



## Session facultative 3 : Prise en charge initiale des complications obstétricales

### Résumé de la session

Il est très rare qu'il y ait des complications dues à la GATPA ; néanmoins, il y en a parfois quelque soit la technique utilisée pour la gestion active de la troisième période de l'accouchement. Les complications possibles comprennent :

- Le choc ;
- L'hémorragie du post-partum ;
- La rétention placentaire ;
- L'inversion utérine.

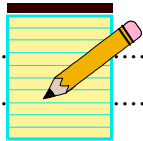
Dans cette session, vous allez passer en revue **la prise en charge initiale** d'une complication obstétricale quelconque, du choc et d'une HPP et la prise en charge spécifique d'une atonie utérine.

### Objectifs d'apprentissage

A la fin de cette session, les participants seront en mesure de :



- Décrire la prise en charge générale d'une complication obstétricale
- Décrire la prise en charge générale du choc
- Décrire la prise en charge immédiate et spécifique pour l'HPP



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Travail en classe

### Etudes de cas pendant la session

Etude de cas	Choc – oui ou non ?
<ul style="list-style-type: none"><li>Mme A a accouché à la maison il y a 4 heures. Elle se présente au CS pour les saignements vaginaux. Signes : Pouls : 96 btts/min ; Tension artérielle : 11/7 ; Respirations : 21 ; Température : 37°C ; pâleur des conjonctives ; extrémités chaudes ; consciente ; vient d'uriner « une quantité suffisante ».</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Tu as assisté Mme B pendant l'accouchement. Le travail a traîné, donc tu lui as donné une demie ampoule de Syntocinon et une demie ampoule de Spasfon pour « aider » le travail. Mme B a accouché peu après l'injection. Vous avez effectué la GATPA. 30 minutes après l'accouchement, elle continue à saigner. Signes : Pouls : 112 btts/min ; Tension artérielle : 8/4 ; Respirations : 36 ; Température : 36°C ; pâleur des conjonctives ; extrémités froides ; anxiété ; tu ne peux pas te rappeler de la dernière fois qu'elle a uriné.</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Mme C a une grossesse de 38 semaines. Elle se présente parce qu'elle a des saignements vaginaux, des douleurs abdominaux, et pense qu'elle est en travail. Signes : Pouls : 82 btts/min ; Tension artérielle : 13/9 ; Respirations : 24 ; Température : 37,5°C ; Bruits du cœur fœtal : absents ; pâleur des conjonctives ; extrémités froides ; anxiété ; ne peut pas se rappeler de la dernière fois qu'elle a uriné.</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Mme D a accouché au CS pendant la nuit. Quand tu fais la tour, tu trouves : Pouls : 132 btts/min ; Tension artérielle : 7/- ; Respirations : 32 ; Température : 36°C ; pâleur des conjonctives ; confusion ; sueurs ; a uriné avant d'accoucher.</li></ul>	



Revue des signes/symptômes des causes principales d'une HPP immédiate (à compléter pendant la session).

### Diagnostic du saignement vaginal après l'accouchement

<b>Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents</b>	<b>Symptômes et signes cliniques parfois présents</b>	<b>Diagnostic probable</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>HPP du post-partum immédiat<sup>a</sup></li> <li>utérus mou/non contracté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>choc</li> </ul>	A.
<ul style="list-style-type: none"> <li>HPP du post-partum immédiat<sup>a</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>placenta complet</li> <li>utérus contracté</li> </ul>	B.
<ul style="list-style-type: none"> <li>absence de délivrance 30 minutes après l'accouchement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HPP du post-partum immédiat<sup>a</sup></li> <li>utérus contracté</li> </ul>	C.
<ul style="list-style-type: none"> <li>absence d'une portion de la surface maternelle ou présence de membranes déchirées contenant des vaisseaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HPP du post-partum immédiat<sup>a</sup></li> <li>utérus contracté</li> </ul>	D.
<ul style="list-style-type: none"> <li>fond utérin non perçu à la palpation abdominale</li> <li>douleur légère ou intense</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>utérus inversé, visible au niveau de la vulve</li> <li>HPP du post-partum immédiat<sup>b</sup></li> </ul>	E.
<ul style="list-style-type: none"> <li>HPP du post-partum immédiat<sup>a</sup> (saignement intra-abdominal et/ou vaginal)</li> <li>forte douleur abdominale (qui peut diminuer après la rupture)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>choc</li> <li>abdomen sensible</li> <li>pouls rapide</li> </ul>	F.

a. Il arrive que l'hémorragie extériorisée soit faible lorsqu'un caillot obstrue le col de l'utérus ou lorsque la patiente est allongée sur le dos.

b. En cas d'inversion complète, il se peut qu'il n'y ait pas de saignement.

## Etude de cas: Saignement vaginal après l'accouchement<sup>1</sup>

Madame A. est une jeune femme de 20 ans, primipare, qui a été assistée lors de l'accouchement par l'infirmière obstétricienne nouvellement formée en la GATPA. L'infirmière obstétricienne vous appelle car la femme a des pertes de sang abondantes depuis l'accouchement qui a eu lieu il y a 2 heures de cela. L'infirmière obstétricienne indique que la naissance s'est faite par accouchement spontané par voie basse d'un nouveau-né arrivé à terme. Madame A., ainsi que l'infirmière obstétricienne, signalent que le travail a duré 12 heures, que la naissance était normale et que le placenta a été délivré par la GATPA immédiatement après la naissance du nouveau-né.

### **Evaluation (anamnèse, examen physique, procédures de dépistage/tests de laboratoire)**

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame A. et pourquoi ?
2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Madame A. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?

### **Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

Vous avez achevé votre évaluation de Madame A. et vos constatations sont les suivantes :

#### *Anamnèse :*

L'infirmière obstétricienne indique qu'à son avis, le placenta et les membranes ont été expulsés sans problème et étaient complets.

#### *Examen physique :*

La température de Madame A. est de 36,8°C, son pouls est de 108 par minute, sa tension artérielle est de 8/6 et la fréquence respiratoire est de 24 mvts par minute. Elle est pâle et elle transpire.

Son utérus est mou et ne se contracte pas avec le massage du fond de l'utérus. Vous notez un saignement vaginal abondant et rouge vif. A l'inspection, il n'y a aucun signe de déchirure périnéale, cervicale ou vaginale.

3. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic et pourquoi ?

---

<sup>1</sup> Adapté des matériels d'apprentissage pour une formation en les SONU préparés par MNH/JHPIEGO. [http://www.reproline.jhu.edu/english/2mnh/2mcpc/learningpkg\\_toc.htm](http://www.reproline.jhu.edu/english/2mnh/2mcpc/learningpkg_toc.htm) (accédé le 28 août 2006).



**Prestation de soins (planification et intervention)**

4. En fonction de votre diagnostic (identification de problème/besoin), quels sont les soins que vous envisagez pour Madame A. et pourquoi ?

***Evaluation***

Un examen du placenta a été réalisé et quelques cotylédons manqués et, en plus, les membranes n'étaient pas complètes. Une exploration manuelle de l'utérus a été réalisée et certains tissus placentaires ont été retirés. Toutefois, 15 minutes après qu'a démarré le traitement, elle continue à avoir un saignement vaginal abondant. L'utérus reste mal contracté. Le test de coagulation au lit de la patiente est de 5 minutes, son pouls est de 110 par minute et sa tension artérielle est de 8/6. Sa peau continue à être froide et moite et elle est désorientée.

5. En fonction de ces résultats, quel est votre plan de soins continus pour Madame A. et pourquoi ?





## Simulation clinique<sup>2</sup>

**But :** Cette activité a pour but d'apporter aux participants une expérience simulée pour qu'ils puissent pratiquer les compétences de résolution de problèmes et de prise de décisions liées à la prise en charge du saignement vaginal après l'accouchement. On insistera sur le fait qu'il faut réfléchir rapidement et réagir (intervenir) rapidement.

### Instructions :

- Un participant jouera le rôle d'une patiente et un second participant le rôle du prestataire qualifié. D'autres participants pourront intervenir pour aider le prestataire.
- Le facilitateur donnera au participant qui joue le rôle du prestataire les renseignements nécessaires sur l'état de la patiente et posera les questions pertinentes.
- Le participant devra réfléchir et réagir rapidement lorsque le facilitateur lui donnera les renseignements et lui posera les questions.
- Au départ, le facilitateur et le participant discuteront de ce qui se passe pendant la simulation pour développer les compétences de résolution de problèmes et de prise de décisions.
- Alors que s'affinent les compétences du participant se renforcent, la simulation portera essentiellement sur la prestation de soins appropriés dans le cas d'une situation d'urgence grave de manière rapide et efficace.

---

<sup>2</sup> Adapté des matériels d'apprentissage pour une formation en les SONU préparés par MNH/JHPIEGO. [http://www.reproline.jhu.edu/english/2mnh/2mcpc/learningpkg\\_toc.htm](http://www.reproline.jhu.edu/english/2mnh/2mcpc/learningpkg_toc.htm) (accédé le 28 août 2006).

<b>Scénario 1</b>	<b>Réactions / Réponses clés</b>
<p>Mme DIAKHITE est une multigeste de 36 ans qui a eu cinq enfants. Son mari, qui vous indique qu'elle a accouché à la maison avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle, l'a emmenée à l'hôpital. L'accoucheuse lui a dit que le placenta a été expulsé facilement et complètement suivant la naissance mais que Mme DIAKHITE saigne "de trop" depuis. La famille a essayé bien des choses pour aider Mme DIAKHITE avant de l'emmener à l'hôpital, mais elle continue à saigner "de trop."</p> <p>1. Que faites-vous ?</p>	
<p>A l'examen, vous constatez que Mme DIAKHITE a une température de 37°C, un pouls de 120 battements/minute, une tension artérielle de 8/5 et que sa fréquence respiratoire de 34 mvts/minute. Sa peau est froide et moite.</p> <p>2. Qu'est-ce qui ne va pas chez Mme DIAKHITE ?</p> <p>3. Qu'allez-vous faire à présent ?</p>	



<b>Scénario 1 (suite)</b>	<b>Réactions / Réponses clés</b>
<p>A l'examen supplémentaire, vous constatez qu'il n'y a pas de déchirures vaginales ou périnéales et que l'utérus de Mme DIAKHITE est mou et qu'il n'est pas contracté mais qu'il n'est pas sensible. Ses habits à partir de la taille sont trempés de sang.</p> <p>4. Quels sont les principaux problèmes de Mme DIAKHITE ?</p> <p>5. Quelles sont les causes de son choc et saignement ?</p> <p>6. Qu'allez-vous faire ensuite ?</p>	
<p>Après 15 minutes, l'utérus est ferme et les saignements ont cessé, mais le pouls de Madame DIAKHITE est encore à 116 battements/ minute, la tension artérielle à 88/60 mm Hg et la fréquence respiratoire de 32 mvts/minute.</p> <p>7. Qu'allez-vous faire à présent ?</p>	
<p>Encore une fois 15 minutes après, l'utérus est encore ferme et les saignements excessifs ont cessé. Le pouls de Mme DIAKHITE est de 90 btts/minute, sa tension artérielle de 100/60 mm Hg et la fréquence respiratoire de 24 mvts/minute.</p> <p>8. Qu'allez-vous faire à présent ?</p>	
<p>L'état de Mme DIAKHITE s'est stabilisé. Vingt-quatre heures plus tard, son hémoglobine est de 6,5 g/dl.</p> <p>9. Qu'allez-vous faire à présent ?</p>	

<b>Scénario 2</b>	<b>Réactions / Réponses clés</b>
<p>Mme KANTE a 24 ans et elle vient juste de donner naissance à une petite fille en bonne santé après 7 heures de travail. Une gestion active de la troisième période de l'accouchement a été faite et le placenta et les membranes étaient complets. Environ 30 minutes plus tard, l'infirmière obstétricienne qui a assisté à l'accouchement arrive en courant pour dire que Mme KANTE saigne abondamment.</p> <p>1. Qu'allez-vous faire ?</p>	
<p>A l'examen, vous constatez que Mme KANTE a un pouls de 120 battements/minute, qu'elle est faible et que sa tension artérielle est de 86/60 mm Hg. Sa peau n'est ni froide ni moite.</p> <p>2. Quel est le problème de Mme KANTE ?</p> <p>3. Qu'allez-vous faire à présent ?</p>	
<p>Vous constatez que l'utérus de Mme KANTE est mou et n'est pas contracté.</p> <p>4. Qu'allez-vous faire à présent ?</p>	



<b>Scénario 2</b>	<b>Réactions / Réponses clés</b>
<p>Vous constatez que l'utérus de Mme KANTE est bien contracté. A l'examen du placenta, vous constatez qu'il est complet. Après avoir examiné le vagin, la vulve et le périnée de Mme KANTE, vous constatez qu'il n'y existe pas de déchirures. Mme KANTE continue à saigner abondamment.</p> <p>5. Qu'allez-vous faire à présent ?</p>	
<p>A l'examen du col, vous constatez qu'il existe une déchirure cervicale. Elle continue à saigner abondamment.</p> <p>6. Qu'allez-vous faire à présent ?</p>	
<p>Quarante-cinq minutes se sont écoulées depuis le début du traitement de Mme KANTE. Vous venez de terminer la réfection des déchirures cervicales de Mme KANTE. Son pouls est à présent de 100 battements/minute, sa tension artérielle de 96/60 mm Hg et sa fréquence respiratoire de 24 mvts/minute. Elle se repose tranquillement.</p> <p>7. Qu'allez-vous faire à présent ?</p>	





## Premiers soins en cas de complications obstétricales

### Etudes de cas pendant la session

Etude de cas	Choc – oui ou non ?
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mme A a accouché à la maison il y a 4 heures. Elle se présente au CS pour les saignements vaginaux. Signes : Pouls : 96 btts/min ; Tension artérielle : 11/7 ; Respirations : 21 ; Température : 37°C ; pâleur des conjonctives ; extrémités chaudes ; consciente ; vient d'uriner « une quantité suffisante ».</li> </ul>	<b>Non</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tu as assisté Mme B pendant l'accouchement. Le travail a traîné, donc tu lui as donné une demie ampoule de Syntocinon et une demie ampoule de Spasfon pour « aider » le travail. Mme B a accouché peu après l'injection. Vous avez effectué la GATPA. 30 minutes après l'accouchement, elle continue à saigner. Signes : Pouls : 112 btts/min ; Tension artérielle : 8/4 ; Respirations : 36 ; Température : 36°C ; pâleur des conjonctives ; extrémités froides ; anxiété ; tu ne peux pas te rappeler de la dernière fois qu'elle a uriné.</li> </ul>	<b>Oui</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mme C a une grossesse de 38 semaines. Elle se présente parce qu'elle a des saignements vaginaux, des douleurs abdominaux, et pense qu'elle est en travail. Signes : Pouls : 82 btts/min ; Tension artérielle : 13/9 ; Respirations : 24 ; Température : 37,5°C ; Bruits du cœur fœtal : absents ; pâleur des conjonctives ; extrémités froides ; anxiété ; ne peut pas se rappeler de la dernière fois qu'elle a uriné.</li> </ul>	<b>Non</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mme D a accouché au CS pendant la nuit. Quand tu fais la tour, tu trouves : Pouls : 132 btts/min ; Tension artérielle : 7/- ; Respirations : 32 ; Température : 36°C ; pâleur des conjonctives ; confusion ; sueurs ; a uriné avant d'accoucher.</li> </ul>	<b>Oui</b>

**Revue des signes / symptômes des causes principales d'une HPP immédiate (à compléter pendant la session)**

**Diagnostic du saignement vaginal après l'accouchement**

<b>Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents</b>	<b>Symptômes et signes cliniques parfois présents</b>	<b>Diagnostic probable</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>HPP du post-partum immédiat<sup>a</sup></li> <li>utérus mou/non contracté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>choc</li> </ul>	<b>A. atonie utérine</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>HPP du post-partum immédiat<sup>a</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>placenta complet</li> <li>utérus contracté</li> </ul>	<b>B. déchirures cervicales, vaginales ou périnéales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>absence de délivrance 30 minutes après l'accouchement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HPP du post-partum immédiat<sup>a</sup></li> <li>utérus contracté</li> </ul>	<b>C. rétention placentaire complète</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>absence d'une portion de la surface maternelle ou présence de membranes déchirées contenant des vaisseaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HPP du post-partum immédiat<sup>a</sup></li> <li>utérus contracté</li> </ul>	<b>D. rétention placentaire partielle</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>fond utérin non perçu à la palpation abdominale</li> <li>douleur légère ou intense</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>utérus inversé, visible au niveau de la vulve</li> <li>HPP du post-partum immédiat<sup>b</sup></li> </ul>	<b>E. inversion utérine</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>HPP du post-partum immédiat<sup>a</sup> (saignement intra-abdominal et/ou vaginal)</li> <li>forte douleur abdominale (qui peut diminuer après la rupture)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>choc</li> <li>abdomen sensible</li> <li>pouls rapide</li> </ul>	<b>F. rupture utérine</b>

<sup>a</sup> Il arrive que l'hémorragie extériorisée soit faible lorsqu'un caillot obstrue le col de l'utérus ou lorsque la patiente est allongée sur le dos.

<sup>b</sup> En cas d'inversion complète, il se peut qu'il n'y ait pas de saignement.



## Réponses à l'étude de cas<sup>3</sup>

### **Etude de cas**

Madame A. est une jeune femme de 20 ans, primipare, qui a été assistée lors de l'accouchement par l'infirmière obstétricienne nouvellement formée en la GATPA. L'infirmière obstétricienne vous appelle car la femme a des pertes de sang abondantes depuis l'accouchement qui a eu lieu il y a 2 heures de cela. L'infirmière obstétricienne indique que la naissance s'est faite par accouchement spontané par voie basse d'un nouveau-né arrivé à terme. Madame A., ainsi que l'infirmière obstétricienne, signalent que le travail a duré 12 heures, que la naissance était normale et que le placenta a été délivré par la GATPA immédiatement après la naissance du nouveau-né.

### **Evaluation (anamnèse, examen physique, procédures de dépistage/tests de laboratoire)**

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame A. et pourquoi ?

- **Saluer Mme A. et l'infirmière obstétricienne avec respect et amabilité.**
- **Il faut leur indiquer les mesures qui seront prises et les écouter attentivement. De plus, on répondra à leurs questions de manière calme et rassurante.**
- **Un bilan initial rapide est fait pour contrôler les signes suivants et déterminer si elle est entrée en choc et a besoin de traitement d'urgence/réanimation : pouls > 110 ; tension artérielle systolique inférieur à 90 mm Hg ; pâleur, transpiration ou peau froide et moite ; respiration rapide et confusion.**
- **Il faut noter rapidement le niveau de connaissance/convulsions et les douleurs abdominales et prendre la température pour détecter une éventuelle septicémie.**
- **On demandera à l'infirmière obstétricienne si l'utérus était bien contracté après la délivrance du placenta et si les membranes étaient expulsées complètement et sans problèmes ou si elles étaient expulsées en morceaux.**
- **Masser l'utérus pour expulser les caillots et sentir pour voir s'il est contracté.**
- **Donner de l'ocytocine - 10 unités IM.**
- **Installer une voie veineuse.**
- **Faire un prélèvement de sang pour mesurer le taux d'hémoglobine, faire immédiatement un contrôle de compatibilité et un test de coagulation à l'aide d'un test à réaliser au lit de la femme, juste avant de commencer à perfuser.**
- **Commencer une perfusion IV en utilisant une aiguille à grand calibre (16-gauge) et donner rapidement des liquides IV.**
- **Vérifier que la vessie est vide – sonder si nécessaire.**
- **Vérifier que le placenta est expulsé – examiner pour voir si tout le placenta est sorti.**
- **Examiner les parties génitales à la recherche de déchirures.**

<sup>3</sup> Adapté des matériels d'apprentissage pour une formation en les SONU préparés par JHPIEGO. [www.reproline.jhu.edu](http://www.reproline.jhu.edu) (accédé le 28 août 2006).

2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Madame A. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?
- **Massage/palpation de l'utérus – L'utérus de Mme A. devrait être examiné immédiatement pour voir s'il est contracté. Si l'utérus est contracté et ferme, le traumatisme génital est probablement la cause du saignement. Si l'utérus n'est pas bien contracté et si le placenta est complet, la cause la plus probable du saignement est l'utérus atone.**
  - **Examen du placenta – Si le placenta n'est pas complet, la cause la plus probable du saignement est la rétention de fragments placentaires.**
  - **Un examen attentif du périnée et du vagin – Si l'utérus est bien contracté, le placenta est complet et on ne voit pas de déchirures vaginales ou périnéales, une déchirure du col est probablement la cause du saignement. Ensuite, faire un examen du col.**

### **Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

Vous avez achevé votre évaluation de Madame A. et vos constatations sont les suivantes :

*Anamnèse :*

L'infirmière obstétricienne indique qu'à son avis, le placenta et les membranes ont été expulsés sans problème et étaient complets.

*Examen physique :*

La température de Madame A. est de 36,8°C, son pouls est de 108 par minute, sa tension artérielle est de 8/6 et la fréquence respiratoire est de 24 mvts par minute.

Elle est pâle et elle transpire.

Son utérus est mou et ne se contracte pas avec le massage du fond de l'utérus. Vous notez un saignement vaginal abondant et rouge vif. A l'inspection, il n'y a aucun signe de déchirure périnéale, cervicale ou vaginale.

3. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic et pourquoi ?
- **Les symptômes et signes de Mme A. (à savoir, hémorragie du post-partum immédiat, utérus mou qui n'est pas contracté, choc) sont ceux de l'utérus atone.**

### **Prestation de soins (planification et intervention)**

4. En fonction de votre diagnostic (identification de problème/besoin), quels sont les soins que vous envisagez pour Madame A. et pourquoi ?
- **Appeler à l'aide car de nombreuses mesures doivent être prises simultanément. Il ne faut pas laisser Mme A. toute seule sans une personne qui la surveille.**
  - **Un aide doit démarrer immédiatement le massage utérin (pendant que vous faites le bilan).**
  - **Au moment du bilan initial rapide, dès que le choc est détecté, il faut démarrer le traitement.**
    - **Vérifier que ses voies aériennes sont ouvertes.**
    - **Prise de sang pour mesure de l'hémoglobine et test de compatibilité et transfusion de sang aussi rapidement que possible.**
    - **Démarrer une perfusion avec une aiguille de gros calibre pour administration rapide de liquides (1 litre de sérum physiologique ou Ringer lactate en 15–20 minutes).**
    - **Une seconde voie veineuse devrait être utilisée pour perfuser 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 litre de liquides à raison de 60**



**gouttes par minute. Ne pas administrer plus de 3 litres de liquides en IV contenant de l'ocytocine. (Si l'on ne peut pas avoir une seconde voie, donner 10 UI d'ocytocine en IM.)**

- **L'allonger sur le côté.**
- **S'il est disponible, donner de l'oxygène à raison de 6–8 litres par minute par masque ou sonde.**
- **La garder au chaud (ne pas la surchauffer).**
- **Elever ses jambes.**
- **Contrôler sa température, son pouls, sa tension artérielle et sa respiration au moins toutes les 15 minutes.**
- **Suivre l'absorption de liquide et le débit urinaire (sonde à demeure pour suivre le débit urinaire).**
- **Vérifier si le placenta a été expulsé et si oui, l'examiner pour s'assurer qu'il est complet.**
- **Examiner le col, le vagin et le périnée et rechercher d'éventuelles lésions traumatiques.**
- **Un test de coagulation au lit de la patiente doit être réalisé pour déceler la coagulopathie (la coagulopathie est aussi une cause qu'un résultat d'une grave hémorragie obstétricale).**
- **Les étapes prises pour prendre en charge la complication devraient être expliquées à Mme A. De plus, on l'encouragera à exprimer ses préoccupations, on l'écouter attentivement et on lui apportera un soutien affectif tout en la rassurant.**

#### **Evaluation**

Un examen du placenta a été réalisé et quelques cotylédons manqués et, en plus, les membranes n'étaient pas complètes. Une exploration manuelle de l'utérus a été réalisée et certains tissus placentaires ont été retirés. Toutefois, 15 minutes après qu'a démarré le traitement, elle continue à avoir un saignement vaginal abondant. L'utérus reste mal contracté. Le test de coagulation au lit de la patiente est de 5 minutes, son pouls est de 110 par minute et sa tension artérielle est de 8/6. Sa peau continue à être froide et moite et elle est désorientée.

5. En fonction de ces résultats, quel est votre plan de soins continus pour Madame A. et pourquoi ?
- **Il faut procéder de suite à une transfusion de sang.**
  - **En même temps, continuer à perfuser rapidement la solution de Ringer lactate ou le sérum physiologique.**
  - **Si disponible, donner 0,2 mg d'ergométrine/méthylergométrine en IM.**
  - **Une compression bimanuelle de l'utérus ou compression de l'aorte abdominale doit être réalisée pour faire cesser le saignement. La compression est maintenue jusqu'à ce que s'arrêtent les saignements.**
  - **Si les saignements continuent malgré la compression, des dispositions doivent être prises immédiatement pour transférer Mme A. à l'hôpital de district.**
  - **Il faut expliquer les mesures prises pour la prise en charge continue de la complication à Mme A. De plus, il faut l'encourager à exprimer ses préoccupations, l'écouter attentivement et lui apporter un soutien affectif tout en la rassurant.**
  - **La communication à propos de l'état de Mme A. devrait être maintenue entre le centre de santé (établissement ayant demandé le transfert) et l'hôpital de district (établissement de transfert) concernant les soins nécessaires une fois Mme A sortie de l'hôpital.**

## Réponses aux simulations cliniques<sup>4</sup>

<p align="center"><b>Scénario 1</b> <b>(Information fournie et questions posées par le facilitateur)</b></p>	<p align="center"><b>Réactions / réponses clés</b> <b>(Attendues du participant)</b></p>
<p>1. Mme DIAKHITE est une multigeste de 36 ans qui a eu cinq enfants. Son mari, qui vous indique qu'elle a accouché à la maison avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle, l'a emmenée à l'hôpital. L'accoucheuse lui a dit que le placenta a été expulsé facilement et complètement suivant la naissance mais que Mme DIAKHITE saigne "de trop" depuis. La famille a essayé bien des choses pour aider Mme DIAKHITE avant de l'emmener à l'hôpital, mais elle continue à saigner "de trop."</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que faites-vous ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Appeler à l'aide.</b> Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible.</li> <li>• Evaluer immédiatement Mme DIAKHITE pour déterminer s'il y a choc, dont les signes vitaux (température, pouls, tension artérielle et respiration), le niveau de connaissance, la couleur et température de la peau.</li> <li>• Dire à Mme DIAKHITE (et à son mari) ce que vous allez faire. L'écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations.</li> <li>• Tourner Mme DIAKHITE sur le côté, si elle est inconsciente ou semi-consciente pour garantir le dégagement des voies aériennes.</li> </ul>
<p>2. A l'examen, vous constatez que Mme DIAKHITE a une température de 37°C, un pouls de 120 battements/minute, une tension artérielle de 8/5 et que sa fréquence respiratoire de 34 mvts/minute. Sa peau est froide et moite.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'est-ce qui ne va pas chez Mme DIAKHITE ?</li> <li>• Qu'allez-vous faire à présent ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indiquer que Madame DIAKHITE est en état de choc.</li> <li>• Un aide doit démarrer immédiatement le massage utérin (pendant que vous faites le bilan).</li> <li>• <b>Au moment du bilan initial rapide</b>, dès que le choc est détecté, il faut démarrer le traitement. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier que ses voies aériennes sont ouvertes.</li> <li>- Demander à un des membres du personnel qui a répondu à l'appel d'installer une voie veineuse en utilisant une aiguille de gros calibre et perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique, Ringer lactate) à raison d'1 l en 15 à 20 minutes.</li> <li>- Tout en administrant l'IV, prélever du sang pour les tests adéquats (hémoglobine, type de sang et compatibilité sanguine, et test de coagulation pour la coagulopathie).</li> <li>- S'il est disponible, donner de l'oxygène à raison de 6-8 litres par minute par masque ou sonde.</li> <li>- Couvrir Mme DIAKHITE pour la garder au chaud (ne pas la surchauffer).</li> <li>- Elever ses jambes.</li> <li>- Contrôler sa température, son pouls, sa tension artérielle et sa respiration au moins toutes les 15 minutes.</li> <li>- Sonder la vessie et suivre l'absorption de liquide et le débit urinaire (sonde à demeure pour suivre le débit urinaire).</li> </ul> </li> <li>• Masser l'utérus pour expulser le sang et les caillots et stimuler des contractions.</li> <li>• Donner 10 UI d'ocytocine en IM.</li> <li>• Vérifier si le placenta a été expulsé et si oui, l'examiner pour s'assurer qu'il est complet.</li> <li>• Examiner le vagin et le périnée et rechercher</li> </ul>

<sup>4</sup> Adapté des matériels d'apprentissage pour une formation en les SONU préparés par JHPIEGO.  
[www.reproline.jhu.edu](http://www.reproline.jhu.edu) (accédé le 28 août 2006).



<b>Scénario 1 (Information fournie et questions posées par le facilitateur)</b>	<b>Réactions / réponses clés (Attendues du participant)</b>
	d'éventuelles lésions traumatiques.
<b>Question 1 de discussion</b> : Comment savez-vous qu'une femme se trouve dans un état de choc ?	<b>Réponses attendues</b> : Pouls supérieur à 110 battements minute ; tension artérielle moins de 90 mm Hg ; peau froide et moite ; pâleur ; fréquence respiratoire supérieure à 30 mvts/minute ; anxiété et confusion ou perte de connaissance.
<b>Question 2 de discussion</b> : S'il est impossible de poser un cathéter sur une veine périphérique, que faudrait-il faire ?	<b>Réponse attendue</b> : Pratiquer une dénudation veineuse
<p>3. A l'examen supplémentaire, vous constatez qu'il n'y a pas de déchirures vaginales ou périnéales et que l'utérus de Mme DIAKHITE est mou et qu'il n'est pas contracté mais qu'il n'est pas sensible. Ses habits à partir de la taille sont trempés de sang.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les principaux problèmes de Mme DIAKHITE ?</li> <li>• Quelles sont les causes de son choc et saignement ?</li> <li>• Qu'allez-vous faire ensuite ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indiquer que Mme DIAKHITE a perdu "trop" de sang depuis l'accouchement et qu'on constate une perte considérable de sang sur ses habits.</li> <li>• Indiquer que l'utérus de Mme DIAKHITE est mou et qu'il n'est pas contracté, mais qu'il n'est pas sensible ; elle n'a pas de fièvre.</li> <li>• Déterminer que le choc de Mme DIAKHITE est imputable à l'hémorragie du post-partum, utérus atone.</li> <li>• Masser l'utérus de Mme DIAKHITE pour stimuler une contraction.</li> <li>• Installer une deuxième voie veineuse et administrer 20 unités d'ocytocine dans un litre de liquide à 60 gouttes/minute. (Si l'on ne peut pas avoir une seconde voie, donner 10 UI d'ocytocine en IM.) Ne pas administrer plus de 3 litres de liquides en IV contenant de l'ocytocine.</li> </ul>
<p>4. Après 15 minutes, l'utérus est ferme et les saignements ont cessé, mais le pouls de Madame DIAKHITE est encore à 116 battements/minute, la tension artérielle à 88/60 mm Hg et la fréquence respiratoire de 32 mvts/minute.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'allez-vous faire à présent ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrer un autre litre de liquide pour vérifier que 2 litres sont infusés dans l'heure qui suit le début du traitement.</li> <li>• Continuer à administrer de l'oxygène à 6-8 l/minute.</li> <li>• Continuer à vérifier que l'utérus reste contracté.</li> <li>• Diminuer la perfusion de 20 unités d'ocytocine dans un litre de liquide à 40 gouttes/minute. [Ne pas administrer plus de 3 litres de liquides en IV contenant de l'ocytocine.]</li> <li>• Continuer à suivre le pouls et la tension artérielle.</li> </ul>
<p>5. Encore une fois 15 minutes après, l'utérus est encore ferme et les saignements excessifs ont cessé. Le pouls de Mme DIAKHITE est de 90 btts/minute, sa tension artérielle de 100/60 mm Hg et la fréquence respiratoire de 24 mvts/minute.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'allez-vous faire à présent ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajuster le taux de perfusion IV à 1 litre en 6 heures.</li> <li>• Continuer à vérifier que l'utérus reste contracté.</li> <li>• Continuer à suivre le pouls et la tension artérielle.</li> <li>• Vérifier que le débit urinaire est de 30 ml/heure ou plus.</li> </ul>
<p>6. L'état de Mme DIAKHITE s'est stabilisé. Vingt-quatre heures plus tard, son hémoglobine est de 6,5 g/dl.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'allez-vous faire à présent ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Commencer à administrer 120 mg de fumérate ferreux par voie buccale PLUS 400 µg d'acide folique par voie buccale tous les jours et dire à Mme DIAKHITE qu'elle aura besoin de cette dose pendant 3 mois.</li> </ul>

<p align="center"><b>Scénario 2</b> <b>(Information fournie et questions posées par le facilitateur)</b></p>	<p align="center"><b>Réactions / Réponses Clés</b> <b>(Attendues du participant)</b></p>
<p>1. Mme KANTE a 24 ans et elle vient juste de donner naissance à une petite fille en bonne santé après 7 heures de travail. Une gestion active de la troisième période de l'accouchement a été faite et le placenta et les membranes étaient complets. Environ 30 minutes plus tard, l'infirmier obstétricien qui a assisté à l'accouchement arrive en courant pour dire que Mme KANTE saigne abondamment.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Qu'allez-vous faire ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Appeler à l'aide.</b> Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible.</li> <li>● Evaluer immédiatement Mme KANTE pour déterminer l'état général, dont les signes vitaux (température, pouls, tension artérielle et respiration), niveau de connaissance, couleur et température de la peau.</li> <li>● Indiquer à Mme KANTE ce que vous êtes en train de faire, l'écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations.</li> </ul>
<p>2. A l'examen, vous constatez que Mme KANTE a un pouls de 120 battements/minute, qu'elle est faible et que sa tension artérielle est de 86/60 mm Hg. Sa peau n'est ni froide ni moite.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Quel est le problème de Mme KANTE ?</li> <li>● Qu'allez-vous faire à présent ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Indiquer que Mme KANTE est en état de choc suite au saignement du post-partum.</li> <li>● Traiter le choc : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tourner la femme sur le côté.</li> <li>- Éviter que la femme se refroidisse mais ne pas la surchauffer.</li> <li>- Surélever les jambes de la femme.</li> <li>- Installer une voie veineuse (si possible, deux) en utilisant un cathéter ou une aiguille de gros calibre (d'un diamètre de 16 G ou du plus grand diamètre disponible).</li> <li>- Faire un prélèvement de sang pour mesurer le taux d'hémoglobine, faire immédiatement un contrôle de compatibilité et un test de coagulation à l'aide d'un test à réaliser au lit de la femme (voir plus bas), juste avant de commencer à perfuser.</li> <li>- Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique, Ringer lactate) à raison de 1 litre en 15 à 20 minutes, pour commencer.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Ne pas donner de liquides par voie orale à une femme en état de choc.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sonder la vessie et surveiller l'absorption de liquide et le débit urinaire.</li> <li>- Si l'oxygène est disponible, administrer 6 à 8 l d'oxygène par minute à l'aide d'un masque ou d'une sonde nasale.</li> </ul>
<p><b>Question 1 de discussion :</b> <i>Comment savez-vous que cette patiente est entrée en choc ?</i></p>	<p><b>Réponses attendues :</b> <i>Pouls supérieur à 110 battements /minute ; tension artérielle systolique inférieure à 90 mm Hg ; peau froide et moite ; pâleur ; fréquence respiratoire supérieure à 30 mvts/minute ; anxieuse et confuse ou perte de connaissance.</i></p>



<b>Scénario 2</b> <b>(Information fournie et questions posées par le facilitateur)</b>	<b>Réactions / Réponses Clés</b> <b>(Attendues du participant)</b>
<p>3. Vous constatez que l'utérus de Mme KANTE est mou et n'est pas contracté.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'allez-vous faire à présent ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masser l'utérus pour expulser le sang et les caillots sanguins et stimuler une contraction.</li> <li>• Donner 10 UI d'ocytocine en IM</li> <li>• <b>Vérifier si le placenta</b> a été expulsé et si oui, l'examiner pour s'assurer qu'il est complet.</li> <li>• Examiner la vulve, le vagin et le périnée et rechercher d'éventuelles <b>lésions traumatiques</b>.</li> <li>• Continuer à suivre (ou demander à l'assistant de suivre) les pertes de sang, le pouls et la tension artérielle.</li> </ul>
<p>4. Vous constatez que l'utérus de Mme KANTE est bien contracté. A l'examen du placenta, vous constatez qu'il est complet. Après avoir examiné le vagin, la vulve et le périnée de Mme KANTE, vous constatez qu'il n'y existe pas de déchirures. Mme KANTE continue à saigner abondamment.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'allez-vous faire à présent ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuer la perfusion.</li> <li>• Examiner le col pour voir s'il existe des déchirures.</li> <li>• Continuer à suivre (ou demander à l'assistant de suivre) les pertes de sang, le pouls et la tension artérielle.</li> </ul>
<p>5. A l'examen du col, vous constatez qu'il existe une déchirure cervicale. Elle continue à saigner abondamment.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'allez-vous faire à présent ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous préparer à la réfection des déchirures cervicales.</li> <li>• Indiquer à Mme KANTE ce que vous allez faire, écouter ses préoccupations et la rassurer.</li> <li>• Demander à un membre du personnel de vous aider à vérifier les signes vitaux de Mme KANTE pendant que vous faites la réfection</li> </ul>

<b>Scénario 2</b> <b>(Information fournie et questions posées par le facilitateur)</b>	<b>Réactions / Réponses Clés</b> <b>(Attendues du participant)</b>
<p><b>Question 2 de discussion :</b>  <i>Qu'auriez-vous faire si l'examen du placenta avait montré qu'il manquait un morceau (placenta incomplet) ?</i></p>	<p>Réponses attendues :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Expliquer le problème à Mme KANTE et la rassurer. Expliquer que vous devez faire une délivrance artificielle du placenta.</li> <li>● Administrer de la péthidine et du diazépam en IV lentement ou utiliser la kétamine.</li> <li>● Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques (2 g d'ampicilline en IV plus 500 mg de métronidazole en IV OU 1 g de céfazoline en IV plus 500 mg de métronidazole en IV).</li> <li>● Utiliser des gants stériles ou désinfectés à haut niveau pour toucher à sentir, à l'intérieure de l'utérus, les fragments du placenta et les retirer avec la main, avec une pince en cœur ou une grande curette.</li> </ul>
<p>6. Quarante-cinq minutes se sont écoulées depuis le début du traitement de Mme KANTE Vous venez de terminer la réfection des déchirures cervicales de Mme KANTE Son pouls est à présent de 100 battements/minute, sa tension artérielle de 96/60 mm Hg et sa fréquence respiratoire de 24 mvts/minute. Elle se repose tranquillement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Qu'allez-vous faire à présent ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ajuster le taux de perfusion IV à 1 l en 6 heures.</li> <li>● Continuer à vérifier les pertes de sang vaginal.</li> <li>● Continuer à suivre le pouls et la tension artérielle.</li> <li>● Vérifier que le débit urinaire est de 30 ml/heure ou plus.</li> <li>● Continuer les soins routiniers du post-partum, y compris l'allaitement maternel du nouveau-né.</li> </ul>