



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ÉTAT DES CONNAISSANCES

Accouchements inopinés extrahospitaliers

Accidental out-of-hospital deliveries

P.-E. Bouet^{a,*}, J.-L. Chabernaude^b, F. Duc^c, T. Khouri^c, B. Leboucher^d,
D. Riethmuller^e, P. Descamps^a, L. Sentilhes^a

^a Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier universitaire d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex, France

^b Service de pédiatrie et réanimation néonatales, Smur pédiatrique (Samu 92), hôpital Antoine-Béclère (AP-HP), 157, rue de la Porte-de-Trivaux, 92141 Clamart cedex, France

^c Service d'anesthésie et réanimation médicale, centre hospitalier universitaire d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex, France

^d Service de réanimation néonatale, centre hospitalier universitaire d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex, France

^e Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier universitaire, CHU de Besançon, avenue du 8-Mai-1945, 25030 Besançon cedex, France

Reçu le 25 octobre 2012 ; avis du comité de lecture le 13 avril 2013 ; définitivement accepté le 26 avril 2013

Disponible sur Internet le 14 juin 2013

MOTS CLÉS

Accouchement ;
Extrahospitalier ;
Urgence ;
Nouveau-né

Résumé L'accouchement inopiné hors maternité représente, en France, environ 0,5% de la totalité des accouchements. La parturiente est surveillée de façon continue par un moniteur multiparamétrique. La surveillance du rythme cardiaque du fœtus est réalisée à l'aide d'un Doppler fœtal. L'analgésie n'est réalisée que par l'inhalation au masque à haute concentration d'un mélange équimoléculaire d'oxygène et de protoxyde d'azote. Dans certaines situations, en raison d'un terme prématuré, d'une grossesse gémellaire ou d'une pathologie maternelle ou parfois d'anomalies du rythme cardiaque fœtal, l'assistance d'un SMUR pédiatrique peut être nécessaire. La conduite des efforts expulsifs ne doit débuter que lorsque l'on voit apparaître la présentation à la vulve et seulement si la dilatation est complète et la poche des eaux rompue. L'expulsion ne doit pas durer plus de 30 minutes. Il ne faut pas pratiquer d'épisiotomie de façon systématique. Il est recommandé de pratiquer une délivrance dirigée. En cas de liquide amniotique clair, et si le nouveau-né à terme respire, crie, et a un bon tonus, des soins de routine sont réalisés : réchauffement, essuyage et séchage doux. Trois critères, évalués toutes les 30 secondes, guident ensuite la prise en charge : la fréquence cardiaque, la qualité de la respiration et le tonus musculaire. La rédaction d'un certificat de naissance est une obligation légale et incombe au médecin qui a pratiqué l'accouchement.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : pierremanuelbouet@yahoo.fr (P.-E. Bouet), jean-louis.chabernaude@abc.aphp.fr (J.-L. Chabernaude), duc.flavy@yahoo.fr (F. Duc), tarikkhouri@hotmail.com (T. Khouri), BeLeboucher@chu-angers.fr (B. Leboucher), didier.riethmuller@ufc-chu.univ-fcomte.fr (D. Riethmuller), phdescamps@chu-angers.fr (P. Descamps), losentilhes@chu-angers.fr (L. Sentilhes).

0368-2315/\$ - see front matter © 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2013.04.007>

KEYWORDS

Delivery;
Out-of-hospital;
Emergency;
Childbirth

Summary Unexpected out-of-hospital delivery accounts for 0.5% of the total number of delivery in France. The parturient is placed under constant multiparametric monitoring. Fetus heart rate is monitored thanks to fetal doppler. A high concentration mask containing a 50-to-50 percent mix of O₂ and NO performs analgesia. Assistance of mobile pediatric service can be required under certain circumstances such as premature birth, gemellary pregnancy, maternal illness or fetal heart rate impairment. Maternal efforts should start only when head reaches the pelvic floor, only if the rupture of the membranes is done and the dilation is completed. The expulsion should not exceed 30 min. Episiotomy should not be systematically performed. A systematic active management of third stage of labour is recommended. Routine care such as warming and soft drying can be performed when the following conditions are fulfilled: clear amniotic liquid, normal breathing, crying and a good tonus. Every 30 seconds assessment of heart rate, breathing quality and muscular tonus then guide the care. The redaction of birth certificate is a legal obligation and rests with the attending doctor.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Suite au cas récent d'un nouveau-né décédé après l'accouchement d'une femme dans sa voiture au septième mois de grossesse alors qu'elle se dirigeait vers la maternité la plus proche située à plus d'une heure de son domicile [1], il nous est apparu important de réaliser une revue de la littérature et de fournir une conduite à tenir pratique en cas de prise en charge par l'obstétricien, le pédiatre, l'anesthésiste ou le médecin du SMUR d'un accouchement inopiné extrahospitalier. Cette situation ne peut pas toujours être évitée et peut être à haut risque de morbidité et mortalité maternelle et néonatale. Nous avons aussi souhaité rappeler les outils disponibles comme le score de Malinas qui permet d'évaluer l'imminence de l'accouchement et l'intérêt que ce type de score peut apporter au praticien dans la prise de décision d'un éventuel transfert in utero.

Même si l'accouchement inopiné hors maternité n'est plus aussi fréquent qu'il y a une cinquantaine d'années, il n'est pas rare. En France, il représente environ 0,5% de la totalité des accouchements [2]. En 1999, selon une enquête réalisée sur les accouchements inopinés à domicile où les équipes de SMUR sont intervenues, on comptait entre 2000 et 2500 naissances à domicile par an. Le nombre moyen d'accouchements à domicile était au maximum de deux par mois pour 88% des équipes ayant répondu à l'enquête. On notait des chiffres beaucoup plus importants en région parisienne et lilloise où l'on dépasse le chiffre moyen de cinq accouchements inopinés à domicile par mois [3].

Une enquête de pratique, non publiée, a été réalisée auprès de 267 médecins du SMUR afin de définir leur expérience en matière d'accouchements. Un questionnaire anonyme était envoyé aux médecins du SMUR de 12 départements de trois régions différentes (Nord, Rhône-Alpes et Pays de la Loire). Cette enquête rapportait que 79% des médecins ayant répondu au questionnaire déclaraient ne pas se sentir à l'aise face à un accouchement, et que 88% d'entre eux intervenaient en moyenne sur un à deux accouchements par an. (Hamel, communication personnelle présentée aux Journées scientifiques de SAMU de France, le 9 octobre 2003 à Bordeaux).

Actuellement, du fait des restructurations hospitalières et des fermetures de maternités de proximité, une

augmentation du nombre d'accouchements inopinés extrahospitaliers est probable.

L'équipe du SMUR joue donc un rôle fondamental dans la gestion des accouchements inopinés à domicile. Elle doit déterminer l'imminence de l'accouchement, juger de la possibilité d'un transfert in utero, et dans le cas contraire, gérer l'accouchement, la délivrance et les premiers soins à la mère et au nouveau-né. Ce sont des accouchements à haut risque dus à un environnement peu adapté, à l'absence de matériel adéquat, à l'absence de dossier obstétrical, à un contexte particulier dominé par la prématurité ou encore lié au fait que l'équipe soignante peut parfois être peu expérimentée face à ce type de situation. Le recours immédiat à une césarienne ou à une extraction instrumentale est impossible de même que la réalisation de manœuvres obstétricales non maîtrisées par l'équipe médicale sur place.

Une coordination pluridisciplinaire est donc nécessaire entre le médecin urgentiste sur place, le régulateur et l'obstétricien concernant la décision de réaliser ou non l'accouchement sur le lieu de l'intervention en fonction de la situation clinique et de la proximité ou non d'une maternité.

Caractéristiques maternelles et néonatales d'un accouchement inopiné extrahospitalier

Dans une étude cas-témoins comparant 151 patientes ayant accouché inopinément à domicile à 151 patientes ayant accouché en milieu hospitalier, un faible niveau socio-économique, un âge supérieur à 35 ans et une multiparité étaient des facteurs de risque significatifs d'accouchements inopinés extrahospitaliers.

Dans cette même étude, la morbidité maternelle et néonatale d'un accouchement inopiné à domicile était évaluée. Il était constaté en cas d'accouchement inopiné un risque plus important d'hémorragies du post-partum (OR = 8,4, IC 95% : 1,1–181,1), d'admission en unité de soins intensifs de néonatalogie pour polyglobulie (12,6% vs 0%, $p < 0,001$), hypoglycémie (9,3% vs 0,6%, $p = 0,001$) et convulsions (3,3% vs 0%, $p = 0,024$) [4].

Rodie et al. [5] dans une autre étude cas-témoins réunissant 117 patientes dans chaque groupe, constataient une mortalité périnatale significativement plus élevée en cas d'accouchement inopiné à domicile avec 51,7 décès périnataux sur 1000 contre 8,6 décès sur 1000 au cours

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3272376>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3272376>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)