

## Recommandations Formalisées d'Experts SFAR-SFMU 2010

# urgences obstétricales extra-hospitalières

congrès SFAR 2010



### Recommandations Formalisées d'Experts : Urgences Obstétricales Extra-hospitalières

## Groupe de travail

<b>Gilles BAGOU</b> (président)	<b>AR</b>	<b>Lyon</b>	<b>SAMU</b>
<b>Valérie HAMEL</b> (secrétaire)	<b>U</b>	<b>Nantes</b>	<b>SAMU</b>
<b>Bruno CABRITA</b>	<b>U</b>	<b>Dijon</b>	<b>SAMU</b>
<b>Pierre-François CECCALDI</b>	<b>GO</b>	<b>Clichy</b>	<b>obstétrique (CNGOF)</b>
<b>Gaële COMTE</b>	<b>U</b>	<b>Lyon</b>	<b>SAMU</b>
<b>Marianne CORBILLON</b>	<b>SF</b>	<b>Amiens</b>	<b>obstétrique (CNSF)</b>
<b>Jean-François DIEPENDAELE</b>	<b>P</b>	<b>Lille</b>	<b>SMUR péd. (GFRUP)</b>
<b>François-Xavier DUCHATEAU</b>	<b>U</b>	<b>Clichy</b>	<b>SMUR</b>
<b>Olivier DUPUIS</b>	<b>GO</b>	<b>Lyon</b>	<b>obstétrique</b>
<b>Anne LAUNOY</b>	<b>AR</b>	<b>Strasbourg</b>	<b>anesthésie réa.</b>
<b>Nathalie LAURENCEAU</b>	<b>SF</b>	<b>Lyon</b>	<b>obstétrique</b>
<b>Élisabeth MENTHONNEX</b>	<b>AR</b>	<b>Grenoble</b>	<b>SAMU</b>
<b>Yann PENVERNE</b>	<b>U</b>	<b>Nantes</b>	<b>SAMU</b>
<b>Thibaut RACKELBOOM</b>	<b>AR</b>	<b>Paris</b>	<b>anesthésie réa.</b>
<b>Alain ROZENBERG</b>	<b>AR</b>	<b>Paris</b>	<b>SAMU</b>
<b>Caroline TELION</b>	<b>AR</b>	<b>Paris</b>	<b>SAMU</b>



## Méthodologie

- échanges par courriels et réunions plénières :
  - cadrage = 2 (janvier et mai 2009)
  - discussion et validation = 5 (oct, nov, déc 2009, fév 2010 x2)
- méthode GRADE
- bibliographie :

	<i>Google</i>	<i>PubMed</i>
● obstetrical emergencies	1.070.000	977
● prehospital obstetrical emergencies	163.000	6
● bibliographie recherchée par thème		
● essentiellement intra-hospitalière		
- textes des RFE :
  - long : argumentaire (6.800 lignes, 62.000 mots, 350.000 signes)
  - court : mots-clefs (1.000 lignes, 9.000 mots, 60.000 signes).

## Neuf thèmes

- 1- recours au SAMU centre 15 pour motif obstétrical
- 2- accouchement inopiné extra-hospitalier
- 3- hémorragie des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestres de la grossesse
- 4- hémorragie post partum
- 5- traumatismes chez la femme enceinte
- 6- hypertension artérielle gravidique, pré-éclampsie, éclampsie
- 7- menace d'accouchement prématuré
- 8- transferts in utero inter hospitaliers
- 9- formation et évaluation des pratiques

→ chaque thème est traité indépendamment des autres.

# Recommandations Formalisées d'Experts SFAR-SFMU 2010

## chapitre 1

# Recours au SAMU-centre 15 pour motif obstétrical



## Recommandations Formalisées d'Experts : Urgences Obstétricales Extra-hospitalières

### 1. Recours au SAMU-centre 15 pour motif obstétrical (1)

- PARM :
  - motif de recours
  - terme
  - suivi
- régulation par urgentiste (AMU) si 3<sup>ème</sup> trimestre ou post partum précoce
- départ réflexe : accouchement en cours, enfant déjà né
- accouchement :
  - scores décisionnels : SPIA, Malinas
  - guidance des gestes au téléphone
- signes évoquant les autres urgences gynéco-obstétricales et justifiant l'engagement d'un SMUR...



terme	symptômes	diagnostics à évoquer
post partum (jusqu'à 15 jours)	hémorragie	hémorragie de la délivrance
	convulsion	éclampsie
3 <sup>ème</sup> trimestre	l'enfant est né	accouchement réalisé
	contraction, douleur abdominale (lombaire), métrorragie, envie de pousser, perte des eaux	accouchement imminent
	antécédent de césarienne ou notion de traumatisme majeur, douleur abdominale intense, baisse des mouvements fœtaux actifs	rupture utérine
2 <sup>ème</sup> , 3 <sup>ème</sup> trimestres	métrorragie peu abondante de sang noir, douleur abdominale intense et permanente, absence de mouvements fœtaux actifs	hématome rétro-placentaire
	métrorragie abondante de sang rouge avec caillots, contractions	placenta praevia hémorragique
	céphalée, douleur abdominale, prise de poids, nausée, trouble visuel	pré-éclampsie
	convulsion	éclampsie
1 <sup>er</sup> trimestre	malaise, douleur abdominale, métrorragie	grossesse extra-utérine rompue

## Recommandations Formalisées d'Experts : Urgences Obstétricales Extra-hospitalières

### 1. Recours au SAMU-centre 15 pour motif obstétrical (2)

- orientation = plateau technique adapté
  - absence ou bas risque : maternité de suivi
  - urgence vitale obstétricale immédiate : maternité de proximité avec accueil organisé
  - événement aigu non urgent : examen obstétrical
  
- transport :
  - ceinturée
  - décubitus latéral à partir de 18 SA
  
- protocoles de réseau.

# Recommandations Formalisées d'Experts SFAR-SFMU 2010

## chapitre 2

# Accouchement inopiné extra-hospitalier



### Recommandations Formalisées d'Experts : Urgences Obstétricales Extra-hospitalières

## 2. Accouchement inopiné extra-hospitalier (1) : décisions

### ■ régulation :

- Malinas, SPIA: association complémentaire
- SMUR si risque d'accouchement inopiné extra hospitalier
- orientation : type, plateau technique ou maternité de suivi
- équipes d'accueil prévenues
- transport :
  - mère = décubitus latéral (décubitus dorsal proscrit) et ceinturée,
  - NN = matériel adapté et fixé

### ■ décision d'accouchement :

- évaluation de la rapidité du travail : 2 TV à 10 minutes.



## 2. Accouchement inopiné extra-hospitalier (2) : expulsion

### ■ installation :

- décision : présentation à la vulve, envie irrésistible de pousser
- posture : hyper-flexion des cuisses, opérateur en contrebas du périnée
- VVP systématique

### ■ accouchement :

- épisiotomie : indication rare, fœtale (siège...), anesthésie locale
- analgésie pré-hospitalière exceptionnelle (accouchement rapide, patiente gérant sa douleur) : inhalation de MEOPA.

## 2. Accouchement inopiné extra-hospitalier (3) : délivrance

### ■ but : prévention de l'HPP

- supervision active de la délivrance :
  - vessie vide : avant ou après l'accouchement
  - utérus vide : <30min (grade A)
    - identification décollement
    - aide à l'expulsion
  - utérus contracté : massage utérin, oxytocine (10UI IV directe lente)
  - hémodynamique maîtrisée : remplissage (cristalloïdes)
- délivrance dirigée: oxytocine au moment de l'accouchement
  - 5UI en IV directe lente (ou IM par défaut)
  - après la sortie complète du bébé et au plus tard dans la 1<sup>ère</sup> min de vie.

## 2. Accouchement inopiné extra-hospitalier (4) : cas particuliers

- présentation du siège :
  - ne jamais tirer : poussées maternelles pendant les CU
  - 4 gestes : épisiotomie, dos en avant, Lovset, Mauriceau.
- situations extrêmes :
  - dystocie des épaules : manœuvre de McRoberts
  - procidence d'un bras : maternité de proximité, O<sub>2</sub>
  - procidence du cordon :
    - refoulement, TDL+DL, O<sub>2</sub>, tocolyse ?, maternité de proximité
    - dilatation complète : efforts expulsifs, réa
  - gémellaire : renfort spécialisé
- intérêt de la présence d'une sage-femme
  - procédures de renfort.

## 2. Accouchement inopiné extra-hospitalier (5) : bébé

- nouveau-né :
  - A** ● anticipation : zone d'accueil, matériel adapté
  - S** ● geste immédiat :
    - sécurité : installer sur le ventre de la mère en décubitus latéral
    - cordon : clamber (>10 cm), couper (stérile), vérifier (3 vaisseaux)
  - E** ● objectif : lutte contre l'hypothermie :
    - supprimer l'évaporation et la convection : séchage, sac de polyéthylène, bonnet
    - réchauffer : contre sa mère (peau à peau), couverture.
  - S** ● évaluation de l'état clinique
  - I** ● pas de désobstruction systématique des VAS
  - E** ● mesure de la glycémie à 30 minutes de vie (hypo < 2mmol/L)
  - réa = recommandations de l'ILCOR, + renfort ?
- administratif :
  - certificat d'accouchement et certificat de naissance (clampage du cordon) → déclaration de naissance (3j ouvrables)

# Recommandations Formalisées d'Experts SFAR-SFMU 2010

chapitre 3

## Hémorragies des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestres



Recommandations Formalisées d'Experts : Urgences Obstétricales Extra-hospitalières

### 3. Hémorragies des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestres (1)

- retentissement maternel et/ou fœtal majeur
- engagement du pronostic vital
- 2 grandes étiologies :
  - hématome rétroplacentaire
  - anomalie d'insertion placentaire





### 3. Hémorragies des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestres (2)

■ régulation : par un médecin urgentiste

- terme, PP, HTA
- caractéristiques des saignements
- douleurs abdominales, CU, MAF

	placenta praevia	hématome rétro-placentaire
facteurs favorisants	utérus cicatriciel	HTA gravidique, pré-éclampsie, traumatisme abdominal
douleurs	absentes ou peu intenses	brutales, intenses, permanentes
utérus	souple, indolore en dehors des contractions	hypertonie, hypercinésie, « utérus de bois »
saignement	rouge, modéré à abondant, avec ou sans caillots	noir, peu abondant, incoagulable

métrorragie + absence de PP connu = HRP

jusqu'à preuve du contraire +++

### 3. Hémorragies des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestres (3)

■ SMUR si PP et HRP car risque de survenue rapide de troubles de coagulation et de collapsus

■ prise en charge :

- celle de tout choc hémorragique
  - RV avec cristalloïdes/amidons avec AMM
  - une transfusion préhospitalière ne doit pas retarder l'admission
- décubitus latéral
- oxygène
- pas de TV si suspicion de PP
- tocolyse si PP hémorragique avec contractions
- cardiotocographe

■ admission :

- maternité de proximité si risque vital
- équipe obstétricale et anesthésiste réanimateur prévenus.

# Recommandations Formalisées d'Experts SFAR-SFMU 2010

## chapitre 4

# Hémorragies post partum



## Recommandations Formalisées d'Experts : Urgences Obstétricales Extra-hospitalières

### 4. Hémorragies post partum (1)

- 2 situations :
  - délivrance
  - post partum tardif
  
- régulation :
  - facteurs de risque : âge >35ans, CSP défavorisée, HRP, PP, rupture utérine, délivrance >30min
  - diagnostic : saignement décrit comme anormal
  - formes trompeuses : sans facteur de risque, distillantes, non extériorisées
  
- protocoles appliqués avec rigueur



#### 4. Hémorragies post partum (2)

■ évaluation :

- sac de recueil
- paramètres vitaux, hémoglobine
- facteur temps

■ prévention : 5 éléments

- vacuité de la vessie
- absence de traction sur le cordon
- retrait du placenta et des caillots hors de la filière génitale
- massage du fond utérin
- délivrance dirigée : oxytocine :
  - 5u IV entre dégagement épaule ant (▲) et 1min après expulsion
  - puis 10u IV en 20-30min (AR <40u/h)...

#### 4. Hémorragies post partum (3)

■ démarche initiale :

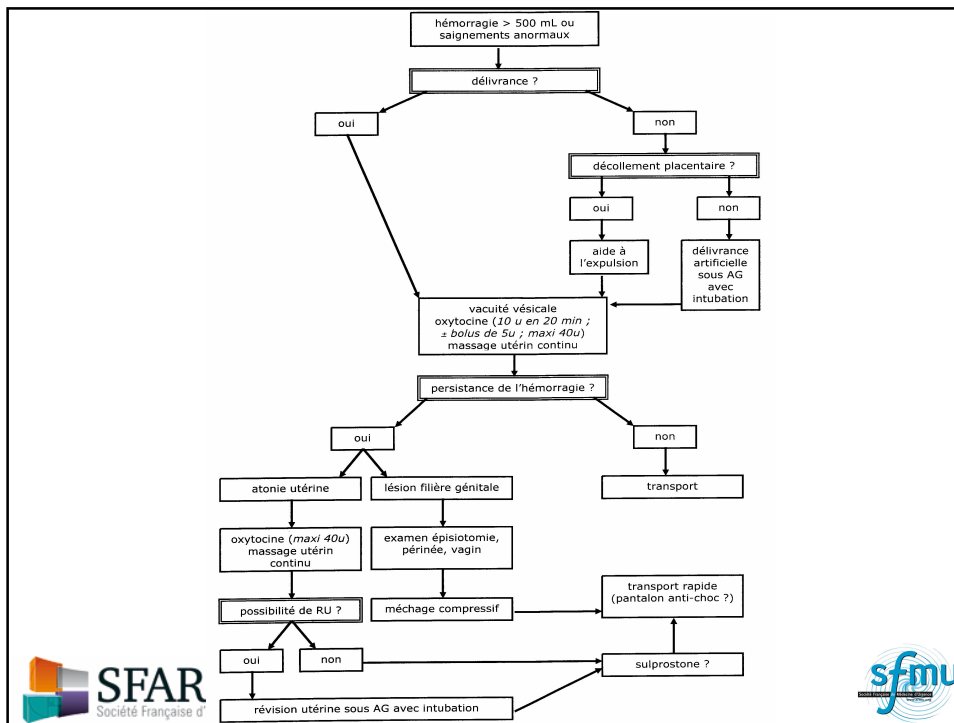
- identification, évaluation
- traitement symptomatique
- vacuité vésicale ?
- massage utérin
- oxytocine
- délivrance ?
  - si faite : révision utérine
  - si non faite : délivrance artificielle
  - geste endo-utérin : donc sédation (AG+ISR+IOT), asepsie, AB

#### 4. Hémorragies post partum (4)

- démarche secondaire :
  - lésions du périnée et du vagin : méchage, compression
  - prostaglandines :
    - après vacuité utérine
    - sulprostone 100 à 500 µg/h
    - pas d'oxytocine simultanément, mais en relais
    - massage utérin
  - méthodes invasives :
    - embolisation si atonie rebelle, hémorragie cervico-utérine, thrombus vaginal, déchirure cervico-vaginale
    - chirurgie d'hémostase (ligature, hystérectomie) si échec

#### 4. Hémorragies post partum (5)

- stratégie d'orientation :
  - maternité de suivi
  - plateau technique
- transfert inter hospitalier pour HPP :
  - rapport bénéfice risque : ➔ stratégie
  - plateau technique adapté (obst/anesth/réa/radio)
  - réévaluation au moment du départ (obst/anesth/smur)
  - après réparation des lésions de la filière génitale
- HPP tardives : endométrite hémorragique, retour de couches, placenta accreta laissé en place, contraception microdosée.



## Recommandations Formalisées d'Experts SFAR-SFMU 2010

### chapitre 5

# Traumatismes chez la femme enceinte



## 5. Traumatismes chez la femme enceinte (1)

- mésestimation :
  - fréquence
  - mécanismes
  - lésions : pas de corrélation entre importance du traumatisme et conséquences maternelles ou fœtales
- souffrance fœtale indirecte : MAP, HRP
- situations particulières :
  - violences domestiques
  - brûlure
  - électrisation

## 5. Traumatismes chez la femme enceinte (2)

- stratégie :
  - idem trauma
  - examen obstétrical même si traumatisme mineur
  - stratification en 4 groupes selon âge gestationnel et état maternel :
    - 1 : grossesse débutante ou méconnue
    - 2 : <24SA
    - 3 : >24SA
    - 4 : détresse vitale maternelle aiguë
  - orientation adaptée

## 5. Traumatismes chez la femme enceinte (3)

- prise en charge :
  - prévention du syndrome cave : DL, ...
  - remplissage précoce
  - remplissage : cristalloïdes, amidons, CGR O- Kell-
  - catécholamines
  - oxygène
  - analgésie : paracétamol / morphiniques
  - intubation difficile et estomac plein
  - **penser à :**
  - pas de TV
  - FAST-écho : HRP, rupture rate ou utérus
  - vitalité fœtale : contractions, mouvements
  - cardiotocographe

## Recommandations Formalisées d'Experts SFAR-SFMU 2010

### chapitre 6

# Hypertension artérielle, prééclampsie, éclampsie

## 6. HTA, prééclampsie, éclampsie (1)

### ■ bilan clinique et signes d'alerte :

- HTA gravidique ➤ PA >140/90 mmHg
- prééclampsie ➤ ± protéinurie /BU (>0,3g/L)
- prééclampsie sévère ➤ PA >160/110 mmHg
  
- complications :
  - éclampsie ➤ signes d'atteinte encéphalique
  - syndrome HELLP ➤ « barre épigastrique »
  - HRP ➤ choc, contracture utérine, métrorragies
  - cardio-respiratoire ➤ dyspnée, OAP
  - insuffisance rénale aiguë ➤ oligo-anurie
  - AVC ➤ déficit neurologique

- 🔴 complications sans prodromes
- 🔴 formes tardives (post partum)

## 6. HTA, prééclampsie, éclampsie (2)

### ■ régulation primaire :

- SMUR si forme grave ou compliquée de prééclampsie
- orientation selon état maternel et fœtal
  - possibilité de réanimation maternelle / plateau médico-technique
- « convulsion + grossesse = éclampsie »
- formes tardives possibles

### ■ transfert inter hospitalier (régulateur = interface) :

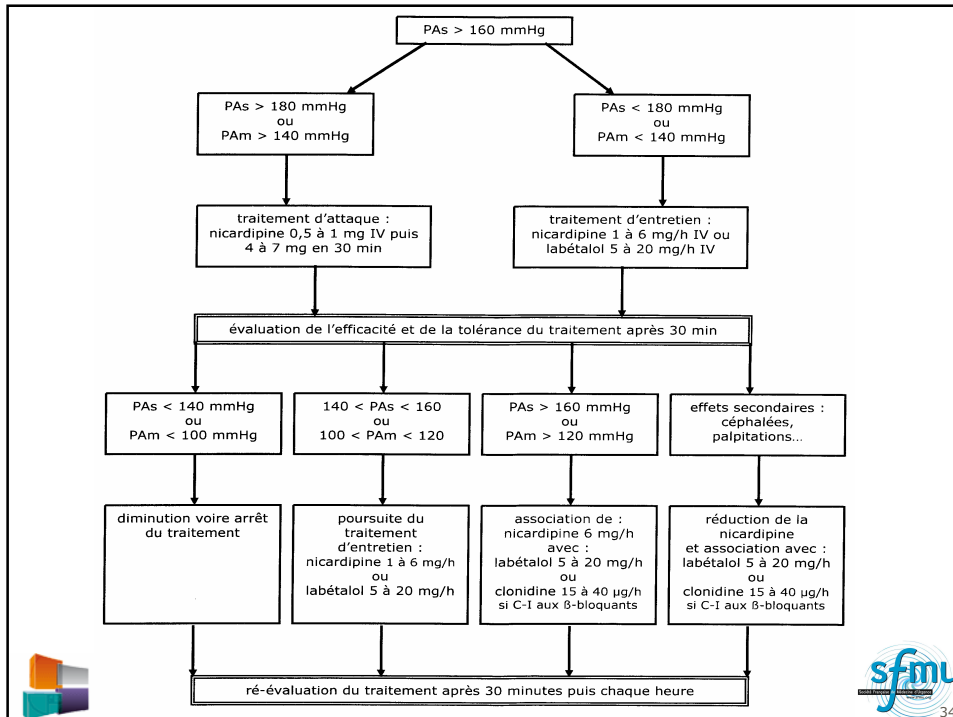
- contre-indications :
  - maternelles : HRP, hémodynamique instable, OAP, éclampsie...
  - fœtales : aRCF → extraction en urgence
- non-indications :
  - terme <24SA → interruption de grossesse
  - terme ≥36SA → déclenchement



## 6. HTA, prééclampsie, éclampsie (3)

### ■ traitement :

- monitoring : FC, PNI, SpO<sub>2</sub>, ± EtCO<sub>2</sub>, Hb capillaire, RCF ?
- anti-hypertenseur (cf. *algorithme des RFE 2008*) :
  - 1<sup>ère</sup> intention : nicardipine
  - association éventuelle avec labétalol ou clonidine



## 6. HTA, prééclampsie, éclampsie (5)

### ■ traitement :

- monitoring : FC, PNI, SpO<sub>2</sub>, ± EtCO<sub>2</sub>, Hb capillaire, RCF ?
- anti-hypertenseur (*cf. algorithme des RFE 2008*) :
  - 1<sup>ère</sup> intention : nicardipine
  - association éventuelle avec labétalol ou clonidine
- expansion volémique prudente (DLG, cristalloïdes)
- détresse respiratoire
- sulfate de magnésium
  - 2 à 4g IV puis 1g/h IVL
  - benzodiazépines et phénytoïne : moins efficace mais possible
  - prévention primaire : si éclampsie imminente (signes neurologiques persistants) ; association possible avec nicardipine (adaptation posologique)
  - surveillance clinique (conscience, ROT, FR).

## Recommandations Formalisées d'Experts SFAR-SFMU 2010

### chapitre 7

## Menace d'accouchement prématuré

## 7. Menace d'accouchement prématuré (1)

- CU régulières et douloureuses survenant entre la 24SA et 36SA révolues
- rechercher les facteurs de risque :  
antécédent de MAP ; grossesse multiple, infection maternelle, métrorragies, placenta praevia, malformations utérines, béances cervico-isthmiques, hydramnios...
- 2 situations :
  - MAP en préhospitalier
  - Transfert Inter-Hospitalier pour MAP

## 7. Menace d'accouchement prématuré (2)

- la MAP en préhospitalier :
  - justifie rarement l'envoi d'un SMUR en dehors de la présence de critères d'accouchement imminent
  - transport sanitaire en décubitus latéral
  - maternité adaptée à l'âge gestationnel et selon l'organisation des réseaux régionaux
  - équipe obstétricale du suivi habituel toujours contactée

## 7. Menace d'accouchement prématuré (3)

- transfert inter-hospitalier pour MAP :
  - contre-indications au TIH :
    - risque d'accouchement pendant le transport
    - SFA
  - non-indications :
    - <24SA, >32SA
    - maternités de même type
  - éléments objectifs :
    - écho endo-vaginale : longueur et ouverture du col
    - test de la fibronectine
  - avant transfert :
    - 1<sup>ère</sup> cure de corticoïdes
    - réévaluation clinique avant transport

## 7. Menace d'accouchement prématuré (4)

- tocolyse : exceptionnellement initiée en pré-hospitalier
  - tocolytiques : atosiban, inhibiteurs calciques, bêta-mimétiques
    - pas d'association
    - pas de changement si tocolytique efficace
    - dictent le choix de la classe de transport (*chapitre 8*)
      - atosiban = tocolytique de choix (tolérance et absence d'effets indésirables graves)
      - inhibiteurs calciques = les plus utilisés, mais pas l'AMM et effets secondaires cardiovasculaires graves (hypoTA, OAP)
      - bêta-2 = effets secondaires hémodynamiques fréquents
- 🚫 C-I des inhibiteurs calciques et bêta-2 : grossesses multiples

# Recommandations Formalisées d'Experts SFAR-SFMU 2010

## chapitre 8

# Transferts in utero inter hospitaliers



### Recommandations Formalisées d'Experts : Urgences Obstétricales Extra-hospitalières

## 8. Transferts in utero inter hospitaliers (1)

- organisation sanitaire :
  - 3 types de maternité selon les soins aux nouveau-nés
  - réseaux régionaux
- indications du TIU :
  - inadéquation structure / pathologie
  - bénéfique d'autant plus élevé que le terme est précoce
- contre-indications :
  - fœtales : anomalies RCF significatives (extraction)
  - maternelles : risque d'accouchement pendant le transport, suspicion HRP, HTA non contrôlée, PP hémorragique
- non-indications : <24SA, >32SA



## 8. Transferts in utero inter hospitaliers (2)

- décision :
  - dilatation
  - longueur du col
  - CU
  - terme
  - type de maternité
- 3 classes de transport :
  - classe 1 : ambulance privée
  - classe 2 : ambulance « paramédicalisée »
  - classe 3 : ambulance de réanimation (SMUR)
- ré-évaluation au départ
- traçabilité.

## Recommandations Formalisées d'Experts SFAR-SFMU 2010

### chapitre 9

## Formation, évaluation des pratiques

## 9. Formation, évaluation des pratiques (1)

- but :
  - gestion des situations obstétricales avant relais spécialisé
  - diminution de la morbidité
- référentiel de compétences des médecins urgentistes pour la prise en charge de :
  - accouchement hors maternité
  - naissance d'un NN hors maternité
  - complications grossesse et post-partum précoce
  - régulation
  - équipe SMUR

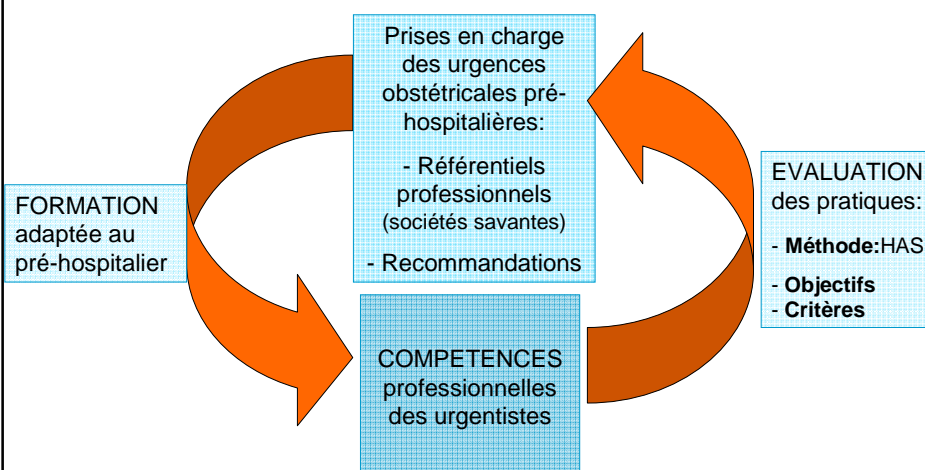
## 9. Formation, évaluation des pratiques (2)

- maintien des compétences : formations continues
  - adaptées au contexte préhospitalier
  - accent sur :
    - physiologie de l'accouchement et du nouveau-né
    - situations obstétricales complexes (siège, HD, procidence..)
  - pédagogie active :
    - technique de découverte
    - techniques de résolution de problème
    - simulations sur mannequin (contextualisées, en équipe)
    - supports multi médias
    - stages en maternité en tutorat

## 9. Formation, évaluation des pratiques (3)

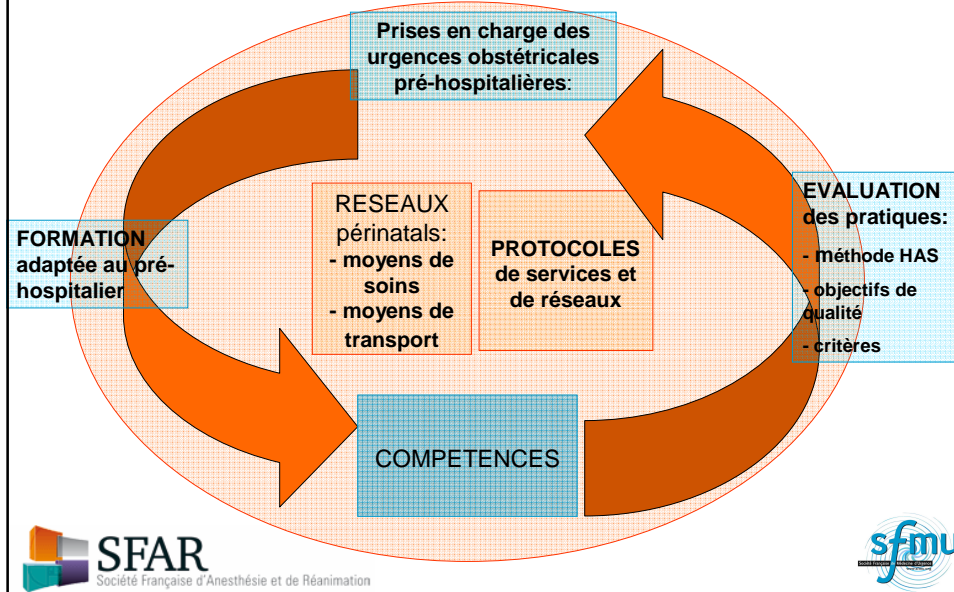
- formations, évaluation des pratiques :
  - référentiels professionnels (sociétés savantes : obstétrique, urgences, anesthésie réa, pédiatrie)
  - recommandations (experts)
- analyse des pratiques professionnelles : régulation et SMUR :
  - objectifs de qualité :
    - 3 en régulation : formation, dossier, évaluation
    - 4 en SMUR : formation, évaluation, optimisation, logistique
  - critères :
    - 4 en régulation : dossier complété, fiche-type, analyse, RMM
    - 5 en SMUR : matériel (liste, maintenance), procédure de renfort, formation, EPP.

## 9. Formation, évaluation des pratiques (4)





## 9. Formation, évaluation des pratiques (5)



## Conclusion

- (exclusion de l'obstétrique extra-hospitalière programmée)
- peu d'études pré-hospitalières de grande ampleur :
  - adaptation des pratiques de maternité à l'extra-hospitalier (et aux services d'urgence sans maternité) en fonction de ce qui est *logistiquement* réalisable
  - accords professionnels
- formation et évaluation :
  - formations pratiques à développer
  - formation théorique : 📌 texte court = mots clefs
  - collaboration urgentistes / obstétriciens
  - évaluation : registres, EPP.