



PROTOCOLES THÉRAPEUTIQUES HOSPITALIERS

Gynéco-obstétrique
(3e édition)

2023

DPS Nord-Kivu

Avec l'appui de l'équipe AT ULB-Coopération



PADiSS²

projet financé par l'Union européenne



Hôpital
Erasmus



Belgique

partenaire du développement

Division provinciale de la santé
B.P. 32 Goma
Goma: dps_nk@outlook.com
Site Web: <http://www.dpsnordkivu.cd/>

*Ce document a été produit avec l'appui technique et financier
conjoint des projets PADISS2 et PARISS*



*Le contenu de ce document peut être librement reproduit
en mentionnant la référence suivante : Division
Provinciale de la Santé du Nord Kivu. Protocoles
thérapeutiques pour les hôpitaux généraux de référence.
DPS Nord Kivu, Goma, 2023.*

**Le contenu de ce document n'engage pas la responsabilité ni de l'Union
Européenne ni celle de l'AFD, mais uniquement celle de ses auteurs.**

LISTE DES PERSONNES AYANT CONTRIBUE A L'ACTUALISATION DES PROTOCOLES THERAPEUTIQUES

Équipe de coordination et d'accompagnement méthodologique

Dr Stéphane BATEYI Hans, MPH, PhD, Chef de Division provinciale de la santé /DPS/NK

Dr Josias KATUNGO Nyamwaka, Chef de Bureau Appui Technique ai/ DPS NK

Dr Jean-Marie Kamukehere, Analyste encadreur provincial polyvalent de zone de santé, DPS/NK

Dr Guy Mutombo, Chef de Bureau Information sanitaire, communication et recherche, ai DPS/NK

Dr Élisabeth MISHIKA : Analyste Qualité des soins/DPS/NK

Mr Oscar KATEMBO Kalemo, Analyste encadreur provincial polyvalent de zone de santé, DPS/NK

Dr NZANZU Malambo Adelard, Analyste encadreur provincial polyvalent de zone de santé, DPS/NK

Dr Etienne MAHANGAIKO Lembo, Consultant, Spécialiste en santé Publique,

Dr Martin MWAMBA Nkulimba, Médecin à l'hôpital provincial et Chargé d'Accréditation au Nord Kivu

Dr Edgar MUSUBAO Muhatikani, Assistant Technique Médical PADISS2 et PARISS, ULB Coopération

Dr Jean Pierre NOTERMAN, Assistant Technique Médical PARISS, ULB Coopération

Prof Dr MITANGALA Ndeba Prudence, Assistant Technique Médical PADISS2 et Chef des projets HPNKA Plus et Infra Plus, ULB Coopération

Prof Dr Jean-Bosco KAHINDO Mbeva, Coordinateur ULB Coopération et chef de projets PADISS2 et PARISS.

Cadres, prestataires et personnels de santé ayant contribué au processus d'actualisation et de validation de ces protocoles (3^{ème} édition)

Dr Jean-Marie Kamukehere (Spécialiste Santé Publique et Epidémiologie, DPS Nord Kivu), **Dr Sylvain Tshilombo** (Médecin urgentiste, Hôpital provincial), **Dr Müller Mundenga** (Médecin urgentiste, Hôpital HEAL AFRICA), **Dr Sebastien Matata**

(Pédiatre, Hôpital provincial), **Dr Rogatien Mwandjalulu** (Gynécologue obstétricien, Hôpital Charité Maternelle), **Dr Adelard Kalima** (Médecin interniste, Hôpital Matanda), **Dr André Mubake** (Chirurgien pédiatre, Hôpital provincial), **Dr Josias Songya** (Pédiatre, Hôpital de Virunga, HGR Karisimbi), **Dr Kambale Benjamin Kalole** (Gynécologue obstétricien, Hôpital HEAL AFRICA), **Dr Elizabeth Mishika** (Spécialiste en Santé Publique, DPS Nord Kivu), **Dr Kabamba Yangoy Monique** (Spécialiste Santé Publique, DPS Nord Kivu, PNSR), **Dr Adolphe Gashinge** (Médecin, DPS Nord Kivu, Coordination PNLS), **Sr Dr Sylvie Atosa** (Gynécologue Obstétricienne, HGR Kyondo), **Dr Martial Kambumbu** (Médecin chef de Staff, HGR Musienene), **Dr Christian Bitwayiki** (Médecin chef de zone, ZS Rutshuru), **Dr Noé Kitsongo** (Médecin responsable du service des soins intensifs, HGR Biena), **Dr Vutseme Vwambale** (Médecin responsable du service des urgences et soins intensifs, HGR Vuhovi), **Dr Faustin Habugimana** (Médecin Chef de Staff, Interniste, Hôpital de Kyeshero), **Dr Nzanzu Malambo** (Spécialiste en Santé Publique, EPP, DPS Nord Kivu), **Dr Martin MWAMBA Nkulimba** Spécialiste en Santé Publique à l'hôpital provincial et Chargé d'Accréditation au Nord Kivu, **Dr Etienne MAHANGAIKO Lembo**, (Spécialiste en santé Publique), **Dr Jean Pierre Noterman** (Médecin de santé publique, ULB Coopération), **Prof Dr MITANGALA Ndeba Prudence** (Spécialiste en santé publique et Paludologie, ULB Coopération), **Prof Dr Jean-Bosco KAHINDO Mbeva** (Spécialiste en santé publique, politiques et systèmes de santé, ULB Coopération).

Cadres, prestataires et personnels de santé ayant contribué au processus d'actualisation et de validation de la deuxième édition des protocoles thérapeutiques :

Dr Tshimbila Kabangu (Chirurgien, HPNK), **Dr Kighoma Vuhaka Simplicie** (Orthopédiste, Heal Africa), **Dr Baabo Gisèle** (Pédiatre, Charité Maternelle), **Dr Mapenzi -Duthy Mussanzi Marlène** (Pédiatre Heal Africa), **Dr Busha Tibasima** (Pédiatre périnatologue, Charité Maternelle), **Dr Matata Ngilima Sébastien** (Pédiatre, HPNK), **Dr Kambale Kalole Benjamin** (Gynécologue obstétricien, HEAL AFRICA), **Dr Muhindo Shabani Finney** (Gynécologue obstétricien, HGR Virunga), **Dr Mwanjalulu K. Rogatien** (Gynécologue obstétricien), **Dr Justine Musubao** (Gynécologue obstétricienne, Cliniques universitaires du Graben), **Dr Kambale Kasonia** (Médecin interniste, CH Kyeshero), **Dr Ndabaweje Minani** (Interniste HPNK), **Dr Kitoga Mumanywa+** (Médecin Interniste, Maternité Mont Carmel), **Dr Kalima Nzanzu**

(Médecin Interniste, Hôpital de Matanda), **Dr Adèle Kishabaga** (Médecin ORL, Hôpital Charité Maternelle), **Dr Ndabaweje Didier** (Médecin Radiologue, CIMAK),

Ph Ndato Kagheni Paul-Léon (Inspecteur Qualité, DPS NK), **Ph Kambale Takenga Henri** (Inspecteur, IPS Nord Kivu), **Ph Katavali Arthur** (Pharmacien, CDR Asrames), **Ph Masika Mughole** (Pharmacien HGR Musienene), **Mme Furaha Nyamunongo** (Analyste suivi, DPS NK), **Dr Sekabuhoro Safari** (Chirurgien, HPNK), **Dr Robert Biya** (Médecin Coordinateur, CPLT), **Dr Bwiza Liliane** (Médecin Coordinateur PNTS), **Dr Ndabereye N** (Médecin chef de staff, HGR Rwanguba), **Dr Christian Bituayiki** (Médecin chef de staff, HGR Rutshuru), **Dr Kabuya Guillaume** (MDH HGR Kibirizi), **Dr Opportune Sikuli** (Médecin Chef de staff HGR Virunga), **Dr Alex Feruzi Mega** (Médecin, HGR Kirotshe), **Dr Martin Mwamba** (Médecin, HPNK), **Mr Byenda Edouard** (Coordonnateur provincial, PNSM Nord Kivu), **Dr Hatua Bizimungu** (Médecin Directeur, HGR Birambizo), **Dr John Muzige** (Coordonnateur provincial, PNSR), **Mr Urie Kahundu** (Infirmière, HGR Virunga), **Mr Fidèle Mutaka** (Encadreur polyvalent de zone de santé, DPS NK), **Mme Julie Mishonya** (Chargé qualité, HGR Charité Maternelle), **Dr Tsongo Kivo** (Médecin Directeur ai, HGR Vuhovi), **Dr Katungu Valyaghe Léocady** (Médecin Traitant, HGR Lubero), **Dr Cicéron Akilimali Salumu** (Médecin traitant, Charité Maternelle), **Dr Kabuyaya Ndungo Moïse** (Médecin traitant, HGR Musienene), **Dr Nzanu Tuliza Samuel** (Médecin chef de staff, HGR Manguredjipa), **Dr Nzanu Luthongo Anicet** (Médecin chef de staff, HGR Kyondo), **Mme Elise Kavira Muchekele** (Encadreur provincial de zone de santé, DPS NK), **Dr Bernard Kakule** (Médecin Chef de Zone, ZS Binza), **Mr Tshongo Kataliko** (Chargé de prise en charge, PNRBC), **Dr Polepole François** (Chef de département, CHNP Goma), **Dr Ange-Rose Valinandi** (Médecin responsable, Centre de santé médicalisé urbain Rafa/Karisimbi) et **Dr. Tsongo Vululi Sosthène** (Médecin Radiologue, HEAL AFRICA).

Les remarques sont à adresser à :

Division Provinciale du Nord-Kivu/ Goma

Tel : 0998881676, 0995739691

Email : dps_nk@outlook.com ; elisemishika@gmail.com

PREFACE

Ce manuel constitue la **troisième édition des protocoles thérapeutiques** produites et diffusées par la Division provinciale de la santé du Nord Kivu, en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients dans les hôpitaux généraux de référence du Nord Kivu. Ces protocoles font suite à deux précédentes éditions produites et diffusées par la Division provinciale de la santé du Nord Kivu respectivement en 2016 et 2019.

La production et diffusion de ces protocoles thérapeutiques intervient alors que la RDC redouble ses engagements pour la couverture santé universelle, qui suppose toute personne accède à des services et des soins de santé de qualité dont elle a besoin sans encourir la moindre difficulté financière. Il est donc question de qualité et d'innocuité des soins, auxquelles doivent contribuer le recours aux protocoles thérapeutiques.

Contrairement aux deux précédentes éditions, la 3^{ème} édition intègre des protocoles spécifiques à la prise en charge du patient au sein du service des urgences et des soins intensifs, et prend en compte les dernières évolutions au niveau des directives des programmes spécialisés en RDC et les résultats de recherches dans les domaines thérapeutiques. Ces protocoles thérapeutiques s'adressent premièrement aux prestataires membres des équipes de prise en charge des patients au sein des hôpitaux généraux de référence de la province du Nord Kivu. Ces protocoles s'adressent deuxièmement aux cadres et professionnels de santé ayant en charge l'accompagnement clinique des équipes de prestataires au niveau des hôpitaux généraux de référence. Le contenu de ces protocoles constitue une référence pertinente et commune, à laquelle doivent recourir les prestataires et accompagnateurs cliniques des prestations afin que la prise en charge des patients s'améliore en vue des résultats les plus importants possibles compte tenu du niveau actuel d'évolution des sciences médicales et pour la plus grande satisfaction de la patientèle et des communautés.

La production de ces protocoles est le fruit des efforts conjugués des membres de l'équipe de coordination du processus de révision, des assistants techniques et des partenaires d'appui au secteur santé dans la province, des

cadres de la Division provinciale de la santé, des spécialistes cliniciens et des prestataires, ayant soit formulé leur observations sur les contraintes d'utilisation au regard de la pratique quotidienne, soit recueilli les données de satisfaction des prestataires, soit participé aux travaux préparatoires permettant d'y apporter des éléments de réponse, ou ayant participé aux travaux de questionnement des améliorations et leur validation.

Que toutes ces personnes trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude pour tous les efforts et la qualité de cet accomplissement.

Bien que constituant une référence commune et pertinente pour la prise en charge du patient, ces protocoles ne remplacent pas les acquis d'apprentissage tout au long de la formation de base dans les différentes filières de formation conduisant à la production de différentes catégories des prestataires impliqués dans la prise en charge du patient. Ils apportent un substrat pertinent, permettant aux professionnels de santé, non seulement de standardiser la prise en charge des malades, mais aussi et surtout d'aller de l'avant sur la composante qualité des soins au cours du processus de progression sur la voie de la couverture santé universelle, et en particulier au cours des prestations convenues en exécution du plan du nouveau développement 2024-2030.

Le contenu des protocoles étant un substrat susceptible d'évoluer au regard du profil de morbidité et de mortalité du Nord Kivu, des stratégies de soins édictées par le niveau national et des résultats de la recherche dans les domaines de la médecine et d'autres sciences de prise en charge du patient, les prestataires, accompagnateurs des prestataires et tous les acteurs intéressés à l'amélioration de la prise en charge du patient, sont appelés à documenter, dès la publication de ces protocoles et de manière continue, les éventuelles inadéquations ou désuétudes de ces protocoles thérapeutiques, en prévision de leur future révision.

Dr Stéphane BATEYI Hans

MPH, PhD

Chef de Division Provinciale de la santé du Nord Kivu.

PARTIE II : GYNECO-OBSTETRIQUE

Table des matières

LISTE DES PERSONNES AYANT CONTRIBUE A L'ACTUALISATION DES	
PROTOCOLES THERAPEUTIQUES	3
<i>Équipe de coordination et d'accompagnement méthodologique.....</i>	<i>3</i>
PREFACE	6
PARTIE II : GYNECO-OBSTETRIQUE	8
LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES	11
PROTOCOLE I. ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE	13
PROTOCOLE II. FIEVRE SUR GROSSESSE	13
PROTOCOLE III. DECLenchement ARTIFICIEL DU TRAVAIL	17
PROTOCOLE IV. LES AVORTEMENTS	20
PROTOCOLE V. MORT FŒTALE IN UTERO	24
PROTOCOLES VI. MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE A	
MEMBRANES INTACTES	26
PROTOCOLES VII. RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES	29
PROTOCOLES VIII. GROSSESSE EXTRA-UTERINE	31
PROTOCOLE IX. HEMORRAGIES DU TROISIEME TRIMESTRE DE LA	
GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT	34
PRISE EN CHARGE DE L'HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE	37
PROTOCOLE X : PRISE EN CHARGE DE LA PRE-ECLAMPSIE.....	40
PROTOCOLE XI. UTERUS CICATRICIEL.....	46
NP : NIVEAU DE PREUVE	53
PROTOCOLE XII : ECOULEMENT VAGINAL	54
PROTOCOLE XIII: ULCERATION GENITALE	55
PROTOCOLE XV : DOULEUR ABDOMINALE BASSE CHEZ LA FEMME	57
PROTOCOLE XVI : VEGETATIONS ANO- GENITALES OU CONDYLOME	58
PROTOCOLE XVII : PRURIT PUBIEN	59
PROTOCOLE XVIII. PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA V A	
L'ENFANT.....	59
PROTOCOLE XIX. MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE	64
PROTOCOLE XX. DIABETE GESTATIONNEL	67

PROTOCOLE XXI : L'ALLO-IMMUNISATION FOETO-MATERNELLE	
ERYTHROCYTAIRE	69
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	73

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

AIFME=	Allo-immunisation fœto-maternelle érythrocytaire
AP=	Accord professionnel
CI=	Contre-indication
CMV=	Cytomégalo virus
CRAP=	Coefficient de risque d'accouchement prématuré
CU=	Contraction utérine
EBV=	Epstein-Barr Virus
FCS=	Fausse couche spontanée
FVF=	Frottis vaginal frais
HAV=	Hépatite A virale
HCG=	Hormone chorionique gonadotrope
HCV=	Hépatite C virale
HPP=	Hémorragie postpartale
HRP=	Hématome rétroplacentaire
HU=	Hauteur utérine
IMC=	Indice de masse corporel
IVG=	Interruption volontaire de la grossesse
LA=	Liquide amniotique
LCC=	Longueur cranio-caudale
MAF=	Mouvements actifs fœtaux
MAP=	Menace d'accouchement prématuré
MIU=	Mort in utero
MTEV=	Maladie thromboembolique veineuse
NN=	Nouveau-né
NP=	Niveau de preuve
PCR=	Polymerase chain reaction
PFE=	Poids fœtal estimé
PL=	Ponction lombaire
RAM=	Rupture artificielle des membranes
RCF=	Rythme du cœur fœtal

RCIU=	Retard de croissance in utero
SA=	Semaine d'aménorrhée
SG=	Sérum glucosé
TCA=	Temps de céphaline activée
TP=	Taux de prothrombine

PROTOCOLE I. ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

Définition	L'efficacité de l'antibioprophylaxie chirurgicale en Gynécologie et obstétrique est une évidence.
Indications	Laparotomies Hystérectomie vaginale Césariennes Mastectomie et chirurgie de reconstitution des seins. Gestes invasifs : révision utérine, délivrance artificielle, cure de thrombus vulvaire, périnéorraphie... ^{1 1}
Règles d'applications	Injection IV, lors de l'induction anesthésique, d'une céphalosporine de première génération (céfazoline) en dose unique ou Clindamycine 600mg IV en cas d'allergie aux pénicillines. Posologie adéquate : 2g ; 1g supplémentaire si l'intervention dure plus de 2 heures. Si signes d'infection post-op au 3ème ou au 4ème jour, le traitement antibiotique de choix est la cure de l'association acide clavulanique et amoxicilline (Augmentin*, Dafracrav*, Moxyclav*, Clavuzam*...) ou mieux, une antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme.

PROTOCOLE II. FIEVRE SUR GROSSESSE

Définition	Toute température $\geq 38^{\circ}\text{C}$ chez une femme enceinte. A prélever systématiquement.
-------------------	---

¹ D. Cabrol, F. Goffinet ; Protocoles cliniques en obstétrique, Elsevier Masson ; 4^{ème} Edition

Diagnostic	Clinique : - TA, pouls, état général ; - Notion d'infections urinaires fréquentes, de contage, de voyage exotique ? - Statut sérologique : toxoplasmose, rubéole ; - Caractères de la fièvre : niveau, ancienneté, évolution ; - Signes fonctionnels : urinaires (palpation lombaire), génitaux, digestifs, respiratoires, méningés, ORL, écoulement liquidien ou leucorrhée ¹ ; - Prise d'antibiotique ou d'antiseptique ; - Examen physique et examen obstétrical : CU ? LA ? tachycardie fœtale ?¹
Investigations	Examens de laboratoires : NFS, CRP (VS : $\nearrow$ par la grossesse) ; GE, ECBU, Hémocultures avec recherche de listeria ; PV pour bactériologie si : leucorrhée, rupture des membranes, MAP, FCS ; Si fièvre pendant le travail : culture bactériologique du placenta, prélèvements bactériologiques cutanés et du liquide gastrique du nouveau-né, $\pm$ hémocultures et PL ; En fonction des symptômes et du contexte : Biochimie hépatique, Echographie rénale, abdominale, radio pulmonaire, PL, frottis sanguin, goutte épaisse, Sérologies : rubéole, toxoplasmose, HAV, HBV, HCV, CMV, VIH... Enregistrement cardiotocographique : souffrance fœtale ? Echographie obstétricale (quantité du LA, longueur du col pour évaluation de la MAP).

Traitement	a) Prise en charge Dans tous les cas, il faut baisser la fièvre en administrant à la patiente du paracétamol injectable 1g IVDL ou 750mg en IM X 3/24heures et donner de liquide 1,5L/24heures (NaCl 0,9% ou Ringer) Si grossesse à terme ($\geq 37SA$) : décider des modalités de l'accouchement ($\geq 34SA$ selon le plateau technique) a) Traitement étiologique 1. Paludisme : Il faudra exclure d'abord le paludisme par les examens appropriés (voir protocole national pour PEC). 2. Pyélonéphrite : une des causes fréquentes de fièvre ($\geq 39,5^{\circ}C$) pendant la grossesse, Giordano positif (percussion lombaire déclenchant une douleur exquise) souvent à droite Diagnostic : ECBU et si possible urinoculture Traitement : - Hospitalisation initiale ; Céphalosporine IV, l'antibiothérapie devant secondairement être adaptée au germe. 3. Chorioamniotite : infection de la cavité amniotique, souvent par rupture prématurée des membranes. Non rare (3% des grossesses) et grave : risque de décès périnatal, maternel et/ou fœtal. La Clinique est marquée par la fièvre, CU, utérus sensible à la palpation, LA teinté, malodorant si rupture des membranes, BCF$> 160'/$. Traitement urgent : Antibiothérapie : ceftriaxone 2g IV en urgence, secondairement adaptée à l'antibiogramme ou une tri-antibiothérapie en l'absence d'antibiogramme

(Ampicilline 3 X 2g IV/j, Gentamicine 160mg IM x 1/j/5 jours et Métronidazole 2 x 500mg IVDL/j).
Accouchement rapide par voie basse ou à défaut la césarienne. La tocolyse est contre-indiquée.

4. **Listériose** : rare mais grave

Clinique : fièvre isolée ($\geq 39,5^{\circ}\text{C}$) ou syndrome pseudo-grippal associé ou non aux troubles digestifs ; parfois syndrome méningé ;
Signe évocateur inconstant : fièvre en 2 temps, avec un intervalle libre d'une semaine.

Diagnostic : Hémocultures maternelles ;

Prélèvement de placenta et de liquide amniotique (si accouchement).

Traitement urgent : Si fièvre inexpliquée (=suspicion de listériose) : amoxicilline per os (ou érythromycine si allergie) dès prélèvements bactériologiques ; Si diagnostic.

Confirmé : amoxicilline + aminoside initialement ;
Accouchement.

Traitement	AB de 1 ^{ère} intention	AB de 2e intention*
IV : pendant 5 j	Amoxicilline 2 g x 4/24 heures + Gentamycine 3 mg/kg/24 heures	Érythromycine 1 g x 4/24 heures + Gentamycine 3 mg/kg/24 heures
Relai per os	Amoxicilline : 4 g/24 heures	Érythromycine : 4 g/24 heures
Durée totale du traitement	3 semaines	
Éléments de surveillance	Fièvre, RCF	

	Implication pour le pédiatre	Faire la recherche de <i>Listeria</i> chez le nouveau-né si suspicion d'infection : hémocultures, PL	
	Remarques	Des hémocultures négatives n'infirmant pas le diagnostic. La sérologie est inutile. Les céphalosporines, les quinolones <i>sont inefficaces</i> . Les macrolides ne passent pas la barrière méningée	
L'amoxicilline peut être remplacée par l'ampicilline pour les formes injectables 5. Autres causes Hépatites virales : HVA, HBV, HVC, EBV Autres infections spécifiques : rubéole, toxoplasmose, herpès, syphilis, CMV, parvovirus B 19, VIH. Infections non spécifiques : angine, rhinopharyngite, pneumopathie... Urgences chirurgicales : appendicite, cholécystite. Fièvres non infectieuses : maladie veineuse thromboembolique, nécrobiose aseptique de fibrome, poussée lupique, hyperthyroïdie...			

PROTOCOLE III. DECLenchement ARTIFICIEL DU TRAVAIL

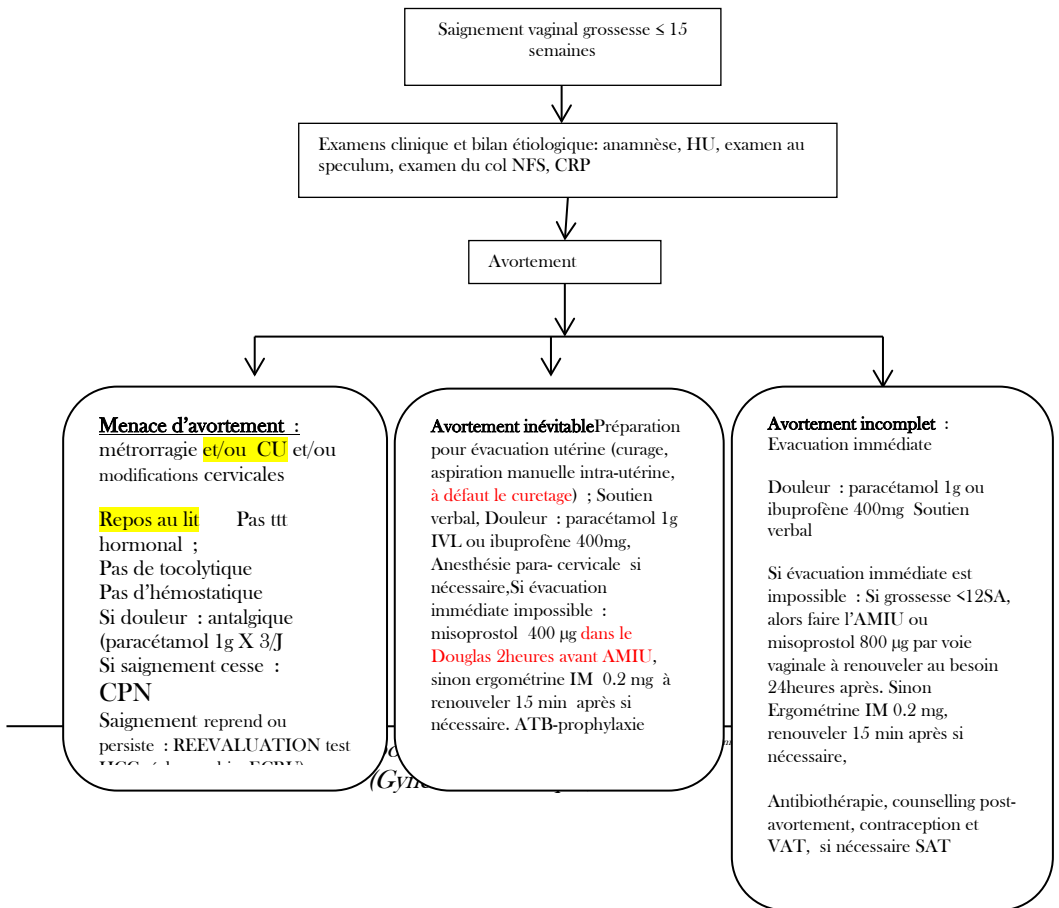
Préalables de surveillance	- Evaluer les conditions obstétricales pour l'accouchement par voie basse (qui doit être envisageable). - Evaluer l'état fœtal et les contractions utérines 30 minutes avant la mise en route du traitement. - Surveillance fœtale (RCF) et contractions utérines, le médecin responsable sur place, ou à défaut par délégation, jusqu'à l'accouchement. - Surveillance maternelle régulière : pouls, pression artérielle, température, dilatation cervicale horaire
Indications	- Rupture prématurée des membranes à partir de 36 SA. - Grossesse prolongée (≥ 41 SA). - Pathologie maternelle gravidique ou non nécessitant la terminaison de la grossesse (prééclampsie). - Grossesse gémellaire à partir de 39 SA si col défavorable, 38 SA si col favorable. - Diabète sous traitement (insuline) : à partir de 38 SA. - Col très modifié (score de Bishop ≥ 8) chez une patiente habitant à distance de la maternité. - Pathologie fœtale nécessitant la terminaison de la grossesse (RCIU, mauvais score de Manning, Doppler ombilical pathologique, chorioamniotite, ...).
Contre-indications de déclenchement de principe	- Col défavorable même avec utilisation de prostaglandine E1 (misoprostol). - Grossesse < 39SA. - Facteurs de risque supplémentaire même si le col est favorable (utérus cicatriciel, présentation de siège).
Technique du	a) Si col favorable Bishop ≥ 6, ocytocine + RAM

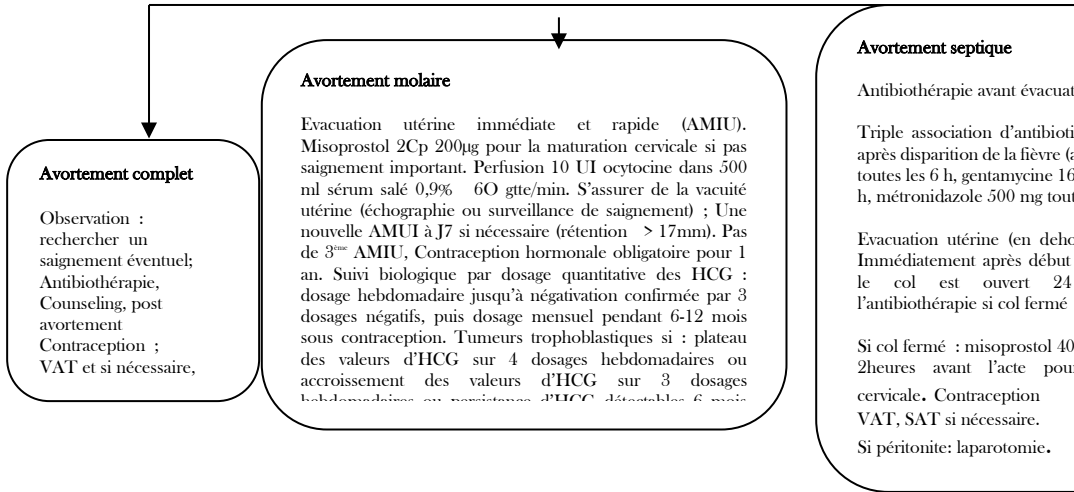
déclenchement du travail	Déclenchement ocytocine : 5 UI d'ocytocine dans 500 ml de soluté glucosé à 5 % Début = 5 gouttes/min soit 15 ml/h Augmenter 5 gouttes par min toutes les 20 min si pas de CU Maximum = 30 gouttes/min. Amniotomie dans les 2 heures, si contractions régulières et présentation fixée. Surveillance : Monitoring continu (RCF + tocographie), à défaut BCF et CU/30 min Obstétricien et anesthésiste sur place b) Si col modérément défavorable : Bishop entre 4 et 5 Misoprostol 50µg (1/4Cp) (préalablement imbibé d'eau ou de sérum physiologique) dans le Douglas On répète cette même dose 4 heures plus tard si le Bishop demeure mauvais. Si la patiente se met en travail, l'utilisation de l'ocytocine est soumise à ses indications obstétricales (n'est pas obligatoire, à débiter au minimum 4 heures après la dernière dose de misoprostol, l'amniotomie suffit souvent). c) Si col très défavorable : Bishop ≤ 3 Misoprostol 50µg (1/4Cp). Enregistrement du RCF pendant les 2 heures suivant la pose du Misoprostol dans le Douglas et par la suite toutes les 4 heures jusqu'à l'amélioration du Bishop ≥ 6 ou à l'entrée de la gestante en travail. Sauf urgence, le délai raisonnable de maturation est de 12 à 24 heures (3 doses/24heures).
---------------------------------	--

PROTOCOLE IV. LES AVORTEMENTS

Définition	L'avortement est la perte du produit de conception au cours de 22 premières semaines (Avant 28 SA dans nos milieux) de la grossesse. La menace d'avortement est une perte sanguine provenant de la cavité utérine ou des modifications cervicales associées ou non à des CU. La menace est sévère si la poche des eaux est visible à l'orifice cervical ou fait protrusion dans le vagin¹ chez une femme enceinte dans les 22 premières semaines (Avant 28 SA dans nos milieux).
Stades évolutifs	Menace d'avortement : - Saignement vaginal de quantité peu abondante provenant de la cavité utérine (attention à l'hématome décidual) ; - Douleurs abdomino-pelviennes intermittentes et rythmées ; - Col fermé, peu ou pas modifié, Utérus ramolli, augmenté de volume correspondant à l'âge présumé de la grossesse (attention erreur de terme), - Embryon/fœtus avec vitalité et/ou sans grave anomalie à l'échographie.
Critères échographiques	- Embryon > 5 mm (10mm) sans activité cardiaque : grossesse arrêtée ;

du diagnosti c	- Embryon < 5 mm ou sac gestationnel < 20 mm sans évolution en 7 jours : grossesse arrêtée. - Sac gestationnel > 20 mm sans embryon ni vésicule vitelline et même en 7 jours : « œuf clair » - Images intra-cavitaires hétérogènes > 15 mm d'épaisseur en antéro-postérieur (surtout à J7) : Fausse Couche incomplète.
Principe de prise en charge	PEC chirurgicale en urgence en cas de FCS hémorragique ou hyperalgique et en cas de longueur cranio-caudale (LCC) > 30 mm ou de sac gestationnel > 50 mm ou d'impossibilité de consulter en urgence. Dans les autres situations, le choix entre les méthodes : chirurgicale, médicale ou expectative se feront au cas par cas. Sérum anti-D si femme Rhésus négatif





PROTOCOLE V. MORT FŒTALE IN UTERO

Confirmation de la mort fœtale	- Evoquer la mort fœtale devant : Absence des mouvements fœtaux Absence des battements du cœur fœtal a l'échographie ou des BCF (Pinard, sonicaïd) Stagnation ou réduction du fond utérin.
Précautions à prendre	Temps de saignement, temps de coagulation, plaquettes Hb, Ht, GS et Rh (si pas encore réalisés), TP, TCA Prévoir le plasma frais congelé ou à défaut du sang frais, compatible, testé, si coagulopathie. Se rassurer qu'il ne s'agit pas d'une MIU d'un des jumeaux
Conduite à tenir	Psychothérapie Remplissage vasculaire : solution physiologique 1L en une heure Si Hb< 8g/dl, transfusion du culot globulaire Antibiothérapie Antibiotique : Amoxicilline 1g toutes les 6 heures. Evacuation utérine 1°. Si grossesse ≤ 12semaines (missed abortion) Voir avortement 2°. Si grossesse au 2ème trimestre : En 1er choix : Misoprostol 200 µg toutes les 4h dans le Douglas (mouiller avant tout le comprimé). Sans dépasser 3 doses soit 600µg Si C.I au misoprostol, Sonde de Foley intra cervicale (ballonnet gonflé 20-35ml, traction

	par 500g + ocytocine 5UI dans 500 ml de SG 5% ou NaCl au débit initial de 8gouttes/min, dès l'expulsion de la sonde) Si la sonde non expulsée dans les 12 heures, alors conclure à un échec. Si échec ; repos de 12h (souvent les CU s'installent d'elles-mêmes) ; Si pas CU : alors, Misoprostol 200µg toutes les 4h dans le Douglas. 3°. Si grossesse au 3ème trimestre : Bishop : favorable >7 : Syntocinon 5UI dans 500 ml de Ringer L ou SG 5% ou Solution physiologique Bishop mauvais (<7) : Misoprostol 50µg dans le Douglas toutes les 4 heures sans dépasser 4 doses. Schéma de Sonde de Foley si misoprostol contre-indiqué. Remarques : - Conserver les membranes le plus longtemps possible - Toujours exclure un placenta prævia recouvrant - Toujours mouiller à l'eau le Misoprostol avant de l'introduire dans le cul-de-sac de Douglas - <i>Mort fœtale in utero d'1 jumeau et l'autre jumeau vivant : expectative.</i> - Toujours se rappeler d'une possibilité éventuelle d'une grossesse abdominale (examen clinique minutieux + échographie). - Mort fœtale in utero et utérus cicatriciel : sonde de Foley + ocytocine.
--	--

	- Toujours exclure un HRP et craindre une HPP. A l'expulsion : - Synthocinon ou Cytotec - Pas de traction sur le cordon - Si hémorragie : voir la PEC de l'HPP - Examen minutieux du fœtus et placenta.
--	--

PROTOCOLES VI. MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE A MEMBRANES INTACTES

Critères d'hospitalisation	- Terme > 24 SA et < 34 SA. - Contractions utérines régulières avec modification du col à l'examen clinique. - Sévérité : suivant le CRAP - Echographie endovaginale du col
Investigations	Dépister les facteurs de risque : sociaux, professionnels, médicaux (infections urinaires, dentaires, vaginoses, ...) FVF, ECBU, Recherche des parasites (sang, urines, selles), Hémogramme, CRP, albuminurie, glucosurie Sérologie à VIH au besoin, TPHA Échographie du col (endovaginale) : Les critères péjoratifs sont : • longueur cervicale (canal cervical fermé) $\leq$ 25 mm ; • dilatation de l'orifice interne $\geq$ 5 mm ; • protrusion des membranes > 5 mm en profondeur.

	Échographie par voie abdominale (présentation, biométrie, vitalité, liquide amniotique, placenta)
Prise en charge	Buts de la PEC : - Recherche de l'étiologie de la MAP - Recherche de contre-indications de la tocolyse a) Hospitalisation Surveillance : MAF, contractions utérines, pertes vaginales, perte de liquide amniotique, Si possible monitoring (tocographe + RCF), Métrorragies, T°, pouls, TA, HU. Pour les différents paramètres de préciser le rythme de surveillance. Par exemple toutes les 24h: HU /Toutes les heures CU, pertes vaginales, liquide amniotique..... b) Schéma thérapeutique (repos+ tocolyse+ maturation pulmonaire) Repos strict au lit Tocolyse 48 h (Plus de 48heures si grossesse gémellaire ou utérus malformé) : - 1^{er} choix : Inhibiteurs calciques Nifédipine LP 10 mg per os renouvelable toutes les 15 minutes jusqu'à 4 si inefficace. Ensuite, relais avec Nifédipine Retard 20 mg 3 x par jour per os pendant 2 jours.

	La nifédipine se donne en per os (pas en sublingual), TA $\geq$ 90/60mm Hg, sous abord veineux. Nicardipine (Loxen*) : est indiqué en cas d'échec de tocolyse ou de CI à l'Adalate. Il est contre-indiqué en cas de tachycardie maternelle ou de métrorragie. Posologie : 1 ampoule de 10mg diluée dans 40 ml de sérum physiologique. Débit de la perfusion à 1 mg/h. Augmentation par palier de 0,5 mg/h sans dépasser 3 mg/h. - 2ème choix : Indométacine Suppo 100mg 2 x 1 suppo/j/2 jours. Maturation pulmonaire : Bétaméthasone 12 mg ou Dexaméthasone 12 mg en IM ou IV. N.B: La corticothérapie est à renouveler une fois, à 24h d'intervalle (12h si imminence d'accouchement prématuré), faire 2e cure si récurrence de la MAP. L'antibiothérapie n'est pas systématique et doit être adaptée secondairement aux résultats de la biologie. En cas de doute infectieux, Amoxicilline 1g x 3 par jour en per os pendant 5 jours. Si allergie à l'Amoxicilline, Erythromycine 1g x 2 par jour en per os pendant 5 jours. Si accouchement prématuré, transfert du NN en néonatalogie c) Traitement de la cause
--	---

PROTOCOLES VII. RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES

Définition	Écoulement de L.A avant le début de travail
Traitement	a) A TERME (> 36 SA) - Maturation ou déclenchement entre 12 et 24 heures de façon à éviter de dépasser la période des 24H (Cfr. protocole déclenchement du travail d'accouchement). Si Bishop > 6 : ocytocine Si Bishop < 6 chez la primipare ou < 5 chez multipare : Misoprostol - Antibioprophylaxie : Amoxicilline à raison de 1g / 8H per os durant la maturation, puis 1g / 4H par voie IV durant le travail pour toute rupture > à 6 H ou en l'absence de résultat bactériologique disponible là où cela est possible. b) RPM < 34 S - Repos strict au lit : levée autorisée seulement pour la toilette. - Garniture stérile ou propre - Corticothérapie : Bétaméthasone ou Dexaméthasone 12mg IM, à renouveler 24 heures après (12h si imminence de l'accouchement) jusqu'à 34 SA. - Tocolyse pendant 48 heures si contractions utérines et en l'absence de signes de chorioamniotite à l'Adalate Cp LP 10mg/15min

	pendant 1 heure et puis Adalate LP Cp 20 mg, 1Cp X3/j/2j. En cas de grossesse gémellaire ou d'utérus malformé, la tocolyse peut être prolongée plus de 48h. - Antibiothérapie : Amoxicilline 3 x 2g / 24H en IV jusqu'à réception des résultats bactériologiques et adaptation. Sinon alors continuer avec amoxicilline 3 x 1 g / j per os pendant 5 jours. Reprise de l'antibiothérapie dès l'entrée en travail : 2 g au départ, puis 1 g / 4H en IV jusqu'à l'accouchement. c) RPM entre 34 – 36 SA + 0 - On envisagera le déclenchement si le statu cervical est favorable. - Antibioprophylaxie : En cas d'expectative : Amoxicilline 3 x 2g IV/ j/ 48 heures, puis 3x1g/j per os pendant 5 jours. Reprise de l'antibiothérapie dès l'entrée en travail : 2 g au départ, puis 1g/4H en IV. En cas de déclenchement : Amoxicilline dès l'admission à raison de 1g/8H per os durant la maturation, puis 1g / 4H en IV durant le travail. Adaptation de l'antibiothérapie selon les résultats bactériologiques. Cas particulier : Association RPM-chorioamniotite - Déclenchement sans retard ou césarienne selon le contexte obstétrical (terme, statu cervical, parité ...). - Antibiothérapie par Amoxicilline, si la patiente n'était pas sous antibiotique. Si la patiente était sous Amoxicilline, Céfotaxime + Erythromycine. Clindamycine (Dalacine®), si allergie aux β-lactamines.
--	--

--	--

PROTOCOLES VIII. GROSSESSE EXTRA-UTERINE

Définition	Grossesse qui se développe en dehors de la cavité utérine.
Signes d'appel	Métrorragie faites de sang noirâtre (pertes sépia) apparaissant avant ou après la date prévue des règles ou alors notion de trouble du cycle menstruel. Douleurs abdomino-pelviennes intermittentes.
Diagnostic	Penser toujours à la grossesse extra-utérine (GEU) en cas de : - Métrorragies peu abondantes faites de sang noirâtre (perte sépia) apparaissant avant la date prévue ou après un retard de règles ; - Col ramolli, utérus légèrement augmenté de volume, mais plus petit que celui de l'âge présumé de la grossesse, - Parfois, masse latéro-utérine oblongue, sensible. - Absence ou trouble des règles - Douleurs à la mobilisation du col lors du TV et/ou cri du Douglas et/ou cri de l'ombilic - Douleurs abdomino-pelviennes intermittentes - Syncope ou lipothymie parfois ; -
Investigations	Test de grossesse positif ou mieux le taux de β HCG qui ne double pas dans les 48heures (ou augmentation $< \frac{2}{3}$)

	Découverte échographique d'un sac ovulaire latéro-utérin renfermant un embryon pulsatile. Ponction de douglas (culdocentèse) si GEU rompue ; peut être blanche si hématoçèle. Cœlioscopie.
Traitement	Prise en charge en hospitalisation Evaluation rapide de l'état général et prélèvement des signes vitaux : Pouls !! et abord veineux au cathéter G16 ou 18, GS Rh, GR Hb, Ht. PEC chirurgicale (laparotomie ou cœlioscopie): radicale (salpingectomie) ou conservatrice (césarienne tubaire) Possibilités de PEC médicale si GEU non rompue voir le score de Fernandez : Methotrexate 1mg/Kg de poids en IM pour certaines petites grossesses ectopiques non rompues, chirurgie si échec. Précautions : adhésion de la patiente, dosage quantitatif de β HCG (≤ 5000 UI/L) et surveillance échographique.

Calcul du score de Fernandez Hervé² dans le traitement médical de la grossesse extra-utérine

Cotation	1	2	3
Termes d'aménorrhée	Plus de 7 SA	Entre 6 – 7 SA	< 6SA
Bêta hCG plasmatique (UI/L)	< 1000	1000 - 5000	> 5000

² Fernandez Hervé ; Grossesse extra-utérine : le score de Fernandez reste d'actualité ; Profession Gynécologue, N° 27 ; Janvier-février 2011 ; p8

Progestéronémie (ng/ml)	< 5	5 – 10	> 10
Douleur	Nulle	Provoquée	Spontanée
Hématosalpinx (échographie)	< 1 Cm	1 – 3 Cm	> 3 Cm
Hémopéritoine (échographie)	Absent	< 100 ml	> 100 ml

D'après Fernandez Hervé, le traitement médical de la grossesse extra-utérine est possible si le score est inférieur à (13) ; au-delà, l'opinion chirurgicale prime.

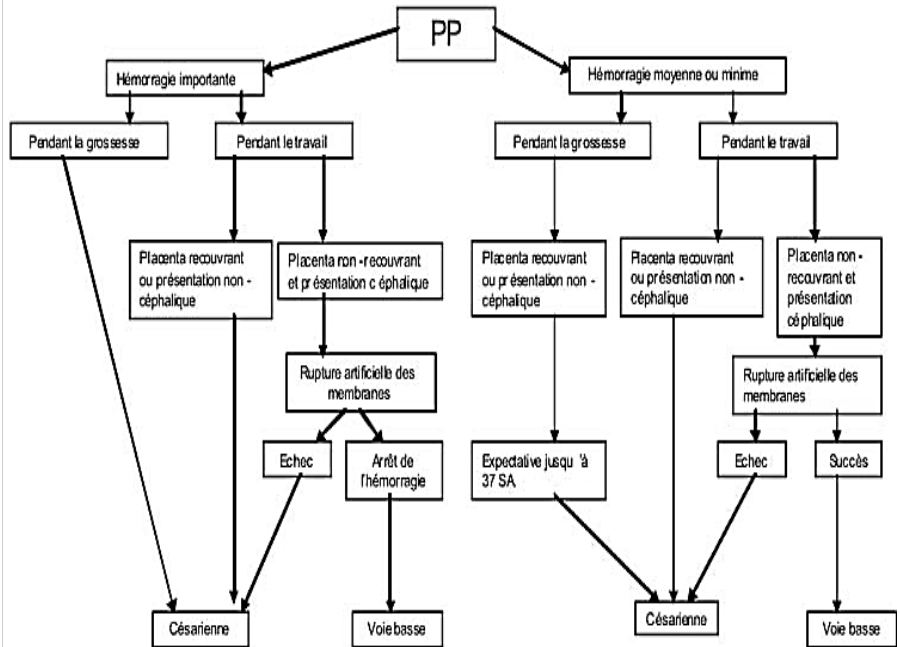
Les valeurs des items étudiés ont été extraits des données publiées dans l'article : « Grossesse extra-utérine : le score de Fernandez reste d'actualité. "Profession Gynécologue" - Janvier-février 2011. N° 27, p8

PROTOCOLE IX. HEMORRAGIES DU TROISIEME TRIMESTRE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

Définition	C'est une perte de sang d'origine génitale chez la femme enceinte survenant à partir de 28 semaines d'aménorrhée et durant l'accouchement. Dans les étiologies il pourrait s'agir surtout de : Placenta prævia, Hématome rétro-placentaire, Hémorragie du post-partum immédiat.
Problématique	Extrême urgence obstétricale fréquente A l'origine d'une Mortalité maternelle et périnatale très élevée Prise en charge doit se faire en équipe pluridisciplinaire
Mesure d'urgence pour toute hémorragie importante	Double abord veineux avec cathéter G16 ou 18 (au besoin dénudation) avec du sérum salé ou Ringer lactate. GS, Rh, Hb, Ht, demande de sang L'échographie ne doit pas retarder la prise en charge Ne pas faire le TV avant d'exclure l'hypothèse de placenta prævia
Diagnostic et prise en charge	a) Placenta prævia Diagnostic : Hémorragie indolore, capricieuse, sang rouge vif (en dehors du travail) ; Utérus souple ; BCF souvent présents ; Augmentation de son intensité lors des contractions utérines ; Insertion basse du placenta à l'échographie (si disponible).

	TV en salle d'opération dans attitude d'expectative armée. PEC : voir ordinogramme suivant. b) Hématome rétro-placentaire Diagnostic : Hémorragie douloureuse, sang noirâtre Utérus de bois Souvent Mort fœtale Souvent contexte de HTA ou de traumatisme Hémodynamique maternelle instable et/ou augmentation de la H.U Attention aux formes flasques. PEC : voir ordinogramme suivant.
--	--

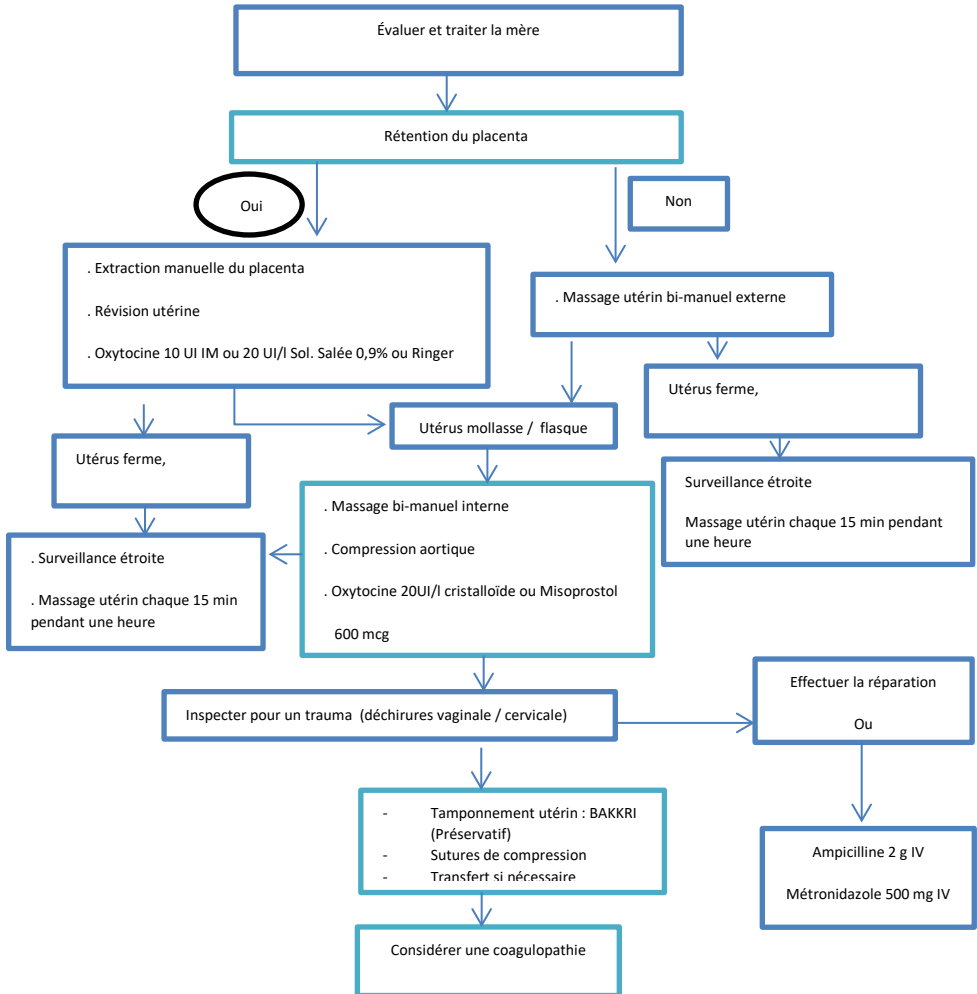
PRISE EN CHARGE DU PLACENTA PRAEVIA

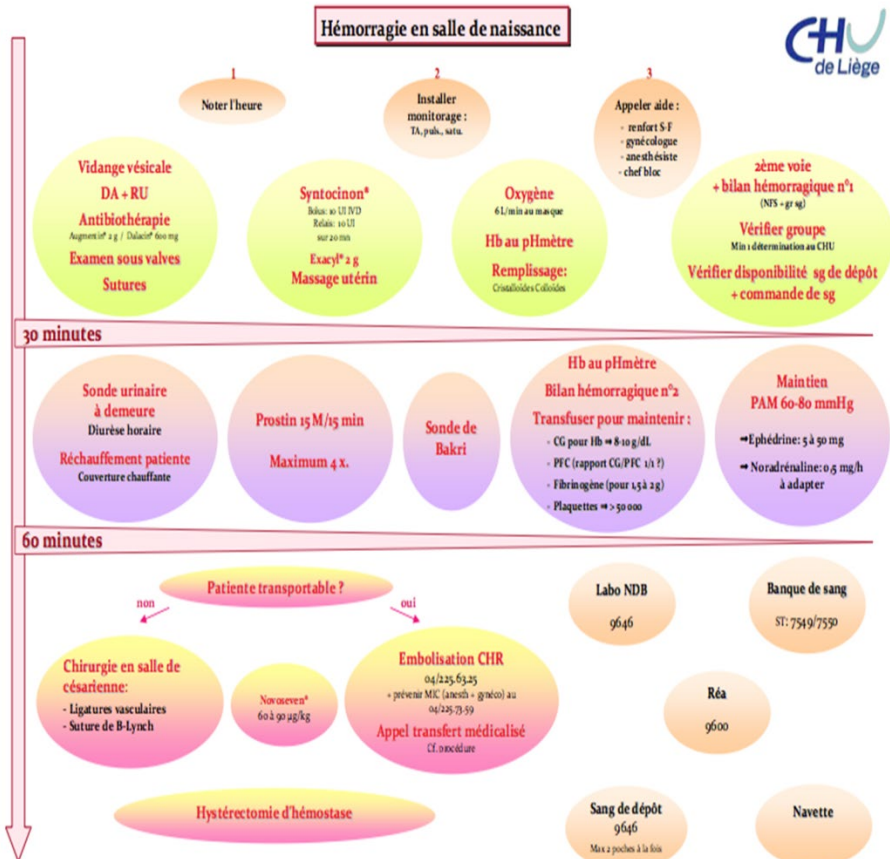


PRISE EN CHARGE DE L'HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE

Soins infirmiers	Traitement médical	Traitement obstétrical
* Voie veineuse : 1 ou 2 G16 ou G18 Sérum salé ou Ringer 3cc pour 1cc de sang perdu * Prélèvements sanguins : - NFS, plaquettes si possible - GS, Rh - TS, TC - Fibrinogène si possible * sonde urinaire * surveillance : - pouls, T.A. tous les quarts d'heure, - diurèse horaire, - volume des hémorragies (peser S VP),	* Lutter contre l'hypovolémie : - macromolécules (haemacel) en attendant : volume <1l. - Cristalloïde : 1l/15 min puis 1l/45min (attention OAP) - sang frais, * Lutter contre les Troubles de la coagulation : - plasma frais congelé,	Évacuer l'utérus * Fœtus vivant : césarienne ou voie basse si accouchement imminent, ventouse * Fœtus mort : 1°. Etat maternel stable - rupture artificielle des membranes, - Morphine 10mg en IM ou Péthidine 100mg IM - Syntocinon : 5 UI /500 ml de G5%, débit initial 8gtte/min - césarienne si échec de la voie basse au bout de 2 heures (cfr. SAGO 2010) - Examen du délivre, si rétention, alors révision utérine + examen du col et du vagin, 2°. Etat maternel instable Césarienne

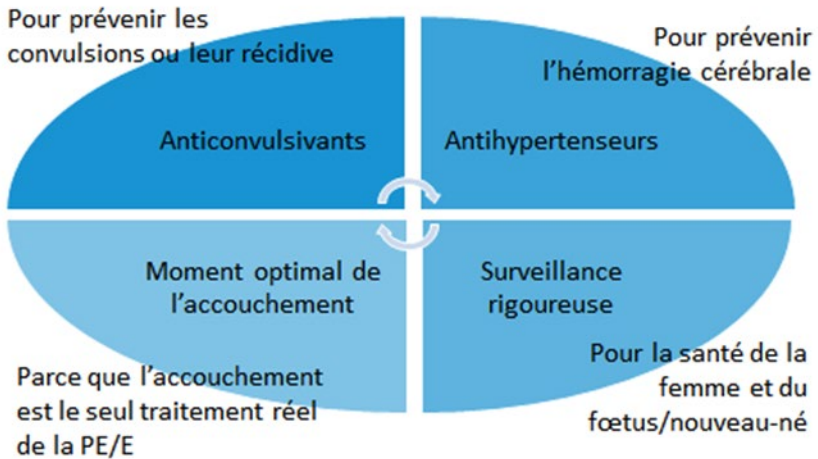
HEMORRAGIE DU POST-PARTUM





PROTOCOLE X : PRISE EN CHARGE DE LA PRE-ECLAMPSIE

Prise en charge holistique de la Pré éclampsie sévère/Eclampsie



Définition	Prééclampsie (PE) associe l'hypertension artérielle (HTA), TA $\geq$ 140/90 mm Hg avec protéinurie survenant au-delà de la 20ème semaine d'aménorrhée (SA) pendant la grossesse, le travail et/ou dans les 48 heures suivant l'accouchement. Les œdèmes sont un signe inconstant.
-------------------	--

Formes et traitements	a) Prééclampsie modérée - TA diastolique ≥ 90 mm Hg et < 110 mm Hg en 2 prises à 4 heures d'intervalle après 20 SA ; - Protéinurie à 2+ ($\geq 0,30\text{g}/24\text{h}$) Traitement : - ≥ 37 SA : accouchement - 34-37 SA : expectative armée - < 34 SA : expectative organisée Maturation pulmonaire fœtale au corticoïde b) Prééclampsie sévère : - Clinique : TA diastolique $\geq 110\text{mmHg}$ (avec ou sans TA systolique $\geq 160\text{mmHg}$ en 2 prises à 4h d'intervalle, oligoanurie, éclampsisme et OAP) - Biologie : ○ Protéinurie $\geq +3$ ($\geq 3\text{g}/24\text{h}$), ○ Uricémie ≥ 60 mg/dl et ○ Thrombopénie $\leq 50.000/\text{mm}^3$ - Echographie : RCIU, oligoamnios sévère (Phélan ≤ 5 ou grande citerne $\leq 1\text{cm}$.) - Traitement : ● Corticothérapie à visée fœtale : bétaméthasone, à défaut dexaméthasone 12 mg IM ou IV. (IM pour la forme chronodose) Antihypertenseur : ● Nicardipine (Loxen*) ampoule de 10mg/10ml (1ère intention) en Bolus de 1mg toutes les 5 minutes jusqu'à l'obtention d'une diminution de 20%
------------------------------	--

	de la PAM = (Syst + 2xDiast) / 3. Perfusion d'entretien : on passera sur 1 H la quantité totale de Loxen® donnée en bolus pour faire baisser la TA. Relais : le traitement sera poursuivi à la concentration atteinte durant la dernière heure. • Si l'HTA n'est pas contrôlée avec le Loxen, on le remplacera par du Labétalol (Trandate), ampoule de 20 cc à 100 mg par ampoule (= 5 mg/ml) • Bolus pour atteindre la TA cible : 10 mg IVD en 2min, si échec 20mg IVD 10 min après. Si toujours échec, la dose peut être doublée toutes les 10min jusqu'à 80mg³. • Dose d'entretien : 1mg/kg/heure, si la fréquence cardiaque maternelle reste > 60/min. Si la TA < 90 mmHg, on diminuera de 1 cc/H toutes les 15 min. • Prévention des convulsions : Pas de solution 50% en IV. Une ampoule de sulfate de magnésie à 50 % (1 ampoule = 10cc = 5g). Bolus 4 g en IV lente (solution 20% soit 8cc 50% + 12cc eau distillée⁴
--	---

³ Société Française d'Anesthésie et Réanimation ; Recommandation pour la pratique clinique de soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique ; 3^{ème} Edition, 2018

⁴ Guide du facilitateur Formation en SONU Octobre 2012 ; PEC prééclampsie

	)(RDC) en 20 minutes soit 8cc puis poursuivre en injectant 5g de sulfate de magnésium en IM profonde dans chaque fesse (soit 10g au total) après avoir ajouté 1ml de Lidocaïne (xylocaïne) à 2% dans la seringue. Dose d'entretien : Injecter 5g de sulfate de magnésium + 1 ml de Lidocaïne à 2% en IM profonde toutes les 4 heures alternativement dans les fesses, Poursuivre le traitement au sulfate de magnésium pendant les 24 heures qui suivent la dernière convulsion ou l'accouchement (considérer comme point de départ le dernier des 2 événements). Eléments de surveillance sous sulfate de Mg : FR $\geq$ 16 cycle/min, présence de reflexe ostéotendineux /h, Diurèse horaire $\geq$ 30ml/Kg /h Antidote de sulfate de magnésium : 1 g de gluconate de calcium en IV lente. Deux ampoules de gluconate de calcium doivent donc être laissées en permanence à proximité de la patiente. • Expansion volémique : un apport hydrique total quotidien de 2500 ml (sérum physiologique ou Ringer lactate). 300-500 ml d'albumine à 4% si possible peut être conseillé si
--	---

	protidémie faible (< 12). La surveillance repose sur des moyens simples : TA, fréquence cardiaque, SpO2.
Investigations	- Tests de laboratoire NFS, Taux de plaquettes, dosage acide urique, tests hépatiques (bilirubine, ASAT, ALAT), ionogramme sanguin, urémie, créatinémie, protéinurie, glycémie, TS, TC, GE/ TDR. - Fond d’œil - Tests de bien - être fœtal (vitalité) : (RCF, monitoring statique, score biophysique de Manning, amnioscopie, échographie fœtale). Remarque : - Ne jamais laisser seule une femme avec une prééclampsie sévère /éclampsie⁵ - Pas de sulfate de magnésium 50% en IVD - Pas de labétatol si asthme, bronchopneumopathie constrictive, bradycardie <50 batt/min et trouble de conduction intracardiaque - Respecter les mesures d’asepsie - Si HTA sévère, associer au sulfate de Magnésium du Loxen en IV. - Informer la patiente qu’une sensation de chaleur peut survenir lors de l’injection du sulfate de magnésium.

⁵ SONU, RDC,

	- <i>Ne pas donner les diurétiques</i> en cas de pré-éclampsie - Ne pas donner la Nifédipine en sublingual - La reprise de la diurèse témoigne de l'adéquation de la circulation systémique, malgré sa faible sensibilité et sa faible spécificité. - Prévention de la prééclampsie pour les grossesses futures : Aspirine 80-150mg/j de la 11e -16e SA jusqu'à 36SA
--	---

Score biophysique de Manning pour évaluation de la vitalité fœtale

Paramètre sur 30 min d'observation	Cotation	
	0	2
Mouvements respiratoires sur 30 min d'observation	Absents ou aucun épisode de plus de 30 secondes	Plus d'un épisode de plus de 30 secondes
Mouvements fœtaux globaux sur 30 min d'observation	Moins de 3 mouvements	Au moins trois mouvements vifs des membres
Tonus et reflexe fœtal sur 30 min d'observation	Absence de mouvements ou mouvements lents	Plus d'un mouvement vif d'extension-flexion du tronc ou d'un membre ou d'une main

Liquide amniotique	Oligoamnios (pas de citerne de plus de 1 cm)	Normal
Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal sur 30 min d'observation	< 2 accélérations	>= 2 accélérations

- Les scores de 8 à 10 sont considérés comme normaux, avec un pronostic rassurant pour une semaine, sauf pour les termes dépassés.
- Score à 6 : Nouvelle évaluation dans les 24 heures qui suivent.
- Score inférieur ou égale à 4 : Souffrance fœtale probable.

PROTOCOLE XI. UTERUS CICATRICIEL

Définition	Un utérus comportant en un endroit quelconque de l'isthme ou du corps, une ou plusieurs cicatrices myométriales.
Circonstances de survenue	Césarienne, Myomectomie, traumatisme utérin (rupture utérine, perforation utérine), Plastie utérine.
Diagnostic	Éléments d'anamnèse pour identifier les facteurs de risque et les facteurs de bon pronostic en se renseignant sur : - Antécédent accouchement par voie basse ? - Poids à la naissance des enfants antérieurs

	- Compte-rendu opératoire (protocole) disponible ? - Itérative ? combien de fois ? - Causes/indications des césariennes antérieures ? - Dilatation du col utérin au moment de la césarienne. - Durée depuis la conception, - Type d'hystérotomie. - Evolution post-partum. - Hystérogaphie post-op si intervention gynécologique ?
Epreuve utérine	a) Préalables de l'épreuve utérine - La décision de l'épreuve utérine est MEDICALE - La surveillance de cette épreuve utérine est sous la responsabilité médicale (même par délégation) - Elle doit toujours se faire dans un milieu chirurgical. - Dans les milieux moins équipés, faire l'épreuve utérine seulement si présentation céphalique de sommet et grossesse mono-fœtale (recommandation de l'atelier).
	b) Conditions favorables à l'épreuve utérine Trois facteurs sont fortement associés à la réussite de l'épreuve utérine : un antécédent d'accouchement vaginal après césarienne, un score de Bishop favorable ou un col considéré comme

	favorable à l'entrée en salle de travail et un travail spontané Autres éléments favorables : - La grande multiparité est associée à une réduction significative des échecs de l'épreuve utérine : l'épreuve utérine doit être encouragée pour les grandes multipares - Le bassin normal - Le fœtus ne doit pas être macrosome - La présentation céphalique de sommet - L'utérus unicatriciel - Que la grossesse ait démarré au moins 6 mois après la césarienne, la myomectomie ou le traumatisme utérin. - Epaisseur de cicatrice $\geq 3,5$ mm à l'échographie du SI entre 36e et 38e SA - Absence de facteurs péjoratifs nécessitant une césarienne (infection post-opératoire, ...)
	c) Conditions défavorables à l'épreuve utérine Plusieurs facteurs diminuent le taux de succès de l'épreuve utérine : - Antécédent de césarienne pour non progression du travail ou non descente de la présentation fœtale à dilatation complète ; - Antécédent de deux césariennes ; - Age maternelle supérieur à 40ans ; - IMC supérieur à 30 ; - Grossesse prolongée ; - Poids fœtal supérieur à 4000gr (Estimation échographique reste très imprécise)

	- Le diabète maternel préexistant à la grossesse réduit la chance de succès de l'accouchement par voie vaginale - Conditions obstétricales : Se méfier de : - Antécédents des curetages surtout clandestins (IVG), - Toute présentation autre que celle du sommet ; utérus pluricatriciels ; cicatrices de césarienne corporeale, - ATCD de myomectomie avec ouverture de la cavité utérine, hystérorraphie pour rupture utérine, salpingectomie avec résection cunéiforme de la corne utérine ; cicatrice utérine de moins de 15 mois. - Conditions fœtales : Souffrance fœtale ; macrosomie. - Conditions maternelles : Bassins chirurgicaux, diabète non équilibré d) Eléments de surveillance au cours de l'épreuve utérine Les signes cliniques d'une rupture utérine sont inconstants mais peuvent survenir brutalement ou progressivement et doivent être régulièrement recherchés : - Les anomalies du rythme cardiaque fœtal - La douleur au niveau de la cicatrice pendant la contraction utérine et persistante en dehors d'elle est évocatrice ; - Un saignement vaginal même inconstant est évocateur
--	---

	- Une hypocinésie avec stagnation de la dilatation ; alors que les contractions étaient régulières sont un signe d'alarme ; de même qu'une hypercinésie de fréquence - Un utérus en sablier avec anneau de Bandl est un signe tardif qu'il ne faut pas attendre : il précède de très peu la rupture ; - La souffrance fœtale aigue ; la tachycardie maternelle et l'état de choc avec hématurie (atteinte vésicale) réalisant des tableaux évidents ; tardifs et rares
--	--

RECOMMANDATIONS

N°	Critères	Risque de rupture utérine	Que faire ?
01	Cicatrice corporeale	↗↗↗	Césarienne.
02	Utérus tricatriciel ou plus	↗↗ (données insuffisantes)	Césarienne.
03	Utérus bicatriciel	↗↗ (NP3)	Voie Basse possible avec Éléments de surveillance. (Accord Professionnel)
04	Antécédent de rupture utérine	↗↗↗ (NP4)	Césarienne
05	Myomectomie (laparotomie, cœlioscopie, hystéroscopique)	Données insuffisantes	Voie Basse possible avec Éléments de surveillance. (Accord Professionnel) en fonction des données du compte rendu opératoire (AP)
06	Intervalle entre la césarienne et début de la grossesse suivante inférieure à 6 mois	Augmentation modérée (NP3)	Voie Basse possible avec Éléments de surveillance. (Accord Professionnel) (AP).
07	Déclenchement versus travail spontané - Ballon transcervical	-Données insuffisantes	-Utilisation possible avec prudence (AP)

	-Ocytocine -PGE2 -Misoprostol aux doses étudiées	-Augmentation minime à modérée (NP2) -Augmentation modérée à majeure (NP2) -Augmentation majeure (NP4)	-Utilisation possible avec prudence (grade C) -À n'utiliser qu'au cas par cas (AP) -Utilisation non recommandée (AP)
08	Antécédent(s) d'accouchement(s) par voie vaginale	Réduction minime à modérée (NP3)	Voie Basse possible avec Éléments de surveillance. (Accord Professionnel) encouragée (grade C)
09	Macrosomie - EPF échographique > 4 000 g - Poids de naissance > 4 000 g - Poids de naissance > 4 500 g	-Aucune donnée -Augmentation minime à modérée (NP3) - Augmentation modérée (NP3)	-Utilité de l'EPF échographique systématique non démontrée (AP) -Voie Basse possible avec Éléments de surveillance. (Accord Professionnel) a (AP) - Césarienne recommandée si EPF> 4 500 g a(AP) particulièrement chez les patientes

			n'ayant pas accouché par voie vaginale
10	Gémellaire	Non modifié (NP3)	Voie Basse possible avec Éléments de surveillance. (Accord Professionnel) (grade C)
11	Siège	Données insuffisantes	Voie Basse.... (AP)
12	Grossesse prolongée	Non modifié (NP3)	Voie Basse.... (grade C)
13	Prématurité	Réduction minimale (NP3)	Voie basse encouragée (grade C)
14	Diabète	Non modifié (NP3)	Voie Basse.... (grade C)
15	Obésité maternelle	Non modifié (NP3)	Voie Basse possible (grade C) Césarienne encouragée si IMC> 50 a (AP)

La décision du mode d'accouchement doit tenir compte de l'association éventuelle de plusieurs facteurs de risque et/ou protecteurs de rupture utérine ainsi que des facteurs influençant le taux de succès de la TVBAC (AC).

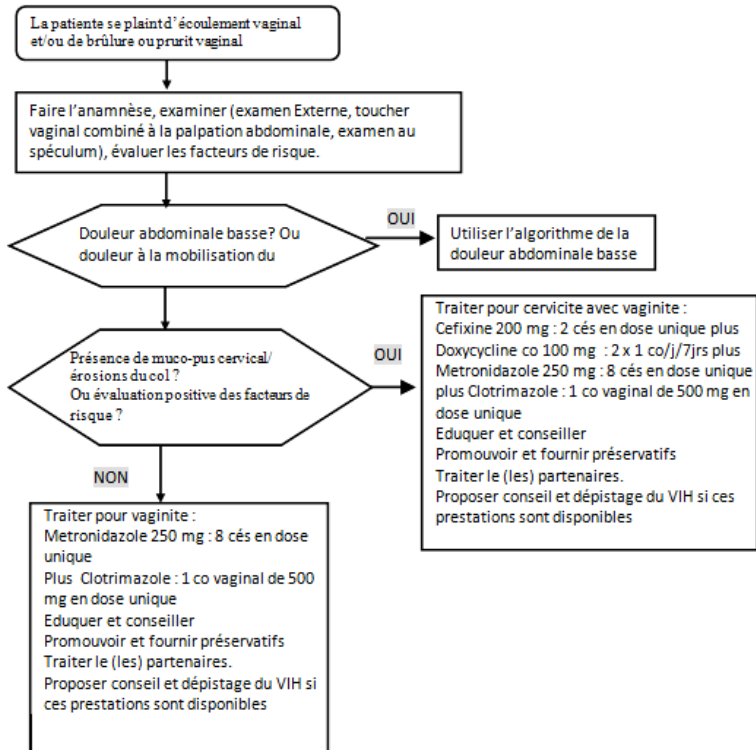
NP : niveau de preuve

AP : Accord professionnel

PFE : poids fœtal estimé

PROTOCOLE XII : ECOULEMENT VAGINAL

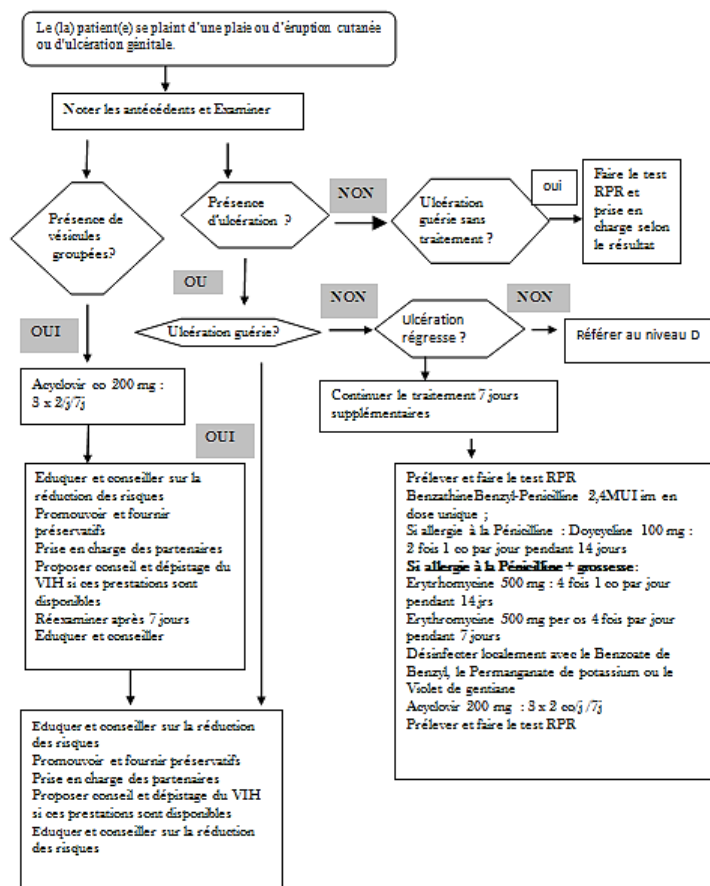
L'écoulement vaginal exige un examen au spéculum et examen bi manuel



Examen au spéculum, examen bi manuel et examen au microscope sont nécessaires pour rechercher la cause de l'écoulement vaginal : Ecoulement génital malodorant d'allure candidosique et/ ou saignement de contact associé à des lésions génitales (vaginales ou cervicales) blanchâtres d'aspect caouteux et/ou plaques

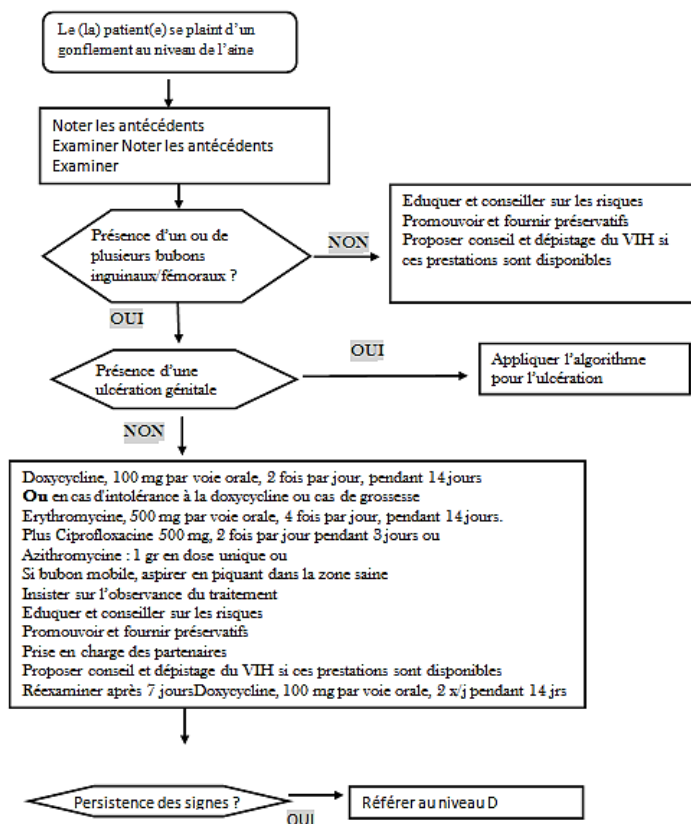
jaunâtres et/ou vaisseaux anormaux à la vulve, à la paroi vaginale ou sur le col : bilharziose génitale féminine

PROTOCOLE XIII: ULCERATION GENITALE



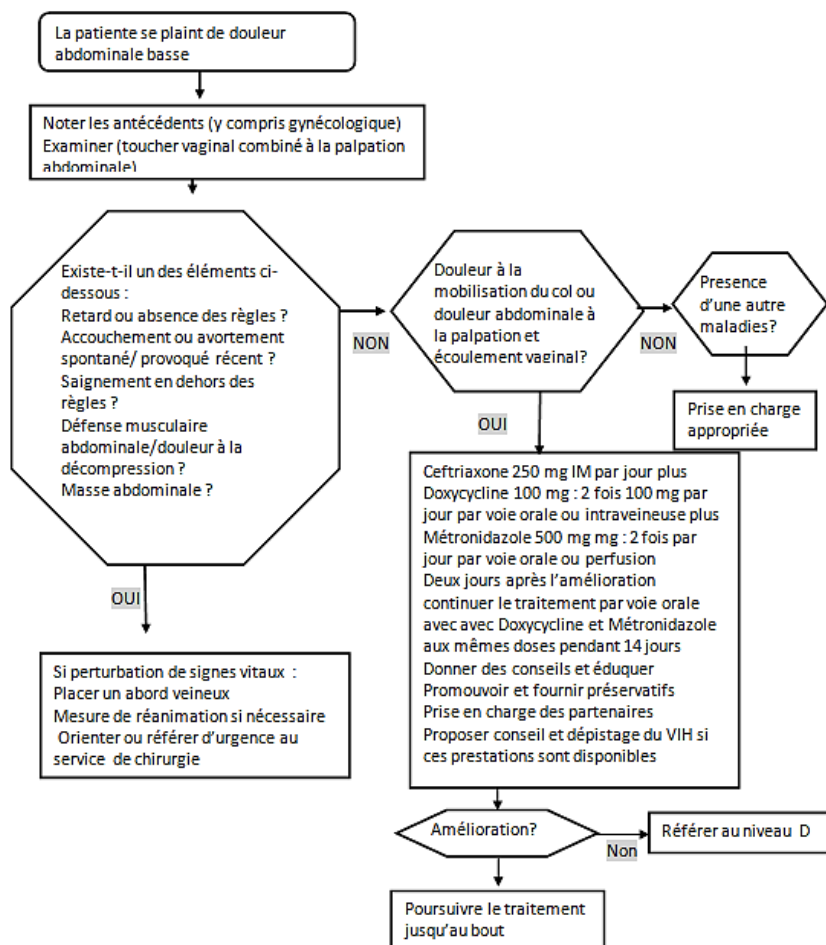
Lésions blanchâtres d'aspect caoutchouteux et/ou plaques jaunâtres et/ou vaisseaux anormaux à la vulve, à la paroi vaginale ou sur le col : bilharziose génitale Ttt : praziquantel 40mg/Kg en dose unique⁶

PROTOCOLE XIV : BUBON INGUINAL ET FEMORAL



⁶ Bilharziose génitale chez la femme, OMS

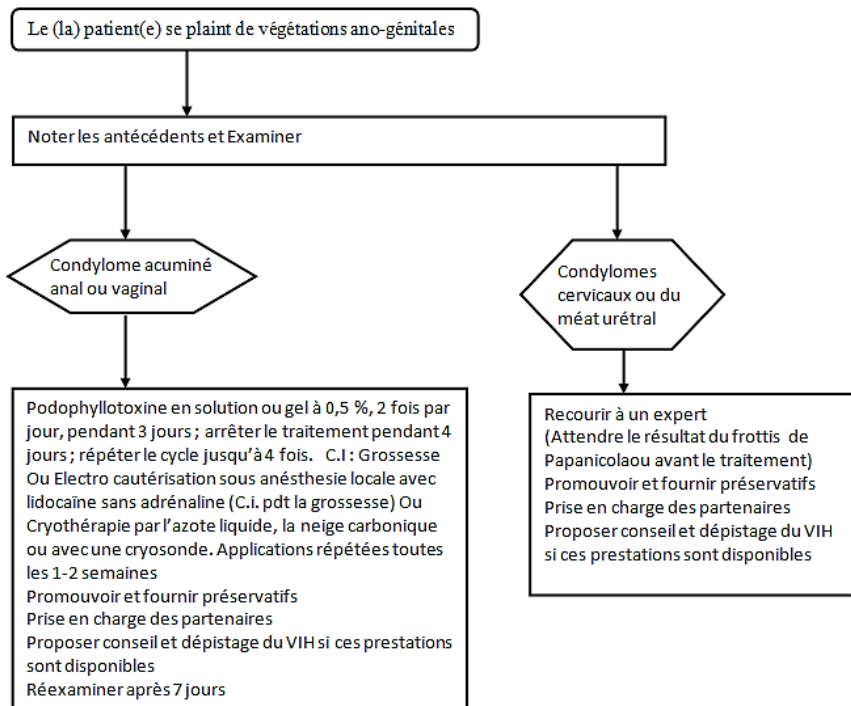
PROTOCOLE XV : DOULEUR ABDOMINALE BASSE CHEZ LA FEMME



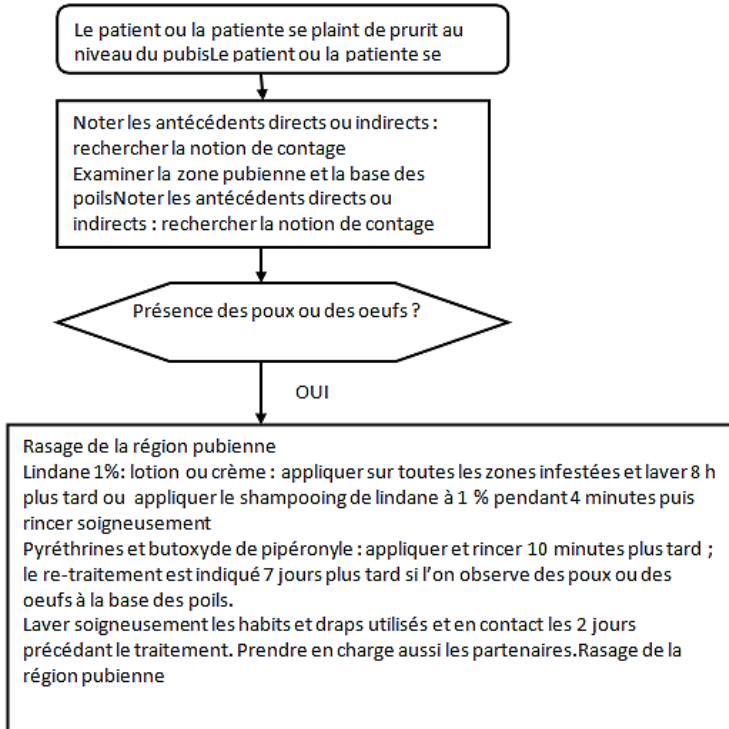
Penser à la bilharziose génitale féminine en cas des douleurs abdominales avec notion de stérilité et/ou GEU et/ou hématurie

et/ou métrorragie de contact et/ou brûlure vaginale post-coïtale
et/ou séjour en zone endémique.

PROTOCOLE XVI : VEGETATIONS ANO- GENITALES OU CONDYLOME



PROTOCOLE XVII : PRURIT PUBIEN



PROTOCOLE XVIII. PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT

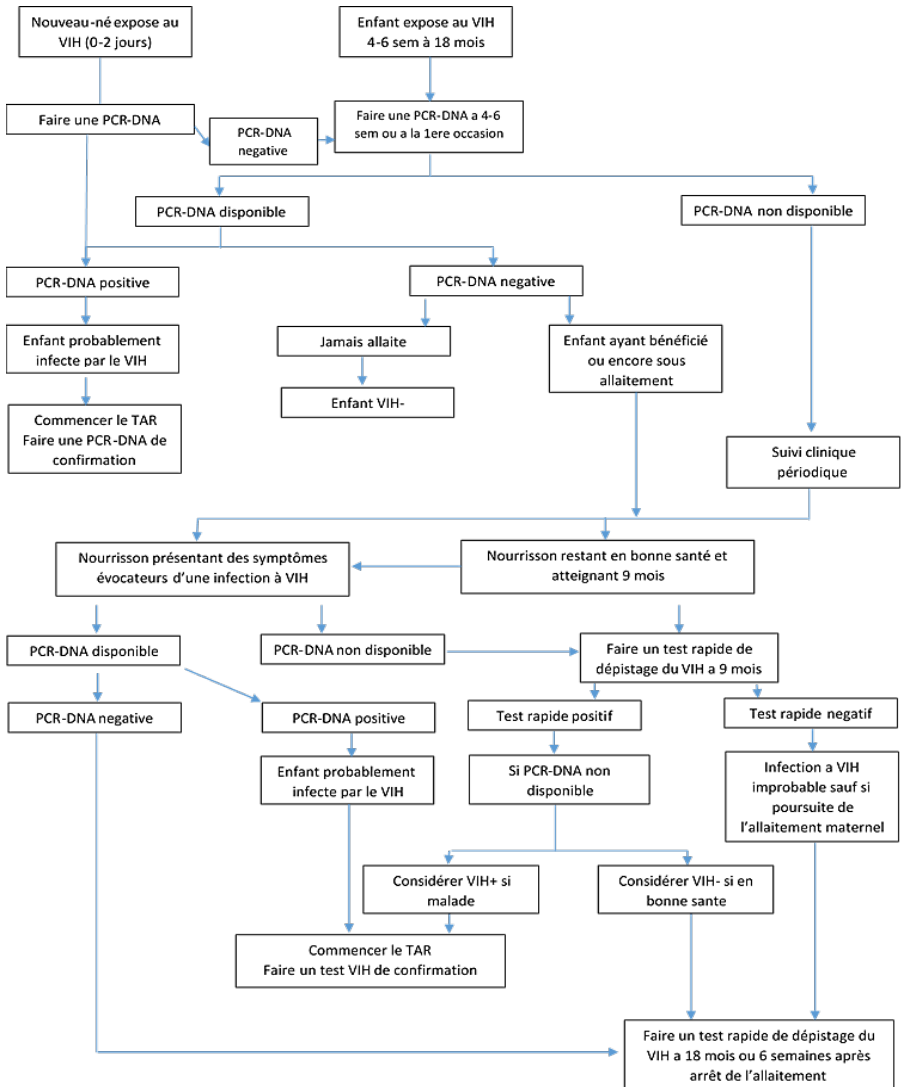
Définition	La transmission mère-enfant ou la transmission verticale est le passage du virus à VIH de la mère infectée à son enfant. A l'absence de toute
-------------------	---

	intervention, le taux de transmission varie entre de 25% et 40%.
Moments de transmission du VIH	Cette transmission peut se faire : - Au cours de la grossesse : 10 à 15% ; - Au moment de l'accouchement : 10 à 25% ; - Au cours de l'allaitement : 10 à 15%.
Les facteurs de risques	a) Facteurs viraux, Type de virus : VIH₁ vs VIH₂. La Charge virale maternelle élevée (infection VIH récente ou avancée) et la réinfection à VIH. b) Facteurs maternels : avitaminose A, anémie, les Infections sexuellement transmissibles (IST), la chorioamniotite, une infection placentaire (virale, bactérienne ou parasitaire), la Malnutrition maternelle (cause indirecte), mastites et abcès du sein, mamelon fissuré. c) Facteurs obstétricaux : Rupture prolongée des membranes. Tous les actes invasifs pendant le travail, (ex. épisiotomie, application des ventouses ou de forceps). Les transfusions du sang du cordon ombilical, Les touchers vaginaux intempestifs et trop répétés, Les aspirations intempestives des mucosités d) Facteurs liés au nouveau-né : Allaitement au sein, Allaitement mixte, Lésions buccales et intestinales du bébé, Le premier-né d'une grossesse multiple.
Examens de laboratoire	DCIP : femmes enceintes, femmes allaitantes et leurs partenaires

	Retesting de toute femme enceinte ou allaitante VIH+ avant la mise sous traitement
Schémas thérapeutiques	a) Chez la mère : Mettre sous ARV toute femme enceinte ou allaitante dès que confirmée VIH+ Trithérapie ARV fait de TDF+3TC+EFV (tenofovir + lamivudine +efevirenz) : 1cé le soir et à vie b) Chez l'enfant né de mère VIH+ : - A la naissance : Au nouveau-né : Névirapine suspension buvable à 10mg/ml : Dose unique 2 mg/Kg (soit 0,2 ml/Kg) dès la naissance une fois par jour et pendant six semaines La prophylaxie à la Névirapine sera poursuivie jusqu'à 12 semaines si la Mère a commencé les ARV juste avant l'accouchement (T3) Dépistage à la PCR 1 entre 0-2 jours (après la naissance) Allaitement exclusif jusqu'à 6 mois si c'est le choix de la mère, suivi de l'introduction des aliments complémentaires appropriés à partir de 6 mois et de continuer d'allaiter jusqu'à 24 mois. - A 6 semaines PCR 2, si VIH – arrêter la TARV, Si + ; continuer la TARV tant que - A 24 mois

	Sevrage définitif de l'enfant exposé avec un sevrage progressif à 23 mois Le prestataire doit : • Assurer un bon statut nutritionnel de la mère et promouvoir l'allaitement maternel exclusif pour les enfants nés de femmes séropositives • Expliquer à la mère que l'allaitement maternel s'accompagne d'un risque de transmission de VIH à l'enfant et que l'allaitement protégé avec traitement de la mère aux ARV permet de réduire le risque de transmission du VIH à l'enfant ; • Conseiller la mère sur le chronogramme de dépistage selon l'algorithme ci-dessous
--	--

L'algorithme du diagnostic du VIH chez l'enfant exposé



PROTOCOLE XIX. MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Définitions	La maladie thromboembolique est une maladie caractérisée par l'occlusion ou le rétrécissement d'une veine par un caillot de sang, se manifestant sous forme de thrombose (caillot dans une veine) ou d'embolie pulmonaire (caillot dans une artère des poumons) La thrombose veineuse profonde est une formation d'un caillot sanguin bloquant complètement ou partiellement la circulation sanguine dans une veine profonde pouvant survenir dans n'importe quelle veine profonde du corps, mais le plus souvent au niveau des membres inférieurs (habituellement le mollet ou les cuisses) ou dans le petit bassin L'embolie pulmonaire est une obstruction partielle ou complète des artères du poumon par un caillot de sang.
Diagnostic	• Thrombose veineuse profonde Examen clinique : œdème ipsilatéral (homolatéral avec différence de circonférence entre les deux membres inférieurs), douleur, changement de coloration tégumentaire, un cordon veineux palpable et facteurs de risque (Grossesse, chirurgie, immobilisation...) ○ Echo-Doppler veineux de membres inférieurs • Embolie pulmonaire ○ Examen clinique : survenue de la dyspnée et la douleur thoracique voire de signes périphériques de choc et/ou d'une hypoTA

	(TAS < 90 mm Hg ou $\geq$ 40 mm Hg de TA habituelle) ○ Écho-Doppler cardiaque : dilatation du ventricule droit et dyskinésie du septum interventriculaire. ○ Scanner spiralé : les coupes passant par les cavités cardiaques peuvent mettre en évidence la dilatation ventriculaire droite
Diagnostic étiologique	Baisse de la protéine C, protéine S, antithrombine ; Mutation du facteur V de Leiden, mutation G20210A du gène de la prothrombine...
Modalités de traitement	- Chez femme enceinte ou qui allaite, l'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) est recommandée. - Dose curative : Enoxaparine SC 100 UI/Kg/12h - Dose prophylactique : Enoxaparine SC 4.000UI/24H (6.000UI/24H si poids $\geq$ 90 KG) - Dose intermédiaire : Enoxaparine SC 4.000UI/12h - Contention élastique graduée systématique. Remarque : - L'héparinothérapie sera interrompue 24heures avant l'accouchement et reprise à J1 du post-partum. - Pour l'instauration d'un traitement préventif, une réflexion pluridisciplinaire (obstétricien, anesthésiste, interniste voire hématologue hémostasien...) est souhaitable. - Le massage ou friction du membre inférieur concerné est formellement proscrit.

Traitement préventif	Indications : - Antécédents personnels de MTEV. Le niveau de risque de récurrence de MTEV doit être évalué chez chaque patiente. En raison du faible niveau des recommandations, une réflexion pluridisciplinaire (obstétricien, anesthésiste, hémostasien) est souhaitable. Post-partum : traitement pendant au moins 6 semaines - Absence d'ATCD personnel de MTEV mais ATCD familiaux et/ou thrombophilie chez la femme Césarienne : HBPM à dose préventive pendant 6 semaines si un facteur de risque majeur ou ≥ 2 facteurs de risque mineurs. Sinon, pas de prévention par anticoagulants en postopératoire.
-----------------------------	--

Facteurs de risque associés à un risque de MTEV

Facteurs de risque associés à un risque de MTEV du *post-partum* > 3 %

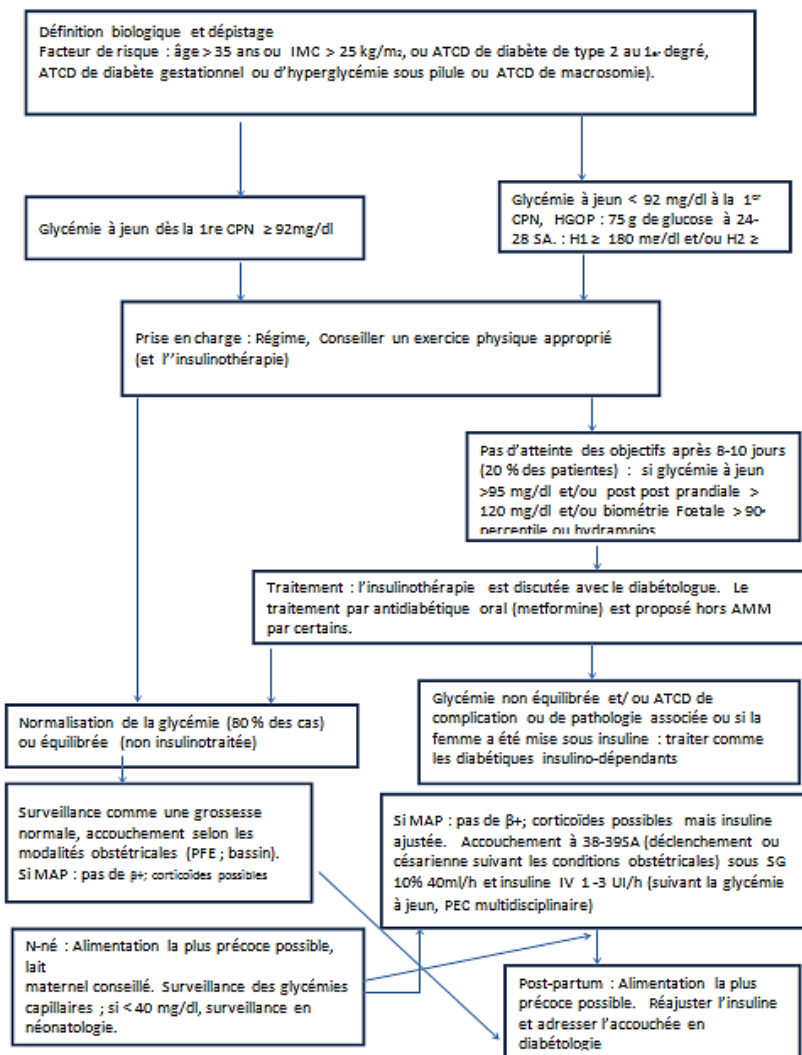
Un seul facteur de risque majeur parmi les suivants :

- immobilité > 1 semaine en anté-partum
- hémorragie grave de la délivrance avec chirurgie
- antécédent personnel de MTEV
- pré-éclampsie avec RCIU
- thrombophilies : déficit en antithrombine, homozygotie ou hétérozygotie pour la mutation du facteur V Leiden ou la mutation G20210A du gène de la prothrombine
- lupus, cardiopathie, drépanocytose
- transfusion
- infection du *post-partum*

≥ 2 facteurs de risque mineurs parmi les suivants :

- IMC > 30 kg/m²
- grossesse multiple
- hémorragie grave de la délivrance
- tabagisme > 10/jour
- déficit en protéine S ou C
- pré-éclampsie

PROTOCOLE XX. DIABETE GESTATIONNEL



PROTOCOLE XXI : L'ALLO-IMMUNISATION FOETO-MATERNELLE ERYTHROCYTAIRE

Définition	L'allo-immunisation fœto-maternelle érythrocytaire (AIFME) se définit comme la présence sur le globule rouge fœtal d'allo-anticorps maternels transmis in utero, la cible antigénique étant les antigènes de groupes sanguins. Pour que l'allo-immunisation se développe, il faut qu'il y ait contact entre le sang maternel, dépourvu de l'antigène D, et le sang fœtal, porteur de l'antigène D, aboutissant à une réaction immunitaire. Dans la majorité des cas l'immunisation est causée par le passage de 0,1ml de sang fœtal. La réponse immunologique primaire est en général faible faite en grande partie par les IgM qui ne traversent pas la barrière placentaire. Ce qui explique le faible risque pour la première grossesse. A la 2^e exposition, la réponse immunologique secondaire est faite des IgG.
Le devenir obstétrical	Il dépend de la quantité de sang fœtal ayant traversé vers la circulation maternelle et la réponse immunologique fœtale et l'efficacité du passage transplacentaire.
Diagnostic	Chez la mère : Recherche systématique du groupe sanguin et rhésus chez toute gestante

	Si rhésus négatif, recherche des anticorps anti-érythrocytaires (test de Coombs indirect) Test de Kleihauer : quantifie le nombre d'hématies fœtales dans le sang maternel • Chez le fœtus : suspicion de l'anémie La cardiocotocographie (CTG) : présence des ondes sinusoïdes.
Prophylaxie de la femme enceinte Rh négative d'après les recommandations du CNGOF	• Au 1er trimestre : - Il n'existe pas de limite inférieure d'âge gestationnel pour réaliser la prophylaxie. Une injection unique de 200µg de gamma globulines suffit pour tous les événements détaillés plus loin. - Il faut savoir par ailleurs qu'une dose de 200µg de gamma globulines à une action pendant 9 semaines à compter de la date d'injection. - Le risque reste modéré puisqu'il n'existe que peu d'hématies fœtales à ce terme, le risque de passage est faible à cause de l'épaisseur des villosités, et l'expression de l'antigène Rhésus est tardive (environ 8 SA). - Un test de Kleihauer n'est pas utile puisque les 200 µg de gamma globulines suffisent à éliminer la totalité des hématies fœtales passées à ce terme de la grossesse (avant 15 SA) • Au 2ème trimestre : Les circonstances pouvant aboutir à une immunoprophylaxie au deuxième trimestre sont listées plus loin. La réalisation d'un test de

	Kleihauer est à ce moment nécessaire pour quantifier la quantité d'hématies fœtales ayant traversé la barrière placentaire et ainsi adapter la dose de gamma globulines à injecter, de la manière suivante.
--	--

Prophylaxie de la femme enceinte RH négative en fonction de l'âge gestationnel

<15 semaines	15-27 SA	28-29SA	29SA- Accouchement	Accouchement
Toute fausse couche spontanée (FCS) ou menace de FCS, Toute interruption de grossesse, La grossesse molaire, la GEU, La choriocentèse, Tout traumatisme abdominal, Le cerclage cervical	Toute fausse couche tardive Toute interruption de grossesse, Tout trauma abdominal, Le cerclage cervical tardif MIU	Prévention systématique	La version par manœuvres externes, Le traumatisme abdominal ou pelvien, L'intervention chirurgicale ou pelvienne, L'amniocentèse, L'accouchement quelle que soit la voie	
Prévention ciblée	Prévention ciblée		Abstention si anti-D administré à 28SA	Anti-D si nouveau-né Rh positif S'abstenir si administration endéans les 3 semaines
Anti-D 200microgrammes dans les 72h	Anti-D 200 microgrammes dans les 72h	Anti-D 300 microgramme	Anti-D 300 microgramme	20micro dans les 72h

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. D. Cabrol, F. Goffinet ; Protocoles cliniques en obstétrique, Elsevier Masson, 4ème Edition
2. Fernandez Herve ; Grossesse extra-utérine : le score de Fernandez reste d'actualité ; Profession Gynécologue, N° 27 ; Janvier-février 2011 ; p8.
3. Société Française d'Anesthésie et réanimation ; Recommandations pour la pratique de soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique ; 3^{ème} Edition, 2018
4. Guide du facilitateur Formation en soins obstétricaux et néonataux d'urgence : prise en charge de la prééclampsie ; Octobre 2012
5. Société Française d'Anesthésie et Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français ; Recommandations formalisées d'experts : prise en charge de la femme avec une prééclampsie sévère ; 2020.
6. OMS ; Bilharziose génitale chez la femme enceinte : atlas de poche pour les professionnels de santé, 2017.
7. Dr M. Dominice Dao, Thrombose veineuse ; Hôpitaux universitaires Genève, 2014.
8. Recommandations 2017 sur le Misoprostol ; www.figo.org
9. Ipas 2018, Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive ; www.ipas.org/actualitescliniques.
10. J. Lansac, Gynécologie pour le praticien ; 7e édition Elsevier Masson, Paris, 2007.