



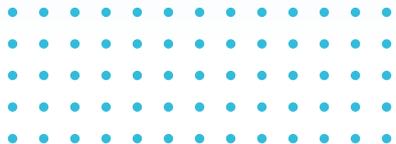
Réseau de
Périnatalité
Occitanie

www.perinatalite-occitanie.fr

Édition n°3 - 2025

FICHES AIEH

ACCOUCHEMENTS EXTRA-HOSPITALIERS INOPINÉS



ACCOUCHEMENT

PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NÉ

PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE



SOMMAIRE

CHAPITRE ACCOUCHEMENT

- [p.04 Préparation accouchement](#)
- [p.05 Position d'accouchement](#)
- [p.07 Accouchement normal](#)
- [p.08 Diagnostic d'engagement](#)
- [p.09 Procidences](#)
- [p.10 Dystocie des épaules](#)
- [p.11 Accouchement par le siège](#)
- [p.16 Accouch. des grossesses gémellaires](#)
- [p.17 Délivrance](#)
- [p.18 Délivrance artificielle](#)
- [p.19 Hémorragie du post-partum](#)
- [p.21 Éviter les pertes d'informations](#)
- [p.22 Certificat médical d'accouchement](#)

CHAPITRE PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NÉ

- [p.24 Réanimation du nouveau-né et AIEH](#)
- [p.25 Matériel indispensable](#)
- [p.26 Accueil du nouveau-né](#)
- [p.27 Enfant qui va bien](#)
- [p.28 Enfant qui va mal](#)
- [p.29 La séquence réanimation](#)
- [p.39 Poursuite de la séquence réanimation](#)
- [p.40 La séquence](#)
- [p.41 Quand interrompre une réanimation ?](#)

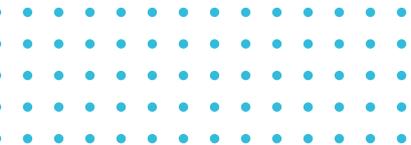
CHAPITRE PRISE EN CHARGE D'UNE FEMME ENCEINTE

- [p.43 Traumatisme](#)
- [p.45 Hémorragie du 2^e et 3^e trimestre](#)
- [p.47 Prééclampsie](#)
- [p.49 Prééclampsie / Éclampsie](#)
- [p.50 Menace d'accouchement prématuré](#)
- [p.51 Transfert interhospitalier pour MAP](#)
- [p.52 Posologies des thérapeutiques maternelles](#)
- [p.53 Transferts interhospitaliers](#)
- [p.54 Types des maternités en Occitanie](#)
- [p.55 Remerciements](#)

Document interactif :
Cliquez sur le lien pour accéder à la page



ACCOUCHEMENT



ACCOUCHEMENT



PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NÉ



PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE

PRÉPARATION ACCOUCHEMENT

MATÉRIEL

Plateau accouchement (2 paires de ciseaux, champs stériles, 2 pinces Kocher)	Matériel de réanimation pédiatrique (aspiration) ; table pour premiers soins
+/- Sonde urinaire	5 UI d'ocytocine (Syntocinon®) diluées dans 10 cc NaCL
2 clamps de Barr	+ 10 UI d'ocytocine dans 500 cc de crisatloïdes (Relais)
Matériel de perfusion, antiseptiques, compresses stériles	Meopa®
Paires de gants stériles, doigtsiers, masques	Biseptine® (Asepsie cordon)
Scope	

À l'arrivée sur les lieux

- Scope, t°
- VVP, sérum salé Ringer Lactate
- Chauffer la pièce
- Préparer les habits du bébé
- Faire chauffer les serviettes pour réceptionner le foetus au chaud

Position d'attente : Décubitus Latéral Gauche

INSTALLATION

Voie veineuse → Ringer Lactate

Plan assez dur (lit, table à 40cm du sol), les fesses au bord du lit. Placer les talons de la femme à hauteur de ses fesses environ, jambes écartées, talons proches des fesses. (Voir positions accouchement sur diapos suivantes)

Plastique (nappe..)

Une bassine à terre (évaluation des pertes sanguines éventuelles)
+ si possible poche de recueil

Faire uriner la patiente

Toilette de la vulve

POSITION D'ACCOUCHEMENT

Mots clés : si décubitus dorsal (position demi-assise), fesses surélevées, permettre un appui pour les pieds, flexion des genoux

Objectifs :

- Assurer la sécurité du nouveau né
- Sécuriser la pratique du soignant
- Pouvoir réagir en cas d'urgence



SFAR 2022 Positions accouchement

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 manoeuvre de Mc Roberts : patiente en décubitus dorsal, cuisses hyperfléchies sur le tronc et avec possibilité d’abaisser la tête foetale dans l’axe ombilico-coccygien.

EXEMPLES DE POSITIONS D'ACCOUCHEMENT

DEBOUT



4 PATTES



ACCROUPIE



DÉCUBITUS LATÉRAL

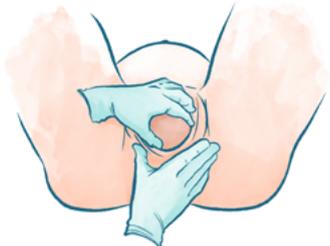


ACCOUCHEMENT NORMAL

- Miction spontanée ou sondage évacuateur
- Col à dilatation complète
- Tête à la vulve ou en contact avec le périnée
- **Envie de pousser de la patiente**

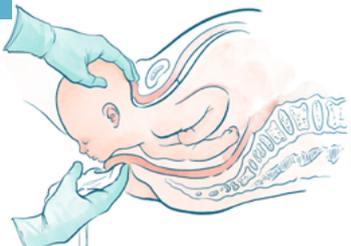
Efforts expulsifs → 3 fois par CU

1



Contrôle du dégagement de la tête
Une main sur l'occiput

2



Dégagement du menton
L'autre main refoule le périnée

3



La tête une fois dégagée amorce une rotation d'au moins 90°, on prolonge ce mouvement pour amener le menton sous la symphyse pubienne puis **dégagement de l'épaule antérieure (traction douce vers le bas)**

4 Délivrance dirigée =
injection de 5 UI syntocinon® diluées IV Lente (1min) ou IM
A réaliser entre le moment du passage de l'épaule antérieure et la 1^{ère} min de vie

6 **Noter l'heure de la naissance**

7 **Clampage du cordon**

5



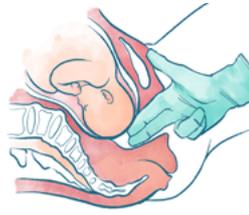
Traction souple vers le haut

DIAGNOSTIC D'ENGAGEMENT

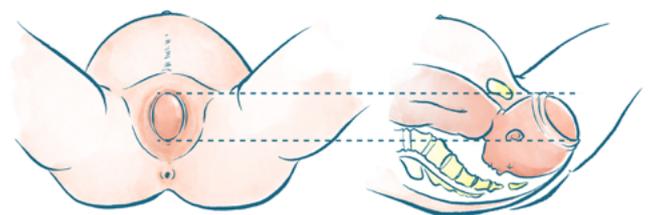
Tête non engagée



Tête engagée



Tête «à la vulve»



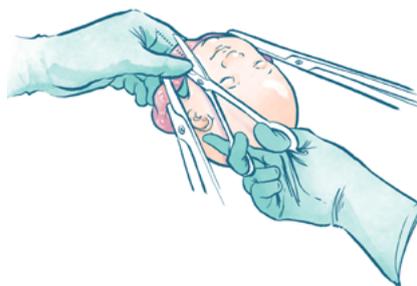
CAS PARTICULIERS

Épisiotomie



Pas d'indication en préhospitalier **Exceptionnellement**, si manoeuvre pour dystocie ou siège.
Couper franchement sur 3 cm vers le bas et en dehors (45°) et seulement sur un périnée tendu

Circulaire du cordon



Si serré : clamber et sectionner entre 2 pinces une fois la tête dégagée (étape 3 - p.7)
Si non serré : le faire glisser pour dégager l'enfant

Dégagement de la tête en Occipito Sacré «les yeux regardent en l'air»



On procède de la même façon qu'un accouchement normal sans avoir besoin de faire la restitution. On peut ensuite directement dégager les épaules.

PROCIDENCES

Procidence d'un bras → CONTRE INDICATION à l'accouchement par voie basse, transport rapide vers une maternité

Procidence d'un pied → Présentation du siège mais n'est pas forcément un signe de mise en travail. Faire TV pour évaluer avancement du travail

Procidence du cordon → Une anse de cordon ombilical chute au dessous de la présentation suite à la rupture des membranes

URGENCE décompression par le TV et césarienne

Risque de mort foetale par compression du cordon

- Nécessité absolue pour le médecin de **repousser par le toucher vaginal** la présentation (tête ou fesses) vers le fond utérin pour décompresser le cordon.
- Position maintenue jusqu'à l'extraction de l'enfant durant tout le trajet (escalier, rue, véhicule, etc...).
- Noter si le cordon bat et quand il ne bat plus

Mise en alerte du bloc obstétrical et transfert directement en salle de césarienne



DYSTOCIE DES ÉPAULES

- Une fois la tête sortie du vagin : la tête reste collée à la vulve et semble aspirée.
- Souvent après dégagement difficile de la tête, restitution mal effectuée ou qui n'a pas eu lieu : on n'arrive pas à dégager les épaules

Pas de manoeuvre de traction ni de rotation, pas d'appui sur le fond utérin

Épaule postérieure dans l'excavation

Manœuvre de WOOD Inversée :

Rotation progressive de l'épaule postérieure que l'on transforme en épaule antérieure (paume de la main face au visage du bébé)



Mac Roberts + Appui Sus-Pubien :

Si non résolutif :
TV à la recherche de l'épaule Postérieure



Épaule au dessus du détroit supérieur (excavation vide)

Manœuvre de Jacquemier :

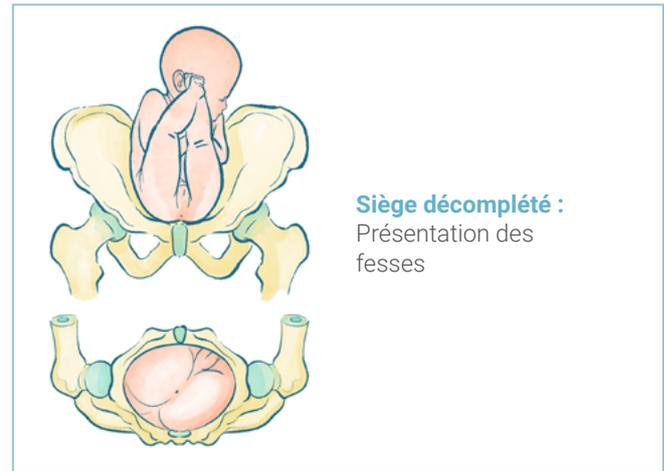
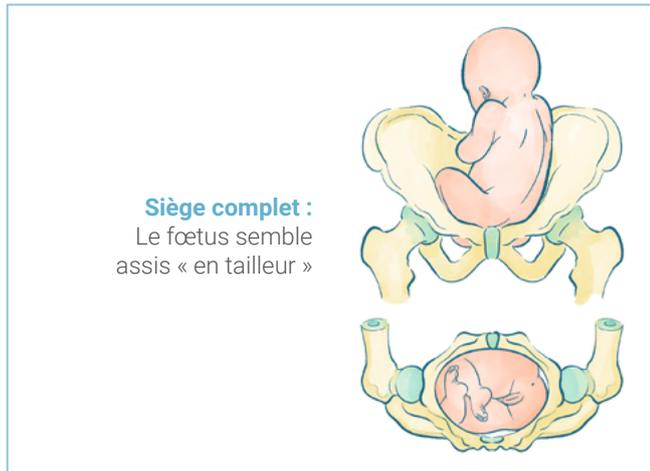
- Utiliser main gauche si dos à gauche / main droite si dos à droite
- Remonter concavité sacrée, repérer épaule postérieure et suivre le bras jusqu'à saisir la main
- Tirer lentement la main dans l'axe ombilico-coccygien
- Abaisser la main foetale avec un mouvement d'écharpe à la face antérieur du thorax : rotation de 180° qui amène l'épaule postérieure sous la symphyse



ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE

📍 PRÉALABLE

- Ne pas rompre les membranes avant dilatation complète (risque procidence)
- Ce n'est pas parce qu'on voit les pieds à la vulve que l'accouchement est imminent, les fesses doivent appuyer sur la vulve
- Lors d'un siège, la meilleure attitude est l'expectative



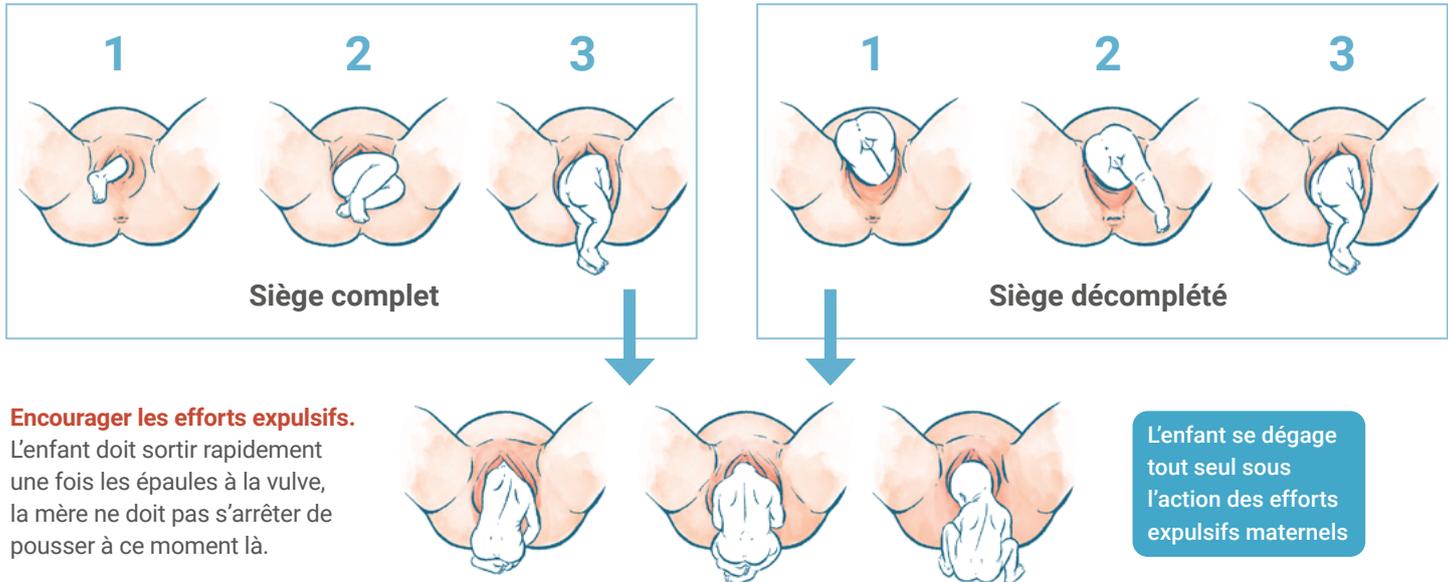
⚠️ ATTENTION

- Ne jamais tirer sur les jambes
- Ne toucher à rien, tant que les omoplates n'apparaissent pas à la vulve, sauf si dos tourne en arrière (p.13)

ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE

📌 PRÉALABLE

- Placer la mère bien au bord, table glissée sous le périnée ou les deux mains en plateau pour récupérer l'enfant.
- Le mode de terminaison est le même quelque soit le mode de présentation du siège au départ.



Encourager les efforts expulsifs.

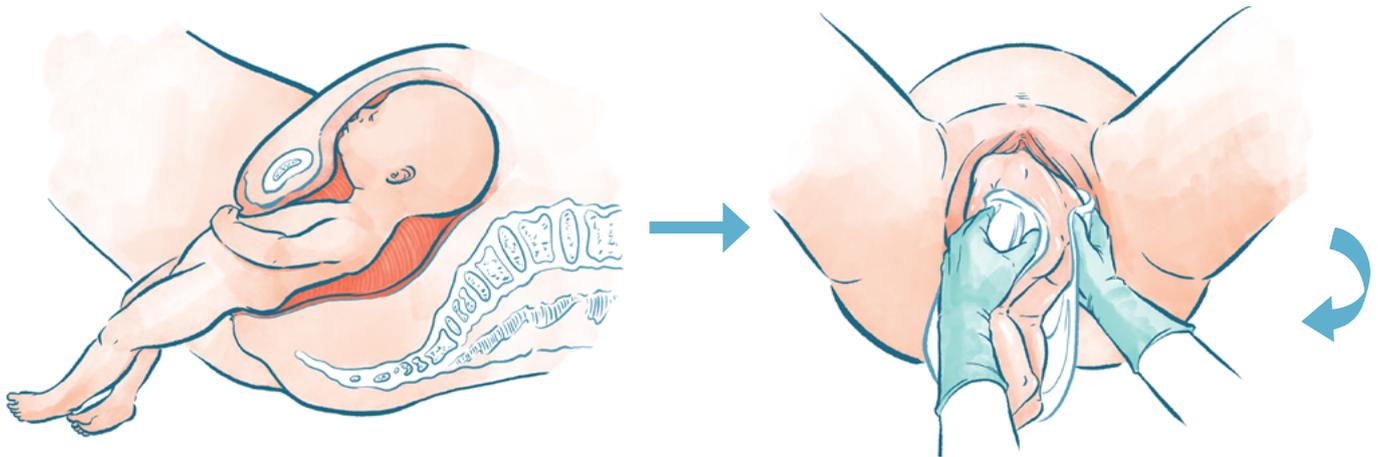
L'enfant doit sortir rapidement une fois les épaules à la vulve, la mère ne doit pas s'arrêter de pousser à ce moment là.

Pour le siège : injection d'ocytocine **après** l'expulsion de la tête

ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE

Situations dystociques

1 - Rotation du dos en arrière



- Risque d'accrochage du menton à la symphyse pubienne

À l'aide d'un champ :

- **Rotation franche à 180°** en saisissant l'enfant par les hanches
- Pouces sur les crêtes iliaques et en amenant le dos en avant

ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE

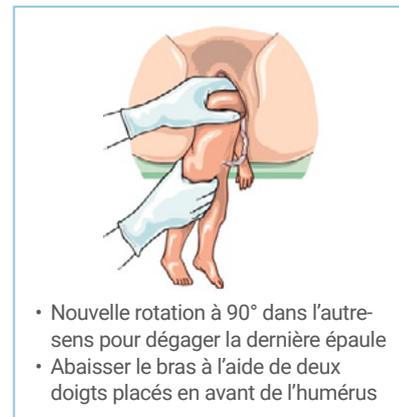
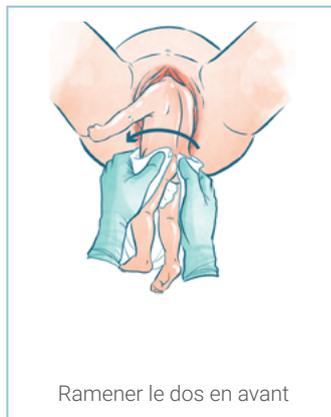
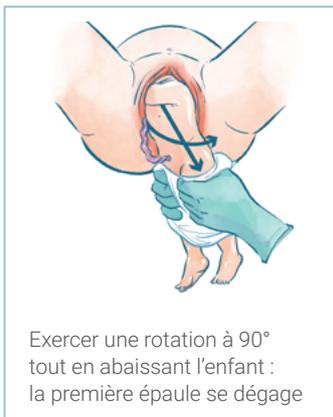
Situations dystociques

2 - Relèvement des bras

Empêche le passage des épaules



Manoeuvre de Lovset : double rotation à 90° dos en avant permettant de dégager chaque épaule



ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE

Situations dystociques

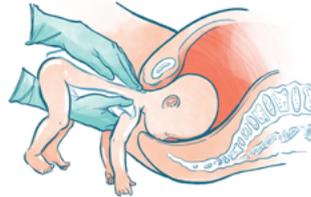
3 - Rétention de la tête foetale



L'enfant est retenu par la tête **qui est engagée** dans l'excavation pelvienne

Manœuvre de Bracht

(en priorité) →



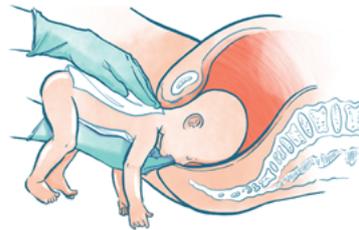
- Saisir l'enfant par les cuisses
- Le remonter vers le haut



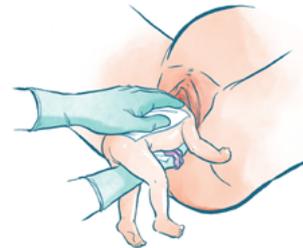
- Rabattre son dos
- Contre le ventre de la mère
- La tête sort alors spontanément

Si Bracht insuffisant

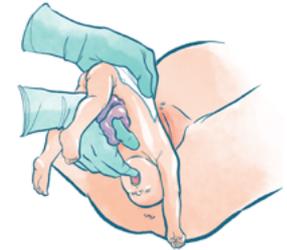
Manœuvre de Mauriceau →



L'enfant est à cheval sur l'avant bras, deux doigts placés dans la bouche jusqu'à la base de la langue. On fléchit les doigts en ramenant doucement le menton contre le thorax ce qui fléchit la tête.



L'autre main est placée sur le dos, index et majeur de part et d'autre du cou, en bretelle en abaissant les épaules



Lorsque l'occiput passe sous la symphyse on relève l'enfant contre le ventre de sa mère permettant à la tête de se dégager

ACCOUCHEMENT DES GROSSESSES GÉMELLAIRES

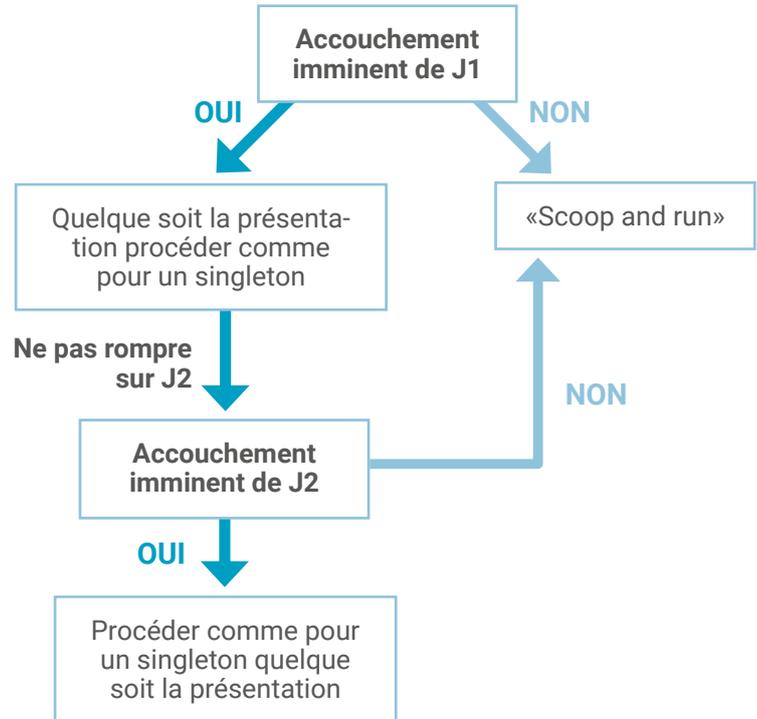
Transfert en urgence à la maternité

En l'absence d'un accouchement imminent de J2 :

NE PAS ROMPRE sur J2
Éviter toute manoeuvre active sur J2
Et transfert rapide dès la naissance de J1

La délivrance n'aura lieu qu'après la naissance des deux enfants

Pas de syntocinon® avant la naissance de J2



DÉLIVRANCE

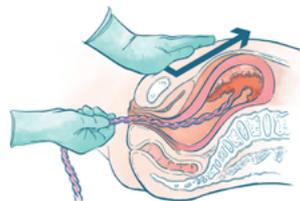
Diagnostic du décollement placentaire

Dans les 30 min après l'accouchement

- Reprise de l'activité utérine
- Saignements modérés
- **Le cordon ne remonte plus à la pression sus-pubienne**
- **Placenta décollé**

Il n'est pas nécessaire d'attendre la délivrance pour regagner la maternité sous couvert d'une surveillance des saignements pendant le trajet.

OUI



Pression sus pubienne:
tant que le cordon remonte

placenta non décollé

Aide à l'expulsion du placenta (si nécessaire)

- Reprise des efforts expulsifs
- Expression utérine modérée
- Déplissement du segment inférieur →

Surveillance

- Saignements < 500ml (poche de recueil/pesée)
- Massage utérin : qualité de la rétraction
- Vessie vide
- 10 UI syntocinon® entretien (vacuité utérine obligatoire)

Saignements ?

< 500mL

> 500mL

Transfert rapide vers maternité

+/- Délivrance artificielle Révision utérine

DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

Indication en extra-hospitalier :

- **seulement en « situation hémorragique sévère non contrôlée »**
- **sur avis et soutien de l'équipe obstétricale / réanimateur**

Ce geste doit autant que possible être associé à une analgésie ou sédation

1



La main droite remonte le long du cordon jusqu'au placenta
La main gauche empaume le fond utérin en l'abaissant vers le pubis

2



On repère l'insertion placentaire
Que l'on décolle avec le bord cubital de la main puis on ramène le placenta

3

Révision utérine

On ré-introduit la main dans la cavité utérine toujours en empaumant le fond

Pour vérifier qu'il est bien vide.
On sent la zone d'insertion du placenta qui est rugueuse. Puis 10 UI de Syntocinon® IVL en entretien.

ATB prophylaxie : 2g céfazoline (en absence d'allergie)

HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM

PRÉALABLE

- 5 UI de Syntocinon® diluées dans 10 cc NaCl en IVDL au dégagement des épaules ou dans la minute qui suit
- Noter l'heure de la naissance
- Mettre en place une poche de recueil / une bassine pour quantifier les pertes en continue
- Noter l'heure de la délivrance : elle doit se faire dans les 30 minutes qui suivent l'administration du Syntocinon®
- Il n'est pas nécessaire d'attendre la délivrance pour regagner la maternité sous couvert d'une surveillance des saignements pendant le trajet

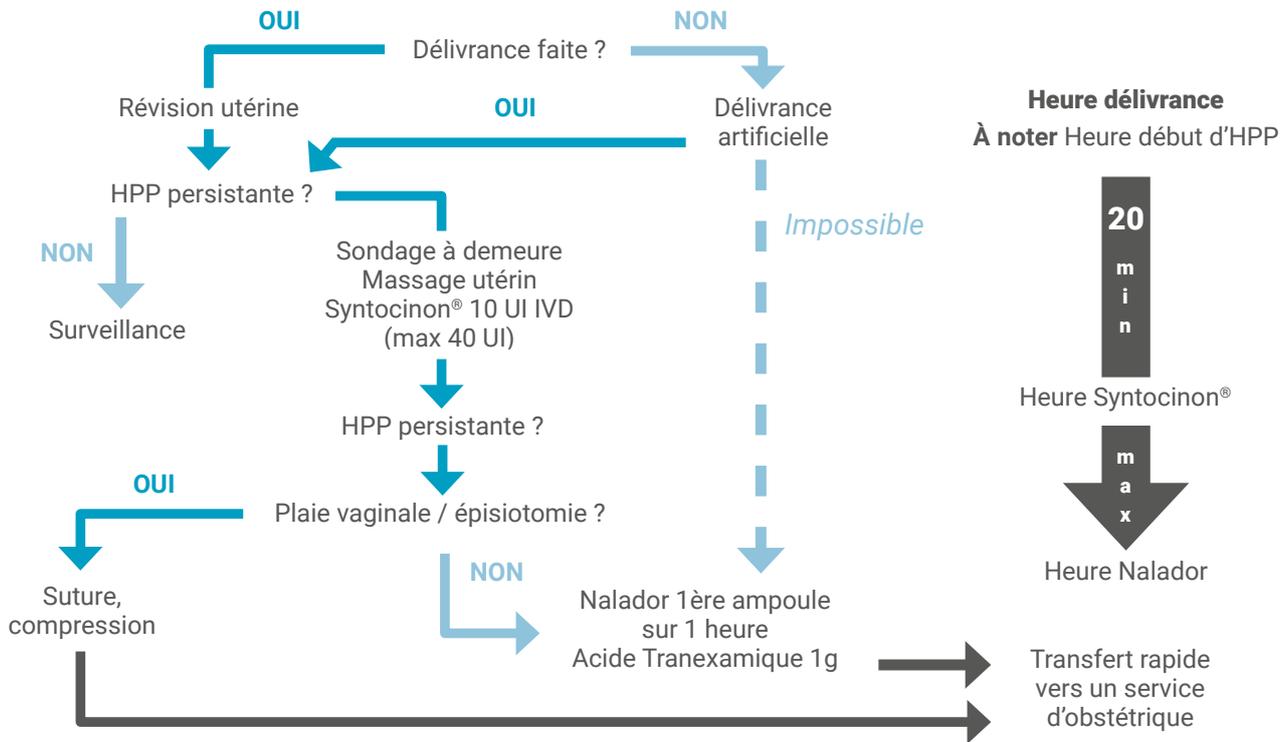
Hémorragie du post-partum définie par des pertes \geq 500 mL ou un saignement massif

ATTENTION

- Noter l'heure de l'accouchement, du début de l'hémorragie et de l'administration des drogues
- Contact téléphonique avec un obstétricien, «scoop and run»
- **Continuer à quantifier les pertes jusqu'à l'arrivée en maternité**

HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM

Pertes ≥ 500 mL ou saignement massif



ÉVITER LES PERTES D'INFORMATIONS

À l'arrivée à la maternité

Transmissions à l'équipe

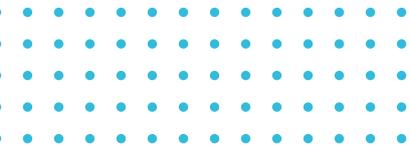
Copie des dossiers d'intervention (SAMU, pompiers, SMUR pédiatrique, ...)

- Conditions de la naissance (lieu, couleur LA, ...)
- Heure de naissance, heure de délivrance
- Quantification des pertes sanguines
- Conditions de section du cordon (parents, SAMU etc.)
- Gestes à l'enfant (Apgar,...)
- Certificat d'accouchement (quand le rédiger)

CERTIFICAT MÉDICAL D'ACCOUCHEMENT

- Le certificat d'accouchement atteste que MmeX a accouché d'un enfant de sexe masculin ou féminin, né vivant et viable ou bien mort-né, à [commune du lieu d'accouchement et non celle de la maternité où la patiente sera transportée], le [date] à [heure].
- Ce certificat est rédigé par le médecin ou la sage-femme qui a pratiqué l'accouchement ou qui a sectionné le cordon ombilical.
- Le médecin qui a réalisé l'accouchement doit rédiger le certificat de naissance et s'assurer que l'enfant est bien déclaré à l'état civil de la commune de naissance dans les cinq jours.
- Il est souhaitable qu'une lettre d'information dans ce sens soit remise à la maman lors de son transport à la maternité, surtout si la mère est isolée.
- Si les professionnels sont arrivés après l'accouchement c'est au co-parent de déclarer la naissance à la mairie du lieu de naissance et ce sans certificat médical.

PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU NÉ



ACCOUCHEMENT

PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NÉ

PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE

RÉANIMATION DU NOUVEAU-NÉ ET AIEH



MATÉRIEL INDISPENSABLE

📌 LISTE MATÉRIEL INDISPENSABLE

- Bracelet identité
- Ciseaux stériles + clan de Barr + compresses
- Désinfectant
- Stéthoscope
- Serviettes
- Bonnet
- Couches
- Aspiration néonatale
- Sonde aspiration néonatale, N° 4,6,8,10
- Sonde intubation 2,5 , 3 , 3,5
- BAVU 500 ml et masques nouveau-nés + O2
- Scope et capteur nn
- Saturomètre et capteur nn
- Thermoconfort , couveuse
- Monnal
- Sonde bi-nasale
- Kit KTVO et KTIO
- Pousse seringue
- Manche laryngo et lame de laryngo Miller 0 et 1
- Sparadrap pour moustache
- Nacl 0,9%
- G10%
- Sonde gastrique
- Seringue 50 ml
- Kit exsufflation
- Kit VVP
- Filtre nasal nn
- Kit glycémie
- HémocCue
- Brassard TA nn

ACCUEIL DU NOUVEAU-NÉ

MATÉRIEL
Serviette éponge ou lange pour allonger et sécher l'enfant
Matériel de clampage (clamps de Barr, pinces Kocher, fil, ciseaux stériles)
Aspirateur de mucosités ou sonde branchée sur seringue (désobstruction des voies aériennes supérieures)
Matériel pour réchauffer l'enfant (habits, bonnet, Thermoconfort, sac polyéthylène...)
A proximité: un scope ou oxymètre de pouls, bouteille d'oxygène, BAVU 500ml et matériel d'intubation

Questions initiales

1. A terme ?
2. Liquide amniotique clair ?
3. Respire et/ou crie ?
4. Bon tonus ?

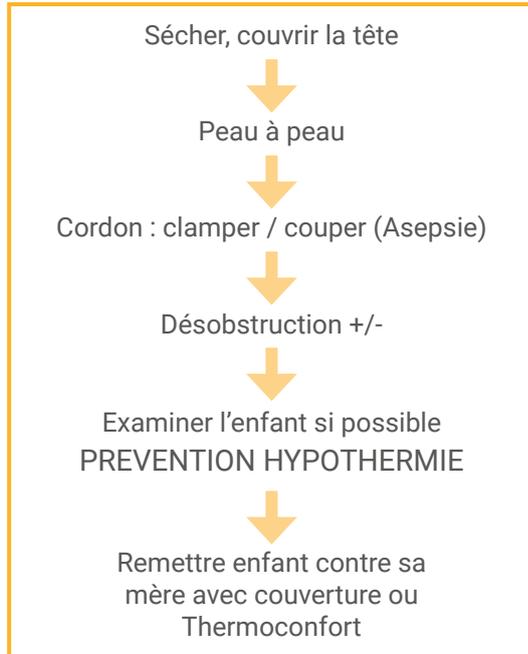


4 Réponses positives aux 4 items
= **Enfant qui va bien (p.27)**



Pas de cri et hypotonie
=
Enfant qui va mal
=
Enclencher séquence de réanimation (p.28)

ENFANT QUI VA BIEN



DÉSOSBSTRUCTION NON OBLIGATOIRE

SI DÉSOSBSTRUCTION = Aspirer simplement les fosses nasales sur 3 cm de profondeur sans dépasser les choanes, à l'aide d'une sonde de calibre 6 à 8 branchée sur seringue de 10 ml ou aspirateur de mucosités si disponible

Prévention de l'hypothermie (objectif: 36°5-37,5°) :

- Habiller enfant
- Couverture simple + couverture de survie par dessus
- Thermoconfort (chaufferette) : entre l'enfant habillé et les couvertures.
- Incubateur : réchauffe efficacement et rapidement, en association avec le Thermoconfort

ENFANT QUI VA MAL

État de la situation : respiration, cri, tonus

Si : hypotonique, cyanosé/pâle, apnée ou effort pour respirer (gasps)

- Clamper le cordon
- Couper le cordon
- Pas de peau à peau



LA SÉQUENCE RÉANIMATION

LA SÉQUENCE RÉANIMATION

Etat de la situation : hypotonique, cyanosé/pâle, apnée ou effort pour respirer (gasps)

TOUJOURS FAIRE CETTE PREMIÈRE SÉQUENCE

- 1- Utiliser une serviette chaude et sèche pour accueillir le NN si possible
- 2- **Stimulation/séchage +++ mettre un bonnet**
- 3- Transporter l'enfant en ouvrant ses voies respiratoire
- 4 - Improviser une table de réanimation si possible à hauteur de bassin, jamais au sol ou table basse
- 5 - Chronomètre si possible
- 6 - Patches pour scope **puis** saturation main ou poignet droit



- Pas de sac en polyéthylène
- Pas d'aspiration systématique
- Tête en position neutre

LA SÉQUENCE RÉANIMATION

VENTILATION SANS TARDER



VOS DEUX OBJECTIFS INITIAUX !!!

**SOULÈVEMENT DES POUMONS
+
FRÉQUENCE CARDIAQUE
SUPERIEURE \geq 100**

LA SÉQUENCE RÉANIMATION

TECHNIQUE DU C ET E



Ventilation au BAVU de 500 ml

(CI: hernie diaphragmatique)

5 premières insufflations longues de 2 à 3 sec

Puis: 30 insufflations/min de 1 seconde

Débuter sans apport d'oxygène initialement

VENTILER SANS TARDER



Taille adaptée
Nez + bouche



Masque circulaire bords mous

LA SÉQUENCE RÉANIMATION

LES POUMONS NE SE SOULÈVENT PAS

MESURES CORRECTIVES IMMÉDIATES	
Fuites au masque	Repositionner
Obstacle: encombrement, tête trop fléchie, obstacle trachéal, bouche fermée	Ré-aspirer, repositionner
Pressions insuffisantes	Augmentation des pressions

Optimiser la ventilation

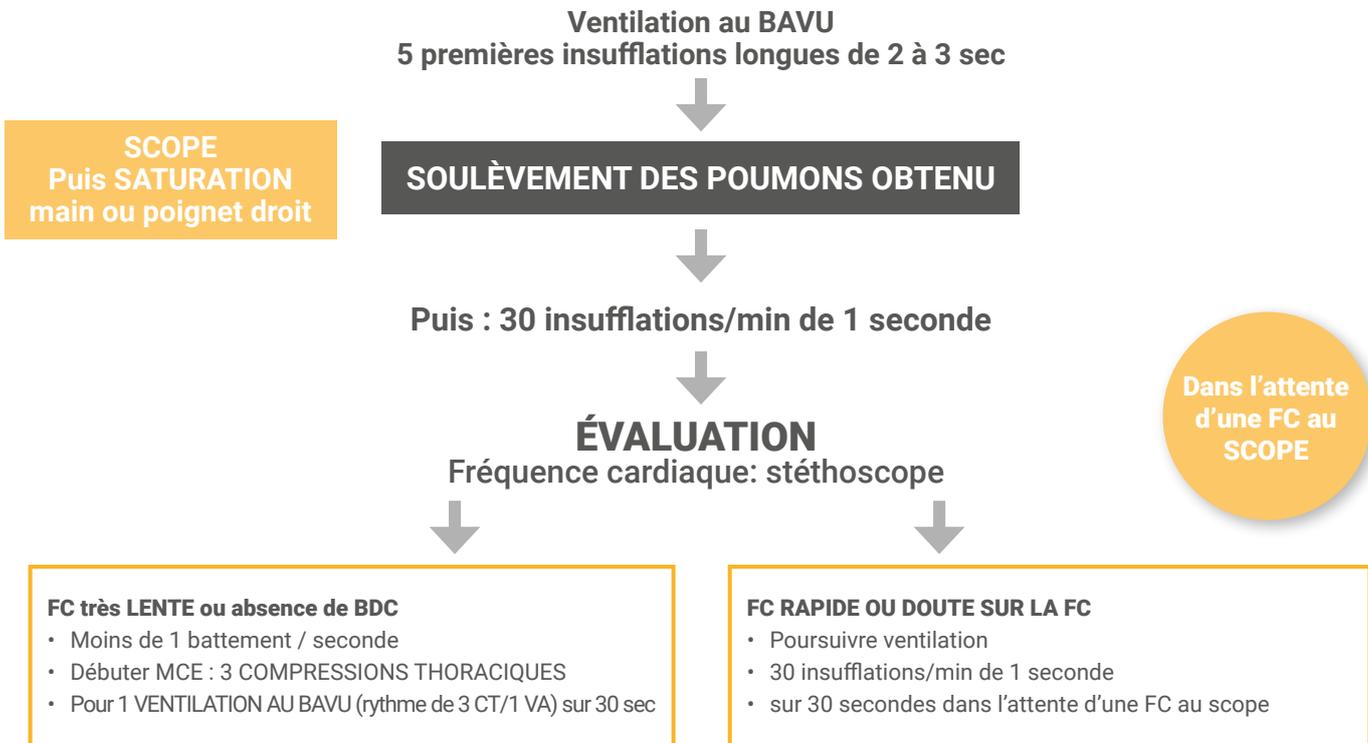
Ventilation à 2 mains avec deux personnes



Ventilation après mise en place d'une canule oropharyngée (Guedel)



LA SÉQUENCE RÉANIMATION



LA SÉQUENCE RÉANIMATION

FC très LENTE ou absence de BDC
MCE : 3 CT / 1 VA



FC RAPIDE
30 insufflations/min de 1 seconde



FC AU SCOPE ou Saturomètre **OBJECTIF FC ≥ 100**

FC ≤ 60/min
MCE : 3 CT / 1 VA

60/min < FC < 100/min
POURSUIVRE VENTILATION

FC ≥ 100/min
EVALUATION: saturation, FR, TA Silverman

- Optimisation: contrôler soulèvement du poumon, ventilation 2 mains
 - Oxygénothérapie: 15 litres d'oxygène/minute branchée au BAVU
 - Envisager intubation Oro ou Naso Trachéale
 - Évaluation toutes les 30 secondes
 - Faire préparer KTVO ou KTIO et Adrénaline
- Appel à l'aide**

Surveillance: pouls , FR, saturation
Prévention hypothermie
Envisager dextro, VVP, KTVO
Envisager transfert néonatalogie

Si DR CPAP entre +5/+6 cm H2O
 Saturation cible NN terme > 94%
 Saturation cible prématuré 90 à 94%

FC : fréquence cardiaque
CPAP : ventilation en pression positive continue
FR : fréquence respiratoire
NN : nouveau-né
TA : tension artérielle

Silverman : scope de détresse respiratoire
DR : détresse respiratoire
VVP : voie veineuse périphérique
KTVO : Cathéter veineux ombilical
KTIO : Cathéter intra-osseux

LA SÉQUENCE RÉANIMATION



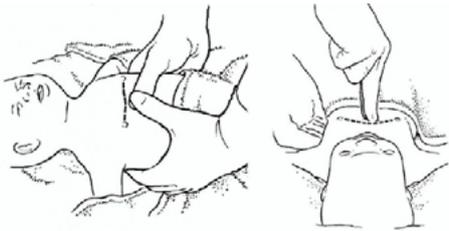
**PAS AUGMENTATION DE LA FC OU $60/\text{min} < \text{FC} < 100/\text{min}$
 NN ne répond pas ou peu à la ventilation au masque**

INTUBATION TRACHÉALE	MASQUE LARYNGÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Expertise • Durée 20-30 seconde • N'importe quel poids 	<ul style="list-style-type: none"> • Expertise • Durée 20-30 seconde • Uniquement PN > 1,5 Kg



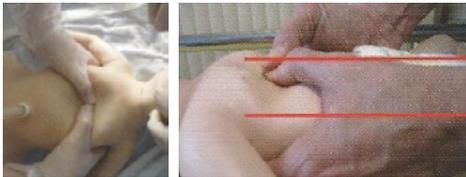
LA SÉQUENCE RÉANIMATION

COMPRESSIONS THORACIQUES (CT)	
Besoin	2 personnes, Ventilation et CT
Ou	1 cm en dessous milieu de la ligne inter-mamelonnaire
Comment	2 MAINS > 2 DOIGTS
Profondeur des CT	1/3 Ø antéro-postérieure thorax
Rythme	3 CT / 1VA – 90 CT/min et 30 VA/min



Efficacité attendue : augmentation de la FC dans les **20 à 30 secondes** suivant les CT

Évaluation de la FC : toutes les 30 secondes sans arrêt de ventilation+++



Appel à l'aide :

1 à 2 personnes en plus,
Anticiper KTVO et drogues

LA SÉQUENCE RÉANIMATION



FC \leq 60 / minutes
Malgré : VA optimisée + CT efficaces + FiO2 100%



Envisager d'injecter de l'ADRENALINE en plus

Comment administrer l'Adrénaline: de préférence cathéter veineux ombilical ou en intra osseux. Éviter en intra-trachéal. Pas en VVP !!!

CVO	IO
	Technique simple Apprentissage court Accès rapide Voie centrale Faibles risques
SF et médecins	Paramédicaux et médecins Accès si anomalie du cordon

IT

Nécessite intubation trachéale
 Doute sur efficacité chez le nouveau-né
 Uniquement adrénaline !!

Fi O2: fraction inspirée en oxygène
 CVO: cathéter veineux ombilical
 IO: intra-osseuse
 VVP: voie veineuse périphérique
 IT: intra-trachéal

CVO = IO >>>> IT

LA SÉQUENCE RÉANIMATION

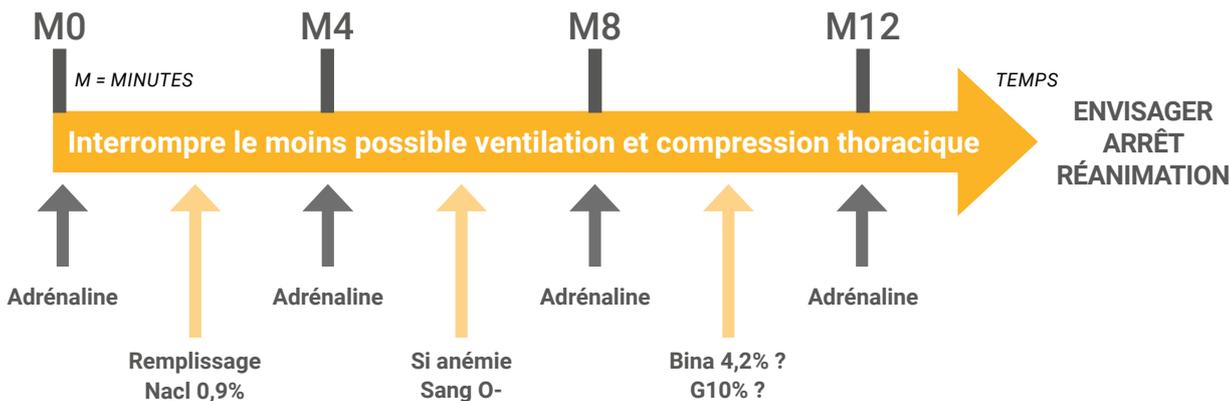
Drogue utilisée à ce stade: Adrénaline

ADRÉNALINE	
Préparation	1 ml=1 mg + 9 ml de sérum physiologique soit 1 ml dilution = 100 microgramme (μg) d'adrénaline
Posologie	CVO et IO: 10 à 30 $\mu\text{g}/\text{Kg}$ soit 0,1 à 0,3 ml/kg de la dilution IT: 50 à 100 $\mu\text{g}/\text{Kg}$ soit 0,5 à 1 ml/Kg de la dilution
Renouveler	Toutes les 4 à 5 minutes

POURSUITE DE LA SÉQUENCE RÉANIMATION

OBJECTIF : FC \geq 100
A ÉVALUER TOUTES LES 30 SECONDES

VA optimisée
 CT 3/1 efficaces
 CVO ou IO
 FiO₂: 100%
 Et
 FC \leq 60 / minutes



Autres drogues utilisées à ce stade :

1 - Remplissage	10 ml/Kg de NaCl 0,9% sur CVO
2 - Sang O Rhésus négatif si anémie	20 – 40 ml/Kg
3 - Bicarbonate de sodium 4,2%	2 à 4 ml/Kg +/-
4 - Glucose 10%	2,5 ml/Kg +/-

LA SÉQUENCE

FC ≤ 60/min

**Avant d'envisager l'arrêt de réanimation
Prendre en compte les causes réversibles d'échec de réanimation**

4H	Hypoxie
	Hypovolémie (transfusion foeto-maternelle)
	Hypo/Hyper K+
	Hypothermie
4T	Pneumothorax sous tension
	Toxique (narcotiques)
	Tamponnade cardiaque
	Thrombo-embolie

Causes foetales et néonatales	Obstruction trachéale: vernix, sang, mucus, méconium
	Malformation congénitale non diagnostiquée en anté-natal (hernie diaphragmatique, cardiopathie...)
	Poumons rigides
	Anasarque foetale

QUAND INTERROMPRE UNE RÉANIMATION ?

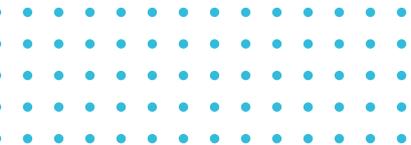
Suspension des manoeuvres de réanimation

Fréquence cardiaque indétectable à la naissance et reste indétectable à 10 minutes d'effort de réanimation continue et conforme aux recommandations. Il est raisonnable de stopper la réanimation.

Nouveau-né naît avec une FC < 60/mn et que cette situation persiste après 20 minutes d'effort de réanimation continue et conforme aux recommandations. Il est raisonnable de discuter la nécessité de poursuivre la réanimation en tenant compte :

- Causes de l'échec de la réanimation
- L'âge gestationnel
- La gravité d'une éventuelle malformation
- La possibilité de réversibilité de la situation
- Du degré de morbidité et séquelles consenties par les parents

PRISE EN CHARGE D'UNE FEMME ENCEINTE



ACCOUCHEMENT

PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NÉ

PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE

TRAUMATISME

L'évaluation obstétricale est indiquée :

Pour toute femme enceinte victime d'un traumatisme abdominal ou pelvien ou d'une décélération au cours d'un AVP

**L'orientation dépend avant tout de la gravité de l'atteinte maternelle
→ régulation nécessaire**

But : HOSPITALISATION car risque d'Hématome Rétro Placentaire

**Évaluation du bien-être foetal et avis obstétrical à l'arrivée
MAIS
cet avis ne doit pas retarder la prise en charge maternelle
qui reste prioritaire !**

TRAUMATISME

CONDITIONNEMENT

- Éviter le choc postural
- Matelas coquille incliné sur le coté à 15°
- VVP : cristalloïde
- Oxygénothérapie
- Scope / PA automatisée

PEC RESPIRATOIRE

- Oxygénothérapie a priori
- Si indication d'intubation :
 - Estomac plein toujours !
 - Séquence rapide classique
 - Diamètre de la sonde d'intubation
 - De 0,5 à 1 inférieure à celle habituelle

PEC HÉMORRAGIE

- Remplissage vasculaire : Cristalloïde balancés
 - Catécholamines ensuite si nécessaire
- Objectif :
 - Maintien hémodynamique maternelle
 - Maintien de la perfusion placentaire

HÉMORRAGIE DU 2^e ET 3^e TRIMESTRE

Diagnostics

HRP	PLACENTA PRÆVIA	RUPTURE UTÉRINE
Douleur brutale, en coup de poignard	Indolore	Douleur hypogastrique brutale violente
Hypertonie utérine (ventre de bois)	Utérus souple	Utérus souple
Métrorragies noirâtres, de faible abondance, contexte d'HTA maternelle	Sang rouge, parfois hémorragie cataclysmique	Hémorragie modérée, utérus cicatriciel, souvent pendant le travail
CIVD		

Autres

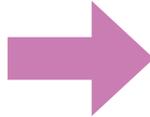
- Hématome sous-chorial présence de CU, bon pronostic
- Hémorragie de Benkiser mortalité foetale ++
- Origine cervicale (ectropion, post coït) bénin

Éviter le Toucher Vaginal
Sauf si envie de pousser pour écar-
ter un accouchement imminent

HÉMORRAGIE DU 2^e ET 3^e TRIMESTRE

Transports

Patiente à domicile



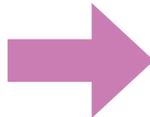
Transport **urgent** vers la maternité **la plus proche** (bloc chirurgical) → «**Scoop & run**»

Conditionnement :

- Décubitus latéral gauche
- Remplissage par des cristaalloïdes (catécholamines si nécessaire)
- Prélèvement RAI/Gpe Rh (X 2) ou emporter la carte de groupe
- Oxygénothérapie de principe recommandée

En cas de doute sur le lieu d'orientation → **Discussion tripartite**

**Patiente hospitalisée
(transfert in utero)**



Contre-indiqué si :

- Hémorragie importante
- Anomalies du rythme cardiaque foetal
- HRP

Conférence téléphonique à 3

PRÉÉCLAMPSIE

Diagnostics - Mise à jour selon RE SFAR-CNGOF 2020

HTA GRAVIDIQUE (HTAG)	HTA GRAVIDIQUE (HTAG)	PE SÉVÈRE : AU MOINS 1 CRITÈRE
<p>PAS \geq 140 mmHg et/ou PAD \geq 90 mmHg</p>	<p>HTA Gravidique</p>	<p>PAS \geq 160 mmHg et/ou PAD \geq 110 mmHg</p>
<p>Survient > 20 SA Disparaît > 6 semaines post partum</p>	<p>ET Protéinurie > 0,3g/24h ou Rapport Protéinurie / Créatinurie > 30 mg/mmol</p>	<p>Protéinurie > 3 g /24h ou créat \geq 90 135 μmol/L ou Oligurie < 500ml/24h ou cytolyse Hep ASAT/ALAT > 2N</p>
		<p>OAP ou DLR épigastrique et/ou hypochondre droit «en barre» persistante ou Hellp syndrome</p>
		<p>Troubles neuro ou éclampsie</p>
		<p>Thrombopénie < 100 G.L-1</p>
		<p>HRP ou retentissement foetal</p>

PRÉÉCLAMPSIE

Traitement IV à instaurer si PAS > 160 mmHg et/ou PAD > 110 mmHg

OBJECTIF du TTT : < 160 / 110 mmHg

TTT IV de 1ère INTENTION : LABETALOL (TRANDATE®)

Bolus : 0,5 mg / kg (max 80 mg) sur **2 min**

Puis entretien :

Préparation (ampoule de 100 mg / 20 ml)

→ 1 amp de 20 ml + 30 ml NaCl 0,9% (soit 2mg/ml)

IVSE : 0,5 à 1 mg /Kg/h

OU

NICARDIPINE (LOXEN®)

Entretien :

Préparation (ampoule de 10 mg / 10 ml)

→ 5 amp de 10 ml «pur» dans une seringue de 60cc (soit 1 mg/ml)

IVSE : 1 à 6 mg /h (à augmenter de 0,5 mg/h / 30min)

- Collaboration ARE/GO pour mise en conditions de la patiente et remplissage vasculaire si nécessaire
- Mise en place de la surveillance maternelle et fœtale

⊘ CONTRE-INDICATIONS

- Asthme
- BPCO
- Bradycardie
- Troubles conduction intra cardiaque (ATCD suffit)
- Hypersensibilité connue

Évaluer après 30 minutes l'efficacité et tolérance

TA contrôlée : surveillance et réévaluation

TA non contrôlée : augmentation +/- bithérapie

Trt non toléré : SWITCH Nicardipine ou labetalol

PRÉÉCLAMPSIE / ÉCLAMPSIE

Autres traitements

PEC PE sévère avec signes neurologiques

(Céphalées, troubles visuels, ROT polycinétiques)

Sulfate de Mg : 2-4 g / 20 min en IVSE puis 1g/h

Évoquer les modalités
de transfert en cas
d'éclampsie ?

PEC crise d'éclampsie

- Éviter morsure langue et lésions / convulsions
- PLS
- Oxygénation
- Sulfate de Mg (prévention récidive)
- Si récidive : 2e dose de Sulfate de Mg de 1 à 2 g
- Phénitoïnes et benzodiazépines peuvent être utilisées
- Surveillance : Sat O2 en continu, diurèse horaire, ROT, conscience
- **Stop ttt** si : paralysie motrice, abolition des ROT, dépression respiratoire, arythmie cardiaque

Remplissage vasculaire contrôlé

- < 80ml/h
- Cristalloïdes

Gluconate de Calcium

- Antidote du Sulfate de Mg 10 %
- 1g = 10 ml
- IV lente : en 7 min



MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

En primaire

PRÉALABLE

Contractions utérines régulières et douloureuses :

1 à 3 toutes les 10 mn

parfois associées à une rupture prématurée des membranes

Survenant avant **37 SA**

Confirmer le terme

(appel lieu du suivi obstétrical)
Toucher vaginal prudent si patiente a envie de pousser pour écarter un accouchement imminent

Si terme \leq 32 SA certain et après avis obstétrical de la maternité devant recevoir la patiente

Démarrer une tocolyse par **TRACTOCILE®**

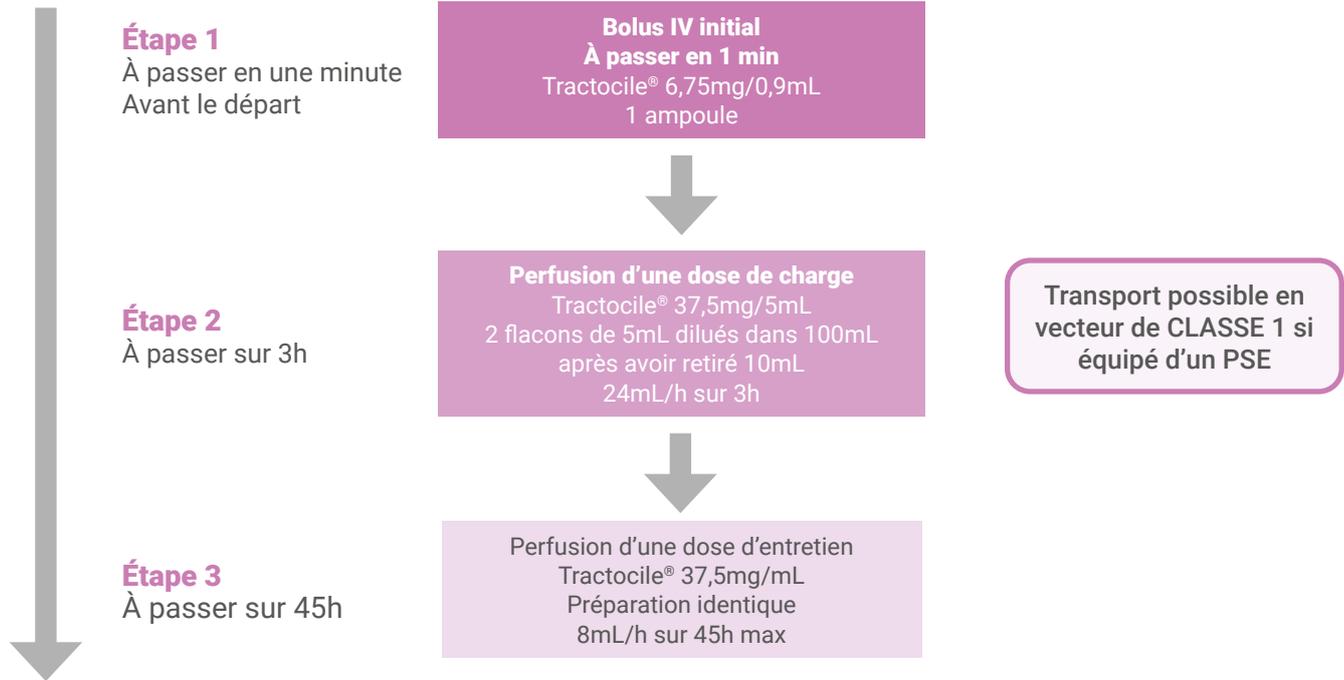
Si accouchement imminent :

Contact téléphonique avec un obstétricien
Allo SMUR pédiatrique et demande de couveuse sur le lieu d'intervention

Protocole
TRACTOCILE®
p.51

TRANSFERT INTERHOSPITALIER POUR MAP

Protocole Tractocile® (Atosiban)



POSOLOGIES DES THÉRAPEUTIQUES MATERNELLES

ACCOUCHEMENT

Syntocinon® (Ocytocine) :

→ Délivrance dirigée : 5 UI (1 ampoule) diluées dans 10 cc NaCl en IV Lente (1min) ou IM

HPP : 10 UI (2 ampoules) dilués dans 250 ml de soluté salé isotonique sur 30 min

HÉMORRAGIE DE LA DÉLIVRANCE

Syntocinon® → HPP : 10 UI (2 ampoules) diluées dans 250 ml de soluté salé isotonique sur 30 min

ATTENTION : dose maxi totale : 40 UI

Exacyl® (acide tranexamique) ampoule de 0,5g/5ml : 1 g en 10 min au PSE, puis 1 g/h au PSE pendant 1h

Nalador® (sulprostone) 1 amp = 500 µg : 1 amp sur 1h (1 amp dilué dans 50cc NaCl au PSE)

MENACE ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

Tractocile® (atosiban) :

Bolus IV initial à passer en 1 min 6,75mg/0,9mL 1 ampoule

Perfusion d'une dose de charge 37,5mg/5mL

2 flacons de 5mL dilués dans 100mL après avoir retiré 10mL : 24mL/h sur 3h

Perfusion d'une dose d'entretien 37,5mg/5mL Préparation identique : 8mL/h sur 45h max

HTA et PRÉ-ÉCLAMPSIE

Trandate® (labetolol) : Ampoules de 100mg dans 20ml (5mg/ml) Préparer → 1 ampoule de 20ml + 30ml de NaCl 0,9% (soit 2mg/ml) dans une seringue de 60ml / IVSE : 0,5 à 1 mg /Kg/h

Loxen® (nicardipine) 1 ampoule de 10 mg = 10 ml, à utiliser pur

à visée antihypertensive : Bolus possible : 0,5 à 2,5 mg en 1 mn, à renouveler si besoin jusqu'à 10 mg

Dose d'entretien : 2 à 4 mg/h avec adaptation des doses par paliers de 0.5 mg/h

Sulfate de Mg : 1 ampoule de 10 ml = 1 g: 2 à 4 g en IVL sur 20 min puis 1 à 2 g/h

TRANSFERTS INTERHOSPITALIERS

(TIU – Transferts in utero)

Type 3 : réanimation néonatale

Type 2a : soins de néonatalogie

Type 2b : unité de soins intensifs

Type 1 : unité de soins de courte durée
après avis GO de garde

Numéro unique d'appel 24h/24
Pour les Transferts In Utero et
les Transferts du Post Partum
Conversation enregistrée
09 70 75 30 50

< 24 SA

Avis de la
Cellule Transfert

< 32 SA ou < 1500g

Type 3

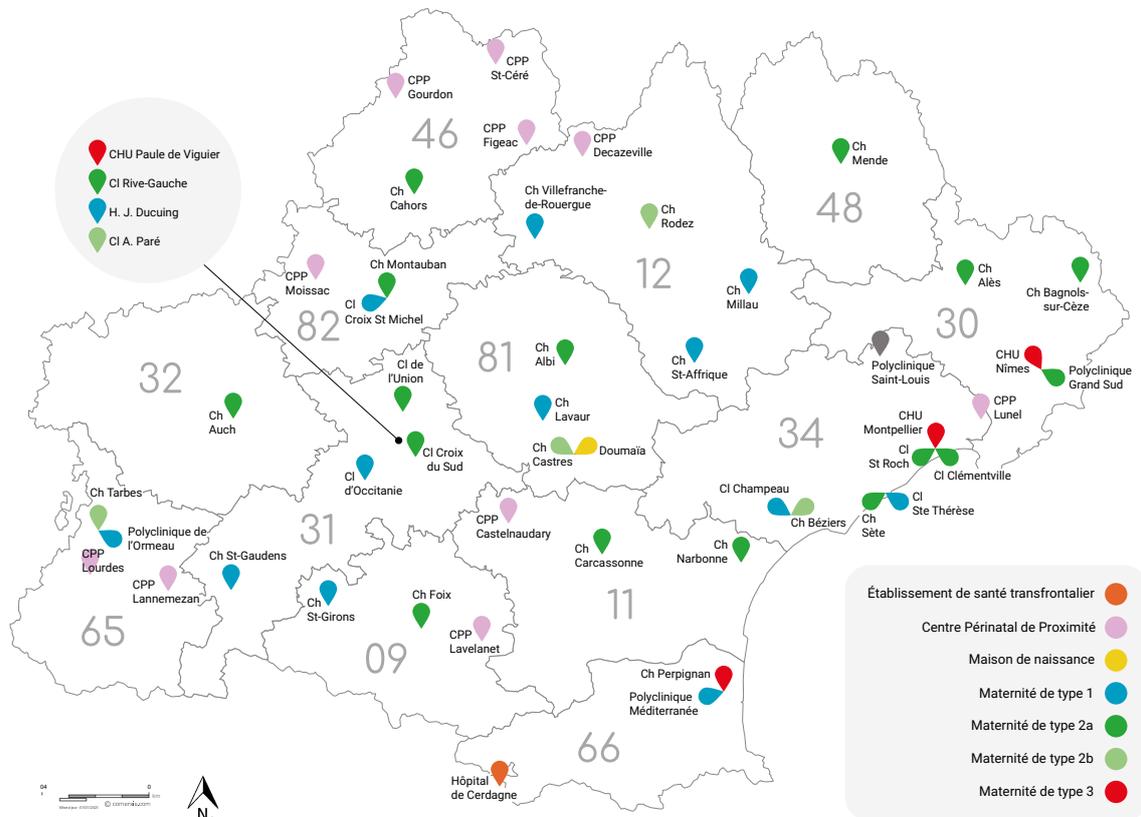
≥ 32 SA et > 1500g

Type 2

>36 SA et > 2000g

Type 1

TYPES DES MATERNITÉS EN OCCITANIE



Ce document est historiquement issu des travaux du Réseau MATERMIP, du SAMU 31 et du Collège Midi-Pyrénées des Médecins Urgentistes.

Il a été mis à jour en 2024 par les Pôle « Gestion des risques », « Transfert » et « Formation » du Réseau de Périnatalité Occitanie, associé à un groupe de travail régional.

Le Réseau de Périnatalité Occitanie tient à remercier les membres de ce groupe de travail :

- Dr Jeanne-Marie AMALRIC – Urgentiste
- Dr Johanna VIDAL – Urgentiste
- Dr Elsa TARDIF – Anesthésiste-Réanimateur
- Lucie CARLINI-SIEGEL – Sage-femme
- Sophie LOUPIAS – Sage-femme

Cette version du document a été validée par le Conseil Scientifique de Réseau de Périnatalité Occitanie en sa session du 4 juin 2024.

Les illustrations originales ont été réalisées par Fernando BELISARIO – Tous droits réservés.

Si vous remarquez une coquille, une imprécision, un oubli, une information obsolète sur ce support, nous vous remercions de nous prévenir à l'adresse suivante : contact@perinatalite-occitanie.fr



Réseau de
Périnatalité
Occitanie

FICHES AIEH

ACCOUCHEMENTS EXTRA-HOSPITALIERS INOPINÉS



www.perinatalite-occitanie.fr