



Accouchement inopiné

l'accouchement

- Interrogatoire : aller à l'essentiel (parité, terme, déroulement de la grossesse, CU, LA, envie de pousser, ...)
- On ne panique pas, on crée un climat de confiance, on rassure la patiente
- On s'installe bien, on prend en compte le conjoint, on crée une intimité, on pose une VVP
- On retient la tête fœtale pour :
 - éviter une fracture du crâne fœtale
 - protéger le périnée
- Prise en charge du bébé : on le sèche, on le réchauffe, on le met en peau à peau
- Circulaire du cordon : fréquent, la manœuvre est différente si c'est une circulaire lâche ou serrée
- Hémorragie du post partum : c'est une urgence vitale, soit une déchirure vaginale ou une atonie utérine :
 - VVP, constantes, réchauffement
 - oxygène, sondage évacuateur, massage utérin
 - délivrance artificielle avec révision utérine
- Procidence du cordon : rare, c'est une urgence fœtale, réalisation de la manœuvre
- Accouchement du siège : on ne touche pas, importance d'une bonne installation, si besoin manœuvrer toujours dans l'axe ombilic coccygien
- Accouchement gémellaire : l'accouchement de J1 est comme un singleton, l'accouchement de J2 est différé

Pathologies de la grossesse

- Traumatisme : constantes, décubitus latéral gauche, O2, réchauffement, VVP
- Métorragie 1er trimestre : 2 urgences vitales à éliminer : la FCS hémorragique et la GEU rompue
- Métorragie 2ème et 3ème trimestre : C'est une urgence vitale jusqu'à preuve du contraire : pas de TV, VVP, décubitus latéral gauche, O2. Il faut éliminer un HRP, un prævia ou une rupture utérine
- Prééclampsie : HTA, protéinurie, œdème. Risque d'HRP, de RCIU, de MFIU, d'éclampsies, de hellp syndrome
- MAP : présence de CU avec une modification du col avant 37 sa, importance de connaître le terme