



Protocoles de prise en charge en soins obstétricaux et néonataux d'urgence

Décembre 2019

- Hémorragie ante-partum.....Page 2
- Hémorragie post-partum.....Page 3
- Infection intra-partum et post-partum.....Page 4
- Prééclampsie et éclampsiePage 5
- Soins essentiels et réanimation néonatalePage 6
- Surveillance foetale pendant le travail.....Page 7



Affaires mondiales
Canada

Global Affairs
Canada

Prise en charge de l'hémorragie antepartum

Quel est l'état de la mère?

- Anomalie de l'état de conscience
- Pouls élevé (>120 bpm)
- Tension artérielle basse (<100/60)
- Saignement abondant continu

AUCUN

1 SEUL

Stable

Instable

Saignement antepartum

Tout saignement vaginal après la 20^e semaine précédant l'accouchement

Stabiliser la patiente

- Évaluer les voies respiratoires, respiration et circulation
- Allonger la mère sur son côté gauche
- Évaluer l'état du fœtus (BCF)
- Abord veineux, 16G ou 18G, s. physiologique ou L Ringer à flot (pour maintenir TA >100/60)
- Oxygène, possibilité d'intubation
- Administrer **des produits sanguins**, si disponibles **et indiqués**

ATTENTION

- L'état de la mère peut changer soudainement
- L'observation continue est importante

En présence de ressources restreintes ou s'il n'est pas possible de stabiliser la mère,

- **procéder à l'accouchement ou**
- **référer vers un centre spécialisé**

Quel est l'état du fœtus?

	FŒTUS STABLE BCF 110-160 bpm	DÉCOLLEMENT PLACENTAIRE (pas de placenta praevia)	PLACENTA PRAEVIA / INCONNU
Saignement continu	< 37 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance étroite de la mère et du bébé • Si < 34 semaines : donner corticostéroïdes 	Référer vers un centre spécialisé aux fins d'évaluation échographique et/ou de césarienne
	≥ semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Accouchement vaginal ou césarienne si instabilité hémodynamique de la mère ou BCF anormaux 	
Arrêt du saignement	< 37 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • La patiente présente encore un risque élevé de saignement • Tenir compte des ressources locales et de la capacité de la patiente à obtenir des soins • Référer vers un centre spécialisé aux fins d'hospitalisation 	Référer vers un centre spécialisé aux fins d'évaluation échographique et/ou de césarienne
	≥ semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Accouchement vaginal, (césarienne si indiquée) 	Référer vers un centre spécialisé aux fins d'évaluation échographique et/ou de césarienne
	BCF ANORMAUX BCF >160 ou <110 bpm, ou décélérations	<ul style="list-style-type: none"> • Césarienne d'urgence (si l'accouchement vaginal n'est pas imminent) • Référer vers un centre spécialisé au besoin 	Césarienne d'urgence Référer vers un centre spécialisé au besoin
	MORT FOETALE Absence de BCF	<ul style="list-style-type: none"> • Déclenchement du travail, suivi de l'état de la mère • Référer vers un centre spécialisé au besoin 	Référer vers un centre spécialisé aux fins d'évaluation échographique et/ou de césarienne

Ces mères risquent de faire de l'**anémie**. Il est important de leur administrer des **suppléments de fer** pendant au moins **trois mois**.

Prévention et prise en charge de l'hémorragie post-partum

PRÉVENTION

Prise en charge active de la troisième phase du travail (GATPA)

- Administration d'agents utérotoniques : Ocytocine 10 U IM ou Misoprostol 600 µg PO si Ocytocine non disponible
- Traction contrôlée du cordon
- Massage utérin après la délivrance du placenta et à chaque 15 min pendant 1 h

Hémorragie post-partum : définitions

- Accouchement vaginal: perte sanguine >500 cc
- Césarienne: perte sanguine >1 000 cc
- Toute perte sanguine chez une mère dont l'état est instable

ATTENTION

- L'état de la mère peut changer soudainement
- L'observation continue est importante

Appeler à l'aide et surveiller l'état de la mère

- Évaluer les voies respiratoires, la respiration et la circulation
- Abord veineux (16G, 18G), **s. physiologique ou L. Ringer**, à flot
- TA visée >100/50**
- Éliminer rétention placentaire, inversion utérine (voir TRAUMA)**
- Perfusion IV d'Ocytocine, 20 à 40 unités/L de soluté à flot
- Prélever pour Hémogramme et test de compatibilité
- Donner des produits sanguins, si nécessaire
- Considérer injection 1 g IV d'acide tranexamique dans les 3 h suivant la naissance

Si placenta expulsé :

- Massage utérin
- Compression bimanuelle EXTERNE et INTERNE
- Vider la vessie
- Compression aortique
- Examen pour déterminer la cause du saignement **(peut avoir plusieurs causes)**

TONUS

Atonie utérine

- Massage utérin bimanuel
- Compression aortique
- Ocytocine:
 - 10 U IM (si pas donné antérieurement)
 - Perfusion de 20 à 40 U/L à flot
- Ergométrine (ne pas donner si HTA)
 - 0,20 ou 0,25 mg IM
 - répéter au besoin à chaque 2 h
 - max 1,25 mg/24 h
- Misoprostol (200 µg/comprimé)
 - 800 µg PO ou SL ou IR (si la patiente vomit ou est inconsciente)

TISSUS

Rétention de placenta ou de tissus

- Délivrance manuelle** et/ou révision utérine
- Par la suite
 - administrer des **utérotoniques** ET
 - massage utérin
 - considérer antibioprofylaxie

TRAUMA

Lésions des parties molles

- Réparer les lésions des parties molles**
 - examiner col et vagin, surtout si travail prolongé ou accouchement assisté ou rapide
- Inversion utérine**
 - tenter de repositionner l'utérus
 - ne PAS donner d'utérotoniques
 - ne pas retirer le placenta

THROMBINE

Anomalie de la coagulation

- Hémogramme et Coagulogramme
- Transfuser du sang total OU
- Plasma frais congelé et au besoin des plaquettes et du fibrinogène

Une fois l'hémorragie contrôlée :

- Diminuer la perfusion d'ocytocine à 40 gttes/min
 - Surveiller étroitement la patiente
 - Massage utérin à chaque 15 min pendant 1 h
- Ces mères risquent de faire de l'**anémie**. Il est important de leur administrer des **suppléments de fer** pendant au moins **trois mois**.

Si le saignement persiste et devant un échec des traitements, référer la patiente vers un centre spécialisé

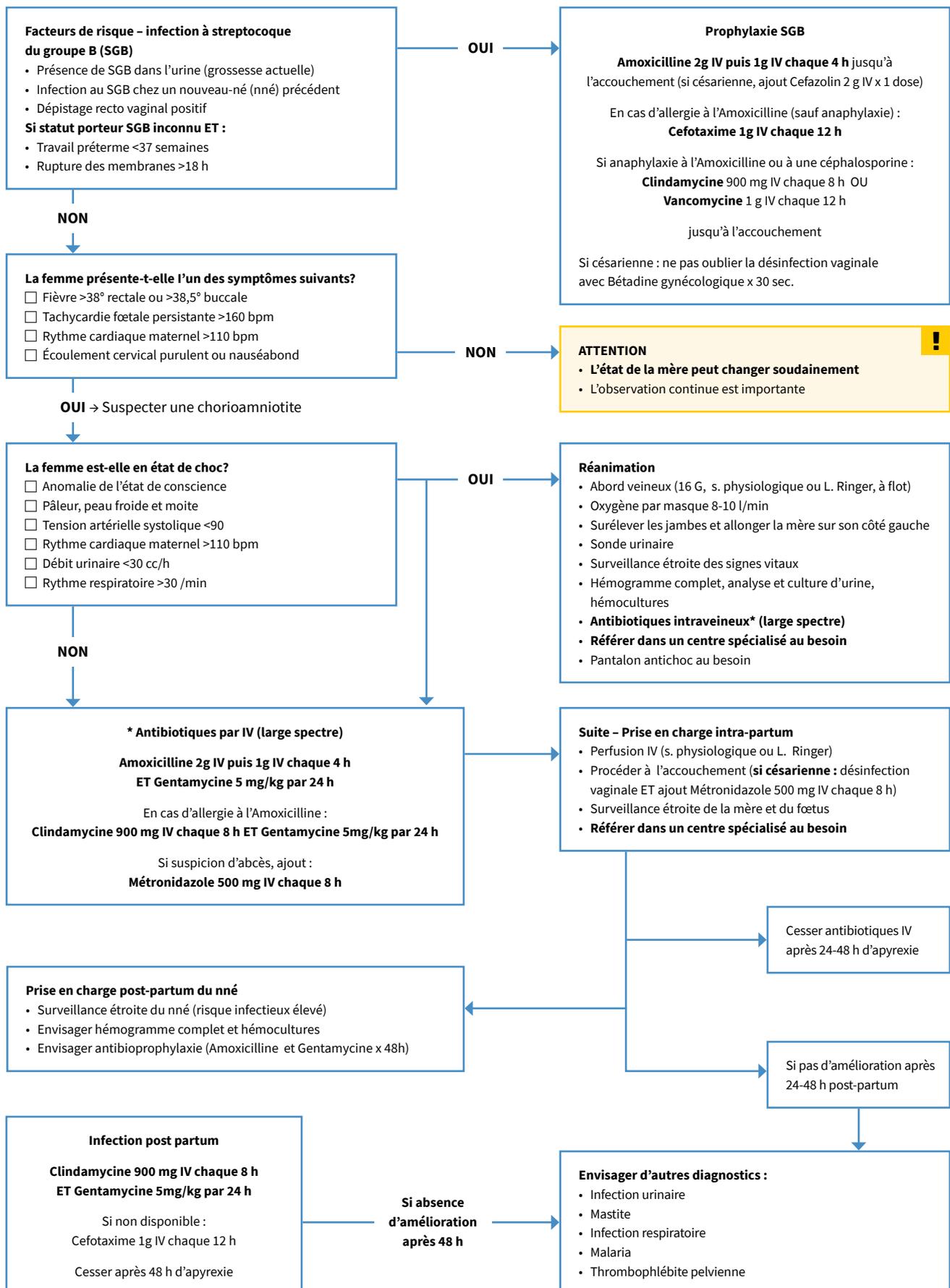
- Si possible **avant** le transfert :
 - tamponnement intra-utérin
 - pantalon antichoc
- La patiente **doit être accompagnée** pendant le transfert.

Techniques radiologiques/chirurgicales:

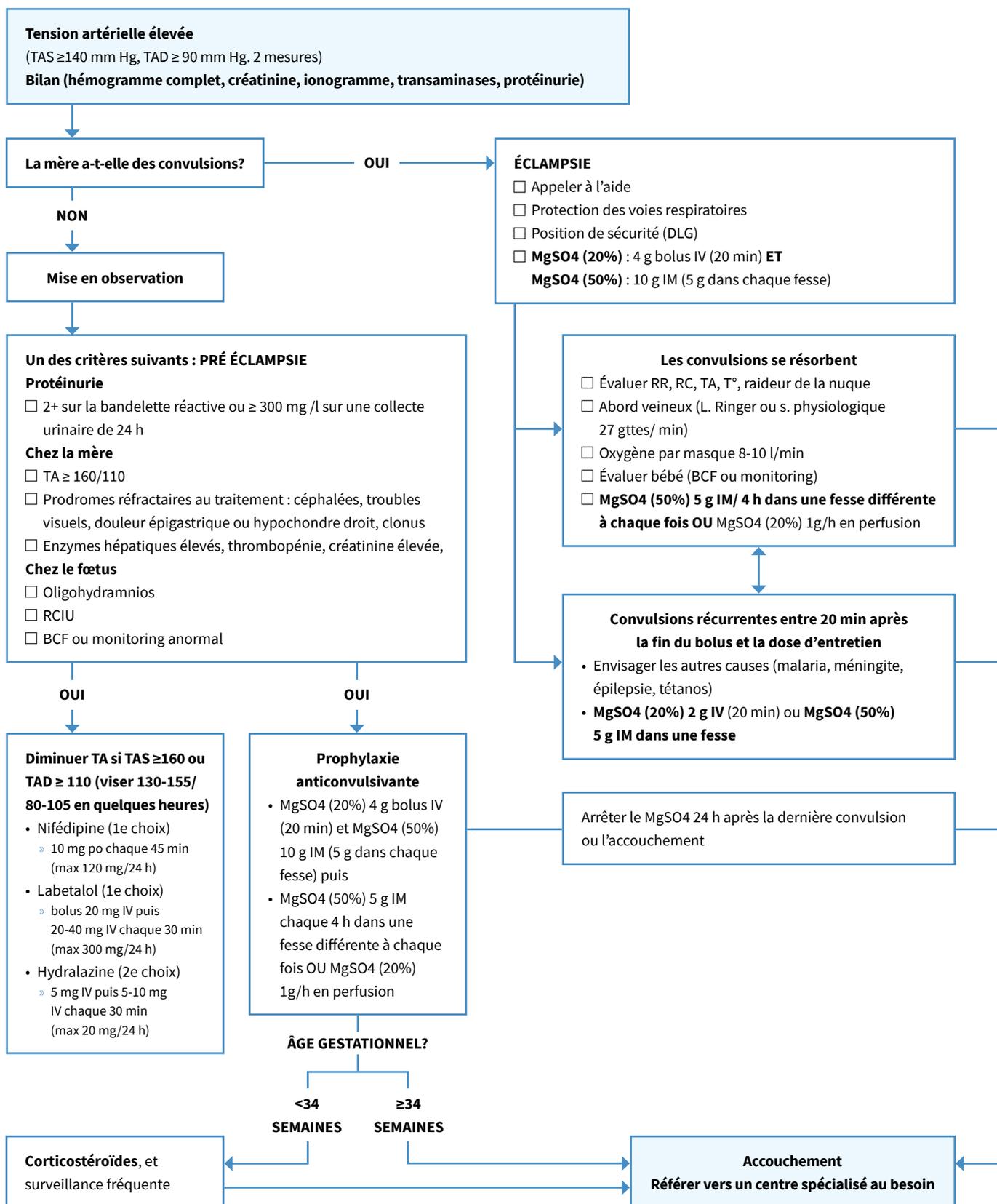
- Embolisation de l'artère utérine
- Laparotomie : sutures B-Lynch, de Cho
 - ligature des artères utérines ou hypogastriques
 - hystérectomie, sub-totale ou totale.

AU NIVEAU SUPÉRIEUR

Prise en charge de l'infection intra-partum et post-partum



Prise en charge de la pré-éclampsie et de l'éclampsie



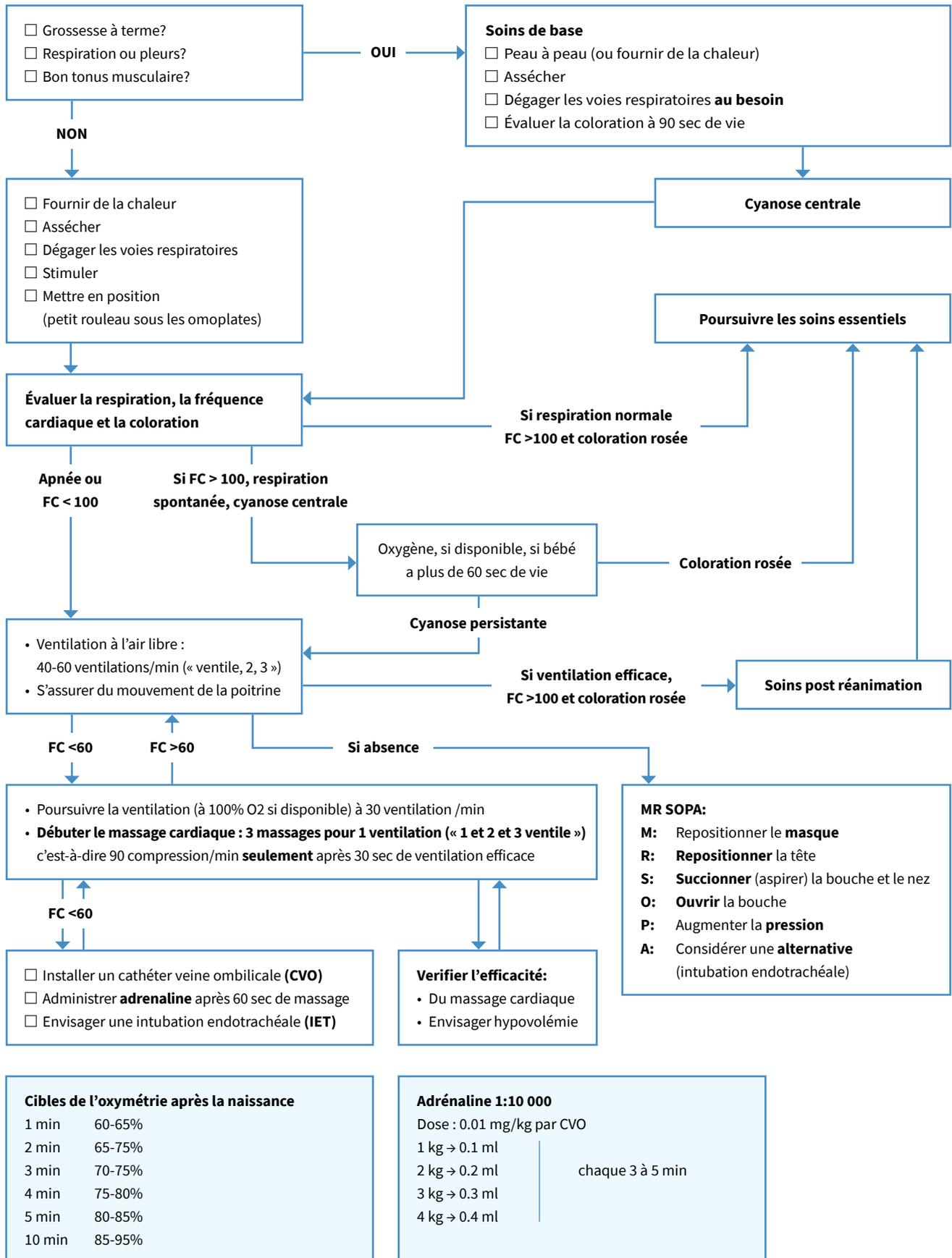
ATTENTION

Intoxication MgSO4 (RR < 16/min, disparition ROT, faiblesse et somnolence): **Gluconate de Calcium** 1 g (ampoule de 10 ml à 10%) IV en 3 min



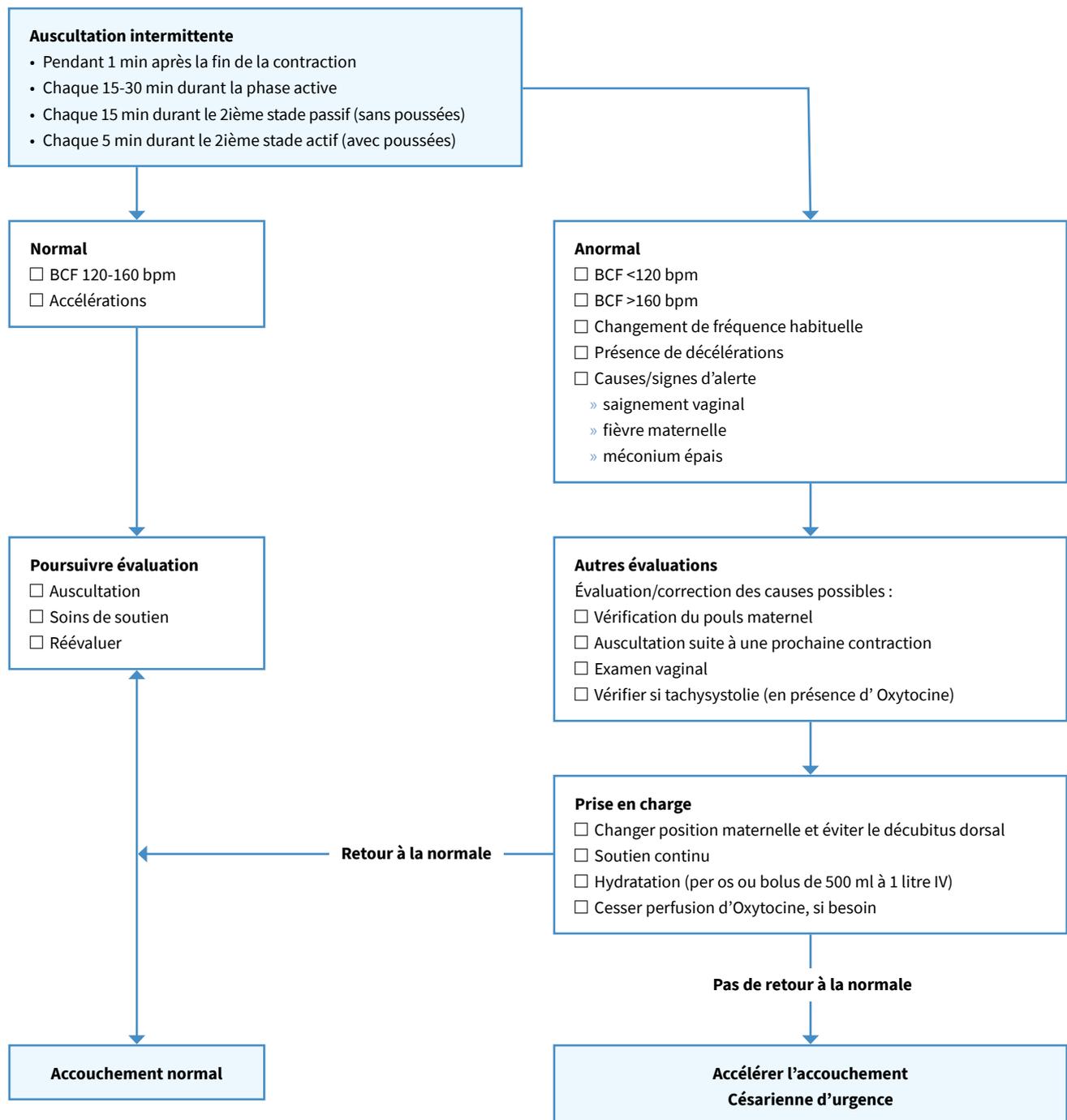
Soins essentiels et réanimation néonatale

Naissance



Surveillance fœtale pendant le travail

Auscultation intermittente du cœur fœtal (CF)



À propos de ces protocoles de prise en charge en SONU

Les protocoles de prise en charge en SONU regroupés dans ce document ont été harmonisés et validés par des experts nationaux et internationaux provenant du Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR), la Société Congolaise de Gynécologie et d'Obstétrique (SCOGO), la Société Congolaise de la Pratique Sage Femme (SCOSAF) et de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC). Ce travail d'harmonisation a été appuyé par le projet « Mères et enfants en santé » mis en œuvre par Oxfam et financé par Affaires mondiales Canada.

Il est espéré que ces protocoles de prise en charge soient largement diffusés et utilisés par tous les prestataires de soins du pays dans le but de permettre à toutes les femmes de la RDC de bénéficier de soins appropriés pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum.

