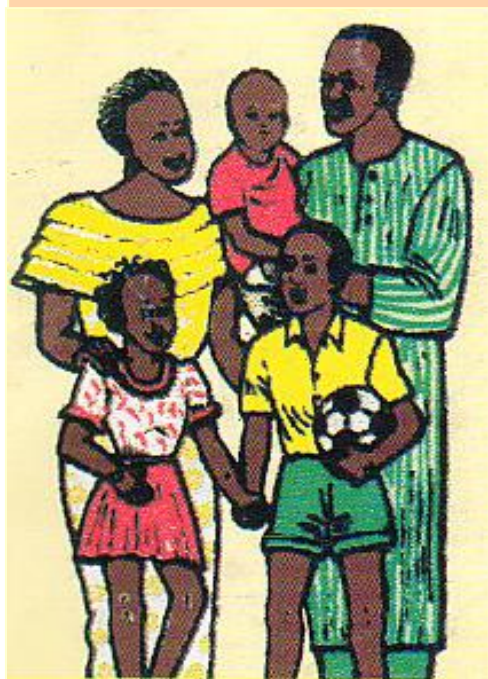


SANTE FAMILIALE

BENIN



PROTOCOLES DES SERVICES DE SANTÉ FAMILIALE

VOLET FEMME

Ministère de la Santé – Direction de la Santé de la Mère et de l’Enfant

Produit en Novembre 2002 Appui financier : IntraHealth/USAID/Bénin

Révisée en Juin 2008 Appui financier : USAID/UNFPA/Bénin

Révisée en Mars 2018 Appui financier : USAID/ANCRE/Bénin

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	i
PREFACE	iv
REMERCIEMENTS	v
GUIDE DE L'UTILISATEUR	vi
LISTE DES ABREVIATIONS	vii
Composante 1 : Affections gynécologiques	I
<i>Activité 1 : Prendre en charge les infections gynécologiques</i>	I
<i>Activité 2 : Prendre en charge les troubles du cycle</i>	4
I. Les troubles mineurs du cycle	4
II. Aménorrhée	7
III. Les hémorragies utérines fonctionnelles	10
<i>Activité 3 : Prendre en charge les troubles de la ménopause</i>	13
<i>Activité 4 : Prendre en charge les tumeurs pelviennes</i>	16
<i>Activité 5 : Prévenir et prendre en charge le cancer du col de l'utérus</i>	19
<i>Activité 6 : Prévenir et prendre en charge le cancer du sein</i>	23
<i>Activité 7 : Prendre en charge le cancer de l'endomètre</i>	27
Composante 2 : Maternité à moindre risque	30
<i>Activité 1 : Réaliser la consultation pré-nuptiale</i>	30
<i>Activité 2 : Réaliser la consultation prénatale recentrée</i>	33
I. La Consultation Prénatale : 1 ^{er} Trimestre de la grossesse (au moins une consultation)	34
II. La Consultation Prénatale : 2 ^{ème} trimestre de la grossesse (au moins deux consultations)	38
III. La Consultation Prénatale : 3 ^{ème} trimestre de la grossesse (au moins cinq consultations)	41
Composante 3 : Maternité à moindre risque / grossesse à risque élevé	43
<i>Activité 1 : Prévenir la transmission mère-enfant du VIH</i>	43

I. Pendant la grossesse _____	43
II. Pendant l'accouchement _____	45
III. Pendant l'allaitement _____	46
<i>Activité 2 : Prendre en charge la grossesse extra-utérine (GEU) _____</i>	47
<i>Activité 3 : Prendre en charge la môle hydatiforme _____</i>	56
<i>Activité 4 : Prendre en charge le placenta prævia _____</i>	61
<i>Activité 5 : Prendre en charge le décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) _____</i>	65
<i>Activité 6 : Prendre en charge la mort in utéro _____</i>	69
<i>Activité 7 : Prendre en charge l'anémie chez une femme enceinte _____</i>	72
<i>Activité 8 : Prendre en charge l'hypertension artérielle et ses complications chez la femme enceinte _____</i>	76
<i>Activité 9 : Prendre en charge la drépanocytose chez la femme enceinte _____</i>	80
<i>Activité 10 : Prendre en charge l'ictère au cours de la grossesse _____</i>	84
<i>Activité 11 : Prendre en charge le paludisme chez la femme enceinte _____</i>	88
<i>Activité 12 : Prendre en charge les vomissements graves de la grossesse _____</i>	94
<i>Activité 13 : Prendre en charge l'infection urinaire chez la gestante _____</i>	98
<i>Activité 14 : Prendre en charge la menace d'avortement _____</i>	102
<i>Activité 15 : Prendre en charge les avortements et les soins du post-abortum _____</i>	106
I. Prendre en charge l'avortement en cours _____	106
II. Soins du post-abortum : C'est l'ensemble des gestes thérapeutiques à faire chez une femme qui a subi un avortement _____	113
<i>Activité 16 : Prendre en charge la menace d'accouchement prématuré _____</i>	102
Composante 4 : Maternité à moindre risque / accouchement _____	106
<i>Activité 1 : Prendre en charge l'accouchement normal _____</i>	106
<i>Activité 2 : Prendre en charge un accouchement dystocique / travail prolongé _____</i>	115
I. Phase de latence prolongée _____	115
II. Phase active prolongée _____	119
III. Phase pelvienne (phase d'engagement, de descente, de rotation et d'expulsion) prolongée _____	123

IV. Cas particuliers _____	126
<i>Activité 3 : Prendre en charge la rupture prématurée des membranes</i> _____	131
<i>Activité 4 : Prendre en charge les crises d'éclampsie pendant le travail</i> _____	136
<i>Activité 5 : Prendre en charge l'anémie chez une parturiente</i> _____	141
<i>Activité 6 : Prendre en charge les hémorragies pendant le travail</i> _____	145
<i>Activité 7 : Prendre en charge la fièvre pendant le travail</i> _____	148
Composante 5 : Maternité à moindre risque / soins du post-partum _____	152
<i>Activité 1 : Prendre en charge le post-partum normal</i> _____	152
I. Prendre en charge le post-partum immédiat _____	152
II. Prendre en charge le post-partum tardif (consultation post-natale) _____	156
<i>Activité 2 : Prendre en charge le post-partum pathologique (les complications du post-partum)</i> _____	159
I. Prendre en charge les hémorragies du post-partum immédiat : _____	159
II. Prendre en charge les hémorragies du post-partum tardif _____	163
III. Prendre en charge l'infection puerpérale : _____	166
IV. Prendre en charge les complications de l'allaitement : _____	170
Composante 6 : Maternité à moindre risque/Néonatalogie _____	174
<i>Activité 1 : Donner les premiers soins au nouveau-né à la maternité</i> _____	174
<i>Activité 2 : Faire l'examen systématique du nouveau-né</i> _____	179
<i>Activité 3 : Réanimer le nouveau-né en salle d'accouchement</i> _____	184
GLOSSAIRE _____	186
Liste des participants aux différents ateliers de développement des Protocoles de novembre 2002 _____	189
Liste des participants aux différents ateliers de révision de juin 2008 _____	190
Liste des participants aux différents ateliers de révision de mars 2018 _____	191
Références _____	192

PREFACE

Le Bénin, à la conférence d'Alma Ata, a souscrit plusieurs engagements internationaux tels que « la santé pour tous en l'an 2000 », le concept de Santé de la Reproduction (SR) en 1994, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2000 et les Objectifs de Développement Durable (ODD) en 2015.

– L'atteinte des objectifs subséquents à ces engagements requiert la mise en place des guides nationaux de référence dans la stratégie d'amélioration de la qualité des services pour le mieux-être de la famille. Ce sont :

– Les politiques, normes et standards de services de santé familiale

– Les protocoles de services de santé familiale.

– A cet effet, après la révision des politiques, normes et standards de service de santé familiale, ces protocoles ont été élaborés pour les rendre opérationnels. Ils sont rédigés par des cadres nationaux acteurs des services de santé familiale, à l'usage des prestataires de terrain.

– Ils définissent les activités, les tâches et les gestes logiques et chronologiques requis pour l'exécution des services de santé familiale, à chaque niveau de la pyramide sanitaire, en tenant compte des droits des clients.

– Les protocoles prennent en compte les quatre volets de la Santé de la Reproduction et leurs composantes telles que définies par les politiques, normes et standards en santé familiale :

– Volet santé de la femme

– Volet santé de l'enfant

– Volet santé des jeunes

– Volet santé de l'homme

– Les protocoles contribuent à renforcer l'intégration des services de santé familiale et serviront également de base à l'actualisation des curricula de formation qui permettront de standardiser la formation et les prestations de services à tous les niveaux. C'est enfin un instrument de travail et de supervision qui se veut dynamique à travers les expériences acquises sur le terrain les résultats des recherches en santé familiale.

– Par conséquent, ces protocoles de services de santé familiale doivent être largement diffusés et utilisés d'une manière adéquate à l'effet d'assurer l'offre du PMA afin d'améliorer l'état de nos populations.

Le Ministre de la Santé

Docteur SEIDOU Alassane

REMERCIEMENTS

Le Ministre de la Santé présente ses sincères remerciements à tous ceux qui ont contribué à la réalisation des protocoles de services de santé familiale, en l'occurrence :

- les membres du groupe technique de rédaction
- les membres des différents groupes d'actualisation
- les partenaires au développement notamment UNFPA, Banque Mondiale, UNICEF, PISAF, ANCRE

Le Ministère de la Santé est reconnaissant à de nombreuses personnes de l'aimable assistance qu'elles ont bien voulu apporter à la rédaction de ce précieux document.

Enfin, le Ministre tient à exprimer sa gratitude à l'USAID, à PRIME/Intrah et ANCRE dont les généreuses contributions financières et techniques ont rendu possible la réalisation du présent ouvrage.

GUIDE DE L'UTILISATEUR

Le présent document des protocoles indique les étapes à suivre pour une prise en charge cohérente des clients(es) des services de santé familiale. Il décrit les étapes et gestes logiques et chronologiques nécessaires à l'offre de services de qualité pour chaque procédure. Il est basé sur les politiques, normes et standards de services de santé familiale définis par le Ministère de la Santé

Le document comprend principalement :

- Les protocoles du volet de santé de la femme et ses composantes
- Les protocoles du volet de santé de l'enfant et ses composantes
- Les protocoles du volet santé des jeunes et ses composantes
- Les protocoles du volet de santé de l'homme et ses composantes
- Les protocoles des composantes communes : la planification familiale, l'infertilité, les IST/SIDA, les pratiques néfastes à la santé de la reproduction et la prévention des infections

Les différentes sections du document sont présentées sous forme de succession de gestes logiques à suivre par le prestataire de service dans la prise en charge des client(es) par niveau d'exécution du centre de santé jusqu'au plus haut niveau qu'est le Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Bien que les prestataires de services soient les premiers utilisateurs de ces protocoles, les formateurs, superviseurs, encadreurs de stage, tuteurs et évaluateurs devront les utiliser pour veiller à la qualité des services dispensés par le personnel clinique sous leur responsabilité.

Pour chaque étape, lire les informations selon le niveau de la pyramide sanitaire auquel vous vous situez.

Parfois, les informations sont regroupées quand elles s'appliquent à plusieurs niveaux. Quel que soit le niveau de la pyramide auquel vous vous situez, il faut vérifier que le contenu du niveau précédant ne s'applique pas à votre niveau. Cela vous permet d'avoir toutes les informations relatives à l'étape que vous voulez consulter dans le document. Si vous voyez IDEM, il faudra lire les informations du niveau précédant qui s'appliquent aussi bien au niveau de la pyramide auquel vous travaillez.

Ces protocoles doivent être accompagnés de certains algorithmes qu'il n'a pas été nécessaire de reprendre à cause de leur existence dans d'autres documents nationaux qui existent déjà dans les formations sanitaires et dont les prestataires sont initiés à l'utilisation. C'est le cas du document national de prise en charge des IST dont les procédures sont présentées sous forme d'« arbre de décision » qui doivent être lus de haut en bas et généralement de gauche à droite et le document national de guides thérapeutiques.

Avant d'appliquer ces protocoles, les utilisateurs formés à leur utilisation devront les lire attentivement afin de se familiariser avec les différents gestes logiques et procédures cliniques qui y sont décrits.

Vous pouvez utiliser ces protocoles de différentes manières à savoir:

- les avoir à sa disposition à tout moment dans votre clinique ou formation sanitaire
- les lire avant d'appliquer chaque procédure clinique
- les revoir si nécessaire après avoir effectué une procédure
- les utiliser pour élaborer du matériel de formation
- les utiliser pour élaborer des outils de supervision ou d'évaluation
- les avoir avec vous chaque fois que vous aurez à discuter de l'une ou l'autre procédure avec votre superviseur, évaluateur ou au cours de la rencontre avec votre formateur ou encadreur.

Ces protocoles qui sont dynamiques seront mis à jour périodiquement selon l'évolution scientifique, pour que les étapes et gestes décrits soient toujours valides. A cet effet, nous invitons tous les utilisateurs à signaler aux autorités médicales compétentes par niveau (zone sanitaire, départemental et national), les protocoles qui nécessitent une révision.

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD	: Antécédant
AgHBs	: Antigène de l'hépatite B
ARV	: Antirétroviraux
BDC	: Bruits du cœur fœtal
BK	: Bacille de Kock
BW	: Bordet-Wasserman (Test de détection de la syphilis)
C	: Centigrades
CAT	: Conduite à Tenir
cp	: Comprimé
CS	: Centre de Santé
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIVD	: Coagulation Intra-Vasculaire Disséminée
COC	: Contraceptifs Oraux Combinés
CRAP	: Coefficient de Risque d'Accouchement Préaturé
DA	: Délivrance Artificielle
DAO	: Diamino-Oxydase
DDR	: Date des Dernières Règles
DP	: Densité Parasitaire
DPPNI	: Décollement Préaturé d'un Placenta Normalement Inséré
ECBU	: Examen Cytobactériologique des Urines
ECG	: Electrocardiogramme
FSH	: Follicle Stimulating Hormone
g	: Gramme

GE	: Goutte Epaisse
GEU	: Grossesse Extra-Utérine
h	: Heures
Hb	: Hémoglobine
HCG	: Human Chorionic Gonadotrophin
HPV	: Human Papilloma Virus
HRP	: Hématome Rétro-Placentaire
HSG	: Hystérosalpingographie
HTA	: Hypertension Artérielle
HU	: Hauteur Utérine
HZ	: Hôpital de Zone
IM	: Intra-Musculaire
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
IV	: Intra-Veineux
IVA/IVL	: Inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol
j	: Jours
J1	: Premier jumeau
J2	: Deuxième jumeau
kg	: Kilogrammes
KOP	: Kystes, Œufs et Parasites
l	: Litre
LA	: Liquide Amniotique
LH	: Luteinizing Hormone
MAMA	: Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
mg	: Milligrammes
min	: Minutes
ml	: Millilitres

MIILD : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée
NFS : Numération et Formule Sanguine
N° Tel : Numéro de téléphone
P : Poids
PDE : Poche Des Eaux
PF : Planification Familiale
PV : Prélèvement Vaginal
RAD : Résection à l'Anse Diathermique
RU : Révision Utérine
SA : Semaines d'Aménorrhée
SAT : Sérum Antitétanique
SFA : Souffrance Fœtale Aiguë
SGI : Sérum Glucosé Isotonique
SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Humaine
SRO : Sels de Réhydratation Orale
T° : Température
TA : Tension Artérielle
TC : Temps de Coagulation
TCK : Temps de Céphaline-Kaolin
TDM : Tomodensitométrie
TPHA : Treponema Pallidum Hemagglutinin Assay (test de détection de la syphilis)
TPI : Traitement Préventif Intermittent
TS : Temps de Saignement
TV : Toucher Vaginal
UIV : Urographie Intra-Veineuse
VAT : Vaccination Antitétanique

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
VME : Version par Manœuvres Externes
VMI : Version par Manœuvres Internes
VS : Vitesse de Sédimentation

Composante 1 : Affections gynécologiques

Activité I : Prendre en charge les infections gynécologiques

Définition

Infections de tout ou d'une partie de l'appareil génital de la femme : vulve, vagin, col utérin, utérus, trompes, ovaires, ou péritoine pelvien

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la Cliente	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Se présenter et présenter les membres de l'équipe– Rassurer pour la confidentialité		
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– Demander le motif de la consultation<ul style="list-style-type: none">• écoulement vaginal,• démangeaison vulvo-vaginale, douleur du bas-ventre...– Recueillir les informations sur la plainte dominante<ul style="list-style-type: none">- ouvrir un dossier- recueillir : nom, prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel et celui du partenaire), état matrimonial de la patiente et du partenaire, nombre de partenaires, habitudes : alcool cigarettes drogue- demander les antécédents médicaux : HTA, diabète, allergie aux médicaments ...- demander les antécédents gynécologiques et obstétricaux- demander les antécédents chirurgicaux		
3. Faire l'examen Physique	<ul style="list-style-type: none">– Préparer le matériel– Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord– Se laver les mains (eau, savon)– Aider la patiente à s'installer– Faire l'examen général : état général, poids, taille, pouls, température, tension artérielle, muqueuses et téguments– Faire l'examen gynécologique (vessie vide) :<ul style="list-style-type: none">examen des seins, examen des aires ganglionnaires (aisselle)		

examen de l'abdomen
examen de la vulve, à la recherche d'une inflammation, d'une ulcération, de lésions de grattage, de pertes vaginales, d'une masse, de végétations

- Examen au spéculum :
 - ✓ vagin : rechercher : pertes anormales, sécrétions sanguinolentes, sécrétions mucopurulentes, sécrétions blanchâtres, inflammation, ulcération
 - ✓ col : rechercher : aspect rose ou violacé, sécrétions anormales, lésions (traumatisme, ulcération, inflammation, bourgeon, masse, végétations)
 - ✓ faire l'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol (IVA /IVL) si possible

- Faire le TV : à la recherche d'une douleur à la mobilisation utérine et d'une masse pelvienne
 - Col : apprécier la consistance, le degré d'ouverture, la sensibilité.
 - Utérus : apprécier la sensibilité, le volume, la consistance, la présence d'une masse
 - Culs de sac : apprécier la consistance, la vacuité et la sensibilité

A la fin du TV apprécier les pertes ramenées

- Examiner les autres appareils :
 - cœur
 - poumons
 - articulations

4. Faire les examens complémentaires

Demander des examens complémentaires :	Idem CS +	Idem HZ/CHD +
Glycémie NFS examen direct du prélèvement vaginal coloration de Gram sérologie VIH	- TPHA, NFS complète + plaquettes - Prélèvement vaginal : culture et antibiogramme - Frottis cervico-vaginal après traitement Examen cyto bactériologique des urines + antibiogramme	- Examen bactériologique du pus - Examen direct, culture - Sérologie des Chlamydiae - Recherche par immunofluorescence des Chlamydiae

5. Prescrire le traitement

- Au niveau des CS référer si fièvre + douleurs pelviennes.
- Sinon :
- Faire le traitement curatif (voir algorithmes sur la prise en charge syndromique des IST)

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
<p>6. Donner un rendez-vous pour le suivi</p>	<p>– Faire le traitement préventif : donner des conseils utiles : expliquer la maladie actuelle et ses conséquences insister sur : le respect du traitement (posologie et durée) l'abstinence de rapports sexuels pendant le traitement ou l'utilisation des préservatifs faire le traitement du ou des partenaires (obtenir leur adhésion au traitement) insister sur l'importance du rendez-vous Référer les cas chirurgicaux</p> <p>– Noter le rendez-vous dans le carnet</p> <p>– Vérifier le remplissage correct des supports</p> <p>– Insister sur l'importance du respect des rendez-vous</p> <p>– Référer si traitement chirurgical</p> <p>Dire à la cliente référée de venir vous voir dès son retour</p>	<p>Idem CS +</p> <p>– Faire le traitement chirurgical des cas référés : abcès du Douglas pyosalpinx condylomes (cautérisation)</p> <p>Idem CS +</p> <p>- Remplir les formalités de contre-référence</p>	
<p>7. Prendre congé</p>	<p>– Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin</p>		
<p>8. Faire le suivi</p>	<p>– S'assurer que la cliente référée a été effectivement admise au centre de référence et s'informer de l'évolution de la pathologie</p>	<p>Idem CS</p>	

Composante 1 : Affections gynécologiques

Activité 2 : Prendre en charge les troubles du cycle

Définition

Ce sont les perturbations observées du 1^{er} jour des menstruations jusqu'à la veille des prochaines règles. On distingue :

1. Les troubles mineurs du cycle
2. Les troubles de l'ovulation (anovulation, aménorrhée)
3. Les hémorragies fonctionnelles

I. Les troubles mineurs du cycle

- les **dysménorrhées**
- le **syndrome intermenstruel**
- les **règles abondantes de durée normale (3 à 5 jours)**
- les **règles de petite quantité**
- les **cycles irréguliers**

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la Cliente	– Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège – Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence – Se présenter et présenter les membres de l'équipe – Rassurer pour la confidentialité		
2. Mener l'interrogatoire	– Demander le motif de la consultation – Ouvrir un dossier – Recueillir : nom, prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel et celui du partenaire), état matrimonial de la cliente – Recueillir les informations sur la plainte dominante et les signes d'accompagnement – Demander les antécédents personnels : médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux – Demander les antécédents familiaux		
3. Faire l'examen	– Préparer le matériel		

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

physique

- Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord
- Se laver les mains (eau, savon)
- Aider la cliente à s'installer
- Faire l'examen général : état général, poids, taille, pouls, température, tension artérielle, , muqueuses et téguments
- Faire l'examen gynécologique (vessie vide) :
 - faire l'examen des seins à la recherche de nodule(s), d'écoulement
 - faire l'examen des aires ganglionnaires (aisselle)
 - faire l'examen de l'abdomen, à la recherche d'une masse abdominale, d'une douleur
 - faire l'examen de la vulve, à la recherche d'une atrophie, d'un écoulement vulvaire, d'une masse
 - faire l'examen au spéculum, à la recherche d'une anomalie du col, du vagin, de pertes cervicales ou vaginales
 - faire l'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol (IVA /IVL)
 - faire le toucher vaginal combiné au palper, à la recherche d'une masse pelvienne, utérine ou annexielle
- Conclure : formuler une hypothèse diagnostique
- Informer la cliente des résultats de l'examen

4. Faire les examens complémentaires

- Expliquer et faire faire la courbe ménothermique par la cliente si possible.
GSRh, NFS

Idem CS+

- NFS complète + Plaquettes
- Biopsie de l'endomètre
- Echographie pelvienne
- HSG
- Cœlioscopie, hystérocopie

Idem HZ/CHD +

- Dosages hormonaux

5. Instaurer le traitement

- Expliquer et rassurer la cliente
- Instaurer le traitement en fonction du diagnostic :
 - contraceptifs oraux
 - anti-inflammatoires non stéroïdiens
 - progestatifs
- Référer au besoin

Idem CS +

- Prendre en charge les cas référés
- Traitement spécifique en fonction du diagnostic retenu

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
6. Donner le rendez-vous pour le suivi	<ul style="list-style-type: none"> – Donner le rendez-vous de suivi – Noter le rendez-vous dans le carnet et insister sur l'importance du rendez-vous – Vérifier le remplissage correct du dossier 		
7. Prendre congé	<ul style="list-style-type: none"> – Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin 		
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> – S'assurer que la cliente référée a été effectivement admise au centre de référence – S'enquérir de l'évolution de la maladie – Ajuster le traitement au besoin 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Communiquer les résultats des examens complémentaires – Reprendre l'examen physique – Ajuster le traitement – Remplir les formalités de contre-référence 	

II. Aménorrhée

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la Cliente	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège– Se présenter et présenter les membres de l'équipe– Demander ce qu'on peut faire pour la cliente et rassurer pour la confidentialité		
2. Mener l'interrogatoire	<p data-bbox="546 432 1115 496">Demander le motif de la visite : aménorrhée primaire ou secondaire</p> <ul style="list-style-type: none">– Ouvrir un dossier– Recueillir les renseignements :<ul style="list-style-type: none">Généraux : nom, prénoms, âge profession, adresse (y compris N° Tel), état matrimonial, profession de la patiente et du partenaire sur le symptôme dominant et les signes d'accompagnement– Recueillir les antécédents :<ul style="list-style-type: none">médicauxgynécologiques : date des dernières règles, âge de la ménarche, curetages / AMIUobstétricaux :<ul style="list-style-type: none">- hémorragie de la délivrance au dernier accouchement, révision utérine ou délivrance artificielle au dernier accouchementchirurgicaux : césarienne, hystérectomiemédications antérieures ou en cours : contraceptifs, corticoïdes, antidépresseurs..mode de vie : sport intensif, stress, régime alimentaire : (amaigrissant)– Apprécier l'état psychologique : viol, déception, conflit familial, solitude...		
	<p data-bbox="1158 1347 1279 1374">Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none">– Rechercher les signes d'hypothyroïdie (goitre, tachycardie, bradycardie, asthénie)		

- Rechercher les signes d'hyperthyroïdie (exophtalmie, HTA, moiteur des mains, amaigrissement)

3. Faire l'examen physique

- Préparer le matériel

- Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord

- Se laver les mains (eau, savon)

Faire un examen général :

morphologie, taille, caractères sexuels secondaires (pilosité abondante ou rare)

- Faire l'examen gynécologique :

- seins, à la recherche d'une galactorrhée
- aires ganglionnaires (aisselle)
- abdomen, à la recherche d'une masse
- examen pelvien :
 - inspecter la vulve pour apprécier sa trophicité
 - examiner au spéculum : le vagin et le col, à la recherche d'une malformation,
 - apprécier la glaire cervicale
 - faire l'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol (IVA /IVL)

- Faire le toucher vaginal combiné au palper abdominal, à la recherche d'une malformation ou d'une masse

- Formuler les hypothèses diagnostiques

4. Faire les examens complémentaires

- Test immunologique ou biologique de grossesse (TBG)

- Demander une échographie pelvienne pour détecter éventuellement une grossesse, une masse pelvienne

Idem CS +

- Demander à la patiente de faire la courbe ménothermique

- Cycle de glaire

- Dosage des β hCG plasmatiques

- Echographie pelvienne

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
		<ul style="list-style-type: none"> – Hystérocopie – coelioscopie – HSG – Radio de la selle turcique 	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dosages hormonaux (prolactine, FSH, LH, Estradiol, progestérone, TSH...) </div>
5. Instaurer le traitement	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> – Instaurer le traitement en fonction des diagnostics <li style="padding-left: 20px;">S'il s'agit d'aménorrhée primaire chez une adolescente de moins de 16 ans et que l'examen physique est normal, rassurer la cliente <li style="padding-left: 20px;">si grossesse diagnostiquée : continuer les étapes 5-6-7-8 de la consultation prénatale <li style="padding-left: 20px;">Dans les autres cas : référer </div>		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Traitement médical – Traitement chirurgical – Psychothérapie </div>
6. Donner le rendez-vous pour le suivi	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> – Noter le rendez-vous dans le carnet et le notifier à la cliente – Vérifier le remplissage correct du dossier </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> – Remplir les formalités pour la contre référence </div>	
7. Prendre congé	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> – Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin </div>		
8. Faire le suivi	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> – S'assurer que la cliente référée a été effectivement admise au centre de référence – S'enquérir de l'évolution de la pathologie </div>		

III. Les hémorragies utérines fonctionnelles

- **Les ménorragies : règles trop longues de durée supérieure à 7 jours**
- **Les métrorragies : saignement en dehors des règles**
- **Les ménométrorragies : associent les deux cas précédents**

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la Cliente	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence :<ul style="list-style-type: none">• Si saignement important prendre un double abord veineux au cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20), couplé au prélèvement. Mettre en place du Ringer-lactate ou à défaut Sérum salé et référer• Dans le cas contraire, poursuivre la prise en charge au CS– Se présenter et présenter les membres de l'équipe– Rassurer pour la confidentialité		
2. Mener l'Interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– Demander le motif de la visite– Installer la cliente– Ouvrir le dossier– Recueillir : nom, prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel et celui du partenaire), état matrimonial de la cliente– Demander :<ul style="list-style-type: none">• la date de survenue de l'hémorragie• l'abondance de l'hémorragie (nombre de garnitures par jour)• les signes d'accompagnement : douleurs, fièvre, vomissements, asthénie, vertiges• si l'hémorragie fait suite à un traitement, à une manœuvre endo-utérine ou à une méthode contraceptive en cours• les antécédents médicaux• les antécédents gynécologiques : date des dernières règles, nombre d'épisodes d'hémorragie, cycles antérieurs et épisodes antérieurs d'hémorragie• les antécédents obstétricaux (gestité, parité, âge du dernier enfant)• les médicaments en cours : anticoagulants		
3. Faire l'examen	<ul style="list-style-type: none">– Préparer le matériel		

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
Physique	<ul style="list-style-type: none"> – Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord – Se laver les mains (eau, savon) – Faire un examen général : pouls, tension artérielle, état de conscience, coloration des muqueuses et téguments, refroidissement des extrémités, sueurs froides – Faire l'examen gynécologique (vider la vessie) sur bassin de lit : <ul style="list-style-type: none"> • utiliser une source de lumière suffisante • examen de l'abdomen à la recherche d'une douleur, d'une masse abdominale • examen vulvo-périnéal • examen au spéculum pour préciser l'origine de l'écoulement de sang (écoulement endo-utérin, cervical ou vaginal) • faire l'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol (IVA /IVL) • rechercher un traumatisme du col • rechercher une masse cervicale ou vaginale – Faire une ponction du Douglas avant le retrait du spéculum en cas de suspicion d'épanchement intra-péritonéal, si l'agent est formé à cette technique – Faire le toucher vaginal combiné au palper pour rechercher les caractéristiques de l'utérus : identifier une masse séparée de l'utérus ou adhérent à l'utérus – Formuler les hypothèses diagnostiques – Informer la cliente 		
4. Faire les examens complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> – Groupage sanguin, rhésus – NFS 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – NFS complète + Plaquettes – Echographie pelvienne – HSG – Test de l'hémostase TS-TCK – Colposcopie 	<p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Curetage biopsique, hystérocopie, colposcopie, cœlioscopie
5. Instaurer le Traitement	<ul style="list-style-type: none"> – Informer la cliente des résultats des examens complémentaires – Faire le traitement si : 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Transfuser au besoin – Prendre en charge les cas référés 	<ul style="list-style-type: none"> – Transfuser au besoin – Prendre en charge les cas référés

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
	<p>ménorragie, métrorragie, ménométrorragie secondaire à une contraception (voir gestion des effets secondaires des contraceptifs)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donner fer + acide folique - Référer dans les autres cas 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire un traitement spécifique en fonction du diagnostic - Si pas d'amélioration, référer 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire un traitement spécifique en fonction du diagnostic
<p>6. Donner un rendez-vous de suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Noter le rendez-vous sur le carnet de soins - Vérifier le remplissage correct des supports - Informer la cliente du respect des rendez-vous 	<ul style="list-style-type: none"> - Remplir les fiches de contre-référence - Vérifier le remplissage correct du dossier 	
<p>7. Prendre congé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin 		
<p>8. Faire le suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que la cliente référée a été effectivement admise au centre de référence - S'enquérir de ce qu'elle est devenue - S'enquérir de l'évolution de la maladie 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> - Communiquer les résultats des examens complémentaires 	

Composante 1 : Affections gynécologiques

Activité 3 : Prendre en charge les troubles de la ménopause

Définition

Arrêt physiologique des menstruations (depuis un an)
2 périodes : Péri ménopause et ménopause confirmée

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la Cliente	<ul style="list-style-type: none">– Saluer la cliente, souhaiter la bienvenue et offrir un siège– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe– Rassurer pour la confidentialité		
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– Demander le motif de la visite : arrêt des menstruations depuis un an,– Ouvrir un dossier– Recueillir les renseignements généraux : nom, prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel et celui du partenaire), état matrimonial de la cliente ; S'informer de la nature exacte des plaintes– Demander les signes d'accompagnement : bouffées de chaleur, irritabilité, sécheresse vaginale, pertes vaginales...– Demander :<ul style="list-style-type: none">• les antécédents personnels :<ul style="list-style-type: none">○ médicaux : rechercher les facteurs de risques cardio-vasculaires (HTA, diabète, cardiopathie etc....)○ gynécologiques○ obstétricaux : date des dernières règles○ chirurgicaux (kystectomie, ovariectomie, hystérectomie)• antécédents familiaux (âge de ménopause de la mère et des sœurs)• le traitement antérieur : chimiothérapie, radiothérapie		
3. Faire l'examen physique	<ul style="list-style-type: none">– Préparer le matériel– Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord– Se laver les mains (eau, savon)– Aider la cliente à s'installer		

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
	<ul style="list-style-type: none"> – Faire l'examen général : pouls, tension artérielle (HTA), poids, taille, IMC (obésité) – Faire l'examen gynécologique : <ul style="list-style-type: none"> • examen des seins à la recherche de nodules, écoulement ou atrophie • examen des aires ganglionnaires (aisselles) • examen de l'abdomen à la recherche d'une masse ou d'une cicatrice • examen pelvien : <ul style="list-style-type: none"> ✓ inspection de la vulve à la recherche d'une atrophie ✓ faire pousser la femme à la recherche d'un prolapsus : (hystérocèle, cystocèle, rectocèle) • examen au spéculum (petit spéculum humecté à l'eau) pour rechercher une atrophie vaginale, rechercher des pétéchies (taches rouges) et apprécier l'état du col • inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol (IVA /IVL) • TV combiné au palper pour apprécier le volume utérin et l'état de la muqueuse vaginale (lisse), et pour rechercher une masse pelvienne • recherche d'une éventuelle grossesse – Tirer une conclusion – Informer la patiente de son état : suspicion de ménopause 		
<p>4. Faire les examens complémentaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Test immunologique ou biologique de grossesse (TBG urinaire) 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Frottis cervico-vaginal – Echographie pelvienne – colposcopie 	<p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Confirmer le diagnostic : demander les dosages de FSH et LH – Evaluer la densité osseuse (ostéodensitométrie*) pour apprécier le retentissement de la ménopause sur le squelette
<p>5. Instaurer le traitement</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Rassurer la patiente et lui expliquer les signes de la ménopause – Faire une prise en charge psychologique, si nécessaire – Référer les cas de ménopause compliquée 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Traitement substitutif si nécessaire 	

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
6. Donner un rendez-vous de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Demander à la cliente de venir vous voir dès son retour - Revoir la cliente à sa demande 	<ul style="list-style-type: none"> - Revoir au moins une fois par an 	
7. Prendre congé	<ul style="list-style-type: none"> - Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin 	<ul style="list-style-type: none"> - Remplir les formalités de contre référence 	
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer l'évolution des plaintes - Si pas d'amélioration, remplir la fiche de référence et référer - Revoir la cliente tous les ans - Faire l'examen gynécologique (examen des seins surtout) 		

Composante 1 : Affections gynécologiques

Activité 4 : Prendre en charge les tumeurs pelviennes

Définition

Masses développées aux dépens de l'utérus ou des ovaires. Il s'agit surtout des fibromes utérins et des kystes ovariens

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la patiente	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Se présenter et présenter les autres membres du personnel– Rassurer pour la confidentialité		
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">- Demander le motif de la visite : « impression de masse avec douleur ou pesanteur abdominale ou augmentation de volume de l'abdomen »– Ouvrir un dossier– Recueillir : nom, prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel et celui du partenaire), état matrimonial de la patiente ;– Demander la date d'apparition des symptômes– Faire préciser la nature des symptômes :<ul style="list-style-type: none">• douleurs• métrorragies, ménorragies• troubles urinaires• troubles digestifs• amaigrissement• augmentation du volume de l'abdomen• infertilité– Faire préciser l'évolution rapide ou lente des symptômes– Demander les signes d'accompagnement :<ul style="list-style-type: none">• vomissements		

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

3. Faire l'examen physique

- constipation
 - œdèmes des membres inférieurs
 - Demander les antécédents personnels :
 - médicaux
 - gynécologiques date des dernières règles, cycles menstruels, caractéristiques des règles : durée, quantité, ; date et résultat du dernier frottis cervico-vaginal
 - obstétricaux (gestité, parité)
 - Demander les antécédents familiaux
-
- Préparer le matériel
 - Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord
 - Se laver les mains à l'eau et au savon
 - Aider la patiente à s'installer
 - Faire l'examen général (poids, taille, pouls, fréquence respiratoire, tension artérielle, muqueuses et téguments)
 - Faire l'examen de l'abdomen :
 - apprécier l'augmentation de volume abdominal, apprécier une circulation collatérale
 - rechercher une masse pelvienne ou abdomino pelvienne, préciser ses caractéristiques : douloureuse ou non, mensurations, consistance
 - rechercher le signe du flot
 - Faire l'examen gynécologique :
 - examen des seins à la recherche de nodules ou d'écoulement
 - examen des aires ganglionnaires (aisselles)
 - examen au spéculum :
 - ✓ examiner le col à la recherche d'un écoulement, d'une déviation
 - ✓ faire l'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol (IVA /IVL)
 - TV combiné au palper abdominal pour apprécier les caractéristiques de la masse
 - ✓ utérus globalement augmenté de taille
 - ✓ comblement de culs-de-sac

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ masse séparée de l'utérus par un sillon et non mobile avec l'utérus faisant évoquer un kyste ✓ masse faisant corps avec l'utérus faisant évoquer un myome <p>A la fin de l'examen :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Noter les résultats de l'examen dans le carnet ou le dossier - Informer la patiente des résultats de l'examen physique 		
<p>4. Faire les examens Complémentaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Groupage sanguin + rhésus - NFS 	<ul style="list-style-type: none"> - Idem CS + - NFS complète + Plaquettes - Faire un frottis cervico-vaginal avant le toucher vaginal - Faire une échographie - Examen anatomo-pathologique 	<ul style="list-style-type: none"> Idem HZ/CHD+ - Scanner, IRM
<p>5. Instaurer le traitement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Référer 	<ul style="list-style-type: none"> - Idem CS+ - Faire un traitement médical ou chirurgical selon la nature de la tumeur - Référer si suspicion d'une tumeur maligne 	<ul style="list-style-type: none"> - Idem HZ/CHD+ - Prise en charge spécifique si cancer
<p>6. Donner le rendez-vous pour le suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dire à la cliente référée de revenir vous voir dès son retour 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire le suivi clinique et paraclinique en fonction de l'évolution - Noter le rendez-vous de suivi dans le carnet - Insister sur l'importance du respect des rendez-vous - Remplir les formalités de contre référence 	
<p>7. Prendre congé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin 		
<p>8. Faire le suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que la cliente référée a été effectivement admise au centre de référence - S'informer de l'évolution de la maladie 	<ul style="list-style-type: none"> Idem HZ/CHD + 	

Composante 1 : Affections gynécologiques

Activité 5 : Prévenir et prendre en charge le cancer du col de l'utérus

Définition Tumeur maligne développée aux dépens du col utérin

Rappel (IMPORTANT) : Le cancer du col de l'utérus est curable s'il est diagnostiqué au début de son évolution. Ce diagnostic précoce est possible grâce au dépistage systématique par le frottis cervico- vaginal.

Prévention (voir Directives nationales pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein)

Prévention primaire : 2 volets

1er volet : Education et sensibilisation pour l'éviction des facteurs de risques (multipartenariat sexuel, rapport sexuel précoce (<15 ans), mauvaise hygiène sexuelle, tabagisme)

2ème volet : Vaccination contre le HPV

Population cible : jeunes filles de 9 à 13 ans

Nombre de doses : 02 doses à 06 mois d'intervalle

Prévention secondaire : 2 volets

1er volet : Dépistage par deux méthodes

- Cytologie du col (Frottis cervico-vaginal),
- Méthodes d'inspection visuelle du col utérin : IVA/IVL (à défaut du Lugol, utiliser l'acide acétique seul)

Ces deux méthodes doivent être complétées en cas d'anomalies par : la colposcopie, la biopsie, la recherche de l'ADN du HPV, en cas de nécessité.

2e volet : Traitement des lésions précancéreuses

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la Cliente	<ul style="list-style-type: none">- Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège- Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe- Rassurer quant à la confidentialité		
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">- Demander le motif de la visite : saignements au cours des rapports ou de la toilette, saignements spontanés, pertes malodorantes- Ouvrir un dossier		

- Recueillir : nom, prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel et celui du partenaire), état matrimonial de la cliente ;
- S’informer sur la nature exacte des plaintes
- S’informer sur le saignement provoqué (rapports sexuels, toilette), sur le saignement spontané
- Demander les antécédents personnels :
 - antécédents de condylomes vulvo-vaginaux
 - la date du dernier frottis cervico-vaginal et son résultat
- Demander les antécédents de cancers génitaux familiaux (mère et sœurs)

3. Faire l'examen physique

- Préparer le matériel
- Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord
- Se laver les mains à l'eau et au savon
- Faire l'examen général : température, tension artérielle, pouls, coloration des muqueuses et téguments, fréquence respiratoire, poids, taille
- Rechercher un amaigrissement
- Faire l'examen des seins : à la recherche d'une masse, d'un écoulement mamelonnaire
- Faire l'examen des aires ganglionnaires (aisselles)
- Faire l'examen de l'abdomen : à la recherche d'une masse , d'une douleur, d'une ascite
- Inspecter la vulve à la recherche d'une masse
- Palper la région inguinale à la recherche de ganglions
- Faire l'examen au spéculum : Poser le spéculum avec douceur et prudence ; inspecter le vagin à la recherche d'une nécrose, d'un bourgeon en chou-fleur ou d'un saignement de contact
 - Si le col paraît normal, faire l'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol (IVA /IVL)
- **TV : si saignement important** : pas de TV, tamponner et **référer en urgence** avec un abord veineux au cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20).
 - Si saignement modéré : faire le TV avec douceur et prudence
- Tirer une conclusion : suspicion de cancer du col de l'utérus
- Informer la cliente qu'il y a une anomalie au niveau du col de l'utérus qui nécessite de faire des examens complémentaires
- Référer

Idem CS +

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
4. Faire les examens complémentaires		<ul style="list-style-type: none"> – Rechercher une ascite, une hépatomégalie – Faire le toucher vaginal avec prudence et douceur <ul style="list-style-type: none"> • Apprécier la consistance du col (dureté, friabilité) • Apprécier l'atteinte du vagin au tiers moyen, au tiers inférieur – Faire le toucher rectal pour apprécier : la souplesse ou la dureté de la muqueuse rectale, l'atteinte des paramètres – Faire le bilan d'extension aux autres appareils : respiratoire, cardiovasculaire, locomoteur – Faire un bilan pour confirmer le diagnostic : (IVA /IVL pour orienter la biopsie du col colposcopie biopsie du col – bilan d'extension: UIV (précédée du bilan rénal), radiographie pulmonaire, échographie abdominale et pelvienne – Faire un bilan préopératoire 	<p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Faire la rectoscopie, la laparoscopie, la cystoscopie, TDM, IRM, scintigraphie etc...
5. Instaurer le traitement	<ul style="list-style-type: none"> – fer + acide folique – Hémostatiques : Exacyl, Dicynone – Transfuser si possible et au besoin – Faire des soins locaux : toilette vulvo-vaginale, donner des ovules 	<p>idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Transfusion au besoin – Annoncer le diagnostic et informer du parcours thérapeutique – Traitement des lésions précancéreuses : Cryothérapie, RAD ou Conisation au bistouri – Hystérectomie simple – Traitement chirurgical si cancer au stade opérable 	<p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Radiothérapie et/ chimiothérapie

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
6. Donner un rendez-vous pour le suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Dire à la cliente de revenir vous voir dès son retour 	<ul style="list-style-type: none"> - Référer pour radiothérapie et ou chimiothérapie - Référer tous les cas inopérables pour radiothérapie - Soins palliatifs 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire le suivi clinique et paraclinique en fonction de l'évolution - Noter le rendez-vous de suivi dans le carnet et le dossier - Insister sur l'importance du respect des rendez-vous
7. Prendre congé	<ul style="list-style-type: none"> - Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin 		
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que la cliente référée a été effectivement admise au centre de référence - S'enquérir des soins reçus et de l'évolution de la maladie - Evaluer l'état général de la cliente - Référer de nouveau, si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire le suivi clinique et paraclinique en fonction de l'évolution - Remplir les formalités de contre référence 	

Composante 1 : Affections gynécologiques

Activité 6 : Prévenir et prendre en charge le cancer du sein

Définition

Tumeur maligne développée aux dépens du sein. Toute masse apparue dans le sein doit être considérée comme un cancer jusqu'à preuve du contraire

Rappel :

Le cancer du sein est une maladie grave qu'on peut détecter par un auto-examen des seins

Prévention (voir Directives nationales pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein)

- **Prévention primaire :** Education et sensibilisation sur les mesures d'hygiène de vie générale en relation avec les facteurs de risque : promouvoir l'activité physique, éviter la sédentarité, éviter l'obésité, éviter la consommation abusive d'alcool et de graisse animale
- **Prévention secondaire :** dépistage
 - ✓ L'auto-examen régulier des seins,
 - ✓ L'examen clinique régulier par le personnel de santé qualifié, à partir de 25 ans
 - ✓ La mammographie à partir de 45 ans

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la cliente	– Saluer et offrir un siège – Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence – Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe – Rassurer pour la confidentialité		
2. Mener l'interrogatoire	– Demander le motif de la visite : « j'ai une boule dans le sein », « j'ai des douleurs dans le sein », « j'ai un sein plus gros que l'autre », « j'ai un écoulement anormal du sein » – Ouvrir un dossier – Recueillir : nom, prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel et celui du partenaire), état matrimonial de la cliente ; – Demander l'histoire de la maladie : circonstances de découverte <ul style="list-style-type: none">• Masse dure, non douloureuse dans le sein ou le creux axillaire.• Écoulement séreux ou sanglant du mamelon.		

- Eczéma (lésion prurigineuse) du mamelon.
 - Protrusion ou inversion du mamelon.
 - Ulcération du sein ou autres lésions (peau d'orange, cupules, etc.)
- Demander les signes d'accompagnement : amaigrissement, toux, douleurs osseuses
- Demander la date d'apparition des signes
- Demander les antécédents personnels :
- médicaux : hormonothérapie
 - chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux
 - familiaux (cancer du sein chez la mère, la tante, les sœurs)
- Rechercher les facteurs de risque : ménarche tardive, ménopause tardive, absence d'allaitement, alimentation riche en graisse animale, alcool, tabagisme, obésité

3. Faire l'examen physique

- Préparer le matériel
- Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord
- Se laver les mains à l'eau et au savon
- Aider la cliente à s'installer
- Faire l'examen clinique comparatif des seins debout et en décubitus dorsal
- Faire l'inspection des seins debout à la recherche de :
- ✓ une asymétrie, une déformation du contour mammaire
 - ✓ une anomalie de surface (rides cutanées, peau d'orange)
 - ✓ une anomalie du mamelon (rétraction, érosion)
 - ✓ une inflammation du sein
- Faire la palpation du sein à la recherche de nodules, d'un écoulement mamelonnaire sanglant ou séreux, d'une douleur du sein
- Rechercher s'il y a des ganglions axillaires et/ou sus-claviculaires
- Faire l'examen pelvien : spéculum + TV
- Faire l'examen général complet des autres appareils (poumons, appareil locomoteur, appareil neurologique)
- A la fin de l'examen :
- Tirer une conclusion : suspicion de cancer du sein
- Noter les résultats dans le carnet
- Informer la cliente de son état et de la nécessité de référer vers le centre chirurgical le plus proche

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
4. Faire les examens complémentaires		<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Faire l'examen gynécologique complet <p>– Faire un bilan pour confirmer le diagnostic :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mammographie • échographie mammaire • cytologie de l'écoulement mammaire • biopsie pour examen anatomo-pathologique <p>– Faire le bilan d'extension</p> <ul style="list-style-type: none"> • frottis cervico-vaginal • radiographie pulmonaire • échographie abdomino-pelvienne (foie, ovaires) • radiographie du bassin <p>– Faire le bilan pré-opératoire</p>	<p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Faire le bilan biologique : marqueurs tumoraux, récepteurs hormonaux, immunohistochimie – Faire le bilan d'extension : <ul style="list-style-type: none"> • scintigraphie • TDM thoraco-abdominale • TDM cérébrale sur signes d'appel
	5. Instaurer le traitement	<p>– Référer</p>	<p>La preuve diagnostique par histologie de la pièce de biopsie est obligatoire avant toute attitude thérapeutique</p> <ul style="list-style-type: none"> – Annoncer le diagnostic et informer du parcours thérapeutique

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
6. Donner un rendez-vous pour le suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Dire à la cliente de venir vous voir à son retour 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire le traitement chirurgical local et régional : mammectomie et curage ganglionnaire - Référer pour traitement complémentaire (chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie) 	
7. Prendre congé	<ul style="list-style-type: none"> - Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin 		
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que la cliente référée a été effectivement admise au centre de référence - S'enquérir des soins reçus et de l'évolution de la maladie - Demander à la revoir et référer de nouveau si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> Idem CS + - Faire le suivi clinique et le bilan de suivi de l'extension - Référer de nouveau si nécessaire - Remplir les fiches de référence et de contre référence 	

Composante 1 : Affections gynécologiques

Activité 7 : Prendre en charge le cancer de l'endomètre

Définition

Tumeur maligne développée aux dépens de l'endomètre

Étapes

CS

HZ/CHD

CHU

1. Accueillir la Cliente

- Saluer et offrir un siège
- Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe
- Rassurer pour la confidentialité

2. Mener l'interrogatoire

- Demander le motif de la visite : « saignement vaginal spontané fait de sang et/ou de pus » post-ménopausiques
- Ouvrir un dossier
- Demander les renseignements généraux : nom, prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel et celui du partenaire), état matrimonial de la cliente ;
- S'informer sur les antécédents personnels :
 - médicaux (HTA, diabète),
 - chirurgicaux (cancer opéré)
- S'informer des antécédents gynécologiques et obstétricaux :
 - gestité, parité
 - méno-métrorragies
 - fausses couches à répétition
 - âge à la ménopause
 - traitement œstrogénique seul pendant plusieurs années
- S'informer des antécédents familiaux de cancer de l'endomètre (mère, sœurs)

3. Faire l'examen

- Préparer le matériel

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
physique	<ul style="list-style-type: none"> – Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord – Se laver les mains à l'eau et au savon – Aider la cliente à s'installer – Faire l'examen général : poids, taille, IMC, coloration des muqueuses et téguments, TA, pouls – Rechercher un œdème des membres inférieurs – Faire l'examen gynécologique : <ul style="list-style-type: none"> • des seins <ul style="list-style-type: none"> ✓ de l'abdomen :inspecter et noter l'existence d'une éventuelle circulation collatérale ✓ palper pour identifier une masse • examen au spéculum pour : noter la présence de sang, de pus ou de liquide roux dans le vagin (provenant de la cavité utérine), vérifier l'état du col utérin • faire l'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol (IVA /IVL) • TV combiné au palper pour : <ul style="list-style-type: none"> ✓ apprécier l'utérus généralement plus gros, plus mou, douloureux à la mobilisation, paraissant fixé ✓ rechercher la vacuité ou le comblement des culs de sac • apprécier l'odeur des pertes ramenées – Examen des autres appareils : <ul style="list-style-type: none"> • cardio-pulmonaire • de l'abdomen (foie) • neurologique • appareil urinaire (gros rein) • du squelette <p>A la fin de l'examen, tirer une conclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Suspicion de cancer de l'endomètre – Noter les résultats de l'examen physique dans le carnet ou le dossier – Informer la cliente qu'il y a une anomalie au niveau de l'utérus qui nécessite de faire des examens complémentaires pour asseoir le diagnostic 		

4. Faire les examens complémentaires

	<ul style="list-style-type: none"> – GSRh, NFS complète + Plaquettes 	<ul style="list-style-type: none"> Idem HZ/CHD +
	<ul style="list-style-type: none"> – Faire le bilan de confirmation du diagnostic : 	<ul style="list-style-type: none"> – Faire le bilan d'extension : <ul style="list-style-type: none"> • radiographie pulmonaire

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
		<ul style="list-style-type: none"> • curetage biopsique, micro biopsie de l'endomètre • échographie pelvienne 	<ul style="list-style-type: none"> • échographie abdomino-pelvienne • Urographie intraveineuse – Hystérocopie, Laparoscopie, - cystoscopie, - rectoscopie – Scanner, IRM – Rechercher un cancer du sein – Demander le bilan préopératoire si le stade est jugé opérable
5. Instaurer le traitement	Référer	<ul style="list-style-type: none"> – Annoncer le diagnostic et informer du parcours thérapeutique – Référer 	Idem HZ/CHD + <ul style="list-style-type: none"> – Prendre en charge les cas référés – Traitement chirurgical – Radiothérapie + hormonothérapie si nécessaire
6. Donner un rendez-vous pour le suivi	<ul style="list-style-type: none"> – Dire à la cliente de revenir vous voir dès son retour 	<ul style="list-style-type: none"> – Noter le rendez-vous de suivi dans le carnet et le dossier – Insister sur l'importance du respect des rendez-vous 	
7. Prendre congé	<ul style="list-style-type: none"> – Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin 		
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> – S'assurer que la cliente référée a été effectivement admise au centre de référence – S'enquérir des soins reçus et de l'évolution de la maladie – Demander à la revoir – Référer de nouveau si nécessaire 		

Composante 2 : Maternité à moindre risque

Activité 1 : Réaliser la consultation prénuptiale

Définition

Il s'agit d'un entretien et d'un examen médical destinés au couple avant le mariage, dans le but de conseiller, de dépister et de prendre en charge éventuellement les affections détectées, pour garantir au couple une parenté responsable

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir le couple	– Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir des sièges – Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe – Rassurer pour la confidentialité		
2. Mener l'interrogatoire	– Demander le motif de la visite : « nous voulons nous marier et désirons savoir si tout va bien » – Expliquer au couple l'ordre de passage : prendre en premier lieu la femme – Ouvrir un dossier « femme » : demander <ul style="list-style-type: none">• les renseignements généraux : nom, prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) et celui du partenaire),• le mode de vie : alcool, tabac, drogue etc..<ul style="list-style-type: none">✓ les antécédents personnels : médicaux : drépanocytose, diabète, hypertension artérielle, asthme, IST/VIH état vaccinal (contre le tétanos, la fièvre jaune, l'hépatite B, la rubéole...)✓ chirurgicaux : intervention sur le pelvis (kystectomie, appendicectomie, GEU, laparotomie, autres...)✓ gynécologiques : âge des premières règles, durée du cycle, fausses couches spontanées, interruptions volontaires de grossesses par manœuvres endo-utérines, suites de ces interruptions volontaires de grossesse, infections pelviennes traitées✓ obstétricaux : gestité, parité, nombre d'enfants vivants, âge du dernier enfant• les antécédents familiaux : maladies connues des ascendants, des collatéraux, des éventuels descendants – Prendre en deuxième lieu l'homme : demander <ul style="list-style-type: none">• les antécédents personnels :<ul style="list-style-type: none">✓ médicaux : hypertension artérielle, diabète, drépanocytose, oreillons, infections sexuellement transmissibles/VIH, urétrites avec douleurs au niveau des testicules✓ chirurgicaux : cure de hernie, cure de varicocèle ou autres interventions• les antécédents familiaux : ascendants, collatéraux, descendants		
3. Faire l'examen	– Préparer le matériel		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

physique

- Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord
- Se laver les mains (eau, savon)
- Faire l'examen physique chez la femme (ne pas insister en cas de refus)
 - examen général : état général, poids, taille, température, TA, pouls, coloration des muqueuses et téguments, fréquence respiratoire,
 - examen gynécologique :
 - ✓ des seins à la recherche de nodules
 - ✓ des aires ganglionnaires (aisselles)
 - ✓ palper l'abdomen à la recherche d'une éventuelle masse abdomino-pelvienne
 - ✓ examen pelvien : inspecter la pilosité
 - ✓ inspecter la vulve à la recherche d'une malformation, examen au spéculum pour apprécier l'aspect du vagin et du col, IVA/IVL
 - ✓ toucher vaginal combiné au palper pour apprécier le col, l'utérus, les annexes
- NB: Si femme vierge, faire un toucher rectal, mais pas l'examen au spéculum ni le TV
- examen des autres appareils : cœur, poumons...
- Conclure :
- Informer la cliente des résultats de l'examen
- Recommander à la cliente de porter les résultats à la connaissance de son partenaire
- Demander à la cliente de se retirer
- Faire l'examen physique de l'homme (ne pas insister en cas de refus)
 - examen général : état général, poids, taille, température, pouls, tension artérielle, coloration des muqueuses et téguments, fréquence respiratoire
 - examen de l'appareil génital :
 - ✓ vérifier la présence des testicules dans les bourses, leur sensibilité, leur taille, leur consistance
 - ✓ rechercher une varicocèle, une hernie inguinale ou inguino-scrotale
 - ✓ apprécier la position du méat urinaire (hypospadias)
 - examen des autres appareils : cœur, poumons...
- Informer le client des résultats de l'examen physique
- Recommander au client de porter les résultats à la connaissance de sa partenaire
- Recevoir le couple

4. Faire les examens

Pour les deux partenaires :	Idem CS +	Idem HZ/CHD +
-----------------------------	-----------	---------------

Etapés	CS	HZ/CHD	CHU
complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> – Demander le groupage sanguin rhésus, l'électrophorèse de l'hémoglobine Sérologie VIH – Sérologie de la syphilis – Recherche d'antigène de l'hépatite B – Sérologie des chlamydiae – Sérologie de la toxoplasmose – Sérologie de la rubéole 	– Idem CS	– Idem HZ / CHD
5. Instaurer le traitement	– Traiter en fonction des résultats de l'examen physique	– Traiter en fonction des résultats de l'examen physique et des examens complémentaires	
6. Donner un rendez-vous pour le suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Noter le rendez-vous dans le carnet et dans le dossier pour le suivi – Donner le rendez-vous pour l'interprétation des résultats ; – Informer le couple du respect du rendez-vous 	– Idem CS	
7. Prendre congé	– Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin		
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> – Faire le suivi selon les résultats de l'examen – Suivre l'évolution d'un traitement éventuel – Ajuster le traitement au besoin – Communiquer et expliquer à chaque partenaire, séparément, les résultats des examens qui le concernent, et ensemble s'ils le désirent – Délivrer un certificat prénuptial – Donner un rendez-vous de suivi, si nécessaire 	– Idem CS	

Composante 2 : Maternité à moindre risque

Activité 2 : Réaliser la consultation prénatale recentrée

Définition

Activité préventive permettant de :

- Diagnostiquer la grossesse
- Rechercher les facteurs de risque de la grossesse
- Surveiller l'évolution de la grossesse
- Administrer les soins préventifs, promotionnels et les conseils adéquats
- Prendre en charge les facteurs de risque d'une complication et les complications éventuelles
- Etablir le pronostic de l'accouchement

La consultation prénatale recentrée met l'accent sur la qualité plutôt que sur le nombre de visites. Il est recommandé au moins 8 CPN si la grossesse est normale.

On distingue les consultations suivantes :

1^{er} Trimestre : de la conception à 3 mois (jusqu'à 15 semaines depuis les dernières règles, = 15 « semaines d'aménorrhée » (SA))

Objectif : Poser le diagnostic de grossesse, apprécier le terrain maternel en détectant les facteurs de risque et d'éventuelles affections

Nombre de contact (lien actif entre une femme enceinte et un prestataire de soins de santé) : 01

Calendrier du contact : jusqu'à 12 SA

Il est recommandé de faire la consultation du premier trimestre avant 12 SA.

2^{ème} Trimestre : début du 4^{ème} au 6^{ème} mois (15 SA + 1J à 28 SA)

Objectifs : Suivre l'évolution de la grossesse

- Fixer le pronostic d'évolution en fonction des facteurs de risque détectés
- Prendre en charge les affections détectées

Nombre de contacts : 02

Calendrier des contacts : 20 SA et 26 SA

3^{ème} Trimestre : début du 7^{ème} mois au début du travail d'accouchement (28 SA + 1J jusqu'à la 40-42^{ème} SA)

Objectifs : Etablir le pronostic de l'accouchement

- Finaliser le plan pour l'accouchement en tenant compte des facteurs de risque identifiés
- Prendre en charge les éventuelles anomalies détectées

Nombre de contacts : 05

Calendrier des contacts : 30 ; 32 ; 34 ; 36 et 38 SA

I. La Consultation Prénatale : 1^{er} Trimestre de la grossesse (au moins une consultation)

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la gestante	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe– Mettre en confiance		
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– Demander le motif de la visite : « j'ai un retard de règles », « je suis enceinte »– Inscrire la gestante dans le registre de consultation– Demander les renseignements généraux : nom, prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel et celui du partenaire), état matrimonial de la gestante– Enregistrer les plaintes : nausées, vomissements, salivation, fatigue importante...– Demander les antécédents familiaux: hypertension artérielle, diabète, drépanocytose...– Demander les antécédents personnels :<ul style="list-style-type: none">○ médicaux : hypertension artérielle, diabète, drépanocytose, allergies aux médicaments○ chirurgicaux : césarienne ou autre intervention chirurgicale○ gynécologiques : cycle menstruel et ses caractéristiques, fausses couches à répétition (faire préciser les termes des avortements, ont-ils été suivis ou non de curetage / AMIU, faire préciser le nombre de fausses couches provoquées)○ obstétricaux (s'aider au besoin des précédents carnets) :<ul style="list-style-type: none">▪ gestité, parité, évolution des différentes grossesses▪ les modes d'accouchement▪ l'état actuel des enfants▪ le nombre d'enfants mort-nés▪ le nombre de césariennes et faire préciser les suites opératoires– Vérifier l'état vaccinal– Rechercher les signes de danger : (fièvre, métrorragies, écoulement vaginal non sanglant, vertige, céphalées, douleurs pelviennes, etc.....)– Identifier les facteurs de risque:<ul style="list-style-type: none">▪ femme opérée▪ grande multipare		

- mort in utero
- mort-né au dernier accouchement
- saignement au dernier accouchement
- fausses couches répétées
- première grossesse après 35 ans
- grossesse chez une adolescente ayant moins de 16 ans
- hypertension + grossesse
- diabète + grossesse
- Etc....

3. Faire l'examen physique

- Préparer le matériel
- Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord
- Se laver les mains à l'eau et au savon
- Faire uriner la gestante
- Rechercher une boiterie à la marche
- L'aider à s'installer
- Faire l'examen général : état général, poids, taille, coloration des muqueuses et des téguments, fréquence respiratoire, oedèmes des membres inférieurs, tension artérielle, le pouls et la température
- Faire l'examen des seins : rechercher
 - une masse, un écoulement anormal (sang, pus)
 - une malformation (mamelon ombiliqué)
- Faire l'examen des aires ganglionnaires (aisselles)
- Faire l'examen de l'abdomen
 - rechercher une masse abdominale
 - mesurer la hauteur utérine
- Faire l'examen pelvien
 - inspecter la vulve : rechercher des pertes, des lésions de grattage, un eczéma, des condylomes ...
 - poser le spéculum : examiner
 - le col : coloration violacée, noter l'existence d'une cervicite, de métrorragies, de leucorrhée (abondance, consistance et odeur)
 - le vagin : rechercher une vaginite
 - faire l'IVA/IVL
 - toucher vaginal combiné au palper abdominal

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

- apprécier le col : longueur (normalement 3 cm), position, consistance, degré d'ouverture
 - apprécier l'utérus : volume, consistance, position
 - apprécier les culs-de-sac à la recherche d'une masse latérale
 - apprécier les pertes ramenées : odeur, couleur, consistance
- Faire l'examen des autres appareils (cœur, poumons)

A la fin de l'examen :

- tirer une conclusion : grossesse normale ou à risque, âge de la grossesse

4. Faire les examens complémentaires

- Test de grossesse au besoin
- Examen des urines à la bandelette multi paramètres (albumine, sucre, nitrites au moins)
- Faire groupage sanguin + rhésus, NFS + plaquettes, Echographie, électrophorèse de l'hémoglobine -TPHA (ou test rapide de syphilis), glycémie à jeun et azotémie si besoin
- Faire la Sérologie VIH, Ag HBs, sérologie rubéole et toxoplasmose

5. Instaurer le traitement

- Donner du fer et de l'acide folique,
 - Expliquer la posologie des médicaments
fer 200 mg/j (fumarate) à partir de trois mois de grossesse, jusqu'à 3 mois après l'accouchement
acide folique 5 mg/j à partir du début de la grossesse jusqu'à 3 mois après l'accouchement
mébendazole 100 mg 1cp x 2/j pendant 3 jours ou mébendazole 500 mg en prise unique ;
 - Informer la gestante du résultat des examens
 - Etablir le plan pour l'accouchement et le plan d'urgence
 - Informer la gestante sur les signes de danger (fièvre, métrorragies, diminution ou disparition des mouvements actifs du fœtus, écoulement vaginal, vertige, céphalées, douleurs pelviennes, etc.....)
 - Donner des conseils d'hygiène vestimentaire et du milieu, et d'alimentation de la femme enceinte (voir politique du secteur santé pour la nutrition de la mère, de l'enfant et de l'adolescent)
 - Conseiller de dormir sous Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
 - Donner des informations sur l'importance de la consultation prénatale et du respect des rendez-vous
 - Insister sur l'importance des vaccinations (surtout antitétanique)
 - Vacciner la gestante (VAT)
 - Référer systématiquement :
 - si suspicion de GEU
 - si la grossesse n'est pas en rapport avec l'âge présumé
 - si suspicion de môle hydatiforme,

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
	<ul style="list-style-type: none"> ○ si existence d'une hypertension artérielle, d'un diabète ou d'une drépanocytose ○ si suspicion d'infection urinaire ○ si béance ou autre anomalie du col 	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>Idem CS+</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prendre en charge les cas référés – Traiter en fonction du résultat des examens - Référer au besoin </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prendre en charge les cas référés </div>
<p>6. Donner un rendez-vous pour le suivi</p>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Inscrire le rendez- vous dans le carnet et sur la carte maternelle – Marquer la date du rendez-vous dans le carnet de santé – Informer la gestante de la date du rendez-vous – Dire à la gestante qu'elle peut revenir avant le rendez-vous en cas de fièvre, maux de tête, fatigue, saignement ou autre symptôme qui l'inquiète (signes de danger) – Délivrer le certificat de grossesse à 3 mois </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Revoir la gestante 15 jours après si grossesse non en rapport avec l'âge présumé – Réexaminer la gestante, traiter en fonction du résultat des examens – Remplir les formalités de contre référence </div>	
<p>7. Prendre congé</p>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> – Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin </div>		
<p>8. Faire le suivi</p>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> – S'assurer que la gestante référée l'a réellement été et s'informer de l'évolution de la grossesse </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>Idem CS</p> </div>	

II. La Consultation Prénatale : 2^{ème} trimestre de la grossesse (au moins deux consultations)

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la gestante	<ul style="list-style-type: none"> – Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège – Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence – Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe – Mettre en confiance 		
2. Mener l'interrogatoire	<p>Idem 1^{er} trimestre + rechercher :</p> <p>Brûlures mictionnelles, constipation, douleurs, asthénie, saignement vaginal, non-perception des mouvements fœtaux par la gestante</p> <ul style="list-style-type: none"> – Etablir les facteurs de risque, le CRAP 		
3. Faire l'examen physique	<ul style="list-style-type: none"> – Idem 1^{er} trimestre + – Rechercher les mouvements du fœtus – Rechercher les pôles fœtaux – Chronométrer les bruits du cœur fœtal – Mentionner les résultats de l'examen dans le carnet de santé de la gestante, sur la carte maternelle et dans le dossier <p>A la fin de l'examen, tirer une conclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Grossesse d'évolution normale : poursuivre avec les autres étapes – Référer si : <ul style="list-style-type: none"> • grossesse associée à une pathologie médicale (hypertension artérielle, diabète, drépanocytose, anémie etc...) • grossesse compliquée de fièvre persistante, après 3 jours de traitement curatif antipaludique, • grossesse avec : <ul style="list-style-type: none"> ○ hauteur utérine excessive ○ utérus cicatriciel ○ métrorragies 	<p>Idem CS+</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des cas référés 	

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
4. Faire les examens complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> ○ pertes de liquide amniotique <p>Examen des urines à la bandelette multi paramètres (albumine, sucre, nitrites au moins)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Si non réalisé au premier trimestre faire : Faire groupage sanguin + rhésus, NFS + plaquettes, Echographie, électrophorèse de l'hémoglobine - TPHA (ou test rapide de syphilis), glycémie à jeun et azotémie si besoin – Faire la Sérologie VIH, Ag HBs, sérologie rubéole et toxoplasmose. <p>NB : La sérologie de la rubéole est inutile après 18 SA</p>	<p>Idem CS+</p> <ul style="list-style-type: none"> – Echographie obstétricale (morphologie) – ECBU + antibiogramme Sérologie Hépatite C, – Dépistage du diabète gestationnel 	<p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Test de Coombs indirect si gestante rhésus négatif – Amniocentèse (Dépistage de la Trisomie 21)
5. Instaurer le traitement	<ul style="list-style-type: none"> – Faire le TPI à la SP – Donner du fer et de l'acide folique – Donner du mébendazole – Donner du calcium – Expliquer les résultats des examens complémentaires et traiter – Expliquer la posologie des médicaments <p>Sulfadoxine Pyriméthamine en prise supervisée : 3 comprimés en une prise dès l'apparition des mouvements actifs du fœtus ou à partir de la 16^{ème} semaine. La 2^{ème} dose sera administrée au moins 1 mois plus tard ; la 3^{ème} dose sera administrée au moins 1 mois après la 2^{ème} dose.</p> <p>fer 200mg 1cp/j jusqu'à 3 mois après l'accouchement</p> <p>acide folique 5mg 1 cp/j jusqu'à 3 mois après l'accouchement</p> <p>mébendazole 100 mg 1cp x 2 pendant 3 jours ou mébendazole 500 mg en prise unique ;</p> <p>calcium cp 1g/j jusqu'à l'accouchement</p>	<p>Idem CS+</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prendre en charge les cas référés – Remplir les formalités de contre-référence 	

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
	<p>NB : Arrêt de la prise de l'acide folique pendant 8 jours après chaque prise de SP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donner les conseils : idem 1er trimestre + counseling PF - Référer en cas de complications 		
<p>6. Donner un rendez-vous pour le suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inscrire le rendez-vous dans le carnet de santé de la gestante et l'informer de la date du rendez-vous - Lui dire de revenir à tout moment en cas de fièvre, maux de tête, fatigue, saignement, brûlure mictionnelle, pâleur des muqueuses et des téguments, perte de liquide amniotique, contractions rapprochées, douleurs abdominales, diminution des mouvements actifs fœtaux... 		
<p>7. Prendre congé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin 		
<p>8. Faire le suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que la gestante référée a été effectivement admise au centre de référence et s'informer de l'évolution de la grossesse 	<p>Idem CS +</p> <p>Remplir les formalités de contre-référence le cas échéant</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Idem HZ/CHD + - Ajuster le traitement - Remplir les formalités de contre-référence

III. La Consultation Périnatale : 3^{ème} trimestre de la grossesse (au moins cinq consultations)

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la gestante	<ul style="list-style-type: none"> – Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège – Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence – Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe – Mettre en confiance 		
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none"> – Demander le motif de la visite : « je suis enceinte et je viens à mon rendez - vous » – Idem 2^{ème} trimestre 		
3. Faire l'examen physique	<p>Idem 2^{ème} trimestre +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Faire le pronostic de l'accouchement en s'appuyant sur les éléments ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> • l'examen du bassin • la présentation • la hauteur utérine • les antécédents obstétricaux – Rechercher l'existence de signes de pré éclampsie – A la fin de l'examen tirer une conclusion sur le pronostic d'accouchement par voie basse : <ul style="list-style-type: none"> • Favorable : accouchement autorisé au CS • Réservé : bassin limite, → référer • Défavorable : gros fœtus, gros siège, bassin rétréci, utérus cicatriciel, → référer 	<ul style="list-style-type: none"> – Idem CS + – Idem 2^{ème} trimestre 	
4. Faire les examens complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> – Examen des urines à la bandelette multi paramètres (albumine, sucre, nitrites au moins) Idem 2^{ème} trimestre si cela n'a pas été fait 	<p>Idem CS+</p> <ul style="list-style-type: none"> – Echographie obstétricale pour 	<ul style="list-style-type: none"> – HZ/CHD + - Cardio tocographie

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
<p>5. Instaurer le traitement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Idem 2^{ème} trimestre + préparation à l'allaitement maternel exclusif - Référer toute grossesse à risque élevé (gémellaire, siège, HTA + grossesse etc.....) 	<p>biométrie et croissance fœtale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selon le contexte : <ul style="list-style-type: none"> o Score de Manning o Doppler pulsé o Radiopelvimétrie o Amniocentèse 	<p>Idem C S+</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prendre en charge les cas référés
<p>6. Donner un rendez-vous pour le suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inscrire le rendez-vous dans le carnet de santé - Informer de la date du rendez-vous - Dire de revenir à tout moment en cas de signe de danger (fièvre, maux de tête, fatigue, saignement, brûlure mictionnelle, pâleur des muqueuses et des téguments, perte de liquide amniotique, contractions rapprochées, douleurs abdominales.....etc) 		
<p>7. Prendre congé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin 		
<p>8. Faire le suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que la gestante référée a été effectivement admise au centre de référence et s' informer de l'évolution de la grossesse - Communiquer et expliquer les résultats des examens complémentaires - Donner un autre rendez-vous 	<ul style="list-style-type: none"> - Idem CS + - Ajuster le traitement - Remplir les formalités de contre-référence - Donner un autre rendez-vous 	

Composante 3 : Maternité à moindre risque / grossesse à risque élevé

Activité I : Prévenir la transmission mère-enfant du VIH

Définition

C'est l'ensemble des mesures visant à réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant du VIH pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement

I. Pendant la grossesse

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la gestante	Idem « Réaliser la consultation prénatale recentrée » page 33		
2. Mener l'interrogatoire	Idem « Réaliser la consultation prénatale recentrée » page 33 - Respect strict de la confidentialité - Counseling pré test pour le dépistage du VIH/Sida chez toutes les gestantes - Informer sur l'existence des moyens pour la prévention de la transmission mère –enfant		
3. Faire l'examen physique	Idem « Réaliser la consultation prénatale recentrée » page 33 +		
4. Faire les examens complémentaires	Idem « Réaliser la consultation prénatale recentrée » page 33 + – Test rapide de dépistage VIH. – Donner le résultat – Faire le counseling post test Si positif, faire le prélèvement pour la confirmation		
5. Instaurer le	Idem « Réaliser la consultation prénatale recentrée » page 33 +		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
traitement	<ul style="list-style-type: none"> – Faire la trithérapie : Si VIH1 : TDF+3TC+EFV ou AZT+3TC+EFV Si VIH2 ou VIH1et2 : TDF+3TC+LPV/r ou AZT+3TC+LPV/r – Prendre en charge les maladies opportunistes – Mettre gestante sous Cotrimoxazole 480 mg 2comp/jour en prise unique à partir de 19SA. – Ne pas administrer de SP si gestante sous cotrimoxazole 		
6. Donner un dez-vous pour le suivi	Idem « Réaliser la consultation prénatale recentrée » page 33		
7. Prendre congé	Idem « Réaliser la consultation prénatale recentrée » page 33		
8. Faire le suivi	<p data-bbox="506 863 1205 903">Idem « Réaliser la consultation prénatale recentrée » page 33</p> <ul style="list-style-type: none"> – Faire le counseling post test <ul style="list-style-type: none"> • Donner des conseils hygiéno-diététiques • Rencontrer le couple si possible sur accord de la gestante • Proposer l'utilisation de préservatif et en donner si disponible – Eclairer le couple sur le mode d'allaitement – Sensibiliser la gestante sur l'observance de la trithérapie et de la prise de CTM – Insister sur la nécessité d'accoucher dans un centre de santé 		

II. Pendant l'accouchement

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
<ul style="list-style-type: none">- Donner la trithérapie selon le type de VIH.- Appliquer les règles de la Prévention de l'infection- Pas de rupture artificielle des membranes- Éviter les TV répétés- Éviter l'épisiotomie- Désinfecter le vagin et la vulve avec une solution de chlorure de benzalkonium ou à défaut de la polyvidone ou la Chlorhexidine <p>A la naissance :</p> <ul style="list-style-type: none">- Après la sortie du bébé, éviter de refouler le sang du cordon avant de le sectionner- Aspiration naso-gastrique avec sonde souple à usage unique si nécessaire- Badigeonner le bébé avec une solution aqueuse de chlorhexidine à 0,05%- Différer le bain 6 heures après l'accouchement <p>Pour un nouveau-né faiblement exposé (Mère mise sous ARV pendant plus de 8 semaines)</p> <ul style="list-style-type: none">- Si VIH 1 : Donner la Névirapine 4mg par kilo de poids en dose unique par jour au bébé avant les 72 heures pendant 6 semaines- Si VIH 2 ou VIH 1 et 2 : Donner AZT 4mg/Kg toutes les 12 heures pendant 6 semaines. <p>Pour un nouveau-né à risque élevé (Mère mise sous ARV pendant moins de 8 semaines, femme dépistée pendant le travail d'accouchement, femme avec charge virale non supprimée) → Référer vers un site de prise en charge pour la bi-prophylaxie Donner AZT + Névirapine pendant 12 semaines à l'hôpital.</p> <p>A la délivrance :</p> <ul style="list-style-type: none">- Appliquer les principes de la prévention des infections (se protéger avant toute manipulation du placenta)- Décontaminer le placenta avant de le remettre aux accompagnants			

III. Pendant l'allaitement

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

- Conseiller l'allaitement maternel exclusif pendant 5 mois et demi et poursuivre l'allaitement jusqu'à 12 mois si l'accouchée est sous ARV ou l'allaitement artificiel exclusif
- Faire les vaccinations habituelles
- Référer au pédiatre pour suivi
- Référer la mère après l'accouchement vers les services spécialisés des personnes vivant avec le VIH.

Composante 3 : Maternité à moindre risque / grossesse à risque

Activité 2 : Prendre en charge la grossesse extra-utérine (GEU)

Définition

C'est la nidation de l'œuf en dehors de la cavité utérine

NB : L'œuf ainsi nidé ne peut évoluer jusqu'à terme, exception faite de la grossesse abdominale. Deux tableaux cliniques sont fréquents, la GEU non rompue et la GEU rompue.

En cas de grande urgence (choc, menace de choc), appeler à l'aide, sauter les étapes préliminaires. Stabiliser/référer/intervenir dès que possible

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la gestante	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe– Rassurer pour la confidentialité		
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– Demander le motif de consultation : douleurs pelviennes, saignement vaginal, vertiges, retard de règle, lipothymie.– Ouvrir le dossier<ul style="list-style-type: none">• demander la fiche ou le carnet• numéroter la fiche• demander les nom et prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de la gestante et du procréateur– S'enquérir de la date des dernières règles : notion de retard des règles ?– Faire préciser<ul style="list-style-type: none">• les douleurs pelviennes• les caractères du saignement vaginal (gouttes de sang noirâtre)		
3. Faire l'examen physique	<ul style="list-style-type: none">– Préparer le matériel– Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord ou celui de l'accompagnant (e)– Se laver les mains à l'eau et au savon– Faire l'examen général de la gestante :<ul style="list-style-type: none">• apprécier la coloration des muqueuses et des téguments		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

- prendre le pouls, la tension artérielle, la température
- apprécier l'état de conscience de la gestante
- Faire l'examen gynécologique :
 - palper l'abdomen à la recherche du cri de l'ombilic et du signe du flot
 - faire l'examen au spéculum : sang provenant de la cavité utérine, peu abondant et noirâtre
 - faire l'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol (IVA /IVL), en dehors de l'urgence et de métrorragies importantes
 - faire le toucher vaginal combiné au palper abdominal : utérus de volume subnormal, masse latéro-utérine douloureuse, cri du Douglas

Attention : le toucher vaginal peut provoquer la rupture et l'hémorragie intra-abdominale. Pratiquer cet examen avec douceur

A la fin de l'examen, tirer une conclusion :

- retard de règles + métrorragies + douleurs pelviennes + masse latéro-utérine douloureuse = GEU non rompue probable
- retard des règles + métrorragies + cri de l'ombilic + cri du Douglas = GEU rompue probable

4. Demander les examens complémentaires

- Faire le test immunologique de grossesse si GEU non rompue probable
- Faire la ponction du Douglas si personnel formé : si sang incoagulable noirâtre, avec signe de cocarde, il s'agit d'une GEU rompue probable
- Faire le groupage sanguin + Rhésus

- Idem CS +
- Faire des prélèvements de sang :
 - Dosage bêta-HCG plasmatique
 - NFS complète + Plaquettes
 - Echographie pelvienne si GEU non rompue

- Idem HZ/CHD +
- Si GEU non rompue
 - Cœlioscopie de diagnostic
 - Faire l'examen anatomopathologique

5. Instaurer le traitement

- Prendre un abord veineux avec un cathéter G18 ou G16
- Mettre en place une perfusion de cristalloïde (sérum salé ou Ringer-lactate) ou de grosses molécules (colloïde : dextran ou plasmion) 2 litres en 1 heure dont 1 litre en 15 minutes et 1 litre en 45 minutes.
- Faire le counseling à la cliente :
 - Si test de grossesse négatif et si ponction du Douglas négative

- Idem CS +
- Prendre en charge les cas référés
 - Assurer la réanimation : perfusion de Ringer-lactate ou de sérum salé ou de grosses molécules. , Transfusion sanguine et oxygénothérapie
 - Réaliser la laparotomie dans les minutes qui suivent l'admission (20 min au plus tard)

- Idem HZ/CHD

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
	<ul style="list-style-type: none"> ○ rassurer la patiente la mettre en observation, établir une feuille de surveillance (pouls, tension artérielle, muqueuses, état de conscience toutes les demi-heures) ○ attendre les résultats des examens complémentaires • Si test de grossesse positif et/ou ponction du Douglas positive : <ul style="list-style-type: none"> ○ rassurer la gestante ○ expliquer la gravité de la maladie et la nécessité d'une intervention chirurgicale, et informer la famille sur la nécessité de : <ul style="list-style-type: none"> ✓ référer la gestante vers le centre chirurgical le plus proche ✓ prévoir de produits sanguins ○ Remettre une perfusion de grosses molécules, et référer vers le centre chirurgical le plus proche • Si GEU non rompue : Référer 	<ul style="list-style-type: none"> – Récupérer le sang épanché pour l'autotransfusion si possible – Traiter la GEU (Salpingectomie...) – Libérer les adhérences si elles existent – Vérifier la trompe controlatérale – Faire l'autotransfusion - Donner des antibiotiques, des anti-inflammatoires, traiter l'anémie -Si GEU non rompue : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Traitement médicamenteux (Méthotrexate) ou ✓ Intervention chirurgicale per-coelioscopique ou ✓ Laparotomie – Proposer une contraception 	
<p>6. Donner un rendez-vous pour le suivi</p>	<p>Noter le rendez-vous de suivi dans le carnet</p> <ul style="list-style-type: none"> – Vérifier le remplissage correct du dossier et du carnet de santé de la cliente 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Remettre la lettre de contre référence pour le centre qui a référé – Donner un rendez-vous pour le suivi post-opératoire 	
<p>7. Prendre congé</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin 		
<p>8. Faire le suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> – S'assurer que la gestante référée a été effectivement admise au centre de référence 	<ul style="list-style-type: none"> – Revoir la patiente en consultation post-opératoire un mois plus tard, faire : 	<p>Idem HZ/CHD +</p> <p>Procréation médicalement assistée pour désir de grossesse</p>

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
	<ul style="list-style-type: none"> – S'enquérir de ce qu'elle est devenue et de l'évolution de la maladie – Assurer au besoin les soins post-opératoires <p>Faire le counseling pour dépistage VIH si non fait. La référer de nouveau en cas de complication</p>	<ul style="list-style-type: none"> • examen général <p>examen médical et gynécologique</p> <ul style="list-style-type: none"> – Si désir de maternité <ul style="list-style-type: none"> • la revoir pour déterminer la cause de la GEU • donner un rendez-vous de suivi 	<p>après GEU bilatérale ou trompe controlatérale lésée</p>

Composante 3 : Maternité à moindre risque / grossesse à risque

Activité 3 : Prendre en charge la môle hydatiforme

Définition

Pathologie de la grossesse caractérisée par une dégénérescence kystique des villosités choriales

Etapes

CS

HZ/CHD

CHU

1. Accueillir la gestante

- Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège
- Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe
- Mettre en confiance

2. Mener l'interrogatoire

- Demander le motif de la consultation : « je suis enceinte et je saigne ». Souvent, il y a en plus, des vomissements
- Ouvrir le dossier
- Recueillir le nom et prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de la gestante et du procréateur
- Enregistrer la gestante sur la fiche ou sur le registre de consultation
- Faire préciser l'âge de la grossesse (en général : 3 mois environ dans le cas de la môle)
- Faire préciser les caractères du saignement : hémorragies faites de sang rouge, répétées, de plus en plus abondantes, présence de vésicules ou non
- Faire préciser les caractères des vomissements : vomissements abondants, incessants, de type incoercible

3. Faire l'examen physique

- Aider la gestante à se déshabiller et à s'installer sur la table ou le lit d'examen
- Préparer le matériel
- Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord ou celui de l'accompagnant(e)
- Se laver les mains à l'eau et au savon
- Examiner les muqueuses et téguments de la gestante : elles sont pâles
- Apprécier l'état général : amaigrissement important et fatigue marquée

A la fin de l'examen :

- Conclure : grossesse compliquée d'hémorragies abondantes, répétées, et de vomissements importants, incessants
- Informer la gestante et les accompagnants des résultats de l'examen et de la nécessité de référer d'urgence vers le centre chirurgical le plus proche pour une prise en charge adéquate

– Faire l'examen général :

- prendre le pouls (accélééré ?), la tension artérielle (dans les limites de la normale ?), la température (normale ?), la taille
- peser la gestante, mesurer la taille (poids non en rapport avec la taille de la gestante : amaigrissement)

– Faire l'examen obstétrical :

- palper obstétrical : utérus donnant, à la palpation, une impression très curieuse, faite de mollesse et d'œdème comparable à la sensation que donnerait la pression d'une éponge mouillée
- mesurer la hauteur utérine : 16-20 cm (trop élevée pour l'âge de la grossesse)
- examen au spéculum : le sang provient de la cavité utérine ; très rarement, en cas d'avortement, présence de vésicules molaïres
- faire l'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol (IVA /IVL) si pas d'urgence ou pas de métrorragies minimales
- toucher vaginal combiné au palper abdominal : l'utérus est beaucoup plus gros que l'âge présumé de la grossesse ; le segment inférieur paraît trop rempli, trop bombant ; il n'y a pas de fœtus, on perçoit parfois des kystes ovariens bosselés bilatéraux dans les culs de sacs latéraux

A la fin de l'examen :

- Tirer une conclusion : grossesse compliquée d'hémorragies abondantes, répétées, et de vomissements incoercibles, ayant entraîné chez la gestante une anémie marquée et un amaigrissement important ; à l'examen, disproportion entre l'âge de la grossesse et le volume de l'utérus, mollesse particulière de l'utérus, absence des bruits du cœur fœtal, et perception de kystes ovariens bilatéraux au toucher vaginal. Il s'agit alors d'une grossesse molaire probable

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
4. Faire les examens complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> - Glycémie - Groupage sanguin + rhésus - NFS - Rechercher l'albumine dans les urines 	<p>– Demander une échographie pour confirmation</p> <p>– Informer et rassurer la gestante et les accompagnants</p> <p>NB : il existe, rarement, une môle avec fœtus présent (« môle embryonnée »)</p>	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> - Echographie : image en flocons de neige remplissant la totalité de la cavité utérine, absence d'écho fœtal - NFS + Plaquette - Urée, glycémie, créatininémie - Radiographie des poumons - Dosage du βHCG plasmatique
5. Instaurer le traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Préparer la gestante et ses accompagnants pour la référence - Poser une perfusion de Ringer-lactate - Aider les accompagnants à trouver un moyen de transport, et - Référer la gestante (si possible, l'accompagner) 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> - En cas d'altération grave de l'état général : <ul style="list-style-type: none"> • Réanimer • Transfuser • oxygéner 	<p>– Procéder à l'évacuation utérine par aspiration et curetage au besoin sous anesthésie générale et sous perfusion d'ocytocique (10 unités de Syntocinon dans 500 cc de SG)</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Après l'évacuation utérine : <ul style="list-style-type: none"> • administrer des antibiotiques : ampicilline per os 2g/j pendant 7 j • donner des utérotoniques : Ergométrine • adresser le produit de l'évacuation utérine au laboratoire d'anatomie pathologique • Faire un contrôle échographique au 8^{ème} jour. Si persistance de débris, faire une aspiration et curetage au besoin • mettre sous contraception pendant au moins 12 mois • surveiller les suites de la môle par : 	

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ l'examen clinique : disparition des métrorragies, involution de l'utérus, disparition des kystes lutéiniques (kystes ovariens) en 4 à 6 semaines la biologie : <ul style="list-style-type: none"> ✚ Dosage quantitatif des βHCG Protocole standard : βHCG tous les 15 jours jusqu'à négatification, puis tous les mois pendant 6 mois puis tous les 3 mois pendant 1 an ✚ protocole de Dakar : βHCG toutes les 6 semaines jusqu'à négatification, puis tous les 3 mois pendant 1 an puis tous les 6 mois pendant 1 an <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 3 tests de grossesse négatifs à quatre semaines d'intervalle <ul style="list-style-type: none"> • si les suites sont favorables passer à l'étape 6 • si les suites sont défavorables (persistance des métrorragies, absence d'involution utérine, persistance de kystes lutéiniques, tests de grossesse positifs) penser au choriocarcinome, et référer au CHU <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Idem HZ/CHD + – Prendre en charge les cas référés</p> </div>
<p>6. Donner un rendez-vous de suivi</p>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>– Dire à la cliente référée de venir vous voir dès son Retour</p> </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Remplir la fiche de contre référence – Donner un rendez-vous pour le suivi post opératoire </div>	
<p>7. Prendre congé</p>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>– Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin</p> </div>		
<p>8. Faire le suivi</p>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>– S'informer des suites de la maladie</p> </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>– Si les suites post molaires sont</p> </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>Idem HZ/CHD +</p> </div>

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
	<ul style="list-style-type: none"> – Recommander à la femme de respecter scrupuleusement les traitements prescrits et les rendez-vous de suivi donnés – Faire le counseling pour dépistage VIH si non fait – Si nécessaire, référer de nouveau 	<p>favorables :</p> <ul style="list-style-type: none"> - continuer la surveillance (voir étape 6) – Si les suites post molaires sont défavorables, référer au CHU 	<ul style="list-style-type: none"> – Prendre en charge les suites post molaires défavorables

Composante 3 : Maternité à moindre risque / grossesse à risque

Activité 4 : Prendre en charge le placenta prævia

Définition

Insertion basse du placenta (sur le segment inférieur, pouvant déborder sur l'aire de dilatation et entraînant, le plus souvent, des métrorragies au 2^e ou au 3^e trimestre)

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la gestante	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe– Demander ce qu'on peut faire pour elle et la mettre en confiance <p>NB : en cas d'urgence, passer immédiatement à l'étape 3 (ou 5 en cas d'extrême urgence)</p>	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none">– Assurer le transport en salle d'urgence sur chariot en cas de nécessité	
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– Ouvrir le dossier– Recueillir : nom, prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de la gestante et du procréateur– Obtenir le carnet de santé de la gestante– Demander le motif de consultation ou de référence : saignement vaginal spontané, inopiné, indolore, de sang rouge, avec tendance à la répétition– S'enquérir de l'évolution de la grossesse : date des dernières règles (DDR), perception des mouvements du fœtus– S'enquérir des antécédents obstétricaux (nombre de grossesses, leurs évolutions et leurs issues)		
3. Faire l'examen physique	<ul style="list-style-type: none">– Préparer le matériel– Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord ou celui de l'accompagnant (e)– Se laver les mains à l'eau et au savon	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none">– Prendre en charge les cas référés	

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

- Faire l'examen général :
 - apprécier les muqueuses et les téguments
 - prendre : le pouls, la tension artérielle, la température, le poids, la taille, la fréquence respiratoire
 - apprécier l'état général
- Faire l'examen obstétrical :
 - palper abdominal : apprécier l'utérus qui doit être souple (s'il est dur : penser au décollement du placenta)
 - identifier le type de présentation au palper abdominal
 - mesurer la hauteur utérine (HU)
 - chronométrer les bruits du cœur (BDC) fœtal
 - faire l'examen au spéculum : métrorragies faites de sang rouge provenant de la cavité utérine

FAIRE UN TV PRUDENT !!!

- A la fin de l'examen
- Tirer une conclusion : placenta prævia
 - Informer la gestante et la famille des résultats de votre examen et de la nécessité de référer immédiatement vers le centre chirurgical le plus proche

4. Demander les examens complémentaires

Si hémorragie minime

- Groupage sanguin + rhésus
- NFS complète

Idem CS +

- Groupage sanguin + rhésus
- NFS complète + Plaquettes
- Glycémie, azotémie, créatinémie
- TS, TC

Idem HZ/CHD +

- Monitoring (cardio topographe)

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

5. Instaurer le traitement

- Informer les accompagnants sur la nécessité de : référer la gestante en vue d'une prise en charge adéquate
- Si chirurgie imminente : garder l'estomac vide
- Prendre un abord veineux au cathéter G18 ou G16
- Mettre en place une perfusion de solutés (Ringer lactate ou sérum salé, Rhéomacrodex, Hæmacel à défaut)
- Rompre les membranes si poche des eaux formée et accessible, en cas de saignement abondant
- Accouchement si état maternel le permet et si BISHOP favorable
- Si hémorragie minime et grossesse loin du terme, femme non en travail :
 - hospitaliser
 - faire la tocolyse
 - faire la maturation pulmonaire (entre 28 et 36 SA)
 - établir la feuille de surveillance
- Prévenir et Référer vers le centre chirurgical le plus proche si l'état ne s'améliore pas

- Dépistage : albumine et sucre dans les urines
- Echographie obstétricale pour confirmer le diagnostic et évaluer la vitalité fœtale

Idem CS +

- Prendre deux abords veineux (cathéter G18 ou G16)
- Mettre en place une perfusion de cristalloïdes (Ringer lactate) ou de colloïdes (Dextran, Plasmion)
- Réaliser la conduite suivante, selon l'abondance de l'hémorragie et l'état de la gestante :

Cas 1 : hémorragie minime, sans retentissement sur l'état général, et avec tendance à tarir

- Hospitaliser la gestante avec interdiction de se lever
- Faire une tocolyse pour arrêter les CU qui font saigner
- Protocole Sulfate de magnésium (1g/heure pendant 12 heures) en cas de grande prématurité
- Etablir une feuille de surveillance : pouls, tension artérielle, saignements vulvaires (garnitures), bruits du cœur fœtal
- Essayer de se rapprocher le plus possible du terme
- Opérer si reprise importante de l'hémorragie.

Cas 2 : hémorragie importante avec retentissement sur l'état général

- Faire une rupture artificielle des membranes, si elles sont accessibles et s'il s'agit d'un placenta non recouvrant, et faire un accouchement par voie basse
- Faire une césarienne dans les cas suivants :
 - hémorragie non maîtrisée après rupture artificielle des membranes
 - membranes inaccessibles

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
		<ul style="list-style-type: none"> • placenta recouvrant • présentation transversale • obstacle à l'accouchement par voie basse • utérus cicatriciel • siège <p>– Aviser le pédiatre avant la naissance du nouveau-né</p> <p>Dans tous les cas :</p> <p>– Assurer la réanimation : oxygénothérapie, transfusion sanguine</p> <p>– Faire un traitement préventif de l'hémorragie de la délivrance (voir page 111)</p> <p>– Transférer le nouveau-né en pédiatrie/néonatalogie pour une prise en charge adéquate</p>	<p>Idem HZ/CHD +</p> <p>– Prendre en charge les cas référés</p> <p>– Transférer le nouveau-né en néonatalogie</p>
<p>6. Donner un rendez-vous pour le suivi</p>	<p>– Noter le rendez-vous de suivi dans le carnet</p> <p>– S'assurer du remplissage correct de tous les supports</p> <p>– Faire le counseling sur la contraception avant la sortie de l'hôpital si accouchement effectué</p>		
<p>7. Prendre congé</p>	<p>– Raccueillir, dire merci et demander de revenir au besoin</p>		
<p>8. Faire le suivi</p>	<p>– S'assurer que la gestante référée a été effectivement admise au centre de référence</p> <p>– S'informer des suites de la grossesse</p> <p>– Faire le suivi post-natal (voir soins du post-partum tardif page 156)</p> <p>- Soins post-opératoires éventuels</p>	<p>Idem CS +</p> <p>- Faire les formalités de contre-référence</p>	

Composante 3 : Maternité à moindre risque / grossesse à risque

Activité 5 : Prendre en charge le décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI)

Définition

Le (DPPNI) ou Hématome RétroPlacentaire (HRP) est un accident hémorragique du 3^{ème} trimestre de la grossesse, dû au décollement prématuré d'un placenta normalement inséré sur la paroi utérine, avec accumulation de caillots de sang entre le placenta et l'utérus

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la gestante	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe– Mettre en confiance <p>NB : en cas d'urgence, passer immédiatement à l'étape 3 (ou 5 en cas d'extrême urgence)</p>	<ul style="list-style-type: none">- Transport en salle d'urgence sur chariot ou chaise roulante	
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– Demander le motif de la consultation : douleurs abdominales violentes, permanentes, avec des hémorragies vaginales faites de sang noirâtre mêlé de caillots– Recueillir les nom et prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de la gestante et du procréateur– Enregistrer la gestante sur la fiche ou le registre de consultation– S'enquérir :<ul style="list-style-type: none">• de la date du début des troubles• de l'âge de la grossesse (DDR)• de l'évolution de la grossesse depuis son début (l'âge et le suivi de la grossesse)• de la perception des mouvements du fœtus.– Demander les antécédents, notamment les grossesses antérieures, leurs évolutions et leurs issues		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
3. Faire l'examen physique	<ul style="list-style-type: none"> – Aider la gestante à se déshabiller et à s'installer en position gynécologique – Préparer le matériel – Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord ou celui de l'accompagnant (e) – Se laver les mains à l'eau et au savon – Examiner les conjonctives de la gestante à la recherche d'une anémie – Faire l'examen général : prendre le pouls, la tension artérielle, la température, le poids, la taille – Faire l'examen obstétrical rapide : <ul style="list-style-type: none"> • faire le palper obstétrical pour apprécier l'utérus qui est dur comme du bois, dur partout, dur tout le temps, ne se relâchant pas entre les contractions et ne permettant pas d'identifier les parties fœtales • ausculter et chronométrer les bruits du cœur fœtal • faire l'examen au spéculum : le vagin est rempli de caillots de sang, le sang provient bien de la cavité utérine • faire l'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol (IVA /IVL) • faire le toucher vaginal (TV) : le col est court, la poche des eaux est tendue, le doigtier ramène du sang noirâtre <p>A la fin de l'examen,</p> <ul style="list-style-type: none"> – Conclure : hémorragies génitales abondantes faites de sang noir avec caillots et utérus contracturé en permanence, chez une gestante en travail ou non – Informer la gestante et les accompagnants des résultats de l'examen et de la nécessité de référer vers le centre chirurgical le plus proche <ul style="list-style-type: none"> ○ Urgence à référer 		
4. Demander les examens complémentaires		<ul style="list-style-type: none"> – Groupage sanguin + rhésus – Test de coagulabilité au lit du malade – Albuminurie – Azotémie + Créatinémie – NFS complète + Plaquettes – Glycémie – Echographie obstétricale 	<p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Faire le bilan de coagulation
5. Instaurer le	<ul style="list-style-type: none"> – Informer et rassurer les accompagnants 		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

traitement

- Prendre un abord veineux (cathéter G18 ou G16) et mettre en place une perfusion de Ringer-lactate ou de salé dès l'arrivée de la gestante et pour la référence (si la femme est en fin de dilatation, faire l'accouchement, faire une révision utérine systématique, administrer 0,50mg IM de méthyl ergométrine ou 5UI d'ocytocine (si HTA) et 1g IM ou IV d'amoxicilline avant de la référer)
- Prévenir le centre de référence par téléphone
- Oxygéner
- Mettre une sonde à demeure (pour apprécier la diurèse)
- Référer (avec la fiche de référence) vers le centre chirurgical le plus proche
- Référer.

Idem CS +

- Appel à l'aide
- Prévenir l'anesthésiste et l'équipe du bloc opératoire
- Perfuser du Ringer-lactate ou du serum salé en attendant les produits sanguins
- Transfuser (plasma frais, culot globulaire, etc) dès que possible
- Surveiller les constantes : température, pouls, TA, état de conscience
- Si le fœtus est vivant :
 - appeler le pédiatre
 - faire une césarienne
- Si le fœtus est mort :
 - administrer 100 mg de péthidine
 - rompre la poche des eaux
 - placer une perfusion de 5 unités d'ocytocique (Syntocinon) dans 500 cc de sérum glucosé isotonique
 - surveiller attentivement la marche du travail
 - si le travail est rapide, accepter la voie basse
 - si le travail est lent (> 6 heures), faire une césarienne
- Référer les cas compliqués (CIVD, oligurie, anurie) au CHU

Idem HZ/CHD +

- Prendre en charge les cas référés

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
6. Donner un rendez-vous pour le suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Dire à la femme référée de venir vous voir dès son retour du centre de référence - S'assurer que le carnet de santé et le dossier de la femme sont bien remplis 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire le counseling sur la contraception avant la sortie de l'hôpital 	
7. Prendre congé	<ul style="list-style-type: none"> - Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin 		
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> - S'informer des suites de la maladie et de l'issue de la grossesse - Recommander à la femme de respecter les rendez-vous de suivi - L'aider à se rendre dans le centre de référence 	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer la consultation postnatale - Envisager une prévention pour les grossesses futures (prise d'aspirine 100mg à raison de 1 comprimé par jour, à démarrer avant 12 SA et arrêter à 35 SA) 	

Composante 3 : Maternité à moindre risque / grossesse à risque

Activité 6 : Prendre en charge la mort in utéro

Définition

C'est la mort du fœtus in utéro avant le début du travail

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la gestante	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe– Mettre en confiance		
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– Demander le motif de la consultation : non-perception des mouvements actifs du fœtus, diminution du volume du ventre, perte de liquide et du sang– Ouvrir un dossier– Recueillir les noms et prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de la gestante et du procréateur– Enregistrer la gestante sur la fiche ou le registre de consultation– S'enquérir des ATCD personnels et familiaux : HTA, infections urinaires; diabète, ATCD de mort-né– S'enquérir des circonstances de survenue de la mort in utéro- S'enquérir de l'évolution de la grossesse en cours		
3. Faire l'examen physique	<ul style="list-style-type: none">– Préparer le matériel– Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord– Se laver les mains à l'eau et au savon– Faire l'examen général :<ul style="list-style-type: none">• poids, taille, tension artérielle, température, pouls• apprécier les muqueuses• palper l'abdomen : foie, rate, reins• rechercher les douleurs aux points urétéraux– Examen des seins		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
	<p>– Faire l'examen obstétrical :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mesurer la HU • palper l'utérus pour identifier la position, la présentation • ausculter les bruits du cœur fœtal • faire un TV pour apprécier le col, le bassin <p>– Conclure :</p> <p>Suspicion de mort in utéro : orienter pour une échographie de confirmation</p> <p>Informers la gestante et la famille de la nécessité de faire cette confirmation à l'échographie</p>		
4. Faire les examens complémentaires	<p>– Recherche d'albumine et de sucre dans les urines</p> <p>– NFS</p>	<p>Idem CS +</p> <p>– ECBU</p> <p>– Groupage sanguin, Rhésus</p> <p>– Glycémie</p> <p>– Protéinurie de 24 h</p> <p>– NFS complète et plaquettes, TCK, prothrombine</p> <p>– Echographie obstétricale</p>	<p>Idem HZ/CHD +</p> <p>– Taux de fibrinogène</p>
5. Instaurer le traitement	<p>– Si mort in utéro confirmée à l'échographie :</p> <p>– Sensibiliser et référer</p>	<p>– Faire l'accouchement et délivrance selon GATPA :</p> <p>Respecter la poche des eaux</p> <p>– Après expulsion, vérifier le produit, faire la révision utérine</p> <p>– Prescrire un utérotonique et un antibiotique par voie orale</p> <p>– Déclencher avec une perfusion d'oxytocine si Bishop favorable,</p> <p>– Déclencher au misoprostol si Bishop non favorable,;</p> <p>NB : Pas d'administration d'oxytocine avant les 6 heures qui suivent la dernière dose de misoprostol.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utérus cicatriciel : on peut utiliser également la sonde de Folley pour la dilatation cervicale 	

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
6. Donner un rendez-vous pour le suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Demander aux accompagnants de la gestante de vous tenir informé de la suite - Dire à la gestante de venir vous voir dès son retour du centre de référence 	<ul style="list-style-type: none"> • Utérus non cicatriciel : 200 µg de misoprostol dans le vagin toutes les 6 heures sans dépasser 24 heures. - Après expulsion, vérifier le produit, faire la révision utérine, vérifier l'intégrité de l'utérus, du col, du vagin et du périnée. - Antibiothérapie - Envoyer le placenta pour examen anatomopathologique 	<ul style="list-style-type: none"> - Etablir la fiche de contre référence - Faire le counseling pour la contraception avant la sortie de l'hôpital - Donner un rendez-vous pour la consultation postnatale
7. Prendre congé	<ul style="list-style-type: none"> - Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin 		
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Revoir en consultation post natale, si nécessaire, pour compléter la recherche Etiologique 		

Composante 3 : Maternité à moindre risque / grossesse à risque

Activité 7 : Prendre en charge l'anémie chez une femme enceinte

Définition

Taux d'hémoglobine inférieur à 10 g/dl, se traduisant par une pâleur des muqueuses et des téguments, et une fatigue au moindre effort

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la gestante	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe si possible– Rassurer pour la confidentialité		
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– Ouvrir un dossier– Demander le motif de la consultation : fatigue intense, essoufflement au moindre effort, battements accélérés du cœur, vertiges– Recueillir les nom et prénoms, âge, état matrimonial, adresse (y compris N° Tel), profession de la gestante et du procréateur– Enregistrer la gestante dans le registre des consultations– Demander l'âge de la grossesse (DDR)– S'enquérir de l'évolution des grossesses antérieures et de leurs issues : nombre de grossesses à terme, nombre d'avortements, nombre d'enfants vivants, nombre d'enfants décédés– S'enquérir de l'existence des mouvements actifs (grossesse de plus de 4 mois ½)– Demander si la gestante suit les consultations prénatales et si elle prend bien les traitements préventifs prescrits (notamment le fer et la Foldine)– S'enquérir des circonstances de survenue de l'anémie (fièvre, hémorragie ou autre)– Enregistrer la gestante dans le registre des consultations– S'enquérir de l'évolution de la grossesse en cours– Faire préciser les habitudes alimentaires, les tabous, et les interdits alimentaires		
3. Faire l'examen	<ul style="list-style-type: none">– Préparer le matériel		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

physique

- Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord ou celui de l'accompagnant (e)
- Se laver les mains à l'eau et au savon
- Faire l'examen général : prendre le pouls, la température, la tension artérielle, le poids, la taille
- Faire l'examen médical :
 - compter le rythme respiratoire en prenant en compte les battements des ailes du nez
 - palper l'abdomen, le foie, la rate
 - rechercher un reflux hépato-jugulaire
- Faire l'examen gynéco-obstétrical :
 - mesurer la hauteur utérine
 - palper l'utérus : identifier la présentation, chronométrer les bruits du cœur fœtal
 - se laver à nouveau les mains (eau, savon)
 - mettre des gants stériles
 - faire l'examen au spéculum (position et aspect du col, aspect du vagin, IVA/IVL)
 - faire le toucher vaginal (consistance, longueur, degré d'ouverture du col)
 - faire l'examen du bassin (à partir du troisième trimestre)
 - Informer la gestante et la famille de la gravité de la situation et de la nécessité de référer vers un centre approprié si présence de signes de décompensation.

4. Faire les examens complémentaires

- Albumine et sucre	Idem CS +	Idem HZ/CHD +
- Groupage sanguin + Rhésus	- NFS complète + Plaquettes	- Dosage du fer sérique
- NFS	- ECBU + ATB	
- Electrophorèse de l'hémoglobine	- GE/DP	
- TDR/Goutte épaisse + DP	- CRP	
- Selles AKOP	- Echographie obstétricale	
- ECBU		

5. Instaurer le traitement

- Recommander à la gestante de continuer à prendre le fer et l'acide folique ou lui en donner
- Lui recommander de dormir sous Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée (MIILD)
- Traiter un paludisme au besoin (voir page 88)
- Faire le TPI à la SP si besoin
- Si l'anémie est modérée (muqueuses moyennement colorées, asthénie peu marquée, respiration normale Tx d'HB compris entre 7 et 10 g)
 - donner du fer à raison de 200 mg 1cp x 3/j pendant 1 mois et contrôler
 - donner de l'acide folique 5mg 1cp x 3/j pendant 1 mois
 - déparasiter avec du mébendazole 100mg 1cp x 2/j pendant 3 jours
 - multivitamines 1cp x 3/j
 - s'assurer que la gestante prend les bonnes doses des traitements préventifs prescrits contre l'anémie: les lui préciser
 - renforcer les conseils nutritionnels en insistant sur l'importance des protéines, des fruits et légumes frais chez la femme enceinte

- Si l'anémie est grave (muqueuses très décolorées, asthénie marquée, dyspnée, Tx d'HB < 7g/dl) :

- prendre un abord veineux (cathéter G16/ G18) avec du Ringer lactate
- informer la famille et la gestante de la nécessité de la référer pour transfusion sanguine
- remplir la fiche de référence
- référer vers l'hôpital le plus proche le plus proche

- Faire, si possible, le traitement selon les

- résultats des examens complémentaires. En général, si taux d'hémoglobine entre 7 et 10g/dl
 - traitement idem CS (anémie modérée)
 - prévoir une transfusion sanguine éventuelle si anémie sévère
 - surveiller l'état clinique et la NFS toutes les deux semaines
- Si taux hémoglobine < 7 g/dl, transfuser, si la patiente ne supporte pas l'anémie

Idem HZ/CHD +

- Demander l'avis des hématologues sur le diagnostic et la thérapeutique

6. Donner un rendez-vous pour le suivi

- Demander à la gestante référée de venir vous voir dès son retour du centre de référence
- Vérifier que tous les supports sont bien remplis
- Vérifier que la gestante a tous ses médicaments pour la poursuite du traitement

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
	<ul style="list-style-type: none"> – Inscrire le rendez-vous dans le registre de consultation et dans le carnet de santé de la gestante 		
7. Prendre congé	<ul style="list-style-type: none"> – Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin 		
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> – Revoir la gestante toutes les deux semaines à un mois – S’assurer qu’elle prend bien les traitements prescrits au centre de référence contre l’anémie et qu’elle continue bien son traitement préventif contre le paludisme – Lui assurer des consultations prénatales correctes – Réexaminer la gestante – Si disparition des signes fonctionnels, organiser l’accouchement au CS <ul style="list-style-type: none"> • prendre systématiquement un abord veineux (cathéter G16/18) • maintenir l’abord veineux avec du sérum glucosé isotonique ou avec un Ringer-lactate • faire systématiquement une délivrance assistée (GATPA) – Si persistance des signes fonctionnels, référer vers le centre médico-chirurgical le plus proche 2 à 3 semaines avant le terme – 		
	<ul style="list-style-type: none"> Idem CS + <ul style="list-style-type: none"> – Quel que soit le taux d’hémoglobine organiser l’accouchement au HZ/CHD – Oxygéner la parturiente pendant le travail et l’accouchement – Prévoir du sang pour une transfusion sanguine éventuelle – Prévenir le pédiatre pour la réanimation du nouveau-né – Remplir la fiche de contre-référence - Contrôler le taux d’hémoglobine tous les mois jusqu’à l’obtention d’un taux $\geq 11\text{g/dl}$ 		

Composante 3 : Maternité à moindre risque / grossesse à risque

Activité 8 : Prendre en charge l'hypertension artérielle et ses complications chez la femme enceinte

Définition

C'est un état caractérisé par une tension artérielle $\geq 140/90$ mm Hg selon l'OMS et $\geq 135/85$ mm Hg selon la SGOBT. Une variation de la tension systolique de 30 mm Hg et/ou de la tension diastolique de 15 mm Hg, observée à deux reprises au moins, à au moins 6 heures d'intervalle doit être également considérée comme une hypertension artérielle de la grossesse. Cet état peut conduire à la pré-éclampsie (toxémie gravidique).

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la gestante	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe– Mettre en confiance		
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– Demander le motif de la consultation : maux de tête rebelles à tout traitement, bourdonnements d'oreilles, troubles de la vue, douleurs épigastriques, troubles de la conscience, crises convulsives– Recueillir les nom et prénoms, âge profession, adresse (y compris N° Tel) de la gestante et du procréateur– Enregistrer la gestante dans registre de consultation.– S'enquérir des antécédents personnels et familiaux d'HTA ou de crises convulsives– Ouvrir un dossier– S'enquérir des circonstances de survenue de l'HTA– S'enquérir de l'évolution de la grossesse en cours– Faire préciser les habitudes alimentaires, les tabous et les interdits alimentaires		
3. Faire l'examen physique	<ul style="list-style-type: none">– Préparer le matériel– Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord– Se laver les mains à l'eau et au savon– Prendre le poids et la taille– Rechercher les œdèmes au niveau des pieds, des mains et du visage		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

- Faire l'examen général :
 - tension artérielle, température, état de conscience
 - apprécier la coloration des muqueuses et des téguments
 - palper l'abdomen : foie, rate, reins
 - rechercher la douleur aux points urétéraux
- Faire l'examen obstétrical
 - mesurer la hauteur utérine
 - palper l'utérus pour identifier la position, la présentation
 - ausculter les bruits du cœur fœtal
 - faire le toucher vaginal (TV) pour apprécier le col , le bassin et la présentation
- Conclure :
 - HTA + grossesse
 - (pré)éclampsie + grossesse

4. Faire les examens complémentaires

<ul style="list-style-type: none"> - Faire le dépistage de l'albumine et du sucre dans les - Urines (bandelette multi paramètres) - Groupage sanguin + rhésus - NFS - Azotémie - Créatininémie - Uricémie - Glycémie 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> - NFS complète + Plaquettes - Ionogramme sanguin - TCK ou TCA - Prothrombine - Protéinurie (albuminurie) de 24 heures - Tococardiogramme - Echographie obstétricale (score de Manning, doppler pulsé) - Electrocardiogramme - Fond d'œil 	<p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de fibrinogène
--	---	--

5. Instaurer le traitement

<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas prescrire de régime sans sel - HTA + grossesse 	<p>Cas 1 : Si tension artérielle inférieure à 160/100, faire :</p>
--	---

Cas 1 : Si la tension artérielle est supérieure à 135/85 mais inférieure à 160/100 :

- prescrire le repos au lit en décubitus latéral gauche
 - recommander une bonne hygiène de vie
 - donner du diazépam 5 mg, 2 fois par jour per os et alpha-méthyl Dopa 250mg 2 fois par jour per os (sans dépasser 1,5 g par jour) jusqu'à ce que la tension artérielle revienne à la normale
 - donner 100 mg d'acide acétyl salicylique ou à défaut ¼ de comprimé de 500 mg tous les jours jusqu'à 7 mois ½ de grossesse
 - surveiller la femme enceinte (tension artérielle, pouls, poids, albuminurie, température)
 - surveiller le fœtus (bruit du cœur, hauteur utérine, mouvements actifs)
- Si amélioration des chiffres tensionnels renvoyer à la maison avec rendez-vous de contrôle dans une semaine
- Si apparition de signes de gravité, ou si pas d'amélioration au bout de 8 jours :
- prévenir la famille et la gestante de la gravité de la maladie et de la nécessité de référer
 - aider la famille à trouver un moyen de transport
 - remplir la fiche de référence et référer

Cas 2 : Si tension artérielle supérieure ou égale à 160/100 : référer

Cas 3 : Si signes d'éclampsisme : faire la dose d'attaque de sulfate de magnésium et référer

Cas 4 : Si crise éclamptique : voir « crise éclamptique pendant le travail à la page 136 »

– Traitement médical (Idem CS)

– Traitement obstétrical :

- si le terme de la grossesse dépasse 37 semaines d'aménorrhée, déclencher l'accouchement si Bishop favorable
- si Bishop défavorable, procéder à une maturation du col (misoprostol 50 µg dans le cul de sac postérieur du vagin, toutes les 6 heures, sans dépasser quatre doses)

Cas 2 : Si tension artérielle supérieure ou égale à 160/110

– Faire le traitement médical suivant :

- hospitaliser
- prescrire un repos strict au lit en décubitus latéral gauche
- donner du diazépam 5 mg 3 fois par jour
- donner un antihypertenseur : alpha-méthyl Dopa (Aldomet) ou clonidine (Catapressan) à dose suffisante, en veillant à ce que la tension ne baisse pas trop rapidement ($\leq 140/90$ mm Hg)
- éviter de donner des diurétiques
- donner du sulfate de magnésium selon le protocole SONU
- surveiller la femme : tension artérielle, diurèse, état de conscience quotidiennement (matin, midi, soir), albuminurie (tous les jours), fréquence respiratoire, réflexe ostéo-tendineux,
- surveiller le fœtus : hauteur utérine, bruits du cœur, tous les jours (matin, midi, soir),
- rechercher les complications maternelles : céphalées, vision floue, bourdonnements d'oreilles, douleur épigastrique en barre ; appliquer la conduite adéquate
- rechercher les complications fœtales : retard de croissance intra-utérin, souffrance fœtale (Uricémie élevée), mort in utero ; appliquer la conduite adéquate

– Faire le traitement obstétrical suivant :

- si grossesse entre 28 et 34 semaines : faire une maturation pulmonaire fœtale, puis essayer d'atteindre 34 semaines puis faire une césarienne sinon évacuation utérine d'emblée puis transfert du bébé en néonatalogie

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
6. Donner un rendez-vous pour le suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Noter le rendez-vous dans le carnet - Demander à la gestante référée de venir vous voir dès son retour du centre de référence - Vérifier le remplissage correct des supports 	<ul style="list-style-type: none"> • si terme de la grossesse >34 semaines avec une tension artérielle difficile à contrôler et Bishop favorable, faire un déclenchement • si Bishop défavorable, faire une césarienne puis transfert du bébé en néonatalogie 	<p>Cas 3 : Si crise éclamptique : voir « crise éclamptique pendant le travail à la page 136 »</p>
7. Prendre congé	<ul style="list-style-type: none"> - Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin 		
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que la gestante référée a été effectivement admise au centre de référence - Refaire l'examen physique - Référer selon l'évolution 	<ul style="list-style-type: none"> - Idem CS + - Prescrire une consultation en cardiologie - Prescrire une consultation en néphrologie au besoin 	

Composante 3 : Maternité à moindre risque / grossesse à risque

Activité 9 : Prendre en charge la drépanocytose chez la femme enceinte

Définition

C'est une maladie héréditaire liée à des troubles qualitatifs de l'hémoglobine. Elle se caractérise par la présence d'une hémoglobine anormale. Les formes homozygotes SS et hétérozygote SC constituent des facteurs de risques maternel et foetal élevés pendant la grossesse

Etapes

CS

HZ/CHD

CHU

1. Accueillir la gestante

- Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège
- Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe si possible
- Mettre en confiance

2. Mener l'interrogatoire

- Demander le motif de la consultation : douleurs osseuses aiguës, douleurs articulaires, œdème des articulations, fatigue
- Ouvrir un dossier
- Demander les nom et prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de la gestante et du procréateur
- Noter les renseignements collectés dans le registre de consultation
- Rechercher les signes de complications urinaires : oligurie, dysurie
- Rechercher les signes de toxémie gravidique : vertiges, céphalées, bourdonnements d'oreilles
- Rechercher les signes de complications pulmonaires : toux, difficultés respiratoires
- Rechercher les signes d'anémie : pâleur, fatigue, vertige
- Demander la date du début des douleurs éventuelles
- Demander les signes d'accompagnement (vertiges, fièvre...)
- S'enquérir de l'âge de la grossesse (DDR), de la perception des mouvements foetaux
- Demander les antécédents :
 - obstétricaux (nombre de grossesses antérieures et leurs issues, le devenir des enfants)
 - gynécologiques
 - médicaux (douleurs osseuses ou articulaires)
 - chirurgicaux

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
<p>3. Faire l'examen physique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • familiaux et collatéraux de drépanocytose – S'enquérir des traitements habituels contre ces douleurs et contre l'anémie – S'assurer que la gestante suit bien les consultations prénatales et qu'elle prend bien les traitements préventifs habituellement prescrits (antipaludéens, anti-anémiques) – préparer le matériel – expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord – se laver les mains (eau, savon) – Aider la gestante à s'installer sur la table ou le lit d'examen en position gynécologique – Se laver à nouveau les mains – Faire l'examen général : <ul style="list-style-type: none"> • noter l'aspect général de la gestante : petite taille, maigre, insuffisance staturo-pondérale manifeste • examiner les muqueuses et téguments, les paumes des mains, les lits des ongles, les plantes des pieds, à la recherche d'une anémie • prendre le pouls, la taille, la tension artérielle, la température, le poids – Faire l'examen obstétrical pour s'assurer de l'existence de la grossesse <ul style="list-style-type: none"> • palper l'utérus pour identifier la présentation et chronométrer les bruits du cœur fœtal. • faire le toucher vaginal pour apprécier le col, le segment inférieur, la présentation – Faire l'examen des autres appareils à la recherche de complications éventuelles : appareils cardio-pulmonaire, rénal, locomoteur <p>A la fin de l'examen,</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tirer une conclusion : crises vaso-occlusives compliquées d'anémie ou non chez une gestante – Informer la gestante et les accompagnants des résultats de votre examen et de la nécessité éventuelle, de référer vers le centre médico-chirurgical le plus proche pour une meilleure prise en charge 		
<p>4. Faire les examens complémentaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Faire le dépistage de l'albumine et du sucre dans les urines (bandelette multiparamètres) – Electrophorèse de l'hémoglobine de la gestante et du procréateur – Groupage sanguin + rhésus – NFS – TDR/GE-DP 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – NFS complète + plaquettes – ECBU + antibiogramme – Créatininémie + azotémie – Echographie obstétricale 	<p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Diagnostic anténatal de la forme homozygote avant la 20^{ème} semaine en vue d'une interruption eugénique de la grossesse si la gestante le souhaite

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
<p>5. Instaurer le traitement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ECBU - Selles : AKOP - Sérologie VIH après counseling si non faite - Si anémie sévère ou grave REFERER - Si anémie modérée (rare) <ul style="list-style-type: none"> • faire les consultations prénatales tous les 15 jours jusqu'au 6ème mois, puis tous les 7 jours jusqu'à l'accouchement • renforcer les traitements anti-anémiques (fer et foldine) • rechercher et traiter systématiquement toutes les complications (surtout urinaires, pulmonaires, génitales) • faire un traitement préventif systématique contre l'ankylostomiase • mettre sous peni V 250 Mg : 2 comprimés deux fois par jour jusqu'à l'accouchement et vitamine C : 1g par jour • s'assurer que la gestante fait bien sa prophylaxie antipalustre et qu'elle dort sous MIILD • renforcer les conseils nutritionnels • donner à boire régulièrement au moins 3 litres par jour • donner des antalgiques (paracétamol) à la demande • oxygéner de temps en temps • surveiller le fœtus et l'état de la mère tous les jours • REFERER vers le centre de référence le plus proche pour l'accouchement • si accouchement inopiné : perfusion abondante de SG 5% 3-3,5L/j + ions (3g NaCl + 2g KCl + 500mg Ca++) pendant 3 jours, antalgiques, oxygénation, délivrance dirigée ou gestion active de la 3^{ème} période de l'accouchement [GATPA] et référer 		
			<ul style="list-style-type: none"> - Prendre en charge les cas référés - Hospitaliser au moindre doute - Transfuser, si nécessaire, à partir du 6^e mois, pour maintenir un taux d'hémoglobine égal ou supérieur à 7 g/dl - Crises aiguës de déglobulisation : transfusion lente de culots globulaires, oxygéner par intermittence à 4-6l/mn - Crises douloureuses osseuses : repos au lit, antalgiques forts, oxygénation, réhydratation par perfusion de sérum isotonique 3-3,5L/j +ions - Si fièvre : <ul style="list-style-type: none"> • amoxicilline 3g/j pendant 3j en perfusion, puis relais per os 2g/j pendant 7jours

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
		<ul style="list-style-type: none"> – Pendant le travail : <ul style="list-style-type: none"> • assurer une réhydratation correcte (SG 5% 3-3,5L/j + ions ou ringer lactate pendant 3 jours) • oxygéner • donner des antalgiques forts (Paracétamol injectable 1g/4h, Péthidine, Morphiniques), et des vasodilatateurs périphériques • faire une délivrance dirigée systématique, ou une gestion active de la 3^{ème} période de l'accouchement – Faire une césarienne prophylactique planifiée à partir de 35 SA sous rachi anesthésie ou anesthésie générale NB : Prévoir toujours de sang – Transférer toujours le bébé en néonatalogie – Contrôler la NFS, et la température avant et après l'accouchement 	<p style="text-align: center;">1</p> <p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Faire des consultations prénatales alternées, (obstétricale, hématologique) tous les 15 j jusqu'au 6^{ème} mois puis tous les 7 j jusqu'à l'accouchement – Contrôler la pression partielle d'oxygène (PaO₂) et le pH avant et après l'accouchement
<p>6. Donner un rendez-vous pour le suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Demander à la gestante référée de venir vous voir dès son retour du centre de référence – En cas de force majeure, si la femme a accouché dans le centre, référer le bébé et sa mère. – Vérifier le remplissage correct des supports 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Remplir la fiche de contre référence 	
<p>7. Prendre congé</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin 		
<p>8. Faire le suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Faire la consultation postnatale 	<p>Idem CS +</p>	

Composante 3 : Maternité à moindre risque / grossesse à risque élevé

Activité 10 : Prendre en charge l'ictère au cours de la grossesse

Définition

Coloration jaune des muqueuses et téguments au cours de la grossesse

Etapes

CS

HZ/CHD

CHU

1. Accueillir la gestante

- Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège
- Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence
- Accorder une attention particulière à la gestante référée
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe
- Mettre en confiance

2. Mener l'interrogatoire

- Demander le motif de consultation : coloration jaune des yeux et des mains, fatigue importante, inappétence
- Recueillir les nom et prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de la gestante et du partenaire
- Enregistrer la gestante sur la fiche ou le registre de consultation
- Ouvrir un dossier
- Demander la date d'apparition de l'ictère et des signes d'accompagnement (fièvre, prurit, , asthénie, troubles digestifs, couleur des urines)
- Demander les ATCD personnels et familiaux : ictère, drépanocytose, paludisme.

3. Faire l'examen physique

- Préparer le matériel
- Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord
- Se laver les mains à l'eau et au savon
- Faire l'examen général (pouls, T°, TA, poids, taille, muqueuses, fréquence respiratoire et téguments)
- Aider la gestante à s'installer sur la table d'examen en décubitus dorsal

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
	<p>– Faire l'examen médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ausculter le cœur, les poumons • palper l'abdomen, le foie, la rate <p>– Faire l'examen obstétrical :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mesurer la Hauteur Utérine • palper l'utérus, identifier la présentation, chronométrer les bruits du cœur fœtal • se laver à nouveau les mains (eau, savon) • mettre des gants stériles • faire l'examen au spéculum (position et aspect du col, aspect du vagin, IVA/ IVL) • faire le toucher vaginal (consistance, longueur, degré d'ouverture du col) <p>A la fin de l'examen, conclure :</p> <p>– Ictère isolé + grossesse (ictère cholestatique)</p> <p>– Ictère + fièvre (rechercher paludisme, hépatite virale)</p> <p>– Ictère + anémie (rechercher drépanocytose)</p> <p>Si ictère + signe de gravité (trouble de conscience, collapsus cardio vasculaire) : Référer.</p>	<p>Idem CS +</p> <p>Prise en charge des cas référés</p> <p>Si ictère + signe de gravité (trouble de conscience, collapsus cardio vasculaire), évoquer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • fièvre bilieuse hémoglobinurique • septicémie à perfringens • pyélonéphrite gravido-toxique • HELLP syndrome (contexte de pré éclampsie) 	
4. Faire les examens	<p>– TDR/GE-DP ; Electrophorèse de l'Hémoglobine ,</p>	<p>Idem CS +</p>	

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
complémentaires	examen des urines à la bandelette multi paramètres) – Glycémie – AKOP – ECBU ; NFS ; GS-Rh – Echographie obstétricale	– AgHbs, Urée, Créatinémie, Uricémie, Glycémie, NFS complète + Plaquettes – TP ; TCK. – Bilirubine directe et indirecte, transaminases, phosphatases alcalines.	
5. Instaurer le traitement	Cas 1 : Ictère isolé + grossesse (ictère cholestatique + grossesse) – Référer -	Prendre en charge les cas référés – Cas 1 : ictère isolé <ul style="list-style-type: none"> • Traitement symptomatique • Repos + surveillance • Sensibiliser sur les signes – Cas 2 : Ictère + fièvre + grossesse (Paludisme + grossesse) <ul style="list-style-type: none"> • Voir Protocole de prise en charge paludisme et grossesse (confère composante 3, activité 11) • Si pas d'amélioration, référer • Si signe de gravité (trouble de la conscience et/ou collapsus cardio-vasculaire), référer – Cas 3 : Ictère + fièvre + grossesse (Hépatite + grossesse)	Idem HZ/CHD + – Prendre en charge les cas référés – Prise en charge spécialisée au CHU en cas de : – Cas 5 : Ictère + signes de gravité : <ul style="list-style-type: none"> • fièvre bilieuse hémoglobinurique • septicémie à perfringens • pyélonéphrite gravidico-toxique • HELLP syndrome • Stéatose hépatique gravidique

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
6. Donner un rendez-vous pour le suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Demander aux accompagnants de la gestante de vous tenir informé de la suite - Dire à la gestante de venir vous voir dès son retour du centre de référence 	<ul style="list-style-type: none"> • Repos en décubitus latéral gauche • Vitamine C • Traitement symptomatique • Surveillance médicale et obstétricale <p>- Cas 4 : Ictère + anémie (Drépanocytose + grossesse)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voir Protocole de prise en charge Drépanocytose et grossesse (confère composante 3, activité 9) 	<ul style="list-style-type: none"> - Inscrire la gestante dans le registre des rendez-vous de consultation prénatale si l'ictère a été jugulé - Inscrire la femme dans le registre des consultations du post-abortum ou post-partum si la grossesse a été interrompue - Vérifier le remplissage correct du carnet de santé et du dossier de la femme - Etablir la fiche de contre référence
7. Prendre congé	<ul style="list-style-type: none"> - Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin 		
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Revoir la gestante 		

Composante 3 : Maternité à moindre risque / grossesse à risque élevé

Activité II : Prendre en charge le paludisme chez la femme enceinte

Définition

Le paludisme est une maladie parasitaire transmise par la piqûre d'un moustique, l'anophèle femelle. L'agent pathogène est le plasmodium, le plus souvent le *plasmodium falciparum*. Le paludisme transforme une grossesse normale en une grossesse pathologique, pouvant tuer la mère et/ou l'enfant. De ce fait, la prophylaxie (MIILD et TPI-SP) chez la femme enceinte est indispensable.

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la gestante	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Accorder une attention particulière à la gestante référée– Se présenter et présenter les membres de l'équipe– Rassurer pour la confidentialité		
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– Demander le motif de la consultation : fièvre, frissons, céphalées, asthénie. ...– Recueillir : le nom et prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de la gestante et du procréateur– Enregistrer la gestante sur la fiche ou le registre de consultation– Ouvrir un dossier– S'enquérir de l'existence des signes suivants :<ul style="list-style-type: none">• bouche amère• troubles visuels• fatigue, manque d'appétit• nausées, vomissements• douleurs musculaires.– S'assurer que la gestante est bien enceinte : DDR, âge de la grossesse, perception des mouvements actifs (à partir de 4-5 mois de grossesse)– Vérifier que la gestante fait correctement sa chimioprophylaxie antipalustre (TPI) et dort sous MIILD		

3. Faire l'examen physique

– S'enquérir des antécédents :

- obstétricaux : fausse couche, accouchement prématuré, mort in utero (rôle de la fièvre ou du paludisme)
- médicaux : paludisme non traité ou mal traité
- gynécologiques
- chirurgicaux

– Préparer le matériel

– Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord

– Se laver les mains à l'eau et au savon

– Aider la gestante à s'installer sur la table d'examen en décubitus dorsal

– Prendre la température, le pouls, la TA, le poids, la taille

– Regarder les muqueuses (pâleur, ictère)

– Examiner les seins, les aires ganglionnaires (les aisselles)

– Se laver à nouveau les mains (eau et savon)

– Faire l'examen obstétrical : vérifier les BDC fœtal pour dépister une mort in utero

– Faire l'examen des autres appareils à la recherche de complications (appareils pulmonaire, cardiaque, neurologique, urinaire, etc.)

A la fin de l'examen, conclure : Paludisme simple ou

Paludisme grave si présence de l'un des signes suivants :

• Signes de danger :

- ✓ Troubles de la conscience (léthargie ou inconscience, coma) ;
- ✓ Incapacité de se nourrir ;
- ✓ Vomissements incoercibles ;
- ✓ Convulsions ou antécédent de convulsion.

• Signes de gravité :

- ✓ Yeux jaunes (ictère) ;
- ✓ Vision floue
- ✓ Violents maux de tête
- ✓ Pâleur palmaire (anémie) ;
- ✓ Urines foncées de couleur coca cola ou de couleur vin porto ou oligurie (diurèse < 400ml/24h);

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

- ✓ Difficultés respiratoires ;
- ✓ Menace d'accouchement prématuré (contractions utérines et modifications du col de l'utérus),
- ✓ Saignement anormal
- ✓ Diminution des mouvements actifs fœtaux.

4. Faire les examens complémentaires

– Faire l'examen des urines à la bandelette

multi paramètres

– TDR / GE-DP

– Groupage sanguin + rhésus

– NFS, Glycémie

– ECBU

– Classifier : Paludisme simple ou

– paludisme grave si présence de l'un des signes suivants :

- Anémie sévère (Taux d'Hb < 7g/dl ou hémocrite < 20 %)
- Hypoglycémie ($\leq 0,40\text{g/l}$ ou $2,2\text{ mmol/l}$)
- Insuffisance rénale (Créatinémie > 15mg/l)
- Hémoglobinurie (bandelette urinaire positive)
- Hyperuricémie ($> 60\text{mg/l}$)
- Echographie obstétricale pathologique (RCIU, oligoamnios)
- Hyperparasitémie ($> 250\ 000/\mu\text{L}$ ou $> 5\%$ des GR)
- Acidose métabolique (Bicarbonate <15 mmol/l ou pH < 7,35)
- Hyperlactatémie (Lactate > 5 mmol/l)

Idem CS +

– NFS complète + Plaquettes, CRP

– Frottis sanguin / Densité parasitaire

– ECBU + ATB

– Echographie obstétricale

– Faire les examens complémentaires nécessaires à la recherche d'une complication éventuelle ou d'un diagnostic différentiel

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
5. Faire le traitement	<p style="text-align: center;">Cas 1 : Paludisme simple</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Au 1er trimestre (< 15 SA) - Traitement de choix = Sels de Quinine per os : 10mg/kg toutes les 8 heures pendant 7 jours. - Si allergie ou contre-indication à la quinine, CTA : Arthémeter-Luméfántrine 20/120mg 4cp matin et soir pendant 3 jours ▪ Au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre (>15 SA) CTA Arthémeter-Luméfántrine 20/120mg 4cp matin et soir pendant 3 jours En cas de complication, référer <p style="text-align: center;">Cas 2 : Paludisme grave</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospitaliser la patiente - Administrer les dérivés de l'artémisinine ou les sels de quinine quel que soit le terme de la grossesse. <p>Artésunate injectable : 2,4mg/kg en IVL ou IM (H0) en première dose puis à la 12^{ème} heure (H12) et à la 24^{ème} heure (H24) ; administrer par la suite la même dose (2,4mg/kg) une fois par jour à la même heure jusqu'à ce que la malade soit en mesure de s'alimenter. Faire alors le relais per os par CTA pendant trois jours.</p> <p>Ou</p>	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des cas référés - En cas de coma : libérer les voies aériennes supérieures, mettre en position latérale de sécurité, faire une restriction hydrique et assurer le nursing - Rechercher et corriger systématiquement l'hypoglycémie (toutes les 4h si coma); - Si anémie sévère : transfuser du culot globulaire ou du sang total ; - Si convulsions : libérer les voies aériennes supérieures, mettre en position latérale de sécurité, oxygéner, faire baisser la température puis administrer le diazépam 10mg dilué en IVL si pas d'amélioration ; - Si vomissements incoercibles : administrer un antiémétique ; - Si état de mal convulsif : prendre en charge en réanimation ; - Si acidose métabolique : administrer du sérum bicarbonaté 14‰ ; - Si choc hypovolémique : administrer du sérum salé 9‰ ou de la dopamine 10 à 15 gamma/kg/mn ; 	<p>Idem HZ/CHD +</p> <p>Traitement des complications éventuelles ou de maladies associées</p>

Artéméther : 3,2mg/kg en IM le premier jour, puis 1,6 mg/kg par jour à la même heure. Le relais se fera par un traitement complet de CTA (3 jours) dès que la malade est en mesure de s'alimenter.

NB : Les trois premières doses par voie parentérale sont obligatoires.

Ou

Sels de quinine

Sels de Quinine : 10mg/kg toutes les 8 heures en perfusion dans SG 500cc à passer en 4 heures (42 gouttes/mn)

Le relais est pris par voie orale dès que possible et la durée totale du traitement est de 07 jours

NB : Les trois premières perfusions sont obligatoires.

Tenir compte rigoureusement du poids quel que soit l'âge du malade pour le calcul de la dose de quinine sans dépasser 1 800 mg par jour.

Ces schémas thérapeutiques sont applicables dans les formations sanitaires dotées de structures d'hospitalisation, d'un laboratoire adapté et disposant de personnel ayant les compétences requises.

En cas de complication, référer (Niveau HZ/CHD ou CHU)

Traitement de soutien

- A la fin de ce traitement, poursuivre la prévention antipalustre habituelle (MIILD et TPI)
- Donner un anti anémique si nécessaire
- Dans tous les cas, surveiller la gestante.

– Si œdème aigu du poumon : faire une restriction hydrique et donner du furosémide 2 - 4 mg/kg sans dépasser 2 g/j ;

– Si hyperthermie : donner du paracétamol 1g toutes les 6 heures sans dépasser 4 g en 24h ;

– Si insuffisance rénale : administrer de la dopamine à raison de 3 gamma/kg/mn sur 24 à 48 heures et du furosémide 1–2 mg/kg en intraveineuse directe si bon état d'hydratation.

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
	<p>REFERER si les symptômes ne s'améliorent pas au bout de 3 jours de traitement correct, ou si menace d'interruption prématurée de la grossesse, ou si souffrance fœtale (selon le niveau). Pour la référence, prendre un abord veineux au cathéter</p> <p>Dans tous les cas : Traitement symptomatique et ou tocolytique si nécessaire</p>		
6. Donner un rendez-vous pour le suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Vérifier le remplissage correct du carnet et du dossier de la gestante - Donner un rendez-vous 		
7. Prendre congé	<ul style="list-style-type: none"> - Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin 		
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Faire le contrôle de la GE-DP à J3 et J7 - Si la fièvre décroît : dire à la gestante de continuer le traitement (mais de revenir consulter s'il y a un problème) et de poursuivre la prophylaxie antipalustre (MIILD et TPI) - Si la fièvre persiste, informer la gestante et ses accompagnants de la nécessité de : Référer Recommander de boire beaucoup d'eau, ou lui donner des sachets de SRO à boire pendant le transport - Après l'accouchement, faire le suivi post-natal 		

Composante 3 : Maternité à moindre risque / grossesse à risque élevé

Activité 12 : Prendre en charge les vomissements graves de la grossesse

Définition

Ce sont des rejets de tout ou partie du contenu gastrique survenant de façon incoercible au cours de la grossesse. Ils s'accompagnent de troubles nutritionnels et métaboliques pouvant aboutir à une altération grave de l'état général de la gestante.

Étapes

CS

HZ/CHD

CHU

1. Accueillir la gestante

- Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège
- Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence
- Accorder une attention particulière à la gestante référée
- Se présenter et présenter les membres de l'équipe
- Rassurer pour la confidentialité
- Transporter la gestante sur un chariot ou dans un fauteuil roulant

2. Mener l'interrogatoire

- S'enquérir du motif de consultation : vomissements incoercibles (incessants) au cours de la grossesse
- Enregistrer la gestante (recueillir les nom et prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de la gestante et du procréateur) sur la fiche ou le registre de consultation ou ouvrir un dossier
- Demander la date des dernières règles ou l'âge de la grossesse
- S'enquérir des antécédents : nombre de grossesses et leurs issues, notion de vomissements graves au cours des grossesses précédentes et les traitements appliqués
- Demander l'histoire de la maladie :
soit début progressif : il s'agit d'abord de nausées, puis de vomissements rares, espacés, qui se rapprochent jusqu'à rendre impossible toute alimentation et toute hydratation
soit début brutal : d'emblée la malade est entrée dans la « maladie émétisante »
- Demander les caractères des vomissements : ils sont fréquents, imprévisibles ; ils sont d'abord alimentaires puis bilieux ; faciles au début, ils deviennent vite fatigants, avec un état nauséux permanent, aboutissant au rejet de la totalité des aliments et des liquides ingérés
- S'informer discrètement du milieu psychosocial : peur de la grossesse, peur de souffrir, complexe d'infériorité physique ou mentale, problèmes relationnels avec la belle-mère, le mari, la coépouse, grossesse non-désirée ou grossesse trop désirée
- Demander les signes d'accompagnement : urines rares, constipation importante, amaigrissement important, anorexie

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

3. Faire l'examen physique

- Préparer le matériel
 - Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord
 - Se laver les mains à l'eau et au savon
 - Aider la gestante à se déshabiller
 - Aider la gestante à s'installer sur la table d'examen en décubitus dorsal
 - Apprécier l'état général : l'utérus fait saillie sur la ligne médiane, épines iliaques bien visibles, fesses maigres, parfois escarres visibles sur les ischions
 - Faire l'examen général :
 - examiner les muqueuses à la recherche d'une anémie
 - examiner les seins, les aisselles
 - examiner les lèvres et la langue : sont-elles sèches ? rôties ? (signes de déshydratation marquée)
 - prendre le pouls (il est en permanence accéléré à 100-120/minute), la tension artérielle, la température,
 - prendre si possible la taille et peser la gestante (poids très inférieur à la normale)
 - compter les mouvements respiratoires (ils sont accélérés)
 - pincer la peau pour apprécier le degré de déshydratation
 - sentir l'haleine : odeur acétonique ?
 - Faire l'examen obstétrical :
 - se laver les mains (eau, savon)
 - examen au spéculum, pour apprécier l'état du col (coloration, longueur) et vérifier l'absence de saignement,
 - toucher vaginal combiné au palper abdominal, pour vérifier l'existence de la grossesse et s'assurer que le volume utérin correspond bien à l'âge théorique de la grossesse : l'utérus est normalement développé
 - Faire l'examen des autres appareils : ils sont normaux. En particulier, la région appendiculaire, l'hypochondre droit, les fosses lombaires.
- A la fin de l'examen,
- Conclure : vomissements graves de la grossesse
 - Informer la gestante et les accompagnants des résultats de votre examen et de la nécessité de référer au HZ/CHD le plus proche

Idem HZ/CHD +

- Consultation psychiatrique au besoin

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
4. Faire les examens complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> - Test immunologique ou biologique de grossesse (TBG) - NFS - Examens paracliniques de grossesse demandés à ce niveau 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe sanguin + rhésus - NFS complète + plaquettes - Azotémie, glycémie - Créatininémie - TDR/ GE - DP - Ionogramme sanguin - Calcémie - Echographie obstétricale - Recherche d'acétone, des sels et des pigments biliaires dans les urines - ECBU + antibiogramme 	<p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autres examens paracliniques nécessaires au diagnostic différentiel et/ou à la surveillance de la maladie : réserve alcaline, Bêta HCG plasmatiques
5. Instaurer le traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Recommander à la gestante de boire en petite quantité et très fréquemment - Poser une perfusion de Ringer-lactate (cathéter G16 ou G18 ou à défaut G20) - Administrer un traitement étiologique si possible - Administrer du métoclopramide (primpéran), ou du métopimazine (vogalène) - Référer : aider les accompagnants à trouver un moyen de transport 		
	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitaliser : isoler (isolement absolu) la gestante dans une chambre silencieuse, demi-obscur - Perfuser des solutés (Ringer, SS 9%, SG 5%, SG 10%), additionnés de complexe vitaminique B et de vitamine C en fonction de l'état de déshydratation - administrer la chlorpromazine 		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
		<ul style="list-style-type: none"> – Corriger l’hypokaliémie : chlorure de potassium – Mettre sous diète absolue pendant 24 h puis alimentation progressive – Mettre en confiance : persuader, être calme, plein d’attention, mais ferme sur les horaires et la prise des aliments, des boissons et des médicaments – Donner des antianémiques et, si nécessaire, transfuser – Surveiller le poids et la diurèse, tous les jours – Référer si pas d’amélioration 	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prendre en charge les cas référés </div>
<p>6. Donner un rendez-vous pour le suivi</p>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Dire à la gestante référée de venir vous voir dès son retour – Vérifier le remplissage correct du carnet et du dossier de la gestante </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Remplir la fiche de contre référence </div>	
<p>7. Prendre congé</p>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> – Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin </div>		
<p>8. Faire le suivi</p>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> – S’informer des suites de la maladie et de l’évolution de la grossesse – S’assurer que la gestante respecte les traitements prescrits – Faire les consultations prénatales jusqu’à terme – Etablir les courbes de poids et de diurèse – Apprécier l’état actuel de la gestante – Référer s’il n’y a pas d’amélioration </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prendre en charge les cas référés </div>	

Composante 3 : Maternité à moindre risque / grossesse à risque élevé

Activité 13 : Prendre en charge l'infection urinaire chez la gestante

Définition

C'est l'infection du tractus urinaire chez la femme enceinte. Il s'agit d'une situation très fréquente, liée à la stase urinaire chez la femme enceinte. Trois tableaux sont observés : l'infection urinaire haute (pyélonéphrite), l'infection urinaire basse (cystite) et la bactériurie asymptomatique.

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la gestante	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Accorder une attention particulière à la gestante référée– Se présenter et présenter les membres de l'équipe– La mettre en confiance		
2. Menor l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– Demander le motif de la consultation : brûlures mictionnelles, douleurs lombaires, pelviennes, pollakiurie, impériosité mictionnelle– Ouvrir un dossier– Enregistrer la gestante : recueillir les nom et prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de la gestante et du procréateur– S'enquérir de l'âge de la grossesse, de la date du début des symptômes, de la perception des mouvements actifs du fœtus– S'enquérir de l'existence éventuelle de contractions utérines douloureuses– Recueillir des informations sur les antécédents obstétricaux, gynécologiques, chirurgicaux, et médicaux– Faire préciser l'issue des grossesses antérieures, en insistant sur les antécédents de menace d'accouchement prématuré, de mort in utéro– Rechercher l'existence éventuelle d'une infection urinaire avant la grossesse actuelle, et/ou récidivante à chaque grossesse– S'enquérir de l'évolution de la grossesse actuelle– Rechercher l'existence éventuelle de signes de menace d'accouchement prématuré		
3. Faire l'examen physique	<ul style="list-style-type: none">– Préparer le matériel– Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
	<ul style="list-style-type: none"> – Se laver les mains à l'eau et au savon – Aider la gestante à s'installer sur la table d'examen en décubitus dorsal – Regarder les muqueuses de la gestante à la recherche d'une anémie – Prendre la température, le pouls, la TA, le poids – Examiner les seins, les aires ganglionnaires (les aisselles) – Palper les points urétéraux supérieurs et moyens à la recherche d'une douleur exquise – Palper les fosses lombaires qui peuvent être sensibles – Faire un examen obstétrical complet : <ul style="list-style-type: none"> ✓ mesurer la hauteur utérine ✓ rechercher les pôles fœtaux ✓ chronométrer les bruits du cœur fœtal – Pendant ces gestes, apprécier la sensibilité de l'utérus (existence de contractions utérines marquées devant faire craindre une menace d'accouchement prématuré) et les mouvements du fœtus – Se laver les mains (eau, savon) – Mettre des gants stériles, ou gants d'examen – Faire l'examen au spéculum pour apprécier l'état du col les parois vaginales et la qualité des pertes, IVA/ IVL – Faire le toucher vaginal pour apprécier la consistance du col, sa longueur, son degré d'ouverture, et la perception éventuelle d'une poche des eaux – Au cours du toucher vaginal, rechercher l'existence éventuelle d'une douleur au niveau des points urétéraux inférieurs – Examiner les autres appareils – A la fin de l'examen, conclure ; informer la gestante et ses accompagnants des résultats de l'examen. Référer si nécessaire. 		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prendre en charge les cas référés – Evaluer les résultats et tirer une conclusion </div>
4. Faire les examens	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> – Examen des urines à la bandelette multi paramètres </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>Idem CS +</p> </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>Idem HZ/CHD +</p> </div>

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> - ECBU - NFS - Azotémie - Créatininémie - Groupage sanguin + rhésus 	<ul style="list-style-type: none"> - ECBU + antibiogramme - NFS complète + plaquettes - CRP - Echographie obstétricale 	<ul style="list-style-type: none"> - Si nécessaire, échographie rénale et urétérale à la recherche d'un obstacle (lithiase) - Compte d'Addis (compte d'hématies et de leucocytes/ml) - Epreuve fonctionnelle rénale compatible avec la grossesse
5. Instaurer le traitement	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Traiter selon les résultats des examens d'urine - Vitamine C 500mg : 1 cp deux fois par jour pendant quinze jours - Fer + acide folique : 1cp/j - Traitement antibiotique <p>Attention ! Prélever les urines pour ECBU avant le démarrage du traitement</p> <p>Cystite :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amoxicilline 500 mg 2 cp matin et soir pendant 5 jours, ou ▪ Ciprofloxacine : 500 mg, 2 fois par jour pendant 5 jours <p>Pyélonéphrite</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Traitement de 1ère intention : Ampicilline 2g en IV puis 1g toutes les 6 heures (15 jours) + Gentamycine 160mg IM quotidienne (3 jours) ▪ Traitement de 2ème intention: Ceftriazone 2g/24 heures en une injection quotidienne (10 jours) </div> <p>NB:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adapter le traitement antibiotique en fonction des résultats de l'ECBU et de l'antibiogramme. 	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réajuster le traitement antibiotique dès réception des résultats des examens demandés - Référer en cas de résistance au traitement antibiotique </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospitaliser la gestante ayant une infection urinaire résistant au traitement antibiotique - Prescrire une réanimation hydro-électrolytique associée à une antibiothérapie majeure active sur les germes (souvent Gram négatif) adaptée à l'âge gestationnel - Faire un drainage des urines septiques en rétention (en accord avec les urologues) </div>

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
<p>6. Donner un rendez-vous pour le suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> – En cas de fièvre, donner du paracétamol 500mg, 2cp 2 fois/j, pendant 3jours – En cas de fièvre persistante, organiser la référence – Faire la tocolyse au besoin (voir « menace d'accouchement prématuré, ») – Référer au besoin 		
<p>7. Prendre congé</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Vérifier le remplissage correct du carnet et du dossier de la gestante et donner un rendez-vous – Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin 		
<p>8. Faire le suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Prendre connaissance de la fiche de contre-référence – Demander un contrôle des examens d'urine à la bandelette multi paramètres après 15 jours – Demander un contrôle NFS – Référer vers l'hôpital de référence le plus proche si les urines n'ont pas été stérilisées 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Remplir la fiche de contre référence – Référer vers le CHU si les urines n'ont pas été stérilisées 	<p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Remplir la fiche de contre référence – Demander une consultation urologique si pas de guérison

Composante 3 : Maternité à moindre risque / grossesse à risque élevé

Activité 14 : Prendre en charge la menace d'avortement

Définition

C'est la survenue chez une gestante de phénomènes pouvant entraîner l'expulsion du produit de conception avant la 28^e semaine d'aménorrhée

Étapes

CS

HZ/CHD

CHU

1. Accueillir la gestante

- Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège
- Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence
- Accorder une attention particulière à la gestante référée
- Se présenter et présenter les membres de l'équipe
- Mettre en confiance

2. Mener l'interrogatoire

- Demander le motif de la consultation : « je suis enceinte, je saigne, je perds du liquide, j'ai mal au bas-ventre... »
- Ouvrir un dossier
- Enregistrer la gestante : recueillir les nom et prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de la gestante et du procréateur
- S'enquérir de la date des dernières règles, pour apprécier l'âge de la grossesse
- Demander la date du début des saignements et des douleurs
- Faire préciser les caractères des saignements : sang rouge de plus en plus abondant
- Faire préciser les caractères des douleurs : douleurs à type de coliques utérines expulsives à irradiations abdominales et crurales ; elles surviennent par accès
- Ces douleurs sont d'abord très espacées, puis elles se rapprochent pour devenir presque subintrantes
- Rechercher les circonstances de survenue : après un traumatisme, à la suite d'un syndrome fébrile

3. Faire l'examen physique

- Préparer le matériel
 - Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord
 - Se laver les mains à l'eau et au savon

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

- Faire l'examen général :
 - ✓ apprécier la coloration des muqueuses et des téguments, à la recherche d'une anémie
 - ✓ prendre le pouls, la tension artérielle, la température, le poids, la taille et la fréquence respiratoire
 - ✓ aider la gestante à s'installer sur la table d'examen en décubitus dorsal
 - ✓ faire l'examen des seins et des aisselles

- Faire l'examen obstétrical :
 - ✓ palper l'utérus pour apprécier sa souplesse et identifier, si possible, les pôles fœtaux
 - ✓ mesurer la hauteur utérine (HU), si nécessaire
 - ✓ chronométrer, si possible, les bruits du cœur fœtal
 - ✓ se laver de nouveau les mains (eau, savon)
 - ✓ faire l'examen au spéculum pour voir la provenance du saignement (sang rouge provenant de la cavité utérine, sans débris ovulaires) et éliminer une cervicite, un cancer du col de l'utérus (IVA/IVL).
 - ✓ faire le TV, prudent pour apprécier l'ouverture du col et sa longueur, apprécier le volume de l'utérus (âge gestationnel), et éliminer une masse latéro-utérine
 - ✓ faire l'examen des autres appareils

A la fin de l'examen,

- Tirer une conclusion : menace d'avortement
- Informer la gestante et les accompagnants de la nécessité de référer selon le niveau

4. Faire les examens complémentaires

<ul style="list-style-type: none"> - Faire un test biologique de grossesse - Faire l'examen des urines à la bandelette multi paramètres - Faire des prélèvements de sang pour <ul style="list-style-type: none"> • groupage sanguin+ rhésus • NFS • Glycémie - Faire TDR/ GE-DP, ECBU 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demander une échographie pelvienne ou obstétricale pour apprécier l'âge de la grossesse, la vitalité fœtale, la biométrie fœtale la longueur du col, la présence de décollement - Faire des prélèvements de sang pour : <ul style="list-style-type: none"> • NFS complète + plaquettes • CRP 	<p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosages HCG et autres hormones si nécessaire - Sérologie de la Toxoplasmose et de la Rubéole
---	---	--

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
<p>5. Instaurer le traitement</p>		<ul style="list-style-type: none"> • sérologie de la syphilis – Demander un ECBU + antibiogramme 	
<p>6. Donner un rendez-vous pour le suivi</p>	<p>– Si le terme de la grossesse est inférieur à 12 semaines (2 mois et demi) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • si le col est fermé, counseling, repos strict, antispasmodique, Paracétamol au besoin et revoir dans 2 semaines • Si col ouvert et persistance du saignement, faire l'AMIU <ul style="list-style-type: none"> ○ Administrer 1 ampoule de gamma-globulines anti D (200µg) en IM si femme de rhésus négatif <p>- Si le terme est compris entre 12 et 24 SA,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Col fermé : repos strict, antispasmodiques, Paracétamol au besoin <p>NB : La progestérone et l'antibiothérapie ne sont recommandées qu'en cas de décollement à l'échographie</p> <ul style="list-style-type: none"> • col est ouvert, référer vers le centre chirurgical le plus proche <p>-Si le terme compris entre 24 et 28 SA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Col fermé : repos strict, tocolytiques (Nifédipine voir MAP composante 3 , activité16), antispasmodiques • Col ouvert : Référer 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Traiter toutes les causes trouvées : infections urinaires (selon les résultats de l'antibiogramme), syphilis (pénicilline) – Envisager un cerclage du col utérin (pas avant 14 semaines de grossesse) sous antispasmodiques, tocolytiques, et antibiotiques 	<p>– Inscrire la gestante dans le registre des rendez-vous de consultation prénatale si la menace a été jugulée</p> <p>– Inscrire la femme dans le registre des consultations du post-abortum si la grossesse a été interrompue</p> <p>– Vérifier le remplissage correct du carnet de santé et du dossier de la femme</p> <p>– Donner un rendez-vous</p> <p>– Remplir fiche de contre référence selon le niveau</p>
<p>7. Prendre congé</p>	<p>– Raccueillir, dire merci et demander de revenir au besoin</p>		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> – Faire le counseling à la cliente, au mari, aux accompagnants – Insister sur la nécessité de respecter les rendez-vous des consultations de suivi – Assurer les consultations prénatales toutes les 2 semaines au besoin – Si grossesse interrompue, assurer les consultations du post-abortum, et continuer les investigations étiologiques – Référer au besoin 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Référer au CHU pour des investigations étiologiques plus poussées, si nécessaire – Faire un calibrage du col en post-abortum ou en post-partum en vue du dépistage d'une béance cervico-isthmique 	<p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pousser les investigations étiologiques

Composante 3 : Maternité à moindre risque / grossesse à risque élevé

Activité 15 : Prendre en charge les avortements et les soins du post-abortum

Définition

L'avortement est l'interruption spontanée ou provoquée de la grossesse avant 28 semaines d'aménorrhée.

I. Prendre en charge l'avortement en cours

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la cliente	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Accorder une attention particulière à la gestante référée– Se présenter et présenter les membres de l'équipe– Mettre en confiance– Aider la gestante à s'installer sur la table d'examen en décubitus dorsal <p>NB : En cas de saignement très abondant, prendre un double abord veineux (cathéter G16 ou G18 ou à défaut G20) et vider le col des débris éventuels, vider l'utérus en urgence ou référer d'urgence.</p>		
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– Demander le motif de consultation : notion d'aménorrhée avec douleurs intenses et régulières, saignements ou pertes de liquide,– Ouvrir un dossier– Enregistrer la gestante : Recueillir les nom et prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de la gestante et du procréateur– Demander l'âge de la grossesse (date des dernières règles)– Demander les circonstances de survenue : avortement spontané ou provoqué– Demander les antécédents personnels :<ul style="list-style-type: none">• médicaux : hypertension artérielle, diabète, drépanocytose, etc...• gynécologiques : métrorragies, fausses couches à répétition et leurs termes, ont-elles été suivies de curetage, ou non ?		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

- obstétricaux : gestité, parité
 - chirurgicaux : césarienne ou autres interventions
 - familiaux : ascendants, collatéraux, descendants (hypertension artérielle, diabète, drépanocytose, etc...)
- Signes d’accompagnement : fièvre, troubles digestifs, constipation, ballonnement, écoulement vaginal fétide

3. Faire l'examen physique

- Préparer le matériel
- Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord
- Se laver les mains (eau, savon)
- Faire l'examen général :
 - apprécier l'état de conscience de la cliente
 - apprécier la coloration des muqueuses et des téguments
 - prendre : le pouls, la tension artérielle, la température
 - examiner les seins et les aires ganglionnaires (aisselle)
- Faire l'examen obstétrical :
 - apprécier l'utérus, sa consistance, sa hauteur
 - Palper l'abdomen à la recherche du cri de l'ombilic (grossesse extra-utérine, ou perforation utérine par manœuvres endo-utérines)
 - au spéculum, vérifier : le col (lésions traumatiques, provenance de l'écoulement de sang, présence de débris ovulaires ou placentaires)
 - rechercher des lésions vaginales
 - au TV, apprécier la longueur du col, le degré d'ouverture (perméable à un doigt, 2 doigts, ou dilaté)
 - vérifier les pertes ramenées : odeur, couleur, débris
 - perception ou non d'une partie de l'œuf
 - rechercher une masse latéro-utérine pour éliminer une GEU

Idem CS +

- Gestes immédiats pour éliminer autres diagnostics ponction du Douglas

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

ponction trans-abdominale pour diagnostiquer une GEU rompue, un hémopéritoine suite à des manœuvres endo-utérines

4. Faire les examens complémentaires

-Prélever du sang pour :

- groupage sanguin+ rhésus
- NFS
- ECBU
- TDR / GE -DP

Conclure

Cas N°1 : Avortement inévitable

- Saignement vaginal de moyenne* ou grande abondance provenant de la cavité utérine
- Douleurs abdomino-pelviennes intermittentes et rythmées (de plus en plus rapprochées et d'intensité croissante)
- Col raccourci et ouvert
- Utérus ramolli, augmenté de volume correspondant à l'âge présumé de la grossesse
- Absence d'expulsion du produit de conception

Cas N° 2 : Avortement incomplet

- Saignement vaginal de moyenne ou grande abondance provenant de la cavité utérine
- Douleurs abdomino-pelviennes intermittentes persistantes
- Col raccourci et ouvert
- Utérus plus ou moins ramolli, augmenté de volume, inférieur à celui correspondant à l'âge présumé de la grossesse
- Expulsion partielle du produit de conception

Cas N°3 : Avortement complet

- Saignement vaginal minime/insignifiant provenant de la cavité utérine
- Saignement vaginal de moyenne abondance : saignement plus important que les règles habituelles
- Douleurs abdomino-pelviennes peu intenses

- Col fermé
- Utérus de consistance plus ou moins ferme, augmenté de volume, inférieur à celui correspondant à l'âge présumé de la grossesse
- Utérus vide à l'échographie

Cas N°4 : Avortement septique

- Douleurs abdomino-pelviennes persistantes
- Fièvre
- Saignement persistant, minime ou de moyenne abondance provenant de l'utérus
- Ecoulement malodorant (sang ou pertes)

Cas N°5 : Avortement molaire

- Nausées /vomissements exagérés (parfois)
- Douleurs abdomino-pelviennes intermittentes rythmées de plus en plus rapprochées et d'intensité croissante
- Saignements plus importants que les règles habituelles
- Saignement abondant provenant de la cavité utérine
- Expulsion de vésicules
- Col ouvert
- Utérus plus ramolli que la normale, augmenté de volume, supérieur à celui correspondant à l'âge présumé de la grossesse
- Présence possible de kystes ovariens.

Idem CS+

- NFS complète + Plaquettes
- ECBU+ATB
- CRP

– Echographie pelvienne pour vérifier la vacuité utérine ou poser le diagnostic différentiel

5. Instaurer le traitement

Cas N°1 : Avortement inévitable

Il est nécessaire de procéder à une évacuation utérine par Aspiration ou curage. S'il est impossible de procéder immédiatement à une évacuation utérine :

- Administrer 400 µg de Misoprostol par voie orale/sublinguale (à renouveler une fois au bout de 4h si nécessaire)
- Prendre les dispositions nécessaires pour pouvoir procéder à l'évacuation utérine au plus vite
 - L'AMIU est possible jusqu'à 12 SA
 - Entre 12 et 15 SA, l'AMIU peut être pratiquée par un prestataire qualifié et expérimenté
 - Au-delà de 15 SA :
- Attendre l'expulsion spontanée du produit de conception
- Si échec au bout de 24 heures, perfuser 20 unités d'ocytocine dans 500cc de sérum physiologique ou Ringer lactate à raison de 40 gouttes par minutes pour faciliter l'expulsion des produits de conception.
- Réaliser un curage ou une AMIU si nécessaire.
 - Si fièvre et TDR positif: faire un traitement antipalustre (voir algorithme)
 - faire une antibiothérapie.
 - Administrer 1 amp de gamma-globulines anti D (200µg) en IM si femme de rhésus négatif

Cas N°2 : Avortement incomplet

Il est nécessaire de procéder à une évacuation utérine par :

- Aspiration ou curage,
- Extraire les produits de conception faisant protrusion à travers le col, manuellement ou à l'aide d'une pince porte tampons,

- S'il n'est pas possible de procéder immédiatement à une évacuation de la cavité utérine, donner 400 µg de Misoprostol sublingual ou 600 µg par voie orale en prise unique (à renouveler une fois au bout de 4h si nécessaire).

S'assurer de la vacuité utérine.

- o Si fièvre
- Démarrer l'antibiothérapie et AMIU 24 heures après

faire le TDR , si positif: faire un traitement antipalustre (voir algorithme) Administrer 1 amp de gamma-globulines anti D (200µg) en IM si femme de rhésus négatif

Cas N°3 : Avortement complet

- Mettre la femme en observation
- Surveiller
- Si fièvre et TDR positif : faire un traitement antipalustre (voir algorithme)
- faire une antibiothérapie.
- Administrer 1 amp de gamma-globulines anti D (200µg) en IM si femme de rhésus négatif
- En cas de complications, prévenir le centre de référence, et référer

Cas N°4 : Avortement septique

- o Commencer à administrer les antibiotiques, le plus tôt possible avant de procéder à l'évacuation utérine
- o Recommander une triple association d'antibiotiques jusqu'à 48 heures après la disparition de la fièvre :
- o Amoxicilline 1g IV toutes les 6 heures.
- o Gentamycine 160 mg toutes les 24 heures
- o Métronidazole 500 mg toutes les 8 heures
- o Procéder à l'évacuation utérine :
 - ✓ Immédiatement après le début de l'antibiothérapie si col ouvert
 - ✓ 24h après le début de l'antibiothérapie si col fermé

Cas N°5 : Avortement molaire (composante 3- activité 3)

Idem CS +

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
		<ul style="list-style-type: none"> - Transfuser, en cas de nécessité - Antibiothérapie éventuelle 	
6. Donner un rendez-vous pour le suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Inscrire la patiente dans le registre des rendez-vous de consultation du post-abortum - Vérifier le remplissage correct du dossier - Vérifier si elle a tous les médicaments pour poursuivre le traitement, dont les contraceptifs 	<ul style="list-style-type: none"> - Idem CS + - Communiquer et expliquer les résultats des examens paracliniques - Ajuster le traitement - Faire la fiche de contre-référence 	
7. Prendre congé	<ul style="list-style-type: none"> - Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin 		
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Faire un counseling à la cliente et aux accompagnants : bien utiliser les médicaments, ne pas oublier de lui proposer une contraception, se protéger contre les infections (IST) - Donner des informations sur les risques et séquelles des avortements provoqués - Ne pas rater les rendez-vous de consultation - Vérifier l'état vaccinal, le carnet de sortie et les formalités administratives - Discuter les conditions de retour avec les accompagnants de la cliente - Accompagner la cliente et lui dire au revoir - Revoir la cliente en consultation du post-abortum et lui proposer une contraception 		

II. Soins du post-abortum : C'est l'ensemble des gestes thérapeutiques à faire chez une femme qui a subi un avortement

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la cliente	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Accorder une attention particulière à la gestante référée– Se présenter et présenter les membres de l'équipe– Mettre en confiance– Installer <p>NB : En cas d'infection endo-utérine grave (avec ou sans septicémie), débiter l'antibiothérapie et vider l'utérus dès que possible</p>		
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– Recueillir les nom et prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de la gestante et du procréateur– Demander le motif de consultation et l'histoire de la maladie (douleurs, fièvre, vomissement, métrorragies, arrêt des matières et des gaz)– Rechercher la notion d'aménorrhée, d'avortement, de manœuvres endo-utérines, de prise de médicaments ou d'injection– Demander les antécédents personnels :<ul style="list-style-type: none">• médicaux (hypertension artérielle, diabète, drépanocytose, etc...)• gynécologiques (métrorragie, fausses couches à répétition, préciser leur terme)• obstétricaux : gestité, parité (âge du dernier enfant)• chirurgicaux : césarienne ou autres interventions– Demander les antécédents familiaux : ascendants, collatéraux, descendants (hypertension artérielle, diabète, drépanocytose, etc...)– Demander la situation sociale du conjoint– Chercher à faire préciser les conditions de survenue de cet avortement– Demander l'état vaccinal contre le tétanos		
3. Faire l'examen	<ul style="list-style-type: none">– Préparer le matériel		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

physique

- Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord
- Se laver les mains (eau, savon)
- Faire l'examen général :
 - apprécier l'état de conscience
 - regarder et apprécier la coloration des muqueuses et des téguments (anémie, ictère)
 - regarder le faciès
 - prendre température, tension artérielle, pouls
 - faire l'examen des seins et des aires ganglionnaires(aisselles)
 - Faire l'examen médical : apprécier la respiration, l'abdomen (météorisme + tympanisme et signe du flot)
 - Faire l'examen gynécologique :
 - au spéculum : état du col avec un écoulement de sang ou de pus provenant de la cavité utérine
 - rechercher les lésions traumatiques (col, vagin, autres organes)
 - faire le toucher vaginal : apprécier la longueur du col, son degré d'ouverture, le volume utérin et sa consistance, la notion de douleurs provoquées à l'examen
 - apprécier les culs-de-sac vaginaux et les annexes
 - examiner les pertes ramenées (sang, pus, débris ovulaires)
 - préciser leurs caractéristiques : odeur, couleur

- Examen de l'abdomen pour apprécier sa souplesse ou sa contracture, l'existence d'une masse douloureuse
- Faire la ponction du Douglas ou la ponction trans-abdominale
- Tirer la conclusion : avortement complet, avortement incomplet, infection génitale haute, pelvipéritonite, hémorragie du post-abortum

4. Faire les examens complémentaires

- GS-Rh
- NFS
- Glycémie

- Idem CS +
- CRP
- NFS complète + plaquettes

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
<p>5. Instaurer le traitement</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Faire une aspiration manuelle endo-utérine ou protocole Misoprostol comme indiqué plus haut – Donner, antibiotique, antalgique – SAT + VAT, si femme non vaccinée – Proposer une contraception œstro-progestative ou progestative (injectable, implants) ou DIU post-abortum (en l'absence d'avortement septique) – Hospitaliser ou mettre en observation – Prendre un abord veineux (cathéter G16 ou G18 ou à défaut G20, – Compenser les pertes sanguines, si nécessaire – Faire le traitement anti palustre – Faire l'oxygénothérapie si besoin – Référer au besoin 	<ul style="list-style-type: none"> – Examen bactériologique du pus avec antibiogramme – Echographie pelvienne (pour voir s'il y a rétention de débris placentaires pour éliminer un diagnostic différentiel) – Hémoculture si fièvre $\geq 38^{\circ}5$ C – Transaminases, bilirubine directe et indirecte 	<ul style="list-style-type: none"> Idem HZ/CHD + – Examen anatomo-pathologique des débris ovulaires
		<p>6. Donner un</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Inscire la patiente dans le registre des rendez-vous de consultation du post- abortum

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
rendez-vous pour le suivi	<ul style="list-style-type: none"> – Vérifier le remplissage correct du dossier – Vérifier si elle a tous les médicaments pour poursuivre le traitement, dont les contraceptifs – Remplir la fiche de contre-référence selon le niveau 		
7. Prendre congé	<ul style="list-style-type: none"> – Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin 		
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> – Faire un counseling à la cliente et aux accompagnants : nécessité de la poursuite des médicaments, de respecter les rendez-vous, ne pas culpabiliser la cliente, proposer une contraception, se protéger contre les infections (IST) – Donner des informations sur les risques et séquelles des avortements provoqués – Ne pas rater les rendez-vous de consultation – Vérifier l'état vaccinal, le carnet de sortie et les formalités administratives – Discuter les conditions de retour avec les accompagnants de la cliente – Accompagner la cliente et lui dire au revoir – Si nécessaire, orienter vers un(e) psychologue ou psychiatre 		

Composante 3 : Maternité à moindre risque / grossesse à risque élevé

Activité 16 : Prendre en charge la menace d'accouchement prématuré

Définition

C'est la survenue chez une gestante de phénomènes pouvant entraîner l'expulsion du fœtus entre la 28^e et la 37^e semaine d'aménorrhée

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la gestante	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège ou l'étendre si nécessaire– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Accorder une attention particulière à la gestante référée– Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe– Demander ce qu'on peut faire pour elle et la mettre en confiance		
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– Ouvrir un dossier– Demander les renseignements généraux : nom, prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de la gestante et du procréateur– Recueillir les ATCD familiaux (HTA, diabète)– Recueillir les antécédents gynécologiques, obstétricaux– Demander le motif de la consultation (contractions utérines sur grossesse âgée entre 6 et 8 mois)– Demander les antécédents d'accouchement prématuré– Demander la date des dernières règles– Situer les conditions socio-économiques– Rechercher les facteurs de risque d'accouchement prématuré– Rechercher l'existence de signes fonctionnels urinaires, de leucorrhée, de fièvre		
3. Faire l'examen physique	<ul style="list-style-type: none">– Préparer le matériel– Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord– Examiner les urines (claires, foncées, ou troubles)– Aider la gestante à se déshabiller	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none">– Faire l'examen cardio-vasculaire– Faire le palper pour rechercher une douleur au niveau des points urétéraux supérieurs et moyens	

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
	<ul style="list-style-type: none"> – Se laver les mains à l'eau et au savon – Faire l'examen général : <ul style="list-style-type: none"> • prendre le poids, la taille, la température, la tension artérielle, la fréquence respiratoire • examiner les muqueuses – Faire l'examen des seins et des aisselles – Faire l'examen obstétrical : <ul style="list-style-type: none"> • aider la gestante à s'installer sur la table d'examen en décubitus dorsal • se laver à nouveau les mains • faire l'inspection de l'abdomen • faire le palper obstétrical; noter la présence éventuelle de contractions utérines, leur intensité • vérifier la position du fœtus et sa présentation • mesurer la hauteur utérine • ausculter les bruits du cœur fœtal • inspecter la vulve à la recherche d'un écoulement de liquide, de sang • faire l'examen au spéculum (avec prudence) – Faire un toucher vaginal – Conclure : la gestante a une grossesse d'âge compris entre 6 et 8 mois. Il s'agit d'une menace d'accouchement prématuré : menace d'accouchement prématuré légère/ modérée : rares contractions utérines, sans perte de liquides ni de sang, col peu modifié menace d'accouchement prématuré sévère : contractions utérines fréquentes et douloureuses, avec pertes de liquide ou de sang, col effacé ou dilaté – Noter les résultats dans le carnet de santé 	<ul style="list-style-type: none"> – Faire un examen au spéculum pour objectiver un écoulement de liquide ou de sang – Faire le toucher vaginal pour apprécier les modifications du col (col plus court, plus mou, centré, perméable au doigt sans forcer - segment inférieur bien amplié) – Calculer le score de risque d'accouchement prématuré (CRAP) <p>A la fin de l'examen, quatre situations peuvent se présenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Contractions utérines faibles, sans modifications du col, CRAP compris entre 0 et 5 : risque négligeable – Contractions utérines sans modifications du col: CRAP compris entre 5 et 10. Il s'agit d'une menace d'accouchement prématuré légère – Contractions utérines avec modifications du col: CRAP compris entre 10 et 15. Il s'agit d'une menace d'accouchement prématuré modérée – Contractions utérines régulières douloureuses avec col effacé ou dilaté + perte de liquide et de sang : CRAP supérieur à 15. Il s'agit d'une menace d'accouchement prématuré sévère <p>Calculer le score de BAUMGARTEN (CU, PDE, métrorragie, dilatation) pour apprécier le pronostic d'accouchement prématuré (MAP légère si score ≤ 3 ; MAP modérée si score =4-5 ; MAP sévère si score ≥ 6)</p>	
4. Faire les examens complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> – Faire l'examen des urines à la bandelette multi paramètres – Faire un ECBU 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – NFS complète + plaquettes 	<p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Monitoring des contractions utérines

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
	<ul style="list-style-type: none"> - TDR/GE-DP - NFS 	<ul style="list-style-type: none"> - Ionogramme sanguin - Faire ECBU + antibiogramme - Faire une échographie obstétricale avec mesure de la longueur du col - Faire un prélèvement vaginal + antibiogramme - Faire un électrocardiogramme 	<ul style="list-style-type: none"> - Echographie rénale à la recherche de calculs rénaux

5. Instaurer le traitement

- Prendre en charge la menace d'accouchement prématuré modérée
- Hospitaliser la gestante (MAP modérée/sévère ou col < 25mm)
- Faire la tocolyse :
 - **1^{ère} intention : Tocolyse aux inhibiteurs calciques : Nifédipine (Adalate) ou Nicardipine (Loxen)**

Protocole à la Nifédipine

 - **Traitement d'attaque**
 - Mettre en place un abord veineux au cathéter G16 ou G18 avec remplissage rapide par 500 cc de Ringer lactate.
 - Administrer 1 comprimé 10 mg per os à répéter après 15 mn jusqu'à l'arrêt des contractions utérines, sans dépasser 4 comprimés en 1 heure. A l'arrêt des CU, on donne 1 cp de 20 mg de Nifédipine LP toutes les 8 heures
 - Surveiller la tension artérielle toutes les 15 min pendant 2 heures
Si hypotension maternelle (PA systolique < 8) : Ephédrine 2 à 3 cc IVD de l'ampoule diluée (soit 6 à 9 mg), En périphérie, préférer le remplissage vasculaire
 - **Traitement d'entretien**
 - : Nifédipine LP 20 mg toutes les 8 heures pendant 24 heures puis 1 comp toutes les 12 heures.
 - A J0 et J1, on peut aller jusqu'à 120 mg de Nifédipine.
 - Surveillance : Contrôle de la TA, 30 min après chaque prise
 - Le traitement d'entretien dure 48 heures à 7 jours

Contre-indications (Hypertension artérielle et hypotension artérielle maternelle (PA < 9/5), association avec le sulfate de magnésium, défaillance cardiaque notamment secondaire aux bêtamimétiques)

- **2^{ème} intention : Tocolyse au Salbutamol**
 - avec une perfusion de sérum glucosé 5 % 500 cc + 10 ampoules de salbutamol à 0,5 mg + 3 ampoules de diazépam à 10 mg en tenant compte des contre- indications maternelles au Salbutamol (cardiopathie) et des précautions d'emploi

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

- Commencer par 10 gouttes/min puis augmenter toutes les 30 min jusqu'à cessation des contractions utérines sans dépasser 30 gouttes/min
- Tenir compte du débit que la gestante peut supporter ; éléments de surveillance : TA, Pouls, Etat maternel
- Traiter éventuellement les causes : paludisme, infections urinaires (voir protocoles correspondants)
- Instituer une antibiothérapie en cas de perte de liquide (voir protocole « rupture prématurée des membranes »)
- Faire la maturation pulmonaire à base de Céléstène ou bêtaméthazone à raison de 12 mg en IM à renouveler au bout de 24 heures (entre 28 et 36SA)
- Après 48 heures de tocolyse parentérale, prendre le relais avec la voie orale : Salbutamol cp 2 mg: , 1 cp toutes les 8 heures+ Diazepam 5 mg, 1 cp toutes les 8 heures

- Evaluer régulièrement la tolérance et l'efficacité du traitement
- Référer vers CHD/CHU si pas d'amélioration

NB : Il est préférable de référer une menace d'accouchement prématuré à temps, plutôt que d'effectuer le transfert d'un prématuré, car le ventre de la mère demeure le meilleur incubateur.

Idem CS +

- Prendre en charge les échecs de la tocolyse
- Essayer d'autres médicaments:
 - les antiprostaglandines (en cas de contre-indication aux betamimétiques, avant la 32^e semaine) : Par exemple : Indométacine 100 mg par jour en suppositoire, pendant 48 heures
 - Sulfate de magnésium à visée neuroprotectrice chez les grands prématurés (moins de 32SA) : 1 g par heure pendant 12 heures, en IVL sur 5mn ou à la seringue électrique

6. Donner un rendez-vous pour le suivi

- Inscrire la gestante dans le registre des rendez-vous de la consultation prénatale, si la menace a été jugulée
- Inscrire la femme dans le registre des consultations du post-partum si la grossesse a été interrompue
- Vérifier le remplissage correct du carnet de santé et du dossier de la femme

7. Prendre congé

- Raccueillir, dire merci et demander de revenir au besoin

8. Faire le suivi

- Réévaluer le CRAP à chaque consultation et prendre en charge selon le cas

Composante 4 : Maternité à moindre risque / accouchement

Activité I : Prendre en charge l'accouchement normal

Définition

Processus physiologique aboutissant à la naissance dans les 12 heures (en moyenne) d'un enfant sain, à terme (fin de la 37^{ème} - début de la 42^{ème} semaine) sans altération de l'état de santé de la mère

NB : L'atteinte de cet objectif exige la gestion adéquate et active des étapes de l'accouchement, la détection précoce des complications éventuelles et leur prise en charge précoce et appropriée (traitement ou référence)

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la parturiente	<ul style="list-style-type: none">– Saluer la parturiente, souhaiter la bienvenue– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Se présenter et présenter les membres de l'équipe– Assurer la confidentialité		
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– Demander le motif de la consultation : contractions utérines régulières de plus en plus douloureuses, perte du bouchon muqueux (pertes glairo-sanguinolentes), perte du liquide amniotique– Recueillir : les nom et prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de la parturiente et du procréateur– Consulter le(s) carnet(s) de consultation prénatale de la parturiente– Enregistrer la parturiente sur la fiche de consultation– Ouvrir un dossier– Recueillir des informations sur<ul style="list-style-type: none">• la grossesse actuelle : durée en mois, nombre de consultations prénatales et leur régularité, traitements préventifs reçus (VAT, TPI, fer, acide folique), anomalies survenues (vomissements graves, fièvre, hémorragies...), bilan effectué et résultats• les antécédents obstétricaux grossesses antérieures et de leurs issues : nombre de grossesses, d'avortements, d'enfants, d'enfants nés vivants à terme, de prématurés, d'enfants mort-nés, d'enfants décédés,• le terme et l'âge des décès, le mode d'accouchement (normal, forceps, ventouse obstétricale, césarienne), la délivrance (normale ou compliquée), le post-partum		

- Recueillir des informations sur les antécédents gynécologiques, chirurgicaux, médicaux
- Faire préciser :
 - le début des contractions utérines (douleurs, intensité, localisation)
 - l'aspect du bouchon muqueux
 - l'heure de début de la perte de liquide amniotique, le caractère continu ou non de l'écoulement du liquide ,sa couleur, son odeur
 - l'existence éventuelle d'une perte de sang, même minime
- Demander si l'enfant bouge ou s'il ne bouge pas (faire préciser depuis quand)

3. Faire l'examen physique

- Préparer le matériel
- Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord
- Demander à la parturiente d'uriner, examiner les urines : claires, foncées, troubles ;
- Faire l'examen des urines avec la bandelette multi paramètres
- Lui demander de se déshabiller (l'aider à le faire, si nécessaire)
- Se laver les mains (eau, savon)
- Regarder les muqueuses et les téguments (anémie)
- Rechercher d'éventuels œdèmes (au niveau des membres inférieurs, du tronc, du visage) ou varices
- Prendre le pouls, la TA, la température, le poids, la taille
- Examiner la parturiente nue en position debout immobile, puis à la marche (rechercher une luxation congénitale de la hanche, une lordose, une cyphose)
- Faire l'examen obstétrical
 - inspecter l'abdomen et rechercher attentivement les cicatrices opératoires. Les incisions transversales de Pfannenstiel sont souvent difficiles à repérer
 - faire le palper abdominal pour identifier le côté du dos fœtal
 - ausculter les BDC fœtal : régularité et nombre de battements par minute
 - chronométrer les contractions utérines : fréquence, intensité, durée
- Faire la toilette vulvaire de la parturiente à l'aide d'un bock contenant de l'eau bouillie tiède :
 - laver au savon
 - rincer abondamment
 - badigeonner avec un antiseptique non mercuriel : toujours faire les gestes de haut en bas
 - se laver les mains et porter des gants stériles

- Faire le TV pour :
 - apprécier les modifications du col : position, consistance, souplesse, effacement, dilatation
 - identifier la nature de la présentation, sa variété, sa hauteur, son degré de flexion
- Préciser l'état de la poche des eaux : plate, bombante
- Préciser l'état du segment inférieur (mince, moulé sur la présentation)
- Apprécier la perméabilité du bassin (promontoire atteint ou non, lignes innommées parcourues sur toute leur longueur ou non)
- A la fin de l'examen, tirer une conclusion et informer la parturiente et ses accompagnants des résultats de l'examen

1. La parturiente ne peut pas accoucher dans le centre si :

- âge <16 ans ou >40 ans
 - parité > 6
 - utérus trop gros ≥ 36 cm
 - grossesse multiple
 - hémorragie vaginale
 - BDC non perçus
 - position transversale
 - antécédent de césarienne
 - liquide amniotique méconial
- Dans ce cas, informer la parturiente et ses accompagnants, leur expliquer pourquoi il faut référer et les aider pour la référence
 - Avertir le centre de référence
 - Prendre un abord veineux cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20), chercher un moyen de transport
 - Référer au centre chirurgical le plus proche

2. La parturiente peut accoucher dans le centre s'il n'y a aucun problème apparent

- Lui expliquer le déroulement de l'accouchement
- L'installer dans la salle d'accouchement avec l'accompagnant de son choix
- Fournir un soutien psychologique et physique continu tout le long du travail d'accouchement et dans le post-partum
- Donner à la parturiente le libre choix de la position et du mouvement tout au long du travail et de l'accouchement

– Prendre en charge les cas référés

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
4. Faire les examens complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> - Faire l'examen des urines avec la bandelette multi paramètre - Si le bilan prénatal n'est pas fait, le faire (au moins groupage sanguin, rhésus NFS complète et test rapide VIH) 	<ul style="list-style-type: none"> Idem CS + - autres bilans en fonction d'une pathologie associée (Urée, glycémie.....) 	
5. Surveiller le Travail	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre un abord veineux au cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20) - Faire les examens suivants, pendant toute la durée de la période d'effacement et de dilatation du col, en portant chaque fois, les résultats sur le partographe. <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier les BDC toutes les 30 minutes • prendre le pouls, la TA, la température, et noter le volume des urines toutes les heures • Noter l'heure de la rupture de la poche des eaux • Vérifier la couleur du liquide amniotique • Surveiller la fréquence et l'intensité des CU toutes les 30 mn • Vérifier toutes les heures si la parturiente présente des signes de danger (état d'agitation ou de somnolence anormale, intensité, durée des CU) • A partir de 4 cm tracer la courbe de la dilatation du col à intervalles de 2 heures • Noter l'évolution de la présentation (rotation, descente), la variété de position, le modelage de la tête fœtale - Porter le tablier, la calotte, la bavette, les lunettes - Se laver les mains (eau, savon) - Mettre des gants stériles 		
		<ul style="list-style-type: none"> - Idem CS+ - Prendre en charge les cas référés 	
6. Faire l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> - Préparer le matériel d'accouchement et de réanimation du nouveau-né, dès que la dilatation cervicale atteint 5 cm, veiller à maintenir la température de la salle d'accouchement entre 25 et 28 °C - A 7 cm, installer la parturiente en salle d'accouchement, en position gynécologique - A 9 cm de dilatation, se préparer à faire l'accouchement - Vérifier les BDC fœtal 		

- Porter le tablier, la calotte, la bavette, les lunettes
- Se laver les mains (eau, savon)
- Mettre des gants stériles
- A 10 cm, s'assurer que la présentation est engagée avant de faire pousser la parturiente
- Recommander à la parturiente de pousser seulement pendant les contractions utérines
- Toujours ausculter les BDC fœtal entre 2 contractions utérines
- Instruire la parturiente de pousser fort vers le bas, comme si elle allait à la selle, la glotte fermée (ne pas crier), après avoir fait une expiration forcée suivie d'une grande inspiration. Après la contraction et l'effort de poussée, elle doit se détendre, se reposer en respirant normalement, amplement
- Après cette instruction, il faut guetter la contraction utérine (annoncée par la parturiente), et faire pousser la parturiente pendant la contraction
- Pendant le dégagement de la tête :
 - Demander à la parturiente de souffler ou de pousser légèrement lors des contractions utérines
 - Une main maintient la tête fœtale en flexion
 - La seconde main soutient le périnée postérieur et recherche le menton fœtal
 - lorsque la main accroche le menton, il faut dire à la parturiente de ne plus pousser
 - procéder au dégagement de la tête fœtale, lentement, millimètre par millimètre, tout en surveillant de très près le périnée, afin d'éviter sa déchirure (si nécessaire, faire une épisiotomie pendant la contraction utérine et lorsque le périnée postérieur bombe)
- Dès que la tête fœtale est sortie, la saisir à 2 mains, et attendre le mouvement de restitution. Procéder à l'accouchement des épaules: exercer une légère traction vers le bas pour dégager l'épaule antérieure, puis soulever l'enfant vers le ventre de sa mère pour dégager l'épaule postérieure (réduire le risque de déchirure en ne dégageant qu'une seule épaule à la fois) puis du reste du corps
- **N.B** : si le cordon est enroulé autour du cou mais lâche, le faire glisser par-dessus la tête du bébé ; s'il est enroulé étroitement autour du cou, le clamber en deux endroits et le couper avant de le dérouler
- S'assurer que le nouveau-né pousse bien son premier cri : si oui, et s'il continue à crier, le coucher ventre contre ventre sur sa mère et le recouvrir d'un pagne propre et sec. Stimuler, sécher rapidement le nouveau-né avec un pagne sec. Eliminer le pagne mouillé et couvrir la mère et le nouveau-né d'un autre pagne sec et propre. Evaluer le score d'APGAR. Attendre 2 à 3 mn que le cordon cesse de battre. Clamber et couper le cordon ombilical
- S'il ne pousse pas bien son premier cri (cri faible ou pas de cri), couper immédiatement le cordon ombilical entre 2 pinces et procéder sans retard à la réanimation (voir composante 6 activité 3)

– Vérifier l'absence de saignement au niveau des tranches de section (côté mère et, surtout, du côté du nouveau-né)

7. Couper le cordon

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

ombilical

8. Donner les premiers soins au nouveau-né

- Voir Composante 6, activité 1, volet « Enfants »

9. Faire la délivrance

Etapas de la gestion active de la 3ème période de l'accouchement

- Se préparer
- Informer la femme et son accompagnant sur ce qui va être fait et les encourager à poser des questions
- Ecouter ce que la femme et son accompagnant ont à dire
- Placer un récipient stérile ou à défaut un récipient propre (p.ex. : bassin hygiénique) – - contre le périnée de la femme

Prise en charge de la 3ème période de l'accouchement

Délivrance du Placenta

- Administrer l'ocytocines 10 unités d'oxytocine (de préférence) IM après avoir vérifié l'absence d'un autre fœtus.
- Si **l'établissement n'a pas d'oxytocine**, donner 600 mcg de Misoprostol par voie orale.
- Clamper le cordon à proximité du périnée en utilisant une pince de Kocher
- Maintenir le cordon et la pince dans une main
- Placer l'autre main juste au-dessus du pubis de l'accouchée et stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut pendant que la main qui tient la pince exerce une traction mesurée sur le cordon. La contre traction ainsi exercée refoule le fond utérin et contribue à éviter une inversion de l'utérus
- Maintenir une légère tension sur le cordon et attendre une contraction utérine (2 à 3 min)
- Lorsque **l'utérus s'arrondit** ou que **le cordon s'allonge**, tirer très doucement sur le cordon, vers le bas, pour extraire le placenta. Ne pas attendre que du sang gicle pour exercer une traction sur le cordon. De l'autre main, maintenir la pression vers le haut
- Si **le placenta ne descend pas** dans les 30 à 40 secondes qui suivent la traction mesurée sur le cordon (c'est-à-dire, s'il n'y a pas de signe de décollement du placenta), cesser de tirer sur le cordon
 - tenir délicatement le cordon et attendre que l'utérus soit à nouveau bien contracté. Si nécessaire, déplacer la pince pour clamper le cordon plus près du périnée à mesure qu'il s'allonge
 - à la contraction suivante, renouveler la traction mesurée sur le cordon en maintenant la pression vers le haut par la main sus-pubienne
- Pendant l'expulsion du placenta, les membranes peuvent se déchirer. Prendre le placenta avec les deux mains et le faire tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes soient enroulées sur elles-mêmes

- Tirer lentement pour parachever la délivrance
- Si **les membranes se déchirent**, examiner avec délicatesse la partie supérieure du vagin et le col avec des gants stériles et utiliser une pince porte-tampons pour retirer tous les débris de membranes
- Examiner soigneusement le placenta pour être sûr qu'il est complet. **S'il manque une partie de la surface maternelle ou si les membranes qui contiennent des vaisseaux sont déchirées**, envisager la possibilité d'une rétention placentaire partielle et faire une révision utérine
- Mettre le placenta dans le récipient prévu (p.ex. : bassin hygiénique)

Massage utérin

- Masser immédiatement le fond utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se contracte.
- Montrer à la femme comment masser son propre utérus et comment savoir si l'utérus ne se contracte pas suffisamment.
- Renouveler le massage utérin toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures.
- S'assurer que l'utérus ne se relâche pas (utérus mou) quand on interrompt le massage utérin.
- Demander à la femme d'uriner ou sonder si globe vésical

Examen du canal génital

- Demander à l'assistant de diriger un faisceau lumineux puissant sur le périnée
- Vérifier le vagin et le périnée pour détecter des déchirures
- Réparer toute déchirure
- Laver la vulve et le périnée avec de l'eau tiède et du savon ou une solution antiseptique et sécher avec un tissu propre et doux
- Placer un tissu ou une compresse propre sur le périnée de la femme
- Retirer les draps souillés et mettre la femme à l'aise
- Evaluer la perte de sang
- Examiner le placenta
 - mettre des gants propres
 - tenir le placenta dans la paume des mains, le côté maternel dirigé vers le haut
 - vérifier que tous les cotylédons sont en place et bien ensemble
 - tenir le cordon d'une main et laisser pendre le placenta et les membranes
 - insérer l'autre main dans les membranes, les doigts bien écartés
 - vérifier l'intégralité des membranes
 - noter la position d'insertion du cordon
 - inspecter le bout sectionné du cordon pour constater la présence de 2 artères et une veine

- tremper le placenta dans l'eau de décontamination avant de le remettre aux accompagnants en leur conseillant de ne pas le manipuler
- mettre les linges souillés dans un récipient
- Mettre les instruments dans une solution de chlore à 0.5% pendant 10 minutes pour la décontamination
- Eliminer les seringues et aiguilles :
 - Avant d'éliminer les seringues et aiguilles, les purger trois fois avec une solution de chlore à 0.5%, les mettre ensuite dans un récipient increvable (boîte de sécurité)
 - tremper les 2 mains gantées dans une solution de chlore à 0,5%. Enlever les gants en les retournant, les éliminer dans un récipient ou sachet étanche
 - laver les mains entièrement avec de l'eau et du savon et les sécher avec un tissu sec et propre ou à l'air
 - enregistrer tous les résultats dans le dossier de l'accouchée

Soins pendant le post-partum immédiat (0-6 heures du post-partum)

Les 6 premières heures après la délivrance constituent la période où surviennent de nombreux décès maternels et néonataux évitables

- Garder la femme dans la salle de délivrance pendant au moins 2 heures sur la table d'accouchement et pendant les 4 heures suivantes dans la salle de dilatation et observer de près le couple mère-enfant.
- Chez le nouveau-né surveiller : la respiration, la coloration, la température, le comportement au sein, le cordon
- Chez la mère surveiller étroitement le saignement vaginal, la globe de sécurité et les signes vitaux pendant les 6 premières heures du post-partum selon les indications suivantes :

Paramètre	Post-partum Immédiat (0-6 h)
<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier les signes vitaux <ul style="list-style-type: none"> - Tension artérielle - Pouls • Surveiller le saignement vaginal • Vérifier le globe de sécurité 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les 15 min pendant 2 h, puis • Toutes les 30 min pendant 1 h, puis • Toutes les heures pendant 3 heures <p>Note : Un saignement exagéré doit être détecté/signalé immédiatement</p>
• Vérifier la température et la fréquence respiratoire	Toutes les 4 heures
• Vérifier la vessie et aider la femme à uriner si besoin	Une fois par heure
• Vérifier l'hydratation	Une fois par heure
• Evaluer et surveiller l'allaitement au sein	Une fois par heure
• Surveiller les réactions psychologiques	Une fois par heure

Idem CS+ prendre en charge les cas référés

**10. Faire des soins
du post-partum
immédiats**

Voir soins du post-partum immédiat (composante 5 Activité 1)

**11. Donner un
rendez-vous pour
le suivi**

- Vérifier le remplissage correct des dossiers et supports de l'accouchée et de l'enfant
- Donner les conseils nutritionnels et faire un counseling sur la PF
- Donner un rendez-vous pour le suivi

12. Prendre congé

- Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin

13. Faire le suivi

- Voir soins du post-partum tardif (composante 5 activité 1)

Composante 4 : Maternité à moindre risque / accouchement

Activité 2 : Prendre en charge un accouchement dystocique / travail prolongé

Définition

L'accouchement dystocique est celui dont le déroulement est perturbé par un obstacle mécanique, un trouble de la dynamique utérine, ou les deux. Un travail prolongé est celui dont la durée est égale ou supérieure à 18 heures.

On distingue :

- La phase de latence prolongée où, la gestante étant en travail (vrai travail), la dilatation du col reste stationnaire et inférieure à 4 cm pendant plus de 8 heures
- La phase active prolongée où la courbe de dilatation cervicale croise la ligne d'alerte du partogramme (durée \geq 12 heures)
- La phase pelvienne (phase d'engagement, de descente, de rotation et d'expulsion) prolongée où, à dilatation complète, malgré les efforts de la parturiente et ceux de l'accoucheur, la présentation reste bloquée pendant plus d'une heure dans le pelvis

I. Phase de latence prolongée

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la parturiente qui a tenté d'accoucher à domicile ou référée	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue et installer la parturiente– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Se présenter et présenter les membres de l'équipe– Rassurer quant à la confidentialité		
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– S'enquérir du motif de la consultation : « je suis en travail depuis plusieurs heures, mais l'enfant ne sort pas »– Recueillir : nom, prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de la parturiente et du procréateur– Demander l'âge de la grossesse, le jour et l'heure du début des contractions utérines douloureuses– S'enquérir de la marche du travail (durée approximative du travail depuis le début des contractions utérines régulières et douloureuses) : 8 heures environ– S'enquérir d'une éventuelle perte des eaux (heure, abondance, couleur, odeur)– Demander les antécédents obstétricaux : nombre de grossesses, d'enfants vivants, de fausses couches– Demander le lieu et les modes habituels d'accouchement		

- Consulter le(s) carnet(s) de consultation prénatale de la parturiente
- Ouvrir un dossier

3. Examiner la parturiente qui a tenté d'accoucher à domicile / évaluer la situation de la parturiente qui a commencé son travail dans le centre

- Préparer le matériel
- Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord
- Aider la parturiente à se déshabiller et à s'installer sur la table d'examen en position gynécologique
- Se laver les mains (eau, savon)
- Prendre le pouls, la tension artérielle, la température (fièvre)
- Rechercher une anémie, des œdèmes
- Chronométrer les contractions utérines (durée, fréquence, intensité par 10 mn)
- Mesurer la hauteur utérine
- Repérer les pôles fœtaux
- Chronométrer les bruits du cœur fœtal
- Se laver à nouveau les mains à l'eau et au savon, et mettre des gants stériles
- Faire un toucher vaginal pour :
 - identifier la présentation (préciser sa variété de position, sa hauteur, son degré de flexion et éventuellement une déformation craniène)
 - évaluer l'état du col : position, longueur, dilatation, souplesse, minceur, sollicitation par la présentation
 - apprécier l'état du segment inférieur (sa minceur, son ampliation, moulant la présentation)
- Vérifier l'intégrité de la poche des eaux :
 - si intacte : préciser si elle est plate ou bombante
 - si rompue : faire préciser l'heure de la rupture. Noter la couleur (méconiale, purée de pois, claire ou sanguinolente), l'odeur et l'abondance du liquide amniotique
- Examiner le bassin :
 - promontoire atteint ou non : si promontoire atteint mesuré le PRP
 - lignes inominées parcourues sur toute leur longueur ou non
 - épines sciatiques saillantes ou non
 - sacrum normal ou non
 - ogive pubienne serrée ou non
 - diamètre bi-ischiatique normal ou non

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

- Evaluer le périnée : souple ou tonique
- A la fin de l'examen, tirer une conclusion :
 - Cas 1** : la parturiente est en travail et il y a une dystocie dynamique (contractions utérines insuffisantes en durée et en intensité), il n'y a pas de souffrance fœtale, la hauteur utérine est normale, le col est souple, le bassin est normal
 - Cas 2** : la parturiente est en travail et il y a une disproportion fœto-pelvienne manifeste, ou une présentation dystocique, ou une présentation mal fléchie, des contractions utérines excessives et très douloureuses
 - Cas 3** : la parturiente est en travail et il y a une souffrance fœtale aiguë
 - Cas 4** : la parturiente n'est pas en travail, il n'y a pas de souffrance fœtale aiguë, et le reste de l'examen obstétrical est normal
- Informer la parturiente et les accompagnants des résultats de votre examen et de votre décision :
 - pour les **Cas 1, 2 et 3** : référer vers le centre chirurgical le plus proche
 - pour le **Cas 4** : attendre au CS que la gestante entre effectivement en travail pour voir si elle peut accoucher à ce niveau

4. Faire les examens complémentaires

- Faire l'examen des urines avec la bandelette multi paramètres,
- NFS complète
- Si le bilan prénatal n'est pas fait, le faire (au moins groupage sanguin rhésus, et test rapide VIH)

- Idem CS +
- NFS complète + plaquettes
 - Faire glycémie ; azotémie ; créatininémie, électrophorèse de l'HB
 - Faire, si nécessaire, une échographie obstétricale (biométrie fœtale et score de manning)

5. Instaurer le traitement

- Expliquer à la parturiente, au procréateur, et aux accompagnants, la nécessité de référer
- Pour les **Cas 1, 2 et 3** :
 - placer une perfusion de Ringer-lactate (cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20))
 - administrer 2 grammes d'amoxicilline en IM, si la poche des eaux est rompue si la durée est supérieure à 6H
 - référer vers le centre chirurgical le plus proche, en recommandant à la gestante de faire, si possible, le voyage en étant couchée sur le côté gauche

- Prendre en charge les cas référés
- Cas 1** (dystocie dynamique avec HU, présentation, bassin, et périnée normaux et absence de souffrance fœtale aiguë) :
 - Stimuler le travail par une perfusion d'ocytocine: 5 UI dans 500 ml de glucosé à 5%. Démarrer à 8 gouttes par minute, augmenter progressivement si nécessaire, sans dépasser 32 gouttes/min
 - Surveiller l'évolution du travail (effacement-dilatation du col) toutes les heures et l'absence de souffrance fœtale toutes les 30 mn,
 - Si au bout de 2 heures l'évolution est favorable, se faisant vers la phase active, continuer la perfusion

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
<p>6. Donner le rendez-vous pour le suivi</p>	<p>– Pour le Cas 4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ si la gestante habite près du CS, lui dire de rentrer à la maison et de revenir lorsqu'elle aura des contractions utérines régulières, de plus en plus fréquentes et de plus en plus douloureuses ○ si la gestante habite loin du CS ou si elle a été référée, la garder au centre et surveiller son entrée en travail (pour la CAT, voir protocole sur l'accouchement normal) 	<p>– Si évolution défavorable (pas d'évolution vers la phase active ou apparition d'une souffrance fœtale aiguë), informer la parturiente, le procréateur et les accompagnants, et faire une césarienne</p> <p>Cas 2 et 3 (disproportion fœto-pelvienne, souffrance fœtale) : faire une césarienne</p> <p>Cas 4 : CAT : Idem CS</p>	
	<p>– Donner un rendez-vous.</p>	<p>Idem CS+</p>	
	<p>– Vérifier le remplissage correct du carnet et du dossier de la parturiente</p>	<p>– Remplir la fiche de contre référence</p>	
<p>7. Prendre congé</p>	<p>– Raccueillir, dire merci et demander de revenir au besoin</p>		
<p>8. Faire le suivi</p>	<p>– S'assurer que la parturiente référée a été effectivement admise au centre de référence</p> <p>– S'informer de l'issue de l'accouchement</p> <p>– Faire la consultation du post-partum tardif</p>	<p>Idem CS +</p> <p>– Remplir la fiche de contre-référence</p>	

II. Phase active prolongée

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la parturiente qui a tenté d'accoucher à domicile ou référée	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue et installer la parturiente– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Se présenter et présenter les membres de l'équipe– Rassurer quant à la confidentialité		
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– S'enquérir du motif de la consultation : « je suis en travail depuis plusieurs heures, mais l'enfant ne sort pas »– Demander les nom et prénoms, âge, profession, adresse de la parturiente– Inscrire la parturiente sur la fiche ou sur le registre de consultation– Consulter le(s) carnet(s) de consultation prénatale de la parturiente– Ouvrir un dossier– Demander l'âge de la grossesse, le jour et l'heure du début des contractions utérines douloureuses– S'enquérir de la marche du travail (durée approximative, depuis le début des contractions utérines régulières et douloureuses)– S'enquérir d'une éventuelle perte des eaux (heure, abondance, couleur, odeur)– Demander les antécédents obstétricaux : nombre de grossesses, nombre d'enfants vivants, nombres de fausses couches– Demander le lieu et les modes habituels d'accouchement		
3. Examiner la parturiente qui a tenté d'accoucher à domicile / évaluer la situation de la parturiente qui a commencé son travail dans le centre	<ul style="list-style-type: none">– Préparer le matériel– Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord– Aider la parturiente à se déshabiller et à s'installer sur la table d'examen en position gynécologique– Se laver les mains (eau, savon)– Prendre le pouls, la tension artérielle, la température– Prendre le poids et mesurer la taille– Regarder les muqueuses et les téguments– Chronométrer les contractions utérines (durée, fréquence par 10 minutes) : hypocinésie, hypercinésie ?– Apprécier le relâchement utérin entre 2 contractions et sa durée : hypotonie, hypertonicité utérine ?– Mesurer la hauteur utérine– Faire le palper obstétrical : position du fœtus, situation des pôles fœtaux et du dos du fœtus		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
	<ul style="list-style-type: none"> - Chronométrer les BDC fœtal : <ul style="list-style-type: none"> • BDC régulier entre 120-160 : normal • BDC > 160 : anormal • BDC < 120 : anormal - Faire le TV : <ul style="list-style-type: none"> • vérifier le degré de dilatation du col, sa souplesse, sa minceur (col dilaté à 4-7 cm depuis plusieurs heures, épais, œdématié, dur ?) • vérifier la poche des eaux : intacte ? rompue ? • si la poche des eaux est rompue, apprécier la couleur du liquide amniotique (clair, teinté, méconial ?) et son odeur (fétide ?) • faire le diagnostic de la présentation : • préciser sa variété de position, son degré de flexion, sa descente • indiquer s'il existe une bosse séro-sanguine, un chevauchement des os du crâne • évaluer le bassin de la parturiente (promontoire, lignes innominées, épines sciatiques, sacrum, ogive pubienne, bi-ischiatique) • évaluer le périnée de la parturiente (souple, tonique, cicatriciel) - A la fin de l'examen, tirer une conclusion : <ul style="list-style-type: none"> • dystocie dynamique (anomalies de CU) • dystocie cervicale • bassin rétréci • disproportion fœto-pelvienne • présentation dystocique • obstacle prævia • souffrance fœtale - Informer la parturiente et les accompagnants des résultats de votre examen 		
<p>4. Faire les examens complémentaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faire l'examen des urines avec la bandelette multi paramètres - NFS complète - Groupage sanguin + rhésus 	<ul style="list-style-type: none"> Idem CS + - NFS complète + plaquettes - Echographie obstétricale (biométrie fœtale et score de manning) 	
<p>5. Instaurer le</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une perfusion de sérum salé 	<ul style="list-style-type: none"> - En cas de dystocie dynamique, ou si la courbe 	

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
traitement	<p>isotonique ou de Ringer-lactate au cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Administrer des antibiotiques : amoxicilline 2g IV si la poche des eaux est rompue si la durée est supérieure à 6H – Administrer des antalgiques forts : péthidine 100 mg IM ou antispasmodique à toutes ces parturientes sauf celle dont le fœtus fait une souffrance fœtale aiguë ou si l'on estime que l'accouchement pourrait être imminent – Informer les accompagnants et la parturiente de la gravité de la situation de la nécessité de référer de l'éventualité d'une intervention chirurgicale – Avertir le bloc chirurgical le plus proche – Remplir la fiche de référence – Référer la parturiente, munie de sa perfusion 	<p>de dilatation est entre la ligne d'alerte et la ligne d'action, et si la présentation est engagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rompre la poche des eaux (si elle n'est pas déjà rompue) • vider la vessie • stimuler le travail (5 UI d'ocytocine dans 500cc de sérum glucosé isotonique) si indiqué • administrer des antibiotiques (ampicilline) et/ou des antalgiques (péthidine) si indiqués <p>– Apprécier le résultat de la stimulation du travail au bout de 2 heures :</p> <ul style="list-style-type: none"> • si le travail évolue normalement (vitesse de dilatation ≥ 1 cm/h, descente et rotation satisfaisantes, absence de SFA), continuer la perfusion d'ocytocine jusqu'à dilatation complète, et pratiquer l'accouchement • arrêter immédiatement la perfusion d'ocytocine et faire une césarienne: <ul style="list-style-type: none"> ✓ si le travail évolue mal (situation inchangée ou vitesse de dilatation < 1 cm/h, descente et rotation nulles) ✓ s'il apparaît une souffrance fœtale ✓ s'il apparaît une souffrance maternelle (syndrome de pré rupture utérine) <p>– Dans tous les autres cas (disproportion fœto-pelvienne, bassin rétréci, présentation dystocique, obstacle prævia, présentation non engagée, souffrance fœtale aiguë) : faire une césarienne d'emblée</p>	
6. Donner le rendez-vous pour le suivi	<p>– Dire à la parturiente référée de venir vous voir dès son retour</p>	<p>– Vérifier le remplissage correct des dossiers et des carnets de santé de la mère et du nouveau-né</p> <ul style="list-style-type: none"> – En cas de césarienne, donner le compte-rendu opératoire à la mère – Donner les conseils nutritionnels et faire le counseling sur la PF – Inscrire la date du rendez-vous dans les carnets de la mère et du nouveau-né – Remplir la fiche de contre-référence 	
7. Prendre congé	<p>– Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin</p>		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> – S’assurer que la parturiente référée a été effectivement admise au centre de référence – S’informer de l’issue de l’accouchement – Assurer les soins du post-partum (consultation postnatale) 	<ul style="list-style-type: none"> – Selon le protocole des soins du post-partum tardif (consultation postnatale) 	

III. Phase pelvienne (phase d'engagement, de descente, de rotation et d'expulsion) prolongée

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la parturiente qui a tenté d'accoucher à domicile ou référée	<ul style="list-style-type: none"> – Saluer, souhaiter la bienvenue, et installer – Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence – Se présenter et présenter les membres de l'équipe – Rassurer quant à la confidentialité 	<ul style="list-style-type: none"> - Accorder une attention particulière à la parturiente référée 	
2. Mener l'interrogatoire de la parturiente qui a tenté d'accoucher à domicile ou qui a été référée	<ul style="list-style-type: none"> – S'enquérir du motif de la consultation : « je suis en travail depuis plusieurs heures, mais l'enfant ne sort pas » – Recueillir : les nom et prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de la parturiente et du procréateur – Inscrire la parturiente sur la fiche ou sur le registre de consultation – Demander l'âge de la grossesse, le jour et l'heure du début des contractions utérines douloureuses – S'enquérir de l'heure de la rupture de la poche des eaux (abondance, couleur, odeur) – Demander les antécédents obstétricaux : nombre de grossesses, nombre d'enfants vivants, nombres de fausses couches – Demander le lieu et les modes habituels d'accouchement – Consulter le(s) carnet (s) de consultation prénatale de la parturiente – Ouvrir un dossier 		
3. Examiner la parturiente qui a tenté d'accoucher à domicile / évaluer la situation de la parturiente qui a commencé son travail dans le centre	<ul style="list-style-type: none"> – Préparer le matériel – Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord – Aider la parturiente à se déshabiller et à s'installer sur la table d'examen en position gynécologique – Se laver les mains (eau, savon) – Prendre le pouls, la tension artérielle, la température ; vider la vessie – Mesurer la hauteur utérine – Vérifier la position du fœtus – Chronométrer les contractions utérines (durée, fréquence/10 mn) – Chronométrer les BDC fœtal – Vérifier la présentation (nature, variété de position, descente-rotation, degré de flexion) 		

- Vérifier l'absence de bosse séro-sanguine, de chevauchement des os du crâne
- Vérifier la couleur et l'odeur du liquide amniotique
- Vérifier la perméabilité du bassin :
 - détroit supérieur, détroit moyen (si cela est encore possible)
 - détroit inférieur (ogive pubienne, diamètre bi-ischiatique)
- Evaluer la souplesse du périnée (souple, cicatriciel, cure de fistule vésico-vaginale ?)

A la fin de l'examen, tirer une conclusion :

- **Cas 1** : présentation engagée sur le périnée ou à la partie basse de l'excavation
- **Cas 2** : présentation engagée à la partie moyenne de l'excavation
- **Cas 3** : présentation non engagée ou engagée à la partie haute de l'excavation
- **Cas 4** : bassin rétréci (attention au détroit inférieur)
- **Cas 5** : périnée cicatriciel et/ou cure de fistule vésico-vaginale
- **Cas 6** : existence d'une souffrance fœtale aiguë

4. Faire les examens complémentaires

Faire l'examen des urines avec la bandelette multi paramètres

- Groupage sanguin + rhésus, NFS complète

5. Instaurer le traitement

- Poser une perfusion de sérum salé ou Ringer-lactate (cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20))
- Mettre la parturiente en décubitus latéral gauche
- Commencer une antibiothérapie (si poche des eaux rompue depuis plus de 5 heures) si la durée est supérieure à 6H
- Prendre les dispositions qui s'imposent selon les cas identifiés :

Cas 1 (présentation engagée sur le périnée ou à la partie basse de l'excavation) :

- ❖ si personnel formé à l'utilisation de la ventouse
 - faire pousser la parturiente pendant les contractions utérines
 - extraire le fœtus à l'aide d'une ventouse obstétricale s'aider d' une épisiotomie si nécessaire
 - faire une délivrance assistée : administrer 10 UI d'ocytocine en IM après expulsion du fœtus
 - réparer l'épisiotomie
- ❖ si personnel non formé à l'utilisation de la ventouse : référer

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
	<p>Cas 2, 3, 4, 5, et 6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • informer la parturiente et les accompagnants de la nécessité de référer, avertir le centre de référence, si possible • remplir la fiche de référence • référer la parturiente, munie de sa perfusion et couchée en décubitus latéral gauche, vers le centre chirurgical le plus proche 	<p>Idem CS+</p> <ul style="list-style-type: none"> – Cas 1 : extraire le fœtus à l'aide d'une ventouse obstétricale ou d'un forceps – Cas 2 : extraire le fœtus par forceps – Cas 3, 4, 5, et 6 : faire une césarienne 	
<p>6. Donner le rendez-vous pour le suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Vérifier que le dossier et le carnet de santé de la mère et du nouveau-né sont bien remplis. Sinon, les remplir – Donner les conseils nutritionnels et faire le counseling sur la PF – Dire à la parturiente référée de venir vous voir dès son retour (niveau CS) 		
<p>7. Prendre congé</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin 		
<p>8. Faire le suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> – S'assurer que la parturiente référée a été effectivement admise au centre de référence – S'informer de l'issue de l'accouchement – Assurer les soins du post-partum tardif 	<ul style="list-style-type: none"> – Idem CS+ - Remplir la fiche de contre-référence 	

IV. Cas particuliers

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
A. Procidence d'un membre : Il s'agit de la descente d'un membre dans l'excavation pelvienne, sous la présentation (à laquelle il n'appartient pas). Le plus souvent, il s'agit de la procidence d'une main devant la présentation du sommet	<p>- Diagnostiquer, éventuellement la présence d'une main devant la présentation du sommet</p> <p>- Dans tous les cas :</p> <ul style="list-style-type: none">• ne pas s'affoler• ne pas faire de gestes intempestifs, en particulier,• ne pas tenter de refouler le membre procident, car il se réduira tout seul• Prendre un abord veineux au cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20) au Ringer lactate• s'il ne se réduit pas, faire 10 mg de diazépam IM + 1amp de salbutamol ramené à 10cc avec du sérum physiologique en IVD lente et référer vers le centre chirurgical le plus proche (voir conditions de référence ci-dessus)	Idem CS+	<p>- Prise en charge des cas référés : si le membre procident ne se réduit pas, faire une césarienne</p> <p>- Préparer la réanimation du Nouveau -né</p>
B. Pro cubitus C'est la descente du cordon dans l'aire de la dilatation, membranes intactes	<p>- Préserver la poche des eaux</p> <p>- Mettre la parturiente en position de Trendelenbourg</p> <p>- Prendre un abord veineux au cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20) au Ringer lactate</p> <p>- Faire une ampoule de salbutamol ramenée à 10 cc en IV lente</p> <p>- Référer (aviser le centre de référence, de préférence transport médicalisé)</p> <p>- Référer</p>	- Prendre en charge les cas référés	<p>- Césarienne</p> <p>- Préparer la réanimation du Nouveau -né</p>
C. Procidence du	<p>- Diagnostiquer éventuellement :</p>		

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
<p>cordons :</p> <p>C'est la descente du cordon dans l'excavation pelvienne sous la présentation, membranes rompues</p> <p>Conduite à tenir si l'on peut voir ou toucher le cordon ombilical</p>	<ul style="list-style-type: none"> • une présentation du siège • une présentation de l'épaule • poser une perfusion de Ringer-lactate (cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20)) <p>Si procidence vraie du cordon :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Si le cordon ne bat pas : il n'y a plus d'urgence (attendre l'accouchement) – Si le cordon bat, avec dilatation complète, présentation engagée, hâter l'accouchement par une perfusion d'ocytocine, ou extraire par ventouse selon le plateau technique – Se tenir prêt pour une réanimation du nouveau-né – Si le cordon bat, avec dilatation incomplète, présentation engagée ou non : – Oxygéner la mère ++ – Faire 1amp de salbutamol ramenée à 10cc en IV lente – Si le cordon pend hors de la vulve, l'entourer de compresses mouillées de sérum salé – référer la parturiente vers le centre chirurgical le plus proche – mettre une main lavée (eau, savon) et gantée (gants stériles) dans le vagin pour refouler la présentation tout au long du trajet (jusqu'au centre de référence) 		
<p>D. Présentation du siège :</p> <p>C'est la présentation de l'extrémité pelvienne du fœtus dans le détroit supérieur du petit</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Il faut tenir compte de la parité et de la hauteur utérine (donne une idée du poids du fœtus) <p>Cas 1 : siège de poids normal ($HU \leq 34$, PDE intacte), chez une multipare (parité 2 à 4) ayant un bassin normal, avec bonnes contractions utérines : tenter l'accouchement par voie basse, si le plateau technique le permet, mais REFERER vers le</p>	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prise en charge des cas référés – Extraire le fœtus par césarienne si dilatation incomplète et présentation engagée ou non et fœtus vivant – Préparer la réanimation du nouveau-né 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prise en charge des cas référés <p>Cas 3 : Tenter l'accouchement par voie basse ; faire une césarienne au moindre problème</p> <p>Préparer la réanimation du nouveau-né</p> <p>Cas 4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Si multipare avec bassin normal, tenter la voie basse ; faire une césarienne si problème

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
<p>bassin de la gestante. (Le fœtus naît par les fesses)</p> <p>Conduite à tenir si on peut voir ou toucher les fesses du fœtus</p>	<p>centre chirurgical le plus proche dès qu'apparaît la moindre anomalie (hypocinésie, dystocie cervicale)</p> <p>Cas 2 : siège de poids normal chez une nullipare : ⇒ REFERER immédiatement vers le centre chirurgical le plus proche</p> <p>Cas 3 : siège de poids normal chez une grande multipare (parité ≥ 5) ⇒ REFERER immédiatement vers le centre chirurgical le plus proche</p> <p>Cas 4 : gros siège HU ≥ 35cm</p> <p>– quelle que soit la parité REFERER immédiatement vers le centre chirurgical le plus proche (voir conditions de référence plus haut)</p>	<p>Préparer la réanimation du nouveau-né</p> <p>– Si multipare au bassin limite, ou si nullipare, faire une césarienne</p>	

E. Position transversale ou oblique, présentation de l'épaule

E.1 Conduite à tenir

si aucune partie fœtale n'est perçue à la palpation du bas-ventre, ou au toucher vaginal

- Si parturiente à terme non en travail référer
- Prendre un abord veineux avec un cathéter G16 ou G18 (ou à défaut G20)
- Poser une perfusion de Ringer lactate avant de référer si femme en travail

Idem CS +

- Si la femme n'est pas en travail, version par manœuvres externes si les conditions l'autorisent (terme ≥ 37SA, placenta normalement inséré, prestataire formé)
- Si échec de la VME ou si conditions non favorables préparer et faire une césarienne, dès que le terme le permet
- Si la femme est en travail, et si les conditions l'autorisent (multipare, poche des eaux non rompue ou rompue depuis peu devant vous, dilatation complète, absence de SFA), faire une version par manœuvres internes suivie d'une grande extraction du siège si personnel formé ; sinon, faire une césarienne. Mais si une seule des conditions favorables ci-dessus énumérées n'est pas remplie, faire une césarienne
- N.B : Pas de VME si utérus cicatriciel Préparer la réanimation du nouveau-né

E.2 Conduite à tenir

si un bras pend hors de la vulve

- Entourer le bras de compresses mouillées de sérum

salé ou, à défaut, d'eau bouillie tiède

Idem CS +

- Préparer la réanimation du nouveau-né
- faire une césarienne

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

- Prendre un abord veineux avec un cathéter G16 ou G18 (ou à défaut G20)
- Poser une perfusion de Ringer-lactate
- Administrer des antibiotiques (ampicilline 2g IM)
- REFERER vers le centre chirurgical le plus proche

F. Accouchement gémellaire (jumeaux)

Cas 1: La gestante

est en travail, et la hauteur utérine est excessive

- Faire le diagnostic de grossesse gémellaire : 2 pôles

fœtaux de même nom, 2 foyers de bruits cardiaques fœtaux

- Prendre un abord veineux avec un cathéter G16 ou G18 (ou à défaut G20)
- Poser une perfusion de sérum salé isotonique ou le Ringer-lactate

- **Référez vers le centre chirurgical le plus proche.**

- **Si l'accouchement est imminent (dilatation ≥ 8 cm) avec 1^{er} jumeau en présentation céphalique**

- Faire l'accouchement du 1^{er} jumeau.
- Vérifier la présentation du second jumeau
- Si le second jumeau est en transversale, et prestataire formé procéder à la VMI et faire l'accouchement du second jumeau. Sinon référer

- Prendre en charge les cas référés

- Si utérus cicatriciel, faire une césarienne
- Si 1^{er} jumeau en siège, faire une césarienne
- Si le 1^{er} jumeau est en présentation céphalique :
 - accoucher par voie basse, normalement, comme s'il s'agissait d'un fœtus unique
 - abord veineux au cathéter, perfusion d'ocytocine dès 8cm de dilatation

- après l'accouchement du 1^{er} jumeau,

- vérifier que le cordon ombilical côté mère soit bien clampé
- vérifier la position du 2^{ème} jumeau

- Si le second jumeau est en sommet ou en siège,

- vérifier la dilatation et la présentation si dilatation complète et présentation engagée : rompre la poche des eaux et accoucher le 2^{ème} jumeau

- Si présentation transversale ou oblique si poche des eaux intacte ; rompre la poche des eaux et faire une version par manœuvres internes, suivie d'une grande extraction du siège.

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

- Si le second jumeau est en sommet ou en siège,
 - ✓ Si dilatation complète et présentation engagée : rompre la poche des eaux et accoucher le 2^{ème} jumeau .
 - ✓ Si la dilatation ne progresse plus et que la présentation ne s'engage pas, Référer
- Si le 1^{er} jumeau est en siège ou en transversale, quelles que soit les conditions, préserver la PDE et Référer

- NB : Le prestataire ne doit pas réaliser une version par manœuvres internes s'il n'est pas formé, ou si l'utérus est cicatriciel. Il ne faut pas non plus insister si le fœtus ne tourne pas aisément.
- Dans tous les cas : prévenir l'hémorragie de la délivrance : administrer ocytocine 10 UI et appliquer la gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) si le personnel est formé à cette technique
 - Faire un examen du placenta et faire une révision utérine si le placenta n'est pas complet (et prévenir l'infection par ampicilline ou amoxicilline 2 g IM)

Cas 2 : Si le premier jumeau est accouché, attendre l'accouchement du 2^{ème}. S'il n'est pas accouché au bout de 30 minutes :

- Vérifier que la ligature du cordon du 1^{er} jumeau côté maternel est correcte et solide
 - Administrer 2g d'amoxicilline ou d'ampicilline IM
 - Poser une perfusion de sérum salé isotonique ou de Ringer-lactate
 - Si parturiente reçue dans cet état, référer vers le centre chirurgical le plus proche
- N.B : Situation à ne pas voir dans un CS SAUF si la parturiente a été référée dans cet état

Idem CS+

- faire une version par manœuvres interne, suivie d'une grande extraction du siège si PDE non rompue
- Faire une césarienne si parturiente référée dans cet état

Composante 4 : Maternité à moindre risque / accouchement

Activité 3 : Prendre en charge la rupture prématurée des membranes

Définition

C'est l'ouverture de la poche amniotique avant tout début de travail d'accouchement, exposant au risque infectieux le couple mère-enfant

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la gestante	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue et installer la parturiente– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Se présenter et présenter les membres de l'équipe– Rassurer quant à la confidentialité		
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">- Demander le motif de la consultation : écoulement par le vagin d'un liquide, en continu ou non– Ouvrir un dossier– Recueillir : les nom et prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de la parturiente et du procréateur– Faire préciser l'histoire de la grossesse et son évolution : fièvre, écoulement vaginal...– Recueillir les informations sur les antécédents :<ul style="list-style-type: none">• médicaux• chirurgicaux• gynécologiques• obstétricaux		
3. Faire l'examen physique	<ul style="list-style-type: none">– Préparer le matériel– Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord– Se laver les mains à l'eau et au savon– Éviter les touchers vaginaux répétés et intempestifs– Prendre le pouls, la TA, la température (fièvre ?)– Regarder les muqueuses et téguments		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

- Mesurer la hauteur utérine (hydramnios ? grossesse gémellaire ?)
- Faire la palpation obstétricale pour identifier la position du fœtus
- Ausculter les bruits du cœur fœtal pour vérifier l'absence de souffrance aiguë
- Faire un examen au spéculum pour rechercher l'écoulement et
 - apprécier la couleur du liquide amniotique
 - vérifier l'absence de métrorragie
 - vérifier l'absence de procidence du cordon ombilical
 - vérifier l'absence d'infection vaginale
- Faire un TV pour :
 - vérifier l'absence de procidence du cordon ombilical
 - vérifier l'état du col (effacement, dilatation)
 - vérifier l'absence de placenta prævia
 - évaluer la hauteur de la présentation

A la fin de l'examen, tirer une conclusion :

- **Cas 1** : Gestante non en travail et sans complications apparentes
- **Cas 2** : Gestante en travail et sans complications apparentes
- **Cas 3** : Gestante fébrile, non en travail
- **Cas 4** : Gestante fébrile, en travail, sans autres complications
- **Cas 5** : Gestante ayant une complication obstétricale : souffrance fœtale aiguë, procidence du cordon, placenta prævia

Idem HZ/CHD +
 - Faire le test de Tarnier
 - Faire le test à la DAO (diamino-oxydase)

4. Faire les examens complémentaires

- Groupage sanguin + rhésus
 - NFS complète
 - Faire l'examen des urines avec la bandelette multi paramètres
 - ECBU

Idem CS +
 - NFS complète + Plaquettes
 - Urée, glycémie, créatininémie
 - ECBU+ ATB
 - PV+ ATB

Idem HZ/CHD +
 - Recherche étiologique
 - Après accouchement, faire au nouveau-né :

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
	– TDR/GE/DP	– CRP – Echographie obstétricale (biométrie + score de Manning)	NFS complète, taux des plaquettes, CRP Prélèvement pour examen bactériologique (nez, gorge, anus, placenta, liquide gastrique)

5. Instaurer le traitement

Cas 1 : Gestante sans complications et non en travail

- Garder la gestante pendant 48h sous surveillance rigoureuse : température, couleur et odeur du liquide amniotique, BDC, mouvements actifs du fœtus
- Mettre sous antibiotiques (Amoxicilline 500 mg, 2 cp x 2 fois par jour pendant 7 jours)
- Référer vers le centre chirurgical le plus proche si température $\geq 37^{\circ}8$ ou coloration du liquide amniotique, ou si si gestante n'entre pas en travail, après 48 heures,

Cas 2 : Gestante en travail, sans complications :

- Laisser accoucher
- Poser une perfusion de Ringer-lactate au cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20)
- S'il y a plus de 6h depuis la rupture, administrer des antibiotiques : ampicilline 1g toutes les 8 heures en IV, puis relais par voie orale jusqu'à 7 jours. Prévenir le pédiatre pour antibiothérapie chez le nouveau-né

Cas 3 : Gestante fébrile, non en travail :

- Poser une perfusion de Ringer-lactate au cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20)
- Commencer les antibiotiques (ampicilline 2g/j en IV) + antipyrétiques + traitement antipalustre (si TDR/GE-DP positive)
- Référer en position couchée vers le centre chirurgical le plus proche.

Cas 4 : Gestante fébrile en travail sans autres complications :

- Laisser accoucher
- Poser une perfusion de Ringer-lactate au cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20)
- Administrer des antibiotiques et antipyrétiques à la mère (cf. Cas 1 : ampicilline 1g toutes les 8 heures en IV, puis relais par voie orale jusqu'à 7 jours. Prévenir les pédiatres pour antibiothérapie pour le nouveau-né)+ traitement antipalustre (si GE positive)

Cas 5 : Gestante ayant une complication obstétricale (souffrance fœtale aiguë ; procidence du cordon, placenta prævia) :

- Poser une perfusion de Ringer-lactate avec un cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20)
- Commencer l'antibiothérapie (amoxicilline 1g en IV toutes les 8 heures)

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

- Référer en position couchée vers le centre chirurgical le plus proche
- Informer les accompagnants de la nécessité de faire une césarienne éventuelle à l'arrivée

Idem CS +

- Prendre en charge le cas référé

Tenir compte du terme et de l'existence ou non des signes de début de travail, de fièvre ou de complications obstétricales :

- Grossesse à terme ou non, gestante en travail ou non, avec complications obstétricales : selon le cas, faire une césarienne ou accoucher par voie basse, continuer et renforcer le traitement antibiotique chez la mère, transférer le nouveau-né en pédiatrie
- Grossesse à terme ou non avec fièvre, et en travail : laisser accoucher, continuer et renforcer le traitement antibiotique chez la mère, transférer le nouveau-né en pédiatrie
- Grossesse non à terme avec fièvre, et gestante non en travail : traiter de manière appropriée (antibiothérapie), observer les mesures préventives de la chorioamniotite (prescrire des garnitures propres, faire la toilette vulvaire 2 fois par jour, surveiller la couleur du LA et les BDC 2 fois par jour,) provoquer l'accouchement.
- Grossesse non à terme, gestante non en travail, sans fièvre, et sans complication obstétricale : hospitaliser la gestante avec interdiction de se promener, maturation pulmonaire du fœtus, prescrire des garnitures propres, surveiller la température, la couleur et l'odeur du LA et les BDC 2 fois par jour
- Laisser la gestante accoucher spontanément près du terme
- Discuter d'une tocolyse en cas de menace d'accouchement prématuré, laisser la gestante accoucher vers la 36^{ème} semaine, continuer et renforcer le traitement antibiotique chez la mère, transférer le nouveau-né en pédiatrie

6. Donner un

- Demander à la gestante référée de revenir dans le service

- Idem CS+

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
rendez-vous pour le suivi	<p>à son retour</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bien remplir le registre de consultation et le carnet de la gestante – Donner les conseils nutritionnels et faire un counseling sur la PF Donner un rendez vous 	<ul style="list-style-type: none"> – Remplir la fiche de contre référence – Donner un rendez-vous pour la consultation post natale 	
7. Prendre congé	<ul style="list-style-type: none"> – Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin 		
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> – S’assurer que la gestante référée a été effectivement admise au centre de référence – S’enquérir de ce qu’elle est devenue, et s’informer de l’évolution de la grossesse – Exécuter les différentes étapes de la consultation post-natale 		

Composante 4 : Maternité à moindre risque / accouchement

Activité 4 : Prendre en charge les crises d'éclampsie pendant le travail

Définition

La crise d'éclampsie est caractérisée par un état convulsif suivi de coma. Elle survient en général dans les derniers mois de la grossesse, au cours du travail, ou dans les suites de couches (jusqu'à 42 jours). C'est une complication aiguë paroxystique des syndromes vasculo-rénaux (HTA, protéinurie, œdèmes)

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la parturiente	<ul style="list-style-type: none">– Souhaiter la bienvenue et offrir un siège aux accompagnants– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Se présenter et présenter les membres de l'équipe– Demander ce qu'on peut faire pour la patiente– Rassurer pour la confidentialité	<p>Idem CS+</p> <ul style="list-style-type: none">– Saluer, transporter la gestante sur chariot avec garde-fou jusqu'en salle de réception– L'installer sur la table d'examen ou dans un lit et jamais la laisser seule– Accorder une attention particulière à la patiente référée	
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– Ouvrir un dossier– Recueillir : les nom et prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de la parturiente et du procréateur– Demander les circonstances de survenue de la maladie– Demander les antécédents :<ul style="list-style-type: none">• personnels• médicaux (hypertension artérielle, diabète, épilepsie, etc.)• gynécologiques• obstétricaux (gestité, parité, crises convulsives au cours des grossesses antérieures)		
3. Faire l'examen	<ul style="list-style-type: none">– Préparer rapidement le matériel		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
physique	<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord - Se laver les mains à l'eau et au savon - Apprécier l'état de conscience - Examiner muqueuses et téguments - Rechercher les œdèmes - Prendre la tension artérielle, la température et le pouls - Ausculter les bruits du cœur fœtal - Faire rapidement l'examen obstétrical en vue de diagnostiquer un travail d'accouchement 		
4. Faire les examens complémentaires	<p>- Rechercher :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire l'examen des urines à la bandelette multi paramètres • NFS complète 	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Idem CS+</p> <ul style="list-style-type: none"> - palper l'utérus pour identifier la présentation - mesurer la hauteur utérine - ausculter les BDC fœtal - faire le toucher vaginal - Faire un examen neurologique (score de Glasgow) - Faire l'examen médical - Rechercher une morsure de la langue </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupage sanguin + rhésus - NFS complète + Plaquettes - Glycémie - Ionogramme sanguin - Uricémie, créatininémie et azotémie - Transaminases - TCK ou TCA - ECG - Taux de prothrombine </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>Idem HZ/CHD</p> </div>

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
<p>5. Instaurer le traitement</p>		<p>– Echographie obstétricale (score de Manning, Doppler pulsé) selon le cas</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> – Libérer les voies aériennes supérieures – Mettre la patiente en décubitus latéral gauche, ne jamais la laisser seule – Mettre la tête en hyperextension – Mettre une canule de Guédel pour prévenir les morsures de langues – Abord veineux au cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20) et poser une perfusion de Ringer-lactate – Sulfate de magnésium selon le protocole SONU (4g en IVD pendant 15 minutes puis 1g toutes les heures pendant 24 heures) ou à défaut, Diazépam IV 10 mg (lentement) – Clonidine (Catapressan) 1 ampoule en SC toutes les 8 h si tension artérielle \geq 160/100 mm Hg – Mettre une sonde urinaire à demeure + poche à urine – Remplir une feuille de surveillance (pouls, TA, température, fréquence respiratoire, diurèse horaire) – Remplir la feuille de référence – Faire le counseling aux accompagnants – En cas d'accouchement par voie basse, révision utérine systématique et référer <ul style="list-style-type: none"> • Informer le centre de référence par téléphone • Référer au centre chirurgical le plus proche – Si accouchement non effectué, référer 		
	<p style="text-align: right;">Idem CS+</p>		

- Appel à l'aide
 - Prendre en charge les cas référés
 - Procéder à la réanimation de la parturiente
 - Oxygénothérapie (6 litres par minute)
 - Surveiller les crises, ne jamais laisser la gestante seule
 - Envisager une césarienne si crises persistantes
 - Prévenir l'équipe du bloc
 - Avertir les accompagnants
 - Faire la réanimation et les soins post-opératoires
 - Prévenir la néonatalogie pour la prise en charge du nouveau-né
- NB : En cas d'avortement tardif, il faut adopter la même démarche thérapeutique

6. Donner un rendez-vous pour le suivi

- Vérifier le remplissage correct du dossier et du carnet de santé de l'enfant
- Faire un counseling à la gestante à son retour et à ses accompagnants :
 - mener une vie calme
 - prendre les médicaments prescrits
 - respecter les rendez-vous
 - se faire aider dans les travaux domestiques
 - expliquer la nécessité de la prévention de la pré éclampsie lors des grossesses ultérieures
- Donner les conseils nutritionnels et faire le counseling sur la PF Vacciner la mère (si nécessaire) et le nouveau-né
- Insister sur la nécessité de poursuivre le traitement
- Insister sur la nécessité de respecter les rendez-vous de consultations de suivi

Idem CS +

- Organiser la sortie et discuter des conditions de transports de retour avec les accompagnants et la patiente
- Inscrire la femme dans le registre des rendez-vous de consultation cardiologique, neurologique et ophtalmologique, qui se feront avant la consultation pédiatrique

Protocoles des services de santé familiale au Bénin -- Volet femme

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
7. Prendre congé	– Raccompagner, dire merci et demander de revenir au besoin		
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> – S'assurer que la gestante référée a été effectivement admise au centre de référence – Clinique : TA, pouls, température, reprise de la diurèse, le fond d'œil – Biologique : bilan rénal et hépatique, NFS 	<ul style="list-style-type: none"> Idem CS + – Bien conduire les consultations du post-partum (cardiologique, neurologique) 	

Composante 4 : Maternité à moindre risque / accouchement

Activité 5 : Prendre en charge l'anémie chez une parturiente

Définition

C'est une diminution du taux d'hémoglobine, inférieur à 10g/dl. Il se traduit par une insuffisance circulatoire, entraînant pâleur des muqueuses, œdèmes, asthénie, vertiges et essoufflement au moindre effort

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la parturiente	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Se présenter et présenter les membres de l'équipe– Demander ce qu'on peut faire pour la patiente– Mettre en confiance– Transport en salle d'urgence sur chariot ou chaise roulante si besoin		
2. Menor l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– Ouvrir le dossier– Recueillir : les nom et prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de la parturiente et du procréateur– S'enquérir des circonstances de survenue de la maladie (fièvre, hémorragie)– S'enquérir de l'évolution de la grossesse actuelle, de la date des dernières règles– Demander les antécédents médicaux : drépanocytose, paludisme– Demander les antécédents obstétricaux : nombre de grossesses et leur évolution		
3. Faire l'examen physique	<ul style="list-style-type: none">– Préparer le matériel– Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord– Se laver les mains à l'eau et au savon– S'assurer de l'état de grossesse et de la réalité du travail– Faire l'examen général :<ul style="list-style-type: none">• Rechercher une pâleur au niveau des muqueuses et téguments, paume des mains, lit des ongles, plantes des pieds• Prendre les constantes : taille, pouls, tension artérielle, température, poids, fréquence respiratoire– Faire l'examen gynéco-obstétrical :		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
	<ul style="list-style-type: none"> • examiner les seins et des aires ganglionnaires • palper l'utérus, mesurer la hauteur utérine • ausculter les bruits du cœur fœtal • identifier la présentation • évaluer la dilatation <p>– Conclure : Anémie + travail d'accouchement ou non</p> <p>– Informer les accompagnants sur la gravité de la maladie et la nécessité de référer</p> <p>– Référer si nécessaire</p>	<p>Idem CS+</p> <p>– Faire l'examen médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> • apprécier la respiration • examiner le cœur et les poumons • palper abdomen, foie, rate <p>– Rechercher le reflux hépato-jugulaire</p>	
<p>4. Faire les examens complémentaires</p>	<p>– Faire l'examen des urines à la bandelette multi paramètres</p> <p>– Groupage sanguin + rhésus</p> <p>– NFS complète</p> <p>– TDR /GE-DP</p> <p>– Electrophorèse de l'hémoglobine</p> <p>– AKOP</p>	<p>Idem CS +</p> <p>– NFS complète + Plaquettes avec taux des réticulocytes</p> <p>– ECBU + antibiogramme</p> <p>– CRP</p> <p>– Echographie obstétricale (score de Manning + Doppler)</p>	
<p>5. Instaurer le traitement</p>	<p>– Prendre un abord veineux cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20) et mettre en place une perfusion de Ringer-lactate</p> <p>– Counseling aux accompagnants sur la gravité de l'affection</p> <p>– Rassurer</p> <p>– Aider à trouver un moyen de transport rapide</p> <p>– Informer le centre de référence</p>		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

- Remplir la fiche de référence
- Référencer

Idem CS +

- Abord veineux au cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20), mettre en place une perfusion de Ringer lactate
 - Transfusion sanguine (si taux d'Hb < 7g/dl) ou si signes cliniques d'intolérance (dyspnée, tachycardie, vertiges, essoufflement)
 - Antibiothérapie : amoxicilline 1g x 3/j per os pendant 7 j si signes d'infection
 - Traitement antipalustre : Quinine ou les CTA selon le protocole SONU si la goutte épaisse positive
 - Surveiller le travail d'accouchement, accoucher la patiente
 - Faire une délivrance dirigée ou appliquer la GATPA
- Si dystocie incorrigible ou souffrance fœtale aiguë, césarienne (Prévenir le bloc opératoire, le service de réanimation, la néonatalogie)
- Surveillance rigoureuse : pouls, tension artérielle, écoulement vulvaire, respiration, rétraction utérine
 - Donner de l'ocytocine,
 - Administrer du misoprostol (1000µg en intrarectal ou 800µg en sublingual) si nécessaire
 - Vaccinothérapie antitétanique si nécessaire, fer (3 x 200 mg/j), Foldine (3x 5 mg/j) pendant 1 mois, puis contrôle, vitamines
 - Donner les conseils nutritionnels et faire le counseling sur la PF

6. Donner un rendez-vous pour le suivi

- Vérifier le remplissage correct du dossier de l'accouchée avant la sortie
- Faire le résumé de l'observation dans le dossier et dans le carnet de l'accouchée
- Vérifier que l'accouchée a tous les médicaments pour poursuivre le traitement
- Inscrire le rendez-vous dans le registre de consultation et le carnet de santé de l'accouchée
- Donner des conseils nutritionnels et insister sur la nécessité de dormir sous MILD
- Proposer une contraception
- Demander aux accompagnants de vous tenir informé dès son retour du centre de référence

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
7. Prendre congé	<ul style="list-style-type: none"> - Raccompagner, dire merci et au revoir 	<ul style="list-style-type: none"> Idem CS + - Vérifier le dossier de l'accouchée avant la sortie - Remettre les bons d'examens de contrôle de la NFS à l'accouchée 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire un counseling à la gestante sur le retour - Raccompagner l'accouchée, lui dire merci et au revoir
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Faire la consultation post natale - Demander une NFS de contrôle 	<ul style="list-style-type: none"> Idem CS + - Consultation du post-partum 	

Composante 4 : Maternité à moindre risque / accouchement

Activité 6 : Prendre en charge les hémorragies pendant le travail

Définition

Ce sont des saignements vaginaux anormaux survenant chez une femme pendant le travail

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir la gestante	<ul style="list-style-type: none">– Saluer et souhaiter la bienvenue et installer la patiente– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Se présenter et présenter les membres de l'équipe– Rassurer pour la confidentialité		
2. Menor l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– Recueillir : les nom et prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de la parturiente et du procréateur– Demander le motif de la consultation (saignements vaginaux, contractions utérines, douloureuses, autres douleurs),– Demander l'âge de la grossesse (date des dernières règles)– Demander les circonstances de survenue (spontanément ou après un traumatisme)– Demander les antécédents médicaux et obstétricaux, et l'évolution de l'actuelle grossesse		
3. Faire l'examen physique	<ul style="list-style-type: none">– Préparer le matériel– Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord– Se laver les mains à l'eau et au savon– Examen général : poids, tension artérielle, pouls, température, apprécier la coloration des muqueuses et téguments– Faire rapidement l'examen obstétrical : apprécier l'utérus : tendu (hémorragie rétro-placentaire), souple (placenta prævia), rétracté + fœtus à fleur de peau (rupture utérine), et faire un toucher vaginal prudent (apprécier le col, la poche des eaux, l'existence d'une languette placentaire ou d'une masse placentaire)		
4. Faire les examens complémentaires	<ul style="list-style-type: none">– Prélever du sang pour groupage sanguin et rhésus,– Glycémie– NFS complète + plaquettes, en urgence		

– Faire un test de coagulabilité au lit du malade

5. Instaurer le traitement

– Prendre un abord veineux au cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20) et mettre en place une perfusion de Ringer lactate ou de serum salé

- ✓ Si rupture utérine, décollement prématuré du placenta normalement inséré ou placenta prævia recouvrant : appeler à l'aide
- ✓ faire le counseling aux accompagnants : expliquer la gravité de la maladie Renforcer la surveillance du travail et du fœtus
- ✓ Faire un traitement étiologique

1. Placenta prævia latéral ou marginal (non recouvrant)

faire la rupture artificielle des membranes
Renforcer la surveillance du travail et du fœtus si l'hémorragie s'arrête et BDC bons, faire l'accouchement par voie basse ;
Prévenir l'hémorragie de la délivrance
Dans le cas contraire organiser la référence

2. Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) ou Hématome Retro placentaire (HRP), rupture utérine, hémorragie de Benckiser, placenta prævia recouvrant :
Organiser la **référence**

Idem CS +

Idem CS+

Prendre en charge les cas référés

1. Placenta prævia hémorragique (recouvrant) :

Double abord veineux : Ringer lactate ou serum salé

Réanimation

Prévoir du sang et du plasma frais

Césarienne

2. DPPNI ou HRP

Abord veineux au cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20), faire passer du Ringer lactate ou du serum salé

Prévoir du sang et du plasma frais dans tous les cas

Si fœtus vivant :

- Rupture artificielle des membranes si possible
- Césarienne en urgence

Si fœtus mort :

- Péthidine 100 mg en IM ou tramadol
- Rupture artificielle des membranes
- Perfusion d'ocytocine (5UI dans 500 cc de sérum glucosé isotonique)
- Surveiller le travail

3. Rupture utérine

- Appel à l'aide
- Double abord veineux au cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20)
- Perfusion de Ringer lactate ou du serum salé, plasmion
- Réanimation
- Laparotomie d'urgence

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
		<ul style="list-style-type: none"> • Transfusion • Antibiothérapie 	
6. Donner un rendez-vous pour le suivi	<ul style="list-style-type: none"> – Inscrire la femme dans le registre de consultations post-natales – Etablir le bon du bilan de contrôle (NFS, bilan rénal) – Vérifier le remplissage correct du dossier et du carnet de santé de l'enfant Donner les conseils nutritionnels et faire le counseling sur la PF 	<p>4. Hémorragie de Benckiser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Double abord veineux : Ringer lactate ou serum salé • Prévoir du sang et du plasma frais • Réanimation • Transfusion au besoin • Césarienne 	
7. Prendre congé	<ul style="list-style-type: none"> – Raccompagner, dire merci et de revenir si besoin 	<ul style="list-style-type: none"> – Faire un counseling à l'accouchée dès son retour – Raccompagner l'accouchée, et lui dire au revoir 	
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> – Demander à la cliente de revenir vous voir dès son retour en cas de référence 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Revoir l'accouchée en consultation post-natale – Donner les conseils nutritionnels et faire le counseling sur la PF – Examiner les muqueuses – Faire NFS de contrôle 	

Composante 4 : Maternité à moindre risque / accouchement

Activité 7 : Prendre en charge la fièvre pendant le travail

Définition C'est la survenue, au cours du travail d'accouchement, d'une température supérieure à 38° (prise deux fois), due à une infection maternelle, ovulaire, extra-ovulaire ou généralisée. C'est un signe de danger pour l'enfant et sa mère

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

1. Accueillir la parturiente

- Saluer, souhaiter la bienvenue et installer la parturiente
- Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence
- Se présenter et présenter les membres de l'équipe
- Rassurer pour la confidentialité

2. Mener l'interrogatoire

- Demander le motif de la consultation (fièvre, vomissements, contractions utérines, perte de liquide)
- Recueillir : les nom et prénoms, âge, profession, état matrimonial, adresse (y compris N° Tel) de la parturiente et du procréateur
- S'enquérir des antécédents médicaux, obstétricaux (gestité, parité, évolution des grossesses antérieures)
- S'informer sur l'évolution de la grossesse actuelle (DDR, suivi, incidents, infections urinaires)
- Rechercher les signes d'orientation
 - urinaires : pollakiurie, brûlures mictionnelles, hématurie, douleurs lombaires
 - digestifs : vomissements, diarrhées, douleurs abdominales
 - vaginaux : leucorrhées malodorantes, prurit
 - broncho-pulmonaires : toux, crachats, dyspnée

3. Faire l'examen physique

- Préparer le matériel
- Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord
- Se laver les mains à l'eau et au savon
- Regarder les muqueuses, prendre la température toutes les heures, le pouls, la tension artérielle
- Faire l'examen des seins et des aires ganglionnaires (aisselles)
- Examen médical des différents appareils (urinaire – points urétéraux –respiratoire)
- Mesurer la hauteur utérine

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
	<ul style="list-style-type: none"> - Ausculter et chronométrer les BDC fœtal - Examiner le col au spéculum. Noter les pertes ou l'écoulement de liquide - Faire le toucher vaginal pour apprécier la dilatation, la poche des eaux (intacte ou rompue), la hauteur de la présentation, le segment inférieur, le bassin et le périnée - Regarder et sentir le doigtier pour apprécier l'odeur des pertes - Retirer les gants et se laver les mains à l'eau et au savon <p>A la fin de l'examen, conclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cas 1 : fièvre isolée : considérer un accès palustre - Cas 2 : fièvre avec rupture prématurée des membranes - Cas 3 : fièvre avec signes urinaires - Cas 4 : fièvre avec anémie et/ou sub-ictère 		
<p>4. Faire les examens complémentaires</p>	<p>- Faire l'examen des urines à la bandelette multi paramètres</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupage sanguin + rhésus - NFS complète - TDR / GE-DP - ECBU - Electrophorèse de l'hémoglobine 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> - NFS complète + Plaquettes, CRP, VS - ECBU + antibiogramme - Echographie obstétricale avec score de manning - Enregistrement du RCF - Amnioscopie 	<p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hémoculture - Prélèvement du mucus endocervical par écouvillon en vue de faire des examens bactériologiques - Prélèvement endocervical si la poche des eaux est rompue,
<p>5. Instaurer le traitement</p>	<p>- Dans tous les cas prendre un abord veineux avec du cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20) et mettre en route une perfusion de sérum glucosé isotonique</p> <p>Cas 1 : Accès palustre (cf Paludisme et grossesse)</p>	<p>Idem CS+</p> <p>Cas 1 : Traiter l'accès palustre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surveiller la température, les BDC, la couleur et l'odeur du liquide amniotique 	

- Associer un traitement symptomatique si la parturiente vomit
- Surveiller rigoureusement toutes les heures la température, les BDC fœtal, la couleur et l'odeur du liquide amniotique :
 - si chute de la fièvre et absence d'autres complications, continuer le traitement au CS
 - si persistance de la fièvre et/ou apparition d'une autre complication, référer vers le centre chirurgical le plus proche

Cas 2 : Fièvre + rupture prématurée des membranes

- Poser une perfusion de sérum glucosé (SG) ou de Ringer-lactate (cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20))
- Donner du paracétamol : 1g toutes les 6 heures
- Commencer l'antibiothérapie : 2 g ampicilline IV toutes les 6 heures + Genta 160mg en IM +Métronidazole 500mg toutes les 8 heures
- Informer les accompagnants de la gravité de la situation
- Référer vers le centre chirurgical le plus proche

Cas 3 : Fièvre + anémie ou + sub-ictère

- Poser une perfusion de SG ou de Ringer-lactate (cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20))
- Paracétamol 1g en perfusion toutes les 6 heures
- Informer les accompagnants de la gravité de la situation et de la nécessité de référer, et
- Référer vers le centre chirurgical le plus proche

Cas 4 : Fièvre avec signes urinaires

- En cas de souffrance fœtale ou de dégradation de l'état maternel, extraire rapidement le fœtus par forceps (si dilatation complète) ou par césarienne (si dilatation incomplète)

Cas 2 : Fièvre + rupture prématurée des membranes

- Surveiller la température, le liquide amniotique, et les BDC fœtal
- Extraire rapidement le fœtus si souffrance fœtale ou dégradation de l'état maternel (voie basse ou voie haute, selon la dilatation)

Cas 3 : Fièvre + anémie

- Surveiller la température, le liquide amniotique et les BDC fœtal
- Transfuser si nécessaire
- Extraire rapidement le fœtus si souffrance fœtale ou dégradation de l'état maternel (voie basse ou voie haute, selon la dilatation)
- En cas d'extraction par voie basse, faire la GATPA.

Cas 4 : Fièvre + infection urinaire

- Maintenir l'antibiothérapie pendant 8 jours
- Adapter le traitement compte tenu des résultats de l'ECBU + antibiogramme ou de l'évolution du cas
- Surveiller la température, le liquide amniotique et les BDC fœtal
- Extraire rapidement le fœtus en cas de souffrance fœtale ou de dégradation de l'état maternel (voie basse ou voie haute selon la dilatation)
- En cas d'extraction par voie basse, faire la GATPA

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
	<ul style="list-style-type: none"> – Abord veineux au SG ou Ringer-lactate (cathéter G18 ou G16 (ou à défaut G20)) – Paracétamol 1g en perfusion toutes les 6 heures – Traiter une infection urinaire (cf Infection urinaire et grossesse) – Informer les accompagnants de la gestante de la gravité de la situation – Référer 		
6. Donner un rendez-vous pour le suivi	<ul style="list-style-type: none"> – Demander à la parturiente référée de venir vous voir dès son retour du centre de référence 		<ul style="list-style-type: none"> – Inscrire la femme dans le registre des rendez-vous de consultations post-natales – Vérifier le remplissage correct du dossier et du carnet de santé de l'enfant – Remplir la fiche de contre-référence
7. Prendre congé	<ul style="list-style-type: none"> – Raccompagner, dire merci et au revoir 		
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> – Faire le counseling à l'accouchée et aux accompagnants – Nécessité de la poursuite des médicaments et du respecter des rendez-vous au niveau supérieur – Revoir l'accouchée en consultation post-natale 1 semaine et à 6 semaines après. Donner les conseils nutritionnels et faire le counseling sur la PF à l'accouchée 	<ul style="list-style-type: none"> Idem CS + – Faire le bilan biologique de contrôle <ul style="list-style-type: none"> • NFS complète + plaquettes – VS • CRP • ECBU + antibiogramme • Tests hépatiques 	

Composante 5 : Maternité à moindre risque / soins du post-partum

Activité I : Prendre en charge le post-partum normal

Définition

Le post-partum est la période qui va de la délivrance au 42^{ème} jour des suites de couches. Elle est subdivisée en trois périodes :

- Le post-partum immédiat, qui va de la délivrance à la 24^{ème} heure après l'accouchement
- Le post-partum secondaire qui va de la 24^{ème} heure jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement
- Le post-partum tardif qui va du 12^{ème} jour au 42^{ème} jour après l'accouchement
- Le post partum prolongé (du 42^{ème} jour au 12 mois chez les femmes qui allaitent leur bébé)

I. Prendre en charge le post-partum immédiat

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Surveiller l'accouchée de manière active et rapprochée	<ul style="list-style-type: none">– Nettoyer la table d'accouchement– Faire uriner l'accouchée– Faire la toilette de l'accouchée– Faire l'examen du périnée à la recherche de lésions des parties molles– Recouvrir l'accouchée et le nouveau-né de pagnes ou de draps propres et secs– Mettre le nouveau-né au sein– Toutes les 15 minutes pendant 2 heures, faire les gestes suivants :<ul style="list-style-type: none">• palper l'utérus pour en apprécier la rétraction et la sensibilité : l'utérus doit demeurer ferme et dur ;• masser de l'utérus• regarder la vulve où le saignement doit rester minime• regarder les muqueuses qui doivent être normalement colorées• regarder et palper son corps qui doit être normalement chaud, sans sudation exagérée• vérifier l'état de conscience qui doit être normal : malgré sa fatigue, l'accouchée répond bien aux questions, ne se plaint ni de vertiges, ni de manque d'air• vérifier la TA, le pouls, la température, la fréquence respiratoire, la diurèse <p>Au bout de 2 h de surveillance active, tirer une conclusion :</p> <ul style="list-style-type: none">– Si vous n'avez observé aucun changement,		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

- autoriser l'accouchée à s'alimenter
- continuer la surveillance toutes les 30 minutes pendant 1 heure et toutes les heures pendant 3 heures. Si pas d'anomalie, autoriser l'accouchée à aller à l'hospitalisation .
- En cas d'hémorragie de la délivrance : se référer à composante 5-activité 2

- Pour la femme qui a accouché à domicile ou en cours de route :

- Si le placenta n'a pas été expulsé, faire la DA+RU
- Si le placenta a été expulsé : l'examiner et faire éventuellement une révision utérine
- Vérifier les parties molles : (col, vagin, périnée)
- Vérifier le pouls, la TA, la fréquence respiratoire, la diurèse.
- **administrer systématiquement :**
 - une séro-vaccination antitétanique à la mère et à l'enfant, si la femme n'a pas été vaccinée
 - ampicilline 2g en IV, relais par amoxicilline 1 g x 2 /jour per os pendant 7 jours

2. Surveiller

**l'accouchée
(toujours de
manière active,
mais moins
souvent), tous les
jours, jusqu'à la
sortie**

- Se laver les mains (eau, savon)
- Surveiller l'humeur et le comportement
- Examiner les muqueuses et les téguments : vérifier l'absence d'anémie ou d'ictère
- Surveiller le pouls, la TA, la température, la diurèse et la fréquence respiratoire
- Palper et mesurer l'utérus qui doit être au-dessous de l'ombilic, à mi-chemin de la symphyse pubienne au 6^{ème} j, non senti au 12^{ème} j. L'utérus doit être ferme, non douloureux
- Palper les seins : vérifier la montée laiteuse, les seins doivent être souples, peu sensibles
- Vérifier les lochies : abondance, aspect, odeur
- Examiner le périnée
- Examiner les membres inférieurs : rechercher les œdèmes ; palper les mollets pour apprécier leur souplesse et l'absence de douleur
- Se laver les mains (eau, savon)

3. Donner des conseils à l'accouchée

- Recommander à l'accouchée :
- Une alimentation variée, équilibrée, riche en protéines, en calcium et en vitamines
 - De pratiquer l'allaitement maternel exclusif (pas d'autre liquide, ni d'autre aliment) jusqu'à 6 mois

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

- D'éviter certains aliments qui pourraient altérer la qualité du lait (piments, choux, oignons)
 - D'éviter les rapports sexuels jusqu'au tarissement des lochies (fermeture du col) et la cicatrisation du périnée
 - D'observer une hygiène personnelle rigoureuse :
 - nettoyer le mamelon à l'eau potable avant et après chaque tétée
 - maintenir le périnée propre et sec en évitant les bains de siège
 - De dormir sous MIILD
 - De rechercher les signes des complications du post-partum immédiat :
 - fièvre (corps chaud)
 - douleurs du bas-ventre ou des seins
 - pertes vaginales malodorantes
 - saignement vaginal important
 - recommander à l'accouchée de consulter sans délai en cas d'apparition d'une complication
 - De donner les soins adéquats au nouveau-né et de respecter le calendrier vaccinal
- A la fin des soins du post-partum immédiat, conclure :
- Post-partum immédiat normal : continuer la prise en charge
 - Post-partum immédiat pathologique :
 - expliquer la situation à l'accouchée et aux accompagnants
 - insister sur la nécessité de référer. Prendre les dispositions en conséquence
 - référer vers le centre chirurgical le plus proche (selon le cas)

4. Faire les examens complémentaires

- Faire l'examen des urines à la bandelette multi paramètres	Idem CS +
- Groupage sanguin rhésus du nouveau-né, si la mère a un rhésus négatif	Test de Kleihauer ou test de Coombs direct ; sensibilisé si la mère a un rhésus négatif

5. Instaurer le traitement

<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre la supplémentation en Fer/Acide folique - Traiter les petits ennuis du post-partum immédiat : <ul style="list-style-type: none"> • tranchées : contractions utérines pouvant être très douloureuses, survenant dans le post partum immédiat. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rassurer, expliquer que c'est normal, ✓ donner du paracétamol
--

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
	<ul style="list-style-type: none"> • Rétention d'urines (atonie vésicale après accouchement long et difficile) : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rassurer, expliquer, insister sur le rôle curatif de la mobilisation précoce ✓ Administrer un antispasmodique simple • Incontinence d'urine (souvent, elle existait déjà en fin de grossesse) : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rassurer, expliquer : en règle générale, guérison spontanée en quelques jours ou semaines ✓ Administrer de la vitamine E (Ephynal, Tocomine : 2 cp 3 fois/j) • Constipation (fréquente, souvent elle existait déjà pendant la grossesse) : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rassurer, expliquer, insister sur les rôles curatifs du lever et de la mobilisation précoces, d'une alimentation variée, riche en fibres, des massages abdominaux ✓ Administrer de l'huile de paraffine per os ou des suppositoires à la glycérine ✓ Ne jamais recommander les laxatifs ni les lavements sauf si fécalum, car ils entretiennent le processus ✓ En cas de fécalome faire un lavement évacuateur et donner des conseils hygiéno-diététiques • Hémorroïdes : inflammation des veines hémorroïdaires, favorisées par la constipation, la congestion veineuse en fin de grossesse et les efforts expulsifs. Peuvent causer des crises hémorroïdaires très douloureuses <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rassurer, expliquer, ✓ Administrer donner des antihémorroïdaires (Proctolog suppo, veinobiase cp effervescent, daflon...) <p>- Faire le traitement préventif de l'iso-immunisation rhésus si la mère est de rhésus négatif et l'enfant de rhésus positif : administrer 300 µg de gamma-globulines anti D (selon la voie indiquée sur l'ampoule) à la mère au plus tard dans les 72 h qui suivent l'accouchement</p>		
6. Donner un rendez-vous pour le suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Vérifier le remplissage correct du dossier de l'accouchée et du carnet de santé de l'enfant - Donner des conseils sur les signes de danger à surveiller pour elle-même et pour son enfant et pour lesquels elle doit revenir immédiatement au centre - Donner un rendez- pour la consultation post-natale 		
7. Prendre congé	<ul style="list-style-type: none"> - Raccompagner, dire merci et au revoir 		
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Exécuter les différentes étapes de la consultation post-natale 		

II. Prendre en charge le post-partum tardif (consultation post-natale)

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir l'accouchée	<ul style="list-style-type: none"> – Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège – Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence – Se présenter et présenter les membres de l'équipe – Rassurer pour la confidentialité 		
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none"> – Demander le motif de consultation : « on m'a dit de venir consulter 6 semaines après l'accouchement » – Recueillir les nom et prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de l'accouchée et du procréateur – Enregistrer l'accouchée sur la fiche de consultation – Demander la date de l'accouchement : post-partum immédiat ou tardif ? – S'enquérir du lieu et des conditions de l'accouchement : (au centre, à domicile, en cours de route). La cliente a-t-elle été référée vers un centre plus important ? Pourquoi ? – Consulter le carnet de consultations prénatales et d'accouchement de la mère pour vérifier : <ul style="list-style-type: none"> • le déroulement de la grossesse • les facteurs de risque dépistés • de l'existence de corps chaud, saignement, perte des eaux pendant la grossesse. A quel mois ? • du terme de la grossesse : à terme, pas à terme • du mode d'accouchement (normal, forceps, ventouse, césarienne) • de délivrance artificielle, de révision utérine, de déchirure du périnée, d'épisiotomie • les traitements préventifs reçus pendant la grossesse et après l'accouchement – Consulter le carnet de santé de l'enfant pour vérifier : <ul style="list-style-type: none"> • l'état de l'enfant à la naissance : Score d'Apgar, réanimation néonatale, poids, taille, périmètre crânien, périmètre thoracique • les vaccinations reçues • les maladies éventuelles survenues et les traitements reçus – S'assurer que depuis l'accouchement, il n'y a pas eu de fièvre, de douleurs – S'enquérir de l'état de l'enfant : à la date de la consultation actuelle : nutrition, vaccinations, suivi en consultation des enfants sains – S'enquérir de la date du retour de couches éventuel. Si le retour des couches n'a pas encore eu lieu, s'enquérir des caractères des écoulements, qui seraient alors anormalement prolongés – Recueillir des informations sur le mode d'alimentation de l'enfant (allaitement exclusif au sein, adjonction d'eau) et sur le déroulement de l'allaitement 		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
--------	----	--------	-----

– Demander si la cliente utilise une méthode contraceptive. Si oui faire préciser laquelle. Sinon, demander si elle désire en utiliser une

3. Faire l'examen physique de l'accouchée

- Préparer le matériel
- Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord
- Se laver les mains à l'eau et au savon
- Examiner les muqueuses et les téguments (anémie, ictère ?)
- Regarder avec attention :
 - les seins : normaux ?
 - Noter l'absence d'odeur anormalement forte d'urines (indiquant l'absence d'incontinence d'urinaire ou de fistule vésico-vaginale)
- Examen général : pouls, tension artérielle, température
- Faire l'examen des urines à la bandelette multi paramètres
- Faire l'examen au spéculum pour apprécier :
 - l'état du col : retour à la normale, absence de déchirure
 - l'état du vagin (en retirant progressivement le spéculum : absence de plaie vaginale ou bonne cicatrisation)
- Se laver les mains, et mettre des gants stériles
- Faire le toucher vaginal pour vérifier :
 - le col, dont la position tend à redevenir postérieure, et dont l'orifice externe est refermé, n'admettant plus que la pulpe du doigt
 - la bonne involution de l'utérus, qui n'est pas douloureux, et qui a repris son volume antérieur à la grossesse
 - le périnée, pour noter l'absence de déhiscence et la bonne tonicité
- Retirer les gants, et se laver de nouveau les mains (eau, savon)
- A la fin de l'examen, conclure : consultation post-natale normale ou pathologique

4. Faire les examens complémentaires

<ul style="list-style-type: none"> – Faire une glycémie à jeun en cas de diabète pendant la grossesse – En cas d'infection urinaire pendant la grossesse faire un ECBU pour vérifier sa disparition 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Faire une protéinurie de 24 h – Faire ionogrammes sanguin et urinaire – Faire une épreuve d'hyperglycémie provoquée 	<p>Idem HZ/CHD +</p> <p>Faire une UIV pour rechercher une lithiase rénale ou une malformation rénale, en cas d'antécédents d'infection urinaire pendant la grossesse</p>
---	--	--

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
5. Instaurer le traitement	<ul style="list-style-type: none"> – Proposer une contraception <ul style="list-style-type: none"> • (ré)expliquer les avantages de la MAMA et des autres méthodes contraceptives • aider la cliente et son conjoint à choisir une méthode contraceptive • fournir la méthode choisie si elle est disponible dans le centre • référer si la méthode n'est pas disponible dans le centre – Prendre en charge l'accouchée référée pour contraception et/ou pathologie du post-partum tardif selon le niveau – Remplir le carnet de santé de l'accouchée et tous les supports 	<ul style="list-style-type: none"> – Faire un ECBU + antibiogramme 	
6. Donner un rendez-vous pour le suivi	<ul style="list-style-type: none"> – Noter le rendez-vous sur le carnet ou la carte de l'accouchée et sur les supports 		
7. Prendre congé	<ul style="list-style-type: none"> – Raccompagner, dire merci et au revoir 		
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> – Vérifier l'absence des pathologies rencontrées lors de la consultation du post-partum tardif – Pour la contraception, faire le suivi selon la méthode choisie 		

- s'il est rompu, il s'agit d'une rupture utérine : prévenir le centre de référence chirurgical le plus proche et REFERER immédiatement
- Administrer de l'ocytocine (10 UI en IV)
- Administrer du misoprostol 1000µg en intrarectal ou 800µg en sublingual
- Administrer 2 g d'ampicilline en IV
- Si pas d'amélioration après 15 mn, mettre en place le tamponnement intra-utérin au condom et référer
- **Si la délivrance est déjà effectuée**
 - Faire une révision utérine
 - Administrer 10 UI d'ocytocine en IV
 - Administrer du misoprostol 1000µg en intrarectal ou 800µg en sublingual
 - Administrer 2 g d'ampicilline
- Après la DA et/ou RU, toujours examiner le placenta pour vérifier son intégrité et l'absence de cotylédons aberrants
 - si le placenta est complet et/ou s'il n'y a pas de cotylédon aberrant, aucun problème
 - si le placenta est incomplet et/ou s'il y a des cotylédons aberrants, refaire la RU pour s'assurer de la vacuité utérine (gants stériles)
 - Si pas d'amélioration après 15 mn, mettre en place le tamponnement intra-utérin au condom et référer
- **Si atonie utérine**
 - Massage de l'utérus
 - Révision utérine
 - Compression bimanuelle de l'utérus
 - Administrer de l'ocytocine 10 UI en IV + 10 UI dans 500 ml de sérum glucosé isotonique
 - Administrer du misoprostol 1000µg en intrarectal ou 800µg en sublingual
 - Administrer 2 g d'ampicilline
 - Si pas d'amélioration après 15 mn mettre en place le tamponnement intra-utérin au condom et référer
- **Si inversion de l'utérus**
 - Réduction manuelle
 - Administrer de l'ocytocine (10 UI en IV)
 - Administrer 2 g d'ampicilline en IV
 - Si échec, référer pour une laparotomie en urgence

Attention !

- Tous les gestes doivent être réalisés dans les 2 heures après le début de l'hémorragie.

- En cas de doute de lésions de la filière génitale, organiser immédiatement la référence pour un examen sous valves
 - **Prise en charge de la déchirure cervicale**
- Faire un tamponnement vaginale et organiser immédiatement la référence
- Si le sommet de la déchirure du col est accessible, suturer la lésion par voie vaginale
- Si le sommet de la déchirure du col s'étend au-delà du dôme vaginal, Référer à l'hôpital.
 - **Prise en charge de la déchirure : périnéo-vaginale**
- Suturer plan par plan
- Si réparation impossible, faire un tamponnement vaginal et référer
 - **Prise en charge des hématomes péri-génitaux**

Si hématome stable, observer

Si hématome augmente de volume, référer pour une évacuation du caillot et ligature du(des) vaisseau(x) qui saigne(nt)

Administer analgique et antibiotique

Idem CS +

– Si persistance de l'hémorragie de la délivrance

- Faire une compression de l'aorte jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé (exercer une pression avec le poing fermé sur l'aorte abdominale directement à travers la paroi abdominale juste au-dessus de l'ombilic et légèrement sur la gauche)

• **Si échec** : plicature de l'utérus selon la technique de B-Lynch modifiée ou selon la technique de Cho ; ou ligatures vasculaires (soit triple ligature, soit ligature de l'artère hypogastrique)

• **Si échec** : hystérectomie d'hémostase

– Faire en urgence NFS, plaquettes, TC, TP, TCA

– Soins de réanimation

- Continuer le remplissage vasculaire
- Transfusion de culot globulaire et du plasma frais congelé
- faire 1g de calcium en IVD après 2 poches de sang
- placer une sonde urinaire à demeure

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
		<ul style="list-style-type: none"> •surveiller activement l'accouchée toutes les 15 mn : pouls, TA, saignement vulvaire, vertiges, manque d'air, état de conscience, diurèse, globe utérin – Si le saignement diminue, et si les troubles constatés s'améliorent, continuer la surveillance clinique et paraclinique pendant 48 h – Si le saignement persiste, faire une hystérectomie d'hémostase <p>Transporter l'accouchée sur un chariot jusqu'au bloc opératoire</p>	<p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prendre en charge les cas référés <p>En cas de troubles de la coagulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Faire le bilan paraclinique: taux de fibrinogène, de prothrombine, des plaquettes, produits de dégradation des fibrines (PDF) – Faire le traitement : transfusion massive de sang frais (testé VIH), de plasma congelé. Si nécessaire, laparotomie pour ligature des vaisseaux utérins ou des artères hypogastriques ou hystérectomie d'hémostase
<p>2. Pour la suite de la prise en charge</p>	<p>– Exécuter tous les gestes du protocole relatif aux soins du post-partum immédiat (voir page 152)</p>		

II. Prendre en charge les hémorragies du post-partum tardif

On appelle hémorragie du post-partum tardif ou hémorragie des suites de couches, l'hémorragie utérine distincte des pertes de sang physiologiques. Elles surviennent au cours du post-partum. Elles peuvent avoir pour causes :

- une rétention placentaire
- une infection utérine (le germe le plus souvent en cause est le streptocoque hémolytique B)
- une inertie utérine

Ces causes sont le plus souvent intriquées

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir l'accouchée	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue et installer la patiente– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Se présenter et présenter les membres de l'équipe– Rassurer pour la confidentialité		
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– Demander le motif de la visite : survenue d'un écoulement vulvaire sanglant vers 10^{ème} -15^{ème} jours du post-partum– Lochies demeurées anormalement rouges depuis le début– Hémorragie de sang rouge mêlé aux lochies, ou de sang pur ; recrudescence contenant des caillots. Fatigue marquée– Demander les noms et prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de l'accouchée et du procréateur– Enregistrer l'accouchée sur la fiche ou sur le registre de consultation– S'enquérir du lieu et des circonstances de l'accouchement et de la délivrance– Consulter le carnet de santé de l'accouchée– Ouvrir un dossier		
3. Faire l'examen physique	<ul style="list-style-type: none">– Préparer le matériel- Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord– Se laver les mains (eau, savon)– Prendre les constantes : pouls (accélééré), tension artérielle (normale), température (fébricule ou fièvre franche à 38 – 38,5°)– Examiner les muqueuses et les téguments (anémie plus ou moins marquée)– Faire l'examen gynécologique<ul style="list-style-type: none">• écoulement vulvaire fait de sang mêlé de caillots et lochies fétides• utérus sus-pubien, douloureux à la palpation		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
<p>4. Faire les examens complémentaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • au spéculum, col entrouvert : sang en provenance de la cavité utérine, débris placentaires dans le col ou le vagin • au toucher vaginal, col perméable aux 2 orifices, lochies fétides, • utérus anormalement augmenté de volume, ramolli, douloureux au niveau des cornes • paramètres et annexes normaux <p>– L'examen des autres appareils est normal</p> <p>A la fin de l'examen, conclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hémorragie du post-partum tardif sans fièvre – Rétention de débris placentaires évidente – Hémorragie du post-partum tardif avec fièvre 		
	<ul style="list-style-type: none"> – TDR/GE-DP – Glycémie – Groupage sanguin+ rhésus – NFS 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – NFS complète + plaquettes Bactériologie de l'écoulement vulvaire – Echographie pelvienne à la recherche d'une rétention de cotylédon(s) 	<p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hémoculture
<p>5. Instaurer le traitement</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Prendre un double abord veineux au cathéter G16 ou G18 (ou à défaut G20) – Placer une perfusion de Ringer-lactate – Prescrire pour 2 j : <ul style="list-style-type: none"> • repos strict au lit • une triple antibiothérapie : <ul style="list-style-type: none"> ○ ampicilline injectable 1 g IV toutes les 6 h ○ gentamycine injectable 160 mg en IM une fois par jour ○ métronidazole 500 mg 2 fois/j en perfusion • Traitement anti palustre si nécessaire un utérotonique : ocytocine 10 UI IM 2 fois/j ou méthyl ergométrine injectable 1 amp IM 2 x/j) – Transfuser si nécessaire et si plateau technique le permet – Faire un traitement intra-utérin <ul style="list-style-type: none"> • curage si col ouvert • Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU) 		

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
	<ul style="list-style-type: none"> – Surveiller : l'écoulement vulvaire, pouls, température, TA 3 fois/j – Evaluer après 2 j. – Evolution favorable : si régression de l'écoulement vulvaire, chute de la fièvre, involution utérine, poursuite le traitement par voie parentérale pour atteindre 48h d'apyrexie, puis relais par voie orale : <ul style="list-style-type: none"> • amoxicilline 500 mg 2 cp 3 fois durée totale 15 jours • métronidazole 250 mg 2 cp 3 fois durée totale 7 jours • gentamycine inj 80 mg 2 fois durée 5 jours – Référer si persistance de l'hémorragie après 2 jours 		
6. Donner un rendez-vous pour le suivi	<ul style="list-style-type: none"> – S'assurer du remplissage correct des supports - Donner rendez-vous 	<ul style="list-style-type: none"> Idem CS + – Aspiration / curetage – Prendre en charge les cas référés : éliminer les hémorragies par fibromes utérins, par néoplasie – Référer les hémorragies par néoplasies (au CHU ou les prendre en charge) 	
7. Prendre congé	<ul style="list-style-type: none"> – Raccueillir, dire merci et au revoir 		
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> – S'assurer que l'accouchée référée a été effectivement admise au centre de référence – S'informer de son état – S'assurer qu'elle prend bien les médicaments prescrits - Faire l'examen clinique pour s'assurer que tous les signes cliniques sont bien amendés – Vérifier le taux d'hémoglobine – Référer à nouveau, si nécessaire, si possible accompagné d'un agent. 	<ul style="list-style-type: none"> Idem CS + – NFS – Bactériologie du prélèvement vaginal – Echographie pelvienne 	

III. Prendre en charge l'infection puerpérale :

On appelle infection puerpérale une infection qui survient dans les suites de couches. Elle a pour porte d'entrée les voies génitales, et plus précisément la surface d'insertion placentaire. Elle se manifeste par une poussée hyperthermique à 38° et plus, survenant dans les 10 premiers jours après l'accouchement. Limitée à l'utérus, c'est l'endométrite. Elle peut ensuite diffuser et causer un abcès pelvien, une péritonite généralisée, une septicémie ou un choc septique

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir l'accouchée	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue et installer la patiente– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Se présenter et présenter les membres de l'équipe– Mettre en confiance		
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– Ouvrir un dossier– Demander les noms et prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de l'accouchée et du procréateur– Demander le motif de consultation– Faire préciser les caractères des symptômes : fièvre modérée, plus élevée le soir que le matin, lochies abondantes, louches ou franchement purulentes, nauséabondes, accompagnées de céphalées, d'asthénie– Penser à une endométrite et rechercher dans les antécédents les facteurs de haut risque infectieux : infection urinaire pendant la grossesse anémie, malnutrition travail prolongé => accouchement plus de 8 h après la rupture de la poche des eaux délivrance artificielle et/ou révision utérine– fibrome– Rechercher les facteurs favorisants : muqueuses pâles rupture prématurée des membranes travail prolongé fièvre pendant l'accouchement– Recueillir les nom, prénoms, âge, profession, domicile de l'accouchée et du procréateur ;– Enregistrer l'accouchée dans le registre de consultation		
3. Faire l'examen	<ul style="list-style-type: none">– Préparer le matériel		

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
physique	<ul style="list-style-type: none"> – Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord – Se laver les mains à l'eau et au savon – Faire l'examen des seins – Examen général : température, pouls, tension artérielle. Préciser le degré de la fièvre et rechercher un état de choc infectieux – Examen gynécologique : <ul style="list-style-type: none"> • porter des gants stériles • poser le spéculum : provenance et aspect du pus, l'état du col et du vagin • toucher vaginal : apprécier le col, (sensibilité et volume), la consistance et la mobilité de l'utérus (gros - mou), la sensibilité des culs-de-sac, apprécier l'aspect du pus (couleur, fluidité), et son odeur – Conclusion : Devant ce tableau, il faut penser à une endométrite du post-partum. Eliminer les autres infections pouvant survenir dans le post-partum (paludisme, infection urinaire,...) 		
4. Faire les examens complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> – TDR/GE-DP – Glycémie – Groupage sanguin – rhésus – NFS – ECBU 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prélever les lochies pour examen bactériologique, culture, et antibiogramme – NFS complète + plaquettes – CRP – ECBU + antibiogramme – L'échographie pelvienne – Autres analyses selon les cas 	<p>Idem HZ/CHD +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hémoculture – Abdomen sans préparation (ASP) – Échographies abdominale et rénale – Sérologie HIV – Scanner si nécessaire
5. Instaurer le traitement	<ul style="list-style-type: none"> – L'antibiothérapie est le traitement de choix - Endométrite non compliquée : <ul style="list-style-type: none"> • hospitaliser • traiter : ampicilline 1g toutes les 6 heures en IV (relais per os après 48 h d'apyrexie, durée totale 15 jours), Gentamycine 160 mg/j en IM (3 -5 jours) 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prendre en charge les cas référés – Faire une antibiothérapie adaptée au résultat de l'antibiogramme – Si pas d'amélioration, penser au traitement chirurgical + réanimation – établir une feuille de surveillance : diurèse, température, pouls, TA, respiration 4 fois/jour – évaluer l'efficacité du traitement tous les jours (s'il est favorable, continuer. 	

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
	<p>Métronidazole 500 mg toutes les 8 heures en perfusion pendant 3 jours puis par voie orale pendant 4 jours (durée totale 7 jours)</p> <p>Perfusion ocytocine 10 unités dans 500 ml de serum glucosé à 5 % toutes les 12 heures</p> <p>Ou</p> <p>Ergométrine : 0,2 mg IM 2 fois par jour pendant 5-7 jours.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prodiguer des conseils d'hygiène • corriger une anémie éventuelle • donner du paracétamol à la demande • soins locaux : <ul style="list-style-type: none"> ○ toilette vulvaire et vaginale (2 fois/j) avec de l'eau bouillie tiède additionnée d'antiseptique, avec du matériel stérile et une technique rigoureusement aseptique ○ ovules antibiotiques matin et soir ○ garnitures stériles (si possible) • surveiller : <ul style="list-style-type: none"> ○ l'état général maternel matin et soir ○ l'involution utérine ○ la diminution des lochies et leur éclaircissement • évaluer l'évolution au bout de 48-72 h : <ul style="list-style-type: none"> ○ évolution favorable : continuer le traitement ○ évolution défavorable : penser à une complication ○ Endométrite compliquée : lorsque l'évolution ne vous semble pas favorable (en 48-72 h) ou lorsque surviennent les signes suivants : référer vers l'hôpital le plus proche 	<p>– Dans le cas contraire, rechercher les causes, et les traiter de manière adéquate)</p>	

– Remplir correctement le dossier et le carnet de l'accouchée

6. Donner un

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
rendez-vous pour le suivi	<ul style="list-style-type: none"> – Donner une date de rendez-vous 		
7. Prendre congé	<ul style="list-style-type: none"> – Raccompagner, dire merci et au revoir 		
8. Faire le suivi	<ul style="list-style-type: none"> – Réévaluer l'état de l'accouchée – Faire une prise en charge, si nécessaire. – Programmer les consultations post-natales et de l'enfant sain 		

IV. Prendre en charge les complications de l'allaitement :

Ce sont des affections de la glande mammaire, allant d'un engorgement jusqu'à une collection purulente au niveau de la glande. Ce sont des pathologies fréquentes, dont l'impact sur l'allaitement du nouveau-né n'est pas négligeable (la douleur peut gêner la mère et lui faire arrêter l'allaitement).

Etapas	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir l'accouchée	<ul style="list-style-type: none">– Saluer, souhaiter la bienvenue et installer l'accouchée– Faire une évaluation rapide pour apprécier le degré d'urgence– Se présenter et présenter les membres de l'équipe– Mettre en confiance		
2. Mener l'interrogatoire	<ul style="list-style-type: none">– Ouvrir un dossier– Demander les noms et prénoms, âge, profession, adresse (y compris N° Tel) de l'accouchée– Demander le motif de consultation– Faire préciser les caractères des symptômes : fièvre modérée, douleurs au niveau des seins, engorgement, écoulement mammaire– Rechercher dans les antécédents les facteurs de risque infectieux– Enregistrer l'accouchée dans le registre de consultation		
3. Faire l'examen physique	<ul style="list-style-type: none">– Préparer le matériel– Expliquer le déroulement de l'examen et obtenir son accord– Se laver les mains à l'eau et au savon– Examen général : température, pouls, tension artérielle. Préciser le degré de la fièvre et rechercher un état de choc infectieux– Faire l'examen des seins : rechercher une anomalie du mamelon (malformation) ; une pathologie (crevasse, gerçures...), un écoulement– Rechercher une adénopathie axillaire– Examen gynécologique :<ul style="list-style-type: none">• porter des gants stériles• poser le spéculum : état du col et du vagin• toucher vaginal : apprécier le col, (sensibilité et volume), la consistance et la mobilité de l'utérus (gros - mou), la sensibilité des culs-de-sac,– Conclure : Cas 1 : Engorgement mammaire		

Etapes	CS	HZ/CHD	CHU
	<p><u>Signes</u> : sein dur, tendu, douloureux à la palpation avec fièvre à 38°C. Le lait projeté sur un tampon de coton ne laisse pas de traces</p> <p>Cas 2 : Crevasses</p> <p><u>Signes</u> : mamelon fissuré, douloureux; saignements lors des tétées</p> <p>Cas 3 : Mastite</p> <p><u>Signes</u> : tension douloureuse du sein, exagérée par la succion ou les mouvements du bras. Présence éventuelle de ganglions axillaires, de fièvre. Le lait recueilli sur une compresse ou un tissu laisse quelques débris jaunâtres</p> <p>Cas 4 : Abscessé constitué</p> <p><u>Signes</u> : fièvre élevée, en général ; sein très douloureux (parfois, douleurs lancinantes, pulsatiles, empêchant le sommeil). Le lait exprimé sur le coton laisse une tache jaune</p>		
4. Faire les examens complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> - TDR/GE-DP - Glycémie - NFS complète 	<p>Idem CS +</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prélèvement si possible du pus - Culture, et antibiogramme - CRP - Autres analyses au besoin 	<p>Idem HZ/CHD</p>
5. Instaurer le traitement	<p>Cas 1 : Engorgement mammaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • revoir la position de l'enfant au sein : allaiter fréquemment, des deux seins, exprimer un peu le lait manuellement avant la tétée et en humidifier les mamelons • si le bébé ne tète pas, ou insuffisamment, exprimer le lait manuellement, • appliquer des compresses chaudes avant d'allaiter • utiliser une bonne suspension des seins entre les tétées • donner un antalgique (paracétamol 500mg par voie orale) 	<p>Idem CS +</p> <p>Cas 4 : Abscessé constitué</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire le traitement chirurgical dès que l'abcès est collecté • Surveiller l'état général • Ajuster le traitement : antibiothérapie anti-staphylococciques genre cloxacilline 2 g par jour pendant 10 jours au moins (ou érythromycine 250 mg 3 fois par jour, pendant 10 jours). 	

Cas 2 : Crevasses

- traitement prophylactique:
 - se laver les mains avant et après chaque tétée
 - nettoyer le mamelon avec de l'eau propre avant et après les tétées
 - adopter une bonne position de l'enfant au sein
 - assécher le mamelon avec une compresse ou un tissu propre et l'exposer à l'air libre
- traitement curatif:
 - nettoyer le mamelon à l'aide d'une solution aqueuse de violet de gentiane ou à la glycérine iodée
 - appliquer une poudre cicatrisante ou une pommade
 - mise au repos du sein pendant 48h
 - corriger la position de l'enfant au sein

Cas 3 : Mastite

- continuer l'allaitement
- donner du paracétamol 2 cp à 500 mg par voie orale au besoin
- donner des antibiotiques anti-staphylocoques genre cloxacilline à raison de 2gr/j pendant 10 jours. S'assurer d'une amélioration après 3 jours
- pansement suspenseur du sein
- compresses froides entre les tétées
- mise au repos du sein si possible et vider régulièrement le sein

Cas 4 : Abscessé constitué

- Arrêter l'allaitement et vider régulièrement le sein

Étapes	CS	HZ/CHD	CHU
	<ul style="list-style-type: none"> • bien soutenir les seins • paracétamol : 2 cp à 500 mg par voie orale • antibiothérapie anti-staphylocoques genre cloxacilline 2 g par jour (ou érythromycine 250 mg 3 fois par jour). <p>Référent</p>		
<p>6. Donner un rendez-vous pour le suivi</p>			<ul style="list-style-type: none"> – Remplir correctement le dossier et le carnet de la parturiente – Donner une date de rendez-vous
<p>7. Prendre congé</p>			<ul style="list-style-type: none"> – Raccompagner, dire merci et au revoir
<p>8. Faire le suivi</p>			<ul style="list-style-type: none"> – Réévaluer l'état de la parturiente – Faire une prise en charge, si nécessaire. – Programmer les consultations post-natales et de l'enfant sain

Composante 6 : Maternité à moindre risque/Néonatalogie

Activité I : Donner les premiers soins au nouveau-né à la maternité

Définition

C'est l'ensemble des gestes pratiqués sur l'enfant à la naissance (et juste après) pour rétablir ou conserver sa santé.

Règle Générale :

– Effectuer tous les gestes avec asepsie et douceur

Étapes	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
1. Préparer la naissance	<ul style="list-style-type: none">– Référer toute femme en travail d'accouchement– Référer immédiatement toute femme ayant accouché à domicile après avoir assuré au nouveau-né la protection contre le froid (tenir au chaud avec bonnet, chaussons, contact peau à peau)	<ul style="list-style-type: none">– Rassembler le matériel : boîte d'accouchement et matériel de réanimation (Gants stériles, serviettes ou pagnes propres et secs, bonnet, ciseaux, fil de ligature ou clamp, aspirateur de mucosité, ballon de ventilation + masque adapté, stéthoscope, chronomètre ou montre)– Vérifier le bon fonctionnement du matériel et son état de propreté.– Réviser les principes et gestes de réanimation– Disposer d'un tableau du score d'Apgar– Prendre les dispositions pour lutter contre l'hypothermie : maintenir la température de salle à 28°C (thermomètre mural), arrêter les climatiseurs, arrêter les brasseurs, éviter d'exposer la table d'accouchement et le coin de réanimation au courant d'air.		
2. Recueillir le nouveau-né	<p>Non applicable</p>	<ul style="list-style-type: none">– Relever l'heure de naissance et l'annoncer à haute voix– Recueillir le nouveau-né, le déposer dans un linge propre et sec posé sur le ventre de sa mère, le sécher– Eliminer le linge humide– Mettre le bébé sur le ventre de sa mère pour créer le contact peau à peau– Couvrir les deux avec un linge propre et sec puis demander à la mère de tenir le bébé– S'assurer qu'il n'y a pas un autre bébé à naître– Changer de gant si possible		

3. Evaluer la vitalité

du nouveau-né

4. Clamper, ou ligaturer, sectionner le cordon ombilical

5. Instaurer les Soins usuels

6. Faire l'examen du nouveau-né

7. Surveiller le

– S'assurer du cri et/ou de la respiration

- Si Nouveau-né ne crie pas et/ou ne respire pas : Réanimation selon l'approche HBB
- Si Nouveau-né crie et/ ou respire : Evaluer le score d'Apgar

– Laisser le cordon cesser de battre (2 minutes)

– Clamper le cordon ou le ligaturer à 2 cm et 5 cm de l'abdomen de l'enfant et couper entre les liens à l'aide d'un instrument stérile.

➤ Prévention de l'hypothermie : contact peau à peau, température de la salle à 28°C

- Examen sommaire
- Soins du cordon : nettoyer avec la Chlorhexidine 4% et laisser à l'air libre
- Soins des yeux : collyre (2 gouttes) ou pommade, une seule fois
- Administration Vit K1 naturelle : (1mg en IM si poids de naissance supérieur à 2500g ou 0,5 mg si poids de naissance inférieur à 2500g ; si voie orale doubler la dose)
- SAT (750 UI en IM) si mère non vaccinée ou si VAT2 <15j avant l'accouchement
- Mise au sein dans l'heure qui suit la naissance
- Habillage du bébé y compris bonnet et chaussons
- Identification du nouveau-né par un brassard
- Mensurations : poids, taille, PC
- Remplissage de la fiche de naissance
- Toilette (6 heures après la naissance)

– Voir examen systématique du nouveau-né (activité n°2)

- Surveiller le nouveau-né toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures puis toutes les 30 minutes pendant les deux heures suivantes et toutes les heures les cinquième et sixième heures :

nouveau-né

- la coloration (nouveau-né rose)
 - le cri
 - la respiration
 - la gesticulation
 - la température axillaire
 - les premières urines (émission < 24 heures)
 - les premières selles (émission < 36 heures)
 - le comportement au sein (vérifier : positionnement, bonne prise du sein, succion efficace)
- Remplir le carnet de santé et les registres
- Garder et surveiller le nouveau-né à la maternité pendant au moins 48 heures (éléments de surveillance : coloration de la peau, température, comportement au sein, méconium, urine respiration)
- Vacciner le nouveau-né avant la sortie de la maternité (BCG, Polio 0)

8. Donner des conseils

- Faire à la nouvelle accouchée au moins deux visites de suivi pendant la première semaine qui suit l'accouchement
- Promouvoir les pratiques essentielles chez l'accouchée (voir Pratiques Familiales Essentielles dans PIC)
- Apprendre à l'accouchée, son conjoint et aux collatéraux à reconnaître les signes de danger chez le nouveau-né et à se rendre

- Conseiller sur :

- Les techniques de mise au sein
- L'allaitement maternel exclusif jusqu' à six (6) mois, l'importance du colostrum
- Les vaccinations (importance, calendrier vaccinal et respect du calendrier vaccinal)
- La consultation d'enfants sains
- L'alimentation de la mère + supplémentation en vitamine A 200.000 UI en prise unique après accouchement, l'administration de fer 200mg 1cp/j et acide folique 5mg 1cp/j pendant 45 jours
- La planification familiale (espacement des naissances)
- Les soins quotidiens du nouveau-né par la mère : (toilette, habillage, lavage des mains)
- La surveillance du nouveau-né (alimentation, urines, selles...)
- L'utilisation de moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MIILD)
- Le recours approprié et rapide aux soins (difficultés à téter ou refus de téter, fièvre, respiration rapide ou difficile, présence de sang dans les selles, coloration jaune de la peau, convulsion, hypotonie)

- immédiatement au
CS le plus proche
- Apprendre à la
nouvelle accouchée
à tenir l'enfant au
chaud
 - Faire à tous les
nouveau-nés au
moins deux visites
pendant la 1^{ère}
semaine de vie
 - Apprendre à la
mère, le conjoint et
aux collatéraux à
réchauffer le
nouveau-né si
nécessaire
 - Informer toutes les
accouchées, les
conjointes et les
collatéraux sur les
signes de danger
chez les nouveau-
nés au cours des
visites à domicile en
se servant des cartes
conseils
 - Apprendre à la
nouvelle accouchée
les techniques de
mise au sein lors des
visites à domicile

9. Faire les soins

– Assurer les soins spécifiques aux enfants nés de mère VIH positif (Protocole PTME & PEC pédiatrique)

Spécifiques

du VIH)

- Prendre en charge les faibles poids de naissance (voir composante 2, activité 4)
- Vacciner le nouveau-né contre l'hépatite B dans les 24 premières heures si mère porteuse de l'antigène du virus de l'hépatite B quel que soit le statut de la mère
- Faire l'examen et les traitements spécifiques en cas de toxoplasmose, rubéole congénitale, et de syphilis congénitale.....

Composante 6 : Maternité à moindre risques/Néonatalogie

Activité 2 : Faire l'examen systématique du nouveau-né

Définition

C'est l'examen complet obligatoire du nouveau-né réalisé avant sa sortie de la maternité en vue d'évaluer son état aux fins de dépister les maladies et malformations éventuelles.

Modalités :

➤ **Moment :**

– Avant la sortie de la maternité.

➤ **Matériels :**

- Table d'examen ou plan dur ;
- Drap ou pagne propre ;
- Asepsie: eau propre, savon, serviette propre, solution hydro-alcoolique ;
- Pèse-bébé, toise, mètre ruban, thermomètre, abaisse-langue et stéthoscope ;
- Dossier obstétrical, carnet de santé de la mère et carnet de santé de l'enfant.

➤ **Conditions d'examen :**

- Enfant nu mais éviter le froid (température ambiante autour de 28 °C ; à l'abri du courant d'air) ;
- En présence de la mère ou d'un parent ;
- A distance des repas ;
- Faire les gestes avec douceur ;
- Respect de l'asepsie.

Etapes	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
1. Accueillir l'accouchée et son enfant	Non Applicable	<ul style="list-style-type: none">– Saluer la mère– Offrir un siège– Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe– Mettre en confiance		

2. Mener l'interrogatoire

- Prendre connaissance et analyser les informations contenues dans le carnet de santé de la mère ou le dossier obstétrical
- Rechercher les facteurs de risque :
 - terme de la grossesse, gestité, parité
 - antécédents d'avortement, d'ictère néonatal et de décès néonatal
 - maladies pendant la grossesse (paludisme, infection urinaire, hypertension artérielle, diabète, drépanocytose et autres)
 - rupture prématurée des membranes supérieure à 18h
 - notion de souffrance fœtale aiguë
 - fièvre maternelle péri partum
 - liquide amniotique teinté ou fétide
 - n'a pas crié aussitôt
 - notion de réanimation
 - poids à la naissance (faible poids de naissance, gros bébé)
 - vaccination antitétanique non à jour chez la mère
 - ictère néonatal précoce
- Demander si le nouveau-né tète bien, s'il a eu ses premières urines et ses premières selles

3. Faire l'examen physique

- Se laver les mains à l'eau et au savon ou se désinfecter les mains avec une solution hydro-alcoolique
 - Prendre la température, le poids, la taille et le périmètre crânien
 - Faire l'inspection générale du corps pour rechercher les malformations visibles, apprécier la coloration et l'aspect de la peau, la quadri flexion et la gesticulation spontanée
 - Faire l'examen de la tête aux pieds : Voir étape 3 de l'activité 7 relative aux anomalies congénitales
 - Regarder et palper le crâne (bosse sérosanguine, céphalématome, fontanelles)
 - Regarder le visage (le front, les yeux, le nez, la bouche, les oreilles) et le cou
 - Regarder attentivement :
- Se laver les mains à l'eau et au savon ou se désinfecter les mains avec une solution hydro-alcoolique
 - Idem CS
 - Conclusion :** Idem CS +
 - Remplir le registre et le carnet de santé du nouveau-né
 - Faire le dossier médical

- la respiration (rythme régulier 40 - 60 mouvements/min)
- l'abdomen
- l'anus
- les organes génitaux externes
- le dos
- Vérifier la perméabilité des orifices
regarder les membres
- Examen neurologique : rechercher les réflexes archaïques (suction, quatre points cardinaux, Moro, agrippement, enjambement, extension croisée, marche automatique...), éveil, tonus passif, tonus actif, comportement

Conclusion :

Nouveau-né sain si grossesse et accouchement sont sans perturbation

- Grossesse et accouchement sans problème
- Examen clinique (interrogatoire et examen physique) normal
- Poids > 2500g
- Taille : 50cm
- PC : 35cm
- Pas de malformation
- Cri vigoureux
- Différents organes normaux

Nouveau-né à risque de maladie si la grossesse et l'accouchement ont été perturbés :

- Grossesse et/ou accouchement, perturbés
 - RPM de plus de 18 heures
 - LA méconial ou fétide
 - Fièvre maternelle
 - Infection urogénitale maternelle
- Poids < 2500g

- Examen physique normal,

Nouveau-né malade si l'examen clinique est anormal :

- Examen physique anormal
 - Difficulté respiratoire
 - Coloration bleue, jaune, blanche
 - Gesticulation faible ou absente
 - Malformation évidente
- Informer la mère du résultat de l'examen et éventuellement de la décision de référence
- Remplir le registre et le carnet de santé de l'enfant

- Selon le tableau clinique

4. Faire des examens

Complémentaires

5. Instaurer le traitement

Non Applicable

- Nouveau-né sain (normal) : soins usuels ou routiniers (voir « soins au nouveau-né à la maternité)

- Nouveau-né malade :

- Garder le nouveau-né au chaud
- Donner la première dose d'antibiotique (Ampicilline 100mg/Kg en IM)
- Informer la mère sur l'état de l'enfant et la référence
- REFERER D'URGENCE à l'hôpital

- Traiter ou surveiller

- le nouveau-né à risque de maladie
- Traiter le nouveau-né malade
- Référer les cas dépassant les capacités de prise en charge du HZ/CHD

- Traiter ou

- surveiller les nouveau-nés à risque de maladie
- Traiter le nouveau-né malade

- Nouveau-né à risque de maladie

- Garder au CS pendant 72 heures
- Lutter contre l'hypothermie
- Allaitement Maternel Exclusif
- Soins usuels (routiniers)

6. Donner un rendez-vous pour le suivi

– Demander à la mère d’informer le relais communautaire dès son retour du lieu de référence

7. Prendre congé

- Amoxicilline suspension 125mg, 5ml matin et soir pendant 5 jours
- Surveiller le Nouveau-né selon le rythme décrit dans la composante 1 activité 1
- Conseiller la mère comme décrit dans la composante 1 activité 1

– Dire à la mère de respecter les rendez-vous fixés

– Demander à la mère de se présenter avec l'enfant dès son retour du lieu de référence

8. Faire le suivi

- Faire au moins deux visites à domicile au cours de la première semaine de vie
- Si présence de signe de danger, référer le nouveau-né vers un centre de santé
- S'assurer que le nouveau-né référé l'a été réellement
- Vérifier et aider l'accouchée pour l'observance des soins prescrits au nouveau-né en contre référence
- Demander à la mère, s'il y a des problèmes de mise au sein et l'assister si besoin
- Apprendre aux accouchées à tenir au chaud les bébés de faible poids (peau à peau ou la méthode kangourou)

– Raccompagner, dire merci et au revoir

- Pour les cas référés, suivre l'enfant selon les instructions reçues en contre- référence
- Prendre les dispositions pour que les parents respectent les rendez-vous (contact des parents de l'enfant, du relais communautaire en charge du village des parents)
- Pour les cas traités, faire le suivi après traitement

Pour les cas traités,

- Faire le suivi selon l'étiologie

Composante 6 : Maternité à moindre risques/Néonatalogie

Activité 3 : Réanimer le nouveau-né en salle d'accouchement

Définition

C'est mettre en œuvre en salle d'accouchement un ensemble de moyens pour aider le bébé à respirer à la naissance afin de lui sauver la vie et de préserver l'intégrité de son cerveau.

Modalités

Préalables :

- Identifier les circonstances conduisant à une asphyxie périnatale : souffrance fœtale aiguë, faible poids de naissance, disproportion foeto-pelvienne, deuxième jumeau, césarienne ... ;
- Préparer le matériel de réanimation : Gants stériles, serviettes ou pagne propre et sec, bonnet, ciseaux, fil de ligature ou clamp, aspirateur de mucosité, ballon de ventilation + masque adapté, stéthoscope, chronomètre ou montre ;
- Vérifier l'état de propreté du matériel ainsi que la fonctionnalité du ballon de ventilation et du dispositif d'aspiration ;
- Réviser les gestes de réanimation.

Principes :

- Savoir anticiper ;
- Trouver un assistant et réviser le plan d'urgence ;
- Agir rapidement pour respecter la minute d'or ;
- Faire les gestes avec douceur ;
- Maintenir l'enfant au chaud ;
- Observer une asepsie rigoureuse.

Moment : le bébé ne crie pas et/ou ne respire pas.

Étapes	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
1. Recueillir le	Non Applicable	– Recueillir le nouveau-né dans un linge propre (pagne lavé) et sec		

Étapes	Communauté	CS	HZ/CHD	CHU
nouveau né		– Sécher et stimuler le nouveau-né		
2. Evaluer la vitalité du nouveau-né	Non Applicable	<p data-bbox="831 320 2098 355">– Evaluer l'état du nouveau-né en écoutant le cri et en observant la respiration</p> <ul data-bbox="831 363 2098 427" style="list-style-type: none"> • Si le nouveau-né ne crie pas et/ou ne respire pas : Réanimer selon l'approche HBB (Helping Babies Breathe) <p data-bbox="831 435 2098 467">Étapes :</p> <ul data-bbox="831 475 2098 715" style="list-style-type: none"> – Désobstruer les voies respiratoires à l'aide d'un aspirateur de mucosités – Evaluer l'enfant : respire-t-il ou crie-t-il ? – Si non, clamber et sectionner rapidement le cordon ombilical – Déplacer le nouveau-né sur un plan dur – Ventiler à l'aide d'un ballon auto gonflable et masque adapté, à raison de 40 insufflations par minute – Apprécier l'efficacité de la ventilation en observant les mouvements du thorax <p data-bbox="831 722 2098 754">NB : Toutes ces étapes doivent tenir en une minute : Minute d'Or</p> <ul data-bbox="831 762 2098 1158" style="list-style-type: none"> – Evaluer à nouveau le bébé : <ul data-bbox="943 818 2098 914" style="list-style-type: none"> • Si le bébé ne respire pas, demander de l'aide et améliorer la ventilation. (S'assurer qu'il n'y a pas de fuite entre le masque et le visage du nouveau-né, presser le ballon plus fermement et plus rapidement) – Evaluer à nouveau la respiration : <ul data-bbox="943 978 2098 1158" style="list-style-type: none"> • Si l'enfant ne respire pas, vérifier si le rythme cardiaque est normal ou lent ? <ul data-bbox="976 1018 2098 1158" style="list-style-type: none"> ✓ Si le rythme cardiaque est normal, ventiler jusqu'à ce que le bébé commence à bien respirer, puis surveiller avec la maman ✓ Si le rythme cardiaque est lent ou anormal et que le bébé ne respire pas, continuer la ventilation et chercher les soins spécialisés. (Référence) 		

GLOSSAIRE

APPENDICECTOMIE	:	Ablation chirurgicale de l'appendice
COELIOSCOPIE	:	Examen visuel de la cavité abdominale (préalablement distendue par de l'air, ou un gaz, stérile), au moyen d'un coelioscope introduit par voie abdominale (coelioscopie transpariétale) ou vaginale (coelioscopie transvaginale)
COLPOSCOPIE	:	Examen visuel du col à l'aide d'un appareil muni de loupe (colposcope) afin de détecter les cellules anormales et normales en vue d'une biopsie dirigée du col.
COPROLOGIE	:	Examen bactériologique des selles (matières fécales)
COURBE MENOOTHERMIQUE :		Courbe des températures de base quotidiennes, au réveil, pendant tout le cycle menstruel (= "courbe thermique")
COUNSELING	:	Entretien face-à-face, dans une relation d'aide, pour trouver des solutions aux problèmes
DÖPPLER:	:	Etude des circulations artérielle et veineuse au (examen échographique) moyen d'une sonde émettrice-réceptrice d'ultrasons
DYSMENORRHEE	:	Douleurs abdominales survenant au cours des règles
DYSTOCIE	:	Accouchement difficile
DYSURIE	:	Miction douloureuse
ECLAMPSIE	:	Etat d'accès convulsifs, toniques puis cloniques, avec suspension de la conscience, survenant au cours de la grossesse, à l'accouchement, ou en suites de couches. Il survient surtout chez les femmes présentant une dysgravidie
ECZEMA	:	Lésions cutanées érythémateuses, parfois suintantes, prurigineuses, entraînant la formation de croûtes et de squames
FLACCIDITE	:	Etat de relâchement, ou absence de tonicité, d'un tissu ou d'un organe
GALACTORRHEE	:	Ecoulement du lait en dehors de la période de lactation
GESTITE	:	Nombre de grossesses qu'une femme a eues
HEMATURIE	:	Emission d'urines mêlées de sang
HYPERCINESIE UTERINE	:	Excès de contractions utérines. Elle peut intéresser la fréquence, et/ou la durée, et/ou l'intensité des contractions
HYPOCINESIE UTERINE	:	Insuffisance de contractions utérines. Elle peut intéresser la durée, et/ou l'intensité, et/ou la fréquence des contractions
HYPOSPADIAS	:	Anomalie de position du méat urinaire, qui peut être situé soit dans le sillon balanique, soit à la face inférieure de la verge, soit sur le périnée, avec absence de corps spongieux et de l'urètre en avant du méat urinaire
HYSTERECTOMIE	:	Acte chirurgical consistant à enlever l'utérus
INCONTINENCE	:	Perte involontaire (par exemple d'urines)
LAPAROTOMIE	:	Acte chirurgical qui consiste à ouvrir la cavité abdominale (= coeliotomie)

LIQUIDE AMNIOTIQUE MECONIAL	:	Liquide amniotique contenant les premières selles du fœtus, émises dans l'utérus avant la naissance
LIQUIDEAMNIOTIQUE PUREE DE POIS	:	Liquide amniotique contenant les selles du fœtus épais, de couleur jaune verdâtre pendant le travail d'accouchement, en cas de la souffrance fœtale
MENARCHE	:	Apparition des premières règles chez la fille
METASTASE	:	Foyer secondaire d'une affection cancéreuse (ou suppurée) à partir d'un foyer primitif
METRORRAGIE	:	Ecoulement de sang survenant en dehors de la période normale des règles
PARITE	:	Nombre de fois qu'une femme a accouché
PARTOGRAMME	:	Enregistrement graphique du progrès du travail d'accouchement et des principales données relatives à l'état de la mère et de l'enfant
PILOSITE	:	Ensemble des poils, et leur répartition sur la peau
POLLAKIURIE	:	Mictions trop fréquentes
POST-PARTUM IMMEDIAT	:	Période de suites de couches, jusqu'au 8 ^{ème} jour après l'accouchement
POST-PARTUM TARDIF	:	Période de suites de couches, allant du 9 ^{ème} au 42 ^{ème} jour après l'accouchement
QUADRIFLEXION	:	Attitude de flexion des quatre membres (attitude normale du bébé à la naissance)
REFLUX HEPATO JUGULAIRE	:	Réflexe qu'on obtient en appuyant sur le foie et qui se traduit par la turgescence de la veine jugulaire
SCANNER	:	Examen radiologique qui permet de distinguer d'infimes variations des éléments qui composent un tissu et d'obtenir des images très détaillées. Il est utilisé pour rechercher les lésions infectieuses et tumorales
SCORE D'APGAR	:	Score qui permet d'apprécier l'état du nouveau à la 1
SCORE DE BISHOP	:	Score relatif à la maturation du col utérin. Il est établi par toucher vaginal. Il est basé sur la dilatation du col (en cm), sa longueur (effacement) (en %), sa consistance, sa position, la descente de la présentation. Chaque élément est noté de 0 à 3. Le score est favorable au déclenchement du travail d'accouchement s'il est supérieur à 6
SCORE DE GLASGOW	:	Score qui permet d'apprécier les différents stades d'un accès comateux
SCORE DE MANNING	:	Score relatif à la vitalité fœtale, basé sur quatre signes échographiques cotés de 0 à 2. Le total représente le score
SEROLOGIE	:	Etude des sérums pour déterminer les anticorps dirigés contre les antigènes. Elle permet de savoir si un organisme a été infecté
SYNDROME PREMENSTRUEL	:	Douleurs du bas-ventre et/ou des seins survenant au cours de la semaine qui précède les règles
TOCOLYSE	:	Arrêt des contractions utérines par administration de médicaments
TRENDELENBOURG	:	Position décline permettant d'avoir les pieds surélevés par rapport à la tête

- TOXEMIE GRAVIDIQUE : Maladie survenant au cours de la grossesse, caractérisée par une hypertension artérielle, des œdèmes et de la protéinurie (= Pré éclampsie)
- URETRITE : Inflammation de l'urètre
- VARICOCELE : Masse formée par la dilatation permanente des veines du cordon spermatique
- VOMISSEMENTS INCOERCIBLES : Vomissements nombreux et continus au cours des premiers mois de la grossesse

Liste des participants aux différents ateliers de développement des Protocoles de novembre 2002

1. Docteur Richard ABADA
2. Docteur Sylvestre ABLEY
3. Docteur Marcel ABOUA
4. Docteur Sosthène ADISSO
5. Docteur Charles ADJOVI
6. Madame Georgette AGBANGLA
7. Madame Isabelle AKIBODE A.
8. Docteur Marouf ALI
9. Monsieur Aristide ALOVOKPINHOU
10. Professeur Blaise AYIVI
11. Madame Laure AYENI
12. Docteur Nestor AZANDEGBE
13. Docteur Chakiratou BADIROU ANJORIN
14. Docteur Alexandrine DAZOGBO LOKOSSOU
15. Professeur José de-SOUZA
16. Docteur Nouratou do -REGO
17. Docteur Thomas DOGUE
18. Docteur Victor DOSSOU
19. Madame Berthe DOSSOU-GBETE
20. Docteur Noël A EKUE
21. Professeur René HODONOU
22. Docteur Jacob HOUETO
23. Docteur Téléphore HOUANSOU
24. Docteur Issah KISSIRA
25. Docteur Jean KOUASSI
26. Docteur Georges KOUSSIHOUEDE
27. Docteur Roger LALY
28. Docteur Raïma MOUDACHIROU
29. Madame Andréa NOUKPO
30. Madame Marie - Lucienne OGOUNCHINA
31. Professeur Antoinette OBEY
32. Professeur René PERRIN
33. Docteur Alban QUENUM
34. Docteur Karim SALAMI
35. Madame Hortense SAMON
36. Docteur Hamidou SANOUSSI
37. Madame Adèle Marie -Noël SACKO
38. Madame Germaine TOTO
39. Professeur Eusèbe ALIHONOU
40. Madame Suzanne PLOPPER
41. Docteur Téléphore SAVY
42. Madame Arlette AKOUEIKOU
43. Docteur Marcelline d'ALMEIDA
44. Docteur Théodore SOUDE
45. Docteur Esther TRAORE
46. Docteur Noël ZONON
47. Madame Salwa KAZADI
48. Madame Lauri WINTER
49. Professeur Senamé BAETA
50. Monsieur Bongwelé ONANGA
51. Professeur Marcel VEKEMANS
52. Docteur Boniface SEBIKALI

Liste des participants aux différents ateliers de révision de juin 2008

1. Docteur D. Gaston AHOUNOU
2. Docteur Chakiratou BADIROU ANJORIN
3. Docteur Cyriaque GNINTOUNGBE
4. Docteur Issah KISSIRA
5. Madame Nancy Lee POSSIAN
6. Docteur Alban P. QUENUM
7. Madame Andréa SAKA NOUKPO
8. Docteur Jacques SAIZONOU
9. Madame Marcelle TOCHENOU
10. Madame Marguérite ZOLIKPO

Liste des participants aux différents ateliers de révision de mars 2018

Participants à l'atelier d'actualisation

- 1 Dr ZANNOU Robert
- 2 Dr TOSSOU BOCO Thierry
- 3 Dr OGOUDJOB I Mathieu
- 4 Dr DETONGNON Cohovi
- 5 Dr KOTCHOFA Jacques
- 6 Dr QUENUM Alban
- 7 Dr ASSAVEDO Sibylle
- 8 Dr AHOUNOU Gaston
- 9 Mr CHATIGRE Jérôme
- 10 Mme EGOUNLETY Pascaline
- 11 Dr DADJO ADJAGBA Esther
- 12 Dr ABOUBAKAR Moufalilou
- 13 Dr KANMADOZO Solange
- 14 Mme LALEYE DAH Eléonore
- 15 Mme AMOUZOUNVI A Alice
- 16 Mr HOUNKPATI Hospice

Participants à l'atelier de validation

- 1 Dr BACHABI Moussa
- 2 Dr TOSSOU BOCO Thierry
- 3 Mme EGOUNLETY Pascaline
- 4 Dr DADJO ADJAGBA Esther
- 5 Mme DOSSOU-YOVO Aurélie
- 6 Dr ASSAVEDO F. Sibylle
- 7 Dr ZANNOU Robert F.
- 8 Dr KANMADOZO Solange
- 9 Mme LALEYE DAH Eléonore
- 10 Pr HOUNKPATIN Benjamin
- 11 Dr TOSSOU Bernard
- 12 Dr AHOUNOU D. Gaston
- 13 Dr SAYI Gabriel
- 14 Mme LANCHOESSI Diane
- 15 Dr OGOUDJOB I O. Mathieu
- 16 Mme DJOGBEHOUE A. Aline
- 17 Dr QUENUM Alban
- 18 Mme GBEDAGBA-BOMARD Josée
- 19 Dr DETONGNON Cohovi
- 20 Mme TOFFA Arlette

Références

- Adisso S, Alihonou E, Guingni B, Soton A. Modalités et standards de prise en charge des grossesses à risque élevé et des urgences obstétricales (Rapport préliminaire). Ministère de la Santé Publique/ CREDESA, Cotonou, Bénin, 2000.
- Anonyme. Programme de stage pour les soins obstétricaux d'urgence. Bénin.
- Aubert F, Guittard P. Essentiel médical de poche, 1992.
- Aujard Y, Autret E, Lenoir G. Pharmacologie et thérapeutique pédiatriques. Flammarion, Médecine-Sciences, 1992.
- Bloom RS, Cropley C. Cours de réanimation du nouveau-né en salle de travail. Gold F, traduction et adaptation. Commission de la Naissance de la Région Centre, France, 1989.
- Cacault J-A, Lalande J, Marie J. L'urgence en garde de gynécologie et de maternité et les consignes applicables au nouveau-né. John Libbey Eurotext, Montrouge, France, 1997.
- Cameroun. Protocoles des services de PF.
- Davison JK. Manuel d'anesthésie clinique. Protocoles. Massachusetts General Hospital, 2nd édition. Editions Pradel, 1994.
- De Tourris H, henrion R, Delecour M. Gynécologie et Obstétrique. Masson, Paris, 1994.
- Disaia PJ. Clinical Gynecology. 3rd édition.
- Francoual C, Bouillié J, Huraux-Rendu C. Pédiatrie en maternité. Flammarion, Médecine-Sciences, Paris, 1989.
- Fréjaville J-P. Les urgences médicales et chirurgicales. Flammarion, Médecine-Sciences, Paris, 1982.
- Galateros F, Mereno JF, Dandine M, Bolot P, Kessler Z. Pédiatrie pratique de l'Afrique..
- Gbangbade S. Projet de Politiques et standards des soins obstétricaux d'urgence d'hôpital de référence en République du Bénin, 1999.
- Ghana national RH service protocols 1999.
- Guingni B, Soton A, Saïzonou, Adisso S, Alihonou E. Recherche sur les grossesses à risque dépistées lors des consultations prénatales et sur les complications liées à la grossesse (Rapport préliminaire). Ministère de la Santé Publique, Cotonou, Bénin, 2000.
- Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS, Shelton JD. Eléments de la technologie de la contraception. Programme d'information sur la population, école de santé publique, Université Johns Hopkins, Baltimore, MD, 2000.
- Huault G, Labrune B. Pédiatrie d'urgence. 4^{ème} édition. Flammarion, Médecine-Sciences, Paris, 1995.

- Intrah. Contraceptifs injectables progestatifs. Edition révisée. Chapel Hill, NC, 1996.
- Kiegel P, Barra J-L, Garrigues B. Les gestes de pratique médicale d'urgence. Flammarion, Médecine-Sciences, Paris, 1986.
- Lansac J, Berger C, Magnin G. Obstétrique pour le praticien. 2ème édition. Simep, Paris, 1990.
- Lansac J, Lecomte A. Gynécologie pour le praticien. 3ème édition. Simep, Paris, 1989.
- La Revue du Praticien 1995 ; 45.
- Laugier J, Gold F. Abrégé de néonatalogie. 3ème édition. Masson, Paris, 1995.
- Marshall MA, Buffington ST. Life-saving skills manual for midwives. 3rd edition. American College of Nurse-Midwives. Washington DC, 1998.
- Merger R, Lévy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. 6ème édition. Masson, Paris, 1995.
- Ministère de la Santé. Normes et procédures de services en santé de la reproduction. Conakry, Guinée, 1997.
- Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées. Procédures des services de santé de la reproduction et de planification familiale, 1996.
- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Protocoles des services de planification familiale au Sénégal. Dakar, Sénégal, 1996.
- Ministère de la Santé Publique/Direction de la Santé Familiale. Santé Familiale: Politiques, Normes et Standards. Cotonou, Bénin, 1998.
- Ministère de la Santé Publique/ Direction de la Santé Familiale. Protocoles des Services de Santé Familiale au Bénin. DSF/PRIME-Intrah, Cotonou, Bénin, 1999.
- Ministère de la Santé Publique/ Direction de la Santé Familiale. Compte-rendu de la séance de travail relative aux travaux préparatoires sur la formation en SONU des sages-femmes d'Etat et des infirmières diplômées d'Etat de Maternité. Cotonou, Bénin, 1999.
- Ministère de la Santé Publique/ Direction de la Santé Familiale. Canevas de rédaction de module proposé par la direction de la Santé Familiale. Cotonou, Bénin, 1999.
- Ministère de la Santé Publique/Association des Sages-Femmes du Bénin/CREDESA. Rapport de Synthèse: Journées de réflexion sur la réduction de la mortalité maternelle au Bénin. Cotonou, Bénin, 1999.
- Ministère de la Santé Publique/ Direction de la Santé Familiale. Rapport général: Table ronde sur le plan d'action des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). Cotonou, Bénin, 2000.
- Ministère de l'Education Nationale et Ministère de la Santé Publique, République du Bénin. Textes et documents du 3ème Congrès de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique du Bénin et du Togo, 1993.
- Mozziconacci P, Saudubray J-M. Pédiatrie. Flammarion, Médecine-Sciences, Paris, 1982.

Mtawali G, Pina M, Angle M, Murphy C. Le cycle menstruel et sa relation avec les méthodes contraceptives. Un référence pour les formateurs en santé de la reproduction. PRIME/Intrah, Chapel Hill, NC, 1998.

Organisation Mondiale de la Santé – UNICEF – USAID/BASICS. Les algorithmes cliniques et le matériel de formation utilisé dans le cadre de la prise en charge des maladies de l'enfant.

Papiernik E, Cabrol D, Pons J-C. Obstétrique. Flammarion, Médecine-Sciences, Paris, 1995.

PATH African Region. Clean Delivery Kit. Workshop report. Nairobi, Kenya, 1999

Post M. Preventing maternal mortality through emergency obstetric care Ministère de la Santé Publique, Direction de la Santé Familiale. SARA (Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique)/AED/Tulane/JHPIEGO, 1997.

Programme National de Lutte contre le SIDA/Unicef. Syndromes des maladies sexuellement transmissibles. Bénin.

Sebikali B, Echitey S. Guide d'apprentissage en technologie contraceptive et lutte contre les maladies diarrhéiques. Document pour participants. PRIME/Intrah, Chapel Hill, NC, 1999.

SFPS/RESAR/SAGO. Guide de formation en planification familiale à l'usage des étudiants en médecine, 1998.

SFPS/RESAR/SAGO. Guide de formation en planification familiale à l'usage des étudiants en médecine. Cahier du formateur, 1998.

Sibley L, Quimby C. Formation en santé de la reproduction pour les prestataires de soins de santé primaires: un manuel-ressource pour le développement d'un curriculum. Module 4: Prestation de service de base des soins de la mère et du nouveau-né. Intrah/PRIME, 1999.

Tchobroutsky C. Décisions obstétricales. Editions Pradel, Paris, 1993.

Thoulou J-M, Puech F, Bouy G, éditeurs. Obstétrique. Ellipses, Universités Francophones, Paris, 1995.

Traoré E. Fiche: Elaboration des modules de formation en SONU. Ministère de la Santé Publique/ Direction de la Santé Familiale, Cotonou, Bénin, 2000.

UNICEF. Programme for safe motherhood. Guidelines for maternal and neonatal survival. New York, NY, 1999.

Uzan S, Gaudet R. Le cancer du sein. La Revue du Praticien 1998 ; 48(7).

Uzan S, Gaudet R. Pathologie des glandes surrénales. La Revue du Praticien 1998 ; 48(7).

Vert P, Morin P, André M, Marchal F. Pédiatrie néonatale. Précis de Pédiatrie. Douin, éditeur, Paris, 1989.

Vokaer R. Traité d'Obstétrique. Tome 2. Masson, Paris.

World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Managing complications in pregnancy and childbirth : a guide for midwives and doctors. WHO/RHR/00.7, Geneva, Switzerland, 2000.

World Health Organization, Reproductive Health and Research. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2nd edition. WHO/RHR/00.02, Geneva, Switzerland, 2000.

Zetlaoui P, Jacolot D, Dartayet B. Protocoles d'Anesthésie. Réanimation. 7^{ème} édition. Mapar éditions, Le-Kremlin-Bicêtre, France, 1994.

OMS, FNUAP, UNICEF, Banque Mondiale Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin SRH : département et recherche génésique, OMS 2004.

Perrin R-X, Badirou-Fatoké F, Dogue Th., Badirou Anjorin Ch., Manuel pour la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales

Extrait de guide de formation, HOMEL et Médecins du monde-Belgique, 1^{ère} édition, juillet 2002.

OMS. Guide national de prise en charge nutritionnelle des PVVIH au Bénin