

JMUGE 2025

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



Accouchement Inopiné Extrahospitalier

Les bons gestes

Duchanois Charlène • Nancy (54)

REIMS
13 & 14 MAI
2025

Recommandations AIE

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Anaesth Crit Care Pain Med 41 (2022) 101127

Contents lists available at ScienceDirect

Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine

Journal homepage: www.elsevier.com



Guidelines

Guidelines for the management of urgent obstetric situations in emergency medicine, 2022^{10,11}

Gilles Bagou^{a,*}, Loïc Sentilhes^b, Frédéric J. Mercier^c, Paul Berveiller^d, Julie Blanc^e, Eric Cesaro^f, Pierre-Yves Dewandre^g, Bénédicte Douai^h, Aurélie Cloaguenⁱ, Max Gonzalez^j, Philippe Le Conte^k, Agnès Le Gouez^l, Hugo Madar^m, Emeline Maisonneuveⁿ, Estelle Morau^o, Thibaut Rackelboom^p, Mathias Rossignol^q, Jeanne Sibude^r, Julien Vaux^s, Alexandre Vivanti^t, Sybille Goddet^u, Patrick Rozenberg^d, Marc Garnier^v, Anthony Chauvin^{10,11}

^a SANE-SMUR of Lyon, University Hospital Edouard-Herriot, Lyon, France

^b Gynaecology and Obstetrics Department, University Hospital Pellegrin, Bordeaux, France

^c Department of Anaesthesiology and Critical Care Medicine, University Hospital Antoine Béclère, Clamart, France

^d Gynaecology and Obstetrics Department, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris, France

^e Gynaecology and Obstetrics Department, University Hospital Hôtel-Dieu, Marseille, France

^f SANE-SMUR 05, University Hospital Hôpital Clichy de Lyon, Lyon, France

^g Department of Anaesthesiology and Critical Care Medicine, University Hospital of Liège, Liège, Belgium

^h SANE-SMUR 02, University Hospital Brugnot, Clermont-Ferrand, France

ⁱ Emergency Department, Hôpital William Mercey, Chalon-sur-Saône, France

^j Department of Anaesthesiology and Critical Care Medicine in Gynaecology and Obstetrics, University Hospital Jeanne de Flandre, Lille, France

^k Emergency Department, University Hospital of Nantes, Nantes, France

^l Institute of Primary Health Care (IPIHC), University of Bern, Switzerland

^m Department of Anaesthesiology, Critical Care, Pain and Emergency, University Hospital Cardano, Nîmes, France

ⁿ Department of Anaesthesiology and Critical Care Medicine, University Hospital Pellegrin, Bordeaux, France

^o University Paris Cité – APHP Nord, Department of Anaesthesiology and Critical Care Medicine, University Hospital Lariboisière, Paris, France

^p Gynaecology and Obstetrics Department, University Hospital Louis Mourier, Colombes, France

^q SMUR 04, University Hospital Henri Mondor, Créteil, France

^r Gynaecology and Obstetrics Department, Assistance Publique – Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France

^s SANE-SMUR 21 and Emergency Department, University Hospital of Dijon, Dijon, France

^t Sorbonne University, CIC20, SMU, OREAN, Department of Anaesthesiology and Critical Care Medicine, Tenon University Hospital, Paris, France

^u SANE-SMUR 75 and Emergency Department, Lariboisière University Hospital, Paris, France

^v University of Paris, INSERM U1162 MASOT, Paris, France

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 31 (2012) 652–665



Société Française d'Anesthésie et de Réanimation



RECOMMANDATIONS FORMALISÉES D'EXPERTS

Urgences obstétricales extrahospitalières

Obstetric emergencies outside hospital. Formal guidelines 2010

G. Bagou^{a,*}, B. Cabrita^b, P.-F. Ceccaldi^c, G. Comte^a, M. Corbillon-Soubeiran^d, J.-F. Diépandale^e, F.-X. Duchateau^f, O. Dupuis^g, V. Hamel^h, A. Launoyⁱ, N. Laurenceau-Nicolle^j, E. Menthonnex^k, Y. Penverne^l, T. Rackelboom^m, A. Rozenberg^m, C. Telion^m

^a Samu-69, groupement hospitalier Edouard-Herriot, 3, place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03, France

^b Samu-21, hôpital général, 3, rue du Faubourg-Raines, BP 1519, 21033 Dijon cedex, France

^c Service de gynécologie obstétrique, hôpital Beaujon, 92110 Clichy, France

^d Samu-Cesu-80, hôpital Nord, 90054 Amiens cedex, France

^e Samu pédiatrique, CHRU de Lille, 59037 Lille cedex, France

^f Samu Beaujon, hôpital Beaujon, 92110 Clichy, France

^g Service de gynécologie obstétrique, centre hospitalier Lyon-Sud, 69495 Pierre-Bénite cedex, France

^h Samu-44, R, quai Moncaussu, 44093 Nantes cedex 1, France

ⁱ Service de réanimation chirurgicale, hôpital de Hautepierre, 67098 Strasbourg cedex, France

^j Cellule régionale des transferts périnatals Rhône-Alpes, groupement hospitalier Edouard-Herriot, 69437 Lyon cedex 03, France

^k Samu-38, CHU, BP 217, 38043 Grenoble cedex 9, France

^l Service d'anesthésie réanimation, groupe hospitalier Cochin St-Vincent-de-Paul, 75679 Paris cedex 14, France

^m Samu de Paris, hôpital Necker, 75743 Paris cedex 15, France

Mots clés : Urgences obstétricales ; Extrahospitalière ; Recommandations

Keywords : Obstetric emergencies ; Outside hospital ; Guidelines



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Accouchement normal

Accompagnement de la physiologie et interventions médicales

Décembre 2017

OBJECTIFS

- Définir pour les femmes à bas risque obstétrical les modalités de prise en charge respectueuses du rythme et du déroulement spontané de la naissance et des préférences des femmes.
- Améliorer et garantir la qualité et la sécurité des soins de la mère et du nouveau-né.

MESSAGES CLÉS

- ➔ Il est nécessaire d'informer les femmes et les couples afin de les aider à faire des choix éclairés et d'établir une discussion avec l'équipe soignante permettant de prendre en compte au mieux leurs préférences et leurs attentes (exprimées éventuellement dans un projet de naissance, compatible avec la sécurité, l'hygiène ou les protocoles établis), et de rendre ainsi la femme actrice de son accouchement.
- ➔ *Primum non nocere* : ces recommandations visent à abandonner les pratiques systématiques pour ne garder que celles qui sont scientifiquement justifiées.
- ➔ L'accompagnement de la physiologie d'un accouchement normal nécessite une surveillance adaptée.
- ➔ La prise en charge de la douleur par des moyens médicamenteux ou non médicamenteux est indispensable.
- ➔ Paradoxalement, beaucoup de données manquent dans le champ de la physiologie de l'accouchement des femmes à bas risque obstétrical. Des moyens financiers et organisationnels sont à mettre en œuvre afin d'évaluer ces pratiques.

WHO recommendations
Intrapartum care for
a positive childbirth experience



Epidémiologie

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

L' AIE:

- 5 000 naissances sur 784 000, soit 0,6 % des naissances, (en France, en 2016, selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). ⁽¹⁾
- 0.64% des naissances ⁽²⁾, (en France, en 2021, selon l'Enquête Nationale Périnatale de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES))

1. Bellamy V, Beaumel C, les 784 000 naissances de 2016 ont eu lieu dans 2800 communes, Insee Première n°92, août 2017.
2. Cinelli H, Lelong N, Le RAY C and ENP2021 Study group. French national perinatal survey 2021 : Births, 2-month follow-up and establishments. Situation and trends since 2016. Inserm, October 2022. <https://enp.inserm.fr>.

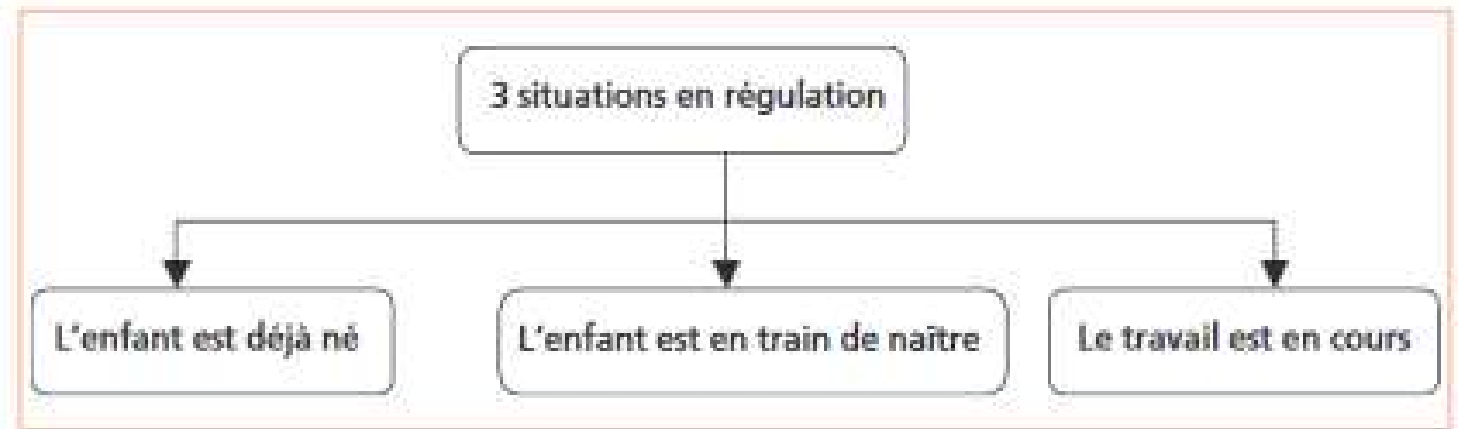


2 prises en charge :

- La mère et son nouveau-né
- Lieu rarement propice à une naissance
- Intervention stressante pour l'équipe SMUR



3 cas de figures:



Indication du SMUR Néonatal / pédiatrique



REIMS
13 & 14 MAI
2025

- **Grande Prématurité**
- **Grossesse multiple**
- **Liquide méconial**
- **Dilatation complète avec procidence du cordon**
- **Siège**
- **Mauvaise adaptation à la vie extra-utérine**

L'accouchement a déjà eu lieu...

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Nouveau-né:

- Heure de naissance
- Réchauffer, stimuler
- Clamper et couper le cordon (tardif // OMS, ERC)
- Evaluation nné (FC, FR, tonus)
- LUTTER contre hypothermie (obj: 36,5° à 37,5°C)
- ➔ Prise de température +++ axillaire
- Peau-à-peau maternel si possible, 2 bonnets, sac polyéthylène

Parturiente:

- Constantes avec FC, TA
- Poser un cathéter obturateur
- Vérifier tonicité utérine ET absence de saignement



Ce n'est pas pour tout de suite

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Travail/ Imminence de l'accouchement:

CHAMP 1 : ACCOUCHEMENT IMMINENT

Question 1 : Chez une patiente en travail, quels signes cliniques permettent de prédire un accouchement imminent ?

Experts : Philippe Le Conte (SFMU), Pierre-Yves Dewandre (SFAR), Julie Blanc (CNGOF)

R1.1.1 – Chez une patiente enceinte en travail, les experts suggèrent de rechercher à l'interrogatoire les éléments suivants : multiparité, antécédent d'accouchement rapide voire d'accouchement extrahospitalier, contractions utérines douloureuses et rapprochées, et envie de pousser, pour prédire l'imminence de l'accouchement.

Avis d'experts (Accord fort)

R1.1.2 – Les experts suggèrent, en cas de suspicion d'accouchement imminent en préhospitalier avec **présence médicale habilitée (médecin ou sage-femme) sur place, de **réaliser un toucher vaginal** avant de prendre contact avec l'équipe obstétricale d'accueil pour orienter au mieux la suite de la prise en charge de la patiente (i.e. transfert en maternité ou accouchement sur place).**

Avis d'experts (Accord fort)

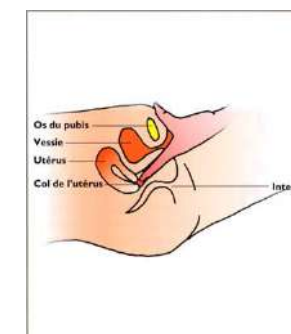
De.....	primipare	deuxième pare	multipare
5 cm ... à DC	4 h	3 h	1h30
7 cm ... à DC	2 h	1 h	30 min
9 cm ...à DC	1 h	30 min	quelques min

Délai < 1 heure
Accouchement sur place

ATTENTION

Prendre en considération :
- Le délai d'arrivée à la maternité
- L'envie de pousser
- La rapidité du/des accouchements précédents

Délai > 1 heure
Transport en DLG
+ oxygène si SFA



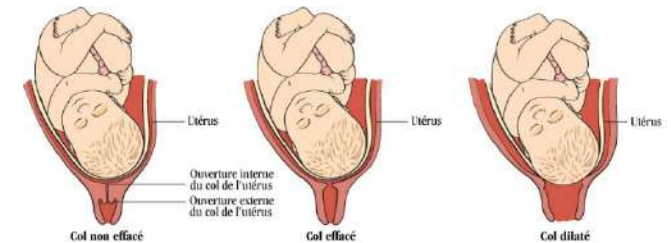
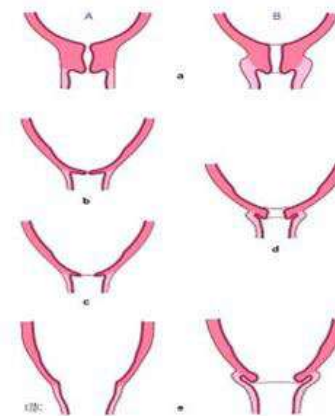
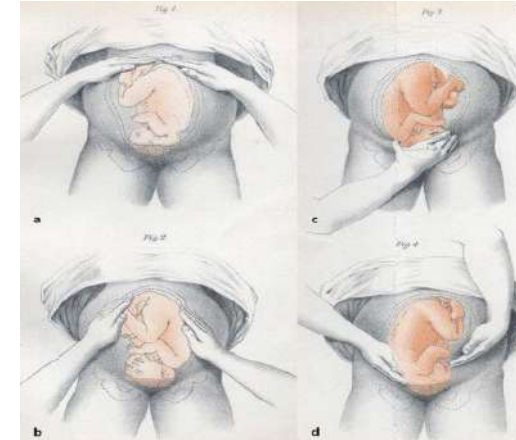
Examen clinique

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

- Palper l'utérus et la position fœtale +++
 - Estimation des CU et du relâchement utérin: fréquence, intensité, durée, heure de début
 - TV si pas de CI (placenta prævia)
- ➔ poings sous les fesses et talon contre fesses



Le transport

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

- Position allongée demi-assise // switch du brancard
- Retirer les sous-vêtements
- Etre prêt si l'expulsion se déclenche (matériel à proximité)
- Rassurer la maman (Respiration lente et profonde au moment des contractions)
- Antalgie ?? (Kalinox® → efficacité médiocre à modérée)



REIMS
13 & 14 MAI
2025

REIMS
13 & 14 MAI
2025



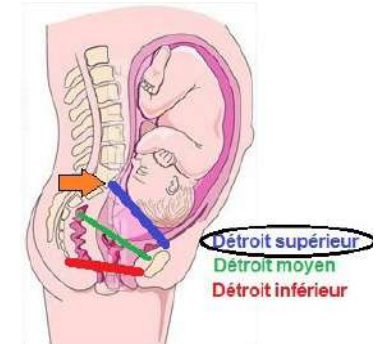
Décision de l'accouchement

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

- Présentation à la vulve
 - Envie irrépressible de pousser
-
- Accouchement antérieur rapide (< 1h) // CU depuis plusieurs heures, rapprochées, longues, douloureuses
 - Envie de pousser (aller à la selle) → pression du fœtus sur le périnée



Chacun son rôle

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

• Ambulancier	Protéger le sol et le mobilier Chauffer pièce et VSAV Préparer l'accueil du nné : - Tables propres - Serviettes sèches et réchauffées - Sac polyéthylène + bonnet - Matériel d'aspiration branché et vérifié (sonde n° 10, < 150 mmHg) - BAVU 500 mL avec masque circulaire, O2 à proximité - Préparation du kit accouchement +- pédiatrique : Compresse stériles, 2 clamps de Bahr, Capteur SpO2
• IDE	Mise en condition de la parturiente : VVP, scope Préparer antalgique SB (Kalinox ® en attente) Préparer une seringue de 5 Ui d'Ocytocine (Syntocinon®), mis au frigo
• Médecin	Contact régulation +- SMUR néonatal Installation de la parturiente Préparer le sac de recueil pour quantifier les pertes sanguines Gants stériles, masques, lunettes, tablier

Installation de la parturiente

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

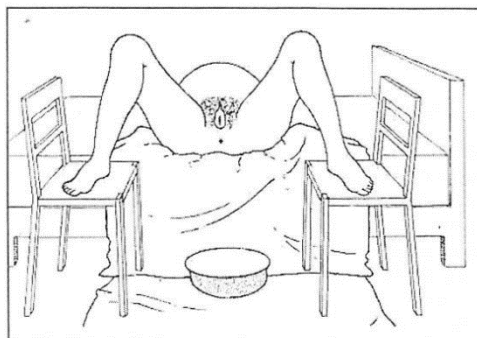
Question 2 : En cas d'accouchement hors structure spécialisée, existe-t-il une installation de la femme enceinte permettant de réduire le risque de dystocie des épaules ?

Experts : Experts : Sybille Goddet (SFMU), Estelle Morau (SFAR), Jeanne Sibiude (CNGOF)

R1.2.1 – En l'absence de supériorité démontrée d'une installation par rapport à une autre, les experts suggèrent que le soignant choisisse avec la patiente la position dans laquelle ils sont tous les deux le plus à l'aise pour réaliser l'accouchement.

R1.2.2 – Les experts suggèrent d'avoir la possibilité au cours de l'accouchement hors structure spécialisée d'installer rapidement la patiente dans une position compatible avec la manœuvre de Mc Roberts : patiente en décubitus dorsal, cuisses hyperfléchies sur le tronc et avec possibilité d'abaisser la tête fœtale dans l'axe ombilico-coccygien.

Avis d'experts (Accord fort)



position d'attente



position d'accouchement

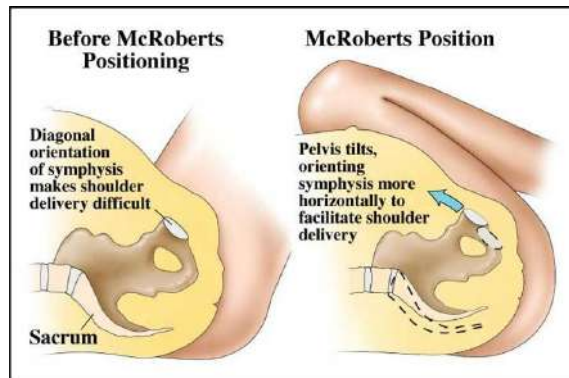
- **Dégager l'espace**
- **Chauffer la pièce // éviter les courants d'air**
- **Idéalement au bord d'un canapé, d'un lit// opérateur en contrebas du périnée**
- **Cuisses en hyperflexion- la parturiente peut attraper ses cuisses pour l'aider lors des poussées**
- **Talons près des fesses ou sur des tabourets**
- **Respecter les CU**
- **Noter les horaires de début de poussée**

Manœuvre de Mc ROBERTS : Fausse dystocie

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025



« Elle n'est le plus souvent que le témoin de l'incompétence de l'opérateur » (Malinas)

Figure 7 : Avant la manœuvre

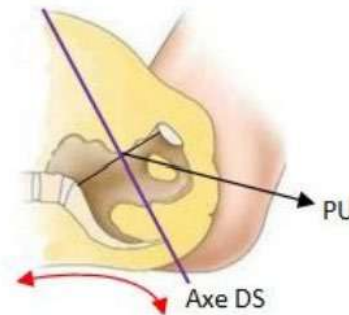
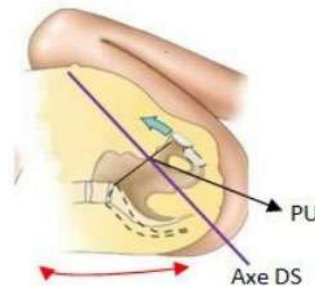
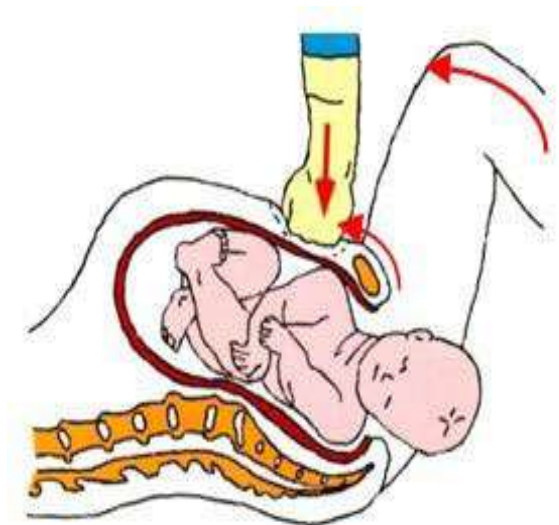


Figure 8 : En position de MAC ROBERTS



+ Pression sus pubienne



Naissance

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



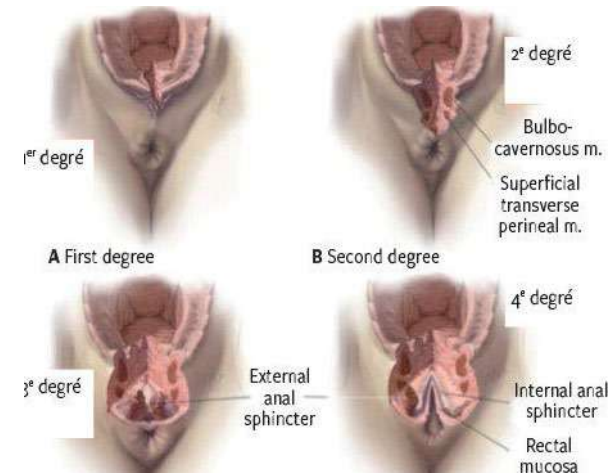
REIMS
13 & 14 MAI
2025

Début des efforts expulsifs: < 20 minutes

Poussée (2 à 3) = CU

Surveiller le périnée

→ prévention déchirure 4^o degré



Etapes AVB

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Modération de la tête fœtale

Circulaire du cordon ou non

Restitution de la tête

Engagement et dégagement épaule antérieure → Syntocinon

Engagement et dégagement épaule postérieure

Dégagement du reste du corps



Etapas AVB

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

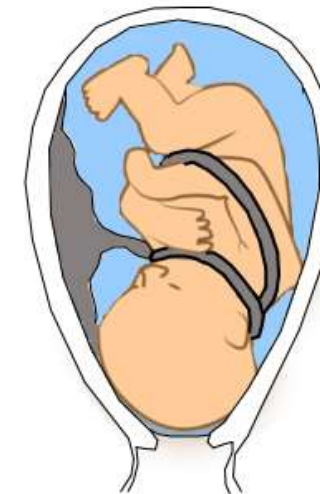
Modérer le dégagement de la tête : occipito -pubienne ou occipito-sacrée (BB regarde le sol+++ ou parfois le zénith), Retenir fermement le dégagement de la tête, axe antéro-postérieur

→ Technique « hands on »
prévention des déchirures périnéales



Faire arrêter de pousser pour vérifier si absence de circulaire du cordon (parfois double tour):

- Si présence et lâche: passer l'anse par-dessus de la tête
- Si serré : poser 2 pinces Kocher et couper le cordon



Etapes AVB

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Restitution de la tête:

- arrêt des poussées // repérer côté du dos
- Doigts en « V » sous mandibulaire et sous occipital v
- Accompagnement du mouvement de rotation (de restitution 45°) de la tête voire exagération (90°)



Etapes AVB

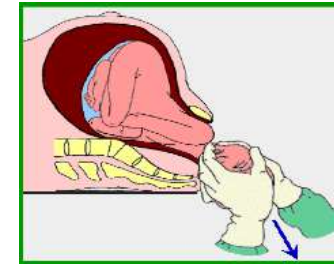
8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



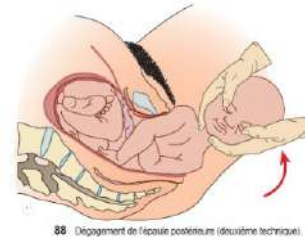
REIMS
13 & 14 MAI
2025

Dégagement épaule antérieure: diriger le fœtus vers le bas (BB regarde sur le côté), par une traction très douce (risque de lésion du plexus)

- Reprise des poussées
- Dans l'axe ombilico-coccygien
- Injection d'une ampoule d'OCYTOCINE (5 Ui de Syntocinon®) en IVD lorsque le moignon de l'épaule est visible
- prévention hémorragie du post-partum



87 Dégagement de l'épaule antérieure (deuxième technique)

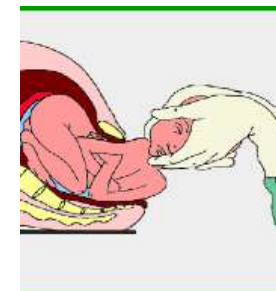


88 Dégagement de l'épaule postérieure (deuxième technique)



Dégagement épaule postérieure: traction vers le haut

- surveillance du périnée



Etapes AVB

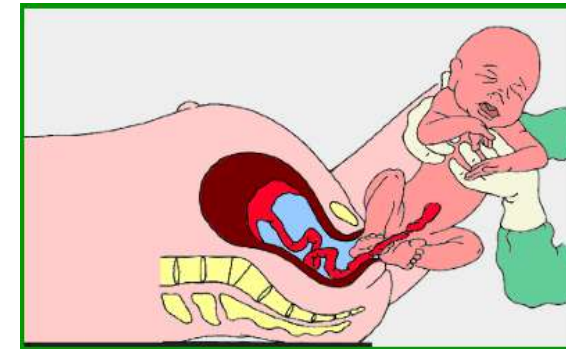
8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Dégagement du reste du corps par *Crochetage sous axillaire bilatéral* du nouveau-né pour le déposer en décubitus latéral sur le ventre de sa mère

- Dans l'axe ombilico-coccygien
- Surveiller le périnée
- Si oubli des 5 UI de Syntocinon®, possibilité de les injecter jusqu'à la première minute de vie.



Quelques rappels

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Pour la maman:

- Pas de rupture artificielle de la poche des eaux
- Pas d'expression abdominale
- Pas d'épisiotomie (indication très restreinte)
- « Hands on » largement utilisée,
- Non recommandé: manœuvre de Ritgen (crochetage du menton), application de compresses chaudes, massage périnéal

Pour le nouveau-né:

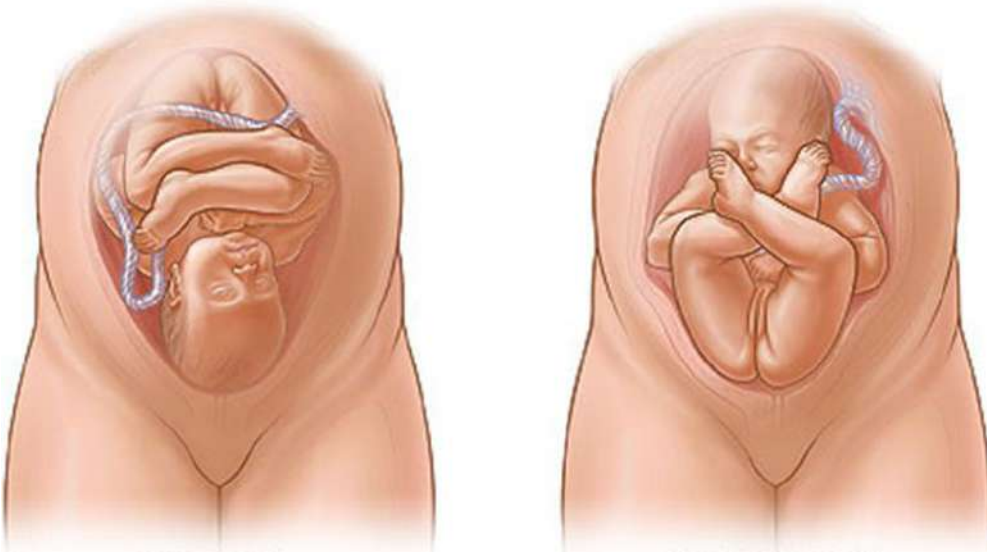
- Clampage tardif du cordon, au moins > 1min, à 10 cm de l'ombilic du nouveau-né, entre 2 clamps
- Pas d'aspiration systématique des VAS
- Pas de mesure de la glycémie systématique
- Réchauffer et prendre la température des nnés

Quelques particularités

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025



Variations of the breech presentation



Complete
breech



Incomplete
breech



Frank
breech

Accouchement podalique

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST

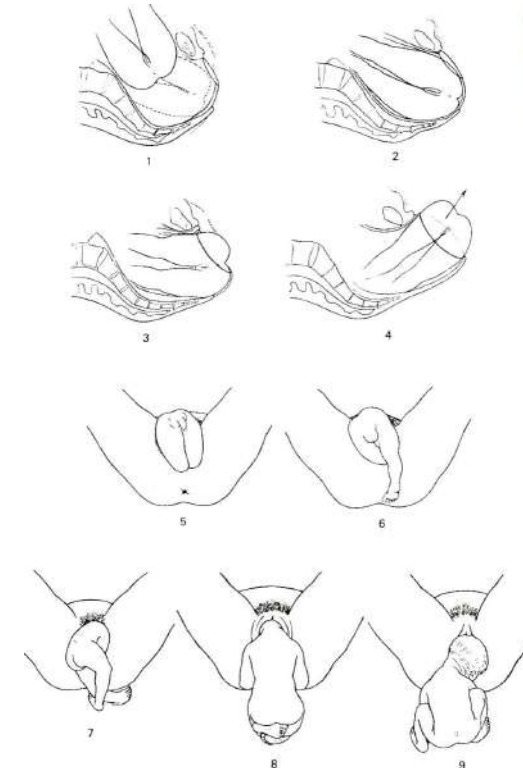
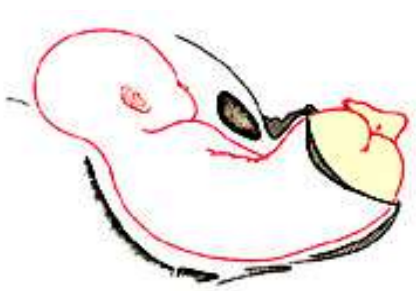


REIMS
13 & 14 MAI
2025

Ne rien faire, ne pas tirer, *mais faire pousser et laisser faire*

Attendre que le siège apparaisse à la vulve (garantie d'une dilatation cervicale complète)

Se contenter de soutenir l'enfant au niveau du siège, sans exercer la moindre traction (méthode de Vermelin: no touch)



Le dos doit tourner en avant

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Le dos doit toujours être tourné en avant (rétention de tête dernière)- dos contre la symphyse pubienne



C'est une question de vie ou de mort

Intervenir immédiatement!

Empaumer les hanches des 2 mains et tourner résolument le dos en avant



Manœuvres obstétricales

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



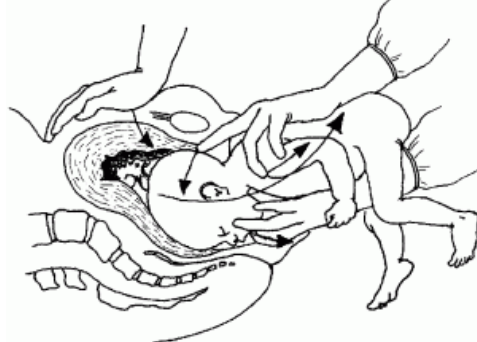
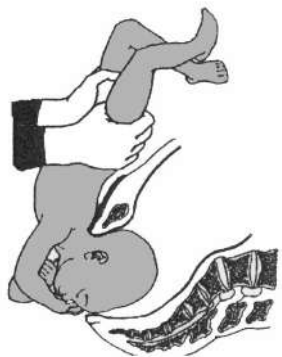
REIMS
13 & 14 MAI
2025

En cas de relèvement des bras: réalisation d'une manœuvre de Lovset

En cas de rétention de la tête dernière: réalisation de la technique de Mauriceau

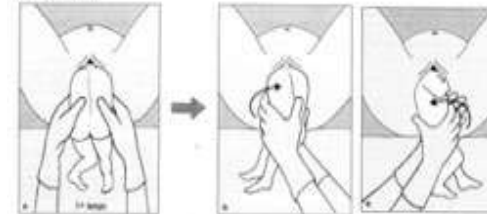
Délivrance dirigée à la sortie complète du nouveau-né

- Injection d'une ampoule d'OCYTOCINE (5 Ui de Syntocinon®) en IVD



Manœuvre de Lovset

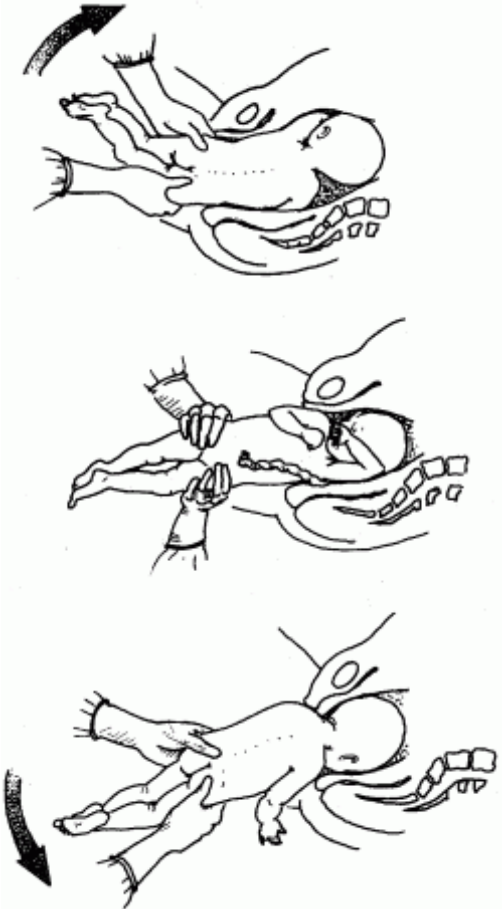
Si bras relevés => Double rotation du fœtus.



Manœuvre de Bracht-Mauriceau



Si rétention tête dernière.

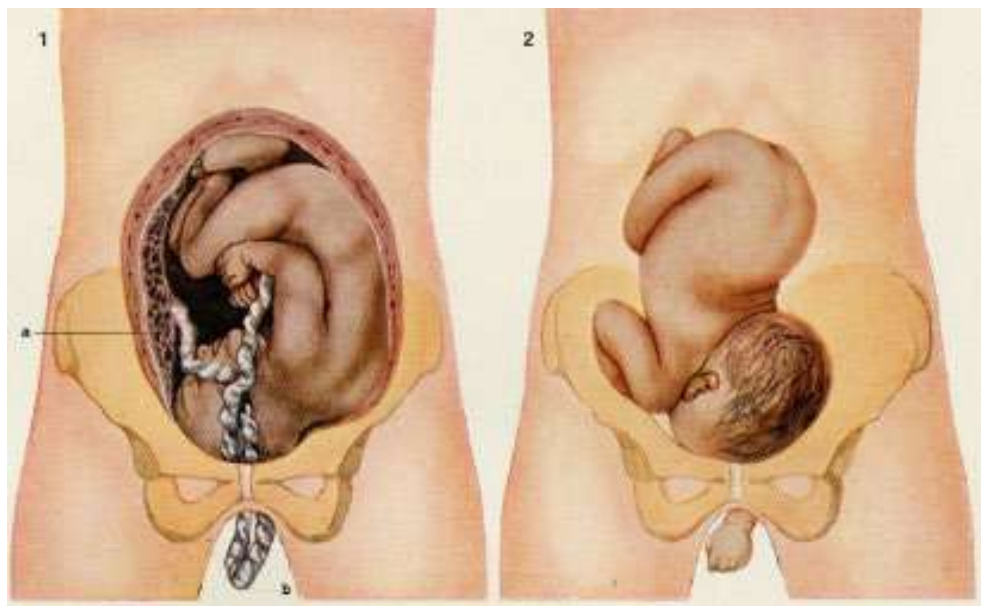


Accouchements dystociques

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025



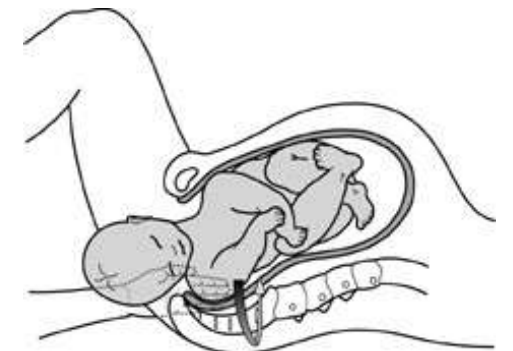
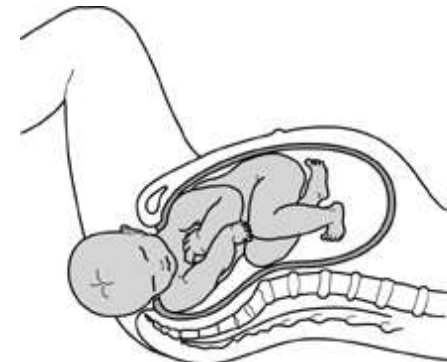
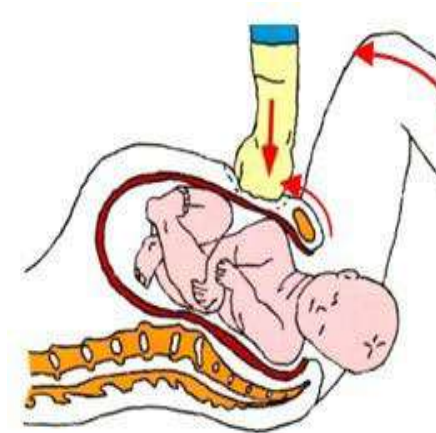
Fausse/ vraie dystocie des épaules

8ÈMES JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

- Fausse dystocie : Mc Roberts + expression sus pubienne
 - Pas d'expression sur le fond utérin
- Vraie dystocie : épaules non engagées dans le bassin au TV
 - Manœuvres de sauvetage / appel SMUR néonatal



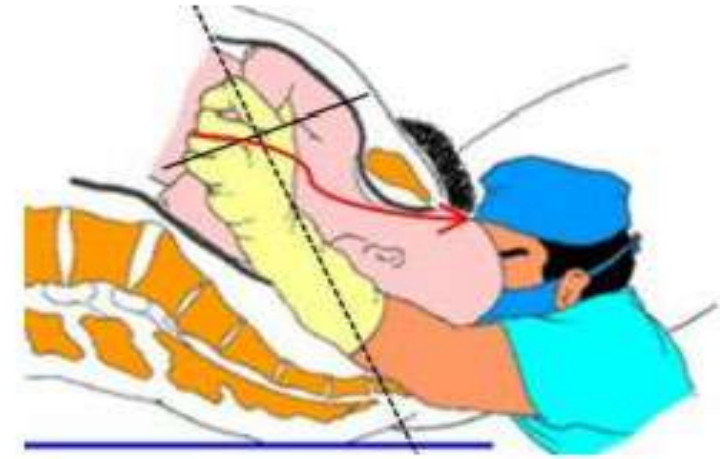
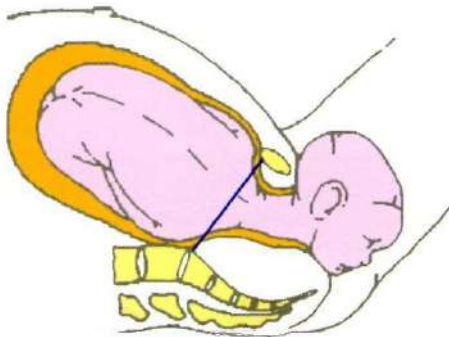
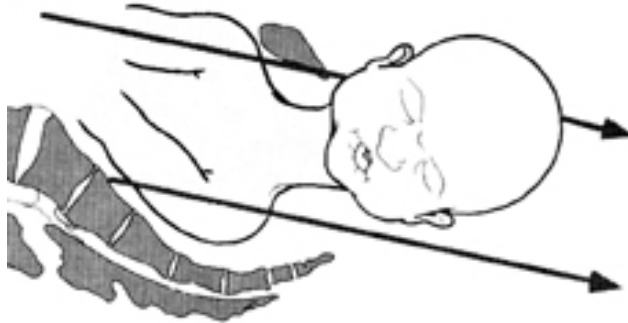
Dystocie des épaules

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

L'épaule postérieure est située dans l'excavation pelvienne et l'épaule antérieure est au-dessus du DS



Manœuvre de Jacquemier

L'avant-bras est fléchi sur le bras

la main est saisie et tirée, ramenant le bras en même temps que l'épaule postérieure tourne en avant et se dégage

Procidence du cordon

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025



Urgence vitale

Présentation non engagée :

Refouler, en permanence, la présentation pour ne pas comprimer le cordon,

En position de Trendelenburg + DLG,

Oxygénothérapie au masque,

Transport le plus rapidement possible vers la maternité la plus proche pour
césarienne en urgence (pronostic fœtal médiocre), Appel de la maternité
(obstétricien et anesthésiste)

Présentation engagée :

appel du SMUR néonatal

accouchement le plus rapidement possible pour extraire le nouveau-né au
plus vite en prévoyant une réanimation du nouveau-né → Sauvetage fœtal



Procidence d'un bras

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Extériorisation d'un bras du fœtus en position transverse

Présentation incompatible avec un accouchement par voie basse

Transport dans les meilleurs délais en décubitus latéral gauche, sous oxygène vers la maternité la plus proche avec un accueil au bloc opératoire obstétrical permettant d'extraire en urgence l'enfant souvent exposé à une hypoxie sévère

Transport en urgence



Épaule négligée

Grossesse gémellaire

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

- **J1: accouchement comme un singleton → ne pas tirer sur le cordon de J1** *(pas de syntocinon à J1, coupe cordon)*

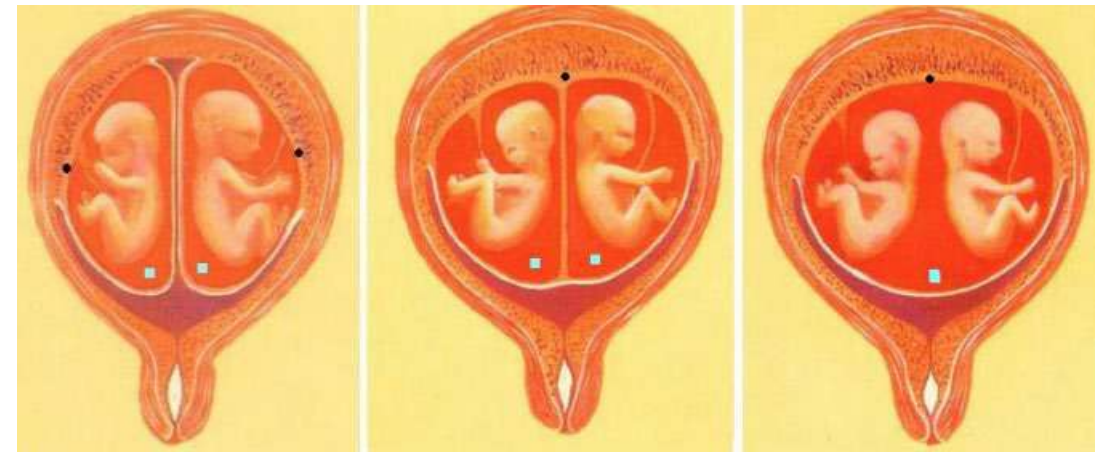
- **Accouchement J2 dans les 15 minutes : examine la Présentation**

- **Prendre contact avec la MRUN pour savoir le délai** **(discuter si possibilité de rouler pour MRUN)**

(Membrane intacte: on rompt la PDE

- Si présentation céphalique: idem accouchement classique
- Sinon version grande extraction siège)

- **Délivrance dirigée après la naissance de J2**
- **Surveillance HPP (sur distension utérine)**



Délivrance

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Délivrance dirigée : Ocytocine en systématique!

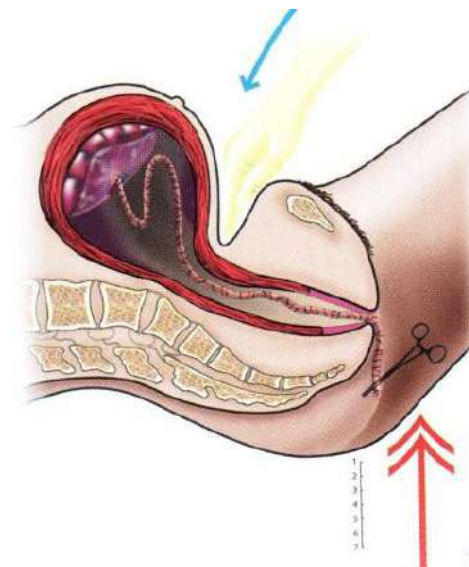
Repos physiologique de 10 à 30 min= phase de rémission

Reprise des contractions

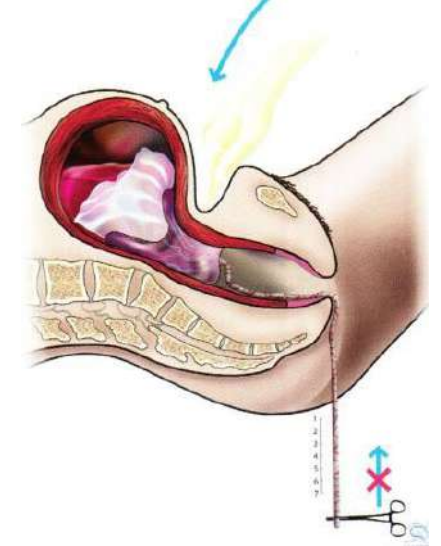
Décollement du placenta (temps pouvant mis être à profit pour le transport)



Pression sus-pubienne



Placenta non décollé



Placenta décollé

Le cordon remonte : placenta non décollé

Le cordon ne remonte pas : placenta décollé

Placenta

8ÈMES JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025



Vérifier l'intégrité du placenta :

- Face fœtale (membranes) et face maternelle (cotylédons),
- Présence des 2 artères et une veine sur le cordon,
- Le conserver et le transporter dans un sac.



Conclusion

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

- **AIE:**
 - Quasiment que des accouchements physiologiques,
 - Peu de complications,
 - Nouveau-né trop souvent hypotherme.
- **Observatoire des AIE version 2:**
 - A faire très prochainement dans vos SAMU et SMURs



MERCI

8^{ÈMES} JOURNÉES DE
**MÉDECINE
D'URGENCE**
DU GRAND EST



REIMS
13 & 14 MAI
2025

Merci pour votre attention

c.duchanois@chru-nancy.fr