la et soutenez-la psychologiquement,
- Invitez-la à marcher, à s'asseoir, à changer de position,
- Hydratez-la soit par la bouche, soit par voie IV,
- Faites-la uriner,
- Ne posez une sonde urinaire qu'en dernier recours.

Surveillez le déroulement du travail de près.

Des contractions utérines inefficaces sont rares chez la multipare, c'est pourquoi il faut éliminer formellement la disproportion foeto-pelvienne avant d'augmenter les contractions par de l'ocytocine.

Pendant la phase active du travail, les points de marquage de la dilatation cervicale restent à gauche ou sur la ligne d'alerte du partogramme. La ligne d'action est décalée de 4 heures sur la droite de la ligne d'alerte. Si le tracé du travail d'une patiente atteint cette ligne, il faudra déterminer la cause de la progression lente du travail et agir en conséquence.

PROGRESSION LENTE DU TRAVAIL AVEC PHASE EXPULSIVE PROLONGÉE

Les efforts expulsifs déployés par la parturiente accroissent le risque pour le fœtus en réduisant l'apport d'oxygène au placenta. Il convient par conséquent d'autoriser la parturiente à « pousser » spontanément, mais de ne pas l'encourager à fournir un effort prolongé et à retenir sa respiration.

La prolongation de la phase expulsive peut aussi survenir pour les mêmes raisons que la prolongation de la phase active. Si une présentation dystocique ou une dystocie mécanique ont été éliminées, un défaut de descente de la présentation au cours de la phase expulsive devrait être traité par perfusion d'ocytocine sauf contre-indication. S'il n'y a toujours pas de descente malgré le renforcement des contractions par l'ocytocine, envisagez un accouchement assisté.

L'accouchement par voie basse assisté par des forceps ou une ventouse est indiqué si la tête est engagée (moins de 1/5 de la tête est palpable au-dessus du pubis) ou si l'extrémité de la tête est à 1 cm ou plus en dessous de la ligne bi-ischiatique au toucher vaginal.

L'accouchement par césarienne est indiqué si la tête est plus haut.

PROGRESSION LENTE DU TRAVAIL DUE À UNE PRÉSENTATION DYSTOCIQUE OU À UNE DYSTOCIE MÉCANIQUE

Positions occipito-sacrées

La rotation spontanée en position occipito-pubienne survient dans 90 % des cas. L'accouchement naturel en position occipito-sacrée peut survenir, mais le travail peut être compliqué par un premier et un deuxième stade prolongé. Des déchirures périnéales et la nécessité d'agrandir l'épisiotomie peuvent compliquer l'accouchement.

Travail arrêté

Le travail peut s'arrêter lorsque la rotation et/ou la descente de la tête ne se produit pas :

- Hydratez correctement la patiente.
- Vérifiez l'état de la patiente et du fœtus.
- S'il y a une souffrance fœtale, faites une césarienne si un accouchement rapide par voie basse n'est pas possible.
- S'il n'y a toujours pas de descente après une épreuve de travail et si la tête est engagée 1 cm ou plus en dessous de la ligne bi-ischiatique, faites un accouchement au forceps ou à la ventouse.
- Si vous palpez plus de 1/5 de la tête au-dessus du pubis, faites une césarienne.
- S'il y a une dystocie ou une souffrance fœtale, faites dans tous les cas une césarienne.

Présentation du front

Une présentation du front peut évoluer spontanément vers une présentation du sommet ou de la face, en particulier lorsque le fœtus est de petite taille ou lorsqu'il est mort in utero et macéré. Il est exceptionnel qu'une présentation du front d'un fœtus de taille moyenne subisse une rotation spontanée une fois que les membranes sont rompues.

Si le fœtus est vivant :

- Pratiquez une césarienne.

Si le fœtus est mort :

- Si le col n'est pas complètement dilaté, pratiquez une césarienne.
- Si le col est complètement dilaté, extrayez le fœtus en procédant à une craniotomie ou à une césarienne.

Ne pratiquez ni extraction par ventouse obstétricale, ni accouchement par forceps bas, ni symphysiotomie pour extraire un enfant en présentation du front.

Présentation de la face

Un travail prolongé est habituel avec les présentations de la face :

- Dans la position mento-antérieure, la descente et le dégagement de la tête peuvent s'accomplir par flexion.
- Dans la position mento-postérieure, la tête en déflexion complète est bloquée par le sacrum, ce qui empêche la descente et entraîne un arrêt de la progression.

Les présentations de la face, menton en avant peuvent habituellement être accouchées par voie basse. Les présentations de la face, menton en arrière peuvent rarement être accouchées par voie basse.

- Hydratez correctement la patiente.
- Vérifiez l'état de la patiente et du fœtus.
- S'il y a une souffrance fœtale faites une césarienne si un accouchement rapide par voie basse n'est pas possible.
- Si le col n'est pas totalement dilaté et s'il s'agit d'une présentation menton en avant et s'il n'y a aucun signe d'obstruction, renforcez le travail par de l'ocytocine ; évaluez la progression comme pour une présentation du sommet.
- S'il s'agit d'une présentation menton en arrière, ou s'il y a un signe de dystocie mécanique, faites une césarienne.
- Si le col est totalement dilaté, et si la présentation est menton en avant et s'il n'y a aucun signe de dystocie mécanique, renforcez le travail par de l'ocytocine ; si la descente est satisfaisante, dégagez le tête au forceps.
- Si la descente n'est pas satisfaisante, faites une césarienne.
- Si le fœtus est mort, pratiquez une craniotomie ou une césarienne.

N'utilisez pas de ventouse obstétricale pour extraire un enfant en présentation de la face.

Présentation mixte (bras prolabé à côté de la tête)

L'accouchement spontané ne peut se produire que si le fœtus est très petit ou mort et macéré. L'arrêt de la progression au cours de la phase d'expulsion est la règle. Il est parfois possible de repositionner le bras prolabé :

1. Aidez la patiente à adopter une position genu-pectorale. Poussez le bras fœtal au-dessus du bord du bassin et maintenez-le dans cette position jusqu'à ce qu'une contraction pousse la tête dans le bassin.
2. La procidence du cordon est le risque de cette manœuvre, et soyez donc prêt à faire une césarienne.



Figure 23.6 : Siège complet

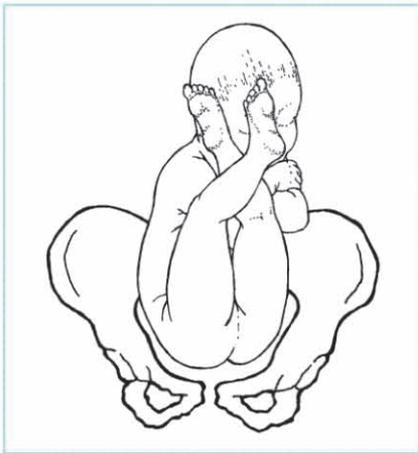


Figure 23.7 : Siège décompleté

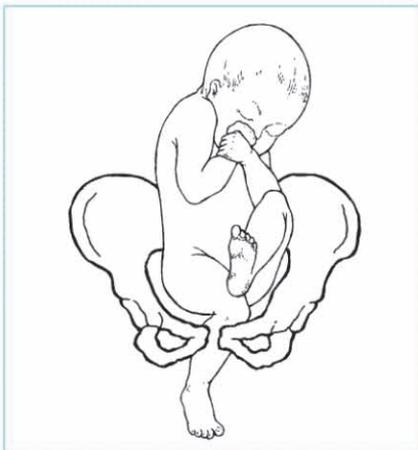


Figure 23.8 : Présentation du siège mode des pieds, avec une jambe en extension complète

Présentation du siège

Un travail prolongé associé à une présentation du siège est une indication de césarienne urgente (Figures 23.6, 23.7 et 23.8). Il faut considérer l'absence de progression du travail comme un signe de disproportion fœto-pelvienne potentielle.

Présentation transverse

La césarienne est la meilleure solution, que le fœtus soit vivant ou mort (Figure 23.9).

L'extraction par une incision utérine transversale peut s'avérer difficile, surtout si le bras est prolabé ou si le fœtus est dos vers le bas ; il est souvent nécessaire d'agrandir l'incision latéralement, avec risque de blesser l'artère utérine.

23.4 CÉSARIENNE

1. Vérifiez l'indication. Vérifiez la présentation et assurez-vous qu'un accouchement par voie basse n'est pas possible.
2. Obtenez le consentement de la patiente après lui avoir expliqué l'intervention et les raisons de celle-ci.
3. Vérifiez le taux d'hémoglobine de la patiente, mais n'attendez pas le résultat s'il y a souffrance fœtale ou danger pour la patiente. Envoyez le prélèvement pour groupage et numération. Si la patiente est profondément anémiée, prévoyez de transfuser deux unités de sang.
4. Posez une perfusion IV.
5. Donnez 30 ml de citrate de sodium 0,3 molaire per os et/ou 150 mg de ranitidine per os ou 50 mg IV pour diminuer l'acidité gastrique. Le citrate de sodium n'est efficace que 20 minutes et devrait être donné immédiatement avant l'induction anesthésique si une anesthésie générale est faite.
6. Sondez la vessie et laissez la sonde en place pendant l'intervention.
7. Si la tête plonge profondément dans le bassin comme c'est le cas dans les dystocies mécaniques, préparez le vagin pour une assistance par voie vaginale.
8. Inclinez la table d'opération sur la gauche ou mettez un oreiller ou un linge plié sous la hanche droite de la patiente pour réduire le risque de choc postural.
9. Écoutez le rythme cardiaque du fœtus avant de débiter l'intervention.

Choix de l'anesthésie

En cas d'extrême urgence, une anesthésie générale peut être plus rapide qu'une rachianesthésie et peut également être plus sûre si la patiente est

hypovolémique ou en état de choc. Lorsque l'urgence est moindre (extraction dans les 30 minutes) une rachianesthésie bien faite par un anesthésiste expérimenté minimise le risque pour la mère et pour l'enfant. Ces décisions doivent être prises d'un commun accord entre l'anesthésiste et le chirurgien. En cas d'impossibilité de réaliser une anesthésie générale, une anesthésie à la kétamine ou une rachianesthésie, la césarienne peut être pratiquée sous anesthésie locale à la lidocaïne.

Ouverture de l'abdomen et refoulement de la vessie

L'abdomen peut être ouvert par une incision verticale ou par une incision transversale. Une césarienne sous anesthésie locale est plus difficile à réaliser par une incision transversale. La cicatrice d'une incision transversale est plus solide.

Incision verticale médiane

1. Incisez verticalement la peau et le tissu graisseux sous-cutané sur la ligne médiane, depuis l'ombilic jusqu'à la limite de la pilosité pubienne (Figure 23.10).
2. Faites une incision verticale de 2 à 3 cm dans l'aponévrose.
3. Tenez les berges de cette incision avec une pince et prolongez-la vers le haut et vers le bas aux ciseaux.
4. Avec les doigts ou avec des ciseaux, séparez les muscles grands droits (muscles de la paroi abdominale).
5. Avec les doigts, réalisez une ouverture dans le péritoine, à proximité de l'ombilic. Agrandissez l'incision vers le haut et vers le bas aux ciseaux, de façon à ce que l'utérus soit entièrement visible. Séparez les divers plans et incisez la partie inférieure du péritoine en manipulant les ciseaux avec précaution pour ne pas risquer de léser la vessie.

Incision transversale

1. Faites une incision cutanée droite horizontale environ 3 cm en dessous de la ligne qui unit les épines iliaques antéro-supérieures. Cette incision doit mesurer 16 à 18 cm de longueur.
2. Incisez la graisse jusqu'à l'aponévrose.
3. Faites une petite incision horizontale sur l'aponévrose des muscles grands droits. Agrandissez cette incision latéralement aux ciseaux.
4. Insérez votre index en crochet sous le muscle droit de votre côté et demandez à votre aide de faire de même de son côté. Écartez les muscles afin d'exposer le péritoine.
5. Ouvrez le péritoine pariétal le plus haut possible avec votre index et agrandissez l'ouverture en écartant latéralement.

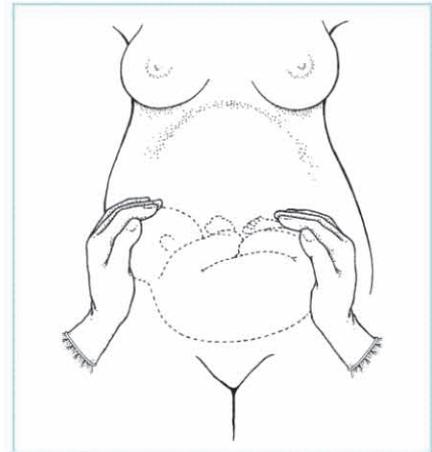


Figure 23.9 : Présentation transverse dos en bas

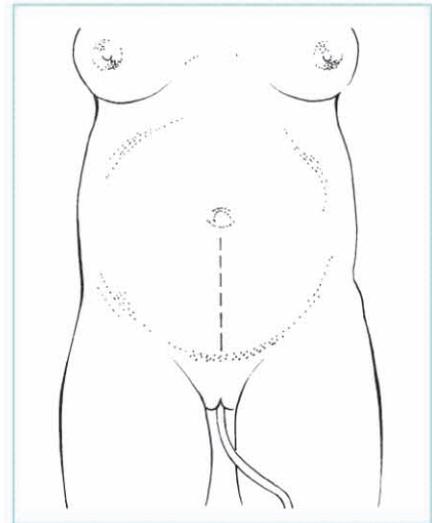


Figure 23.10 : Césarienne : emplacement de l'incision abdominale

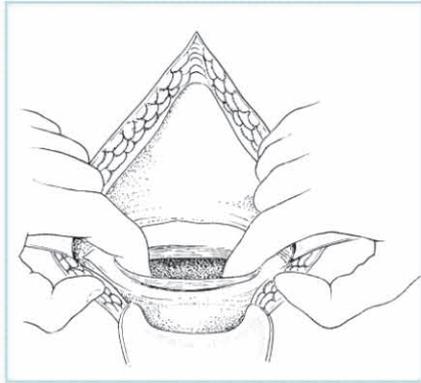


Figure 23.11 : Agrandissement aux doigts de l'hystérotomie



Figure 23.12 : Dégagement de la tête du bébé

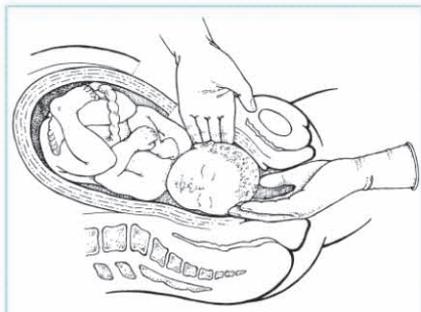


Figure 23.13 : Dégagement de la tête profondément enclavée

Refolement de la vessie

1. Placez une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne.
2. À l'aide d'une pince, décollez le péritoine vésico-utérin qui recouvre la surface antérieure du segment inférieur de l'utérus et incisez-le aux ciseaux.
3. Élargissez l'incision en glissant les ciseaux entre l'utérus et le péritoine décollé et en coupant transversalement environ 3 cm de chaque côté.
4. Avec deux doigts, écartez la vessie du segment inférieur de l'utérus en la refoulant vers le bas. Remettez la valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne et la vessie.

Hystérotomie

1. Au bistouri, incisez transversalement le segment inférieur sur 3 cm. Cette incision doit se trouver environ 1 cm plus bas que celle qui aura été réalisée dans le péritoine vésico-utérin pour refouler la vessie.
2. Élargissez l'incision en mettant un doigt de chaque côté et en tirant doucement, à la fois vers le haut et sur les côtés (Figure 23.11). Si le segment inférieur est épais et étroit, agrandissez l'incision en dessinant une courbe concave vers le haut, avec des ciseaux plutôt qu'avec les doigts, afin d'éviter que l'incision ne se déchire latéralement en déchirant les vaisseaux utérins.

Il est important de faire une incision assez grande sur l'utérus pour pouvoir dégager la tête et le corps de l'enfant sans déchirer l'utérus.

Extraction de l'enfant et du placenta

1. Pour extraire l'enfant, introduisez une main dans l'utérus, entre la paroi utérine et la tête du bébé.
2. Avec les doigts, saisissez la tête et fléchissez-la.
3. Soulevez doucement la tête et la faire passer au travers de l'incision de l'isthme utérin (Figure 23.12), en veillant à ne pas agrandir celle-ci vers le bas en direction du col.
4. De l'autre main, appuyez doucement sur l'abdomen, au niveau du fond utérin, de façon à faciliter l'extraction de la tête.
5. Si la tête du bébé plonge profondément dans le bassin ou le vagin, demandez à un aide (après qu'il ait enfilé des gants stériles) d'introduire la main dans le vagin et de pousser la tête du bébé vers le haut (Figure 23.13).
6. Enfin soulevez la tête et dégagez-la.
7. Une fois la tête dégagée, aspirez les mucosités de la bouche et du nez du bébé. Dégagez les épaules et le corps.

8. Administrez 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 litre de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer-lactate) à la mère, à raison de 60 gouttes par minute ; la perfusion sera poursuivie pendant 2 heures.
9. Clampez le cordon ombilical et sectionnez-le.
10. Remettez le bébé à l'aide pour qu'il lui dispense les premiers soins.
11. Administrez une dose unique d'antibiotiques prophylactiques une fois que le cordon a été clampé et sectionné.
12. Si le liquide amniotique sent mauvais, donnez un traitement antibiotique à visée curative.
13. Maintenez une légère traction sur le cordon et massez l'utérus à travers la paroi abdominale.
14. Extrayez le placenta et les membranes.

Suture de l'incision utérine

1. Saisissez les extrémités de l'incision avec des pinces.
2. Saisissez la berge inférieure de l'incision avec des pinces. Assurez-vous qu'elle est bien séparée de la vessie.
3. Recherchez soigneusement toute déchirure éventuelle de l'utérus.
4. Procédez à la réparation de l'incision et de toute déchirure éventuelle dans le prolongement de celle-ci en faisant une suture par surjet de fil à résorption lente (Figure 23.14).
5. Si la tranche de l'incision continue à saigner, fermez l'incision en faisant une suture par des points en X. Il n'est pas nécessaire de réaliser systématiquement une suture en deux plans de l'incision utérine.

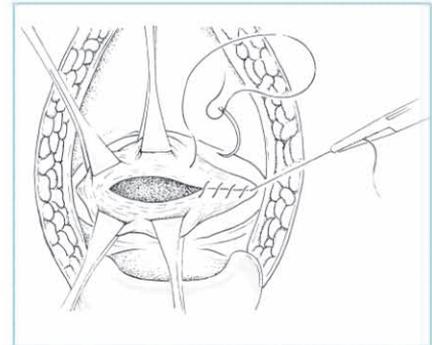


Figure 23.14 : Suture de l'incision utérine

Fermeture de l'abdomen

Examinez soigneusement l'incision de l'utérus avant de refermer l'abdomen. Assurez-vous qu'il n'y a pas de saignement et que l'utérus est ferme.

1. Fermez l'aponévrose avec un surjet de fil 0 à résorption lente. Il n'est pas nécessaire de fermer le péritoine viscéral ni le péritoine abdominal.
2. Si la patiente présente des signes d'infection, prévoyez une suture différée de la peau laissée ouverte en plaçant les fils cutanés en attente.
3. Si la patiente ne présente pas de signe d'infection, suturez le plan cutané à la verticale par des points de matelassier avec du nylon 3/0 et appliquez un pansement stérile.
4. Poussez doucement sur l'abdomen, au-dessus de l'utérus, pour expulser les caillots de l'utérus et du vagin.

Que faire en cas de problème

Saignement non maîtrisé

1. Massez l'utérus.
2. En cas d'atonie utérine, continuez à perfuser de l'ocytocine et administrez 0,2 mg d'ergométrine en IM et des prostaglandines, si l'établissement en dispose.
3. Transfusez la patiente selon les besoins.
4. Demandez à un aide d'appuyer sur l'aorte avec les doigts de façon à réduire le saignement jusqu'à ce qu'on en trouve la source et qu'on le maîtrise.
5. Si le saignement n'est pas maîtrisé, faites une ligature de l'artère utérine et de l'artère utéro-ovarienne ou une hystérectomie d'hémostase.

L'ergométrine est facilement dégradée par la chaleur. Si la logistique est déficiente, vous pouvez être amené à administrer des doses apparemment très importantes. Faites attention à son utilisation chez des patientes éclamptiques, dans la mesure où l'ergométrine augmente la pression artérielle.

Présentation du siège et césarienne

1. Saisissez un pied et faites-le passer par l'incision.
2. Terminez l'extraction comme s'il s'agissait d'un accouchement par le siège par voie basse :
3. Extrayez les jambes et le corps jusqu'aux épaules, puis les bras ;
4. Reposez le corps sur votre bras gauche. Insérez le majeur de votre main gauche dans la bouche du bébé. Empaumez avec la main droite les épaules du bébé. Fléchissez la tête avec les doigts de votre main droite et extrayez le bébé par l'incision.

Présentation transverse

1. Si le dos est en haut (près du haut de l'utérus), introduisez la main dans l'utérus et cherchez les chevilles du bébé. Saisissez-les et tirez-les doucement à travers l'incision pour extraire les jambes et terminer l'extraction comme pour la présentation du siège.
2. Si le dos est en bas, faites de préférence une incision verticale haute de l'utérus. Une fois l'incision réalisée, introduisez la main dans l'utérus et cherchez les pieds. Tirez-les à travers l'incision et terminez l'extraction comme pour la présentation du siège. La réfection de l'incision verticale nécessite une suture en plusieurs plans. Le travail est contre-indiqué lors de futures grossesses.

Placenta prævia

1. Si la césarienne révèle un placenta bas inséré sur la face antérieure de l'utérus, faites une incision dans le placenta et extrayez le fœtus.
2. Une fois que l'enfant a été extrait, s'il est impossible de détacher le placenta avec la main, posez le diagnostic de placenta accreta. C'est un phénomène qui se produit fréquemment sur les cicatrices de césariennes antérieures. Dans ce cas, faites une hystérectomie.
3. Les patientes porteuses d'un placenta prævia sont très exposées aux hémorragies du post-partum. S'il y a un saignement au niveau de la zone d'insertion placentaire, aveuglez les zones hémorragiques par des points d'hémostase au fil résorbable.
4. Observez la patiente pendant le post-partum immédiat au cas où il y aurait un saignement et prenez les mesures qui s'imposent.

Incision verticale haute (« classique »)

1. Ouvrez l'abdomen par une incision médiane qui contourne l'ombilic.
 - L'incision doit se trouver pour environ un tiers au-dessus de l'ombilic et pour environ deux tiers en dessous.
 - Incisez l'utérus sur la ligne médiane, sur le fond utérin,
 - L'incision doit mesurer approximativement entre 12 et 15 cm de long,
 - La limite inférieure ne doit pas s'étendre, en bas, au-delà du repli vésico-utérin du péritoine.
2. Demandez à l'aide d'exercer une pression sur les berges de l'incision pour maîtriser le saignement.
3. Incisez jusqu'au niveau des membranes puis agrandissez l'incision aux ciseaux.
4. Après avoir rompu les membranes, saisissez un pied et extrayez l'enfant.
5. Extrayez le placenta et les membranes.
6. Saisissez les berges de l'incision avec une pince Green Armytage ou une pince d'Allis. Fermez l'incision utérine par une suture en trois plans au moins :
 - Suturez le premier plan en partant de la cavité utérine mais en évitant la caduque par un surjet de fil à résorption lente
 - Suturez le deuxième plan du muscle utérin en faisant des points séparés au fil à résorption lente
 - Suturez les fibres superficielles et le péritoine viscéral par un surjet de fil à résorption lente avec une aiguille atraumatique.
7. Fermez l'abdomen comme pour une césarienne du segment inférieur.

Ce type de césarienne contre-indique le travail lors des grossesses ultérieures.

Antibiotiques

Les antibiotiques à visée prophylactique diminuent les infections postopératoires après césarienne. Les doses recommandées sont :

- Céfazoline 1 g IV
- ou*
- Ampicilline 1-2 g IV en une dose unique.

Si des signes d'infection sont déjà présents au moment de la césarienne, administrez :

- Ampicilline 1-2 g IV toutes les 6 heures
- plus*
- Gentamicine 5 mg/kg/jour IV en une dose journalière
- plus*
- Métronidazole 500 mg toutes les 8 heures jusqu'à ce que la patiente soit apyrétique depuis 24-48 heures.

Ligature des trompes lors de la césarienne

La ligature des trompes peut être réalisée immédiatement après la césarienne si la patiente l'a demandée avant le début du travail.

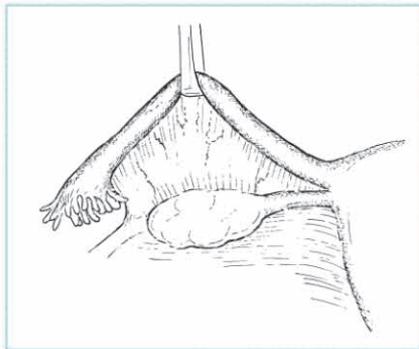


Figure 23.15 : Ligature des trompes : soulèvement d'une boucle de la trompe utérine

Vérifiez dans le dossier de la patiente qu'elle a bien demandé cette stérilisation.

Saisissez la portion médiane la moins vascularisée de la trompe de Fallope avec une pince de Babcock ou d'Allis.

Formez une boucle tubaire de 2,5 cm de long (Figure 23.15).

Écrasez la base de la boucle avec une pince hémostatique et ligaturez-la avec un point de fil résorbable 0 (Figures 23.16 et 23.17).

Excisez la boucle (un tronçon de 1 cm de long) au niveau de la région écrasée (Figure 23.18).

Répétez l'opération de l'autre côté.

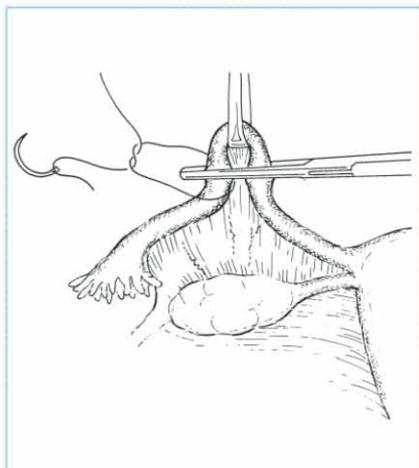


Figure 23.16 : Ligature des trompes : écrasement de la base de boucle avec une pince

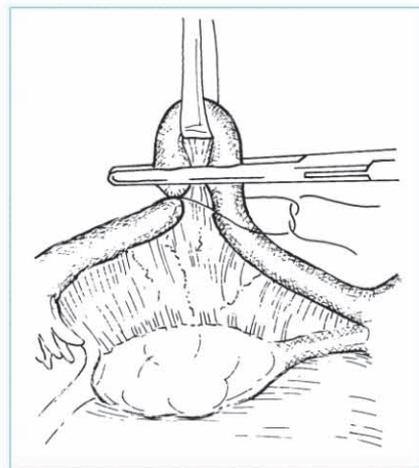


Figure 23.17 : Ligature des trompes : ligature avec un point en 8

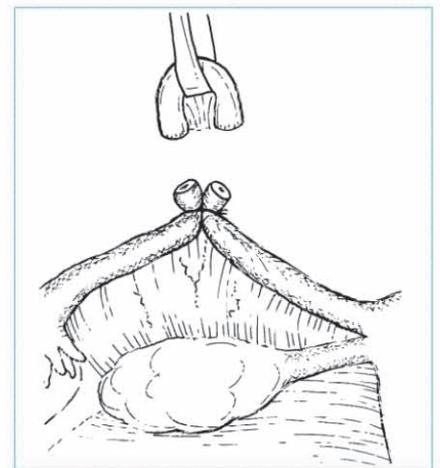


Figure 23.18 : Ligature des trompes : excision de la boucle

Soins postopératoires après césarienne

1. Surveillez et notez les signes vitaux, les pertes sanguines et la diurèse. Soyez prêt à agir.
2. En cas de saignement, massez l'utérus pour expulser le sang et les caillots de sang dont la présence inhiberait les contractions de l'utérus.
3. Administrez :
 - Ocytocine 20 unités diluées dans 1 litre de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer-lactate) à raison de 60 gouttes par minute
 - Ergométrine 0,2 mg en IM
 - Prostaglandines si disponibles.
4. Utilisez une deuxième voie veineuse pour le remplissage, puisque les perfusions ci-dessus donnent un débit de 4 ml/h qui est insuffisant chez une patiente qui saigne.
5. Si la patiente présente des signes d'infection ou si elle a de la fièvre, administrez-lui un traitement associant plusieurs antibiotiques jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 heures.
6. Administrez les analgésiques appropriés.
7. Faites boire la patiente le lendemain de l'intervention. Réalimentez dès que les boissons sont bien tolérées.

23.5 DÉCLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL ET STIMULATION DE L'ACTIVITÉ UTÉRINE

Le déclenchement artificiel du travail et la stimulation de l'activité utérine répondent à des indications différentes mais leur réalisation est identique.

- Déclenchement artificiel du travail : stimulation de l'utérus destinée à provoquer le travail.
- Stimulation de l'activité utérine : stimulation de l'utérus au cours du travail ayant pour but d'accroître la fréquence, la durée et l'intensité des contractions.

On considère que la dynamique utérine est de bonne qualité lorsque la patiente a 3 contractions en 10 minutes, chacune durant plus de 40 secondes.

Déclenchement artificiel du travail

La réussite du déclenchement du travail est liée à l'état du col au début de l'induction.

- Le col est favorable s'il est souple, court et partiellement dilaté
- Le col est défavorable s'il est dur, long et fermé : faites-le mûrir par des prostaglandines ou en utilisant une sonde de Foley avant l'induction.

On trouve la prostaglandine E2 (PGE2) sous diverses formes (en ovules de 3 mg ou en gel, en doses de 2 à 3 mg). Elle doit être placée profondément dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Si nécessaire, il est possible de renouveler l'opération au bout de 6 heures.

Si vous ne disposez pas de prostaglandine, utilisez une sonde de Foley.

1. Insérez délicatement un spéculum stérile dans le vagin.
2. Tenez la sonde à l'aide d'une pince stérile et introduisez-la doucement dans le col. Veillez à ce que le ballonnet gonflable de la sonde se trouve au-delà de l'orifice interne.
3. Gonflez-le en y injectant 10 ml d'eau. Enroulez le reste de la sonde et le mettez dans le vagin. Laissez la sonde en place jusqu'à ce que les contractions commencent ou pendant au moins 12 heures.
4. Dégonflez le ballonnet avant de retirer la sonde puis rompez les membranes et commencez l'administration d'ocytocine.

N'introduisez pas la sonde s'il y a des antécédents de saignements, si les membranes sont déjà rompues ou s'il y a une infection vaginale.

Rupture artificielle des membranes (RAM)

Si les membranes sont intactes, il est recommandé de les rompre, que ce soit pour déclencher ou pour stimuler le travail. Dans certains cas, c'est la seule chose qu'il faut faire.

La rupture des membranes, qu'elle soit spontanée ou artificielle, entraîne souvent la chaîne d'événements suivants :

- Le liquide amniotique s'écoule.
 - Le volume utérin diminue.
 - Des prostaglandines sont produites, qui stimulent le travail.
 - Les contractions utérines commencent ou deviennent plus fortes.
1. Réexaminez la patiente et précisez les indications de rupture artificielle des membranes.
 2. Écoutez le rythme cardiaque fœtal et consignez-le par écrit.
 3. Demandez à la patiente de s'allonger sur le dos, jambes fléchies, pieds joints et genoux écartés.
 4. Après avoir enfilé des gants stériles, examinez le col d'une main et notez sa consistance, sa position, son effacement et sa dilatation.
 5. De l'autre main, introduisez une pince à rompre ou une pince de Kocher dans le vagin. Dirigez cette pince vers les membranes en la faisant glisser le long des doigts intravaginaux.
 6. Avancez les deux doigts contre les membranes et, de l'autre main, rompez ces dernières délicatement à l'aide de la pince. Laissez le liquide amniotique s'écouler lentement le long des doigts.
 7. Notez la couleur du liquide (clair, verdâtre, sanguinolent). La présence d'un méconium épais est évocatrice d'une souffrance fœtale.

8. Après avoir réalisé la RAM, écoutez le rythme cardiaque fœtal pendant une contraction et après celle-ci. S'il est anormal (inférieur à 100/min ou supérieur à 180/min), redoutez une souffrance fœtale.
9. Si le travail n'est pas satisfaisant 1 heure après la RAM, commencez à administrer de l'ocytocine en perfusion. Si la décision de déclencher le travail est due à une maladie grave de la mère (septicémie ou éclampsie, par exemple), débutez la perfusion d'ocytocine dès la rupture artificielle des membranes.

Dans les régions à forte prévalence du VIH, il est prudent de laisser les membranes intactes le plus longtemps possible afin de limiter le risque de transmission périnatale du VIH.

Stimulation par l'ocytocine

Utiliser l'ocytocine avec grande prudence car une hyperstimulation peut provoquer une souffrance fœtale et, dans de rares cas, une rupture utérine. Les multipares sont plus exposées que les autres au risque de rupture utérine.

1. Consignez les informations suivantes sur le partogramme toutes les 30 minutes :
 - Débit de perfusion de l'ocytocine : les changements de position au niveau du bras sont susceptibles de modifier la vitesse d'écoulement de la solution.
 - Durée et fréquence des contractions.
 - Rythme cardiaque fœtal. Écoutez le rythme cardiaque fœtal toutes les 30 minutes, toujours immédiatement après une contraction ; s'il est inférieur à 100/min, arrêtez la perfusion.
2. Diluez 2,5 unités d'ocytocine dans 500 ml de solution de glucosé isotonique (ou de sérum physiologique) et perfusez à raison de 10 gouttes par minute, ce qui correspond environ à 2,5 mUI par minute.
3. Augmentez le débit de perfusion de 10 gouttes toutes les 30 minutes jusqu'à ce qu'une bonne dynamique utérine soit établie (les contractions durent plus de 40 secondes et se produisent 3 fois en 10 minutes). L'utérus doit être relâché entre les contractions.
4. Continuez à perfuser à ce débit jusqu'à la fin de l'accouchement.
5. En cas d'hyperstimulation (toute contraction durant plus de 60 secondes) ou si la patiente a plus de quatre contractions en 10 minutes, arrêtez la perfusion et administrez des tocolytiques pour relâcher l'utérus (par exemple 250 µg de terbutaline en injection intraveineuse lente, en 5 minutes).
6. Si la patiente n'a pas trois contractions en 10 minutes, et si chaque contraction ne dure pas plus de 40 secondes une fois que le débit de perfusion est de 60 gouttes par minute :

- Augmentez la concentration d'ocytocine à 5 unités pour 500 ml de solution de glucosé isotonique (ou de sérum physiologique) et adaptez le débit de perfusion en conséquence à 30 gouttes par minute (soit 15 mUI par minute).
 - Augmentez le débit de perfusion de 10 gouttes toutes les 30 minutes jusqu'à ce qu'une bonne dynamique utérine soit établie ou jusqu'à avoir atteint le plafond de 60 gouttes par minute.
7. Si le travail n'est toujours pas établi malgré la concentration accrue d'ocytocine :
- Pour les multigestes et les patientes ayant des cicatrices de césarienne antérieure, considérez que le déclenchement a échoué et pratiquez une césarienne.
 - Pour les primigestes :
 - Perfusez une solution contenant 10 UI d'ocytocine dans 500 ml de glucosé isotonique ou de sérum physiologique à 30 gouttes par minute.
 - Augmentez de 10 gouttes par minute la vitesse de perfusion toutes les heures jusqu'à obtenir des contractions de bonne qualité.
 - Si de bonnes contractions ne sont pas obtenues avec une dose de 60 gouttes par minute (60 mUI/minutes), pratiquez une césarienne.

Ne jamais laisser seule une patiente sous perfusion d'ocytocine.

23.6 EXTRACTION INSTRUMENTALE

La force expulsive du travail peut être augmentée en exerçant une traction sur la tête fœtale. Les méthodes utilisées sont :

- L'extraction par ventouse obstétricale
- L'extraction au forceps.

Toute tentative d'extraction instrumentale doit être considérée comme une césarienne potentielle en ce qui concerne la préparation anesthésique (donnez de la ranitidine précocement) et les transfusions sanguines.

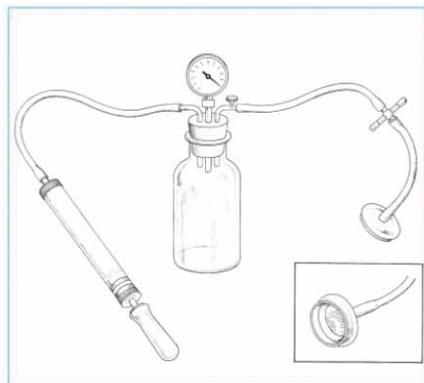


Figure 23.19 : Ventouse obstétricale

EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTÉTRICALE

La Figure 23.19 montre les principaux éléments d'une ventouse obstétricale.

1. Réexaminez la patiente et vérifiez que les conditions nécessaires à une extraction par ventouse obstétricale sont bien remplies :
 - Le fœtus est en présentation du sommet ;
 - La grossesse est à terme ;
 - Le col est complètement dilaté ;
 - La tête se trouve au moins au niveau 0, ou 2/5 de la tête au plus se trouvent au-dessus de la symphyse pubienne.
2. Vérifiez tous les raccords et testez la ventouse sur la main après avoir enfilé un gant.

3. Apportez un soutien affectif à la patiente et encouragez-la. Si nécessaire, faites un bloc des nerfs pudendaux (honteux internes).
4. Après avoir enfilé des gants stériles, vérifiez la position de la tête fœtale en recherchant au toucher la suture sagittale et les fontanelles. Repérez la petite fontanelle (fontanelle postérieure ou lambdoïde) (Figure 23.20).
5. Appliquez la cupule la plus large possible sur la présentation, en plaçant le centre sur le point de flexion, 1 cm en avant de la petite fontanelle. Positionnée ainsi, la cupule favorise la flexion, la descente et la rotation naturelle de la tête qui doivent résulter de la traction (Figure 23.21).
6. À ce stade, il peut être nécessaire de faire une épisiotomie pour pouvoir positionner la cupule correctement. Si l'épisiotomie n'est pas nécessaire pour positionner la cupule, en retarder la réalisation jusqu'à ce que la tête bombe le périnée ou jusqu'à ce que le périnée se trouve dans l'axe de traction. De cette manière, on évite une perte de sang inutile.
7. Vérifiez que la cupule soit bien appliquée. Assurez-vous qu'il n'y a aucune partie molle (tissu cervical ou vaginal) sous le bord de la cupule.
8. Avec la pompe, créez un vide en exerçant une dépression de 0,2 kg/cm² et vérifiez la pose de la cupule.
9. Augmentez la dépression jusqu'à 0,8 kg/cm² et vérifiez la pose de la cupule.
10. Après avoir atteint la dépression maximale, entamez une traction dans l'axe pelvien, perpendiculairement à la cupule. Si la tête fœtale est inclinée sur un côté ou mal fléchi, il convient d'orienter la traction de façon à corriger l'asynclitisme ou la déflexion (c'est-à-dire d'un côté ou de l'autre mais pas nécessairement sur la ligne médiane).
11. Lors de chaque contraction, appliquez une traction perpendiculaire au plan de la cupule (Figure 23.22).
12. Après avoir enfilé des gants stériles, mettez un doigt sur le crâne de l'enfant, au contact de la cupule, pour évaluer un éventuel glissement de celle-ci et la descente du sommet.
13. Entre les contractions, vérifiez :
 - Le rythme cardiaque fœtal
 - La position de la cupule.

Lors de l'utilisation de la ventouse obstétricale

- Ne manipulez jamais la cupule pour provoquer délibérément une rotation de la tête. Celle-ci se fera d'elle-même avec la traction.
- Les premières tractions permettent de trouver la direction dans laquelle il convient de tirer.
- Ne tirez pas entre les contractions et les efforts expulsifs.
- S'il y a progression et en l'absence de souffrance fœtale, poursuivez les tractions de « guidage » pendant 30 minutes au maximum.

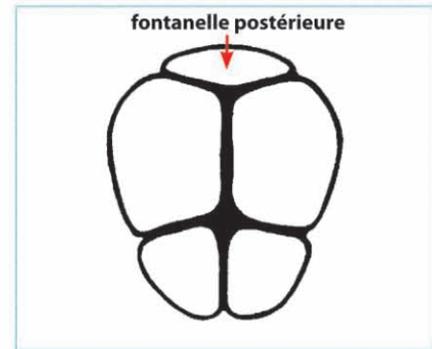


Figure 23.20 : Repères du crâne fœtal

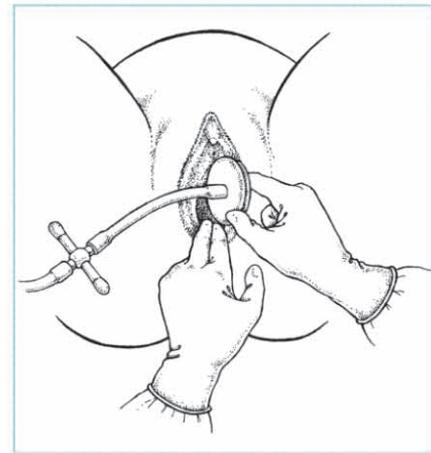


Figure 23.21 : Application de la cupule de Malmström

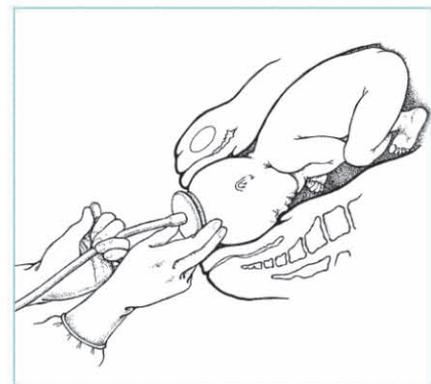


Figure 23.22 : Application d'une traction à chaque contraction

L'extraction par ventouse obstétricale a échoué si :

- La tête n'avance pas avec chaque traction ;
- Le fœtus n'est pas extrait des voies génitales maternelles après trois tractions sans descente, ou au bout de 30 minutes ;
- La cupule se détache deux fois de la tête bien que la traction soit dans la bonne direction et que la dépression soit maximale.

Considérez toute mise en place de la ventouse comme une tentative d'extraction. N'insistez pas si vous n'observez pas de descente à toutes les tractions. Si l'extraction par ventouse obstétricale est sans succès, pratiquez une césarienne.

Complications

Les complications proviennent généralement du fait que les conditions d'utilisation de cette méthode n'ont pas été respectées ou que l'on a poursuivi les efforts au-delà des limites indiquées ci-dessus.

Complications fœtales

- L'œdème localisé au niveau du scalp (bosse séro-sanguine artificielle) sous la cupule de la ventouse est sans danger et disparaît en quelques heures.
- Le céphalématome exige une mise en observation et se résorbe généralement en 3 à 4 semaines.
- Des écorchures (fréquentes et sans danger) et des déchirures du scalp sont possibles. Nettoyez les déchirures et examinez-les pour déterminer si des sutures sont nécessaires. La nécrose est extrêmement rare.
- L'hémorragie intracrânienne est extrêmement rare et nécessite des soins néonataux intensifs immédiats.

Complications maternelles

Des déchirures des voies génitales sont possibles. Examinez soigneusement la patiente et procédez, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales ou à celle de l'épisiotomie.

EXTRACTION AU FORCEPS

Réexaminez la patiente et vérifiez que les conditions sont réunies pour un accouchement par forceps :

- Le col est complètement dilaté.
- La tête se trouve au niveau +2 ou +3 ou n'est plus palpable au-dessus de la symphyse pubienne.

Il faut au moins que la suture sagittale soit verticale sur la ligne médiane, autrement dit que la position soit occipito-pubienne ou occipito-sacrée.

Technique

1. Assemblez le forceps avant la pose. Assurez-vous que les divers éléments s'assemblent et se solidarisent bien.
2. Faites un bloc des nerfs pudendaux (honteux internes).

3. Lubrifiez les cuillères du forceps.
4. Après avoir enfilé des gants stériles, de la main droite, introduisez deux doigts dans le vagin, sur le côté de la tête fœtale. Faites glisser doucement la cuillère gauche entre la tête et les doigts de façon à l'appliquer sur le côté gauche de la tête (Figures 23.23 et 23.24).
5. Répétez l'opération de l'autre côté, en vous guidant de la main gauche pour insérer la cuillère droite du forceps (Figure 23.25).

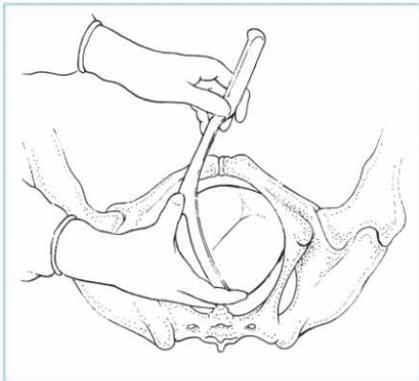


Figure 23.23 : Pose de la cuillère gauche du forceps (A)

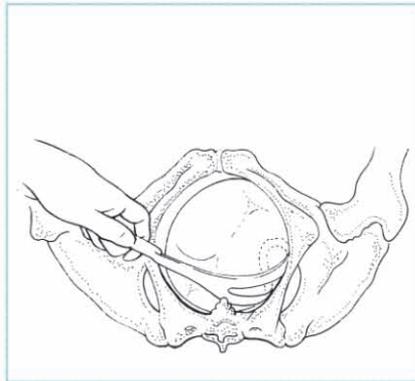


Figure 23.24 : Pose de la cuillère gauche du forceps (B)

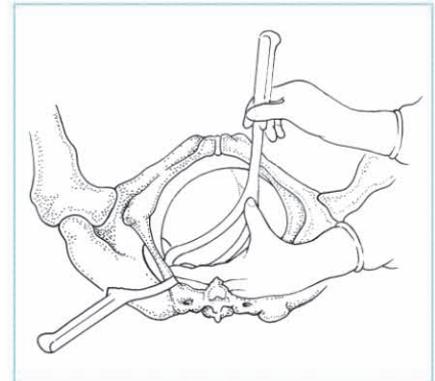


Figure 23.25 : Pose de la cuillère droite du forceps

6. Appuyez sur les branches et solidarisez-les. Si elles sont difficiles à solidariser, cela indique généralement que les cuillères ont été mal posées. Dans ce cas, retirez-les et vérifiez la position de la tête. Reposez-les uniquement après vous être assuré de la bonne rotation de la tête.
7. Une fois les branches solidarisées, exercez une traction constante vers le bas et vers l'arrière avec chaque contraction. La tête doit descendre avec chaque traction. Deux ou trois tractions devraient suffire (Figures 23.26, 23.27, 23.28 et 23.29).

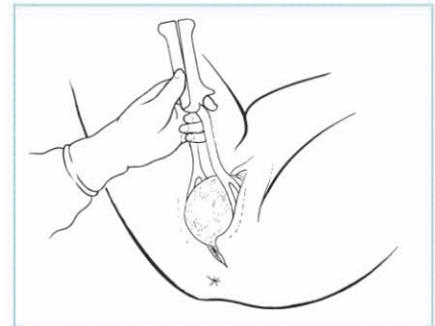


Figure 23.26 : Assemblage des cuillères et traction

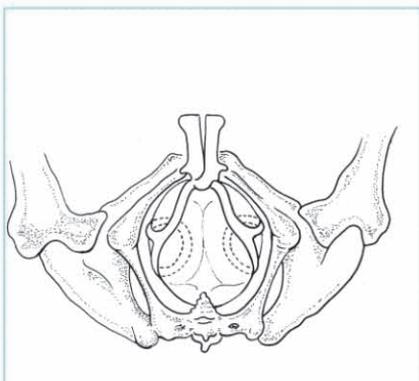


Figure 23.27 : Assemblage des cuillères et traction

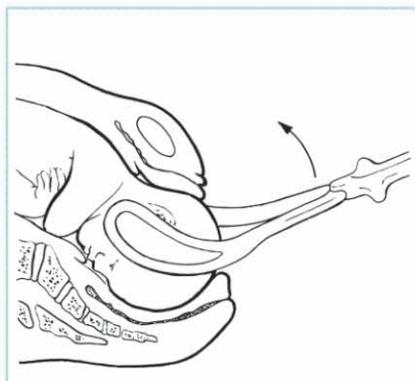


Figure 23.28 : Assemblage des cuillères et traction



Figure 23.29 : Assemblage des cuillères et traction

8. Entre les contractions, vérifiez :
 - Le rythme cardiaque fœtal
 - La pose du forceps.
9. Dès que la tête apparaît, réalisez une grande épisiotomie.
10. Soulevez lentement la tête vers le haut entre les contractions.

Échec

Considérez que l'accouchement par forceps a échoué si :

- La tête n'avance pas avec chaque traction ;
- Le fœtus n'est pas extrait des voies génitales maternelles après trois tractions sans descente.

Considérez toute mise en place comme une tentative d'extraction. N'insistez pas si vous n'observez pas de descente à chaque traction.

Si l'extraction par forceps échoue, pratiquez une césarienne.

Complications

Complications fœtales

- Des lésions du visage et du scalp sont possibles. Nettoyez et examinez les déchirures pour déterminer si des sutures sont nécessaires.
- Les fractures de la face et du crâne nécessitent une mise en observation.
- Les lésions des nerfs faciaux nécessitent une mise en observation. Elles sont en général de bon pronostic.

Complications maternelles

- Des déchirures des voies génitales sont possibles. Examinez soigneusement la patiente et procédez, le cas échéant, à la réparation des déchirures cervicales ou vaginales ou à celle de l'épisiotomie.
- Une rupture utérine peut survenir, auquel cas un traitement immédiat s'impose.

23.7 CRANIOTOMIE ET CRANIOCENTÈSE

Dans certains cas de dystocie mécanique après mort fœtale in utero, le fait de réduire le volume de la tête fœtale par une craniotomie permet à la patiente d'accoucher par voie basse et d'éviter les risques associés à la césarienne.

Il est également possible de faire une craniocentèse pour réduire le volume de la tête sur fœtus hydrocéphale et permettre l'extraction par voie vaginale.

Si une de ces deux procédures est indiquée, apportez un soutien affectif à la patiente. Expliquez avant à la mère et à la famille ce qui s'est passé et le geste envisagé.

Donnez des antalgiques et, si possible, une injection lente de diazépam par voie intraveineuse ou réalisez un bloc des nerfs honteux internes.

CRANIOTOMIE (PERFORATION DU CRÂNE)

Si nécessaire, réalisez une épisiotomie.

Présentation céphalique

1. Faites une incision cruciforme dans le scalp.
2. Ouvrez la voûte crânienne en perforant l'os au point le plus bas et le plus au centre de la présentation avec un craniotome (ou des ciseaux à bouts larges ou un bistouri à lame épaisse et rigide). Dans le cas d'une présentation de la face, percez les orbites.
3. Enfoncez le craniotome dans le crâne fœtal et dilacérez le contenu de la boîte crânienne.
4. Saisissez le crâne avec plusieurs pinces à mâchoires puissantes (pince de Kocher, par exemple) et exercez une traction dans l'axe de la filière génitale.
5. À la descente de la tête, la pression exercée par les os du bassin effondrera le crâne, ce qui aura pour effet d'en réduire le diamètre.
6. Si la tête ne se dégage pas aisément, pratiquez une césarienne.

Présentation du siège avec tête enclavée

1. Faites une incision dans la peau, à la base du cou.
2. Enfoncez un craniotome (ou une paire de ciseaux à bouts larges ou un bistouri à lame épaisse et rigide) dans l'incision et creuser sous la peau jusqu'à l'occiput.
3. Perforez l'occiput et ouvrir un trou aussi large que possible.
4. Exercez une traction sur le tronc pour que le crâne s'effondre à la descente de la tête.

CRANIOCENTÈSE (PONCTION CRÂNIENNE)

Col complètement dilaté

1. Introduisez une aiguille à ponction lombaire de gros calibre dans le col dilaté puis enfoncez-la dans la suture sagittale ou dans l'une des fontanelles du crâne fœtal.
2. Aspirez le liquide céphalo-rachidien jusqu'à ce que le crâne fœtal s'effondre puis laissez l'accouchement se dérouler normalement.

Col fermé

1. Localisez la tête fœtale à la palpation.
2. Badigeonnez la peau de la région sus-pubienne avec une solution antiseptique.
3. Enfoncez une aiguille à ponction lombaire de gros calibre dans la paroi abdominale puis dans la paroi de l'utérus et, enfin, dans le crâne du fœtus hydrocéphale.
4. Aspirez le liquide céphalo-rachidien jusqu'à ce que le crâne fœtal s'effondre puis laissez l'accouchement se dérouler normalement.

Tête dernière dans l'accouchement par le siège

1. Une fois que le reste du corps est dégagé, introduire une aiguille à ponction lombaire de gros calibre dans le col dilaté puis l'enfoncer dans le foramen magnum.
2. Aspirez le liquide céphalo-rachidien et extrayez la tête dernière comme pour un accouchement simple par le siège.

EN COURS DE CÉSARIENNE

Après avoir réalisé l'incision de l'utérus, enfoncez une aiguille à ponction lombaire de gros calibre dans le crâne du fœtus hydrocéphale.

Aspirez le liquide céphalo-rachidien jusqu'à ce que le crâne fœtal s'effondre.

Extrayez l'enfant et le placenta comme pour une césarienne simple.

PRÉVENTION DES COMPLICATIONS APRÈS CRANIOTOMIE ET CRANIOCENTÈSE

Après avoir extrait l'enfant, examinez soigneusement la patiente et procédez, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales ou à celle de l'épisiotomie.

Laissez une sonde vésicale à demeure (sonde de Foley à ballonnet) jusqu'à ce que l'absence de lésion vésicale soit confirmée.

Veillez à ce que la patiente ait un apport liquidien et un débit urinaire suffisants.

Hémorragies de la grossesse et de l'accouchement

24.1 HÉMORRAGIE

L'hémorragie est la cause d'une mort liée à la grossesse sur quatre dans le monde. La mort peut survenir en moins de deux heures après le début d'une hémorragie liée à l'accouchement. L'anémie est banale au cours de la grossesse et une hémorragie chez une femme déjà anémiée lui fait courir un risque vital. La prise en charge correcte de la grossesse et de l'accouchement comprend les points suivants :

- détection, correction et prévention de l'anémie,
- accouchement réalisé par un opérateur entraîné,
- assistance active de la troisième étape du travail,
- identification et traitement précoce des complications.

Les fausses couches et les grossesses extra-utérines provoquent des hémorragies en début de grossesse. En fin de grossesse et au cours du travail, l'hémorragie peut résulter d'un placenta prævia, d'un hématome rétroplacentaire ou d'une rupture utérine. L'hémorragie qui survient après l'accouchement peut être due à une absence de contraction utérine (utérus atone), à des lésions de la filière génitale ou à une rétention de tissus placentaire (placenta accreta).

HÉMORRAGIES EN DÉBUT DE GROSSESSE

Une hémorragie en début de grossesse est en général due à un avortement ou à une fausse couche. L'avortement peut être spontané ou provoqué.

Avortement spontané

L'avortement spontané est défini comme la terminaison d'une grossesse avant que le fœtus soit viable (avant 22 semaines de gestation). L'avortement spontané peut passer par différents stades qui sont :

- la menace d'avortement (la grossesse est susceptible de se poursuivre) ;
- l'avortement inévitable (la grossesse ne se poursuivra pas et débouchera sur un avortement incomplet/complet) ;
- l'avortement incomplet (expulsion d'une partie des produits de conception) ;
- l'avortement complet (expulsion de la totalité des produits de conception).

Avortement provoqué

L'avortement provoqué est défini comme un processus par lequel on met un terme à une grossesse avant que le fœtus soit viable.



- L'hémorragie provoque dans le monde une mort liée à la grossesse sur quatre.
- Il faut prévenir l'anémie, reconnaître et traiter tôt les complications.
- L'hémorragie du post-partum est la cause la plus fréquente de mort en couches.
- Faites toujours une assistance active de la troisième étape du travail afin de prévenir une hémorragie de la délivrance

Avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité

L'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité est défini comme un avortement réalisé soit par des personnes n'ayant pas les compétences requises, soit dans un cadre ne répondant pas aux normes médicales élémentaires, soit les deux.

Avortement septique

L'avortement septique est défini comme un avortement ayant des complications infectieuses. Si des agents pathogènes apparaissent dans les voies génitales basses à la suite d'un avortement spontané ou pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, puis se répandent dans l'organisme, l'infection peut se transformer en septicémie. Le risque de septicémie est plus grand si les produits de conception sont retenus in utero et si on tarde à les évacuer. La septicémie est une complication courante de l'avortement instrumental pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité.

Grossesse ectopique (extra-utérine)

Une grossesse ectopique est une grossesse implantée en dehors de la cavité utérine. Les trompes de Fallope sont le siège le plus fréquent des grossesses ectopiques (dans plus de 90 % des cas). Lorsque l'embryon se développe, la trompe se rompt. Une hémorragie intrapéritonéale peut conduire au choc hémorragique. Dans la grossesse tubaire, les douleurs abdominales précèdent le plus souvent les métrorragies. Dans un avortement spontané, les douleurs abdominales suivent en général les métrorragies.

HÉMORRAGIES EN FIN DE GROSSESSE ET AU COURS DU TRAVAIL

L'hémorragie en fin de grossesse ou en cours de travail est en général due à un hématome rétroplacentaire ou à un placenta prævia.

Hématome rétroplacentaire (abruptio placenta)

L'hématome rétroplacentaire est le décollement du placenta normalement inséré, qui se détache de la paroi utérine avant l'accouchement. La souffrance fœtale ou la mort fœtale sont la règle quand le placenta se détache prématurément. Chez la mère, les complications principales sont le choc, les troubles de la coagulation et l'insuffisance rénale. La meilleure solution est l'accouchement immédiat.

Placenta prævia (placenta bas inséré)

Le placenta prævia est caractérisé par son insertion à proximité du col ou dans celui-ci. Des métrorragies récurrentes de faible quantité peuvent survenir en fin de grossesse. La surveillance est la meilleure option à moins que l'hémorragie ne soit suffisamment sévère pour provoquer une souffrance maternelle ou fœtale.

Rupture utérine

La rupture utérine est une cause grave mais moins fréquente d'hémorragie de fin de grossesse ou du travail. Elle peut être la conséquence d'une dystocie mécanique ou d'un utérus cicatriciel. L'hémorragie par rupture utérine peut être extériorisée par le vagin, à condition que la filière génitale ne soit pas obstruée par la tête fœtale. L'hémorragie peut également être intra-

abdominale. Toutefois la rupture du segment inférieur de l'utérus dans le ligament large n'entraîne pas d'hémopéritoine.

HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM

On définit tout saignement vaginal excédant 500 ml après l'accouchement comme une hémorragie du post-partum (HPP). Cette définition pose cependant quelques problèmes.

- En effet, les estimations du volume de sang perdu sont notoirement en deçà de la réalité et ne correspondent souvent qu'à la moitié de la quantité de sang effectivement perdue. Le sang est mélangé à du liquide amniotique et parfois à de l'urine. Il est répandu sur des compresses, des serviettes et des linges, dans des seaux et sur le sol.
- En outre, l'importance que peut avoir la perte d'un volume de sang donné pour une femme est fonction du taux d'hémoglobine de celle-ci. Une femme qui a un taux d'hémoglobine normal peut supporter une perte de sang qui serait fatale à une femme anémique. Une perte de sang peut avoir des conséquences dramatiques même pour une femme qui est en bonne santé et ne souffre pas d'anémie.
- Le saignement peut avoir un débit lent et durer plusieurs heures de sorte qu'il arrive qu'on ne diagnostique pas l'affection avant que la patiente entre subitement en état de choc. L'évaluation des risques pendant la période prénatale ne permet pas de prévoir avec certitude quelles sont les femmes qui auront une HPP.

Il convient de procéder à une prise en charge active du troisième stade du travail pour toutes les parturientes dans la mesure où cela permet de réduire l'incidence des HPP résultant d'une atonie utérine.

Il faut surveiller attentivement toutes les accouchées récentes pour déterminer lesquelles ont une hémorragie du post-partum.

Atonie utérine

L'hémorragie provient du lit placentaire après la délivrance. Les vaisseaux sanguins du lit placentaire sont entourés de muscle utérin, qui habituellement se contracte après la délivrance et obstrue les vaisseaux.

L'absence de contraction utérine (atonie utérine) entraîne une hémorragie excessive. Il s'agit de la cause la plus fréquente d'hémorragie après l'accouchement.

Autres causes d'hémorragie

Des déchirures de la filière génitale peuvent également entraîner une hémorragie. La rétention de débris placentaires et de caillots sanguins empêche une contraction utérine correcte après la délivrance et est par conséquent associée à une HPP. L'infection ou la rétention de débris placentaires peut provoquer des hémorragies tardives.



La prise en charge active du troisième stade du travail comprend :

- l'administration d'ocytocine à la mère immédiatement après l'accouchement.
- La délivrance du placenta par traction contrôlée du cordon.
- Le massage utérin pour favoriser la contraction utérine.

24.2 DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE INITIALE

1. Faites une évaluation rapide de l'état général de la femme et déterminez ses signes vitaux (pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire et température).
2. Si vous suspectez un état de choc, commencez immédiatement le traitement. Même si l'état de choc n'est pas présent, gardez à l'esprit la possibilité d'un état de choc lorsque vous réexaminerez la patiente car son état peut s'aggraver très rapidement. Si un état de choc s'installe, il est très important de débiter son traitement immédiatement.
3. Demandez de l'aide si la femme est en état de choc, ou si elle saigne de façon excessive.
4. Débutez une perfusion IV à haut débit.
5. Déterminez si la femme est actuellement enceinte ou si elle a accouché récemment :
 - Si elle a accouché récemment, déterminez approximativement la période de gestation.
 - Si elle est enceinte de moins de 22 semaines, évoquez un avortement ou une grossesse extra-utérine.
 - Le risque de grossesse extra-utérine est plus important chez une femme anémiée, présentant une maladie inflammatoire du pelvis, des antécédents de fausse couche ou qui se plaint de douleurs abdominales inhabituelles ; si vous suspectez une grossesse extra-utérine, faites l'examen à deux mains avec précautions, car une grossesse extra-utérine débutante se rompt facilement.
 - Envisagez la fausse couche chez toute femme en âge de procréer qui a un retard des règles (période supérieure à un mois depuis les dernières règles) et qui présente un ou plusieurs des signes suivants : hémorragie, coliques utérines, expulsion de débris embryonnaires, col utérin dilaté ou utérus plus petit qu'on pourrait s'y attendre. Si l'avortement est un diagnostic possible, identifiez et traitez toute complication immédiatement.
 - Si elle est enceinte de plus de 22 semaines, évoquez le placenta prævia, l'hématome rétroplacentaire et la rupture utérine ; ne pratiquez pas de toucher ou d'examen vaginal à ce stade.
 - Si elle a accouché récemment, évoquez en premier une hémorragie du post-partum par atonie utérine.
 - Massez l'utérus pour expulser le sang et les caillots sanguins ; les caillots dans la cavité utérine vont empêcher la contraction utérine.
 - Administrez 10 unités d'ocytocine.
 - Débutez une perfusion intraveineuse en ajoutant 20 unités d'ocytocine dans le flacon de perfusion.
 - Posez une sonde urinaire.
6. Vérifiez si le placenta a été expulsé et examinez-le pour vous assurer qu'il est complet.
 - Examinez le col, le vagin et le périnée à la recherche de déchirures.

Diagnostic d'un saignement vaginal en début de grossesse

Signes d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents	Symptômes et signes cliniques parfois présents	Diagnostic probable
<ul style="list-style-type: none"> Saignement léger¹ Col fermé Hauteur utérine correspondant au terme 	<ul style="list-style-type: none"> crampes/douleurs abdominales basses utérus plus mou que la normale 	menace d'avortement
<ul style="list-style-type: none"> Saignement léger Douleur abdominale Col fermé Utérus légèrement plus gros que la normale Utérus plus mou que la normale 	<ul style="list-style-type: none"> évanouissements masse latéro-utérine sensible aménorrhée mobilisation du col douloureuse 	grossesse ectopique
<ul style="list-style-type: none"> Saignement léger Col fermé Utérus petit pour le terme Utérus plus mou que la normale 	<ul style="list-style-type: none"> crampes/douleurs abdominales basses légères expulsion de produits de conception à une date antérieure 	avortement complet
<ul style="list-style-type: none"> Saignement abondant² Col dilaté Hauteur utérine correspondant au terme 	<ul style="list-style-type: none"> crampes/douleurs abdominales basses utérus sensible absence d'expulsion de produits de conception 	avortement inévitable
<ul style="list-style-type: none"> Saignement abondant Col dilaté Utérus petit pour le terme 	<ul style="list-style-type: none"> crampes/douleurs abdominales basses expulsion partielle de produits de conception 	avortement incomplet
<ul style="list-style-type: none"> Saignement abondant Col dilaté Utérus gros pour le terme Utérus plus mou que la normale Expulsion partielle de produits de conception en grappe de raisin 	<ul style="list-style-type: none"> nausées/vomissements avortement spontané crampes/douleurs abdominales basses kystes ovariens (qui se rompent facilement) prééclampsie précoce pas de fœtus apparent 	grossesse molaire

¹ Saignement léger : il faut plus de 5 min pour qu'une garniture ou un linge propre soient complètement souillés de sang.

² Saignement abondant : il faut moins de 5 min pour qu'une garniture ou un linge propre soient complètement souillés de sang.

Diagnostic de l'hémorragie en fin de grossesse et en cours de travail

Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents	Symptômes et signes cliniques parfois présents	Diagnostic probable
<ul style="list-style-type: none"> • Saignement après 22 semaines de grossesse (qui peut être contenu dans l'utérus) • Douleurs abdominales intermittentes ou constantes 	<ul style="list-style-type: none"> • choc • utérus distendu/sensible • faiblesse/absence des mouvements fœtaux • souffrance fœtale ou absence des bruits du cœur fœtal 	hématome rétro-placentaire
<ul style="list-style-type: none"> • Saignement (intra-abdominal et/ou vaginal) • Forte douleur abdominale (qui peut diminuer après la rupture) 	<ul style="list-style-type: none"> • choc • distension abdominale/liquide libre • forme anormale de l'utérus • abdomen sensible • parties du corps fœtal aisément palpables • absence des mouvements fœtaux et des bruits du cœur fœtal • pouls maternel rapide 	rupture utérine
<ul style="list-style-type: none"> • Saignement après 22 semaines de grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> • choc • le saignement peut être précipité par les rapports sexuels • utérus détendu • présentation absente du bassin maternel/pôle inférieur de l'utérus vide au toucher • le fœtus se porte bien 	placenta prævia

Diagnostic d'une hémorragie après l'accouchement

Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents	Symptômes et signes cliniques parfois présents	Diagnostic probable
<ul style="list-style-type: none"> HPP du post-partum immédiat¹ Utérus mou/non contracté 	<ul style="list-style-type: none"> choc 	atonie utérine
<ul style="list-style-type: none"> HPP du post-partum immédiat¹ 	<ul style="list-style-type: none"> placenta complet utérus contracté 	déchirures cervicales, vaginales ou périnéales
<ul style="list-style-type: none"> Absence de délivrance 30 minutes après l'accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> HPP du post-partum immédiat¹ utérus contracté 	rétenion placentaire complète
<ul style="list-style-type: none"> Absence d'une portion de la surface maternelle ou présence de membranes déchirées contenant des vaisseaux 	<ul style="list-style-type: none"> HPP du post-partum immédiat¹ utérus contracté 	rétenion placentaire partielle
<ul style="list-style-type: none"> Fond utérin non perçu à la palpation abdominale Douleur légère ou intense 	<ul style="list-style-type: none"> utérus inversé, visible au niveau de la vulve HPP du post-partum immédiat¹ 	inversion utérine ²
<ul style="list-style-type: none"> Survenue du saignement plus de 24 h après l'accouchement Utérus trop mou et trop gros compte tenu du temps écoulé depuis l'accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> saignement variable (léger ou abondant, continu ou irrégulier) et nauséabond anémie 	hémorragie du post-partum tardif
<ul style="list-style-type: none"> HPP du post-partum immédiat¹ (saignement intra-abdominal et/ou vaginal) Forte douleur abdominale (qui peut diminuer après la rupture) 	<ul style="list-style-type: none"> choc abdomen sensible pouls rapide 	rupture utérine

¹ Il arrive que l'hémorragie extériorisée soit faible lorsqu'un caillot obstrue le col de l'utérus ou lorsque la patiente est allongée sur le dos.

² En cas d'inversion complète, il se peut qu'il n'y ait pas de saignement.