

## Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin

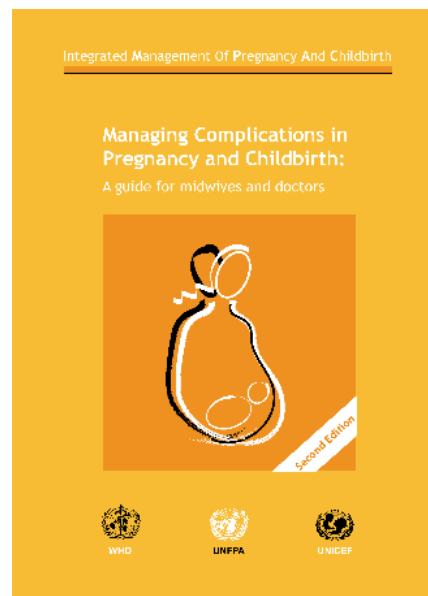
Points saillants de la deuxième édition 2017 de l'Organisation mondiale de la Santé

Juillet 2017

[www.mcsp.org](http://www.mcsp.org)

### Contexte et objet

Depuis sa première publication en 2000, le manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a été largement utilisé dans le monde pour orienter les soins à dispenser aux femmes et aux nouveau-nés en cas de complications pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum immédiate. Ce manuel s'adresse aux sages-femmes et aux médecins qui travaillent dans les hôpitaux de district. Un certain nombre de chapitres de la première édition du manuel ont été révisés en 2016 à partir des recommandations actualisées disponibles de l'OMS, et la deuxième édition du manuel est désormais disponible. Ce document récapitulatif présente le processus de révision et un résumé des lignes directrices cliniques mises à jour pour les chapitres révisés, notamment : soutien affectif et psychologique, troubles tensionnels de la grossesse, saignement en début de grossesse et après l'accouchement, et prévention et prise en charge des infections pendant la grossesse et l'accouchement.



**Tableau 1. Chapitres du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* révisés pour la deuxième édition**

Chapitres de la première édition révisés pour la nouvelle édition
<p><b>Principes cliniques (première partie) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien affectif et psychologique</li> <li>• Urgences</li> <li>• Principes généraux à observer pour les soins</li> <li>• Antibiothérapie</li> <li>• Principes à observer pour les soins opératoires</li> <li>• Travail et accouchement eutociques</li> <li>• Principes à observer pour les soins néonataux</li> </ul>
<p><b>Symptômes (deuxième partie) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saignement vaginal en début de grossesse</li> <li>• Saignement vaginal après l'accouchement</li> <li>• Hypertension artérielle, céphalées, vision floue, convulsions ou perte de connaissance</li> <li>• Fièvre pendant la grossesse ou le travail</li> <li>• Fièvre après l'accouchement</li> <li>• Difficultés respiratoires</li> <li>• Rupture prématurée des membranes</li> <li>• Pathologies et affections de l'enfant à la naissance</li> </ul>
<p><b>Interventions (troisième partie) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déclenchement artificiel du travail et stimulation de l'activité utérine</li> <li>• Délivrance artificielle</li> <li>• Réfection des déchirures vaginales et périnéales</li> </ul>

### Processus de révision

Le processus de révision a été géré par le Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et le Département Santé reproductive et recherche de l'OMS, avec l'appui du Programme pour la survie de la mère et de l'enfant (Maternal and Child Survival Program [MCSP]) – le programme pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant de l'Agence Américaine pour le développement international, dirigé par Jhpiego. Un groupe principal chargé de revoir le document (voir la section Remerciements du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement*) a mené une enquête auprès des utilisateurs du manuel pour recueillir leurs observations sur son utilisation et leurs suggestions pour guider sa révision. À partir des observations des utilisateurs et des recommandations actualisées de l'OMS, le groupe principal a sélectionné un ensemble de chapitres à réviser par ordre de priorité (**Tableau 1**).

Le groupe principal a mené une première série de révisions des chapitres sélectionnés à partir des recommandations actuelles de l'OMS. Au moins deux experts extérieurs indépendants ont revu chacun des chapitres révisés. Ces experts ont été choisis sur la base de leur expertise et de leur expérience clinique de la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (voir la section Remerciements du manuel pour consulter la liste des réviseurs). Le groupe principal s'est ensuite réuni pour finaliser les révisions apportées à chaque chapitre en examinant systématiquement tous les changements recommandés.

## Soutien affectif et psychologique et principes généraux à observer pour les soins

La prestation de soins de maternité respectueux aux femmes et aux nouveau-nés est de plus en plus reconnue comme un droit universel de toutes les femmes et de tous les nouveau-nés, et représentent une composante essentielle d'une prise en charge de qualité. L'OMS a souligné l'importance des soins de maternité respectueux pour les femmes et les nouveau-nés dans plusieurs documents récents, notamment dans la déclaration de l'OMS intitulée La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins (2015) et dans la publication Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé (2016). Les mises à jour introduites dans la deuxième édition du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* reflètent l'importance du respect de la mère et du nouveau-né dans les soins de maternité, en particulier dans deux chapitres : Soutien affectif et psychologique dans les situations d'urgence obstétrique ou néonatale et Principes généraux à observer pour les soins. Plusieurs chapitres actualisés relatifs aux symptômes orientent le lecteur vers un ensemble de principes de base à respecter lors de la prestation des soins (**Encadré 1**), en mettant l'accent sur l'importance des soins de maternité respectueux comme élément clé d'une prise en charge de qualité.

Le chapitre Soutien affectif et psychologique révisé donne des orientations pour répondre aux besoins affectifs et psychologiques des femmes et des familles confrontées à des urgences, en insistant sur l'importance d'une communication claire et honnête et de l'empathie. La deuxième édition du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* encourage le personnel soignant à comprendre et à reconnaître les besoins spécifiques et les pratiques culturelles propres à chaque femme et à chaque famille, y compris les besoins éventuellement divergents de chaque membre de la famille. Comme indiqué dans la partie consacrée aux réactions sur le plan affectif et psychologique, « **pour obtenir les meilleurs résultats possibles, il est aussi important d'apporter un soutien affectif et psychologique que de dispenser des soins médicaux** ». D'autres mises à jour importantes fournissent des orientations sur la manière de prendre soin des patientes en cas d'urgence obstétrique/néonatale ou de décès, notamment l'importance d'apporter un soutien affectif aux femmes et à leurs familles, et de notifier aux autorités chaque décès maternel et d'en déterminer la cause (**Encadré 2**). Le manuel mis à jour insiste sur la nécessité de prévoir des services de soutien au personnel soignant qui peut éprouver un sentiment de culpabilité, de chagrin, de confusion ou autre après un décès ou une situation d'urgence.

La partie consacrée à la dépression du post-partum a été notablement développée avec des informations sur les facteurs de risque et l'importance de la dépister et de la soigner par un traitement éprouvé (**Encadré 3**). La deuxième édition du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* recommande de rechercher systématiquement les signes de dépression à chaque visite postnatale.

### Encadré 1. Principes de base à respecter lors de la dispensation des soins :

(nouveau dans la deuxième édition)

- dans la mesure du possible, veiller à ce que la femme soit accompagnée d'une personne de son choix ;
- donner des informations à la femme – et aux membres de la famille qui l'accompagnent et qu'elle souhaite impliquer dans la prise de décisions – concernant les tests diagnostiques qui seront réalisés, les soins de soutien qui seront fournis (perfusion intraveineuse, par exemple), la procédure de prise en charge, le diagnostic, les options thérapeutiques et la durée estimée de l'hospitalisation, le cas échéant ;
- si la femme est inconsciente, expliquer à sa famille de quoi il s'agit ;
- obtenir un consentement éclairé pour toute intervention, diagnostique ou thérapeutique, et pour les soins.

Source : Chapitre Soutien affectif et psychologique

### Encadré 2. Décès maternel (nouveau dans la deuxième édition) :

Tout décès maternel dans un établissement de santé doit être communiqué aux autorités concernées dans un délai de 24 heures et doit donner lieu à un examen du dossier médical de la femme pour déterminer la cause du décès.

Source : Chapitre Soutien affectif et psychologique

### Encadré 3. Facteurs de risque de dépression du post-partum :

(nouveau dans la deuxième édition)

- avoir des antécédents de dépression du post-partum ;
- avoir une maladie mentale actuelle ou passée ;
- faire partie d'une population vulnérable ;
- vivre un accouchement traumatisant ;
- mettre au monde un nourrisson prématuré ou mort-né, ou vivre le décès d'un nouveau-né ;
- avoir un nourrisson en soins intensifs ;
- avoir été un enfant négligé.

Source : Chapitre Soutien affectif et psychologique

« La notion de maternité sans risque doit être étendue au-delà de la prévention de la morbidité et de la mortalité pour englober le respect des droits humains fondamentaux des femmes, notamment le respect de l'autonomie, de la dignité, des sentiments et des choix et préférences des femmes, y compris le choix des personnes qui l'accompagnent, dans la mesure du possible. »

Source : Chapitre Soutien affectif et psychologique

## Troubles tensionnels de la grossesse

Le chapitre « Hypertension artérielle, céphalées, vision floue, convulsions ou pertes de connaissance » révisé, reflète les lignes directrices 2011 de l'OMS sur la prévention et le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie. Les principales mises à jour donnent de nouvelles orientations sur :

- la prévention de la prééclampsie et de l'éclampsie par une supplémentation en calcium et l'administration d'acide acétylsalicylique à faible dose (aspirine 75 mg) ;
- le cadre révisé de classification des troubles tensionnels de la grossesse ;
- l'utilisation de la tension artérielle systolique dans le diagnostic et la prise en charge des troubles tensionnels de la grossesse, y compris de la prééclampsie et de la prééclampsie sévère ;
- les résultats de laboratoires actualisés souvent associés à l'éclampsie sévère ;
- les médicaments pour le traitement de l'hypertension gestationnelle et le traitement intensif de l'hypertension systolique sévère ;
- les anticonvulsivants pour traiter la prééclampsie sévère ou l'éclampsie ;
- le meilleur moment pour l'accouchement des femmes présentant une prééclampsie sévère ; et
- la surveillance du post-partum, la planification familiale et le counseling pour réduire le nombre de grossesses futures non désirées et le risque vie entière de maladies cardiovasculaires.

### Encadré 4. Cadre révisé de classification des troubles tensionnels de la grossesse :

- hypertension chronique (augmentation de la tension artérielle avant 20 semaines de grossesse ou persistant plus de 12 semaines après l'accouchement) ;
  - hypertension gestationnelle ;
  - prééclampsie légère ;
  - prééclampsie sévère ;
  - éclampsie ;
  - hypertension chronique avec prééclampsie surajoutée.
- Source : Chapitre Hypertension artérielle, céphalées, vision floue, convulsions ou perte de connaissance

### Encadré 5. Critères cliniques pour le diagnostic des troubles tensionnels de la grossesse :

- tension artérielle systolique (TAS) supérieure ou égale à 140 mmHg et/ou tension artérielle diastolique (TAD) supérieure ou égale à 90 mmHg (deux mesures consécutives à quatre heures d'intervalle) ;
- la tension artérielle est considéré comme **sévère** si la TAS est supérieure ou égale à 160 mm Hg et/ou la TAD est supérieure ou égale à 110 mm Hg.

**Remarque :** seule la TAD est indiquée dans l'édition 2000

Source : Chapitre Hypertension artérielle, céphalées, vision floue, convulsions ou perte de connaissance.

Dans le manuel mis à jour, les **pratiques recommandées pour prévenir la prééclampsie et l'éclampsie** sont les suivantes :

- dans les zones où l'alimentation apporte peu de calcium, une **supplémentation en calcium** pendant la grossesse (**1,5 à 2,0 g de calcium élémentaire par jour**) est recommandée pour la prévention de la prééclampsie pour toutes les femmes, mais en particulier pour celles qui sont à haut risque de prééclampsie.
- **l'acide acétylsalicylique à faible dose (aspirine 75 mg)** doit être commencé avant 20 (et, si possible, dès 12) semaines de grossesse pour les femmes à haut risque de développer une prééclampsie si elles présentent un ou plusieurs des facteurs de risque suivants : antécédents de prééclampsie sévère, diabète, hypertension chronique, obésité, maladie rénale, maladie auto-immune, et grossesses multiples. Cette liste peut être complétée en fonction de l'épidémiologie locale.

Les critères actualisés pour le diagnostic de troubles tensionnels de la grossesse comprennent l'**élévation de la tension artérielle systolique** et/ou l'élévation de la tension artérielle diastolique (**Encadré 5**). La deuxième édition du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* présente les critères actualisés du diagnostic différentiel de l'hypertension gestationnelle, y compris les résultats de laboratoires et les symptômes cliniques souvent associés à la prééclampsie sévère. Cette édition comprend également de nouvelles parties consacrées à la surveillance de la femme enceinte et du fœtus ; au moment optimal de l'accouchement selon l'âge gestationnel et l'état de la femme et du fœtus ; et aux recommandations relatives aux traitements antihypertenseurs et anticonvulsivants (selon le cas) en cas d'hypertension chronique, d'hypertension gestationnelle, de prééclampsie légère, de prééclampsie sévère et d'éclampsie. Ces ajouts **reflètent le double objectif de reconnaître et de prendre en charge l'ensemble du spectre de la prééclampsie de sa forme légère à sa forme sévère** d'une part, et de s'efforcer d'aider les femmes à atteindre le terme de leur grossesse avant d'accoucher, dans la mesure du possible, tout en évitant une morbidité majeure pour la mère et le bébé. **Les Figures 1 et 2** résument les mises à jour de la deuxième édition du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* concernant les critères de diagnostic et la surveillance et le moment recommandés pour l'accouchement en cas de prééclampsie légère et de prééclampsie sévère. Il convient de noter que l'optimisation du moment de l'accouchement demeure le traitement définitif essentiel de la prééclampsie sévère et de l'éclampsie, comme l'indiquent les nouvelles parties du manuel consacrées à l'optimisation du moment de l'accouchement chez les femmes présentant une prééclampsie sévère ou une éclampsie.

**Figure 1. Diagnostic et orientations pour surveiller et choisir le moment de l'accouchement en cas de prééclampsie (légère)**

<p><b>Diagnostic de prééclampsie (légère)</b></p>	<p><b>Apparition d'une hypertension et d'une protéinurie après 20 semaines de grossesse :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>tension artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mm Hg et/ou tension artérielle diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg après 20 semaines de grossesse ;</li> <li>protéinurie 2+ sur bandelette urinaire ;</li> <li>prééclampsie <b>sans</b> signes graves (voir les signes graves indiqués ci-dessous, notamment les signes neurologiques, pulmonaires, hépatiques, rénaux et hématologiques, dans le chapitre Diagnostic de la prééclampsie sévère).</li> </ul>
<p><b>Résumé des orientations pour la surveillance et le moment de l'accouchement en cas de prééclampsie (légère)</b></p>	<p><b>Âge de la grossesse inférieur à 37 +0/7 semaines :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>tant que le bien-être de la mère et du fœtus reste stable, le but est d'atteindre 37 + 0/7 semaines de grossesse avant l'accouchement ;</li> <li>néanmoins, <b>rester vigilant</b> car la prééclampsie <b>peut rapidement évoluer</b> vers une prééclampsie sévère ;</li> <li>une surveillance étroite de l'état de la femme et du fœtus doit être assurée, avec une mesure régulière de la tension artérielle de la femme et une évaluation des signes de danger éventuels.</li> <li><b>soins en ambulatoire</b> : si la tension artérielle et les <b>signes de prééclampsie se normalisent ou restent stables</b>, prévoir une visite de suivi <b>deux fois par semaine</b> ;</li> <li><b>si le suivi en ambulatoire est impossible</b>, hospitaliser la femme pour une surveillance attentive, y compris de la tension artérielle et des signes de danger.</li> </ul> <p><b>Âge de la grossesse supérieur ou égal à 37 + 0/7 semaines :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>déclencher le travail/l'accouchement.</li> </ul>

**Figure 2. Diagnostic et orientations pour choisir le moment de l'accouchement en cas de prééclampsie sévère**

<p><b>Diagnostic de prééclampsie sévère</b></p>	<p><b>Apparition d'une hypertension et d'une protéinurie après 20 semaines de grossesse :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>tension artérielle systolique supérieure ou égale à 160 mm Hg et/ou tension artérielle diastolique supérieure ou égale à 110 mm Hg après 20 semaines de grossesse ;</li> <li>Protéinurie 2+ sur bandelette urinaire.</li> </ul> <p><b>Prééclampsie avec l'un des signes suivants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>signes neurologiques</b> : céphalées, modifications de la vision, surréflexivité ou clonus ;</li> <li><b>signes pulmonaires</b> : difficulté respiratoire (râles à l'auscultation dus à des liquides présents dans les poumons) ;</li> <li><b>signes hépatiques</b> : douleur abdominale haute, nausée/vomissements ou élévation des enzymes hépatiques (supérieure à deux fois la valeur de référence) ;</li> <li><b>signes rénaux</b> : créatinine sérique supérieure à 1,1 mg/dl ou deux fois plus élevée que la valeur de référence, oligurie (moins de 400 cc d'urine par 24 heures) ;</li> <li><b>signes hématologiques</b> : numération plaquettaire inférieure à 100 000 cellules/<math>\mu</math>l.</li> </ul>
<p><b>Résumé des orientations pour déterminer le meilleur moment pour l'accouchement en cas de prééclampsie sévère</b></p>	<p><b>Âge de la grossesse inférieur à 24 semaines (fœtus préviaible) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>sulfate de magnésium (MgSO<sub>4</sub>), antihypertenseurs ;</li> <li>déclencher le travail.</li> </ul> <p><b>Âge de la grossesse compris entre 24 et 34 semaines :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>mgSO<sub>4</sub>, antihypertenseurs, corticoïdes prénatals si les conditions de sécurité sont remplies ;</li> <li>surveillance attentive de la femme et du fœtus, accélérer l'accouchement si l'état de la femme et du fœtus n'est pas stable.</li> </ul> <p><b>Âge de la grossesse compris entre 34 et 36 6/7 semaines :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>même prise en charge que pour 24-34 semaines mais <b>SANS corticoïdes prénatals</b>.</li> </ul> <p><b>Âge de la grossesse 37 0/7 semaines :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>mgSO<sub>4</sub>, antihypertenseurs ; accélérer l'accouchement.</li> </ul>

## Traitement anticonvulsivant pour la prééclampsie sévère et l'éclampsie

Dans la deuxième édition du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement*, le **sulfate de magnésium** reste l'**anticonvulsivant de choix** pour traiter la prééclampsie sévère et l'éclampsie ; le **diazépam** en tant qu'anticonvulsivant pour les femmes présentant une prééclampsie ou une éclampsie a été supprimé. Cette édition fournit des orientations spécifiques concernant les **différents schémas d'administration du sulfate de magnésium**, notamment l'**administration intraveineuse et intramusculaire** ; l'**administration intraveineuse uniquement** a été ajoutée.

## Traitement antihypertenseur

La deuxième édition du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* présente des orientations actualisées sur l'utilisation d'**antihypertenseurs pour traiter l'hypertension artérielle associée à la prééclampsie et à l'éclampsie et l'hypertension chronique et gestationnelle** de la grossesse, ainsi que des recommandations thérapeutiques pour l'hypertension non sévère et une crise d'hypertension systolique sévère **afin de prévenir les accidents vasculaires cérébraux** (Tableau 2).

**Tableau 2. Antihypertenseurs et schémas posologiques pour le traitement intensif de l'hypertension sévère (nouveau dans la deuxième édition)**

Antihypertenseurs	Posologie
<b>Hydralazine</b>	<p><b>Par voie intraveineuse :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>administrer 5 mg par IV, <i>lentement</i> (risque d'hypotension maternelle, surveiller attentivement la tension artérielle) ;</li> <li>répéter l'administration toutes les cinq minutes jusqu'à ce que la tension artérielle atteigne la valeur cible ;</li> <li>répéter l'administration toutes les heures si besoin ou injecter 12,5 mg par IM toutes les deux heures si besoin ;</li> <li>la dose maximale est de 20 mg par 24 heures.</li> </ul>
<b>Labétalol</b>	<p><b>Par voie orale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>administrer 200 mg ;</li> <li>répéter la dose au bout d'une heure jusqu'à ce que la tension artérielle atteigne la valeur cible ;</li> <li>la dose maximale est de 1200 mg par 24 heures.</li> </ul> <p><b>Par voie intraveineuse :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>administrer 10 mg par IV ;</li> <li>si la réponse n'est pas satisfaisante au bout de 10 minutes, administrer 20 mg par IV ;</li> <li>la dose peut être doublée pour atteindre 40 mg, puis 80 mg en espaçant les doses de 10 minutes jusqu'à ce que la tension artérielle soit inférieure au seuil ;</li> </ul> <p>la dose totale maximale est de 300 mg ; ensuite, passer au traitement par voie orale.</p>
<b>Nifédipine (capsule à libération immédiate)</b>	<p><b>Par voie orale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>administrer 5 à 10 mg par voie orale ;</li> <li>répéter la dose au bout de 30 minutes si la réponse n'est pas satisfaisante jusqu'à obtenir une tension artérielle optimale ;</li> </ul> <p>la dose totale maximale est de 30 mg pour un traitement intensif.<sup>a</sup></p>
<b>Alpha-méthyl dopa</b>	<p><b>Par voie orale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>administrer 750 mg par voie orale ;</li> <li>répéter la dose au bout de trois heures jusqu'à ce que la tension artérielle atteigne la valeur cible ;</li> </ul> <p>la dose maximale est de 3 g par 24 heures.</p>

Source : Chapitre Hypertension artérielle, céphalées, vision floue, convulsions ou perte de connaissance

<sup>a</sup> D'autres options thérapeutiques devront être envisagées si la tension artérielle n'a pas baissé au cours de la phase de traitement intensif de 90 minutes avec 30 mg de nifédipine à libération immédiate.

Remarques : le choix de la voie d'administration d'un antihypertenseur pour traiter l'hypertension sévère doit reposer sur l'expérience du clinicien avec le médicament en question et la disponibilité et le coût de ce dernier (lignes directrices 2011 de l'OMS sur la prévention et le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie). Le but est d'abaisser la tension artérielle à moins de 160/110 mm Hg. Si la valeur cible de la tension artérielle n'est pas atteinte avec la dose maximale d'un médicament, d'autres médicaments devront être envisagés.

## Soins du post-partum pour les femmes présentant des troubles tensionnels

Les femmes qui présentent des troubles tensionnels pendant la grossesse ont un risque élevé de complications lors de futures grossesses et un risque vie entière significativement élevé de maladie cardiovasculaire (par exemple, hypertension chronique, accident vasculaire cérébral, maladie cardiaque). Une partie développée consacrée aux **soins du post-partum** dans la deuxième édition du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* présente des orientations sur la

surveillance du post-partum, la planification familiale, le counseling et le suivi pour la poursuite des soins. Ces nouvelles orientations soulignent l'importance du counseling en matière de planification familiale, de l'application des critères de recevabilité médicale et de l'offre d'une **contraception post-partum** efficace pour prévenir les grossesses non désirées, notamment l'accès en temps utile à des méthodes contraceptives durables réversibles (implants et dispositifs intra-utérins par exemple) ou permanentes (ligature des trompes et vasectomie). Le counseling doit promouvoir la mise en place précoce de consultation prénatale lors de futures grossesses pour une surveillance étroite, un démarrage en temps utile de la **supplémentation en calcium** et de l'administration d'**acide acétylsalicylique à faible dose (aspirine 75 mg)**.

En raison du risque vie entière élevé de complications cardiovasculaires des femmes enceintes présentant des troubles tensionnels, des recommandations concernant l'évaluation du risque de maladie cardiovasculaire post-partum, le counseling et les soins de suivi sont fournies, notamment :

- Informer les femmes traitées pour des troubles tensionnels durant la grossesse, y compris en cas de prééclampsie, de leur risque accru de développer plus tard une maladie cardiovasculaire (c'est-à-dire, hypertension, accident vasculaire cérébral).
- Évaluer les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire des femmes (par exemple, tabagisme, obésité, manque d'activité physique, hyperlipidémie) et formuler des recommandations à cet égard avant leur sortie d'hôpital.
- Souligner l'importance d'un suivi médical régulier et mettre les femmes en relation avec et les services de soins primaires pour le suivi avant leur sortie d'hôpital.

## Saignement en début de grossesse

La deuxième édition du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* inclut des chapitres mis à jour sur la prise en charge des saignements en début et en fin de grossesse, notamment le diagnostic différentiel et la prise en charge en cas de : **menace d'avortement, grossesse ectopique, avortement complet, avortement inévitable, avortement incomplet** et **grossesse molaire**. Les orientations actualisées concernant la prise en charge de l'avortement inévitable et de l'avortement incomplet proposent des options en matière d'évacuation chirurgicale, de prise en charge médicale et d'expectative, notamment un nouveau tableau récapitulatif des protocoles de **prise en charge médicale** par l'administration de misoprostol ou d'utérotoniques.

La deuxième édition du manuel passe en revue les symptômes et la prise en charge des complications post-abortum, une cause importante de mortalité maternelle, et présente notamment un schéma d'antibiothérapie actualisé pour traiter l'infection/l'état septique en tant que complication de l'avortement (clindamycine et ampicilline en traitement de première intention et gentamycine et ampicilline en traitement de deuxième intention, tous deux *sans* administrer de métronidazole). Cette nouvelle édition conserve les orientations concernant l'importance du counseling en post-abortum et du démarrage immédiat d'une contraception après l'avortement.

## Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum

Dans la deuxième édition du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement*, les orientations mises à jour concernant la prévention et la prise en charge de l'hémorragie du post-partum (HPP) reposent sur les recommandations 2012 de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum. Les points saillants du chapitre Saignement vaginal après l'accouchement sont les suivants : ajout de nouveaux médicaments pour la prévention et le traitement de l'HPP atonique (**Tableau 3**), et de texte mis à jour et nouvelles illustrations relatifs aux interventions d'urgence pour les femmes présentant une HPP non contrôlée, notamment le tamponnement intra-utérin par ballonnet, les sutures de compression utérine et l'utilisation d'un vêtement antichoc non pneumatique.

## Prévention de l'HPP

La deuxième édition du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* propose des recommandations pour la prise en charge active du troisième stade du travail selon les lignes directrices 2012 de l'OMS sur la HPP, en mettant l'accent sur l'administration d'un utérotonique prophylactique immédiatement après l'accouchement – la principale intervention pour réduire l'incidence de l'HPP. Conformément aux lignes directrices 2012 de l'OMS sur la HPP, la deuxième édition du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* inclut également la traction contrôlée du cordon à titre d'intervention facultative dans le cadre de la prise en charge active du troisième stade du travail, sous réserve qu'elle soit réalisée par une personne qualifiée (cette intervention est contre-indiquée en l'absence de personnel qualifié). En outre, la deuxième édition du manuel précise que le massage utérin continu n'est pas préconisé pour prévenir l'HPP. Cependant, la surveillance du tonus utérin par palpation abdominale est recommandée pour permettre l'identification précoce d'une atonie utérine post-partum (Encadré 6).

## Prise en charge de l'HPP

La deuxième édition du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* souligne l'importance d'une surveillance étroite après l'accouchement pour détecter une perte de tonus utérin, une élévation du pouls, une diminution de la tension artérielle et/ou un saignement vaginal, avec un traitement immédiat de l'HPP en fonction de la cause sous-jacente. Les principales causes d'HPP sont l'atonie utérine, les déchirures cervicales et vaginales, la rétention placentaire, l'inversion ou les ruptures utérines et les troubles de la coagulation.

### Prise en charge de l'HPP due à une atonie utérine

La deuxième édition du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* réaffirme le recours initial au massage utérin et aux utérotoniques pour traiter l'HPP due à une atonie utérine, suivis de mesures de temporisation comme la compression utérine bimanuelle ou la compression aortique externe. Cette édition recommande également le tamponnement intra-utérin par ballonnet en cas d'HPP due à une atonie et présente de nouvelles illustrations pour le montage et l'utilisation du tamponnement intra-utérin par ballonnet en se servant du matériel disponible localement dans la plupart des hôpitaux de district. Le tamponnement intra-utérin par ballonnet peut aussi être utilisé pour les femmes qui ne répondent pas aux utérotoniques. Cette intervention peut potentiellement éviter le recours à la chirurgie et constitue une intervention de temporisation importante en cas d'HPP non contrôlée dans l'attente du transfert de la femme dans un établissement de plus haut niveau. Les interventions pour la prise en charge de l'HPP due à une atonie utérine sont les suivantes :

- massage utérin et médicaments ;
- compression utérine bimanuelle ;
- compression aortique externe ; et
- tamponnement intra-utérin par ballonnet (nouveau dans la deuxième édition).

### Encadré 6. Surveillance du tonus utérin pour l'identification précoce de l'HPP :

1. Évaluer régulièrement le tonus utérin dans les premières heures suivant l'accouchement. Si l'utérus est mou, masser immédiatement le fond utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se contracte.
2. Apprendre à la femme comment évaluer son tonus utérin et masser son utérus s'il devient mou (nouveau dans la deuxième édition).

Source : Chapitre Travail et accouchement eutociques

**Tableau 3. Utilisation de médicaments dans la prise en charge de l'HPP**

	Posologie et voie d'administration *	Dose d'entretien*	Dose maximale	Précautions et contre-indications
<b>Ocytocine</b>	IV : perfuser 20 unités diluées dans 1 l de solution au débit le plus rapide. IM : 10 unités.	IV : perfuser 20 unités diluées dans 1 l de solution à raison de 40 gouttes/minute.	Pas plus de 3 l de solution intraveineuse contenant de l'ocytocine.	Ne pas administrer sous forme de bolus IV.
<b>Ergométrine/méthylergométrine</b>	IM ou IV (lentement) : 0,2 mg.	Répéter 0,2 mg par IM au bout de 15 minutes. Si nécessaire, administrer 0,2 mg par IM ou par IV (lentement) toutes les quatre heures.	Cinq doses (total : 1,0 mg).	Hypertension artérielle, prééclampsie, maladie cardiaque, rétention placentaire.
<b>15-méthyl prostaglandine F2α</b>	IM : 0,25 mg.	0,25 mg toutes les 15 minutes.	Huit doses (total : 2 mg).	Asthme Ne pas administrer par IV.
<b>Misoprostol (nouveau dans la deuxième édition)</b>	Sublingual : 800 µg.	Répéter 200 à 800 µg.	Pas plus de 1600 µg.	
<b>Acide tranéxamique (nouveau dans la deuxième édition)</b>	IV (lentement) : 1 g	Répéter au bout de 30 minutes si l'hémorragie continue.	Pas plus de 10 mg/kg de poids corporel trois à quatre fois par jour.	Antécédents de coagulopathie ou de coagulation intravasculaire active, convulsions.

Source : Chapitre Saignement vaginal après l'accouchement

\* Remarques : le débit est calculé en se basant sur 20 gouttes/ml ; intraveineux (IV) ; intramusculaire (IM)

**Ne pas administrer de prostaglandines par voie intraveineuse. Cela pourrait être fatal.**

## Prise en charge de l'HPP due à des déchirures cervicales, vaginales et périnéales

Les déchirures de la filière génitale constituent la deuxième cause la plus fréquente d'hémorragie du post-partum. Ces déchirures peuvent être associées à une atonie utérine. La deuxième édition du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* comprend une mise à jour du chapitre consacré à la classification et à la réfection des déchirures vaginales et périnéales, notamment de nouvelles illustrations des déchirures simples, complètes et complètes compliquées. Cette édition précise qu'une dose unique d'antibiotique prophylactique par voie orale (500 mg d'ampicilline) doit être administrée avant de commencer la réfection des déchirures complètes et complètes compliquées (mais pas celle des déchirures simples).

## Prise en charge de l'HPP due à une rétention placentaire

Si le placenta n'a pas été expulsé et que la femme saigne, il faut tenter une délivrance artificielle après avoir administré un antibiotique prophylactique (dose unique, 2 g d'ampicilline par voie intraveineuse ou 1 g de céfazoline par voie intraveineuse). La deuxième édition du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* comprend une mise à jour de la partie consacrée à la délivrance artificielle du placenta.

## Vêtement antichoc non pneumatique

De nouvelles orientations dans la deuxième édition du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* préconisent, en cas d'HPP non contrôlée, l'utilisation d'un vêtement antichoc non pneumatique, s'il est disponible, comme mesure de temporisation en attendant que les soins appropriés puissent être dispensés. Un vêtement antichoc non pneumatique applique une pression au niveau de la partie inférieure du corps et de l'abdomen, poussant ainsi le sang de la périphérie du corps vers les organes centraux et le cerveau, ce qui aide à prévenir et/ou à atténuer le choc hypovolémique.

## Interventions chirurgicales dans le traitement de l'hémorragie du post-partum non contrôlée

La deuxième édition du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* contient une nouvelle partie sur les interventions chirurgicales dans le traitement de l'HPP non contrôlée, avec une description détaillée et illustrée de la méthode pour réaliser des sutures de compression. Si le **saignement persiste malgré un traitement** par utérotoniques et d'autres interventions conservatrices (par exemple, le massage utérin, le tamponnement intra-utérin par ballonnet) et la compression externe ou interne de l'utérus, des interventions chirurgicales devront être envisagées. La démarche est la suivante :

1. Essayer en premier lieu des approches conservatrices ; si ces approches échouent, envisager des interventions plus invasives comme des sutures de compression.
2. Si les sutures de compression échouent, tenter une ligature utérine ou utéro-ovarienne.
3. Si un saignement potentiellement fatal persiste malgré la ligature, réaliser une hystérectomie subtotale (également appelée supracervicale) ou totale.

## Soins après une hémorragie du post-partum

La deuxième édition du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* donne des orientations mises à jour sur les soins du post-partum à dispenser aux femmes qui ont fait une hémorragie après l'accouchement, notamment fournir un suivi attentif et du counseling sur les soins auto-administrés, sur le risque d'infection et l'importance de demander immédiatement des soins en cas de changement d'état.

## Prévention et prise en charge de l'infection pendant la grossesse et l'accouchement

Les éléments clés des recommandations mondiales 2015 de l'OMS relatives à la prévention et au traitement des infections maternelles périnatales sont inclus dans la deuxième édition du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement*. Ces éléments donnent des orientations sur :

- l'administration d'antibiotiques prophylactiques aux femmes pour certaines interventions obstétriques et aux nouveau-nés présentant des facteurs de risque d'infection ;
- l'évaluation rapide et l'établissement d'un diagnostic différentiel de la fièvre et d'autres signes de maladie infectieuse chez la femme pendant la grossesse et après l'accouchement, comprenant des tableaux récapitulatifs actualisés (des signes et symptômes cliniques) des infections fréquentes pendant la grossesse et l'accouchement ;
- le recours judicieux aux antibiotiques, conformément aux recommandations reposant sur des données factuelles, pour prévenir et traiter les infections péripartum ;
- l'administration d'antibiotiques uniquement pour les indications recommandées, afin de réduire l'usage non justifié des antibiotiques et de limiter la résistance aux antimicrobiens ;
- le choix d'un antibiotique à spectre étroit cliniquement approprié administré selon une posologie et pour une durée correctement définies ;
- la vérification des antécédents maternels d'allergie aux antibiotiques ; et
- la surveillance au niveau local des bactéries, de la sensibilité aux antibiotiques et des schémas de résistance afin d'éclairer le choix de l'antibiotique, si possible.



## Antibiotiques prophylactiques

Dans la mesure du possible, les **antibiotiques prophylactiques par voie intraveineuse doivent être administrés 15 à 60 minutes avant le début des interventions indiquées** pour que le taux d'antibiotique dans le sang soit suffisant au moment de l'intervention. Le **Tableau 4** résume les indications obstétriques mises à jour et le type, la posologie et la durée d'administration des antibiotiques prophylactiques.

**Tableau 4. Administration d'antibiotiques prophylactiques**

Intervention ou condition obstétrique	Antibiotiques recommandés et posologie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Césarienne (de confort ou d'urgence) – administrer les antibiotiques prophylactiques avant l'intervention, pas <i>après</i> le clampage et la section du cordon ; un lavage vaginal à la povidone-iodée avant l'intervention est également recommandé ;</li> <li>• Délivrance artificielle du placenta ;</li> <li>• Tamponnement intra-utérin par ballonnet.</li> </ul>	Dose unique d'antibiotiques (ampicilline ou céphalosporine de première génération) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 g d'ampicilline par intraveineuse ; OU</li> <li>• 1 g de céfazoline par intraveineuse.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réfection des déchirures complètes et complètes compliquées</li> </ul>	Dose unique d'antibiotiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 500 mg d'ampicilline.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rupture prématurée des membranes avant terme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 250 mg d'érythromycine par voie orale toutes les six heures pendant 10 jours (ou jusqu'à l'accouchement) ; OU</li> <li>• 2 g d'ampicilline par intraveineuse toutes les six heures</li> </ul>

L'administration d'antibiotiques prophylactiques **n'est pas recommandée** en cas d'accouchement par voie basse non compliqué, d'accouchement assisté par voie basse, d'épisiotomie et de déchirures simples.

La deuxième édition du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* précise que les **nouveau-nés mis au monde dans les circonstances suivantes courent un risque accru d'infection et doivent être traités** avec des antibiotiques prophylactiques – ampicilline (par intraveineuse ou par intramusculaire) et gentamycine – pendant au moins deux jours jusqu'à ce que toute infection soit écartée :

- rupture prématurée des membranes avant terme ;
- rupture des membranes plus de 18 h avant l'accouchement ;
- mère traitée avec des antibiotiques pour chorioamniotite ;
- fièvre maternelle supérieure à 38 °C avant l'accouchement ou pendant le travail ;
- liquide amniotique nauséabond ou purulent ;
- colonisation maternelle avérée par des streptocoques du groupe B en l'absence d'antibiothérapie adéquate pendant le travail.

## Diagnostic différentiel de la fièvre et antibiothérapie maternelle pendant la grossesse ou après l'accouchement

La deuxième édition du manuel *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* passe en revue les symptômes des causes fréquentes de fièvre liée aux infections maternelles pendant la grossesse et après l'accouchement, notamment la **pyélonéphrite** (infection rénale), la **pneumonie**, le **paludisme**, l'**amniotite** et l'**endométrite puerpérale**. Cette édition met à jour les schémas d'antibiothérapie pour traiter les infections fréquentes pendant la grossesse et après l'accouchement (**Tableau 5**). En général, le choix d'un schéma d'antibiothérapie doit se porter sur le spectre antibactérien cliniquement approprié le plus étroit d'une part, et sur la plus faible dose efficace et la plus courte durée de traitement possibles, d'autre part. Cette deuxième édition inclut également d'importantes recommandations actualisées pour prévenir et traiter le **paludisme** non compliqué et grave pendant la grossesse et après l'accouchement, basées sur les lignes directrices 2012 de l'OMS relatives au traitement du paludisme.

**Tableau 5. Antibiothérapies pour traiter certaines infections maternelles pendant la grossesse ou après l'accouchement**

Diagnostic	Nouveau dans la deuxième édition	Observations
<b>Cystite</b>	Les options en matière d'antibiotiques et les posologies de l' <b>amoxicilline</b> ou de la <b>nitrofurantoïne</b> restent inchangées, <b>hormis les recommandations suivantes</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• éviter la nitrofurantoïne à terme car elle peut provoquer une hémolyse néonatale ;</li> </ul>	500 mg d'amoxicilline par voie orale toutes les huit heures pendant trois jours ; ou 100 mg de nitrofurantoïne par voie orale toutes les huit heures pendant trois jours.

Diagnostic	Nouveau dans la deuxième édition	Observations
	<ul style="list-style-type: none"> <li>supprimer l'association triméthoprim-sulfaméthoxazole en raison de son interférence avec le métabolisme de l'acide folique et du risque accru de malformations congénitales.</li> </ul>	
<b>Pyélonéphrite aiguë</b>	Le schéma d'antibiothérapie associant l' <b>ampicilline par IV et la gentamicine suivies d'amoxicilline par voie orale</b> reste inchangé, mais on souligne l'importance d'identifier et de traiter la pyélonéphrite pendant la grossesse pour prévenir une pathologie importante et de réévaluer le diagnostic et le choix d'antibiotiques en cas d' <b>absence de réponse clinique dans les 48 heures</b> .	2 g d'ampicilline par IV toutes les six heures <b>PLUS</b> 5 mg/kg de poids corporel de gentamicine par IV toutes les 24 heures ; 1 g d'amoxicilline par voie orale toutes les huit heures pendant 14 jours.
<b>Amniotite</b>	Le schéma d'antibiothérapie associant l' <b>ampicilline par IV et la gentamicine</b> reste inchangé, <b>mais si la femme accouche par voie basse, poursuivre le traitement pendant au moins 48 heures</b> après la disparition des signes et symptômes de l'infection.	2 g d'ampicilline par IV toutes les six heures <b>PLUS</b> 5 mg/kg de gentamicine en IV toutes les 24 heures.
<b>Endométrite puerpérale</b>	Le schéma d'antibiothérapie change : l'ampicilline, la gentamicine et le métronidazole sont remplacés par la <b>clindamycine et la gentamicine</b> pendant <b>24 à 48 heures</b> après la disparition complète des signes et symptômes cliniques (fièvre, sensibilité utérine, lochies purulentes, hyperleucocytose). L'administration d'antibiotiques oraux après les antibiotiques par IV n'est pas nécessaire.	600 mg de clindamycine par IV toutes les huit heures <b>PLUS</b> 5 mg/kg de poids corporel de gentamicine par IV toutes les 24 heures.  À défaut de clindamycine : 2 g d'ampicilline par IV toutes les six heures <b>PLUS</b> 5 mg/kg de poids corporel de gentamicine par IV toutes les 24 heures.  Quand elle est disponible, la clindamycine (en association avec la gentamicine) est préférable pour traiter l'endométrite puerpérale car elle est plus efficace que l'ampicilline ou la pénicilline.
<b>Infections graves des organes pelviens</b>	Le schéma d'antibiothérapie est réduit à l' <b>ampicilline par IV PLUS la gentamicine, supprimant le métronidazole</b> . Arrêter les antibiotiques 48 heures après la disparition complète des signes et symptômes cliniques.	2 g d'ampicilline par IV toutes les six heures <b>PLUS</b> 5 mg/kg de poids corporel de gentamicine par IV toutes les 24 heures.
<b>Abcès pelvien, péritonite</b>	Le schéma d'antibiothérapie reste inchangé : <b>ampicilline PLUS gentamicine PLUS métronidazole par voie IV</b> .	2 g d'ampicilline par IV toutes les six heures <b>PLUS</b> 5 mg/kg de poids corporel de gentamicine par IV toutes les 24 heures <b>PLUS</b> 500 mg de métronidazole par IV toutes les huit heures.
<b>Mastite ou abcès mammaire</b>	Le schéma d'antibiothérapie reste inchangé : cloxacilline ou érythromycine par voie orale pendant 10 jours.	500 mg de cloxacilline par voie orale toutes les six heures <b>OU</b> 250 mg d'érythromycine toutes les huit heures. Pour l'abcès, le drainage chirurgical est également une option.

Ce document récapitulatif a été élaboré grâce au soutien généreux du peuple américain par l'intermédiaire de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) dans le cadre de l'accord de coopération AID-OAA-A-14-00028. L'Organisation mondiale de la Santé et l'USAID ont pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Le contenu de cette publication relève de la responsabilité du Programme pour la survie de la mère et de l'enfant et ne reflète pas nécessairement l'opinion de l'OMS, de l'USAID ou du Gouvernement des États-Unis.

Les demandes d'informations ultérieures concernant ce document récapitulatif ou d'autorisation de reproduire ou de traduire cette publication sont à adresser à MCSP Communications, courriel : [info@mcsprogram.org](mailto:info@mcsprogram.org). Pour plus d'informations sur les lignes directrices de l'OMS, envoyer un courriel à : [reproductivehealth@who.int](mailto:reproductivehealth@who.int) ou [mncah@who.int](mailto:mncah@who.int)

© Organisation mondiale de la Santé et Jhpiego 2017. Tous droits réservés. WHO/RHR/17.02

**OMS, Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent**  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent](http://www.who.int/maternal_child_adolescent)

**OMS, Département Santé reproductive et recherche**  
<http://www.who.int/reproductivehealth>