

Réalisation de l'accouchement dystocique en pré hospitalier : les limites de l'urgentiste

Dr V HAMEL (Samu44 – CHU Nantes)

Messages rassurants!

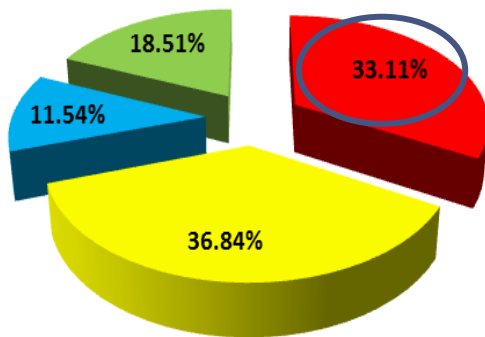
- **Observatoire national des AIE**

- depuis plus de 3 ans (octobre 2011)
- 7 régions – 17 Samu
- Objectifs
 - Epidémiologiques : définir l'incidence des AIE pris en charge par les Smur participants
 - Bonnes pratiques cliniques :
 - Etapes de la régulation des accouchements
 - Modalités de prise en charge et d'orientation des parturientes et des nouveau-nés
 - Identifier les difficultés, les risques et complications éventuelles de ces accouchements
- Résultats nationaux > 590 accouchements (pb d'exhaustivité!)

- **2/3 des enfants sont nés avant l'arrivée du Smur!**

Réalisation de l'accouchement

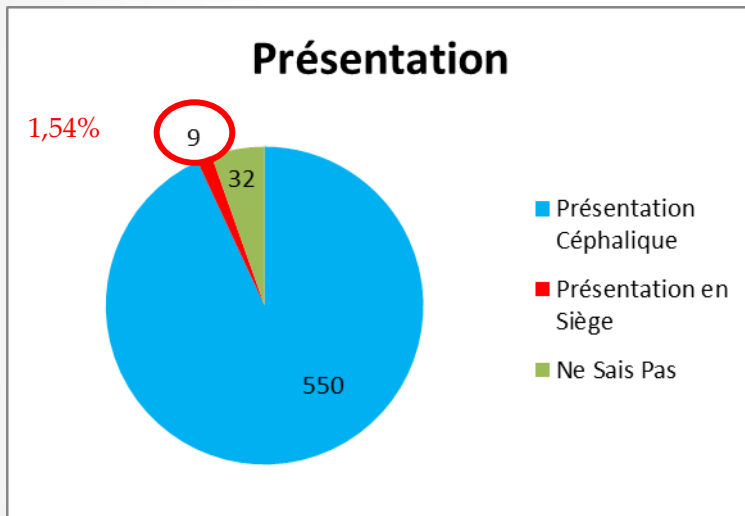
N = 590



- Accouchement réalisé par le SMUR
- Accouchement réalisé après régulation médicale MAIS AVANT l'arrivée du SMUR
- Accouchement réalisé pendant la régulation médicale
- Accouchement réalisé avant la régulation médicale

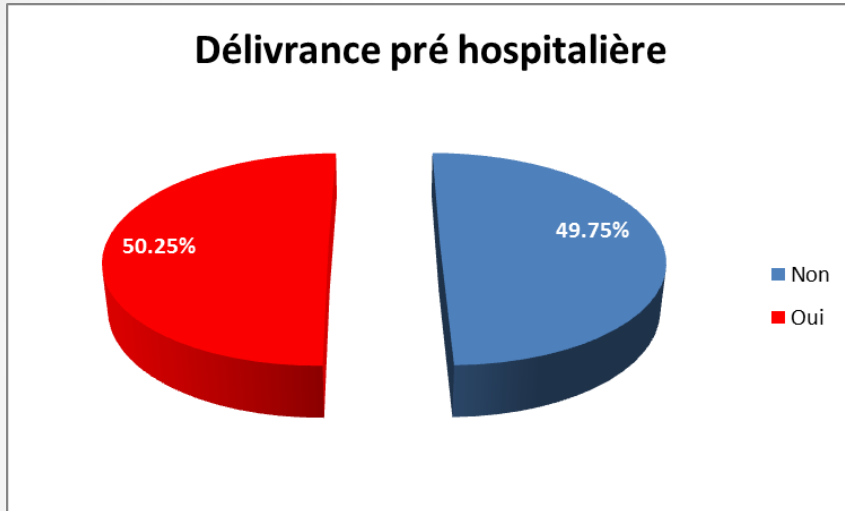
- **Accouchements rapides :**
 - contenu et contenant en parfaite harmonie
 - durée moyenne du travail (1eresCU et la naissance) = 3 heures !

- Très peu de siège
- 6 étaient nés avant l'arrivée du Smur!



- accouchements dystociques : 5 sur les 590 (0,85%) :
 - 3 dystocies des épaules résolues par Mac Roberts
 - pas des vraies dystocies !
 - Ø dystocie par relèvement des bras !
 - 2 rétentions tête dernière chez 2 grands prématurés.
- aucun n'est resté coincé dans la filière!
- les enfants vont tous bien
- Ils sont rentrés chez eux à J3 !
- Sauf les 2 grands prématurés (PEC néonatale)

Les vraies difficultés!



9% des enfants nés en pré hospitalier sont prématurés dont 35% sont des grands et très grands prématurés

Délai moyen entre la naissance et l'admission en maternité est **1 heure**



Hémorragie de la délivrance!

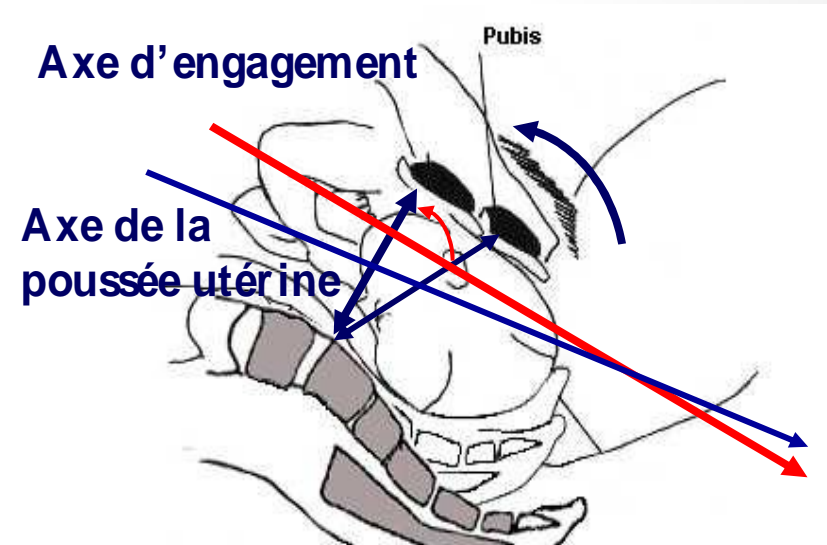


Renfort néonatal

L'accouchement
« dystocique »
Que faire pour s'en sortir?
...

Installation +++ la clé du succès! (1)

Un peu de mécanique obstétricale pour comprendre



Position de Mac Roberts qui amène le bassin en
nutation et fait coïncider ces axes

Installation +++ la clé du succès!(2)



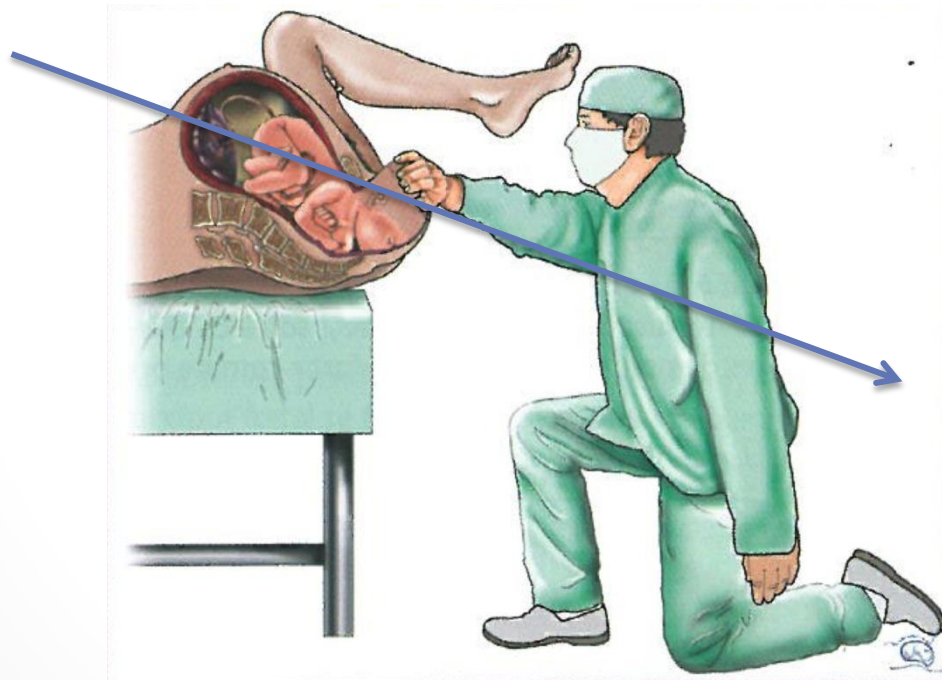
Position d'attente



Lors des efforts de poussées

Installation +++ la clé du succès!(3)

Position de l'accoucheur



Axe ombilico coccigien

Accouchement céphalique difficile

...

Que faire ?

La dystocie des épaules (1)

- Souvent « Fausse » dystocie des épaules
 - Mauvaise installation / mauvais gestes
 - Mouvement de restitution non fait ou mal fait

1- Vérifier l'installation de la patiente et la votre!

Position de Mac Roberts

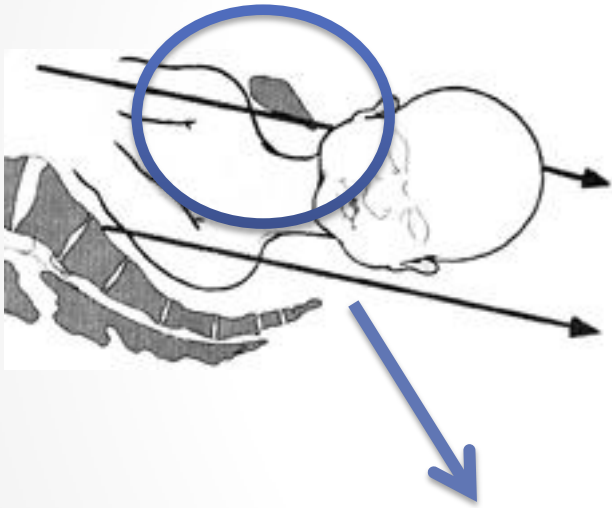
Pour ouvrir le détroit inférieur



2- Accompagner / Accentuer le mouvement de restitution

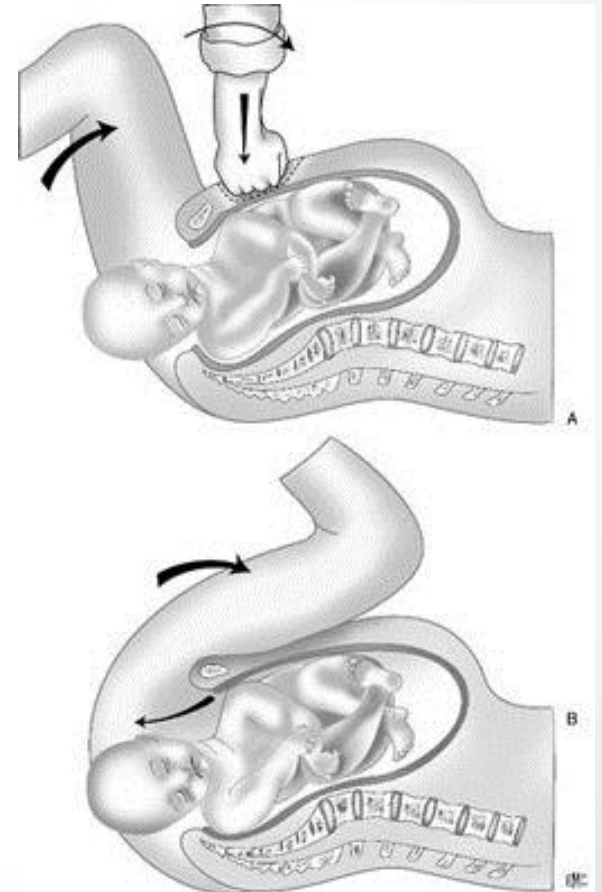


La dystocie des épaules (2)

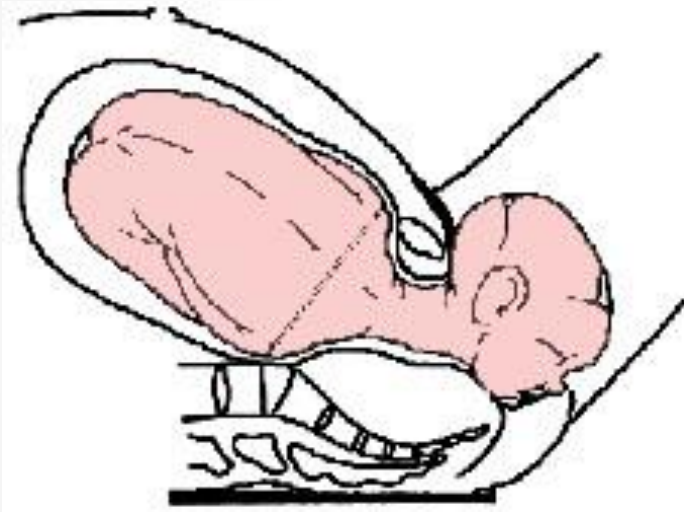


3- Traction douce vers le bas

4- Point sus pubien



Dystocie vraie (1)



- La tête fœtale est « comme aspirée à la vulve »
- Les épaules sont retenues au détroit supérieur
- Incidence 0,5 à 1% (intra hospitalier)
- Mortalité 18%
- > 4000g : > 50%

Toute traction est inutile et dangereuse

Dystocie vraie (2)

Manœuvres d'abaissement de l'épaule postérieure

La manœuvre de Letellier



La manœuvre de Jacquemier



Mais...

- Certains diront
 - Que ce scénario n'est pas compatible avec l'AIE
 - Que ces manœuvres ne sont jamais utiles en pré hospitalier
 - Jacquemier et Letellier n'ont pas leur place en Smur

Accouchement du siège

...

3 points de vigilance!

Le dos doit tourner en avant

Le relèvement des bras

La rétention de la tête dernière

La méthode de Vermelin!(1)



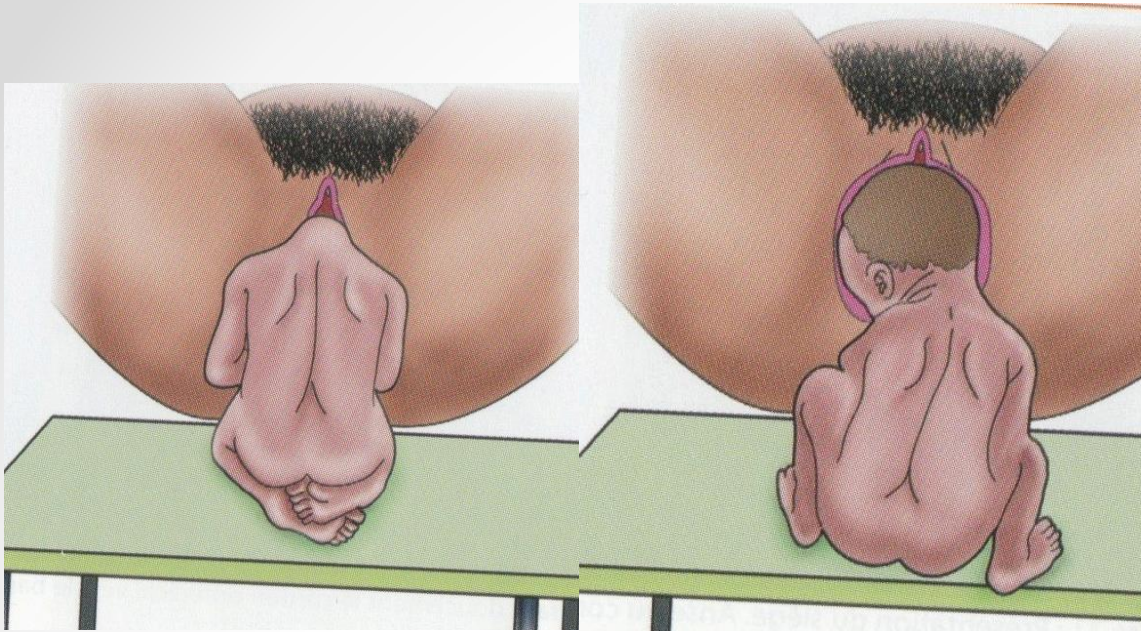
« Restez à la porte et ne touchez à rien!... » +++

- Abstention de tout geste intempestif+++
- Laisser l'enfant descendre et sortir seul
- Ne JAMAIS tirer sur l'enfant

- Les efforts expulsifs sont commencés lorsque le siège se présente à la vulve

La méthode de Vermelin!(2)

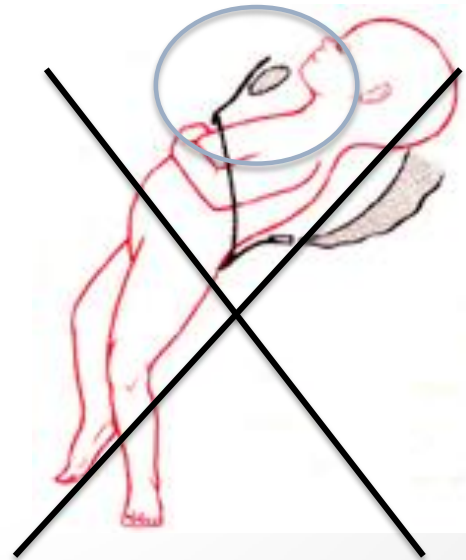
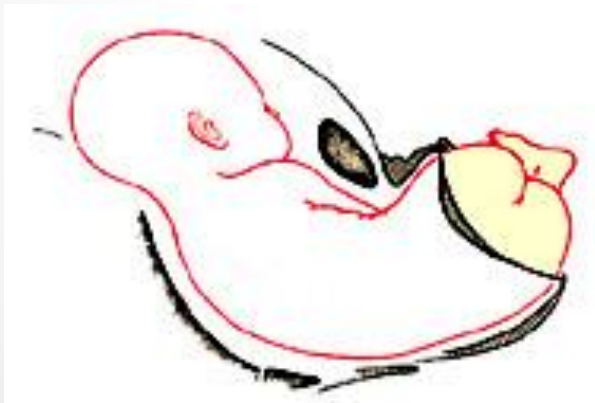
A défaut de tablette, petite table ou de drap en hamac positionné sous les fesses de la mère, le corps de l'enfant peut être soutenu uniquement quand les omoplates et les bras apparaissent



4 gestes qui sauvent un siège (1)

- 1- **on ne tire pas** sur un siège et **indication large d'épisiotomie**
- 2- **Le dos doit tourner en avant +++**

Sinon, empaumer les hanches avec les 2 mains et le tourner résolument



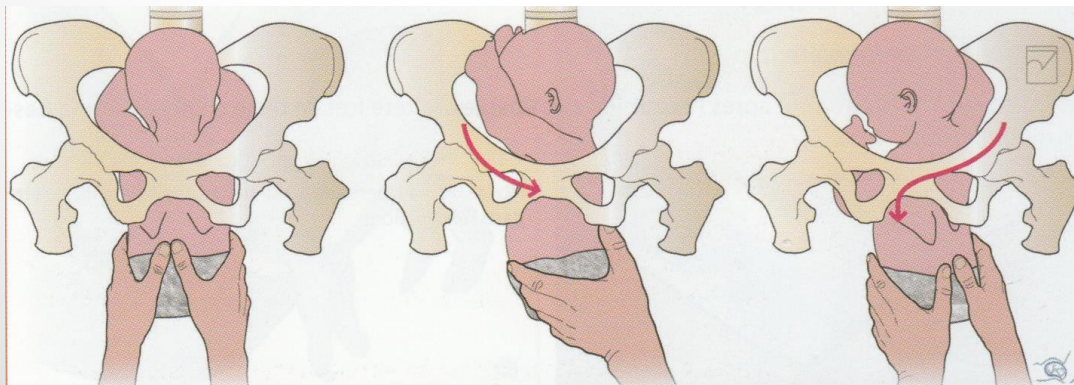
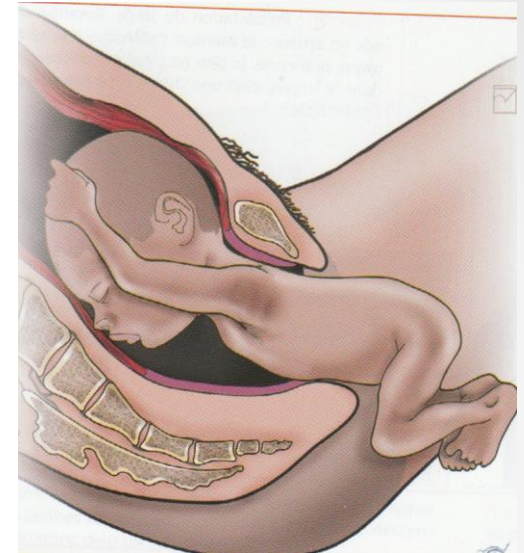
4 gestes qui sauvent un siège (2)

Dystocie par relèvement des bras

Efforts trop intenses/tractions intempestives
Diamètres ne sont plus compatibles
La présentation ne progresse plus

3- La manœuvre de Lovset

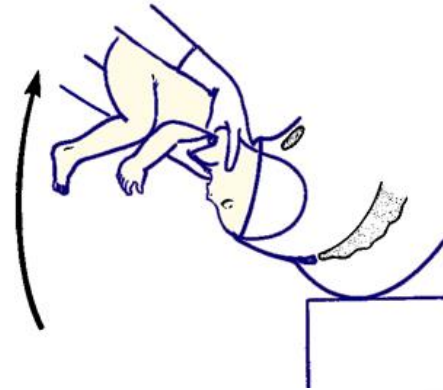
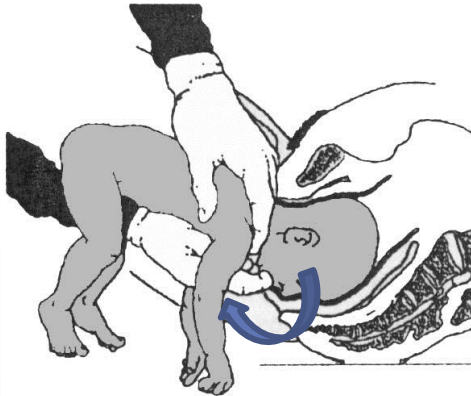
Double rotation axiale pour faire redescendre les bras



4 gestes qui sauvent un siège (3)

➔ La Rétention tête dernière par les parties molles

4- Manœuvre de Mauriceau



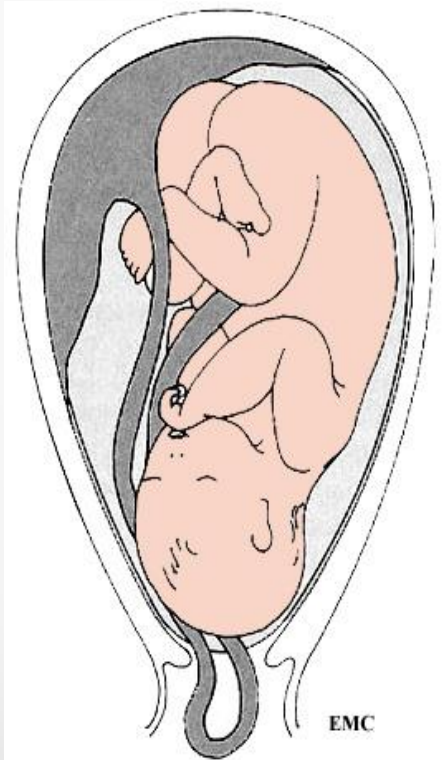
Le corps de l'enfant est placé sur l'avant bras de l'opérateur
1 ou 2 doigts en crochet dans la bouche de l'enfant de façon
à **hyper fléchir son cou et amener son menton sur sa poitrine**

Procidence du cordon

...

Procidence du cordon(1)

- Plus fréquente sur les sièges
- Très à risque sur les présentations céphaliques +++



- **Dilatation complète et tête engagée**
 - faire accoucher la patiente
 - s'apprêter à réanimer l'enfant
- **Dilatation incomplète ou tête non engagée avec dilatation complète**
 - Position de Trendelenbourg
 - Main intra vaginale refoulant la tête tout le temps de la PEC !!...
 - « **Scoop and run** » jusqu'au **bloc obstétrical+++**

grossesses gémellaires et
plus!
...

grossesses gémellaires et plus!

- Incidence accouchements à domicile faible mais pas si rare: 8/1000
- À haut risque pour les foetus et la mère
- Accouchement prématuré (50%)
- Présentation non céphalique (60%)
- Accouchement du second enfant (J2) le plus risqué ++ si tardif
 - RCIU, Procidence du cordon, efforts expulsifs moins efficaces...
- Majoration du risque d'hémorragie de la délivrance (inertie utérine par surdistension utérine)
- **Renfort spécialisé obstétrical et pédiatrique dès la régulation si moyens localement disponibles +++**

La délivrance

• • •

Pourquoi ça ne vient pas alors qu'il est décollé!?

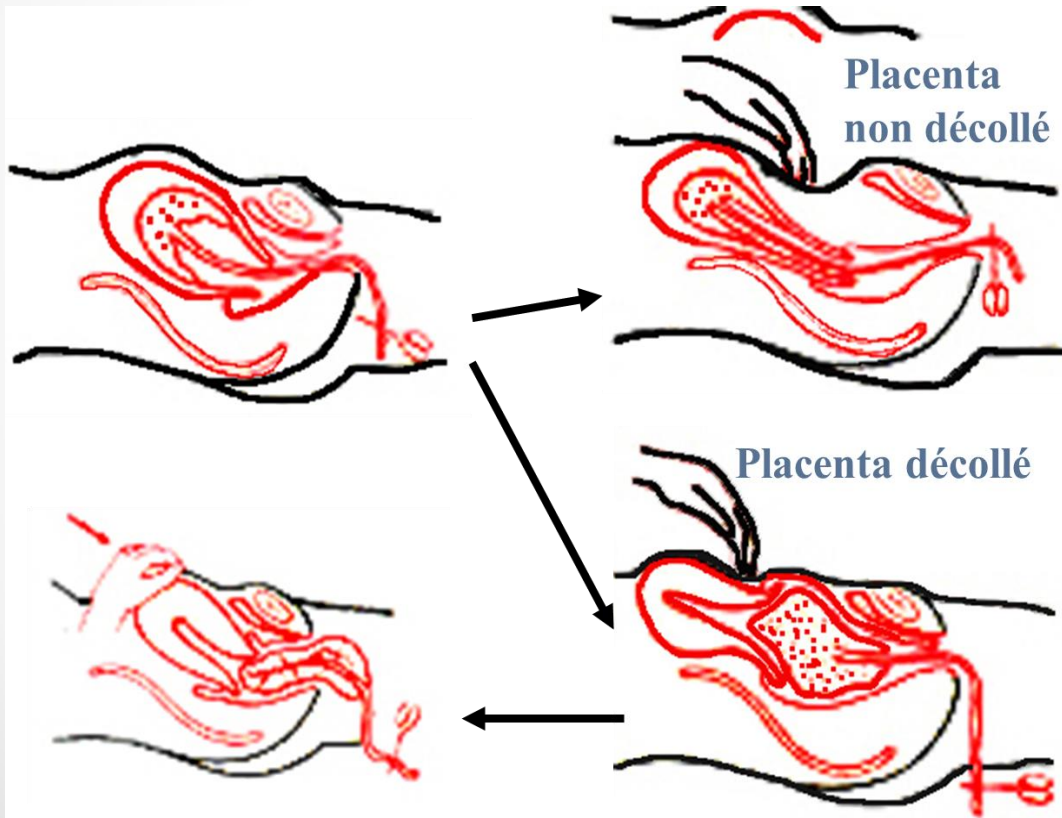
Petits rappels

- Histoire naturelle d'une délivrance
 - Délivrance physiologique naturelle dans les 30 mn
 - Souvent associée à une reprise des CU dans les 10mn suivant la naissance
 - Risque d'enchâtonnement du placenta et d'hémorragie de la délivrance si absence de délivrance après 45 mn
- Comment favoriser le décollement du placenta?
 - Vessie vide
 - Délivrance dirigée quand l'accouchement est réalisé par le Smur
 - (5 U d'oxytocine en IVD Lent au dégagement de l'épaule antérieure et jusque dans la minute après la naissance de l'enfant)¹
 - Mettre l'enfant au sein si la maman le souhaite (sécrétion d'ocytocine)

• 1- RFE urgences obstétricales extra hospitalières 2010

Les petits moyens (1)

- S'assurer qu'il est décollé
 - Manœuvre du déplissement du segment inférieur



Les petits moyens (2)

- **Il est décollé !**
 - Ne pas tirer sur le cordon!
 - Examiner la patiente +++
 - Remonter le long du cordon pour s'assurer qu'il n'est pas « coincé » dans le vagin
 - Si HDM correcte, verticaliser la patiente lors du brancardage > la gravité fera le reste! (RFE urgences obstétricales extra hospitalières 2010)
 - Pendant une CU, Traction douce contrôlée sur le cordon avec refoulement du fond utérin
- **Il n'est pas décollé !**
 - transport rapide
- **Ne pas attendre la délivrance pour quitter les lieux!**

conclusion

- L'eutocie est le corollaire de ces accouchements rapides
 - La gestion en équipe soudée, l'absence de précipitation et de gestes inadaptés participent au bon déroulement de ces naissances.
 - Développer des partenariats avec les réseaux de périnatalité pour les formations initiales et le maintien des compétences
- 
- Restez zen !!!
 - Et pour mémoire...si vous étiez arrivés 5 mn plus tard l'enfant serait né tout seul !