

6

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT D'URGENCE

CONTENU:

6.1	Introduction	6.2
6.1.1	Objectifs	6.2
6.2	Concepts généraux	6.3
6.2.1	Le cycle	6.3
6.2.2	La grossesse	6.4
6.2.3	La naissance	6.5
6.3	L'accouchement d'urgence	6.7
6.3.1	Comment évaluer un accouchement d'urgence	6.7
6.3.2	Que faire lors d'un accouchement d'urgence	6.7
6.3.3	Quelques problèmes lors de l'accouchement	6.9
6.4	Problèmes lors de la grossesse	6.10
6.4.1	Problèmes lors du premier trimestre	6.10
6.4.1.1	Comment évaluer ces problèmes	6.10
6.4.1.2	Que faire lors de ces problèmes	6.10
6.4.2	Problèmes lors du deuxième trimestre	6.11
6.4.2.1	Comment évaluer ces problèmes	6.11
6.4.2.2	Que faire lors de ces problèmes	6.11
6.4.3	Problèmes lors du troisième trimestre	6.12
6.5	Résumé du chapitre 6	6.13

6.1 Introduction

Un accouchement ou des problèmes lors de l'accouchement, engendre toujours des émotions intenses auprès de la patiente. En tant que secouriste-ambulancier, vous ne devez pas seulement agir correctement, mais aussi accompagner et rassurer l'environnement. Ceci est uniquement possible lorsque vous connaissez les symptômes d'un accouchement imminent et lorsque vous connaissez les actes que vous devrez effectuer pour mener cette événement unique à son terme.

6.1.1 OBJECTIFS

Connaître les trois trimestres de la grossesse.

Connaître le déroulement d'un accouchement normal.

Reconnaître les symptômes d'un accouchement d'urgence et savoir agir correctement.

Reconnaître les problèmes lors de l'accouchement et savoir agir correctement.

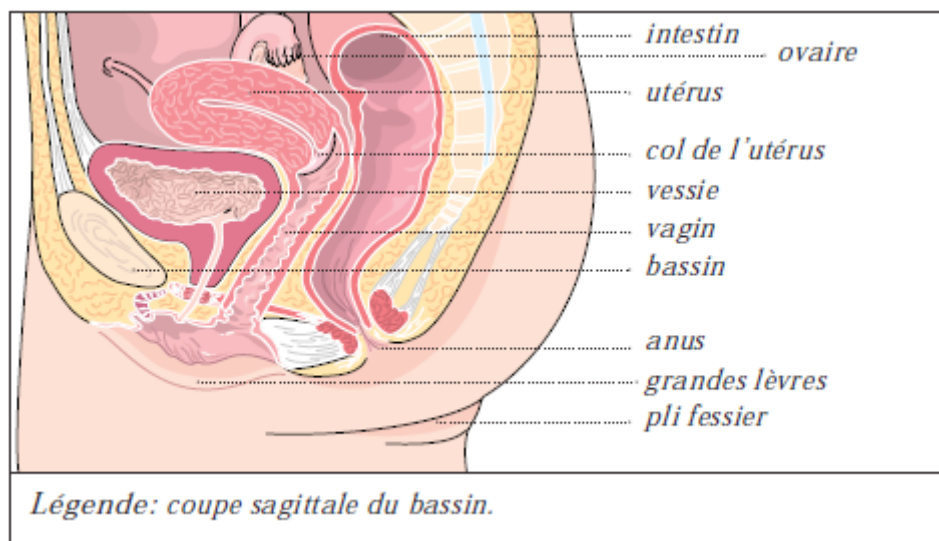
Reconnaître les problèmes lors de la grossesse et savoir agir correctement.

6.2 Concepts généraux

Les urgences obstétriques et gynécologiques (maladies chez la femme) sont quasi toujours en rapport avec la grossesse. Une aide rapide et efficace par le secouriste-ambulancier peut être déterminant pour la maman et l'enfant.

Ce chapitre décrira les urgences qui peuvent se présenter dans les diverses périodes de la grossesse et durant l'accouchement même. Lors de la naissance, le secouriste-ambulancier devra (avec ou sans SMUR) assister la femme. Le nouveau-né devra lui aussi bénéficier des soins nécessaires.

L'organe de reproduction interne de la femme a déjà été décrit dans le chapitre traitant de l'anatomie. La figure ci-dessous décrit les organes sexuels de la femme et la situation par rapport aux autres organes du bassin.



6.2.1 LE CYCLE

Pendant la période fertile, le corps de la femme parcourt un cycle naturel de plus ou moins 28 jours.

Pendant la première partie du cycle (14 jours) les muqueuses à l'intérieur de l'utérus s'épaississent. A la fin de cette phase, un ovocyte est conçu dans l'ovaire et est conduit par l'oviducte vers l'utérus. Pendant ce voyage, l'œuf peut être fécondé.

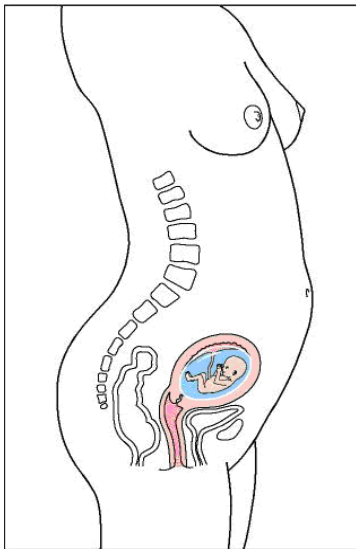
Dans la deuxième partie du cycle, la muqueuse épaisse de l'utérus est préparée à recevoir l'œuf fécondé, qui s'y nichera, ce qui crée une grossesse. L'hémorragie mensuelle (menstruation) est le rejet de la muqueuse de l'utérus qui ne contient pas d'œuf fécondé. Le cycle est réglé par les hormones sexuelles féminines. Ces hormones sont déterminantes pour le cycle menstruel tous les mois. Les hormones sexuelles influencent aussi les changements sensibles du corps, quand un œuf est fécondé.

6.2.2 LA GROSSESSE

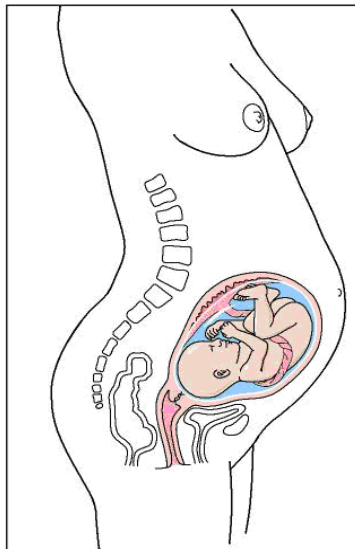
La grossesse dure plus ou moins neuf mois et se passe en trois périodes ou trimestres.

Lors du premier trimestre, l'ovocyte fécondé (embryon) devient un petit être humain reconnaissable, avec des membres formés. A partir de la huitième semaine de grossesse, nous parlons d'un fœtus. L'embryon et le fœtus sont très sensibles aux facteurs externes comme la radiation ou l'empoisonnement (par ex. l'alcool ou la fumée de cigarettes).

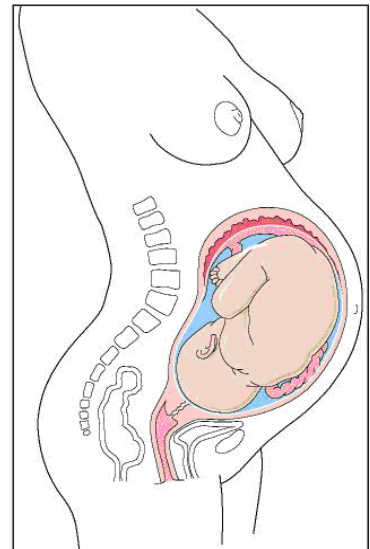
Lors du deuxième trimestre le fœtus grandit vite (longueur et poids). La formation des os est entamée. A partir de la seizième semaine, la mère peut percevoir des mouvements fœtaux.



Grossesse de 3 mois
Fin du premier trimestre



Grossesse de 6 mois
Fin du deuxième trimestre



Grossesse de 9 mois
Fin du troisième trimestre

A la fin du troisième trimestre, l'enfant naît. A la naissance il pèse approximativement trois kilos et demi et mesure plus ou moins cinquante centimètres.

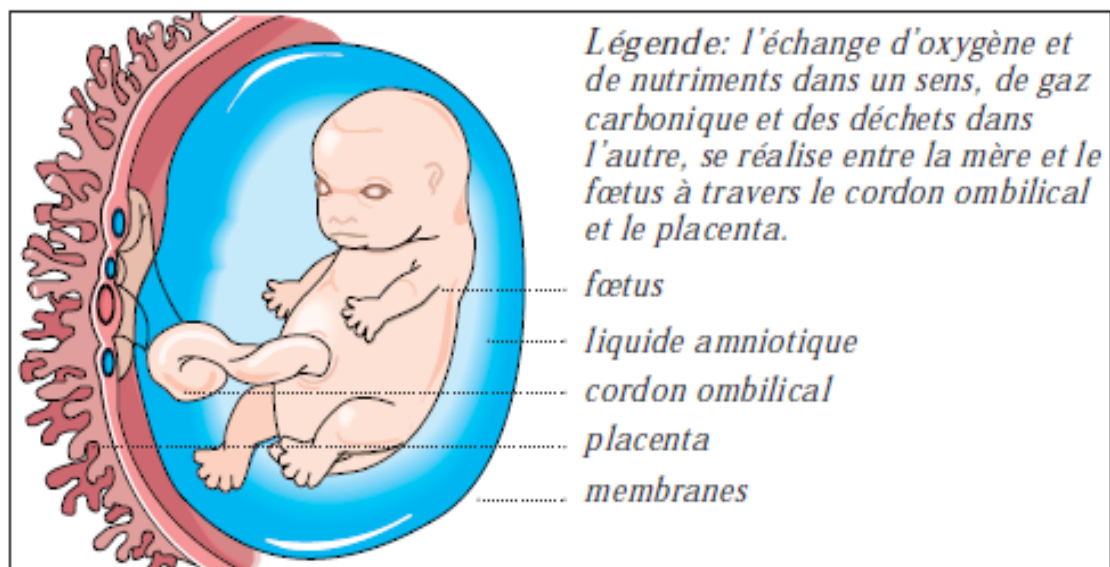
A partir de la 27^e semaine (le 7^e mois) l'enfant a des chances de survie, même s'il naît trop tôt ou prématurément. Un enfant né prématurément est très sensible à l'hypothermie.

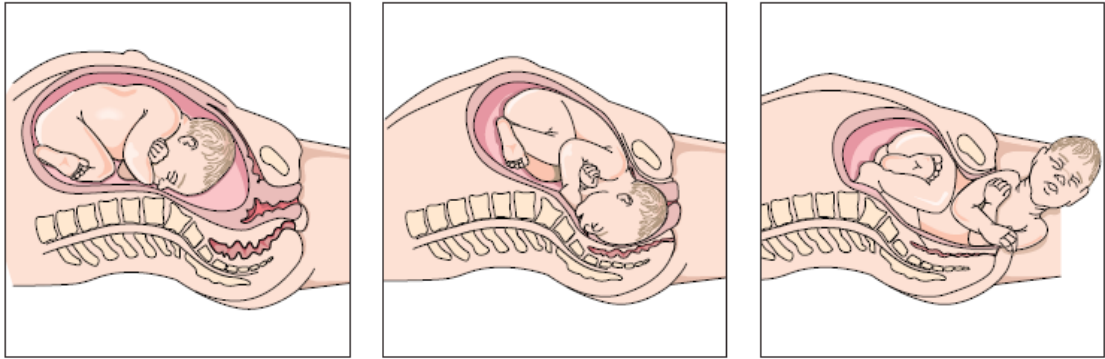
6.2.3 LA NAISSANCE

La naissance n'est pas une maladie, mais un processus normal qui se déroule généralement sans problème. Malgré ça, la naissance reste un événement délicat, qui peut engendrer des complications.

Pendant la grossesse, le fœtus est entouré de membranes. Le fœtus nage dans le liquide amniotique. Pendant le processus de naissance, les membranes se brisent et le liquide amniotique s'écoule. Le fœtus est relié au placenta par le cordon ombilical. Le placenta est l'organe qui approvisionne le fœtus en nutriments et oxygène. C'est aussi par le cordon ombilical que le placenta, le CO₂ et les toxines sont évacués.

Lors de la naissance, l'enfant (et après lui, le placenta) est expulsé par le canal de la naissance (vagin). Ceci se produit suite à des contractions puissantes et involontaires de l'utérus, qui est en fait un muscle creux, et les contractions volontaires des muscles abdominaux. Suite à la contraction de l'utérus, le col de celui-ci s'ouvre. Nous parlons d'ouverture du col de l'utérus. Les contractions de l'utérus reviennent fréquemment et sont douloureuses. Quand ces contractions deviennent fréquentes, le femme est en travail. Une contraction dure de 30 à 60 secondes et puis disparaît. Au début de l'accouchement les contractions apparaissent toutes les 10–15 minutes, pour augmenter en fréquence jusqu'à toutes les 2–3 minutes. Lors d'un premier accouchement, la phase d'ouverture du col de l'utérus dure en moyenne 12 heures. Lors d'accouchements suivants, cette phase peut être beaucoup plus courte. Les accouchements d'urgence se présentent donc bien plus souvent chez les femmes ayant déjà accouché auparavant.





Légende: après l'ouverture du col de la matrice (utérus) la tête du fœtus descend dans la filière génitale (vagin).

Pendant la deuxième partie de l'accouchement, l'enfant est expulsé de l'utérus. Dans une situation optimale, la tête se présente en premier. La tête descend. Lors de cette manœuvre, la tête fait pression sur l'intestin de la maman, ce qui provoque une sensation de pression et l'envie d'aller à selles. Si la femme contracte ses muscles abdominaux, la force d'expulsion de l'utérus sera renforcée. La tête de l'enfant suit, durant cette manœuvre, un mouvement compliqué de torsion dans le canal de naissance.

Après l'accouchement de l'enfant, reste le placenta à expulser. Ceci peut se produire tout de suite après l'accouchement ou seulement 30 minutes après. Le placenta est suivi d'une quantité de sang qui s'est formée entre le placenta et la paroi de l'utérus.

6.3 L'accouchement d'urgence

6.3.1 COMMENT EVALUER UN ACCOUCHEMENT D'URGENCE

La question la plus importante lors d'un accouchement d'urgence est de savoir s'il reste assez de temps pour transporter la patiente vers l'hôpital. Il faut donc évaluer si l'accouchement est avancé à un tel point que le transport est devenu impossible. L'accouchement devra alors se faire sur place, avec l'aide du SMUR qui doit être averti immédiatement. Pour cela, posez les questions suivantes :

- La grossesse est-elle à terme?
- Quelle est la date de l'accouchement? Sachez qu'une grossesse normale a une durée de 40 semaines.
- Est-ce le premier accouchement pour la patiente?
- Quand est-ce que les contractions ont débutés?
- A quelle fréquence se produisent-elles? Si les contractions se succèdent à plus de 5 minutes d'intervalle, la patiente peut en général être transportée.
- Y-a-t il déjà eu rupture des eaux?
- La patiente ressent-elle un besoin de pousser? Ceci est un signe d'accouchement imminent.
- Est-ce que la tête de l'enfant est visible à hauteur des grandes lèvres? Ceci indique aussi un accouchement imminent.

Un exemple.

Une femme attendant son premier bébé et ayant des contractions qui se produisent à plus de 5 minutes d'intervalle, peut être transportée.

Une femme qui a déjà accouché et chez qui les contractions se produisent toutes les 3 minutes, risque d'accoucher en cours de route.

Une femme ayant eu plusieurs enfants, et présentant des contractions à intervalle inférieur à 5 minutes, qui ressent le besoin de pousser ou chez qui la tête est visible, ne peut jamais être transportée.

Lors de signes d'accouchement imminent, vous devez avertir le SMUR.

6.3.2 QUE FAIRE LORS D'UN ACCOUCHEMENT D'URGENCE

Si la femme est transportée, elle l'est toujours en position latérale de sécurité gauche. Si une femme enceinte se couche sur le côté droit, le fœtus comprime la veine cave inférieure, ce qui empêche le sang de remonter dans la direction du cœur, ce qui fait descendre la pression sanguine.

Si l'accouchement doit se faire sur place, vous devez tout préparer afin d'assister le SMUR.

Mettez des gants.

Installez la patiente en position confortable, à genoux, accroupie, sur un lit ou un brancard. Soutenez la région lombaire avec des coussins. Préparez des champs stériles et le set d'accouchement. Un accouchement est un processus normal et n'est pas une situation d'urgence.

Le SMUR aide la femme à accoucher de la façon suivante.

- Aide à l'accouchement de la tête.
- Après naissance de la tête: sentir tout de suite si le cordon ombilical n'est pas autour de la nuque.
- Si vous ne pouvez pas enlever le cordon de la nuque, celui-ci est coupé entre deux clamps vasculaires.
- En appuyant modérément sur la tête, en direction du siège de la femme, une épaule de l'enfant apparaîtra.
- Ensuite on pousse vers le haut pour libérer l'autre épaule. Le corps de l'enfant suivra de façon fluide.
- Le nouveau-né est enveloppé dans un linge. Il est très sensible à l'hypothermie.
- Aspiration de la bouche de l'enfant et administration d'oxygène, si nécessaire.
- Lier le cordon et le sectionner dès qu'il n'y a plus de circulation sanguine maternelle.

Si l'accouchement se produit avant l'arrivée du SMUR, vous agissez de façon suivante.

- Soutenez l'enfant en fonction du moment où il se présente. Ne poussez pas sur la tête.
- Ne laissez pas tomber l'enfant! Un nouveau-né est glissant.
- Enveloppez le bébé dans un linge pour le protéger de l'hypothermie.
- Déposez le nouveau-né sur le ventre de la maman.
- Clampez le cordon ombilical dès que l'enfant respire indépendamment ou lorsqu'il crie. Utilisez pour ce faire un clamp stérile ou un ruban. Clampez le cordon ombilical à 10 cm du ventre de l'enfant. Ne coupez pas le cordon ombilical, attendez l'arrivée du SMUR.
- Si l'enfant ne crie pas ou semble dormir, vous devez le stimuler avec une légère stimulation des coussinets plantaires.
- Ne tirez jamais sur le cordon ombilical. Laissez venir le placenta spontanément. Déposez le placenta dans un bassin réniforme et emportez le à l'hôpital.

6.3.3 QUELQUES PROBLEMES LORS DE L'ACCOUCHEMENT

Parfois le cordon ombilical se retrouve autour du cou du nouveau-né.

- si le cordon ombilical n'est pas serré, il est facile de l'enlever
- s'il est tendu autour du cou, il faut le clamper à deux endroits et le couper entre les deux. Ceci est un acte réservé au SMUR.

Si le fœtus est toujours en position haute dans le canal de naissance, le cordon ombilical risque d'être expulsé avec le liquide amniotique : affaissement du cordon. Ceci peut se produire en cas de position de siège, lorsque l'enfant présente d'abord le siège. Ici aussi, la boucle peut être serrée quand l'enfant naît.

- N'essayez jamais de repousser le cordon vers l'intérieur.
- Positionnez la femme en position latérale gauche avec la tête plus haute que le bassin.
- Administrez de l'oxygène avec masque et réservoir (10-15l/min).
- Transportez la maman au plus vite vers le service des urgences, en concertation avec le SMUR.
- Rassurez la maman pendant le transport.
- Demandez-lui de ne plus pousser et conseillez-lui de respirer rapidement.

En cas d'accouchement par position de siège, la tête n'apparaîtra pas en premier. Un petit bras, un pied ou les fesses du nouveau-né apparaissent en premier dans le vagin.

- Ne tirez jamais sur les membres qui sortent du vagin.
- Administrez de l'oxygène et demandez à la femme de respirer rapidement.
- Transportez la femme au plus vite en position latérale gauche avec la tête plus bas.

Si une hémorragie importante apparaît:

- vous administrez de l'oxygène avec masque et réservoir (10-15L/min).
- vous positionnez la femme en position latérale de sécurité gauche.
- vous le transportez au plus vite aux services des urgences, en concertation avec le SMUR.

6.4 Problèmes lors de la grossesse

6.4.1 PROBLEMES LORS DU PREMIER TRIMESTRE

Lors du premier trimestre, il n'y a pas encore beaucoup de signes externes de grossesse. Demandez à la femme à combien de semaines de grossesse elle est.

Environ 1 grossesse sur 10 se termine dans les premières semaines par une fausse couche. Celle-ci se manifeste par une hémorragie vaginale. Il faudra beaucoup de bandes hygiéniques pour absorber le sang. Cela peut aller de pair avec d'importantes crampes abdominales. Cette perte de sang peut provoquer un état de choc.

Quand une grossesse est interrompue dans des circonstances illégales (avortement clandestin) il faut toujours être attentif aux complications graves. Des hémorragies, choc et contamination sont possibles.

Si un ovule fécondé se trouve en dehors de l'utérus (dans un des oviductes ou la cavité abdominale), nous parlons d'une grossesse extra-utérine. Au début tout ira bien, mais rapidement l'oviducte va se fissurer ou une hémorragie se produira dans la cavité abdominale. Il y aura des douleurs lancinantes et une hémorragie interne apparaîtra. La patiente présente des signes de choc. L'hémorragie vaginale est parfois très discrète.

En cas de traumatisme lors du premier trimestre, l'utérus est encore bien protégé par le bassin. Une fracture du bassin peut provoquer des dommages à l'utérus ou à l'embryon. Souvent la patiente déclarera elle-même qu'elle est enceinte.

6.4.1.1 Comment évaluer ces problèmes

- Renseignez-vous quant à l'avancée de la grossesse.
- Renseignez immédiatement, surtout en cas de traumatisme, l'équipe médicale qui prend en charge la victime.
- Informez-vous quant aux symptômes d'hémorragie vaginale ou crampes abdominales.
- Soyez attentif aux signes de choc en cas d'hémorragie.

6.4.1.2 Que faire lors de ces problèmes

- Restez calme, cela rassure la patiente et l'entourage.
- Agissez immédiatement en cas de signes de choc.
- Essayez de convaincre chaque patiente de se faire examiner aux urgences, même si l'accident paraît banal.
- Administrez de l'oxygène durant le transport vers l'hôpital (10-15L/min).
- En cas de suspicion de lésion cervicale ou dorsale, immobilisez à l'aide d'une minerve et placez la patiente sur le matelas en la roulant en bloc. Essayez de la transporter tant que possible en position latérale de sécurité gauche.

6.4.2 PROBLEMES LORS DU DEUXIEME TRIMESTRE

Les urgences les plus fréquentes lors du deuxième trimestre, sont les accidents. L'utérus se trouve déjà à plus de 5 cm au-dessus du nombril. L'utérus et le placenta peuvent être gravement endommagés suite à la percussion par un objet.

Des fausses couches ne surviennent plus trop dans cette phase. Si elles se présentent, elles sont associées à d'importantes hémorragies.

6.4.2.1 Comment évaluer ces problèmes

- Renseignez-vous quant à l'avancée de la grossesse.
- Informez-vous quant aux symptômes d'hémorragie vaginale ou douleurs dans le bas-ventre. Ce n'est pas votre tâche de contrôler la présence d'une hémorragie vaginale.
- Transmettez les plaintes de la femme à l'équipe médicale qui s'occupera de la patiente.
- Considérez toujours un traumatisme éventuel comme un problème sévère.

6.4.1.2 Que faire lors de ces problèmes

- Rassurez la patiente.
- Lors d'hémorragies vaginales, offrez-lui des pansements qu'elle peut appliquer elle-même.
- En cas de signes de choc, alertez immédiatement le SMUR.
- Traitez le choc.
- Administrez-lui de l'oxygène durant le transport (10-15L/min).
- En cas de suspicion de lésion cervicale ou dorsale, immobilisez à l'aide d'une minerve et placez-là sur le matelas en la roulant en bloc.
- Essayez de transporter la patiente tant que possible en position latérale de sécurité gauche. Un transport rapide est conseillé.
- Transportez toujours la patiente vers un hôpital, même si l'accident paraît banal.

6.4.3 PROBLEMES LORS DU TROISIEME TRIMESTRE

Pendant le troisième trimestre, l'utérus atteint les côtes inférieures. Les plus gros problèmes sont les hémorragies vaginales, les convulsions de grossesse et les traumatismes.

Lors de la dernière moitié de la grossesse, la majorité des hémorragies vaginales proviennent du placenta. L'hémorragie peut être importante et entraîner un état de choc.

- N'essayez pas d'arrêter l'hémorragie.
- Demandez l'assistance d'un SMUR.
- Commencez le traitement de l'état de choc : administrez de l'oxygène avec masque et réservoir (10-15L/min).
- Transportez la femme au plus vite en position latérale gauche vers le service des urgences, en concertation avec le SMUR.

Vers la fin de la grossesse, la tension artérielle de la maman peut monter tellement, que des convulsions peuvent apparaître suite à un œdème cérébral.

Ce sont des convulsions de grossesse, appelées aussi éclampsie.

- Traitez les convulsions comme toutes autres convulsions.
- Demandez immédiatement le SMUR en assurez-vous d'un transport rapide.

En cas de traumatisme, de graves hémorragies internes peuvent survenir, comme pendant le deuxième trimestre.

- Renseignez-vous quant à l'avancée de la grossesse.
- Surveillez les signes de choc et d'hémorragie vaginale.
- Chaque accident impliquant une femme enceinte quasi à terme, est à considérer comme grave.
- Appelez le SMUR en cas de signes de choc.
- Administrez de l'oxygène au masque et réservoir (10-15L/min).
- Placez la patiente en position latérale gauche.
- En cas de suspicion de lésion cervicale ou dorsale, immobilisez le cou avec une minerve et le dos avec un matelas coquille.
- Tournez la patiente en bloc en position latérale de sécurité gauche.

Des secours adéquats, rapides et contrôlés peuvent sauver la vie de l'enfant et de la maman.

6.5 Résumé du chapitre 6

La majorité des accouchements se déroule spontanément et sans problème.

Rassurez la maman et conduisez-la à l'hôpital.

Évaluez la conscience, la respiration et la circulation de la patiente.

Soyez attentif aux signes de choc et administrez de l'oxygène, si nécessaire.

Quand l'accouchement est imminent ou déjà en cours, demandez toujours l'assistance d'un SMUR.

Quand la patiente a déjà accouché, transportez le bébé sur le ventre de la maman, observez la respiration, libérez les voies respiratoires et protégez du froid aussi bien la maman que l'enfant.