

# Difficultés rencontrées par la sage femme en salle de travail

H.Oussaih

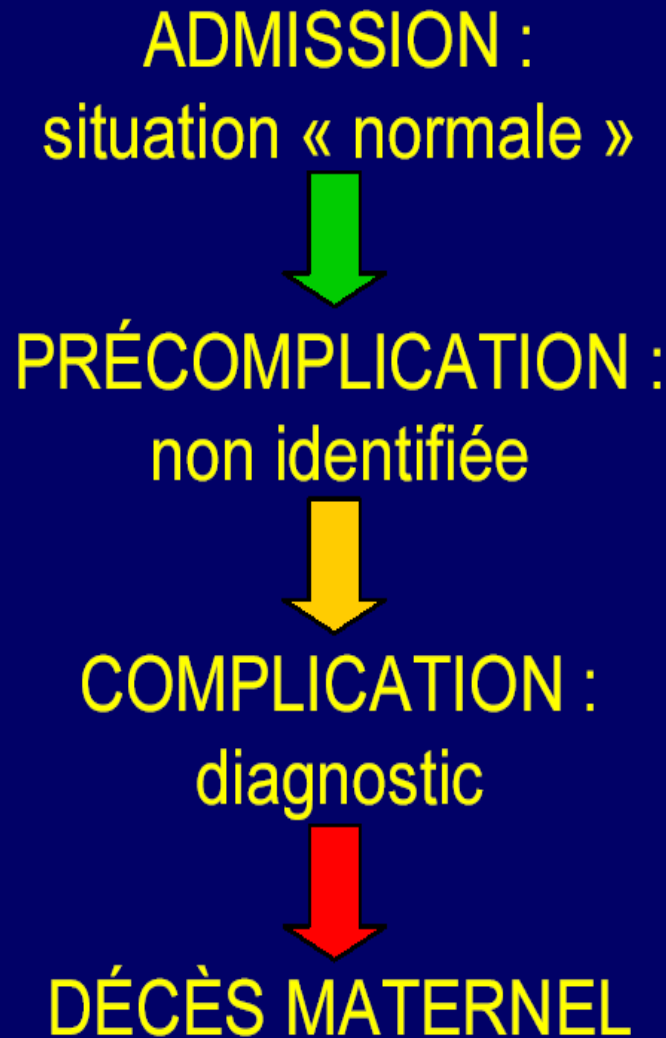
journées de printemps Marrakech  
29/4 au 1/5/2017



# INTRODUCTION

- L'organisation mondiale de la sante estime à 830 le nombre de femme qui meurent chaque jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement.
- Multiples facteurs sont en causes; citons quelques complications:
  - A. HPP (hémorragie post partum).
  - B. fièvre au cours de travail.
  - C. HRP (hématome retro placentaire).

# Histoire d'un décès maternel



← Identification  
des cas à risque

← Détection des  
signes d'alerte :  
Diagnostic précoce

← Diagnostic tardif

# A. HPP



# Gestion des patientes à risque très élevés d'HPP

- ❑ **Identification précoce** des patientes à risque très élevé
- ❑ **structure adaptée**: Transfert en cours de grossesse vers une réanimation, unité de transfusion, bloc opératoire
- ❑ Dépistage et correction de **l'anémie** au cours de la grossesse

# Étiologies

## 1. Atonie utérine (80%) :

- Sur distension utérine
- Chorioamniotite
- Insertion basse du placenta
- W long ou trop rapide

## 2. Facteurs la rétraction utérine (10%) :

- Rétention placentaire
- Placenta accréta
- Rétention de caillots
- Fibromes utérins
- Malformations utérines

# Autres Étiologies

## 3 Plaies des parties molles :

- col utérin
- filière génitale
- épisiotomie
- périnée

## 4. Thrombus vaginal

## 5. Inversion utérine

## 6. Troubles de coagulation pré ou per-partum :

- HRP
- Embolie amniotique
- MFIU

## 7. Césarienne : plaie vasculaire ( artère utérine )

# Prise en charge obstétricale initiale

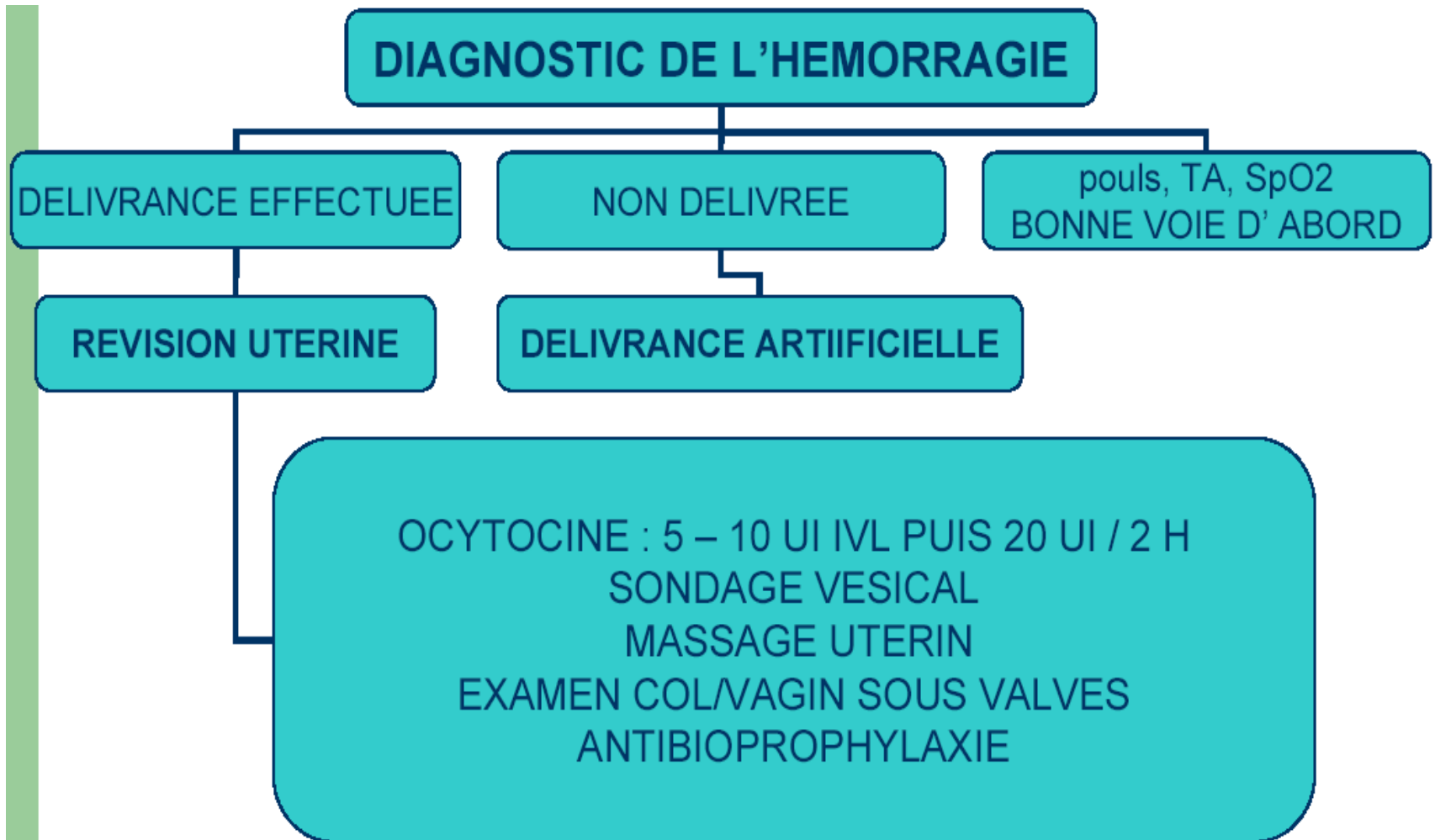
- **Communication immédiate**: prévenir tous les intervenants sans délais :obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes réanimateurs, Infirmières, Laboratoire, CTS,...
- **facteur TEMPS primordial: véritable course contre la montre**
- **Prise en charge multidisciplinaire**
  - Obstétriciens
  - Sages-femmes
  - Anesthésistes
  - Infirmières
- Quantification des pertes : sac de recueil
- Feuille de surveillance spécifique: Noter T0, Constantes : pression, pouls







# Prise en charge initiale de l'HPP



## *Prise en charge de l'HPP qui s'aggrave*

L'HEMORRAGIE > 15 A 30 MN MALGRE LA PRISE EN CHARGE INITIALE

EXAMEN COL/VAGIN  
SI NON REALISE

SULPROSTONE :  
100 A 500 $\mu$ G/h A LA SE

RELAIS OCYTOCYNE :  
10 A 20 UI / 2 h

2eme VOIE VEINEUSE

NFS, plaq, TP, TCA, fibrinogène

Surveillance :  
scope, TA, Oxymétrie, sondage urinaire

Remplissage (colloïde)  
oxygénation  
commander CG et PFC

traitement du choc hémorragique.

# Prise en charge de l'HPP qui s'aggrave

Persistance de l'hémorragie > 30 mn sous sulprostone

Radiologie interventionnelle accessible  
État hémodynamique stable  
Transport médicalisé rapidement possible

oui

**Embolisation artérielle**

Surtout si:

- Acct/VB

- Lésions cervico-vaginales

↔  
échec

non

**Chirurgie :**

Ligatures vasculaires

B lynch

Hystérectomie

# **B. FIEVRE AU COURS DU TRAVAIL**

## **Pronostic maternofoetal**



# Complications

## Morbidité et mortalité

### Fœtales

- IMF: strepto B, E.coli
- Prématurité
- MFIU

### Maternelle

- Endométrites, septicémie, coagulopathie
- Augmentation taux césarienne SFA
- HDD

# CAT

## Maternelle

- Bilan infectieux avec antibiogramme
- Traitement ATB prophylactique puis ciblé selon le germe

## Fœtale et néonatale

- IMF: CRP, PL, ECBU...
- Traitement mère
- antibioprophylaxie n-né: discutée
- ATB après résultats prélèvements

# C. HRP





- HRP = urgence typique
  - Brutalité
  - Sévérité des conséquence: SFA, tr. Hémodynamiques, tr. coagulation
  - Accident imprévisible
  - Formes atypiques: fréquentes
  - Mortalité et morbidité foétale ↑
  - Pronostic vital maternel: !!

# ETUDE CLINIQUE

## ***DIAGNOSTIC CLINIQUE***

- ***Contexte de toxémie gravidique***
- ***Métrorragies de faible abondance et noirâtre.***
- **Douleurs abdominales / lombaires, signes subjectifs.**
- **Hypertonie utérine douloureuse et permanente.**
- **BCF négatifs dans formes typiques.**

# PRONOSTIC MATERNEL

## Morbidité maternelle :

- a- L'état de choc: lié à l'hypovolémie.
- b- Hémorragie de la délivrance : relativement fréquente ,
- c- Apoplexie utérine : extravasation importante du sang au niveau du myomètre et de la région sous-séreuse de l'utérus.
  
- d- Complications rénales : lésions tubulo-interstitielle aiguës et lésions de nécrose corticale bilatérale totale ou partielle
- e- Troubles de la crase sanguine : étiologie la plus fréquemment retrouvé à l'origine des troubles de l'hémostase en obstétrique

# PRONOSTIC FŒTAL

- **Mortalité périnatale**

**Le pronostic fœtal reste péjoratif, objectivé par la lourde mortalité que rapporte la majorité des auteurs**

- **Morbidité fœtale**

**a- Souffrance néonatale : fréquence en relation avec le degré de séparation placentaire.**

**b- Prématurité : complication majeure de l'HRP.**

**c- Hypotrophie fœtale : 2 à 3 fois plus de risque.**

# Cas cliniques

- 1<sup>er</sup> cas: Admission d'une primi de 38ans en travail, terme imprécis, petite HU, examen montre un col dilaté à 1doigt près ceph PDERS selon la dame ça fait plus que 72 heures, fièvres à 39°C.
- 2<sup>e</sup> cas: 3eme geste primipare admise en travail. Interrog ( 2MFIU causes imprécises) uterus bicitriciel; admise en w avec dilatation de 4cm et saignement important; TA :15/9. BCF positifs