

Procéder à la réanimation fœtale intra-utérine			
Direction(s) responsable(s)	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical	Approuvé	2018-10-23
	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Révisé	
Installations / Secteurs visés	Centre mère-enfant/Hôpital du Suroît Pavillon des naissances/Hôpital Anna-Laberge		
Outils cliniques associés	Procédure clinique : Surveillance fœtale pendant le travail à l'aide de l'auscultation intermittente ou du monitoring fœtal électrique		

1. Professionnels visés

Infirmières possédant les compétences requises en obstétrique

2. Activités réservées

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- Initier des mesures thérapeutiques et diagnostiques selon une ordonnance.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (PTI).
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.
- Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal.

3. Situations cliniques visées/clientèles visées

Cliente en travail ou non, qui présente une surveillance fœtale anormale (auscultation intermittente) ou un tracé atypique ou anormal (monitoring fœtal électronique).

4. Intentions thérapeutiques

L'objectif de la réanimation fœtale intra-utérine est d'améliorer le débit sanguin utérin, la circulation ombilicale et la saturation en oxygène de la mère et du fœtus avant que des lésions surviennent chez le fœtus.

5. Définitions

Activité utérine excessive :

Tachysystolie : Plus de 5 contractions au cours d'une période de 10 minutes, dont la moyenne est établie sur une période de 30 minutes.

Tonus de repos inadéquat : Périodes de repos entre les contractions inférieures à 30 secondes ou absence de relâchement de l'utérus entre les contractions.

Contractions prolongées : Contractions durant plus de 90 secondes.

6. Indications

Présence d'un tracé atypique ou anormal.

7. Contre-indications

Aucune

8. Conditions d'initiation

Évaluation du bien-être fœtal au préalable par auscultation intermittente ou monitoring fœtal électronique (MFÉ).

9. Limites/références au médecin

Aviser le médecin traitant ou de garde si aucune amélioration du cœur fœtal suite à la réanimation intra-utérine.

10. Directives

La réanimation fœtale intra-utérine doit être centrée sur la cause probable. L'ordre peut différer selon le jugement clinique et certaines interventions peuvent être pratiquées simultanément. Les interventions comprennent :

- Modifier la position de la mère (décubitus latéral gauche ou droit).
- Améliorer l'hydratation maternelle à l'aide d'un bolus de 500 mL de NaCl 0,9%. Si aucun soluté en place, en installer un.
- Lors d'une perfusion d'ocytocine : si, malgré le changement de position, la problématique persiste :
 - Diminuer la dose d'ocytocine de moitié (lors d'un tracé atypique);
 - Cesser la perfusion (lors d'un tracé anormal).
- Pratiquer un examen vaginal pour diminuer la pression que la présentation exerce sur le cordon.
- Administrer de l'oxygène par masque à raison de 8 à 10 L/min **seulement si présence d'une hypovolémie ou si une hypoxie est soupçonnée ou confirmée** chez la mère. Cesser l'oxygène dès le retour à la normale du tracé.
- Demander de l'aide au personnel sur place, au besoin.

Aviser le médecin traitant ou de garde si aucune amélioration du cœur fœtal suite à la réanimation intra-utérine effectuée. Les étapes suivantes pourraient être entreprises ensuite:

- Si présence d'une activité utérine excessive avec tracé atypique ou anormal, effectuer la tocolyse :
 - Prendre tension artérielle.
Si TA systolique plus grande ou égale à 90 mmHg : administrer 2 vaporisations sublinguales de nitroglycérine (Nitrospray) 0,4 mg/vaporisation;
 - Poursuivre la surveillance des signes vitaux (TA, FC) chaque 5 minutes jusqu'à stabilité.
- Envisager une amnio-infusion si présence de décélérations variables compliquées répétitives (*si disponible*).

11. Annexes

Annexe 1 : Prise en charge de la fréquence cardiaque fœtale (FCF) anormale par auscultation intermittente.

Annexe 2 : Classification des tracés du MFÉ intrapartum

12. Références

Ampro^{OB} (2016). La vie au premier plan. Module 1, chapitre : Bien-être fœtal.

Liston, R., Sawchuck, D. et Young, D. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada -SOGC (2013). Fetal Health Surveillance Consensus Committee. Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. Chapter 2: intrapartum fetal surveillance [SOGC clinical practice guideline no 107]. Journal of obstetrics and Gynaecology, 2007, 29: 9 (Suppl 4):S26-S44. Document consulté à l'adresse : <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gui197CPG0709r.pdf>

ANNEXE 1

**Prise en charge de la fréquence cardiaque fœtale (FCF)
anormale par auscultation intermittente**

TACHYCARDIE

- Modifier la position de la mère pour augmenter la perfusion utéroplacentaire ou diminuer la compression du cordon.
- S'assurer qu'il ne s'agit pas de fièvre, de déshydratation, d'effet médicamenteux ou de prématurité.
- Corriger l'hypovolémie maternelle, s'il y a lieu, en augmentant l'administration de solution IV.
- Vérifier le pouls et la tension artérielle de la mère.

DÉCÉLÉRATIONS

- Modifier la position de la mère.
- Examiner le liquide amniotique pour voir s'il y a du méconium.
- Corriger l'hypotension, s'il y a lieu.
- Considérer l'administration de l'oxygène par masque à raison de 8 à 10 L/min *en présence d'une hypoxie ou d'une hypovolémie confirmée ou soupçonnée chez la mère.*

BRADYCARDIE

- Modifier la position de la mère pour augmenter la perfusion utéroplacentaire ou diminuer la compression du cordon.
- Pratiquer un examen vaginal pour déterminer s'il y a une procidence du cordon (voir ci-dessous) ou pour diminuer la compression du cordon.
- Envisager d'administrer de l'oxygène par masque à raison de 8 à 10 L/min *en présence d'une hypoxie ou d'une hypovolémie confirmée ou soupçonnée chez la mère.*
- Corriger l'hypovolémie maternelle, le cas échéant, en augmentant l'administration de solution IV.
- Vérifier le pouls et la tension artérielle de la mère.

**MESURES
SUPPLÉMENTAIRES**

- Continuer d'ausculter la FCF pour identifier et noter ses caractéristiques.
- Envisager l'amorce de MFÉ pour identifier et noter les caractéristiques de la FCF.
- Si les anomalies persistent en dépit des mesures correctives et si des tests auxiliaires ne sont pas possibles ou souhaitables, il faut envisager la possibilité d'accélérer l'accouchement.

**AI TECHNIQUEMENT
INADÉQUATE / ÉCHEC
DE L'AI**

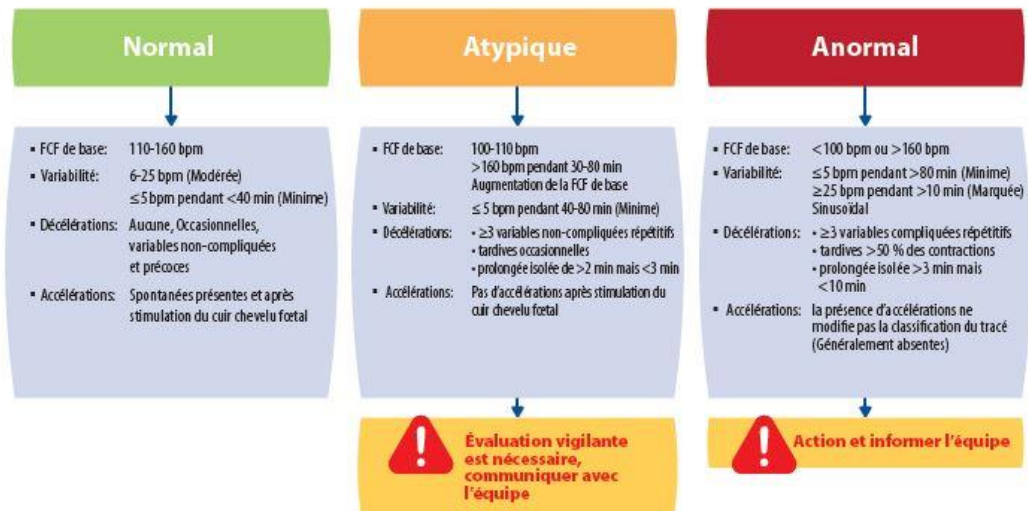
- Amorcer le monitoring électronique de la FCF (MFÉ).

Source : Ampro^{OB} (2016). *La vie au premier plan. Chapitre Bien-être fœtal.*

Note : En cas de détection d'une FCF anormale par auscultation intermittente, qui ne réagit pas aux mesures ci-haut mentionnées, il faut exercer une surveillance accrue par MFÉ continu. Lors d'un tracé atypique ou anormal, l'infirmière doit initier les premières interventions de réanimation fœtale utérine, aviser en urgence le médecin. Suivre les indications aux outils cliniques en vigueur et les directives médicales subséquentes.

ANNEXE 2

Classification des tracés du MFÉ Intrapartum



Action



ampro^{OB}
La vie au premier plan

amproob.com

© 2016 Salus Global Corporation. AMPRO® est une marque déposée de la société : Salus Global Corporation. Tous droits réservés

Procéder à la réanimation fœtale intra-utérine

Processus d'élaboration/révision		
Rédigé par	Mélanie Guérin, infirmière au soutien clinique, Pavillon de naissance, Hôpital Anna-Laberge, DJASP Dre Caroline Lavoie, gynécologue obstétricienne, Pavillon de naissance, Hôpital Anna-Laberge Catherine Leblanc, Assistante infirmière chef, CME, Hôpital du Suroît Dre Jocelyne Paulin, médecin omnipraticien, Centre mère-enfant, Hôpital du Suroît	2017-11-23
Révisé par		
Personnes consultées	Céline Lévesque, Chef de programmes Centre mère-enfant Hôpital du Suroît	2017-11-23
	Linda Brabant, coordonnatrice du Pavillon de naissance par interim, Hôpital Anna-Laberge	2017-11-23
	Christelle Robert, conseillère cadre outils cliniques	2018-05-01

Processus de recommandation		
Recommandé par le(s) chef(s) de départements médicaux	 Dre Caroline Lavoie Chef médical en obstétrique gynécologie par intérim	2018-10-19
Recommandé par l'(les) instance(s) (si pertinence seulement)	 Mélanie Caron, présidente Comité de pharmacologie	2018-05-23

Historique du document		
Approuvé par	 Dr Gaétan Filion, président Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2018-10-23

Annulation d'outils cliniques existants	
En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette ordonnance collective vient annuler les outils cliniques suivants :	
Installation(s)	Annulation