

Février 2023

Aider les mères à survivre

Travail prolongé & dystocie mécanique

Partie 2 de 2 : Prise en charge





Expliquez

Si le travail est prolongé parce que les contractions ne sont pas assez fréquentes ou assez fortes pour provoquer la dilatation et la descente, la stimulation de l'activité utérine par perfusion d'ocytocine peut augmenter la fréquence et la durée des contractions et améliorer la progression du travail.

La stimulation de l'activité utérine à l'aide d'ocytocine ne doit être effectuée que dans les établissements de santé qui peuvent prendre en charge les complications et uniquement par un personnel formé et compétent.

Les femmes nécessitant une perfusion d'ocytocine présentent un risque accru de :

- Rupture utérine. Ce risque est encore plus élevé pour les femmes qui ont déjà donné naissance à un enfant ou qui ont déjà subi une césarienne.

- Détresse fœtale et asphyxie du nouveau-né
- Hémorragie du post-partum
- Dystocie des épaules

N'accélérez le travail avec l'ocytocine que si toutes les conditions suivantes sont présentes :

- Des contractions inefficaces sont la cause la plus probable d'un déroulement défavorable du travail lorsque le col de l'utérus est **dilaté de 5 cm ou plus** OU pendant le deuxième stade de travail.
- L'établissement de santé est en mesure de prendre en charge les complications maternelles et fœtales de l'accélération du travail, d'effectuer une césarienne, de disposer d'ocytocine conservée dans une chaîne de froid de 2-8 °C pour la distribution et le stockage, et dispose d'un personnel capable de réaliser le titrage de la perfusion et de surveiller étroitement la femme, le fœtus et le travail
- **Aucun signe de DCP ou de dystocie mécanique.**
- La présentation est céphalique et une présentation/position dystocique nécessitant une césarienne a été exclue.
- Il n'y a qu'un seul fœtus.

Soyez prudent lorsqu'on stimule l'activité utérine avec de l'ocytocine si la femme a déjà eu une césarienne. Respecter les protocoles locaux.

Envisager de pratiquer une amniotomie en même temps que la perfusion d'ocytocine :

- **MAIS** ne pas pratiquer l'amniotomie si la présentation n'est pas bien appliquée sur le col de l'utérus pour éviter le prolapsus du cordon ombilical !

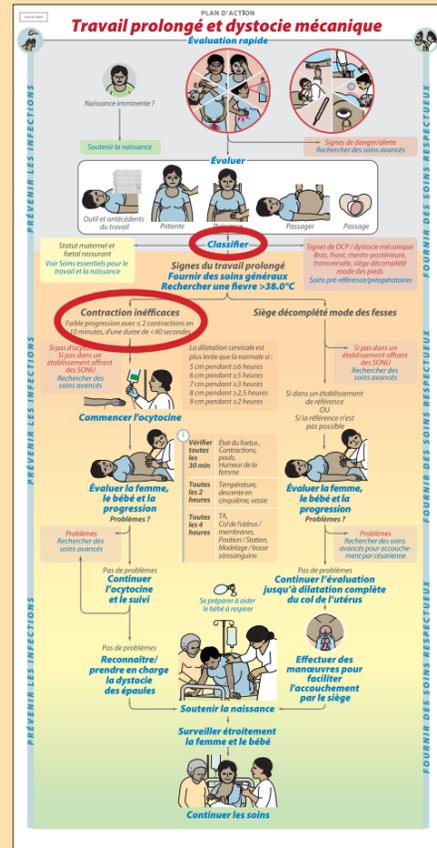
Pratiquer une amniotomie avec prudence si la femme a le VIH ou une hépatite B ou C OU si ces maladies sont courantes afin de réduire la transmission au bébé.

Remarque sur les soins avancés

Référer la femme pour des soins avancés si le déroulement défavorable du travail est très probablement due à des contractions inefficaces et s'il l'un des éléments suivants est présent :

- Signes de dystocie mécanique / DCP
- Présentation non céphalique, position/présentation dystocique nécessitant une césarienne, grossesse multiple.
- L'établissement de santé n'a pas la capacité de réaliser une césarienne.
- Les bêtamimétiques ne sont pas disponibles pour traiter l'hyperstimulation.
- L'ocytocine n'est PAS disponible ou n'est PAS conservée dans une chaîne de froid de 2-8 °.
- L'établissement de santé n'a pas le personnel qui peut :
 - fournir des soins de soutien continus à la femme
 - calculer et contrôler le taux d'ocytocine
 - surveiller étroitement la femme et le fœtus
 - identifier et prendre en charge les complications maternelles et fœtales de l'accélération du travail avec l'ocytocine

En fonction des directives locales, référer les femmes ayant déjà accouché par césarienne.



Classifier

Contractions inefficaces



Contractions utérines inefficaces

- ✓ Deux contractions ou moins en 10 minutes, chacune durant moins de 40 secondes
- ✓ Déroulement défavorable du travail

EXERCISE

Stimuler l'activité utérine, est-ce nécessaire ?

Dites aux apprenants de se reporter à la page 4 du GP pour les études de cas afin de décider si la stimulation de l'activité utérine est appropriée. Demandez aux participants de travailler en groupes de 2 à 4 personnes pour répondre aux questions de chaque scénario. Circulez entre les groupes pour apporter un soutien. Au bout de 20 minutes, revoyez ensemble les réponses.

SCÉNARIO 1 :

Mme W. est une G2P1 de 24 ans qui est arrivée à l'établissement de santé avec des contractions douloureuses. **02h00** : Col dilaté à 5 cm, mou, effacé à 80%. Descente : 2/5. Deux contractions en 10 minutes, chacune durant entre 30 et 40 secondes. Le bébé est en position occipitale antérieure. **06h00** : Col dilaté à 6 cm, mou et effacé à 100%. Descente : 2/5. Mme W. ne présente aucun signe de danger, elle tolère les contractions, ses signes vitaux sont dans les limites de la normale, et le RCF est de 132-146 bpm. Il n'y a aucun signe de DCP ou de dystocie mécanique.

« Une accélération du travail avec de l'ocytocine est-elle nécessaire ? Pourquoi ou pourquoi pas ? »

Cela dépendra des protocoles nationaux. Les contractions sont inférieures à trois en 10 minutes et ne durent que 30-40 secondes et le travail n'a progressé que de 1 cm en 4 heures, mais les conditions fœtales et maternelles sont rassurantes.

« Des soins avancés sont-ils nécessaires ? »

Non.

SCÉNARIO 2 :

Mme X. est une G1P0 de 22 ans qui est arrivée à l'établissement de santé avec des contractions douloureuses. **16h00** : Col dilaté à 6 cm, souple et complètement effacé. Descente : 2/5. Deux contractions en 10 minutes, chacune durant entre 30 et 40 secondes. Le bébé est en position occipitale droite antérieure. **24h00** : Col dilaté à 7 cm, non œdémateux, tête du fœtus est bien appliquée sur le col. Mme X. est fatiguée mais fait face. Elle a son accompagnant(e) à ses côtés, elle est bien hydratée avec des liquides sucrés et elle a alterné entre la marche et le repos. La TA est 122/78, le pouls 82 bpm, les respirations 16 / minute, la température 37.6°C. Le RCF est de 144-152 bpm.

« Une accélération du travail avec de l'ocytocine est-elle nécessaire ? Pourquoi ou pourquoi pas ? »

Oui. La dilatation cervicale n'a progressé que de 1 cm en 8 heures. Il n'y a aucun signe de détresse

maternelle ou fœtale et aucun signe dystocie mécanique ou de DCP. Elle a déjà été hydratée et elle a à ses côtés son accompagnant(e) pour l'aider à faire face à la situation.

« Des soins avancés sont-ils nécessaires ? »

Non, sauf si l'établissement de santé ne répond pas aux exigences de l'accélération du travail avec l'ocytocine.

SCÉNARIO 3 :

Mme Y. est une G6P4 de 32 ans qui est arrivée à l'établissement de santé avec des contractions douloureuses. **20h00** : Col était dilaté à 6 cm, légèrement œdémateux. Descente : 3/5. Elle a eu deux contractions en 10 minutes, chacune durant entre 30 et 40 secondes. Le bébé est en position occipitale antérieure. **00h00** : Coll dilaté à 6 cm, très œdémateux. Mme Y. est épuisée et anxieuse. La TA est de 108/58, le pouls de 102 bpm, les respirations de 22 / minute, la température de 38,1°C. Le RCF est de 162-182 bpm.

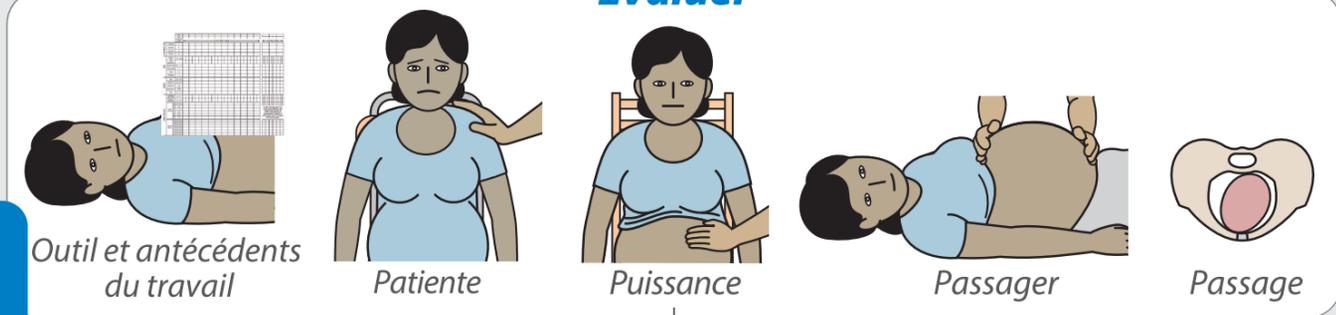
« Une accélération du travail avec de l'ocytocine est-elle nécessaire ? Pourquoi ou pourquoi pas ? »

Non. Même s'il n'y a eu aucun changement de la dilatation du col en 4 heures et que les contractions sont inférieures à 3/10 minutes et ne durent que 30-40 secondes, il y a des signes de détresse maternelle et fœtale et de dystocie mécanique.

« Des soins avancés sont-ils nécessaires ? »

Oui.

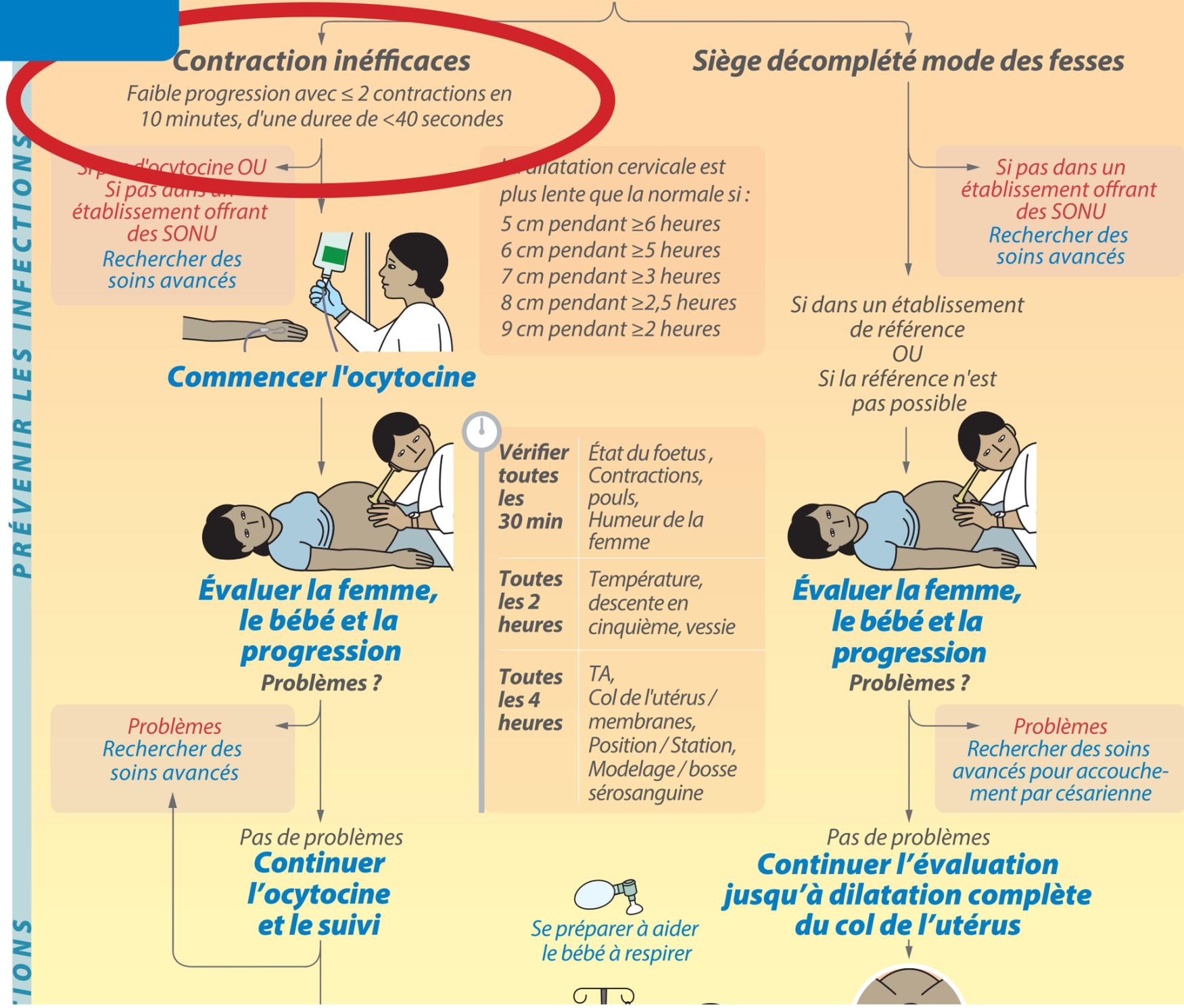
EXERCISE
 Stimuler l'activité utérine,
 est-ce nécessaire ?



Classifiez

Signes du travail prolongé
 Fournir des soins généraux
 Rechercher une fièvre >38.0°C

Signes de DCP / dystocie mécanique
 Bras, front, mento-postérieure, transversale, siège décomplété mode des pieds
 Soins pré-référence/préopératoires





Remarque pour le facilitateur :

Avant de commencer cette section, vérifiez la taille des tubulures IV disponibles. Les tubulures IV sont étalonnées en gtt/mL et cet étalonnage est nécessaire pour calculer le débit. Le type de tubulure est généralement de 10, 15 ou 20 gtt pour équivaloir à 1 mL.

Expliquez

Expliquer à la femme et à l'accompagnant(e) pourquoi elle a besoin d'ocytocine pour accélérer le travail. Lui dire à quoi s'attendre et que ses contractions vont devenir plus fortes. **Obtenir son consentement.**

- **Ne jamais laisser la femme seule !**
- **Surveiller la femme, le fœtus et la progression du travail** et noter les résultats. Utiliser les résultats pour décider si le débit de la perfusion d'ocytocine doit être maintenu, augmenté ou arrêté :

Toutes les 30 minutes :

- La femme fait-elle face à la situation, pouls, contractions et RCF.
- Liquide amniotique en cas de rupture des membranes.

Toutes les 2 heures :

- Température, descente par palpation abdominale, vessie

Toutes les 4 heures :

- TA
- Toucher vaginal : dilatation et état du col, station, position, modelage et bosse séro-sanguine
- Si la femme est allongée, s'assurer qu'elle est dans la position de son choix, sauf à plat sur le dos. Elle peut marcher et se déplacer si le bébé se porte bien.
- Offrir un soulagement de la douleur si nécessaire.
- Informer la femme et l'accompagnant(e) de son état et de celui de son bébé, ainsi que de la progression du travail.
- **Évaluer immédiatement les signes vitaux, les contractions et le RCF si la femme semble être en détresse et réagir en fonction des résultats.**

Démontrez

▶ [Utilisation d'ocytocine pour traiter le travail prolongé](#)

Demandez aux participants de se référer aux outils de travail suivants dans le GP2 pendant que vous démon-

trez ou qu'ils regardent la vidéo :

- Page 7 : Taux de perfusion d'ocytocine pour l'accélération du travail
- Page 8 : Calculer les taux de perfusion d'ocytocine en fonction du facteur de chute
- Page 9 : Augmenter la perfusion d'ocytocine
- Page 10 : Surveillance et prise de décision pendant la perfusion d'ocytocine

Lorsque la vidéo n'est pas disponible

Démontrez : commencer une perfusion d'ocytocine à l'aide de la liste de vérification de la page 6 du GP pour « Accélération du travail avec l'ocytocine ».

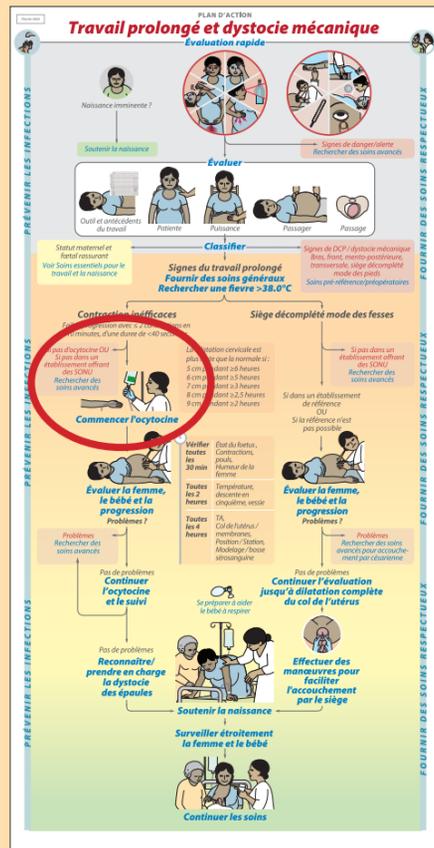
Pratiquez

Calculez le débit de la perfusion IV en utilisant des tubulaires disponibles. Indiquez où se trouve le nombre de gouttes/mL sur l'emballage du tubulaire.

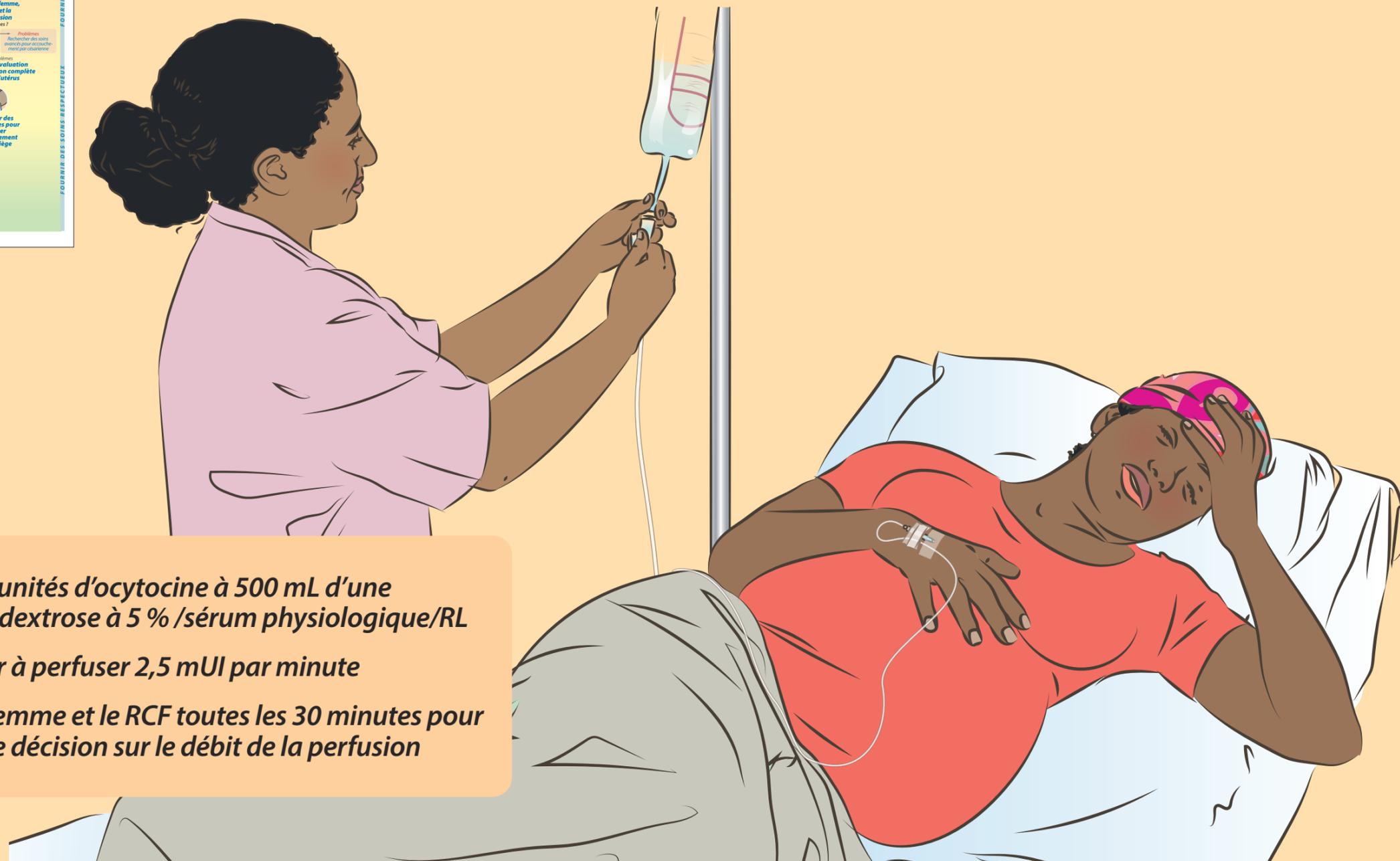
Demandez aux prestataires de se référer au tableau des taux de perfusion d'ocytocine pour accélérer le travail aux pages 7 et 8 du GP.

En groupes de 2 ou 3, demandez aux participants de régler le débit de perfusion et de vérifier la vitesse de perfusion, en tenant une montre avec trotteuse derrière la chambre à goutte, pour les doses suivantes :

- 5 mUI/minute avec une concentration de 2,5 UI dans 500 mL
- 10 mUI/minute avec une concentration de 2,5 UI dans 500 mL
- 15 mUI/minute avec une concentration de 2,5 UI dans 500 mL



Si les contractions sont inefficaces Commencer la perfusion d'ocytocine



- ✓ Ajouter 2,5 unités d'ocytocine à 500 mL d'une solution de dextrose à 5 % /sérum physiologique/RL
- ✓ Commencer à perfuser 2,5 mUI par minute
- ✓ Évaluer la femme et le RCF toutes les 30 minutes pour prendre une décision sur le débit de la perfusion



Expliquez

Surveiller attentivement la femme, le fœtus et la progression du travail. Agir rapidement s'il y a des signes de détresse fœtale ou maternelle ou des signes d'hyperstimulation ! Continuer à fournir un soutien général au travail et ne jamais laisser la femme seule.

Activité d'apprentissage

Demandez aux apprenants de se référer aux outils de travail : « Augmenter la perfusion d'ocytocine » et « Surveillance et prise de décision pendant la perfusion d'ocytocine » aux pages 9 et 10 du GP pour répondre aux questions :

« Qu'allez-vous surveiller et enregistrer toutes les 30 minutes ? »

- La femme fait-elle face à la situation, pouls, contractions, et RCF
- Liquide amniotique

« Quels résultats doivent être présents pour augmenter le taux de perfusion ? »

- L'état maternel et fœtal est rassurant
- Les contractions ne sont pas encore efficaces

« Quelles sont les constatations qui indiquent que vous devez maintenir le taux de perfusion ? »

- Le statut maternel et fœtal est rassurant
- Les contractions sont efficaces (3 contractions/10 minutes, chacune durant plus de 40 secondes) est obtenu.

« Quand faut-il arrêter la perfusion et que faire dans chaque cas ? »

- Si le RCF est anormal, arrêter la perfusion et prendre en charge la détresse fœtale : donner de l'oxygène, des liquides et tourner la femme sur le côté gauche.
- S'il y a plus de cinq contractions en 10 minutes, ou si une contraction dure plus de 60 secondes, ou si l'utérus ne se détend pas entre les contractions, arrêter la perfusion et prendre en charge l'hyperstimulation. Nous reviendrons sur ce point prochainement.

« Si le pouls de la femme est rapide, que devez-vous faire ? »

Si le pouls maternel est rapide et faible, effectuer une évaluation rapide de l'état général de la femme, notamment en vérifiant le pouls, la TA, la respiration, la température, et prendre en

charge la patiente en fonction des résultats.

« La stimulation de l'activité utérine pourrait-elle être la cause du pouls rapide ? Si oui, comment ? »

- Oui, ça peut venir d'une rupture utérine.

« Quel est le débit maximal de perfusion lorsqu'on utilise une concentration de 2,5 unités d'ocytocine/500 mL d'une solution IV ? »

- **Le débit maximal de perfusion est de 15 mIU / minute** (soit 3 mL par minute ou 60 gouttes par minute si le dispositif d'administration a un facteur de chute de 20 gouttes/mL).

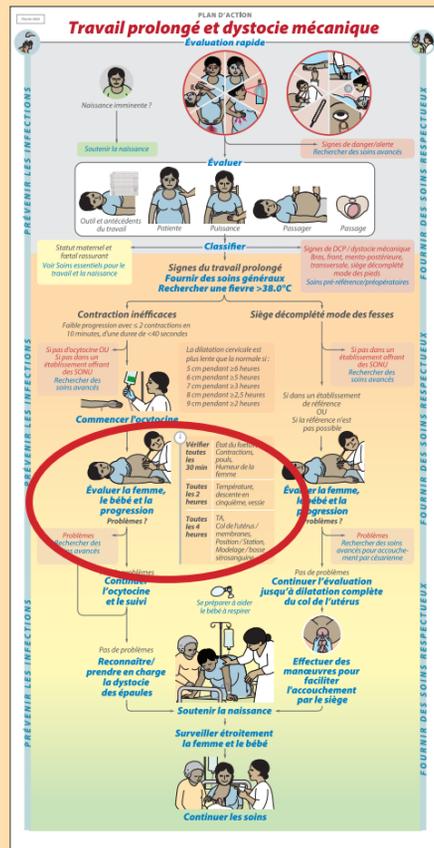
« Que ferez-vous une fois que le taux de perfusion maximum est atteint en utilisant une concentration de 2,5 unités d'ocytocine/500 ml d'une solution IV et que les contractions ne sont pas encore efficaces ? »

- Commencer à utiliser une concentration de 5 UI/500 ml.

Remarque sur les soins avancés

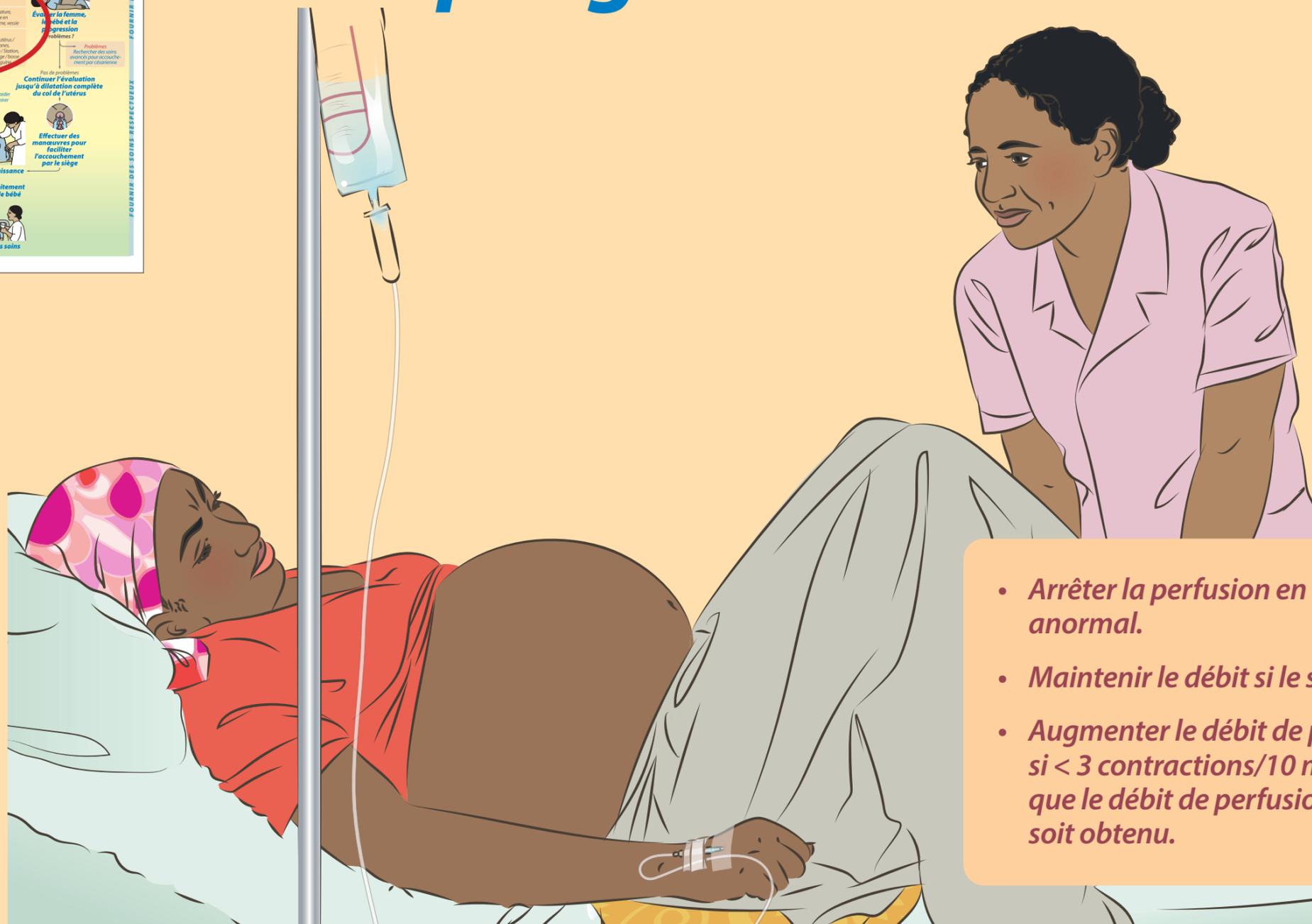
Selon les normes et protocoles locaux, référez la femme vers des soins avancés dans les cas suivants :

- Le bébé est en détresse et ne tolère pas la perfusion d'ocytocine.
- Il y a hyperstimulation

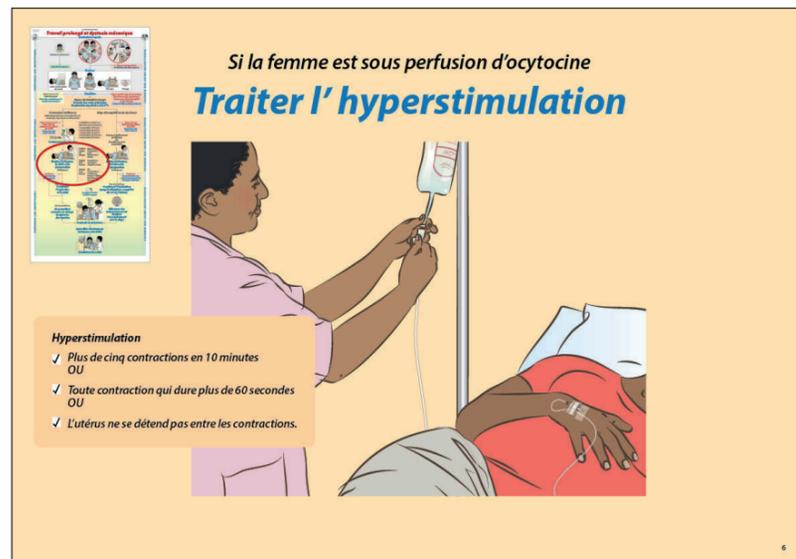


Si la femme est sous perfusion d'ocytocine

Évaluer la femme, le bébé et la progression du travail



- Arrêter la perfusion en cas d'hyperstimulation ou de RCF anormal.
- Maintenir le débit si le schéma de contraction est bon.
- Augmenter le débit de perfusion toutes les 30 minutes si < 3 contractions/10 minutes, < 40 secondes jusqu'à ce que le débit de perfusion maximal de 15 mUI / minute soit obtenu.



Expliquez

L'hyperstimulation peut se produire avec ou sans une détresse foetale. Si l'hyperstimulation n'est pas bien gérée, elle peut entraîner une hypoxie foetale et une rupture utérine.

S'assurer que la femme bénéficie d'un soulagement adéquat de la douleur - l'hyperstimulation est très douloureuse !

S'il y a des signes de détresse foetale, utiliser des moyens non pharmacologiques pour apporter un soutien émotionnel et soulager la douleur.

Ne jamais laisser la femme seule !

Démontrez

Avec un volontaire portant le simulateur, montrez comment vous réagiriez à une hyperstimulation. Demandez aux participants de se référer aux pages 11-12 du PG2 pendant que vous faites la démonstration. Parlez à la femme et expliquez ce qui se passe et ce que vous faites pendant la démonstration.

- **Arrêter la perfusion d'ocytocine.**
- Placer la femme sur son côté gauche.
- Demander immédiatement des soins avancés à un prestataire expérimenté.
- **Évaluer le RCF :**
 - Si le RCF est normal :**
 - Observer l'amélioration de l'activité utérine et surveiller le RCF.
 - Si une activité utérine normale n'est pas établie dans les 20 minutes, détendre l'utérus en utilisant des bêtamimétiques.

Si le RCF est anormal :

- Traiter la détresse foetale : changer la position de la femme, administrer des liquides par voie intraveineuse ou orale et donner de l'oxygène.
- Réduire les contractions avec des bêtamimétiques : Terbutaline 250 mcg ajoutée à 9 mL de chlorure de sodium 0,9 % - administrer lentement par bolus IV de 50 mcg jusqu'à 250 mcg au total OU 250 mcg par injection sous-cutanée.
OU

Salbutamol 10 mg dans 1 L de liquide IV (solution sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 10 gouttes par minute.

- Observez l'amélioration de l'activité utérine et du RCF.
- Envisager le besoin d'une césarienne si la détresse foetale persiste malgré le traitement d'urgence.
- Si le RCF devient rassurant ou normal et qu'une activité utérine normale est établie pendant une période d'au moins 30 minutes, reprendre prudemment la perfusion d'ocytocine si vous êtes dans un établissement de soins avancés. Sinon, rechercher des soins avancés.

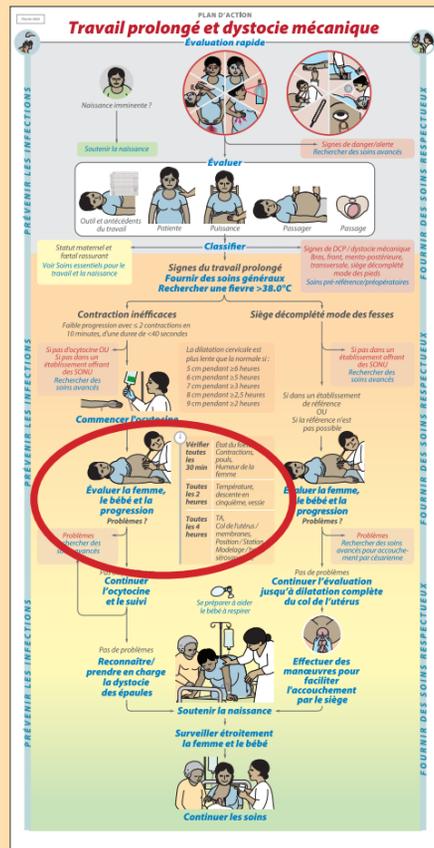
Discutez

Demandez aux apprenants,
« **Quels bêtamimétiques utilisez-vous dans cet établissement de santé ?** »

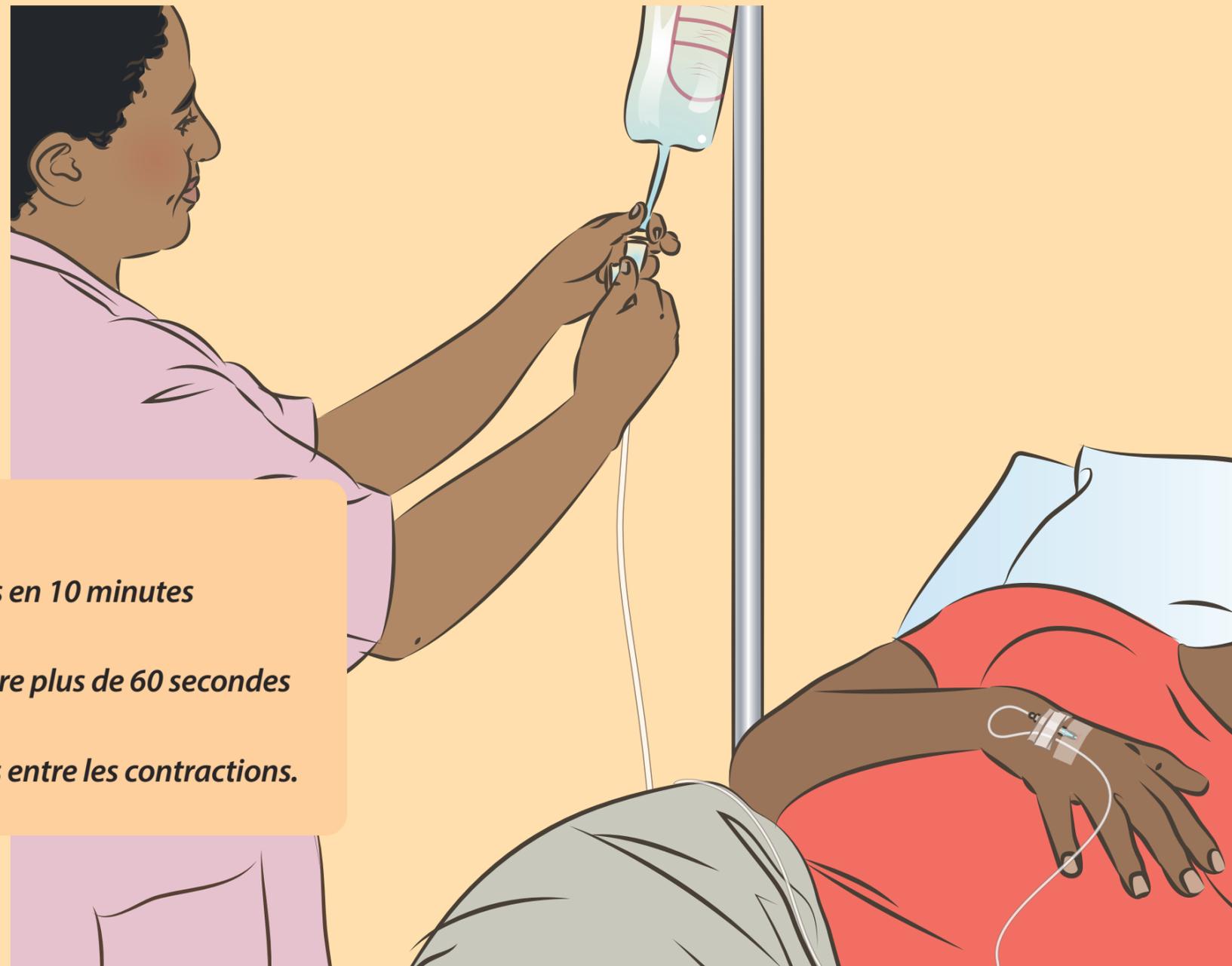
Remarque sur les soins avancés

Selon les protocoles et les normes locales, rechercher des soins avancés auprès d'un prestataire expérimenté si l'une des situations suivantes se présente :

- Présence d'hyperstimulation.
- Les bêtamimétiques sont indiqués.
- Le bébé est en détresse et ne se rétablit pas après un traitement aux bêtamimétiques.
- Les bêtamimétiques n'ont pas réussi à traiter l'hyperstimulation.



Si la femme est sous perfusion d'ocytocine Traiter l'hyperstimulation



Hyperstimulation

- ✓ Plus de cinq contractions en 10 minutes
OU
- ✓ Toute contraction qui dure plus de 60 secondes
OU
- ✓ L'utérus ne se détend pas entre les contractions.

EXERCISE

Gérer la perfusion d'ocytocine (1)

Répartissez les apprenants en groupes de 2-4 et demandez-leur de se reporter aux scénarios de la page 12 du GP. Demandez aux apprenants de se référer aux outils de travail des pages 6-11 du PG et de répondre aux questions de chaque scénario pour les femmes recevant de l'ocytocine pour accélérer le travail. Circulez pour faciliter la discussion.

SCÉNARIO 1 :

Mme E. est une G1P0 de 19 ans qui est arrivée en travail :

- **09h00** - Col dilaté à 7 cm, 3 contractions utérines en 10 minutes durant 20-30 secondes.
- **13h00** - Col dilaté à 7 cm, 2 contractions en 10 minutes, chacune durant 30-40 secondes. DCP et dystocie mécanique ont été écartés. Le RCF est de 152 bpm. Perfusion d'ocytocine mise en place avec une concentration de 2,5 unités dans 500 mL de Ringer lactate, avec un débit de perfusion de 2,5 mIU par minute.

- **13h30** - 2 contractions en 10 minutes, chacune durant 30-40 secondes ; le RCF est de 138 bpm.

Demandez,

« **Comment allez-vous gérer la perfusion d'ocytocine ?** »

- Augmenter le taux de perfusion par 2,5 mIU par minute
- « **Comment allez-vous prendre soin de la femme ?** »
- Continuer à surveiller les contractions utérines, le RCF et le pouls maternel toutes les 30 minutes.
 - Fournir des soins généraux et un soutien

SCÉNARIO 2 :

Mme F. est une G6P5 de 32 ans qui est arrivée en travail :

- **17h00** - Col dilaté à 5 cm, 2 contractions en 10 minutes, chacune durant 30-40 secondes.
- **21h00** - Col dilaté à 5 cm, aucun changement dans la fréquence et la durée des contractions.
- **01h00** - Col dilaté à 6 cm, pas de changement dans les contractions. DCP et dystocie mécanique ont été écartés. Le RCF est de 136 bpm. Perfusion d'ocytocine mise en place avec une concentration de 2,5 unités dans 500 mL de Ringer lactate, avec un débit de perfusion de 2,5 mIU par minute.

- **03h00** - 6 contractions en 10 minutes, chacune durant 70-80 secondes ; le RCF est de 172 bpm.

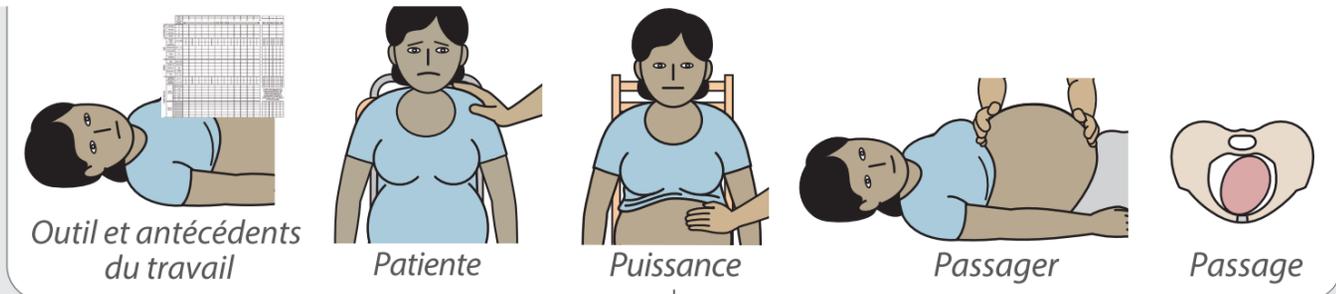
Demandez,

« **Comment allez-vous gérer la perfusion d'ocytocine ?** »

- Arrêter la perfusion d'ocytocine !
- « **Comment allez-vous prendre soin de la femme ?** »
- Traiter l'hyperstimulation et la détresse fœtale - tourner la femme sur le côté, donner de l'oxygène et des fluides IV (solutés cristalloïdes) donner des bétamimétiques. Poursuivre la surveillance et les soins de soutien.

Débriefing

Demandez à un groupe de partager ses réponses sur le scénario 1 avec le groupe. Après qu'un groupe a donné sa réponse, demandez si les autres ont des remarques ou des commentaires à faire. Si nécessaire, donnez les réponses correctes et le feedback. Répétez l'exercice pour le scénario 2.



EXERCISE
Gérer la perfusion d'ocytocine (1)

Classifiez

Statut maternel et foetal rassurant
 Soins essentiels pour le travail et la naissance

Signes de travail prolongé
Fournir des soins généraux
Rechercher une fièvre >38.0°C

Signes de DCP / dystocie mécanique
 Bras, front, mento-postérieure, transversale, siège décompleté mode des pieds
 Soins pré-référence/préopératoires

Contraction inefficaces
 Faible progression avec ≤ 2 contractions en 10 minutes, d'une durée de <40 secondes

Siège décompleté mode des fesses

Si pas d'ocytocine OU
 Si pas dans un établissement offrant des SONU
 Rechercher des soins avancés

La dilatation cervicale est plus lente que la normale si :
 5 cm pendant ≥6 heures
 6 cm pendant ≥5 heures
 7 cm pendant ≥3 heures
 8 cm pendant ≥2,5 heures
 9 cm pendant ≥2 heures

Si pas dans un établissement offrant des SONU
 Rechercher des soins avancés

Si dans un établissement de référence
 OU
 Si la référence n'est pas possible

Commencer l'ocytocine

Évaluer la femme, le bébé et la progression
 Problèmes ?

Problèmes
 Rechercher des soins avancés

Pas de problèmes
Continuer l'ocytocine et le suivi

Vérifier toutes les 30 min
 État du foetus, Contractions, pouls, Humeur de la femme

Toutes les 2 heures
 Température, descente en cinquième, vessie

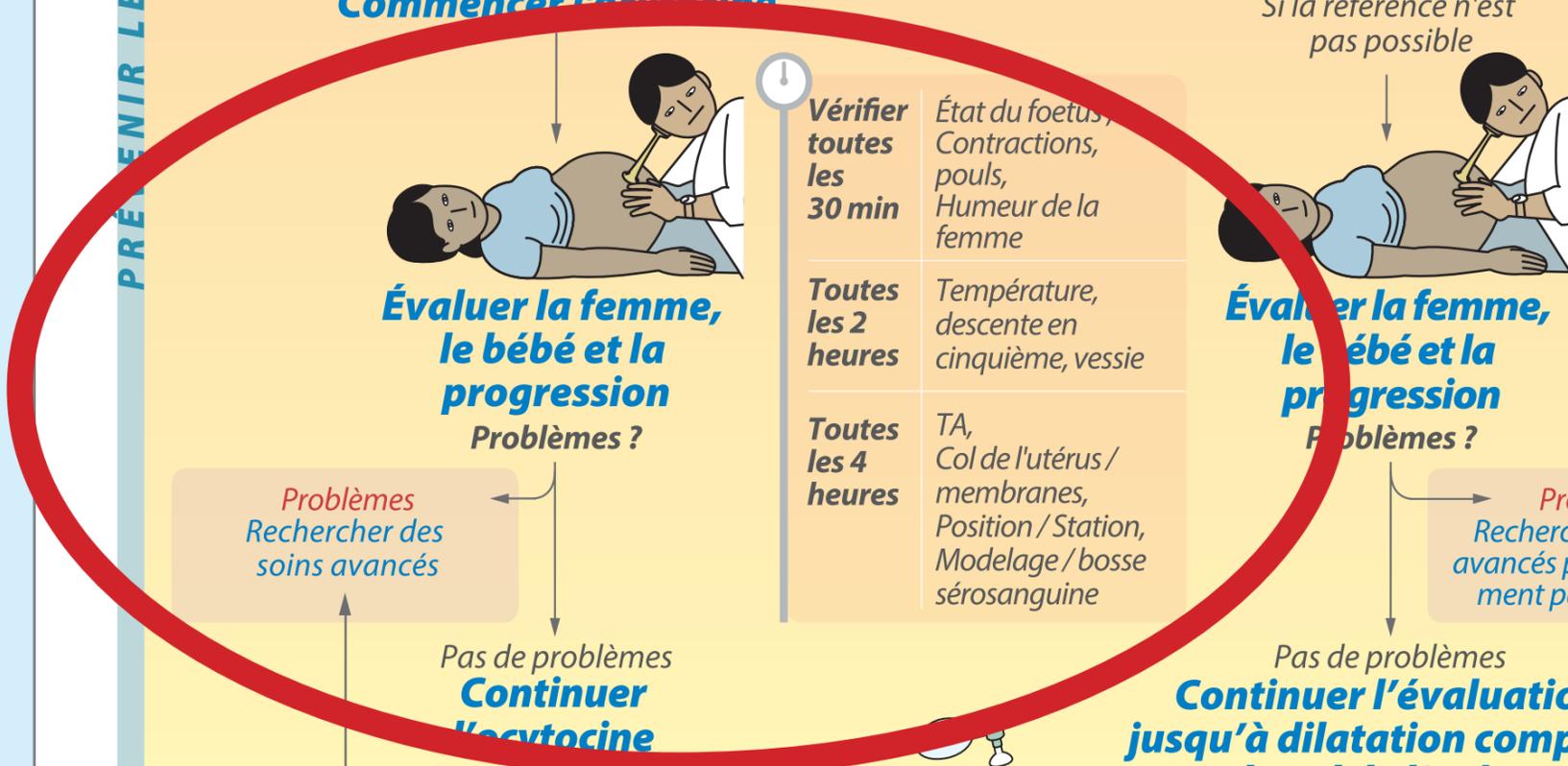
Toutes les 4 heures
 TA, Col de l'utérus / membranes, Position / Station, Modelage / bosse sérosanguine

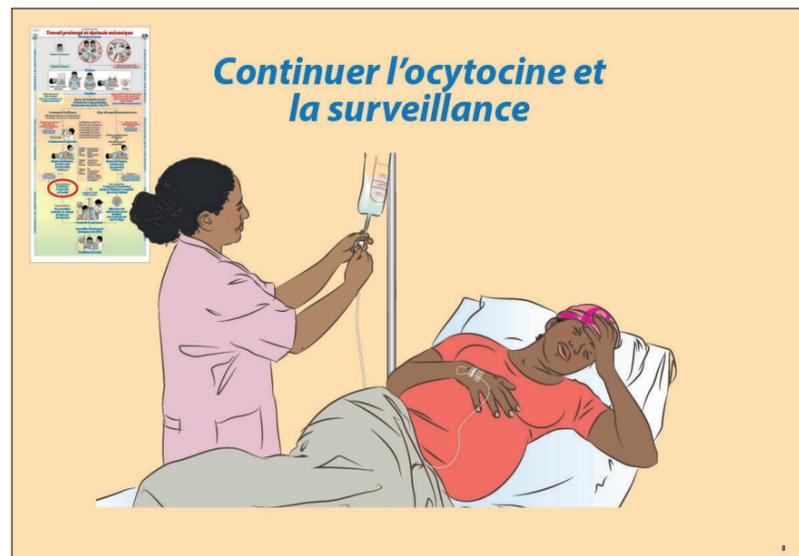
Évaluer la femme, le bébé et la progression
 Problèmes ?

Problèmes
 Rechercher des soins avancés pour accouchement par césarienne

Pas de problèmes
Continuer l'évaluation jusqu'à dilatation complète du col de l'utérus

Se préparer à aider le bébé à respirer





Expliquez

La dose d'ocytocine ne doit jamais être supérieure à :

- 30 mUI/minute en utilisant une concentration de 5 UI/500 mL chez une multigeste et chez les femmes ayant déjà accouché par césarienne.
- 60 mUI par minute en utilisant une concentration de 10 UI/500 mL chez une primigeste.

Si ces limites sont atteintes et que les contractions ne sont pas efficaces OU que le travail ne progresse pas, l'accélération du travail a échoué. Rechercher des soins avancés !

Activité d'apprentissage

Demandez aux apprenants de se référer aux outils de travail « Augmenter la dose de perfusion d'ocytocine » et « Surveillance et prise de décision pendant la perfusion d'ocytocine » aux pages 9-10 du GP pour

répondre aux questions suivantes :

« Comment allez-vous préparer la concentration d'ocytocine avec 5 UI d'ocytocine dans 500 mL pour continuer la perfusion d'ocytocine ? »

- Utiliser une **nouvelle poche IV** pour préparer la nouvelle concentration.
- Ajouter 5 unités d'ocytocine à 500 mL de liquide IV.
- Ajuster le débit de perfusion à 15 mUI par minute.

« Si un bon schéma de contraction n'est pas établi au bout de 30 min et que l'état maternel et foetal est rassurant, de combien allez-vous augmenter le débit, en utilisant une concentration de 5 UI/500 mL ? »

- Augmenter le débit de perfusion par 5 mUI toutes les 30 minutes.

« Quel est le débit maximal de perfusion avec une concentration de 5 UI/500 mL ? »

- Le débit maximal de perfusion est de 30 mUI/minute avec une concentration de 5 UI/500 mL.

Avertissement ! Ne jamais utiliser l'ocytocine 10 unités dans 500 mL chez les multigestes ou les femmes ayant déjà accouché par césarienne.

« Chez une primigeste, que faire lorsque le débit maximal de perfusion de 30 mUI/ min en utilisant une concentration de 5 UI/500 mL a été atteint et qu'un bon schéma de contraction n'a pas été établi ? »

- Chez une primigeste, augmenter la

concentration d'ocytocine à 10 UI par 500 mL (utiliser une nouvelle poche IV pour obtenir la nouvelle concentration).

« Chez une primigeste, à quel débit de perfusion allez-vous commencer la perfusion en utilisant une concentration de 10 UI/500 mL ? »

- Commencer la nouvelle perfusion à un débit de 30 mUI par minute.

« Quel est le débit maximal de perfusion en utilisant une concentration de 10 UI/500 mL ? »

- Le débit maximal est de 60 mUI par minute.

« Quels sont les signes que la stimulation de l'activité utérine a échoué ? »

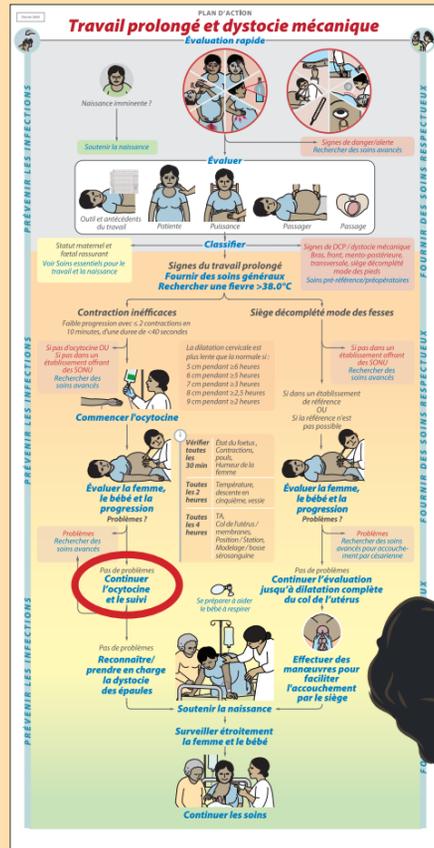
- Une fois que la limite de 60 mUI/minute d'ocytocine pour les primigestes ou de 30 mUI/minute pour les multigestes a été atteinte et que les contractions ne sont pas efficaces OU que le travail ne progresse pas, l'accélération de l'activité utérine a échoué.

Remarque sur les soins avancés

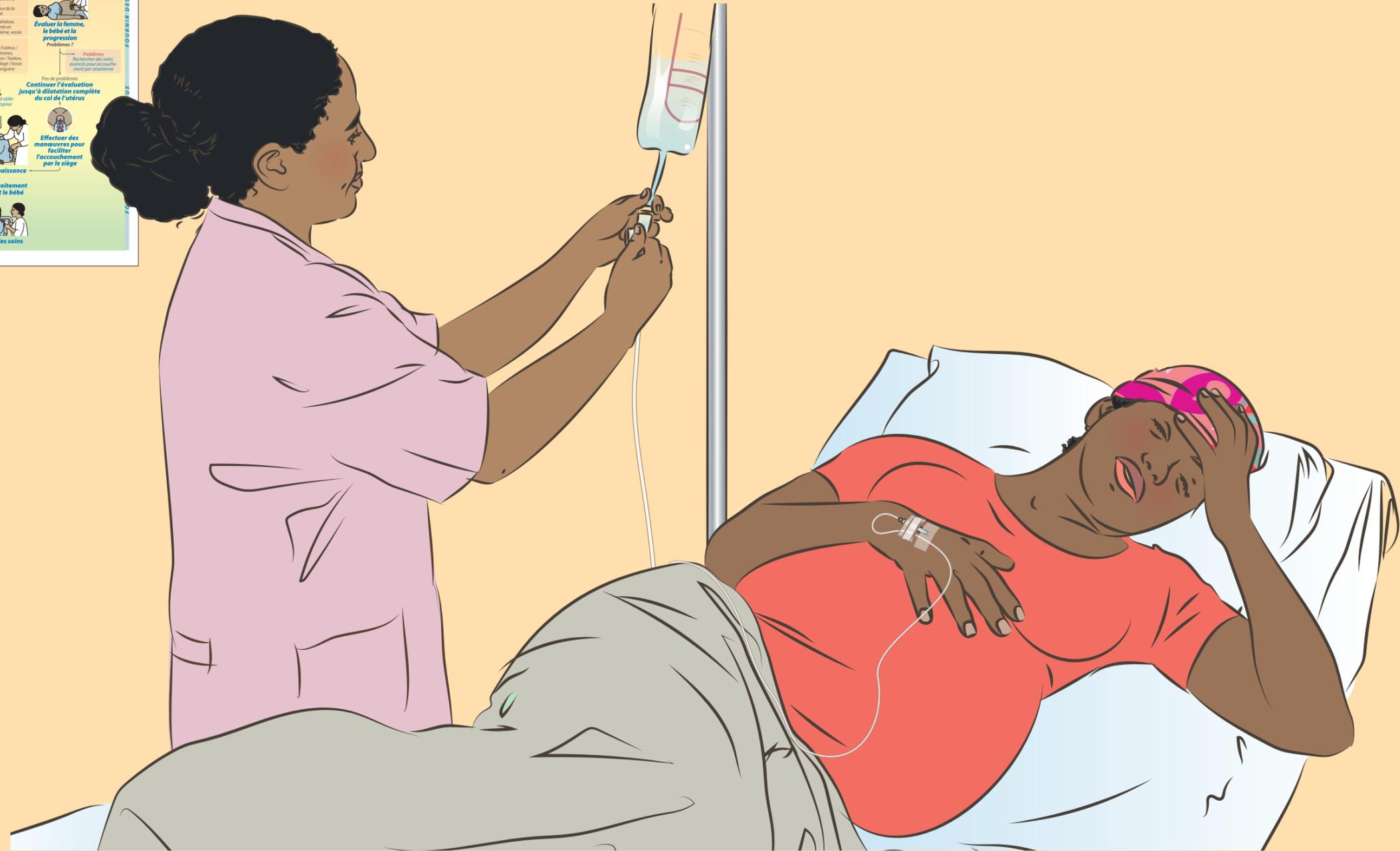
Référer la femme pour des soins avancés si l'une des situations suivantes s'applique :

- La dose maximale d'ocytocine est atteinte et un bon schéma de contraction n'a pas été établi.
- Le bébé est en détresse et ne tolère pas la perfusion d'ocytocine.

Les directives doivent être adaptées en fonction des normes et protocoles locaux.



Continuer l'ocytocine et la surveillance



EXERCISE

Gérer la perfusion d'ocytocine (2)

Répartissez les apprenants en groupes de 3 et demandez-leur de se reporter aux scénarios de la page 12 du GP. Demandez aux apprenants de se référer aux outils de travail des pages 6-10 du GP et de répondre aux questions de chaque scénario pour les femmes recevant de l'ocytocine pour accélérer le travail. Circulez pour faciliter la discussion.

SCÉNARIO 1 :

Mme G. est une G1P0 de 21 ans qui est arrivée en travail d'accouchement.

04h00 : Col dilaté à 5 cm ; 3 contractions en 10 minutes durant 20-30 secondes ; FHR 144

08h00 : Col dilaté à 6 cm ; 2 contractions en 10 minutes durant 30-40 secondes ; FHR 132 bpm.

- DCP et dystocie mécanique ont été écartées.
- Perfusion d'ocytocine mise en place avec une concentration de 2,5 unités d'ocytocine dans 500 mL de Ringer lactate (RL), en commençant par 2,5 mUI par minute.

11h00 : 2 contractions en 10 minutes durant 30-40 secondes ; le RCF est de 146 bpm

- La concentration d'ocytocine est augmentée à 5 UI d'ocytocine / 500 mL de RL en commençant par 15 mlU/min.

12h00 : Col dilaté à 6 cm ; 2 contractions en 10 minutes d'une durée de 30-40 secondes ; le RCF est de 138 bpm.

- Taux de perfusion d'ocytocine : 25 mlU/minute de 5 IU d'ocytocine/500 mL de RL

13h00 : 2 contractions en 10 min. durant 30-40 sec ; RCF 142 bpm

- Perfusion d'ocytocine pendant 5 heures. Le débit actuel de la perfusion est de 30 mlU/minute pour les 30 dernières minutes avec une concentration de 5 unités d'ocytocine dans 500 mL.

Demandez, « **Comment allez-vous gérer la perfusion d'ocytocine ?** »

- Augmenter la concentration d'ocytocine à 10 unités / 500 mL : ajouter 10 unités d'ocytocine à une nouvelle poche de 500 mL de glucose à 5% ou de Ringer Lactate ou de sérum physiologique pour obtenir 20 mlU par mL.
 - Ajuster le taux de perfusion à 30 mUI par minute.
- « **Comment vous allez prendre soin de la femme ?** »
- Continuer à surveiller les contractions utérines, le RCF et le pouls maternel toutes les 30 minutes.
 - Fournir des soins généraux et un soutien.

SCÉNARIO 2 :

Mme H. est une G5P3 de 30 ans qui est arrivée en travail d'accouchement.

20h00 : Col dilaté à 5 cm ; 2 contractions en 10 min. d'une durée de 30-40 sec. ; FHR 132 bpm

00h00 : Col dilaté à 6 cm ; 2 contractions en 10 min. d'une durée de 30-40 sec. ; RCF 136 bpm

- DCP et dystocie ont été écartées.
 - Perfusion d'ocytocine mise en place avec une concentration de 2,5 unités d'ocytocine dans 500 mL de RL, en commençant par 2,5 mUI par minute.
- 03h00 :** 2 contractions en 10 minutes d'une durée de 30-40 secondes ; RCF 142 bpm
- Concentration d'ocytocine augmentée à 5 UI d'ocytocine / 500 mL de RL en commençant par 15 mlU/min.
- 04h00 :** Col dilaté à 7 cm, 2-3 contractions/10 minutes durant 20-30 secondes ; RCF 140 bpm
- 05h00 :** 3 contractions en 10 min. durant 30-40 sec ; RC 156 bpm
- Perfusion d'ocytocine pendant 5 heures. Le taux de perfusion actuel est de 30 mlU/minute pour les 30 dernières minutes avec une concentration de 5 unités d'ocytocine dans 500 mL

Demandez, « **Comment allez-vous gérer la perfusion d'ocytocine ? Pourquoi ?** »

Arrêter la perfusion parce que l'accélération de l'activité utérine a échoué.

« **Comment vous allez prendre soin de la femme ?** »

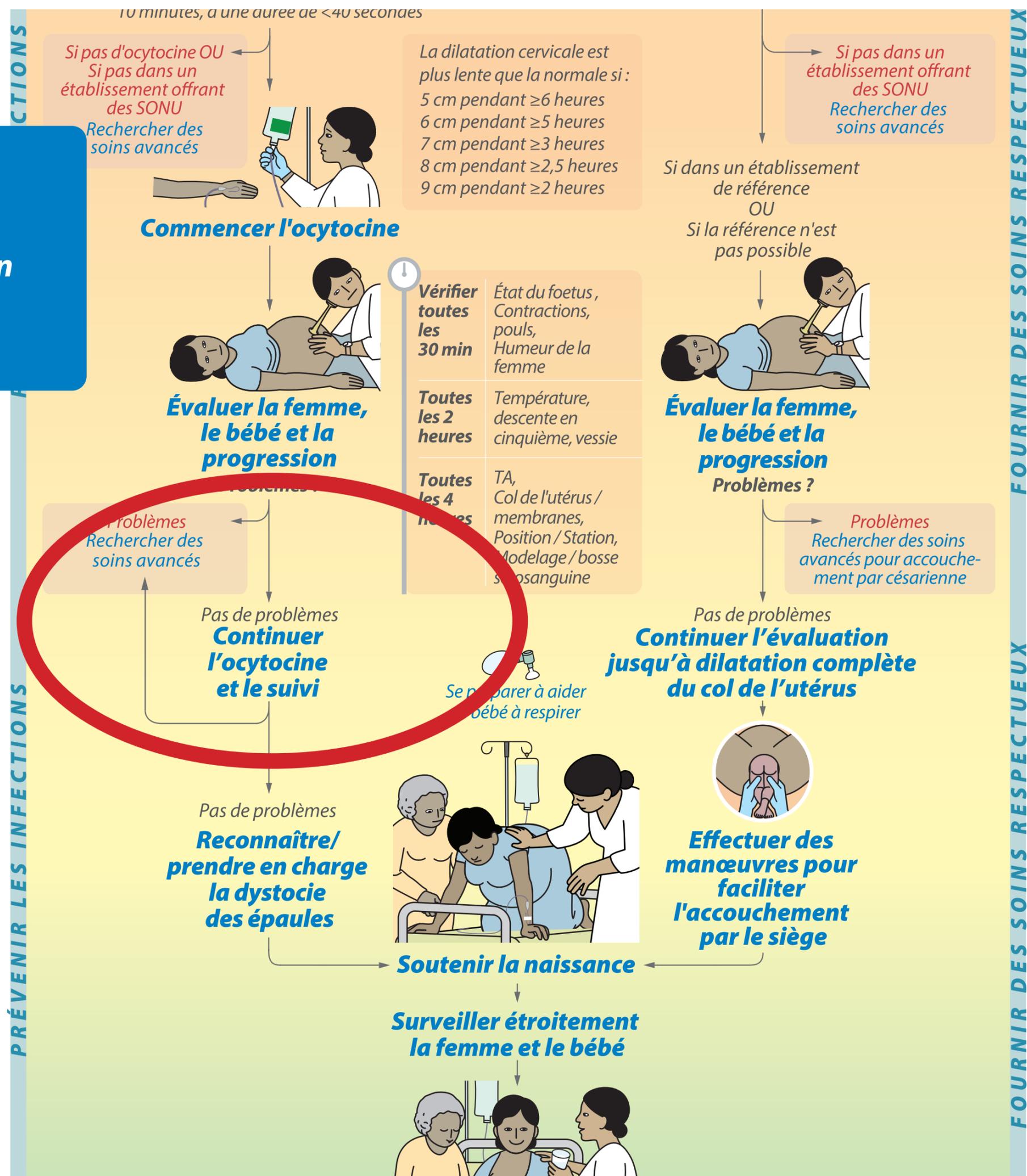
- Préparer la femme et l'accompagnant(e) à un accouchement par césarienne.

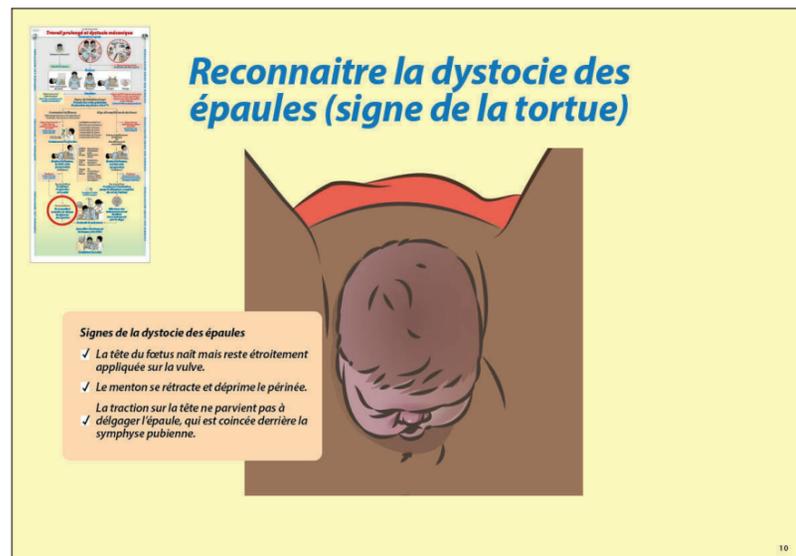
Débriefing

Demandez à un groupe de partager ses réponses avec le grand groupe. Après qu'un groupe a donné sa réponse, demandez si les autres ont des ajouts ou des commentaires. Puis, si nécessaire, donnez la bonne réponse au groupe.

EXERCISE

Gérer la perfusion d'ocytocine (2)





Expliquez

La dystocie des épaules est imprévisible.

Etre préparé et attentif aux signes de dystocie des épaules à chaque accouchement. Ne pas oublier qu'une femme qui subit une dystocie des épaules a un risque accru d'HPP.

L'accélération du travail peut accroître le risque d'une dystocie des épaules.

La césarienne ne doit pas être pratiquée uniquement parce qu'une femme peut présenter un risque plus élevé de dystocie des épaules si son travail progresse bien.

La dystocie des épaules est une urgence. On a environ cinq minutes pour dégager le corps du bébé avant que l'asphyxie et des dommages permanents ne se produisent.

Il existe des mesures spécifiques et importantes que l'on peut prendre pour sauver le bébé.

Le risque de dystocie des épaules est accru en cas de :

- dystocie des épaules lors d'une naissance antérieure
- gros bébé
- diabète
- 1er ou 2e stade du travail prolongé, avec ou sans stimulation de l'activité utérine
- accouchement par ventouse ou forceps

Signes de dystocie des épaules ;

- La tête délivre mais reste serrée contre la vulve.
- Le menton se rétracte et déprime le périnée.
- La traction sur la tête ne parvient pas à dégager l'épaule, qui est coincée derrière la symphyse pubienne

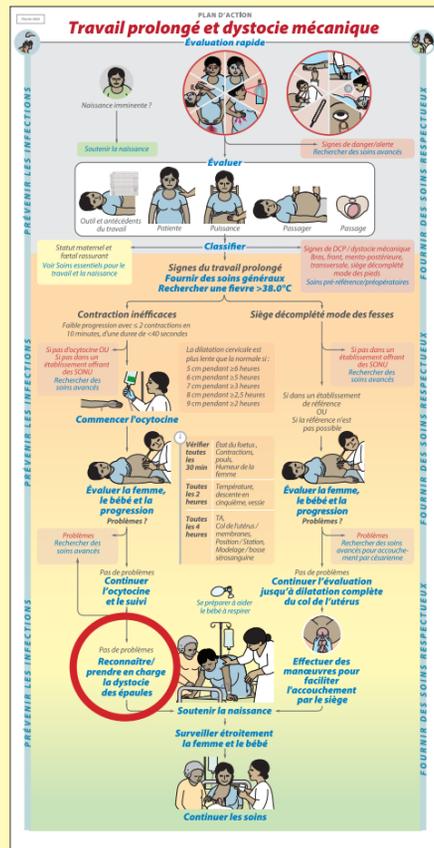
Si ces signes sont observés, agir vite !

Appeller plusieurs personnes à l'aide !

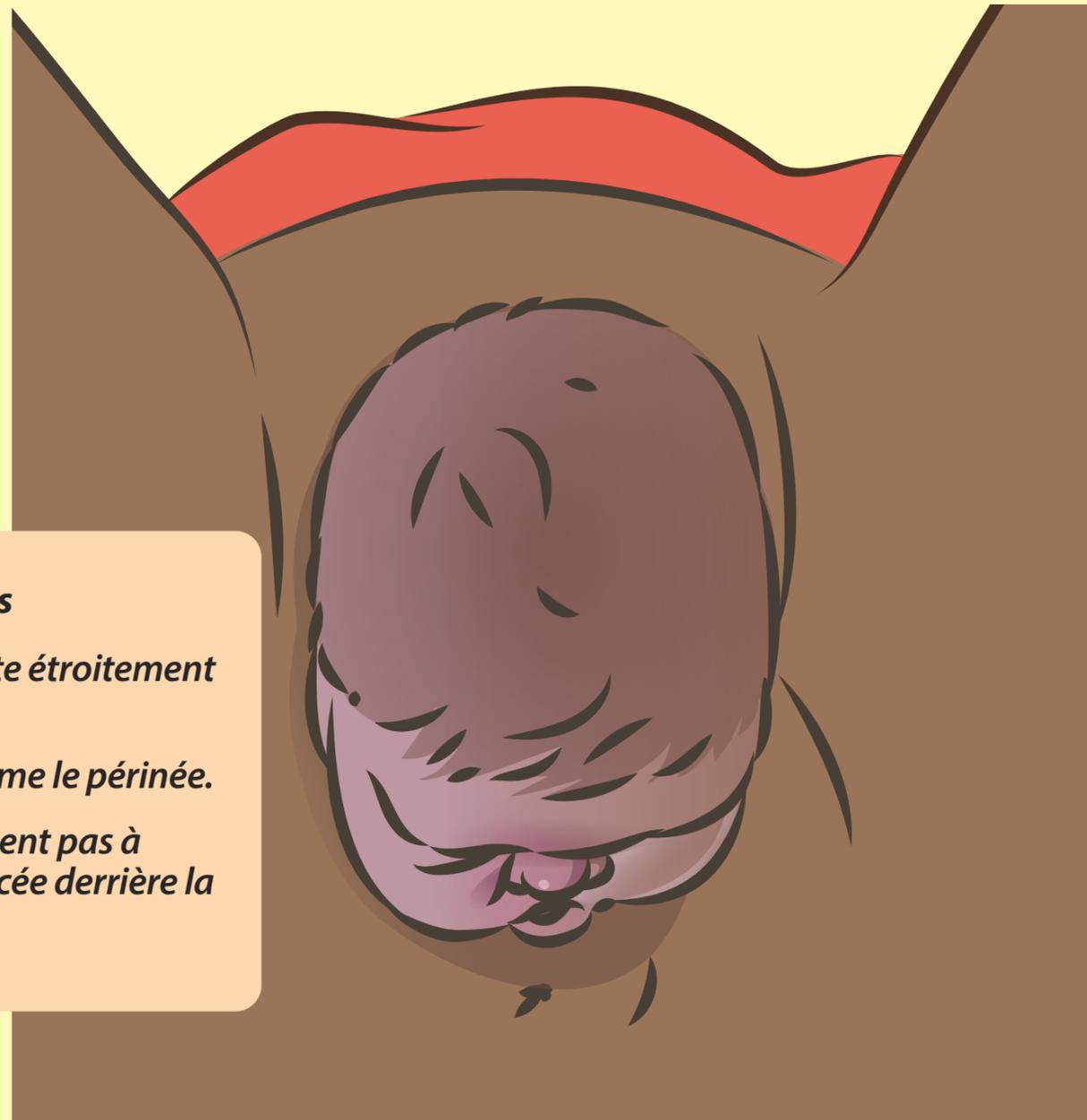
- Pour les femmes dont le travail est accéléré, s'assurer d'avoir de l'aide en cas de dystocie des épaules ou si le nouveau-né a besoin d'aide pour respirer.
- La dystocie des épaules augmente le risque de rupture utérine. Les signes de rupture

sont les suivants : saignements intra-abdominaux ou vaginaux, douleurs abdominales sévères qui peuvent diminuer après la rupture, pouls maternel rapide, signes de choc, contour utérin anormal, abdomen sensible, parties fœtales facilement palpables, absence de bruits cardiaques fœtaux.

Nous aborderons la manière de la prise en charge de la dystocie des épaules et pratiquons les manœuvres ultérieurement.



Reconnaitre la dystocie des épaules (signe de la tortue)



Signes de la dystocie des épaules

- ✓ La tête du fœtus naît mais reste étroitement appliquée sur la vulve.
- ✓ Le menton se rétracte et déprime le périnée.
- ✓ La traction sur la tête ne parvient pas à délgager l'épaule, qui est coincée derrière la symphyse pubienne.



Expliquez

Dispenser des soins essentiels à toutes les femmes pendant l'accouchement et le post-partum immédiat. Fournir des soins particuliers aux femmes dont le travail a été accéléré.

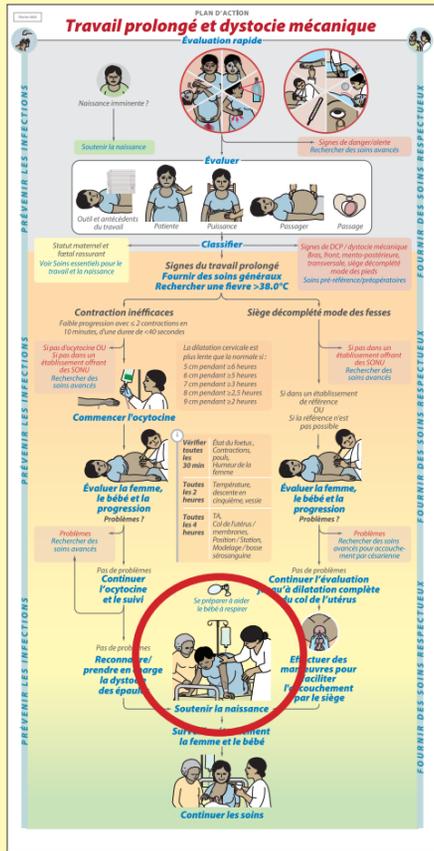
Poursuivre la perfusion d'ocytocine et la surveillance étroite pendant la deuxième phase.

- Agir rapidement un problème quelconque est suspecté !
- Les femmes dont le travail est prolongé ou accéléré ont besoin d'une surveillance plus étroite pendant le deuxième stade du travail. Elles courent le risque de :
 - Détresse fœtale et rupture utérine dues à l'ocytocine
 - DCP / dystocie mécanique - Surveiller attentivement la descente à chaque contraction !
 - Dystocie des épaules

- La durée du deuxième stade du travail varie d'une femme à l'autre. Au cours du premier accouchement, le deuxième stade du travail ne dure généralement pas plus de 3 heures, tandis qu'au cours des suivants, le deuxième stade du travail ne dure généralement pas plus de 2 heures.
- Si le deuxième stade du travail ne progresse pas normalement, faire une évaluation rapide, vérifier les signes vitaux et le RCF, et réévaluer les 4 P pour déterminer la cause et prendre en charge les problèmes.
- Dans la plupart des cas, le deuxième stade du travail progressera normalement une fois que le premier stade prolongé aura été pris en charge. Ne pas faire recours à des interventions médicales supplémentaires qu'en cas d'indication claire.
- Dans la mesure du possible, et même si elle reçoit une perfusion d'ocytocine, encourager et aider la femme à choisir la position qu'elle préfère à l'accouchement, y compris la position verticale.
- S'assurer d'avoir un assistant disponible pour aider en cas de dystocie des épaules ou si le nouveau-né a besoin d'être réanimé.
- Prévenir l'équipe du bloc opératoire que la femme est entrée dans le deuxième stade du travail, afin que l'équipe soit prête au cas où une césarienne d'urgence serait nécessaire.
- Après avoir écarté l'éventualité de la présence d'un deuxième enfant, proposez un utérotonique à toutes les femmes recevant une perfusion d'ocytocine, afin de prendre en charge activement le troisième stade du travail.
- Administrer 10 UI d'ocytocine par voie intraveineuse lente sur une minute pour la gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA). En plus, donner l'équivalent de 10 UI d'ocytocine en 3,5 heures.
- Être particulièrement vigilant quant à la tonicité utérine et aux saignements vaginaux de la femme, car elle est plus exposée au risque d'HPP. Apprendre à la femme comment surveiller les saignements et l'utérus et à le masser s'il est mou.
- Dire à la femme et à l'accompagnant(e) d'appeler à l'aide immédiatement si l'utérus est mou ou si elle sent que les saignements ont augmenté.

Démontrez

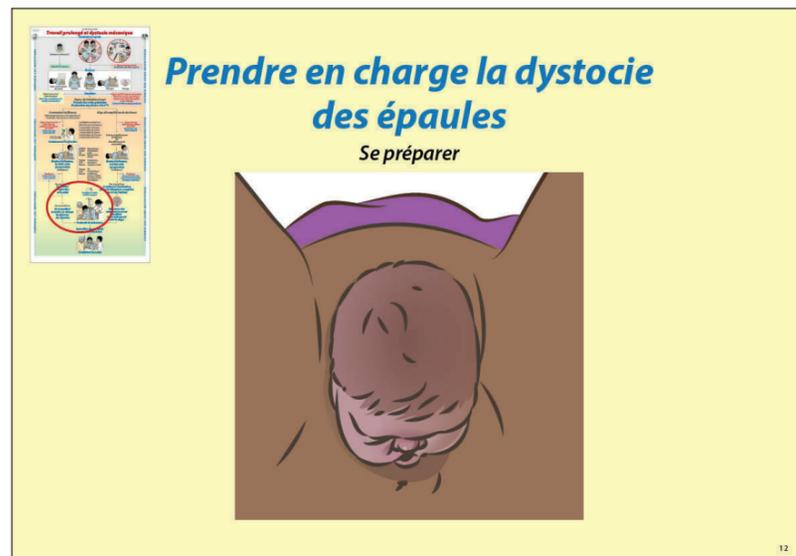
Demandez à un volontaire de porter le simulateur et à un autre de jouer le rôle de l'accompagnant(e). Fixez une intraveineuse avec une poche de liquide intraveineux sur la « femme » et démontrez le soutien à la femme pendant l'accouchement dans différentes positions avec la perfusion en place.



Si la femme est sous perfusion d'ocytocine

Soutenir la naissance





Expliquez

Nous allons maintenant passer en revue une série de manœuvres que nous pouvons utiliser pour gérer la dystocie des épaules. On va les passer en revue, puis nous nous exercerons.

Si l'on voit des signes de la dystocie des épaules : agir rapidement mais prudemment !

Pendant la gestion de la dystocie des épaules :

- Ne **pas** paniquer
- Ne **pas** tirer sur la tête
- Dire à la femme de ne **pas** pousser
- Ne **pas** pivoter la tête

La dystocie des épaules peut entraîner :

- Des blessures aux épaules, aux bras ou aux mains du bébé.

- Une asphyxie, qui peut entraîner des lésions cérébrales ou la mort. Si le cordon est clampé avant la naissance du corps, le flux d'oxygène vers le bébé est arrêté. Cela augmente le risque d'asphyxie, de paralysie cérébrale et de décès lors de la dystocie des épaules
- Blessures de la femme, telle que la déchirure du col de l'utérus, du rectum, de l'utérus ou du vagin, qui peut entraîner une hémorragie.

REMARQUE :

- Ne PAS faire d'épisiotomie de routine. Ne faire une épisiotomie que si elle est nécessaire pour réduire l'obstacle constitué par les parties molles et faciliter la manipulation.
- Ne pas secouer ou tirer sur la tête ou utiliser une forte traction vers le bas jusqu'à ce que l'épaule soit libérée de l'os pubien. Cela pourrait causer des dommages permanents au cou et à l'épaule du bébé en endommageant le nerf du plexus brachial parfois appelé paralysie d'Erb. Ces nerfs assurent la sensibilité et le mouvement de l'épaule, du bras et de la main.
- **Garder le cordon intact aussi longtemps que possible.** Essayer d'éviter de clamer un circulaire du cordon serré.

Discutez

Demandez aux apprenants de se référer aux « Actions clés » de la page 16 du GP et de répondre aux questions suivantes :

« Qui devez-vous appeler lors de votre premier appel à l'aide pour gérer la dystocie de l'épaule ? »

- 1) Personnel pour aider à gérer la dystocie des épaules. 2) Le bloc opératoire pour une césarienne d'urgence en cas d'échec des tentatives d'accouchement. 3) Le personnel pour réanimer le nouveau-né si nécessaire.

« De quoi aurez-vous besoin d'aide pour gérer la dystocie des épaules ? »

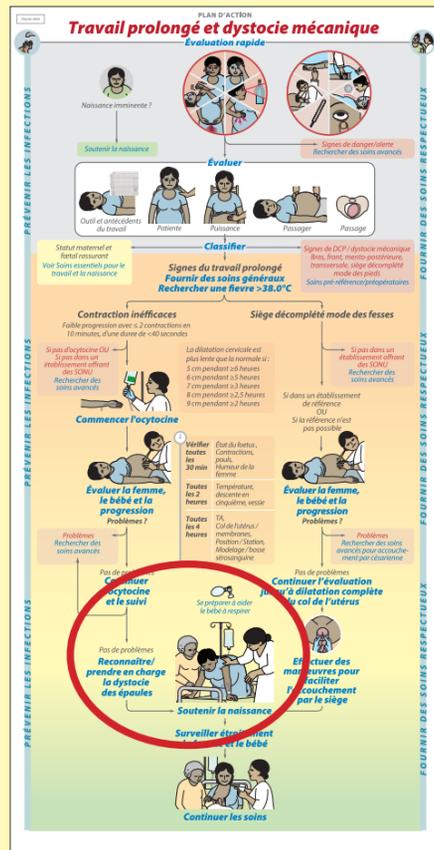
- Assistance pour : 1) garder le temps ; 2) effectuer les manœuvres ; 3) prendre soin du nouveau-né.

« Comment allez-vous préparer la femme ? »

- Expliquez-lui rapidement ce qui se passe.
- Demandez-lui d'écouter attentivement et d'arrêter de pousser.
- Assurez-vous que la vessie est vide.

« Comment ferez-vous savoir aux membres de l'équipe les manœuvres que vous tentez ? »

- Annoncez à haute voix chaque manœuvre que vous allez essayer. Attribuez des rôles aux membres de l'équipe



Prendre en charge la dystocie des épaules

Se préparer



Prendre en charge la dystocie des épaules

Hyperflexion des deux cuisses et pression sus-pubienne



Expliquez

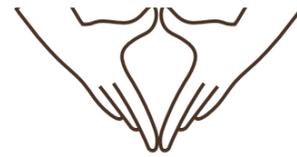
Une fois que l'aide est mobilisé pour prendre en charge la dystocie des épaules, passer rapidement d'une manœuvre à l'autre. **Etre prêt pour un bébé qui pourrait avoir besoin d'aide pour respirer.**

- **Ne JAMAIS faire d'expression utérine car cela enclaverait plus encore l'épaule et risquerait de provoquer une rupture utérine.**
- Lorsque les assistants arrivent, ils doivent se laver les mains et enfiler des gants stériles et autres EPI avant d'aider.
- Le fait que les genoux de la femme soient fléchis contre sa poitrine augmente l'espace dans le bassin et l'application d'une pression sus-pubienne aide à déloger l'épaule coincée (manœuvre de McRoberts).

Démontrez

Démonstration 1

Pour démontrer le principe de la pression sus-pubienne, demandez à un apprenant de créer un « bassin osseux » avec ses mains (voir ci-dessous). En tant que facilitateur, faites passer la tête du bébé dans le « bassin » et appliquez une pression sur l'épaule antérieure.



Démonstration 2

Demandez aux participants de se reporter à la page 16 du GP pour suivre la démonstration. Demandez à un volontaire de porter le simulateur de naissance avec le simulateur de fœtus en position OA avec seulement la tête délivrée. Demandez-lui de maintenir le corps en arrière pour simuler une dystocie des épaules jusqu'à que l'épaule soit délivrée. Demandez à un autre volontaire d'être votre assistant.

Pendant la démonstration, expliquez ce que vous faites et pourquoi.

1. Faites d'abord la démonstration de l'épaule délogée avec succès.
2. Montrez ensuite comment procéder lorsque cette manœuvre n'a pas permis la naissance de l'épaule après avoir tenté la manœuvre pendant 60 secondes.

Pour chaque scénario :

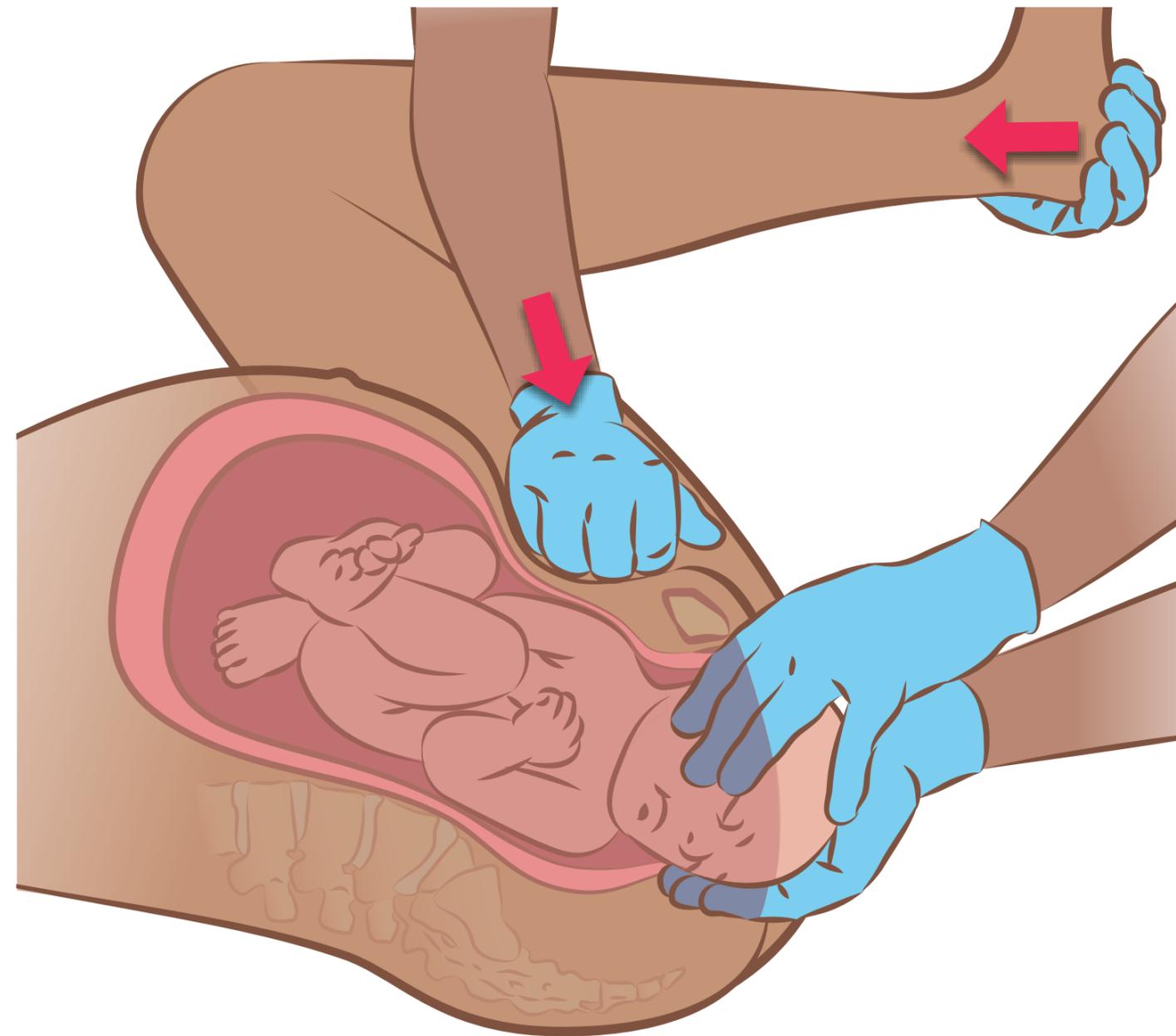
- Attribuez des rôles, y compris celui d'un surveillant du temps qui dira de passer à la manœuvre suivante après 60 secondes (**pas plus de 60 secondes par manœuvre !**).
- La femme étant sur le dos, lui demander de remonter ses genoux le plus haut possible vers sa poitrine. Demander à deux assistants de de lui tenir fermement les jambes dans cette position en poussant les genoux vers la poitrine.
- Demander à l'un des membres de l'équipe d'exercer une pression sus-pubienne vers le bas pour faciliter le dégagement de l'épaule.
- Envisager une épisiotomie si nécessaire.
- Appliquer une traction ferme et continue sur la tête fœtale, vers le bas, pour abaisser, puis de faire pivoter l'épaule antérieure sous la symphyse pubienne. Éviter toute traction excessive sur la tête, car cela peut entraîner une paralysie d'Erb !

Si l'épaule est dégagée, procéder à l'accouchement et assurer les soins après la naissance.

Si l'épaule n'est toujours pas dégagée, dire à l'équipe que l'on va maintenant passer à la manœuvre suivante.

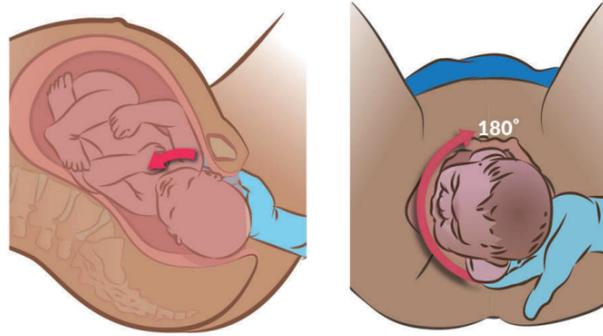
Prendre en charge la dystocie des épaules

Hyperflexion des deux cuisses et pression sus-pubienne



Prendre en charge la dystocie des épaules

Manœuvres interne de rotation



Expliquez

Lorsque l'hyperflexion des jambes et la pression sus-pubienne n'ont pas permis le dégagement de l'épaule coincée, on doit passer aux manœuvres de rotation interne. Envisager une épisiotomie si les mains ne peuvent pas s'adapter pour effectuer la rotation interne..

Il existe deux manœuvres de rotation interne :

1. Appliquer une pression interne sur l'épaule antérieure, parfois appelée la manœuvre de Rubin II. La manœuvre de McRoberts peut également être appliquée maintenant pour aider à dégager l'épaule.
2. Placer une main derrière l'épaule postérieure et faire tourner l'épaule en tire-bouchon jusqu'à ce que l'épaule impactée soit libérée, parfois appelée la manœuvre de Woods inversée.

Démontrez

Démonstration 1

Demandez aux participants de se référer aux pages 18-19 du GP pour suivre la démonstration de l'application d'une pression interne sur l'épaule antérieure. Demandez à un volontaire de porter le simulateur avec le simulateur foetal en position occipitale antérieure. Demandez-lui de maintenir le corps en arrière pour simuler la dystocie des épaules jusqu'à ce que l'épaule soit dégagée. Demandez à un autre volontaire de vous aider.

Pendant la démonstration, expliquez ce que vous faites et pourquoi.

1. *En premier, démontrez le dégagement de l'épaule après l'application de la manœuvre de rotation interne.*
2. *Ensuite, démontrez la manœuvre mais avec l'épaule qui n'est pas dégagée et préparez la manœuvre suivante.*

Pour chaque scénario :

- Expliquez que vous allez maintenant utiliser la pression interne sur l'épaule antérieure. Attribuez des rôles aux membres de l'équipe, y compris à la personne chargée de surveiller le temps.
- Maintenez les jambes de la femme en hyperflexion.
- Après avoir mis des gants stériles, introduisez une main dans le vagin le long du dos du bébé.
- Exercez une pression sur l'épaule

antérieure en direction du sternum foetal pour obtenir une rotation de l'épaule.

- Si nécessaire, vous ou un/une aide pouvez exercer une pression sur l'épaule postérieure en direction du sternum foetal.

Démonstration 2

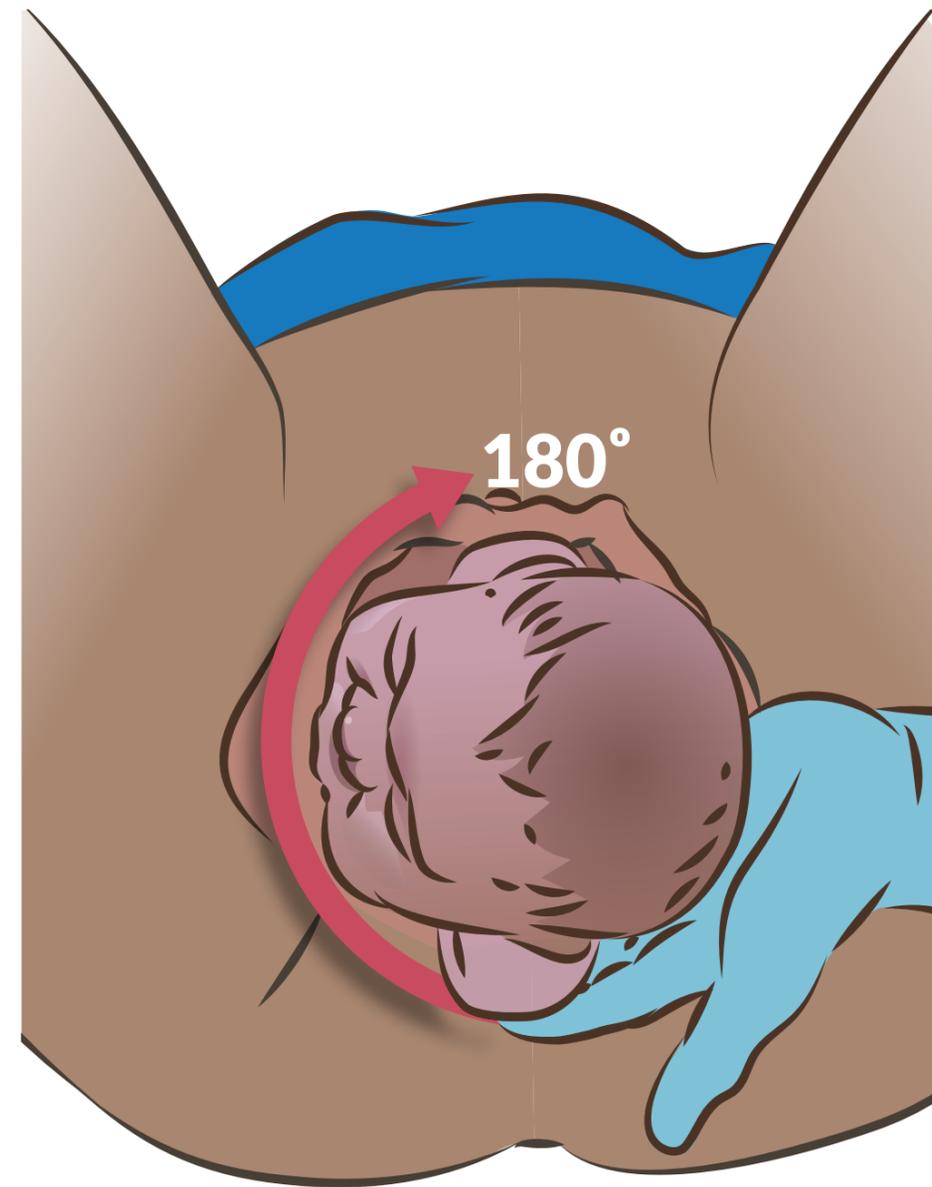
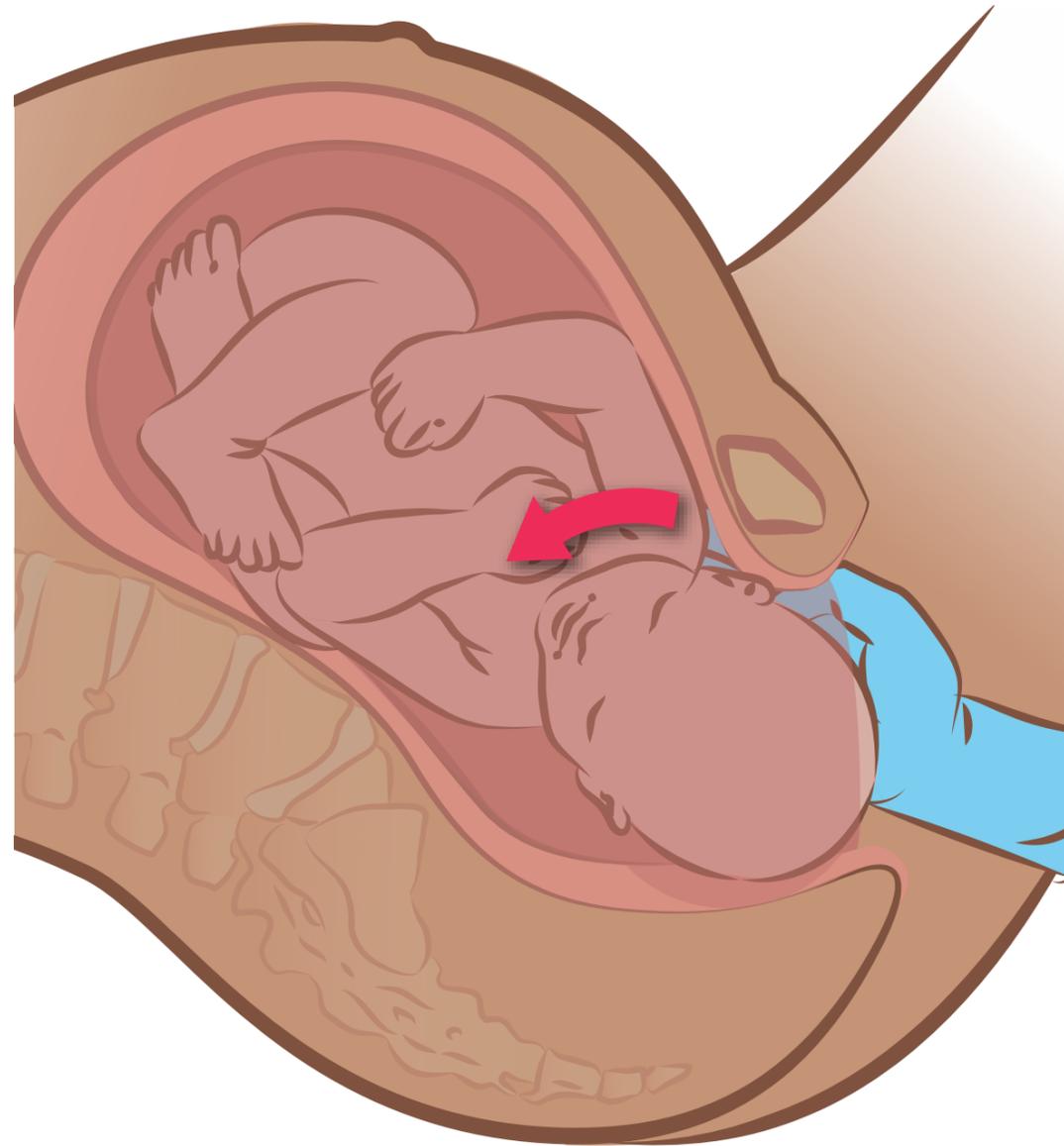
Demandez aux participants de se référer aux pages 18-19 du PG pour suivre la démonstration de la manœuvre de Woods inversée. Demandez à un volontaire de porter le simulateur de naissance avec le simulateur foetal en position occipitale antérieure. Demandez-lui de maintenir le corps en arrière pour simuler une dystocie des épaules jusqu'à ce que l'épaule soit dégagée. Pendant la démonstration, expliquez ce que vous faites et pourquoi. Encore une fois, démontrez d'abord la réussite de la naissance et puis l'échec du délogement de l'épaule.

Pour chaque scénario :

- Placez au moins deux doigts sur la face antérieure de l'épaule postérieure du fœtus.
- Exercez une pression pour faire tourner l'épaule postérieure et le corps de 180°.
- Après 90°, le prestataire devra peut-être changer de main afin d'effectuer la rotation complète de 180°.

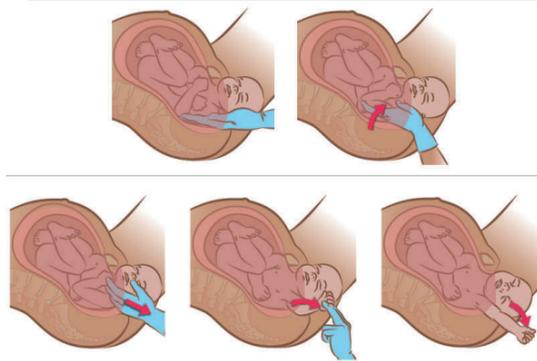
Prendre en charge la dystocie des épaules

Manœuvres interne de rotation



Prendre en charge la dystocie des épaules

Abaissier le bras postérieur



Expliquez

Si les manœuvres de rotation interne échouent, saisir l'humérus du bras postérieur et le ramener vers soi en le faisant glisser le long de l'abdomen, ce qui est parfois appelé la manœuvre de Mazantte.

Souvent, le bébé effectuera spontanément une rotation après le dégagement du bras. L'épaule antérieure va alors pivoter sous la symphyse pubienne et se dégager.

Attention ! Si la partie supérieure du bras du bébé est saisie et tirée directement, cela peut entraîner une fracture de l'humérus.

Démontrez

Demandez aux participants de se référer aux pages 20-21 du GP pour suivre la démonstration du dégagement du bras postérieur. Demandez à un volontaire de porter le simulateur de naissance avec uniquement la tête du simulateur de fœtus délivrée. Demandez-lui de maintenir le corps en arrière. Demandez à un autre volontaire de vous aider.

1. Démontrez d'abord l'épaule qui est sortie avec succès après avoir dégagé le bras postérieur avec le coude fléchi.
2. Démontrez ensuite l'épaule qui est sortie avec succès après avoir dégagé le bras postérieur avec le bras étendu.
3. Enfin, démontrez le dégagement du bras postérieur mais que l'épaule n'est toujours pas dégagée et que vous vous préparez pour la prochaine manœuvre.

Pour chaque scénario :

- Expliquez que les manœuvres de rotation interne ont échoué et que vous allez maintenant essayer de dégager le bras postérieur. Attribuez les rôles.
- Rappelez à la personne qui surveille le temps de vous dire quand passer à la manœuvre suivante (pas plus de 60 secondes par manœuvre !).
- Envisagez l'épisiotomie si vous avez besoin d'espace pour effectuer les manœuvres.

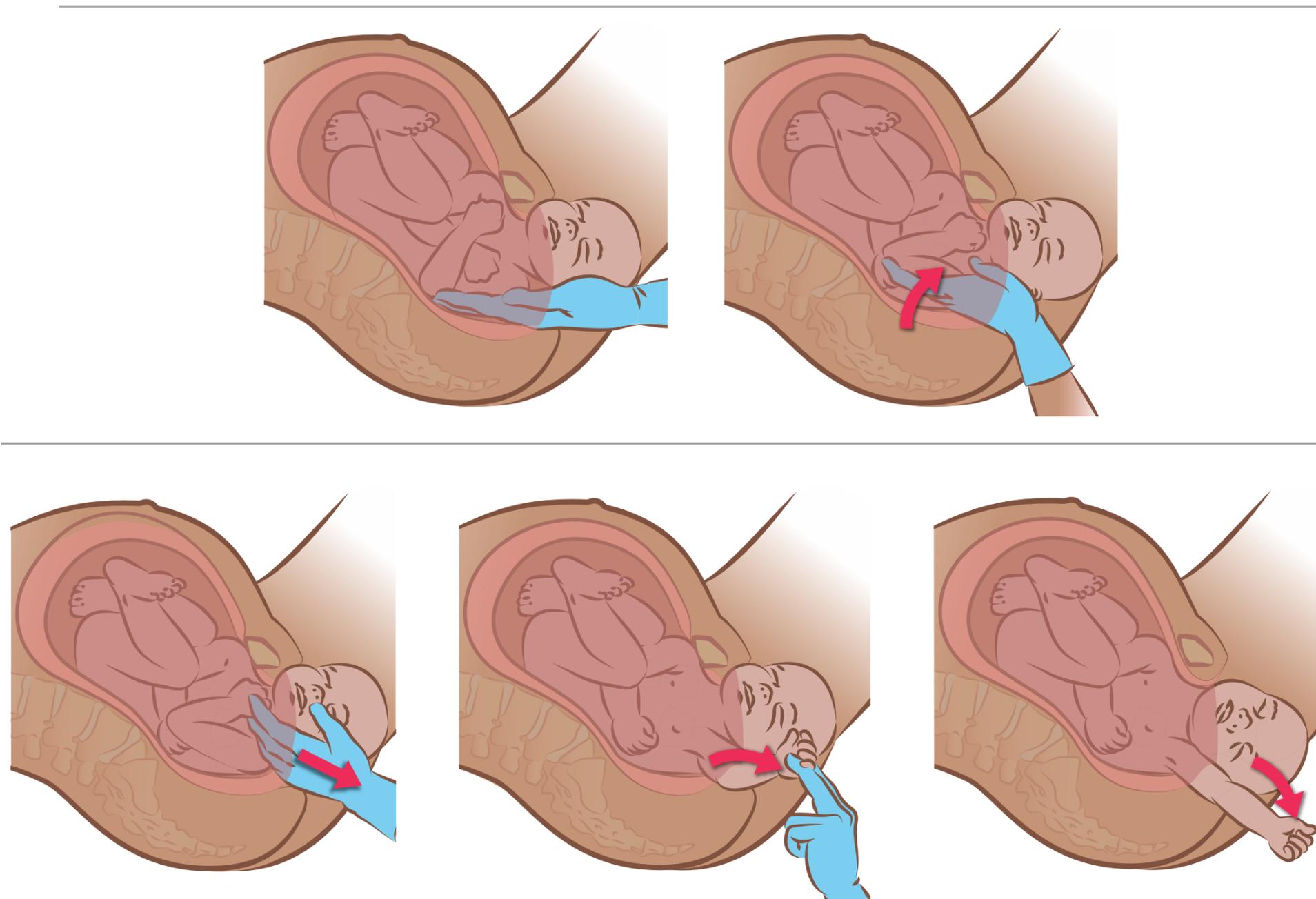
- Avec des gants stériles, insérez une main dans la partie postérieure du vagin.
- Identifiez le bras postérieur et suivez jusqu'au coude.
- Si le coude est fléchi, saisissez l'avant-bras et la main et tirez sur le bras.
- Si le bras est en extension, exercez une pression sur l'espace antécubital (creux du coude) pour faciliter la flexion.
- Saisissez l'humérus du bras postérieur et, tout en maintenant le bras de l'enfant fléchi au niveau du coude, le ramener vers soi en le faisant glisser le long de l'abdomen, ce qui laisse à l'épaule antérieure la place nécessaire pour pivoter sous la symphyse pubienne.
- Si l'épaule est dégagée, procédez à l'accouchement

OU

- Si l'épaule n'est toujours pas dégagée malgré les mesures ci-dessus, dites à votre équipe que vous allez passer à la manœuvre à quatre pattes ou de Gaskin. Attribuez des rôles à chaque membre de l'équipe.

Prendre en charge la dystocie des épaules

Abaissier le bras postérieur



Prendre en charge la dystocie des épaules

Se mettre à quatre pattes



Expliquez

La mise en position à quatre pattes, parfois appelé la manœuvre de Gaskin, est une technique sûre, rapide et efficace pour la prise en charge de la dystocie des épaules.

Il a été démontré par radiographie que ce changement de position de la position allongée à la position à quatre pattes permet une ouverture plus large du bassin.

Démontrez

Demandez aux participants de se référer à la page 22 du GP pour suivre la démonstration. Demandez à un volontaire de porter le simulateur de naissance avec le simulateur fœtal en position occipitale antérieure. Demandez-lui de maintenir le corps en arrière jusqu'à ce que la manœuvre soit terminée. Demandez à un autre volontaire de vous aider. Pendant la démonstration, expliquez ce que vous faites et pourquoi.

1. En premier, démontrez que l'épaule est bien dégagée après la manœuvre de Gaskin.
2. Ensuite, démontrez la manœuvre mais avec l'épaule qui n'est toujours pas dégagée.

Pour chaque scénario :

- Expliquez aux membres de l'équipe que la délivrance du bras postérieur a échoué et que vous allez maintenant passer à la manœuvre à quatre pattes ou manœuvre de Gaskin. Attribuez des rôles aux membres de l'équipe.
- Rappelez à un membre de l'équipe de vous dire quand passer à la manœuvre suivante (pas plus de 60 secondes par manœuvre !).
- Aidez la femme à se mettre en position à quatre pattes. La femme arrondit le dos et le bassin s'élargit.
- Appliquez une traction douce sur la tête vers le sol pour délivrer l'épaule postérieure.
- Si nécessaire, appliquez une pression sur

l'épaule postérieure en direction du sternum foetal.

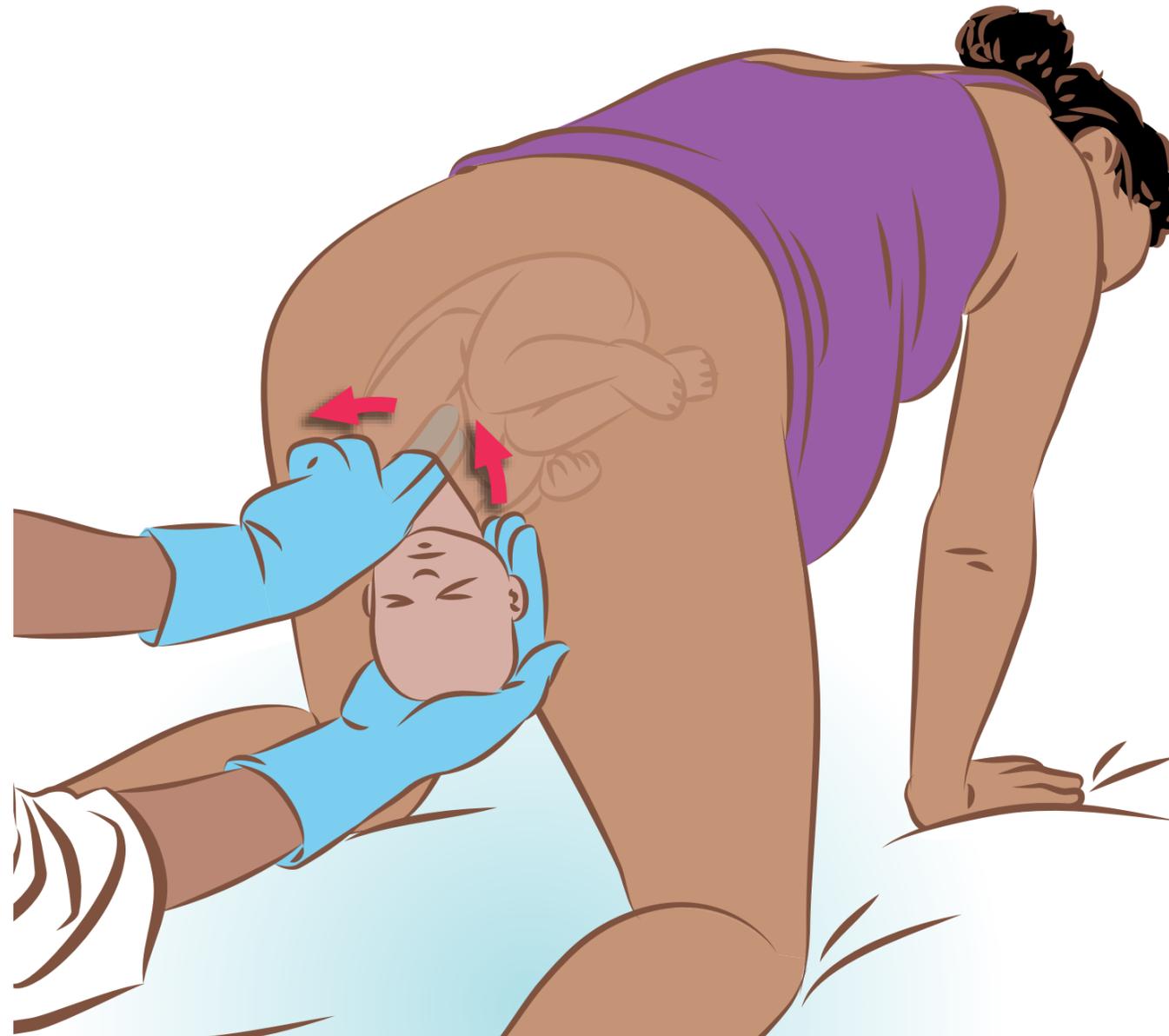
- Une fois l'épaule dégagée, procédez à l'accouchement.

Si l'épaule n'est toujours pas dégagée malgré les mesures ci-dessus, dites à votre équipe que vous allez recommencer avec une hyperflexion des jambes et une pression sus-pubienne. Attribuez des rôles à chaque membre de l'équipe. Contactez le bloc opératoire au cas où une césarienne d'urgence serait nécessaire.

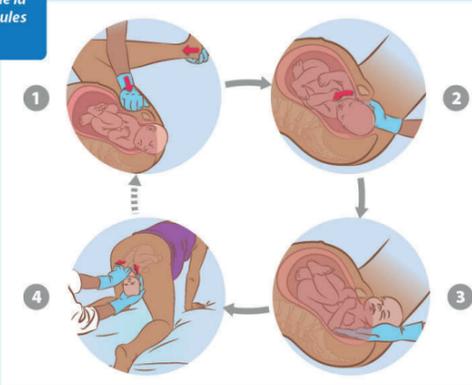
Si le bébé n'est toujours pas né après avoir tenté toutes les manœuvres à deux reprises, effectuer la manœuvre de Zavanelli et préparer la femme à un accouchement par césarienne.

Prendre en charge la dystocie des épaules

Se mettre à quatre pattes



Exercice
Prise en charge de la
dystocie des épaules



Avant de commencer l'activité, posez les questions suivantes aux apprenants :

Vérification des connaissances

Quels sont les signes de la dystocie des épaules ?

- La tête est dégagée mais reste collée à la vulve.
- Le menton se rétracte et provoque une dépression du périnée.
- La traction exercée sur la tête ne parvient pas à dégager l'épaule, et la tête ne fait pas une auto-rotation.

Quand faut-il se préparer à la dystocie des épaules ?

Il faut se préparer à la dystocie des épaules pour tous les accouchements, mais surtout si vous pensez que le bébé est gros ou si le travail a été prolongé ou accéléré.

Faut-il clamper le cordon dès que l'on identifie une dystocie des épaules ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
Ne clampez pas le cordon sauf si vous ne pouvez pas faire sortir le bébé en le faisant glisser sur la tête ou en effectuant une manœuvre externe de retournement du bébé. Clamper le circulaire du cordon serré avant la sortie des épaules peut augmenter le risque d'asphyxie, d'une paralysie cérébrale et même de décès du bébé si la dystocie des épaules prend beaucoup de temps à se résoudre. C'est pourquoi on souhaite garder le cordon intact le plus longtemps possible.

Pendant combien de temps devez-vous essayer chaque manœuvre ?

Chaque manœuvre doit être essayée rapidement et pendant 60 secondes au maximum avant d'essayer la suivante.

Combien de fois tenterez-vous les 4 manœuvres ?

Après avoir essayé les 4 manœuvres, répétez-les une fois de plus. Cela signifie que vous les effectuerez deux fois.

Que ferez-vous si le bébé n'est toujours pas né après avoir tenté deux fois chacune des quatre manœuvres ?

Effectuez la manœuvre de Zavanelli et préparez la femme pour un accouchement par césarienne.

Démontrez

▶ Épaules bloquées

Si vous le pouvez, montrez la vidéo montrant comment prendre en charge la dystocie des épaules. Rappelez aux apprenants que la vidéo montrera certaines techniques qui n'ont pas été abordées au cours de la session.

Le mnémonique HELPERR :

- H Help (appel à l'aide)
- E Évaluer pour une épisiotomie
- L Legs - Jambes (manœuvre McRoberts)
- P Pression sus-pubienne
- E Effectuer des manœuvres internes de rotation
- R Retirer le bras postérieur
- R Retourner la patiente

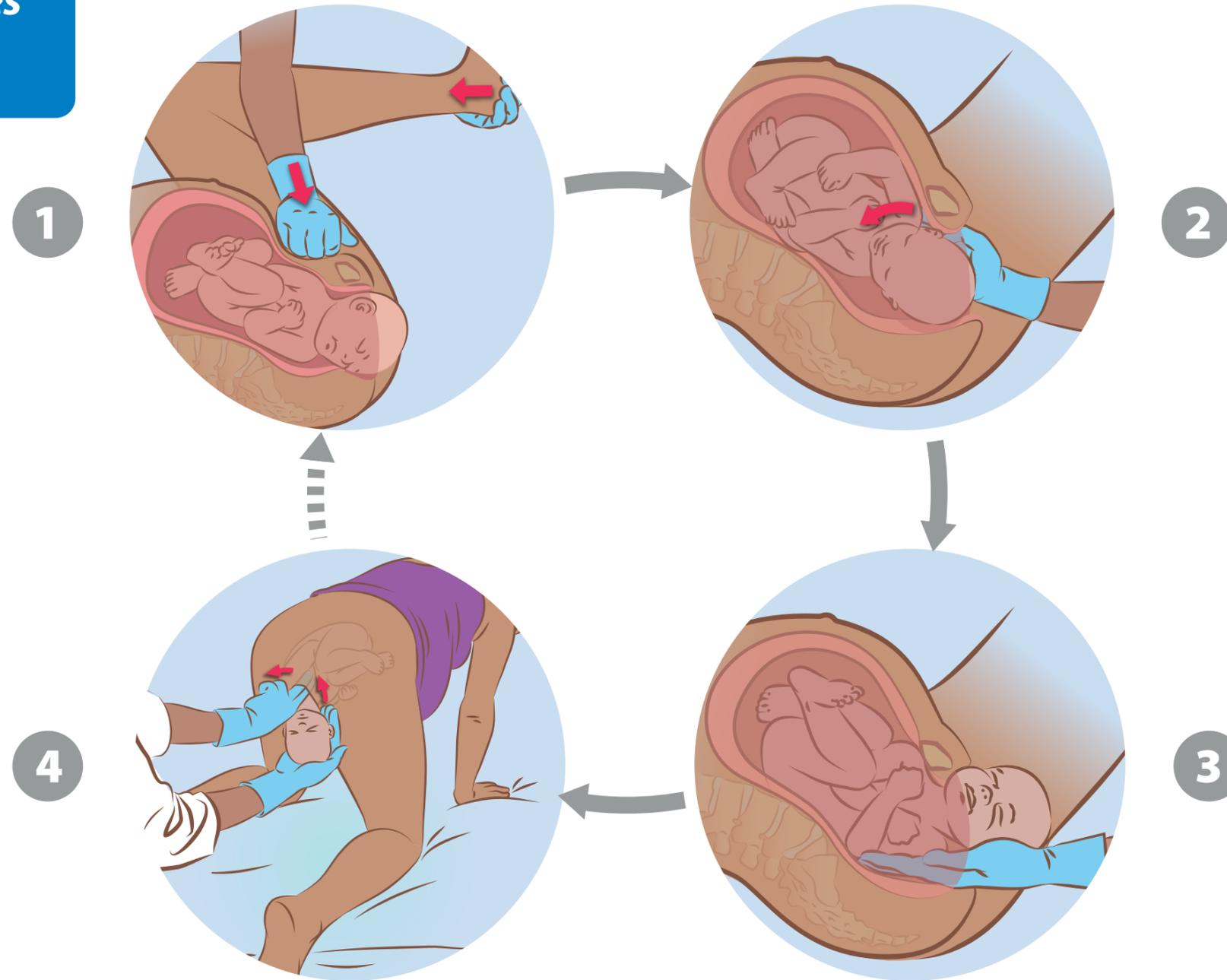
Pratiquez

Demandez aux apprenants de consulter les pages 16 à 25 du GP. En groupes de 3 ou 4, demandez aux apprenants de pratiquer les manœuvres en équipe - en commençant par le début et en passant par chaque manœuvre. Le facilitateur qui utilise le simulateur doit décider quelle manœuvre est réussie pour chaque apprenant qui la tente ; au moins un apprenant doit effectuer toutes les manœuvres. Une personne doit chronométrer les manœuvres et une personne doit servir de « chef d'équipe ».

Donnez un feedback de soutien.

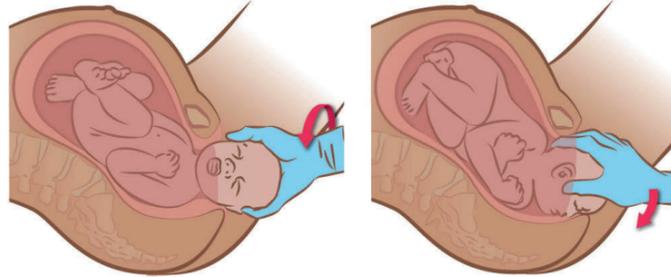
Exercice

Prise en charge de la dystocie des épaules



Prendre en charge la dystocie des épaules

Manœuvre de Zavanelli



Expliquez

La manœuvre de Zavanelli est une manœuvre difficile utilisée uniquement dans les cas où toutes les autres tentatives de prise en charge de la dystocie des épaules ont échoué.

Elle consiste à inverser tous les mouvements essentiels du travail : fléchir la tête foetale et tenter de la refouler dans l'utérus, puis pratiquer une césarienne d'urgence aussi rapidement que possible pour délivrer le bébé.

Les risques de la manœuvre pour la femme comprennent les lésions des tissus mous et la septicémie, et les risques pour le nouveau-né comprennent les blessures et l'asphyxie.

Démontrez

Demandez aux participants de se référer à la page 26 du GP pour suivre la démonstration. Demandez à un volontaire de porter le simulateur de naissance avec le simulateur foetal en position occipitale transversale et la tête délivrée. Demandez à un volontaire de vous assister.

Pendant la démonstration, expliquez ce que vous faites et pourquoi.

Si possible, donner des médicaments tocolytiques (terbutaline, salbutamol ou nifedipine) pour faciliter le processus. Utiliser les directives locales

Étape 1 : Inverser la restitution

Les jambes de la femme étant fléchies, tournez la tête en position directe OA ou OP si la tête a tourné à partir de l'une ou l'autre de ces positions.

Étape 2 : Fléchir manuellement la tête

Poussez la tête du fœtus vers la poitrine du bébé pour fléchir la tête. Si nécessaire, exercez une pression directe sur le menton en direction de la poitrine du bébé.

Étape 3 : Refouler la tête dans le vagin

Appliquez une pression vers le haut sur la tête pour la replacer dans le vagin. Maintenez la tête en position et procédez à la césarienne d'urgence.

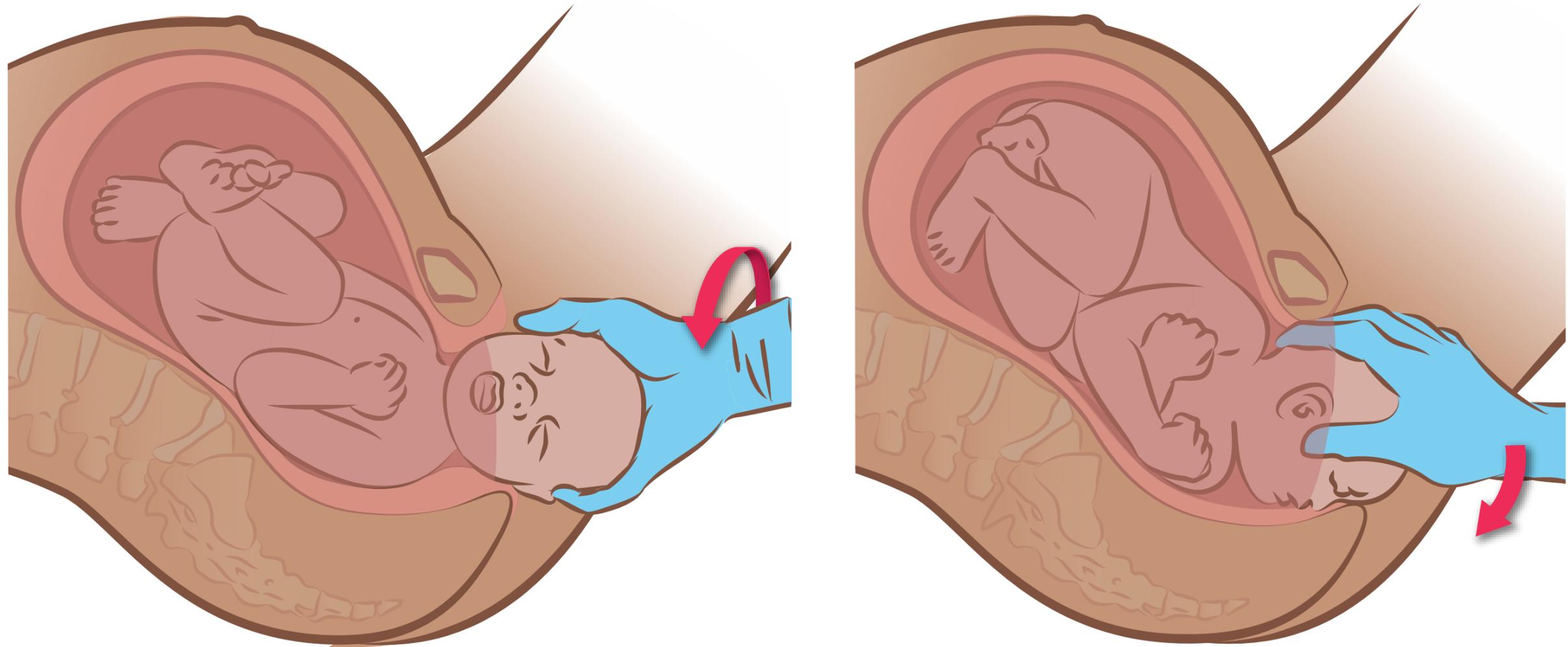
Pratiquez

Par groupes de 3 ou 4, demandez aux apprenants de pratiquer la manœuvre en équipe.

Donnez un feedback de soutien.

Prendre en charge la dystocie des épaules

Manœuvre de Zavanelli





Expliquez

Donnez des soins immédiats à la femme et au nouveau-né, y compris la réanimation si nécessaire.

Comme pour chaque accouchement :

- effectuer la gestion active de la troisième période de l'accouchement
- garder la femme et son bébé en contact peau à peau pendant au moins une heure,
- encourager le bébé à s'alimenter au sein dans l'heure qui suit la naissance

Nouveau-né :

- Commencer immédiatement la réanimation si le bébé ne respire pas à la naissance. Voir « *Aider les bébés à respirer* ».
- Examiner immédiatement le nouveau-né pour détecter toute blessure due à la dystocie des épaules, comme une paralysie d'Erb, une fracture de la clavicule ou de l'humérus.

Mère :

- La femme présente un risque plus élevé d'hémorragie du post-partum en raison de l'atonie et du traumatisme.
- Etre préparé ! Voir *Aider les mères à survivre Saignements après la naissance 2.0*.
- Des déchirures génitales profondes peuvent provoquer une hémorragie. La femme peut avoir besoin d'une intervention chirurgicale si les déchirures sont profondes ou compliquées.
- La femme court un risque plus élevé de rupture utérine. Les signes de rupture comprennent des saignements intra-abdominaux et/ou vaginaux, un pouls maternel rapide, des signes de choc, une forme utérine anormale et un abdomen sensible.
- Si la femme ou son bébé ne sont pas stables, les stabiliser et les référer immédiatement pour des soins avancés.

Documentation

Demandez aux participants de se référer aux pages 27-28 du GP et de passer en revue la liste de vérification sur ce qu'il faut documenter après une dystocie des épaules, en plus de la documentation de routine.

Discutez

Demandez aux apprenants de se reporter aux pages 27-28 du GP pour répondre aux questions suivantes sur le nouveau-né.

« Comment allez-vous vérifier si le bébé a une paralysie d'Erb ? »

- Recherchez l'absence ou la faiblesse du mouvement d'un bras par rapport à l'autre.
- Vérifiez si un bras est plié au niveau du coude et maintenu contre le corps.
- Vérifiez si un bras tombe lorsqu'on fait rouler le bébé d'un côté à l'autre.
- Vérifiez si le réflexe de moro ou de sursaut est absent ou faible d'un côté.
- Vérifiez si le réflexe de préhension est absent ou faible d'un côté.

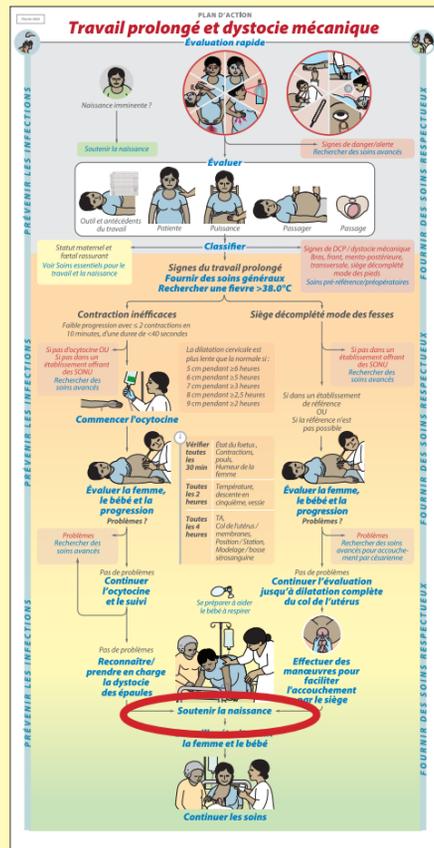
« Comment vérifier si le bébé a un bras cassé ou une clavicule cassée ? »

- Vérifiez si le bébé est agité ou s'il pleure quand on bouge un bras ou quand on le soulève sous les bras.
- Palpez les clavicules à la recherche d'une crépitation qui peut signifier une fracture de la clavicule ou du bras.

Remarque sur les soins avancés

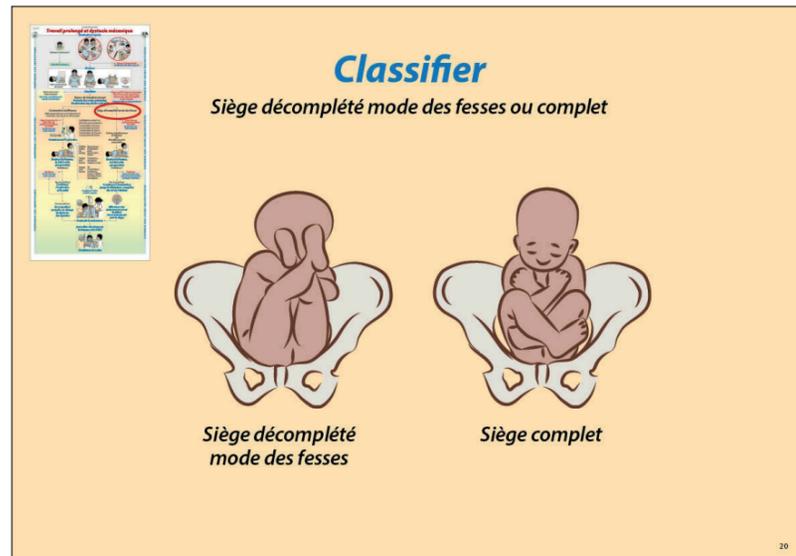
Selon les protocoles locaux et votre champ de pratique, recherchez immédiatement des soins avancés si :

- Le bébé a besoin d'une échographie, d'une radiographie ou d'une IRM pour diagnostiquer le problème.
- Le bébé a des problèmes que votre établissement de santé ne peut pas prendre en charge.
- La femme présente des déchirures du troisième ou du quatrième degré (déchirures périnéales complètes et complètes compliquées).



Immédiatement après la naissance en cas de dystocie des épaules **Fournir des soins et noter**





Expliquez

Les présentations par le siège sont associées à un risque plus élevé de blessure et de décès du nouveau-né.

Un bébé en présentation par le siège est plus susceptible d'avoir une malformation congénitale ou d'être prématuré.

Demander à un prestataire plus expérimenté de confirmer la présentation. Si possible, confirmer par échographie.

Un accouchement par le siège planifié ne devrait avoir lieu que dans des établissements dotés :

- D'un clinicien formé, expérimenté et compétent en matière d'accouchement par le siège.

- D'une échographie pour confirmer la présentation
- D'une salle d'opération pour effectuer une césarienne d'urgence.
- De prestataires de soins pour prendre en charge un bébé asphyxié présentant des blessures à la naissance.

Les femmes qui se présentent trop tard pour être référées doivent être prises en charge là où elles se trouvent.

• Conditions maternelles nécessaires pour tenter un accouchement par le siège :

Pas d'antécédents de césarienne pour DCP/dystocie mécanique.

• Conditions fœtales requises pour tenter un accouchement par le siège :

- Siège complet ou décomplété mode des pieds – sauf siège décomplété mode des pieds !
- Tête fléchie - idéalement confirmée par une échographie.
- Taille estimée ne paraît pas élevée, ce qui signifie un poids estimé de <4kg
- Le bébé n'est pas prématuré et on ne soupçonne pas une restriction de croissance fœtale. Ces bébés présentent un risque plus élevé que la tête reste coincée.

REMARQUE : s'il y a des doutes sur la taille du bassin, demander à une personne formée à

la pelvimétrie clinique d'évaluer le bassin ou demander des soins avancés.

Remarque sur les soins avancés

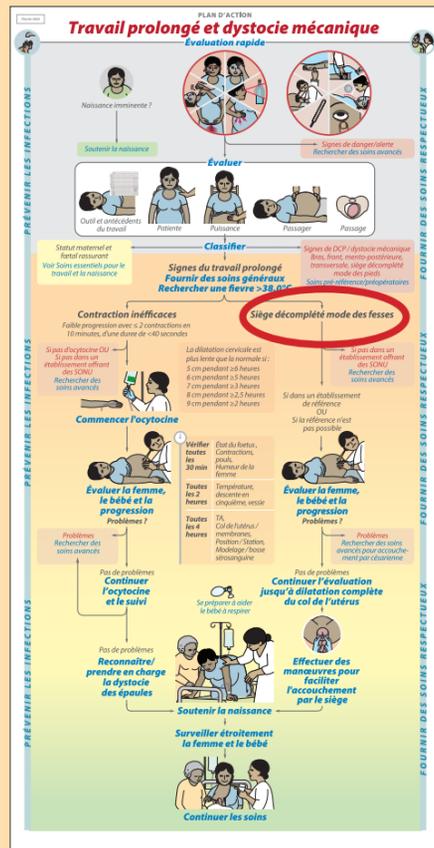
Selon les normes et protocoles locaux, rechercher immédiatement des soins avancés si :

- On soupçonne une contraction du bassin OU
- Le bébé est gros (>4000 g) OU
- Le bébé est prématuré OU on soupçonne une restriction de croissance fœtale (<2000 g) OU
- Le cou est en hyperextension ou l'on ne peut pas confirmer la flexion de la tête OU
- La femme a précédemment accouché par césarienne OU
- L'établissement de santé n'a pas :
 - Un clinicien formé et expérimenté pour mener un accouchement par voie basse par le siège.
 - Une échographie pour confirmer la présentation.
 - La capacité d'effectuer une césarienne d'urgence et de s'occuper d'un bébé asphyxié avec des blessures de naissance.

Démontrez

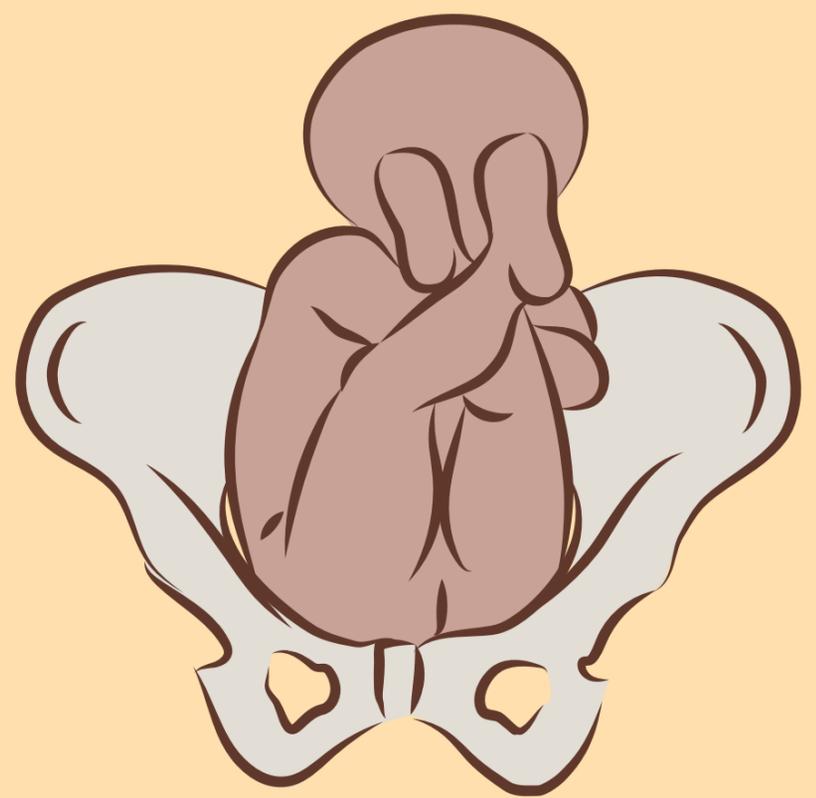
▶ [L'accouchement par le siège](#)

Montrez la vidéo pour avoir un aperçu de la manière de diagnostiquer et de prendre en charge un accouchement par le siège. Si la vidéo n'est pas disponible, passez à la page suivante.



Classifier

Siège décompleté mode des fesses ou complet



Siège décompleté mode des fesses



Siège complet



Expliquez

Une surveillance étroite est encore plus importante pour les naissances par le siège.

- La femme court le risque d'une procidence du cordon.
 - Lorsque les membranes se rompent et si le RCF est inférieur à 110 bpm, examiner la femme immédiatement pour écarter la possibilité d'une procidence du cordon.
- S'assurer qu'une perfusion IV est instaurée.
- Un travail prolongé associé à une présentation du siège est une indication de césarienne urgente :
 - Ne PAS accélérer le travail avec l'ocytocine.
 - Transférer la femme, si possible, si elle n'est pas dans un établissement de soins avancés. Si elle est dans un établissement de soins avancés, demander à un prestataire expérimenté d'aider à la prendre en charge.

- Avoir un plan d'action et agir rapidement en cas d'une rétention de tête dernière ou si les bras sont relevés lors du passage des épaules dans le bassin maternel.

REMARQUE : la présence de méconium est normale lors de l'accouchement par le siège et n'est pas un signe de détresse si le RCF est normal.

Démontrez

Demandez aux participants de se reporter à la page 30 du GP pour suivre la démonstration. Demandez à un volontaire de porter le simulateur avec un bébé qui se présente par le siège et une procidence du cordon.

Démontrez la prise en charge d'une procidence du cordon dans le premier stade du travail :

- Appeler à l'aide !
- Expliquer à la femme et à l'accompagnant(e) ce qui se passe et ce que sera fait.
- Administrer de l'oxygène à raison de 4-6 L/minute au moyen d'un masque ou de canules nasales.
- Palper le cordon ombilical pour vérifier s'il est pulsatile. S'il est pulsatile, le fœtus est vivant. Si le cordon n'est pas pulsatile, le fœtus est mort.
- Confirmer le premier ou le deuxième stade du travail par un toucher vaginal.

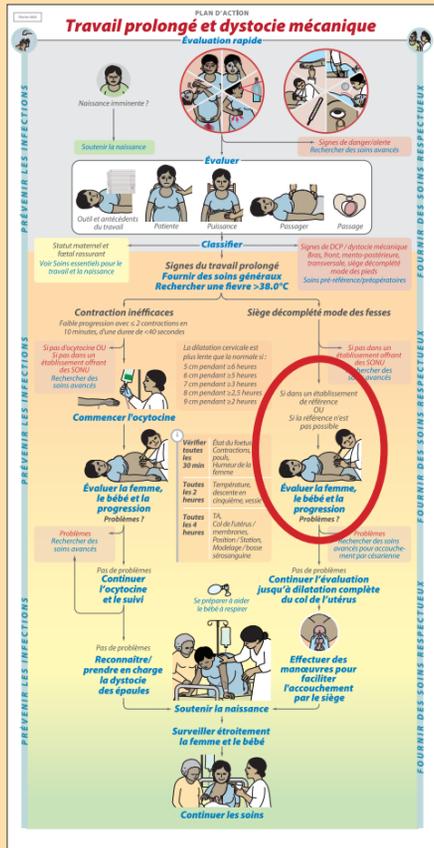
Si le cordon est pulsatile et que la femme est au premier stade du travail :

- Appeler le bloc opératoire pour un accouchement par césarienne en urgence.
- Mettre des gants stériles et introduire une main dans le vagin. Pousser la présentation en arrière afin de la déloger du bassin et de diminuer la compression du cordon.
- Placer l'autre main sur l'abdomen, sur la région sus-pubienne, pour maintenir la présentation hors du bassin.
- Une fois que la présentation est fermement maintenue au-dessus du bord pelvien, retirer la première main du vagin et garder l'autre main sur l'abdomen, jusqu'à la réalisation de la césarienne.
- Si possible, donner des tocolytiques pour réduire les contractions.
- Pratiquer immédiatement une césarienne.

Si le cordon est pulsatile et que la femme est dans le deuxième stade du travail :

- Réaliser l'extraction de siège et utiliser le forceps Piper ou long forceps pour l'extraction de la tête dernière si cela fait partie de votre champ de pratique.
- Se préparer à la réanimation du nouveau-né

Si le cordon n'est pas pulsatile, effectuer l'accouchement selon le mode le plus sûr. Offrir des soins émotionnels à la femme et à l'accompagnant(e) et être prêt pour la naissance d'un bébé mort-né.



En cas de siège complet ou décompleté Évaluer la femme, le bébé, et la progression du travail





Expliquez

Dans la plupart des cas, le bébé naîtra spontanément. Une fois la naissance commencée, les principes les plus importants sont les suivants :

- soutenir délicatement le corps
- et éviter de tirer sur le bébé

Le fait de tirer sur le bébé entraîne une extension du cou, ce qui rend impossible le soulèvement du corps et la sortie de la tête par flexion.

Démontrez

Demandez aux participants de se référer aux pages 30-31 du GP pour suivre la démonstration. Dites :

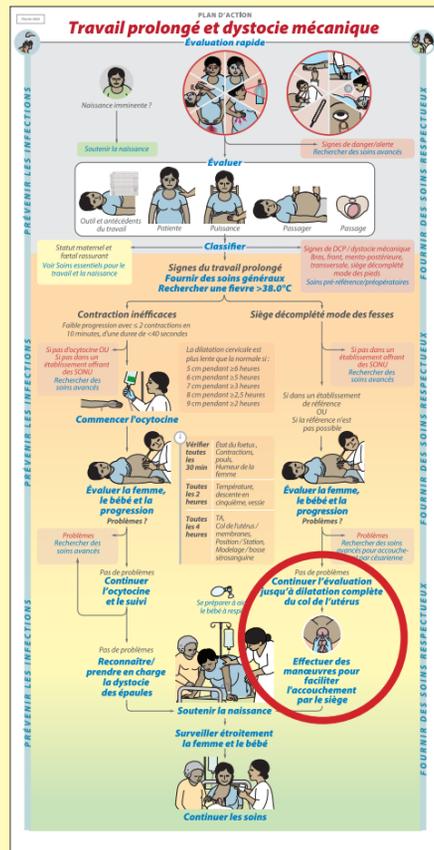
« **L'illustration montre une femme allongée sur le dos. Remarquez que ces manœuvres peuvent être effectuées en toute sécurité dans n'importe quelle position.** »

Demandez à un volontaire de porter le simulateur de naissance avec le bébé en position antérieure du sacrum droit pour un siège complet. Pour cette démonstration, faites en sorte que le bébé **accouche spontanément**. Décrivez chaque étape au fur et à mesure que vous la réalisez.

- Faire un toucher vaginal pour confirmer la dilatation complète et la présentation.
- Appeler à l'aide.
- Confirmer la présence d'une voie veineuse.
- Apporter un soutien émotionnel et des encouragements.
- Utiliser un bloc pudendal si formé et si la femme en a besoin pour l'aider à se détendre.
- Si les fesses ne sont pas entrées dans le vagin, encourager la femme à ne pas pousser si elle en a envie, mais lui demander de haletter pour éviter de pousser
- Une fois les fesses entrées dans le vagin, demander à la femme de suivre son envie de pousser dans **la position de son choix**.
- Laisser les fesses du fœtus descendre naturellement – **Ne PAS toucher pas le bébé !**
- En cas d'obstruction due à des lésions ou à des tissus cicatriciels dans le périnée, envisager de pratiquer une épisiotomie. Attendre que l'anus du fœtus soit visible à l'ouverture du vagin.
- Encourager la femme à pousser activement dans **la position de son choix**, afin de faciliter la descente naturelle du bébé.
- Laisser les fesses sortir jusqu'à ce que le bas du dos et puis les omoplates sont visibles.

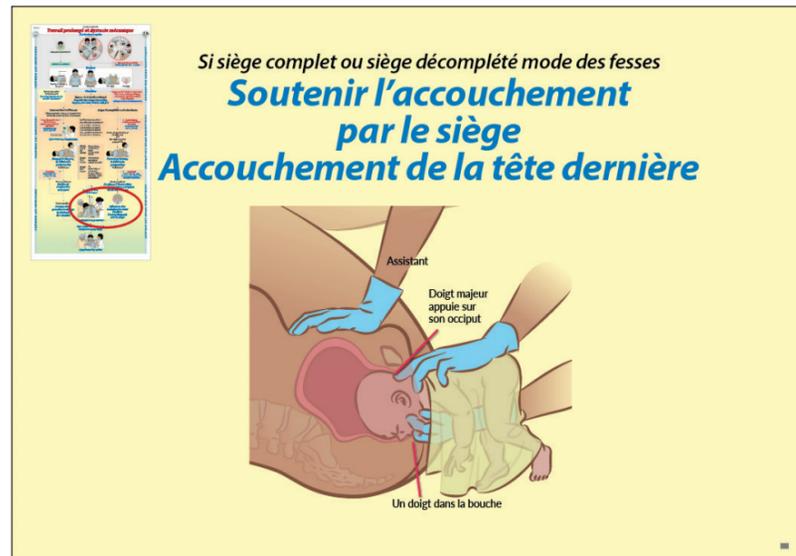
S'assurer que la colonne vertébrale du fœtus tourne vers l'avant. Le bébé doit regarder vers le coccyx de la femme.

- Tenir délicatement les fesses d'une main, mais **ne pas tirer sur le corps ou les jambes du bébé**. Les jambes fléchies du bébé se dégagent généralement d'elles-mêmes.
- Envelopper le bébé dans un linge pour le garder au chaud. Tenir le bébé par le bassin. **Ne pas tenir le bébé par les flancs ou l'abdomen**, cela risquerait d'endommager les reins ou le foie.
- Laisser les bras se dégager spontanément, un par un. **N'aider que si nécessaire**.
- Après la délivrance spontanée du premier bras, soulever les fesses vers le ventre de la femme pour que le deuxième bras puisse se libérer spontanément.
- Couvrir le corps du bébé avec un linge propre et sec. Laisser le bébé pendre jusqu'à ce que la ligne nucale soit visible.
- Allonger le bébé face vers le bas, la longueur de son corps au-dessus de la main et le bras d'accoucheur.
- Maintenir le corps du bébé au niveau ou en dessous du plan horizontal ou de l'axe du canal de naissance pour éviter l'hyperextension de la colonne vertébrale du bébé.
- Ce n'est que lorsque le nez et la bouche du bébé sont visibles au niveau de l'introitus qu'il est prudent de relever le corps.
- Laisser la tête se dégager lentement. Essayer de ne pas laisser la tête « jaillir » du canal de naissance.



Si l'accouchement par le siège est spontané
Ne pas pousser avant que le col ne soit complètement dilaté
Pratiquer des manœuvres pour l'accouchement par le siège





Expliquez

La tête peut se dégager spontanément ou avec l'aide de la pression sus-pubienne, par la manœuvre de Mauriceau-Smellie-Veit (MSV).

Avec la MSV, la combinaison de la flexion du cou, de la traction sur le fœtus vers la hanche/le bassin et de la pression sus-pubienne maintient la tête bien fléchie d'un bébé en siège.

Démontrez

Faites la démonstration de la manœuvre MSV pour délivrer la tête avec le simulateur fœtal en dehors du simulateur maternel. La manœuvre de MSV peut être effectuée en plaçant un doigt dans la bouche du bébé ou pas.

Démontrez des deux méthodes

- Faites d'abord une démonstration en plaçant l'index et l'annulaire sur les pommettes du bébé et insérer le majeur dans la bouche du bébé de façon à tirer la mâchoire vers le bas et à fléchir la tête.
- Montrez ensuite que vous placez l'index et l'annulaire sur les pommettes du bébé sans mettre un doigt dans sa bouche.

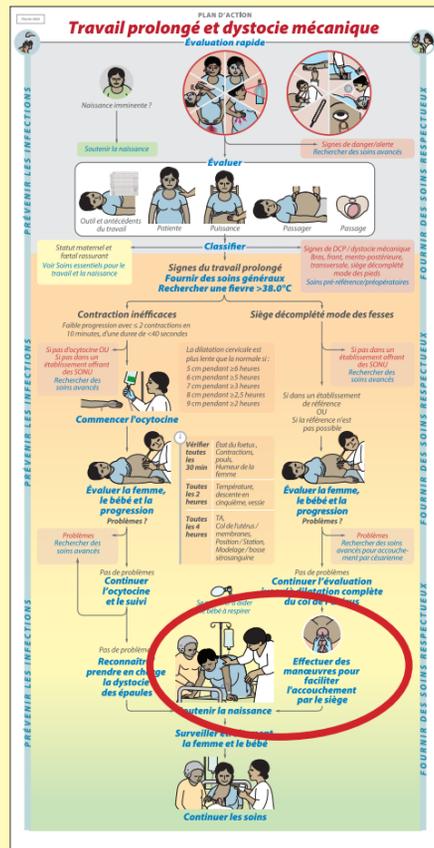
Expliquez ce que vous faites et pourquoi pendant la démonstration.

Demandez aux participants de se reporter à la page 33 du GP pour suivre la démonstration. Demandez à un volontaire de porter le simulateur avec le bébé en présentation par le siège et démontrez l'accouchement de la tête en utilisant la manœuvre de MSV comme ci-dessus.

- Soutenir le corps du bébé avec la main et l'avant-bras.
- Placer les premier et troisième doigts sur le maxillaire du bébé ; et placer le deuxième doigt dans la bouche du bébé ou non selon la préférence.
- De l'autre main, saisir les épaules du bébé.
- Avec les doigts de la première main, fléchir doucement la tête du bébé vers la poitrine

tout en continuant à tirer sur la mâchoire pour faire descendre la tête du bébé jusqu'à ce que la racine des cheveux soit visible.

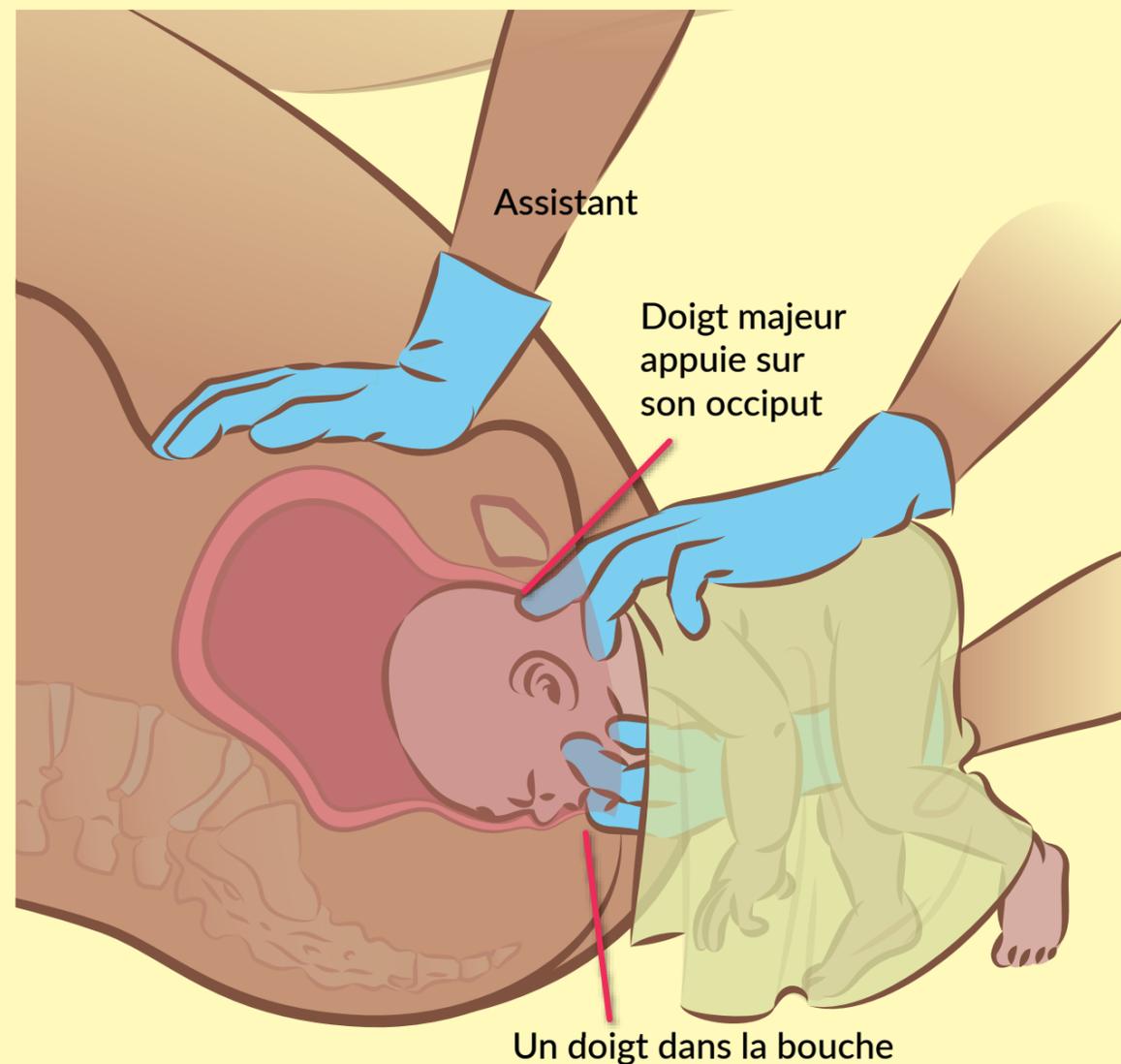
- Tirer doucement pour dégager la tête. Demander à un assistant de pousser au-dessus de la symphyse pubienne pendant le dégagement de la tête. Cela permet de maintenir la tête du bébé en flexion.
- Soulever le bébé, toujours couché sur le bras d'accoucheur, jusqu'à ce que la bouche et le nez soient dégagés.
- Placer le bébé sur l'abdomen de la femme, sécher immédiatement le bébé et évaluer sa la respiration, retirer le linge humide, et le couvrir avec un linge sec et un bonnet.
- Prendre en charge activement le troisième stade du travail.
- Clamper et sectionner le cordon ombilical 1 à 3 minutes après la naissance du bébé.
- Fournir les soins essentiels à la femme et à son bébé.



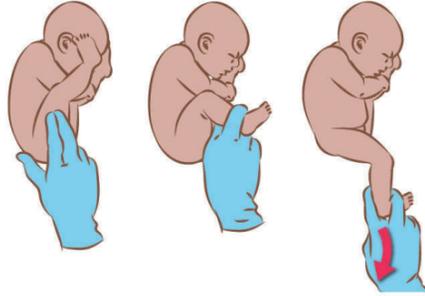
Si siège complet ou siège décomplété mode des fesses

Soutenir l'accouchement par le siège

Accouchement de la tête dernière



Si les jambes ne se dégagent pas spontanément
Dégager les fesses et les jambes



Expliquez

Dans la plupart des cas, les fesses et les jambes se dégagent spontanément. Si les jambes ne se dégagent pas spontanément, dégager une jambe à la fois à l'aide de la manœuvre de Pinard.

Démontrez

Demandez aux participants de se reporter à la page 34 du GP pour suivre la démonstration. Demandez à un volontaire de porter le simulateur de naissance avec le simulateur fœtal en position de siège jusqu'aux fesses.

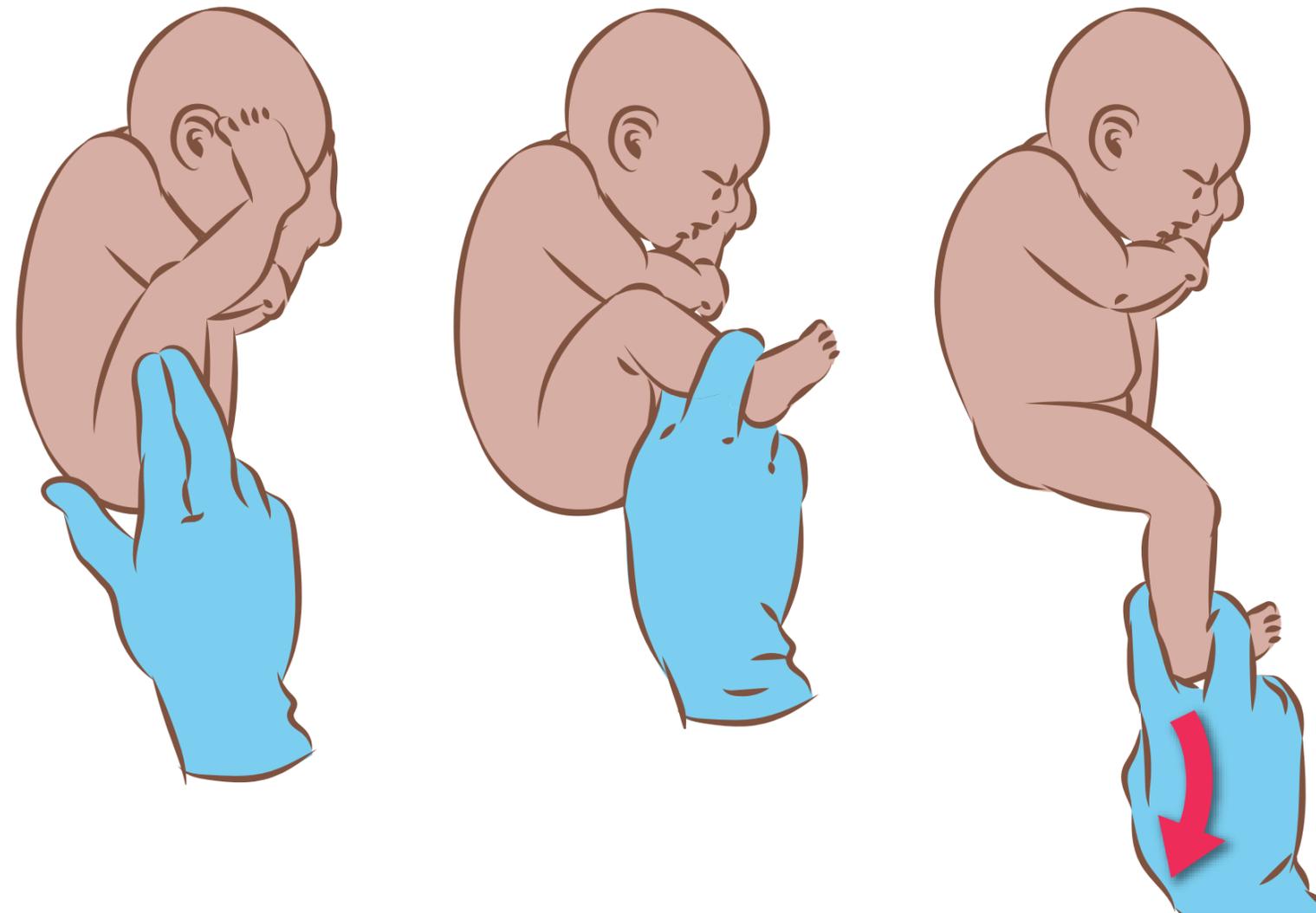
Expliquez ce que vous faites et pourquoi pendant la démonstration.

Pour utiliser la manœuvre de Pinard :

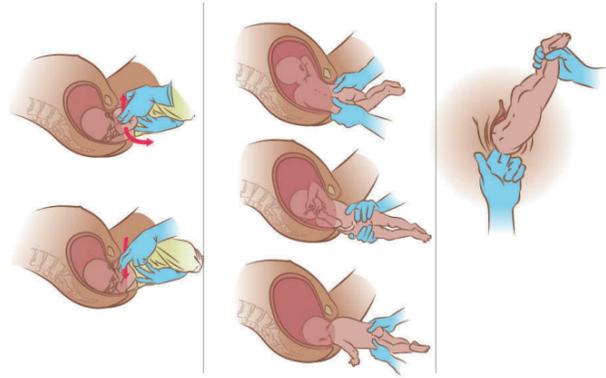
- Pousser derrière le genou pour plier la jambe
- Saisir la cheville et dégager le pied puis le reste de la jambe.
- Répéter le mouvement pour l'autre jambe.
- Tenir délicatement le bébé par les hanches, mais **ne pas tirer**. Ne pas tenir le bébé par les flancs ou l'abdomen, car cela peut provoquer des lésions rénales ou hépatiques.

Ne pas tirer le bébé pendant le dégagement des jambes. Cela pourrait entraîner l'extension du cou, rendant impossible le soulèvement du corps et le dégagement de la tête par flexion. Cela rend l'accouchement de la tête plus difficile et plus dangereuse.

Si les jambes ne se dégagent pas spontanément
Dégager les fesses et les jambes



Si les bras ne se dégagent pas spontanément
Dégager les bras



Expliquez

Les bras se dégagent généralement spontanément, mais les épaules peuvent se bloquer si les bras sont relevés lors du passage des épaules dans le bassin maternel.

Il existe trois méthodes pour abaisser les bras afin que les épaules puissent descendre :

1. Si les bras sont palpables sur la poitrine, plier le bras et ramener la main devant le visage du bébé.
2. Si les bras sont étendus au-dessus de la tête ou repliés autour du cou, utiliser la manœuvre de Lovset.
3. S'il n'est pas possible de tourner le corps du bébé, dégager d'abord l'épaule postérieure.

Démontrez

Demandez aux participants de se référer aux pages 35-36 du GP pour suivre la démonstration. Demandez à un volontaire de porter le simulateur de naissance avec le simulateur fœtal en position de siège et le corps accouché jusqu'aux bras. Expliquez ce que vous faites et pourquoi pendant la démonstration.

Si les bras sont palpables sur la poitrine :

- Placer ou deux doigts au niveau du coude et plier le bras de façon à ramener la main devant le visage du bébé.
- Après le dégagement spontané du premier bras, soulever les fesses du bébé vers l'abdomen de la femme pour permettre au deuxième bras de se dégager spontanément.

Si les bras sont tendus au-dessus de la tête ou enroulés autour du cou, utiliser la manœuvre de Lovset :

- Tenir le bébé par les hanches. Tourner l'enfant de 90° (dos fœtal à gauche ou à droite), pour amener l'épaule antérieure sous la symphyse et permettre l'engagement du bras.
- Faciliter le dégagement du bras en plaçant un ou deux doigts sur la partie supérieure du bras. Amener doucement le bras vers le bas en le faisant glisser sur la poitrine, après avoir fléchi le coude et passé la main devant le visage.
- Pour dégager le deuxième bras, Tourner l'enfant dans l'autre sens en maintenant le dos vers le haut et en exerçant une traction

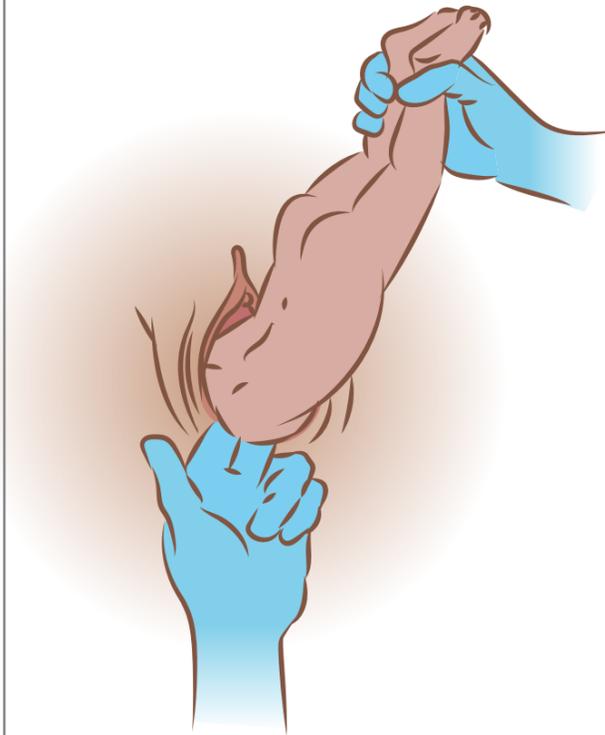
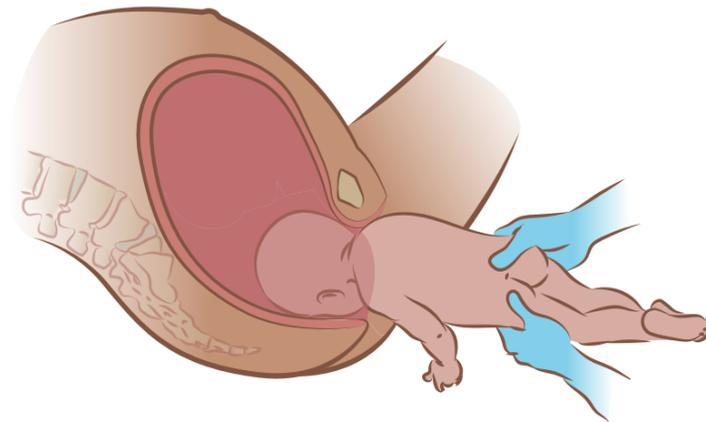
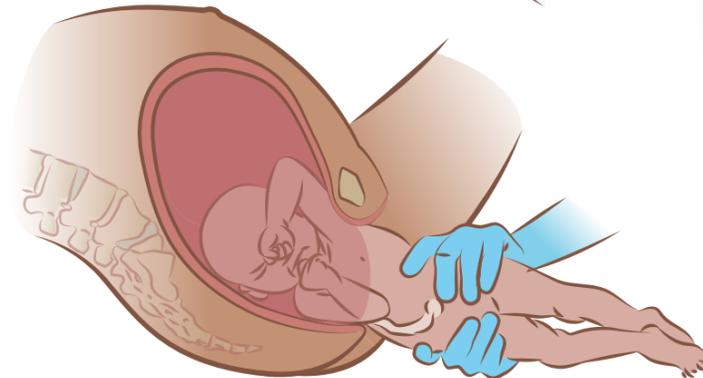
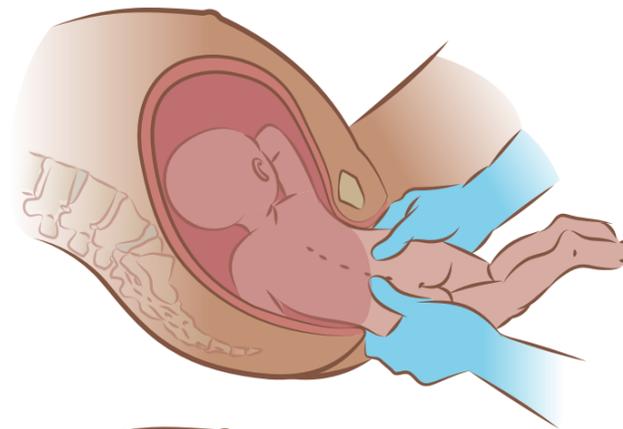
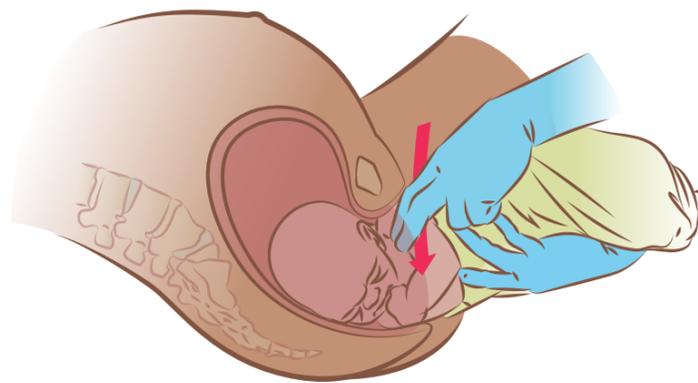
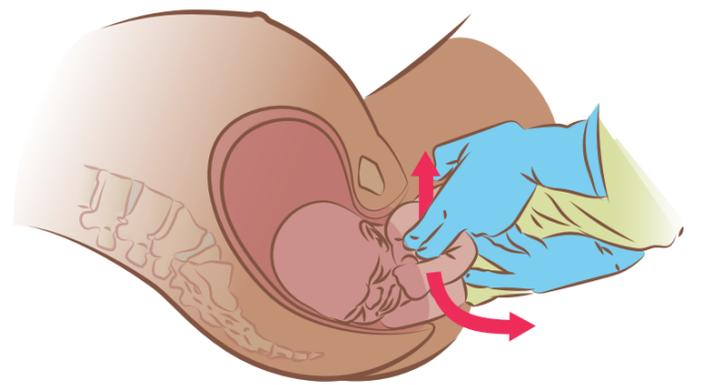
vers le bas, et dégager le second bras de la même manière.

Si les bras ne se dégagent pas spontanément et qu'il est impossible de tourner le corps du bébé :

- Dégager l'épaule postérieure. Prendre le bébé par les chevilles et le soulever.
- Orienter la poitrine du bébé vers la jambe de la femme, ce qui devrait permettre à l'épaule postérieure de se dégager.
- Dégager le bras postérieur.
- Ramener le bébé en position allongé en le tenant par les chevilles, ce qui devrait permettre à l'épaule antérieure de se dégager.
- Dégager le bras antérieur

REMARQUE : Si on ne réussit pas à dégager la tête dernière et qu'il y a rétention de la tête dernière, demander l'aide d'un prestataire senior et expérimenté qui peut utiliser des forceps ou d'autres procédures avancées et alerter le bloc opératoire.

Si les bras ne se dégagent pas spontanément
Dégager les bras





Expliquez

Continuer à surveiller étroitement la femme, le fœtus et la progression du travail pendant le deuxième stade du travail.

S'assurer d'avoir un assistant pour aider à l'accouchement et être prêt si le nouveau-né a besoin d'être réanimé. Essayer de donner l'impression que l'accouchement est normal et ne recourir à des interventions médicales que si elles sont clairement nécessaires.

Dans la mesure du possible, encourager et aider la femme à choisir la position qu'elle préfère à l'accouchement, y compris la position verticale.

- Alerter le bloc opératoire qu'il y a une femme avec une présentation du siège au

deuxième stade du travail afin qu'il soit prêt si une césarienne d'urgence est nécessaire.

- Une fois que le bébé est né, s'assurer que le nouveau-né respire bien et assurer une gestion active de la troisième période de l'accouchement.

Agir rapidement en cas de problème !

La présentation du siège augmente le risque de :

- détresse fœtale
- disproportion fœto-pelvienne/dystocie mécanique
- procidence du cordon, surtout en cas de siège complet
- rétention de la tête dernière
- descente rapide de la tête fœtale pouvant provoquer une hémorragie intracrânienne
- lésions de la colonne cervicale dues à l'hyperextension de la tête.
- retard du dégagement de la tête pouvant entraîner une asphyxie par compression du cordon ou séparation du placenta.
- lésions traumatiques du bébé, notamment fractures de l'humérus, du fémur ou de la clavicule ; luxation des hanches.
- paralysie d'Erb
- lésions traumatiques de la femme

Vérification des connaissances

De quoi avez-vous besoin dans votre établissement de santé pour tenter un accouchement du siège par voie basse ?

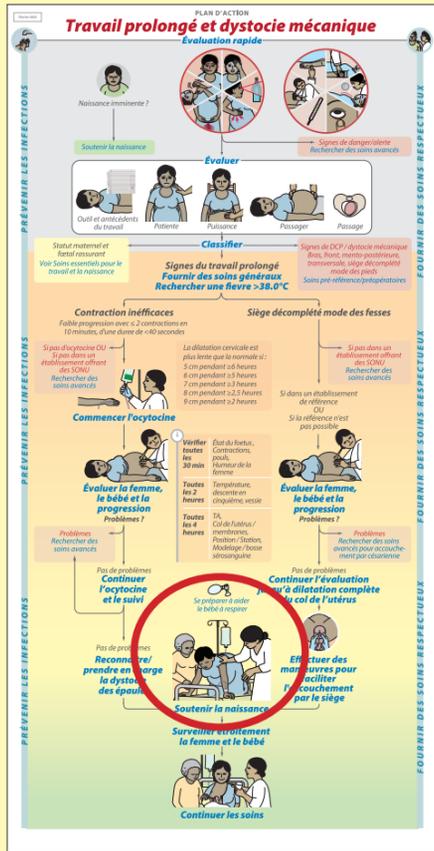
- Un clinicien formé et expérimenté
- Une échographie pour confirmer la présentation
- La capacité de pratiquer une césarienne d'urgence et de s'occuper d'un bébé asphyxié ou présentant des lésions dues à la naissance

Quelles sont les conditions maternelles requises pour tenter un accouchement par le siège ?

- Pas d'antécédents de césarienne pour DCP/dystocie mécanique

Quelles sont les conditions fœtales requises pour tenter un accouchement vaginal avec une présentation par le siège ?

- Siège complet ou décomplété
- La tête est fléchie
- La fœtus n'est pas trop gros (poids fœtal estimé <4kg)
- Le bébé n'est pas prématuré et n'a pas une restriction de croissance intra-utérine



Si siège complet ou décomplété mode des fesses

Soutenir la naissance





Expliquez

Fournir des soins immédiats à la femme et au nouveau-né, y compris la réanimation si nécessaire.

Si la femme ou le nouveau-né ne se portent pas bien, les stabiliser puis les référer immédiatement vers des soins avancés

- **Examiner soigneusement la femme :**
 - Assurer la réfection des déchirures du col de l'utérus ou du vagin ou de l'épisiotomie, si nécessaire
- **Examiner soigneusement le bébé pour des blessures :**
 - Hémorragie intracrânienne
 - Lésion de la moelle épinière.
 - Luxation des hanches.

- Fractures de l'humérus, du fémur ou de la clavicule.
- Paralysie d'Erb
- Les bébés en position de siège franc peuvent continuer à garder leurs jambes dans cette position pendant quelques jours après la naissance.
- En raison de la pression exercée pendant le travail et l'accouchement, il est normal que la hanche antérieure du bébé soit blessée et que les organes génitaux soient gonflés

Documentation : Demandez aux participants de se référer à la page 36 du GP et de lire comment documenter l'accouchement par le siège, en plus de la documentation de routine.

Discutez

Demandez aux apprenants de se reporter à la page 38 du PG pour répondre aux questions suivantes :

« Quels signes d'hémorragie intracrânienne allez-vous rechercher chez le nouveau-né ? »

- Léthargie, crises néonatales, apnée, difficultés d'alimentation, irritabilité, fontanelle bombée, respiration superficielle ou tendue, tonus anormal, altération de l'état de conscience

« Quels sont les signes d'une possible luxation de la hanche chez le nouveau-né ? »

- Une absence de mouvement ou un mou-

vement restreint dans une jambe.

- Abduction restreinte (lorsque le fémur se déplace vers l'extérieur sur le côté).
 - Asymétrie des plis de la cuisse ou du pli fessier, ou écart de longueur des membres
- REMARQUE :** dans les luxations bilatérales, la symétrie est conservée.

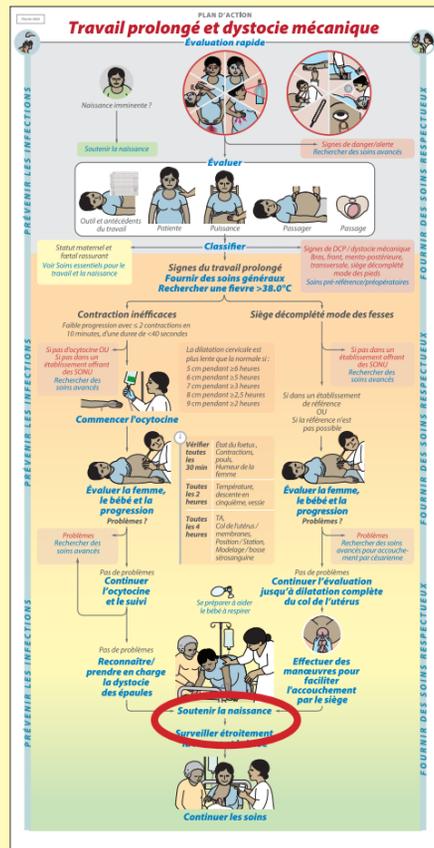
« Quels sont les signes d'une possible lésion de la moelle épinière chez le nouveau-né ? »

- Restriction des mouvements des deux bras ou des deux jambes.

Remarque sur les soins avancés

Selon les normes et protocoles locaux, référer les personnes suivantes pour des soins avancés :

- Les femmes avec une suspicion de fistule obstétricale.
- Les femmes présentant des déchirures du troisième ou du quatrième degré (déchirures périnéales complètes et complètes compliquées).
- Les nouveau-nés présentant des blessures ou des complications.



Immédiatement après un accouchement par le siège

Fournir des soins et noter



EXERCICE

Présentations du siège : Les différentes manœuvres

Avant de commencer l'activité, posez les questions suivantes aux apprenants :

Vérification des connaissances

Que peut-il se passer si vous tirez sur le bébé lors de l'accouchement d'une présentation du siège ?

Cela peut entraîner l'extension du cou, ce qui rend impossible le soulèvement du corps et le dégagement de la tête par flexion. Cela rend le dégagement de la tête plus difficile et plus dangereux.

Lorsque vous assistez à un accouchement par le siège, à quel moment encouragez-vous une femme à pousser lorsqu'elle en a envie ?

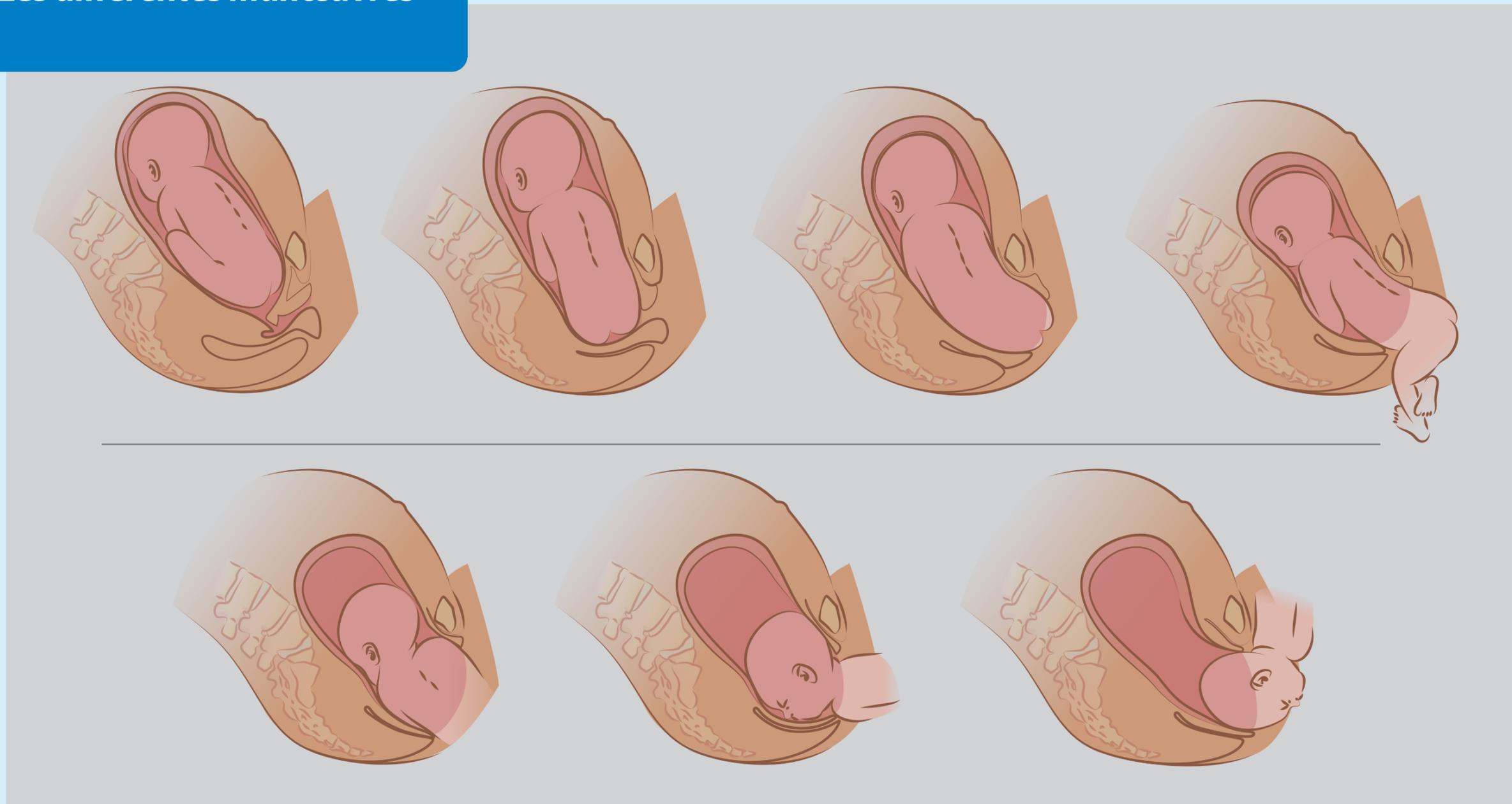
Une fois que les fesses sont descendues dans le vagin et que le col de l'utérus est complètement dilaté.

Répartissez les apprenants en groupes de 3-4. Demandez aux apprenants de pratiquer les manœuvres en équipe - en commençant par le début, et en passant par toutes les manœuvres.

Donnez un feedback si nécessaire.

EXERCICE

Présentation du siège : Les différentes manœuvres





Expliquez

Si une femme a eu des complications pendant le travail ou l'accouchement, elle et son bébé doivent être surveillés de plus près pour identifier si des problèmes se développent.

Une femme présentant des complications pendant le travail peut être exposée à un risque plus élevé d'infection en raison d'interventions telles que des injections intraveineuses et intramusculaires, un cathétérisme, une césarienne ou un accouchement instrumental.

Les femmes qui ont reçu une perfusion d'ocytocine pendant le travail peuvent présenter un risque plus élevé d'HPP. Si elle était sous perfusion d'ocytocine, donner l'équiva-

lent de 10 UI d'ocytocine sur 3,5 heures pour maintenir l'utérus contracté. Puis arrêter si elle est stable.

Une femme qui a eu un travail prolongé peut présenter un risque accru de fistule obstétricale. Lui demander si elle souffre d'incontinence urinaire ou fécale, et la référer vers un spécialiste si une fistule est suspecté.

Les femmes souffrant d'une infection utérine pendant le travail courent le risque :

- D'infection utérine postpartum
- De septicémie tout comme leur nouveau-né
- D'HPP
- De caillots de sang dans les poumons et le bassin.

Si elle a été mise sous antibiotiques pendant le travail :

- Poursuivre la prise d'antibiotiques après la naissance pendant 24-48 heures après la disparition des derniers signes et symptômes cliniques (température $>38^{\circ}\text{C}$, sensibilité utérine, écoulement malodorant).
- Surveiller attentivement le nouveau-né pour détecter les signes d'infection et de septicémie et agir rapidement en cas de problème !
- Traiter le nouveau-né avec des antibiotiques prophylactiques (IM ou IV) pendant au moins

deux jours : ampicilline 50 mg par kg toutes les 12 heures et gentamicine 5 mg par kg toutes les 24 heures si le bébé est à terme / 4 mg par kg toutes les 24 heures si le bébé est prématuré.

Dites, « **Passons en revue les soins immédiats après l'accouchement, que nous avons abordés dans les Soins essentiels pour le travail et la naissance.** »

Vérification des connaissances

À quelle fréquence allez-vous surveiller la femme et le nouveau-né ?

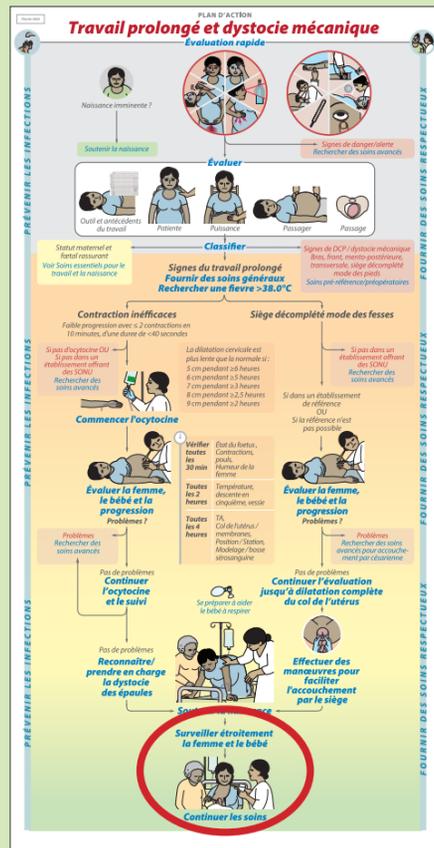
- Toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures
- Toutes les 30 minutes pendant l'heure suivante puis
- Toutes les heures pendant 3 heures, puis
- Toutes les quatre heures jusqu'à la sortie.

Qu'allez-vous surveiller chez la femme ?

- Saignement vaginal, tonicité utérine, hauteur du fond de l'utérus, pouls et tension artérielle.
- Vérifier et enregistrer qu'elle vide sa vessie dans les six heures après la naissance du bébé.

Qu'allez-vous surveiller pour le bébé ?

- La respiration, la température, la coloration de la peau et le rythme cardiaque en même temps que la surveillance de la mère.

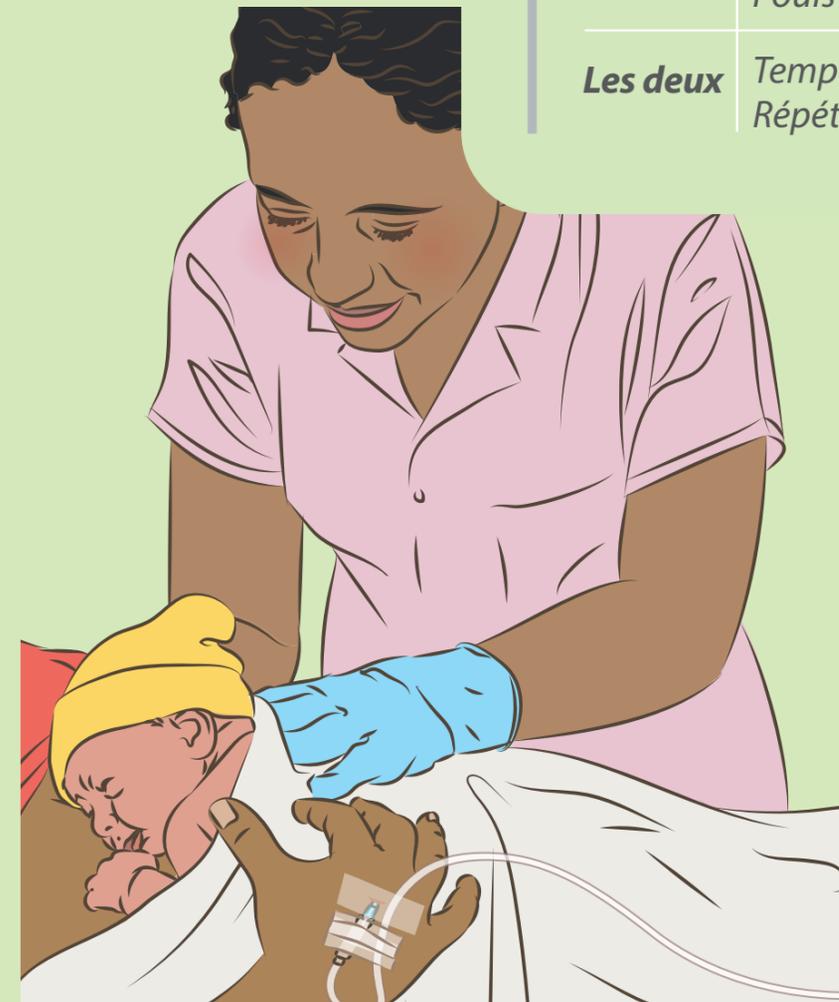


Surveiller étroitement la femme et le bébé

Continuer les soins

⚠ Vérifier toutes les 15 min pd 2 hr

Femme	Utérus Saignements TA Pouls
Bébé	Respiration Coloration de la peau Pouls
Les deux	Température Répéter si anormal



EXERCICE

Se préparer pour les activités FDHF

Agir !

Se préparer pour les activités FDHF

Demandez, « **Qu'est-ce que l'approche FDHF ? Quelqu'un le sait ?** » **FDHF signifie faible dose à haute fréquence. C'est une approche à la formation où nous faisons de petites quantités d'apprentissage et de pratique dans nos établissements de santé et avec nos collègues pour faciliter la prestation des meilleurs soins possibles.**

Demandez aux apprenants de se reporter à la page 42 du GP afin qu'ils puissent voir les activités de la pratique des compétences et de l'amélioration de la qualité qu'ils feront après la formation. Ces activités seront coordonnées et dirigées par l'un de vos pairs qui a été spécialement formé. Expliquez-leur qu'ils travailleront en équipe et s'entraideront dans les activités.

Demandez qu'ils incluent tout le personnel dans ces sessions même s'ils n'ont pas fait partie de la formation d'aujourd'hui.

Agir !

Que vais-je faire pour faire une différence ?

Demandez à chaque participant de réfléchir pendant 5 minutes à une chose qu'il a apprise et qu'il fera différemment après aujourd'hui. Demandez-leur de l'écrire et de se fixer une limite de temps pour le faire.

Que ferons-nous différemment ensemble ?

Demandez au groupe ce qu'ils pensent qu'ils font bien lorsqu'ils s'occupent de femmes ayant un travail prolongé ou une dystocie mécanique, une dystocie des épaules et un accouchement par le siège. Puis demandez au groupe de revoir la liste qu'ils ont élaborée au cours des discussions d'aujourd'hui.

Demandez s'il y a quelque chose qu'ils ont appris et qui sera facile à changer. Demandez ce qui pourrait être difficile à changer : L'évaluation rapide ? L'utilisation de SAER ? Effectuer une évaluation complète des femmes dont on soupçonne un travail prolongé ? Accélérer le travail avec l'ocytocine ? Surveillance étroite des femmes sous ocytocine ? Prendre en charge l'accouchement par le siège ? Encourager le choix de la position pour pousser et accoucher ? Fournir des conseils à la mère/aux parents en cas de décès du fœtus ?

Demandez aux apprenants de réfléchir aux questions suivantes lorsqu'ils examinent leur liste :

1. Lequel de ces éléments voulons-nous changer ?
2. Que pouvons-nous changer par nous-mêmes ?
3. Comment allons-nous faire ce changement ?

Si vous êtes dans un grand groupe, divisez le groupe pour qu'il y ait 6 apprenants ou moins. Sur la base de la discussion ci-dessus, demandez-leur de trouver 3 à 5 objectifs SMART pour répondre à la question, « **Que ferons-nous différemment demain ?** »

Donnez des exemples des objectifs **SMART** :

- **Spécifique** - Effectuer une évaluation rapide de toutes les femmes dont on soupçonne un travail prolongé.
- **Mesurable** - 100% des femmes suspectées de travail prolongé recevront une évaluation rapide.
- **Atteignable** - Nous disposons du personnel et nous avons été formés pour faire une évaluation rapide.
- **Réaliste** - Il y a un risque accru de décès maternel et fœtal si le travail est prolongé et n'est pas pris en charge.
- **Temporel** - Il nous faudra 3 mois pour nous assurer que tout le personnel est formé et que nous avons les fournitures nécessaires.

Demandez aux groupes de partager leurs objectifs. Faites remarquer que le premier EXERCICE de FDHF consiste à mettre leurs plans en action !

EXERCICE

*Se préparer pour les
activités FDHF*

Agir !

FDHF

Pratique continue et activités d'amélioration de la qualité

Passer à l'action avec les objectifs S.M.A.R.T

Spécifique	<i>Effectuer une évaluation rapide (ER) pour toutes les femmes dont on soupçonne un travail prolongé.</i>
Mesurable	<i>On effectue une ER pour 100% des femmes suspectées de travail prolongé.</i>
Atteignable	<i>Nous disposons du personnel et pouvons acheter d'autres ressources pour effectuer l'évaluation rapide.</i>
Réaliste	<i>Il existe un risque accru de décès maternel et foetal si le travail prolongé n'est pas pris en charge.</i>
Temporel	<i>Il nous faudra 3 mois pour former tout le personnel et acheter l'équipement et les fournitures nécessaires.</i>

Remerciements



Aider les mères à survivre Travail prolongé et dystocie

Tableaux à feuilles mobiles du facilitateur

Auteurs

Susheela Engelbrecht, CNM, MPH, MSN
Cherrie Lynn Evans, DrPH, CNM Jhpiego

Nuriya Robinson, MD, FACOG Harbor-UCLA
Medical Center

Réviseurs

Wanda Nicholson, MD, MPH, on behalf of
the Committee on Childbirth and Postpartum
Haemorrhage

Fekade Ayenachew, MD, on behalf of the
Committee on Obstetric Fistula
International Federation of Gynecology and
Obstetrics

Florence West, RNM MIPH PhD
International Confederation of Midwives

Michelle Acorn, DNP, NP PHC/Adult,
CGNC, FCAN, FAAN ICN Chief Nurse
International Council of Nurses

Gaudiosa Tibaijuka, MEd, RN, RM
Chrisostom Lipingu, MD, MMED OBGYN
John E. Varallo, MD, MPH, FACOG
Jhpiego

Robert B. Clark, MD, MPH, FAAFP
William J. Keenan, MD, FAAP
Sommer Aldulaimi, MD, FAAFP
American Academy of Pediatrics,
Helping Babies Survive Planning Group

France Donnay, MD, FACOG, FRCOG, MPH
Kings College, London
Vineeta Gupta MD, JD, LL.M
Melvin H. Seid, MD, FACOG, Kybele, Inc.

Directeur artistique en conception pédagogique

Anne Jorunn Svalastog Johnsen
Laerdal Global Health
Stavanger, Norway

Illustrateur

Bjørn Mike Boge
Laerdal Global Health
Stavanger, Norway

Jhpiego est une organisation internationale de santé à but non lucratif affiliée à l'Université Johns Hopkins. Depuis près de 50 ans, Jhpiego offre aux agents de première ligne des moyens d'agir en concevant et en mettant en œuvre des solutions efficaces, peu coûteuses et pratiques pour renforcer la prestation de services de santé pour les femmes et leurs familles. En intégrant des innovations de santé fondées sur des preuves dans la pratique quotidienne, Jhpiego œuvre en vue de vaincre les obstacles à l'accès aux soins de qualité pour les populations les plus vulnérables dans le monde.

Le module « Aider les mères à survivre – Travail prolongé et dystocie » a été conçu et élaboré par une équipe du Leadership technique de Jhpiego en partenariat avec le Collège américain des obstétriciens et gynécologues.

.....

*Nous exprimons notre sincère gratitude à nos partenaires et collègues du monde entier qui travaillent avec nous pour réduire les décès inutiles de femmes et de leurs bébés. Nous souhaitons remercier tout particulièrement ceux qui ont orienté le développement de ces documents, notamment la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), la Confédération internationale des sage-femmes (ICM), le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP) et l'Académie américaine de pédiatrie (AAP).
Nous tenons à remercier nos collègues partenaires en Tanzanie qui ont soutenu les tests de ce matériel.*



Ce travail a été rendu possible grâce au soutien généreux de Laerdal Global Health, de Laerdal Foundation for Acute Medicine et de Jhpiego, une filiale de l'université Johns Hopkins.

Nous remercions tout particulièrement Tore Laerdal pour son dévouement sans faille à la vie des femmes et de leurs nouveau-nés dans le monde entier.

La traduction française du Travail prolongé et dystocie a été rendue possible grâce à la généreuse donation du Dr Jim et Patti Walker.

