

1 LE CORPS HUMAIN

2 LES PREMIÈRES MINUTES

3 LES AFFECTIONS À RISQUE VITAL

4 LE PATIENT TRAUMATISÉ

5 MALADIES ET INTOXICATIONS

6 GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT INOPINÉ

7 L'ENFANT EN DÉTRESSE

8 URGENCES PROVOQUÉES PAR AGENTS PHYSIQUES

9 URGENCES PSYCHIATRIQUES

10 LE TRANSPORT DU PATIENT

11 LES CATASTROPHES

12 ORGANISATION DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE

13 TECHNIQUES

14 SUPPLÉMENTS

15 VOCABULAIRE

6

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT INOPINE

CONTENU

- 6.1 Notions générales
- 6.2 Accouchement inopiné
- 6.3 Problèmes en cours
de grossesse

6.1 Notions générales

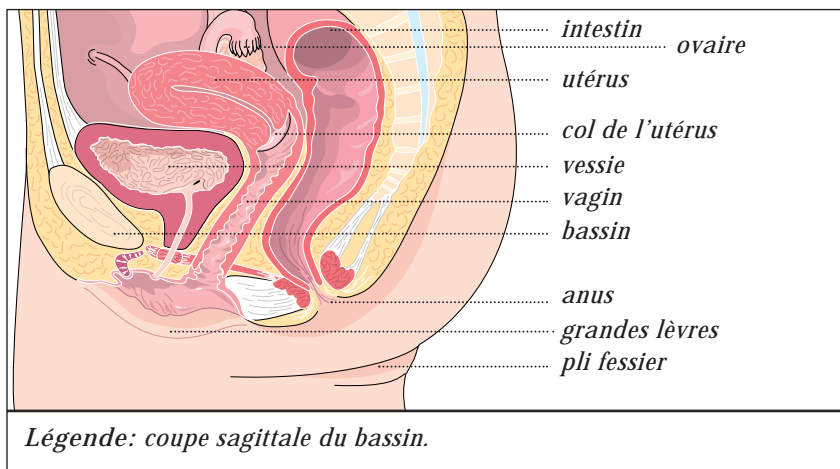
Les urgences obstétricales et gynécologiques (maladies de la femme) sont pratiquement toujours en relation avec la grossesse ou l'accouchement. Une intervention rapide et efficace de l'ambulancier peut être décisive pour la mère et pour l'enfant.

Ce chapitre décrit les situations d'urgences qui surviennent au cours des différentes périodes de la grossesse et lors de l'accouchement. Au cours d'un accouchement, l'ambulancier (avec ou sans l'intervention du SMUR) devra assister la mère. Le nouveau-né recevra également des soins appropriés.



Le système génital interne de la femme a été décrit dans le chapitre sur l'anatomie. La figure 6.1 situe les organes génitaux féminins par rapport aux autres organes pelviens.

FIG. 6.1
LE SYSTEME GÉNITAL
FÉMININ



LE CYCLE

Au cours de la période de son existence durant laquelle elle peut avoir des enfants, la femme parcourt des cycles naturels d'une durée de 28 jours. Durant la première partie du cycle (durée 14 jours), la muqueuse intra-utérine s'épaissit. A la fin de cette période, l'ovaire libère un ovule et celui-ci transite par les trompes. Au cours de ce trajet, l'ovule peut être fécondé. Pendant la deuxième partie du cycle, la muqueuse épaissie se prépare à la nidation de l'ovule fécondé; cette nidation constitue le début de la grossesse. En fin de cycle, le saignement menstruel (menstruation) est le résultat de l'élimination de la muqueuse utérine qui n'a pas reçu d'ovule fécondé.

Le cycle est réglé par les hormones féminines. Ces hormones sont très importantes pour le cycle menstruel. Ces hormones sexuelles entraînent également des transformations profondes de l'organisme au moment où un ovule est fécondé.

LA GROSSESSE

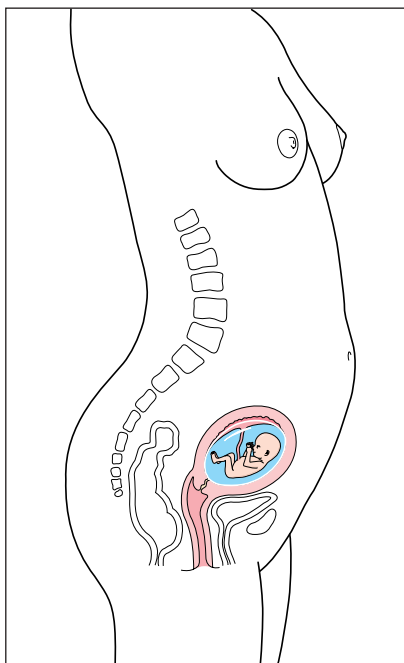
Une grossesse dure environ 9 mois et se divise en trois trimestres.

Au cours du premier trimestre, l'œuf fécondé (embryon) se développe et devient un petit être humain de forme reconnaissable, dont les membres sont visibles. A partir de la 8^e semaine de la grossesse, on parle de fœtus. L'embryon et le fœtus sont très sensibles à certains facteurs externes comme des radiations et des toxiques (p. ex. l'alcool et la fumée de cigarette).

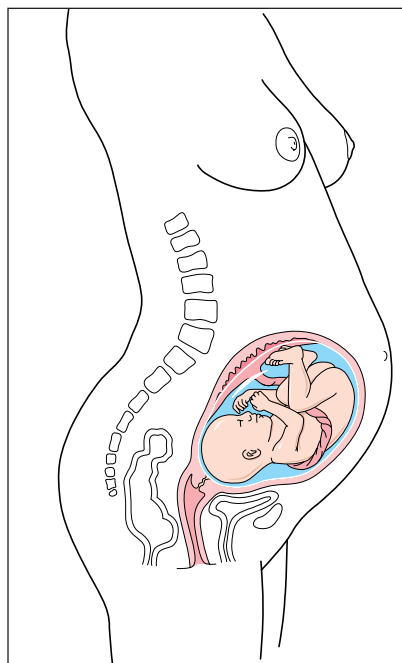
Au cours du deuxième trimestre, le fœtus augmente de poids et de taille et la formation des os débute. A partir de la 20^e semaine, la mère sent le fœtus bouger.

FIG. 6.2

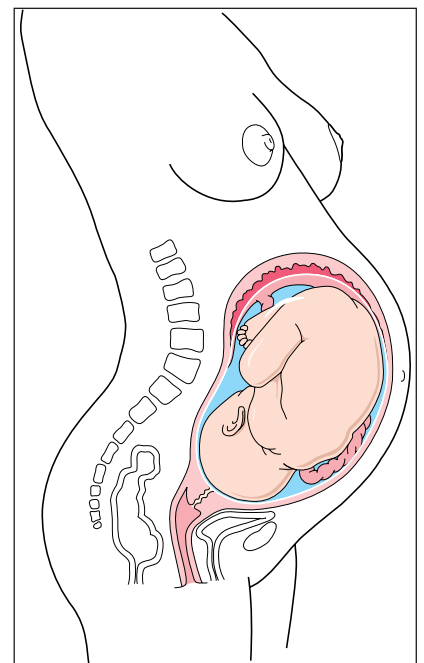
LES 3 TRIMESTRES DE LA GROSSESSE



Grossesse de 3 mois
Fin du premier trimestre



Grossesse de 6 mois
Fin du 2^e trimestre



Grossesse de 9 mois
Fin du 3^e trimestre

L'enfant naît à la fin du troisième trimestre. Au moment de la naissance, un bébé pèse environ 3 à 3,5 kg et sa longueur est d'environ 50 cm. A partir de la 27^e semaine (7^e mois), l'enfant est viable, même s'il naît trop tôt. Si cela arrive, on dit alors qu'il est "prématuré". Un prématuré est particulièrement sensible au refroidissement.

L'ACCOUCHEMENT

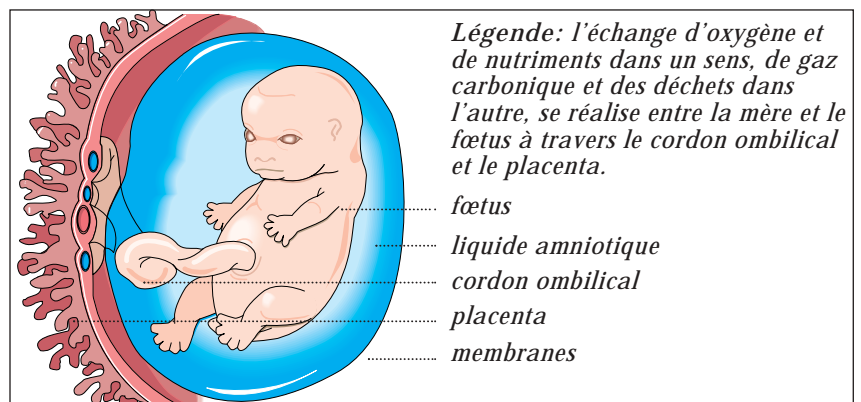
L'accouchement n'est pas une maladie, mais un processus naturel qui se déroule généralement sans problèmes. Il s'agit cependant d'un mécanisme complexe qui peut parfois être l'objet de complications.

Pendant toute la grossesse, le fœtus est entouré de membranes. Il nage dans un liquide, le liquide amniotique. L'accouchement débute dès que ces membranes ou ces poches se rompent et que "les eaux sont perdues". Le fœtus est fixé au placenta par le cordon ombilical. Le placenta est l'organe qui assure l'apport d'oxygène et de nutriments au fœtus. Le CO₂ et les déchets sont éliminés par le cordon ombilical vers le placenta.

Au moment de l'accouchement, l'enfant, et ensuite le placenta, sont expulsés par le vagin. Cela est réalisé sous la pression des contractions involontaires de la matrice (utérus), qui est un muscle creux; ces contractions involontaires sont renforcées par les contractions volontaires de la musculature abdominale de la mère.

Sous l'effet des contractions de l'utérus, le col de la matrice (utérus) s'ouvre. On parle de "dilatation". Les contractions utérines surviennent régulièrement et deviennent douloureuses. On parle des "douleurs". Dès l'instant où ces contractions surviennent à intervalles réguliers, on dit que la femme "est en travail". Une contraction dure de 30 à 60 secondes avant de s'interrompre. Au début du travail, les contractures surviennent toutes les 10 à 11 minutes, pour augmenter ensuite en fréquence jusqu'à survenir toutes les 2 à 3 minutes.

FIG. 6.3
.....
LE PLACENTA
.....



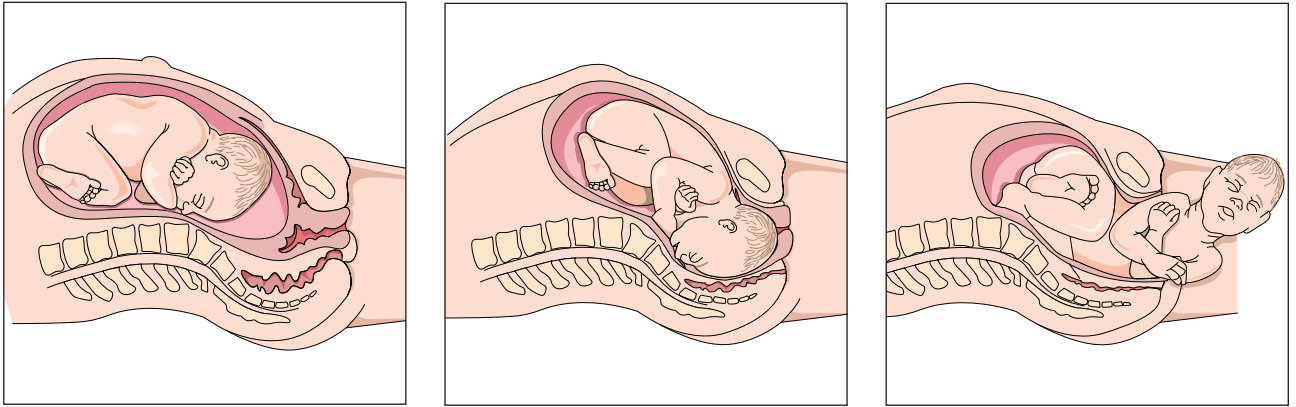


FIG. 6.4.

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

.....
 LA PHASE D'EXPULSION
 DURANT L'ACCOUCHEMENT

Lors d'un premier accouchement, la dilatation complète est atteinte endéans les 12 heures. Lors des accouchements suivants, cette phase peut être beaucoup plus brève. C'est ainsi que les accouchements inopinés surviennent plutôt chez des femmes qui ont déjà eu des enfants.

Au cours de la deuxième phase de l'accouchement, l'enfant est poussé hors de la matrice. Dans des conditions normales, la tête arrive la première. La tête descend. La tête va appuyer sur le rectum et provoquer une pression et un besoin de défécation. Si la mère contracte ses muscles abdominaux, la force d'expulsion des contractions de la matrice sera renforcée. La tête de l'enfant suivra une trajectoire hélicoïdale complexe à travers le col de la matrice.

Après la naissance de l'enfant, vient "la délivrance". Au cours de celle-ci, le placenta est expulsé. Cela peut survenir immédiatement après l'accouchement ou dans les 30 minutes qui suivent. Le placenta est suivi d'une quantité de sang qui s'était accumulée entre le placenta et la paroi utérine et qui est expulsée à ce moment.

6.2 L'accouchement inopiné

COMMENT ÉVALUER LA SITUATION LORS D'UN ACCOUCHEMENT INOPINÉ ?

La question la plus importante à se poser lors d'un accouchement inopiné est: est-il encore possible d'amener la parturiente à l'hôpital? On appelle "parturiente", la mère qui accouche. Il faut donc juger si l'accouchement est avancé au point de rendre impossible tout transport. Dans ce cas, l'accouchement devra se faire sur place, avec l'aide du SMUR qu'il faudra donc appeler immédiatement.

Posez-vous donc les questions suivantes:

La grossesse est-elle à terme? Demandez la date du terme prévu. Il faut savoir qu'une grossesse normale dure 40 semaines.

La maman a-t-elle déjà mis des enfants au monde?

Quand ont débuté les contractions? Quelle est la fréquence de ces contractions? Si les contractions se succèdent avec un intervalle supérieur à 5 minutes, il est, en règle générale, encore possible de transporter la maman vers l'hôpital.

La parturiente a-t-elle déjà perdu les eaux?

La maman sent-elle un besoin irrésistible de pousser? C'est un signe d'accouchement imminent.

Peut-on voir la tête à la vulve? Cela indique également un accouchement imminent.



Prenons un exemple. Une mère qui met au monde son premier enfant et dont les contractions se succèdent avec un intervalle inférieur à cinq minutes peut encore être transportée.

Une mère qui a déjà eu des enfants et chez qui les contractions surviennent toutes les trois minutes, a toutes les chances d'accoucher pendant le transport.

Une mère de plusieurs enfants, chez qui les contractions surviennent à des intervalles inférieurs à cinq minutes est donc sur le point d'accoucher. De plus, si cette parturiente a une envie irrésistible de "pousser" ou si la tête de l'enfant est visible à la vulve, elle ne peut être transportée.

En présence de signes d'accouchement imminent, il faut toujours demander immédiatement l'intervention du SMUR au centre 100.

QUE FAIRE LORS D'UN ACCOUCHEMENT INOPINÉ ?

Pour le transport, il faut toujours coucher la maman en position latérale de sécurité gauche. Si une femme enceinte est couchée sur le côté droit, le fœtus va comprimer la veine cave inférieure et empêchera le retour du sang vers le cœur. Cela aura comme conséquence une chute de la pression artérielle.

Si l'accouchement doit s'effectuer sur place, préparez l'arrivée du SMUR. Mettez des gants, couchez la maman dans une position confortable sur le lit ou sur le brancard. Soutenez le dos avec des coussins. Installez des draps stériles et préparez le set d'accouchement. Un accouchement est normalement un processus naturel et non une urgence médicale.

L'équipe médicale du SMUR aidera la parturiente comme suit:

- Accompagnement de la tête de l'enfant.
- Aspiration du méconium de la bouche du nouveau-né et administration d'oxygène à celui-ci.
- Dès le dégagement de la tête, vérifiez que le cordon ombilical n'est pas enroulé autour du cou.
S'il n'est pas possible de dégager le cordon ombilical enroulé autour de la tête, l'équipe médicale le coupera entre deux pinces vasculaires posées sur le cordon.
- Une pression douce sur la tête en direction du siège de la maman dégagera une épaule de l'enfant; ensuite un appui vers le haut dégagera l'autre épaule. Le corps de l'enfant suivra ensuite aisément.
- Le nouveau-né est enveloppé dans un drap. Un nouveau-né se refroidit très facilement.
- Le médecin clamera le cordon et le coupera dès que l'enfant sera né.

Si l'accouchement a lieu très rapidement avant l'arrivée du SMUR, vous devrez agir, en tant qu'ambulancier, comme suit:

- Soutenez l'enfant au fur et à mesure de son dégagement. N'appuyez pas sur la tête.
- Ne laissez pas tomber l'enfant. Un nouveau-né est glissant.
- Enveloppez l'enfant dans un drap pour le protéger du refroidissement.
- Couchez le nouveau-né sur le ventre de sa mère.
- Dès que le bébé pleure, clamez le cordon. Employez pour cela une pince ou un cordon stérile. Liez le cordon à 10 cm du ventre de l'enfant. Ne coupez pas le cordon. Attendez l'arrivée du SMUR.
- Si l'enfant ne pleure pas ou semble dormir, stimulez-le de petites tapes sur la plante des pieds.
- Ne tirez jamais sur le cordon; laissez la délivrance se faire spontanément.
- Recueillez le placenta dans un bassin réniforme et emmenez-le à l'hôpital.

QUELQUES PROBLÈMES RENCONTRÉS AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

Parfois, le **cordon** est **enroulé** autour du cou du nouveau-né. Si cette "circulaire" du cordon est lâche, il est facile de la faire passer au-dessus de la tête. Si la "circulaire" est serrée, il faudra couper le cordon entre deux pinces. Cela est un acte réservé à l'équipe médicale du SMUR.

Si le fœtus est encore en position haute dans la filière génitale, il existe un risque pour que le cordon soit entraîné par l'écoulement des eaux: cela s'appelle une "procidence du cordon". Cela peut survenir lors d'une "présentation du siège", durant laquelle l'enfant se présente avec les fesses en avant. Lors de la descente de l'enfant, ce cordon peut se coincer. N'essayez jamais de repousser le cordon. Couchez la maman sur le flanc gauche avec la tête surélevée par rapport au bassin. Administrez de l'oxygène au masque avec réservoir (10-15 l/min.) Transportez la maman aussi rapidement que possible vers un service des urgences, cela en accord avec le SMUR. Tranquillisez la mère pendant le transport. Demandez-lui de ne pas pousser et de respirer rapidement et superficiellement.

Lors d'une **présentation par le siège**, l'enfant ne descend pas la tête la première. Un bras, un pied ou les fesses du nourrisson peuvent apparaître en premier dans le vagin. Ne tirez jamais sur les membres qui sont dans le vagin. Administrez de l'oxygène et demandez à la maman de respirer rapidement et superficiellement. Transportez la maman aussi vite que possible vers un service des urgences, en accord avec le SMUR. Durant le transport, placez la parturiente couchée sur le flanc gauche.

En cas de **saignements** importants, administrez de l'oxygène avec le masque à réservoir (10-15 l/min.). Couchez la parturiente en position latérale de sécurité. Transportez la maman aussi rapidement que possible, en accord avec le SMUR, vers un service des urgences.

6.3 Problèmes en cours de grossesse

PROBLÈMES AU COURS DU PREMIER TRIMESTRE

Extérieurement, au cours du premier trimestre, la grossesse n'est pas encore très visible. Demandez à la patiente depuis combien de semaines elle est enceinte.

Environ 1 grossesse sur 10 se termine dans les premières semaines par une **fausse couche**. Celle-ci se manifeste par un saignement vaginal. Plusieurs bandes hygiéniques seront nécessaires pour absorber le sang. Ces pertes de sang peuvent s'accompagner de fortes douleurs abdominales. Ce saignement peut entraîner un choc.

Si une grossesse a été interrompue dans des circonstances illégales, par un **avortement clandestin**, il faudra toujours craindre des complications. Hémorragies, choc et infections sont possibles.

Si l'ovule fécondé s'implante en dehors de la matrice (dans une trompe ou dans la cavité abdominale), on parle de "**grossesse extra-utérine**". La grossesse se déroule d'abord normalement mais, très rapidement, la trompe va se déchirer et un saignement va apparaître dans la cavité abdominale; une douleur très forte survient, ainsi qu'un saignement vaginal. La patiente présente des signes de choc. Toutefois, il arrive aussi que la perte de sang vaginale soit minime.

Lors d'un **traumatisme** au cours du premier trimestre, l'utérus est encore bien protégé par le bassin. Cependant une fracture du bassin peut entraîner des lésions de l'utérus ou de l'embryon.

A l'occasion d'un accident, la patiente vous dira, généralement elle-même, qu'elle est enceinte.

Comment évaluer la situation lors du premier trimestre?

Demandez depuis quand la patiente est enceinte. Signalez-le immédiatement, surtout lors d'un accident, à l'équipe médicale qui prend la patiente en charge. Interrogez la patiente et demandez si des pertes de sang vaginales ou des douleurs abdominales sont présentes. Soyez attentif aux signes de choc, surtout s'il existe des pertes de sang.

Comment faire face aux problèmes du premier trimestre?

Restez calme, ce qui calmera la patiente et l'entourage.
 Prenez immédiatement les mesures appropriées en cas de choc.
 Après chaque accident, aussi banal soit-il, essayez de convaincre ces patientes de se laisser examiner au service des urgences.
 Administrez de l'oxygène pendant le trajet vers l'hôpital (10-15 l/min.). Si vous suspectez des lésions de la colonne cervicale ou du dos, immobilisez le cou à l'aide d'une minerve et transférez la patiente sur le matelas à dépression en la manipulant avec précaution. Tentez de positionner la patiente, dans la mesure du possible, en position latérale de sécurité gauche.

PROBLÈMES DU DEUXIÈME TRIMESTRE

Les accidents traumatiques constituent la majorité des problèmes du deuxième trimestre. La matrice dépasse déjà le niveau du nombril de 5 cm vers le haut. La matrice et le placenta peuvent être sérieusement endommagés par un choc avec un objet contondant.
 Les fausses couches ne sont plus tellement fréquentes au cours de cette phase. Si elles surviennent, elles s'accompagnent de pertes de sang abondantes.

Comment évaluer la situation lors des problèmes du deuxième trimestre?

Demandez l'âge de la grossesse.
 Demandez à la patiente si elle ressent des douleurs dans le bas-ventre et si elle présente des pertes de sang vaginales.
 Il ne vous appartient pas de contrôler la perte de sang vaginale. Transmettez cependant les plaintes de la patiente à l'équipe médicale.

En cas de traumatisme, ce problème doit toujours être considéré comme sérieux.

Comment faire face aux problèmes du deuxième trimestre?

Calmez la patiente.
 En cas de saignement vaginal, mettez à la disposition de la patiente des bandes hygiéniques qu'elle pourra appliquer elle-même. Au moindre signe de choc, appelez immédiatement le SMUR. Traitez le choc.
 Administrez de l'oxygène pendant le trajet vers l'hôpital (10-15 l/min.).
 Si vous suspectez des lésions de la colonne cervicale ou dorsale, immobilisez la colonne à l'aide d'une minerve et transférez la patiente d'un seul bloc sur le matelas à dépression. Si cela est possible, essayez d'installer et de transporter la patiente en position latérale de sécurité gauche.
 Un transport rapide est indiqué.
 Transportez toujours la patiente dans un hôpital, même si l'accident paraît bénin.

PROBLÈMES DU TROISIÈME TRIMESTRE

Au cours du troisième trimestre, la matrice remonte jusqu'en dessous des côtes. Les problèmes les plus fréquents sont les hémorragies vaginales, l'éclampsie et les traumatismes.



Dans la deuxième moitié de la grossesse, presque tous les **saignements** vaginaux proviennent du placenta. L'hémorragie peut être très importante et provoquer un choc. N'essayez pas d'arrêter l'hémorragie. Appelez le SMUR. Commencez le traitement du choc: administrez de l'oxygène au masque à réservoir (10-15 l/min.). Couchez la patiente en position latérale de sécurité gauche et transportez-la, en accord avec le SMUR, aussi rapidement que possible à l'hôpital.

Vers la fin de la grossesse, la pression artérielle de la mère peut augmenter au point qu'un œdème cérébral peut survenir; cela peut entraîner des convulsions. Ce sont les "**convulsions de la grossesse**" ou "**l'éclampsie**". Traitez les convulsions comme toutes les autres convulsions. Demandez immédiatement l'intervention du SMUR et assurez un transport rapide.

Un **traumatisme** peut entraîner des hémorragies internes importantes, comme durant le deuxième trimestre. Demandez toujours l'âge de la grossesse de la patiente. Surveillez l'apparition de signes de choc et de pertes de sang vaginales. Chaque accident dont est victime une femme en fin de grossesse, doit être considéré comme sérieux.

Appelez le SMUR dès les premiers signes de choc.

Administrez de l'oxygène au masque à réservoir (10-15 l/min.).

Couchez la patiente sur le flanc gauche. S'il existe des indices de lésions de la colonne cervicale ou dorsale, immobilisez le cou avec une minerve et le dos avec le matelas à dépression. Roulez la patiente en un seul bloc en position latérale de sécurité gauche.

Une aide adéquate, rapide et mesurée, peut sauver la vie de la mère et de l'enfant.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE 6

La majorité des accouchements se déroulent spontanément de manière parfaite.

Rassurez la maman et emmenez-la vers un hôpital.

Surveillez l'état de conscience, la respiration, l'état circulatoire de la patiente.

Surveillez l'apparition de signes de choc, donnez de l'oxygène.

Si l'accouchement est imminent ou déjà commencé, appelez toujours un SMUR en renfort.

Si l'accouchement est terminé, transportez l'enfant sur le ventre de sa mère, surveillez sa respiration, la liberté de ses voies respiratoires et protégez la mère et l'enfant du froid.