

Session facultative 3 : Prise en charge initiale des complications obstétricales

Durée : 3 heures + 2 heures pour les simulations cliniques

Objectifs d'apprentissage de la session

- 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 de l'hémorragie du post-partum

Matériels pour la simulation clinique


- Manuel de Référence
- Flipcharts, marqueurs, ruban adhésif Oreillers, tissu/couverture
- *Cahier du Participant*
- Gants stériles/DHN
- Équipement de protection personnelle
- Lampe pour examen
- Sphygmomanomètre, stéthoscope
- Thermomètre
- Montre ou horloge avec une aiguille des secondes
- Matériel pour sonder la vessie
- Bassin de lit
- Eau, savon, serviette propre/sèche
- Ocytocine 10 unités internationales (UI), aiguilles et seringues
- Matériel pour démarrer une perfusion intraveineuse (IV) (tige, perfuseurs, flacon)
- Tube à essai
- Bouteille d'oxygène (si disponible), valve, masque autogonflant
- Boîte de sécurité pour la disposition des aiguilles
- Boîte d'accouchement : 2 pinces, 2 paires de ciseaux
- Compresses
- Seau avec une solution de décontamination

Plan de leçon

Prise en charge initiale des complications obstétricales

Nom du présentateur:

POPPHI – Projet de l'Initiative de l'hémorragie du post-partum



The slide features a blue header with white text. Below the header, there are four logos: USAID (United States Agency for International Development), POPPHI (Prevention of Postpartum Hemorrhage Initiative), MSH (Millions Saved Through Health), and SPS (Strengthening Pharmaceutical Systems).

Flipchart / Diapositive 1

- **Durée** : 5 min
- **Activité** : Présentation de la session

Notes pour le facilitateur :

- Présenter brièvement les objectifs de la session.

Objectifs de la session

Complications - 1

- A la fin de cette session, les participants devraient être en mesure de :
 - Décrire la prise en charge générale (PEC) d'une complication obstétricale
 - Décrire la PEC générale du choc
 - Décrire la PEC immédiate et spécifique pour l'HPP

Flipchart / Diapositive 2

- **Durée** : 5 min
- **Activité** : Exposé illustré sur les principes de la PEC d'une urgence obstétricale

Notes pour le facilitateur :

- Ouvrir la session en rappelant aux prestataires les principes de la PEC d'une urgence obstétricale.

Complications - 2

Principes de la PEC d'une urgence obstétricale

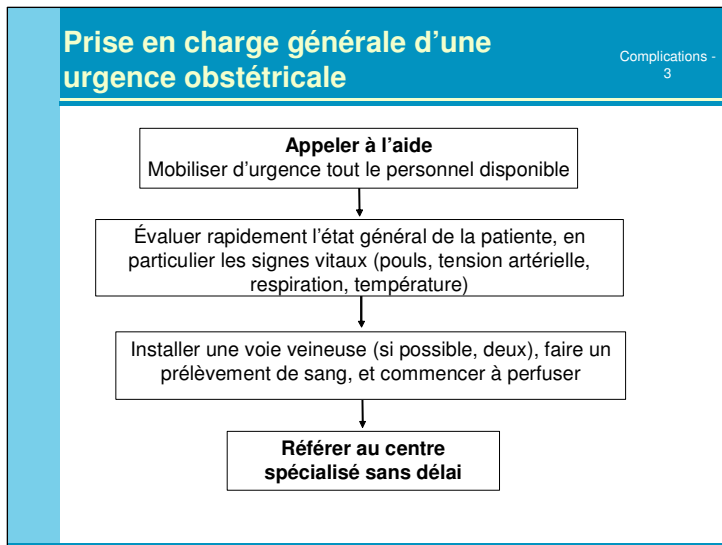
1. Il est impossible de dépister à l'avance des femmes qui vont avoir une complication.
2. La précocité du diagnostic influence le pronostic de toute complication.
3. La responsabilité de l'accoucheur est :
 - de mettre en pratique la PEC générale d'une complication obstétricale et
 - d'assurer à ce que la femme soit traitée par le prestataire qualifié.

Flipchart / Diapositive 3

- **Durée** : 10 min
- **Activité** : Récapitulatif

Notes pour le facilitateur :

- Présenter le flipchart sur la PEC générale d'une urgence obstétricale et expliquer



l'importance et l'utilité de chaque étape (vous pourriez demander aux volontaires de montrer les étapes au fur et à mesure que vous les lisez) :

- **Appeler à l'aide.** Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible. Ceci est nécessaire car il y a beaucoup de gestes à accomplir.
- **Surveiller les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température).** Ceci permet de déterminer l'état au début du traitement, de choisir le traitement correct, et de suivre le progrès du traitement.

- **Installer une voie veineuse et commencer à perfuser.** Ceci assure la présence d'une voie veineuse en cas de besoin d'une perfusion de liquides ou de médicaments.
- **Faire un prélèvement de sang.** Ceci permettrait aux prestataires de poser un diagnostic, se préparer en cas de besoin de transfusion sanguine et suivre l'évolution de l'état de la femme.
- Demander s'il y a des questions avant de continuer.

Flipchart / Diapositive 4

- **Durée** : 5 min
- **Activité** : Exposé illustré pour faire une revue des symptômes et signes du choc

Notes pour le facilitateur :

- Présenter les signes et symptômes du choc.

| Symptômes et signes cliniques du choc | |
|---|-------------------|
| | Complications - 4 |
| <ul style="list-style-type: none">• Pouls rapide et filant (≥ 110 btts/min)• Tension artérielle basse (TA systolique < 90 mm Hg)• Pâleur• Sueurs ou peau moite, extrémités froides• Respiration rapide (≥ 30 mouvement/min)• Anxiété, confusion, perte de connaissance• Débit urinaire très faible (< 30 ml/h). | |

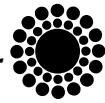
Flipcharts / Diapositives 5, 6, 7 et 8

- **Durée** : 15 min
- **Activité** : Études de cas pour se familiariser des signes du choc

Notes pour le facilitateur :

- Demander aux participants de se référer à leur **Cahier du Participant**. Les études de cas s'y trouvent.
- Demander à un participant de lire l'étude de cas à haute voix, puis demander aux participants de dire si la femme présentée dans le cas est en un état de choc ou pas et de donner une justificative.
- Faciliter la discussion si tous les participants n'ont pas la même réponse.
- Réponses correctes : Cas 1 : Non.

| Étude de cas 1 (dans le <i>Cahier du Participant</i>) | |
|---|-------------------|
| | Complications - 5 |
| <p>Mme A a accouché à la maison il y a 4 heures. Elle se présente au CS pour les saignements vaginaux.</p> <p>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 ».</p> | |



Notes pour le facilitateur :

- Réponses correctes : Cas 2 : Oui.

Étude de cas 2
(dans le *Cahier du Participant*)

Complications -
6

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.

Étude de cas 3
(dans le *Cahier du Participant*)

Complications -
7

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.

Notes pour le facilitateur :

- Réponses correctes : Cas 3 : Non.

Étude de cas 4
(dans le *Cahier du Participant*)

Complications -
8

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.

Notes pour le facilitateur :

- Réponses correctes : Cas 4 : Oui
- Insister sur le fait que le diagnostic précoce ne se fera que si les femmes sont surveillées de très près et pendant le travail et pendant le post-partum.
- Faire autant d'études de cas que le temps permet.

Flipchart / Diapositives 9 et 10

- **Durée** : 15 min
- **Activité** : Exposé illustré sur la prise en charge du choc
- **Objectif** : Décrire la prise en charge générale du choc

Notes pour le facilitateur :

- Présenter le flipchart sur la PEC générale du choc et expliquer l'importance et l'utilité de chaque étape. (Demander aux volontaires de montrer les étapes au fur et à mesure que l'on lit les étapes) :
 - **Appeler à l'aide.** Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible. Ceci est nécessaire car il y a beaucoup de gestes à accomplir.
 - Évaluer les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température). Ceci permet de déterminer l'état au début du traitement, de choisir le traitement correct et de suivre le progrès du traitement.
 - Tourner la femme sur le côté. Ceci limitera le risque d'inhalation en cas de vomissement et de garantir le dégagement des voies aériennes.
 - Éviter que la femme se refroidisse mais ne pas la surchauffer. Le choc est caractérisé par l'incapacité du système circulatoire à entretenir une bonne irrigation des organes vitaux ; si la femme se surchauffe, cela accroît la circulation périphérique et réduit l'apport de sang aux organes vitaux.
 - Surélever les jambes de la femme. Ceci permet au sang de retourner vers le cœur (si possible, surélever les pieds du lit).

Prise en charge immédiate du choc (Diapositive 1/2)

Complications - 9

1. **Appeler à l'aide.** Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible.
2. Évaluer les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température).
3. Tourner la femme sur le côté.
4. Éviter que la femme se refroidisse mais ne pas la surchauffer.
5. Surélever les jambes de la femme.

Notes pour le facilitateur :

- Installer une voie veineuse et commencer à perfuser. Ceci remplace le liquide perdu.
- Installer deux voies veineuses – une voie sera pour assurer une perfusion rapide et l'autre voie sera pour administrer des médicaments, tels que l'ocytocine.
 - Le prélèvement de sang aide à déterminer l'état de la femme et faciliterait une transfusion éventuelle.
 - Administrer de l'oxygène. Ceci améliore l'oxygénation des organes vitaux au moment où le système circulatoire est incapable d'entretenir une bonne irrigation des organes vitaux.
 - Demander s'il y a des questions avant de continuer.

Prise en charge immédiate du choc (Diapositive 2/2)

Complications - 10

6. Installer une voie (deux voies si possible) veineuse.
7. **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.
8. Commencer à perfuser.
9. Administrer de l'oxygène, si disponible.



Flipcharts / Diapositives 11 et 12

- **Durée** : 15 min
- **Activité** : Exposé illustré sur la prise en charge générale des saignements vaginaux après l'accouchement.
- **Activité** : Simulation de la PEC générale de l'HPP

Notes pour le facilitateur :

- Présenter le flipchart sur la prise en charge générale des saignements vaginaux après l'accouchement. (Si cela est possible, faire une simulation de la PEC générale d'une HPP afin de montrer les étapes au fur et à mesure que vous les lisez.)
- Expliquer que les étapes à suivre pour la PEC générale assurent à la fois la détermination de la cause de l'HPP et la prestation des premiers soins:
 - **Appeler à l'aide.** Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible. Ceci est nécessaire car il y a beaucoup de gestes à accomplir.
 - L'évaluation de l'état général aide le personnel à décider si la femme a besoin d'un traitement pour le choc et donne des informations de base pour pouvoir évaluer le traitement installé
 - Le massage utérin aide le prestataire à vérifier si l'utérus est atone, expulse le sang ou les caillots qui peuvent prévenir la contraction utérine, et stimule les contractions utérines
 - L'administration de l'ocytocine assure le commencement précoce d'un traitement pour l'atonie utérine (la cause principale de l'HPP).

Complications - 11

Bilan initial et PEC de l'HPP

- ❖ Appeler à l'aide - mobiliser le personnel.
- ❖ Faire une évaluation rapide de la patiente pour voir si elle est en état de choc et déterminer la quantité de sang perdu.
- ❖ Masser l'utérus pour expulser les caillots et sentir pour voir s'il est contracté - reconstrôler immédiatement.
- ❖ Donner de l'ocytocine - 10 unités IM.

Notes pour le facilitateur :

Complications - 12

Bilan initial et PEC de l'HPP (suite)

- ❖ **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.

- **L'installation d'une voie veineuse** prévient ou traite un choc en remplaçant le liquide perdu.
- **Le prélèvement de sang** aide à déterminer l'état de la femme et faciliterait une transfusion sanguine éventuelle.
- **L'examen de la vessie** aide à déterminer si une vessie distendue est la cause de l'atonie utérine et prévient une atonie utérine en assurant que la vessie reste vide.
- **L'examen du placenta** aide à déterminer si une rétention placentaire est la cause des saignements.
- **L'examen des parties génitales** aide à déterminer si une déchirure est la cause des saignements.

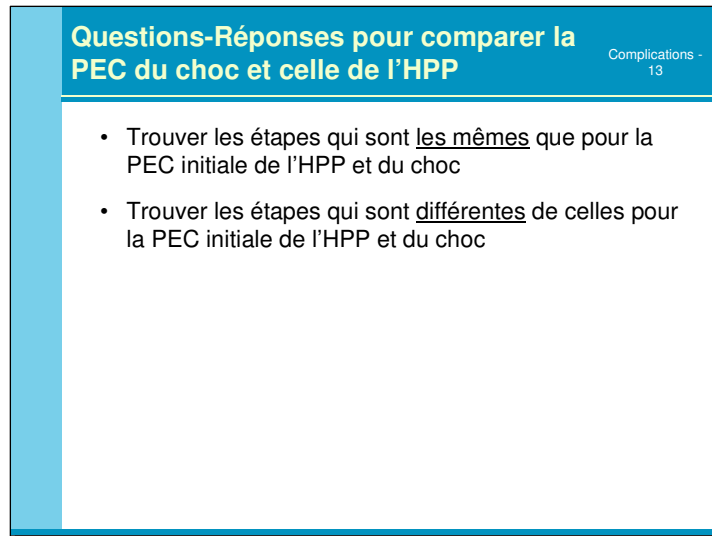
- Demander si les participants ont des questions à poser.

Flipchart / Diapositive 13

- **Durée** : 5 min
- **Activité** : Questions-Réponses pour comparer la PEC du choc et celle de l'HPP

Notes pour le facilitateur :

- Demander aux participants de trouver les étapes qui sont les mêmes que pour la PEC initiale de l'HPP (appeler à l'aide, mobiliser le personnel ; évaluer rapidement l'état général ; installer une voie veineuse ; sonder la vessie ; déterminer la cause et commencer le traitement).



Complications - 13

- Trouver les étapes qui sont les mêmes que pour la PEC initiale de l'HPP et du choc
- Trouver les étapes qui sont différentes de celles pour la PEC initiale de l'HPP et du choc

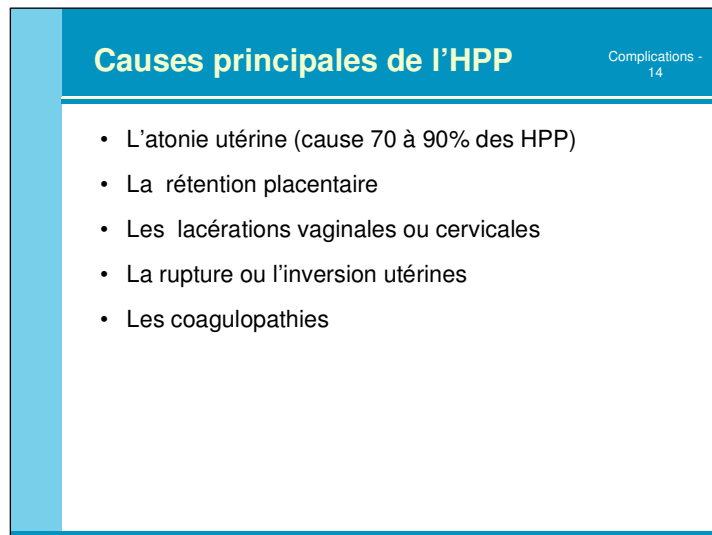
- Demander aux participants de trouver les étapes qui sont différentes de celles pour la PEC initiale de l'HPP (tourner la femme sur le côté, éviter que la femme se refroidisse, surélever les jambes, installer deux voies veineuses, sonder la vessie pour surveiller le débit urinaire, donner de l'oxygène si disponible).

- Demander si les participants ont des questions à poser.

Flipchart / Diapositive 14

- **Durée** : 5 min
- **Activité** : Rappel des causes principales d'une HPP

Notes pour le facilitateur :



Complications - 14

- L'atonie utérine (cause 70 à 90% des HPP)
- La rétention placentaire
- Les lacérations vaginales ou cervicales
- La rupture ou l'inversion utérines
- Les coagulopathies

- Montrer le flipchart sur lequel vous avez écrit les causes principales de l'HPP pendant la session 3.
- Revoir brièvement les causes principales de l'HPP.



Flipcharts / Diapositives 15 et 16

- **Durée** : 5 min
- **Activité** : Travail individuel pour remplir le tableau afin de se rappeler des signes et symptômes des causes principales de l'HPP

Notes pour le facilitateur :

- Demander aux participants de regarder le tableau qui décrit les signes et symptômes d'une HPP. Ce tableau se trouve dans leur **Cahier du Participant** et les réponses se trouvent dans le **Manuel de Référence (voir le Tableau 11)**.
- Donner 2 à 3 minutes. Demander aux participants de lire les signes/symptômes listés dans les deux premières colonnes, puis essayer de poser un diagnostic. Accorder-leur 2 à 3 minutes pour ce travail individuel.
- Ensuite, présenter le flipchart avec les bonnes réponses.
- Demander s'il y a des questions à poser avant de continuer.

Travail individuel
Complications - 15

1. **Regarder le tableau qui décrit les signes et symptômes d'une HPP.**
2. Lire les signes/symptômes listés dans les deux premières colonnes, puis essayer de poser un diagnostic.

Notes pour le facilitateur :

- Ensuite, présenter le flipchart avec les bonnes réponses.
- Demander s'il y a des questions à poser avant de continuer.

Diagnostic probable
Complications - 16

| |
|--|
| A. atonie utérine |
| B. déchirures cervicales, vaginales ou périnéales |
| C. rétention placentaire complète |
| D. rétention placentaire partielle |
| E. inversion utérine |
| F. rupture utérine |

Flipcharts / Diapositives 17, 18, 19, 20, 21 et 22

- **Durée** : 30 min
- **Activités** :
 - Exposé illustré sur la PEC de l'atonie utérine
 - Démonstration et démonstration de retour de la compression bimanuelle
 - Démonstration et démonstration de retour de la compression de l'aorte

Notes pour le facilitateur :

- L'atonie utérine est caractérisée par l'absence de contractions, notamment après l'accouchement.
- La prise en charge de l'atonie utérine est :
 - Continuer à masser le fond utérin.
 - Utiliser des utérotoniques à administrer soit simultanément, soit les uns après les autres.
 - Anticiper un éventuel besoin de sang et transfuser selon les besoins.
- **Si le saignement persiste** :
 - Examiner à nouveau le placenta pour voir s'il est complet.
 - Si des débris placentaires ont apparemment été retenus (absence d'une portion de la surface maternelle ou présence de membranes déchirées contenant des vaisseaux), extraire le tissu placentaire restant.
 - Évaluer la qualité de la coagulation en réalisant un test de coagulation au lit de la patiente : si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie.
- Puis, si **le saignement n'a toujours pas cessé**, procéder à une compression bimanuelle de l'utérus :
 - A défaut de pouvoir exercer une compression bimanuelle de l'utérus, exercer une compression de l'aorte.

| Atonie utérine : Prise en charge | | Complications - 17 |
|--|--|-----------------------|
| <ul style="list-style-type: none">❖ Continuer les liquides IV❖ Continuer à masser l'utérus❖ Continuer les médicaments utérotoniques❖ Compression bimanuelle❖ Compression aortique❖ Envisager ligature de l'artère utérine et utéro-ovarienne ou hystérectomie | <p>Tout le temps :</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Transfusion de sang au besoin➤ Envisager d'autres diagnostics➤ Ne pas procéder au tamponnement utérin | |



Notes pour le facilitateur :

- Lorsqu'on utilise les utérotoniques, il faut se rappeler les effets secondaires.

| Médicaments utérotoniques | | | |
|-------------------------------|--|--|---|
| | Ocytocine | Ergométrine | Misoprostol |
| Dose et voie d'administration | IV : infuser 20 unités dans 1L à 60 gouttes/mn IM : 10 unités | IM : 0,2 mg | 1,000 mcg par voie rectale |
| Dose continue | IV : infuser 20 unités dans 1L à 40 gouttes/mn | Répéter 0,2 mg IM après 15 mn. Si nécessaire, donner 0,2 mg IM toutes les 4 heures | Pas connu |
| Dose maximale | Pas plus de 3L de liquides IV | 5 doses | La dose par voie orale ne doit pas dépasser 600 mcg |

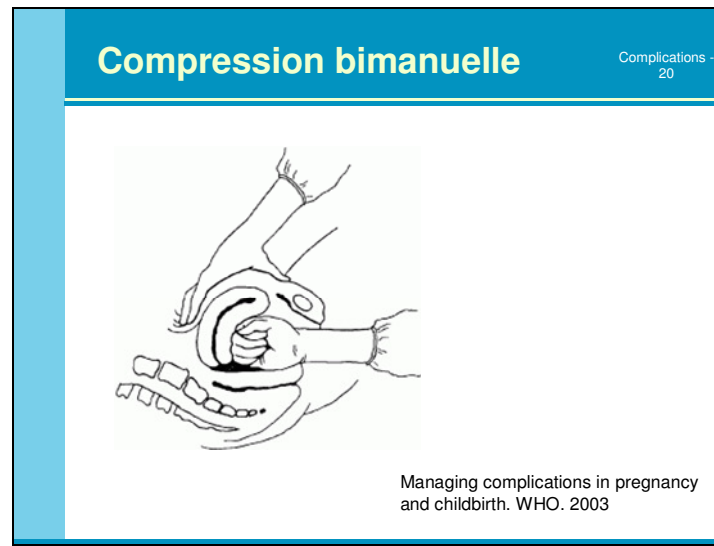
Notes pour le facilitateur :

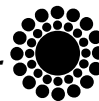
- Faire une démonstration du **test de coagulation au lit de la femme** :
 - Prélever 2 ml de sang veineux dans un petit tube à essais ordinaire en verre (d'environ 10 mm × 75 mm) propre et sec ;
 - Tenir le tube dans le poing fermé pour le maintenir au chaud ($\pm 37^{\circ}\text{C}$).
 - Au bout de 4 minutes, incliner lentement le tube pour voir si un caillot se forme, puis recommencer toutes les minutes jusqu'à ce que le sang soit coagulé et qu'il soit possible de retourner complètement le tube.
 - Si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie.

| Démonstration du test de coagulation au lit de la femme |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prélever 2 ml de sang veineux dans un petit tube à essais ordinaire en verre (d'environ 10 mm × 75 mm) propre et sec. • Tenir le tube dans le poing fermé pour le maintenir au chaud ($\pm 37^{\circ}\text{C}$). • Au bout de 4 minutes, incliner lentement le tube pour voir si un caillot se forme, puis recommencer toutes les minutes jusqu'à ce que le sang soit coagulé et qu'il soit possible de retourner complètement le tube. • Si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie. |

Notes pour le facilitateur :

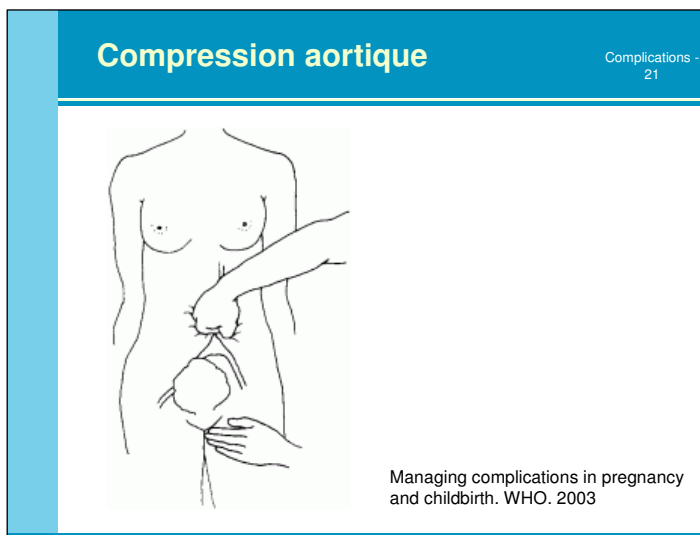
- Demander aux participants de se lever et de se mettre dans une position où ils peuvent bien regarder la démonstration.
- Demander aux participants de se référer à leur **Manuel de Référence**.
- Un facilitateur joue le rôle de patiente tandis que l'autre joue le rôle de prestataire.
- Demander à un volontaire de lire les étapes telles qu'écrites dans le **Manuel de Référence**.
- Démontrer les étapes telles qu'écrites dans le **Manuel de Référence**.
- Après avoir fait la démonstration, laisser les participants essayer la compression bimanuelle.





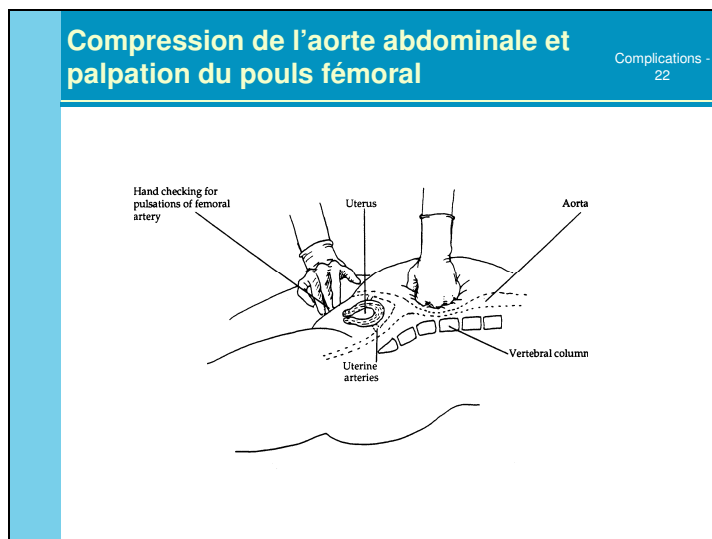
Notes pour le facilitateur :

- Expliquer comment appliquer la compression aortique :
 - Exercer une pression vers le bas avec le poing fermé sur l'aorte abdominale, directement à travers la paroi abdominale : le point de compression se situe juste au-dessus de l'ombilic et légèrement sur la gauche ; pendant le post-partum immédiat, on sent aisément le pouls aortique à travers la paroi abdominale.



Notes pour le facilitateur:

- Avec l'autre main, rechercher le pouls fémoral pour vérifier si la compression est suffisante :
 - Si **le pouls est palpable pendant la compression**, c'est que la pression exercée par le poing est insuffisante ;
 - Si **le pouls fémoral n'est pas palpable**, la pression est suffisante.
- Maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé. Demander aux participants de se lever et de se mettre dans une position où ils peuvent bien regarder la démonstration.
- Demander aux participants de se référer à leur **Manuel de Référence**.
- Un facilitateur joue le rôle de patiente tandis que l'autre joue le rôle de prestataire.
- Demander à un volontaire de lire les étapes telles qu'écrites dans le **Manuel de Référence**.
- Démontrer les étapes telles qu'écrites dans le **Manuel de Référence**.
- Après avoir fait la démonstration, laisser les participants essayer la compression aortique.



Flipcharts / Diapositives 23, 24, 25, 26, 27 et 28

- **Durée** : 30 min
- **Activité** : Travail de groupe et exposé illustré pour revoir la PEC des causes principales de l'HPP

Notes pour le facilitateur :

- Diviser les participants en deux groupes.
- Demander à un groupe de développer une aide-mémoire qui décrit la prise en charge d'une rétention placentaire complète et à l'autre groupe de développer une aide-mémoire qui décrit la prise en charge d'une rétention placentaire partielle (dans le **Manuel de Référence**)
- Accorder-leur 15 minutes pour développer les aide-mémoires et puis 5 minutes à chaque groupe pour les présenter au plénière.
- Demander s'il y a des questions.

Travail de groupe

Complications - 23

- **Groupe 1 : Développer une aide-mémoire qui décrit la prise en charge d'une rétention placentaire complète (reférez-vous au *Manuel de Référence*)**
- **Groupe 2 : Développer une aide-mémoire qui décrit la prise en charge d'une rétention placentaire partielle (reférez-vous au *Manuel de Référence*)**

Notes pour le facilitateur:

- Après la présentation du Groupe 1, faire un résumé de la PEC immédiate d'une rétention placentaire complète.

PEC d'une rétention placentaire complète

Complications - 24

- Si **le placenta est visible**, demander à la patiente de faire des efforts expulsifs. **S'il est palpable** au toucher vaginal, procéder à son extraction.
- S'assurer que la patiente a la vessie vide. Si nécessaire, sonder la vessie.
- Si **le placenta n'a pas été expulsé**, administrer 10 unités d'ocytocine en IM, si cela n'a pas encore été fait dans le cadre de la gestion active de la troisième période de l'accouchement.
- Si **la traction mesurée sur le cordon est sans succès**, faire une tentative de délivrance artificielle.
- Si **le saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en utilisant un test de coagulation au lit.

Tout le temps :

- Transfuser du sang au besoin
- Envisager d'autres diagnostics – atonie utérine, rétention placentaire, coagulopathie



Notes pour le facilitateur:

- Après la présentation du Groupe 2, faire un résumé de la PEC immédiate d'une rétention placentaire partielle.

Complications - 25

PEC d'une rétention placentaire partielle

- Introduire la main à l'intérieur de l'utérus pour y rechercher des fragments de placenta.
- Extraire les fragments placentaires à la main, avec une pince à faux germe ou une grande curette.
- Si **le saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en utilisant un test de coagulation au lit.

Tout le temps :

- Transfuser du sang au besoin
- Envisager d'autres diagnostics – atonie utérine, rétention placentaire, coagulopathie

La révision utérine routinière n'est pas conseillée.

Notes pour le facilitateur:

- Faire une revue de la prise en charge immédiate des déchirures du canal génital.

Complications - 26

PEC des déchirures du canal génital

- Faire une inspection soigneuse du vagin et du périnée.
- Réfectionner les déchirures qui saignent.
- Sonder la vessie au besoin.
- S'il n'y a pas de déchirures vaginale ou périnéales (ou elles ont été réfectionnées) et le saignement continue, penser à une déchirure du col.

Tout le temps :

- Transfuser du sang au besoin
- Envisager d'autres diagnostics – atonie utérine, rétention placentaire, coagulopathie

Notes pour le facilitateur:

- Expliquer que l'inversion utérine est une complication très rare de la traction contrôlée du cordon qui est mal pratiquée. Si le prestataire n'assure pas une contre-traction sur l'utérus pendant la TCC, l'utérus pourrait s'inverser.
- L'inversion utérine peut se produire si la pression supra-pubienne n'est pas appliquée lors du retrait manuel du placenta.
- L'utérus devra être relaxé pour que le col puisse s'ouvrir.
- Revoir la PEC de l'inversion utérine

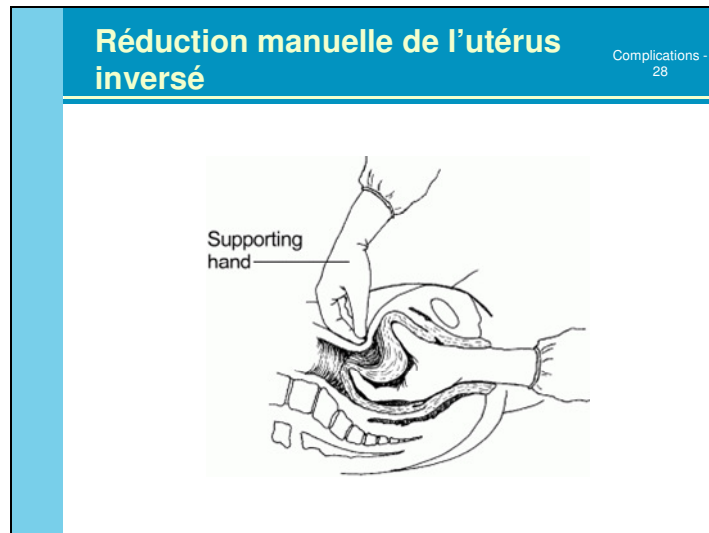
Inversion utérine : Prise en charge

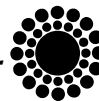
Complications - 27

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">❖ Agir rapidement❖ Repositionner l'utérus❖ Attendre pour donner les utérotoniques que l'utérus soit repositionné | <p>Tout le temps :</p> <ul style="list-style-type: none">➢ Donner des liquides IV➢ Transfuser le sang si nécessaire➢ Donner des médicaments contre la douleur et des antibiotiques<ul style="list-style-type: none">▪ Une dose d'ampicilline 2g IV |
|--|--|

Notes pour le facilitateur:

- Repositionner l'utérus avec la main ouverte en poussant tout le long de l'axe de l'utérus. La relaxation de l'utérus avec du magnésium pourrait faciliter le processus.
- En cas d'échec, une laparotomie peut être faite pour inciser un anneau de constriction postérieur, repositionner l'utérus et ensuite, fermer l'incision de l'utérus en deux couches.






Flipcharts / Diapositives 29, 30, 31, 32, 33 et 34

- **Durée** : 30 min
- **Activité** : Étude de cas pour se familiariser avec la prise en charge du choc et de l'HPP

Notes pour le facilitateur :

- Diviser les participants en groupes de trois à quatre personnes (essayer d'assurer un mélange de catégories de prestataires dans chaque groupe).
- Faciliter le travail de groupe.
- Après 10 minutes du travail de groupe, discuter des réponses en plénière.



Étude de cas

Complications -
29

Travail de Groupe (groupes de 3 à 4 personnes)

- Référez-vous au **Guide du Participant**
- Lire l'étude de cas et répondre aux questions (référez-vous au **Manuel de Référence**) – 10 minutes
- Discuter des réponses en plénière – 10 minutes

Notes pour le facilitateur:

- Demander a un volontaire de lire le premier paragraphe de l'étude de cas.

Étude de cas – Mme A.

Complications -
30

- Madame A. est une jeune femme de 20 ans, primipare, qui a été assistée lors de l'accouchement par l'infirmier obstétricien nouvellement formé en la GATPA.
- L'infirmier obstétricien 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'infirmier obstétricien 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'infirmier obstétricien, 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.

Notes pour le facilitateur :

Évaluation (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'infirmier obstétricien 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 inférieure 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'infirmier obstétricien 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.

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. Faire, ensuite un examen du col.

Mme A: Évaluation

Complications -
31

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 ?

**Notes pour le facilitateur:**

- Demander à un volontaire de lire la diapositive.
- Continuer avec l'étude de cas.

Mme A: Diagnostic (identification des problèmes/besoins)Complications -
32

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

Anamnèse : L'infirmier obstétricien 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.

Notes pour le facilitateur:

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)

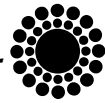
4. En fonction de votre diagnostic (identification de problème/besoin), quels sont les soins que vous envisagez pour Madame A. et pourquoi ?

- 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.
- 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).
- Élever 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.
- Prise de sang pour mesure de l'hémoglobine et test de compatibilité et transfusion de sang aussi rapidement que possible. 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.

Mme A: Diagnostic / PECComplications -
33**3. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic et pourquoi ?**

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 ?

**Notes pour le facilitateur:**

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/méthyleergométrine 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. est sortie de l'hôpital.

Mme A: Évaluation

Complications - 34

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 ?

Flipchart / Diapositive 35

- **Durée** : 5 min
- **Activité** : Récapitulatif

Notes pour le facilitateur :

- Passer en revue les points et concepts clés dans la session.
- Engager autant que possible les participants dans le récapitulatif.

Récapitulatif

Complications -
35

- ❖ L'hémorragie du post-partum est une cause courante de mortalité
- ❖ Arrêt les saignements
 - Massage de l'utérus
 - Examen du périnée, du vagin et du col
 - Utérotoniques (ocytocine, premier choix)
 - Vessie vide
 - Examen du placenta
- ❖ Commencer la réanimation immédiatement
- ❖ Anticiper et commencer la prise en charge du choc immédiatement

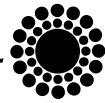
Notes pour le facilitateur :

- Encourager les participants à compléter les exercices d'apprentissage pour la session qui se trouvent dans le **Cahier du Participant**.
- Les participants peuvent travailler sur ces activités pendant les pauses ou le soir. Ils peuvent travailler individuellement ou en groupe.
- Quand ils auraient complété les activités, ils les corrigent en se référant aux réponses suggérées qui se trouvent dans le **Cahier du Participant**.

Exercices d'apprentissage

Complications -
36

- Compléter les exercices d'apprentissage pour la session qui se trouvent dans le *Cahier du Participant*.
- Vous pouvez travailler sur ces activités pendant les pauses ou le soir, individuellement ou en groupe.
- Quand vous aurez complété les exercices, corrigez-les en vous référant aux réponses suggérées qui se trouvent dans le *Cahier du Participant*.



Simulation Clinique¹

Flipchart / Diapositive 1

- **Durée** : 60 min pour chaque simulation clinique

Notes pour le facilitateur:

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 choc hypovolémique ou septique. On insistera sur le fait qu'il faut réfléchir rapidement et réagir (intervenir) rapidement.

Instructions :

- L'activité devrait être réalisée dans le contexte le plus réaliste possible, par exemple, la zone de travail ou la salle d'accouchement d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une maternité où sont disponibles l'équipement et les fournitures en cas d'interventions d'urgence.
- 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 formateur donnera au participant qui joue le rôle du prestataire les renseignements nécessaires sur l'état de la patiente et posera les questions pertinentes, tel qu'indiqué dans le tableau qui se trouve dans le **Cahier du Participant**.
- Le participant devra réfléchir et réagir rapidement lorsque le formateur lui donnera les renseignements et lui posera les questions.
- Les procédures telles que l'administration d'une IV et de l'oxygène devraient être interprétées par des jeux de rôle, en utilisant le matériel approprié. Au départ, le formateur 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. A cette fin, vous trouverez des questions en italiques dans la simulation. On pourra initier une discussion supplémentaire après avoir achevé la simulation.
- Alors que s'affinent les compétences du participant, la simulation concernera essentiellement la prestation de soins appropriés dans le cas d'une situation d'urgence de manière rapide et efficace. Après la simulation, on pourra démarrer la discussion et poser des questions.

Matériel : sphygmomanomètre, stéthoscope, matériel pour démarrer une perfusion IV, seringues et fioles, bouteille d'oxygène, valve, masque autogonflant (si l'oxygène est disponible), matériel pour sonder la vessie, nouveaux gants d'examen ou gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.




Simulation clinique : PEC du saignement vaginal après l'accouchement

SClim - 1

¹ Adapté des matériels d'apprentissage pour une formation en les SONU préparés par JHPIEGO. www.reproline.jhu.edu (accédé le 28 août 2006).

Notes pour le facilitateur :

SClim - 2



Simulation clinique 1 (Cahier du Participant)

Notes pour le facilitateur :

1. Que faites-vous ?

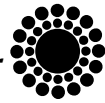
- **Appeler** à l'aide. Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible.
- Evaluer immédiatement Mme DIAKHITÉ pour déterminer s'il y a choc, dont les signes vitaux (température, pouls, tension artérielle et respiration), le niveau de connaissance, la couleur et température de la peau.
- Dire à Mme DIAKHITÉ (et à son mari) ce que vous allez faire. L'écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations.
- Tourner Mme DIAKHITÉ sur le côté, si elle est inconsciente ou semi-consciente pour garantir le dégagement des voies aériennes.

SClim - 3

Scenario 1

Mme DIAKHITÉ est une multigeste de 36 ans qui a eu 5 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 DIAKHITÉ saigne "de trop" depuis. La famille a essayé bien des choses pour aider Mme DIAKHITÉ avant de l'emmener à l'hôpital, mais elle continue à saigner "de trop."

1. Que faites-vous ?

**Notes pour le facilitateur :****2. Qu'est-ce qui ne va pas chez Mme DIAKHITÉ ?**

- Indiquer que Madame DIAKHITÉ est en état de choc.

3. Qu'allez-vous faire à présent ?

- 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.
- 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.
- 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).
- S'il est disponible, donner de l'oxygène à raison de 6–8 litres par minute par masque ou sonde.
- Couvrir Mme DIAKHITÉ pour la garder au chaud (ne pas la surchauffer).
- Élever ses jambes.
- Contrôler sa température, son pouls, sa tension artérielle et sa respiration au moins toutes les 15 minutes.
- Sonder la vessie et suivre l'absorption de liquide et le débit urinaire (sonde à demeure pour suivre le débit urinaire).
- Masser l'utérus pour expulser le sang et les caillots et stimuler des contractions.
- Donner 10 UI d'ocytocine en IM.
- Vérifier si le placenta a été expulsé et si oui, l'examiner pour s'assurer qu'il est complet.
- Examiner le vagin et le périnée et rechercher d'éventuelles lésions traumatiques.

Prise en charge immédiate

SClim - 4

A l'examen, vous constatez que Mme DIAKHITÉ a une température de 37°C, un pouls de 120 battements/minute, une tension artérielle de 8/5 et que sa fréquence respiratoire est de 34 mvts/minute. Sa peau est froide et moite.

2. Qu'est-ce qui ne va pas chez Mme DIAKHITÉ ?

3. Qu'allez-vous faire à présent ?

Notes pour le facilitateur :

Réponses attendues : *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.*

SClim - 5

Question 1 de discussion

- *Comment savez-vous qu'une femme se trouve dans un état de choc ?*

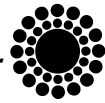
Notes pour le facilitateur :

Réponse attendue : *Pratiquer une dénudation veineuse*

SClim - 6

Question 2 de discussion

- *S'il est impossible de poser un cathéter sur une veine périphérique, que faudrait-il faire ?*



Notes pour le facilitateur :

4. Quels sont les principaux problèmes de Mme DIAKHITÉ ?

- Indiquer que Mme DIAKHITÉ a perdu "trop" de sang depuis l'accouchement et qu'on constate une perte considérable de sang sur ses habits.
- Indiquer que l'utérus de Mme DIAKHITÉ est mou et qu'il n'est pas contracté, mais qu'il n'est pas sensible ; elle n'a pas de fièvre.

5. Quelles sont les causes de son choc et saignement ?

- Déterminer que le choc de Mme DIAKHITÉ est imputable à l'hémorragie du post-partum, utérus atone.

6. Qu'allez-vous faire ensuite ?

- Masser l'utérus de Mme DIAKHITÉ pour stimuler une contraction.
- 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.

| Suivi | |
|---|-----------|
| | SClim - 7 |
| <p>A l'examen supplémentaire, vous constatez qu'il n'y a pas de déchirures vaginales ou périnéales et que l'utérus de Mme DIAKHITÉ 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 DIAKHITÉ ?</p> | |
| <p>5. Quelles sont les causes de son choc et saignement ?</p> | |
| <p>6. Qu'allez-vous faire ensuite ?</p> | |

Notes pour le facilitateur :

7. Qu'allez-vous faire à présent ?

- Administrer un autre litre de liquide pour vérifier que 2 litres sont infusés dans

| Suivi | |
|---|-----------|
| | SClim - 8 |
| <p>Après 15 minutes, l'utérus est ferme et les saignements ont cessé, mais le pouls de Madame DIAKHITÉ 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> | |

- l'heure qui suit le début du traitement.
- S'il est disponible, continuer à administrer de l'oxygène à 6-8 litres/minute.
- Continuer à vérifier que l'utérus reste contracté.
- 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.] Continuer à suivre le pouls et la tension artérielle.

Notes pour le facilitateur :

8. Qu'allez-vous faire à présent ?

- Ajuster le taux de perfusion IV à 1 litre en 6 heures.
- Continuer à vérifier que l'utérus reste contracté.
- Continuer à suivre le pouls et la tension artérielle.
- Vérifier que le débit urinaire est de 30 ml/heure ou plus.

| Suivi | |
|---|-----------|
| | SClim - 9 |
| <p>Encore une fois 15 minutes après, l'utérus est encore ferme et les saignements excessifs ont cessé. Le pouls de Mme DIAKHITÉ est de 90 bts /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> | |

Notes pour le facilitateur :

9. Qu'allez-vous faire à présent ?

- 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 DIAKHITÉ qu'elle aura besoin de cette dose pendant 3 mois.


| Suivi | |
|--|------------|
| | SClim - 10 |
| <p>L'état de Mme DIAKHITÉ 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> | |



Notes pour le facilitateur :

- Si le temps le permet, faciliter une deuxième simulation clinique.

Scenario 2
SClim - 11



Simulation clinique 2
(Guide du Participant)

Notes pour le facilitateur :

1. Qu'allez-vous faire ?

- **Appeler** à l'aide. Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible.
- Évaluer immédiatement Mme KANTÉ pour déterminer l'état général, dont les signes vitaux (température, pouls, tension artérielle et respiration), niveau de connaissance, couleur et température de la peau.
- Indiquer à Mme KANTÉ ce que vous êtes en train de faire, l'écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations.

Prise en charge immédiate
SClim - 12

Mme KANTÉ 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 KANTÉ saigne abondamment.

1. Qu'allez-vous faire ?

Notes pour le facilitateur :

2. Quel est le problème de Mme KANTÉ ?

- Indiquer que Mme KANTÉ est en état de choc suite au saignement du post-partum.

3. Qu'allez-vous faire à présent ?

- Indiquer que Mme KANTÉ est en état de choc suite au saignement du post-partum.
- Traiter le choc :
 - Tourner la femme sur le côté
 - Éviter que la femme se refroidisse mais ne pas la surchauffer.
 - Surélever les jambes de la femme.
 - 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).
 - 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.
 - Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique, Ringer lactate) à raison de 1 litre en 15 à 20 minutes, pour commencer.

Ne pas donner de liquides par voie orale à une femme en état de choc.

- Sonder la vessie et surveiller l'absorption de liquide et le débit urinaire.
- Si l'oxygène est disponible, administrer 6 à 8 litres d'oxygène par minute à l'aide d'un masque ou d'une sonde nasale.

| Suivi | |
|---|------------|
| | SClim - 13 |
| À l'examen, vous constatez que Mme KANTÉ 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. | |
| 2. Quel est le problème de Mme KANTÉ ? | |
| 3. Qu'allez-vous faire à présent ? | |

**Notes pour le facilitateur :**

Réponses attendues : *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.*

SClim - 14

Question 1 de discussion

- *Comment savez-vous que cette patiente est entrée en choc ?*

Notes pour le facilitateur :**4. Qu'allez-vous faire à présent ?**

- Masser l'utérus pour expulser le sang et les caillots sanguins et stimuler une contraction.
- Donner 10 UI d'ocytocine en IM.
- **Vérifier si le placenta** a été expulsé et si oui, l'examiner pour s'assurer qu'il est complet.
- Examiner la vulve, le vagin et le périnée et rechercher d'éventuelles **lésions traumatiques**.
- Continuer à suivre (ou demander à l'assistant de suivre) les pertes de sang, le pouls et la tension artérielle.

SClim - 15

Suivi

Vous constatez que l'utérus de Mme KANTÉ est mou et n'est pas contracté.

4. Qu'allez-vous faire à présent ?

Notes pour le facilitateur :

5. Qu'allez-vous faire à présent ?

- Continuer la perfusion.
- Examiner le col pour voir s'il existe des déchirures.
- Continuer à suivre (ou demander à l'assistant de suivre) les pertes de sang, le pouls et la tension artérielle.

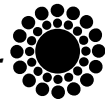
| Suivi | |
|---|--|
| SClim - 16 | |
| <p>Vous constatez que l'utérus de Mme KANTÉ est bien contracté. À l'examen du placenta, vous constatez qu'il est complet. Après avoir examiné le vagin, la vulve et le périnée de Mme KANTÉ, vous constatez qu'il n'y existe pas de déchirures. Mme KANTÉ continue à saigner abondamment.</p> <p>5. Qu'allez-vous faire à présent ?</p> | |

Notes pour le facilitateur :

6. Qu'allez-vous faire à présent ?

- Vous préparer à la réfection des déchirures cervicales.
- Indiquer à Mme KANTÉ ce que vous allez faire, écouter ses préoccupations et la rassurer.
- Demander à un membre du personnel de vous aider à vérifier les signes vitaux de Mme KANTÉ pendant que vous faites la réfection.

| Suivi | |
|---|--|
| SClim - 17 | |
| <p>À 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> | |



Notes pour le facilitateur :
Réponses attendues :

- Expliquer le problème à Mme KANTÉ et la rassurer. Expliquer que vous devez faire une délivrance artificielle du placenta.
- Administrer de la péthidine et du diazépam en IV lentement ou utiliser la kétamine.
- 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).
- 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.

Question 2 de discussion

SClim - 18

- *Qu'auriez-vous fait si l'examen du placenta avait montré qu'il manquait un morceau (placenta incomplet) ?*

Notes pour le facilitateur :

Suivi

SClim - 19

Quarante-cinq minutes se sont écoulées depuis le début du traitement de Mme KANTÉ. Vous venez de terminer la réfection des déchirures cervicales de Mme KANTÉ. 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.

7. Qu'allez-vous faire à présent ?

7. Qu'allez-vous faire à présent ?

- Ajuster le taux de perfusion IV à 1 L en 6 heures.
- Continuer à vérifier les pertes de sang vaginal.
- Continuer à suivre le pouls et la tension artérielle.
- Vérifier que le débit urinaire est de 30 ml/heure ou plus.
- Continuer les soins routiniers du post-partum, y compris l'allaitement maternel du nouveau-né.