

Accouchement extrahospitalier (et complications)

N. Lentz, P. Sagot

L'accouchement à domicile est un phénomène marginal en France où il ne représente que 5 pour 1 000 des naissances. La formation obstétricale très insuffisante de la majorité des médecins généralistes et des anesthésistes-réanimateurs explique l'angoisse générée par de tels accouchements inopinés, alors que des gestes simples permettent d'assurer l'intégrité de la mère et de l'enfant. Les différents éléments décisionnels appréciables par téléphone sont : la parité, les contractions utérines, l'envie de pousser, la perte des eaux et le terme de la grossesse. L'examen clinique de la patiente réalisé à son domicile réévalue les possibilités de son transfert prénatal vers la maternité ou la nécessité d'organiser son accouchement sur place. Lors d'un accouchement à domicile, le transfert postnatal (de la mère, de l'enfant et du placenta) est effectué après contrôle des fonctions maternelles (hémodynamique, tonus utérin, absence de saignement vulvaire anormal, perfusion d'ocytocine) et du nouveau-né (fonctions cardiorespiratoires, température).

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Accouchement ; Domicile ; Régulation ; Prise en charge maternelle ; Prise en charge néonatale ; Transfert ; Délivrance

Plan

■ Introduction	1
■ Appel téléphonique du service d'aide médicale urgente	1
Contractions utérines	1
Parité	2
Envie de pousser	2
Perte des eaux	2
Terme de la grossesse	2
■ Au domicile de la patiente	2
Critères d'analyse	2
Transfert prénatal vers la maternité la plus proche	3
Accouchement au domicile de la patiente	3
Prise en charge du nouveau-né	4
Délivrance	5
■ Transfert maternel et néonatal	7
■ Conclusion	7

accouchements qui surviennent le plus souvent chez des multipares à terme avec un enfant en présentation céphalique.

Nous développerons successivement les trois phases que sont l'appel téléphonique, la prise en charge maternelle à son domicile et le transfert vers la maternité.

■ Appel téléphonique du service d'aide médicale urgente

C'est au médecin régulateur du service d'aide médicale urgente (SAMU) que revient la responsabilité de désigner le type de véhicule et de personnel devant intervenir au domicile d'une patiente en travail afin d'assurer soit son transfert vers la maternité la plus proche, soit de permettre son accouchement à domicile avec une prise en charge maternelle et néonatale adaptée.

Les différents éléments décisionnels appréciables par téléphone sont l'existence de contractions utérines, la parité, l'envie de pousser, la perte des eaux et le terme de la grossesse.

■ Introduction

Qu'il soit décidé volontairement par les parents ou totalement subi, l'accouchement à domicile est un phénomène marginal en France où il ne représente que 5 pour 1 000 des naissances. Nous ne disposons de ce fait d'aucune structure obstétricale ambulatoire susceptible de se déplacer au domicile des parturientes, seule ou accompagnée du service médical d'urgence et de réanimation (SMUR). La formation obstétricale très insuffisante de la majorité des médecins généralistes et des anesthésistes-réanimateurs explique l'angoisse générée par de tels accouchements. Des gestes simples permettent cependant de respecter l'intégrité de la mère et de l'enfant lors de ces

Contractions utérines

Le « travail » correspond à la période de contractions utérines et d'effacement, puis de dilatation du col utérin. Les contractions, de plus en plus fréquentes, régulières et douloureuses, tirent sur le col qui, d'une longueur initiale de 30 à 40 mm, se raccourcit progressivement jusqu'à s'effacer, puis s'ouvre jusqu'à « dilatation complète ». La tête du fœtus peut alors descendre dans l'excavation pelvienne (phase « d'engagement ») lors des contractions et des éventuelles poussées maternelles. Une durée de contraction supérieure à 1 minute et un intervalle entre les contractions utérines inférieur à 3 minutes traduisent un travail déjà bien avancé (Fig. 1).

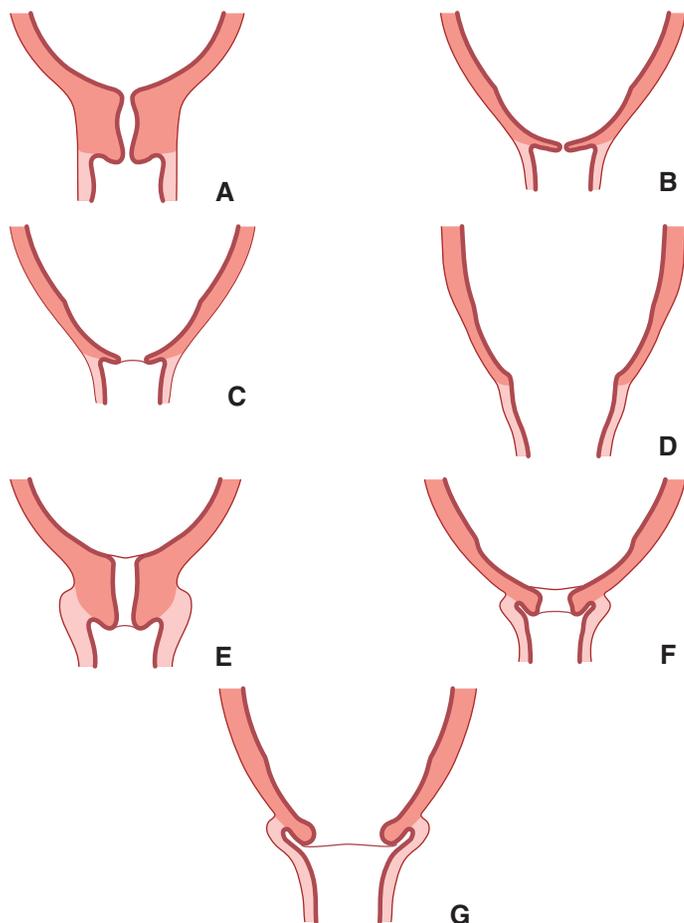


Figure 1. Modification du col de l'utérus au cours du travail chez la primipare et la multipare (d'après Merger R, Lévy J, Melchior J. *Précis d'Obstétrique*, 5^e édition, Masson, Paris, 1985).

Chez la primipare.

A. Col de primipare avant le travail.

B. Effacement complet du col.

C. Début de la dilatation.

D. Dilatation complète.

Chez la multipare.

E. Col de multipare avant le travail.

F. Effacement et dilatation simultanés du col.

G. Dilatation presque complète.

Parité

Si l'effacement précède la dilatation du col chez la primipare, ces deux phases sont concomitantes chez la multipare. Ceci explique que la durée du travail soit plus courte chez les femmes ayant déjà plusieurs enfants (3 et 6 heures) que chez les patientes n'ayant jamais accouché (6 et 9 heures).

Envie de pousser

Elle témoigne de l'engagement de l'enfant dans le bassin maternel et par conséquent de l'imminence de l'accouchement [1].

Perte des eaux

Si elle précède parfois l'entrée en travail, la rupture de la poche des eaux (ou des membranes amniochoriales) est habituellement induite par la dilatation du col et témoigne également d'un accouchement proche.

Terme de la grossesse

Un accouchement prématuré (avant 37 semaines d'aménorrhée [SA], soit plus de 1 mois avant le terme prévu pour

Score de Malinas				
Cotation	0	1	2	Total
Parité	1	2	3 et plus	
Durée du travail	< 3 h	3 à 5 h	> 6 h	
Durée entre les contractions	< 1 min	1 min	> 1 min	
Intervalle entre les contractions	> 5 min	3 à 5 min	< 3 min	
Perte des eaux	non	récente	> 1 h	

Score < 5

Ambulance privée

Score ≥ 5 et/ou envie de pousser

SMUR ± sage-femme

Terme prématuré (> 37 SA, soit plus de 1 mois avant le terme prévu)

+ SMUR pédiatrique

Figure 2. Accouchement inopiné. Éléments décisionnels lors de l'appel téléphonique au SAMU [1, 3]. SA : semaines d'aménorrhée.

l'accouchement) justifie la mobilisation du SMUR pédiatrique en complément du SMUR adulte lorsque l'accouchement semble être imminent.

Les types de véhicule et de personnel mobilisés par le SAMU sont [1, 2] :

- une ambulance privée si l'entretien téléphonique permet d'escompter un délai de plus de 1 heure avant l'accouchement (en plus du délai d'arrivée à la maternité) ;
- le SMUR adulte si la patiente signale une envie de pousser ou lorsque le score de Malinas est supérieur ou égal à 5 (Fig. 2) [3] ;
- le SMUR adulte accompagné du SMUR pédiatrique s'il s'agit d'une naissance prématurée.

■ Au domicile de la patiente

L'examen clinique réalisé au domicile de la patiente par le médecin généraliste ou par l'équipe du SMUR permet de réévaluer les possibilités de transfert prénatal vers la maternité la plus proche ou la nécessité d'organiser son accouchement sur place [1, 4].

Critères d'analyse

Aux éléments décisionnels déjà cités s'ajoutent les données du toucher vaginal. Réalisé de façon bidigitale avec un doigtier, il apprécie la hauteur de la présentation, la dilatation du col utérin et l'état de la poche des eaux. L'engagement de l'enfant dans le bassin de sa mère ne permet plus d'introduire l'index et le majeur entre la symphyse pubienne et la concavité sacrée (Fig. 3). Avant le travail, le col utérin forme un cylindre de 1 à 2 cm de long, palpable au fond du vagin en arrière de la tête fœtale. En cours de travail, il ne forme plus qu'un simple bourrelet, palpable sous la forme d'un anneau d'un diamètre plus ou moins large sur le crâne de l'enfant, et il est impalpable (même en périphérie de la tête fœtale) à « dilatation complète ». Toutefois un « segment inférieur » de l'utérus très mince et moulant une tête fœtale très basse peut donner l'impression d'une dilatation complète alors que le col, bien qu'effacé, n'est que peu ou pas

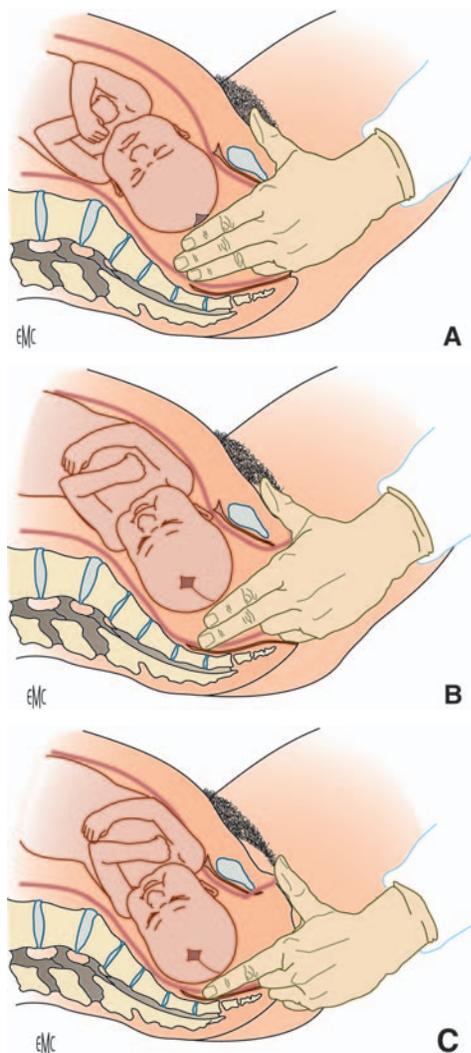


Figure 3. Diagnostic de l'engagement de la tête fœtale dans l'excavation pelvienne. Signe de Farabeuf (d'après « Mécanique et techniques obstétricales », Sauramps Médical, 1^{er} trimestre 1993, p 171-172).

- A.** Présentation non engagée.
- B.** Présentation engagée.
- C.** Présentation profondément engagée.

encore dilaté. La poche des eaux est délimitée par le col utérin en cours de dilatation. Très tendue lors des contractions, elle menace de se rompre spontanément ou lors d'un toucher vaginal. Elle peut s'être déjà rompue, l'écoulement de liquide amniotique au niveau de la vulve doit alors être citrin (± vernix). Un liquide teinté ou franchement méconial (« purée de pois ») traduit une souffrance fœtale aiguë.

La vitalité fœtale peut être appréciée par la perception des mouvements actifs de l'enfant par la mère et par l'auscultation des bruits du cœur au stéthoscope obstétrical (et non stéthoscope conventionnel) appliqué sur l'épaule antérieure de l'enfant (Fig. 4). Le rythme normal est très rapide (120 à 160 battements/min) et le reste pendant la contraction.

Enfin l'examen de la patiente est complété par l'étude de ses antécédents, de son hémodynamique (pouls, tension artérielle), de sa température et de l'absence de saignement extériorisé à la vulve.

Ces différents critères analysés au domicile de la patiente permettent d'évaluer la faisabilité d'un transfert prénatal vers la maternité la plus proche ou la nécessité d'organiser son accouchement sur place (Tableau 1).

Transfert prénatal vers la maternité la plus proche

Lorsque le délai d'accouchement est supérieur à 1 heure (en plus du délai d'arrivée à la maternité), la patiente est transportée

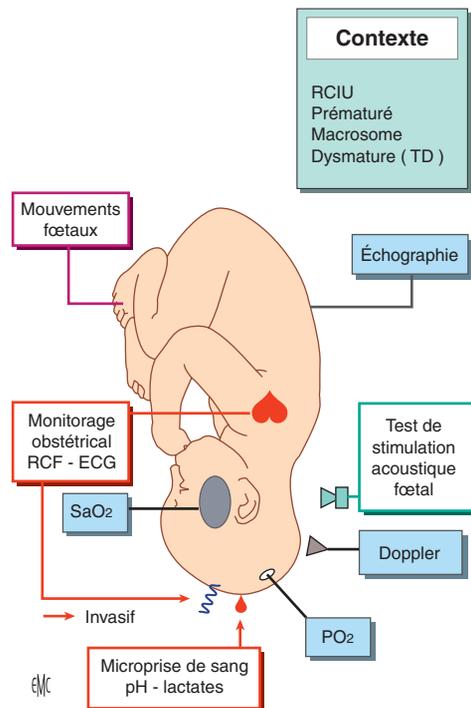


Figure 4. Auscultation au stéthoscope obstétrical, après repérage de l'épaule fœtale (d'après Lansac J, Berger C, Magnin G. *Obstétrique pour le praticien*, 2^e édition, Simep, Paris, 1990). RCIU : retard de croissance intra-utérin. RCF : rythme cardiaque fœtal. ECG : électrocardiogramme. SaO₂ : saturation du sang artériel en oxygène. PO₂ : pression partielle en oxygène.

Tableau 1. Éléments décisionnels au domicile de la patiente [1, 3].

Évaluation			
- de l'envie de pousser			
- du score de Malinas (score de Malinas > ou < 5) : parité, durée du travail, durée des contractions, intervalle entre les contractions, perte des eaux			
- de l'âge gestationnel			
Toucher vaginal			
Hauteur de la présentation, dilatation du col, poche des eaux			
Délai d'accouchement selon dilatation du col			
Score de Malinas			
Dilatation	Primipare	Secondipare	Multipare
5 cm	4 h	3 h	1 h 30
7 cm	2 h	1 h	30 min
9 cm	1 h	30 min	quelques minutes
Délai > 1 heure	Transport en SMUR Décubitus latéral gauche ± oxygène + soluté glucosé à 5 %		
Délai < 1 heure	Accouchement sur place		

en décubitus latéral gauche ou en position semi-assise (en l'absence de perte des eaux). Une voie veineuse périphérique est posée. La patiente est mise sous électrocardiogramme (une dérivation), afin de surveiller d'éventuels effets secondaires de la perfusion de salbutamol (1 ampoule dans 250 ml de soluté glucosé à 5 % ; débit : 30 gouttes/min).

Accouchement au domicile de la patiente [4]

Lorsque le délai d'accouchement est inférieur à 1 heure, il faut préparer l'accouchement en posant une voie veineuse, puis en installant la patiente les fesses au bord du lit, chaque pied

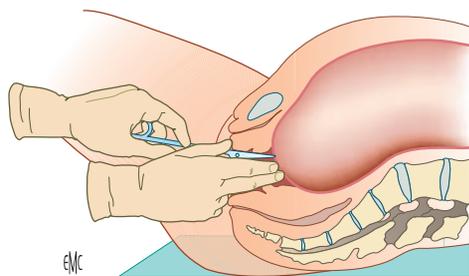


Figure 5. Rupture artificielle des membranes (d'après Merger R, Lévy J, Melchior J. *Précis d'Obstétrique*, 5^e édition, Masson, Paris, 1985).

reposant sur une chaise, une toile cirée et un drap propre placés sous son bassin, une cuvette sur le sol. Un champ de Bétadine® large couvre l'ensemble du périnée, puis sa vessie est sondée. La table du nouveau-né est préparée (coussin, drap propre et serviette de toilette propre sur une table adjacente). Le matériel nécessaire comprend : de la Bétadine®, des compresses et des gants stériles, des ciseaux, deux pinces de Kocher et une paire de Kocher démontée, deux ampoules de Syntocinon®.

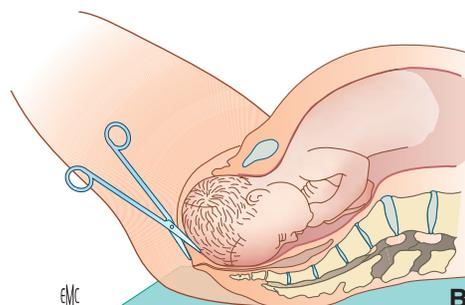
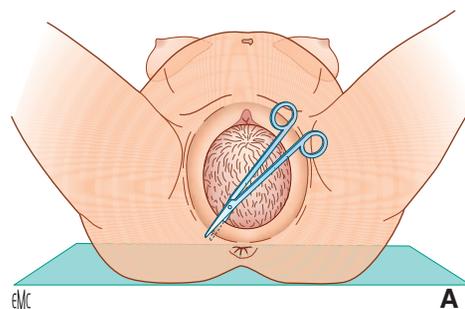


Figure 6. Réalisation d'une épisiotomie (d'après Dumont M, Thoulon JM, Lansac J. *La petite chirurgie obstétricale*, Masson, Paris, 1977). A. Vue de face : les ciseaux partent du milieu de la fourchette à 45° sur l'horizontale. B. Vue sagittale : les ciseaux doivent couper sur la même longueur la muqueuse et la peau.

“ Point important

Liste du matériel nécessaire à un accouchement inopiné à domicile

- Sonde urinaire et sac à urine : un sondage à demeure ou au moins évacuateur est à mettre en place afin qu'une vessie pleine ne gêne point le passage du mobile fœtal et cela permet de diminuer les risques de plaie vésicale.
- Deux pinces de Kocher pour le clampage du cordon ombilical.
- Une paire de ciseaux pour la réalisation d'une éventuelle épisiotomie et la section du cordon entre les deux pinces de Kocher.
- Une pince de Kocher démontée : elle peut permettre, par son bout « en griffe » de rompre la poche des eaux si besoin.
- Deux ampoules d'ocytocine (Syntocinon®), utiles après l'accouchement en cas d'hémorragie de la délivrance.
- Bétadine®.
- Compresses stériles.
- Gants stériles.

L'accouchement est débuté en faisant pousser la patiente pendant les contractions utérines, à dilatation complète (aucun rebord de col n'étant palpable au contact de la tête de l'enfant) et après rupture artificielle de la poche des eaux (par grattage des membranes pendant une contraction utérine avec la branche de la pince de Kocher, démontée et introduite entre l'index et le majeur droit) (Fig. 5), la présentation étant engagée (impossibilité d'introduire l'index et le majeur dans un axe sagittal entre la symphyse pubienne et la concavité sacrée). La patiente empaume la face interne de ses cuisses lors de ces efforts expulsifs, qui sont habituellement au nombre de trois pendant chaque contraction. Si le périnée (distendu par la tête fœtale) montre un début de déchirure (lorsque l'anus est dilaté à 2 ou 3 cm de diamètre), une épisiotomie doit être réalisée par section franche aux ciseaux, à partir de la fourchette vulvaire et selon un axe oblique en bas et à droite (Fig. 6). Le dégagement de la tête fœtale hors du périnée est réalisé le plus lentement possible. La patiente arrête de pousser. La main droite de « l'accoucheur » pousse le menton de l'enfant vers le haut à travers le périnée (région périanales), tandis que sa main gauche exerce un contre-appui (vers le bas) sur le sommet de l'occiput de l'enfant. Ce contre-appui est d'autant plus « appuyé » que la femme poursuit habituellement ses efforts expulsifs, afin d'éviter une déchirure

grave induite par un dégagement trop rapide de la tête de l'enfant. Une fois la tête totalement sortie de la filière génitale, la patiente doit pousser à nouveau pour permettre l'engagement puis le dégagement des épaules de l'enfant. Le dégagement du corps de l'enfant et de ses membres est réalisé par simple traction sous les mandibules et l'occiput de l'enfant qui est ensuite déposé sur le ventre de sa mère (Fig. 7).

Prise en charge du nouveau-né

Un enfant en bonne santé crie habituellement dès les premières secondes suivant sa naissance. Il convient, alors qu'il est toujours sur le ventre de sa mère en décubitus latéral, d'assurer une désobstruction grossière de son nez et de sa bouche (mouchage simple avec une compresse stérile), de le sécher immédiatement avec un linge propre (y compris la tête), de clamer le cordon à 10 cm au moins de l'ombilic avec deux pinces de Kocher distantes de 5 cm l'une de l'autre, puis de le sectionner entre les pinces. L'enfant est placé sur la table préparée à cet effet, dans un endroit éclairé et chaud, à distance de tout courant d'air.

L'évaluation immédiate puis renouvelée à 5 et 10 minutes de sa ventilation, de la coloration de sa peau et de sa fréquence cardiaque permet de distinguer trois situations [5] :

- l'enfant crie, respire, a une bonne coloration, des mouvements actifs et une fréquence cardiaque supérieure à 100 battements/min : il convient alors de prévenir une hypothermie secondaire en le couvrant totalement (sauf le visage) avec un linge sec et une couverture dès que l'examen morphologique succint, l'auscultation cardiorespiratoire et l'aspiration bucco- et nasopharyngée sont réalisés ;
- l'enfant est flasque, ne bouge pas, de coloration livide ou cyanosée, il ne ventile pas mais il a une fréquence cardiaque supérieure à 80 battements/min : il convient, après une aspiration bucco- et nasopharyngée soignée, d'assurer une ventilation au masque avec oxygénothérapie. Cette ventilation est poursuivie jusqu'à ce que l'enfant soit totalement rose. Il faut ensuite prévenir l'hypothermie secondaire, tout en poursuivant la surveillance de l'appareil cardiorespiratoire et de la coloration cutanée notamment péri-buccale de l'enfant ;
- l'enfant est flasque, ne bouge pas, totalement cyanosé, il ne ventile pas et sa fréquence cardiaque est inférieure à 80 battements/min : il convient alors, après une aspiration bucco- et nasopharyngée minutieuse, d'associer une ventilation au

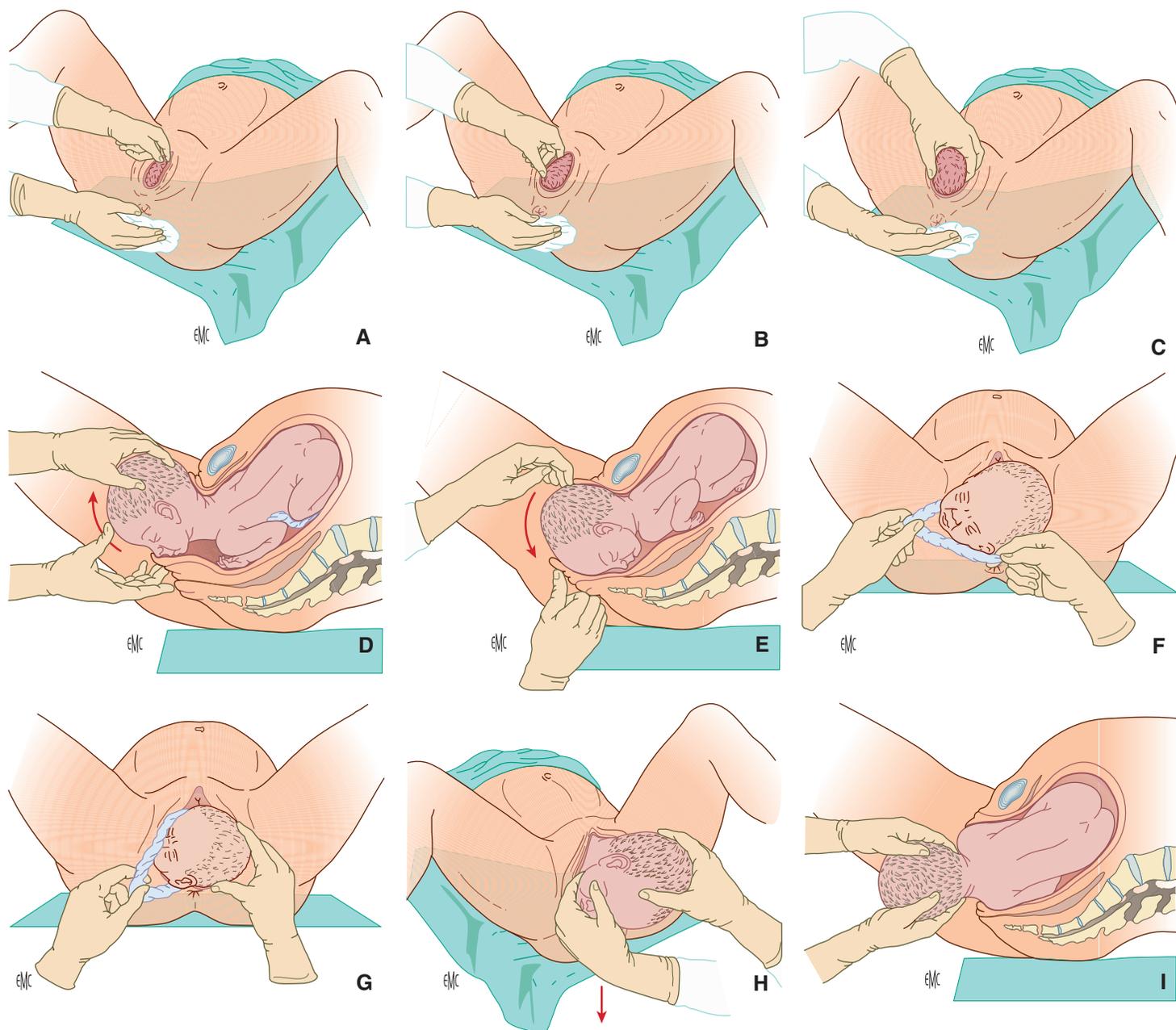


Figure 7. Expulsion-accouchement normal (d'après Lansac, Body, *Pratique de l'accouchement*, Simpe éditions).

A. Avec l'index de la main gauche, le médecin accentue la flexion de la tête pour qu'elle se fixe sous la symphyse. La main droite cherche le front à travers le périnée.

B. La main gauche maintient la flexion de la tête, le pouce soutenant le périnée, refoule à travers lui le front.

C. La main droite a saisi le menton à travers le périnée et fait remonter la tête. La main gauche exerce une contre-pression de façon à contrôler l'expulsion.

D. La grande circonférence céphalique franchit l'anneau vulvaire. C'est avec la main droite qui tient le menton que l'on fait sortir la tête, la main gauche retient l'occiput pour éviter une expulsion brutale et la déchirure du périnée. La femme ne doit pas pousser pendant cette période.

E. Dégagement : les doigts, au travers du périnée, accrochent le front, la face, le menton et défléchissent la tête, tandis que la main gauche retient une déflexion trop rapide et régularise le mouvement.

F. La tête après le dégagement. La tête vient de se dégager, l'occiput en avant accomplit un mouvement de restitution qui oriente en transverse l'occiput du côté du dos. Si le cordon fait un circulaire autour du cou, on l'attire au dehors pour former une anse que l'on passera autour de la tête. Si le circulaire est trop serré, il faut couper le cordon entre deux pinces de Kocher.

G. Réduction d'un circulaire du cordon après le dégagement de la tête. On fait passer le cordon autour de la tête de l'enfant, le dégagement des épaules va alors pouvoir se faire.

H. Dégagement des épaules. Pour dégager l'épaule antérieure, la tête est saisie à deux mains, sous le menton et l'occiput, et abaissée fortement dans le sens de la flèche, sur le plan de la table.

I. Dégagement de l'épaule antérieure (vue de profil). La tête est abaissée vers le plan du lit pour fixer l'épaule antérieure sous la symphyse.

masque (avec oxygénothérapie) à un massage cardiaque (en empaumant le thorax de l'enfant des deux mains, les pouces étant croisés en avant du sternum), puis l'enfant doit être intubé et bénéficier éventuellement de l'administration endotrachéale de médicaments inotropes positifs (0,1 mg/kg d'adrénaline). Seule une structure de SMUR (pédiatrique si possible) est capable d'assurer la prise en charge d'une telle

détresse néonatale, mais cette situation est tout à fait exceptionnelle lors d'un accouchement inopiné à domicile.

Délivrance

L'arrêt spontané des contractions utérines pendant une dizaine de minutes permet d'une part d'assurer les soins au

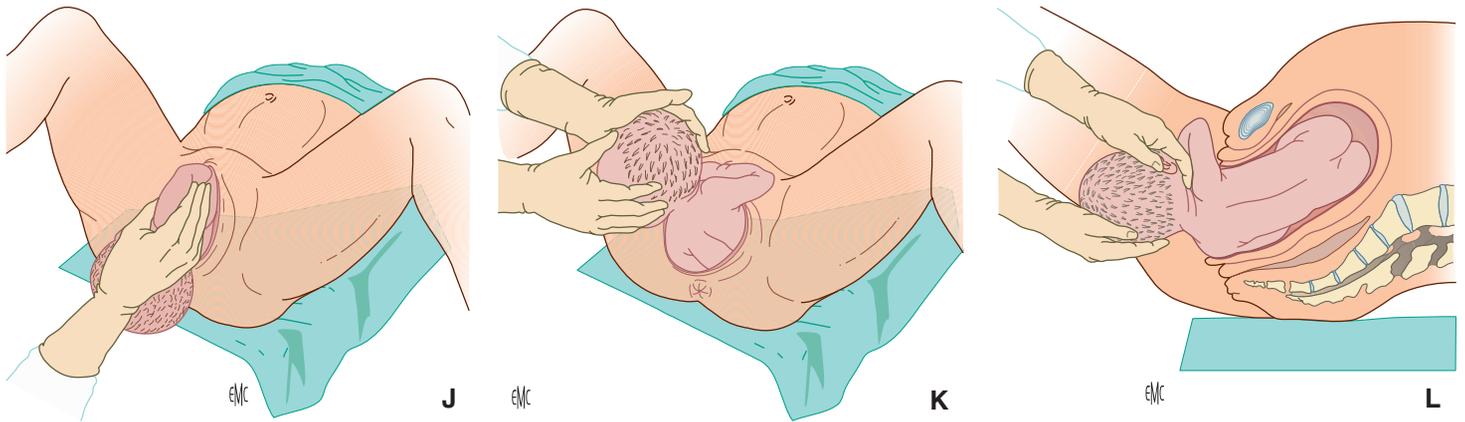


Figure 7. (suite) Expulsion-accouchement normal (d'après Lansac, Body, *Pratique de l'accouchement*, Simpe éditions).

J. Dégagement de l'épaule et du bras antérieurs. L'épaule étant abaissée à la vulve, le bras est extrait à son tour.

K. Dégagement de l'épaule postérieure. Le bras antérieur étant dégagé, la tête, étant toujours saisie à deux mains, est ramenée vers le haut. On surveille le périnée pour éviter une déchirure du fait du dégagement trop brutal de l'épaule postérieure.

L. Dégagement de l'épaule postérieure vue de profil.

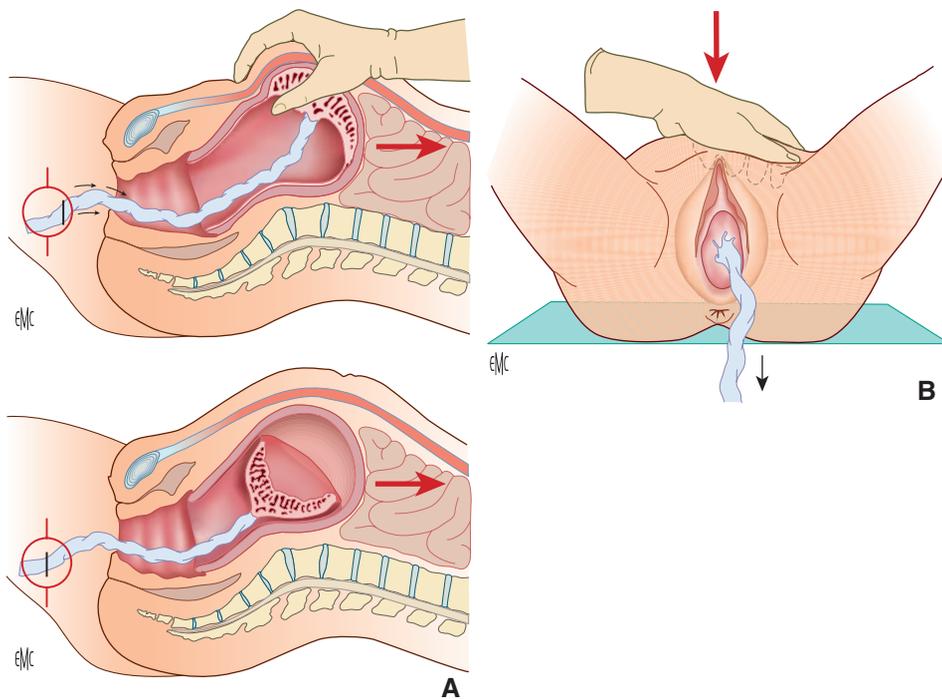


Figure 8. Décollement du placenta.

A. Manœuvre de refoulement utérin.

B. Délivrance normale naturelle (expression).

nouveau-né et d'autre part d'évaluer l'état maternel (fréquence cardiaque, pression artérielle, absence de saignement anormal à la vulve, utérus dur situé à mi-distance entre le pubis et l'ombilic). La reprise spontanée des contractions utérines peut s'accompagner d'une reprise hémorragique de faible abondance, mais le sang coagule rapidement. Cette reprise de l'activité utérine assure le décollement du placenta. Évoqué par l'allongement du cordon, le diagnostic de décollement placentaire ne peut être affirmé que lorsque le refoulement vers le haut de l'utérus par une pression sus-pubienne n'entraîne plus la remontée simultanée du cordon (Fig. 8). Il convient dès lors non pas de tirer sur le cordon (geste formellement proscrit), mais d'empaumer le fond utérin pour assurer l'extériorisation du placenta par une simple pression du fond utérin vers le bas, le placenta étant recueilli dans une cuvette. Ce placenta et les membranes sont précieusement gardés pour être adressés avec la patiente et l'enfant à la maternité la plus proche.

Définie par un saignement supérieur à 500 ml, survenant dans les 24 heures suivant un accouchement, l'hémorragie de la délivrance reste la première cause de mortalité maternelle en France. Elle justifie le transfert postnatal rapide de toute patiente ayant accouché inopinément à domicile

vers la maternité la plus proche pour une surveillance de 2 heures au moins dans le bloc obstétrical.

Responsable d'un choc hypovolémique puis d'une coagulopathie foudroyante, l'hémorragie de la délivrance doit être prévenue, diagnostiquée précocement, et traitée de façon adéquate.

Son diagnostic repose sur la coexistence d'un saignement vaginal abondant (coagulant spontanément tant qu'une coagulation intravasculaire disséminée ne s'est pas installée) et d'un gros utérus mou (sus-ombilical) chez une patiente tachycarde, volontiers hypotendue, aux conjonctives pâles et présentant éventuellement des troubles de conscience.

Son traitement doit associer le contrôle du choc hypovolémique, de la vacuité utérine et de la rétraction utérine.

La réanimation médicale initiale comprend une oxygénothérapie au masque, la surélévation des membres inférieurs (la patiente étant si possible en position légèrement déclive) et un remplissage par des macromolécules (500 ml de solution de Ringer en 15 minutes). Des transfusions de culots globulaires et de plasma frais congelé seront le plus souvent nécessaires lors du transfert de la patiente.

Le contrôle de la vacuité et de l'intégrité de l'utérus est assuré par une manœuvre intra-utérine (délivrance artificielle si le

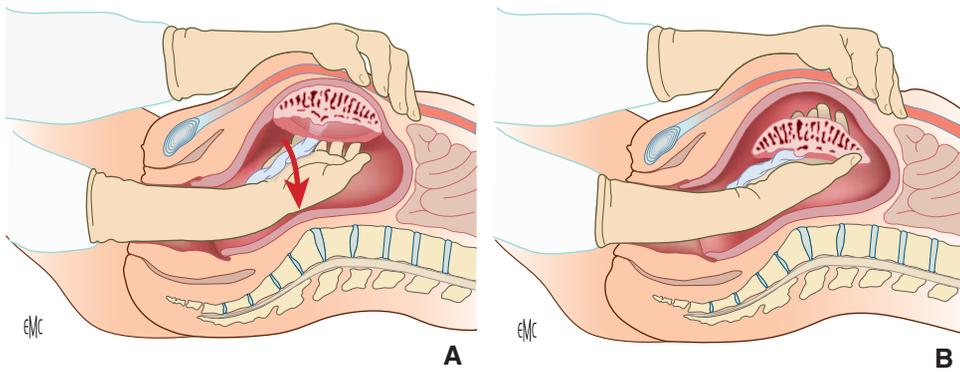


Figure 9. Délivrance artificielle et révision utérine (A, B).

placenta n'est pas décollé, révision utérine si le placenta est incomplet ou si l'hémorragie persiste). Une anesthésie n'étant pas toujours nécessaire lorsque l'accouchement est très récent, la main exploratrice (gantée et recouverte d'une solution antiseptique) est introduite dans le vagin puis dans l'utérus tandis que la main gauche maintient le fond utérin. Pour une délivrance artificielle, le bord placentaire est décollé progressivement par le bord cubital de la main, puis le placenta décollé est refoulé par les doigts vers le vagin. Pour une révision utérine, la main in utero explore toutes les faces de la cavité utérine afin d'en confirmer l'intégrité, puis elle retire les caillots et les éventuels cotylédons en rétention (Fig. 9).

La rétraction utérine est assurée par de l'ocytocine (Syntocinon®) à la dose de 0,1 à 0,2 UI/kg/IVD puis 0,2 UI/kg/h. Elle permet d'étrangler les vaisseaux traversant la paroi utérine et de réduire au maximum les pertes sanguines d'origine endo-utérine.

Le transport médicalisé de la patiente est entrepris dès que son état hémodynamique et cardiorespiratoire est stabilisé afin qu'elle puisse bénéficier d'une prévention antibiotique et antitétanique, d'éventuelles transfusions et, en cas d'hémorragie incoercible, d'embolisation des artères utérines ou d'hystérectomie d'hémostase.

■ Transfert maternel et néonatal

Celui-ci a lieu après un dernier contrôle de l'état hémodynamique de la mère, du tonus utérin, de l'absence de saignement vulvaire anormalement abondant, et adjonction de Syntocinon® à la perfusion de soluté glucosé à 5 %. L'enfant, parfaitement séché et totalement couvert (hormis le visage), doit avoir une respiration régulière, un pouls supérieur à 100 battements/min et une région péribuccale non cyanosée. La patiente, son enfant et le placenta sont transférés par SMUR vers la maternité afin de pouvoir bénéficier des soins appropriés (bilan et suture des éventuelles lésions périnéales, antibiothérapie et vaccination

antitétanique). Le médecin rédige le certificat de naissance, la déclaration de grossesse devant être réalisée auprès de la mairie correspondant au domicile de la patiente et non de la maternité.

■ Conclusion

Bien que marginal, l'accouchement inopiné à domicile est une réalité concernant près de 5 naissances pour 1 000. Si une complication grave est toujours susceptible de se produire lorsqu'un tel accouchement survient de façon très prématurée, lors de grossesses multiples, de présentation du siège ou lors de pathologies maternelles très graves (hématome rétroplacentaire...), l'accouchement inopiné à domicile, à terme, en présentation céphalique, chez une multipare doit aboutir à la naissance d'un enfant en bonne santé avec une mère en bon état. Une formation minimale des médecins généralistes et des anesthésistes-réanimateurs impliqués dans les SMUR et des protocoles clairs de prise en charge doivent permettre de répondre à ces objectifs.

Cet article a été publié pour la première fois en 2000 dans le traité d'Urgences.

■ Références

- [1] Sagot P. In: *Accouchement inopiné à domicile : prise en charge de la mère*. In: 39^e congrès national d'anesthésie et de réanimation, médecine d'urgence. Paris: Elsevier; 1997. p. 49-54.
- [2] Malinas J. L'appel d'urgence en obstétrique. *Rev SAMU* 1982;5:7.
- [3] Malinas J, Bourbon JL. *ABC des urgences obstétricales*. Paris: Masson; 1984.
- [4] Laurent B, Sagot P. *L'accouchement inopiné à domicile. Film vidéo de Gauducheau F*. Nantes: GF Production/HER BAK Production; 1997.
- [5] Ammirati C, Guinaud J, Krim G, Nemitz B. In: *Accouchement inopiné à domicile : prise en charge de l'enfant*. In: 39^e congrès national d'anesthésie et de réanimation, médecine d'urgence. Paris: Elsevier; 1997. p. 36-48.

N. Lentz, Assistant-chef de clinique.

P. Sagot, Professeur, chef de service.

Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier William Morey, 7, quai de l'Hôpital, 71100 Chalon-sur-Saône, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Lentz N., Sagot P. Accouchement extrahospitalier (et complications). EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-070-B-40, 2007.

Disponibles sur www.emc-consulte.com

