

# SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATALS ESSENTIELS

Guide pratique à l'usage des sages-femmes,  
médecins spécialisés en obstétrique et personnel de  
santé devant faire face à des urgences obstétricales

Édition 2015



# Soins obstétricaux et néonataux essentiels

Guide pratique à l'usage des sages-femmes,  
médecins spécialisés en obstétrique et personnel de  
santé devant faire face à des urgences obstétricales

Edition 2015

**Auteur**

Anne-Sophie Coutin

**Comité éditorial**

Catrin Schulte-Hillen, Bertrand Draguez, Myriam Henkens, Judith Herrera

**Responsable de publication**

Véronique Grouzard

**Avec la participation de**

Margaret Bell, Marie-Claude Bottineau, Séverine Caluwaerts, Isabelle Capochichi, Eva De Plecker, Maria Pilar Luna Ramirez, Olivia Hill, Michiel Lekkerkerker, Daphné Lagrou, Nicolas Peyraud, Debbie Price, Jean Rigal, Raquel Rosenberg, Nelly Staderini

Nous tenons à remercier Martin De Smet, Frédérique Drogoul, Pauline Lechevalier, Daniel Martinez, Richard Murphy, Maura Pedrini, Roberta Petrucci, Carlos Pilasi Menichetti, Anne Pittet, Harriet Roggeveen, Elisabeth Szumilin et Isabel Zuniga pour leur aide dans la réalisation de ce manuel.

**Publié par**

Médecins Sans Frontières

**Conception et mise en page**

Evelyne Laissu

**Illustrations**

Germain Péronne

© Médecins Sans Frontières, 2015

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés pour tous pays.

*Médecins Sans Frontières. Soins obstétricaux et néonataux essentiels. Edition 2015.*

ISBN : 2-906498-97-1

## Introduction

L'Organisation mondiale de la Santé estime à 800 le nombre de femmes qui meurent chaque jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement. 99% des décès maternels surviendraient dans les pays en développement. De multiples facteurs limitent l'accès à des soins de qualité devant contenir cette mortalité à un niveau plus acceptable, comme la faiblesse des ressources familiales, l'éloignement des structures de santé ou la précarité du système de transport.

Le guide *Soins obstétricaux et néonataux essentiels* a été conçu comme un outil qui permette de protéger la mère et son enfant dans cet environnement défavorable. Il est destiné aux sages-femmes, médecins spécialisés en obstétrique et personnel de santé devant faire face à des urgences obstétricales.

Ce guide n'a pas l'ambition d'un traité d'obstétrique et ne prétend pas se substituer aux années de formation et d'expérience d'un médecin spécialisé. Il s'agit ici de dominer l'essentiel de la prise en charge des maladies et incidents les plus fréquents au cours de la grossesse. Il faut sauver la mère en danger, la protéger des séquelles fonctionnelles consécutives à une grossesse ou un accouchement difficile, et faire naître l'enfant dans les conditions les plus favorables.

Les procédures décrites dans ce guide ne sont pas toutes à la portée de tout personnel médical. Par exemple, si bien des pratiques obstétricales relèvent de la compétence d'une sage-femme, celle-ci n'est pas autorisée à pratiquer une césarienne, même si elle contribue le plus souvent à poser son indication. Par contre, on peut considérer que, moyennant une formation adaptée, un infirmier peut assumer une consultation prénatale : la démographie médicale des pays à faible revenu impose souvent la décentralisation des compétences. De même, il faut savoir prendre en compte le faible nombre d'obstétriciens dans les pays en développement et reconnaître que les médecins généralistes en poste isolé soient formés dans certains pays aux accouchements difficiles et à la césarienne. Ce guide veut donc servir à l'ensemble de ce personnel différemment qualifié, lui proposer une base technique et une culture de l'urgence obstétricale. Il peut également servir d'outil de référence pour une formation.

Certaines méthodes décrites dans ce guide pourront paraître obsolètes, comme la symphysiotomie ou l'embryotomie, mais elles ont été délibérément exposées afin de faire face aux situations où l'accès à la césarienne est limité voire inexistant.

On distingue schématiquement deux types d'établissements médicaux pouvant délivrer des soins aux mères et nouveau-nés : les SONUB, où sont dispensés des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base, et les SONUC où l'on effectue des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets. La répartition géographique de ces structures permet la proximité des soins en ce qui concerne les SONUB, les SONUC servant de référence pour les accouchements les plus compliqués. Les différents soins et techniques exposés dans ce guide sont à partager entre ces deux types de structure médicale.

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

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

*Les remarques sont à adresser à :*

Médecins Sans Frontières – Guidelines  
8, rue Saint Sabin – 75011 Paris  
Tél. : +33(0)1.40.21.29.29  
Fax : +33(0)1.48.06.68.68  
e.mail : [guide.obstetrics@msf.org](mailto:guide.obstetrics@msf.org)

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

# Table des matières

<b>Abréviations et acronymes</b> .....	13
--	----

## Chapitre 1 : Diagnostic et surveillance de la grossesse

<b>1.1 Diagnostic de la grossesse</b> .....	17
1.1.1 <i>Signes et manifestations de la grossesse</i> .....	17
1.1.2 <i>Interrogatoire et examen clinique</i> .....	17
1.1.3 <i>Examens complémentaires</i> .....	17
<b>1.2 Consultations prénatales</b> .....	19
1.2.1 <i>Objectifs de la surveillance prénatale</i> .....	19
1.2.2 <i>Rythme des consultations prénatales</i> .....	19
1.2.3 <i>Première consultation</i> .....	19
1.2.4 <i>Consultations suivantes</i> .....	22
1.2.5 <i>Préventions systématiques</i> .....	23
1.2.6 <i>Préparation à l'accouchement</i> .....	26
<b>1.3 Suivi des grossesses compliquées</b> .....	27
1.3.1 <i>Situations nécessitant une surveillance renforcée</i> .....	27
1.3.2 <i>Situations nécessitant des dispositions particulières pour l'accouchement</i> .....	27
1.3.3 <i>Situations nécessitant une surveillance renforcée pendant la grossesse ET des dispositions particulières pour l'accouchement</i> .....	28

## Chapitre 2 : Saignements au cours de la première moitié de la grossesse

<b>2.1 Avortement</b> .....	33
2.1.1 <i>Diagnostic</i> .....	33
2.1.2 <i>Diagnostics différentiels</i> .....	33
2.1.3 <i>Conduite à tenir</i> .....	33
<b>2.2 Grossesse extra-utérine (GEU)</b> .....	36
2.2.1 <i>Diagnostic</i> .....	36
2.2.2 <i>Diagnostics différentiels</i> .....	37
2.2.3 <i>Conduite à tenir</i> .....	37
<b>2.3 Grossesse molaire</b> .....	38
2.3.1 <i>Diagnostic</i> .....	38
2.3.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	38
2.3.3 <i>Surveillance</i> .....	39
<b>2.4 Cervicite</b> .....	40
2.4.1 <i>Diagnostic</i> .....	40
2.4.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	40
<b>2.5 Hémorragie fonctionnelle</b> .....	41
2.5.1 <i>Diagnostic</i> .....	41
2.5.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	41

## Chapitre 3 : Saignements au cours de la deuxième moitié de la grossesse

<b>3.1 Placenta praevia</b> .....	45
3.1.1 <i>Différents types de placenta praevia</i> .....	45
3.1.2 <i>Diagnostic</i> .....	45
3.1.3 <i>Conduite à tenir</i> .....	46

<b>3.2 Hématome rétro-placentaire</b> .....	48
3.2.1 <i>Diagnostic</i> .....	48
3.2.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	48
<b>3.3 Rupture utérine</b> .....	50
3.3.1 <i>Circonstances de survenue</i> .....	50
3.3.2 <i>Diagnostic</i> .....	50
3.3.3 <i>Conduite à tenir</i> .....	52
<b>3.4 Diagnostic des saignements au cours de la deuxième moitié de la grossesse (synthèse)</b> .....	54

## Chapitre 4 : Pathologies au cours de la grossesse et grossesse pathologique

<b>4.1 Anémie par carence en fer</b> .....	59
4.1.1 <i>Diagnostic</i> .....	59
4.1.2 <i>Traitement</i> .....	59
<b>4.2 Infections bactériennes</b> .....	60
4.2.1 <i>Méningite</i> .....	60
4.2.2 <i>Typhoïde</i> .....	60
4.2.3 <i>Shigellose</i> .....	60
4.2.4 <i>Syphilis</i> .....	61
4.2.5 <i>Gonococcie génitale</i> .....	61
4.2.6 <i>Cystite et bactériurie asymptomatique</i> .....	61
4.2.7 <i>Pyélonéphrite</i> .....	62
<b>4.3 Infections parasitaires</b> .....	63
4.3.1 <i>Paludisme</i> .....	63
4.3.2 <i>Amibiase</i> .....	65
4.3.3 <i>Ascariase et ankylostomiase</i> .....	65
<b>4.4 Infections virales</b> .....	66
4.4.1 <i>Herpès génital</i> .....	66
4.4.2 <i>Varicelle</i> .....	66
4.4.3 <i>Hépatites</i> .....	66
4.4.4 <i>Infection par le HIV</i> .....	67
<b>4.5 Hypertension gravidique et pré-éclampsie</b> .....	68
4.5.1 <i>Diagnostic de la pré-éclampsie</i> .....	68
4.5.2 <i>Diagnostic de la pré-éclampsie sévère</i> .....	68
4.5.3 <i>Conduite à tenir en cas d'HTA isolée</i> .....	69
4.5.4 <i>Conduite à tenir en cas de pré-éclampsie légère</i> .....	69
4.5.5 <i>Conduite à tenir en cas de pré-éclampsie sévère</i> .....	70
4.5.6 <i>Prévention secondaire de la pré-éclampsie sévère</i> .....	72
<b>4.6 Eclampsie</b> .....	73
4.6.1 <i>Diagnostic</i> .....	73
4.6.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	73
4.6.3 <i>Prévention secondaire</i> .....	73
<b>4.7 Excès de volume utérin</b> .....	74
4.7.1 <i>Diagnostic</i> .....	74
4.7.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	74
<b>4.8 Hydramnios</b> .....	75
4.8.1 <i>Hydramnios aigu</i> .....	75
4.8.2 <i>Hydramnios chronique</i> .....	75

<b>4.9 Rupture prématurée des membranes</b> .....	76
4.9.1 <i>Diagnostic</i> .....	76
4.9.2 <i>Risques</i> .....	76
4.9.3 <i>Conduite à tenir</i> .....	76
<b>4.10 Menace d'accouchement prématuré</b> .....	78
4.10.1 <i>Facteurs déclenchants</i> .....	78
4.10.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	78
4.10.3 <i>Accouchement prématuré</i> .....	79
4.10.4 <i>Prévention</i> .....	79
<b>4.11 Mort fœtale in utero</b> .....	80
4.11.1 <i>Diagnostic</i> .....	80
4.11.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	80

## Chapitre 5 : Accouchement normal et procédures en cas d'incidents

<b>5.1 Accouchement normal</b> .....	85
5.1.1 <i>Recommandations générales</i> .....	85
5.1.2 <i>Diagnostic du début de travail</i> .....	85
5.1.3 <i>Déroulement de l'accouchement</i> .....	85
5.1.4 <i>Première phase : dilatation et descente fœtale</i> .....	86
5.1.5 <i>Deuxième phase : expulsion</i> .....	89
5.1.6 <i>Administration d'oxytocine</i> .....	92
5.1.7 <i>Clampage du cordon</i> .....	92
<b>5.2 Surveillance de l'accouchement</b> .....	93
5.2.1 <i>Partogramme</i> .....	93
5.2.2 <i>Surveillance maternelle post-partum en salle d'accouchement</i> .....	95
<b>5.3 Rupture artificielle des membranes</b> .....	96
5.3.1 <i>Indications</i> .....	96
5.3.2 <i>Précautions</i> .....	96
5.3.3 <i>Contre-indications</i> .....	96
5.3.4 <i>Technique</i> .....	96
<b>5.4 Procidence du cordon</b> .....	98
5.4.1 <i>Diagnostic</i> .....	98
5.4.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	99
<b>5.5 Circulaire du cordon</b> .....	100
<b>5.6 Extractions instrumentales</b> .....	101
5.6.1 <i>Ventouse</i> .....	101
5.6.2 <i>Forceps</i> .....	104
<b>5.7 Symphysiotomie</b> .....	105
5.7.1 <i>Indications</i> .....	105
5.7.2 <i>Conditions</i> .....	105
5.7.3 <i>Contre-indications</i> .....	105
5.7.4 <i>Matériel</i> .....	106
5.7.5 <i>Technique</i> .....	106
5.7.6 <i>Soins post-opératoires</i> .....	108
5.7.7 <i>Complications</i> .....	108
<b>5.8 Épisiotomie</b> .....	109
5.8.1 <i>Indications</i> .....	109
5.8.2 <i>Matériel</i> .....	109
5.8.3 <i>Technique</i> .....	109



<b>5.9 Suture du périnée</b> .....	111
5.9.1 Matériel .....	111
5.9.2 Technique .....	112
5.9.3 Soins post-opératoires .....	113
5.9.4 Prise en charge des complications .....	114
<b>5.10 Désinfibulation</b> .....	115
5.10.1 Matériel .....	115
5.10.2 Technique .....	115

## Chapitre 6 : Accouchements particuliers

<b>6.1 Présentation du siège</b> .....	119
6.1.1 Différentes présentations du siège .....	119
6.1.2 Diagnostic .....	119
6.1.3 Conduite à tenir .....	120
6.1.4 Difficultés de l'accouchement du siège .....	122
<b>6.2 Grossesse gémellaire</b> .....	126
6.2.1 Diagnostic .....	126
6.2.2 Conduite à tenir pendant la grossesse .....	126
6.2.3 Conduite à tenir pendant l'accouchement .....	126
<b>6.3 Grande extraction de siège</b> .....	128
6.3.1 Contre-indication relative .....	128
6.3.2 Technique .....	128
<b>6.4 Césarienne</b> .....	130
6.4.1 Indications .....	130
6.4.2 Prérequis à la réalisation d'une césarienne .....	130
6.4.3 Prise en charge pré-opératoire .....	130
6.4.4 Prise en charge per-opératoire .....	131
6.4.5 Prise en charge post-opératoire .....	131

## Chapitre 7 : Travail et présentations dystociques

<b>7.1 Travail prolongé</b> .....	137
7.1.1 Diagnostic .....	137
7.1.2 Conduite à tenir .....	137
<b>7.2 Obstruction du travail</b> .....	140
7.2.1 Diagnostic .....	140
7.2.2 Etiologies .....	140
7.2.3 Complications .....	140
7.2.4 Conduite à tenir .....	140
7.2.5 Prévention/traitement des fistules vaginales .....	141
<b>7.3 Induction du travail</b> .....	142
7.3.1 Indications .....	142
7.3.2 Moyens .....	142
7.3.3 Conditions .....	143
<b>7.4 Utilisation de l'oxytocine pendant le travail</b> .....	145
7.4.1 Indications .....	145
7.4.2 Risques liés à l'utilisation d'oxytocine pendant le travail .....	145
7.4.3 Contre-indications à l'utilisation de l'oxytocine pendant le travail .....	145
7.4.4 Situations nécessitant des précautions particulières .....	145
7.4.5 Conditions d'utilisation .....	145

<b>7.5 Dystocie des épaules</b> .....	147
7.5.1 <i>Conduite à tenir</i> .....	147
7.5.2 <i>Méthodes d'ultime recours</i> .....	148
<b>7.6 Présentation transversale ou de l'épaule</b> .....	149
7.6.1 <i>Diagnostic</i> .....	149
7.6.2 <i>Etiologies</i> .....	150
7.6.3 <i>Conduite à tenir</i> .....	150
<b>7.7 Version par manœuvre externe</b> .....	152
7.7.1 <i>Conditions</i> .....	152
7.7.2 <i>Contre-indications</i> .....	152
7.7.3 <i>Technique</i> .....	152
<b>7.8 Version par manœuvre interne</b> .....	154
7.8.1 <i>Indications et conditions</i> .....	154
7.8.2 <i>Technique</i> .....	154
<b>7.9 Présentation de la face</b> .....	156
7.9.1 <i>Diagnostic</i> .....	156
7.9.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	156
<b>7.10 Présentation du front</b> .....	159
7.10.1 <i>Diagnostic</i> .....	159
7.10.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	160

## Chapitre 8 : Délivrance

<b>8.1 Délivrance normale</b> .....	165
8.1.1 <i>Description</i> .....	165
8.1.2 <i>Prévention systématique des hémorragies de la délivrance</i> .....	165
8.1.3 <i>Surveillance</i> .....	166
8.1.4 <i>Examen du placenta</i> .....	167
<b>8.2 Hémorragie primaire du post-partum</b> .....	168
8.2.1 <i>Etiologies</i> .....	168
8.2.2 <i>Conduite à tenir dans les 30 premières minutes</i> .....	168
8.2.3 <i>Prise en charge étiologique</i> .....	169
8.2.4 <i>Conduite à tenir en cas d'hémorragie persistante</i> .....	170
<b>8.3 Hémorragie secondaire du post-partum</b> .....	172
8.3.1 <i>Diagnostic</i> .....	172
8.3.2 <i>Etiologies</i> .....	172
8.3.3 <i>Conduite à tenir</i> .....	172
<b>8.4 Inversion utérine</b> .....	173
8.4.1 <i>Diagnostic</i> .....	173
8.4.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	173
<b>8.5 Déchirure du col ou du vagin</b> .....	176
8.5.1 <i>Diagnostic</i> .....	176
8.5.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	176

## Chapitre 9 : Manœuvres intra-utérines

<b>9.1 Précautions à prendre lors des manœuvres intra-utérines</b> .....	181
9.1.1 <i>Précautions communes à toutes manœuvres intra-utérines</i> .....	181
9.1.2 <i>Précautions spécifiques aux manœuvres manuelles</i> .....	181

<b>9.2 Délivrance artificielle</b> .....	182
9.2.1 Indications .....	182
9.2.2 Technique .....	182
<b>9.3 Révision utérine</b> .....	183
9.3.1 Indications .....	183
9.3.2 Technique .....	183
<b>9.4 Curage digital</b> .....	184
9.4.1 Indications .....	184
9.4.2 Technique .....	184
<b>9.5 Aspiration manuelle par le vide (AMV)</b> .....	185
9.5.1 Indications .....	185
9.5.2 Contre-indications .....	185
9.5.3 Matériel .....	185
9.5.4 Technique .....	186
9.5.5 Suivi de la patiente .....	188
9.5.6 Complications .....	188
<b>9.6 Curetage</b> .....	189
9.6.1 Indications .....	189
9.6.2 Précautions.....	189
9.6.3 Matériel.....	189
9.6.4 Technique .....	189
9.6.5 Suivi de la patiente .....	191
9.6.6 Complications .....	191
<b>9.7 Embryotomie</b> .....	193
9.7.1 Conditions générales et précautions .....	193
9.7.2 Contre-indications .....	194
9.7.3 Matériel.....	194
9.7.4 Craniotomie sur présentation céphalique enclavée .....	195
9.7.5 Cranioclasie .....	196
9.7.6 Craniotomie sur rétention tête dernière (siège) .....	196
9.7.7 Embryotomie rachidienne sur présentation transverse.....	197

## Chapitre 10 : Soins au nouveau-né en maternité

<b>10.1 Soins et examen de routine dans les premières heures de vie</b> .....	201
10.1.1 Libération des voies aériennes.....	201
10.1.2 Clampage et soins du cordon .....	201
10.1.3 Score d'Apgar .....	201
10.1.4 Examen clinique.....	202
10.1.5 Régulation thermique.....	203
10.1.6 Alimentation .....	203
10.1.7 Traitements préventifs .....	203
10.1.8 Vaccinations .....	204
10.1.9 Suivi journalier.....	204
<b>10.2 Réanimation du nouveau-né</b> .....	205
10.2.1 Réanimation de base .....	205
10.2.2 Après la réanimation .....	207
<b>10.3 Soins du nouveau-né malade</b> .....	208
10.3.1 Signes de danger .....	208
10.3.2 Prise en charge de l'urgence vitale.....	208

10.3.3	Prise en charge de l'infection néonatale symptomatique .....	209
10.3.4	Prise en charge des nouveau-nés asymptomatiques à risque d'infection néonatale .....	210
10.3.5	Prise en charge de l'hypoglycémie .....	211
10.3.6	Prise en charge de l'ictère.....	212
<b>10.4</b>	<b>Soins spécifiques en cas d'infection transmissible chez la mère.....</b>	<b>214</b>
10.4.1	Syphilis.....	214
10.4.2	Infection génitale à gonocoque et/ou chlamydia.....	214
10.4.3	Herpès génital .....	215
10.4.4	Infection par le virus de l'hépatite B.....	215
10.4.5	Infection par le HIV.....	215
10.4.6	Tuberculose pulmonaire évolutive.....	216
<b>10.5</b>	<b>Soins du nouveau-né de petit poids de naissance (1500-2500 g) .....</b>	<b>217</b>
10.5.1	Méthode kangourou.....	217
10.5.2	Thermorégulation.....	218
10.5.3	Alimentation.....	218
10.5.4	Surveillance .....	218
<b>10.6</b>	<b>Critères de sortie de la maternité .....</b>	<b>219</b>

## Chapitre 11 : Période post-partum/post-natale

<b>11.1</b>	<b>Post-partum normal .....</b>	<b>223</b>
11.1.1	Involution utérine .....	223
11.1.2	Lochies.....	223
11.1.3	Lactation.....	223
11.1.4	Retour des règles.....	223
<b>11.2</b>	<b>Soins à la mère en post-partum .....</b>	<b>224</b>
11.2.1	Au cours du séjour en maternité.....	224
11.2.2	A la sortie.....	225
<b>11.3</b>	<b>Consultations post-natales.....</b>	<b>226</b>
11.3.1	Rythme des consultations post-natales .....	226
11.3.2	Chez la mère .....	226
11.3.3	Chez l'enfant.....	227
11.3.4	Fiche de suivi post-natal .....	227
<b>11.4</b>	<b>Complications du post-partum.....</b>	<b>228</b>
11.4.1	Hémorragie utérine .....	228
11.4.2	Complications infectieuses .....	228
11.4.3	Complications mammaires .....	229
11.4.4	Pertes urinaires.....	229
11.4.5	Troubles psychiques.....	230
<b>11.5</b>	<b>Contraception .....</b>	<b>231</b>
11.5.1	Méthodes contraceptives .....	231
11.5.2	Chez une femme qui allaite .....	232
11.5.3	Chez une femme qui n'allait pas.....	232
11.5.4	Situations particulières .....	233

## Chapitre 12 : Interruption volontaire de grossesse

<b>12.1</b>	<b>Avant l'avortement.....</b>	<b>237</b>
12.1.1	Information et counseling .....	237
12.1.2	Interrogatoire et examen .....	237
12.1.3	Choix d'une méthode.....	237

<b>12.2 Méthode médicamenteuse</b> .....	239
12.2.1 <i>Contre-indications</i> .....	239
12.2.2 <i>Protocole</i> .....	239
12.2.3 <i>Information à la patiente</i> .....	240
12.2.4 <i>Consultation post-avortement</i> .....	240
<b>12.3 Méthode chirurgicale</b> .....	242
12.3.1 <i>Contre-indications relatives</i> .....	242
12.3.2 <i>Matériel</i> .....	242
12.3.3 <i>Technique</i> .....	242
12.3.4 <i>Suivi de la patiente</i> .....	243
12.3.5 <i>Complications</i> .....	243
<b>Annexes</b>	
1. <i>Fiche de soins prénatals</i> .....	247
2. <i>Tamponnement intra-utérin par ballon de Bakri</i> .....	249
3. <i>Allaitement</i> .....	251
4. <i>Quantités quotidiennes requises pour l'alimentation</i> .....	256
5. <i>Mise en place d'une sonde oro/nasogastrique</i> .....	258
6. <i>Fiche de soins postnatals</i> .....	259
<b>Index</b> .....	261

## Abréviations et acronymes

ACT	combinaisons thérapeutiques à la base d'artémisinine
AL	artéméther/luméfántrine (coartémether)
AMV	aspiration manuelle par le vide
AQ	amodiaquine
AS	artésunate
BCG	bacille de Calmette et Guérin
C°	degré Celsius
cp	comprimé
dl	décilitre
FDR	facteur(s) de risque
g	gramme
HIV	virus de l'immunodéficience humaine
HTA	hypertension artérielle
IM	intramusculaire
IV	intraveineuse
kg	kilogramme
M	million
µg	microgramme
mg	milligramme
MgSO <sub>4</sub>	sulfate de magnésium
ml	millilitre
mmHg	millimètre de mercure
mmol	millimole
MQ	méfloquine
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PO	per os – voie orale
PTME	prévention de la transmission mère-enfant
SA	semaines d'aménorrhée
SC	sous-cutanée
SONUB	soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC	soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
SP	sulfadoxine/pyriméthamine
TA	tension (pression) artérielle
TB	tuberculose
UI	unité internationale
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
VAT	vaccin antitétanique
VHB	virus de l'hépatite B



# Chapitre 1 :

## Diagnostic et surveillance de la grossesse

<b>1.1 Diagnostic de la grossesse</b> .....	17
1.1.1 <i>Signes et manifestations de la grossesse</i> .....	17
1.1.2 <i>Interrogatoire et examen clinique</i> .....	17
1.1.3 <i>Examens complémentaires</i> .....	17
<b>1.2 Consultations prénatales</b> .....	19
1.2.1 <i>Objectifs de la surveillance prénatale</i> .....	19
1.2.2 <i>Rythme des consultations prénatales</i> .....	19
1.2.3 <i>Première consultation</i> .....	19
1.2.4 <i>Consultations suivantes</i> .....	22
1.2.5 <i>Préventions systématiques</i> .....	23
1.2.6 <i>Préparation à l'accouchement</i> .....	26
<b>1.3 Suivi des grossesses compliquées</b> .....	27
1.3.1 <i>Situations nécessitant une surveillance renforcée</i> .....	27
1.3.2 <i>Situations nécessitant des dispositions particulières pour l'accouchement</i> .....	27
1.3.3 <i>Situations nécessitant une surveillance renforcée pendant la grossesse ET des dispositions particulières pour l'accouchement (SONUC)</i> .....	28





## 1.1 Diagnostic de la grossesse

### 1.1.1 Signes et manifestations de la grossesse

La grossesse se manifeste d'abord par une aménorrhée<sup>a</sup> associée, à partir de 7 à 8 semaines d'aménorrhée, à une augmentation progressive du volume de l'utérus.

Au cours du premier trimestre, des modifications mammaires (augmentation du volume des seins, tension mammaire, vascularisation, aréole bombante), une pollakiurie (besoin fréquent d'uriner) et des nausées/vomissements transitoires, sont fréquents.

A partir du deuxième trimestre, la mère perçoit les mouvements fœtaux et ressent parfois des contractions utérines. Les bruits du cœur fœtal peuvent être perçus.

Pour la chronologie des signes et manifestations selon le terme, se référer au [Tableau 1.1](#) page suivante.

### 1.1.2 Interrogatoire et examen clinique

Se référer à la [Section 1.2](#).

### 1.1.3 Examens complémentaires

#### ***Test de grossesse***

Ce test n'est pas indispensable en routine mais est toujours indiqué en cas de suspicion de grossesse extra-utérine ou pour un diagnostic précoce de grossesse en vue de son interruption.

#### ***Echographie***

Cet examen n'est pas indispensable en routine.

<sup>a</sup> En cas d'aménorrhée (absence de règles) isolée, sans signes de grossesse associés, penser à éliminer d'autres causes : physiologique (allaitement), médicamenteuse (p.ex. contraceptifs, jusqu'à 3 mois après l'arrêt, antipsychotiques, corticoïdes), endocrinienne (p.ex. troubles thyroïdiens), psychologique, nutritinnelle, etc.

**Tableau 1.1** - Signes et manifestations de la grossesse selon le terme

	Semaines d'aménorrhée (SA)									
	0	4	6	8	12	16	18	20	24	40/41
Aménorrhée		-----	—————							
Augmentation du volume de l'utérus			—————							
Nausées/vomissements		-----	-----							
Modifications mammaires			—————							
Pollakiurie			—————							
Mouvements actifs (multipare)							-----	—————		
Mouvements actifs (primipare)							-----	-----	—————	
Contractions utérines									-----	—————
Perception des mouvements fœtaux									—————	—————
Perception des bruits du cœur au doppler obstétrical				-----	-----	—————				
Perception des bruits du cœur au stéthoscope de Pinard										—————
Echographie par voie abdominale			—————							
Test urinaire de grossesse		-----	—————							

----- période pendant laquelle ces signes/manifestations sont inconstants.

————— période pendant laquelle ces signes/manifestations sont présents.

## 1.2 Consultations prénatales

### 1.2.1 Objectifs de la surveillance prénatale

- Dépistage et prise en charge d'éventuelles pathologies : hypertension artérielle, anémie, paludisme, syphilis, infection urinaire, infection par le HIV, malnutrition, carence en vitamines et micronutriments, etc.
- Dépistage et prise en charge de complications obstétricales : cicatrice utérine, présentation anormale, rupture prématurée des membranes, grossesse multiple, métrorragies, etc.
- Prévention systématique du tétanos maternel et néonatal, d'une anémie, de la transmission materno-fœtale du HIV, du paludisme en zone endémique, etc.
- Elaboration du plan d'accouchement, conseil, préparation à l'accouchement.

### 1.2.2 Rythme des consultations prénatales

Il est recommandé de réaliser 4 consultations prénatales au cours d'une grossesse non compliquée<sup>1</sup>.

Si la patiente ne se présente qu'à partir du sixième mois, s'efforcer de réaliser au moins 2 consultations avant l'accouchement.

**Tableau 1.2** - Planning des consultations prénatales

Trimestre	Mois	SA*	Planning
Premier	1	2-5	
	2	6-9	
	3	10-13	⇐ Consultation 1
Deuxième	4	14-17	
	5	18-21	⇐ Consultation 2
	6	22-26	
Troisième	7	27-30	⇐ Consultation 3
	8	31-35	
	9	36-40/41	⇐ Consultation 4

\* L'âge de la grossesse est exprimé en semaines d'aménorrhée (SA) ou de manière plus imprécise en mois de grossesse. La durée de la grossesse est de 9 mois ou de 40 à 41 SA selon les pays.

En fonction des problèmes dépistés et des antécédents de la patiente, il peut être nécessaire d'assurer une surveillance plus étroite ([Section 1.3](#)).

### 1.2.3 Première consultation

#### A. Interrogatoire

- Sentiment général concernant la grossesse (problèmes/préoccupations).
- Contexte social : conditions de vie, situation familiale, activité.
- Date des dernières règles.

- Antécédents obstétricaux et chirurgicaux :
  - Nombre de grossesses antérieures ;
  - Complications lors de grossesses ou accouchements précédents (hémorragie, infections, prématurité, p.ex.) ;
  - Avortement(s) spontanés ou provoqués ;
  - Enfants vivants ou morts ;
  - Césarienne (s'informer de l'indication) ou toute autre intervention sur l'utérus ;
  - Extraction instrumentale ;
  - Fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale.
- Antécédents médicaux et traitement en cours : hypertension, diabète, asthme, épilepsie, cardiopathie, infection par le HIV, troubles psychiatriques, etc.
- Statut vaccinal (tétanos).
- Problèmes actuels : douleurs pelviennes, contractions, fièvre, symptômes urinaires, métrorragies, etc. En cas de signes d'infection sexuellement transmissible, p.ex. écoulement vaginal anormal, écoulement urétral, toujours rechercher une autre infection sexuellement transmissible associée.

### ***B. Estimation de l'âge de la grossesse et de la date présumée de l'accouchement***

L'âge de la grossesse est estimé en comptant le nombre de semaines d'aménorrhée (SA) depuis le premier jour des dernières règles, à l'aide d'un calendrier ou d'un disque de grossesse.

Par exemple, si la date des dernières règles est le 15 décembre 2014 et que la femme est vue le 27 janvier 2015, l'âge de la grossesse est estimé à 6 semaines d'aménorrhée.

Toujours vérifier que cette estimation concorde avec les données de l'examen clinique (estimation du volume utérin) ou de l'échographie.

La date présumée de l'accouchement est estimée en comptant 40 ou 41 semaines d'aménorrhée à partir du premier jour des dernières règles.

Par exemple, si la date des dernières règles est le 15 décembre 2014, la date présumée de l'accouchement se situe entre le 22 et le 29 septembre 2015.

La date présumée de l'accouchement peut être également estimée en comptant 9 mois plus 7 à 14 jours après le premier jour des dernières règles.

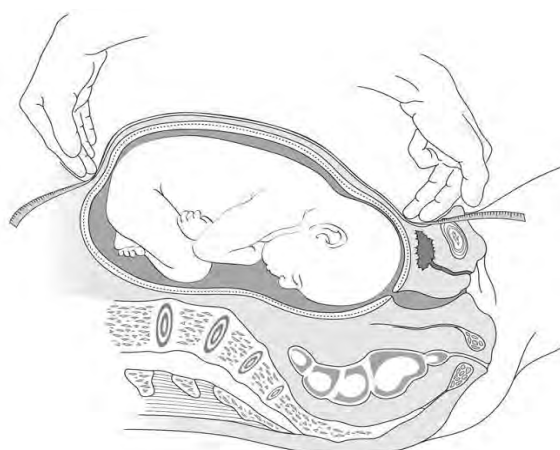
Si la femme ne connaît pas la date des dernières règles, l'âge probable de la grossesse et la date présumée de l'accouchement est établi à partir de l'examen clinique ou de l'échographie<sup>b</sup>.

### ***C. Examen clinique***

*Dans tous les cas :*

- Poids ; tension artérielle (patiente assise, au repos).
- Taille (uniquement pour les femmes de moins de 1,40 m).
- Recherche de cicatrice abdominale.
- Recherche d'anémie, d'œdèmes, etc.
- Recherche des bruits du cœur fœtal dès la fin du premier trimestre.
- Estimation du volume utérin (permet d'estimer l'âge gestationnel) :
  - Au premier trimestre, le volume utérin est apprécié par un examen bi-manuel. A 7 semaines l'utérus a la taille d'un œuf de poule, à 10 semaines la taille d'une orange, à 12 semaines, le fond utérin dépasse la symphyse pubienne.
  - A partir du deuxième trimestre, l'utérus est perçu par le palper abdominal seul avec mesure de la hauteur utérine entre le bord supérieur de la symphyse pubienne et le fond utérin (Figure 1.1).

<sup>b</sup> L'échographie permet d'estimer l'âge de la grossesse de manière précise au premier trimestre, avec une marge d'erreur d'environ 7 jours. La marge d'erreur est plus grande au deuxième trimestre (environ 15 jours) et au troisième trimestre (environ 20 jours).



**Figure 1.1**  
Mesure de la hauteur utérine

L'estimation de l'âge gestationnel devient de plus en plus approximative au fur et à mesure que la grossesse évolue. A titre indicatif :

**Tableau 1.3** - Hauteur utérine en fonction du terme

Hauteur utérine	Semaines d'aménorrhée
20 cm	18 - 22 SA
24 cm	22 - 26 SA
28 cm	26 - 30 SA
32 cm	30 - 34 SA
34 cm	33 SA au terme

*Remarque* : les valeurs de la hauteur utérine et de croissance utérine peuvent varier selon l'ethnicité. Utiliser les courbes nationales du Ministère de la Santé lorsqu'elles existent.

*Uniquement si indiqué* :

- Examen génital (recherche de mutilations, plainte d'écoulement vaginal anormal, p.ex.).
- Toucher vaginal (doute sur le diagnostic de grossesse, p.ex.).

#### **D. Examens complémentaires**

**Tableau 1.4** - Tests de dépistage recommandés

Tests	Remarques
<b>Syphilis</b>	Le dépistage de la syphilis doit être réalisé lors de la première consultation et le plus tôt possible au cours de la grossesse <sup>2</sup> . S'il n'a pas été réalisé en consultation prénatale, le réaliser à l'accouchement. Utiliser un test tréponémique spécifique rapide (SD Bioline®, p.ex.).
<b>Paludisme</b>	En zone endémique, même en l'absence de symptômes, réaliser un test rapide.
<b>Infection par le HIV</b>	Proposer un test à toute femme ne connaissant pas son statut sérologique. Réaliser les tests rapides selon l'algorithme standard. Les tests ne peuvent être réalisés qu'après consentement de la patiente. Evaluer le statut immunologique (CD4) le plus rapidement possible après la découverte de la séropositivité ou dès la première consultation prénatale pour les patientes connaissant déjà leur statut HIV+.

**Tableau 1.4** - Tests de dépistage recommandés (*suite*)

Tests	Remarques
Anémie	Mesurer l'hémoglobine (HemoCue).
Infection urinaire	Même en l'absence de symptômes, rechercher une bactériurie asymptomatique (bandelettes urinaires réactives).

**E. Fiche de suivi de grossesse**

Etablir une fiche individuelle où sont reportées les informations utiles au suivi de la grossesse ([Annexe 1](#)).

**1.2.4 Consultations suivantes****A. Interrogatoire**

- Perception par la mère des mouvements fœtaux.
- Problèmes actuels : douleurs pelviennes, contractions, fièvre, symptômes urinaires, écoulement vaginal anormal, métrorragies, etc.

**B. Examen clinique**

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

*Dans tous les cas :*

- Tension artérielle, poids, œdèmes, mesure de la hauteur utérine.
- Contrôle des bruits du cœur fœtal : ils doivent être réguliers, rapides (120-160/minute), non synchrones du pouls maternel.
- Etude de la présentation fœtale (au troisième trimestre) :

*Palpation :*

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

*Définition de la présentation :*

- Céphalique : le pôle céphalique est dans le pelvis maternel.
- Siège : le pôle céphalique est dans le fond utérin.
- Transverse : les 2 pôles sont chacun dans un flanc.

- Recherche du côté du dos :

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

- Au troisième trimestre, l'auscultation des bruits du cœur fœtal est réalisée dans la région ombilicale, du côté du dos du fœtus, au niveau de l'épaule.

*Uniquement si indiqué :*

- Examen génital (plainte d'écoulement vaginal anormal, p.ex.).
- Toucher vaginal (contractions utérines répétées, p.ex.).

*Remarque* : le toucher vaginal est quelquefois utilisé pour évaluer les dimensions du bassin chez les primipares de petite taille. La découverte d'un bassin de taille réduite<sup>c</sup> ne permet pas de prédire une disproportion fœto-pelvienne. Elle ne justifie pas la programmation d'une césarienne. A l'inverse, une disproportion fœto-pelvienne peut se produire alors que le bassin paraît normal. En pratique, une disproportion fœto-pelvienne ne peut être constatée qu'au cours de l'évolution du travail.

### C. Examens complémentaires

**Tableau 1.5** - Tests de dépistage recommandés

Tests	Remarques
<b>Infection urinaire</b>	Rechercher une bactériurie asymptomatique à chaque nouvelle consultation.
<b>Paludisme</b>	En zone endémique, réaliser un test rapide à chaque consultation, sauf si un test a été réalisé au cours des 4 semaines précédentes, qu'il était positif et que la femme a reçu un traitement antipaludique curatif.
<b>Infection par le HIV</b>	Proposer un nouveau test au 3 <sup>e</sup> trimestre aux patientes testées séronégatives au cours du 1 <sup>er</sup> trimestre. Il existe un risque accru de transmission lorsque la séroconversion a lieu au cours de la grossesse.

## 1.2.5 Préventions systématiques

### *Tétanos maternel et néonatal*

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

**Tableau 1.6** - Calendrier vaccinal des femmes enceintes ou en âge de procréer<sup>3</sup>

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

<sup>c</sup> Le bassin est estimé de taille réduite si le haut du sacrum (promontoire) est atteint avec les doigts et/ou les bords latéraux du bassin sont perçus sur toute leur longueur.



## Anémie

- En l'absence de signes cliniques ou biologiques d'anémie :
  - 1) Administrer une supplémentation en fer et acide folique, à débiter le plus rapidement possible après le début de la grossesse et à poursuivre pendant toute la grossesse, sous forme de :
    - sulfate ferreux/acide folique<sup>d</sup>** (comprimé à 200 mg de sulfate ferreux soit 65 mg de fer élément + 400 microgrammes d'acide folique) PO : 1 comprimé/jour
    - ou
    - micronutriments multiples<sup>e</sup>** (comprimé à 93,75 mg de sulfate ferreux soit 30 mg de fer élément + 400 microgrammes d'acide folique + autres nutriments) PO : 1 comprimé/jour*Remarque* : l'Organisation mondiale de la Santé recommande 30 à 60 mg de fer élément par jour, en privilégiant la dose de 60 mg/jour plutôt que 30 mg/jour dans les zones où la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes est élevée ( $\geq 40\%$ )<sup>f,4</sup>.
  - 2) Dans les zones où l'ankylostomiase est endémique, administrer également à partir du deuxième trimestre un traitement antihelminthique :
    - albendazole** PO : 400 mg dose unique (ou **mébéndazole** PO : 500 mg dose unique)
  - 3) Dans les zones où le paludisme est endémique, administrer également un traitement intermittent antipaludique préventif ou un traitement antipaludique curatif selon le résultat des tests de dépistage (voir ci-dessous).
- En présence d'anémie clinique (pâleur des paumes, des conjonctives, de la langue) ou biologique (hémoglobine < 11 g/dl) : se référer au [Chapitre 4, Section 4.1](#).

## Paludisme

En Afrique, dans les zones où la transmission du paludisme à *P. falciparum* est modérée à forte<sup>g</sup>, la prévention repose sur :

- 1) L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (fournir 2 moustiquaires) ;
- 2) Le dépistage du paludisme à chaque consultation prénatale :
  - En cas de test négatif, dès le début du deuxième trimestre :
    - Administrer un traitement préventif intermittent par **sulfadoxine/pyriméthamine (SP)<sup>5</sup>**. Respecter un intervalle de un mois minimum entre chaque traitement préventif. Ce traitement permet de réduire les conséquences du paludisme (anémie maternelle, faible poids de naissance). La posologie de la SP pour chaque traitement est de 3 comprimés en une prise unique. Ne pas administrer ce traitement intermittent chez les femmes infectées par le HIV sous prophylaxie par le cotrimoxazole.
  - En cas de test positif, quel que soit le terme de la grossesse :
    - Administrer un traitement antipaludique curatif ([Chapitre 4, Section 4.3.1](#)).
    - Après un traitement curatif, attendre un mois pour refaire un test de dépistage du paludisme.

<sup>d</sup> Les comprimés à 200 mg de sulfate ferreux (65 mg de fer élément) + 400 microgrammes d'acide folique peuvent être remplacés par des comprimés à 185 mg de fumarate ferreux (60 mg de fer élément) + 400 microgrammes d'acide folique.

<sup>e</sup> En cas d'utilisation de micronutriments multiples, s'assurer que la composition en sels de fer (sulfate ou fumarate) est équivalente à 30 mg de fer élément par comprimé et la composition en acide folique de 400 microgrammes par comprimé (formulation UNU/UNICEF/OMS). Pour la composition complète de ces comprimés, se référer au *Catalogue médical*, MSF.

<sup>f</sup> Selon les données de l'Organisation mondiale de la Santé (1993-2005), la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes est de 57,1% pour l'Afrique, 48,2% pour l'Asie du Sud-Est, 44,2% pour la Méditerranée orientale, 30,7% pour le Pacifique occidental, 25% pour l'Europe et 24,1% pour les Amériques.

<sup>g</sup> Zones de « transmission modérée » : zones où le taux de prévalence du paludisme est de 11-50% pendant la plus grande partie de l'année chez les enfants de 2 à 9 ans. Zones de « forte transmission » : zones dans lesquelles le taux de prévalence du paludisme est de plus de 50% pendant la plus grande partie de l'année chez les enfants de 2 à 9 ans.

### **Infection urinaire**

Traiter les bactériuries asymptomatiques pour réduire le risque d'infection rénale<sup>6</sup> ([Chapitre 4, Section 4.2.6](#)).

### **Infection par le HIV**

Pour prévenir la transmission mère-enfant, un traitement antirétroviral est administré à la mère ([Chapitre 4, Section 4.4.4](#)).

### **Carence en vitamines et micronutriments**

#### – Vitamine K<sub>1</sub>

Chez les femmes traitées par un inducteur enzymatique (p.ex. rifampicine, rifabutine ; carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne), il est recommandé d'administrer 10 mg/jour de **phytoménadione** PO pendant les 15 jours qui précèdent la date présumée de l'accouchement.

#### – Calcium

Une supplémentation est recommandée<sup>7</sup> chez :

- toutes les adolescentes enceintes (moins de 20 ans) ;
- toutes les femmes enceintes dont l'alimentation est pauvre en calcium ET qui présentent un risque élevé de pré-éclampsie (antécédent de pré-éclampsie ou d'éclampsie, grossesse gémellaire, hypertension chronique).

Commencer la supplémentation avant 20 SA et la poursuivre pendant toute la grossesse :

**calcium carbonate** PO : un comprimé à 1,25 g (équivalent à 500 mg de calcium élément par comprimé) 3 fois par jour (= 1500 mg de calcium élément/jour à diviser en 3 prises).

Respecter un intervalle de 2 heures entre l'administration du calcium et des sels de fer.

#### – Vitamine D

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

**ergocalciférol** (vitamine D<sub>2</sub>) ou **colécalciférol** (vitamine D<sub>3</sub>) PO : 100 000 UI dose unique au sixième ou septième mois de grossesse.

#### – Iode

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

### **Malnutrition**

#### – Même en l'absence de signes de malnutrition, supplémenter :

- toutes les femmes enceintes tout au long de la grossesse dans les situations de pénurie alimentaire ;
- toutes les adolescentes enceintes (moins de 20 ans).

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

### **Autres**

Toutes les mesures précédentes peuvent être mises en œuvre dans la majorité des contextes. D'autres examens et mesures préventives peuvent être proposés s'ils sont pertinents dans un contexte particulier ou s'ils sont inclus dans les protocoles nationaux (p.ex. détermination du facteur rhésus maternel et prévention de l'allo-immunisation rhésus, dépistage du cancer du col, etc.).

## 1.2.6 Préparation à l'accouchement

### Séances collectives

Organiser des séances collectives (10 à 15 femmes) permet de favoriser les échanges entre les patientes, de promouvoir l'utilisation des services disponibles et d'aborder les thèmes suivants :

- Importance d'être assistée par du personnel qualifié pendant l'accouchement.
- Objectifs des consultations prénatales.
- Examens et traitements recommandés au cours de la grossesse (tests de dépistage, vaccination antitétanique, prévention de la transmission mère-enfant du HIV, etc.).
- Signes de danger durant la grossesse ou au cours de l'accouchement, importance du recours rapide aux soins.
- Utilisation de moustiquaires imprégnées.
- Utilisation du « kit d'accouchement »<sup>h</sup>, selon le contexte.
- Objectifs de la visite post-natale.

### Séances individuelles

Les séances individuelles permettent de reprendre les thèmes abordés en séances collectives et donner des conseils adaptés à la situation médicale et sociale individuelle.

Les thèmes dépendent en partie du stade de la grossesse et de la situation spécifique de la femme :

- Plan d'accouchement (voir ci-dessous).
- Signes de danger durant la grossesse ou l'accouchement, importance du recours rapide aux soins.
- Contraception, en particulier pour les grandes multipares, les femmes présentant un risque obstétrical particulier.

### Plan d'accouchement

Déterminer avec la patiente un plan individuel d'accouchement prenant en compte sa situation médicale et sociale :

- Lieu préférentiel d'accouchement : structures SONUC ou SONUB selon le déroulement de la grossesse et les antécédents.
- Dispositions à prendre : transport, organisation familiale, etc.

**Tableau 1.7** - Structures de soins obstétricaux

Structure	Paquet minimum
<b>SONUB</b> Soins <b>O</b> bstétricaux et <b>N</b> éonataux d' <b>U</b> rgence de <b>B</b> ase	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accessibilité 24 heures sur 24</li> <li>• Présence d'accoucheur(s) qualifié(s)</li> <li>• Possibilité d'administration :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'antibiotiques par voie parentérale</li> <li>- d'utérotoniques</li> <li>- d'anticonvulsivants en cas de pré-éclampsie/éclampsie</li> </ul> </li> <li>• Possibilité de :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- délivrance artificielle du placenta</li> <li>- évacuation utérine (aspiration)</li> <li>- extraction instrumentale (ventouse)</li> <li>- réanimation néonatale de base</li> </ul> </li> </ul>
<b>SONUC</b> Soins <b>O</b> bstétricaux et <b>N</b> éonataux d' <b>U</b> rgence <b>C</b> omplets	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comme une structure SONUB</li> <li>ET</li> <li>• Possibilité de :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- prise en charge chirurgicale (césarienne, hystérectomie, etc.)</li> <li>- de transfusion sanguine</li> </ul> </li> </ul>

<sup>h</sup> Kit individuel remis aux femmes susceptibles d'accoucher à domicile dans des situations d'isolement ou d'insécurité limitant les possibilités de déplacement. Il contient un champ plastifié à étendre sur le sol, du savon (pour la toilette génitale de la femme et le lavage des mains de la sage-femme), un fil et une lame de rasoir pour ligaturer et couper le cordon et éventuellement un linge pour sécher l'enfant.

## 1.3 Suivi des grossesses compliquées

Le terme de grossesses « compliquées » désigne les grossesses lors desquelles les risques pour la mère ou l'enfant sont majorés du fait d'une pathologie ou d'un antécédent obstétrical ou médical particulier.

Elles peuvent nécessiter une surveillance renforcée et/ou des dispositions particulières en milieu médico-chirurgical au cours de l'accouchement.

### 1.3.1 Situations nécessitant une surveillance renforcée

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

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

### 1.3.2 Situations nécessitant des dispositions particulières pour l'accouchement

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

#### Prévoir un accouchement dans une structure SONUB :

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

*Remarque* : il est indispensable que toutes les structures SONUB mettent en place un système efficace de référence des patientes vers une structure SONUC.

#### Prévoir un accouchement dans une structure SONUC :

- Dans les situations nécessitant systématiquement une césarienne :
  - Antécédent de rupture utérine ;
  - Antécédent de césarienne corporéale ou plus de 2 césariennes ;
  - Présentation transverse.

La césarienne programmée doit être réalisée à partir de 39 SA. Avant 39 SA, les naissances par césarienne en dehors du travail, même non prématurée (37-38 SA) sont associées à un risque de détresse respiratoire néonatale élevé. Ce risque existe quel que soit le poids estimé du fœtus.

Lorsque le terme est imprécis :

- S'il existe un risque très élevé de rupture utérine (p.ex. antécédent de rupture utérine grave ou plus de 3 césariennes), envisager de programmer la césarienne avant le travail au cours du neuvième mois, en se préparant à prendre en charge une détresse respiratoire néonatale.
  - Dans les autres cas, il est préférable d'attendre le début du travail pour réaliser la césarienne. Dans ces conditions, si la patiente habite loin, lui proposer de résider, au cours du neuvième mois, à proximité de la structure où elle doit accoucher, dans sa famille ou dans un centre d'hébergement (« maison d'attente de la maternité »).
- Dans les situations où le risque d'avoir à effectuer en urgence une césarienne ou des manœuvres obstétricales complexes est élevé :
- Antécédent de césarienne segmentaire inférieure ;
  - Antécédent de cicatrice utérine (perforation utérine, myomectomie) ;
  - Antécédent de fistule vésico-vaginale ;
  - Antécédent de symphysiotomie ;
  - Antécédent de déchirure du troisième ou quatrième degré ;
  - Présentation du siège.

### **1.3.3 Situations nécessitant une surveillance renforcée pendant la grossesse ET des dispositions particulières pour l'accouchement (SONUC)**

- Antécédent d'hématome rétro-placentaire, pré-éclampsie sévère, éclampsie (prévention secondaire par aspirine, [Chapitre 4, Section 4.5.6](#)).
- Pré-éclampsie (risque d'éclampsie, anomalie de la coagulation, décès maternel, hématome rétro-placentaire, retard de croissance intra-utérin, mort in utero) ou éclampsie.
- Hémorragie (risque d'accouchement prématuré, souffrance fœtale, mort in utero, anémie ou décès maternels).
- Anémie sévère (risque d'hypotrophie, prématurité, anémie néonatale, vulnérabilité accrue en cas d'hémorragie). Avoir la possibilité de transfuser en cas d'anémie grave au troisième trimestre.
- Grossesse multiple (risque de dystocie, accouchement prématuré, hypertension, diabète, retard de croissance intra-utérin, hémorragie de la délivrance). Conseiller le repos.
- Rupture prématurée des membranes (risque d'infection, accouchement prématuré, mort in utero).

## Références

---

- 1 World Health Organization. WHO Antenatal Care Randomised Trial: Manual for the Implementation of the New Model. Geneva. 2002. WHO/RHR/01.30.  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_RHR\\_01.30.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf)
- 2 World Health Organization. Standards for maternal and neonatal care: prevention of mother-to-child transmission of syphilis, 2006.  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/prevention\\_mtct\\_syphilis.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/prevention_mtct_syphilis.pdf)
- 3 Organisation mondiale de la Santé. Manuel d'application pratique pour l'élimination du tétanos néonatal. Genève. 1999. WHO/V&B/99.14.  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO\\_V&B\\_99.14\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_V&B_99.14_fre.pdf)
- 4 World Health Organization. Guideline: Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva. 2012.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77770/1/9789241501996\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77770/1/9789241501996_eng.pdf)
- 5 WHO policy brief for the implementation of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy using sulfadoxine-pyrimethamine (IPTp-SP). April 2013 (revised January 2014).  
<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/iptp-sp-updated-policy-brief-24jan2014.pdf>
- 6 Smaill F, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy (Review). The Cochrane Library 2007, Issue 4.  
<http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000490.pdf>
- 7 World Health Organization. Calcium supplementation in pregnant women. 2013.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85120/1/9789241505376\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85120/1/9789241505376_eng.pdf)



## Chapitre 2 : Saignements au cours de la première moitié de la grossesse

<b>2.1 Avortement</b> .....	33
2.1.1 <i>Diagnostic</i> .....	33
2.1.2 <i>Diagnostics différentiels</i> .....	33
2.1.3 <i>Conduite à tenir</i> .....	33
<b>2.2 Grossesse extra-utérine (GEU)</b> .....	36
2.2.1 <i>Diagnostic</i> .....	36
2.2.2 <i>Diagnostics différentiels</i> .....	37
2.2.3 <i>Conduite à tenir</i> .....	37
<b>2.3 Grossesse molaire</b> .....	38
2.3.1 <i>Diagnostic</i> .....	38
2.3.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	38
2.3.3 <i>Surveillance</i> .....	39
<b>2.4 Cervicite</b> .....	40
2.4.1 <i>Diagnostic</i> .....	40
2.4.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	40
<b>2.5 Hémorragie fonctionnelle</b> .....	41
2.5.1 <i>Diagnostic</i> .....	41
2.5.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	41





## 2.1 Avortement

Interruption de la grossesse, spontanée (fausse couche) ou provoquée, avant 22 semaines d'aménorrhée.

Les avortements provoqués sont souvent réalisés dans de mauvaises conditions dans les pays où l'interruption volontaire de grossesse est illégale (non aseptiques, avec des substances ou du matériel inadéquats, sans assistance de personnel de santé qualifié, etc.). Les complications de ces avortements (hémorragie, traumatisme, infection sévère) sont fréquentes et peuvent mettre en jeu le pronostic vital.

Pour la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse, se référer au [Chapitre 12](#).

### 2.1.1 Diagnostic

#### ***Signes et symptômes***

- Menace d'avortement ou grossesse arrêtée : saignements minimes, douleurs pelviennes, col fermé.
- Avortement incomplet : saignements plus ou moins abondants, douleurs abdomino-pelviennes, contractions utérines, expulsion de produits de conception, col ouvert.
- Des lésions traumatiques vaginales ou cervicales ou la présence de corps étrangers sont fortement suggestives d'un avortement provoqué non médicalisé : rechercher des complications, notamment infectieuses.

#### ***Examens complémentaires***

- Un test de grossesse est utile si l'interrogatoire et l'examen clinique ne sont pas concluants.
- L'échographie est utile pour confirmer un arrêt de grossesse et la présence de résidus après un avortement incomplet.

### 2.1.2 Diagnostics différentiels

Les principaux diagnostics différentiels sont : grossesse extra-utérine, cervicite, ectropion (éversion de la muqueuse cervicale plus fragile et pouvant saigner facilement au contact, notamment après un toucher vaginal ou un rapport sexuel), polype cervical, saignement utérin fonctionnel.

### 2.1.3 Conduite à tenir

#### ***Menace d'avortement***

- Mettre au repos. Soit la menace disparaît, soit l'avortement est inéluctable.
- Rechercher une possible cause infectieuse (paludisme, infections sexuellement transmissibles) et la traiter.
- Traiter la douleur selon son intensité.

**Avortement en cours ou incomplet**

- Prendre le pouls et la pression artérielle, la température, évaluer l'importance des saignements.
- Traiter la douleur selon son intensité.
- Retirer du vagin et du col les produits de conception visibles.
- Si présents, éliminer les corps étrangers, nettoyer les plaies, vérifier et/ou mettre à jour la vaccination antitétanique ([Tableau 2.1](#)).

**Tableau 2.1** - Prévention antitétanique

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

- En cas de signes d'avortement septique (fièvre, douleurs abdominales, utérus sensible, pertes fétides), associer :  
**amoxicilline/acide clavulanique** IV (dose exprimée en amoxicilline) : 3 g/jour à diviser en 3 injections espacées de 8 heures + **gentamicine** IM : 3 à 5 mg/kg/jour en une injection  
ou  
**ampicilline** IV : 6 g/jour à diviser en 3 injections espacées de 8 heures + **métronidazole** IV : 1,5 g/jour à diviser en 3 perfusions espacées de 8 heures + **gentamicine** IM : 3 à 5 mg/kg/jour en une injection  
Poursuivre 48 heures (ou jusqu'à disparition de la fièvre) puis prendre le relais avec :  
**amoxicilline/acide clavulanique** PO (dose exprimée en amoxicilline) : 3 g/jour à diviser en 2 ou 3 prises<sup>a</sup> pour compléter 5 jours de traitement  
ou  
**amoxicilline** PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises + **métronidazole** PO : 1,5 g/jour à diviser en 3 prises pour compléter 5 jours de traitement  
En cas d'infection très sévère (utérus perforé infecté, péritonite), poursuivre le traitement 10 jours.

<sup>a</sup> La dose quotidienne est à diviser en 2 prises si utilisation de la formulation dans la proportion 8/1 ou 7/1; à diviser en 3 prises si utilisation de la formulation dans la proportion 4/1.

- En cas d'hémorragie importante :
  - Poser une voie veineuse de gros calibre (16-18G) et perfuser du Ringer lactate.
  - Surveiller étroitement : pouls, tension artérielle, saignements.
  - En prévision d'une transfusion, déterminer le groupe de la patiente et sélectionner des donneurs potentiels ou vérifier la disponibilité en sang. En cas de transfusion, le sang doit obligatoirement avoir été testé (HIV-1, HIV-2, hépatite B, hépatite C et syphilis).

- Evacuation utérine :

*Avant 10 semaines d'aménorrhée :*

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

*Entre 10 et 12 à 14 semaines d'aménorrhée<sup>b</sup> :*

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

- Méthodes instrumentales :
  - aspiration manuelle par le vide ([Chapitre 9, Section 9.5](#))
  - ou
  - curetage ([Chapitre 9, Section 9.6](#)).

L'aspiration sous anesthésie locale est la méthode de choix<sup>1</sup>. Elle est techniquement plus facile à réaliser, moins traumatique et moins douloureuse que le curetage.

- Méthode médicamenteuse :
 

L'utilisation du **misoprostol** en une dose unique (400 microgrammes par voie sublinguale ou 600 microgrammes PO)<sup>2,3</sup> peut permettre d'éviter le geste opératoire. Il existe cependant un risque d'échec, d'autant plus important que la grossesse est avancée. L'efficacité du traitement (c.-à-d. la vacuité utérine) doit être vérifiée dans les jours suivant la prise. En cas d'échec, le recours à la méthode instrumentale est inévitable.

*Au-delà de 12 à 14 semaines d'aménorrhée :*

Il faut être patient, laisser la poche des eaux intacte, laisser le travail se faire. Le placenta est le plus souvent évacué avec le fœtus. Une partie du placenta peut être retenue. En cas de doute à l'examen du placenta ou en cas d'hémorragie, effectuer un curage digital rapidement après l'expulsion. Ce geste, s'il est différé, devient impossible en raison de la rétraction du col. Il peut alors être nécessaire de pratiquer un curetage ([Chapitre 9, Section 9.6](#)), avec un risque important de perforation utérine.

- Prévoir ensuite une supplémentation en fer + acide folique ou, en cas d'anémie sévère, une transfusion sanguine.
- Rechercher une possible cause infectieuse (paludisme, infections sexuellement transmissibles) et la traiter.

<sup>b</sup> L'âge gestationnel est estimé sur la date des dernières règles et la taille de l'utérus. L'évacuation de l'utérus par aspiration ou l'utilisation de misoprostol sont en général recommandés jusqu'à 12 semaines. Toutefois, l'estimation de l'âge gestationnel étant souvent approximative, il est possible d'utiliser ces méthodes jusqu'à un âge estimé de 14 semaines d'aménorrhée.

## 2.2 Grossesse extra-utérine (GEU)

Implantation de l'œuf fécondé en dehors de l'utérus, le plus souvent au niveau des 2/3 distal de la trompe. Les autres localisations sont plus rares. Les antécédents de péritonite ou d'infection pelvienne sont des facteurs pré-disposants.

### 2.2.1 Diagnostic

#### **Signes et symptômes**

Symptomatologie commune, quelle que soit la localisation de la GEU :

- A l'interrogatoire : histoire récente de douleurs abdominales intermittentes, aménorrhée de quelques semaines suivie de saignements ou irrégularité menstruelle, nausées et vomissements, malaises occasionnels.
- A l'examen : sensibilité abdominale plus ou moins importante, défense, parfois masse annexielle, sensibilité du col et du cul-de-sac postérieur.

En cas de GEU tubaire :

- Du sang peut se collecter dans la trompe (hématosalpinx). Les symptômes précédemment cités peuvent alors être plus marqués et prolongés, avec une masse annexielle douloureuse.
- Un saignement distillant sur des jours ou des semaines vers la cavité abdominale est possible. Le sang va s'accumuler dans le cul-de-sac de Douglas et former un hématome (hématocèle). En présence d'hématocèle, surtout si celle-ci est volumineuse, d'autres signes et symptômes peuvent être retrouvés :
  - irritation vésicale ou rectale avec pollakiurie, dysurie, crampes rectales, fébricule ;
  - bombement et douleur accrue du cul-de-sac vaginal postérieur avec masse pelvienne sans limite nette, de consistance inégale, refoulant l'utérus en avant ;
  - anémie.

En cas de rupture soudaine de la trompe, les vaisseaux tubaires sont souvent lésés. Un hémopéritoine (épanchement de sang dans le péritoine) se constitue rapidement.

A l'examen :

- abdomen distendu avec matité déclive sensible ;
- douleur exquise dans le cul-de-sac de Douglas ;
- douleur scapulaire ;
- choc hypovolémique lié à l'hémorragie (pouls rapide ou filant ou imprenable, pression artérielle très basse ou imprenable, tachypnée, pâleur, sensation de froid, peau moite, agitation et anxiété).

En général, une grossesse cervicale (très rare) ressemble tout d'abord à un avortement incomplet. C'est souvent au cours de l'aspiration ou du curetage réalisé pour évacuer l'utérus qu'elle se révèle par une hémorragie massive.

#### **Examens complémentaires**

- Test de grossesse : le test est habituellement positif en cas de GEU, toutefois, il peut être négatif en cas d'hématocèle.
- Dans tous les cas, l'échographie permet de visualiser un utérus vide, éventuellement une masse latéro-utérine (hématosalpinx ou hématocèle) ou un épanchement intrapéritonéal (hémopéritoine).  
En l'absence d'échographie, s'il subsiste un doute, il peut être utile de réaliser une ponction aspiration du cul-de-sac de Douglas (culdocentèse) pour rechercher un hémopéritoine. Ce geste est inutile lorsqu'une laparotomie est clairement indiquée.

- Culdocentèse :
  - Réaliser une anesthésie générale (kétamine) ou locale (lidocaïne 1%).
  - Badigeonner le périnée, vagin et col à la polyvidone iodée 10%.
  - Abaisser la paroi vaginale postérieure à l'aide d'un speculum. Saisir la lèvre postérieure du col avec une pince de Pozzi et soulever le col vers le haut.
  - Ponctionner, de la manière plus horizontale possible, le cul-de-sac postérieur du vagin à l'aide d'une aiguille de gros calibre montée sur une seringue de 20 ml et aspirer.
  - Si la ponction ramène du sang non coagulable, l'hémopéritoine est confirmé.

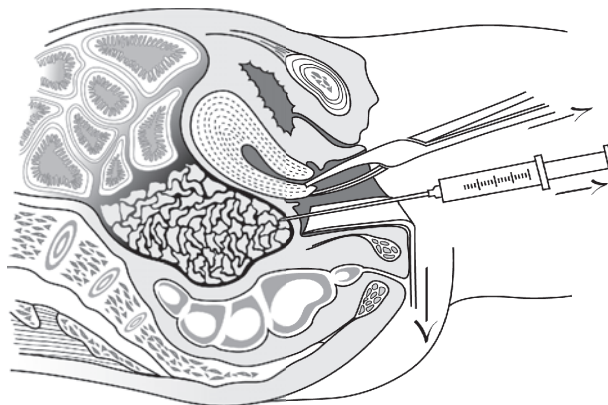


Figure 2.1

Ponction aspiration du cul-de-sac postérieur du vagin

## 2.2.2 Diagnostics différentiels

Les principaux diagnostics différentiels des GEU sont : avortement, salpingite, abcès ovarien, appendicite et diverticulite.

Devant un tableau d'hématocèle, penser aussi à un pyosalpinx, un fibrome, un abcès pelvien d'autre origine.

Devant un tableau hémopéritoine, penser aussi à une perforation gastrique ou duodénale, une rupture de kyste ovarien, une torsion d'annexe.

## 2.2.3 Conduite à tenir

Lorsque le diagnostic de GEU est très probable :

- Se préparer à une laparotomie ou référer en urgence vers un centre SONUC.
- Poser une voie veineuse de gros calibre (16-18G) et perfuser du Ringer lactate.
- Surveiller étroitement le pouls, la pression artérielle, les saignements.
- En prévision d'une transfusion, déterminer le groupe de la patiente et sélectionner des donneurs potentiels ou vérifier la disponibilité en sang. En cas de transfusion, le sang doit obligatoirement avoir été testé (HIV-1, HIV-2, hépatite B, hépatite C et syphilis).

*Cas particuliers :*

- En cas d'hémorragie massive, lors d'une aspiration ou d'un curetage révélant une grossesse cervicale, réaliser si possible une compression hémostatique transitoire par sonde de Foley intra-cervicale ou cerclage avant d'envisager une hystérectomie totale.
- Le traitement de la grossesse abdominale est réalisé par laparotomie. Selon sa localisation, l'exérèse du placenta peut être très difficile et hémorragique : laisser alors le placenta en place.

## 2.3 Grossesse molaire

Grossesse pathologique due à une dégénérescence kystique du placenta (prolifération anormale des villosités choriales). La môle se présente sous forme de vésicules translucides d'1 à 2 cm de diamètre, reliées par des filaments, comme une grappe de raisin. Le plus souvent, pas de fœtus ni de poche des eaux.

### 2.3.1 Diagnostic

#### *Signes et symptômes*

- Hémorragies spontanées d'importance variable.
- Utérus trop gros et trop mou pour le terme.
- Au cinquième mois, pas de bruits du cœur fœtal, de mouvements actifs ni de pôles fœtaux.
- Nausées, vomissements plus fréquents et plus prolongés que lors d'une grossesse normale.
- Parfois :
  - œdèmes, protéinurie, hypertension artérielle possibles si la grossesse est avancée ;
  - gros ovaires, amaigrissement, sub-ictère ;
  - Avortement lent, fragmentaire, incomplet et parfois très hémorragique, avec émission de vésicules.

#### *Examens complémentaires*

- Le test de grossesse est toujours positif.
- L'échographie montre un placenta hétérogène, vésiculaire, occupant la totalité de la cavité utérine.

### 2.3.2 Conduite à tenir

- Référer vers un centre SONUC : risque hémorragique et évacuation utérine délicate.
- Poser une voie veineuse de gros calibre (16-18G) et perfuser du Ringer lactate.
- Surveiller étroitement le pouls, la pression artérielle, les saignements.
- En prévision d'une transfusion, déterminer le groupe de la patiente et sélectionner des donneurs potentiels ou vérifier la disponibilité en sang. En cas de transfusion, le sang doit obligatoirement avoir été testé (HIV-1, HIV-2, hépatite B, hépatite C et syphilis).
- Evacuer la môle par aspiration ou curage digital ou curetage doux ([Chapitre 9](#)). L'évacuation est réalisée sous **oxytocine**, 20 UI dans 1 litre de Ringer lactate ou de chlorure de sodium à 0,9% à administrer en 2 heures (160 gouttes/minute) pour prévenir l'hémorragie et réduire le risque de perforation (la paroi utérine est très fine et fragilisée). L'évacuation ne doit laisser aucun débris. Si possible réaliser un contrôle échographique de la vacuité utérine.
- Traitement contraceptif de préférence hormonal pendant au moins 1 an ou ligature tubaire si souhaitée.

### 2.3.3 Surveillance

Dans environ 10 à 15% des cas, la môle évolue en maladie trophoblastique persistante ou en choriocarcinome.

Réaliser une consultation :

- 2 semaines après l'évacuation, avec si possible un contrôle échographique de la vacuité utérine. En l'absence d'échographie, si les saignements persistent, envisager une seconde aspiration car même correctement réalisée, la rétention de débris molaire n'est pas rare.
- 8 semaines après l'évacuation : effectuer le premier test de grossesse de contrôle. En effet, le test de grossesse ne devient pas immédiatement négatif après l'évacuation mais devrait l'être dans les 8 semaines.

Si ce test est négatif, réaliser un test de grossesse toutes les 4 à 8 semaines pendant 1 an. S'il est positif après 8 semaines ou devient positif lors du suivi ultérieur malgré une contraception efficace, référer la patiente pour exclure ou traiter une maladie trophoblastique persistante ou un choriocarcinome.



## 2.4 Cervicite

Inflammation du col utérin, causée par de nombreux agents infectieux, *Chlamydia trachomatis* et gonocoque dans plus de 40% des cas.

### 2.4.1 Diagnostic

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

### 2.4.2 Conduite à tenir

Antibiothérapie active sur le chlamydia et le gonocoque ([Chapitre 4, Section 4.2.5](#)) pour la patiente et le partenaire.

Un col rouge inflammatoire et déformé peut correspondre à une lésion plus grave (dysplasie, cancer). Toutefois, ne pas conclure hâtivement qu'il s'agit d'une lésion maligne car l'aspect du col peut être modifié au cours de la grossesse (présence d'un ectropion important). En cas de doute, réexaminer la patiente 3 mois après l'accouchement.

## 2.5 Hémorragie fonctionnelle

Hémorragie le plus souvent de faible abondance, d'origine endométriale, sans cause apparente. Il s'agit d'un diagnostic d'élimination, après exclusion des autres causes de saignement mentionnées dans ce chapitre.

### 2.5.1 Diagnostic

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

### 2.5.2 Conduite à tenir

Repos, pas de traitement médicamenteux.

## Références

---

- 1 Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Özge Tunçalp, A Metin Gülmezoglu, João Paulo Souza. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. Published Online: 8 SEP 2010. Assessed as up-to-date: 25 JUL 2010.
- 2 Organisation mondiale de la Santé. Clinical practice handbook for safe abortion. Genève, 2014.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97415/1/9789241548717\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97415/1/9789241548717_eng.pdf)
- 3 Gynuity health projects. Misoprostol for treatment of incomplete abortion: An introductory guidebook, 2009.  
[http://gynuity.org/downloads/clinguide\\_pacguide\\_en.pdf](http://gynuity.org/downloads/clinguide_pacguide_en.pdf)

# Chapitre 3 :

## Saignements au cours de la deuxième moitié de la grossesse

<b>3.1 Placenta praevia</b> .....	45
3.1.1 <i>Différents types de placenta praevia</i> .....	45
3.1.2 <i>Diagnostic</i> .....	45
3.1.3 <i>Conduite à tenir</i> .....	46
<b>3.2 Hématome rétro-placentaire (HRP)</b> .....	48
3.2.1 <i>Diagnostic</i> .....	48
3.2.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	48
<b>3.3 Rupture utérine</b> .....	50
3.3.1 <i>Circonstances de survenue</i> .....	50
3.3.2 <i>Diagnostic</i> .....	50
3.3.3 <i>Conduite à tenir</i> .....	52
<b>3.4 Diagnostic des saignements au cours de la deuxième moitié de la grossesse (synthèse)</b> .....	54



## 3.1 Placenta praevia

Insertion anormale du placenta situé sur le segment inférieur au lieu d'être fixé sur le fond utérin.

Les principaux facteurs de risque de placenta praevia sont la multiparité et un antécédent de césarienne.

Même dans de bonnes conditions (possibilité de transfusion, milieu chirurgical de qualité), la mortalité maternelle et fœtale est importante et le risque d'hémorragie du post-partum est élevé.

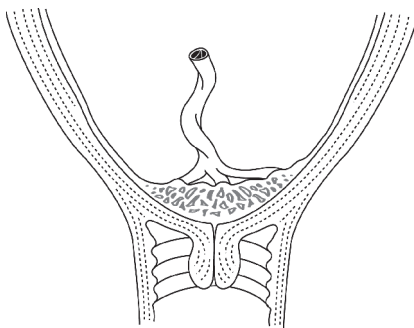
### 3.1.1 Différents types de placenta praevia

On distingue 4 types de placenta praevia :

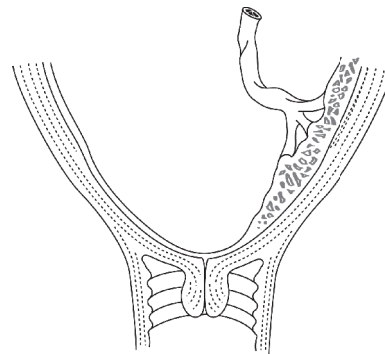
- Le placenta praevia *totale*ment recouvrant (Figure 3.1a), qui obstrue entièrement l'orifice interne du col.
- Le placenta praevia *partiel*lement recouvrant qui obstrue partiellement l'orifice interne du col.

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

- Le placenta praevia *marginal* (Figure 3.1b), qui atteint l'orifice interne sans le recouvrir.
- Le placenta praevia *latéral*, qui est inséré sur le segment inférieur mais à plus de 2 cm de l'orifice interne.



3.1a – Recouvrant



3.1b – Marginal

Figures 3.1  
Placenta praevia

### 3.1.2 Diagnostic

#### Signes et symptômes

Chez une femme enceinte de plus de 5 mois :

- Hémorragie brutale de sang rouge associée à des contractions utérines (que la femme ne ressent pas toujours).
- Présentation souvent élevée, refoulée par le placenta ; utérus souple.
- Bruits du cœur fœtal perçus en général.
- L'examen au spéculum montre du sang s'écoulant par le col.

- Eviter le toucher vaginal pour ne pas déclencher d'hémorragie massive (ou le réaliser au bloc opératoire où peut être effectuée une césarienne en urgence si nécessaire).  
Si un toucher vaginal est réalisé, il peut mettre en évidence une déviation du col et une déformation du segment inférieur par le placenta praevia. On ne perçoit pas le contact dur de la présentation fœtale, mais une masse spongieuse, le « matelas placentaire » qui est perçu dans toute la surface ou sur une partie du col.  
Dès que le diagnostic est posé, ne plus refaire de toucher vaginal.

### **Echographie**

L'échographie est la méthode de référence pour diagnostiquer un placenta praevia.

Elle permet :

- d'éviter le toucher vaginal ;
- de déterminer si le placenta couvre ou non le col, ce qui permet de choisir la voie d'accouchement.

### **3.1.3 Conduite à tenir**

- Poser une voie veineuse de gros calibre (cathéter 16-18G) et perfuser du Ringer lactate.
- Mesurer le pouls et la pression artérielle ; évaluer l'importance des saignements.
- Selon l'importance de l'hémorragie, se préparer à une éventuelle transfusion :
  - déterminer le groupe de la patiente ;
  - sélectionner des donneurs potentiels ou vérifier la disponibilité en sang ;
  - en cas de transfert, la femme doit être accompagnée de membres de sa famille susceptibles de donner du sang ;
  - le sang doit obligatoirement avoir été testé (HIV-1, HIV-2, hépatite B, hépatite C et syphilis) avant d'être transfusé.
- En cas d'utérus cicatriciel ou d'antécédent de placenta praevia, penser à un possible placenta accreta et se préparer à réaliser une hystérectomie.

#### ***Le travail n'est pas déclenché et l'hémorragie est légère à modérée***

- Repos et surveillance : une hémorragie massive soudaine est toujours possible même si les saignements s'arrêtent totalement.
- En cas de placenta recouvrant (total ou partiel) :
  - La patiente doit rester hospitalisée ou être installée à proximité d'une structure SONUC.
  - Prolonger la grossesse si possible jusqu'à 34 SA au moins (envisager l'administration de dexaméthasone pour accélérer la maturation pulmonaire fœtale, [Chapitre 4, Section 4.10.2](#)).
  - Réaliser une césarienne :
    - entre 34 et 37 SA, malgré la prématurité en cas de situation instable (saignements répétés) ;
    - après 37 SA si après un épisode isolé, le saignement s'est arrêté.

#### ***Le travail n'est pas déclenché et l'hémorragie est importante***

- Tenter une tocolyse pour réduire contractions et saignements ([Chapitre 4, Section 4.10.2](#)).
- Simultanément, se préparer à une césarienne (quelle que soit la position du placenta et la viabilité fœtale) au cas où l'hémorragie persiste ou en cas d'hémorragie massive non contrôlée (césarienne de sauvetage maternel).
- En périphérie, organiser un transfert en structure SONUC. Attention au risque d'aggravation de l'hémorragie si les conditions de transport sont difficiles.

### ***Le travail est déclenché***

- Le placenta est recouvrant et/ou l'hémorragie est importante : césarienne.
- Le placenta est non recouvrant et l'hémorragie est peu importante : tenter un accouchement par voie basse ; rompre les membranes dès qu'elles sont accessibles, de manière à ce que la tête fœtale comprime les vaisseaux placentaires et interrompe le saignement.

*Attention* : se préparer à une hémorragie de la délivrance, fréquente dans tous les types de placenta bas inséré, liée à la moins bonne rétraction du segment inférieur sur lequel s'est inséré le placenta. Ne pas hésiter à effectuer délivrance artificielle et révision utérine. Administrer préventivement de l'oxytocine ([Chapitre 8, Section 8.1](#)).



## 3.2 Hématome rétro-placentaire (HRP)

Hématome entre le placenta et la paroi utérine, dû au décollement prématuré d'un placenta normalement inséré, avant l'expulsion du fœtus. L'hématome sépare de manière complète ou partielle le placenta de la paroi utérine.

L'HRP survient souvent lors d'un traumatisme ou en cas d'hypertension artérielle ou pré-éclampsie.

Le processus entraîne chez la mère des troubles de l'hémostase (coagulation intravasculaire disséminée) avec un risque d'hémorragie secondaire sévère.

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

### 3.2.1 Diagnostic

Le diagnostic d'HRP est clinique. Il doit être suspecté devant l'un ou les signes suivants :

- Douleur abdominale brutale, intense, continue.
- Utérus « de bois », dur, contracté en permanence.
- Hémorragie brutale de sang noirâtre, peu abondant. Le saignement peut être abondant en cas de troubles de la coagulation associés.
- Etat de choc, non proportionnel à l'importance de l'hémorragie extériorisée (saignement intra-utérin) : pouls rapide ou filant ou imprenable, pression artérielle très basse ou imprenable, tachypnée, pâleur, sensation de froid, peau moite, agitation et anxiété.
- Hypoxie fœtale dépendant de l'importance du décollement placentaire : ralentissement du rythme cardiaque fœtal ou disparition des bruits du cœur.
- Lors de la rupture des membranes, le liquide est rouge, de façon homogène.

Le tableau est parfois incomplet : saignement vaginal absent, pas de contracture, pas de souffrance fœtale.

L'échographie, lorsqu'elle est disponible, est utile pour vérifier la vitalité fœtale.

### 3.2.2 Conduite à tenir (voir aussi algorithme page suivante)

- Poser une voie veineuse de gros calibre (cathéter 16-18G) et perfuser du Ringer lactate.
- Mesurer le pouls et la pression artérielle ; évaluer l'importance des saignements. En l'absence de caillots, penser à un trouble de la coagulation.
- En périphérie, organiser si possible un transfert en structure SONUC car il faut s'attendre à transfuser, réaliser une césarienne voire une hystérectomie et prendre en charge une hémorragie de la délivrance.

Pour évaluer un trouble de la coagulation<sup>1</sup> :

- Prendre 2 ml de sang dans un tube à essai en verre sec et propre (environ 10 mm x 75 mm).
- Tenir le tube dans un poing fermé pour le maintenir au chaud ( $\pm 37^{\circ}\text{C}$ ).
- Au bout de 4 minutes, incliner lentement le tube pour voir si un caillot se forme puis recommencer toutes les minutes jusqu'à ce que le sang soit coagulé et qu'il soit possible de retourner complètement le tube.
- L'absence de formation de caillot après 7 minutes ou un caillot mou ou qui se désagrège facilement est en faveur d'une coagulopathie.

Pour la transfusion :

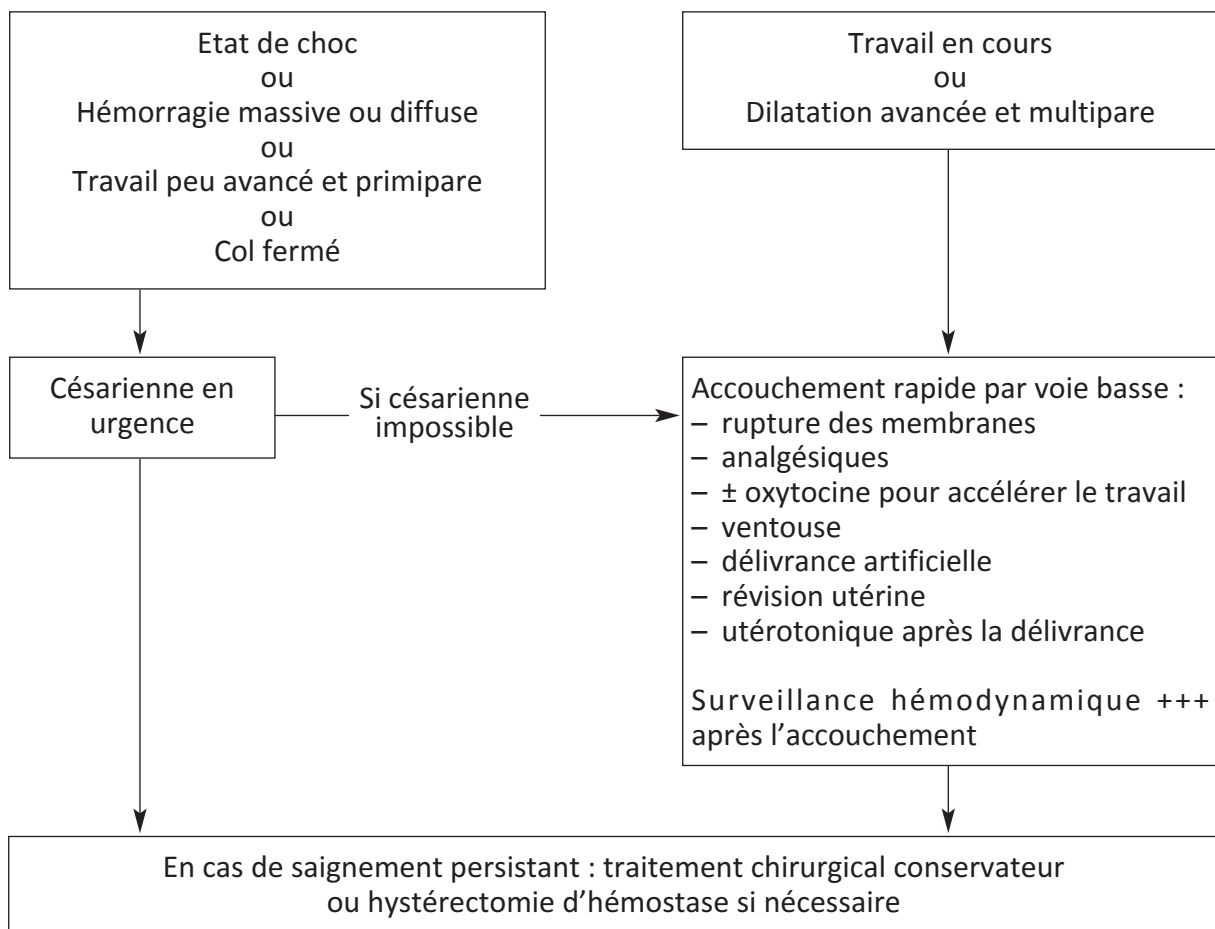
- Déterminer le groupe de la patiente.
- Sélectionner des donneurs potentiels en vue d'une transfusion de sang total frais.
- En cas de transfert, la femme doit être accompagnée de membres de sa famille susceptibles de donner du sang.
- En cas d'hémorragie modérée sans troubles de la coagulation, transfuser des concentrés de globules rouges ou du sang total.
- En cas d'hémorragie massive et/ou de troubles de la coagulation, transfuser du sang total frais (prélevé depuis moins de 4 heures et qui n'a pas été réfrigéré) ou des concentrés de globules rouges ou du sang total associé à du plasma frais congelé.
- Le sang ou tout autre produit sanguin doit obligatoirement avoir été testé (HIV-1, HIV-2, hépatite B, hépatite C et syphilis) avant d'être transfusé.

L'accouchement doit être réalisé rapidement, et dans l'idéal, avant la survenue de troubles de la coagulation. La césarienne, lorsqu'elle n'est pas indiquée d'emblée, s'impose lorsque la progression du travail est trop lente, même en cas de mort fœtale in utero.



*Ne pas prescrire de salbutamol pour relâcher la contracture utérine.*

### Conduite à tenir en cas d'HRP



## 3.3 Rupture utérine

Déchirure de la paroi utérine, dans la majorité des cas au cours du travail.

Dans une structure SONUB ou SONUC, la rupture utérine peut le plus souvent être évitée par la surveillance de l'évolution du travail sur le partogramme et l'utilisation rationnelle et contrôlée de l'oxytocine.

### 3.3.1 Circonstances de survenue

- Travail long, en particulier chez les primipares présentant une dystocie.
- Multipare (plus de 6 accouchements).
- Utilisation abusive d'utérotonique (oxytocine ou misoprostol).
- Antécédent de chirurgie de l'utérus : césarienne notamment corporéale (Figure 3.2), perforation utérine, myomectomie.



**Figure 3.2**

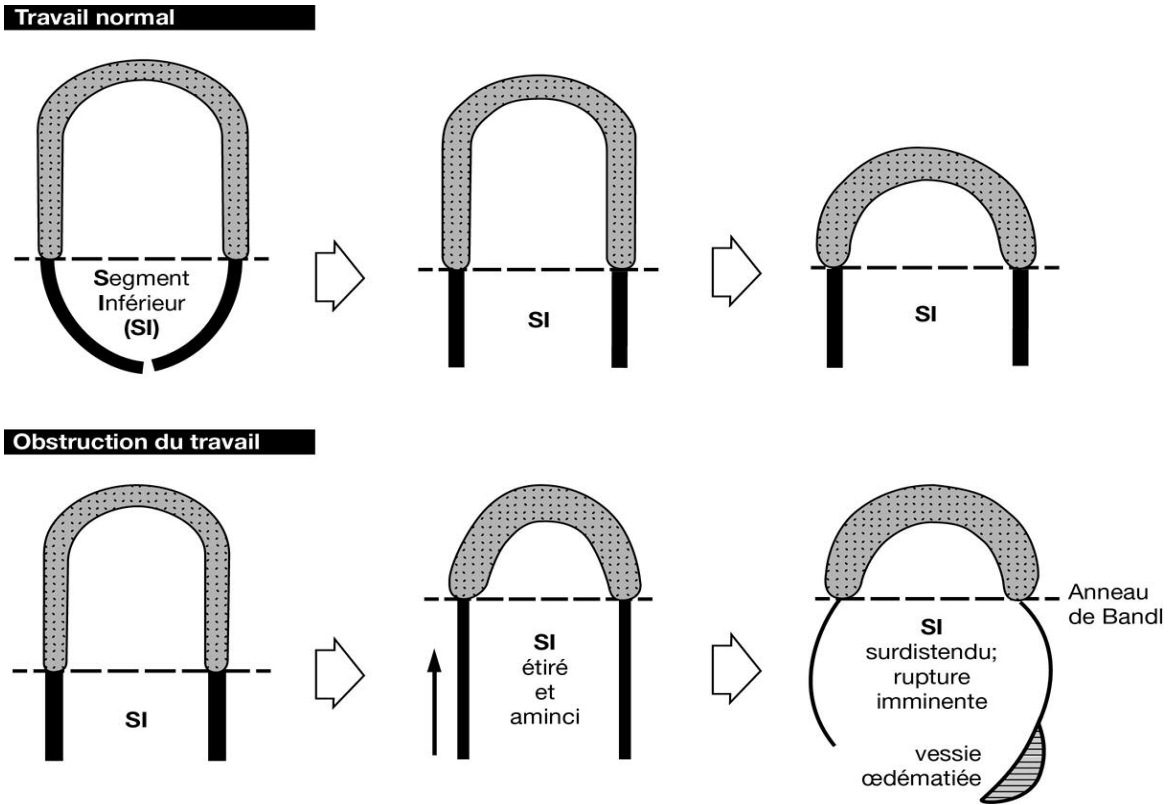
Rupture utérine sur cicatrice de césarienne corporéale

### 3.3.2 Diagnostic

Le diagnostic est clinique. La rupture peut être diagnostiquée au cours du travail ou après l'accouchement. Les symptômes peuvent être initialement discrets notamment en cas d'utérus cicatriciel. Cependant, la plupart du temps les signes sont évidents.

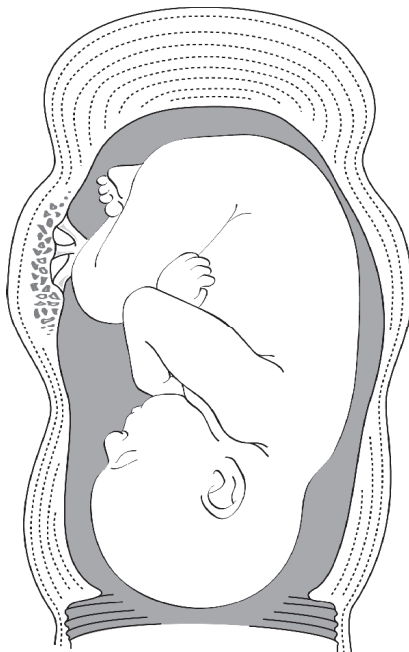
#### ***Au cours du travail***

- En cas de rupture imminente :
  - agitation maternelle ;
  - douleur abdominale sévère croissante, persistante entre les contractions, défense abdominale ;
  - ce tableau s'accompagne souvent de la constatation d'un anneau de Bandl (Figures 3.3 et 3.4), signe d'une obstruction du travail. Au premier abord, l'anneau de Bandl peut ressembler à un globe vésical.



3

**Figure 3.3**  
Mécanisme de formation de l'anneau de Bandl<sup>a</sup>



**Figure 3.4**  
Pré-rupture : utérus en sablier, anneau de Bandl

<sup>a</sup> D'après *Primary Surgery Vol.1 – Non-Trauma : The surgery of labour*. German Society of Tropical Surgery. <http://www.primary-surgery.org/ps/vol1/html/sect0016.html>

- En cas de rupture :
  - Douleur scapulaire ou douleur majorée à l'inspiration, signe d'hémopéritoine. Parfois la douleur est soudaine lors d'une contraction et la patiente décrit une sensation de « déchirure ». La douleur peut être moins franche en cas de rupture utérine postérieure.
  - Choc hypovolémique lié à l'hémorragie (pouls rapide ou filant ou imprenable, pression artérielle très basse ou imprenable, tachypnée, pâleur, sensation de froid, peau moite, agitation et anxiété).
  - Arrêt des contractions.
  - Ralentissement du rythme cardiaque fœtal ou absence de bruits du cœur fœtal.
  - Parfois sensation de palpation du fœtus juste sous la peau en cas de rupture large complète. Fœtus mort en général.

### ***Après l'accouchement***

Une rupture peut être découverte au cours d'une hémorragie : l'exploration utérine après la délivrance placentaire révèle la rupture.

### **3.3.3 Conduite à tenir** (voir aussi algorithme page suivante)

- Poser une voie veineuse de gros calibre (cathéter 16-18G) et perfuser du Ringer lactate.
- Mesurer le pouls et la pression artérielle ; évaluer l'importance des saignements.
- Insérer une sonde de Foley.
- Laparotomie en urgence avec césarienne rapide, remplissage vasculaire et dans la plupart des cas, transfusion.
- Selon la nature de la rupture, l'état de la patiente, le délai entre la rupture et la laparotomie, les signes infectieux, l'utérus est suturé ou une hystérectomie est réalisée.

Limiter au maximum la durée de l'intervention car ces patientes sont très souvent en mauvais état général, notamment anémiées.

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

La brèche est le plus souvent segmentaire, antérieure et basse. Elargir cette brèche pour pouvoir extraire l'enfant.

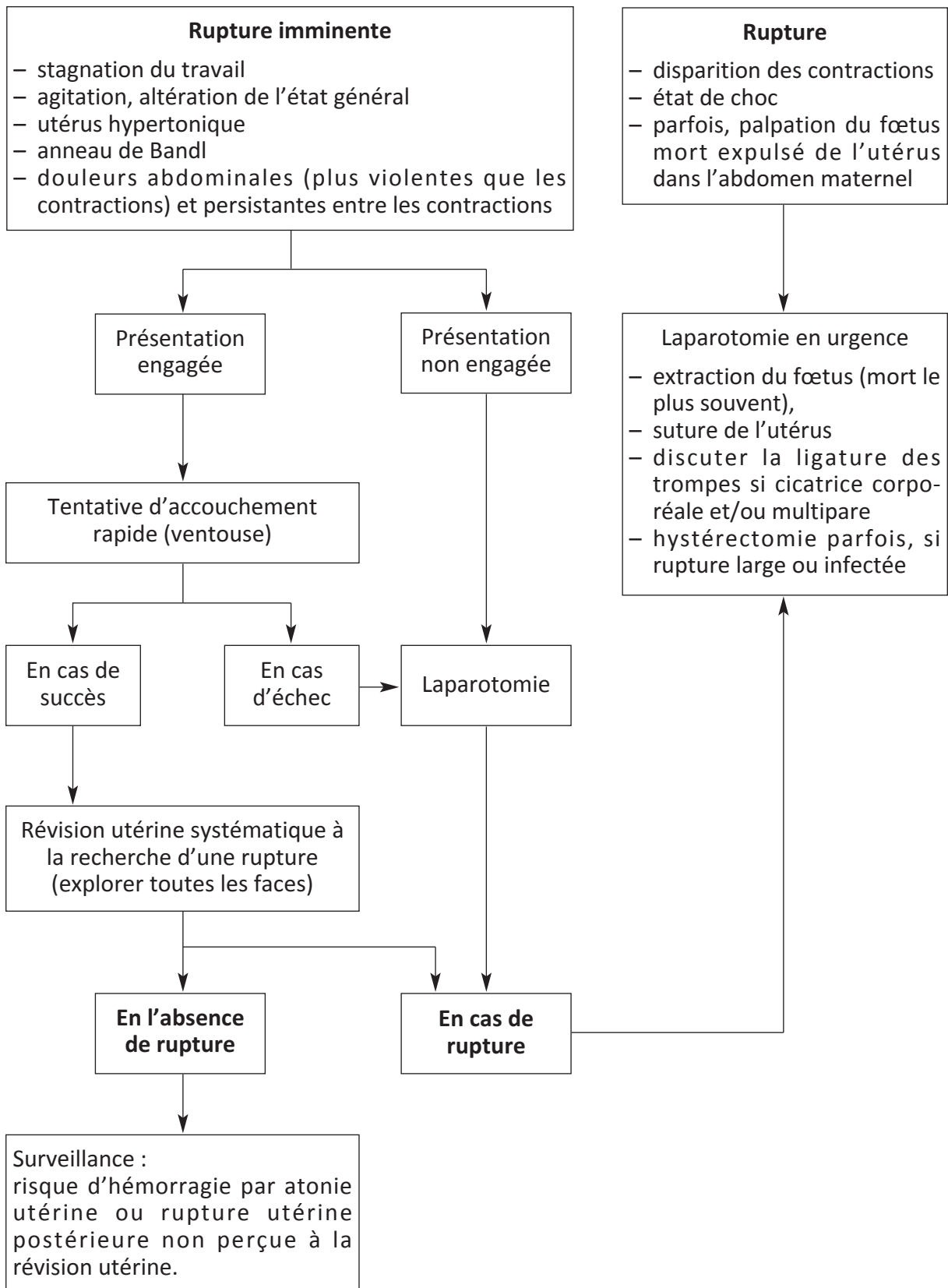
Vérifier l'intégrité de la vessie qui peut avoir été lésée si elle est très adhérente au segment inférieur (suture par surjet en un ou deux plans et cathétérisme vésical pendant 7 jours minimum).

Tenter de suturer chaque fois que possible. Avant de suturer le muscle utérin, régulariser les berges déchiquetées, contuses.

Réaliser une hystérectomie subtotale inter-annexielle uniquement en cas de signes d'infection utérine ou de rupture étendue avec contusion péri-lésionnelle importante.

Compte-tenu du risque de nouvelle rupture utérine lors d'une grossesse ultérieure, une ligature tubaire bilatérale peut être conseillée ou indiquée. Elle est au mieux discutée avant l'intervention et doit être réalisée avec le consentement de la patiente.

## Conduite à tenir en cas de rupture utérine



## 3.4 Diagnostic des saignements au cours de la deuxième moitié de la grossesse (synthèse)

Tableau 3.1 - Orientation étiologique

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

## Références

---

- <sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement. Guide destiné à la sage-femme et au médecin. Genève, 2003.  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_RHR\\_00.7\\_fre.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_00.7_fre.pdf?ua=1)





# Chapitre 4 :

## Pathologies au cours de la grossesse et grossesse pathologique

<b>4.1 Anémie par carence en fer</b> .....	59
4.1.1 <i>Diagnostic</i> .....	59
4.1.2 <i>Traitement</i> .....	59
<b>4.2 Infections bactériennes</b> .....	60
4.2.1 <i>Méningite</i> .....	60
4.2.2 <i>Typhoïde</i> .....	60
4.2.3 <i>Shigellose</i> .....	60
4.2.4 <i>Syphilis</i> .....	61
4.2.5 <i>Gonococcie génitale</i> .....	61
4.2.6 <i>Cystite et bactériurie asymptomatique</i> .....	61
4.2.7 <i>Pyélonéphrite</i> .....	62
<b>4.3 Infections parasitaires</b> .....	63
4.3.1 <i>Paludisme</i> .....	63
4.3.2 <i>Amibiase</i> .....	65
4.3.3 <i>Ascariadiase et ankylostomiase</i> .....	65
<b>4.4 Infections virales</b> .....	66
4.4.1 <i>Herpès génital</i> .....	66
4.4.2 <i>Varicelle</i> .....	66
4.4.3 <i>Hépatites</i> .....	66
4.4.4 <i>Infection par le HIV</i> .....	67
<b>4.5 Hypertension gravidique et pré-éclampsie</b> .....	68
4.5.1 <i>Diagnostic de la pré-éclampsie</i> .....	68
4.5.2 <i>Diagnostic de la pré-éclampsie sévère</i> .....	68
4.5.3 <i>Conduite à tenir en cas d'HTA isolée</i> .....	69
4.5.4 <i>Conduite à tenir en cas de pré-éclampsie légère</i> .....	69
4.5.5 <i>Conduite à tenir en cas de pré-éclampsie sévère</i> .....	70
4.5.6 <i>Prévention secondaire de la pré-éclampsie sévère</i> .....	72
<b>4.6 Eclampsie</b> .....	73
4.6.1 <i>Diagnostic</i> .....	73
4.6.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	73
4.6.3 <i>Prévention secondaire</i> .....	73

<b>4.7</b>	<b>Excès de volume utérin</b>	74
4.7.1	<i>Diagnostic</i>	74
4.7.2	<i>Conduite à tenir</i>	74
<b>4.8</b>	<b>Hydramnios</b>	75
4.8.1	<i>Hydramnios aigu</i>	75
4.8.2	<i>Hydramnios chronique</i>	75
<b>4.9</b>	<b>Rupture prématurée des membranes</b>	76
4.9.1	<i>Diagnostic</i>	76
4.9.2	<i>Risques</i>	76
4.9.3	<i>Conduite à tenir</i>	76
<b>4.10</b>	<b>Menace d'accouchement prématuré</b>	78
4.10.1	<i>Facteurs déclenchants</i>	78
4.10.2	<i>Conduite à tenir</i>	78
4.10.3	<i>Accouchement prématuré</i>	79
4.10.4	<i>Prévention</i>	79
<b>4.11</b>	<b>Mort fœtale in utero</b>	80
4.11.1	<i>Diagnostic</i>	80
4.11.2	<i>Conduite à tenir</i>	80

## 4.1 Anémie par carence en fer

L'anémie est définie par un taux d'hémoglobine inférieur à 11 g/dl au cours du premier et troisième trimestre et inférieur à 10,5 g/dl au cours du deuxième trimestre.

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

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

### 4.1.1 Diagnostic

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

### 4.1.2 Traitement

**Sulfate ferreux/acide folique** (comprimé à 200 mg de sulfate ferreux soit 65 mg de fer élément + 400 microgrammes d'acide folique<sup>a</sup>) PO : 2 ou 3 comprimés/jour à diviser en 2 ou 3 prises jusqu'à normalisation de l'hémoglobine puis poursuivre avec un traitement préventif<sup>1</sup> ([Chapitre 1, Section 1.2.5](#)).

L'addition de **vitamine C** PO (500 mg/jour) améliore l'absorption du fer.

Dans les zones où l'ankylostomiase est endémique, associer un traitement antihelminthique en une dose unique à partir du deuxième trimestre ([Chapitre 1, Section 1.2.5](#)).

Dans les zones où le paludisme est endémique, associer un traitement antipaludique intermittent préventif ([Chapitre 1, Section 1.2.5](#)) ou un traitement curatif ([Section 4.3.1](#)) selon le résultat du test de dépistage du paludisme.

En cas d'anémie sévère au troisième trimestre :

Prévoir un accouchement dans une structure SONUC.

Assurer une délivrance dirigée, et si nécessaire, une délivrance artificielle/révision utérine en cas d'hémorragie, ou une transfusion sanguine.

Compte tenu du risque d'hémorragie et de décompensation rapide lors de l'accouchement, se préparer à une transfusion chez une femme dont l'hémoglobine est inférieure à 7 g/dl, même si l'anémie est relativement bien tolérée.

<sup>a</sup> Les comprimés à 200 mg de sulfate ferreux (65 mg de fer élément) + 400 microgrammes d'acide folique peuvent être remplacés par des comprimés à 185 mg de fumarate ferreux (60 mg de fer élément) + 400 microgrammes d'acide folique.

## 4.2 Infections bactériennes

Pour les signes cliniques et le diagnostic, se référer au *Guide clinique et thérapeutique*, MSF. Indépendamment de la cause, toute fièvre supérieure à 38,5°C doit être traitée par le **paracétamol** PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises.

### 4.2.1 Méningite

- Hospitaliser ; réaliser une ponction lombaire si possible.
- Débuter l'antibiothérapie sans attendre le résultat :  
**ceftriaxone** IM : 2 g/jour en une injection  
ou, à défaut :  
**ampicilline** IV : 12 g/jour à diviser en 3 injections espacées de 8 heures puis **amoxicilline** PO : 6 g/jour à diviser en 3 prises  
La durée du traitement ensuite dépend du germe responsable (10 à 14 jours pour *S. pneumoniae* ; 7 à 10 jours pour *H. influenzae* ; 5 à 7 jours pour *N. meningitidis* ; 10 jours si le germe est inconnu).
- Débuter en même temps que l'antibiothérapie un traitement corticoïde court avec **dexaméthasone** IV : 10 mg toutes les 6 heures pendant 2 jours
- Dans un contexte d'épidémie de méningite à méningocoques :  
**ceftriaxone** IM : 2 g/jour en une injection pendant 5 jours

### 4.2.2 Typhoïde

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

- Hospitaliser.
- En l'absence de résistance, **amoxicilline** PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises pendant 14 jours
- En cas de résistance ou d'infection sévère, **ceftriaxone** IM ou IV<sup>b</sup> : 2 à 4 g/jour en une injection pendant 10 à 14 jours

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

### 4.2.3 Shigellose

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

<sup>b</sup> Le solvant de la ceftriaxone pour injection IM contient de la lidocaïne. Reconstituée avec ce solvant, la ceftriaxone ne doit pas être administrée en IV. Pour l'administration IV, utiliser uniquement de l'eau pour préparation injectable.

#### 4.2.4 Syphilis

La syphilis expose à un risque d'avortement, mort in utero, retard de croissance intra-utérin, naissance prématurée, hydramnios, syphilis congénitale.

– Chez la mère :

**benzathine benzylpénicilline** IM<sup>c</sup> : 2,4 MUI/injection (répartir la dose dans les deux fesses)

Si l'infection est précoce (moins de 2 ans) : une dose unique.

En cas de syphilis tardive (plus de 2 ans) ou si la durée de l'infection est inconnue : une injection/semaine pendant 3 semaines<sup>2</sup>.

Administrer le même traitement au(x) partenaire(s).

*Remarque* : une réaction de Jarisch-Herxheimer peut se produire après la première dose de pénicilline, en cas de syphilis précoce en particulier. La patiente présente un ou plusieurs des signes suivants : fièvre d'apparition brutale, frissons, myalgies, tachycardie, rougeur de la face, exacerbation de l'éruption cutanée ou légère hypotension, habituellement dans les 2 à 5 heures qui suivent l'injection. Le traitement est symptomatique (**paracétamol** PO, 1 g toutes les 6 heures). La réaction est le plus souvent modérée mais une réaction sévère est possible<sup>3</sup>.

Uniquement en cas d'allergie à la pénicilline, **érythromycine** PO : 2 g/jour à diviser en 4 prises pendant 14 jours. L'efficacité de l'érythromycine à tous les stades de la syphilis et son aptitude à éviter les stigmates de la syphilis congénitale sont fortement mises en doute et de nombreux échecs sont signalés.

– Pour le traitement du nouveau-né, se référer au [Chapitre 10, Section 10.4.1](#).

#### 4.2.5 Gonococcie génitale

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

Elle est très souvent associée à une chlamydie en général asymptomatique.

– Chez la mère :

Traiter simultanément le gonocoque et le chlamydia<sup>4</sup> :

**ceftriaxone** IM : 250 mg dose unique

(ou si la ceftriaxone n'est pas disponible, **céfixime** PO : 400 mg dose unique)

+

**azithromycine** PO : 1 g dose unique

Administrer le même traitement au(x) partenaire(s).

– Pour le traitement du nouveau-né, se référer au [Chapitre 10, Section 10.4.2](#).

#### 4.2.6 Cystite et bactériurie asymptomatique

La cystite est définie par la présence de signes fonctionnels urinaires (mictions fréquentes accompagnées de brûlures mictionnelles) et de leucocytes et/ou nitrites dans les urines à la bandelette réactive.

La bactériurie asymptomatique est définie par la présence de leucocytes et nitrites sur la bandelette urinaire.

En cas de présence de leucocytes seuls, renouveler le test après toilette vulvaire (à l'eau et au savon).

Si des leucocytes seuls sont encore détectés, considérer qu'il s'agit d'une bactériurie asymptomatique et traiter.

<sup>c</sup> Seule la voie intramusculaire peut être utilisée. Afin de réduire la douleur au cours de l'injection, la poudre peut être reconstituée avec 8 ml de lidocaïne à 1% (sans épinéphrine).

- Boissons abondantes : 1,5 litre par jour.
- Antibiothérapie en cas de cystite ou bactériurie asymptomatique :  
**fosfomycine-trométamol** PO : 3 g dose unique  
ou  
**céfixime** PO : 400 mg/jour à diviser en 2 prises pendant 5 jours  
ou  
**nitrofurantoïne** PO (sauf pendant le dernier mois de la grossesse) : 300 mg/jour à diviser en 3 prises pendant 5 à 7 jours

Informez la patiente que les symptômes de cystite doivent disparaître dans les 2 à 3 jours et lui demandez de re-consulter dans le cas contraire.

### 4.2.7 Pyélonéphrite

- Hospitaliser. Repos au lit (risque d'accouchement prématuré).
- Boissons abondantes : 1,5 litre par jour.
- Antibiothérapie :
  - *En cas de pyélonéphrite non compliquée :*  
**ceftriaxone** IM : 1 g/jour en une injection pendant 3 jours au minimum puis **céfixime** PO : 400 mg/jour à diviser en 2 prises pour compléter 14 jours de traitement
  - *En cas de pyélonéphrite compliquée (p.ex. patiente vue tardivement, septicémie, patiente en mauvais état général, vomissements) ou d'absence d'amélioration après 48 heures de traitement :*  
**ceftriaxone**<sup>d</sup> IM, IV lente (en 3 minutes) ou perfusion IV (en 30 minutes) : 1 g/jour en une injection puis relais par voie orale avec **céfixime** PO comme ci-dessus  
+ **gentamicine** IM ou IV lente (en 3 minutes) ou perfusion : 3 à 5 mg/kg/jour en une injection pendant les 3 premiers jours de traitement
- En cas de contractions utérines avant 37 SA :  
**nifédipine** ou, à défaut, **salbutamol** pendant 48 heures ([Section 4.10](#))

---

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

## 4.3 Infections parasitaires

Pour les signes cliniques et le diagnostic, se référer au *Guide clinique et thérapeutique*, MSF.

### 4.3.1 Paludisme<sup>5</sup>

Le paludisme pendant la grossesse est associé à un faible poids de naissance, une aggravation de l'anémie et, dans les zones de faible transmission, une majoration du risque de paludisme sévère et de décès.

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

#### **Paludisme non compliqué à *P. falciparum***

Le traitement de choix est une combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (ACT) pendant 3 jours.

Tableau 4.1 - Posologie des ACT

ACT	Présentation	Posologie
<b>artéméther/luméfantrine (AL ou co-artémether)</b>	Cp co-formulés à 20 mg d'artéméther/120 mg de luméfantrine, blister de 24 cp	4 cp 2 fois/jour à J1, J2, J3
<b>artéméther/luméfantrine (AL ou co-artémether)</b>	Cp co-formulés à 80 mg d'artémether/480 mg de luméfantrine, blister de 6 cp	1 cp 2 fois/jour à J1, J2, J3
<b>artésunate (AS) + sulfadoxine/pyriméthamine (SP)</b>	Co-blisters contenant : 6 cp à 100 mg d'AS + 3 cp à 500/25 mg de SP	2 cp AS/jour en une prise à J1, J2, J3 + 3 cp SP en une prise à J1
<b>artésunate (AS) + amodiaquine (AQ)</b>	Cp coformulés à 100 mg d'AS/270 mg d'AQ base, blister de 6 cp	2 cp/jour en une prise à J1, J2, J3
	Co-blisters contenant : 12 cp à 50 mg d'AS + 12 cp à 153 mg d'AQ base	4 cp AS + 4 cp AQ/jour en une prise à J1, J2, J3
<b>artésunate/méfloquine (AS/MQ)</b>	Cp coformulés à 100 mg d'AS/220 mg de MQ, blister de 6 cp	2 cp/jour en une prise à J1, J2, J3
<b>dihydroartémisine/pipéraquline (DHA/PPQ)</b>	Cp coformulés à 40 mg de DHA/320 mg de PPQ Blister de 9 cp	Femmes de 36 à < 60 kg 3 cp/jour en une prise à J1, J2, J3
	Cp coformulés à 40 mg de DHA/320 mg de PPQ Blister de 12 cp	Femmes de 60 à < 80 kg 4 cp/jour en une prise à J1, J2, J3



*Remarque :*

L'association AS/SP est contre-indiquée chez les femmes infectées par le HIV recevant une prophylaxie par cotrimoxazole.

La quinine est une alternative :

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

Une réduction de la sensibilité à la quinine a été observée en Asie du Sud-Est et dans la région amazonienne. Dans ces régions, la quinine est associée à la **clindamycine** PO : 20 mg/kg/jour à diviser en 2 prises pendant 5 jours.

La doxycycline est contre-indiquée.

**Paludisme sévère**

**artésunate** IV lente (ou, à défaut, IM dans la face antérolatérale de la cuisse) :

2,4 mg/kg à l'admission (H0) puis à H12 et H24 puis une fois par jour

*Remarque :* la dilution de la solution d'artésunate diffère selon la voie d'administration (10 mg/ml pour la voie IV, 20 mg/ml pour la voie IM), se référer au guide MSF *Médicaments essentiels*.

ou

**artéméther** IM (dans la face antérolatérale de la cuisse) :

3,2 mg/kg à l'admission puis 1,6 mg/kg/jour

Dès que la patiente peut tolérer un traitement oral (mais après au moins 24 heures de traitement parentéral), prendre le relais avec un traitement complet de 3 jours avec l'une des ACT ([Tableau 4.1](#)).

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

La quinine IV ( $\pm$  clindamycine) peut être une alternative.

**quinine** perfusion IV (dose exprimée en dichlorhydrate de quinine) :

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

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

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

Ne pas administrer de dose de charge si la patiente a reçu de la quinine ou de la méfloquine orale dans les 24 heures précédentes. Dans ce cas, commencer par la dose d'entretien. Surveiller attentivement la patiente (risque d'OAP et d'hypoglycémie).

Dès que la patiente a reçu au moins 3 doses de quinine injectable et qu'elle peut avaler, prendre le relais par voie orale avec **quinine** PO pour compléter 7 jours de traitement ou avec un traitement curatif complet avec une ACT ([Tableau 4.1](#)).

Si l'association AS/MQ est utilisée en relais de la quinine IV, respecter un intervalle de 12 heures entre la dernière dose de quinine et l'administration de l'AS/MQ.

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

**chloroquine** PO :

J1, J2 : 10 mg base/kg

J3 : 5 mg base/kg

*P. vivax* est considéré comme bénin mais des cas sévères ont été rapportés. Le traitement du paludisme sévère est identique quelle que soit l'espèce responsable.

### 4.3.2 Amibiase

Le risque d'infection sévère et de décès est accru chez les femmes enceintes<sup>6</sup>.

Si l'examen microscopique des selles fraîches est positif :

**tinidazole** PO : 2 g/jour à diviser en 2 prises pendant 3 jours

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

### 4.3.3 Ascariadiase et ankylostomiase

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

**albendazole** PO : 400 mg dose unique

Ne pas administrer pendant le premier trimestre de la grossesse.

En cas d'ankylostomiase, traiter l'anémie associée ([Section 4.1](#)).

## 4.4 Infections virales

Pour les signes cliniques et le diagnostic, se référer au *Guide clinique et thérapeutique*, MSF.

### 4.4.1 Herpès génital

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

- Limiter les touchers vaginaux ; pas de rupture artificielle des membranes.
- Discuter une césarienne au cas par cas.
- Chez la mère :
  - Traitement de la douleur : **paracétamol** PO, 1 g 3 fois/jour
  - Traitement antiviral : **aciclovir** PO, 400 mg 3 fois/jour pendant 7 jours  
Chez les patientes immunodéprimées, poursuivre le traitement jusqu'à disparition des symptômes.
  - Un traitement prophylactique (**aciclovir** PO : 400 mg 2 fois/jour) à partir de 36 SA et jusqu'à l'accouchement peut être proposé pour réduire le risque de récurrence herpétique à l'accouchement.
- Pour le traitement du nouveau-né, se référer au [Chapitre 10, Section 10.4.3](#).

### 4.4.2 Varicelle

Il existe un risque de pneumopathie varicelleuse grave chez la mère et de varicelle grave chez le nouveau-né.

L'**aciclovir** PO administré le plus rapidement possible après l'apparition du rash (800 mg 5 fois/jour pendant 7 jours) peut réduire ces risques<sup>7</sup>.

### 4.4.3 Hépatites

#### **Hépatite B**

En l'absence d'intervention, la transmission materno-fœtale du virus de l'hépatite B (VHB) est élevée (jusqu'à 90%).

- Chez la mère : pas de traitement spécifique ni de mesures obstétricales particulières.
- Chez l'enfant : la vaccination contre l'hépatite B dans les heures qui suivent la naissance prévient 70 à 95% des infections. La vaccination est systématique ([Chapitre 10, Section 10.1.8](#)), que le statut sérologique de la mère soit positif ou inconnu. Chez les enfants nés de mère VHB-positive, la vaccination combinée à l'administration de l'immunoglobuline anti-hépatite B, si disponible (dans les 12 heures qui suivent la naissance), prévient 85% à 95% des infections<sup>8</sup>.

#### **Hépatite E**

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

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

Le traitement est uniquement symptomatique (hydratation, éviction des médicaments hépatotoxiques). La prévention (eau, hygiène, assainissement) est la seule protection contre la maladie.

#### 4.4.4 Infection par le HIV

La transmission du HIV de la mère à l'enfant peut survenir pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période d'allaitement. En l'absence d'interventions, le risque de transmission est de 15 à 25% et de 20 à 45% si l'enfant est allaité<sup>9</sup>. Il est possible de réduire ce risque à moins de 5%.

##### **Soins ante-partum**

Toutes les femmes enceintes infectées par le HIV nécessitent un traitement antirétroviral quel que soit le compte de CD4 et quel que soit le stade clinique. Le traitement est débuté le plus tôt possible, quel que soit l'âge gestationnel. Il est poursuivi pendant toute la grossesse.

##### **Soins per-partum**

- Proposer un test HIV à l'admission si le statut sérologique est inconnu.
- Administrer le traitement antirétroviral dès le début du travail et pendant le travail : se référer aux guides spécifiques de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME).
- Observer les précautions standard pour éviter tout contact avec le sang et autres liquides biologiques.
- Eviter :
  - le travail prolongé ;
  - la rupture prolongée des membranes ;
  - la rupture artificielle précoce des membranes ;
  - les procédures invasives telles que l'épisiotomie ou l'extraction instrumentale.
 Cependant, elles doivent être réalisées si elles sont nécessaires pour extraire l'enfant.
- Les critères d'induction du travail sont les mêmes que pour les femmes HIV négatives.
- Clamper immédiatement le cordon.
- Administrer au nouveau-né un traitement prophylactique antirétroviral immédiatement après la naissance.
- La prévention et le traitement de l'hémorragie de la délivrance sont les mêmes que pour les femmes HIV négatives. Toutefois, l'ergométrine et la méthylegométrine ne doivent pas être utilisées chez les femmes recevant des antirétroviraux, sauf si les alternatives (oxytocine ou misoprostol) ne sont pas disponibles. Dans ce cas, et si la nécessité d'un traitement pharmacologique l'emporte sur les risques, l'ergométrine/méthylegométrine doivent être utilisées à la plus faible dose possible et pour une courte durée.

Chez les patientes infectées par le HIV, une césarienne programmée peut être bénéfique si la charge virale est détectable. Toutefois, la césarienne n'est pas recommandée de manière systématique en raison des risques liés à l'intervention (chirurgicaux, anesthésiques, infectieux) et du risque de rupture utérine lors des grossesses ultérieures.

##### **Soins post-partum**

- Proposer le test HIV si le statut sérologique n'a pas été déterminé en pre- ou per-partum.
- Poursuivre le traitement antirétroviral chez la mère, au minimum pendant l'allaitement, ou à vie, selon la situation.
- Chez l'enfant : se référer aux guides spécifiques de PTME pour le traitement prophylactique antirétroviral.

## 4.5 Hypertension gravidique et pré-éclampsie

Normalement, la tension artérielle (TA) diminue légèrement pendant la grossesse. Chez la femme enceinte, l'hypertension artérielle (HTA) est définie comme une TA supérieure ou égale 140/90 mmHg, après avoir vérifié plusieurs fois la TA, chez une femme en position assise et au repos.

L'HTA chronique est définie comme une hypertension antérieure à la grossesse ou apparaissant avant 20 SA.

L'HTA gravidique est définie comme une hypertension isolée, sans protéinurie, apparaissant à partir de 20 SA.

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

L'élévation de la TA est le signe le plus visible de la maladie mais la pré-éclampsie est une pathologie complexe qui affecte plusieurs organes dont le rein et le foie.

Le traitement anti-hypertenseur a pour objectif de prévenir les complications maternelles d'une HTA sévère. Il est institué si la TA systolique est  $\geq 160$  mmHg ou si la TA diastolique est  $\geq 110$  mmHg. L'objectif est d'approcher 140/90 mmHg. Le pronostic fœtal n'est pas amélioré par le traitement antihypertenseur.

Le traitement de l'HTA chez la femme enceinte doit être prudent car il est indispensable de préserver la perfusion placentaire. Eviter à tout prix une chute brutale de la TA.

### 4.5.1 Diagnostic de la pré-éclampsie

- TA  $\geq 140/90$  mmHg ET protéinurie (1+ ou plus à la bandelette urinaire).
- Peuvent s'ajouter : urines sombres et peu abondantes et œdèmes (jambes, mains) d'apparition brutale ou rapidement aggravés.

*Remarque* : en cas de protéinurie sans HTA associée, penser à une infection urinaire, une contamination des urines par du sang ou des pertes vaginales, une schistosomiase urinaire en zone endémique, une maladie rénale. Dans ces cas, poursuivre la surveillance afin de dépister rapidement un début de pré-éclampsie.

### 4.5.2 Diagnostic de la pré-éclampsie sévère

- TA systolique  $\geq 160$  mmHg ou TA diastolique  $\geq 110$  mmHg persistante malgré traitement.
- Protéinurie (3+ ou plus à la bandelette urinaire ou supérieure à 5 g/jour).
- Oligurie (diurèse inférieure à 400 ml/jour ou 30 ml/heure).
- Hyperréflexie ostéotendineuse (réflexes rotuliens vifs, polycinétiques).
- Douleurs épigastriques en barre, nausées, vomissements.
- Œdème de la face, œdème pulmonaire.
- Céphalées intenses, non calmées par le paracétamol.
- Bourdonnements d'oreille, troubles visuels.

Si disponible, mesurer les plaquettes et les transaminases pour évaluer la sévérité de la maladie. Le « HELLP syndrome » (haemolysis, elevated liver enzymes, low platelets), c.-à-d. l'association d'une hémolyse, d'une élévation des transaminases et d'une thrombopénie, est une complication possible, pouvant mettre en jeu le pronostic vital maternel et fœtal.

### 4.5.3 Conduite à tenir en cas d'HTA isolée

- Repos et surveillance : TA, poids ; recherche d'œdèmes et de protéinurie.
- Mesure de la hauteur utérine (risque d'hypotrophie fœtale).
- Alimentation normosodée et normocalorique.
- Dès l'apparition d'une protéinurie : prendre en charge une pré-éclampsie.
- Si la TA systolique est  $\geq 160$  mmHg ou la TA diastolique est  $\geq 110$  mmHg, donner un traitement antihypertenseur :

**labétalol** PO : 200 mg/jour à diviser en 2 prises puis augmenter si nécessaire par paliers de 100 à 200 mg jusqu'à atteindre la dose efficace, habituellement 400 à 800 mg/jour à diviser en 2 prises. Si des doses journalières supérieures sont nécessaires, diviser en 3 prises. Ne pas dépasser 2,4 g/jour.

Si la mère reçoit du labétalol, garder le nouveau-né en observation 72 heures au moins après l'accouchement (risque d'hypoglycémie, bradycardie, détresse respiratoire).

ou

**méthildopa** PO : 500 à 750 mg/jour à diviser en 2 ou 3 prises pendant 2 jours puis augmenter si nécessaire, par paliers de 250 mg tous les 2 à 3 jours, jusqu'à atteindre la dose efficace, habituellement autour de 1,5 g/jour. Ne pas dépasser 3 g/jour.

En cas d'échec, ces médicaments peuvent être associés. Ne pas interrompre brutalement le traitement.

Les diurétiques et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (captopril, énalapril, etc.) sont contre-indiqués.

### 4.5.4 Conduite à tenir en cas de pré-éclampsie légère

#### **Avant 37 semaines d'aménorrhée**

- Repos et surveillance : TA, poids, œdèmes, protéinurie au minimum une fois par semaine.
- Mesure de la hauteur utérine (risque d'hypotrophie fœtale).
- Alimentation normosodée et normocalorique.
- Ne pas arrêter les contractions utérines si elles surviennent, laisser l'accouchement se dérouler.
- Si la TA systolique est  $\geq 160$  mmHg ou la TA diastolique est  $\geq 110$  mmHg : labétalol ou méthildopa (Section 4.5.3).

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

#### **Après 37 semaines d'aménorrhée**

- Même surveillance et traitement antihypertenseur.
- S'il existe un retard de croissance intra-utérin avéré : déclencher l'accouchement par voie basse ou réaliser une césarienne.
- S'il n'existe pas de retard de croissance intra-utérin, poursuivre la surveillance et déclencher dès que le col est favorable ou si la situation s'aggrave.

### 4.5.5 Conduite à tenir en cas de pré-éclampsie sévère

Une approche multidisciplinaire (obstétricien, anesthésiste, sage-femme) est recommandée pour la prise en charge.

#### **Accouchement**

L'accouchement est impératif dans les 24 heures, par voie basse ou césarienne selon l'état du col, l'âge gestationnel et l'état du fœtus.

#### **Traitement par sulfate de magnésium**

Administrer du sulfate de magnésium (MgSO<sub>4</sub>) pour réduire le risque d'éclampsie. L'un de ces deux protocoles peut être suivi :

<b>MgSO<sub>4</sub></b> Ampoule de 5 g (500 mg/ml, 10 ml) <b>Protocole IV/IM</b>	Dose de charge : 4 g en perfusion IV dans 100 ml de chlorure de sodium à 0,9%, à administrer en 15 à 20 minutes. puis Dose d'entretien : 10 g par voie IM (5 g dans chaque fesse), puis 5 g IM toutes les 4 heures (changer de côté à chaque injection). Poursuivre ce traitement pendant les 24 heures qui suivent l'accouchement.
ou	
<b>MgSO<sub>4</sub></b> Ampoule de 5 g (500 mg/ml, 10 ml) <b>Protocole IV</b>	Dose de charge : 4 g en perfusion IV dans 100 ml de chlorure de sodium à 0,9%, à administrer en 15 à 20 minutes. puis Dose d'entretien : 1 g/heure en perfusion continue. Poursuivre ce traitement pendant les 24 heures qui suivent l'accouchement.



- Il existe des ampoules de différents dosages. Vérifier le dosage inscrit sur les ampoules.
- Un surdosage en sulfate de magnésium est potentiellement mortel. Avoir du gluconate de calcium (ampoule de 1 g), l'antidote du MgSO<sub>4</sub>, à portée de main.

Pendant l'administration, surveiller :

- Le réflexe rotulien, la TA, le pouls et la fréquence respiratoire toutes les 15 minutes pendant la première heure. En l'absence de signes de surdosage, poursuivre la surveillance toutes les heures.
- La diurèse horaire (poser une sonde de Foley).

Les manifestations de surdosage en MgSO<sub>4</sub> sont d'abord une disparition du réflexe rotulien puis une hypotension, arythmie, dépression respiratoire (FR < 12/minute). Si l'examen montre une disparition du réflexe rotulien, arrêter le sulfate de magnésium immédiatement et administrer du **gluconate de calcium** (1 g en IV).

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

#### **Traitement antihypertenseur**

Si la TA systolique est ≥ 160 mmHg ou la TA diastolique est ≥ 110 mmHg : administrer labétalol ou méthyldopa PO ([Section 4.5.3](#)).

Si la voie orale est impossible, administrer labétalol ou hydralazine injectable. Surveiller la TA et le pouls maternel ainsi que le rythme cardiaque fœtal pendant l'administration.

La posologie est adaptée en fonction des chiffres tensionnels. L'HTA est contrôlée lorsque la TA diastolique est comprise entre 90 et 100 mmHg et la TA systolique entre 130 et 150 mmHg.



Respecter la posologie et le rythme d'administration. Un surdosage ou une administration trop rapide peuvent provoquer une chute excessive et brutale de la TA maternelle, une hypoperfusion placentaire et la mort du fœtus. **La TA diastolique ne doit pas descendre en dessous de 90 mmHg.** En cas d'hypotension, utiliser du Ringer lactate pour rétablir une TA diastolique  $\geq 90$  mmHg.

Un des trois protocoles suivants peut être suivi :

<b>labétalol</b> IV lente (ampoule de 100 mg dans 20 ml, 5 mg/ml)	Administrer une dose de 20 mg (4 ml) en au moins une minute. Surveiller la TA 5 et 10 minutes après l'injection. Si la TA n'est pas contrôlée, administrer une dose additionnelle de 20 mg et surveiller. Des doses additionnelles de 40 mg puis 80 mg sont administrées toutes les 10 minutes tant que la TA n'est pas contrôlée. Ne pas dépasser une dose totale de 300 mg.
ou	
<b>hydralazine</b> IV lente diluée (flacon de 20 mg/1 ml)	Diluer 20 mg (1 flacon de solution d'hydralazine reconstituée avec un 1 ml d'eau pour préparation injectable) dans 9 ml de chlorure de sodium à 0,9% pour obtenir 10 ml de solution contenant 2 mg d'hydralazine/ml. Administrer 5 mg (2,5 ml de la solution diluée) en 2 à 4 minutes. Surveiller la TA pendant 20 minutes. Si la TA n'est pas contrôlée, répéter l'injection. Renouveler si nécessaire, en respectant un intervalle de 20 minutes entre les injections. Ne pas dépasser une dose totale de 20 mg.
ou	
<b>hydralazine</b> perfusion IV (flacon de 20 mg/1 ml)	Diluer 100 mg (5 flacons de solution d'hydralazine reconstituée) dans 500 ml de chlorure de sodium à 0,9% ou de Ringer lactate pour obtenir une solution à 200 microgrammes/ml. La dose de charge est de 200 à 300 microgrammes/minute ; la dose d'entretien de 50 à 150 microgrammes/minute. Administrer progressivement 20 gouttes/minute (maximum 30 gouttes/minute) en surveillant la TA toutes les 5 minutes. Dès que l'hypertension est contrôlée, réduire progressivement le débit (15 gouttes/minute puis 10 puis 5) jusqu'à l'arrêt de la perfusion. Un arrêt brusque peut provoquer une crise hypertensive.

*Remarques :*

- Si la mère reçoit du labétalol, garder le nouveau-né en observation 72 heures au moins après l'accouchement (risque d'hypoglycémie, bradycardie, détresse respiratoire).
- Si une anesthésie est nécessaire, éviter d'utiliser la kétamine. Chaque fois que possible, préférer la rachianesthésie.
- L'utilisation d'oxytocine est possible dans la pré-éclampsie mais une chute ou élévation de la TA ont été exceptionnellement décrites.
- L'ergométrine et la méthylergométrine sont contre-indiquées.
- Une pré-éclampsie peut survenir jusqu'à 48 heures après l'accouchement et plus rarement même plus tardivement.



### 4.5.6 Prévention secondaire de la pré-éclampsie sévère

L'**acide acétylsalicylique** PO : 75 mg/jour à débiter dès 12 SA, et à poursuivre jusqu'à 36 SA, permet de diminuer le risque de récurrence lors de la grossesse suivante. Si ce traitement prophylactique peut être mis en œuvre, informer la femme qu'elle doit consulter dès le début de la grossesse suivante. Il est inutile de débiter ce traitement si la patiente consulte après 20 SA<sup>10</sup>.

Lors de la grossesse suivante, une supplémentation en calcium est recommandée<sup>11</sup> chez les femmes dont l'alimentation est pauvre en calcium ([Chapitre 1, Section 1.2.5](#)).

## 4.6 Eclampsie

### 4.6.1 Diagnostic

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

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

### 4.6.2 Conduite à tenir

- Protéger des traumatismes, maintenir les voies aériennes libres, mettre en position latérale de sécurité.
- Convulsions : **sulfate de magnésium<sup>e</sup>**, comme pour une pré-éclampsie sévère ([Section 4.5.5](#)). Poursuivre le traitement 24 heures après l'accouchement ou 24 heures après la dernière crise convulsive (tenir compte de l'évènement le plus récent).
- Nursing, hydratation, pose d'une sonde de Foley ; même surveillance que pour une pré-éclampsie sévère ([Section 4.5.5](#)).
- Oxygène : 4 à 6 litres/minute.
- Si la TA systolique est  $\geq 160$  mmHg ou la TA diastolique est  $\geq 110$  mmHg : traitement antihypertenseur comme pour une pré-éclampsie sévère ([Section 4.5.5](#)).
- Accouchement impératif dans les 12 heures par voie basse ou césarienne selon l'état du col, l'âge gestationnel et l'état du fœtus.

### 4.6.3 Prévention secondaire

**Acide acétylsalicylique** PO, comme pour la pré-éclampsie ([Section 4.5.6](#)).

<sup>e</sup> A défaut de sulfate de magnésium, utiliser le **diazépam** : 10 mg en IV lente (ou par voie rectale), puis 40 mg dans 500 ml de glucose à 5% à administrer en 24 heures. Avoir du matériel de ventilation immédiatement disponible.

## 4.7 Excès de volume utérin

### 4.7.1 Diagnostic

Hauteur utérine supérieure à l'âge présumé de la grossesse.

Les diagnostics possibles sont :

- Une erreur de terme ;
- Une grossesse gémellaire, un hydramnios, une môle ;
- Un gros fœtus (macrosomie).

### 4.7.2 Conduite à tenir

- Vérifier le terme (date des dernières règles).
- Réaliser une échographie si possible.
- Grossesse gémellaire ([Chapitre 6, Section 6.2](#)), hydramnios ([Section 4.8](#)), môle ([Chapitre 2, Section 2.3](#)).
- Macrosomie :  
S'il est difficile de référer la patiente au cours du travail vers une structure SONUC, la référer si possible avant le travail compte-tenu du risque de disproportion fœto-pelvienne nécessitant une césarienne.  
Le risque d'hémorragie de la délivrance est accru : voie veineuse systématique.  
Les autres risques liés à une macrosomie sont une dystocie dynamique, un travail prolongé, une dystocie des épaules et une déchirure du périnée.

## 4.8 Hydramnios

Excès de liquide amniotique (plus de 2 litres à terme). On distingue schématiquement deux situations cliniques :

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

### 4.8.1 Hydramnios aigu (rare mais grave)

#### **Diagnostic**

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

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

#### **Conduite à tenir**

S'abstenir de toute intervention, laisser se dérouler l'avortement ou l'accouchement.

### 4.8.2 Hydramnios chronique

#### **Diagnostic**

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

#### **Conduite à tenir**

- Surveiller.
- Rechercher et traiter un éventuel diabète.
- Examiner le nouveau-né à la recherche d'une malformation fœtale.
- Risque d'hypoglycémie néonatale ([Chapitre 10, Section 10.3.4](#)).

#### **Remarques :**

Que l'hydramnios soit aigu ou chronique :

- Ne pas ponctionner ou évacuer le liquide amniotique au cours de la grossesse : risque d'infection.
- L'utilisation d'oxytocine est dangereuse pendant le travail et doit être prudente car l'utérus sur-distendu risque de se rompre.
- Risque de procidence du cordon lors de la rupture des membranes : envisager une césarienne en urgence en fonction de l'âge gestationnel et de la présence ou non de malformations fœtales. En cas d'hydramnios aigu du deuxième trimestre, s'efforcer de réaliser l'accouchement par voie basse.
- Risque d'hémorragie de la délivrance (voie veineuse systématique).

## 4.9 Rupture prématurée des membranes

### 4.9.1 Diagnostic

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

Les diagnostics différentiels sont : émission d'urines, expulsion du bouchon muqueux, leucorrhées.

### 4.9.2 Risques

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

### 4.9.3 Conduite à tenir

- Réaliser un examen au speculum en cas de doute : liquide amniotique présent dans le fond vaginal ou s'extériorisant par l'orifice cervical à la toux.
- Rechercher une procidence du cordon ([Chapitre 5, Section 5.4](#)).
- Rechercher une cause maternelle (infection urinaire ou vaginale p.ex.) ; la traiter.
- Hospitaliser, repos et surveillance : température, pouls, pression artérielle, contractions utérines, bruits du cœur fœtal, aspect du liquide amniotique (teinté, purulent).
- Touchers vaginaux : le moins possible, toujours avec des gants stériles, uniquement si la patiente est en travail ou si un déclenchement est envisagé.
- Antibiothérapie :

- Chez la mère (systématique)

*Absence d'infection et absence de travail et rupture  $\geq 12$  h :*

**amoxicilline** PO<sup>f</sup> : 3 g/jour à diviser en 3 prises pendant 5 à 7 jours

*Absence d'infection, travail en cours et rupture  $\geq 12$  h :*

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

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

**ampicilline** IV : 2 g toutes les 8 heures + **métronidazole** IV : 500 mg toutes les 8 heures + **gentamicine** IM : 3 à 5 mg/kg une fois par jour

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

- Chez l'enfant : se référer au [Chapitre 10, Sections 10.3.3 et 10.3.4](#).

<sup>f</sup> Ne pas utiliser l'amoxicilline/acide clavulanique (augmentation de l'incidence des entérocolites ulcéro-nécrosantes chez le nouveau-né).

- En cas de contractions utérines :
  - Si le terme est < 34 SA : tocolyse, sauf s'il existe des signes d'infection amniotique.
  - Au-delà de 34 SA, le risque infectieux est supérieur aux risques d'une naissance prématurée : ne pas faire de tocolyse.
- Induction du travail :
  - En cas d'infection, déclencher immédiatement le travail ([Chapitre 7, Section 7.3](#)).
  - En l'absence d'infection, discuter un déclenchement du travail après 34 SA si l'âge gestationnel est certain ou mieux, après 37 SA.
- Dans les ruptures survenant au septième et huitième mois, transférer si possible la mère dans un centre où le prématuré peut recevoir des soins intensifs.
- Préparer le fœtus à une naissance prématurée :  
Après 26 SA et avant 34 SA, aider la maturation pulmonaire avec **dexaméthasone** IM : 6 mg toutes les 12 heures pendant 48 heures. En cas d'infection maternelle sévère, commencer le traitement antibiotique avant d'administrer la dexaméthasone.

## 4.10 Menace d'accouchement prématuré

Contractions utérines régulières et modification du col avant 37 SA.

### 4.10.1 Facteurs déclenchants

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

### 4.10.2 Conduite à tenir

- Rechercher systématiquement un paludisme (test rapide) et une infection urinaire (bandelette réactive) ; traiter les causes apparentes.
- Laisser accoucher :
  - Si la grossesse est > 34 SA et si la poche des eaux est rompue.
  - Si le travail est trop avancé pour être enrayé (col effacé, dilaté de 4 cm), quel que soit le terme.
  - Si le pronostic vital maternel est en jeu (très mauvais état général, pré-éclampsie, éclampsie, hématome rétro-placentaire, etc.), quel que soit le terme.
  - Si le fœtus est mort, après plusieurs contrôles de l'absence des bruits du cœur et des mouvements fœtaux ou après échographie confirmant la mort du fœtus.
- Dans les autres cas, tenter d'arrêter les contractions :
  - Repos strict, en milieu médicalisé. Le seul repos suffit dans les formes mineures (contractions sans modification du col).
  - Tocolyse :  
L'objectif principal de la tocolyse est de gagner du temps pour permettre de réaliser une corticothérapie de maturation pulmonaire fœtale :

<b>nifédipine</b> PO (capsule à libération immédiate à 10 mg)	10 mg à répéter toutes les 15 minutes si les contractions persistent (maximum 4 doses ou 40 mg), puis 20 mg toutes les 6 heures Ne jamais administrer par voie sublinguale (risque d'hypoperfusion placentaire et de mort fœtale), toujours par voie orale.
ou, à défaut	
<b>salbutamol</b> perfusion IV (ampoule à 0,5 mg)	Le salbutamol IV a de nombreuses contre-indications, se référer au guide <i>Médicaments essentiels</i> , MSF. Diluer 5 mg (10 ampoules à 0,5 mg) dans 500 ml de glucose à 5% ou de chlorure de sodium à 0,9% pour obtenir une solution à 10 microgrammes/ml. Débuter la perfusion à un débit de 15 à 20 microgrammes/minute (30 à 40 gouttes/minute). Si les contractions persistent, augmenter le débit à 10 à 20 gouttes/minute toutes les 30 minutes jusqu'à l'arrêt des contractions. Ne pas dépasser 45 microgrammes/minute (90 gouttes/minute). Maintenir le débit efficace pendant une heure après l'arrêt des contractions puis le réduire de moitié toutes les 6 heures. Surveiller régulièrement le pouls maternel, réduire le débit en cas de tachycardie maternelle (> 120/minute).

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

Ne pas associer nifédipine et salbutamol.

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

- Préparer le fœtus à une naissance prématurée :  
Après 26 SA et avant 34 SA, aider la maturation pulmonaire avec **dexaméthasone** IM : 6 mg toutes les 12 heures pendant 48 heures. En d'infection maternelle sévère, commencer le traitement antibiotique avant d'administrer la dexaméthasone.

### 4.10.3 Accouchement prématuré

- Accouchement le plus souvent rapide, souvent en siège.
- Eviter les agressions (thérapeutiques ou de manœuvre), mais surtout, éviter un travail long. L'expulsion doit être rapide : épisiotomie possible, même si l'enfant est petit ; l'extraction par ventouse est contre-indiquée avant 34 SA, préférer un forceps si nécessité absolue d'extraction instrumentale.
- Prévoir un bon système de réchauffement (méthode kangourou, bonnet) et une réanimation du nouveau-né. Surveiller la température (risque d'hypothermie) et la glycémie (risque d'hypoglycémie).

### 4.10.4 Prévention

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



## 4.11 Mort fœtale in utero

Mort fœtale au cours du deuxième ou du troisième trimestre de la grossesse, en dehors du travail.

### 4.11.1 Diagnostic

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

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

### 4.11.2 Conduite à tenir

- En l'absence de pathologie mettant en jeu la vie de la mère :
  - Traiter une éventuelle pathologie maternelle (anémie, paludisme, etc.).
  - Si la mort fœtale est certaine : déclencher l'accouchement.
  - En cas d'incertitude, revoir la femme régulièrement (p.ex. une fois par semaine) et attendre le déclenchement spontané du travail qui survient en général dans les 15 à 20 jours suivant la mort fœtale.
- En présence d'une pathologie mettant en jeu la vie de la mère :  
Déclencher l'accouchement en urgence en cas : d'éclampsie, placenta praevia, hématome rétro-placentaire, infection amniotique, pathologie maternelle sévère (p.ex. insuffisance cardiaque majeure).
- Si la poche des eaux est rompue depuis plus de 12 heures : antibiothérapie ([Section 4.9.3](#)) et déclenchement du travail.
- Déclenchement du travail :
  - Au troisième trimestre si le col est favorable : induction du travail par oxytocine et rupture artificielle des membranes.
  - Si le col est défavorable ou au deuxième trimestre :  
Utiliser l'association mifépristone si disponible + une prostaglandine :  
**mifépristone** PO : 600 mg/jour en une prise pendant les deux premiers jours suivie le troisième jour d'une prostaglandine aux doses ci-dessous.  
ou une prostaglandine seule d'emblée :  
**misoprostol** intravaginal seul, dans le cul-de-sac vaginal postérieur, toutes les 6 heures, jusqu'au déclenchement du travail (max. 3 doses par 24 heures, à renouveler si nécessaire le jour suivant) : 200 microgrammes au deuxième trimestre ou 100 microgrammes au troisième trimestre ou 50 microgrammes au neuvième mois.  
ou **dinoprostone** gel (1 mg dans 3 g de gel) intravaginal : 1 mg dans le cul-de-sac vaginal postérieur toutes les 6 heures, maximum 3 par 24 heures.

- En cas d'antécédent de césarienne et grande multiparité, compte-tenu du risque de rupture utérine :  
Privilégier l'association mifépristone + prostaglandine, qui permet de diminuer le nombre de doses de prostaglandine nécessaires.  
Réduire de 50% les doses d'oxytocine ou de misoprostol.  
Ne pas donner plus de 3 doses au total de misoprostol ou dinoprostone.
- Au cours du travail, en cas de présentation dystocique ou de disproportion fœtopelvienne : essayer d'éviter une césarienne, accepter un travail long avec une phase de latence prolongée. Réaliser si besoin une embryotomie. Ne pratiquer de césarienne qu'en dernier recours.  
Une césarienne est réalisée d'emblée uniquement en cas de placenta praevia recouvrant et/ou d'hémorragie mettant en danger la vie de la mère ou de rupture utérine.
- Examiner attentivement le placenta (rétention de fragments possible).
- Révision utérine en cas de rétention ou au moindre signe d'hémorragie (troubles de la coagulation), sous antibioprophyllaxie (**céfazoline** ou **ampicilline** IV<sup>g</sup> lente : 2 g dose unique).
- Après l'accouchement :  
Les mères d'enfants mort-nés sont tous à risque de développer des problèmes psychologiques ; la mortalité périnatale est associée à une augmentation des taux de dépression du post-partum.  
Un soutien psychologique doit être offert à toutes les femmes à la maternité et pendant la période post-partum.  
L'inhibition de la lactation est importante au plan psychologique pour certaines femmes après une mort foetale in utero ([Chapitre 11, Section 11.2.1](#)).  
Il ne faut pas obliger les parents à voir ou avoir un contact avec l'enfant, mais il faut accéder à leur demande et les soutenir si ce désir est exprimé (sauf en cas d'embryotomie très mutilante ou de malformations sévères). Dans ce cas, l'enfant est présenté comme le serait un nouveau-né, propre et emmaillotté. Le corps doit être remis aux parents s'ils souhaitent organiser des funérailles.

<sup>g</sup> Chez les patientes ayant un antécédent de réactions d'hypersensibilité immédiate à une pénicilline (urticaire, troubles respiratoires, œdème) : **clindamycine** IV, 900 mg dose unique.

## Références

---

- 1 World Health Organization. Guideline: Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva. 2012.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77770/1/9789241501996\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77770/1/9789241501996_eng.pdf)
- 2 Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles. Organisation mondiale de la Santé. 2005.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43187/1/9242546267\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43187/1/9242546267_fre.pdf)
- 3 Yang CJ, Lee NY, Lin YH, et al. Jarisch-Herxheimer reaction after penicillin therapy among patients with syphilis in the era of the HIV infection epidemic: incidence and risk factors. Clin Infect Dis. 2010 Oct 15;51(8):976-9. doi: 10.1086/656419.  
<http://cid.oxfordjournals.org/content/51/8/976.full.pdf><http://cid.oxfordjournals.org/content/51/8/976.full.pdf>
- 4 Update to CDC's Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, Infections Weekly August 10, 2012 / 61(31);590-594.  
[http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6131a3.htm?s\\_cid=mm6131a3\\_w](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6131a3.htm?s_cid=mm6131a3_w)
- 5 Guidelines for the treatment of malaria. Second edition. World Health Organization, Geneva, 2010.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547925\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547925_eng.pdf)
- 6 Antiamoebic drugs for treating amoebic colitis (Review). 2009 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006085.pub2/pdf>
- 7 Directive clinique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Prise en charge de l'infection à la varicelle pendant la grossesse. N° 274, mars 2012.  
<http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/gui274CPG1203F.pdf?1668a1>
- 8 Hepatitis B. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. The Pink Book: Course Textbook - 12<sup>th</sup> Edition Second Printing (May 2012).  
<http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/hepb.html#hepb>
- 9 La transmission du VIH par l'allaitement au sein. Bilan des connaissances actuelles. Organisation mondiale de la Santé, FNUAP, Genève, 2004.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242562718\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242562718_fre.pdf)
- 10 Prévention et traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie. Résumé des recommandations. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2011. WHO/RHR/11.30.  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/rhr\\_11\\_30/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/rhr_11_30/en/)
- 11 Calcium supplementation in pregnant women. World Health Organization. 2013.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85120/1/9789241505376\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85120/1/9789241505376_eng.pdf)

# Chapitre 5 :

## Accouchement normal et procédures en cas d'incidents

<b>5.1 Accouchement normal</b> .....	85
5.1.1 <i>Recommandations générales</i> .....	85
5.1.2 <i>Diagnostic du début de travail</i> .....	85
5.1.3 <i>Déroulement de l'accouchement</i> .....	85
5.1.4 <i>Première phase : dilatation et descente fœtale</i> .....	86
5.1.5 <i>Deuxième phase : expulsion</i> .....	89
5.1.6 <i>Administration d'oxytocine</i> .....	92
5.1.7 <i>Clampage du cordon</i> .....	92
<b>5.2 Surveillance de l'accouchement</b> .....	93
5.2.1 <i>Partogramme</i> .....	93
5.2.2 <i>Surveillance maternelle post-partum en salle d'accouchement</i> .....	95
<b>5.3 Rupture artificielle des membranes</b> .....	96
5.3.1 <i>Indications</i> .....	96
5.3.2 <i>Précautions</i> .....	96
5.3.3 <i>Contre-indications</i> .....	96
5.3.4 <i>Technique</i> .....	96
<b>5.4 Procidence du cordon</b> .....	98
5.4.1 <i>Diagnostic</i> .....	98
5.4.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	99
<b>5.5 Circulaire du cordon</b> .....	100
<b>5.6 Extractions instrumentales</b> .....	101
5.6.1 <i>Ventouse</i> .....	101
5.6.2 <i>Forceps</i> .....	104
<b>5.7 Symphysiotomie</b> .....	105
5.7.1 <i>Indications</i> .....	105
5.7.2 <i>Conditions</i> .....	105
5.7.3 <i>Contre-indications</i> .....	105
5.7.4 <i>Matériel</i> .....	106
5.7.5 <i>Technique</i> .....	106
5.7.6 <i>Soins post-opératoires</i> .....	108
5.7.7 <i>Complications</i> .....	108

<b>5.8 Episiotomie</b> .....	109
5.8.1 <i>Indications</i> .....	109
5.8.2 <i>Matériel</i> .....	109
5.8.3 <i>Technique</i> .....	109
<b>5.9 Suture du périnée</b> .....	111
5.9.1 <i>Matériel</i> .....	111
5.9.2 <i>Technique</i> .....	112
5.9.3 <i>Soins post-opératoires</i> .....	113
5.9.4 <i>Prise en charge des complications</i> .....	114
<b>5.10 Désinfibulation</b> .....	115
5.10.1 <i>Matériel</i> .....	115
5.10.2 <i>Technique</i> .....	115

## 5.1 Accouchement normal

### 5.1.1 Recommandations générales

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

Assurer un environnement calme et rassurant. Respecter l'intimité de la patiente lors des examens et au moment de l'accouchement. L'encourager à être accompagnée par la personne de son choix.

### 5.1.2 Diagnostic du début de travail

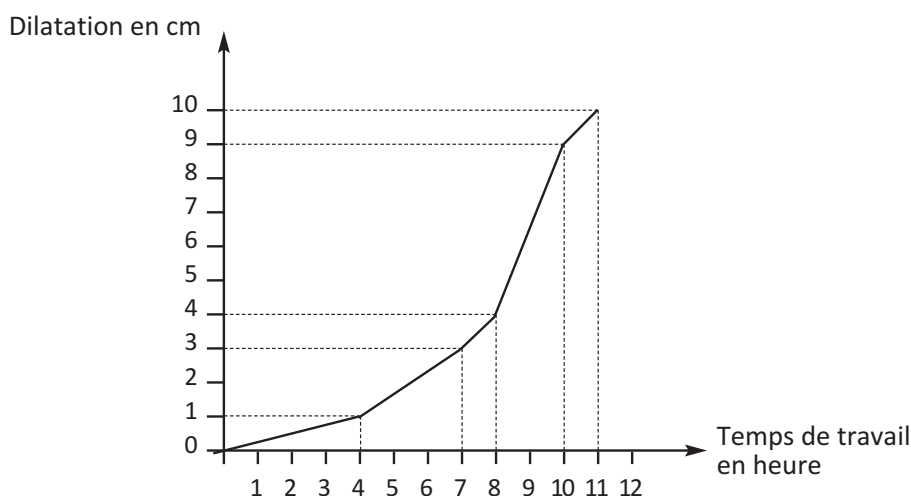
- Apparition des contractions utérines : douleurs intermittentes et rythmées, accompagnées d'un durcissement de l'utérus, augmentant progressivement en intensité et en fréquence ;
- Et
- Modifications du col utérin, raccourcissement progressif et dilatation (Figure 5.1) :
  - chez la primipare, il y a d'abord effacement du col puis dilatation ;
  - chez la multipare, effacement et dilatation sont simultanés.

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

### 5.1.3 Déroulement de l'accouchement

#### Première phase : dilatation et descente fœtale, subdivisée en 2 phases

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



**Figure 5.1**  
Courbe de dilatation chez la primipare  
(chez la multipare, la courbe se situe plus à gauche)

### **Deuxième phase : expulsion**

Phase débutant après l'engagement, à dilatation complète.

### **Troisième phase : délivrance placentaire**

Se référer au [Chapitre 8](#).

## **5.1.4 Première phase : dilatation et descente fœtale**

Les éléments de surveillance sont notés sur le partogramme ([Section 5.2](#)).

### **Contractions utérines**

- Augmentation progressive de la force et de la fréquence des contractions : parfois espacées de 30 minutes en début de travail ; rapprochées (toutes les 2 à 3 minutes) en fin de travail.
- Une contraction peut durer jusqu'à une minute.
- L'utérus doit bien se relâcher dans l'intervalle des contractions.
- Observer la forme de l'utérus pour repérer un anneau de Bandl ([Chapitre 3, Section 3.3.2](#)).

### **Etat général de la patiente**

- Surveiller le pouls, la pression artérielle et la température toutes les 4 heures ou plus fréquemment en cas d'anomalie.
- Demander à la patiente d'uriner régulièrement (à titre indicatif, toutes les 2 heures).
- Maintenir l'hydratation (offrir de l'eau à boire à la patiente).
- Encourager la patiente à se déplacer librement pendant le travail. Les changements de position et la déambulation contribuent à réduire la douleur et favoriser la descente du fœtus. Les douleurs peuvent aussi être réduites par des massages ou applications de compresses chaudes ou froides. Le soutien de la sage-femme est indispensable pour gérer la douleur.
- Poser systématiquement une voie veineuse dans les situations suivantes : hauteur utérine excessive (macrosomie, grossesse multiple, hydramnios), anémie connue, hypertension artérielle.

### **Rythme cardiaque fœtal**

#### *Contrôle du rythme cardiaque fœtal*

A réaliser au stéthoscope de Pinard ou avec un doppler fœtal, toutes les 30 minutes pendant la phase active, toutes les 5 minutes pendant l'expulsion ou le plus fréquemment possible. Il faut écouter et compter pendant au moins une minute entière, immédiatement après la contraction. Le rythme cardiaque fœtal normal est de 120 à 160 battements/minute.

Le rythme cardiaque fœtal peut ralentir pendant une contraction. S'il est complètement normalisé dès que l'utérus se relâche, il ne s'agit pas d'une souffrance fœtale.

Si le rythme cardiaque fœtal écouté immédiatement après la fin d'une contraction est anormal (inférieur à 100/minute ou supérieur à 180/minute), poursuivre la surveillance du rythme cardiaque fœtal pour les 3 contractions suivantes pour confirmer l'anomalie.

#### *Prise en charge d'un rythme cardiaque fœtal anormal*

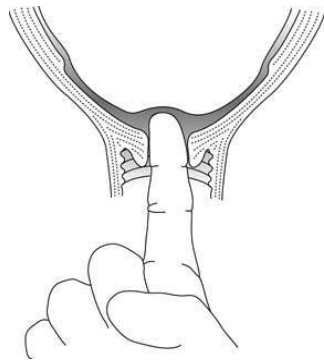
- Dans tous les cas :
  - Mettre en place une voie veineuse.
  - Contrôler les signes vitaux : pouls, pression artérielle, température.
  - Vérifier le tonus utérin. En cas d'hypertonie, il peut s'agir d'un hématome rétro-placentaire ou d'une administration excessive d'oxytocine, qu'il faut alors arrêter.
  - Vérifier la couleur du liquide amniotique : un liquide amniotique méconial (verdâtre) associé à des anomalies du rythme cardiaque fœtal est en faveur d'une souffrance fœtale vraie.

- En cas de rythme cardiaque fœtal inférieur à 100/minute :
  - Stopper l'administration d'oxytocine si une perfusion est en cours.
  - Vérifier l'absence de saignement : un saignement peut orienter vers un hématome rétro-placentaire ou une rupture utérine.
  - Relever la patiente ou la mettre sur le côté gauche pour lever la compression cave du décubitus dorsal qui peut être la cause du ralentissement du rythme cardiaque fœtal.
  - Corriger une éventuelle hypotension par un remplissage vasculaire (Ringer lactate) pour ramener la pression artérielle diastolique  $\geq 90$  mmHg.
  - Réaliser un toucher vaginal à la recherche d'une procidence du cordon.
- En cas de rythme cardiaque fœtal supérieur à 180/minute :  
La première cause est une infection maternelle fébrile.
  - Traiter l'hyperthermie responsable des troubles du rythme cardiaque fœtal (paracétamol).
  - Rechercher la cause de l'infection (pyélonéphrite, paludisme, etc.) et traiter.
  - En cas de fièvre inexpliquée, administrer une antibiothérapie comme pour une rupture prolongée des membranes ([Chapitre 4, Section 4.9](#)).

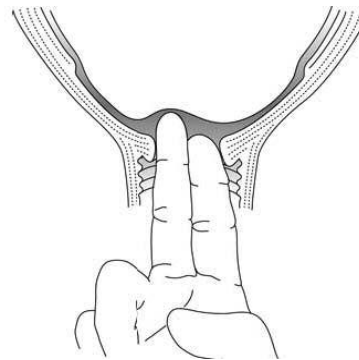
Si les anomalies du rythme cardiaque fœtal persistent ou que le liquide amniotique devient méconial, la naissance doit être rapide. Si la dilatation est complète avec une tête engagée, réaliser une extraction instrumentale (ventouse ou forceps selon la compétence et l'expérience de l'opérateur) ; sinon envisager une césarienne.

### **Dilatation**

- Le col doit rester souple et se dilater progressivement. La dilatation progresse en moyenne d'un cm par heure et se contrôle par un toucher vaginal toutes les 2 à 4 heures (Figures 5.2).
- Une stagnation de la dilatation entre deux touchers vaginaux est un signe d'alerte.
- Une action peut être entreprise dès la deuxième heure de stagnation, elle doit dans tous les cas être entreprise si la stagnation dure depuis 4 heures : rupture artificielle des membranes, perfusion d'oxytocine, césarienne selon la situation.



5.2a : 1 doigt = 1,5 cm



5.2b : 2 doigts = 3 à 3,5 cm

**Figures 5.2**

Estimation de la dilatation

### **Poche des eaux**

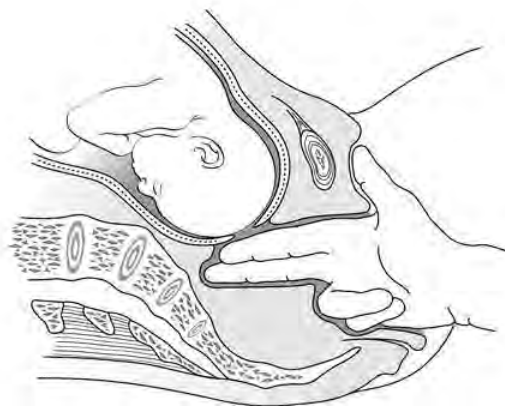
- La poche des eaux bombe au moment des contractions et se rompt en général spontanément après 5 cm de dilatation ou à dilatation complète lors de l'expulsion. Un contrôle du rythme cardiaque fœtal et si nécessaire un toucher vaginal doivent être réalisés immédiatement après la rupture afin de repérer une possible procidence du cordon ([Section 5.4](#)). Une fois les membranes rompues, toujours utiliser des gants stériles pour réaliser des touchers vaginaux.



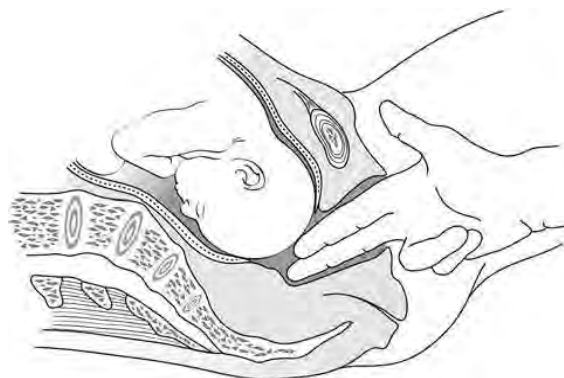
- Noter la couleur du liquide amniotique : claire, sanguinolente ou méconiale. Une coloration méconiale isolée, sans anomalie du rythme cardiaque fœtal, ne pose pas le diagnostic de souffrance fœtale mais impose un renforcement de la surveillance, notamment un toucher vaginal toutes les 2 heures. Une action doit être entreprise si une stagnation de la dilatation est repérée au bout de 2 heures.

### ***Progression du fœtus***

- Evaluer la descente fœtale par la palpation abdominale (partie de la tête fœtale perçue au-dessus de la symphyse pubienne) avant de réaliser le toucher vaginal.
- Lors de chaque toucher vaginal, outre la dilatation, vérifier également la présentation, la position et le degré de descente fœtale.
- Recherche des signes d'engagement :  
Lors du toucher vaginal, la présentation fœtale empêche les doigts d'atteindre la concavité du sacrum (Figures 5.3a et 5.3b). La présence d'une bosse séro-sanguine (infiltration bénigne de la tête fœtale) est une source d'erreur : faux diagnostic d'engagement.  
La distance entre le moignon de l'épaule du fœtus et le bord supérieur de la symphyse est inférieure à 2 travers de doigts (Figures 5.3c et 5.3d).



**5.3a** : Présentation non engagée :  
la concavité du sacrum est atteinte par les doigts vaginaux



**5.3b** : Présentation engagée :  
les doigts vaginaux n'atteignent pas la cavité du sacrum  
(s'il n'y a pas de bosse séro-sanguine)



**5.3c** : Tête non engagée : la saillie du moignon de l'épaule est à plus de 2 travers de doigts de la symphyse



**5.3d** : Tête engagée : la saillie du moignon est à moins de 2 travers de doigts de la symphyse

**Figures 5.3**  
Diagnostic d'engagement

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

### 5.1.5 Deuxième phase : expulsion



L'expression utérine est contre-indiquée dans tous les cas.

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

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

S'il existe une position traditionnelle d'accouchement et que l'examen n'a révélé aucun risque particulier pour la mère et l'enfant, il est tout à fait possible d'assister une expulsion chez une femme en décubitus dorsal, latéral gauche, accroupie ou suspendue (Figures 5.4).



**5.4a** : Décubitus latéral gauche

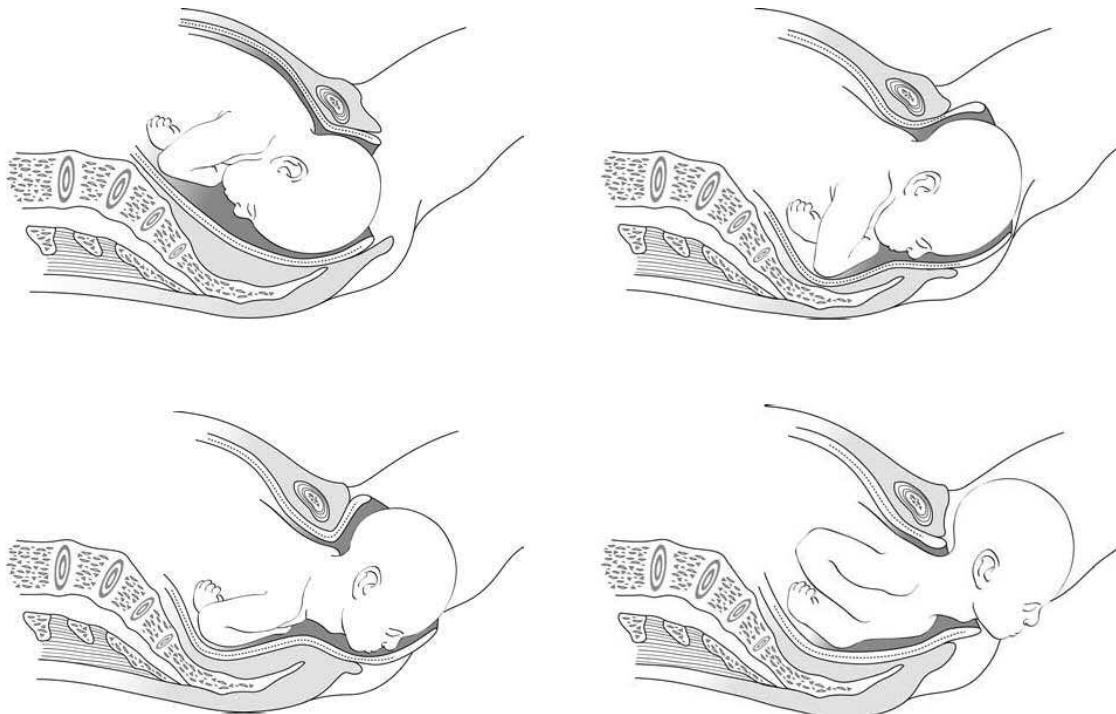


**5.4b** : Décubitus dorsal

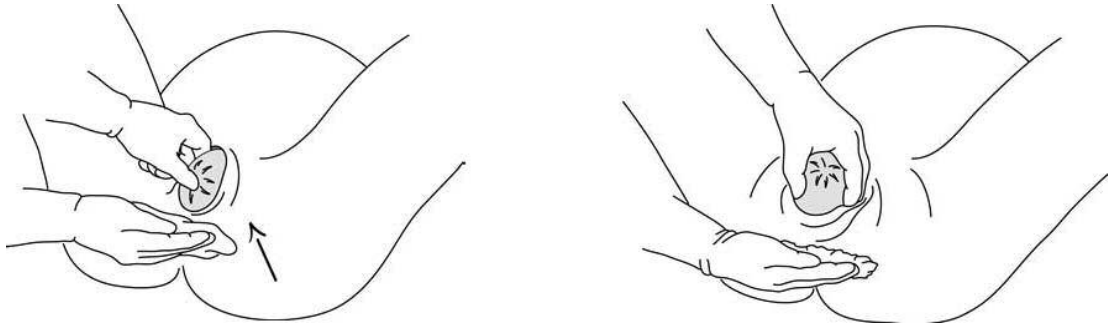
**Figures 5.4**  
Positions d'expulsion

- Rincer la vulve et le périnée à l'eau propre.
- La vessie doit être vidée, autant que possible naturellement. Effectuer un sondage vésical uniquement en cas de rétention urinaire, en respectant l'asepsie (gants stériles, sonde stérile à usage unique).
- Les efforts expulsifs sont dirigés et débutés, à dilatation complète lorsque la patiente a envie de pousser. Ils doivent être contemporains de la contraction utérine. Ils peuvent être soit en inspiration bloquante (après une inspiration profonde, à glotte fermée, contraction des muscles abdominaux et du diaphragme, dirigés vers le périnée) soit par poussée soufflante. Les efforts expulsifs sont maintenus le plus longtemps possible : en général 2 à 3 efforts expulsifs par contraction.
- Entre les contractions, la femme doit se reposer et respirer profondément. L'accoucheur contrôle les bruits du cœur fœtal.
- La tête commence à distendre le périnée qui s'amincit progressivement : l'orifice vulvaire se distend, les lèvres s'écartent et l'occiput apparaît. Dans une présentation céphalique, le dégagement se fait en occipito-pubien le plus souvent : l'enfant naît en regardant en bas, son occiput se déroule contre la symphyse pubienne (Figures 5.5). La tête amorce un mouvement de déflexion. Il faut guider ce mouvement et empêcher toute expulsion brutale : une main maintient l'occiput. L'autre main peut soutenir le menton au travers du périnée. Protéger la région anale avec une compresse (Figures 5.6).

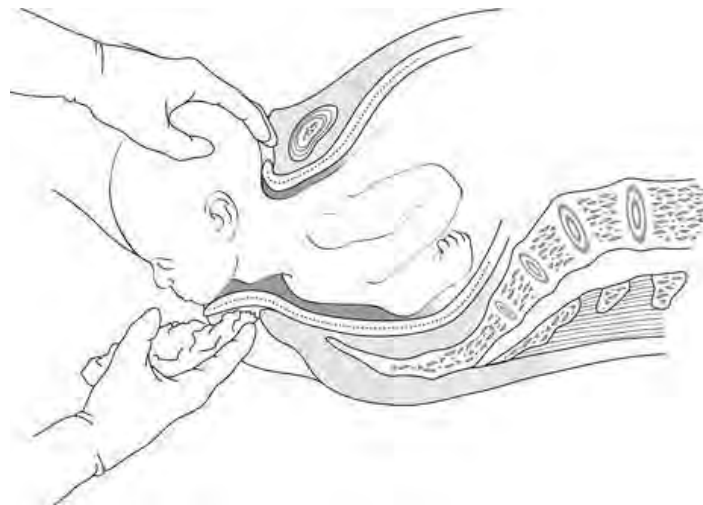
Durant cette période finale active pour l'accoucheur, il faut que la femme cesse tout effort expulsif : respiration profonde. Une main freine la déflexion de la tête et imprime des petits mouvements latéraux pour que les bosses pariétales se dégagent peu à peu, tandis que l'autre main fait éventuellement remonter le menton (Figure 5.7).



**Figures 5.5**  
Différentes étapes du dégagement en occipito-pubien

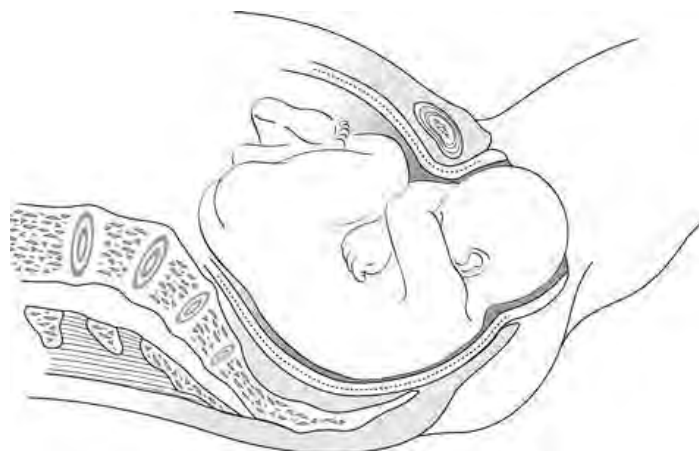


**Figures 5.6**  
Dégagement progressif de la tête



**Figure 5.7**  
Abaissement du périnée postérieur sous le menton

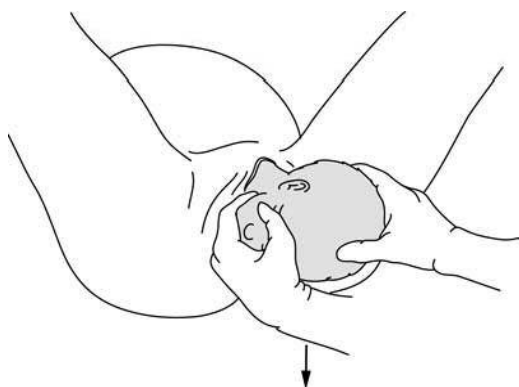
Au moment du dégagement, le périnée est distendu à l'extrême. Le contrôle de l'expulsion peut permettre de limiter le risque de déchirure. Il n'y a pas d'indication systématique d'épisiotomie ([Section 5.8](#)). Dans un dégagement en occipito-sacré (Figure 5.8), la distension du périnée est majeure, une épisiotomie peut être utile.



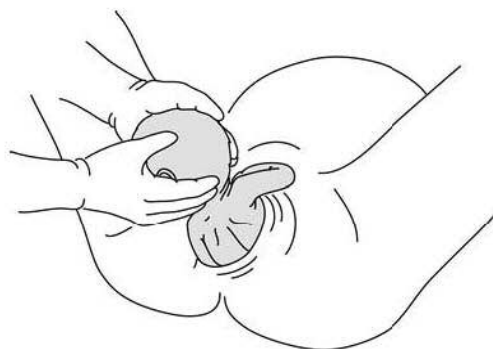
**Figure 5.8**  
Dégagement en occipito-sacré

La tête, une fois dégagée, amorce une rotation spontanée d'au moins 90°. L'accoucheur aide ce mouvement en saisissant la tête à 2 mains. Il effectue une traction douce vers le bas pour amener l'épaule antérieure sous la symphyse puis la dégager puis une traction souple vers le haut pour permettre le dégagement de l'épaule postérieure (Figures 5.9).

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



**5.9a** : Dégagement de l'épaule antérieure : traction vers le bas jusqu'à ce que l'épaule soit visible



**5.9b** : Dégagement de l'épaule postérieure : traction souple vers le haut

**Figures 5.9**  
Dégagement des épaules

Normalement, le nouveau-né crie immédiatement (dans la minute qui suit la naissance). Le placer sur le ventre de sa mère.

### 5.1.6 Administration d'oxytocine

Administrer immédiatement de l'oxytocine à la mère puis réaliser la délivrance placentaire (Chapitre 8, Section 8.1.2).

### 5.1.7 Clampage du cordon

- Retarder le clampage du cordon de 2 minutes pour tous les enfants qui crient vigoureusement (et en particulier ceux de moins de 2500 g) afin de réduire le risque d'anémie néonatale.
- Clamper le cordon avec 2 pinces Kocher à 10 cm de l'ombilic et couper entre les 2 pinces. Utiliser une lame stérile ou des ciseaux stériles, distincts de ceux utilisés pour une éventuelle épisiotomie.
- Lier le cordon avec un clamp de Barr ou un fil stérile (double ligature), en laissant un moignon de 2 à 3 cm.
- Si le nouveau-né doit être réanimé, clamper et couper le cordon immédiatement.

Pour les soins du nouveau-né, se référer au [Chapitre 10](#).

## 5.2 Surveillance de l'accouchement

### 5.2.1 Partogramme

Le partogramme est un outil de surveillance du bien-être maternel et fœtal pendant le travail et d'aide à la décision en cas d'anomalies. Il est conçu pour pouvoir être utilisé quel que soit le niveau de soins.

Le partogramme débute avec la phase active du travail, dès 4 cm de dilatation et 3 contractions par 10 minutes. Il doit être régulièrement rempli pendant le travail.

Son élément central est un graphique sur lequel est notée la progression de la dilatation du col, appréciée par le toucher vaginal.

Il comporte également d'autres éléments de surveillance à noter sur le diagramme horaire à chaque fois qu'ils sont contrôlés :

- Indicateurs maternels :
  - Signes vitaux (pouls, pression artérielle, température)
  - Heure de rupture spontanée ou artificielle des membranes
  - Contractions utérines (nombre par 10 minutes et durée)
  - Mictions
  - Administration de médicaments (oxytocine, antibiotique, etc.)
- Indicateurs fœtaux :
  - Rythme cardiaque fœtal
  - Liquide amniotique (couleur, odeur et quantité)
  - Descente du fœtus, modelage de la tête

#### *Interprétation du partogramme*

Le partogramme de l'OMS (page suivante) comporte 2 lignes transversales : la ligne d'alerte et la ligne d'action.

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

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

En cas de franchissement de la ligne d'alerte, si la femme est dans un centre de santé ou une structure SONUB, organiser une référence dans une structure SONUC. Si la femme est déjà dans une structure SONUC, intervenir d'emblée ou au minimum la surveiller plus attentivement.

En cas de franchissement de la ligne d'action, une intervention est nécessaire (travail dirigé, rupture artificielle des membranes, césarienne, etc.). Se référer au [Chapitre 7](#).

### Partogramme de l'OMS

Nom	Geste	Pare	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 "0")

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 — prof.

acet.

vol.

## 5.2.2 Surveillance maternelle post-partum en salle d'accouchement

- Surveiller les constantes (pouls, pression artérielle, température, fréquence respiratoire), les saignements et la rétraction utérine :
  - Entre Heure 0 et Heure 2 : toutes les 15 à 30 minutes,
  - Entre Heure 2 et Heure 4 : toutes les heures.
- Vérifier que la patiente boit et urine bien.
- Vérifier s'il existe d'autres indications de traitement, p.ex., antibiotiques pour une rupture prolongée des membranes ([Chapitre 4, Section 4.9.3](#)), anémie ([Chapitre 4, Section 4.1](#)), etc.
- En cas de césarienne, se référer au [Chapitre 6, Section 6.4](#).

Pour la surveillance et les soins après le post-partum immédiat, se référer au [Chapitre 11, Section 11.2](#) et [11.4](#).



## 5.3 Rupture artificielle des membranes

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

### 5.3.1 Indications

- Accélération de la dilatation.
- Accélération de l'expulsion à dilatation complète.
- Complément de l'oxytocine lors des inductions du travail ([Chapitre 7, Section 7.3.2](#)).
- Tentative d'hémostase lors du travail en cas de placenta praevia non recouvrant (ne pas perforer le placenta).

### 5.3.2 Précautions

- Hydramnios (risque de procidence du cordon) : réexaminer immédiatement après la rupture pour s'assurer que le cordon n'a pas été entraîné au devant de la tête.
- Technique aseptique (risque infectieux par ouverture de la cavité amniotique aux germes).
- En cas de rupture prolongée des membranes : antibioprophylaxie ([Chapitre 4, Section 4.9](#)).

### 5.3.3 Contre-indications

#### **Absolues**

- Placenta praevia recouvrant
- Présentation transverse

#### **Relatives**

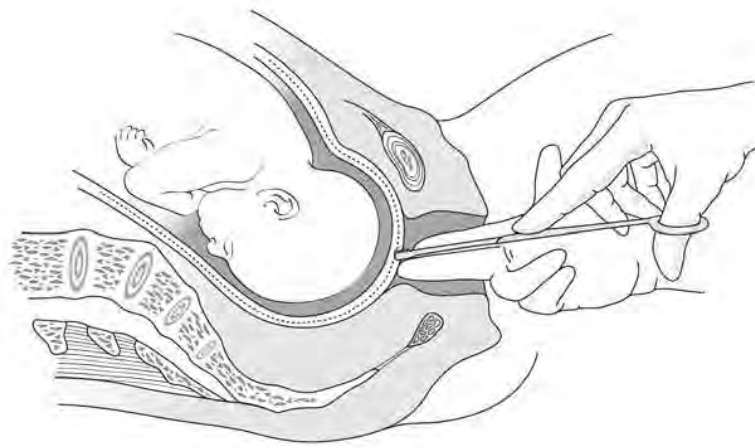
- Dilatation inférieure à 4 cm, contractions irrégulières (faux début du travail).
- Siège avant dilatation complète. Conserver la poche des eaux intacte le plus longtemps possible.
- Infection par le HIV ou hépatite B (ou contexte de haute prévalence) avant dilatation complète : conserver la poche des eaux intacte le plus longtemps possible afin de limiter le risque de transmission materno-fœtale.
- Présentation non engagée : risque de procidence du cordon.

### 5.3.4 Technique

(Figure 5.10)

- Installer la patiente en position gynécologique.
- Mettre des gants stériles.
- Badigeonner le périnée et le vagin à la polyvidone iodée 10%.
- Une main prépare l'accès à la poche (être bien dans le col), l'autre main insinue le perce-membranes entre les doigts de la première main, qui écartent le vagin et le col et guident la pointe pour pratiquer une petite effraction dans la poche bombante, pendant la contraction. Laisser s'écouler lentement le liquide puis agrandir au doigt l'orifice.

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

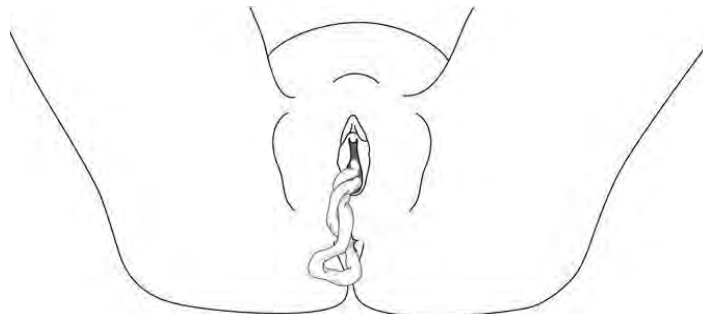


**Figure 5.10**  
Rupture artificielle des membranes

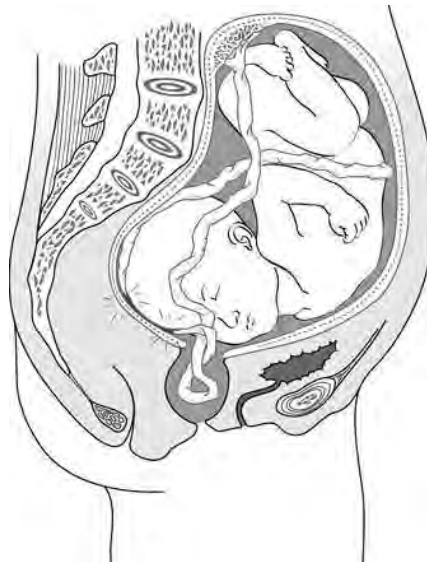
## 5.4 Procidence du cordon

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

La compression du cordon entre les tissus maternels et le fœtus (Figures 5.11 et 5.12) lors des contractions provoque une souffrance fœtale et la mort rapide du fœtus.



**Figure 5.11**  
Issue du cordon à la vulve



**Figure 5.12**  
Présentation comprimant le cordon

### 5.4.1 Diagnostic

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

## 5.4.2 Conduite à tenir

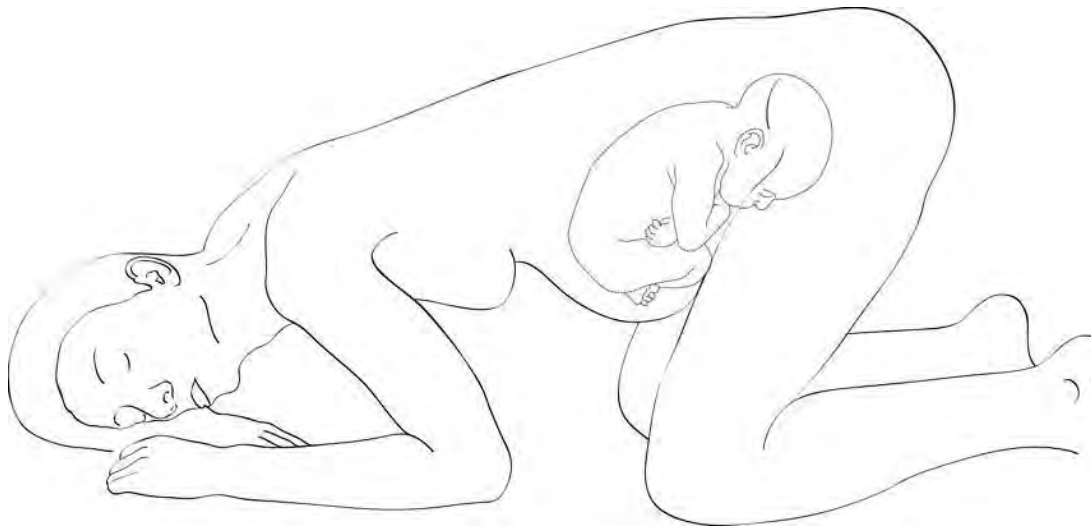
### ***Fœtus mort ou enfant non viable*** (grand prématuré)

Aucune intervention spécifique, accouchement par voie basse, pas de césarienne.

### ***Fœtus en vie***

Il s'agit d'une urgence obstétricale, accouchement immédiat :

- Femme en position genu-pectorale (Figure 5.13) ou en position de Trendelenburg (décubitus dorsal, tête en bas), pour décompresser le cordon.
- Repousser la présentation vers le fond utérin pour décompresser le cordon par le toucher vaginal que l'on maintient jusqu'à l'extraction de l'enfant par césarienne.
- Césarienne, en repoussant la présentation par le vagin, jusqu'à l'extraction. Vérifier les bruits du cœur fœtal juste avant l'intervention. Si les bruits du cœur ne sont plus perçus, il vaut mieux laisser l'accouchement se dérouler par voie basse (l'enfant est déjà mort).
- Si présentation engagée et dilatation complète, le refoulement de la présentation est impossible, l'extraction par voie basse doit être rapide : extraction instrumentale (ventouse ou forceps, [Section 5.6](#)) ou grande extraction de siège ([Chapitre 6, Section 6.3](#)).



**Figure 5.13**  
Position genu-pectorale

## 5.5 Circulaire du cordon

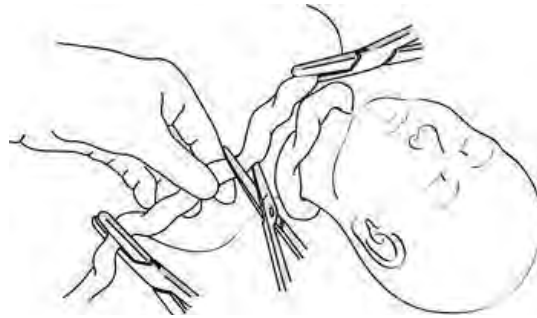
Boucle de cordon autour du cou du fœtus qui peut être responsable de souffrance fœtale et empêcher la poursuite de la naissance après dégagement de la tête.

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

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

Si le circulaire est serré et/ou composé de plusieurs boucles, clamber le cordon avec 2 pinces de Kocher et le sectionner entre les 2 pinces (Figure 5.14). Dérouler le cordon, finir l'accouchement et réanimer l'enfant si nécessaire.

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



**Figure 5.14**

Section entre deux pinces dès le dégagement de la tête

## 5.6 Extractions instrumentales

Le choix de l'instrument (ventouse ou forceps) dépend de l'expérience et de la compétence de l'opérateur.

Les conditions d'utilisation sont identiques quel que soit l'instrument :

- Dilatation complète.
- Contractions utérines régulières.
- Présentation céphalique et engagée.
- Diagnostic correct de la position de la tête.
- Poche des eaux rompue.
- Vessie vide.

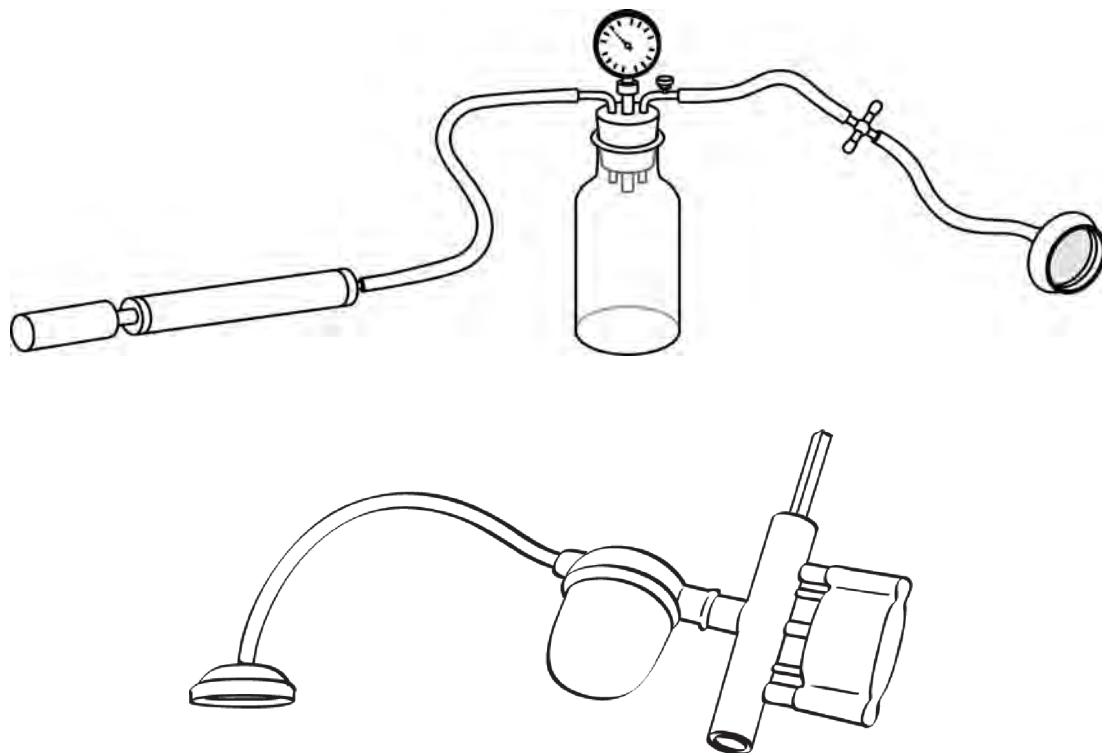
### 5.6.1 Ventouse

(Figures 5.15)

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

Il existe différents modèles mais tous comportent :

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



**Figures 5.15**  
Modèles de ventouse obstétricale

### Indications

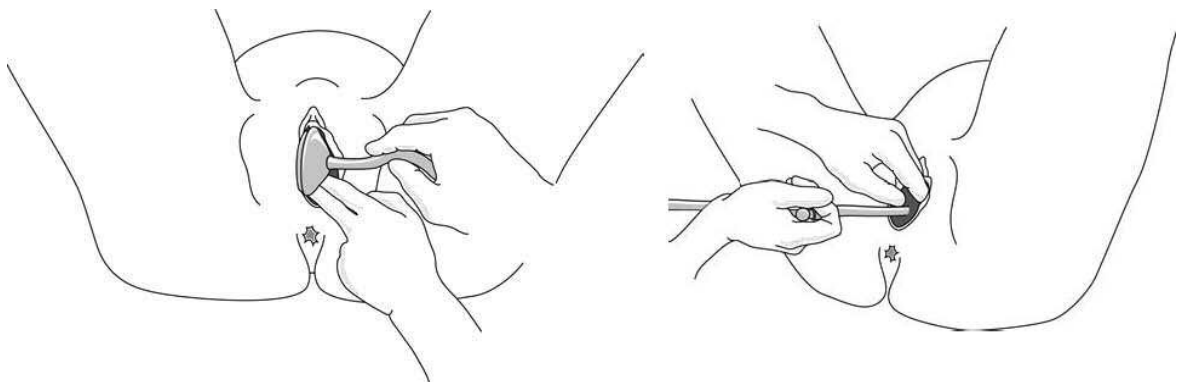
- Défaut de progression du fœtus par efforts expulsifs insuffisants ou inefficaces malgré une bonne contractilité utérine (éventuellement obtenue par oxytocine) avec dégagement trop long (plus de 30 à 45 minutes).
- Souffrance fœtale (ralentissements profonds du rythme cardiaque fœtal) pendant l'expulsion.
- Périnée trop résistant (associée à l'épisiotomie).
- Difficulté d'extraction en cours de césarienne (utiliser préférentiellement une ventouse avec autopompe type Vacca Reusable OmniCup®).

### Contre-indications

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

### Technique

- Installer la femme en position gynécologique.
- Badigeonner le périnée et le vagin à la polyvidone iodée 10%.
- Vider la vessie (sondage stérile).
- Préparer la partie stérile de l'instrument (cupule), avec des gants stériles.
- Introduire la cupule dans le vagin (Figures 5.16) et l'appliquer sur le scalp, le plus près possible de la petite fontanelle, c.-à-d. en position antérieure dans une présentation occipito-pubienne.
- Tandis qu'une main maintient la cupule, un doigt de l'autre main effectue un mouvement circulaire autour de la cupule et vérifie qu'à aucun endroit, le tissu vaginal ou cervical est pincé. Une dilacération du col ou du vagin peut se produire lors de la traction si le tissu cervical ou vaginal est aspiré par la ventouse (risque d'hémorragie massive).



**Figures 5.16**  
Introduction de la cupule dans le vagin

- Si nécessaire, un assistant branche la cupule sur le système d'aspiration.
- Une main maintient la cupule sur la présentation.
- Pomper jusqu'à ce que la dépression atteigne 0,2 kg/cm<sup>2</sup>. Vérifier de nouveau que le tissu vaginal ou cervical n'est pas pincé, puis pomper pour monter la dépression jusqu'à 0,8 kg/cm<sup>2</sup> maximum.  
S'asseoir sur un petit marche-pied ou se mettre à genoux, ce qui permet d'avoir un bon angle de traction et de garder son équilibre. La traction effectuée par la main dominante doit être perpendiculaire à la cupule.

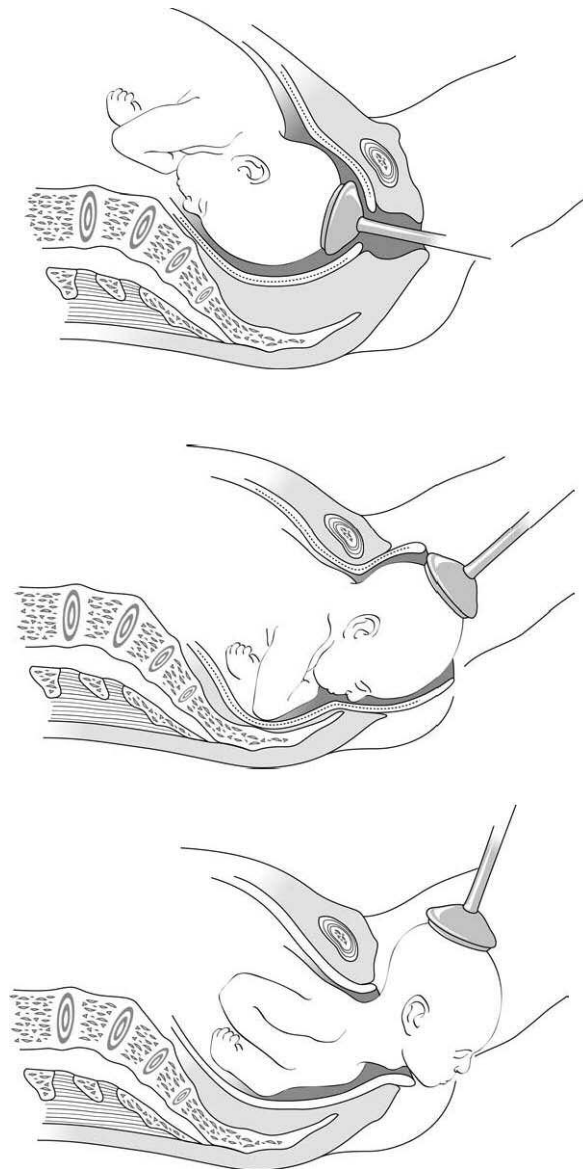
- La traction est contemporaine des contractions utérines et des efforts expulsifs qui doivent être poursuivis par la patiente. Relâcher la traction dès que la contraction utérine cesse. L'axe de traction varie en fonction de la progression de la tête : traction vers le bas puis horizontalement puis de plus en plus verticale (Figures 5.17).
- La cupule peut se détacher si elle est mal placée ou si la traction est trop brutale ; la replacer.
- Quand une main peut accrocher le menton du fœtus, supprimer le vide, décoller la ventouse et terminer l'accouchement normalement.
- L'épisiotomie n'est pas systématique ; elle peut être utile, notamment si le périnée est trop résistant ou trop distendu.

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

Ne pas appliquer le vide plus de 30 minutes : probable mauvaise indication ; risque de nécrose du scalp. La naissance se fait habituellement en moins de 15 minutes.

Ne pas faire plus de 3 essais de traction s'il n'y a aucune progression (le bassin osseux maternel est probablement infranchissable).

En cas d'échec, réaliser une césarienne.



**Figures 5.17**

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



### 5.6.2 Forceps

L'utilisation du forceps nécessite une expertise spécifique et ne doit être utilisé que par un opérateur entraîné.

Le forceps est un instrument que l'on peut utiliser même sans efforts maternels ce qui n'est pas possible avec la ventouse.

#### ***Indications***

- Celles de la ventouse.
- Rétention de tête dernière lors d'un accouchement du siège.

#### ***Contre-indications***

- Présentation transversale et du front.
- Tête non engagée.
- Col incomplètement dilaté.

## 5.7 Symphysiotomie

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

Cette intervention doit être associée à une épisiotomie (Section 5.8) et à une extraction instrumentale (Section 5.6).

### 5.7.1 Indications

Cette technique de sauvetage peut être utilisée en dernier recours :

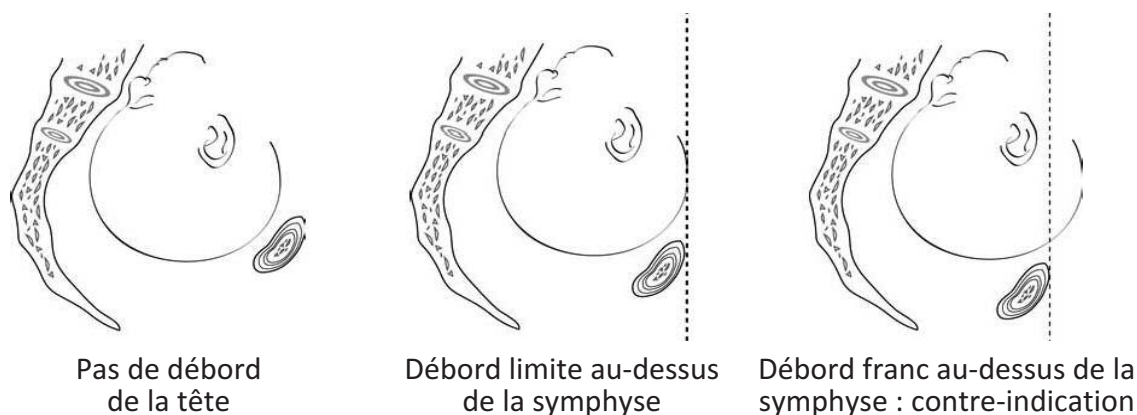
- Dans les situations où une césarienne n'est pas réalisable<sup>a</sup> :
  - Tête engagée et bloquée dans sa progression depuis plus d'une heure et échec avéré ou prévisible de l'extraction par ventouse obstétricale seule.
  - Disproportion fœto-maternelle par léger rétrécissement du bassin : après échec de l'épreuve du travail, la tête ayant pénétré au moins sur 3/5 de sa hauteur dans le bassin.
- En cas de dystocie des épaules, lorsque les manœuvres habituelles ont échoué.
- En cas de rétention de la tête dernière sur présentation du siège, lorsque les manœuvres habituelles ont échoué.

### 5.7.2 Conditions

- Membranes rompues, dilatation complète (minimum 9 cm).
- Absence de débord de la tête fœtale au-dessus de la symphyse ou débord inférieur à 2/5 (Figures 5.18).

### 5.7.3 Contre-indications

- Tête non engagée.
- Présentation du front.
- Fœtus mort (dans ce cas, réaliser une embryotomie, Chapitre 9, Section 9.7).
- Col insuffisamment dilaté.
- Disproportion fœto-pelvienne majeure avec débordement de la tête sur le plan de la symphyse supérieur à 2/5 (Figures 5.18).



**Figures 5.18**  
Position de la tête fœtale

<sup>a</sup> La césarienne n'est pas réalisable car : les conditions d'intervention ne sont pas adéquates ou le délai d'intervention est trop long ou il existe un risque élevé de traumatisme pour la mère et le fœtus ou la femme refuse la césarienne.

### 5.7.4 Matériel

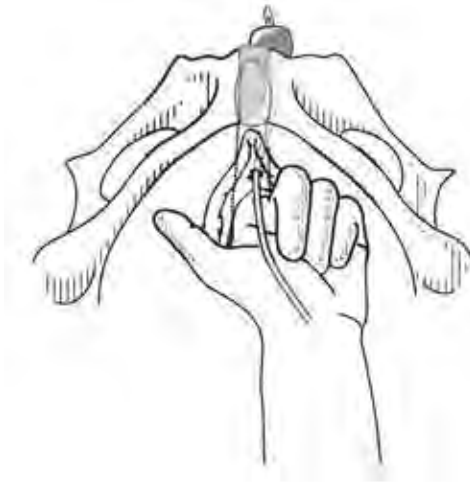
- Bistouri, matériel de suture, boîte d'accouchement avec ciseaux à épisiotomie
- Ventouse
- Sonde de Foley
- Champ, compresses et gants stériles
- Polyvidone iodée 10%
- Nécessaire pour anesthésie locale (lidocaïne 1%)

### 5.7.5 Technique

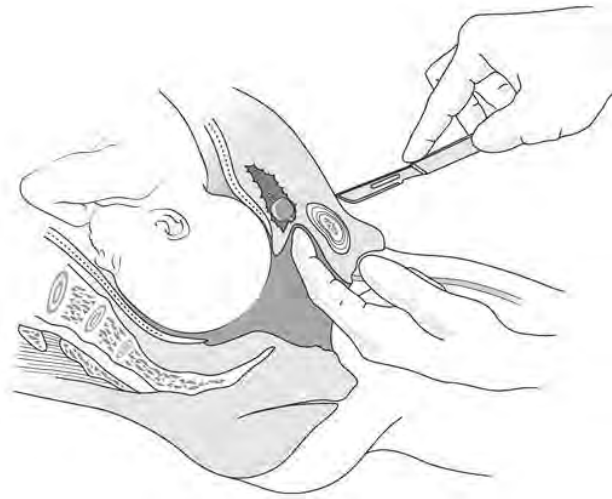
- Position gynécologique, abduction des cuisses soutenue par deux assistants, maintenant un angle inférieur à 90° entre les cuisses (Figure 5.19).
- Asepsie : raser, badigeonner la région pubienne et périnéale à la polyvidone iodée 10%.
- Placer un champ troué stérile sur la symphyse.
- Sondage vésical permettant de repérer l'urètre pendant toute l'intervention.
- Anesthésie locale : 10 ml de **lidocaïne 1%**, en infiltrant peau et tissus sous-cutanés au-dessus, devant et sous la symphyse, sur un plan médian, jusqu'au contact du ligament. Infiltrer également la zone d'épisiotomie.
- Déplacement latéral de l'urètre avec l'index et le médius d'une main introduit dans le vagin (Figures 5.20 et 5.21), index placé dans le sillon qui correspond au ligament entre les deux os pubiens, de manière à pouvoir sentir les mouvements du bistouri. L'urètre sondé doit être repoussé hors de portée du bistouri.
- Incision :
  - Repérer le bord supérieur de la symphyse.
  - Introduire le bistouri à 1 cm au-dessous du repère, perpendiculaire au plan cutané et parfaitement médian.
  - Pénétrer jusqu'au contact ligamentaire : contact élastique ; si contact osseux, retirer légèrement la lame et se repérer de nouveau.
  - Incliner la lame d'abord vers le haut, petit mouvement de va-et-vient, toujours dans le plan sagittal, et cliver ainsi 2/3 du cartilage jusqu'au bord supérieur de la symphyse, qu'on dépasse légèrement.
  - Tourner ensuite la lame vers le bas et répéter la manœuvre de clivage jusqu'au bord inférieur (Figure 5.22). L'intervention est terminée lorsque les deux os pubiens se séparent. Les assistants continuent à soutenir les cuisses tout en contrôlant l'abduction qui ne doit pas être excessive : l'écartement des deux os ne doit pas dépasser 2 à 2,5 cm (largeur d'un pouce).
- Attention à ne pas inciser le vagin.
- Réaliser l'épisiotomie ; utiliser une ventouse pour l'extraction.
- Un ou deux points suffisent à fermer la plaie après l'accouchement.



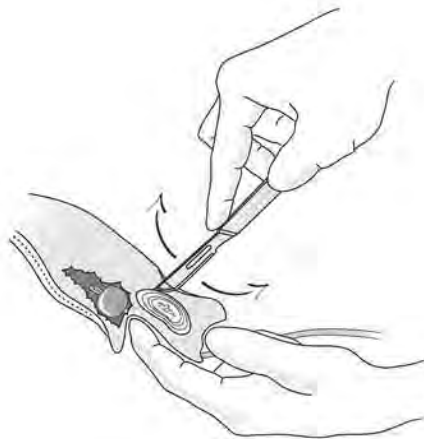
**Figure 5.19**  
Position gynécologique maintenue



**Figure 5.20**  
Doigt vaginal repoussant l'urètre



**Figure 5.21**  
Doigt vaginal repoussant la tête et l'urètre



**Figure 5.22**  
Va-et-vient du bistouri

### 5.7.6 Soins post-opératoires

- Repos en décubitus latéral (éviter l'abduction forcée des cuisses) pendant 7 à 10 jours. Mobilisation possible à partir du troisième jour avec une aide si la femme le tolère. Eviter les travaux pénibles pendant 3 mois.
- S'il y avait hématurie lors du sondage, la tête fœtale a sans doute comprimé et blessé les parois de la vessie : laisser la sonde en place 10 à 14 jours après disparition de l'hématurie. Sinon, la retirer immédiatement.
- Traitement antalgique systématique comme pour une césarienne ([Chapitre 6, Section 6.4.5](#)).

### 5.7.7 Complications

- Hémorragie au niveau de la plaie : pansement compressif.
- Infection locale de la plaie : pansements quotidiens et antibiothérapie (**amoxicilline** PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises pendant 5 jours).
- Incontinence urinaire d'effort : rare et passagère.
- Troubles de la marche : prévenus par le repos.
- Plaie de l'urètre ou de la vessie : sonde laissée en place 10 à 14 jours et avis spécialisé.
- Ostéite : rarissime si des conditions d'asepsie rigoureuses sont respectées.

## 5.8 Épisiotomie

Section du périnée

### 5.8.1 Indications

L'épisiotomie est une source d'infection et/ou d'hémorragie. Elle ne doit pas être réalisée en routine. Une déchirure simple du premier ou deuxième degré cicatrise aussi bien voire mieux qu'une épisiotomie.

Elle est réalisée systématiquement dans les situations suivantes :

- Symphysiotomie
- Dégagement en occipito-sacré, face ou siège chez une primipare

L'épisiotomie est discutée dans les situations suivantes :

- Expulsion de plus de 30 minutes, surtout en cas de ralentissement des bruits du cœur fœtal, lorsque la fin de l'expulsion est gênée par le périnée.
- Extraction instrumentale par forceps ou ventouse.
- Dystocie des épaules.
- Dégagement en occipito-sacré, face ou siège chez une multipare.
- Périnée œdématié, cicatriciel se distendant mal.
- Antécédent de déchirure du troisième ou quatrième degré.
- Excision (circoncision clitoridienne avec l'ablation partielle ou totale du clitoris, associée à l'ablation des petites lèvres). L'excision est responsable d'une perte d'élasticité du périnée avec un risque d'expulsion longue et de déchirures périnéales. Une épisiotomie peut être nécessaire mais ne protège pas totalement du risque de déchirure.

### 5.8.2 Matériel

- Boîte d'accouchement contenant 2 paires de ciseaux
- Polyvidone iodée 10%, compresses stériles
- Nécessaire pour anesthésie locale (lidocaïne 1%)

### 5.8.3 Technique

- Badigeonner le périnée (polyvidone iodée 10%).
- Réaliser une anesthésie locale par infiltration avec 10 ml de **lidocaïne 1%**.
- Réaliser l'épisiotomie lorsque le périnée est aminci et amplifié, distendu par le fœtus qui apparaît à la vulve : lors d'une poussée, section franche aux ciseaux stériles, obliquement en bas et en dehors, à 45°, depuis la commissure vulvaire et sur 4 cm, en protégeant le fœtus de l'autre main (Figure 5.23).
- L'épisiotomie peut être faite à droite ou à gauche selon que l'opérateur est droitier ou gaucher.
- Les ciseaux utilisés pour l'épisiotomie sont immédiatement mis de côté car ils sont contaminés. Ils ne doivent pas servir à d'autres gestes comme sectionner le cordon (c'est pourquoi toute boîte d'accouchement doit contenir 2 paires de ciseaux).



**Figure 5.23**  
Section du périnée

Pour la suture du périnée, se référer à la [Section 5.9](#).

## 5.9 Suture du périnée

Parfois, le périnée se déchire à l'accouchement avec des lésions vulvo-vaginales superficielles (déchirure du premier degré) ou plus profondes, touchant le tissu musculaire (déchirure du deuxième degré, équivalent d'une épisiotomie).

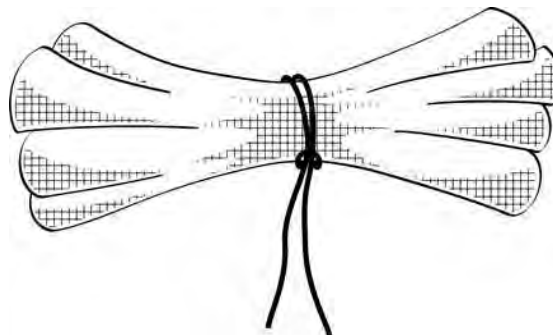
Toutes les mutilations sexuelles, c.-à-d. la circoncision clitoridienne (mutilation de type I), la circoncision clitoridienne avec ablation des petites lèvres (mutilation de type II) et l'infibulation (mutilation de type III, [Section 5.10](#)) sont associées à des risques de déchirure périnéale lors de l'expulsion.

Deux tissus adjacents peuvent également être lésés :

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

### 5.9.1 Matériel

- Boîte de suture comprenant ciseaux, pinces à disséquer, porte-aiguille stériles
- Antiseptique (polyvidone iodée 10%)
- Nécessaire pour anesthésie locale (lidocaïne 1%)
- Un ou deux fils résorbables Dec 3 (2/0)
- Un fil de résorption rapide pour la suture cutanée, ou à défaut, un fil non résorbable Dec 3 (2/0)
- Champ et gants stériles
- Eventuellement confection d'un tampon stérile de compresses liées par un gros fil, placé au fond du vagin pour l'assécher des saignements endo-utérins (Figure 5.24). Le fil-repère, visible à la vulve, permet de ne pas l'oublier en fin d'intervention. Ce tampon peut être remplacé par des compresses simples.
- Bon éclairage



**Figure 5.24**  
Tampon de compresses liées par un fil repère



## 5.9.2 Technique

Une suture du périnée ne s'effectue qu'après la délivrance.

- Badigeonner le périnée et le vagin à la polyvidone iodée 10%.
- Installer un champ stérile troué.
- Evaluer l'importance et le nombre de déchirures. En cas d'épisiotomie, vérifier l'absence d'extension ou autres déchirures associées. Si nécessaire, utiliser des valves vaginales pour exposer l'ensemble des parois vaginales.
- Anesthésie locale à la lidocaïne 1% dans tous les plans concernés, excepté la muqueuse rectale. En cas de déchirures complexes et/ou de déchirure du troisième ou quatrième degré, ne pas hésiter à réaliser la suture au bloc opératoire sous anesthésie générale ou rachianesthésie.

### **Déchirures vulvaires superficielles (premier degré)**

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

### **Épisiotomie ou déchirure simple du périnée du deuxième degré**

- Repérer la jonction cutanéomuqueuse de la commissure et passer si nécessaire un premier point.
- Suturer la muqueuse vaginale en allant du plus interne au plus externe, jusqu'en arrière de la cicatrice hyménéale, par surjet ou à points séparés en X de fil résorbable, suffisamment rapprochés pour que des lochies ne puissent s'y loger dans les jours qui suivent, mais pas trop profond pour ne pas embrocher le rectum (Figure 5.25).
- Suturer ensuite le plan musculaire par deux ou trois points en X de fil résorbable (Figure 5.26).
- Fermer la peau avec du fil de résorption rapide ou non résorbable, par des points séparés (points simples ou de Blair-Donati), en commençant par le premier point situé sur la commissure et qui n'avait pas encore été noué (Figure 5.27). Éviter de serrer excessivement les nœuds, en raison de l'œdème des tissus dans les jours qui suivent l'accouchement. Effectuer un toucher rectal pour vérifier qu'il n'y a pas de points perceptibles dans l'anus. Retirer les compresses intra-vaginales.



**Figure 5.25**  
Suture de la muqueuse



**Figure 5.26**  
Suture du muscle



**Figure 5.27**  
Suture de la peau

### **Rupture du sphincter anal**

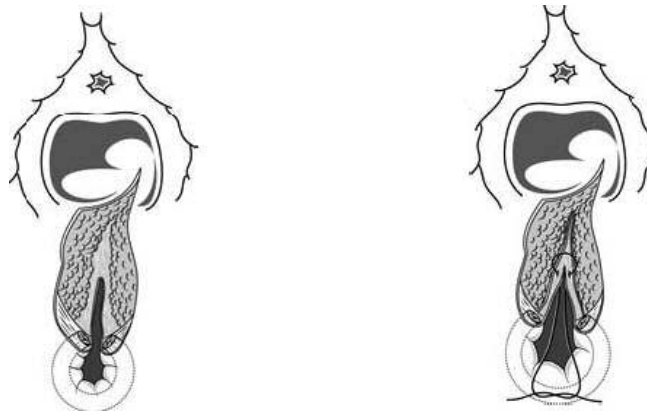
- La déchirure de l'anneau musculaire peut entraîner la rétraction des 2 fragments de ce muscle, cachés dans les tissus. S'aider d'un toucher rectal pour repérer ces 2 fragments.
- Suture de ce sphincter au fil résorbable, par deux ou trois points en X ou en U (Figure 5.28).
- Continuer par les mêmes temps que dans le cas précédent.



**Figure 5.28**  
Suture du sphincter

### ***Déchirure de la muqueuse rectale***

- Protéger la plaie des selles par une compresse intra-rectale (à ne pas oublier, de même que le tampon de compresses).
- Badigeonner à la polyvidone iodée 10%.
- Suturer la muqueuse rectale, en allant du haut vers le bas, à points séparés de fil résorbable noués sur la face rectale (Figures 5.29).
- Continuer par les mêmes temps que dans le cas précédent.



**Figures 5.29**  
Suture de la muqueuse rectale

### **5.9.3 Soins post-opératoires**

- Dans tous les cas, toilette de la vulve à l'eau et au savon et séchage, après chaque miction et chaque selle, et au minimum 2 fois par jour.
- Si fils non résorbables : ablation des fils entre Jour 5 et Jour 8.
- Traitement antalgique systématique : paracétamol et/ou ibuprofène (surtout si le périnée est œdématié). L'ibuprofène peut être prescrit en cure courte (5 jours maximum) chez une femme qui allaite.
- Dans les déchirures du troisième et surtout du quatrième degré, recommander si possible un régime sans résidus pendant 15 jours (pas de fruits et légumes) et donner éventuellement un laxatif pour éviter le passage de selles dures sur la cicatrice de la muqueuse rectale.

- Une épisiotomie ou déchirure du périnée ne nécessite pas d'antibiothérapie. En cas de déchirure du quatrième degré, **métronidazole** PO : 1,5 g/jour à diviser en 3 prises pendant 5 jours.

### 5.9.4 Prise en charge des complications

#### ***Hématome***

- Oter les points et drainer.
- S'il n'existe pas de signe d'infection et que le saignement a cessé, re-suturer l'épisiotomie complètement ou partiellement (ceci permet un drainage spontané), voire laisser un drain en place.

#### ***Infection***

- Oter les points, drainer et si nécessaire parer la plaie.
- Si l'infection est modérée : pas d'antibiotiques, le drainage suffit.
- Si l'infection est sévère : antibiothérapie pendant 5 jours (**amoxicilline** PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises + **métronidazole** PO : 1,5 g/jour à diviser en 3 prises).

## 5.10 Désinfibulation

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

L'infibulation peut être un obstacle à la surveillance du col et au déroulement normal de l'accouchement.

Elle peut entraîner une rétention prolongée du fœtus sur le périnée, majorant le risque de lésions des tissus maternels (déchirure, fistule) et le risque de souffrance et mort fœtale.

Une désinfibulation, réalisée au cours de la grossesse ou pendant le travail, peut être nécessaire pour permettre la naissance de l'enfant. Elle ne doit pas être remplacée par une double épisiotomie.

### 5.10.1 Matériel

- Boîte de suture comprenant ciseaux, pinces à disséquer, porte-aiguille stériles
- Polyvidone iodée 10%
- Nécessaire pour anesthésie locale (lidocaïne 1%)
- Un ou deux fils à résorption rapide Dec 3 (2/0)
- Champ et gants stériles

### 5.10.2 Technique

- Demander à la patiente d'uriner.
- Réaliser une anesthésie locale.
- Badigeonner le périnée à la polyvidone iodée 10%.
- Introduire un doigt dans l'orifice vulvaire pour protéger l'urètre.
- De l'autre main, sectionner au ciseau la bandelette cicatricielle médiane antérieure, ce qui permet l'accès au vagin et à l'urètre.
- Assurer l'hémostase par un surjet sur chacune des berges.

Après l'accouchement, l'ouverture permet l'évacuation des urines et lochies. Aucune ré-infibulation ne doit être réalisée.

Les soins post-opératoires sont identiques à ceux d'une déchirure périnéale ou d'une épisiotomie.



# Chapitre 6 :

## Accouchements particuliers

<b>6.1</b>	<b>Présentation du siège</b> .....	119
6.1.1	<i>Différentes présentations du siège</i> .....	119
6.1.2	<i>Diagnostic</i> .....	119
6.1.3	<i>Conduite à tenir</i> .....	120
6.1.4	<i>Difficultés de l'accouchement du siège</i> .....	122
<b>6.2</b>	<b>Grossesse gémellaire</b> .....	126
6.2.1	<i>Diagnostic</i> .....	126
6.2.2	<i>Conduite à tenir pendant la grossesse</i> .....	126
6.2.3	<i>Conduite à tenir pendant l'accouchement</i> .....	126
<b>6.3</b>	<b>Grande extraction de siège</b> .....	128
6.3.1	<i>Contre-indication relative</i> .....	128
6.3.2	<i>Technique</i> .....	128
<b>6.4</b>	<b>Césarienne</b> .....	130
6.4.1	<i>Indications</i> .....	130
6.4.2	<i>Prérequis à la réalisation d'une césarienne</i> .....	130
6.4.3	<i>Prise en charge pré-opératoire</i> .....	130
6.4.4	<i>Prise en charge per-opératoire</i> .....	131
6.4.5	<i>Prise en charge post-opératoire</i> .....	131

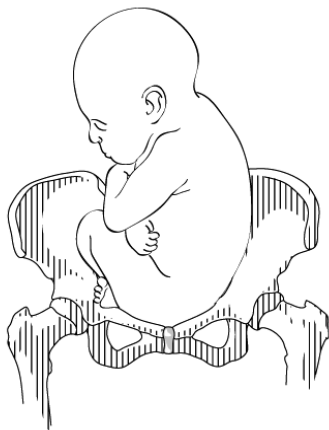


## 6.1 Présentation du siège

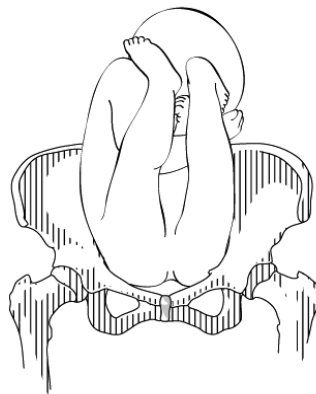
Présentation des pieds ou des fesses du fœtus.

### 6.1.1 Différentes présentations du siège

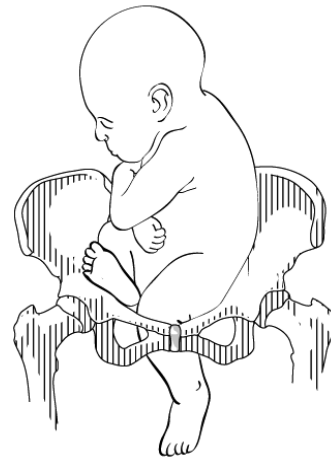
- Dans la présentation de *siège complet*, les membres inférieurs sont fléchis, le fœtus est assis en tailleur (Figure 6.1a).
- Dans la présentation de *siège décomplété mode des fesses*, les membres inférieurs sont en extension, relevés devant le tronc, les pieds au voisinage de la tête (Figure 6.1b).
- Dans la présentation du *siège décomplété mode des pieds* (rare), un ou les 2 pieds se présentent en premier, avec les fesses plus hautes, membres inférieurs en extension ou semi fléchis (Figure 6.1c).



**6.1a**  
Siège complet



**6.1b**  
Siège décomplété  
mode des fesses



**6.1c**  
Siège décomplété  
mode des pieds

**Figures 6.1**  
Différentes présentations du siège

### 6.1.2 Diagnostic

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



### 6.1.3 Conduite à tenir

#### **Voie d'accouchement**

Avant le travail, la version par manœuvre externe ([Chapitre 7, Section 7.7](#)) est une option pour éviter de réaliser un accouchement du siège.

En cas de contre-indication ou d'échec de la version par manœuvre externe, la présentation du siège isolée, sans autre anomalie associée, n'est pas à proprement parler une présentation dystocique et ne nécessite pas d'emblée une césarienne. Même pour une primipare, l'accouchement par voie vaginale est à privilégier. Les risques d'une césarienne pour la mère lors de la grossesse actuelle et des grossesses ultérieures sont plus importants que le risque de souffrance fœtale chez l'enfant au cours d'un accouchement du siège par voie basse.

Un accouchement du siège doit être réalisé dans une structure SONUC, en particulier pour les primipares.

Les facteurs favorables pour un accouchement par voie vaginale sont :

- présentation du siège décomplété mode des fesses ;
- antécédent d'accouchement par voie vaginale (quelle que soit la présentation) ;
- progression normale de la dilatation au cours du travail (supérieure à 1 cm/heure).

La présentation du siège décomplété *mode des pieds* est une position très défavorable à l'accouchement par voie vaginale (risque de prolapsus d'un pied ou du cordon). Dans cette situation, la voie d'accouchement est déterminée en tenant compte de la parité, de l'état des membranes et de l'avancement du travail.

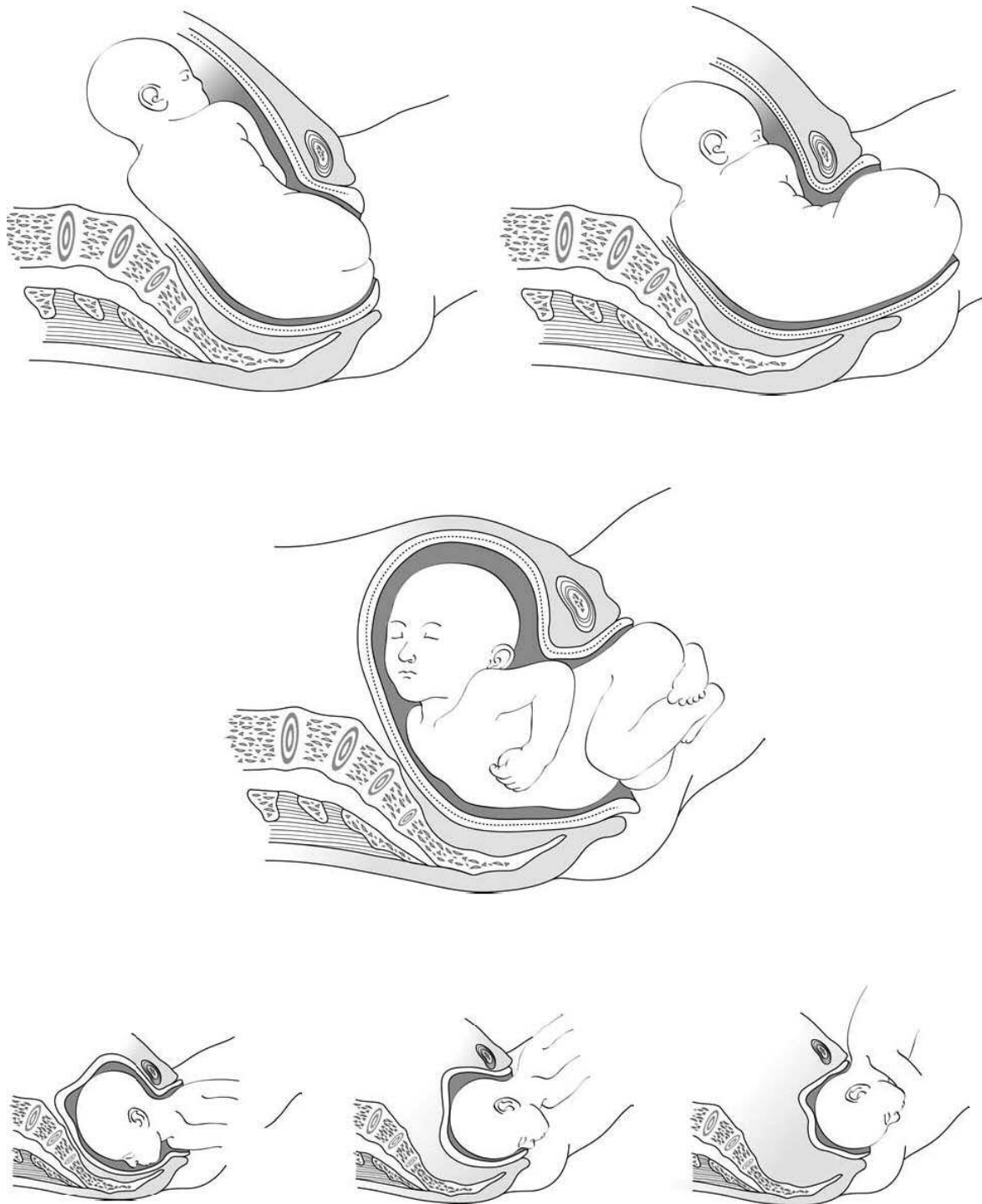
#### **Pendant le travail**

- Surveiller le travail toutes les heures. La dilatation du col doit progresser d'1 cm/heure.
- Si les contractions sont de bonne qualité, la dilatation progressive et les bruits du cœur fœtal réguliers, la meilleure attitude est l'expectative. Ne pas rompre les membranes sauf en cas d'arrêt de progression de la dilatation.
- En cas de contractilité utérine insuffisante, le travail peut être dirigé avec de l'oxytocine.

*Remarque* : en cas de stagnation de la dilatation, transférer dans une structure SONUC si le transfert n'a pas été réalisé avant, pour une éventuelle césarienne.

#### **A l'accouchement**

- Poser une voie veineuse avant le début de l'expulsion.
- Réaliser une épisiotomie systématique à l'expulsion chez la primipare, facile au moindre doute chez la multipare. L'épisiotomie est réalisée lorsque le périnée est suffisamment distendu par les fesses de l'enfant.
- La présence de méconium ou de liquide méconial est fréquente au moment de l'accouchement du siège et n'est pas en soi un signe de souffrance fœtale.
- L'enfant se dégage *tout seul* sous l'action des efforts expulsifs maternels. Il est simplement soutenu par les mains de l'accoucheur sans aucune traction. Ne pas tirer sur les jambes.  
Une fois l'ombilic sorti, le dégagement complet de l'enfant doit s'effectuer dans les 3 minutes, faute de quoi la compression du cordon le privera d'oxygène.  
Toutefois, éviter toute manipulation de l'enfant avant de visualiser la pointe des omoplates pour ne pas déclencher la respiration réflexe avant que la tête ne soit dégagée.
- Surveiller la position du dos et éviter qu'il ne s'oriente en arrière.



6

**Figures 6.2**  
Accouchement du siège

## 6.1.4 Difficultés de l'accouchement du siège

### **Orientation du dos en arrière**

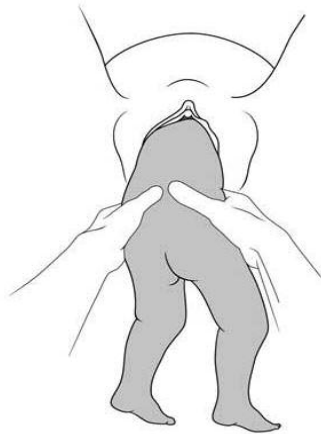
Si le dos s'oriente en arrière lors de l'expulsion, prendre le fœtus par les hanches et le tourner pour ramener le dos en avant (événement rare).

### **Obstruction des épaules**

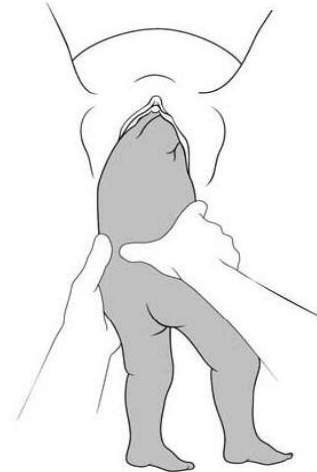
Les épaules peuvent se coincer et retenir le haut du thorax et la tête de l'enfant, p.ex. si les bras sont relevés lors du passage des épaules dans le bassin maternel. Deux méthodes sont possibles pour abaisser les bras et permettre aux épaules de descendre :

#### **1 - Manœuvre de Lovset (Figures 6.3) :**

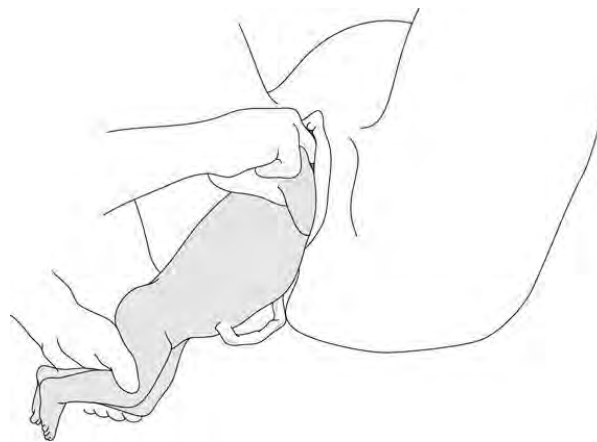
- Les pouces sur les lombes, saisir les hanches et le bassin du fœtus avec les autres doigts.
- Tourner le fœtus de 90° (dos fœtal à gauche ou à droite), pour amener l'épaule antérieure sous la symphyse et permettre l'engagement du bras. Dégager le bras antérieur.
- Effectuer une contre-rotation de 180°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



**6.3a**  
Rotation du fœtus pour abaisser l'épaule antérieure



**6.3b**  
Traction vers le bas et descente des épaules dans l'axe médian (sacrum-pubis)



**6.3c**  
Dégagement de l'épaule et du bras antérieur

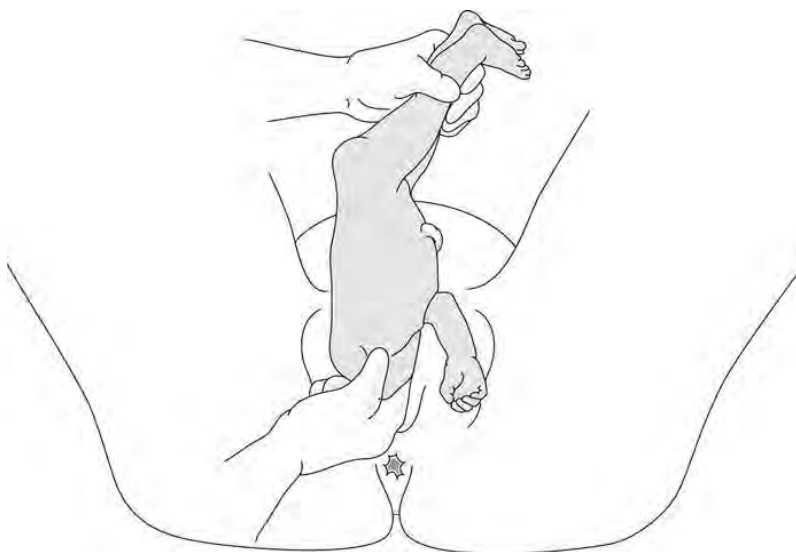
**Figures 6.3**  
Manœuvre de Lovset

**2 - Manœuvre de Suzor** (Figures 6.4), en cas d'échec de la précédente :

- Tourner le fœtus de 90° (dos fœtal à droite ou à gauche).
- Attirer le fœtus vers le bas : introduire une main le long du dos du fœtus pour aller chercher le bras antérieur. Le pouce dans l'aisselle, l'index et le médium le long du bras, abaisser le bras (Figure 6.4a).
- Relever le fœtus par les pieds et vers le haut pour le dégagement de l'épaule postérieure (Figure 6.4b).



**6.4a**  
Abaissement du bras antérieur



**6.4b**  
Dégagement de l'épaule postérieure

**Figures 6.4**  
Manœuvre de Suzor

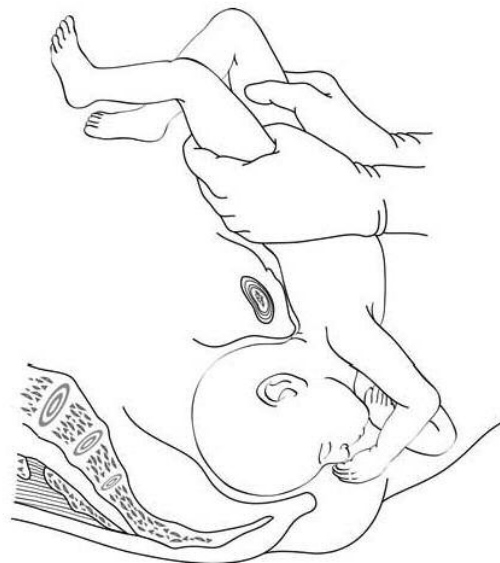
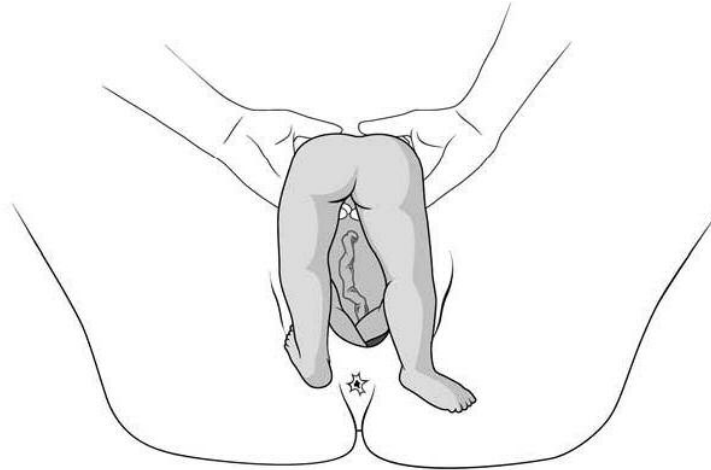
**Rétention de la tête**

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

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

**1 - Manœuvre de Bracht (Figures 6.5) :**

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



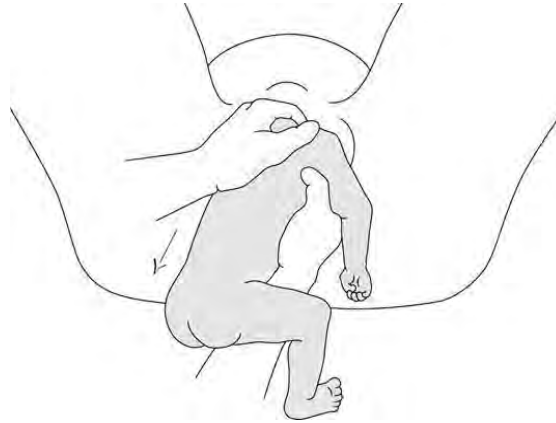
**Figures 6.5**  
Manœuvre de Bracht

**2 - Manœuvre de Mauriceau (modifiée), en cas d'échec de la précédente (Figures 6.6) :**

- Tête fœtale dans l'axe médian.
- Se mettre à genoux, pour avoir un bon angle de traction : 45° vers le bas.
- La main et l'avant-bras soutiennent le fœtus. Placer l'index et le médius sur le maxillaire de l'enfant. Il n'est pas recommandé de placer l'index et le médius dans la bouche compte-tenu du risque de fracture mandibulaire.
- Placer l'index et le médius de l'autre main de chaque côté du cou du fœtus, en fourchette, et abaisser la tête pour amener le sous-occiput sous la symphyse (Figure 6.6a).
- Basculer la tête par un large mouvement qui amène le dos du fœtus vers le ventre de la mère, l'occiput pivotant autour de la symphyse pubienne (Figure 6.6b).

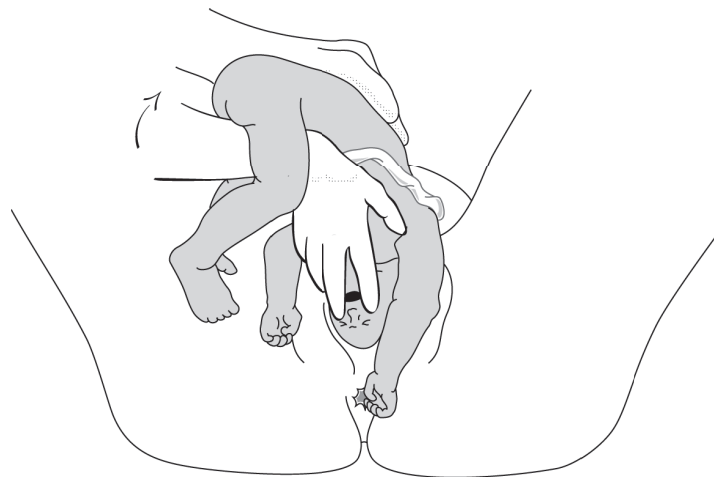
- Le dégagement de la tête est aidé d'une pression sus-pubienne sur la tête du fœtus, dans l'axe du bassin.
- En dernier recours, la symphysiotomie ([Chapitre 5, Section 5.7](#)) peut être associée à la manœuvre de Mauriceau.

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



#### 6.6a – Premier temps

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



#### 6.6b – Deuxième temps

Bascule du dos du fœtus vers le ventre de la mère

**Figures 6.6**  
Manœuvre de Mauriceau modifiée

## 6.2 Grossesse gémellaire

Développement simultané de deux fœtus dans la cavité utérine.

### 6.2.1 Diagnostic

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

### 6.2.2 Conduite à tenir pendant la grossesse

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

### 6.2.3 Conduite à tenir pendant l'accouchement

L'accouchement de jumeaux doit avoir lieu de préférence dans une structure SONUC.

#### ***Accouchement du premier jumeau***

- Poser une voie veineuse avant le début de l'expulsion.
- Accouchement comme pour un singleton.
- Lors de la section du cordon, une pince doit être laissée du côté placentaire, à cause de la possibilité d'anastomose avec la circulation du deuxième jumeau.
- Ne jamais administrer d'oxytocine pour la délivrance dirigée avant la naissance du deuxième jumeau.

#### ***Temps de repos***

- Habituellement 15 minutes, ne doit pas excéder 30 minutes. L'arrêt des contractions utérines est mis à profit pour étudier la présentation du deuxième jumeau.
- Immédiatement après l'expulsion du premier jumeau, un aide maintient le deuxième jumeau en position verticale par application des mains latéralement de part et d'autre de l'utérus. Il s'agit d'éviter que le fœtus se mette en position transverse dans l'utérus trop vaste pour lui.
- Si la présentation est normale, attendre l'expulsion spontanée.
- Si après 15 minutes les contractions n'ont pas repris, mettre en place une perfusion d'oxytocine à dose progressive ([Chapitre 7, Section 7.4](#)) afin d'accélérer la naissance du deuxième jumeau.

#### ***Accouchement du deuxième jumeau***

- Si la présentation est longitudinale (céphalique ou siège) : comme pour un accouchement normal céphalique ou du siège. Habituellement, l'accouchement du deuxième jumeau est plus rapide.

- Si la présentation est transverse, tenter une version par manœuvre externe ([Chapitre 7, Section 7.7](#)) ou une version par manœuvre interne ([Chapitre 7, Section 7.8](#)) si les conditions sont favorables (dilatation complète, utérus souple), amenant le fœtus en siège puis grande extraction ([Section 6.3](#)).

*Remarque* : l'accouchement est habituellement plus facile si le premier jumeau est en présentation céphalique. Toutefois, l'accouchement par voie basse est possible s'il se présente par le siège. L'accrochage des mentons des deux jumeaux est une complication exceptionnelle, observée lorsque le premier jumeau est en siège et le deuxième en tête. Si cette complication survient, tenter de poursuivre l'accouchement par voie basse. Chez ces jumeaux, la mortalité et morbidité périnatales sont élevées.

### **Délivrance**

- Après la naissance du deuxième jumeau, administrer :
  - **oxytocine** systématiquement : 5 à 10 UI en IM ou IV lente ;
  - **céfazoline** ou **ampicilline** IV lente<sup>a</sup> : 2 g dose unique en cas de manœuvre interne.
- Risque d'hémorragie important par atonie utérine : au moindre doute, délivrance artificielle et/ou révision utérine.

<sup>a</sup> Chez les patientes ayant un antécédent de réactions d'hypersensibilité immédiate à une pénicilline (urticaire, troubles respiratoires, œdème) : **clindamycine** IV, 900 mg dose unique.



## 6.3 Grande extraction de siège

Extraction en siège du deuxième jumeau lorsque son état exige une extraction rapide (souffrance fœtale), éventuellement précédée d'une version par manœuvre interne si la présentation est transverse.

Cette technique nécessite une expérience des manœuvres obstétricales. Elle est si possible réalisée dans une structure SONUC. Se préparer à une césarienne en cas d'échec de la grande extraction.

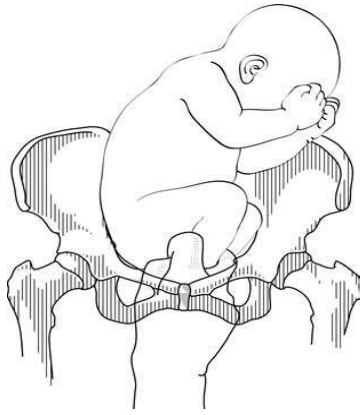
### 6.3.1 Contre-indication relative

- Utérus cicatriciel (risque de rupture utérine)

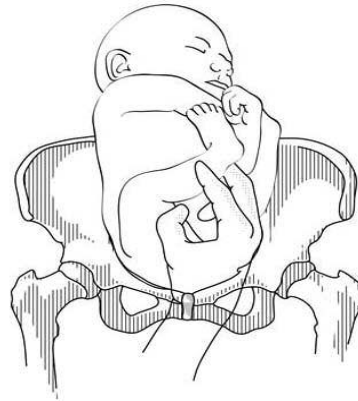
### 6.3.2 Technique

- Poser systématiquement une voie veineuse.
- Vider la vessie.
- Opérer lentement, il peut être nécessaire d'effectuer des pauses pour permettre à l'utérus de reprendre sa souplesse.
- Introduire la main dans l'utérus et abaisser un pied.
- Ne pas rompre d'emblée les membranes (elles se rompent spontanément lors de la traction du pied ou seront rompues artificiellement une fois le pied abaissé).
- Dégagement du pied :
  - Siège complet** (Figures 6.7a et 6.7c)
    - Saisir la cheville ou les deux, index et médium à cheval sur le dos du pied ;
    - Effectuer une traction douce pour amener le membre inférieur à la vulve.
  - Siège décompleté** (Figures 6.7b et 6.7c)
    - Saisir un seul pied, l'abaisser en repliant la jambe contre la cuisse, puis continuer d'abaisser ce pied pour étendre complètement le membre inférieur ;
    - Si la main a été saisie au lieu du pied, la refouler et chercher un pied (se repérer par l'angulation de la cheville).
- Dégagement du siège (Figures 6.8)
  - Traction douce et continue du membre inférieur vers le bas, pour dégager la hanche antérieure, le dos fœtal orienté vers soi.
  - Une fois la hanche antérieure dégagée, tirer progressivement vers le haut pour dégager la hanche postérieure.
  - Dès que le bassin est dégagé, les pouces sur les lombes, saisir les hanches et le bassin avec les autres doigts. Tirer le bassin vers le bas, en gardant le dos orienté vers soi, jusqu'à voir la pointe des omoplates.
- Dégagement des épaules et de la tête : manœuvres de Lovset et de Bracht (Section 6.1.4).
- Révision utérine pour vérifier l'absence de rupture utérine.
- Antibio prophylaxie systématique après clampage du cordon : **céfazoline** ou **ampicilline IV** lente<sup>b</sup>, 2 g dose unique.

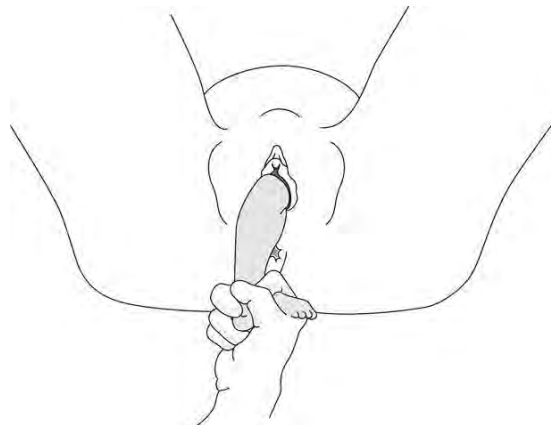
<sup>b</sup> Chez les patientes ayant un antécédent de réactions d'hypersensibilité immédiate à une pénicilline (urticaire, troubles respiratoires, œdème) : **clindamycine IV**, 900 mg dose unique.



**6.7a**  
Saisie du ou des pieds  
dans le siège complet

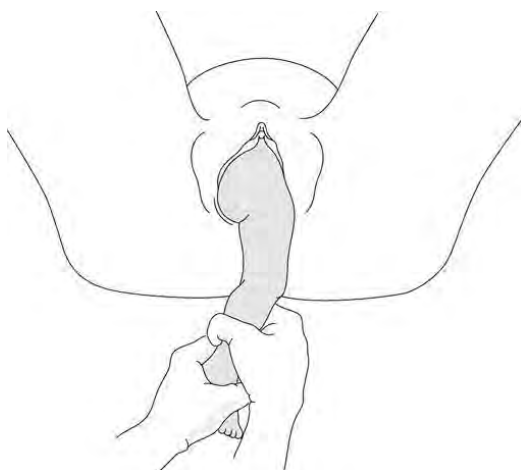


**6.7b**  
Saisie du pied antérieur  
dans le siège décomplété



**6.7c**  
Abaissement d'un pied

**Figures 6.7**  
Grande extraction du siège



**6.8a**  
Traction vers le bas, pour  
le dégagement de la hanche antérieure



**6.8b**  
Traction vers le haut, pour  
le dégagement de la hanche postérieure

**Figures 6.8**  
Accouchement du siège dans le cadre de la grande extraction

## 6.4 Césarienne

La réalisation d'une césarienne nécessite une expertise technique et une bonne connaissance obstétricale pour une indication appropriée. Elle peut présenter des difficultés (hémorragie, difficulté d'extraction fœtale, etc.) et des complications (plaie vésicale, déchirure utérine, traumatisme fœtal, etc.). Comparée à un accouchement par voie basse, quel que soit l'environnement dans lequel elle est réalisée, la césarienne est associée à une mortalité maternelle supérieure et à un risque accru de complications lors des grossesses ultérieures.

### 6.4.1 Indications

**Absolues car mettant en jeu le pronostic vital maternel** (1 à 2% de l'ensemble des accouchements)<sup>1</sup>

- Hémorragie ante-partum sévère (tachycardie, hypotension) non contrôlée.
- Présentation vicieuse fixée (épaule, front, face avec menton postérieur).
- Disproportion fœto-pelvienne absolue (partogramme montrant un défaut de progression en phase active du travail malgré une bonne dynamique utérine) et impossibilité d'extraction instrumentale.
- Rupture utérine.
- Antécédent de 3 césariennes ou plus.

#### **Relatives**

L'indication de césarienne doit prendre en compte les bénéfices/risques pour la mère et l'enfant dans le contexte donné : accès aux services de soins, disponibilité et niveau des soins néonataux.

Les risques maternels doivent être évalués à court (décès, infection, accident thrombo-embolique, etc.) et moyen/long terme (rupture utérine ultérieure, placenta praevia ou accreta lors d'une prochaine grossesse, etc.). Dans les contextes où l'accès aux services de soins est difficile et le taux de fertilité élevé, les risques maternels immédiats et à moyen et long terme sont souvent supérieurs aux bénéfices potentiels pour l'enfant.

### 6.4.2 Prérequis à la réalisation d'une césarienne

- Ressources humaines qualifiées pour poser l'indication, réaliser l'anesthésie et la chirurgie.
- Structure appropriée (bloc opératoire, stérilisation, salle de surveillance post-interventionnelle, transfusion sanguine).
- Equipement approprié.
- Soins et surveillance appropriés.

### 6.4.3 Prise en charge pré-opératoire

- Consentement de la patiente.
- Evaluation par l'anesthésiste.
- Prévention systématique des effets de l'inhalation du contenu gastrique acide :  
**cimétidine** PO (cp effervescent) : 200 mg dans 30 ml d'eau, 20 minutes avant la chirurgie.

### 6.4.4 Prise en charge per-opératoire

- Préparation cutanée standard du site opératoire.
- Pose d'une sonde de Foley.
- Antibioprophylaxie systématique :  
**céfazoline** IV lente<sup>c</sup> : 2 g dose unique (à administrer au mieux dans les 15 à 60 minutes avant l'incision, sinon, à l'incision)<sup>2</sup>, SAUF si rupture prolongée des membranes, fièvre maternelle, chorioamniotite franche, péritonite, rupture utérine infectée ou prolongée ou choc septique : dans ces cas, administrer l'antibiothérapie appropriée<sup>d</sup>.
- Administration d'**oxytocine** :
  - 10 UI en IV lente systématiquement après le clampage du cordon puis
  - 20 UI dans 1 litre de Ringer lactate à administrer en 2 heures au rythme de 160 gouttes par minute (en cas d'hémorragie persistante, il est possible d'administrer jusqu'à 60 UI maximum).

### 6.4.5 Prise en charge post-opératoire

- Surveillance initiale rapprochée :  
Signes vitaux, saignement, analgésie, etc. en salle de surveillance post-interventionnelle. Transfert en service d'hospitalisation après avis de l'anesthésiste.
- Analgésiques (par voie orale chaque fois que possible) :
  - Prescription systématique d'antalgiques à heures fixes :  
 Jour 0 à Jour 1, **tramadol** : 50 mg toutes les 8 heures  
 Jour 0 à Jour 3, **ibuprofène** : 400 mg toutes les 8 heures  
 Jour 0 à Jour 5, **paracétamol** : 1 g toutes les 6 heures  
 Adapter le traitement selon l'auto-évaluation de la douleur. Si nécessaire, ajouter de la **morphine** : 10 mg toutes les 4 heures.
  - Auto-évaluation systématique et régulière de la douleur (échelle d'auto-évaluation), se référer au *Guide clinique et thérapeutique*, MSF.
  - Respecter les contre-indications ; éviter les anti-inflammatoires non stéroïdiens dans les situations où la coagulation et la fonction rénale peuvent être altérées (sepsis, pré-éclampsie).

Le chirurgien peut réaliser une infiltration de la cicatrice en fin d'intervention avec **lévobupivacaïne 0,5%** (150 mg ou 2 mg/kg, maximum 30 ml), ce qui permet d'augmenter l'analgésie dans les 4 à 8 premières heures post-opératoires.

- Thromboprophylaxie :  
Non systématique si césarienne simple ; souhaitable (avec une héparine de bas poids moléculaire) en cas de :
  - césarienne compliquée d'une hystérectomie ;
  - antécédent de thrombose veineuse profonde ;
  - présence de 2 facteurs de risque thromboembolique (infection, travail prolongé, pré-éclampsie, hémorragie sévère, drépanocytose).
- Perfusion et cathéter veineux :  
En cas de césarienne non compliquée :
  - Jour 0 : 1 litre de glucose à 5% et 1 litre de Ringer lactate sur 24 heures.
  - Jour 1 : retrait de la voie veineuse.

<sup>c</sup> Chez les patientes ayant un antécédent de réactions d'hypersensibilité immédiate à une pénicilline (urticaire, troubles respiratoires, œdème) : **clindamycine** IV, 900 mg dose unique.

<sup>d</sup> Une mort fœtale *in utero*, un liquide amniotique teinté ou méconial et une tentative initiale d'extraction par voie basse ne sont pas des indications d'antibiothérapie.

- Alimentation :
  - Rachi-anesthésie : reprise possible de la boisson après 2 heures post-opératoires.
  - Anesthésie générale : reprise possible de la boisson après 4 heures post-opératoires.
  - Césarienne simple (pas d'hystérectomie associée, ni pelvipéritonite) : repas léger possible après 6 heures post-opératoires. Il n'est pas nécessaire d'attendre la reprise des gaz.
- Sonde vésicale :

Ablation systématique de la sonde à Jour 1, sauf si :

  - Urines sanguinolentes au moment de retirer la sonde.
  - Diurèse inférieure à 500 ml/24 heures.
  - Complication per/post-opératoire (attendre l'avis chirurgical et/ou de l'anesthésiste).
- Mobilisation précoce :
  - Jour 0 : mobilisation au bord du lit dès 6 heures post-opératoires.
  - Jour 1 : premier lever.
- Pansement et ablation des fils :
  - Si bonnes conditions d'hygiène : cicatrice à l'air dès Jour 1.
  - Sinon, retrait du pansement à Jour 5 (ou à la sortie si séjour inférieur à 5 jours). Il n'y a pas lieu de refaire le pansement tous les jours.
  - Ablation des fils cutanés (si non résorbables) à Jour 7.
- Toilette :

Douche simple ; ne pas réaliser de toilette intra-vaginale.
- Allaitement :
  - Commencer l'allaitement le plus tôt possible.
  - Surveiller l'enfant (risque de somnolence en cas d'administration de tramadol ou morphine à la mère).
- Documentation :
  - Compte rendu opératoire.
  - A la sortie : remise à la patiente d'un document indiquant l'indication de la césarienne et le type d'hystérotomie réalisée (corporéale/segmentaire) pour décider de la voie d'accouchement lors d'une grossesse ultérieure.

## Références

---

- <sup>1</sup> UON Network. L'approche des besoins non couverts pour les interventions obstétricales majeures Concepts, principes généraux et réseau international.  
[http://www.uonn.org/pdf/Guide1\\_fr.pdf](http://www.uonn.org/pdf/Guide1_fr.pdf)
- <sup>2</sup> Sullivan SA, Smith T, Chang E, et al. Administration of cefazolin prior to skin incision is superior to cefazolin at cord clamping in preventing postcesarean infectious morbidity: a randomized, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196; 455.e1-455.e5.



# Chapitre 7 :

## Travail et présentations dystociques

<b>7.1 Travail prolongé</b> .....	137
7.1.1 <i>Diagnostic</i> .....	137
7.1.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	137
<b>7.2 Obstruction du travail</b> .....	140
7.2.1 <i>Diagnostic</i> .....	140
7.2.2 <i>Etiologies</i> .....	140
7.2.3 <i>Complications</i> .....	140
7.2.4 <i>Conduite à tenir</i> .....	140
7.2.5 <i>Prévention/traitement des fistules vaginales</i> .....	141
<b>7.3 Induction du travail</b> .....	142
7.3.1 <i>Indications</i> .....	142
7.3.2 <i>Moyens</i> .....	142
7.3.3 <i>Conditions</i> .....	143
<b>7.4 Utilisation de l'oxytocine pendant le travail</b> .....	145
7.4.1 <i>Indications</i> .....	145
7.4.2 <i>Risques liés à l'utilisation d'oxytocine pendant le travail</i> .....	145
7.4.3 <i>Contre-indications à l'utilisation de l'oxytocine pendant le travail</i> .....	145
7.4.4 <i>Situations nécessitant des précautions particulières</i> .....	145
7.4.5 <i>Conditions d'utilisation</i> .....	145
<b>7.5 Dystocie des épaules</b> .....	147
7.5.1 <i>Conduite à tenir</i> .....	147
7.5.2 <i>Méthodes d'ultime recours en cas d'échec</i> .....	148
<b>7.6 Présentation transversale ou de l'épaule</b> .....	149
7.6.1 <i>Diagnostic</i> .....	149
7.6.2 <i>Etiologies</i> .....	150
7.6.3 <i>Conduite à tenir</i> .....	150
<b>7.7 Version par manœuvre externe</b> .....	152
7.7.1 <i>Conditions</i> .....	152
7.7.2 <i>Contre-indications</i> .....	152
7.7.3 <i>Technique</i> .....	152
<b>7.8 Version par manœuvre interne</b> .....	154
7.8.1 <i>Indications et conditions</i> .....	154
7.8.2 <i>Technique</i> .....	154



<b>7.9 Présentation de la face</b> .....	156
7.9.1 <i>Diagnostic</i> .....	156
7.9.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	156
<b>7.10 Présentation du front</b> .....	159
7.10.1 <i>Diagnostic</i> .....	159
7.10.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	160

## 7.1 Travail prolongé

Période de dilatation ou d'expulsion se prolongeant exagérément. On ne parle de travail prolongé qu'à partir de 4 cm de dilatation et 3 contractions par 10 minutes. Avant, il s'agit le plus souvent d'un « faux travail » (c.-à-d. d'une phase de latence prolongée).

Un travail prolongé peut être dû à une disproportion fœto-pelvienne (dystocie mécanique) et/ou à une insuffisance de contractions (dystocie dynamique).

Les risques majeurs du travail prolongé sont l'obstruction du travail ([Section 7.2](#)) et la souffrance fœtale.

### 7.1.1 Diagnostic

- Lenteur de dilatation du col (rythme de dilatation inférieur à 1 cm/heure pendant la phase active) ;
- ou
- Absence d'engagement du fœtus à dilatation complète après plus d'une heure chez une multipare et plus de 2 heures chez une primipare ;
- ou
- Expulsion (temps entre début des efforts expulsifs à dilatation complète et la naissance) supérieure à 30 minutes chez une multipare et à une heure chez une primipare.

### 7.1.2 Conduite à tenir

Pour les conduites à tenir, se référer aux algorithmes, pages suivantes.

Pour la surveillance générale des patientes, se référer au [Chapitre 5, Section 5.1.4](#).

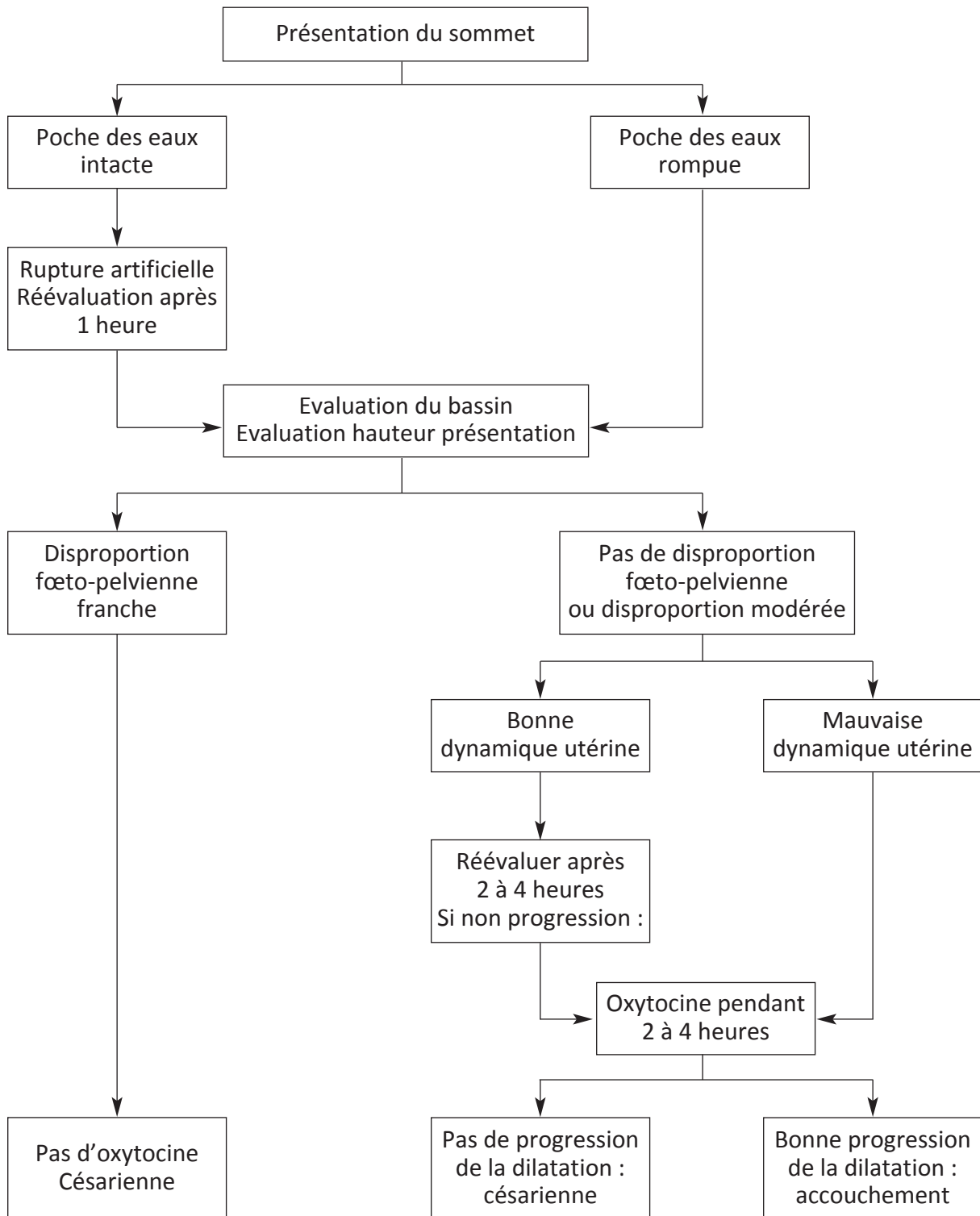
*Remarques :*

- L'oxytocine est contre-indiquée en cas de disproportion fœto-pelvienne franche (risque de rupture utérine).
- En cas de souffrance fœtale (ralentissement prolongé du rythme cardiaque inférieur à 100 battements/minute après une contraction utérine, se répétant après chaque contraction), si le fœtus est viable :
  - A dilatation complète sur présentation engagée : extraction instrumentale ([Chapitre 5, Section 5.6](#)) ;
  - Avant dilatation complète ou à dilatation complète sur une présentation non engagée : envisager la césarienne plus rapidement qu'indiquée dans les algorithmes mais le contexte doit être pris en compte pour décider d'une césarienne d'indication fœtale exclusive ([Chapitre 6, Section 6.4](#)).

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

- Si l'enfant est mort, éviter la césarienne autant que possible. Se permettre des délais plus importants pour la dilatation et l'engagement. Envisager une embryotomie ([Chapitre 9, Section 9.7](#)).

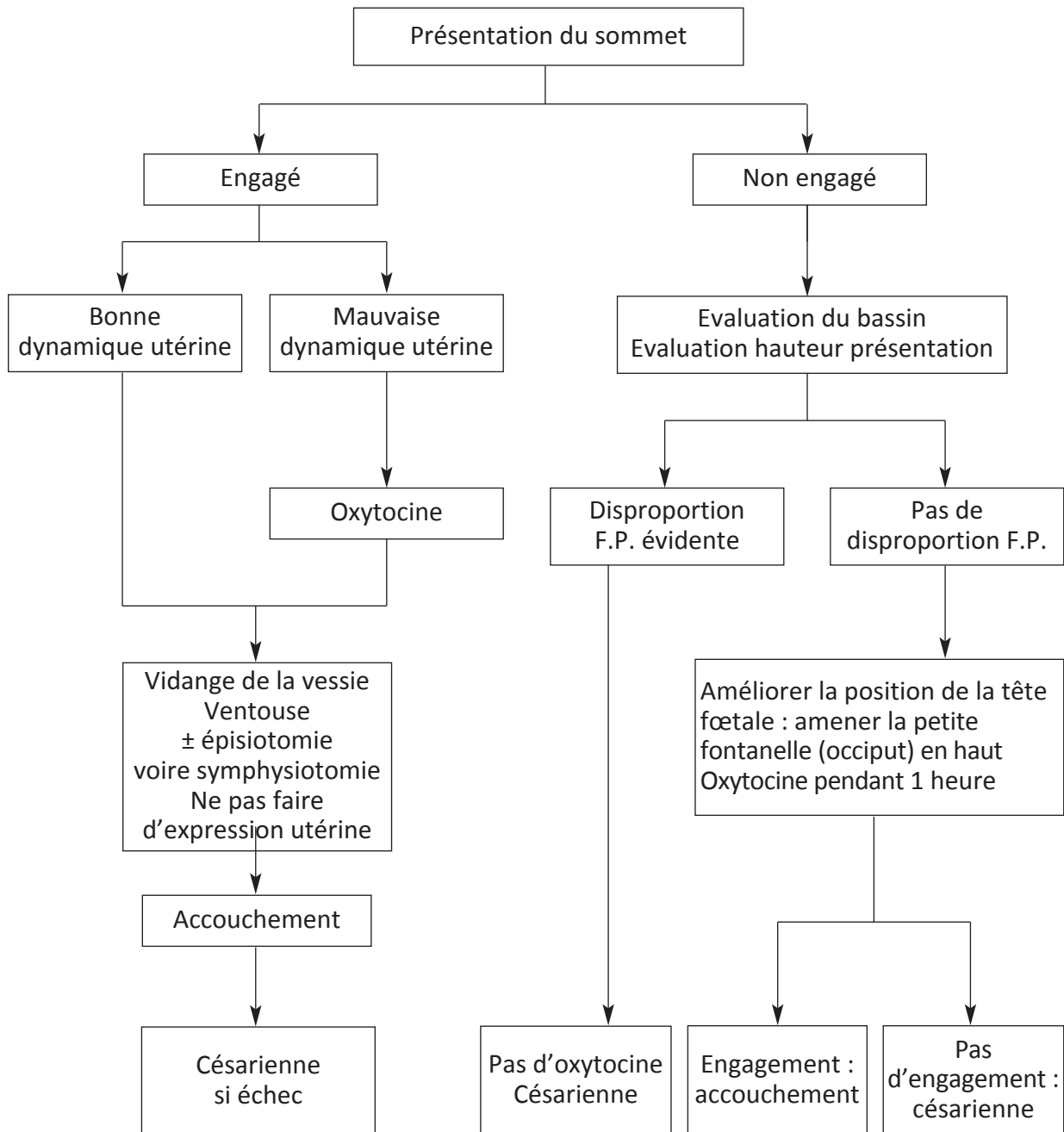
**Conduite à tenir en cas de lenteur de dilatation du col**  
 Franchissement de la ligne d'action sur le partogramme ou plus de 4 heures à la même dilatation



Pour les autres présentations : *siège* (Chapitre 6, Section 6.1), *transversale ou de l'épaule* (Section 7.6), *face* (Section 7.9), *front* (Section 7.10).

**Conduite à tenir en cas de lenteur de progression du fœtus à dilatation complète**

Absence d'engagement après 1 heure (multipare) et 2 heures (primipare) et/ou pas d'expulsion malgré des efforts expulsifs corrects après 30 minutes (multipare) et 1 heure (primipare)



Pour les autres présentations :

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

## 7.2 Obstruction du travail

Travail se prolongeant plus de 24 heures et parfois jusqu'à plusieurs jours.

### 7.2.1 Diagnostic

- Déshydratation.
- Choc hypovolémique possible.
- Femme hébétée, anxieuse, agitée, algique.
- Utérus en état de pré-rupture (anneau de rétraction avec utérus en forme de sablier, [Chapitre 3, Section 3.3](#)).
- Infection amniotique : fièvre, liquide malodorant.
- Globe vésical.
- Au toucher vaginal :
  - col œdématisé ;
  - selon la présentation :
    - Sommet* : bosse séro-sanguine pouvant atteindre la vulve, mais sommet non engagé et bassin paraissant rétréci ;
    - Siège* : rétention de la tête dernière ;
    - Transverse* : épaule négligée, bras et main faisant issue par la vulve.
- Enfant souvent mort ou en grand danger vital.

### 7.2.2 Etiologies

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

### 7.2.3 Complications

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

### 7.2.4 Conduite à tenir

- Poser un cathéter de gros calibre (16-18G), remplissage vasculaire (Ringer lactate ou chlorure de sodium à 0,9%).
- Sondage vésical si possible (si l'on pense ne pas léser l'urètre), sinon, cathétérisme sus-pubien. La levée du globe suffit parfois à déclencher l'accouchement.
- En fonction de la cause de l'obstruction et de l'équipement sanitaire :
  - Le fœtus est vivant et viable : césarienne.
  - Le fœtus n'est pas viable ou la césarienne est impossible : symphysiotomie, ventouse et épisiotomie.
  - Le fœtus est mort : embryotomie.
- Antibiothérapie en cas de rupture prolongée des membranes ou de rupture de durée inconnue ([Chapitre 4, Section 4.9](#)) et en cas de chorio-amniotite ([Chapitre 11, Section 11.4.2](#)).

- Il existe un risque important d'atonie utérine (hémorragie de la délivrance) : si la délivrance dirigée est inefficace, délivrance artificielle puis administration d'oxytocine.
- Examen au spéculum : si tissus nécrotiques, excision dans des conditions aseptiques.
- Soins périnéaux et vulvaire : 2 fois par jour.

### 7.2.5 Prévention/traitement des fistules vaginales<sup>a</sup>

- Encourager la patiente à boire 4 à 5 litres/jour.
- Laisser en place la sonde de Foley pendant 14 jours, puis :
  - S'il n'y a pas de fistule : enlever la sonde.
  - S'il existe une fistule inférieure ou égale à 4 cm de diamètre, tenter un traitement conservateur. Garder la sonde au minimum 4 à 6 semaines pour permettre la cicatrisation. La maintenir tant que la fistule n'est pas fermée et tant qu'une diminution progressive de son diamètre est observée lors de la consultation de contrôle hebdomadaire.
  - S'il existe une fistule supérieure à 4 cm de diamètre ou en cas d'échec du traitement conservateur ou si la fistule date de plus de 3 mois, référer ou enregistrer la patiente en vue d'un traitement chirurgical.

<sup>a</sup> Pour plus d'informations sur les fistules vaginales : Fistule obstétricale. Principes directeurs pour la prise en charge clinique et le développement des programmes. Organisation mondiale de la Santé, 2009.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242593679\\_fre.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242593679_fre.pdf?ua=1)

## 7.3 Induction du travail

Déclenchement artificiel du travail avant qu'il ne débute spontanément.

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

### 7.3.1 Indications

L'induction du travail n'est pas une procédure d'urgence. Elle n'est réalisée qu'avec une indication claire et dans une structure SONUC (référer si nécessaire) pour intervenir rapidement en cas de complications (rupture utérine, souffrance fœtale).

Lorsqu'il n'est pas possible de référer dans une structure SONUC ou lorsque la surveillance fœtale est limitée ou absente, les indications doivent être restreintes aux situations suivantes :

- Mort fœtale in utero ([Chapitre 4, Section 4.11](#)) ;
- Indication maternelle d'interruption de grossesse et fœtus non viable ;
- Pré-éclampsie sévère ou éclampsie ([Chapitre 4, Section 4.5 et 4.6](#)) ;
- Rupture prématurée des membranes avec risque d'infection ([Chapitre 4, Section 4.9](#)).

*Remarques :*

- La grossesse prolongée (plus de 41 SA) est classiquement une indication de déclenchement du travail ; toutefois, le terme étant souvent imprécis, cette indication n'est pas à retenir en pratique.
- Une suspicion de macrosomie à terme n'est pas une indication de déclenchement.

### 7.3.2 Moyens<sup>1</sup>

#### **Utilisation des prostaglandines**

**misoprostol** comprimé à 200 microgrammes :

25 microgrammes PO (dissoudre un comprimé dans 200 ml d'eau et donner 25 ml de cette solution) toutes les 2 heures jusqu'à obtenir de bonnes contractions ; ne pas dépasser 150 microgrammes au total ;

ou

50 microgrammes par voie vaginale dans le cul de sac vaginal postérieur (un quart de comprimé) toutes les 6 heures jusqu'à obtenir de bonnes contractions ; ne pas dépasser 150 microgrammes au total.

*Remarque :* la posologie du misoprostol est différente en cas de mort fœtale in utero ([Chapitre 4, Section 4.11](#)).

ou

**dinoprostone** gel : 1 mg par voie vaginale dans le cul de sac vaginal postérieur. Une seconde dose peut être administrée après 6 heures si la patiente ne s'est pas mise en travail.

Attendre 6 heures<sup>2</sup> après la dernière dose de prostaglandines avant d'utiliser l'oxytocine pendant le travail.

### **Rupture artificielle des membranes + oxytocine**

La rupture artificielle des membranes ([Chapitre 5, Section 5.3](#)) est effectuée en appliquant si nécessaire une pression douce sur la tête par voie abdominale pour éviter le risque de prolapsus du cordon.

### **Utilisation d'oxytocine seule**

Elle n'est pas aussi efficace que les autres méthodes mais peut être utilisée dans les situations suivantes :

- Prostaglandines non disponibles ;
- Score de Bishop  $\geq 6$  ([Tableau 7.1](#)) ;
- Rupture artificielle des membranes impossible car tête fœtale trop haute.

### **Méthode mécanique avec l'aide du ballonnet d'une sonde de Foley**

Mettre des gants stériles. Sous spéculum, introduire dans le canal cervical une sonde de Foley 16-18G en la guidant avec les doigts ou une pince. Gonfler 10 ml par 10 ml le ballonnet avec de l'eau stérile jusqu'à ce qu'il soit bien tendu dans le col (en moyenne 30 ml) et appliquer une traction douce continue (sonde fixée avec un pansement adhésif à la cuisse) pendant 24 heures maximum.

### **Décollement du pôle inférieur de l'œuf**

Lors du toucher vaginal, si le col est ouvert, un doigt introduit dans l'orifice interne décolle les membranes avec un mouvement circulaire. Ceci peut favoriser la mise en travail ou au moins la maturation cervicale dans les heures ou les jours qui suivent.

## **7.3.3 Conditions**

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

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

**Tableau 7.1** - Score de Bishop (plus le score est élevé plus le col est mature)

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



Un col est considéré comme mature (c.-à-d. favorable au déclenchement) si le score est supérieur ou égal à 6. L'induction du travail est réalisée par rupture artificielle des membranes et administration d'oxytocine.

Si le col est défavorable ou immature (score inférieur à 6, avec au maximum un col long, ferme et postérieur), utiliser une prostaglandine avant le déclenchement proprement dit des contractions par l'oxytocine ou, si les prostaglandines ne sont pas disponibles, une méthode mécanique puis l'oxytocine.

### ***Cas particuliers***

- Utérus cicatriciel :
  - Fœtus vivant et viable : les prostaglandines sont contre-indiquées :
    - si le col n'est pas favorable : induction mécanique et oxytocine ou césarienne ;
    - si le col est favorable : rupture artificielle des membranes et oxytocine à demi-dose.
  - Fœtus vivant non viable : comme pour une mort fœtale in utero.
- Mort fœtale in utero : se référer au [Chapitre 4, Section 4.11](#).

## 7.4 Utilisation de l'oxytocine pendant le travail

### 7.4.1 Indications

- Induction du travail.
- Correction d'une dystocie dynamique : retard de dilatation avec stagnation de plus de 2 heures chez une femme en travail, par insuffisance de contractions utérines. Le col utérin doit être dilaté de plus de 3 à 4 cm et en voie d'effacement. La poche des eaux doit avoir été rompue.
- Absence de contractions 15 minutes après la naissance du premier jumeau.

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

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

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

- Disproportion fœto-pelvienne manifeste, dont présentation dystocique (front, transverse, etc.).
- Placenta praevia recouvrant.
- Hypertonie utérine spontanée.
- Souffrance fœtale.
- Antécédent de 2 césariennes ou plus.
- Antécédent de césarienne corporéale.
- Absence d'indication.

### 7.4.4 Situations nécessitant des précautions particulières

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

L'oxytocine peut être utilisée pour corriger une dystocie dynamique en cours de travail en respectant les conditions suivantes :

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

### 7.4.5 Conditions d'utilisation

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

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

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

Tableau 7.2 - Utilisation de l'oxytocine

Indications	Précautions avant administration	Technique	Surveillance pendant l'administration
<b>Pendant le travail</b>			
Induction du travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au toucher vaginal, évaluer la dilatation, l'effacement du col et l'engagement.</li> <li>• L'induction est d'autant plus difficile que le col est dur, ferme et la présentation haute.</li> <li>• Vérifier l'absence de souffrance fœtale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diluer 5 UI d'oxytocine dans 500 ml ou 10 UI dans 1 litre de Ringer lactate ou chlorure de sodium à 0,9%.</li> <li>• Commencer par 5 à 8 gouttes/minute puis augmenter de 5 à 8 gouttes/minute toutes les 30 minutes jusqu'à ce que les contractions soient efficaces (3 contractions de plus de 40 secondes en 10 minutes).</li> <li>En moyenne 20 gouttes/minute permettent d'obtenir une dynamique utérine satisfaisante. Ne pas dépasser 60 gouttes/minute.</li> <li>• Une fois l'accouchement réalisé :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- utiliser la voie IV en place pour administrer la dose d'oxytocine correspondant à la prévention de l'hémorragie de la délivrance ;</li> <li>- laisser se terminer la perfusion en cours.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apparition et qualité des contractions, relâchement de l'utérus.</li> <li>• Rythme cardiaque fœtal.</li> <li>• Etat général de la mère.</li> <li>• Dilatation du col.</li> </ul> <p>Rompre les membranes dès que possible. Si après 8 heures, la femme n'est pas en travail : arrêter la perfusion et reprendre le lendemain si l'accouchement n'est pas une urgence.</p>
Correction d'une dystocie dynamique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au toucher vaginal, col à 3-4 cm au moins.</li> <li>• Poche des eaux rompue, spontanément ou artificiellement.</li> <li>• Pas de disproportion foeto-pelvienne.</li> </ul>	Identique à l'induction du travail.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réapparition ou renforcement des contractions, relâchement utérin.</li> <li>• Rythme cardiaque fœtal.</li> <li>• Etat général de la mère.</li> <li>• Dilatation du col.</li> </ul>
Absence de contractions 15 minutes après la naissance du premier jumeau	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérification de la présentation verticale (pas de transverse).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Installer ou reprendre la perfusion d'oxytocine.</li> <li>• Identique à l'induction du travail mais augmenter plus rapidement : 5 gouttes toutes les 5 minutes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réapparition ou renforcement des contractions, relâchement utérin.</li> <li>• Rythme cardiaque fœtal.</li> </ul>
<b>Remarque : en dehors du travail, l'oxytocine est utilisée comme ci-dessous</b>			
Hémorragie par atonie utérine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au préalable, effectuer une délivrance artificielle s'il y a lieu.</li> <li>• Révision utérine systématique.</li> </ul>	Perfusion en 2 heures de 20 UI dans 1 litre de Ringer lactate ou chlorure de sodium à 0,9% au rythme de 160 gou es/minute. Dans le même temps, 5 à 10 UI en IV directe lente, à répéter si nécessaire jusqu'à ce que l'utérus soit ferme et rétracté ; maximum 60 UI au total.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouls, tension artérielle, saignements.</li> <li>• Apparition du globe de sécurité.</li> </ul>
Accouchement par césarienne		10 UI en IV lente après clampage du cordon puis 20 UI en perfusion en 2 heures dans 1 litre de Ringer lactate ou chlorure de sodium à 0,9% (160 gou es/minute).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apparition du globe de sécurité.</li> </ul>
Prévention des hémorragies de la délivrance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérifica on de l'absence d'un 2<sup>e</sup> jumeau.</li> </ul>	5 à 10 UI IV lente ou IM, avant ou après la délivrance, selon la compétence du personnel.	

## 7.5 Dystocie des épaules

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

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

La présence d'assistants est essentielle. Expliquer la situation aux assistants et à la patiente pour obtenir leur coopération.

### 7.5.1 Conduite à tenir

Les 7 étapes essentielles sont<sup>b,3</sup> :

#### 1 - Appel à l'aide pour être assisté

#### 2 - Épisiotomie si nécessaire

Une épisiotomie n'est pas systématiquement nécessaire, les épaules étant impactées dans le bassin osseux. Elle peut être réalisée pour laisser plus d'espace pour les manœuvres internes.

30 secondes à 1 minute est le temps recommandé pour tenter chaque manœuvre numérotée de 3 à 6. Un assistant doit informer l'opérateur des temps écoulés.

#### 3 - Hyperflexion des cuisses (manœuvre de McRoberts)

Demander à 2 assistants de pousser fermement les genoux de la patiente vers sa poitrine. Cette manœuvre est efficace à elle seule dans plus de 70% des cas pour libérer une épaule.

#### 4 - Pression sus-pubienne

Tout en maintenant l'hyperflexion des cuisses, un assistant appuie fortement juste au-dessus de la symphyse pubienne pour tenter de réduire le diamètre des épaules et abaisser l'épaule antérieure sous la symphyse tandis que l'accoucheur applique une traction vers le bas de la tête fœtale. Attention de ne pas appuyer sur le fond utérin : cela majore l'enclavement des épaules et peut provoquer une rupture utérine.

#### 5 - Manœuvres internes de rotation

En cas d'échec, réaliser des manœuvres internes de rotation tout en maintenant l'hyperflexion des cuisses. Plusieurs options sont possibles selon que l'accès le plus aisé est vers l'épaule antérieure ou vers l'épaule postérieure :

- Manœuvre de Rubin : insérer les doigts d'une main en arrière de l'épaule antérieure et pousser en direction du thorax fœtal pour tenter de dégager l'épaule.
- Manœuvre du tournevis de Wood à combiner à la manœuvre de Rubin : placer deux doigts de la main libre en avant de l'épaule postérieure et appliquer une pression pour dégager les épaules en tournant (comme un tournevis).
- Manœuvre de Wood inversée : similaire mais rotation en sens inverse.

<sup>b</sup> Ces 7 étapes correspondent à celles de l'acronyme anglophone HELPERR : H (call for Help) ; E (Evaluate for episiotomy) ; L (Legs, the McRoberts manoeuvre) ; P (suprapubic Pressure) ; E (Enter manoeuvres = internal rotation) ; R (Remove the posterior arm) ; R (Roll the patient).

## 6 - Abaissement du bras postérieur

En cas d'échec, abaisser un bras du fœtus pour réduire le diamètre des épaules et permettre l'accouchement :

- L'opérateur est à genoux, ce qui lui permet d'avoir un axe de traction correct.
- Aller chercher le bras postérieur du fœtus et l'abaisser à la vulve : glisser la main en arrière de la tête fœtale et remonter le long du bras, en essayant d'attraper la main du fœtus. La saisir et l'abaisser le long de son abdomen jusqu'à la vulve. L'accouchement peut alors se poursuivre.
- S'il est impossible d'attraper la main du fœtus, placer deux doigts le long de l'humérus, « en attelle ». Appuyer fortement sur l'humérus pour abaisser le bras.

## 7 - Mise à quatre pattes de la patiente

En cas d'échec, mettre la patiente à quatre pattes. Cette position accroît les diamètres du pelvis.

Après les manœuvres, examiner soigneusement le vagin car les lacérations sont fréquentes.



Ce qu'il ne faut surtout pas faire :

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

## 7.5.2 Méthodes d'ultime recours en cas d'échec

- Anesthésie générale pour obtenir une relaxation musculaire.
- Fracture de la clavicule fœtale par pression directe sur la partie médiane de la clavicule.
- Symphysiotomie ([Chapitre 5, Section 5.7](#)).
- Embryotomie en cas de décès fœtal et échec des manœuvres ([Chapitre 9, Section 9.7](#)).
- Remplacement de la tête fœtale (très difficile) suivi d'une césarienne.

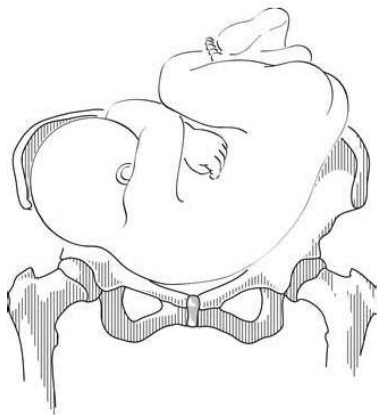
## 7.6 Présentation transversale ou de l'épaule

La présentation transversale constitue une disproportion foeto-pelvienne absolue, avec accouchement impossible par voie vaginale.

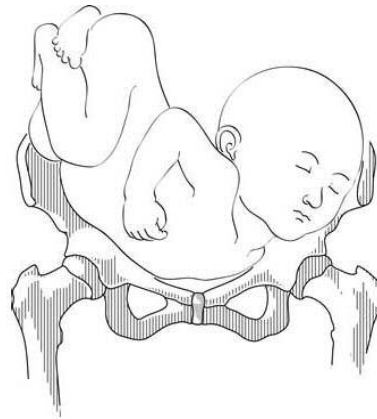
C'est une urgence obstétricale car il y a obstruction du travail, risque de rupture utérine et de souffrance fœtale.

### 7.6.1 Diagnostic

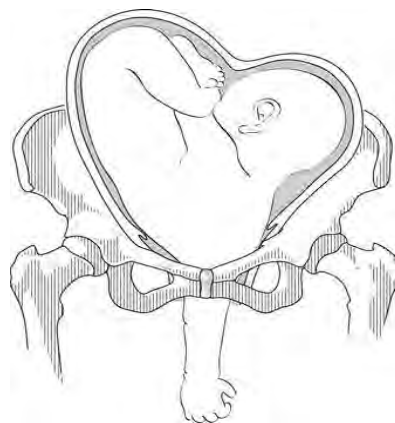
- Utérus très large : axe transversal pratiquement équivalent à l'axe longitudinal ; hauteur utérine inférieure à 30 cm à l'approche du terme.
- A l'examen : tête dans un flanc, siège dans l'autre (Figures 7.1a et 7.1b). Au toucher vaginal, l'excavation pelvienne est vide, ou perception de l'épaule avec parfois un bras faisant issue par le vagin (Figure 7.1c).



**7.1a** : Présentation de l'épaule gauche en dorso-antérieur



**7.1b** : Présentation de l'épaule gauche en dorso-postérieur



**7.1c** : Présentation de l'épaule négligée

**Figures 7.1**  
Présentation transversale ou de l'épaule

## 7.6.2 Etiologies

- Grande multiparité.
- Malformations utérines.
- Grossesse gémellaire.
- Prématurité.
- Placenta praevia.
- Disproportion fœto-pelvienne.

## 7.6.3 Conduite à tenir

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

### *A la fin de la grossesse*

#### **Grossesse unique**

- 4 à 6 semaines avant l'accouchement, version par manœuvre externe dans une structure SONUC ([Section 7.7](#)).
- Si la manœuvre échoue, l'accouchement devra être réalisé par césarienne, programmée ou réalisée en début de travail (se référer au [Chapitre 1, Section 1.3.2](#)).

#### **Grossesse gémellaire**

- Contre-indication à la version par manœuvre externe.
- Si le premier jumeau est en présentation transversale (situation exceptionnelle) : prévoir une césarienne.
- Si le deuxième jumeau est en présentation transversale : il n'y a pas d'indication formelle de césarienne mais prévoir un accouchement en structure SONUC pour la réaliser si nécessaire. Réaliser l'accouchement du premier jumeau puis faire selon l'expérience de l'opérateur une version par manœuvre externe et/ou interne sur le deuxième jumeau.

### *Pendant le travail, en structure SONUC*

#### **Enfant vivant et membranes intactes**

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

#### **Enfant vivant et membranes rompues**

- Dilatation complète :
  - Multipare et utérus souple et fœtus mobile et opérateur expérimenté : version par manœuvre interne et grande extraction.
  - Primipare ou utérus moulé ou fœtus fixé ou engagement d'un bras ou utérus cicatriciel ou opérateur insuffisamment expérimenté : césarienne.
- Dilatation incomplète : césarienne.

La césarienne peut être difficile en raison de la rétraction utérine. L'hystérotomie verticale peut être préférable. Attraper un pied dans le fond utérin pour réaliser l'extraction (équivalent d'une grande extraction mais par césarienne).

#### **Enfant mort**

Embryotomie rachidienne sur présentation transverse ([Chapitre 9, Section 9.7.7](#)).

***Pendant le travail, en milieu isolé, sans possibilité chirurgicale*****Enfant vivant et membranes intactes**

Tenter de référer la patiente dans une structure SONUC. Sinon :

- Tenter une version par manœuvre externe.
- En cas d'échec, attendre la dilatation complète.
- Pour effectuer la version dans de bonnes conditions, réaliser une anesthésie générale ou une rachianesthésie, selon les possibilités.
- Effectuer une version par manœuvre externe ([Section 7.7](#)) combinée avec une version par manœuvre interne ([Section 7.8](#)), parfois aidée par différentes positions (Trendelenburg ou genu-pectorale).

**Enfant vivant et membranes rompues**

Tenter de référer la patiente dans une structure SONUC. Sinon :

- Dilatation complète :
  - Installer la femme en position genu-pectorale.
  - Entre deux contractions, refouler le fœtus et tenter de l'engager par voie céphalique.
  - Ventouse ([Chapitre 5, Section 5.6.1](#)) et symphysiotomie ([Chapitre 5, Section 5.7](#)) à la moindre difficulté.
- Dilatation incomplète : position de Trendelenburg et expectative jusqu'à dilatation complète.

**Enfant mort**

Tenter de référer la patiente, même si le transfert prend du temps.

Sinon, embryotomie rachidienne sur présentation transverse ([Chapitre 9, Section 9.7.7](#)).



## 7.7 Version par manœuvre externe

Opération consistant à transformer :

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

### 7.7.1 Conditions

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

La version par manœuvre externe est très rarement associée à des complications. Cependant des complications ont été rapportées (hématome rétro-placentaire, rupture utérine sur utérus cicatriciel et hémorragie fœto-maternelle). Par conséquent, la version par manœuvre externe ne doit être tentée que dans une structure SONUC.

### 7.7.2 Contre-indications

#### **Absolues**

- Placenta praevia.
- Grossesse gémellaire (pour le premier jumeau).

#### **Relatives**

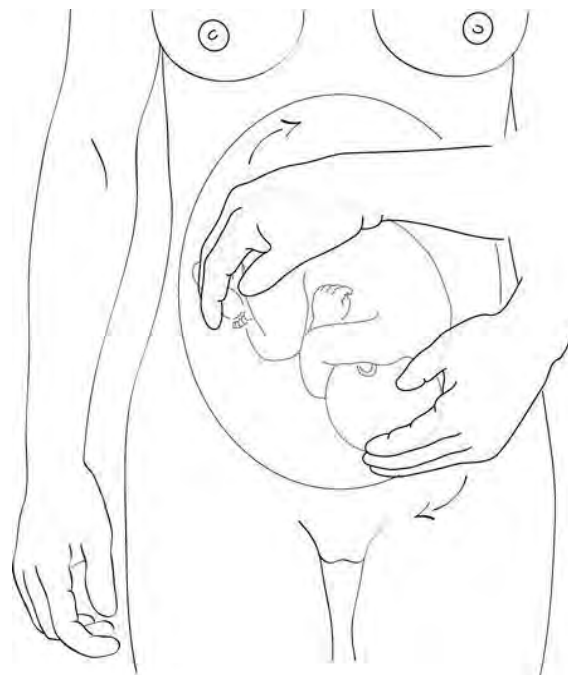
- Souffrance fœtale.
- Retard de croissance intra-utérin sévère.
- Prématurité.
- Infection par le HIV.
- Utérus cicatriciel.

*Remarque* : en cas d'impossibilité de référer dans une structure SONUC et si la présentation est transversale, la version peut être tentée dans l'intérêt de la mère pour permettre un accouchement par voie vaginale, sans tenir compte des contre-indications relatives.

### 7.7.3 Technique

- Femme allongée sur le dos, membres inférieurs demi-fléchis, vessie vide.
- Manœuvre à effectuer en dehors d'une contraction.
- Remonter d'abord le siège ou l'épaule, souvent situé dans le bassin (mouvement vertical) puis tenter la rotation, lentement, toujours dans le sens de la flexion du fœtus : amener ainsi, soit la tête, soit le siège, au détroit supérieur par le plus court chemin (Figures 7.2).

- Contrôler le rythme cardiaque fœtal après chaque tentative et arrêter en cas de ralentissement du rythme. Dans la plupart des cas, les anomalies du rythme cardiaque fœtal s'améliorent dans les 30 minutes.
- La version par manœuvre externe est suivie d'un repos et d'une surveillance pendant 24 heures.



**Figures 7.2**

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

## 7.8 Version par manœuvre interne

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

### 7.8.1 Indications et conditions

- Présentation transverse pendant le travail, à dilatation complète avec l'utérus relâché. Cette manœuvre doit être extrêmement prudente (risque de rupture utérine).
- Accouchement du deuxième jumeau en présentation céphalique ou transverse : version pour amener le fœtus en siège et permettre une grande extraction (Chapitre 6, Section 6.3).
- Conditions nécessaires dans tous les cas : bassin normal, présentation non engagée, vessie vide.
- La préhension du ou des pieds est faite au mieux à travers les membranes laissées intactes<sup>4</sup>.

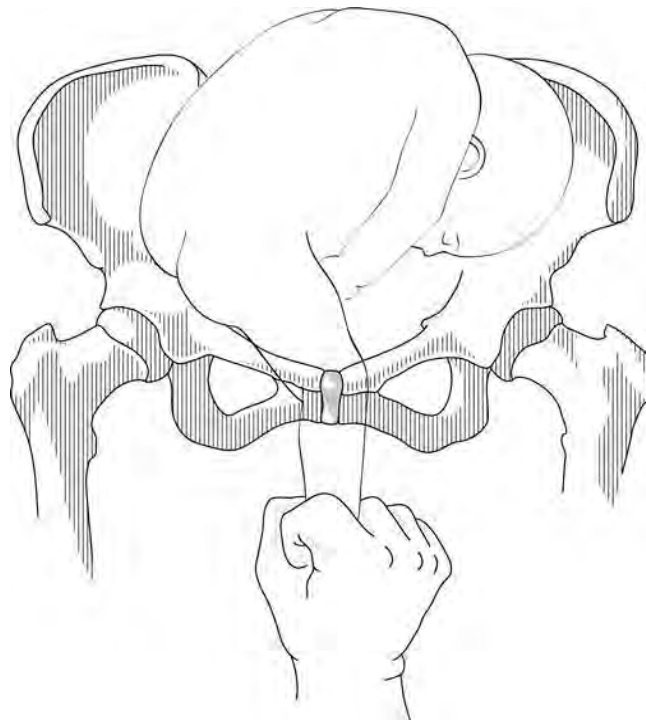
### 7.8.2 Technique

- Asepsie rigoureuse : badigeonnage du périnée (polyvidone iodée 10%), gants stériles.
- Anesthésie si possible.
- Introduction de la main et étude de la position fœtale :
  - la première main pénètre, les doigts en cône, dans l'orifice vulvaire, franchit le col et va vers le fond utérin ;
  - l'autre main abdominale bloque le fond utérin.
- Saisir un, ou mieux, deux pieds à pleine main sans précipitation, mais sans trop de lenteur, car l'utérus risque de se contracter sous l'effet d'une manœuvre prolongée (Figure 7.3a). Il est préférable de ne pas rompre d'emblée les membranes car l'absence de liquide amniotique et la rétraction utérine vont gêner la préhension et la mobilisation fœtale. Les membranes se rompent spontanément lors de la traction du pied ou seront rompues artificiellement une fois le pied abaissé.
- Tirer doucement sur le(s) pied(s) pour l'amener à la vulve (Figure 7.3b).
- L'accouchement se poursuit ensuite comme un siège, pouvant finir par une grande extraction s'il s'agit de jumeaux, sinon, normalement.
- Révision après la délivrance (recherche d'une rupture utérine) et antibioprophylaxie systématique (**céfazoline** ou **ampicilline** IV lente : 2 g dose unique)<sup>C</sup>.

<sup>C</sup> Chez les patientes ayant un antécédent de réactions d'hypersensibilité immédiate à une pénicilline (urticaire, troubles respiratoires, œdème) : **clindamycine** IV, 900 mg dose unique.



**7.3a** : Attraper un ou mieux les deux pieds



**7.3b** : Amener le(s) pied(s) à la vulve

**Figures 7.3**  
Version par manœuvre interne

## 7.9 Présentation de la face

### 7.9.1 Diagnostic

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

### 7.9.2 Conduite à tenir

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

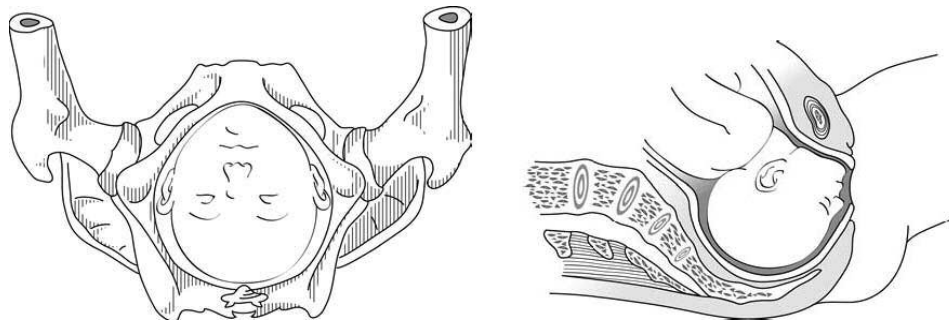
#### ***Le menton est en avant***

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

Si la dynamique utérine est insuffisante, il est possible de recourir à l'oxytocine.

Au cours du dégagement (Figures 7.4), une épisiotomie est le plus souvent nécessaire compte tenu de l'ampliation périnéale maximale.

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



**Figures 7.4**  
Menton en avant : accouchement possible

#### ***Le menton est en arrière***

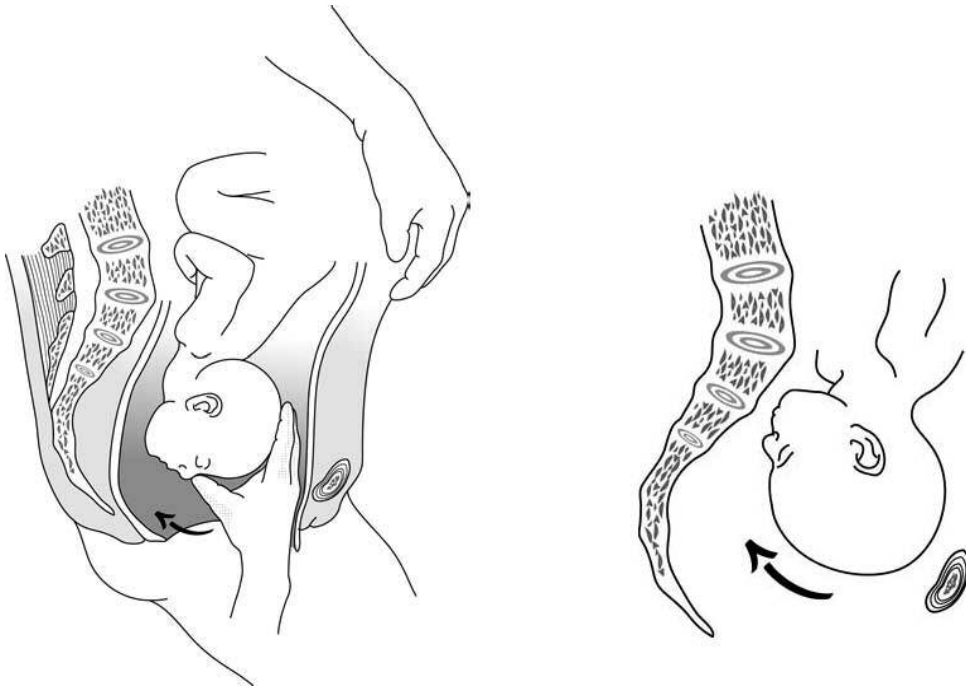
L'accouchement est impossible (Figure 7.5). Il faut réaliser une césarienne. Référer si nécessaire.



**Figure 7.5**  
Menton en arrière : enclavement

Dans les situations où il est impossible de réaliser une césarienne ou de référer, tenter les manœuvres suivantes :

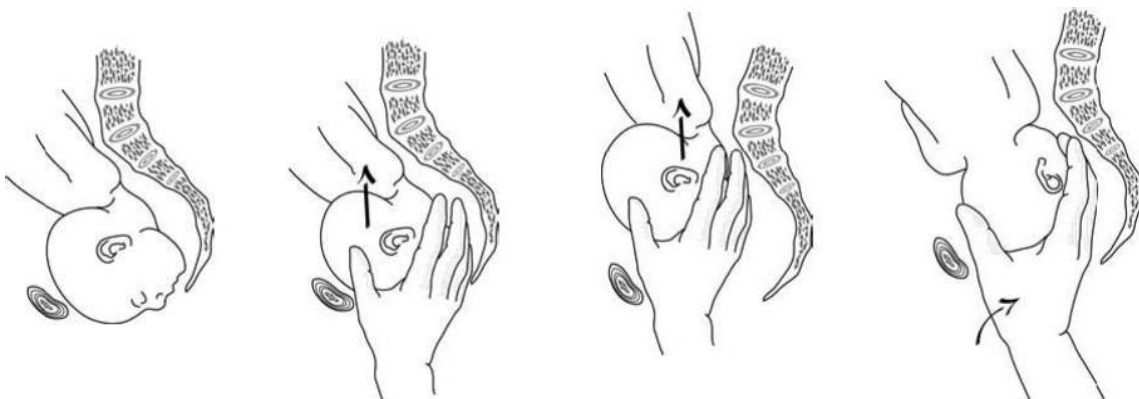
- Flexion de la tête pour aboutir à une présentation du sommet : une main vaginale saisit la voûte crânienne et inflige une flexion sur le cou, aidée d'une main abdominale qui effectue des pressions sur le thorax et les fesses du fœtus. Cependant, il est évident que la présentation ne doit pas être engagée, et souvent, le maintien de la tête en flexion est difficile, voire impossible (Figures 7.6).



**Figures 7.6**

Manœuvre pour transformer la face en sommet

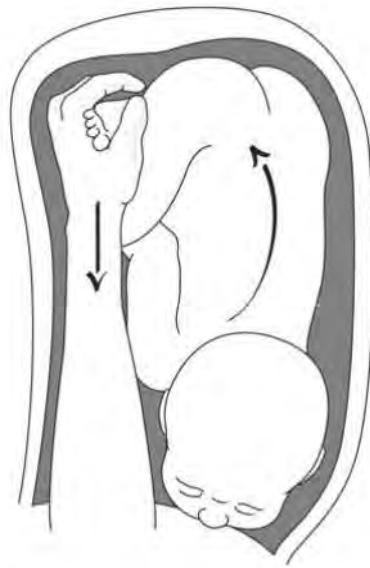
- Rotation de la tête menton en avant : repousser la face et le menton pour libérer les épaules du détroit puis retourner la tête dans la cavité, en s'aidant de la main abdominale qui aide la rotation par pression sur les épaules. Le menton est ainsi dirigé vers l'avant (Figures 7.7).



**Figures 7.7**

Manœuvre de rotation pour amener le menton en avant

- Version du fœtus : version podalique puis grande extraction par manœuvre interne (Figure 7.8).



**Figure 7.8**  
Version podalique par manœuvre interne

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

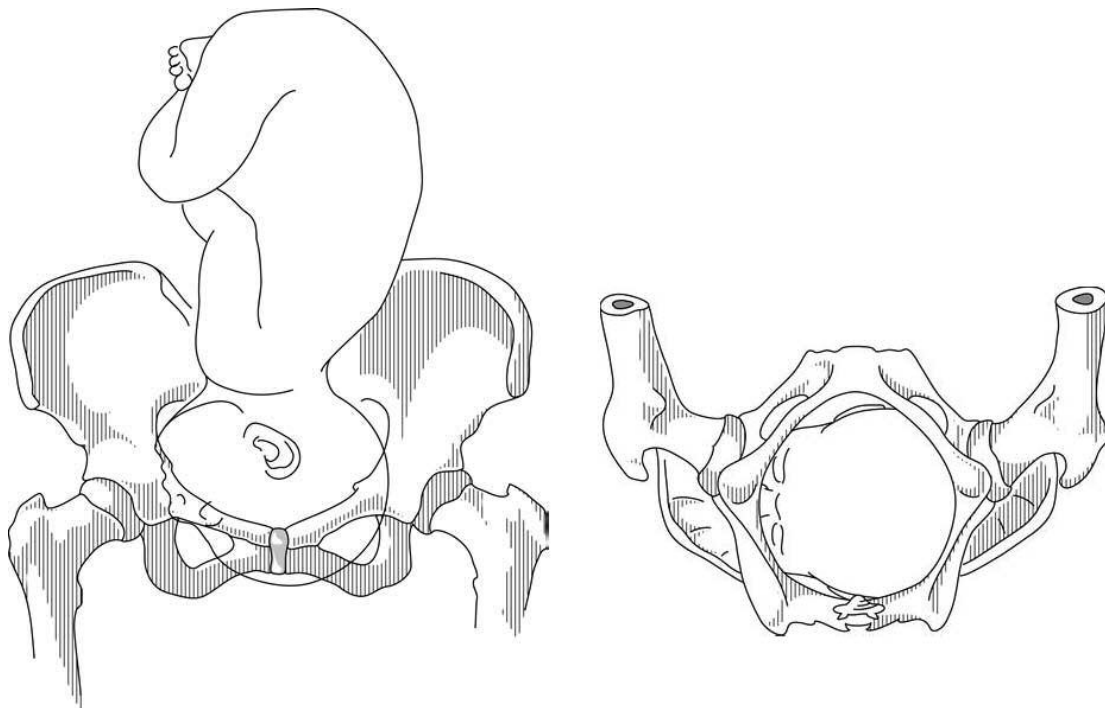
## 7.10 Présentation du front

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

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

### 7.10.1 Diagnostic

- Tête haute, « coup de hache » comme dans la face, mais moins marqué.
- Au toucher vaginal, on sent le front, les orbites, la grande fontanelle et parfois les yeux et la racine du nez (Figures 7.9). Mais on ne sent :
  - ni le menton (ce n'est pas une présentation de la face),
  - ni la petite fontanelle (ce n'est une présentation du sommet).



**Figures 7.9**  
Présentation du front

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

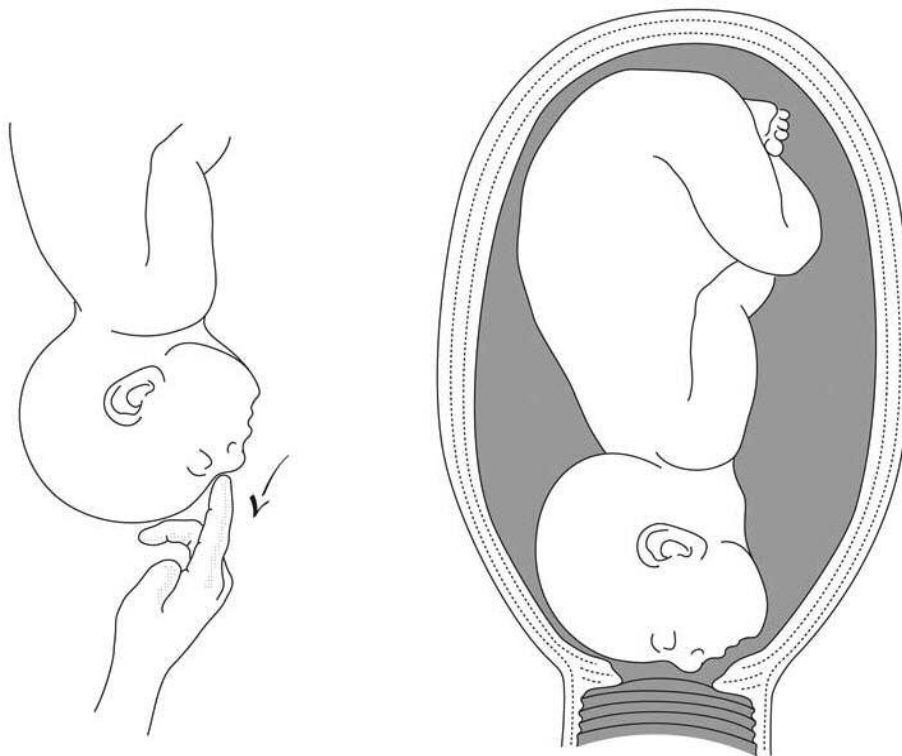
Au cours de l'accouchement, la présentation tarde à descendre : l'évolution se fait vers l'enclavement du front.



## 7.10.2 Conduite à tenir

### *Si le fœtus est vivant*

- Réaliser une césarienne. Lors de la césarienne, un assistant doit être prêt à désenclaver la tête vers le haut par un toucher vaginal.
  - En dernier recours, si la césarienne est impossible, tenter deux manœuvres :
    - Transformer le front en face : en dehors d'une contraction, passer les doigts au travers du col et tenter de défléchir la tête (Figures 7.10).
    - Tenter une version podalique par manœuvre interne ([Section 7.9](#)).
- Ces deux manœuvres présentent un risque important de rupture utérine. Ventouse, forceps et symphysiotomie sont contre-indiqués.



**Figures 7.10**  
Manœuvre de conversion du front en une face

### *Si le fœtus est mort*

Réaliser une embryotomie si le col est suffisamment dilaté ([Chapitre 9, Section 9.7](#)) ; sinon une césarienne.

## Références

---

- 1 World Health Organization. WHO recommendations for induction of labour. Geneva, 2011. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501156\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501156_eng.pdf?ua=1)
- 2 Martindale - The Complete Drug Reference. Oxytocin. (Last reviewed: 2011-05-10).
- 3 Elizabeth G. Baxley, Robert W. Gobbo. Shoulder Dystocia. Am Fam physician. 2004 Apr 1;69(7):1707-1714. <http://www.aafp.org/afp/2004/0401/p1707.html>
- 4 J Rabinovici, G Barkai, B Reichman, D M Serr, S Mashiach. Internal podalic version with unruptured membranes for the second twin in transverse lie. Obstetrics and Gynecology; 1988; 71(3 Pt 1):428-30.



# Chapitre 8 : Délivrance

<b>8.1 Délivrance normale</b> .....	165
8.1.1 <i>Description</i> .....	165
8.1.2 <i>Prévention systématique des hémorragies de la délivrance</i> .....	165
8.1.3 <i>Surveillance</i> .....	166
8.1.4 <i>Examen du placenta</i> .....	167
<b>8.2 Hémorragie primaire du post-partum</b> .....	168
8.2.1 <i>Etiologies</i> .....	168
8.2.2 <i>Conduite à tenir dans les 30 premières minutes</i> .....	168
8.2.3 <i>Prise en charge étiologique</i> .....	169
8.2.4 <i>Conduite à tenir en cas d'hémorragie persistante</i> .....	170
<b>8.3 Hémorragie secondaire du post-partum</b> .....	172
8.3.1 <i>Diagnostic</i> .....	172
8.3.2 <i>Etiologies</i> .....	172
8.3.3 <i>Conduite à tenir</i> .....	172
<b>8.4 Inversion utérine</b> .....	173
8.4.1 <i>Diagnostic</i> .....	173
8.4.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	173
<b>8.5 Déchirure du col ou du vagin</b> .....	176
8.5.1 <i>Diagnostic</i> .....	176
8.5.2 <i>Conduite à tenir</i> .....	176



## 8.1 Délivrance normale

La délivrance, c.-à-d. l'expulsion complète du placenta et des membranes, marque la fin de la troisième et dernière phase de l'accouchement.

Il existe un risque important d'hémorragie au cours de cette phase. Une surveillance étroite et une prévention active de l'hémorragie pour toutes les patientes (qu'il existe ou non des facteurs de risque) sont par conséquent nécessaires.

### 8.1.1 Description

Cette phase dure habituellement de 5 à 15 minutes.

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

### 8.1.2 Prévention systématique des hémorragies de la délivrance

#### *Délivrance dirigée*<sup>1</sup>

La délivrance dirigée consiste en l'administration d'oxytocine avant l'expulsion du placenta, suivie d'une traction contrôlée du cordon puis d'un massage utérin pour favoriser la rétraction utérine.

L'administration d'oxytocine immédiatement après la naissance de l'enfant (ou en cas de grossesse multiple, après la naissance du dernier enfant) et avant l'expulsion du placenta permet d'accélérer le décollement du placenta, de faciliter son expulsion et de prévenir l'hémorragie du post-partum.

Immédiatement après la naissance, palper l'abdomen maternel pour être certain qu'il ne s'agit pas de jumeaux puis administrer de l'**oxytocine** en IV lente ou IM : 5 ou 10 UI.

Puis après avoir clampé et coupé le cordon, délivrer le placenta en exerçant une traction contrôlée du cordon (au cours d'une contraction, en effectuant une contrepression sus-pubienne à l'aide de la main abdominale).

Lorsque que l'oxytocine est utilisée avant l'expulsion du placenta, il existe en théorie, surtout si l'injection n'est pas réalisée immédiatement (c.-à-d. dans les 3 minutes), un risque de rétention placentaire. Par conséquent, le personnel administrant l'oxytocine immédiatement après la naissance doit être capable de réaliser une délivrance artificielle si nécessaire. Si ces conditions ne sont pas réunies, l'oxytocine est administrée après l'expulsion du placenta.

### **Administration d'oxytocine après l'expulsion du placenta**

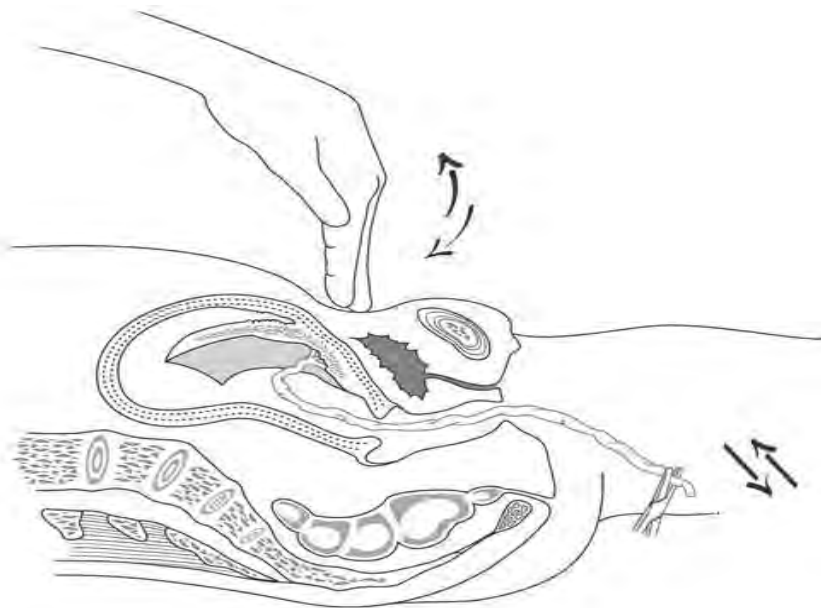
Si l'oxytocine n'a pas été administrée avant la délivrance placentaire, elle doit être administrée après la délivrance placentaire complète. Cependant, ceci est moins efficace pour la prévention des hémorragies de la délivrance.

**oxytocine** IV lente ou IM : 5 ou 10 UI

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

### **8.1.3 Surveillance**

- La personne qui réalise l'accouchement doit contrôler :
  - le pouls, la pression artérielle et le volume de sang issu par la vulve, en attendant la délivrance mais également après (approximativement toutes les 15 minutes pendant une heure puis toutes les 30 minutes pendant une heure) car le risque d'hémorragie persiste après l'expulsion placentaire ;
  - la durée de la période de repos : le délai maximal autorisé d'attente de la délivrance, en l'absence d'hémorragie, est de 30 à 45 minutes. Au-delà, une délivrance artificielle doit être réalisée ([Chapitre 9, Section 9.2](#)) ;
  - l'apparition et le maintien du globe de sécurité ;
  - l'expulsion complète du placenta.
- Une traction non contrôlée du cordon (c.-à-d. réalisée en dehors d'une contraction et sans contre-pression) est contre-indiquée car elle peut entraîner des déchirures du placenta avec, par la suite, une rétention de fragments (risque d'hémorragie et d'infection).
- Le décollement du placenta peut être repéré par la palpation abdominale, en déprimant l'abdomen juste au-dessus du pubis : si le cordon ne remonte pas lors de cette dépression, le placenta est décollé (Figure 8.1).



**Figure 8.1**

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

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

### 8.1.4 Examen du placenta

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

#### ***Examen du sac membraneux***

Déplisser le sac en y introduisant la main, à la recherche d'un vaisseau s'arrêtant brusquement et laissant soupçonner la présence d'un cotylédon aberrant resté dans l'utérus ou une déchirure évoquant une rétention de membranes. En cas de doute, une révision utérine peut être nécessaire ([Chapitre 9, Section 9.3](#)).

#### ***Examen de la face maternelle du placenta***

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



## 8.2 Hémorragie primaire du post-partum

L'hémorragie primaire du post-partum est une hémorragie survenant dans les 24 heures après la délivrance (le plus souvent immédiatement) et dont le volume dépasse les 500 ml de la délivrance normale.

Un retard de prise en charge peut entraîner des troubles de la coagulation avec un risque de saignements diffus massifs. Une surveillance étroite des femmes en salle de travail pendant les deux heures qui suivent l'accouchement est indispensable pour dépister et prendre en charge rapidement l'hémorragie.

### 8.2.1 Etiologies

#### ***Atonie utérine***

Le placenta a été évacué mais il n'y a pas de globe de sécurité. L'utérus augmente de volume, s'étale, devient mou. L'atonie est favorisée par la surdistension utérine (hydramnios, grossesse multiple, macrosomie), le travail prolongé, l'infection (chorio-amnionite).

#### ***Traumatisme obstétrical***

Rupture utérine, plaies du col, du vagin, de la vulve ; épisiotomie hémorragique, inversion utérine.

#### ***Rétention placentaire***

Le placenta entier ou un fragment de placenta est toujours dans l'utérus. Très rarement, le placenta est impossible à extraire par délivrance artificielle car il n'y a pas de plan de clivage entre le placenta et la paroi utérine (placenta accreta). Dans ce cas, référer pour hystérectomie d'hémostase.

#### ***Troubles de la coagulation***

Les troubles de la coagulation peuvent être la cause ou la conséquence de l'hémorragie. Pour le diagnostic, se référer au [Chapitre 3, Section 3.2.2](#).

### 8.2.2 Conduite à tenir dans les 30 premières minutes

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

- Demander de l'aide.
- Evaluer : pression artérielle, pouls, conscience, saturation en oxygène (si disponible), pertes sanguines (attention, les pertes sanguines sont le plus souvent sous estimées, jusqu'à 50%) puis les surveiller régulièrement.
- Poser deux voies veineuses de gros calibre (16-18G), remplissage vasculaire rapide avec du Ringer lactate ou du chlorure de sodium à 0,9% (1 litre en 15 minutes).
- En prévision d'une transfusion, déterminer le groupe de la patiente et sélectionner des donneurs potentiels ou vérifier la disponibilité en sang. En cas de transfusion, le sang doit obligatoirement avoir été testé (HIV-1, HIV-2, hépatite B, hépatite C et syphilis).
- Mesurer le taux d'hémoglobine (HemoCue).
- Oxygénothérapie à haut débit.

- Si la pression artérielle systolique est < 90 mmHg, surélever les membres inférieurs (garder ou remettre les pieds dans les étriers de la table d'accouchement).
- Effectuer un massage de l'utérus pour expulser les caillots et favoriser la rétraction utérine, maintenir une compression bimanuelle en cas d'hémorragie massive, jusqu'à ce que les utérotoniques agissent.
- Assurer la vacuité utérine : délivrance artificielle immédiate si le placenta n'est pas encore délivré et/ou révision utérine systématique.
- Administrer systématique un utérotonique pour corriger l'atonie utérine ou assurer la rétraction utérine :  
**oxytocine** : 5 à 10 UI en IV lente et en parallèle, perfusion de 20 UI d'oxytocine dans 1 litre de Ringer Lactate ou de chlorure de sodium à 0,9%, à administrer en 2 heures (160 gouttes/minute).
- Poser une sonde de Foley : maintenir la vessie vide facilite la rétraction utérine.
- Révision systématique de la filière génitale : vérifier l'absence de blessure du col ou du vagin par examen avec des valves.
- Noter dans le dossier les résultats de l'évaluation initiale, la surveillance et les actions entreprises, en indiquant les horaires.

### 8.2.3 Prise en charge étiologique

#### **Atonie utérine**

- Administrer de l'**oxytocine**: 5 à 10 UI en IV lente et parallèlement, perfusion de 20 UI d'oxytocine dans 1 litre de Ringer Lactate ou de chlorure de sodium à 0,9%, à administrer en 2 heures (160 gouttes/minute).
- Associer un massage de l'utérus ; maintenir une compression bimanuelle en cas de saignements importants.
- En l'absence d'effet dans les 15 minutes :  
**misoprostol** par voie sublinguale : 800 microgrammes<sup>2</sup> et/ou **méthylergométrine** IM : 0,2 mg
- En l'absence de résultat, mettre en place un ballon de compression intra-utérin ([Annexe 2](#)).

#### **Traumatisme obstétrical** (à rechercher systématiquement)

- Rupture utérine : [Chapitre 3, Section 3.3](#).
- Plaies cervicales ou vaginales : [Section 8.5](#).
- Une épisiotomie peut être hémorragique : réaliser une hémostase transitoire d'un saignement artériel à l'aide d'une pince et suturer au plus vite.
- Inversion utérine : [Section 8.4](#).

#### **Rétention placentaire**

- Délivrance artificielle immédiate si le placenta n'est pas encore délivré et/ou révision utérine systématique pour ramener caillots ou débris placentaires éventuels (permet une bonne rétraction de l'utérus) et vérifier l'absence de rupture utérine (en particulier en cas d'accouchement vaginal sur utérus cicatriciel).
- La délivrance artificielle et la révision utérine s'effectuent sous anesthésie. Ne réaliser le geste sans anesthésie que si l'anesthésie ne peut être faite immédiatement.
- Associer une antibioprofylaxie systématique (**céfazoline** ou **ampicilline** IV lente<sup>a</sup> : 2 g dose unique).

<sup>a</sup> Chez les patientes ayant un antécédent de réactions d'hypersensibilité immédiate à une pénicilline (urticaire, troubles respiratoires, œdème) : **clindamycine** IV, 900 mg dose unique.

### Troubles de la coagulation

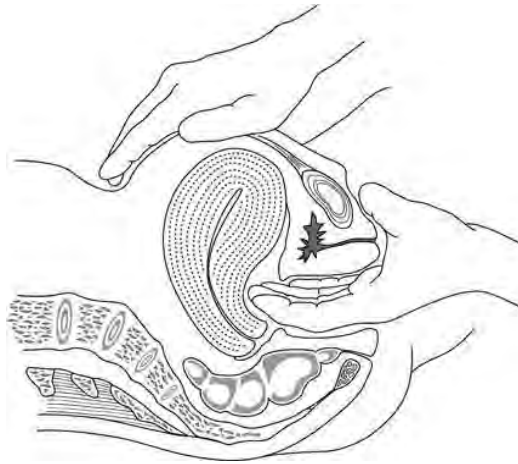
- Une prise en charge active, rapide de l'hémorragie de la délivrance réduit le risque de troubles de la coagulation secondaires.
- En cas de troubles de la coagulation, transfuser :
  - du sang total frais (prélevé depuis moins de 4 heures et qui n'a pas été réfrigéré), ou
  - des concentrés globulaires ou du sang total + du plasma frais congelé.

### 8.2.4 Conduite à tenir en cas d'hémorragie persistante

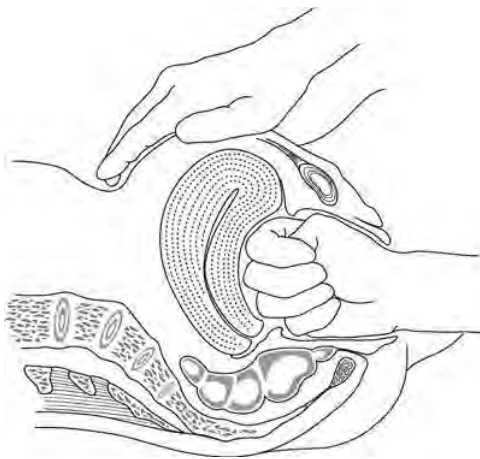
- Maintenir l'état hémodynamique : Ringer lactate jusqu'à 2 litres puis macromolécules et sang. Les objectifs sont : pression artérielle systolique  $\geq 100$  mmHg, saturation en oxygène  $\geq 95\%$ , diurèse  $\geq 30$  ml/heure, conscience normale.
- Mettre en place un ballon de compression intra-utérin ([Annexe 2](#)). Si la patiente est toujours dans une structure SONUB, son transfert dans une structure SONUC est impératif une fois le ballon posé.
- Transfuser si les pertes sanguines ont été abondantes ( $> 1500$  ml) pour obtenir ou maintenir une hémoglobine de 7 g/dl minimum et/ou s'il existe des troubles de la coagulation. Le sang ou tout autre produit sanguin doit obligatoirement avoir été testé avant d'être transfusé (HIV-1, HIV-2, hépatite B, hépatite C et syphilis).  
En cas d'hémorragie modérée sans troubles de la coagulation, transfuser des concentrés de globules rouges ou du sang total.  
En cas d'hémorragie massive et/ou de troubles de la coagulation, transfuser du sang total frais ou des concentrés de globules rouges ou du sang total + du plasma frais congelé.
- S'assurer que l'ensemble des gestes (délivrance artificielle, révision utérine, révision de la filière génitale, ocytociques, sondage urinaire) a bien été réalisé.
- Mesures additionnelles :
  - au minimum un massage de l'utérus toutes les 15 minutes pendant 2 heures, et, si nécessaire, l'un des gestes suivants :
    - compression de l'aorte abdominale (juste au-dessus de l'ombilic), jusqu'à ce que le pouls fémoral ne soit plus perçu, le temps par exemple d'insérer un ballon de compression intra-utérin ou de débiter la laparotomie ([Figure 8.2](#)) ;
    - compression du corps utérin par deux mains au travers de la paroi abdominale si l'utérus est resté volumineux, atone ;
    - compression de l'utérus entre les doigts vaginaux et une main abdominale ([Figure 8.3](#)) ;
    - compression de l'utérus entre le poing et une main abdominale ([Figure 8.4](#)).



**Figure 8.2**  
Compression aortique



**Figure 8.3**  
Compression de l'utérus par le vagin



**Figure 8.4**  
Compression de l'utérus par le vagin

- Organiser l'évacuation de la patiente vers une structure SONUC pour un geste chirurgical si la situation n'est pas contrôlée et de manière systématique en cas de pose d'un ballon de compression intra-utérin.
- Les gestes chirurgicaux complémentaires réalisés par laparotomie pourront être :
  - Conservateurs :
    - Ligatures étagées des pédicules afférents (ligaments ronds, vaisseaux utéro-ovariens, vaisseaux utérins) ;
    - Capitonnage utérin (type suture de B-Lynch ou autre)<sup>b</sup>.
  - Radicaux : hystérectomie avec conservation annexielle. Une hystérectomie subtotale est préférable car limitant le temps opératoire.

*Remarque* : après l'épisode aigu, administrer du **sulfate de fer + acide folique** PO pendant 3 mois ([Chapitre 4, Section 4.1](#)).

<sup>b</sup> Pour plus d'information sur la technique de B Lynch : A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage 2<sup>nd</sup> Edition. Section 9, Chapter 51: Therapy for Non-atonic Bleeding, C. B-Lynch and H. Shah. Conservative Surgical Management.  
[http://www.glowm.com/pdf/PPH\\_2nd\\_edn\\_Chap-51.pdf](http://www.glowm.com/pdf/PPH_2nd_edn_Chap-51.pdf)

## 8.3 Hémorragie secondaire du post-partum

Saignement vaginal excessif survenant entre 24 heures et 6 semaines du post-partum.

### 8.3.1 Diagnostic

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

### 8.3.2 Etiologies

- Rétention placentaire ou de caillots, surinfectée (endométrite).
- Plus rarement, maladie trophoblastique persistante ou choriocarcinome.

### 8.3.3 Conduite à tenir

- Hospitaliser.
- Antibiothérapie immédiate :  
**amoxicilline/acide clavulanique** IV (dose exprimée en amoxicilline) : 3 g/jour à diviser en 3 injections espacées de 8 heures  
 + **gentamicine** IM : 3 à 5 mg/kg/jour en une injection  
 Poursuivre ce traitement pendant 48 heures (jusqu'à disparition de la fièvre) puis prendre le relais avec **amoxicilline/acide clavulanique** PO (dose exprimée en amoxicilline) : 3 g/jour à diviser en 2 ou 3 prises<sup>c</sup> pour compléter 5 jours de traitement  
 ou  
**ampicilline** IV : 6 g/jour à diviser en 3 injections espacées de 8 heures  
 + **métronidazole** IV : 1,5 g/jour en 3 perfusions espacées de 8 heures  
 + **gentamicine** IM : 3 à 5 mg/kg/jour en une injection  
 Poursuivre ce traitement pendant 48 heures (jusqu'à disparition de la fièvre) puis prendre le relais avec **amoxicilline** PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises + **métronidazole** PO : 1,5 g/jour à diviser en 3 prises pour compléter 5 jours de traitement.
- Révision utérine chaque fois que la dilatation du col le permet, sinon curage digital ([Chapitre 9, Section 9.4](#)) ou curetage avec la curette la plus large possible ([Chapitre 9, Section 9.6](#)) et injection d'utérotonique (**oxytocine** IM ou IV lente : 5 à 10 UI, ou à défaut, **méthylergométrine** IM : 0,2 mg ou **misoprostol** par voie sublinguale : 800 microgrammes).

<sup>c</sup> La dose quotidienne est à diviser en 2 prises si utilisation de la formulation dans la proportion 8/1 ou 7/1; à diviser en 3 prises si utilisation de la formulation dans la proportion 4/1.

## 8.4 Inversion utérine

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

### 8.4.1 Diagnostic

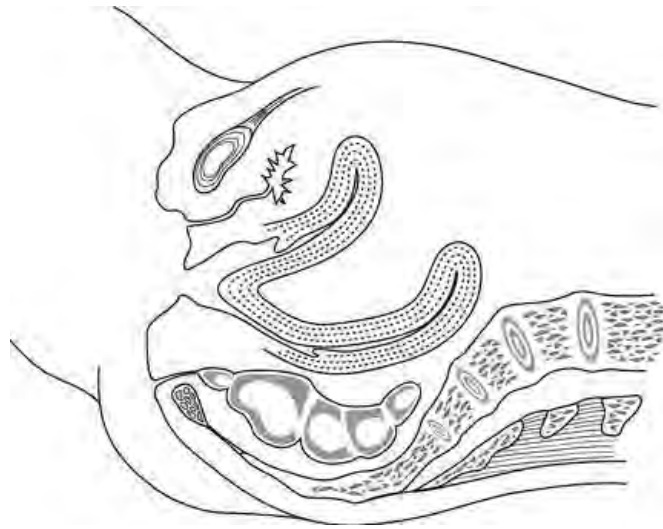
- Habituellement, douleur pelvienne intense avec sensation de pesanteur et hémorragie d'abondance variable rapidement suivi de choc vagal et hypovolémique.
- Disparition du fond utérin à la palpation abdominale, protrusion dans le vagin ou extériorisation d'une masse à la vulve (Figures 8.5 et 8.6).

### 8.4.2 Conduite à tenir

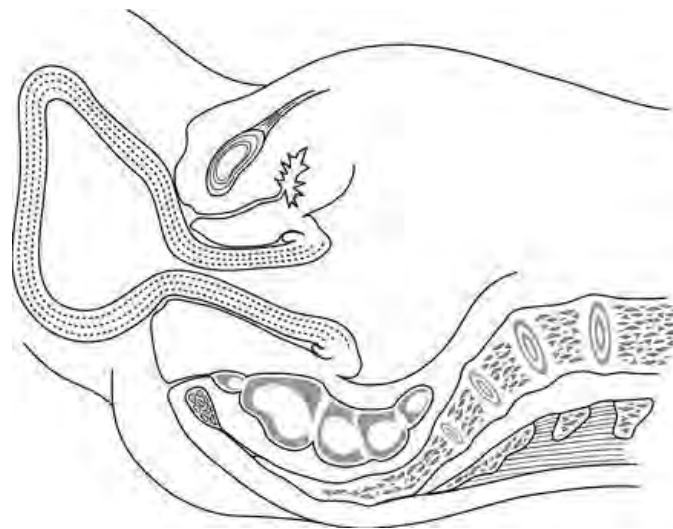
- Traiter le choc et l'hémorragie immédiatement : perfusion de Ringer lactate ou de chlorure de sodium à 0,9% ; transfusion si le pronostic vital immédiat est en jeu. Le sang doit obligatoirement avoir été testé avant d'être transfusé (HIV-1, HIV-2, hépatite B, hépatite C et syphilis).
- Installer en position de Trendelenburg (décubitus dorsal, tête en bas).
- Poser une sonde de Foley et surveiller la diurèse.
- Réaliser une anesthésie générale si possible.
- En cas de traitement utérotonique en cours, l'interrompre le temps de corriger l'inversion.
- Badigeonner le périnée à la polyvidone iodée à 10%.
- Si le placenta n'est pas décollé, ne réaliser la délivrance artificielle qu'après réduction de l'inversion.
- En comprimant l'utérus, le repousser progressivement d'une main à travers le col (Figures 8.7), en direction de l'ombilic pour le ramener à sa position normale. La deuxième main placée sur l'abdomen sert à maintenir l'utérus en place.
- Effectuer une révision utérine si nécessaire (douce pour éviter la récurrence) afin d'évacuer d'éventuels caillots.
- Antibiotrophylaxie systématique (**céfazoline** ou **ampicilline** IV lente<sup>d</sup> : 2 g dose unique).
- Reprendre ou débiter un traitement utérotonique : **oxytocine** IV lente ou IM : 5 ou 10 UI (ou, à défaut, **méthylergométrine** IM : 0,2 mg ou **misoprostol** par voie sublinguale : 800 microgrammes).

Si la réduction manuelle de l'utérus échoue, envisager un traitement chirurgical par voie abdominale : réduction de l'inversion avec éventuelle section du col rétracté œdématié, parfois hystérectomie dans les formes vues tardivement avec nécrose.

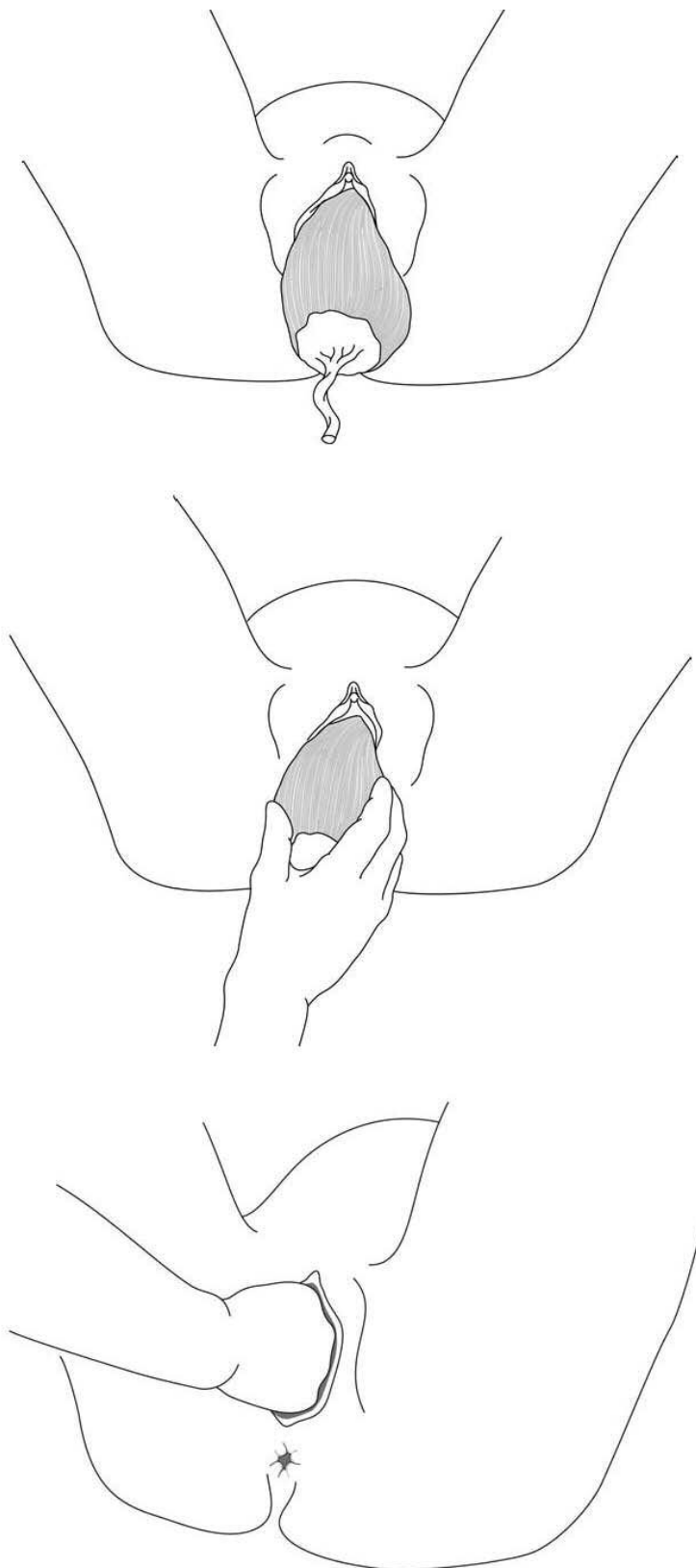
<sup>d</sup> Chez les patientes ayant un antécédent de réactions d'hypersensibilité immédiate à une pénicilline (urticaire, troubles respiratoires, œdème) : **clindamycine** IV, 900 mg dose unique.



**Figure 8.5**  
L'utérus inversé n'atteint pas la vulve



**Figure 8.6**  
L'utérus totalement invaginé s'extériorise à la vulve



**Figures 8.7**  
Réduction manuelle de l'inversion



## 8.5 Déchirure du col ou du vagin

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

Une boîte spécifique contenant des valves vaginales et des instruments longs stériles doit être disponible dans chaque maternité pour réaliser l'exploration et de traitement des déchirures cervicales et vaginales profondes.

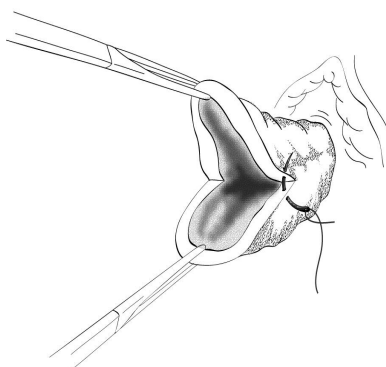
### 8.5.1 Diagnostic

Une déchirure doit être suspectée devant une hémorragie de la délivrance alors que l'utérus est bien rétracté et qu'une rupture utérine est écartée.

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

### 8.5.2 Conduite à tenir

- Poser une voie veineuse de gros calibre (cathéter 16-18G) et perfuser du Ringer lactate ou du chlorure de sodium à 0,9%.
- Réaliser une anesthésie générale ou rachianesthésie si possible afin de s'exposer correctement.
- Un assistant est le plus souvent nécessaire pour présenter les tissus à l'aide de valves. Un bon éclairage est indispensable.
- Badigeonner le périnée à la polyvidone iodée 10%.
- Attirer doucement le col vers l'extérieur au moyen de pinces atraumatiques (bouts annulaires p.ex.) et évaluer l'étendue des déchirures.
  - Déchirure cervicale peu importante, hémorragie minimale : cicatrisation spontanée sans suture et sans séquelle.
  - Rarement, la déchirure cervicale est très hémorragique et impose la mise en place de quelques points en X de fil résorbable Dec 3 (2/0) en un seul plan. Réaliser le premier point en X hémostatique au-dessus de l'angle (Figure 8.8).
  - Les parois du vagin doivent être également suturées si la plaie saigne. S'il s'agit de lacérations vaginales multiples avec des tissus friables se déchirant lors du passage du fil, mettre en place une mèche vaginale à retirer après 24 heures. Poser une sonde de Foley le temps du méchage.
  - Si la déchirure s'est propagée vers l'utérus (segment inférieur), référer en milieu chirurgical pour laparotomie.



**Figure 8.8**  
Déchirure du col

## Références

---

- 1 International Confederation of Midwives and International Federation of Gynaecologists and Obstetricians. Joint Statement Management of the Third Stage of Labour to Prevent Post-partum Haemorrhage. 2003.  
[http://www.pphprevention.org/files/ICM\\_FIGO\\_Joint\\_Statement.pdf](http://www.pphprevention.org/files/ICM_FIGO_Joint_Statement.pdf)
- 2 WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. World Health Organization. Geneva, 2012.  
<http://www.mchip.net/sites/default/files/PPH%20Briefing%20%28General%29%20-%20French.pdf>



# Chapitre 9 :

## Manœuvres intra-utérines

<b>9.1 Précautions à prendre lors des manœuvres intra-utérines</b> .....	181
9.1.1 <i>Précautions communes à toutes manœuvres intra-utérines</i> .....	181
9.1.2 <i>Précautions spécifiques aux manœuvres manuelles</i> .....	181
<b>9.2 Délivrance artificielle</b> .....	182
9.2.1 <i>Indications</i> .....	182
9.2.2 <i>Technique</i> .....	182
<b>9.3 Révision utérine</b> .....	183
9.3.1 <i>Indications</i> .....	183
9.3.2 <i>Technique</i> .....	183
<b>9.4 Curage digital</b> .....	184
9.4.1 <i>Indications</i> .....	184
9.4.2 <i>Technique</i> .....	184
<b>9.5 Aspiration manuelle par le vide (AMV)</b> .....	185
9.5.1 <i>Indications</i> .....	185
9.5.2 <i>Contre-indications</i> .....	185
9.5.3 <i>Matériel</i> .....	185
9.5.4 <i>Technique</i> .....	186
9.5.5 <i>Suivi de la patiente</i> .....	188
9.5.6 <i>Complications</i> .....	188
<b>9.6 Curetage</b> .....	189
9.6.1 <i>Indications</i> .....	189
9.6.2 <i>Précautions</i> .....	189
9.6.3 <i>Matériel</i> .....	189
9.6.4 <i>Technique</i> .....	189
9.6.5 <i>Suivi de la patiente</i> .....	191
9.6.6 <i>Complications</i> .....	191
<b>9.7 Embryotomie</b> .....	193
9.7.1 <i>Conditions générales et précautions</i> .....	193
9.7.2 <i>Contre-indications</i> .....	194
9.7.3 <i>Matériel</i> .....	194
9.7.4 <i>Craniotomie sur présentation céphalique enclavée</i> .....	195
9.7.5 <i>Cranioclasie</i> .....	196
9.7.6 <i>Craniotomie sur rétention tête dernière (siège)</i> .....	196
9.7.7 <i>Embryotomie rachidienne sur présentation transverse</i> .....	197



## 9.1 Précautions à prendre lors des manœuvres intra-utérines

Il existe deux types de manœuvres intra-utérines :

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

### 9.1.1 Précautions communes à toutes manœuvres intra-utérines

#### *Vidange vésicale*

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

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

#### *Asepsie*

- Nettoyer la vulve et le périnée avec la solution antiseptique moussante de polyvidone iodée (ou à défaut, avec du savon ordinaire). Rincer, sécher. Badigeonner ensuite la vulve et le périnée à la polyvidone iodée à 10%.
- Utiliser des champs, compresses et gants stériles (des gants de révision utérine stériles, à manches longues, pour les manœuvres manuelles).

#### *Anesthésie*

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

Pour l'AMV, une analgésie satisfaisante peut être obtenue en associant une prémédication et une anesthésie locale (bloc paracervical).

#### *Protection du personnel*

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

### 9.1.2 Précautions spécifiques aux manœuvres manuelles

Pour toute manœuvre intra-utérine manuelle, associer :

- Une antibioprophylaxie avant le geste :  
**céfazoline** ou **ampicilline** IV lente<sup>a</sup> : 2 g dose unique

ET

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

<sup>a</sup> Chez les patientes ayant un antécédent de réactions d'hypersensibilité immédiate à une pénicilline (urticaire, troubles respiratoires, œdème) : **clindamycine** IV, 900 mg dose unique.

## 9.2 Délivrance artificielle (évacuation manuelle du placenta)

### 9.2.1 Indications

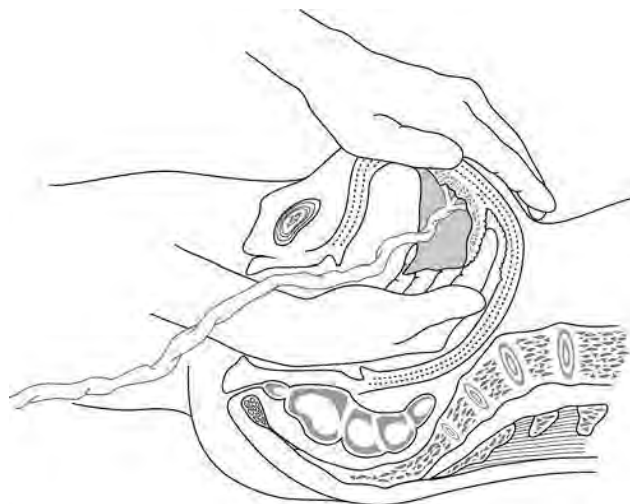
- Absence de délivrance dans les 30 à 45 minutes qui suivent l'accouchement.
- Hémorragie survenant avant l'évacuation spontanée du placenta.

### 9.2.2 Technique

(Figure 9.1)

- Respecter les précautions générales (Section 9.1.1) et spécifiques aux manœuvres manuelles (Section 9.1.2).
- Une main empaume le fond utérin et le maintient vers le bas.
- L'autre main, en pronation forcée, va jusqu'au fond de l'utérus et du bout des doigts, trouve le plan de clivage utéro-placentaire. Cette main s'enfonce jusqu'à l'avant-bras dans les voies génitales.
- Une fois le plan de clivage trouvé, utiliser le bord de la main en pronation, comme une cuillère, pour décoller le placenta et le ramener vers l'extérieur.
- Réintroduire immédiatement la main pour effectuer la révision utérine.

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



**Figure 9.1**  
Décollement manuel du placenta

## 9.3 Révision utérine

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

### 9.3.1 Indications

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

*Remarque* : en cas d'hémorragie de la délivrance, éliminer une déchirure vaginale ou cervicale, surtout si le placenta paraît complet et s'il y a un bon globe de sécurité ([Chapitre 8, Section 8.5](#)).

### 9.3.2 Technique

- Respecter les précautions générales ([Section 9.1.1](#)) et spécifiques aux manœuvres manuelles ([Section 9.1.2](#)).
- Exploration systématique de l'utérus : deux faces, deux bords, un fond, deux cornes. Les doigts recherchent des débris placentaires et la main les extrait.
- Vérifier l'apparition du globe de sécurité, aidée par le massage abdominal : la rétraction de l'utérus lui donne un aspect de boule ferme.



## 9.4 Curage digital

Evacuation digitale de fragments placentaires ou de caillots dans les suites d'un avortement ou accouchement vu tardivement, dans les cas où la révision utérine n'est pas possible, le col n'étant pas suffisamment ouvert pour laisser passer la main (le col doit toutefois être perméable au doigt, à deux doigts si possible).

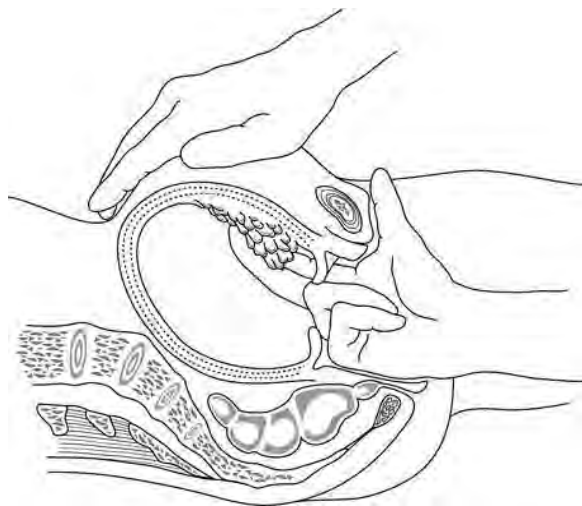
### 9.4.1 Indications

- Avortement hémorragique ou rétention placentaire vue tardivement, ne permettant pas une révision utérine.

### 9.4.2 Technique

(Figure 9.2)

- Respecter les précautions générales (Section 9.1.1) et spécifiques aux manœuvres manuelles (Section 9.1.2).
- Introduire l'index (et le majeur si possible) dans la cavité utérine, l'autre main empaumant l'utérus sur l'abdomen.
- Explorer systématiquement et extraire les fragments résiduels.



**Figure 9.2**  
Exploration de l'utérus avec deux doigts

## 9.5 Aspiration manuelle par le vide (AMV)<sup>b</sup>

Evacuation par aspiration du contenu utérin.

### 9.5.1 Indications

- Avortement incomplet avant 12 à 14 semaines d'aménorrhée
- Môle
- Interruption de grossesse avant 12 à 14 semaines d'aménorrhée (se référer au [Chapitre 12](#))

### 9.5.2 Contre-indications

#### **Absolue**

- Grossesse (non molaire) de plus de 14 semaines d'aménorrhée

#### **Relatives**

- Cervicite purulente et infection pelvienne : débiter l'antibiothérapie avant le geste.
- Troubles de la coagulation : il existe un risque hémorragique. L'AMV doit être réalisée dans une structure capable de réaliser une chirurgie et une transfusion en urgence.

### 9.5.3 Matériel

- Boîte d'AMV comprenant :
  - 2 seringues Ipas Plus® de 60 ml
  - 2 flacons de silicone pour lubrifier la seringue
  - 20 jeux de canules flexibles Ipas Easy Grip® (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12 mm), stériles à usage unique
  - 5 dilateurs utérins doubles de Hégar (3-4, 5-6, 7-8, 9-10, 11-12 mm)
  - 1 pince de Pozzi
  - 1 spéculum vaginal de Collin
  - 1 stylet
  - 1 pince porte-tampon de Chéron
  - 1 cupule de 100 ml
  - 1 panier à instrument en acier inoxydable
 L'ensemble du matériel est *autoclavable*, à l'exception des canules qui sont à *usage unique strict*.
- Pour la procédure :
  - 1 champ stérile pour déposer le matériel stérile
  - 1 champ troué pour placer sur la vulve
  - solution antiseptique moussante de polyvidone iodée (scrub) ou à défaut, savon ordinaire
  - solution dermique de polyvidone iodée à 10%
  - compresses et gants stériles
  - protection absorbante pour placer sous les fesses de la patiente
  - 1 lampe puissante

<sup>b</sup> Pour plus d'informations sur l'aspiration manuelle par le vide : Performing Uterine Evacuation with the Ipas MVA Plus® Aspirator and Ipas EasyGrip® Cannulae: Instructional Booklet (deuxième édition, 2007). <http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/UTEEVAC2E08.ashx>

- Pour l'anesthésie locale :
  - aiguille stérile longue (à PL 22G ou à IM 21G)
  - lidocaïne 1% (sans épinéphrine) + seringue et aiguille stériles

### 9.5.4 Technique

Respecter les précautions générales décrites dans la [Section 9.1.1](#).

#### **Préparation de la patiente**

- En cas de cervicite purulente ou d'infection pelvienne, débiter l'antibiothérapie avant de réaliser l'aspiration (risque majoré de perforation utérine). Pour l'antibiothérapie, voir [Section 9.6.6](#).
- Si le col est ferme et fermé (c.-à-d. môle avec col fermé), administrer du **misoprostol** par voie sublinguale ou par voie vaginale dans le cul de sac vaginal postérieur : 400 microgrammes dose unique, au moins 3 heures avant le geste<sup>1</sup>, pour ouvrir le col et éviter une dilatation cervicale traumatique.
- Prémédication orale avant bloc paracervical :  
 Une heure avant le geste : **diazépam** PO, 10 mg  
 Une demi-heure avant le geste :  
**ibuprofène** PO : 800 mg  
 +  
**codéine** PO : 30 mg si < 60 kg ; 60 mg si > 60 kg  
 ou  
**tramadol** PO : 50 mg si < 60 kg ; 100 mg si > 60 kg

*Remarque* : en cas d'avortement incomplet hémorragique, le geste doit être réalisé en urgence. Dans ces cas :

- la prémédication orale n'est pas administrée ;
- si le contexte le permet (structure SONUC), le geste est réalisé sous anesthésie générale ;
- si une anesthésie générale n'est pas envisageable, remplacer la prémédication orale par :  
**diazépam** IM : 10 mg (ne pas administrer en IV : risque de dépression respiratoire)  
 + **tramadol** SC : 50 mg si < 60 kg ou 100 mg si > 60 kg avant de réaliser le bloc paracervical.

#### **Préparation du matériel**

- Préparer des canules de plusieurs tailles :
  - Schématiquement, le diamètre de la canule à utiliser correspond au terme approximatif de la grossesse en semaines d'aménorrhée, p.ex. à 10 SA, choisir une canule de 8 à 10 mm de diamètre.
  - En pratique, le diamètre de la canule insérée dépend de la dilatation obtenue. Par exemple, si à 10 SA, on ne dilate aisément que jusqu'à un dilateur n°8, utiliser une canule de 8 mm.

#### **Bloc paracervical**

- Placer le spéculum ; antiseptie du col et du vagin à la polyvidone iodée à 10%.
- Placer la pince de Pozzi sur la partie antérieure du col (à midi) et exercer une légère traction du col afin de visualiser la transition entre le col et la paroi vaginale. C'est au niveau de cette transition que sont effectuées les injections du bloc paracervical.  
 Pratiquer 4 injections de 2 à 3 ml de **lidocaïne 1%** chacune, autour du col, en 4 sites différents (à 2, 5, 8 et 11 heures), à 2 ou 3 mm de profondeur maximum ; ne pas dépasser 20 ml au total.

### **Dilatation**

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

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

### **Aspiration**

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

En milieu chirurgical, l'aspiration peut être réalisée avec une canule connectée au dispositif électrique d'aspiration chirurgicale, avec une pression maximale de 800 mbar.

### **Examen du contenu de l'aspiration**

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

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

### 9.5.5 Suivi de la patiente

- Pas de traitement utérotonique systématique, sauf en cas de môle.
- Après l'intervention, les saignements persistent, sans caillots. Surveiller les constantes et l'importance des saignements. Installer confortablement la patiente tant que dure la surveillance (minimum 2 heures).
- Les douleurs sont modérées et calmées par le paracétamol et/ou l'ibuprofène.
- Vérifier et mettre à jour la couverture antitétanique en cas de suspicion d'avortement provoqué.
- La patiente rentre chez elle si ses paramètres sont stables, qu'elle est capable de marcher et qu'elle a reçu les informations suivantes :
  - les crampes persistent quelques jours (prescrire un antalgique) ;
  - les saignements persistent 8 à 10 jours ;
  - les règles reviennent dans les 4 à 8 semaines suivantes ;
  - le retour à la fertilité est immédiat (proposer une contraception, [Chapitre 11, Section 11.5](#)) ;
  - conseils sur les soins d'hygiène ; pas de douches vaginales ;
  - signes et symptômes nécessitant une consultation : saignement prolongé (plus de 2 semaines), saignement plus abondant que les règles normales, douleur importante, fièvre, frissons, malaise, syncope ;
  - visite de contrôle systématique 10 ou 15 jours après l'intervention (recherche de signes d'infection, d'évacuation incomplète).

### 9.5.6 Complications

- Evacuation incomplète de l'utérus, due à l'utilisation d'une canule trop petite ou à une aspiration interrompue : recommencer.
- Perforation utérine, hémorragie, infection pelvienne : se référer à la [Section 9.6.6](#).
- Embolie gazeuse : très rare, peut survenir quand le piston de la seringue est poussé alors que la canule se trouve encore dans la cavité utérine.
- Hématométrie : dans les heures qui suivent le geste, rétention de sang dans la cavité utérine. L'utérus se distend et devient extrêmement sensible. Le traitement repose sur une nouvelle évacuation de l'utérus, l'administration d'un ocytocique, le massage de l'utérus.

## 9.6 Curetage

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

### 9.6.1 Indications

- Rétention de placenta ou de caillots après avortement incomplet :  
Le curetage n'est pas la méthode de choix. Il n'est utilisé que si :
  - Avant 12 à 14 SA : l'aspiration manuelle par le vide n'est pas disponible ou n'est pas efficace ;
  - Après 12 à 14 SA : le col n'est pas spontanément assez dilaté pour effectuer un curage digital.
- Rétention de placenta ou de caillots après accouchement :
  - Immédiatement après l'accouchement, une révision utérine ou un curage digital sont toujours possibles, il n'y a pas lieu de réaliser un curetage.
  - A distance de l'accouchement, le recours au curetage est exceptionnel. Il n'est utilisé que si le col n'est pas spontanément assez dilaté pour effectuer une révision utérine ou un curage digital.

### 9.6.2 Précautions

- Le curetage doit être réalisé dans une structure SONUC.

### 9.6.3 Matériel

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

### 9.6.4 Technique

Respecter les précautions générales décrites dans la [Section 9.1.1](#).

#### ***Préparation de la patiente***

- En cas de cervicite purulente ou d'infection pelvienne, débiter l'antibiothérapie avant de réaliser le curetage (risque majoré de perforation utérine). Pour l'antibiothérapie, voir [Section 9.6.6](#).

- En cas d'avortement incomplet du deuxième trimestre ou après un accouchement : antibioprophylaxie (**céfazoline** ou **ampicilline IV lente**<sup>c</sup> : 2 g dose unique).
- Préparation cervicale : comme pour une aspiration manuelle par le vide (Section 9.5.4).

### **Anesthésie générale ou rachianesthésie**

A défaut, prémédication + bloc paracervical, comme pour une aspiration manuelle par le vide (Section 9.5.4).

### **Dilatation**

Comme pour une aspiration manuelle par le vide (Section 9.5.4).

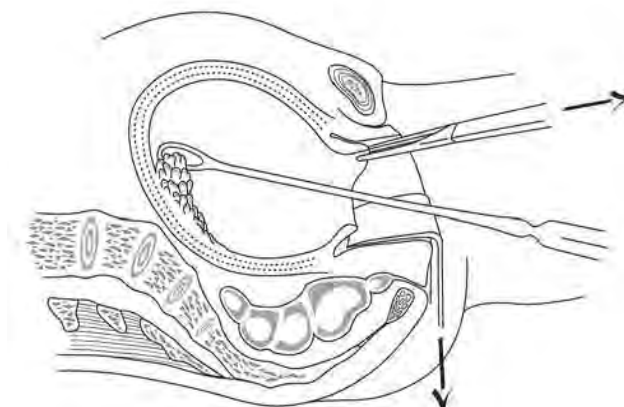
### **Curetage**

(Figure 9.3)

- Aligner au mieux le col et le corps de l'utérus en tirant d'une main sur la pince de Pozzi fixée sur le col et en maintenant la traction.
- Choisir la curette la plus grande possible. Plus elle est petite, plus elle risque d'être traumatique. La limite est le degré de dilatation du col obtenu avec les dilateurs.
- L'utilisation de l'hystéromètre est possible mais pas indispensable ; la profondeur de l'utérus peut être appréciée par la longueur de la curette introduite doucement jusqu'au fond utérin.
- L'exploration s'effectue du fond utérin vers le col afin de ramener les débris vers l'extérieur, en évitant la perforation. Une curette se tient simplement entre pouce et index, le manche reposant sur la pulpe des autres doigts, permettant un mouvement de va-et-vient : ne pas prendre la curette à pleine main.

Il s'agit de décoller les fragments sans forcément abraser la muqueuse. Ne pas attendre obligatoirement le « cri utérin » (sensation de crissement ressentie par l'intermédiaire de la curette, lors d'un curetage trop profond).

En fin d'intervention, vérifier la vacuité utérine : la curette ne ramène plus de tissus. En la passant sur toute la surface de l'utérus, on perçoit une sensation râpeuse.



**Figure 9.3**  
Curetage

<sup>c</sup> Chez les patientes ayant un antécédent de réactions d'hypersensibilité immédiate à une pénicilline (urticaire, troubles respiratoires, œdème) : **clindamycine IV**, 900 mg dose unique.

## 9.6.5 Suivi de la patiente

### *Après un avortement*

Même suivi et conseils qu'après une aspiration manuelle par le vide (Section 9.5.5).

### *Après un accouchement*

– Administrer systématiquement de l'**oxytocine** IM ou IV lente : 5 ou 10 UI.

## 9.6.6 Complications

### *Hémorragie persistante*

- Evacuation utérine incomplète : recommencer.
- Atonie utérine : administrer un utérotonique (Chapitre 8, Section 8.2.3).
- Dilacérations vaginales ou cervicales (fréquentes dans les avortements non médicalisés).

### *Perforation utérine*

- Perforation par les dilateurs ou les curettes : saignements, instrument qui s'enfonce démesurément, douleurs.
- Possibilité de plaie associée de la vessie, voire d'une fistule ultérieure, si la vessie n'a pas été vidée avant le curetage. Si tel est le cas, placer immédiatement une sonde de Foley pour 7 jours, ce qui permet le plus souvent à la vessie de cicatriser.

Le traitement est le repos associé à une antibiothérapie :

**amoxicilline/acide clavulanique** PO : 3 g/jour à diviser en 2 ou 3 prises<sup>d</sup> pendant 5 jours  
ou

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

En cas d'infection associée, poursuivre le traitement 10 jours.

Si la patiente est dans une structure SONUB, la référer dans une structure SONUC.

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

### *Infections*

- Les endométrites, salpingites, pelvipéritonites, voire septicémies doivent être prévenues par l'asepsie rigoureuse, des gestes atraumatiques et une antibioprophylaxie en cas d'accouchement ou d'avortement au deuxième trimestre (Section 9.1.2).
- Chez une patiente fébrile, dans un contexte d'infection pelvienne en cours, débiter une antibiothérapie :  
**amoxicilline/acide clavulanique** IV : 3 g/jour à diviser en 3 injections + **gentamicine** IM : 3 à 5 mg/kg/jour en une injection  
ou  
**ampicilline** IV : 6 g/jour à diviser en 3 injections  
+ **métronidazole** IV : 1,5 g/jour à diviser en 3 perfusions  
+ **gentamicine** IM : 3 à 5 mg/kg/jour en une injection

<sup>d</sup> La dose quotidienne est à diviser en 2 prises si utilisation de la formulation dans la proportion 8/1 ou 7/1; à diviser en 3 prises si utilisation de la formulation dans la proportion 4/1.



Poursuivre ce traitement pendant 48 heures (jusqu'à disparition de la fièvre) puis prendre le relais avec :

**amoxicilline/acide clavulanique** PO : 3 g/jour en 2 ou 3 prises<sup>e</sup> pour compléter 5 jours de traitement

ou

**amoxicilline** PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises + **métronidazole** PO : 1,5 g/jour à diviser en 3 prises pour compléter 5 jours de traitement

En cas de perforation associée, poursuivre le traitement 10 jours.

---

<sup>e</sup> La dose quotidienne est à diviser en 2 prises si utilisation de la formulation dans la proportion 8/1 ou 7/1; à diviser en 3 prises si utilisation de la formulation dans la proportion 4/1.

## 9.7 Embryotomie<sup>f</sup>

Opération mutilatrice du fœtus mort, visant à réduire son volume afin de faciliter l'accouchement par voie basse s'il ne s'effectue pas normalement du fait d'un obstacle mécanique.

Cette procédure, souvent réalisée sur un utérus fragile et infecté, comporte un risque de traumatisme lié à une manœuvre difficile (risque de rupture utérine, plaie cervicale et vaginale, dégâts des parties molles maternelles avec fistule), en particulier en cas d'embryotomie rachidienne.

Peu de personnes ont l'expérience de telles procédures. Pour les réaliser, les opérateurs doivent avoir une bonne connaissance obstétricale, être à l'aise dans la pratique des manœuvres obstétricales et être capables de prendre en charge les complications.

Certains praticiens pourraient préférer pratiquer une césarienne sur un fœtus mort plutôt que d'avoir à le mutiler. Toutefois, dans le contexte d'obstruction du travail, les risques d'infection puerpérale, de fistule et d'hémorragie du post-partum sont présents et importants, que l'accouchement est lieu par césarienne ou voie vaginale. De plus, la césarienne peut comporter un risque vital et fonctionnel important pour la mère. L'embryotomie a pour objectif de limiter ces risques.

L'embryotomie doit être réalisée dans une structure SONUC (référer si nécessaire, même si la référence prend du temps).

### 9.7.1 Conditions générales et précautions

Il n'y a pas d'urgence à réaliser l'extraction fœtale. La priorité est à la réanimation maternelle (voie veineuse, hydratation IV, antibiothérapie en cas de rupture prolongée des membranes ou infection, sondage urinaire).

L'embryotomie peut être réalisée lorsque l'état de la mère est stabilisé et aux conditions suivantes :

- Confirmer la mort du fœtus : disparition des bruits du cœur au doppler obstétrical ou à l'échographie.
- Constater l'obstacle à l'accouchement par voie vaginale en raison du volume et/ou la présentation.
- S'assurer de l'accès satisfaisant à la présentation : dilatation complète ou quasi complète (> 8 cm) avec membranes rompues.
- Réaliser un sondage vésical.
- Réaliser la manœuvre en bloc opératoire, dans des conditions d'asepsie rigoureuses et sous anesthésie ; préparation systématique à une laparotomie en cas de rupture utérine.
- Prendre le temps d'expliquer à la mère et à la famille les bénéfices attendus (éviter la césarienne) et les complications possibles (possible laparotomie si échec de l'embryotomie ou rupture utérine). Obtenir le consentement de la patiente.

<sup>f</sup> Pour plus d'informations sur l'embryotomie : Peter C. Bewes, James Cairns, Jim Thornton Maurice King. Primary Surgery: Non-Trauma v.1. 1990 (mise à jour : 2008). <http://www.primary-surgery.org/ps/vol1/html/index.html>

- Après l'extraction fœtale, vérifier systématiquement :
  - la cavité utérine (révision utérine sous antibioprophylaxie, [Section 9.3](#)) ;
  - les parois du vagin (utiliser des valves vaginales disponibles par exemple dans la boîte de curetage pour s'exposer convenablement).
- Après le geste, administrer systématiquement de l'**oxytocine** IM ou IV lente : 5 ou 10 UI.
- En cas de travail prolongé avec pression prolongée du fœtus engagé dans le pelvis, laisser en place la sonde de Foley pour 14 jours pour limiter le risque de formation de fistule.
- Soins du corps de l'enfant : suture cutanée des plaies ; toilette et emmaillotage pour le présenter/le remettre aux parents ou à la famille, selon leur souhait.

## 9.7.2 Contre-indications

- Doute sur la mort du fœtus
- Rupture utérine
- Dilatation < 8 cm

## 9.7.3 Matériel

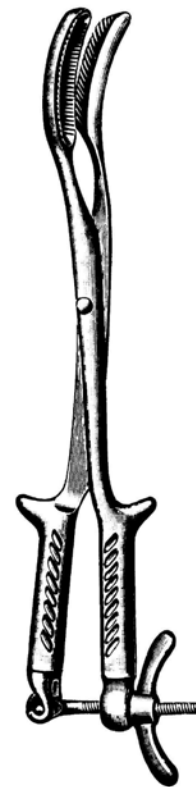
- Perforateur de Smellie (Figure 9.4)
- Ciseaux de Dubois ou larges ciseaux courbes (Figure 9.5)
- Cranioclaste de Braun (Figure 9.6)
- 4 pinces de Faure



**Figure 9.4**  
Perforateur de Smellie



**Figure 9.5**  
Ciseaux de Dubois



**Figure 9.6**  
Cranioclaste de Braun

### 9.7.4 Craniotomie sur présentation céphalique enclavée

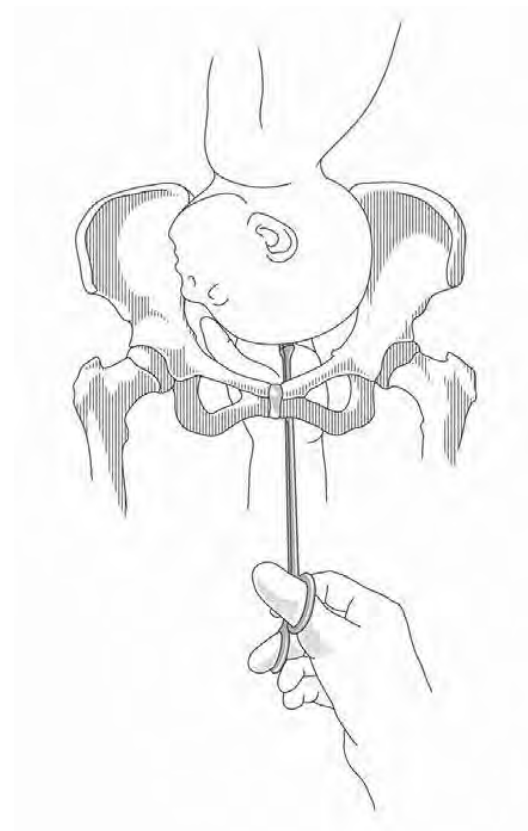
Opération consistant à pratiquer une brèche sur la boîte crânienne pour diminuer le volume de la tête fœtale qui fait obstacle à l'accouchement.

#### **Technique**

(Figure 9.7)

- Un assistant appuie ses deux paumes sur la tête fœtale et effectue une pression vers le bas.
- L'opérateur introduit une main en forme de gouttière, dans le vagin, au contact de la tête fœtale.
- Le perforateur tenu dans l'autre main glisse le long de la gouttière faite avec la première main (pour protéger le vagin) jusqu'au contact de la tête fœtale. Ceci peut être réalisé sous vision directe après rétraction par des valves vaginales.
- La perforation se fait au centre du crâne pour protéger les parties molles maternelles. Il est plus facile de la réaliser dans une fontanelle. Imprimer un mouvement de rotation à l'instrument pour effectuer la perforation, puis le retirer pour laisser le liquide céphalorachidien et/ou la matière cérébrale s'écouler par l'orifice.
- Le liquide céphalo-rachidien fait irruption, le volume de la tête se réduit et l'accouchement doit pouvoir s'effectuer facilement ; sinon, réaliser une traction sur le crâne à l'aide de 3 à 4 pinces, en agrippant le scalp autour de la perforation. Si nécessaire, réaliser une cranioclasie.

*Remarque* : si l'enfant est hydrocéphale, la perforation peut être remplacée par une ponction.



**Figure 9.7**  
Embryotomie avec le perce-crâne de Smellie

### 9.7.5 Cranioclasie

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

#### **Technique**

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

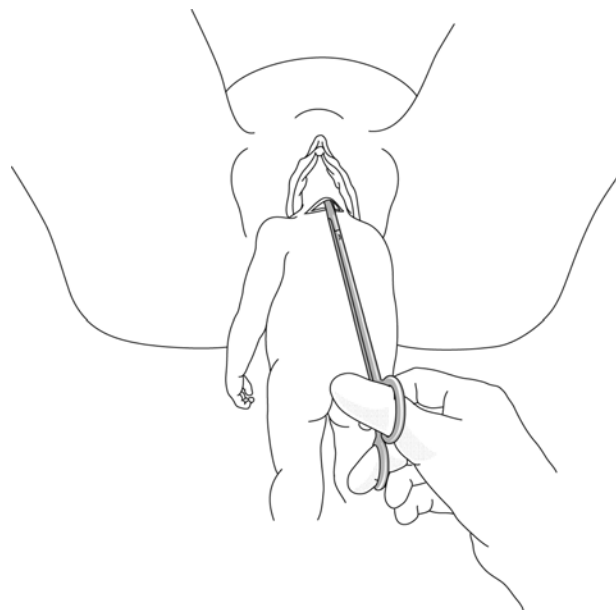
### 9.7.6 Craniotomie sur rétention tête dernière (siège)

#### **Technique**

(Figure 9.8)

- Un assistant appuie ses deux paumes sur la tête fœtale et effectue une pression vers le bas.
- L'opérateur tire le corps du fœtus en dehors, vers le bas pour avoir accès à l'occiput. Si nécessaire, rétracter la paroi vaginale antérieure à l'aide d'une valve.
- Le perforateur (ou à défaut, les ciseaux) est introduit sous l'occiput. Imprimer un mouvement de rotation à l'instrument pour effectuer la perforation. Ouvrir et refermer pour dilacérer le contenu.
- Retrait du perforateur et traction du tronc. Si la rétention persiste, la traction peut être réalisée directement sur le crâne à l'aide de pinces fixées autour de la perforation.

*Remarque* : si l'enfant est hydrocéphale, la perforation peut être remplacée par une ponction.



**Figure 9.8**  
Craniotomie sur rétention de tête dernière

### 9.7.7 Embryotomie rachidienne sur présentation transverse

Opération consistant à décapiter le fœtus pour lever l'enclavement de la présentation transverse.

Cette forme d'embryotomie est la plus difficile à réaliser. C'est aussi celle qui présente le plus grand risque de traumatisme maternel.

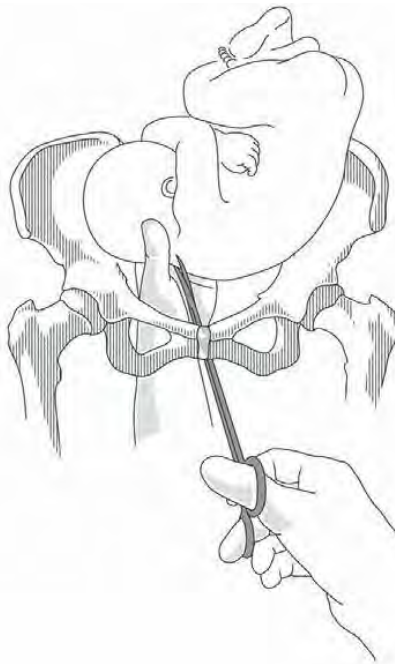
Si le fœtus est gros et/ou difficilement accessible, l'embryotomie ne peut être réalisée et une césarienne est nécessaire d'emblée. Etre conscient que la césarienne sera toutefois compliquée, avec une extraction fœtale potentiellement difficile et un risque d'extension de l'hystérotomie.

L'embryotomie peut être tentée si le fœtus est petit et facilement accessible. Au préalable, essayer de réaliser une manœuvre de version interne au bloc ([Chapitre 7, Section 7.8](#)), sous anesthésie et une grande extraction de siège ([Chapitre 6, Section 6.3](#)), avec ou sans craniotomie.

#### Technique

(Figure 9.9)

- L'opérateur doit évaluer la position exacte du fœtus (position de la tête, du cou, quel bras est prolabé ?).
- Un assistant réalise une traction sur le bras prolabé en cas d'épaule négligée (ne pas tenter de sectionner en premier le bras, sa traction permet d'attirer le corps vers le bas).
- Glisser une main derrière le fœtus et entourer le cou comme un collier, pouce d'un côté, index de l'autre.
- Les ciseaux (fermés et à plat) sont glissés dans la gouttière faite par la première main. Il faut atteindre le cou de manière perpendiculaire.
- Section du cou sous le contrôle des doigts et dans le creux de la main, par petits coups, en écartant un peu les lames des ciseaux à chaque fois.
- Après décapitation, les bras sont abaissés l'un après l'autre et le corps est dégagé.
- Pour dégager la tête, agripper le moignon cervical, tirer vers le bas et réaliser l'extraction comme pour une rétention de tête dernière, en appliquant les doigts dans la bouche.



**Figure 9.9**  
Embryotomie rachidienne aux ciseaux

## Références

---

- <sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé. Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. Genève, 2012.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78413/1/9789242548433\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78413/1/9789242548433_fre.pdf?ua=1)

# Chapitre 10 :

## Soins au nouveau-né en maternité

<b>10.1 Soins et examen de routine dans les premières heures de vie</b> .....	201
10.1.1 Libération des voies aériennes .....	201
10.1.2 Clampage et soins du cordon .....	201
10.1.3 Score d’Apgar .....	201
10.1.4 Examen clinique .....	202
10.1.5 Régulation thermique.....	203
10.1.6 Alimentation.....	203
10.1.7 Traitements préventifs .....	203
10.1.8 Vaccinations .....	204
10.1.9 Suivi journalier.....	204
<b>10.2 Réanimation du nouveau-né</b> .....	205
10.2.1 Réanimation de base.....	205
10.2.2 Après la réanimation .....	207
<b>10.3 Soins du nouveau-né malade</b> .....	208
10.3.1 Signes de danger .....	208
10.3.2 Prise en charge de l’urgence vitale.....	208
10.3.3 Prise en charge de l’infection néonatale symptomatique .....	209
10.3.4 Prise en charge des nouveau-nés asymptomatiques à risque d’infection néonatale.....	210
10.3.5 Prise en charge de l’hypoglycémie .....	211
10.3.6 Prise en charge de l’ictère .....	212
<b>10.4 Soins spécifiques en cas d’infection transmissible chez la mère</b> .....	214
10.4.1 Syphilis.....	214
10.4.2 Infection génitale à gonocoque et/ou chlamydia .....	214
10.4.3 Herpès génital .....	215
10.4.4 Infection par le virus de l’hépatite B.....	215
10.4.5 Infection par le HIV.....	215
10.4.6 Tuberculose pulmonaire évolutive .....	216
<b>10.5 Soins du nouveau-né de petit poids de naissance (1500-2500 g)</b> .....	217
10.5.1 Méthode kangourou.....	217
10.5.2 Thermorégulation.....	218
10.5.3 Alimentation.....	218
10.5.4 Surveillance .....	218
<b>10.6 Critères de sortie de la maternité</b> .....	219





## 10.1 Soins et examen de routine dans les premières heures de vie

Evaluer immédiatement et rapidement l'état initial de l'enfant afin de mettre en route une réanimation si nécessaire (Section 10.2). Le matériel de réanimation doit être à portée de main et prêt à fonctionner.

### 10.1.1 Libération des voies aériennes

Essuyer le nez et la bouche pour dégager les voies aériennes.

N'aspirer le nez et la bouche qu'en cas d'encombrement manifeste. Ne pas aspirer dans le larynx/la trachée (risque de bradycardie, de spasme laryngé). Utiliser de préférence une poire à aspiration (Penguin).

### 10.1.2 Clampage et soins du cordon

Le clampage du cordon devrait être retardé d'au moins 2 minutes pour tous les enfants qui crient vigoureusement (et particulièrement ceux de moins de 2500 g).

Pour une transfusion optimale, garder l'enfant sur le ventre de sa mère.

Clamper le cordon avec 2 pinces Kocher à 10 cm de l'ombilic et couper entre les 2 pinces. Utiliser une lame stérile ou des ciseaux stériles, distincts de ceux utilisés pour une éventuelle épisiotomie.

Lier le cordon avec un clamp de Barr ou un fil stérile (double ligature), en laissant un moignon de 2 à 3 cm.

Désinfecter l'ombilic avec une compresse stérile imbibée de **chlorhexidine 7,1%** (ou, à défaut, de **polyvidone 10%** avec un maximum de 3 applications au total).

### 10.1.3 Score d'Apgar

Le score d'Apgar est établi 1 et 5 minutes après la naissance et noté dans le dossier médical et le carnet de santé de l'enfant.

Ce score est un outil de suivi de l'adaptation de l'enfant à la vie extra-utérine. Il n'est pas utilisé pour poser les indications de réanimation qui doivent être appréciées à la naissance, selon la présence ou non de respiration spontanée, sans attendre l'évaluation à une minute.

En cas de réanimation, le score d'Apgar est établi de manière rétrospective.

Si le score d'Apgar est  $\leq 4$  à 1 minute ou  $\leq 6$  à 5 minutes, la sage-femme doit faire appeler le médecin et poursuivre les gestes nécessaires selon les besoins. Une fois stabilisé, l'enfant doit être gardé en observation au moins 24 heures.

**Tableau 10.1** - Score d'Apgar

Items évalués/score	0	1	2
<b>Coloration*</b>	Pâleur extrême	Extrémités cyanosées Pas de cyanose centrale	Totalement rose
<b>Respiration</b>	Aucune	Anormale (lente, superficielle, apnées, etc.)	Normale
<b>Fréquence cardiaque</b>	0	≤ 100/minute	> 100/minute
<b>Tonus musculaire</b>	Absent	Hypotonie Flexion incomplète des extrémités	Bon Flexion complète des extrémités
<b>Réactivité (après stimulation)</b>	Nulle	Grimace	Bonne, cri vigoureux

\* Un enfant sain naît en général cyanosé mais devient rose dans les 30 secondes qui suivent le déclenchement de la respiration. Chez les enfants à peau sombre, évaluer la coloration au niveau de la plante des pieds, de la paume des mains, des muqueuses.

**Tableau 10.2** - Signification du score d'Apgar

Score à 1 minute		Score à 5 minutes	
<b>0 - 4</b>	Asphyxie	<b>0 - 6</b>	Asphyxie
<b>5 - 7</b>	Difficulté d'adaptation	<b>7 - 8</b>	Difficulté d'adaptation
<b>8 - 10</b>	Bonne adaptation	<b>9 - 10</b>	Bonne adaptation

### 10.1.4 Examen clinique

Un examen complet de l'enfant doit être réalisé le plus rapidement possible et de préférence dans les 2 premières heures, par la personne responsable de l'accouchement. L'examen est réalisé sous une rampe chauffante.

Toutes les observations sont notées sur une feuille de surveillance.

L'examen recherche en priorité des signes de danger : p.ex. anomalie de la température, de la coloration, de la respiration, signes neurologiques, distension abdominale sévère, signes d'hypoglycémie ([Sections 10.3.1](#) et [10.3.5](#)).

Une évaluation des facteurs de risque d'infection néonatale ([Section 10.3.4](#)) doit être réalisée systématiquement, pour tous les enfants, que l'examen retrouve ou non des signes de danger.

L'examen comprend :

- Fréquence respiratoire (les valeurs normales chez l'enfant de 0-1 mois sont 30 à 60 respirations/minute)
- Fréquence cardiaque (les valeurs normales chez l'enfant de 0-1 mois sont 100 à 160 battements/minute)

- Température
- Poids (peser l'enfant nu sur une balance adaptée, préalablement calibrée).
- Examen de la peau et des muqueuses, de la cavité buccale, du palais, des yeux, des oreilles, des fontanelles, de l'abdomen, du rachis, des organes génitaux, de l'anus, des pieds, des mains ; examen neurologique (posture, tonus, reflexes incluant succion, agrippement, réaction à la stimulation).
- Vérifier que l'enfant urine et émet des selles.

### 10.1.5 Régulation thermique

- A la naissance, sécher l'enfant avec un linge propre et sec puis l'envelopper dans un autre linge propre et sec. Couvrir la tête avec un bonnet pour limiter les déperditions de chaleur.
- Garder l'enfant dans une pièce chaude (au moins 25°C).
- Placer l'enfant peau à peau contre le corps (séché) de sa mère et le couvrir d'un linge sec ou d'une couverture.
- Ne pas baigner l'enfant dans les 6 à 12 heures qui suivent la naissance.

La température axillaire doit être maintenue entre 36 et 37°C avec les pieds roses et chauds.

### 10.1.6 Alimentation

- L'allaitement maternel exclusif est la meilleure option ([Annexe 3](#)).
- Mettre au sein le plus tôt possible dans l'heure qui suit la naissance.
- Encourager l'allaitement à la demande jour et nuit (au moins 8 fois/24 heures, c.-à-d. toutes les 3 heures).
- Si la mère est infectée par le HIV, se référer à l'[Annexe 3, Section 3.7](#).

### 10.1.7 Traitements préventifs

#### ***Prévention systématique de l'infection oculaire à gonocoque***

Chez tous les nouveau-nés :

Appliquer de la **tétracycline 1%** pommade ophtalmique : une bande de 1 cm dans chaque œil le plus tôt possible, de préférence dans l'heure qui suit la naissance.

*Remarque* : si la mère présente une infection génitale symptomatique au moment de l'accouchement, se référer à la [Section 10.4](#).

#### ***Prévention systématique de la maladie hémorragique du nouveau-né***

**phytoménadione (vitamine K<sub>1</sub>)** IM dans la face antérolatérale de la cuisse, dans les premières heures de vie :

Enfant de plus de 1500 g : 1 mg dose unique (0,1 ml si ampoule 2 mg/0,2 ml)

Enfant de moins de 1500 g : 0,5 mg dose unique (0,05 ml si ampoule 2 mg/0,2 ml)

*Remarque* : une ampoule de phytoménadione ouverte doit être utilisée immédiatement ou jetée. Ne pas conserver une ampoule qui a été ouverte, même au réfrigérateur.

#### ***Prévention de la transmission mère-enfant du HIV***

Tous les nouveau-nés de mères positives au HIV doivent recevoir un traitement antirétroviral aussitôt que possible. Se référer au protocole de PTME en vigueur.

### 10.1.8 Vaccinations

Les vaccins Hépatite B monovalent et BCG sont recommandés dès que possible après la naissance pour tous les nouveau-nés, y compris les petits poids de naissance et les prématurés ainsi que le vaccin polio oral dans les zones endémiques ou à risque d'importation du poliovirus.

Pour le vaccin Hépatite B et Polio oral, la dose administrée à la naissance est une dose additionnelle (appelée et notée « Dose 0 »). Elle n'est pas comptabilisée dans les 3 doses requises en période post-natale selon le Programme Elargi de Vaccination.

La Dose 0 du vaccin Hépatite B vise à prévenir la transmission de la maladie de la mère à l'enfant. Il est fortement recommandé de l'administrer le plus rapidement possible, au mieux dans les premières 12 heures de vie. Son administration est encore possible au-delà mais plus le vaccin est administré tard, moins la protection est efficace<sup>1,2</sup>. En principe, ce vaccin est administré en salle de naissance.

**Tableau 10.3** - Vaccinations du nouveau-né

Vaccin	Contre-indications	Dose/voie d'administration
<b>Hépatite B monovalent Dose 0</b>	Pas de contre-indication mais utiliser uniquement le vaccin monovalent (hépatite B seulement).	Une dose = 10 microgrammes Injection IM, face antérolatérale de la cuisse
<b>BCG</b>	Nouveau-né de mère ayant une TB évolutive tant qu'elle est contagieuse ( <a href="#">Section 10.4.6</a> )*	Une dose = 0,05 ml Injection intradermique, région deltoïdienne (jonction 2/3 inférieur et 1/3 supérieur de la face latérale du bras)
<b>Polio oral Dose 0</b>	Pas de contre-indication	Une dose = 2 gouttes Voie orale

\* Un traitement préventif par l'isoniazide doit être débuté chez le nouveau-né et le vaccin par le BCG est réalisé à la fin du traitement par l'isoniazide.

*Remarque* : pour réaliser une injection IM chez le nouveau-né :

- Désinfecter préalablement la peau (risque d'abcès et autres infections).
- Utiliser la face antérolatérale de la cuisse (muscle quadriceps). Ne jamais injecter dans le muscle fessier ou deltoïde (bras).
- Utiliser une aiguille adaptée : 26 G si < 2500 g ; 23G si > 2500 g.
- Quantité maximale à injecter : 1 ml si < 2500 g ; 2 ml si > 2 500 g.

### 10.1.9 Suivi journalier

La mortalité néonatale (et maternelle) est particulièrement élevée dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Encourager les femmes à rester en maternité pendant cette période.

Le suivi journalier comprend :

- Température, fréquence cardiaque et respiratoire, deux fois/jour.
- Désinfection du cordon une fois le premier jour (utiliser l'antiseptique disponible, se référer à la [Section 10.1.2](#)). Ensuite, le garder propre, sec et à l'air (pas de pansement).
- Observation de l'allaitement.
- Surveillance de la miction et de l'émission de selles.

Noter les résultats sur la fiche de suivi du nouveau-né.

Pour les conditions de sortie : se référer à la [Section 10.6](#).

## 10.2 Réanimation du nouveau-né

10% des nouveau-nés ont besoin d'une assistance à la naissance pour pouvoir respirer correctement, sous forme de stimulation tactile et/ou de désobstruction des voies aériennes.

Pour la moitié d'entre eux, ces interventions sont insuffisantes et une ventilation est nécessaire dès la première minute de vie, si l'enfant ne respire pas ou gaspe malgré la stimulation/aspiration.

Une faible proportion des nouveau-nés ventilés a besoin d'une réanimation plus avancée.

La personne responsable de l'accouchement est également responsable de la prise en charge du nouveau-né. Elle doit débiter immédiatement la réanimation puis si nécessaire, demander de l'aide.



Anticiper pour chaque naissance la possibilité d'un recours à la réanimation. Le matériel nécessaire doit être à portée de main et prêt à fonctionner.

L'hypothermie compromet la réanimation. La réanimation doit être faite dans une pièce chauffée, et si possible sous une rampe chauffante.

### 10.2.1 Réanimation de base<sup>a</sup>

Les étapes 1 à 6 doivent être réalisées dans la première minute de vie.

#### 1 - Vérifier s'il y a ou non du méconium

*Si le liquide amniotique est méconial mais que l'enfant respire spontanément et est tonique : il n'y a pas d'indication d'aspiration, essayer simplement le visage.*

*Si le liquide amniotique est méconial et que l'enfant ne respire pas bien ou est hypotonique : aspirer rapidement mais doucement la bouche, à l'aide d'une poire à aspiration de préférence (Penguin).*

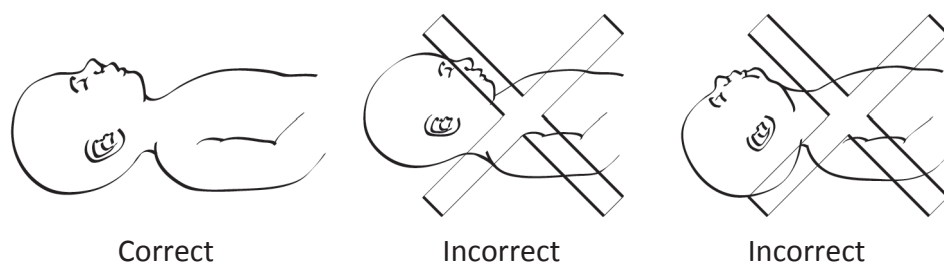
#### 2 - Stimuler l'enfant en le séchant

La stimulation tactile peut déclencher des inspirations spontanées. Elle s'effectue en séchant l'enfant vigoureusement mais sans brutalité. Si une respiration efficace ne se déclenche pas après 5 secondes, arrêter la stimulation, l'enfant a besoin de soins supplémentaires.

#### 3 - Clamper et couper le cordon

#### 4 - Positionner la tête de l'enfant

Poser l'enfant sur le dos, tête en position neutre (Figure 10.1). La tête ne doit pas être en flexion ou en hyperextension ce qui favoriserait l'obstruction des voies aériennes.



**Figure 10.1**

Position de la tête pour dégager les voies aériennes

<sup>a</sup> Pour plus d'informations, se référer à la formation Helping Babies Breathe.

**5 - Libérer les voies aériennes** (uniquement dans les rares cas où les sécrétions sont abondantes)

Aspiration douce, c.-à-d. pas trop profonde de la bouche (2 cm maximum à partir des lèvres) et rapide (5 secondes maximum), à l'aide d'une poire à aspiration.

**6 - Stimuler l'enfant**

Frotter le dos et la plante des pieds (ne pas secouer, gifler ou suspendre l'enfant par les pieds). Si une respiration efficace ne s'est pas déclenchée après 5 secondes : arrêter la stimulation, l'enfant a besoin d'être ventilé.

**7 - Ventiler au masque et au ballon** (air ambiant)

Ajuster le masque sur le visage en recouvrant le nez et la bouche et appuyer fermement pour éviter les fuites d'air. Le maintenir d'une seule main, entre le pouce d'un côté et l'index et majeur de l'autre (Figures 10.2 et 10.3).

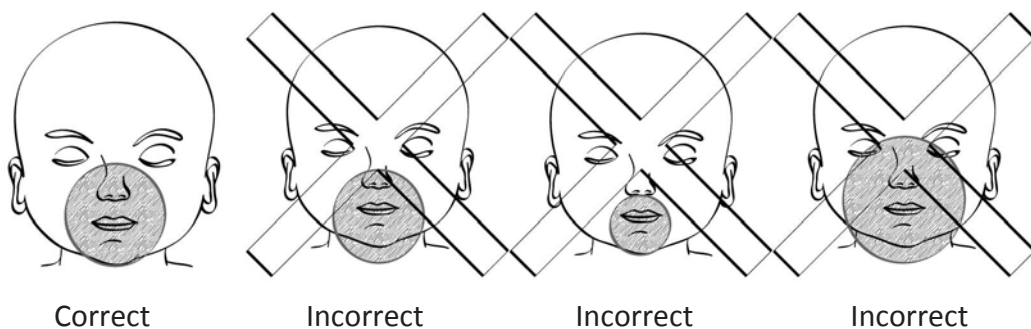
De l'autre main, presser le ballon au rythme de 30 à 50 pressions par minute, pendant 60 secondes.

La ventilation est efficace si le thorax se soulève.

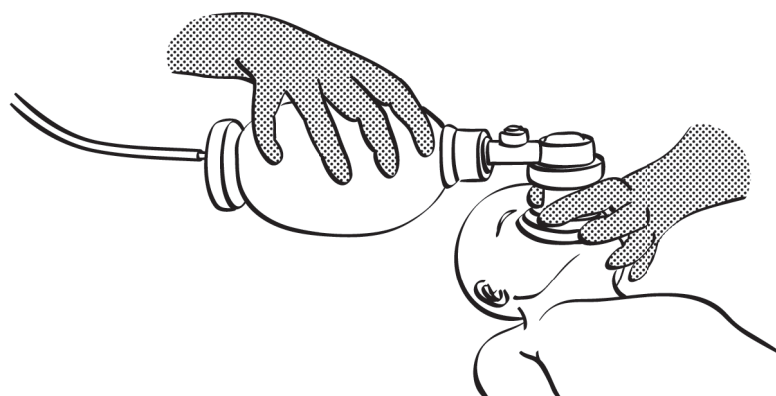
*Attention* : une insufflation trop forte peut se compliquer d'un pneumothorax.

Si le thorax ne se soulève pas :

- Vérifier la bonne connexion entre le ballon et le masque ;
- Réajuster le masque correctement sur le visage ;
- Repositionner correctement la tête.



**Figure 10.2**  
Positionnement du masque



**Figure 10.3**  
Ventilation manuelle

Evaluer toutes les minutes l'apparition d'une respiration spontanée (surveiller l'apparition de mouvements thoraciques) ; ne pas retirer le masque du visage de l'enfant pour vérifier s'il respire spontanément.

Poursuivre la ventilation jusqu'à l'apparition d'une respiration spontanée.

Si l'oxygène est disponible : connecter le ballon à un réservoir d'oxygène après 1 à 2 minutes de ventilation, avec un débit de 2 litres/minute. La ventilation est prioritaire et ne doit pas être interrompue pour connecter l'oxygène (un aide doit se charger de connecter l'oxygène).

La réanimation est arrêtée si l'enfant n'a pas de fréquence cardiaque ou une fréquence cardiaque < 60/minute après 10 minutes de ventilation manuelle efficace.

Si la fréquence cardiaque est > 60/minute, la réanimation manuelle peut être poursuivie plus longtemps. Toutefois, elle doit être interrompue si l'enfant n'a toujours pas respiré spontanément après 30 minutes.

Noter toutes les interventions sur la feuille de surveillance.

## 10.2.2 Après la réanimation

Vérifier les besoins immédiats de l'enfant : glycémie, position adéquate de la tête, saturation en oxygène, température, évaluation de la présence d'une septicémie.

Réaliser l'évaluation rétroactive du score d'Apgar ([Section 10.1.3](#)), noter les résultats sur la feuille de surveillance.

Si le score d'Apgar était  $\leq 4$  à 1 minute ou  $\leq 6$  à 5 minutes ou si le nouveau-né a été ventilé au masque pendant 2 minutes ou plus :

- Hospitaliser en unité de soins néonataux (garder autant que possible la mère et l'enfant ensemble).
- S'il est impossible de transférer l'enfant, le garder en observation au minimum 24 heures. Surveiller toutes les 2 heures : apparition de signes de danger ([Section 10.3.1](#)) et signes vitaux. Effectuer les soins de routine ([Section 10.1](#)). Débuter l'allaitement le plus tôt possible.

Si l'enfant est flasque, n'a pas de réflexe de succion ou présente un autre trouble neurologique (p.ex. des convulsions), vérifier la glycémie. En l'absence de moyens de vérifier la glycémie, traiter empiriquement une hypoglycémie ([Section 10.3.5](#)).

Si la saturation en oxygène est basse ou en cas de détresse respiratoire, se référer à la [Section 10.3.2](#).

En cas de convulsions :

- Vérifier la glycémie et/ou traiter une hypoglycémie.
- Si l'enfant convulse toujours après avoir reçu du glucose, administrer une dose de charge de **phénobarbital** (20 mg/kg) en perfusion IV lente (diluer la quantité de phénobarbital à administrer dans 20 ml de chlorure de sodium à 0,9% et l'administrer en 30 minutes). Le phénobarbital ne doit jamais être administré en injection IV directe rapide. Si l'administration IV est impossible, administrer la même dose de phénobarbital non diluée en IM.
- Attention au risque de dépression respiratoire : surveiller attentivement l'enfant ; avoir à portée de main le matériel pour ventiler.
- Si les convulsions persistent après la fin de la perfusion (après 30 minutes), administrer une deuxième dose de phénobarbital (10 mg/kg) en perfusion de 30 minutes comme ci-dessus. Si l'administration IV est impossible, administrer la deuxième dose de phénobarbital IM non diluée (10 mg/kg) au moins 60 minutes après la première dose IM.
- Dans tous les cas, surveiller attentivement l'enfant pendant au moins 6 heures.
- En cas de convulsions récurrentes, administrer du **phénobarbital** PO : 5 mg/kg/jour pendant 5 jours.



## 10.3 Soins du nouveau-né malade

### 10.3.1 Signes de danger

Les signes de danger doivent systématiquement être recherchés chez tous les nouveau-nés, à la naissance puis au cours du séjour en maternité. Ils indiquent une infection sévère et nécessitent une prise en charge immédiate.

Signes de danger	
<b>Température</b>	> 38°C : hyperthermie < 35,5°C : hypothermie
<b>Signes neurologiques</b>	Convulsions (y compris mouvements subtils* ou « anormaux ») Bombement de la fontanelle Impossibilité de téter efficacement Léthargie ou coma Hypotonie
<b>Respiration</b>	Apnées (pause respiratoire > 20 secondes ou associée à une bradycardie) Bradypnée (FR < 30/minute) Tachypnée (FR > 60/minute) Geignement expiratoire Tirage intercostal
<b>Abdomen</b>	Distension abdominale sévère
<b>Coloration</b>	Cyanose généralisée (coloration bleue) Pâleur extrême
<b>Peau</b>	Ombilic rouge, sanguinolent ou purulent Pustules nombreuses ou importantes
<b>Articulations</b>	Articulation gonflée, douloureuse (irritabilité lors de la mobilisation) et réduction des mouvements
<b>Glycémie</b>	Hypoglycémie récurrente (> 2 épisodes)

\* Mouvements subtils : succion ou mâchonnement, clignement ou mouvements désorganisés des yeux, mouvements désordonnés des bras ou des jambes (pédalage).

### 10.3.2 Prise en charge de l'urgence vitale

#### **Cyanose et/ou détresse respiratoire**

- Positionner la tête pour libérer les voies aériennes.
- Administrer de l'oxygène avec des lunettes nasales adaptées, au débit maximal de 2 litres/minute et sous contrôle d'un oxymètre de pouls. La saturation en oxygène doit être de 90 à 95% chez l'enfant à terme ou le prématuré.  
Utiliser un répartiteur de flux pédiatrique adapté pour bien ajuster le débit d'oxygène lorsque plusieurs enfants dépendent du même concentrateur d'oxygène.
- Poser une sonde gastrique pour l'alimentation ([Annexe 5](#)).

**Apnée ou bradypnée**

- Ventiler au masque et au ballon (ajouter de l'oxygène si la ventilation dure plus d'une à 2 minutes).

**Altération de la conscience et/ou convulsions**

- Vérifier la glycémie ou si cela n'est pas faisable, traiter une hypoglycémie (Section 10.3.5).
- Administrer du phénobarbital en cas de convulsions (Section 10.2.2).
- Poser une sonde gastrique pour l'alimentation (Annexe 5).

**10.3.3 Prise en charge de l'infection néonatale symptomatique**

Une infection néonatale est probable et une antibiothérapie et un transfert en unité de soins néonataux sont nécessaires :

<p><b>En présence d'un de ces signes de danger</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hyperthermie</li> <li>– Convulsions</li> <li>– Bombement de la fontanelle</li> <li>– Apnée</li> <li>– Distension abdominale sévère</li> <li>– Cyanose généralisée</li> <li>– Omphalite rouge ou sanguinolente ou purulente</li> <li>– Pustules nombreuses ou importantes</li> <li>– Articulation gonflée, douloureuse et réduction des mouvements</li> <li>– Hypoglycémie récurrente (&gt; 2 épisodes)</li> </ul>
<p>OU</p> <p><b>En présence de deux de ces signes de danger</b></p> <p>ou</p> <p><b>Si l'un de ces signes de danger persiste pendant plus d'une heure</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hypothermie</li> <li>– Impossibilité de téter efficacement</li> <li>– Léthargie ou coma</li> <li>– Hypotonie</li> <li>– Bradypnée</li> <li>– Tachypnée</li> <li>– Geignements expiratoires</li> <li>– Tirage intercostal</li> <li>– Pâleur extrême</li> </ul>

- Le traitement de première intention est l'association **ampicilline IV + gentamicine IM**. L'ampicilline est utilisée de préférence par voie IV, la voie IM peut être une alternative si le contexte ne permet pas l'administration correcte IV. Toutefois, afin d'éviter de multiples injections IM, il peut être préférable d'utiliser : **benzylpénicilline procaïne IM<sup>b</sup> + gentamicine IM** ou en dernier recours (si la benzylpénicilline procaïne n'est pas disponible) : **ceftriaxone<sup>c</sup> IM + gentamicine IM**.
- Si une méningite est suspectée, ne pas utiliser de benzylpénicilline procaïne.
- Si l'origine de l'infection est cutanée, remplacer l'ampicilline par la cloxacilline IV<sup>d</sup>.

<sup>b</sup> La benzylpénicilline procaïne peut être remplacée par la pénicilline procaïne forte (PPF), aux mêmes doses. Ces deux pénicillines NE DOIVENT JAMAIS ÊTRE UTILISÉES PAR VOIE IV.

<sup>c</sup> La ceftriaxone est contre-indiquée chez les nouveau-nés présentant un ictère.

<sup>d</sup> En raison du risque de nécrose locale, la cloxacilline doit être administrée en perfusion IV dans du glucose à 5% ou du chlorure de sodium à 0,9% en 30-60 minutes (ou à défaut, en IV lente en 5 minutes minimum).

Le traitement d'une infection néonatale symptomatique dure au total 10 à 14 jours. Il peut être réduit à 7 jours si la récupération est complète dans les 24 premières heures. Il ne doit jamais être inférieur à 7 jours ni donné par voie orale. La gentamicine devrait en principe être arrêtée après 5 jours de traitement.

Les prématurés et les nouveau-nés de petits poids de naissance sont plus à risque de développer une infection grave.

**Tableau 10.5** - Dosage des antibiotiques chez les nouveau-nés avant 7 jours de vie

Antibiotique	Poids de naissance	
	≤ 2000 g	> 2000 g
<b>ampicilline</b> injection IV/IM	100 mg/kg/jour à diviser en 2 doses Si méningite : 200 mg/kg/jour à diviser en 3 doses	150 mg/kg/jour à diviser en 3 doses Si méningite : 300 mg/kg/jour à diviser en 3 doses
<b>gentamicine</b> injection IM	3 mg/kg/jour en une dose	5 mg/kg/jour en une dose
<b>benzylpénicilline procaïne<sup>e</sup></b> injection IM	50 000 UI/kg/jour en une dose Si méningite : ne pas administrer.	
<b>ceftriaxone</b> injection IV/IM	50 mg/kg/jour en une dose Si méningite : 100 mg/kg/jour en une dose	
<b>cloxacilline</b> perfusion IV	50 mg/kg/jour à diviser en 2 doses	75 mg/kg/jour à diviser en 3 doses

**Dans tous les cas, en attendant le transfert en unité de soins néonataux :**

- Débuter l'antibiothérapie.
- S'assurer que tous les soins de routine ont été réalisés (Section 10.1).
- Maintenir l'enfant au chaud dans une pièce à 25°C avec une couverture de survie ou si possible sous une rampe chauffante, lui mettre un bonnet.
- Surveiller étroitement la température, fréquence respiratoire et saturation en oxygène.

### 10.3.4 Prise en charge des nouveau-nés asymptomatiques à risque d'infection néonatale

Chez un nouveau-né asymptomatique (absence de signe de danger), une infection néonatale doit quand même être suspectée si des facteurs de risque ci-dessous sont présents.

#### **Facteurs de risque (FDR) majeurs**

- Fièvre maternelle péri-partum ( $T^{\circ} \geq 38^{\circ}\text{C}$  avant l'accouchement ou pendant le travail)
- Chorio-amnionite (liquide amniotique fétide et trouble)
- Rupture prolongée des membranes de plus de > 18 heures avant l'accouchement

#### **Facteurs de risque mineurs**

- Poids de naissance < 2000 g
- Réanimation à la naissance avec ventilation manuelle
- Liquide amniotique méconial : un liquide méconial est un facteur de risque d'infection néonatale mais n'est pas à lui seul une indication d'antibiothérapie. Le liquide méconial est également un facteur de risque de développer un pneumothorax ou une pneumonie d'inhalation.

<sup>e</sup> La benzylpénicilline procaïne peut être remplacée par la pénicilline procaïne forte (PPF), aux mêmes doses. Ces deux pénicillines NE DOIVENT JAMAIS ÊTRE UTILISÉES PAR VOIE IV.

**Critères permettant de suspecter une infection néonatale asymptomatique**

- 1 FDR majeur si la mère n'a pas reçu d'antibiothérapie au cours de travail (ou a reçu moins de 2 doses<sup>f</sup>)
- ou
- 1 FDR majeur et poids de naissance < 2000 g, que la mère ait reçu ou non une antibiothérapie en cours de travail
- ou
- ≥ 2 FDR majeurs, que la mère ait reçu ou non une antibiothérapie en cours de travail
- ou
- 1 FDR majeur et ≥ 2 mineurs, que la mère ait reçu ou non une antibiothérapie en cours de travail
- ou
- ≥ 3 FDR mineurs, que la mère ait reçu ou non une antibiothérapie en cours de travail

**Conduite à tenir en cas de suspicion d'infection néonatale asymptomatique** (un des critères ci-dessus)

- Administrer une antibiothérapie pendant 48 heures<sup>3</sup> : ampicilline IV + gentamicine IM ou pénicilline procaïne forte IM + gentamicine IM. Pour les doses, se référer au [Tableau 10.5](#).
- Surveiller l'apparition de signes de danger ([Section 10.3.1](#)). Si l'enfant présente au moins un signe de danger, se référer à la [Section 10.3.3](#).
- Si l'enfant n'a jamais présenté de signe de danger au cours des premières 48 heures, arrêter l'antibiothérapie et garder en observation 48 heures supplémentaires.
- Si l'enfant n'a pas présenté de signe de danger pendant l'observation et à l'examen clinique de sortie (effectué par un médecin de préférence) : retour à domicile. Dans ce cas, indiquer aux parents les signes justifiant une consultation immédiate.

**Conduite à tenir pour tous les autres nouveau-nés asymptomatiques** (aucun des critères ci-dessus)

- Garder en observation 24 heures en maternité.
- Surveiller l'apparition éventuelle de signes de danger ([Section 10.3.1](#)). Si l'enfant présente au moins un signe de danger, se référer à la [Section 10.3.3](#).
- Si l'enfant n'a pas présenté de signe de danger pendant l'observation : retour à domicile. Dans ce cas, indiquer aux parents les signes justifiant une consultation immédiate.

**10.3.5 Prise en charge de l'hypoglycémie****Critères définissant les nouveau-nés à risque d'hypoglycémie**

- Présence d'au moins un signe parmi les suivants :
  - Hypothermie (< 35,5°C en axillaire)
  - Irritabilité ou trémulations
  - Bradypnée ou apnée ou cyanose
  - Difficulté d'allaitement (difficultés d'attachement au sein, de succion, production de lait insuffisante)
  - Hypotonie ou faible réactivité à la stimulation (altération de la conscience)
  - Convulsions

<sup>f</sup> Une antibiothérapie administrée en cours de travail lors d'une rupture prolongée des membranes ([Chapitre 4, Section 4.9.3](#)) réduit le risque de septicémie pour le nouveau-né. La couverture est considérée comme efficace si au moins 2 doses ont été administrées à 4 heures d'intervalle pendant le travail.

- Poids de naissance < 2500 g ou > 4000 g
- Diabète maternel
- Traitement maternel par labétalol

Contrôler systématiquement la glycémie<sup>g</sup> si au moins un des critères ci-dessus est présent.

### **Prise en charge**

*Si la glycémie est normale (> 2,5 mmol/l ou > 45 mg/dl) :*

- Allaitement toutes les 3 heures (à compléter avec du glucose à 10% par voie orale si l'allaitement est insuffisant).
- Garder l'enfant au chaud.
- Vérifier la glycémie avant chaque repas jusqu'à l'obtention de 3 résultats normaux consécutifs.

*Si l'hypoglycémie est modérée (2 à 2,5 mmol/l ou 35 à 45 mg/dl) et s'il s'agit d'une première hypoglycémie :*

- Mettre au sein et donner 5 ml/kg de glucose à 10% en 5 à 10 minutes par voie orale ou sonde gastrique, ou
- Administrer 2 ml/kg de glucose à 10% en IV si une voie veineuse est en place et que le nouveau-né est symptomatique.
- Vérifier la glycémie après 30 minutes ; administrer du glucose IV en cas de glycémie < 2,5 mmol/l (< 45 mg/dl).
- Vérifier la glycémie avant chaque repas jusqu'à l'obtention de 3 résultats normaux consécutifs.

*Si l'hypoglycémie est sévère (< 2 mmol/l ou < 35 mg/dl) ou récurrente :*

- Placer une voie veineuse et administrer 2 ml/kg de glucose à 10%.
- A défaut, administrer 10 ml/kg de glucose à 10% par sonde gastrique.
- Débuter ensuite une perfusion continue de glucose 10% : 80 ml/kg/jour pendant au moins 24 heures si les conditions le permettent.
- Vérifier la glycémie après 30 minutes puis avant chaque repas jusqu'à l'obtention de 3 résultats consécutifs normaux.

L'utilisation du glucose à 50% (1 ml/kg) en sublingual est recommandée uniquement s'il est impossible de poser une perfusion ou une sonde gastrique.

### **10.3.6 Prise en charge de l'ictère**

Les ictères sévères peuvent provoquer une encéphalopathie aiguë, potentiellement responsable de séquelles neurologiques et de décès.

#### **Diagnostic**

L'ictère est la coloration jaune de la peau et des muqueuses due à une hyperbilirubinémie.

Il apparaît d'abord au niveau de la face puis touche le thorax puis les extrémités.

L'examen doit être réalisé à la lumière du jour. Il consiste à presser la peau de l'enfant et observer immédiatement après retrait de la pression si sa couleur est jaune.

L'ictère peut être physiologique, avec une coloration jaune de la peau sans les critères définissant l'ictère pathologique ci-dessous.

Le diagnostic d'ictère physiologique est un diagnostic d'exclusion, chez un enfant en excellent état général, tétant bien et dont l'examen neurologique est normal.

<sup>g</sup> La mesure de la glycémie est réalisée sur prélèvement de sang capillaire, au niveau des parties latérales du talon, à l'aide d'une lancette pour nourrisson ou aiguille 24G. Cette technique est utilisée pour d'autres examens comme la mesure de l'hémoglobine par HemoCue.

L'ictère pathologique débute le premier jour de vie (le deuxième jour de vie si < 35 SA) et dure plus de 14 jours chez l'enfant à terme, plus de 21 jours chez le prématuré. Sa coloration est intense, il atteint les paumes et plantes de pieds et peut être associé à une infection néonatale.

Devant un ictère, penser à une septicémie, un paludisme congénital.

### **Prise en charge**

Les enfants présentant des critères de gravité (ictère d'apparition précoce, ictère étendu, petit poids de naissance, risque spécifique) doivent être référés.

**Tableau 10.6** - Critères de transfert en unité de soins néonataux des nouveau-nés avec ictère

Délai d'apparition	Critères pour transférer
<b>Jour 0</b>	– Tous les nouveau-nés, quel que soit le poids de naissance
<b>Jour 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nouveau-nés &lt; 1500 g</li> <li>– Nouveau-nés &gt; 1500 g avec un ictère étendu : tête, thorax, abdomen, bras et cuisses</li> </ul>
<b>Jour 2 ou plus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nouveau-nés &lt; 1500 g avec un ictère très étendu (tête, thorax, abdomen, bras et avant-bras, cuisse et jambe)</li> <li>– Nouveau-nés &gt; 1500 g avec :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• un ictère très étendu (tête, thorax, abdomen, bras et avant-bras, cuisse et jambe)</li> </ul> </li> <li>ET               <ul style="list-style-type: none"> <li>• au moins un des facteurs de risque suivants : incompatibilité ABO, Rhésus, déficit en G6PD, allaitement maternel insuffisant, infection, hypothermie, asphyxie, céphalématome, diabète maternel</li> </ul> </li> <li>– Nouveau-nés &gt; 1500 g sans facteurs de risque mais avec un ictère extrême, touchant également les paumes des mains et les plantes des pieds</li> </ul>

En l'absence de critères de gravité ou en attendant le transfert :

- Maintenir une bonne hydratation (allaitement maternel), si nécessaire lait artificiel et utilisation d'une sonde gastrique.
- Débuter le traitement d'une infection si présente.
- L'exposition au soleil n'est pas un traitement efficace des ictères sévères. Cependant, s'il n'existe aucune alternative, exposer l'enfant nu au soleil 10 minutes 4 fois par jour, le matin et tard dans l'après-midi lorsque le soleil n'est pas trop puissant. Toujours couvrir les yeux de l'enfant.

## 10.4 Soins spécifiques en cas d'infection transmissible chez la mère

### 10.4.1 Syphilis

Rechercher des signes de syphilis chez l'enfant si la mère présente un test syphilis positif :

- Rash cutanéomuqueux, plaques grises, papules, bulles suivies de desquamation cutanée des paumes et plantes ;
- Sepsis, ictère, anémie, adénopathies, distension abdominale avec hépato-splénomégalie.

En l'absence de signes de syphilis chez l'enfant et si la mère a reçu un traitement adéquat pendant la grossesse (au moins une dose de pénicilline<sup>h</sup> administrée au moins un mois avant l'accouchement), administrer à l'enfant : **benzathine benzylpénicilline** IM, 50 000 UI/kg dose unique.

En présence de signes de syphilis chez l'enfant ou si la mère n'a pas reçu de traitement adéquat (voir ci-dessus) :

- Administrer à l'enfant :
  - benzylpénicilline** IV pendant 10 jours : 100 000 UI/kg/jour à diviser en 2 injections espacées de 12 heures de Jour 0 à Jour 7 puis 150 000UI/kg/jour à diviser en 3 injections espacées de 8 heures de Jour 8 à Jour 10.
- En plus des précautions « standard », observer les précautions « contact »<sup>i</sup> au cours des soins, pendant 24 heures après le début du traitement.

### 10.4.2 Infection génitale à gonocoque et/ou chlamydia

Les enfants de mères présentant un écoulement cervical purulent au moment de l'accouchement peuvent être asymptomatiques ou présenter une conjonctivite purulente, habituellement dans les 7 premiers jours pour le gonocoque et après 7 jours pour le chlamydia. Une pneumonie à chlamydia est possible.

Administrer de la **ceftriaxone** IM : 50 mg/kg dose unique (maximum 125 mg) à :

- Tous les enfants qui présentent une conjonctivite purulente, que la mère soit symptomatique ou non ;
- Tous les enfants de mères symptomatiques au moment de l'accouchement, même s'ils sont asymptomatiques.

En cas de conjonctivite symptomatique (écoulement purulent) : nettoyer les yeux avec du chlorure de sodium à 0,9% dans chaque œil au moins 4 fois par jour.

Si la conjonctivite persiste 48 heures après l'injection de ceftriaxone, administrer :

**érythromycine** PO : 25 à 50 mg/kg/jour à diviser en 4 prises pendant 14 jours

ou **azithromycine** PO : 20 mg/kg/jour en une prise pendant 3 jours

Si les symptômes apparaissent après 7 jours de vie, administrer ceftriaxone IM + érythromycine ou azithromycine PO, comme ci-dessus.

<sup>h</sup> Un traitement par l'érythromycine n'est pas adéquat.

<sup>i</sup> Les précautions « contact » comprennent : isolement de l'enfant, port des gants et surblouse lors des soins.

### 10.4.3 Herpès génital<sup>4</sup>

Un herpès néonatal est possible chez les enfants nés de mères présentant des lésions génitales herpétiques au moment de l'accouchement.

L'enfant est le plus souvent asymptomatique à la naissance. Les symptômes apparaissent entre le premier jour de vie et les 4 semaines suivantes (le plus souvent entre 3 et 10 jours de vie).

L'herpès néonatal peut se manifester par :

- Une atteinte locale externe : peau, bouche (vésicules) et/ou yeux (conjonctivite) ;
- Une atteinte cérébrale : encéphalite (avec convulsions dans 60% des cas), associée dans 60% des cas à une atteinte locale externe ;
- Une maladie disséminée : principalement cerveau, poumons et foie. Le nouveau-né peut présenter des signes évocateurs d'une septicémie (fièvre, léthargie, détresse respiratoire, convulsion). Une atteinte locale externe est associée dans 60% des cas.

La prise en charge dépend du risque que présente le nouveau-né à la naissance :

#### Risque élevé d'infection herpétique

- Nouveau-né symptomatique, ou
- Herpès génital actif primaire ou inconnu chez la mère au moment de l'accouchement, ou
- Herpès génital actif récurrent chez la mère au moment de l'accouchement avec au moins un des facteurs de risque suivant : rupture des membranes  $\geq 6$  heures avant l'accouchement (voie basse ou césarienne) ou poids de naissance  $< 2000$  g ou prématuré  $\leq 37$  semaines ou lacération cutanée ou infection maternelle par le HIV.

Dans cette situation, administrer de l'**aciclovir 3%** pommade ophtalmique : une application unique dans chaque œil à la naissance (dans ce cas attendre 12 heures pour appliquer la tétracycline ophtalmique, [Section 10.1.7](#)) et référer en unité de soins néonataux pour un traitement par aciclovir IV, avec isolement de la mère et de l'enfant.

#### Faible risque d'infection herpétique

Herpès génital actif récurrent sans aucun facteur de risque listé ci-dessus.

Dans cette situation, observer 5 jours, avec isolement de la mère et de l'enfant :

Appliquer de l'aciclovir 3% pommade ophtalmique comme ci-dessus.

Si l'enfant devient symptomatique, référer en unité de soins néonataux pour traitement par aciclovir IV.

Sortie à 5 jours de vie si l'enfant n'a pas développé de symptômes ; demander aux parents de consulter en urgence si des symptômes apparaissent.

### 10.4.4 Infection par le virus de l'hépatite B

L'enfant est asymptomatique.

Vacciner l'enfant contre l'hépatite B à la naissance, quel que soit le statut sérologique de la mère ([Section 10.1.8](#)).

### 10.4.5 Infection par le HIV

L'enfant est asymptomatique.

Administrer immédiatement après la naissance un traitement prophylactique antirétroviral : se référer aux guides spécifiques de PTME.

Pour l'allaitement : se référer à l'[Annexe 3, Section 3.7](#).



### 10.4.6 Tuberculose pulmonaire évolutive

La tuberculose congénitale est rare et l'enfant est en général asymptomatique à la naissance.

Après la naissance, la mère peut transmettre la tuberculose à l'enfant tant qu'elle est contagieuse, c.-à-d. positive à l'examen microscopique des crachats ou positive à la culture.

Dans ce cas :

- Ne pas réaliser la vaccination par le BCG.
- Administrer à l'enfant un traitement préventif par l'**isoniazide** PO : 10 mg/kg/jour en une prise pendant 6 mois.
- Réaliser le BCG une fois le traitement par isoniazide terminé.
- Ne pas séparer la mère de l'enfant (allaitement, etc.) mais observer les règles de prévention de la transmission. Pour plus d'informations, se référer au guide *Tuberculose*, MSF.

## 10.5 Soins du nouveau-né de petit poids de naissance (1500-2500 g)

Un faible poids à la naissance indique soit une prématurité (moins de 37 semaines), soit un retard de croissance intra-utérin, soit une association des deux.

Chez les nouveau-nés de faible poids de naissance, qu'ils soient prématurés ou non, il existe un risque important à court terme d'hypothermie, hypoglycémie, apnées, détresse respiratoire, ictère, infection, anémie, déshydratation, difficultés d'alimentation, et à long terme, de mauvais développement psychomoteur.

Les nouveau-nés malades ou dont le poids est inférieur à 1500 g doivent être pris en charge dans une unité de soins néonataux.

Les nouveau-nés dont le poids est compris entre 1500 et 2500 g, quel que soit le terme, sont pris en charge en maternité s'ils ne sont pas malades, selon les recommandations ci-dessous.

### 10.5.1 Méthode kangourou

(Figures 10.4)

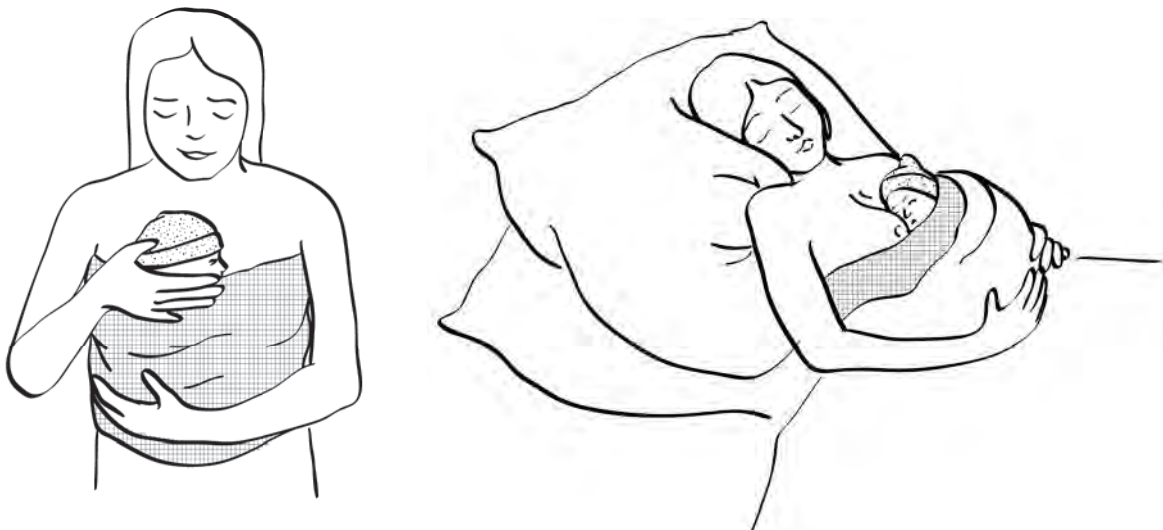
La méthode kangourou<sup>J</sup> consiste à mettre en contact « peau à peau » la mère et l'enfant, au mieux 24 heures sur 24.

Cette méthode peut être mise en œuvre pour tous nouveau-nés non malades dont le poids de naissance est inférieur à 2500 g (prématurité et/ou retard de croissance intra-utérin).

L'enfant nu est placé en position verticale contre le thorax de sa mère, sa bouche doit pouvoir atteindre le mamelon. Utiliser un pagne pour maintenir l'enfant.

Si nécessaire, utiliser une couverture pour maintenir la mère et l'enfant au chaud.

Lorsque la mère dort, son buste doit être relevé et l'enfant doit être surveillé.



**Figures 10.4**  
Méthode kangourou

<sup>J</sup> Pour plus d'informations : Organisation mondiale de la Santé. La méthode "mère kangourou". Guide pratique. 2004. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9241590351/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/fr/)

Les objectifs de la méthode kangourou sont de :

- Garder l'enfant au chaud pour prévenir ou traiter une hypothermie.
- Aider à la mise en route et au maintien de l'allaitement.
- Favoriser le lien mère-enfant et réduire le stress de l'enfant.
- Réduire les épisodes d'apnée et bradycardie chez les prématurés.

*Remarque* : le peau à peau peut aussi être réalisé par le père ou un autre membre de la famille ou une nourrice pendant les périodes où la mère n'est pas disponible.

### 10.5.2 Thermorégulation

- Couvrir la tête de l'enfant pour diminuer les déperditions de chaleur.
- Veiller à ce que la température de la pièce soit d'au moins 25°C.
- Utiliser la méthode kangourou ([Section 10.5.1](#)).

### 10.5.3 Alimentation

- L'allaitement maternel exclusif est le meilleur choix ([Annexe 3](#)).
- Si les tétées sont inefficaces mais que le réflexe de déglutition est présent : exprimer le lait manuellement ou via un tire-lait et nourrir l'enfant à la tasse/cuillère ([Annexe 3, Sections 3.2 et 3.3](#)).
- Si les tétées sont inefficaces et le réflexe de déglutition est mauvais ou absent : exprimer le lait et nourrir l'enfant à l'aide d'une sonde gastrique ([Annexe 3, Sections 3.2 et 3.4](#)).
- Pour les quantités quotidiennes requises pour l'alimentation, se référer à l'[Annexe 4](#).
- Si la quantité de lait maternel est insuffisante :
  - Dans les premières 72 heures de vie, compléter les quantités requises avec du glucose à 10% par voie orale.
  - Après 72 heures de vie, compléter avec du lait maternisé (à défaut, du lait F100 dilué<sup>k</sup>). En parallèle, continuer de stimuler l'allaitement maternel (tire-lait et technique de « succion complémentaire », [Annexe 3, Section 3.5](#)).
- Chez les nouveau-nés de moins de 1500 g, le glucose complète systématiquement l'apport en lait ([Annexe 4](#)).

En cas de régurgitation :

- Chaque repas doit être administré très lentement.
- Maintenir l'enfant en légère position proclive.

En cas de vomissements, distension abdominale, sang dans les selles ou selles verdâtres et fétides, interrompre l'alimentation et demander un avis médical.

Dans les tous cas, tenter régulièrement la mise au sein pour apprécier la possibilité (ou non) pour l'enfant de téter le sein efficacement.

### 10.5.4 Surveillance

Même surveillance que pour un nouveau-né de plus de 2500 g, et en plus :

- Pesée quotidienne ;
- Température toutes les 4 heures ;
- Glycémie avant chaque repas ou toutes les 3 heures jusqu'à l'obtention de 3 résultats consécutifs normaux. En cas d'hypoglycémie, se référer à la [Section 10.3.5](#).

---

<sup>k</sup> Le lait F100 dilué : 1 sachet (456 g) de lait F100 dans 2800 ml d'eau.

## 10.6 Critères de sortie de la maternité

- Absence de signes de danger ([Section 10.3.1](#)).
- Prise en charge adéquate des infections néonatales ([Sections 10.3.3 et 10.4](#)) et facteurs de risque d'infection néonatale ([Section 10.3.4](#)).
- Nouveau-né sain : bonne tétée à la demande, respiration et température normales, etc.
- Poids supérieur à 1500 g.

ET

- Traitements préventifs ([Section 10.1.7](#)) et vaccinations BCG, Hépatite B (0) et Polio (0) administrés ([Section 10.1.8](#)).
- Dossier clinique rempli (incluant le poids de sortie).
- Rendez-vous de consultation post-natale pris ([Chapitre 11, Section 11.3](#)).

ET

### Informations à la mère

- 1) Allaitement : [Annexe 3](#).
- 2) Soins au nouveau-né :
  - Toilette rapide à l'eau et au savon et séchage immédiat pour éviter les hypothermies (une fois/jour).
  - Soins de cordon : nettoyer à l'eau et au savon chaque fois qu'il est souillé, bien rincer et sécher puis le laisser à l'air. Pas d'application d'antiseptique ou autre produit ou pansement sur le cordon. Le cordon tombe entre le 5<sup>e</sup> et le 15<sup>e</sup> jour suivant la naissance.
  - Méthode kangourou si poids inférieur à 2500 g ([Section 10.5.1](#)).
  - Coucher l'enfant sur le dos.
  - Utiliser une moustiquaire jour et nuit lorsque l'enfant dort.
  - Tenir l'enfant à l'écart des enfants et adultes malades (contagieux).
  - Se laver les mains avant et après les soins du nouveau-né.
  - Eliminer les selles dans les latrines.
- 3) Signes de danger devant amener à consulter :
  - Incapacité à téter correctement
  - Mouvements anormaux
  - Activité réduite
  - Respiration difficile
  - Coloration anormale
  - Rougeur ou écoulement purulent de l'ombilic
  - Fièvre ou hypothermie

## Références

---

- 1 Weekly epidemiological record/Relevé épidémiologique hebdomadaire : Hepatitis B vaccines/Vaccins anti-hépatite B, 2 october 2009, 84<sup>th</sup> year/2 octobre 2009, 84<sup>e</sup> année, No. 40, 2009, 84, 405–420.  
<http://www.who.int/wer/2009/wer8440.pdf>
- 2 Vaccines. Sixth edition by Stanley Plotkin, Walter Orenstein and Paul Offit (2013).
- 3 Pocket book of hospital care in children, second edition, World Health Organization, 2013.  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/child\\_hospital\\_care/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child_hospital_care/en/)
- 4 Neonatal herpes simplex virus infection: Management and prevention, Gail J Demmler-Harrison, UpToDate, Literature review current through: Oct 2013, last update: Mar 7, 2013.

# Chapitre 11 :

## Période post-partum/post-natale

<b>11.1 Post-partum normal</b> .....	223
11.1.1 <i>Involution utérine</i> .....	223
11.1.2 <i>Lochies</i> .....	223
11.1.3 <i>Lactation</i> .....	223
11.1.4 <i>Retour des règles</i> .....	223
<b>11.2 Soins à la mère en post-partum</b> .....	224
11.2.1 <i>Au cours du séjour en maternité</i> .....	224
11.2.2 <i>A la sortie</i> .....	225
<b>11.3 Consultations post-natales</b> .....	226
11.3.1 <i>Rythme des consultations post-natales</i> .....	226
11.3.2 <i>Chez la mère</i> .....	226
11.3.3 <i>Chez l'enfant</i> .....	227
11.3.4 <i>Fiche de suivi post-natal</i> .....	227
<b>11.4 Complications du post-partum</b> .....	228
11.4.1 <i>Hémorragie utérine</i> .....	228
11.4.2 <i>Complications infectieuses</i> .....	228
11.4.3 <i>Complications mammaires</i> .....	229
11.4.4 <i>Pertes urinaires</i> .....	229
11.4.5 <i>Troubles psychiques</i> .....	230
<b>11.5 Contraception</b> .....	231
11.5.1 <i>Méthodes contraceptives</i> .....	231
11.5.2 <i>Chez une femme qui allaite</i> .....	232
11.5.3 <i>Chez une femme qui n'allait pas</i> .....	232
11.5.4 <i>Situations particulières</i> .....	233



## 11.1 Post-partum normal

La période du post-partum s'étend de l'accouchement à la sixième semaine après l'accouchement. Elle correspond au temps nécessaire pour que l'utérus retrouve son volume initial et que les modifications biologiques et hormonales liées à la grossesse disparaissent.

### 11.1.1 Involution utérine

- Après la délivrance, l'utérus se contracte et devient dur (globe de sécurité). Il se trouve sous l'ombilic.
- Vers le cinquième-sixième jour, il se trouve à mi-distance entre l'ombilic et la symphyse.
- Vers le dixième jour, il se trouve au niveau de la symphyse.
- Après six semaines, il retrouve son volume initial.
- L'orifice interne se ferme entre le huitième et le douzième jour.

### 11.1.2 Lochies

Écoulement vaginal sanglant les trois premiers jours, puis sanguinolent, normalement sans odeur, qui prend fin après 15 à 21 jours.

### 11.1.3 Lactation

Les deux premiers jours : sécrétion du colostrum jaunâtre.

Vers le troisième jour, tension douloureuse des seins avec parfois, fièvre passagère à 38-38,5°C. Le lait change de composition : lait mature, plus blanc et abondant.

### 11.1.4 Retour des règles

Les premières règles reviennent habituellement entre la sixième et la huitième semaine, en l'absence d'allaitement.



## 11.2 Soins à la mère en post-partum

Plus de 60% des décès maternels surviennent pendant la période qui suit l'accouchement et 45% de ces décès surviennent dans les premières 24 heures. Les patientes devraient donc rester dans la structure de santé au moins 24 heures<sup>1</sup> après l'accouchement.

### 11.2.1 Au cours du séjour en maternité

Après le post-partum immédiat ([Chapitre 5, Section 5.2.2](#)), réaliser un suivi clinique le premier jour (et journalier si la patiente reste plus de 24 heures) :

- Constantes (pouls, pression artérielle, température, fréquence respiratoire) 2 fois/jour.
- Involution utérine.
- Saignement vaginal.
- Cicatrice de déchirure périnéale/épisiotomie.
- Miction et transit.
- Signes d'anémie (si présents, mesurer l'hémoglobine).

Noter toutes les informations dans le dossier de la patiente.

En cas de césarienne, se référer au [Chapitre 6, Section 6.4](#).

Informez et conseillez la mère :

- Hygiène personnelle (toilette périnéale quotidienne à l'eau et au savon, changement toutes les 4 à 6 heures des serviettes hygiéniques, etc.).
- Mobilisation et ambulation pour prévenir une thrombose.
- Soins de l'enfant ([Chapitre 10, Section 10.6](#)).
- Allaitement ([Annexe 3](#)).
- Signes maternels de danger devant amener à consulter immédiatement :
  - saignement vaginal important (p.ex. nécessité de changer de protection périodique toutes les 20 à 30 minutes pendant 1 à 2 heures et/ou expulsion répétée de caillots),
  - céphalées associées à des troubles visuels ou des nausées/vomissements ; convulsions,
  - difficultés à respirer ou respiration rapide,
  - fièvre,
  - douleur abdominale importante,
  - pertes vaginales fétides.
- Contraception ([Section 11.5](#)).

**Situations particulières** : mort fœtale in utero ou décès néonatal ou abandon d'enfant

En l'absence de contre-indication (valvulopathie, hypertension, pré-éclampsie, antécédent de psychose du post-partum), la cabergoline permet la suppression de la lactation :

**cabergoline** PO : 1 mg dose unique le premier jour du post-partum pour inhiber la montée laiteuse ou 0,25 mg toutes les 12 heures pendant 2 jours après la montée laiteuse.

*Remarque* : l'utilisation de la cabergoline doit être limitée aux situations particulières mentionnées ci-dessus.

Si la cabergoline n'est pas disponible ou contre-indiquée :

- Ne pas utiliser d'autres agonistes dopaminergiques tels que la bromocriptine.
- Ne pas comprimer les seins par un bandage (inconfortable et inefficace).
- Le port d'un soutien-gorge en permanence (jour et nuit) et la prise de paracétamol peut limiter l'inconfort de la montée laiteuse. En l'absence de stimulation, la lactation s'interrompt en une à deux semaines.

De plus, un soutien psychologique doit être offert à toutes les femmes à la maternité et pendant la période post-partum. Se référer au [Chapitre 4, Section 4.11.2](#).

### 11.2.2 A la sortie

- Donner le rendez-vous de visite post-natale ([Section 11.3](#)).
- Vérifier que les informations et conseils ont été donnés.
- En l'absence d'anémie clinique, compléter en fer et acide folique pendant 3 mois<sup>1</sup> ([Chapitre 1, Section 1.2.5](#)). En cas d'anémie, se référer au [Chapitre 4, Section 4.1](#).

## 11.3 Consultations post-natales

### 11.3.1 Rythme des consultations post-natales

Deux consultations post-natales, pour la mère et l'enfant, doivent être proposées dans les 6 semaines qui suivent l'accouchement :

- la première dans les 8 jours, en particulier pour toutes les femmes ayant accouché à domicile. Pour les patientes ayant accouché dans une structure de santé et y ayant séjourné plus de 24 heures, la visite de sortie de la mère et de l'enfant est considérée comme la première consultation post-natale.

ET

- la deuxième dans les 4 à 6 semaines, pour toutes les patientes.

Si l'enfant pèse moins de 2000 g, une consultation hebdomadaire est recommandée le premier mois, puis à 6 semaines.

Les consultations post-natales sont habituellement assurées par la maternité.

### 11.3.2 Chez la mère

- Prendre les constantes : pouls, pression artérielle, température, fréquence respiratoire.
- Apprécier l'involution utérine.
- Evaluer la cicatrisation cutanée en cas de césarienne.
- Examiner la vulve et le périnée : rechercher une déchirure, évaluer la cicatrisation d'une épisiotomie ou d'une plaie suturée, l'aspect des pertes vaginales.
- Interroger sur les mictions et le transit. En cas de pertes d'urines, rechercher une fistule ([Chapitre 7, Section 7.2.5](#)).
- Vérifier l'absence de lésions mammaires.
- Rechercher des signes d'anémie. En l'absence d'anémie clinique, compléter en fer + acide folique pendant 3 mois ([Chapitre 1, Section 1.2.5](#)). En cas d'anémie, se référer au [Chapitre 4, Section 4.1](#).
- Faire un examen d'urine à la bandelette si présence de signes urinaires et/ou de fièvre et/ou d'hypertension artérielle.
- Proposer un test HIV si cela n'a pas été fait pendant la grossesse ou à l'accouchement.
- Apprécier l'interaction mère-enfant, l'état psychique.
- Informer sur la contraception (délai de retour à la fertilité, méthodes contraceptives disponibles, efficacité, bénéfices, contraintes, effets indésirables de chaque méthode) et prescrire une contraception si souhaitée ([Section 11.5](#)).
- Supplémenter en vitamine A (**rétinol** PO : 200 000 UI dose unique), seulement si cela n'a pas été fait à l'accouchement.
- Compléter la vaccination antitétanique si nécessaire.
- Donner informations et conseils (signes de danger, hygiène, allaitement, utilisation de moustiquaires imprégnées pour la mère et l'enfant).

### 11.3.3 Chez l'enfant

- Examen clinique :
  - taille, poids. Un enfant à terme doit avoir repris son poids de naissance à Jour 10, les enfants de moins de 2500 g regagnent normalement leur poids de naissance à Jour 14 (sauf s'ils ont été malades) ;
  - aspect du cordon ombilical ;
  - présence/absence de signe de danger ([Chapitre 10, Section 10.3.1](#)) ;
  - en cas de signes d'anémie (pâleur des conjonctives, paumes des mains, plantes des pieds), mesurer l'hémoglobine.  
Normalement l'hémoglobine des enfants de moins de 2 mois et de moins de 2500 g à la naissance ne devrait pas être < 7 g/dl. Référer en unité de soins néonataux si l'hémoglobine est < 7 g/dl chez un enfant non malade et < 10 g/dl chez un enfant malade.
- Appliquer de la tétracycline ophtalmique (dans les 8 jours suivant la naissance) si cela n'a pas été fait à la naissance ([Chapitre 10, Section 10.1.7](#)).
- Administrer de la vitamine K<sub>1</sub> si cela n'a pas été fait à la naissance ([Chapitre 10, Section 10.1.7](#)). Le rattrapage peut être réalisé jusqu'à l'âge de 3 mois.
- Alimentation : évaluation de l'allaitement ([Annexe 3](#)).
- Vaccination :  
Normalement les vaccinations (Hépatite B Dose 0, BCG, Polio Dose 0) ont été réalisées à la naissance. Elles sont ensuite poursuivies à 6, 10 et 14 semaines (Doses 1, 2 et 3 Polio et vaccin pentavalent contenant l'Hépatite B). Se conformer aux recommandations du Programme Elargi de Vaccination.  
Si l'enfant n'a pas reçu ses vaccins à la naissance :
  - Hépatite B : la Dose 0 du vaccin peut encore être administrée mais plus elle est administrée tard, moins la prévention de la transmission mère-enfant est efficace.
  - Polio et BCG : administrer la Dose 0 du vaccin Polio et le BCG.

### 11.3.4 Fiche de suivi post-natal

Etablir une fiche individuelle où sont reportées les informations utiles au suivi du post-partum ([Annexe 6](#)).

## 11.4 Complications du post-partum

### 11.4.1 Hémorragie utérine

Normalement, les lochies n'excèdent pas en volume celui de règles normales. Si les pertes sont plus abondantes, évoquer une rétention placentaire et/ou une endométrite.

Si une rétention placentaire est suspectée :

- Curage digital ou aspiration manuelle ou curetage très prudent sous antibiothérapie (Chapitre 9).
- Antibiothérapie pendant 5 jours :  
**amoxicilline/acide clavulanique** PO (dose exprimée en amoxicilline) : 3 g/jour à diviser en 3 prises  
 ou  
**amoxicilline** PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises + **métronidazole** PO : 1,5 g/jour à diviser en 3 prises

### 11.4.2 Complications infectieuses

Rechercher une complication infectieuse devant une fièvre supérieure à 38°C pendant plus de 48 heures.

#### *Endométrite et salpingite puerpérale*

- Fièvre en général élevée.
- Douleurs abdomino-pelviennes, lochies fétides ou purulentes.
- A l'examen : utérus volumineux, mou, douloureux à la mobilisation, empâtement des culs-de-sac.
- Hospitaliser et administrer une antibiothérapie :  
**amoxicilline/acide clavulanique** IV (dose exprimée en amoxicilline) : 3 g/jour à diviser en 3 injections  
 + **gentamicine** IM : 3 à 5 mg/kg/jour en une injection  
 ou  
**ampicilline** IV : 6 g/jour à diviser en 3 injections  
 + **métronidazole** IV : 1,5 g/jour à diviser en 3 perfusions  
 + **gentamicine** IM : 3 à 5 mg/kg/jour en une injection  
 Poursuivre ce traitement 48 heures après disparition de la fièvre. Pas de relais per os<sup>2</sup>.  
 Dans les formes mineures débutantes (pas de fièvre, douleurs légères), un traitement ambulatoire est possible avec **amoxicilline/acide clavulanique** PO (dose exprimée en amoxicilline) : 3 g/jour à diviser en 3 prises pendant 5 à 7 jours.
- Rechercher une rétention placentaire résiduelle, à évacuer après 24 à 48 heures d'antibiothérapie. Si la patiente est instable au plan hémodynamique du fait d'une hémorragie ou de l'infection, l'évacuation utérine doit être réalisée en urgence.

#### *Abcès pelvien ou péritonite*

Complication d'une endométrite/salpingite puerpérale non traitée.

- Défense, voire contracture abdominale, arrêt du transit, masse pelvienne.
- Traitement chirurgical : laparotomie ou, en cas d'abcès isolé du cul-de-sac de Douglas, colpotomie permettant de drainer l'abcès.
- Même antibiothérapie que pour que les endométrites et salpingites puerpérales.

### **Autres complications infectieuses**

- Abscès de paroi en cas de césarienne.
- Lymphangite et abcès du sein ([Section 11.4.3](#)).
- Pyélonéphrite ([Chapitre 4, Section 4.2.7](#)).

*Remarque* : face à une fièvre, réaliser systématiquement un test de dépistage du paludisme dans les zones où le paludisme est endémique.

## **11.4.3 Complications mammaires**

### **Crevasses du mamelon**

- Erosion du mamelon et douleur intense au début de la tétée. Absence de fièvre (sauf en cas de lymphangite associée).
- Nettoyer à l'eau propre et au savon avant et après chaque tétée ; sécher soigneusement.
- Observer une tétée et corriger si nécessaire la position. Une mauvaise préhension du sein est souvent à l'origine des crevasses.

### **Engorgement mammaire**

- Douleur bilatérale, 2 à 3 jours après l'accouchement, seins durs et douloureux.
- Compresses chaudes (avant la tétée), expression manuelle douce (avant la tétée si l'enfant est incapable de prendre le sein qui est trop tendu ou après la tétée pour finir de vider le sein) ; augmenter la fréquence des tétées.  
Pour l'expression manuelle, se référer à l'[Annexe 3, Section 3.2](#).
- L'engorgement régresse en 24 à 48 heures.

### **Lymphangite** (inflammation d'un canal galactophore)

- Douleur unilatérale, 5 à 10 jours après l'accouchement. Placard rouge, chaud, douloureux, bien délimité, sans fluctuation ; fièvre élevée, possible adénopathie axillaire associée. Le lait recueilli sur une compresse ne contient pas de pus.
- Vider le sein en faisant téter fréquemment l'enfant du côté atteint. Si la tétée est trop douloureuse pour la mère, suspendre provisoirement l'allaitement du côté douloureux (mais vider manuellement le sein) et poursuivre l'allaitement avec l'autre sein.
- Antalgique systématique (**paracétamol** PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises).

### **Mastite** (infection du sein)

- Infection unilatérale, avec ganglion satellite ; sein chaud, rouge, douloureux, issue de pus par le mamelon, parfois fièvre.
- Suspendre provisoirement l'allaitement du côté infecté, vider manuellement et soigneusement le sein infecté et administrer un antibiotique à visée anti-staphylococcique : **cloxacilline** PO : 3 g/jour à diviser en 3 prises pendant au moins 7 jours.
- Antalgique systématique (**paracétamol** PO : 3 à 4 g/jour à diviser en 3 à 4 prises).
- Le traitement antibiotique peut permettre d'éviter la formation d'un abcès du sein, qui nécessite une incision/drainage. Le drainage d'un abcès collecté est une urgence car l'abcès peut s'étendre rapidement.

## **11.4.4 Pertes urinaires**

- Rechercher une éventuelle fistule vésico-vaginale en particulier après un accouchement difficile à domicile, après un travail prolongé.
- S'il existe une fistule : [Chapitre 7, Section 7.2.5](#).
- S'il n'y a pas de fistule, il s'agit vraisemblablement d'une incontinence urinaire du post-partum : proposer des exercices de renforcement du plancher pelvien.

L'incontinence urinaire du post-partum est plus fréquente chez les grandes multipares, après un accouchement par forceps ou ventouse et en cas de macrosomie. Elle disparaît habituellement dans les 3 mois avec des exercices de renforcement du plancher pelvien.

### 11.4.5 Troubles psychiques

#### « *Baby blues* »

Ce syndrome survient dans les jours qui suivent l'accouchement et dure habituellement 2 semaines.

Il se caractérise par une humeur instable, des pleurs, une irritabilité, des préoccupations anxieuses centrées sur l'enfant, des doutes sur les capacités à être une « bonne mère », associés à des troubles du sommeil, de l'appétit et de la concentration.

Ces troubles s'atténuent en général en quelques jours. La réassurance, le soutien familial et un suivi pour s'assurer que la patiente ne développe pas de dépression est habituellement suffisant.

#### ***Dépression du post-partum***

Souvent sous-évaluée, la dépression du post-partum s'installe dans les semaines qui suivent l'accouchement et peut prendre une forme très sévère.

Les symptômes caractéristiques d'une dépression sont une tristesse, des pleurs très fréquents, une perte de confiance en soi, des préoccupations constantes pour l'enfant (ou au contraire une sensation d'indifférence), un sentiment d'incompétence maternelle et de culpabilité (voire des pensées agressives à l'égard de l'enfant) associés à des troubles du sommeil et de l'appétit. Ces symptômes persistent plus de 2 semaines et s'aggravent progressivement, conduisant à un état d'épuisement.

L'entretien doit rechercher d'éventuelles idées suicidaires et évaluer la capacité et le souhait de la mère de prendre soin de l'enfant (la dépression peut avoir un retentissement sur le développement de l'enfant).

Une attitude compréhensive et rassurante ainsi qu'une aide de l'entourage pour les activités quotidiennes sont indispensables.

Un traitement antidépresseur peut être nécessaire (choisir un antidépresseur compatible avec l'allaitement, qui doit être poursuivi autant que possible). Se référer au *Guide clinique et thérapeutique*, MSF.

*Remarque* : la mortalité périnatale est associée à une augmentation des taux de dépression du post-partum.

#### ***Psychose du post-partum***

Elle survient moins fréquemment et se caractérise par l'apparition de symptômes psychotiques après l'accouchement.

Ces symptômes incluent irritabilité, humeur très instable, idées délirantes, hallucinations, comportements désorganisés, bizarres ou parfois violents.

La patiente doit être adressée immédiatement à un médecin. Un traitement antipsychotique et le plus souvent une hospitalisation sont nécessaires. Se référer au *Guide clinique et thérapeutique*, MSF.

## 11.5 Contraception

Le choix de la méthode contraceptive dépend des indications ou contre-indications médicales<sup>a</sup> et du choix de la patiente en fonction de son mode de vie.

Les examens cliniques indispensables sont :

- *Pour une contraception hormonale* : mesure de la pression artérielle. Les oestroprogestatifs sont contre-indiqués en cas d'hypertension artérielle mais les progestatifs seuls (oraux et implants) peuvent être utilisés.
- *Pour un dispositif intra-utérin* : examen au speculum et toucher vaginal. La pose d'un dispositif intra-utérin est contre-indiquée en cas d'infection pelvienne. Dans ce cas, l'insertion est réalisée après la guérison.

Dans les deux cas, exclure une grossesse (en cas de doute, réaliser un test de grossesse).

Aucun autre examen biologique n'est requis pour prescrire une contraception.

### 11.5.1 Méthodes contraceptives

#### Allaitement

L'allaitement constitue une méthode contraceptive temporaire et efficace (> 98%) mais uniquement si toutes ces conditions sont réunies :

- allaitement exclusif au sein d'un enfant de moins de 6 mois ;
- intervalle entre chaque tétée inférieur à 6 heures ;
- persistance de l'aménorrhée.

#### Contraception hormonale

Il existe plusieurs produits qui diffèrent par leur voie d'administration, composition ou durée d'action (Tableau 11.1).

**Tableau 11.1** - Contraception hormonale

Type	Exemples
<b>Oestroprogestatifs oraux</b>	Ethinylœstradiol/lévonorgestrel (Microgynon®, Minidril®, etc.)
<b>Progestatifs seuls</b>	
• <i>Microprogestatifs oraux</i>	Lévonorgestrel (Microlut®, Microval®, Norgeston®, etc.) ou désogestrel
• <i>Progestatifs injectables</i>	Médroxyprogestérone (Depo-Provera®, etc.)
• <i>Implants progestatifs (contraception de longue durée)</i>	Lévonorgestrel (Jadelle®), étonogestrel (Nexplanon®), etc.

<sup>a</sup> Pour plus d'informations : Organisation mondiale de la Santé. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, quatrième édition, 2011.

[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/9789241563888/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/fr/)



### **Dispositif intra-utérin**

Ce dispositif au cuivre inséré dans l'utérus permet une contraception de longue durée.

### **Préservatifs**

Les préservatifs masculins et féminins, en plus de leur effet contraceptif, sont la seule méthode de protection contre le HIV et les autres infections sexuellement transmissibles. Ils doivent être proposés systématiquement en complément des autres méthodes, comme méthode de protection contre les infections sexuellement transmissibles.

### **Stérilisation**

La stérilisation (féminine par ligature tubaire bilatérale ou masculine par vasectomie) est irréversible.

Si la stérilisation est envisagée, s'informer de la réglementation nationale (critères d'éligibilité, etc.).

Les patientes doivent être clairement informées du caractère définitif de la stérilisation et des alternatives possibles (méthodes efficaces de longue durée comme le dispositif intra-utérin ou les implants contraceptifs). Dans tous les cas, un consentement écrit est requis pour réaliser l'intervention.

La stérilisation féminine peut être réalisée au cours d'une césarienne ou par mini-laparotomie après un accouchement.

## **11.5.2 Chez une femme qui allaite**

Si toutes les conditions ne sont pas réunies pour que l'allaitement soit une méthode contraceptive efficace, proposer l'une des méthodes suivantes.

### **Contraception hormonale**

- Les progestatifs oraux doivent être débutés à partir de la sixième semaine après l'accouchement. Toutefois, s'ils constituent la seule forme de contraception disponible ou acceptable, ils peuvent être débutés 21 jours après l'accouchement.
- Les implants progestatifs et les progestatifs injectables peuvent être utilisés à partir de la sixième semaine après l'accouchement. Toutefois, si une femme ne peut être revue après 6 semaines (populations nomades p.ex.) ou s'ils constituent la seule forme de contraception disponible ou acceptable, les implants progestatifs ou les progestatifs injectables peuvent être utilisés dès que l'opportunité se présente, y compris immédiatement après l'accouchement.
- Éviter les oestroprogestatifs pendant les 6 mois qui suivent l'accouchement. Toutefois, s'ils constituent la seule forme de contraception disponible ou acceptable, ils peuvent être utilisés plus tôt, mais pas avant la fin des 6 premières semaines après l'accouchement.

### **Dispositif intra-utérin**

Le dispositif intra-utérin peut être inséré dans les premières 48 heures suivant l'accouchement (après la délivrance placentaire) ou à partir de la quatrième semaine après l'accouchement.

## **11.5.3 Chez une femme qui n'allait pas**

### **Contraception hormonale**

La contraception hormonale est débutée à partir du Jour 21. Si une femme ne peut être revue après 21 jours (populations nomades p.ex.), les implants progestatifs ou les progestatifs injectables peuvent être utilisés dès que l'opportunité se présente, y compris immédiatement après l'accouchement.

**Dispositif intra-utérin**

Comme pour une femme qui allaite ([Section 11.5.2](#)).

**11.5.4 Situations particulières*****Infection par le HIV***

L'utilisation de préservatifs permet d'éviter la transmission du HIV à un partenaire, une réinfection par d'autres souches virales du HIV si le partenaire est lui-même séropositif, d'autres infections sexuellement transmissibles. Elle est donc systématique chez les patientes infectées par le HIV.

Cependant, l'utilisation du préservatif n'est pas toujours optimale, il est donc recommandé d'utiliser une autre méthode contraceptive efficace en plus du préservatif pour prévenir une grossesse non désirée. Plusieurs méthodes contraceptives sont possibles.

Voir aussi la section suivante, *Traitement par un inducteur enzymatique*.

***Traitement par un inducteur enzymatique***

Chez les patientes traitées par rifampicine et rifabutine, certains antirétroviraux (éfavirenz, névirapine p.ex.), certains anti-épileptiques (carbamazépine, phénytoïne, phénobarbital) : privilégier le dispositif intra-utérin ou un progestatif injectable car les inducteurs enzymatiques réduisent l'efficacité des implants et contraceptifs oraux<sup>3</sup>.

***Après avortement***

La contraception peut être débutée immédiatement : contraception hormonale ou dispositif intra-utérin en l'absence d'infection pelvienne.

***Contraception d'urgence***

Toute patiente doit être informée et avoir accès à la contraception d'urgence si nécessaire :

- **lévonorgestrel** PO (1,5 mg dose unique), le plus rapidement possible après un rapport non ou mal protégé (dans les 72 heures de préférence et jusqu'à 120 heures ou 5 jours<sup>4</sup>). Cette contraception d'urgence ne présente aucune contre-indication ; elle peut être utilisée que la femme allaite ou non.

La dose de lévonorgestrel doit être doublée (3 mg dose unique) chez les femmes sous inducteur enzymatique<sup>5</sup>.

ou

- dispositif intra-utérin, à insérer dans les 5 jours suivant le rapport non ou mal protégé.

## Références

---

- 1 World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. 2013.  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/)
- 2 French LM, Smaill FM. Antibiotic regimens for endometritis after delivery (Review). The Cochrane Library 2007, Issue 4.  
<http://apps.who.int/rhl/reviews/CD001067.pdf>
- 3 FSRH guidance Drug Interactions with Hormonal Contraception, 2011.  
<http://www.fsrh.org/pdfs/CEUguidancedruginteractions hormonal.pdf>
- 4 Lévonorgestrel et contraception d'urgence. Aide-mémoire. PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine, 2005.  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/e\\_contraception/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/e_contraception/fr/)
- 5 British National Formulary. 7.3. Contraceptives. June 2014.

# Chapitre 12 :

## Interruption volontaire de grossesse

<b>12.1 Avant l'avortement</b> .....	237
12.1.1 <i>Information et counseling</i> .....	237
12.1.2 <i>Interrogatoire et examen</i> .....	237
12.1.3 <i>Choix d'une méthode</i> .....	237
<b>12.2 Méthode médicamenteuse</b> .....	239
12.2.1 <i>Contre-indications</i> .....	239
12.2.2 <i>Protocole</i> .....	239
12.2.3 <i>Information à la patiente</i> .....	240
12.2.4 <i>Consultation post-avortement</i> .....	240
<b>12.3 Méthode chirurgicale</b> .....	242
12.3.1 <i>Contre-indications relatives</i> .....	242
12.3.2 <i>Matériel</i> .....	242
12.3.3 <i>Technique</i> .....	242
12.3.4 <i>Suivi de la patiente</i> .....	243
12.3.5 <i>Complications</i> .....	243



## 12.1 Avant l'avortement

Ce chapitre concerne uniquement l'interruption volontaire de grossesse (IVG) intra-utérine évolutive jusqu'à 12 à 14 semaines d'aménorrhée.

Au-delà de 14 semaines d'aménorrhée, les conditions de réalisation et la prise en charge ne sont pas identiques ni décrites dans ce guide.

### 12.1.1 Information et counseling

La décision d'interrompre la grossesse appartient à la patiente. Son choix doit être respecté, sans porter aucun jugement. Le rôle du personnel soignant est de lui permettre de prendre une décision éclairée et de lui fournir des soins de bonne qualité dans un environnement sécurisé.

L'IVG doit être précédée d'un entretien qui permet :

- D'écouter la patiente : raisons de la demande d'IVG, situation, besoins et inquiétudes.
- De discuter des alternatives éventuelles à l'IVG : poursuite de la grossesse ou enfant confié à l'adoption.
- De l'informer des méthodes : description, avantages et inconvénients, suites.
- De discuter d'une contraception : méthodes disponibles, choix d'une méthode appropriée après l'IVG ; se référer au [Chapitre 11, Section 11.5](#).

Le personnel est tenu au respect de la confidentialité de l'entretien, des examens et de l'intervention.

Le consentement de la patiente à l'avortement doit être clairement exprimé.

### 12.1.2 Interrogatoire et examen

(y compris palpation abdominale, examen bi-manuel et au spéculum)

- Si nécessaire, réaliser un test de grossesse pour confirmer la grossesse.
- Estimer l'âge gestationnel (date des dernières règles, hauteur utérine) ; si nécessaire, confirmer l'âge gestationnel et la localisation de la grossesse par échographie.
- Rechercher (et traiter le cas échéant) les problèmes actuels : infection sexuellement transmise (écoulement vaginal anormal, etc.), saignement vaginal, douleurs pelviennes, fièvre, anémie, etc.
- Rechercher les antécédents pouvant contre-indiquer la méthode médicamenteuse ou chirurgicale ou certaines méthodes contraceptives pour la période qui suivra l'avortement.
- Dans les rares situations où un dispositif intra-utérin est en place, le retirer avant de procéder à l'avortement.

### 12.1.3 Choix d'une méthode

Il existe deux méthodes : médicamenteuse et chirurgicale. Chacune des deux méthodes présente des avantages et des inconvénients.

**Tableau 12.1** - Comparaison entre méthode médicamenteuse et chirurgicale

	Méthode médicamenteuse	Méthode chirurgicale
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Méthode non invasive.</li> <li>• Risque infectieux faible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultat immédiat.</li> <li>• Pas de contre-indication absolue.</li> <li>• Possibilité d'insérer un dispositif intra-utérin dans le même temps, à la fin de la procédure.</li> </ul>
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de résultat immédiat ; nécessite une consultation de contrôle pour vérifier l'expulsion.</li> <li>• Douleurs (coliques expulsives) et saignements abondants le temps de l'expulsion.</li> <li>• Saignements souvent plus prolongés qu'après une aspiration.</li> <li>• Aspiration nécessaire en cas d'échec*.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Méthode invasive.</li> <li>• Risque (faible) de perforation ou plaie cervicale.</li> <li>• Nécessite une antibioprophylaxie.</li> </ul>

\* c.-à-d. persistance d'une grossesse évolutive, dans moins de 1% des cas avec l'association mifépristone + misoprostol.

Les éléments à prendre en compte dans le choix de la méthode sont : la préférence de la patiente, les contraintes liées au contexte (p.ex. possibilité de revenir pour une visite de suivi), les contre-indications spécifiques de chaque méthode, l'expérience de l'opérateur.

## 12.2 Méthode médicamenteuse

L'association mifépristone + misoprostol est plus efficace que le misoprostol seul<sup>1</sup> et permet de réduire le nombre de doses de misoprostol nécessaires, limitant ainsi ses effets indésirables.

Le service doit être organisé pour réaliser (ou référer facilement en vue de réaliser) une aspiration manuelle par le vide en cas d'échec de la méthode médicamenteuse (grossesse évolutive) ou de complication (hémorragie importante, expulsion incomplète).

### 12.2.1 Contre-indications

- Troubles de la coagulation : dans ce cas, préférer l'aspiration manuelle par le vide.
- Insuffisance surrénale chronique et asthme sévère non contrôlé par un traitement (pour la mifépristone seulement).

*Remarque* : la mifépristone et le misoprostol ne sont pas indiqués pour interrompre une grossesse extra-utérine ou une grossesse molaire.

### 12.2.2 Protocole

Le traitement comprend :

- L'association de deux médicaments abortifs :

**mifépristone** PO : 200 mg dose unique

puis, 36 à 48 heures après :

**misoprostol** par voie sublinguale ou vaginale dans le cul-de sac postérieur : 800 microgrammes

Les saignements et crampes doivent commencer dans les 1 à 3 heures. En l'absence de saignements dans les 3 heures, administrer des doses supplémentaires de **misoprostol** : 400 microgrammes toutes les 3 heures si nécessaire, jusqu'à ce que l'expulsion commence ; maximum 4 doses supplémentaires.

Si la mifépristone n'est pas disponible ou contre-indiquée, le misoprostol est administré seul comme ci-dessus.

ET

- Un antalgique ou une association d'antalgiques<sup>a</sup> :

**ibuprofène** PO : 800 mg toutes les 8 heures (max. 2400 mg/jour), à débiter avec le misoprostol et à poursuivre après l'expulsion si nécessaire, jusqu'à 3 jours maximum.

Si insuffisant, ajouter :

**codéine** PO : 30 à 60 mg toutes les 6 heures (maximum 240 mg/jour)

ou

**tramadol** PO : 50 à 100 mg toutes les 6 heures (maximum 400 mg/jour)

En cas de nausées/vomissements (pas systématiquement) :

**métoclopramide** PO : 5 mg/dose chez les femmes < 60 kg ; 10 mg/dose chez les femmes > 60 kg. Respecter un intervalle d'au moins 6 heures entre chaque dose.

En pratique :

La mifépristone est donnée sous observation directe puis la patiente rentre chez elle. Les médicaments antalgiques ne sont pas nécessaires à ce stade.

<sup>a</sup> Ces doses peuvent être utilisées chez les adultes et adolescents de plus de 12 ans.



Puis, selon le contexte :

- le misoprostol est remis à la patiente pour être pris à domicile 48 heures après (4 comprimés à 200 microgrammes pour la première dose et une ou plusieurs doses supplémentaires (2 comprimés à 200 microgrammes, maximum 8 comprimés supplémentaires). Dans ce cas, le protocole doit être expliqué clairement ;

ou

- la patiente revient dans le service pour prendre le misoprostol. Pour les grossesses entre 12 et 14 semaines, la femme doit rester dans le service jusqu'à l'expulsion du fœtus.

En plus du misoprostol, donner les médicaments antalgiques.

### 12.2.3 Information à la patiente

Avant l'administration de médicaments, informer la patiente que :

- Le taux de réussite de l'avortement médicamenteux est proche de 95%. En cas d'échec du traitement, une aspiration sera effectuée.
- La mifépristone et le misoprostol peuvent avoir un effet tératogène (cette information doit être connue, au cas où la patiente change d'avis après avoir pris les médicaments ou si le traitement échoue).
- L'avortement commence quelques heures après la première dose de misoprostol et se termine dans les 24 à 48 heures. Très rarement, l'évacuation de l'utérus prend jusqu'à 2 semaines.
- Des crampes et saignements vont survenir et durer normalement quelques jours, jusqu'à ce que la grossesse soit interrompue. Les saignements importants ont lieu 2 à 5 heures après la prise du misoprostol ; ils s'atténuent ensuite dans les 24 heures et ne doivent pas dépasser 48 heures. Des saignements légers persistent ensuite pendant 1 à 2 semaines.
- Le misoprostol peut provoquer, surtout en cas de prises répétées : des nausées, une diarrhée et une fièvre qui ne doit pas persister plus de 24 heures après la prise du médicament.
- Il est nécessaire de consulter immédiatement en cas de signes de danger : douleur sévère ou saignement très important, écoulement vaginal nauséabond, fièvre de plus de 24 heures.
- Les règles reprennent au bout de 4 à 8 semaines mais le retour de la fertilité est très rapide, l'ovulation pouvant survenir dans les 2 semaines qui suivent l'avortement.

A propos de la contraception, selon la méthode retenue, informer la patiente que :

- La contraception hormonale sera débutée le jour de la prise du misoprostol.
- La pose d'un dispositif intra-utérin sera réalisée après l'expulsion complète à la consultation post-avortement, en l'absence d'infection pelvienne associée.

### 12.2.4 Consultation post-avortement

Une consultation clinique systématique est recommandée 10 à 14 jours après l'administration de la mifépristone pour :

- Confirmer que l'avortement est complet ;
- Diagnostiquer et traiter d'éventuelles complications ;
- Fournir une contraception si cela n'a pas été fait lors de l'intervention. Un dispositif intra-utérin peut être posé si l'avortement complet est confirmé.

La confirmation que l'avortement est complet repose sur des arguments cliniques : saignement en quantité suffisante, disparition des signes de grossesse, retour de l'utérus à sa taille normale.

En cas de doute :

- Confirmer l'évacuation complète par échographie, si disponible.
- Ne pas effectuer un test de grossesse car il reste positif jusqu'à un mois après l'avortement.

En l'absence de saignement ou en cas de saignement minime, suspecter un échec de l'avortement sur grossesse intra-utérine mais aussi une grossesse extra-utérine.

En cas d'avortement incomplet, se référer au [Chapitre 2, Section 2.1.3](#).

En cas de grossesse extra-utérine, se référer au [Chapitre 2, Section 2.2.3](#).

En cas de poursuite de la grossesse, effectuer une aspiration manuelle par le vide ([Chapitre 9, Section 9.5](#)).

## 12.3 Méthode chirurgicale

L'avortement chirurgical est effectué par aspiration (manuelle ou électrique). Le curetage ne doit pas être utilisé.

### 12.3.1 Contre-indications relatives

- Cervicite purulente et infection pelvienne : retarder l'intervention si possible, jusqu'à ce que le traitement antibiotique soit terminé. Si l'intervention ne peut être retardée, débiter l'antibiothérapie avant l'intervention.
- Troubles de la coagulation : risque d'hémorragie. L'aspiration doit être réalisée dans une structure capable de réaliser une chirurgie et une transfusion en urgence.

### 12.3.2 Matériel

Se référer au [Chapitre 9, Section 9.5.3](#).

### 12.3.3 Technique

Observer les précautions communes à toutes les manœuvres intra-utérines ([Chapitre 9, Section 9.1.1](#)).

#### *Préparation de la patiente*

- Débuter l'antibiothérapie en cas d'infection si l'avortement ne peut être repoussé. Pour l'antibiothérapie, se référer au [Chapitre 9, Section 9.6.6](#).
- Administrer du **misoprostol** par voie sublinguale ou vaginale dans le cul-de-sac postérieur : 400 microgrammes dose unique, au moins 3 heures avant l'intervention<sup>2</sup> pour ouvrir le col et éviter une dilatation traumatique.
- Administrer une antibioprophylaxie : **doxycycline** PO, 200 mg dose unique ou **azithromycine** PO, 1 g dose unique, une heure avant l'intervention.
- Administrer une prémédication orale avant bloc paracervical :
  - Une heure avant l'intervention :  
**diazépam** PO : 10 mg
  - Une demi-heure avant l'intervention :  
**paracétamol** PO : 1 g  
+ **codéine** PO : 30 mg si < 60 kg ; 60 mg si > 60 kg  
ou  
**tramadol** PO : 50 mg si < 60 kg ; 100 mg si > 60 kg

Puis, pour le reste de l'intervention (préparation du matériel, bloc paracervical, dilatation, aspiration, examen du contenu de l'aspiration), se référer au [Chapitre 9, Section 9.5.4](#).

#### *En fin d'intervention*

Un dispositif intra-utérin peut être posé (en l'absence d'infection pelvienne associée) si c'est la méthode contraceptive choisie par la patiente.

### 12.3.4 Suivi de la patiente

#### ***Immédiat***

- Installer confortablement la patiente pendant la période de surveillance (au moins 2 heures).
- Surveiller les signes vitaux et les saignements.
- Pour la douleur : paracétamol et/ou ibuprofène.
- La patiente peut rentrer chez elle si ses signes vitaux sont stables, si elle est capable de marcher et si elle a reçu les informations suivantes :
  - Les crampes durent quelques jours.
  - Les saignements durent 8 à 10 jours.
  - Les règles reprendront dans 4 à 8 semaines.
  - Le retour de la fertilité est très rapide, l'ovulation pouvant survenir dans les 2 semaines suivant l'intervention. Débuter une contraception le jour même ([Chapitre 11, Section 11.5](#)).
  - Hygiène personnelle : toilette à l'eau et au savon une fois par jour ; pas de douches vaginales.
  - Consulter immédiatement en cas de signes de danger : douleur sévère ou saignement important, écoulement vaginal nauséabond, fièvre.

#### ***Consultation post-avortement***

10 à 14 jours après l'intervention, rechercher des signes d'infection, d'évacuation incomplète et vérifier la tolérance de la contraception.

### 12.3.5 Complications

Se référer au [Chapitre 9, Section 9.6.6](#).

## Références

---

- 1 Grossman D. Méthodes médicamenteuses pour l'avortement au cours du premier trimestre de la grossesse : Commentaire de la BSG (dernière révision : 3 septembre 2004). Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS, Genève. Organisation mondiale de la Santé.  
<http://apps.who.int/rhl/fertility/abortion/dgcom/fr/index.html>
- 2 World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva, 2012.  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/9789241548434/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/)

# Annexes

<b>1. Fiche de soins prénatals</b> .....	247
<b>2. Tamponnement intra-utérin par ballon de Bakri</b> .....	249
2.1 Indication .....	249
2.2 Contre-indications .....	249
2.3 Insertion du ballon .....	249
2.4 Traitement associé .....	250
2.5 Suivi .....	250
<b>3. Allaitement</b> .....	251
3.1 Facteurs de réussite de l'allaitement maternel .....	251
3.2 Expression manuelle et conservation du lait maternel .....	252
3.3 Administration du lait à la tasse ou autre ustensile .....	252
3.4 Administration du lait à l'aide d'une sonde oro/nasogastrique .....	252
3.5 Technique de « succion complémentaire » .....	253
3.6 Résumé des conduites à tenir en cas de difficultés d'alimentation .....	254
3.7 Allaitement chez les femmes infectées par le HIV .....	255
<b>4. Quantités quotidiennes requises pour l'alimentation</b> .....	256
<b>5. Mise en place d'une sonde oro/nasogastrique</b> .....	258
5.1 Technique .....	258
5.2 Surveillance .....	258
<b>6. Fiche de soins postnatals</b> .....	259



# Annexe 1. Fiche de soins prénatals

<b>Fiche de soins prénatals n° :</b>	
Nom :	Âge :
Nom du conjoint :	Adresse :
<b>Antécédents obstétricaux</b>	
<b>Dernières règles</b>	<b>G : P : A :</b>
<b>Grossesses précédentes :</b>	
Nouveau-né vivant	Oui <input type="checkbox"/> Nombre: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Enfant mort-né	Oui <input type="checkbox"/> Nombre: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Décès néonatal (< 1 mois)	Oui <input type="checkbox"/> Nombre: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Décès nourrisson (1 mois - 1 an)	Oui <input type="checkbox"/> Nombre: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Fausse couche/avortement	Oui <input type="checkbox"/> Nombre: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Problèmes lors des grossesses précédentes</b>	
Anémie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Hypertension/pré-/éclampsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Hémorragie ante-partum	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres	
<b>Problèmes lors de précédents accouchements</b>	
Travail prolongé	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Mauvaise présentation (siège, autre)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Césarienne	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Extraction instrumentale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Placenta (retrait manuel)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Episiotomie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Hémorragie du post-partum	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Infection puerpérale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Antécédents médicaux</b>	
Hypertension	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Maladie cardiaque	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Tuberculose	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Infection sexuellement transmissible	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Infection par le HIV	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Epilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Chirurgie abdominale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

<b>Observations ou examens :</b>	

<b>Vaccination antitétanique</b>	
	Date
VAT1	Prochain rendez-vous
VAT2	
VAT3	
VAT4	
VAT5	



	1 <sup>ère</sup> visite	2 <sup>e</sup> visite	3 <sup>e</sup> visite	4 <sup>e</sup> visite	5 <sup>e</sup> visite
<b>Date</b>					
<b>Examen</b>					
Âge gestationnel					
Poids					
Tension artérielle					
Périmètre brachial (si indiqué)					
Hauteur utérine (cm)					
Fréquence cardiaque fœtale (battements/minute)					
Mouvements fœtaux (présents/absents)					
Position (longitudinale, transversale, oblique)					
Présentation (céphalique, siège, transverse)					
Conjunctive (pâle, jaune)					
Œdème					
Plaintes (compléter au dos si nécessaire)					
<b>Tests de laboratoire</b>					
Test syphilis (lors de la première visite)					
si positive: <i>partenaire/co-épouses traitées?</i>					
Hémoglobine (lors de la première visite)					
Test HIV (lors de la première visite)					
Analyse d'urine (au moins 1 fois par trimestre)					
Test rapide paludisme (au moins 1 fois par trimestre)					
Test de grossesse (si indiqué)					
Autres tests (p.ex., groupe sanguin)					
<b>Traitements</b>					
Sels de fer + ac. folique ou multiples micronutriments					
Albendazole (contre-indiqué au court du 1er trimestre)					
Prophylaxie du paludisme (SP aux 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> trim., si indiqué)					
Traitement curatif du paludisme					
Traitement d'une infection urinaire					
Traitement de la syphilis					
Traitement des IST					
Autre traitement					
<b>Autres distributions</b>					
Kits d'accouchement (3 <sup>e</sup> trimestre)					
Moustiquaires (2 lors de la première visite)					
Supplément alimentaire					
<b>Prochain rendez-vous</b>					

## Annexe 2. Tamponnement intra-utérin par ballon de Bakri

### 2.1 Indication

Hémorragie par atonie utérine non contrôlée par les utérotoniques.

La pose d'un ballon de Bakri vise à réduire un saignement intra-utérin et éviter éventuellement une hystérectomie d'hémostase.

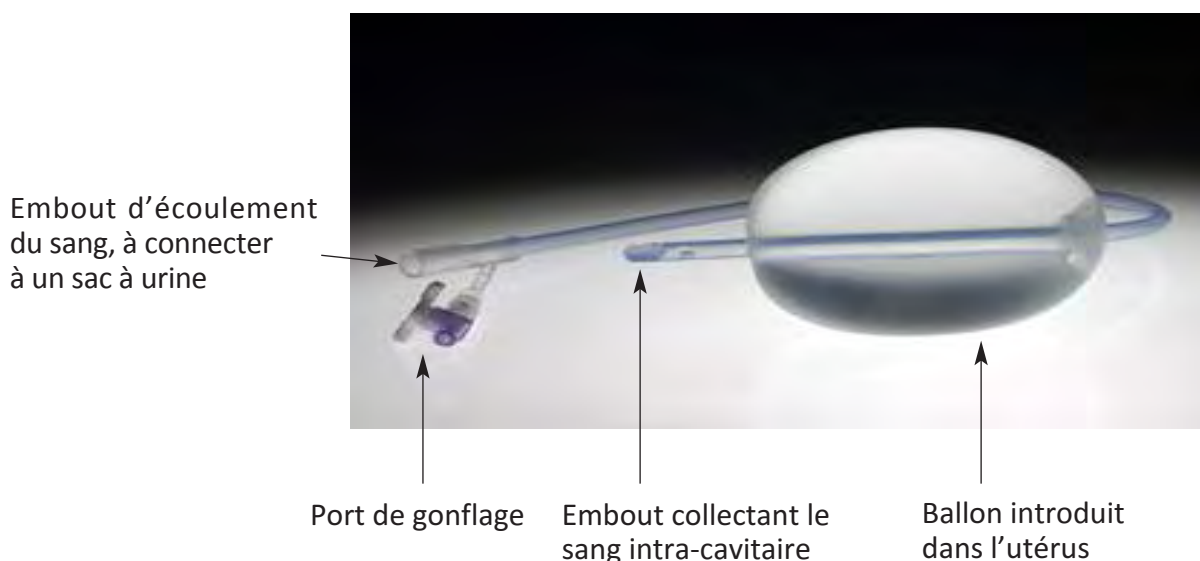
Dans une structure SONUB, la pose du ballon de Bakri permet de stabiliser la patiente avant de la référer vers une structure SONUC.

### 2.2 Contre-indications

- Rupture utérine
- Infection purulente du vagin, du col ou de l'utérus

### 2.3 Insertion du ballon

- Évaluer le besoin d'analgésie/d'anesthésie.
- Badigeonner le périnée à la polyvidone iodée à 10%.
- Vider l'utérus des caillots (révision utérine).
- Poser une sonde de Foley.
- Mesurer la hauteur utérine et la noter (pour le suivi).
- Poser un spéculum. Insérer manuellement ou à l'aide d'une pince atraumatique le ballon (non gonflé) dans l'utérus, en s'assurant qu'il a totalement passé l'orifice interne du col.
- Gonfler le ballon avec du chlorure de sodium à 0,9% stérile (à température ambiante), jusqu'à ce qu'il soit visible dans le col de l'utérus (en général 250 à 300 ml, jusqu'à 500 ml maximum ; noter le volume utilisé).
- Appliquer une traction douce sur le cathéter et le fixer à la cuisse avec du sparadrap.
- Connecter l'embout d'écoulement à un sac de collecte (sac à urine) afin de surveiller le saignement.



## 2.4 Traitement associé

- Perfusion continue d'**ocytocine** : 20 à 40 UI selon la dose déjà administrée (maximum 60 UI au total) dans 1 litre de Ringer lactate ou chlorure de sodium à 0,9% à administrer en 8 heures (42 gouttes/minute).
- Antibiothérapie IV : **ampicilline** 1 g + **métronidazole** 500 mg ou **amoxicilline/acide clavulanique** 1 g, toutes les 8 heures jusqu'à l'ablation du ballon.
- Débuter ou poursuivre une transfusion sanguine afin de corriger l'anémie.

## 2.5 Suivi

Surveillance horaire : signes vitaux, diurèse, hauteur utérine, saignement vaginal, volume de sang recueilli dans le sac de collecte, saturation en oxygène (si disponible).

Si n'y a pas d'écoulement de sang dans le sac de collecte mais que la hauteur utérine augmente, le cathéter peut être obstrué par des caillots : vérifier sa perméabilité en instillant 15 à 30 ml de chlorure de sodium à 0,9% stérile.

S'il n'y a pas d'écoulement de sang dans le sac de collecte, pas d'écoulement vaginal, pas d'augmentation de la hauteur utérine et si la patiente est stable, l'hémorragie est contrôlée : laisser le ballon en place pendant 24 heures.

Après 24 heures, vider la moitié du volume injecté dans le ballon et contrôler les saignements et signes vitaux 30 minutes après :

- S'il n'y a pas d'hémorragie visible et que la patiente est stable, vider complètement et retirer le ballon.
- Si l'hémorragie reprend, regonfler le ballon pour 6 à 8 heures supplémentaires et/ou envisager une chirurgie.

En cas d'échec initial du tamponnement ou reprise secondaire de l'hémorragie alors que le ballon gonflé est toujours en place, un traitement chirurgical est nécessaire.

## Annexe 3. Allaitement

L'allaitement maternel exclusif (pas de nourriture ni de boisson en plus du lait maternel), jusqu'à l'âge 6 mois, est le meilleur choix pour les nouveau-nés quel que soit le terme ou le poids de naissance.

Chez les femmes infectées par le HIV, se référer à la [Section 3.7](#).

Si l'enfant est incapable de téter (suction inefficace ou absente) :

- Le lait maternel peut être extrait du sein, à l'aide d'un tire-lait ou manuellement ([Section 3.2](#)).
- Si l'enfant a un bon réflexe de déglutition : le lait peut ensuite être donné à la tasse, cuillère ou seringue ([Section 3.3](#)).
- Si la déglutition est efficace ou absente : le lait est donné par sonde gastrique ([Section 3.4](#)) pour éviter les fausses routes et l'épuisement de l'enfant.

En cas de suction inefficace, vérifier l'absence d'hypoglycémie ([Chapitre 10, Section 10.3.5](#)) et de signes de danger ([Chapitre 10, Section 10.3.1](#)).

Si l'enfant peut téter mais que le lait maternel est produit en quantité insuffisante, la technique de suction complémentaire permet de le nourrir avec du lait maternisé tout en stimulant la production de lait ([Section 3.5](#)).

Toujours s'assurer de la compatibilité des médicaments administrés à la mère avec l'allaitement et adapter le traitement si nécessaire.

### 3.1 Facteurs de réussite de l'allaitement maternel

Les facteurs de réussite de l'allaitement sont :

- L'information des femmes enceintes sur les bénéfices et la mise en œuvre de l'allaitement.
- La mise au sein précoce, dans l'heure qui suit l'accouchement.
- Le positionnement correct et confortable de la mère et de l'enfant. Une bonne préhension du sein permet une suction efficace et réduit les complications (crevasses) : l'enfant est face au corps de sa mère, son menton est collé au sein, le nez est dégagé, le mamelon et la majeure partie de l'aréole sont dans la bouche.
- Pour les femmes ayant des mamelons ombiliqués ou plats : utiliser les techniques pour aider le mamelon à s'allonger (massage du mamelon, utilisation d'un tire-lait juste avant la tétée).
- Le maintien de l'allaitement exclusif (sauf contre-indication médicale).
- L'allaitement à la demande et au moins 8 fois/jour (au moins toutes les 3 heures).
- Une bonne hydratation (au moins 3 litres/jour) et un apport de plus de 2500 Kcal/jour pour la mère car ils ont un effet direct sur la quantité de lait produite.
- Les soins du mamelon avec un lavage simple à l'eau avant la tétée.
- Une organisation permettant à la mère et l'enfant de rester ensemble 24 heures sur 24.
- L'aide au maintien de la lactation même si la mère doit être séparée de son enfant (éviter l'arrêt de la production de lait par manque de stimulation).

Ne pas arrêter l'allaitement maternel si :

- L'enfant a la diarrhée : expliquer à la mère que son lait n'est pas responsable de la diarrhée.
- La mère est malade (sauf état grave) : expliquer à la mère que son lait n'est pas de mauvaise qualité parce qu'elle est malade.

## 3.2 Expression manuelle et conservation du lait maternel

L'expression manuelle est une alternative lorsque le tire-lait n'est pas disponible. L'extraction du lait est réalisée toutes les 2 à 3 heures.

Montrer la technique à la mère. Lui fournir une tasse ou un récipient propre pour collecter le lait. Le récipient doit être lavé, bouilli ou rincé avec de l'eau bouillie et séché à l'air avant chaque utilisation.

### **Technique**

- Se laver les mains, s'asseoir confortablement et tenir le récipient sous le sein.
- Soutenir le sein de l'autre main, avec quatre doigts, et placer le pouce au-dessus de l'aréole.
- Presser l'aréole entre le pouce et les doigts tout en appuyant en arrière vers la cage thoracique.
- Chaque sein est exprimé pendant au moins 5 minutes, en alternance, jusqu'à ce que le lait cesse de couler.
- Si le lait ne coule pas bien, vérifier la technique d'expression et appliquer des compresses chaudes sur les seins.

Nourrir l'enfant immédiatement après l'extraction du lait (à la tasse ou par sonde gastrique).

Si l'enfant ne prend pas tout le lait collecté, celui-ci peut être conservé dans un récipient propre au réfrigérateur (2 à 8°C) pendant 24 heures maximum<sup>a</sup>.

Porter le lait à 37°C (température corporelle) au bain marie pour le repas suivant.

## 3.3 Administration du lait à la tasse ou autre ustensile

Le lait peut être administré à l'aide d'une tasse, d'une petite cuillère ou d'une seringue. Utiliser un récipient/ustensile propre (lavé, bouilli ou rincé avec de l'eau bouillie et séché à l'air) à chaque repas.

### **Technique**

La mère doit (avec l'aide d'un soignant) :

- Mesurer le volume de lait correspondant aux besoins de l'enfant pour son âge et son poids (Annexe 4).
- Tenir l'enfant en position semi-assise ou verticale, sur les genoux.
- Poser délicatement la tasse/cuillère sur la lèvre inférieure de l'enfant et toucher la partie externe de la lèvre supérieure avec le bord de la tasse.
- Incliner la tasse/cuillère afin que le lait atteigne les lèvres de l'enfant.
- Laisser l'enfant prendre le lait à son rythme ; ne pas verser le lait dans sa bouche.
- Arrêter le repas quand l'enfant ferme la bouche et n'est plus intéressé par le lait.

## 3.4 Administration du lait à l'aide d'une sonde oro/nasogastrique

### **Indications**

- Nouveau-nés de moins de 1500 g : mauvaise succion, coordination succion/déglutition limitée ou absente, épuisement rapide.
- Nouveau-nés avec détresse respiratoire : risque d'inhalation, épuisement rapide.

<sup>a</sup> Prise en charge des problèmes du nouveau-né, manuel de la sage-femme, de l'infirmière et du médecin. Organisation mondiale de la Santé. 2007.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9242546222\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9242546222_fre.pdf)

- Nouveau-nés en mauvais état général (asphyxie, méningite, convulsions, etc.) : succion absente ou faible, réflexes faibles.
- Nouveau-nés avec fente palatine, particulièrement lorsqu'elle est très large.

### **Pose de la sonde**

Se référer à l'[Annexe 5](#).

### **Alimentation par la sonde**

Avant chaque repas :

- Vérifier que l'abdomen n'est pas distendu ou douloureux.
- Aspirer le contenu gastrique pour vérifier que la sonde est bien positionnée et pour évaluer le résidu gastrique :
  - Si le résidu est clair ou lacté et < 2 à 3 ml/kg : réinjecter le résidu et donner le repas suivant à la quantité prévue.
  - Si le résidu est clair ou lacté et > 2 à 3 ml/kg après deux gavages consécutifs : réinjecter le résidu et compléter pour atteindre la quantité totale prévue pour le repas. Si les repas de la journée devaient être augmentés, attendre le jour suivant pour augmenter les quantités.
  - Si le résidu gastrique est bilieux (jaune-vert) : ne pas réinjecter le résidu ; donner la quantité de lait prévue puis réévaluer le résidu lors du repas suivant. S'il est toujours bilieux : interrompre l'alimentation, rechercher des signes de danger ([Chapitre 10, Section 10.3.1](#) et [10.3.3](#)) et une entérocolite nécrosante (sang dans les selles et distension abdominale douloureuse). Poser une voie veineuse pour assurer les besoins hydriques d'entretien, débiter l'antibiothérapie avant de référer en pédiatrie.

Administration du lait :

- Prendre une seringue stérile ou propre (lavée et rincée avec de l'eau bouillie et séchée à l'air), d'une taille suffisante pour contenir la quantité totale du repas. Retirer le piston et connecter la seringue à l'extrémité conique de la sonde.
  - Verser le lait dans la seringue tenue à la verticale.
  - Demander à la mère de tenir la seringue 10 cm au-dessus de l'enfant et laisser le lait s'écouler dans la sonde par gravité.
  - Ne pas accélérer la descente du lait en utilisant le piston de la seringue pour le pousser.
- Chaque repas doit durer 10 à 15 minutes.

Pour les quantités quotidiennes requises pour l'alimentation, se référer à l'[Annexe 4](#).

## **3.5 Technique de « succion complémentaire »**

Cette technique est utilisée pour maintenir l'allaitement maternel lorsque la production de lait est inférieure aux quantités quotidiennes requises par l'enfant.

Elle consiste à donner du lait maternisé à l'aide d'une sonde gastrique tout en stimulant la production de lait.

### **Technique**

- Couper l'extrémité d'une sonde gastrique CH8 (à 1 cm des orifices) et retirer le bouchon à l'autre extrémité.
- Fixer la première extrémité au mamelon à l'aide de sparadrap. Placer l'autre extrémité dans la tasse. L'enfant doit avoir à la fois le mamelon et la sonde dans la bouche lorsqu'il tète (Figure 1).
- La mère tient la tasse à 10 cm au-dessous du niveau du sein pour que le lait ne soit pas aspiré trop rapidement.

L'enfant peut avoir besoin de 2 ou 3 jours pour s'adapter à cette technique. S'il ne prend pas tout le lait dans les premiers jours, lui donner le reste à l'aide d'une tasse, cuillère ou seringue.



**Figure 1**  
Technique de « succion complémentaire »

### 3.6 Résumé des conduites à tenir en cas de difficultés d'alimentation

Situation	Conduite à tenir
Difficulté d'allaitement mais allaitement semblant possible (production de lait, succion et déglutition correcte)	Renforcement des conseils à la mère, mise en confiance, présence constante de l'équipe médicale lors de l'allaitement avec rédaction des observations sur le dossier de l'enfant.
Allaitement mais quantité insuffisante de lait maternel (quantité de lait produite inférieure aux quantités quotidiennes requises par l'enfant)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimulation de la production de lait maternel par allaitement fréquent (8 x/jour).</li> <li>• Utilisation du tire-lait et de la technique de « succion complémentaire ».</li> </ul>
Succion inefficace mais un bon réflexe de déglutition	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expression du lait par tire-lait ou manuellement.</li> <li>• Administration du lait à l'aide d'une tasse, cuillère ou seringue.</li> </ul>
Succion inefficace et réflexe de déglutition mauvais ou absent	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expression du lait maternel par tire-lait ou manuellement.</li> <li>• Alimentation avec du lait maternel à l'aide d'une sonde gastrique.</li> </ul>

### 3.7 Allaitement chez les femmes infectées par le HIV

Les mères doivent recevoir un traitement antirétroviral au long cours ou pendant toute la durée de l'allaitement pour réduire le risque de transmission du HIV.

L'allaitement maternel exclusif est recommandé pendant les premiers 6 mois de vie avec un arrêt progressif à l'âge de 6 mois, sur une période de un mois. Il n'est pas recommandé d'arrêter brutalement l'allaitement.

L'utilisation de substituts du lait maternel n'est acceptable en remplacement de celui-ci que si l'ensemble des conditions suivantes sont réunies :

- Disponibilité de lait maternisé premier âge en quantité suffisante pour une utilisation exclusive jusqu'à 6 mois.
- Possibilité pour la mère (ou la personne en charge) de préparer le lait dans de bonnes conditions d'hygiène et suffisamment fréquemment pour limiter le risque de diarrhée ou de malnutrition.
- Accès à une structure de santé offrant des soins pédiatriques complets.



## Annexe 4. Quantités quotidiennes requises pour l'alimentation

### Poids de naissance $\geq 2500$ g

	Total (ml/kg/j)	Lait maternel
<b>J1</b>	60	8 x 23 ml
<b>J2</b>	80	8 x 30 ml
<b>J3</b>	100	8 x 38 ml
<b>J4</b>	120	8 x 45 ml
<b>J5</b>	140	8 x 53 ml
<b>J6</b>	160	8 x 60 ml
<b>J7</b>	160-180	8 x 60-68 ml
<b>J8 et plus</b>	160-200*	8 x 60-75 ml

\* Il est possible de donner jusqu'à 220 ml/kg si nécessaire pour la croissance.

### Poids de naissance 2000 g – < 2500 g

	Total (ml/kg/j)	Lait maternel
<b>J1</b>	60	8 x 17 ml
<b>J2</b>	80	8 x 23 ml
<b>J3</b>	100	8 x 28 ml
<b>J4</b>	120	8 x 34 ml
<b>J5</b>	140	8 x 40 ml
<b>J6</b>	160	8 x 45 ml
<b>J7</b>	160-180	8 x 45-51 ml
<b>J8 et plus</b>	160-200*	8 x 45-56 ml

\* Il est possible de donner jusqu'à 220 ml/kg si nécessaire pour la croissance.

### Poids de naissance 1500 g – < 2000 g

	Total (ml/kg/j)	Lait maternel
<b>J1</b>	60	8 x 13 ml
<b>J2</b>	80	8 x 18 ml
<b>J3</b>	100	8 x 22 ml
<b>J4</b>	120	8 x 26 ml
<b>J5</b>	140	8 x 31 ml
<b>J6</b>	160	8 x 35 ml
<b>J7</b>	160-180	8 x 35-39 ml
<b>J8 et plus</b>	160-200*	8 x 35-44 ml

\* Il est possible de donner jusqu'à 220 ml/kg si nécessaire pour la croissance.

### Poids de naissance 1250 g – < 1500 g

En principe, les nouveau-nés dont le poids de naissance est < 1500 g doivent uniquement recevoir du glucose à 10% en perfusion IV continue pendant les 48 premières heures de vie en raison d'un risque très élevé d'entérocolite nécrosante aigüe lors d'une alimentation entérale précoce rapide.

Le tableau ci-dessous indique des quantités de lait et de glucose à administrer simultanément par voie orale en dernier recours, c.-à-d. uniquement s'il est impossible d'effectuer une perfusion en continu et que le nouveau-né ne peut être transféré dans un service de soins néonataux.

	Total (ml/kg/j)	Lait maternel	Glucose 10%
<b>J1</b>	80	12 x 5 ml	12 x 4 ml
<b>J2</b>	100	12 x 7 ml	12 x 4 ml
<b>J3</b>	120	12 x 10 ml	12 x 4 ml
<b>J4</b>	140	12 x 14 ml	12 x 2 ml
<b>J5</b>	160	12 x 18 ml	–
<b>J6</b>	160-180	12 x 18-21 ml	–
<b>J7</b>	160-200	12 x 18-23 ml	–
<b>J8 et plus</b>	160-200*	12 x 18-23 ml	–

\* Il est possible de donner jusqu'à 220 ml/kg si nécessaire pour la croissance.

### Poids de naissance 1000 g – < 1250 g

	Total (ml/kg/j)	Lait maternel	Glucose 10%
<b>J1</b>	80	12 x 5 ml	12 x 3 ml
<b>J2</b>	100	12 x 6 ml	12 x 3 ml
<b>J3</b>	120	12 x 8 ml	12 x 3 ml
<b>J4</b>	140	12 x 11 ml	12 x 2 ml
<b>J5</b>	160	12 x 15 ml	–
<b>J6</b>	160-180	12 x 15-17 ml	–
<b>J7</b>	160-200	12 x 15-19 ml	–
<b>J8 et plus</b>	160-200*	12 x 15-19 ml	–

\* Il est possible de donner jusqu'à 220 ml/kg si nécessaire pour la croissance.

## Annexe 5. Mise en place d'une sonde oro/nasogastrique

La sonde gastrique doit toujours être utilisée avec la plus grande prudence. Il existe un risque d'inhalation si la sonde est mal utilisée.

Préférer la voie orogastrique à la voie nasogastrique en cas de détresse respiratoire ou de poids inférieur à 1500 g. Les deux narines doivent rester libres pour une respiration efficace.

### 5.1 Technique

- Choisir une sonde CH6 ou 8 en fonction de la taille des narines de l'enfant. La sonde ne doit pas complètement obstruer l'orifice de la narine.
- Mesurer la distance de la bouche (oro) ou de la racine du nez (naso), au tragus de l'oreille, puis, la distance du tragus de l'oreille à l'appendice xiphoïde du sternum. Marquer au stylo la longueur d'insertion de la sonde.
- Lubrifier la sonde avec de l'eau. Bien maintenir la tête de l'enfant afin d'éviter un traumatisme. Insérer la sonde par un mouvement continue jusqu'au repère fait au stylo.
- Fixer la sonde avec du sparadrap.
- Vérifier le bon positionnement de la sonde :
  - 1) aspirer le contenu gastrique
  - ET
  - 2) injecter 2 ml d'air dans l'estomac par la sonde. Le stéthoscope doit être placé sur l'abdomen pour entendre le bruit de l'air dans l'estomac.En cas de doute sur le positionnement de la sonde, retirer la sonde et recommencer la procédure.  
L'administration intra-pulmonaire de liquide peut être fatal.

L'alimentation se fait en connectant une seringue de 20 ml sans piston à la sonde (tulipe) et en laissant s'écouler par gravité le lait contenu dans la seringue ([Annexe 3, Section 3.4](#)).

Rincer la sonde avec quelques ml de chlorure de sodium à 0,9% après toute utilisation.

### 5.2 Surveillance

L'emplacement de la sonde doit être vérifié systématiquement avant l'administration de tout liquide ou médicament : vérifier que le repère est à sa place, vérifier que l'aspiration ramène du liquide gastrique, injecter de l'air dans l'estomac. En cas d'anomalie, replacer la sonde et revérifier son bon positionnement.

Remplacer la sonde tous les 3 jours, en changeant de narine, ou plus tôt si la sonde est obstruée. Evaluer la pertinence de l'alimentation par sonde avant son remplacement.

## Annexe 6. Fiche de soins postnatals

Fiche de soins postnatals n° :	
Nom :	
Gestité :	Parité : Avortement :
Âge :	
Adresse :	
Est venue en consultation prénatale :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Date de l'accouchement :	A terme <input type="checkbox"/> Prématuré <input type="checkbox"/>
Nom de l'enfant :	Poids à la naissance :
<i>(En cas de grossesse multiple, utiliser une fiche séparée pour noter les observations du nouveau-né)</i>	
Grossesses précédentes (à remplir uniquement si aucune fiche de soins prénatals n'est disponible)	
Nouveau-né vivant	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/>
Enfant mort-né	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/>
Décès néonatal (< 1 mois)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/>
Décès nourrisson (1 mois - 1 an)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/>
Fausse couche/avortement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/>
Problèmes lors de la grossesse et de l'accouchement	
Anémie (mentionner taux d'Hb si connu)	
Hypertension/pré-/éclampsie	
Hémorragie ante-partum	
Travail prolongé/obstruction	
Présentation anormale (siège, autre)	
Césarienne	
Extraction instrumentale	
Placenta (normal/retrait manuel)	
Episiotomie	
Lacération du périnée (déchirure)	
Fistule et prise en charge	
Hémorragie du post-partum	
Infection puerpérale	
Autre	
Antécédents médicaux (à remplir uniquement si aucune fiche de soins prénatals n'est disponible)	
Hypertension	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Maladie cardiaque	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Infection HIV <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Chirurgie abdominale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Infection sexuellement transmissible	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

**Observations et examens :**

Examiné par :

Date de la prochaine visite (sauf en cas de sortie) :

Date de fin des consultations post-natales :

Enfant référé pour suivi de la croissance et des vaccinations

Nom de la structure de santé où l'enfant est référé :

	1ère visite (2-8 jours après l'accouchement)	2e visite (4-6 semaines après l'accouchement)
<b>Mère</b>		
Tension artérielle		
Température		
Anémie (conjonctive, hémoglobine)		
Seins (infection, congestion mammaire)		
Involution utérine		
Lochies (couleur et importance)		
Cicatrisation (en cas de lacération, épisiotomie ou césarienne)		
Miction normale/transit normal		
Interaction mère/enfant		
<b>Traitements</b>		
Vaccination antitétanique		
Sels de fer + acide folique ou multiples micronutriments		
Rétinol (vitamine A)		
Résultats des tests de laboratoire (le cas échéant)		
<b>Enfant</b> (en cas de naissances multiples, utiliser une fiche supplémentaire)		
Température		
Rythme cardiaque		
Fréquence respiratoire		
Poids		
Aspect : coloration, respiration, activité, etc.		
Examen complet (si cela n'a pas été fait à la naissance)		
État du cordon		
Alimentation (observer)/gain de poids?		
Miction normale/transit et selles normales		
<b>Traitements</b> (si non donné à la naissance) :		
Tétracycline pommade ophtalmique		
Vitamine K		
Vaccination (Hépatite B 0, BCG, Polio 0)		
Autre(s)		
<b>Informations et conseils à la mère</b>		
Soin de la mère et de l'enfant		
Signes de danger pour la mère et l'enfant		
Allaitement (allaitement exclusif/soutien, etc.)		
Contraception		
Reprise des règles et de l'activité sexuelle		
Suivi de la croissance de l'enfant et des vaccinations		

# Index

## A

Accouchement, <i>jumeaux</i> .....	126
Accouchement, <i>kit</i> .....	26
Accouchement, <i>normal</i> .....	85
Accouchement, <i>plan</i> .....	26
Accouchement, <i>prématuré</i> .....	79
Accouchement, <i>préparation</i> .....	26
Accouchement, <i>siège</i> .....	120
Age de la grossesse, <i>estimation</i> .....	20
Alimentation du nouveau-né .....	203, 218, 253, 256
Allaitement.....	251
Amibiase, <i>traitement (mère)</i> .....	65
Anémie, <i>dépistage</i> .....	22
Anémie, <i>traitement (mère)</i> .....	59
Anémie, <i>prévalence</i> .....	24
Anémie, <i>prévention</i> .....	24
Ankylostomiase, <i>traitement (mère)</i> .....	65
Anneau de Bandl.....	51
Antibioprophylaxie, <i>césarienne</i> .....	131
Antibioprophylaxie, <i>IVG chirurgicale</i> .....	242
Antibioprophylaxie, <i>révision utérine</i> .....	81
Antibiothérapie, <i>avortement septique</i> .....	34
Antibiothérapie, <i>endométrite</i> .....	191
Antibiothérapie, <i>infections génitales du post-partum</i> .....	228
Antibiothérapie, <i>nouveau-né</i> .....	210
Antibiothérapie, <i>perforation utérine</i> .....	191
Antibiothérapie, <i>péritonite</i> .....	191
Antibiothérapie, <i>rupture prématurée des membranes</i> .....	76
Antibiothérapie, <i>salpingite</i> .....	191
Antipaludiques, <i>injectables</i> .....	63
Antipaludiques, <i>oraux</i> .....	63
Apgar, <i>score</i> .....	201
Ascariadiase, <i>traitement (mère)</i> .....	65
Aspiration manuelle par le vide .....	185
Atonie utérine .....	168, 169
Avortement, <i>en cours</i> .....	34
Avortement, <i>incomplet</i> .....	34
Avortement, <i>menace</i> .....	33
Avortement, <i>septique</i> .....	34
Avortement, <i>spontané</i> .....	33

## B

Baby blues.....	230
Bactériurie asymptomatique, <i>traitement (mère)</i> .....	61
Ballon de Bakri .....	169, 249
Bandl, <i>anneau</i> .....	51
BCG.....	204, 216, 227
Bishop, <i>score</i> .....	143
Bloc paracervical .....	186, 242
Bracht, <i>manœuvre</i> .....	124

**C**

Cabergoline .....	80, 224
Calcium, <i>carbonate</i> .....	25
Calcium, <i>gluconate</i> .....	70
Calcium, <i>supplémentation</i> .....	25, 72
Carbonate de calcium .....	25
Cervicite .....	40
Césarienne .....	130
Circulaire du cordon .....	100
Coagulation, <i>troubles</i> .....	48, 168, 170
Colécalciférol .....	25
Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine .....	63
Consultations post-natales, <i>mère</i> .....	226
Consultations post-natales, <i>nouveau-né</i> .....	227
Consultations prénatales .....	19
Contraception, <i>méthode</i> .....	231, 232
Contraception, <i>d'urgence</i> .....	233
Contraception, <i>post IVG</i> .....	240, 242
Convulsions, <i>nouveau-né</i> .....	207
Cordon, <i>circulaire</i> .....	100
Cordon, <i>clamping</i> .....	92, 201
Cordon, <i>prociidence</i> .....	98
Cordon, <i>soins</i> .....	201, 219
Cranioclasie .....	196
Craniotomie .....	195
Crevasses du mamelon .....	229
Cul-de sac de Douglas, <i>ponction</i> .....	37
Culdocentèse .....	37
Curage digital .....	184
Curetage .....	189
Cystite, <i>traitement (mère)</i> .....	61

**D**

Date présumée de l'accouchement .....	20
Déchirure, <i>col</i> .....	176
Déchirure, <i>muqueuse rectale</i> .....	111, 113
Déchirure, <i>périnée</i> .....	111, 112
Déchirure, <i>sphincter anal</i> .....	111, 112
Déchirure, <i>vagin</i> .....	176
Déchirure, <i>vulve</i> .....	111, 112
Délivrance, <i>artificielle</i> .....	169, 182
Délivrance, <i>dirigée</i> .....	165
Délivrance, <i>hémorragie</i> .....	168
Délivrance, <i>normale</i> .....	165
Délivrance, <i>prévention des hémorragies</i> .....	165
Dépression du post-partum .....	230
Désinfibulation .....	115
Détresse respiratoire, <i>nouveau-né</i> .....	208
Dexaméthasone .....	77
Dinoprostone, <i>induction du travail</i> .....	142
Dinoprostone, <i>mort fœtale in utero</i> .....	80
Dispositif intra-utérin .....	232, 233
Dystocie, <i>dynamique</i> .....	137
Dystocie, <i>épaules</i> .....	147
Dystocie, <i>mécanique</i> .....	137

**E**

Echographie .....	17, 20, 33, 36, 46, 80, 237, 241
Eclampsie .....	73
Ectropion.....	33
Embryotomie .....	193, 197
Engagement .....	88
Engorgement mammaire .....	229
Épisiotomie .....	109, 112
Ergocalciférol .....	25
Examen clinique du nouveau-né.....	201, 202
Excès de volume utérin .....	74
Expulsion.....	89

**F**

Fiche de soins post-natals .....	259
Fiche de soins prénatals.....	247
Fièvre, <i>antipyrétiques (mère)</i> .....	60
Fistules vaginales .....	141
Forceps.....	104

**G**

Gluconate de calcium.....	70
Gonococcie génitale, <i>traitement (mère)</i> .....	61
Grande extraction de siège .....	128
Grossesse, <i>cervicale</i> .....	36
Grossesse, <i>complications</i> .....	27
Grossesse, <i>extra-utérine</i> .....	36
Grossesse, <i>interruption volontaire, information et counseling</i> .....	237
Grossesse, <i>interruption volontaire, méthode chirurgicale</i> .....	242
Grossesse, <i>interruption volontaire, méthode médicamenteuse</i> .....	239
Grossesse, <i>jumeaux</i> .....	126
Grossesse, <i>molaire</i> .....	38
Grossesse, <i>test</i> .....	17, 36, 38, 237, 241
Grossesse, <i>tubaire</i> .....	36

**H**

Hauteur utérine, <i>mesure</i> .....	21
Hématocèle.....	36
Hématome rétro-placentaire.....	46
Hématosalpinx .....	36
Hémopéritoine.....	36
Hémorragie, <i>au cours de la grossesse</i> .....	33, 36, 38, 41, 45, 48, 50
Hémorragie, <i>primaire du post-partum</i> .....	168
Hémorragie, <i>secondaire du post-partum</i> .....	172
Hépatite B, <i>maternelle</i> .....	66
Hépatite B, <i>nouveau-né</i> .....	66, 204, 215, 227
Hépatite E, <i>maternelle</i> .....	66
Herpès génital, <i>traitement (mère)</i> .....	66
Herpès, <i>nouveau-né</i> .....	215
Hydralazine, <i>injectable</i> .....	71
Hydramnios, <i>aigu</i> .....	75
Hydramnios, <i>chronique</i> .....	75
Hypertension, <i>chronique</i> .....	68
Hypertension, <i>gravidique</i> .....	68
Hypoglycémie, <i>nouveau-né</i> .....	211



<b>I</b>	
Ictère, <i>nouveau-né</i> .....	212
Implants contraceptifs .....	231
Induction du travail .....	142
Infection à chlamydia, <i>nouveau-né</i> .....	214
Infection gonococcique, <i>maternelle</i> .....	67
Infection gonococcique, <i>nouveau-né</i> .....	203, 214
Infection néonatale, <i>asymptomatique</i> .....	210
Infection néonatale, <i>symptomatique</i> .....	209
Infection par le HIV, <i>allaitement</i> .....	255
Infection par le HIV, <i>contraception</i> .....	233
Infection par le HIV, <i>dépistage</i> .....	21, 23
Infection par le HIV, <i>PTME</i> .....	203, 215
Infection par le HIV, <i>soins ante-partum</i> .....	67
Infection par le HIV, <i>soins per-partum</i> .....	67
Infection par le HIV, <i>soins post-partum</i> .....	67
Infection urinaire, <i>dépistage</i> .....	22, 23
Infection urinaire, <i>traitement</i> .....	61, 62
Infections puerpérales .....	228
Interruption volontaire de grossesse, <i>information et counseling</i> .....	237
Interruption volontaire de grossesse, <i>méthode chirurgicale</i> .....	242
Interruption volontaire de grossesse, <i>méthode médicamenteuse</i> .....	239
Inversion utérine .....	173
Involution utérine .....	223
<b>J</b>	
Jarish-Herxheimer, <i>réaction</i> .....	61
Jumeaux, <i>accouchement</i> .....	126
Jumeaux, <i>grossesse</i> .....	126
<b>K</b>	
Kangourou, <i>méthode</i> .....	217
<b>L</b>	
Labétalol, <i>injectable</i> .....	71
Labétalol, <i>oral</i> .....	69
Lactation .....	223
Lait maternel, <i>administration</i> .....	252
Lait maternel, <i>conservation</i> .....	252
Lait maternel, <i>expression manuelle</i> .....	252
Lait maternel, <i>technique de « succion complémentaire »</i> .....	253
Lochies .....	223
Lovset, <i>manœuvre</i> .....	122
Lymphangite .....	229
<b>M</b>	
Magnésium, <i>sulfate</i> .....	70, 73
Maladie hémorragique du nouveau-né .....	203
Malnutrition, <i>maternelle</i> .....	25
Manœuvre, <i>Bracht</i> .....	124
Manœuvres intra-utérines .....	181
Manœuvre, <i>Lovset</i> .....	122
Manœuvre, <i>Mauriceau</i> .....	124
Manœuvre, <i>McRoberts</i> .....	147
Manœuvre, <i>Rubin</i> .....	147

Manceuvre, <i>Suzor</i> .....	123
Manceuvre, <i>Wood</i> .....	147
Mastite.....	229
Maturation pulmonaire fœtale.....	78
Mauriceau, <i>manœuvre</i> .....	124
McRoberts, <i>manœuvre</i> .....	147
Méconium.....	86, 88
Membranes, <i>décollement</i> .....	143
Membranes, <i>rupture artificielle</i> .....	96, 143
Membranes, <i>rupture prématurée</i> .....	76
Menace d'accouchement prématuré.....	78
Menace d'avortement.....	33
Méningite, <i>traitement (mère)</i> .....	60
Méthode kangourou.....	217
Méthodes contraceptives.....	231
Méthylidopa.....	69
Méthylergométrine.....	169
Micronutriments multiples.....	24
Microprogestatifs.....	231
Mifépristone, <i>IVG</i> .....	239
Mifépristone, <i>mort fœtale in utero</i> .....	80
Misoprostol, <i>avortement incomplet</i> .....	35
Misoprostol, <i>dilatation avant AMV</i> .....	186
Misoprostol, <i>hémorragie du post-partum</i> .....	169
Misoprostol, <i>induction du travail</i> .....	142
Misoprostol, <i>IVG</i> .....	239, 242
Misoprostol, <i>mort fœtale in utero</i> .....	80
Mole hydatiforme.....	38
Mort fœtale in utero.....	80
Mutilations sexuelles.....	111, 115
<b>N</b>	
Nifédipine, <i>orale</i> .....	78
Nouveau-né, <i>alimentation</i> .....	203, 218, 253, 256
Nouveau-né, <i>consultations post-natales</i> .....	227
Nouveau-né, <i>convulsions</i> .....	207
Nouveau-né, <i>détresse respiratoire</i> .....	208
Nouveau-né, <i>dosages antibiotiques</i> .....	210
Nouveau-né, <i>examen de routine</i> .....	201, 202
Nouveau-né, <i>hépatite B</i> .....	66, 204, 215, 227
Nouveau-né, <i>herpès</i> .....	215
Nouveau-né, <i>hypoglycémie</i> .....	211
Nouveau-né, <i>ictère</i> .....	212
Nouveau-né, <i>infection à chlamydia</i> .....	214
Nouveau-né, <i>infection asymptomatique</i> .....	210
Nouveau-né, <i>infection gonococcique</i> .....	203, 214
Nouveau-né, <i>infection symptomatique</i> .....	209
Nouveau-né, <i>prévention de la maladie hémorragique</i> .....	203
Nouveau-né, <i>petit poids de naissance</i> .....	217
Nouveau-né, <i>réanimation</i> .....	205
Nouveau-né, <i>régulation thermique</i> .....	203
Nouveau-né, <i>signes de danger</i> .....	208
Nouveau-né, <i>soins de routine</i> .....	201, 219
Nouveau-né, <i>syphilis</i> .....	214
Nouveau-né, <i>vaccinations</i> .....	204, 227

**O**

Obstruction du travail .....	140
Oestroprogestatifs .....	231
Oxytocine, <i>accouchement gémellaire</i> .....	127
Oxytocine, <i>césarienne</i> .....	131, 146
Oxytocine, <i>dystocie dynamique</i> .....	146
Oxytocine, <i>grossesse molaire</i> .....	38
Oxytocine, <i>hémorragie du post-partum</i> .....	146, 169
Oxytocine, <i>induction du travail</i> .....	145, 146
Oxytocine, <i>prévention des hémorragies du post-partum</i> .....	146, 165

**P**

Paludisme, <i>dépistage</i> .....	21, 23
Paludisme, <i>traitement (mère)</i> .....	63, 64
Paludisme, <i>traitement préventif intermittent</i> .....	24
Partogramme .....	93
Perforation utérine .....	191
Périnée, <i>suture</i> .....	111
Pertes urinaires .....	229
Petit poids de naissance .....	217
Phytoménadione, <i>nouveau-né</i> .....	203, 227
Phytoménadione, <i>supplémentation (mère)</i> .....	25
Placenta, <i>examen</i> .....	167
Placenta, <i>prævia</i> .....	45
Placenta, <i>rétenion</i> .....	168, 169
Poche des eaux .....	87
Polio oral .....	204, 227
Post-partum, <i>complications</i> .....	228
Post-partum, <i>dépression</i> .....	230
Post-partum, <i>psychose</i> .....	230
Post-partum, <i>soins à la mère</i> .....	224
Post-partum, <i>surveillance maternelle</i> .....	95
Pré-éclampsie .....	68
Pré-éclampsie, <i>prévention secondaire</i> .....	72
Présentation, <i>épaule</i> .....	149
Présentation, <i>face</i> .....	156
Présentation, <i>front</i> .....	159
Présentation, <i>siège</i> .....	119
Présentation, <i>transversale</i> .....	149
Préservatifs .....	232
Prévention de la transmission mère-enfant du HIV .....	203
Procidence du cordon .....	98
Progestatifs .....	231
Psychose du post-partum .....	230
Pyélonéphrite, <i>traitement (mère)</i> .....	62

**R**

Réaction de Jarish-Herxheimer .....	61
Réanimation du nouveau-né .....	205
Rétention placentaire .....	168, 169
Rétinol .....	226
Retour des règles .....	223
Révision utérine .....	169, 183
Rubin, <i>manœuvre</i> .....	147

Rupture, <i>artificielle des membranes</i> .....	96, 143
Rupture, <i>prématurée des membranes</i> .....	76
Rupture, <i>utérine</i> .....	50
Rythme cardiaque fœtal .....	86

**S**

Salbutamol .....	78
Score d'Apgar .....	201
Score de Bishop .....	143
Shigellose, <i>traitement (mère)</i> .....	60
Siège, <i>complet</i> .....	119, 128
Siège, <i>décomplété</i> .....	119, 128
Siège, <i>grande extraction</i> .....	128
Siège, <i>obstruction des épaules</i> .....	122
Siège, <i>présentation</i> .....	119
Siège, <i>rétenion de la tête</i> .....	123
Sonde oro/nasogastrique .....	252, 258
SONUB .....	26
SONUC .....	26
Sulfadoxine/pyriméthamine .....	24, 63
Sulfate de magnésium .....	14, 70, 73
Sulfate ferreux/acide folique, <i>traitement de l'anémie</i> .....	59
Sulfate ferreux/acide folique, <i>prévention de l'anémie</i> .....	24
Suture, <i>muqueuse rectale</i> .....	113
Suture, <i>périnée</i> .....	111, 112
Suture, <i>sphincter anal</i> .....	112
Suture, <i>vulve</i> .....	112
Suzor, <i>manœuvre</i> .....	123
Symphysiotomie .....	105
Syphilis, <i>dépistage</i> .....	21
Syphilis, <i>nouveau-né</i> .....	214
Syphilis, <i>traitement (mère)</i> .....	61

**T**

Test de grossesse .....	17, 36, 38, 237, 241
Tétanos, <i>prévention prénatale</i> .....	23
Thromboprophylaxie, <i>césarienne</i> .....	131
Travail, <i>induction</i> .....	142
Travail, <i>obstruction</i> .....	140
Travail, <i>prolongé</i> .....	137
Travail, <i>surveillance</i> .....	93
Trendelenburg, <i>position</i> .....	99
Troubles de la coagulation .....	48, 168, 170
Tuberculose pulmonaire évolutive .....	216
Typhoïde, <i>traitement (mère)</i> .....	60

**U**

Utérus, <i>atonie</i> .....	168, 169
Utérus, <i>hauteur</i> .....	21
Utérus, <i>inversion</i> .....	17
Utérus, <i>involution</i> .....	223
Utérus, <i>perforation</i> .....	191
Utérus, <i>révision</i> .....	169, 183
Utérus, <i>rupture</i> .....	50

**V**

Vaccination antitétanique, <i>avortement septique</i> .....	34
Vaccination antitétanique, <i>période prénatale</i> .....	23
Vaccinations, <i>nouveau-né</i> .....	204, 227
Varicelle, <i>traitement (mère)</i> .....	66
Ventouse .....	101
Version, <i>manœuvre externe</i> .....	152
Version, <i>manœuvre interne</i> .....	154
Vitamine D, <i>supplémentation (mère)</i> .....	25
Vitamine K <sub>1</sub> , <i>nouveau-né</i> .....	203, 227
Vitamine K <sub>1</sub> , <i>supplémentation (mère)</i> .....	25

**W**

Wood, <i>manœuvre</i> .....	147
-----------------------------	-----

## Dans la même collection

*Guide clinique et thérapeutique*

Existe aussi en anglais et espagnol

*Médicaments essentiels - guide pratique d'utilisation*

Existe aussi en anglais, espagnol et arabe

*Prise en charge d'une épidémie de rougeole*

Existe aussi en anglais

*Tuberculose*

Existe aussi en anglais

*Public health engineering*

En anglais uniquement

*Rapid health assessment of refugee or displaced populations*

En anglais uniquement

**Belgique**

Médecins Sans Frontières/Artsen Zonder Grenzen  
Rue Dupréstraat 94, 1090 Bruxelles/Brussel  
Tél. : +32 (0)2 474 74 74  
Fax : +32 (0)2 474 75 75  
E-mail : info@msf.be

**Espagne**

Medicos Sin Fronteras  
Nou de la Rambla 26, 08001 Barcelona  
Tél. : +34 933 046 100  
Fax : +34 933 046 102  
E-mail : oficina@barcelona.msf.org

**France**

Médecins Sans Frontières  
8 rue Saint-Sabin, 75544 Paris cedex 11  
Tél. : +33 (0)1 40 21 29 29  
Fax : +33 (0)1 48 06 68 68  
E-mail : office@paris.msf.org

**Pays-Bas**

Artsen Zonder Grenzen  
Plantage Middenlaan 14, 1018 DD Amsterdam  
Tél. : +31 (0)20 52 08 700  
Fax : +31 (0)20 62 05 170  
E-mail : office@amsterdam.msf.org

**Suisse**

Médecins Sans Frontières  
78 rue de Lausanne - Case postale 116 - 1211 Genève 27  
Tél. : +41 (0)22 849 84 84  
Fax : +41 (0)22 849 84 88  
E-mail : office-gva@geneva.msf.org