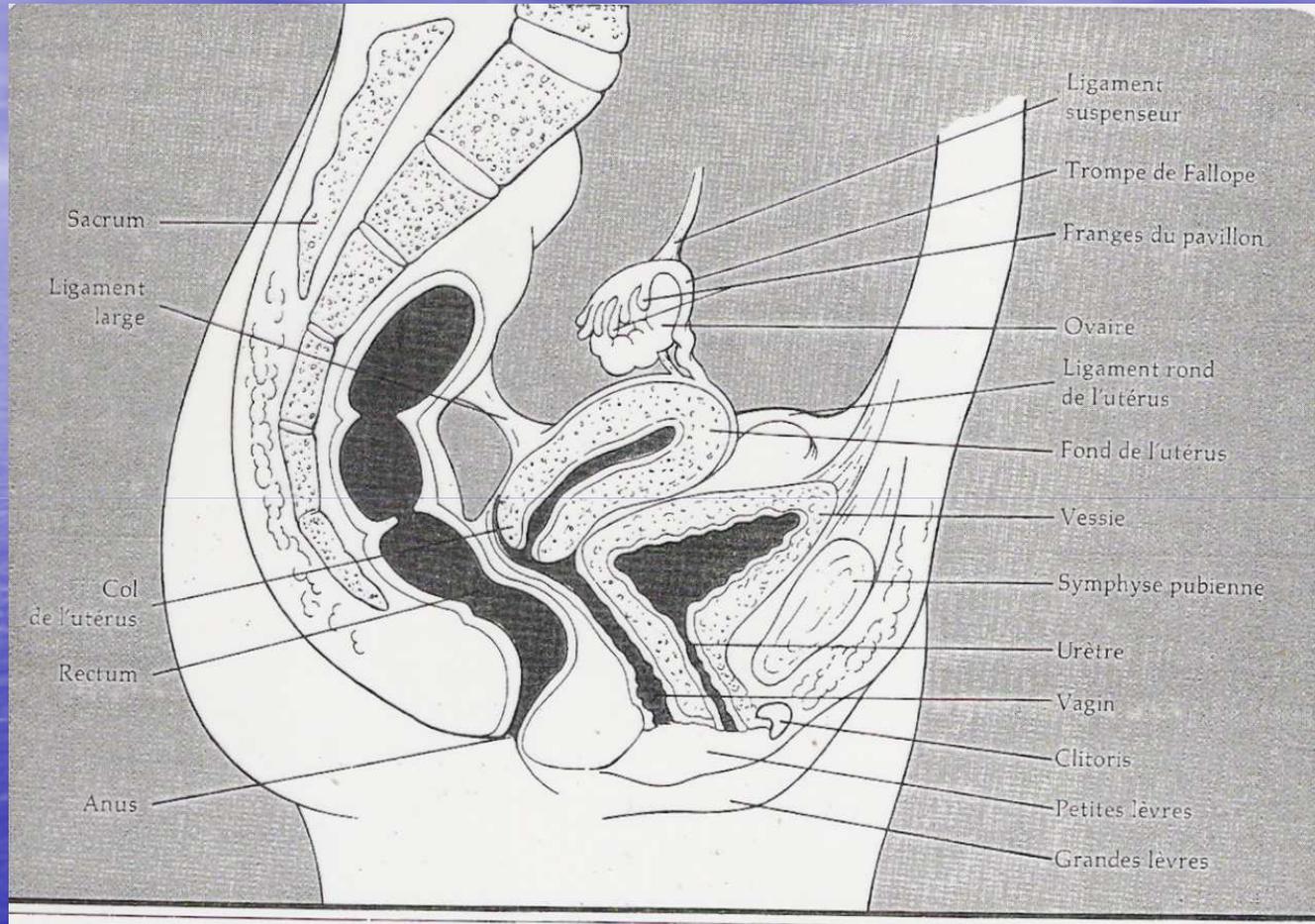


Grossesse et accouchement inopiné

Nouls Annick
Sage-femme
octobre 2008



Le Cycle

- Correspond à la période entre deux menstruations(règles)
- 1° jour = début d'un nouveau cycle
- Durée= 28 jours.
- 1° partie du cycle (14 jours): la muqueuse utérine s'épaissit.
- L'ovulation: au 14 ° jour, l'ovule est expulsé de l'ovaire=ovulation. Cet ovule transit ensuite ds les trompes.
- La fécondation est la fusion d'un spermatozoïde avec l'ovule. Lieu dans la partie supérieure de la trompe.
- 2° partie du cycle (14° au 28°j): La muqueuse épaissie se prépare à la nidation. Vers le 4° jour de la fécondation, l'ovule fécondé se nide dans l'endomètre.
- Si pas de fécondation, la muqueuse épaissie de l'utérus va s'éliminer= saignement mensuel ou **règles**

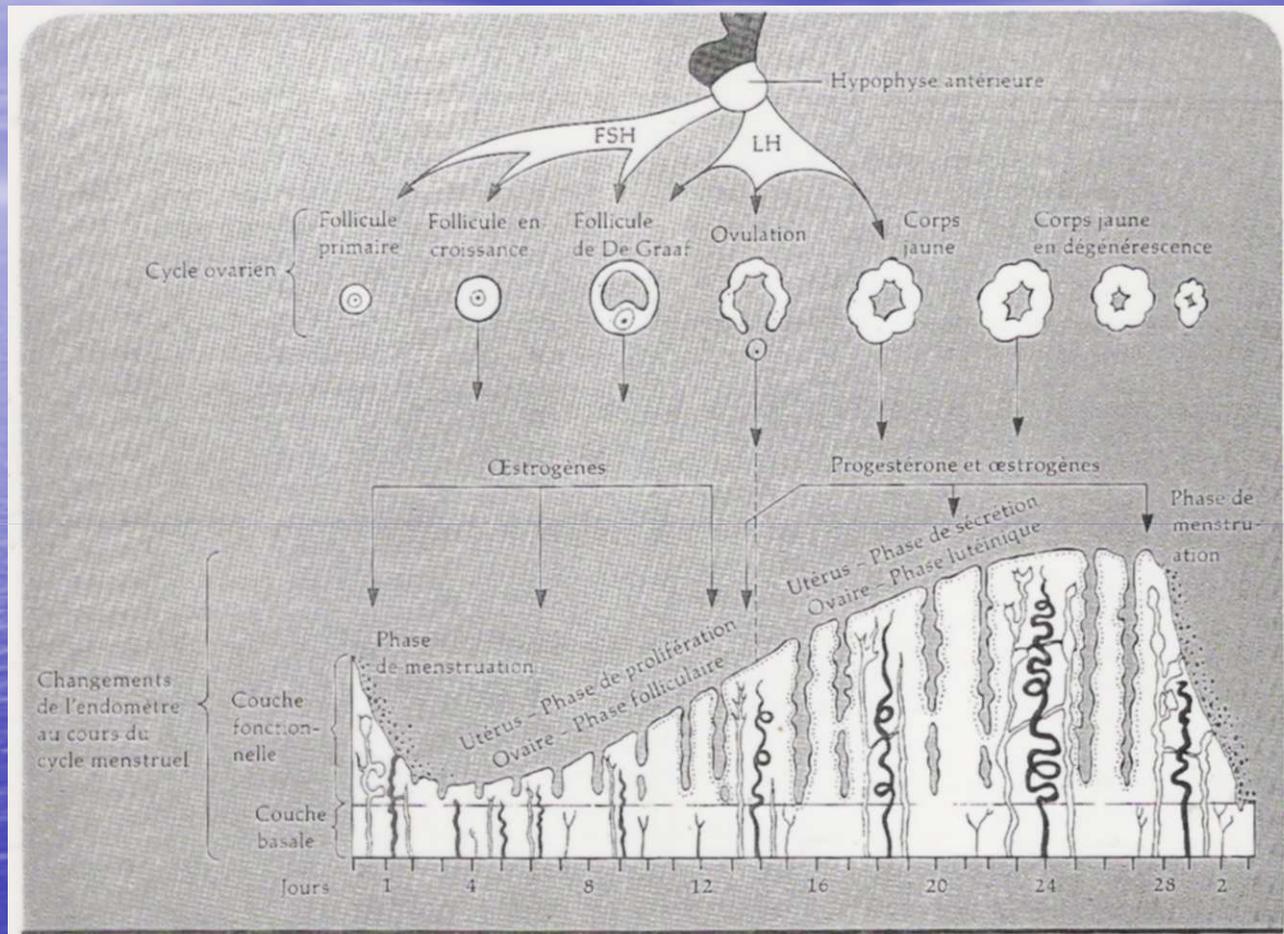


Figure 5-3 Changements de l'endomètre et de l'ovaire au cours du cycle menstruel, en rapport avec le taux d'hormones.

Le Cycle

- Correspond à la période entre deux menstruations(règles)
- 1° jour = début d'un nouveau cycle
- Durée= 28 jours.
- 1° partie du cycle (14 jours): la muqueuse utérine s'épaissit.
- L'ovulation: au 14 ° jour, l'ovule est expulsé de l'ovaire=ovulation. Cet ovule transit ensuite ds les trompes.
- La fécondation est la fusion d'un spermatozoïde avec l'ovule. Lieu dans la partie supérieure de la trompe.
- 2° partie du cycle (14° au 28°j): La muqueuse épaissie se prépare à la nidation. Vers le 4° jour de la fécondation, l'ovule fécondé se nide dans l'endomètre.
- Si pas de fécondation, la muqueuse épaissie de l'utérus va s'éliminer= saignement mensuel ou **règles**

Les étapes de la grossesse

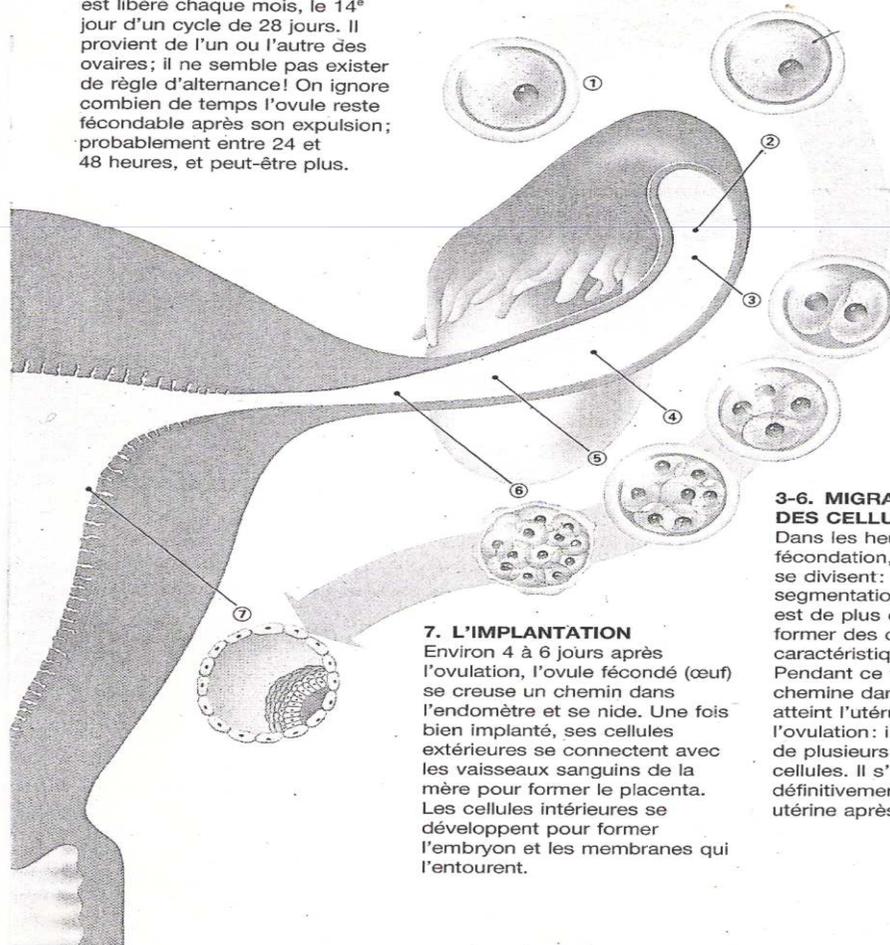
1. L'OVULATION

L'ovulation est l'expulsion d'un ovule par l'ovaire. Un seul ovule est libéré chaque mois, le 14^e jour d'un cycle de 28 jours. Il provient de l'un ou l'autre des ovaires; il ne semble pas exister de règle d'alternance! On ignore combien de temps l'ovule reste fécondable après son expulsion; probablement entre 24 et 48 heures, et peut-être plus.

2. LA FÉCONDATION

La fécondation est la fusion d'un spermatozoïde avec l'ovule. Elle a lieu dans la partie supérieure de la trompe de Fallope, généralement dans les heures qui suivent l'ovulation. Un seul spermatozoïde réussit à pénétrer la couche extérieure de l'ovule; aussitôt après son entrée, la membrane externe de l'ovule se modifie afin d'éviter la pénétration d'autres spermatozoïdes. L'ovule et le spermatozoïde fusionnent alors.

LE CYCLE MENSTRUEL



3-6. MIGRATION ET DIVISION DES CELLULES

Dans les heures qui suivent la fécondation, les cellules de l'œuf se divisent: c'est la segmentation. Chaque division est de plus en plus précise pour former des organes avec leurs caractéristiques spécifiques. Pendant ce temps, l'œuf chemine dans la trompe; il atteint l'utérus 4 à 5 jours après l'ovulation: il est alors composé de plusieurs centaines de cellules. Il s'implantera définitivement dans la cavité utérine après 48 heures environ.

7. L'IMPLANTATION

Environ 4 à 6 jours après l'ovulation, l'ovule fécondé (œuf) se creuse un chemin dans l'endomètre et se niche. Une fois bien implanté, ses cellules extérieures se connectent avec les vaisseaux sanguins de la mère pour former le placenta. Les cellules intérieures se développent pour former l'embryon et les membranes qui l'entourent.

Les étapes de la grossesse.

- La grossesse dure 40 semaines ou 9 mois, calculée à partir du 1^o jour des dernières règles.

- Trois phases:

- le premier trimestre:

12 premières semaines: bébé= embryon

6^osem: le cœur bat

8^osem: la tête occupe la moitié du volume de l'embryon

12 sem: les principaux organes internes sont formés (cœur, reins, foie, estomac, ...) Il pèse environ 30 gr et mesure 8 cm.

Pdt la grossesse, le fœtus est entouré de membranes. Il nage dans le liquide amniotique. Le fœtus est relié au placenta par le cordon ombilical. Le placenta assure l'apport d'oxygène et de nutriments au fœtus = échange foeto-maternelle.

DE L'EMBRYON

Pendant les 12 premières semaines se forment la plupart des organes fœtaux et l'utérus double de volume, mais votre silhouette aura peu changé. À partir de la 13^e semaine, l'utérus grandit rapidement en repoussant vos organes internes.

Estomac

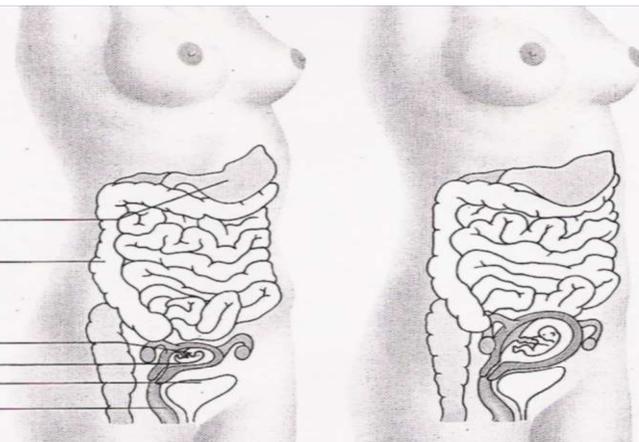
Intestins

Embryon

Utérus

Vessie

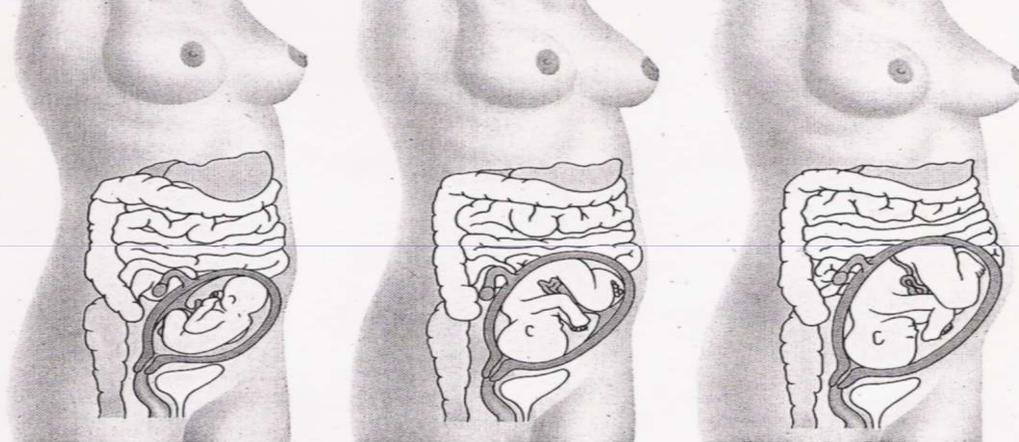
Vagin



DE 13 À 18 SEMAINES

DE 19 À 24 SEMAINES

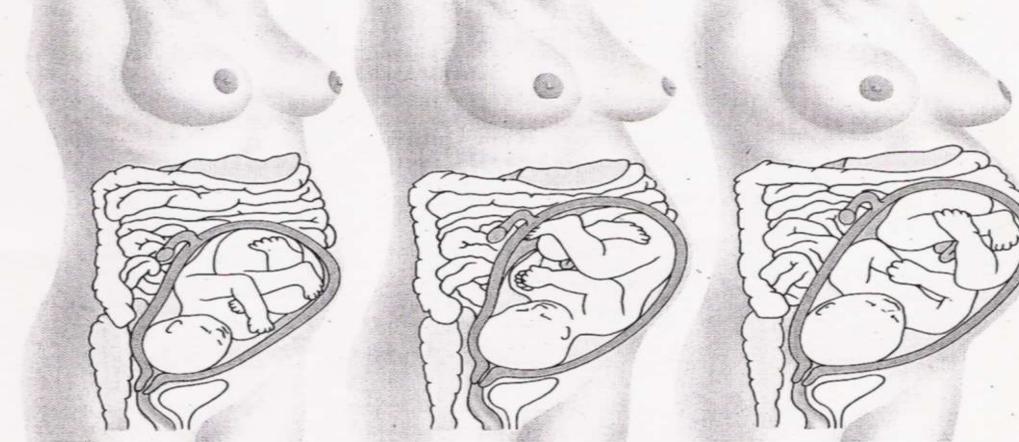
DE 25 À 28 SEMAINES



DE 29 À 32 SEMAINES

DE 33 À 36 SEMAINES

DE 37 À 40 SEMAINES



- Le deuxième trimestre

18 sem: pèse environ 200 gr et mesure 18 cm

20 sem: la future maman sent son bébé bouger

26 sem: le bébé est considéré viable pour l'état civil, déclaration obligatoire en cas de décès.

- Le troisième trimestre

Terme= 40 sem

Prématuré= < à 37 sem

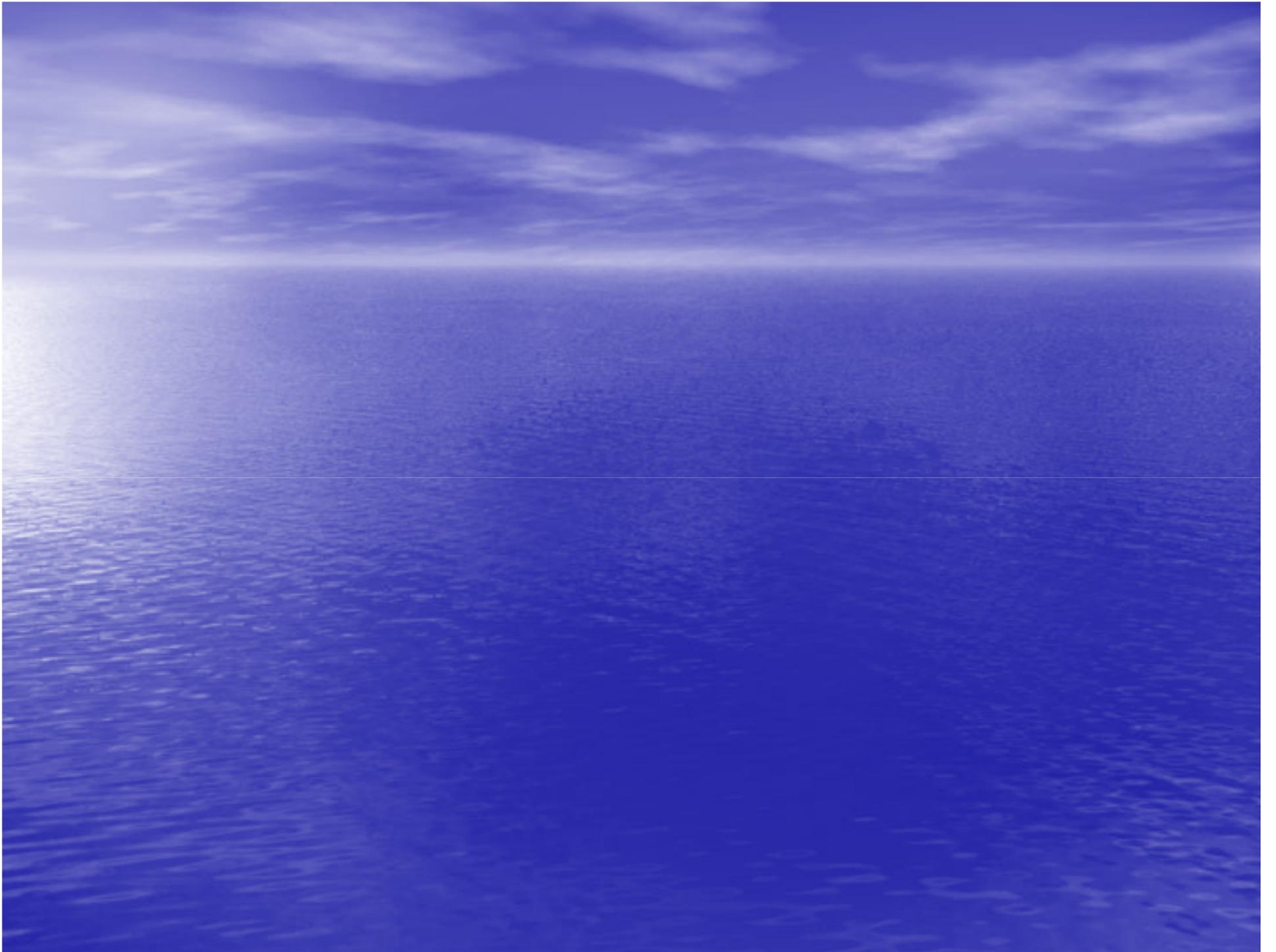
Plus il naît prématurément, plus il doit utiliser de l'énergie pour vivre seul. C'est durant les 8 dernières semaines de grossesses que la couche de graisse sous la peau s'épaissit, elle est une source énergétique, permet de maintenir la température du corps.

Prématuré= poumons, tube digestif et système de régulation thermique sont immatures.

Prématuré= présence sur la peau du « vernix caséosa », substance blanche et crémeuse

A 28 sem, il pèse environ 1kg 500 et mesure 40 sem.

37-40 sem: les réflexes de respirations et de tétée sont acquis.



L'accouchement

- A partir de 36 sem = C+; nécessaire à la descente du fœtus et à la préparation de l'utérus. Ces C+ = ttes les 2 minutes rapidement, ressenties au fond utérin. Peuvent durer 2-3 heures = faux début de travail (bain, buscopan)
- 3 phases pendant le travail d'accouchement
 - 1° phase: Contractions + dilatation complète
 - 2° phase: naissance du bébé
 - 3° phase: la délivrance

- 1) Première phase: Phase de travail

Les C+ = dilation progressive du col, son effacement et la descente du fœtus.

= irrégulières puis régulières.

= augmentent en fréquence(30 min, 2-3min) ,en intensité et en durée (45- 60 sec).

Cette progression peut prendre 8 à 10 h.

= D+ dans le bas ventre et/ou le dos, pas soulagée par sédatif.

Avec la progression du travail et de la dilatation, les membranes forment la poche des eaux. Elle peut se rompre à tout moment ou elle est rompue de façon artificielle.

- 2) Deuxième phase: Phase d'expulsion

- Débute qd le col est à dilatation complète et se termine à l'expulsion du bébé.
- Les C+ durent 50- 90 sec et séparées de 1-2 min.
- Les C+= pression utérine intra-abdominale
- Besoin de pousser à cause de la pression de la tête fœtale descendante.

- 3) Troisième phase : la délivrance

- Après la naissance, l'utérus se contracte fermement, décollant le placenta de la muqueuse utérine. Un saignement apparaît, ainsi que la descente du cordon en dehors du vagin. Pour expulser le placenta, le femme doit pousser. La délivrance peut survenir immédiatement ou ds les 30 min.

L'accouchement inopiné

- Important de juger si possible ou pas de transporter la parturiente.
- Comment évaluer la situation lors d'un accouchement inopiné?
 - 1) La grossesse est-elle à terme? Date prévue?, 1° enfant?
 - 1) Début des C+? La fréquence?
 - 2) Perte des eaux? Avec ou sans C+?
 - 3) Envie de pousser? C'est imminent
 - 4) Tête à la vulve
 - 5) Vomissements? Perte de sang gluante?

- Si la parturiente peut se rendre en maternité:

- La coucher en position latérale de sécurité.

Si couchée sur le côté droit, le fœtus comprime la veine cave inférieure et empêchera le retour du sang vers le cœur = chute de TA et syncope.

- Si l'accouchement doit s'effectuer sur place:

- Trouver un lieu afin de préserver l'intimité de la mère
- Installer la dans un endroit propre.
- Assurer une protection contre l'infection.
- Veiller à ce qu'il n'y ait pas d'hémorragie.

Que faire lors d'un accouchement inopiné?

- 1) Rassurer la future mère
- 2) Coucher la maman dans une position confortable sur un lit, un brancard propre, sur le sol ou utiliser des champs stériles.
- 3) Préparer le set d'acc: 2 kokers, une paire de ciseaux, un clamp pour le cordon; des compresses pour soutenir le périnée et nettoyer le visage du bébé.
- 4) Clamper ou lier le cordon à +/- 10 cm
- 5) Ne pas couper le cordon!
- 6) Moucher et bien sécher le nouveau-né surtt au niveau de la tête et des cheveux, le mettre contre le thorax de sa maman (peau à peau), le couvrir et lui mettre une couverture de survie. Lui mettre un bonnet puisque c'est là que se produit la plus grande perte de chaleur.

- 7) En cas de détresse respiratoire:

- Coucher le bébé sur le côté, la tête légèrement plus basse que le tronc. Cette position facilite le drainage de mucus.
- Essuyer la bouche et le visage à l'aide d'un chiffon doux et propre
- Garder le bébé au sec et au chaud
- Evaluer le rythme cardiaque en palpant le cordon ombilical (Rc > 100)
- Evaluer le rythme cardiaque en palpant les doigts sur le sternum. Si nég, massage cardiaque et Oxygène.

- 8) Surveiller la mère après l'acc: 1° risque=hémorragie

Etat de la mère? Consciente? Si non, risque d'hémorragie interne ou externe

Un seul geste à faire: repérer le fond de l'utérus et le masser et exprimé le fermement. Administrer de l'oxygène et transporter rapidement la maman. (perf, grosse molécule, syntocinon, methergin!, prostin 15M,...)

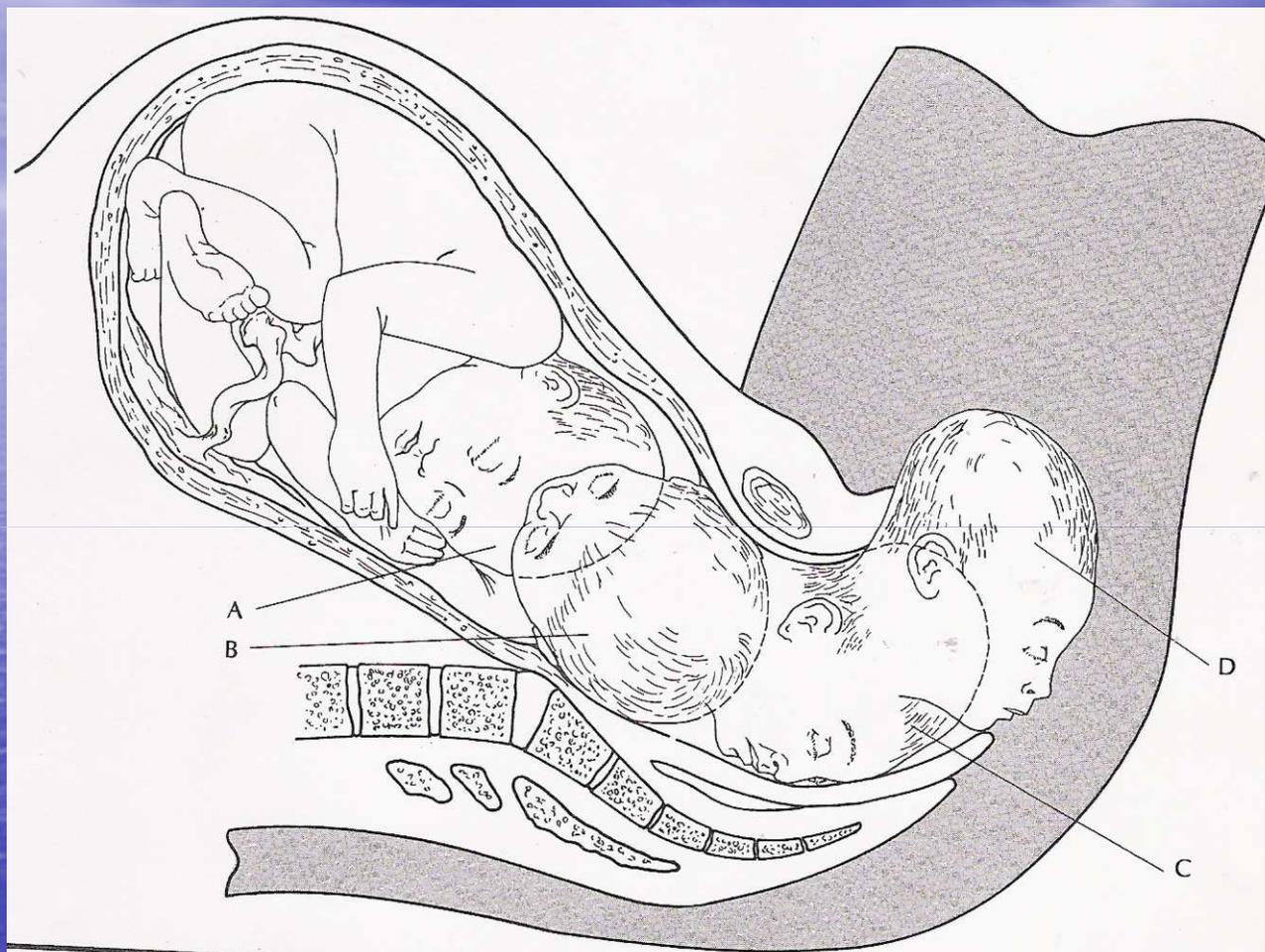


Figure 15-12 Mécanismes du travail. A) Descente. B) Flexion. C) Rotation interne. D) Extension.

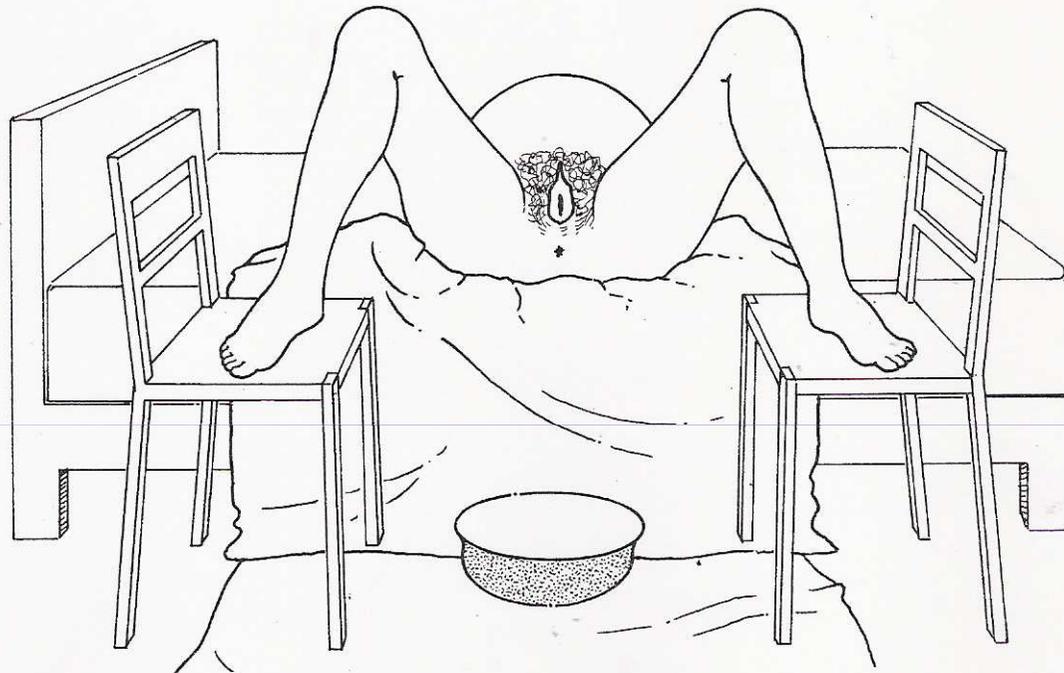


FIG. 17. — *Préparation matérielle, installation de la parturiente.* Un grand drap (deux superposés si possible) recouvre les journaux. Les deux pieds de la patiente reposent sur deux chaises tant qu'elle n'a pas à faire d'efforts expulsifs. Une bassine n'est pas inutile.

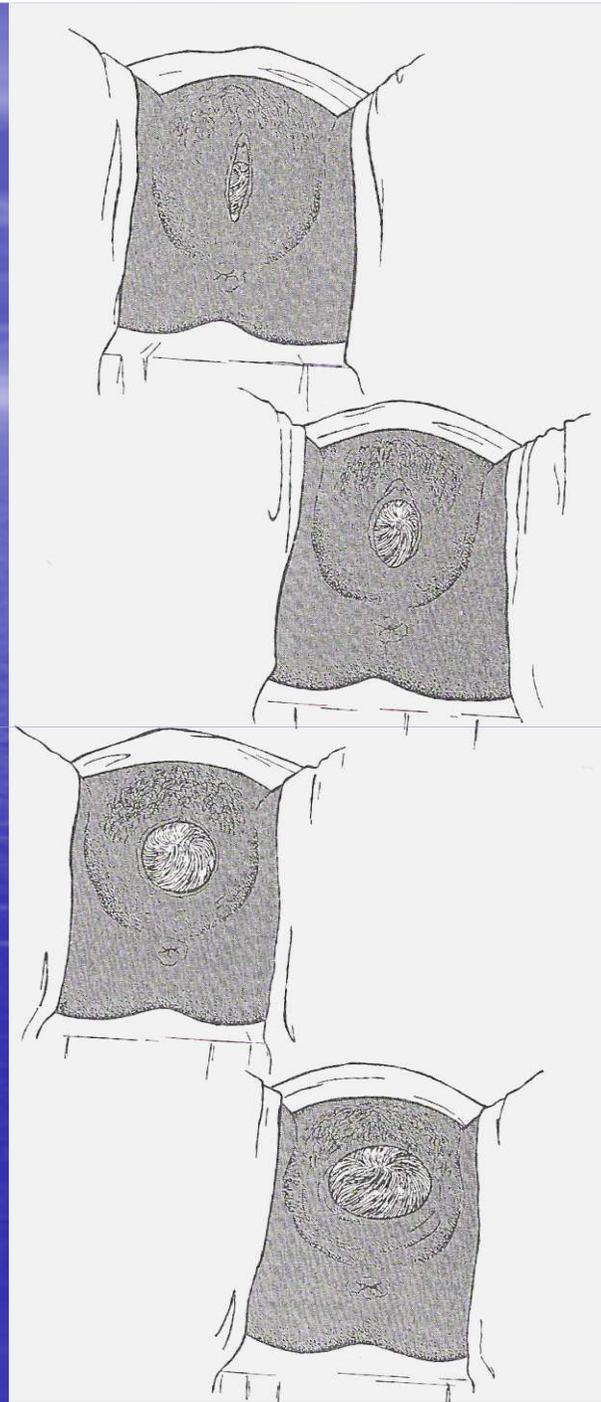


FIG. 21. — *L'expulsion*. La dilatation est complète. La poche des eaux rompue. Sollicitez des efforts expulsifs. La patiente est priée de saisir ses cuisses à pleines mains, de prendre une grande inspiration et de pousser sans souffler le temps de compter jusqu'à 10.

- Ne faites pousser que pendant les contractions.
- Trois efforts par contraction, pas plus.
- Respiration ample et profonde entre les contractions.

Attention :

- Ne jamais faire pousser tant que l'on perçoit au toucher l'anneau du col.
- Ne jamais faire pousser si les membranes sont intactes.



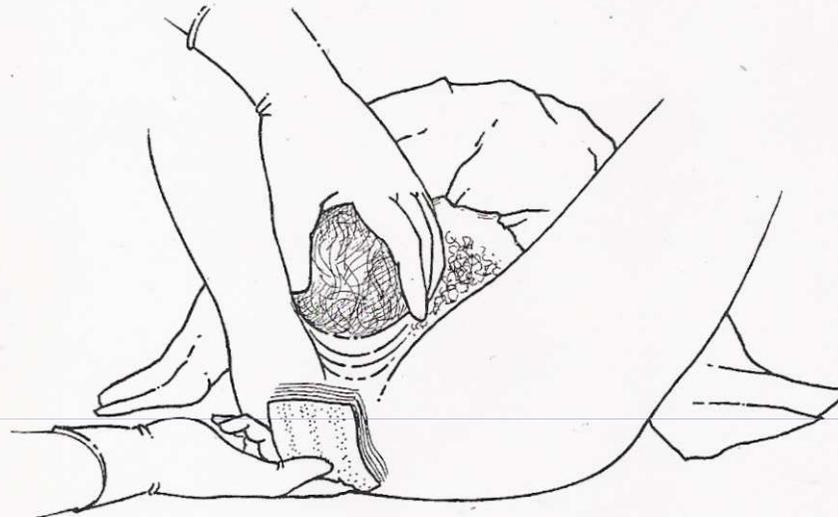


FIG. 22. — *Lorsque la tête est visible comme une paume de main, attention !* Le travail ne consiste pas à « sortir la tête », mais à l'empêcher de sortir trop vite... en faisant éclater le périnée.

Le mouvement de la tête sera donc fermement dirigé entre :

- la main droite qui l'exprime à travers le périnée,
- et la main gauche qui s'oppose à une issue trop rapide.

Attention :

Ayez un antiseptique ou de l'eau savonneuse à portée pour maintenir la région propre. Protégez vos mains des matières avec une grosse compresse ou un mouchoir plié. Changez volontiers de compresse (ou de mouchoir).

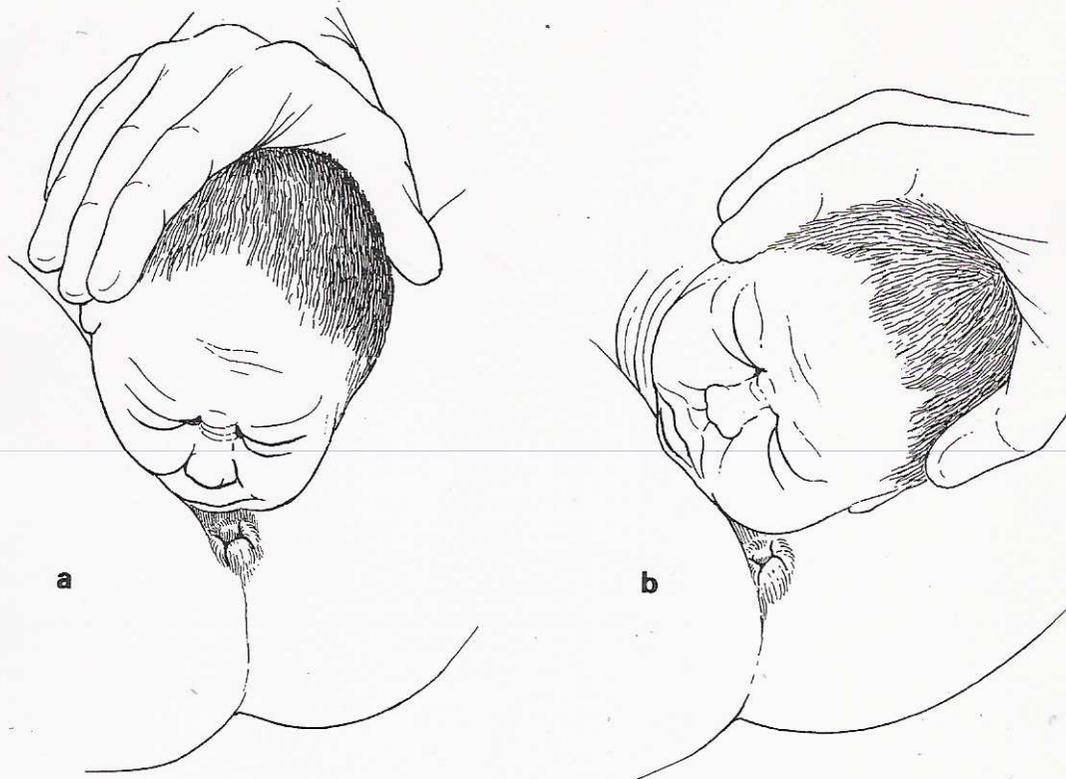


FIG. 24. — Ces cinq schémas vous montrent comment on extrait un enfant après sortie de la tête. Attention ! Ne tirez pas directement vers vous, vous allez créer de terribles lésions redoutables.

FIG. 24. — a) La tête est sortie à la vulve, l'occiput se tourne spontanément vers
côté gauche : du plat de la main, aidez à sa rotation.

FIG. 24. — b) La rotation se continue, aidée par la main de l'accoucheur,
l'occiput est maintenant en face de la cuisse gauche.



FIG. 24. — c) L'occiput a été tourné franchement en arrière : il n'est pas besoin de
tirer pour que l'épaule (droite sur cette image) apparaisse spontanément à la vulve.

FIG. 24. — d) Les index et médius appuyés sur les mastoïdes et le maxillaire inférieur se gardent d'enserrer le cou et exercent une traction douce vers le plancher... puis...



FIG. 24. — e) Une traction douce vers le plafond.
Noter l'appui des doigts sur les mastoïdes et le maxillaire : le cou n'est pas serré.
C'est terminé !

Problèmes au cours de la grossesse

- Au cours du premier trimestre (<12 sem)

1) La fausse couche

- Si la grossesse est encore peu visible:

Saignement avec ou non des douleurs abdominales.

- Si la grossesse est plus avancée, ces pertes de sang peuvent être abondantes et de douleurs plus importantes. Un curetage peut être alors effectué afin d'éliminer la grossesse et ainsi d'éviter toute hémorragie.

Important de demander à la patiente combien de semaine à sa grossesse.

2) l'avortement clandestin

Moins courant qu'auparavant vu la législation de celui-ci.

Risque: hémorragie, infections, choc.

3) La grossesse extra-utérine

Si l'ovule fécondée s'implante en dehors de l'utérus (trompe, cavité abdo,...). Le test de grossesse est positif mais à l'échographie après 6 sem de grossesse, l'œuf n'est pas visualisé dans l'utérus.

La trompe peut se rompre avec le développement de l'œuf et un saignement va apparaître ds la cavité abdominale avec une très forte douleur. Le ventre est svt très tendu

Risque d'hémorragie interne.

Traitement: laparoscopie ou tomie afin de retirer l'œuf en essayant de laisser intact la trompe.

- Comment évaluer la situation lors du premier trimestre?
- Age de la grossesse?
- Pertes vaginales et/ou douleurs abdominales
- Grossesse vue à l'échographie?
- Attentif aux signes de choc
- Si pertes de sang: Oxygène, perf, position latérale de sécurité. Ne pas jeter les linges souillés de sang afin d'évaluer la quantité de celui-ci.

- **Au cours du deuxième trimestre**

Les accidents traumatiques constituent la majorité des problèmes. L'utérus dépasse le nombril (20 Sem= le nombril)

Comment évaluer la situation lors des problèmes du deuxième trimestre?

- Demander âge de la grossesse
- Douleurs abdominales (c+?)
!Accouchement prématuré!
- Pertes de sg? (évaluer la quantité)
- Oxygène, position latérale de sécurité

- **Au cours du troisième trimestre (32 à 40 sem)**

1) Hémorragies

Sont dues à :

- Un placenta praevia(placenta est inséré près du col de l'utérus)
- Un décollement prématuré du placenta: le placenta se décolle dans l'utérus avant la naissance du bébé. Accompagné de D+ abdo, pertes de sang, diminution de l'activité du bébé.
- Une rupture utérine: HH ++, Choc, D+ en coup de poignard au niveau de la rupture.

2) La prééclampsie

Pathologie typique de la grossesse et due aux hormones de celle-ci.

Elle s'accompagne de HTA+albuminurie+Oèdeme avec prise de poids+ acide urique ds le sg+ D+ à l'estomac.

Il existe plusieurs stades (éclampsie,help-syndrome) et peut d'aggraver avec des perturbations sanguines et convulsions.

Comment évaluer la situation?

- Demander les antécédents de la patiente. Svt elle est au courant de son risque. La prééclampsie s'installe au cours de la grossesse de façon évolutive
- Signes important de danger: papillons devant les yeux, d+ à l'estomac
- Traitement: hypotenseur, sulfate de magnésium en IV, valium en IV si convulsions, sortie le bébé.