

MEDAVIE

HealthEd

ÉduSanté



OBSTÉTRIQUE

Formation paramédicale en soins primaires

Module : 08

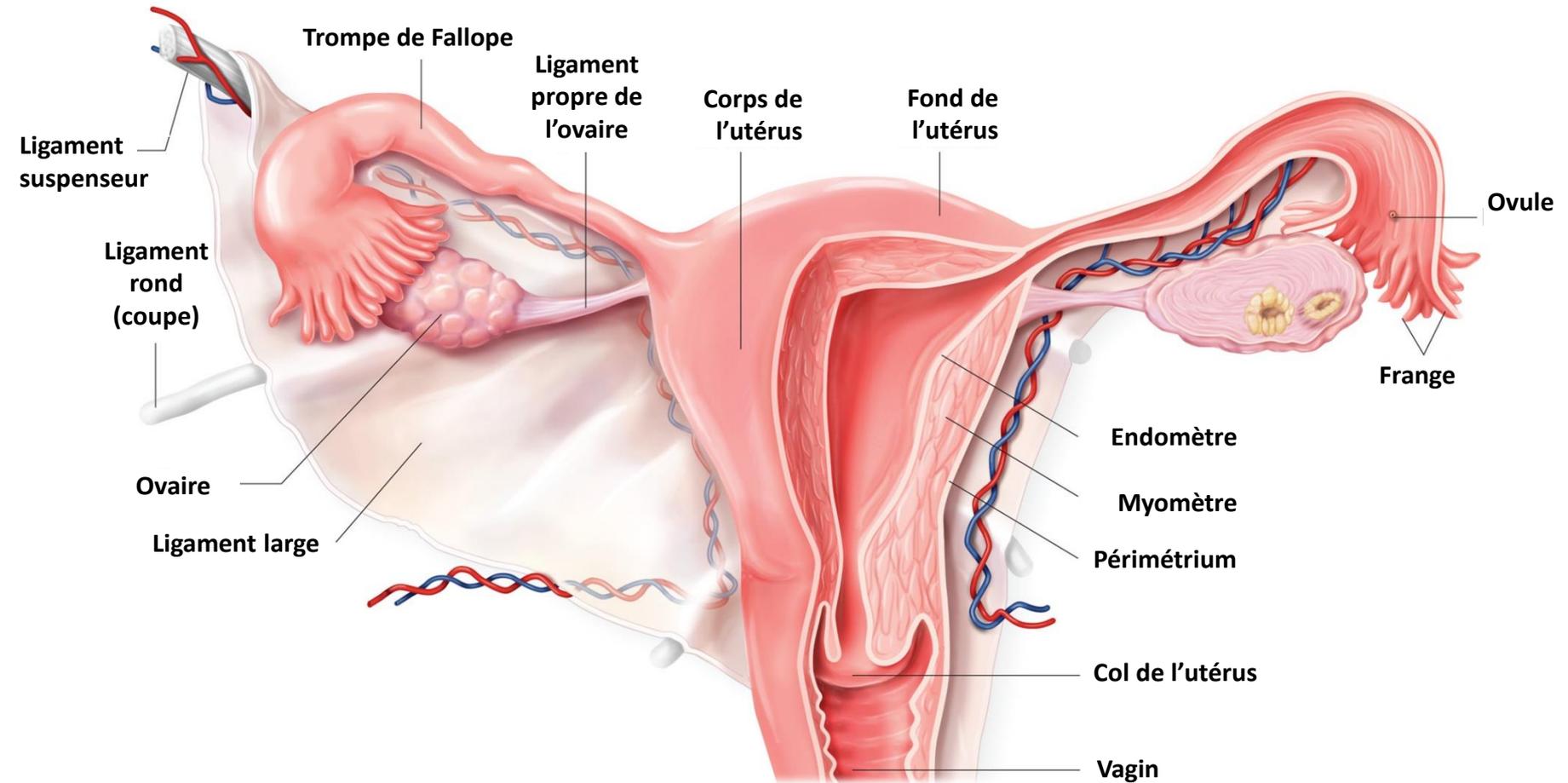
Section : 02

- Introduction
- Période prénatale
- Examen général
- Gestion générale
- Complications de la grossesse
- Puerpéralité
- Situations anormales à l'accouchement
- Complications

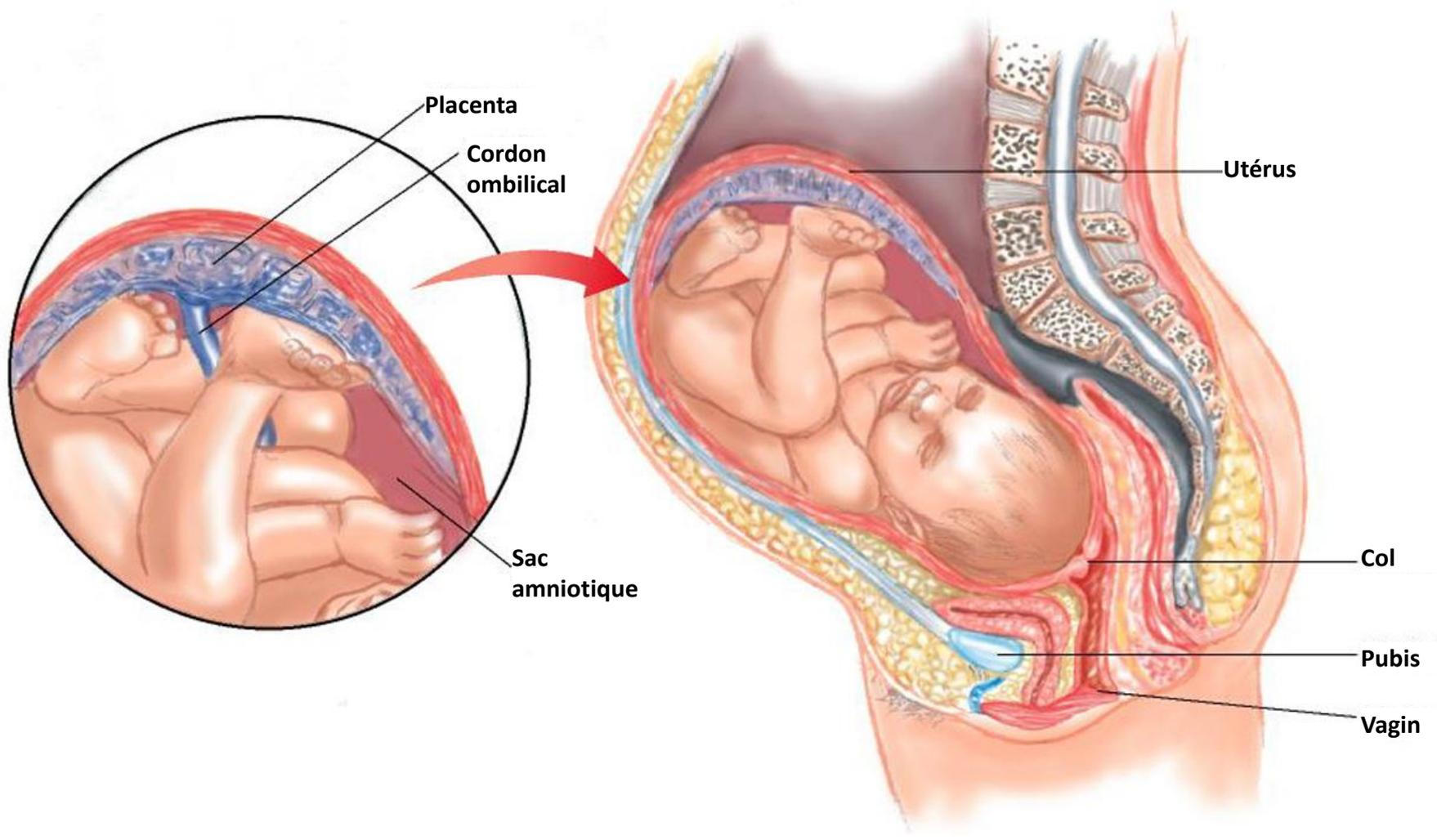
- La grossesse est un processus normal
 - Elle suit l'ovulation et la fécondation
- Les complications sont rares
- L'accouchement ne nécessite qu'un minimum d'aide

- Deux premières semaines du cycle menstruel
 - Dominées par l'œstrogène
 - Épaississement et engorgement de l'endomètre
- Sécrétion massive de LH et de FSH
 - Ovulation
 - Déplacement de l'ovule le long de la trompe de Fallope jusqu'à l'utérus
- Ovule non fécondé
 - Menstruation 14 jours plus tard

- Elle survient habituellement dans le tiers distal de la trompe de Fallope
- L'ovule entame immédiatement la division cellulaire
- Le blastocyste s'implante dans la muqueuse utérine épaissie
 - Préparée par la progestérone
- Le foetus et le placenta se développent par la suite



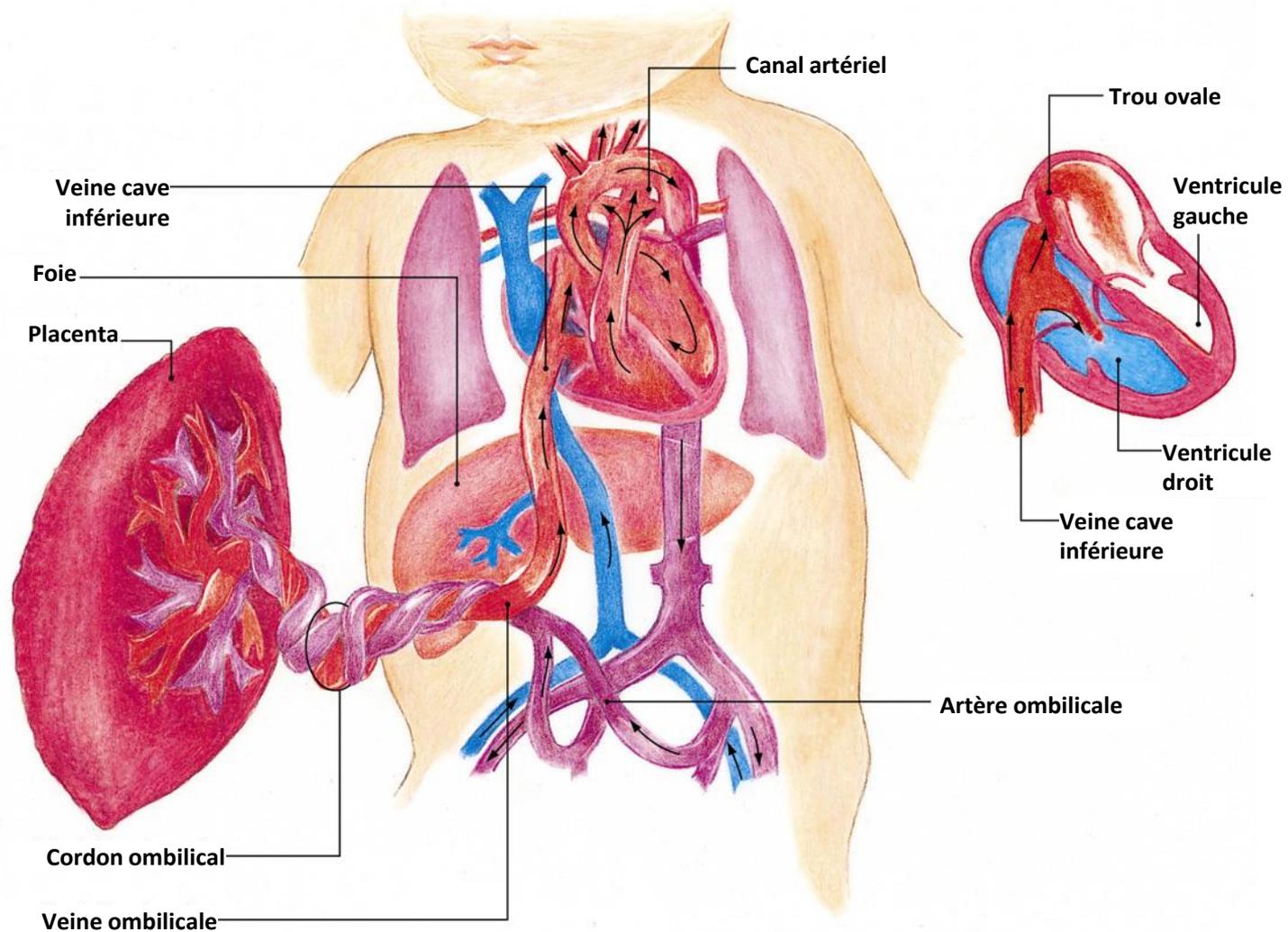
- Il se développe trois semaines après la fécondation
- Il s'agit d'un organe temporaire riche en sang
 - Transfert de chaleur
 - Échanges gazeux
 - Apport en nutriments et évacuation des déchets
 - Glande endocrine
- Il est relié au foetus par le cordon ombilical
- Il est expulsé avec le délivre



- Connecte le placenta au fœtus
- Contient deux artères et une veine
 - La veine transporte le sang oxygéné
 - Les artères transportent le sang désoxygéné
- Se développe dans le sac amniotique
- Le liquide entoure et protège le fœtus
- Permet le développement du fœtus

- Le sac amniotique est la membrane qui entoure le fœtus
- Le liquide amniotique provient de sources fœtales – urine, sécrétions
 - Il s'accumule rapidement
 - Volume approximatif de 175 à 225 mL à la 15^e semaine de grossesse et de 1 L à la naissance
- La rupture de la membrane provoque un écoulement aqueux

Circulation foetale



Obstétrique

DÉVELOPPEMENT DU FŒTUS

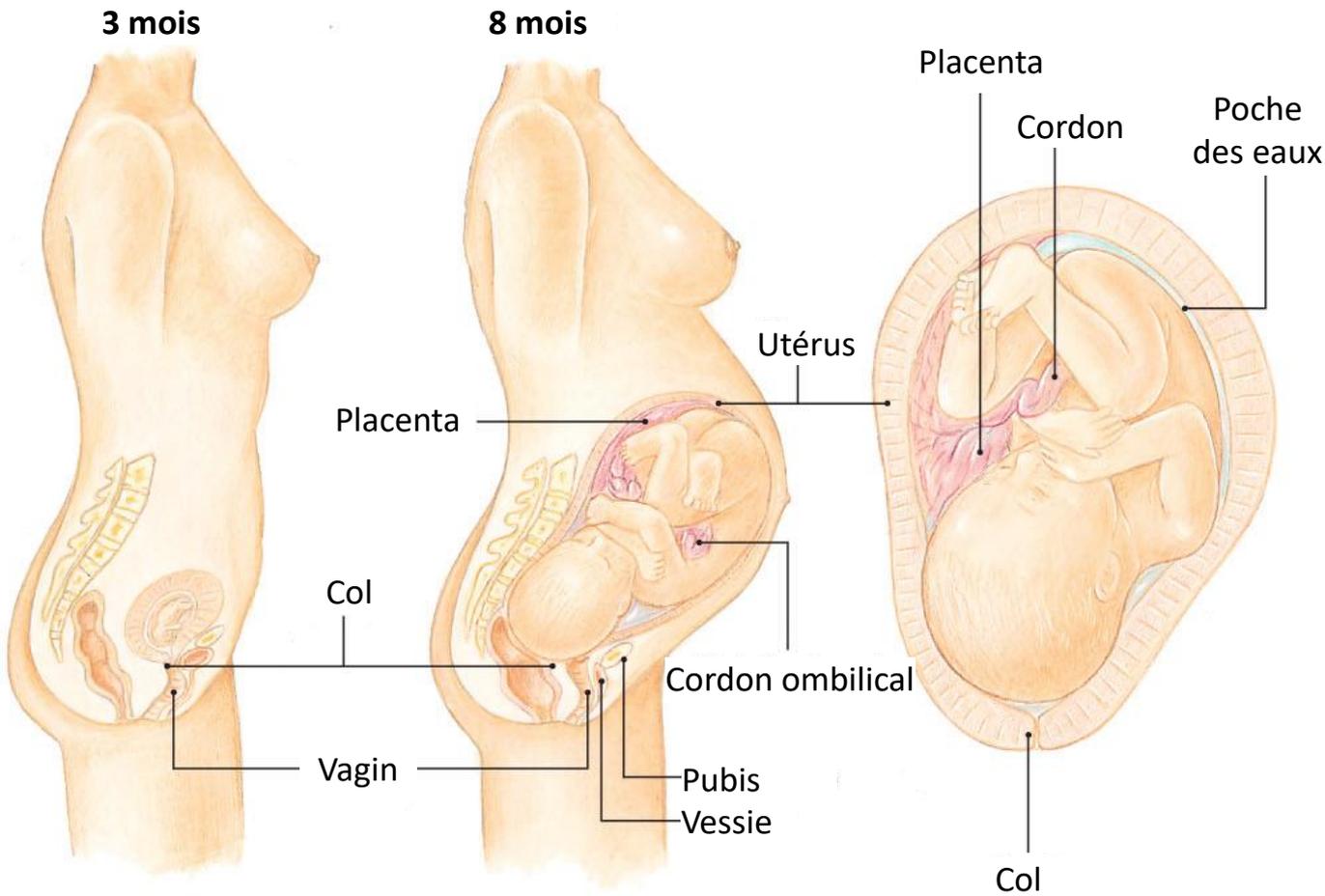


Tableau 40-1		Étapes importantes dans le développement du fœtus	
		Stade préembryonnaire	
2 semaines		Multiplication et différenciation cellulaires rapides	
		Stade embryonnaire	
4 semaines		Premiers battements du cœur	
8 semaines		Systèmes et structures externes formés Taille : environ 3 cm (1,2 po)	
		Stade fœtal	
8-12 semaines		Battements cardiaques audibles au Doppler Début de la production d'urine par les reins Taille : 8 cm (3,2 po); poids : environ 1,6 oz Vulnérabilité aux toxines	
16 semaines		Sexe visible à l'œil Ingestion de liquide amniotique et production de méconium Apparence d'un bébé, mais en petit	
20 semaines		Battements cardiaques audibles au stéthoscope Mouvements fœtaux perceptibles par la mère Horaire de succion, de coups de pied et de sommeil Présence de cheveux, de sourcils et de cils Taille : 19 cm (8 po); poids : environ 16 oz	
24 semaines		Activité accrue Début des mouvements respiratoires Taille : 28 cm (11,2 po); poids : 1 lb 10 oz	
28 semaines		Formation du surfactant nécessaire à la fonction pulmonaire Ouverture et fermeture des yeux Poids : 2 à 3 lb	
32 semaines		Os complètement formés, mais mous et souples Dépôt de graisses sous-cutanées Présence d'ongles aux doigts et aux orteils	
38-40 semaines		Bébé à terme Cavité utérine remplie Réception des anticorps de la mère	

Obstétrique

CHANGEMENTS PHYSIOLOGIQUES À LA MÈRE

- Système reproducteur
 - Augmentation de la taille de l'utérus
 - Système vasculaire
 - Formation du bouchon muqueux dans le col
 - Épaississement de la muqueuse vaginale (œstrogène)
 - Grossissement des seins



Changements dans l'utérus
attribuables à la grossesse.
pregnancy.

- Système respiratoire
 - Diminution de la résistance des voies respiratoires causée par la progestérone
 - ↑ Consommation d'oxygène (30 – 40%)
 - ↑ Volume courant (40 %)
 - ↑ Débit-volume (40 %)
 - ↑ Fréquence respiratoire (légère)
 - ↓ Volume résiduel fonctionnel (15 – 20 %)
 - ↓ Capacité résiduelle fonctionnelle (20 – 25 %)

- Système cardiovasculaire
 - ↑ Débit cardiaque (40 – 50 %)
 - ↑ Volume sanguin (40 – 50 %)
 - ↑ Fréquence cardiaque (15 – 25 %)
 - ↓ Résistance vasculaire systémique (10 – 15 %)
 - Hypotension de décubitus

- Système gastro-intestinal
 - Niveaux hormonaux
 - Ralentissement du péristaltisme
- Système urinaire
 - Pollakiurie
 - ↑ Débit sanguin rénal et taux de filtration glomérulaire
- Système musculosquelettique
 - Desserrement des articulations du bassin

Obstétrique

ANAMNÈSE

- **Gravida**
 - Nombre de grossesses chez une femme, en tenant compte de la grossesse actuelle
- **Para**
 - Nombre d'accouchements viables chez une femme
- **Ante-partum**
 - Période précédant l'accouchement
- **Gestation**
 - Période de développement du fœtus dans l'utérus

- Périnatal
 - Qui se rapporte à la période entourant la naissance
- Post-partum
 - Période qui succède à l'accouchement
- Prénatal
 - Qui est présent ou qui survient avant la naissance
- Grossesse à terme
 - Grossesse qui a atteint 37 semaines de gestation

- Date d'accouchement prévue
- Durée de la gestation
- Gravida, para et avortements
- Accouchement par césarienne antérieur
- Mode de vie de la mère (consommation d'alcool ou de drogue)
- Antécédents de maladies infectieuses
- Antécédents de complications gynécologiques ou obstétricales (soins prénataux?)
- Présence de douleur

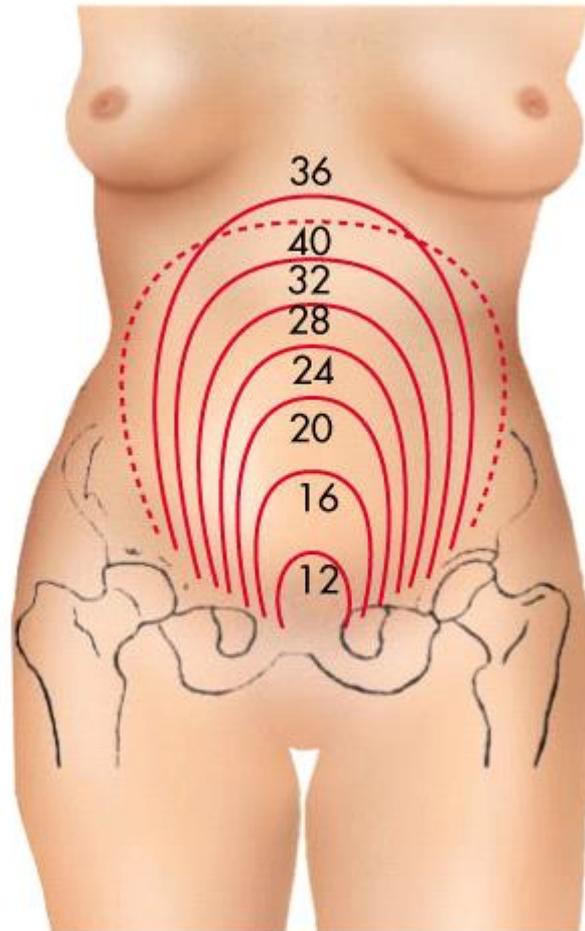
- Saignements vaginaux
 - Épisodes précédents
 - Quantité de serviettes hygiéniques
 - Autres pertes vaginales
 - Couleur, quantité, durée
- Travail
 - Expulsion du bouchon muqueux au début du travail
 - Besoin de pousser
 - Membranes intactes

- Allergies, médicaments utilisés (en particulier prise de stupéfiants au cours des 4 dernières heures)
- Envie de la mère de pousser ou besoin d'aller à la selle, indiquant l'imminence de l'accouchement

- Le motif de consultation de la patiente détermine l'étendue de l'examen physique
 - En contexte préhospitalier, l'examen d'une patiente enceinte vise à détecter rapidement les troubles aigus qui exigent une intervention chirurgicale ou qui mettent la vie en danger ainsi que les risques d'accouchement imminent, pour permettre de prendre les mesures qui s'imposent

- Évaluer l'apparence générale de la patiente et la couleur de sa peau
- Mesurer les signes vitaux une première fois puis à intervalles fréquents au cours de la consultation
- Examiner l'abdomen à la recherche de cicatrices et de déformations apparentes causées notamment par une chirurgie utérine, en particulier une césarienne, ou encore par une hernie ou une distension abdominale marquée

- Le contour de l'utérus est habituellement irrégulier entre la 8^e et la 10^e semaine
 - En début de grossesse, l'expansion de l'utérus n'est pas toujours symétrique
 - L'utérus est parfois dévié vers un côté
- Entre la 12^e et la 16^e semaine, l'utérus est au-dessus de la symphyse pubienne
- À la 20^e semaine, l'utérus est au niveau de l'ombilic
- Lorsque la grossesse est à terme, l'utérus est près de l'appendice xiphoïde



- Ne pas effectuer d'examen interne du vagin
- Ne pas oublier qu'il y a deux patients, la mère et l'enfant à naître
- Assurer le dégagement des voies respiratoires, la respiration et la circulation
- Surveiller l'état de choc

Obstétrique

COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE

- Traumatisme
- État de santé
- Saignements
 - Avortement
 - Grossesse extra-utérine
 - Placenta praevia
 - Décollement placentaire

Complications de la grossesse

TRAUMATISME

- Les traumatismes qui surviennent pendant la grossesse ont pour principales causes les collisions automobiles, les chutes, les agressions et les blessures par balle. Ils comprennent les traumatismes contondants à l'abdomen, les fractures du bassin et les traumatismes pénétrants
- Bien des aspects relatifs à l'évaluation et à la prise en charge des traumatismes survenant en contexte obstétrical sont propres à la grossesse, mais l'évaluation initiale et les mesures de réanimation doivent toujours être axées sur la mère
- On observe une incidence accrue de violence conjugale pendant la grossesse
 - Lorsqu'une relation de violence est déjà en place, la grossesse augmente la probabilité de violence physique
- Le plus grand risque de mort fœtale découle de la détresse fœtale et du décès intra-utérin liés à un traumatisme subi par la mère ou à la mort de celle-ci

- Devant une femme enceinte victime d'un traumatisme, procéder sans délai à l'examen et intervenir en priorisant la mère
- Causes de mort foetale découlant d'un traumatisme subi par la mère
 - Décès de la mère, décollement du placenta, choc, rupture utérine et lésion à la tête du fœtus
- Examen et prise en charge
 - Garder à l'esprit l'augmentation du volume sanguin
 - Une perte de 30 à 40 % du volume sanguin n'entraînera qu'une légère variation de la tension artérielle mais se traduira par une baisse de 10 à 20 % du débit sanguin utérin
- Stratégie pour le transport
 - Allonger la patiente sur le côté gauche

- Installer un collier cervical pour immobiliser la colonne vertébrale sur une planche dorsale
- Administrer de l'oxygène à haut débit
- Effectuer la réanimation liquidienne
- Placer la patiente inclinée vers la gauche afin de minimiser l'hypotension de décubitus
- Réexaminer la patiente
- Surveiller le fœtus

- Transporter
 - Toute patiente enceinte de 20 semaines ou plus et victime de traumatismes doit être transportée
 - Toute patiente enceinte se plaignant de douleurs abdominales doit être transportée
- Anticiper le choc

Complications de la grossesse

COMPLICATIONS MÉDICALES

- Troubles hypertensifs
- Syndrome hypotensif en position couchée
- Diabète gestationnel

- Désignées sous le terme collectif « maladies hypertensives de la grossesse »
 - La cause exacte des maladies hypertensives de la grossesse est inconnue, mais selon la théorie dominante à l'heure actuelle, un fonctionnement anormal du placenta ou les besoins excessifs du fœtus donnent lieu à un déséquilibre entre l'apport utéroplacentaire et les besoins du fœtus. Il en découlerait un dysfonctionnement des cellules endothéliales de la mère se manifestant par des complications chez la mère et le fœtus
- Prééclampsie
 - Maladie d'origine inconnue qui touche principalement des femmes primigestes normotensives autrement en bonne santé
 - Survient après la 20^e semaine de gestation, souvent en fin de grossesse
 - Pathophysiologie
 - Angiospasmés, lésions aux cellules endothéliales, augmentation de la perméabilité des capillaires, activation de la cascade de la coagulation
- Éclampsie
 - Maladie caractérisée par les mêmes signes et symptômes que la prééclampsie, auxquels s'ajoutent les convulsions et le coma

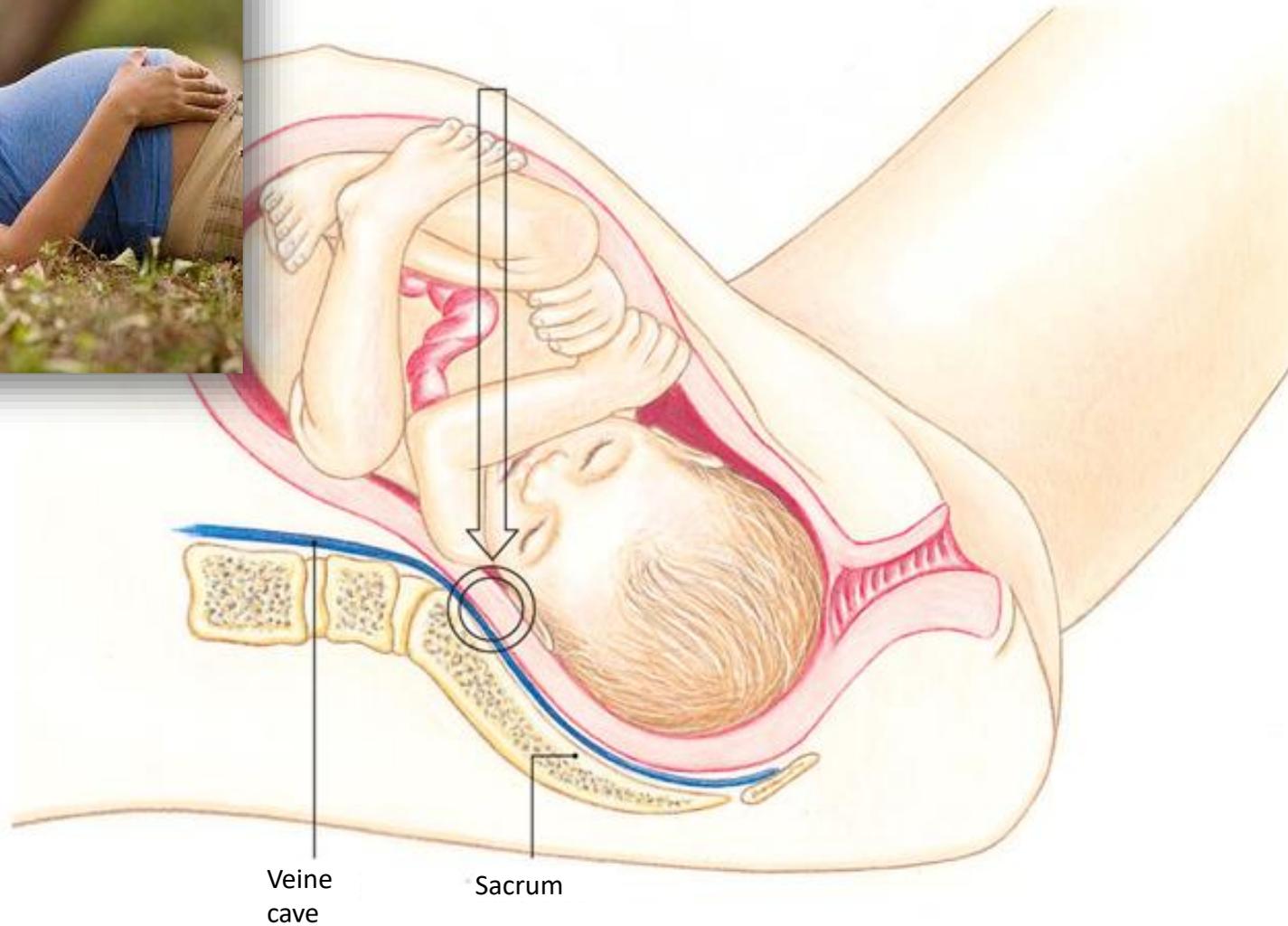
- Les critères diagnostiques (mis à jour par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada en 2008) sont relativement complexes
- Facteurs prédisposants
 - Jeune âge ou âge avancé, antécédents de la maladie, obésité, hypertension, néphropathie, diabète, grossesse multiple
- Critères diagnostiques des maladies hypertensives de la grossesse :
 - Hypertension
 - Protéines dans les urines

- À surveiller :
 - Tension artérielle (TA)
 - TA diastolique > 90 mm Hg (meilleur facteur prédictif d'une issue indésirable)
 - TA systolique > 140 mm Hg
 - Cette valeur ne constitue pas un critère pour l'hypertension gravidique, mais elle doit être surveillée car elle peut annoncer une hypertension diastolique
 - L'hypertension grave correspond à une TA systolique > 160 mm Hg ou une TA diastolique > 110 mm Hg
 - Protéinurie
 - > 300 mg/jour, ou résultat > 2+ à l'analyse sur bandelette urinaire

- La douleur au quadrant supérieur droit, les maux de tête et les troubles visuels sont des symptômes inquiétants qui exigent un examen immédiat
- Autres symptômes possibles :
 - Hyperréflexie
 - Étourdissements
 - Confusion
 - Convulsions
 - Coma
 - Vision trouble
 - Nausées et vomissements
 - Hypertension
 - Œdème

- Surveiller de près la mère et le fœtus
- Coucher la patiente sur le côté gauche
- Assurer son oxygénation
- Installer un accès IV
- Gérer les convulsions, s'il y a lieu
 - Risque d'hypoxie pour le fœtus

Syndrome hypotensif en position couchée



- Survient au troisième trimestre
- L'utérus gravide comprime la veine cave inférieure
- Allonger la patiente sur le côté gauche ou avec la hanche droite surélevée
- Surveiller les bruits du cœur foetal et les signes vitaux de la mère
- Une réanimation liquidienne peut être envisagée

- Influences hormonales et réaction tissulaire accrue
- Haut risque de développement ultérieur du diabète
- Envisager l'hypoglycémie chez la patiente ayant un niveau de conscience diminué
- Administrer du dextrose, comme indiqué

Complications de la grossesse

SAIGNEMENTS VAGINAUX

- Interruption de grossesse avant la 20^e semaine de gestation (par la suite, on parle d'accouchement prématuré)
- Différents types d'avortement :
 - Avortement complet ou incomplet
 - Avortement provoqué/thérapeutique
 - Rétention fœtale
 - Avortement spontané
 - Menace d'avortement

- Signes et symptômes :
 - crampes, douleurs abdominales, maux de dos
 - perte de débris tissulaires ou de caillots sanguins
 - saignements vaginaux
- Traiter le choc, s'il y a lieu
- Apporter un soutien émotionnel

Complications de la grossesse

SAIGNEMENTS DU TROISIÈME TRIMESTRE

- Implantation anormale du placenta sur la moitié inférieure de l'utérus
- Saignements vaginaux indolores (3^e trimestre)
- Ne jamais faire d'examen vaginal
- Traiter le choc, s'il y a lieu
- Assurer un transport rapide
- Le traitement final est un accouchement par césarienne

Placenta praevia



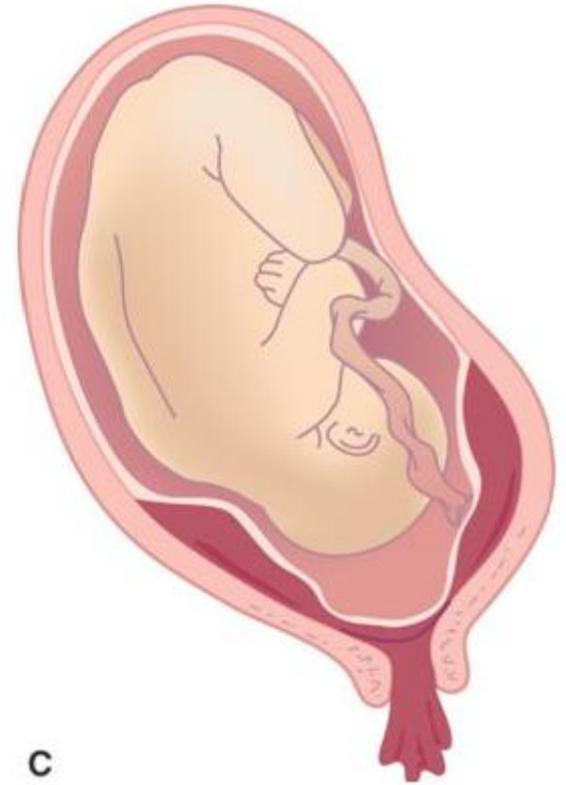
A

Marginal



B

Partiel



C

Complet

- Il s'agit du décollement prématuré du placenta normalement implanté (partiel, grave ou complet)
- Facteurs prédisposants
 - Hypertension, prééclampsie, traumatisme, antécédents de la même complication
- Il est potentiellement mortel pour la mère et le fœtus
- Les signes et symptômes varient
- Il faut traiter le choc et effectuer la réanimation liquidienne
- Transporter la patiente couchée sur le côté gauche

Décollement placentaire



A

Décollement partiel
(hémorragie contenue)



B

Décollement partiel
(hémorragie apparente)



C

Décollement total
(hémorragie contenue)

- Il s'agit d'un déchirement, ou d'une rupture, de l'utérus
- Causes
 - Antécédents de césarienne, traumatisme

Diagnostic différentiel

	Antécédents	Saignements	Douleur abdominale	Examen de l'abdomen
Décollement placentaire	Toxémie Hypertension	Épisode unique de saignements vaginaux légers, rouge vif qui se poursuivent jusqu'à l'accouchement (les saignements sont souvent contenus)	Présente	<ul style="list-style-type: none"> • La réaction à la pression varie d'une sensibilité localisée à une douleur intolérable (plus probable) accompagnée d'une rigidité abdominale qui est associée ou non aux contractions • Travail • Absence de bruits cardiaques du fœtus (souvent)
Placenta prævia	Absence d'une association avec la toxémie	Hémorragies annonciatrices répétées dans les jours ou les semaines qui précèdent	Généralement absente	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de sensibilité utérine (habituellement) • Travail (rare) • Bruits cardiaques du fœtus (habituellement)
Rupture utérine	Antécédents de césarienne	Saignements possibles	Généralement présente et associée avec des nausées et vomissements d'apparition subite	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilité abdominale diffuse • Arrêt subit du travail • Présence possible des bruits cardiaques du fœtus

- La prise en charge préhospitalière d'une patiente au troisième trimestre de sa grossesse qui présente des saignements vise à prévenir le choc
- Ne pas faire d'examen vaginal
 - Un tel examen risque d'aggraver l'hémorragie et de précipiter le travail

- Supposer que toute femme en âge de procréer se plaignant d'une douleur abdominale basse fait une grossesse extra-utérine
- La grossesse se développe à l'extérieur de l'utérus
 - Généralement dans une des trompes de Fallope, mais parfois dans un ovaire, ou plus rarement dans la cavité abdominale ou le col de l'utérus
 - La trompe de Fallope peut se rompre
 - Déclenche une hémorragie massive

- Signes et symptômes :
 - Douleur abdominale unilatérale intense
 - Peut irradier vers l'épaule du côté touché
 - Saignements vaginaux légers
 - Rupture
 - Hémorragie interne
 - Sepsie
 - Choc
- Peut mettre la vie en danger

Obstétrique

TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT

- Elles peuvent survenir dès la 13^e semaine
- L'utérus commence à se contracter de façon intermittente
- Elles peuvent augmenter le débit sanguin placentaire
- Elles sont irrégulières et indolores
- Elles ne provoquent pas de changements du col de l'utérus

- Facteurs maternels
 - Maladies cardiovasculaires
 - Néphropathie
 - Diabète
 - Anomalies utérines et cervicales
 - Infection
 - Traumatisme
 - Facteurs contributifs

- Facteurs placentaires
 - Placenta praevia
 - Décollement placentaire
- Facteurs foetaux
 - Grossesse multiple
 - Excès de liquide amniotique
 - Infection foétale

- Âge gestationnel approximatif
 - Moins de 38 semaines
 - Soupçonner un travail prématuré
- Antécédents obstétricaux
- Contractions
- Signes d'accouchement imminent

- Transporter la patiente
- Surveiller régulièrement la mère et le foetus
- Se préparer à réanimer les deux patients

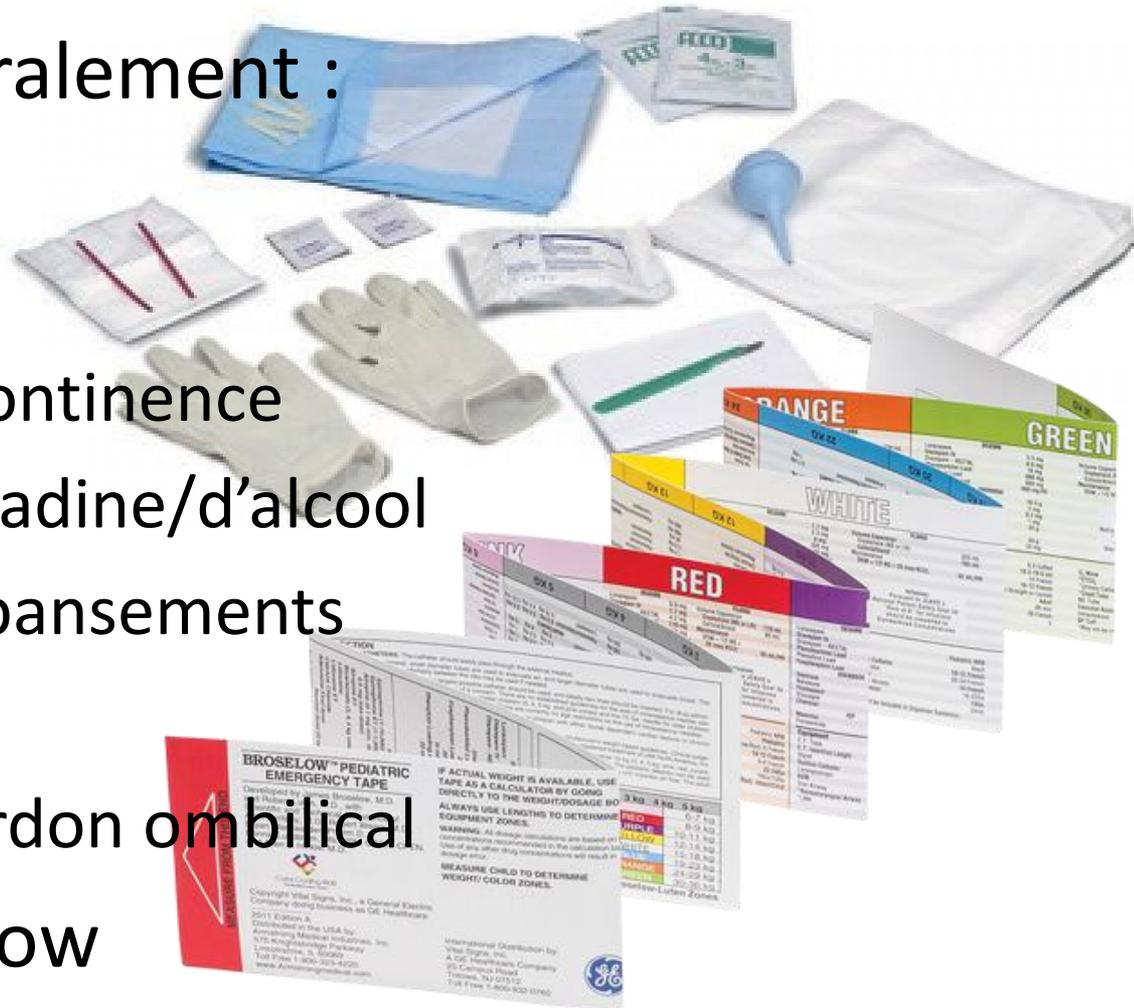
- Étape 1 (dilatation)
 - Du début des vraies contractions jusqu'à la dilatation complète et à l'effacement du col
- Étape 2 (expulsion)
 - De la dilatation complète du col jusqu'à la naissance du bébé
- Étape 3 (placenta)
 - De la naissance jusqu'à l'expulsion du placenta

- Transporter la patiente en travail à moins que l'accouchement ne soit imminent

- En présence de l'un ou l'autre des signes et symptômes suivants, se préparer à l'accouchement :
 - Contractions régulières qui durent de 45 à 60 secondes et qui surviennent à intervalles de 1 à 2 minutes
 - Envie de pousser incontrôlable, périnée et rectum bombés ou envie d'aller à la selle
 - Expulsion du bouchon muqueux avec apparition d'une quantité importante de glaires et de sang
 - Couronnement
 - Impression d'un accouchement imminent ressentie par la mère

- Sauf en cas de procidence du cordon, il ne faut pas retarder ou entraver l'accouchement de quelque façon que ce soit
- Si des complications sont à prévoir ou en cas d'accouchement anormal, la direction médicale pourrait recommander de transporter rapidement la patiente vers un établissement médical
- Se préparer en vue de l'accouchement

- Comprend généralement :
 - Gants stériles
 - Poire à succion
 - Piqués pour incontinence
 - Tampons de Betadine/d'alcool
 - Compresses et pansements
 - Scalpel
 - Clamps pour cordon ombilical
- Ruban de Broselow

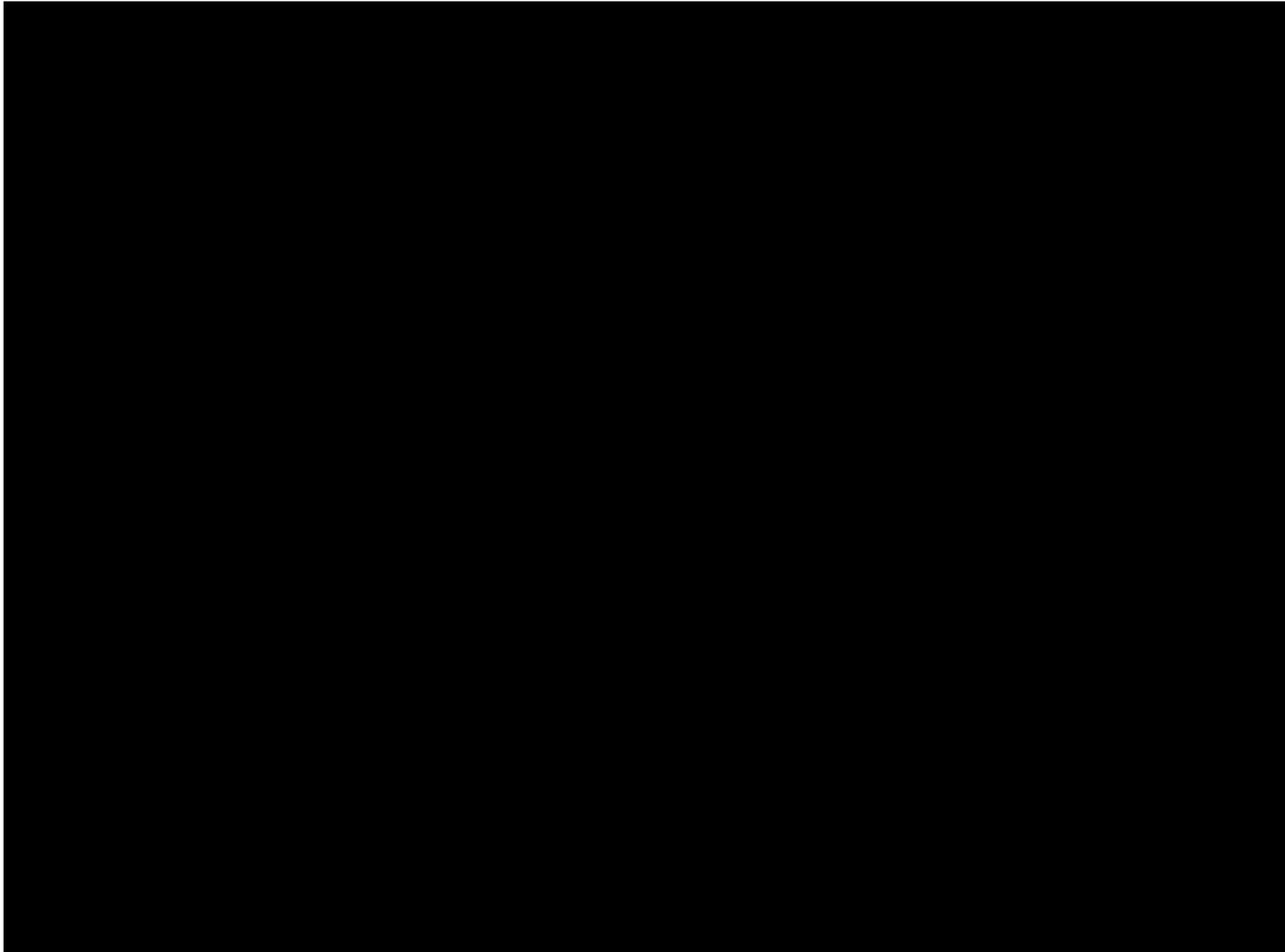


- Dans la plupart des cas, le travailleur paramédical ne fait qu'accompagner la mère dans le déroulement naturel de l'accouchement
- Principales responsabilités du personnel des SMU :
 - Empêcher la survenue d'un accouchement incontrôlé
 - Protéger le nouveau-né du froid et du stress après la naissance

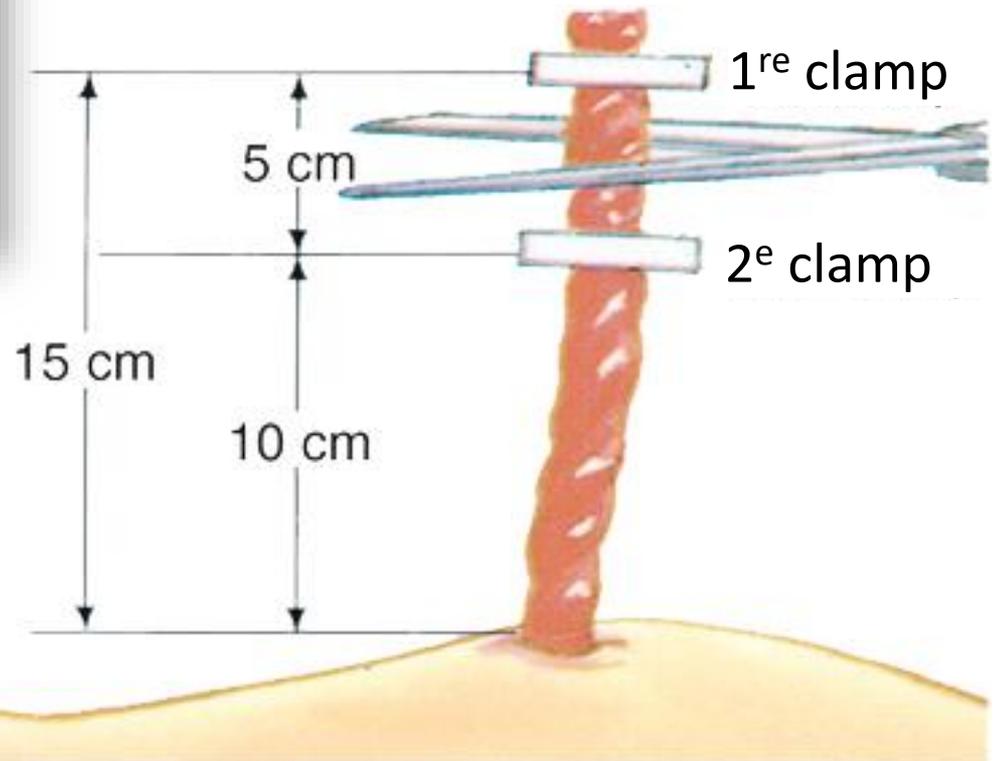
Accouchement normal



- Processus de l'accouchement
- Examen du nouveau-né
- Expulsion du placenta
- Examen post-partum



Couper le cordon



- Après la naissance du bébé
 - Déterminer si une réanimation est nécessaire
 - Sécher le nouveau-né et prévenir la perte de chaleur
 - Aspirer les voies respiratoires au besoin
 - Si le méconium est présent, aspirer les voies respiratoires avant de stimuler le bébé
 - Déterminer son indice d'APGAR

- Permet d'évaluer rapidement l'état du nouveau-né à intervalles spécifiques après la naissance
 - Mesure systématique à la 1^{re} et à la 5^e minutes de vie

Tableau 40-2		Indice d'Apgar		
Élément	0	1	2	Score
Apparence de la peau (coloration)	Corps et extrémités cyanosés, pâles	Corps rose et extrémités cyanosées	Entièrement rose	
Fréquence cardiaque	Absente	Moins de 100 battements/min	Plus de 100 battements/min	
Réactivité (irritabilité)	Aucune	Grimaces	Toux, éternuements ou cris	
Activité (tonus musculaire)	Faible	Flexion d'un ou de deux membres	Membres bien fléchis	
Effort respiratoire	Absent	Faible et irrégulier	Cri vigoureux	
			Score total =	

Obstétrique

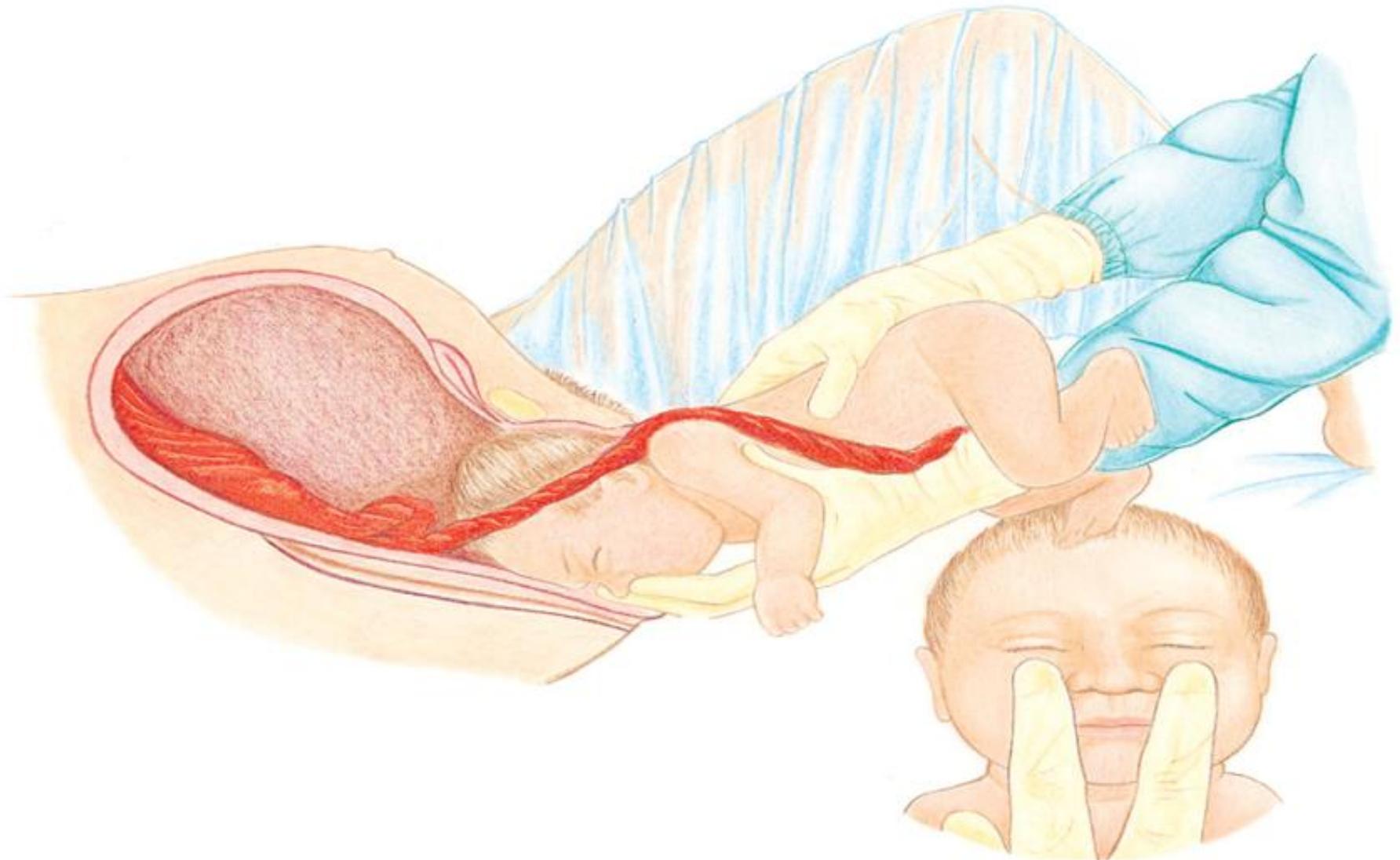
COMPLICATIONS LORS DE L'ACCOUCHEMENT

- Les fesses ou les pieds se présentent en premier
- Il s'agit d'une présentation non idéale pour un accouchement hors hôpital
- Si l'enfant commence à respirer la face appuyée contre la paroi vaginale :
 - Former un V et pousser la paroi vaginale pour la dégager de son visage
- Continuer les soins pendant le transport

Présentation du siège

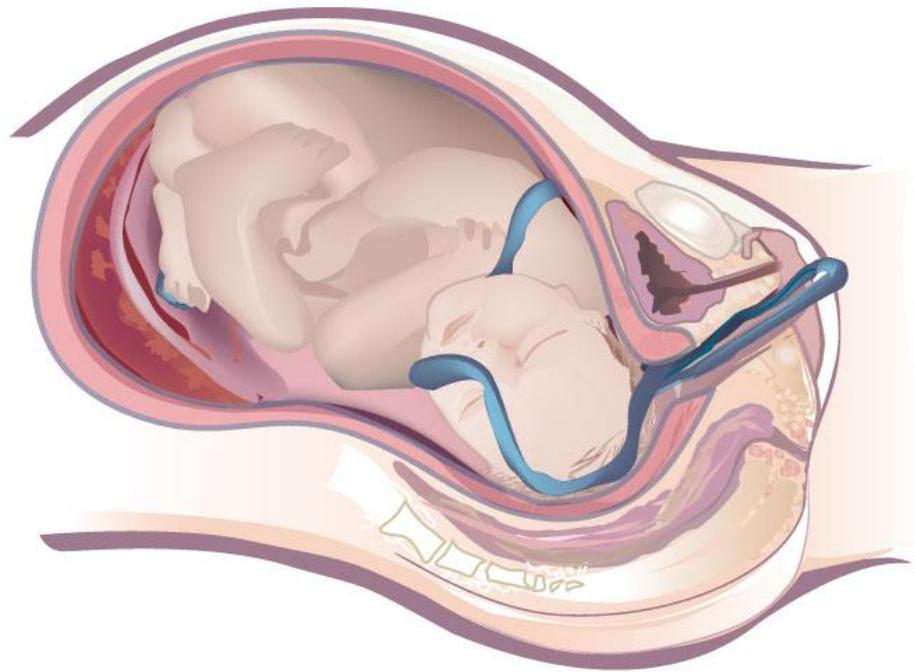


Présentation du siège



- Le cordon ombilical se présente avant le fœtus
- Lever les hanches de la patiente, lui administrer de l'oxygène et la garder au chaud
- Si le cordon ombilical est visible dans le vagin, insérer deux doigts gantés de manière à dégager le fœtus du cordon. Ne pas repousser le cordon à l'intérieur du vagin
- Enrouler le cordon dans une serviette humide stérile
- Transporter la patiente immédiatement; ne pas tenter de l'accoucher

Procidence du cordon



Positionnement de la patiente lors de la procidence du cordon



- Placer la mère dans la position genupectorale
- Lui administrer de l'oxygène
- La transporter immédiatement
- Ne pas tenter de l'accoucher

- Rassurer la mère
- Lui administrer de l'oxygène
- La transporter immédiatement
- Ne pas tenter de l'accoucher

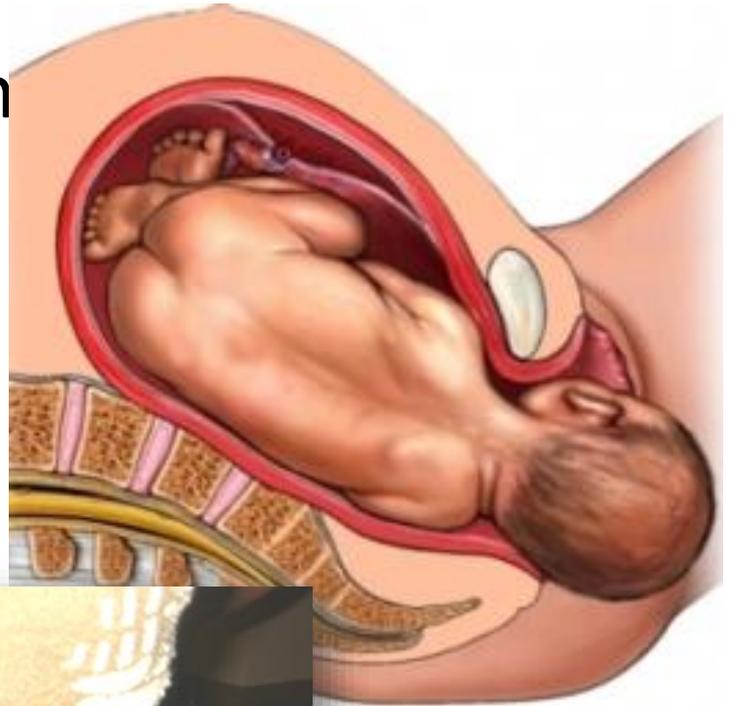
- Suivre les directives normales, mais prévoir du personnel et de l'équipement additionnels
- Le travail commence plus tôt pour la naissance de jumeaux, et ceux-ci sont plus petits
- Prévenir l'hypothermie

- La tête du nouveau-né est trop grosse pour traverser facilement le bassin de la mère
- Il y a plusieurs causes possibles : gros fœtus, hydrocéphalie, siamois, tumeur du fœtus
- Il faut la détecter pour prévenir une rupture utérine
- L'accouchement se fait habituellement par césarienne
- Donner de l'oxygène à la mère et lui installer une IV
- Transporter rapidement la patiente



- Il se produit en moins de 3 heures de travail
- Il est plus fréquent chez la femme multipare ou lorsqu'il y a un traumatisme au fœtus, une déchirure du cordon ou des lacérations maternelles
- Être prêt pour un accouchement rapide et tenter de contrôler la tête
- Garder le bébé au chaud

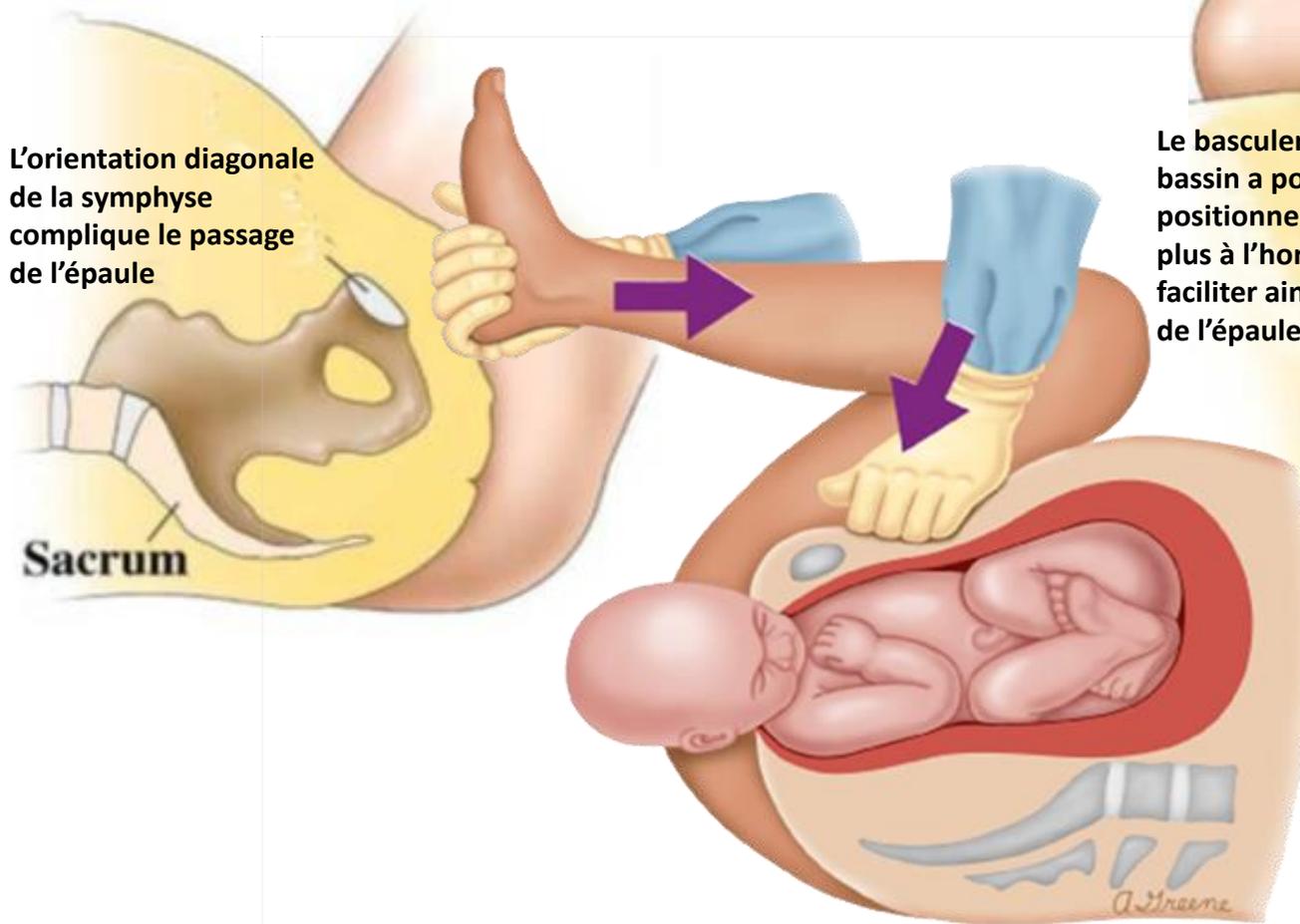
- Les épaules du nourrisson sont plus larges que sa tête
- Deux principaux signes :
 - Le corps ne sort pas
 - « Signe de la tortue »



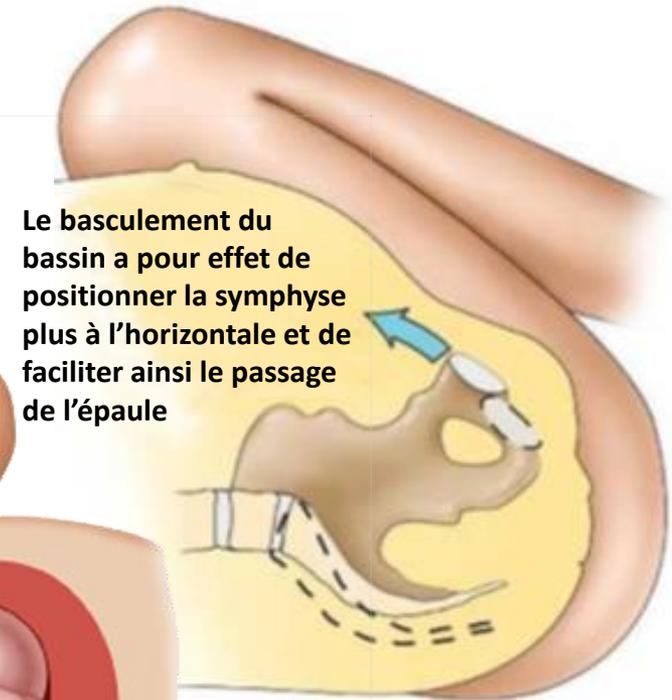
- La manœuvre de McRobert peut faciliter le passage de l'épaule
- Si non, placer la mère en position genupectorale
- Ne pas tirer sur la tête du bébé
- Si le bébé ne sort pas, transporter la patiente immédiatement

Dystocie des épaules

Avant la manœuvre
de McRobert



Position de McRobert



- Il s'agit d'une perte de plus de 500 cm³ de sang après la naissance
- Installer deux intraveineuses de gros calibre de solution isotonique de chlorure de sodium
- Traiter le choc si nécessaire

- Complication peu fréquente mais grave de l'accouchement
- Causes
 - Contraction accompagnée d'une \uparrow de la pression abdominale (toux ou éternuement)
 - Compression excessive du fond utérin
 - Traction excessive sur le cordon ombilical
- Signes et symptômes
 - Hémorragie post-partum
 - Douleur abdominale d'apparition subite
 - Risque d'apparition immédiate d'une bradycardie et d'un choc
- Prise en charge
 - Installer la patiente en décubitus dorsal
 - Couvrir avec des pansements stériles humides

- La survenue d'une embolie pulmonaire pendant la grossesse, l'accouchement ou la période post-partum est l'une des principales causes de mortalité maternelle
- Signes et symptômes :
 - Elle s'accompagne d'une dyspnée grave et soudaine et d'une douleur thoracique aiguë
 - Administrer un haut débit d'oxygène et faciliter les ventilations au besoin
- Prise en charge :
 - Mettre en place une IV de solution isotonique de chlorure de sodium
 - Surveiller la patiente de près
 - La transporter immédiatement

- Période prénatale
- Examen général
- Gestion générale
- Complications de la grossesse
- Puerpéralité
- Situations anormales à l'accouchement
- Complications