

SEMILOGIE OBSTÉTRICALE

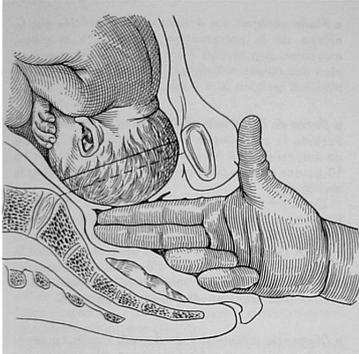
Grossesse : un diagnostic ?	
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Aménorrhée secondaire (SA) : date des DDR - Signes sympathiques de grossesse : nausées, vomissements, mastodynies - TV : augmentation du volume de l'utérus, utérus sensible
Paraclinique	<ul style="list-style-type: none"> - BHCG urinaires : test qualitatif - BHCG plasmatiques : test quantitatif. Le plus précoce (HCG sanguins positif à J10 post conception) - Échographie pelvienne : localisation. A partir de 5-6 SA

Sémiologie en consultation	
Déroulement d'une grossesse normale	<ul style="list-style-type: none"> • Terme : 41 semaine d'aménorrhée • 7 consultations obligatoires • 3 échographies de dépistage • Sérologies obligatoires et proposées systématiquement • Prise de poids : 9-12 kg • Viabilité : <ul style="list-style-type: none"> - OMS 22SA et/ou 500g - Réanimation : plutôt 25 SA, > 500 g • Prématurité : < 37 SA <ul style="list-style-type: none"> - Prématurité faible : entre 35 et 37 SA - Prématurité moyenne : entre 32 et 35 SA - Grande prématurité : < 32 SA - Très grande prématurité : < 28 SA
Pourquoi un suivi mensuel ?	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage des complications +++ : <ul style="list-style-type: none"> - Retard de croissance - Pré-éclampsie - Menace d'accouchement prématuré • Identification des femmes à risque • Orientation de la patiente pour la suite du suivi <ul style="list-style-type: none"> - Réseau ville/hôpital - Niveau 1/2/3

<p>Interrogatoire : Antécédents</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents médicaux personnels : <ul style="list-style-type: none"> – HTA, diabète – Pathologie thyroïde – Pathologie thrombo-embolique – Pathologies tumorales • Antécédents chirurgicaux : surtout chirurgie abdominale • Antécédents familiaux ++ (Thrombo-emboliques) • Antécédents gynécologiques : <ul style="list-style-type: none"> – Dernier frottis (< 3 ans) – Herpès génital (poussée récente) • Antécédents obstétricaux <ul style="list-style-type: none"> – Gestité – Parité et mode d'accouchements précédents • Date des dernières règles / date de début de grossesse • Examens déjà réalisés (biologie, échographie)
<p>Gestité / Parité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestité : G ⇒ Nombre de grossesses (inclus FCS, IVG, GEU) • Parité : P ⇒ Nombre d'accouchements (enfants nés vivants ou décédés à partir de 22 SA et/ou 500g)
<p>Interrogatoire : symptômes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mouvements actifs fœtaux (20-22 SA) • Signes urinaires (pollakiurie, brûlures mictionnelles...) • Contractions anormales (douloureuses, > 15/jour) • Métrorragies • Perte de liquide
<p>Examen clinique</p>	<p>⇒ Toujours le même pour chaque consultation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calcul du terme • Tension artérielle <ul style="list-style-type: none"> – Normale : entre 10/6 et 13/7 (<140/90) • Bandelette urinaire : <ul style="list-style-type: none"> – Glycosurie – Protéinurie • Poids : environ 1kg/mois • Mesure de la hauteur utérine <ul style="list-style-type: none"> – Entre 4 et 7 mois, HU (cm) = Mois de grossesse x 4 – Au 8^e et 9^e mois, HU (cm) = [Mois de la grossesse x 4] – 2 cm (par mois) • Toucher vaginal : <ul style="list-style-type: none"> – Consistance – Longueur – Ouverture – Position – Hauteur de la présentation fœtale et type de présentation (céphalique/siège/transverse)

Pathologies obstétricales à rechercher	<ul style="list-style-type: none"> • Menace d'accouchement prématuré/rupture prématurée des membranes <ul style="list-style-type: none"> - Col raccourci, ouvert - ET contractions utérines - +/- perte de liquide - < 37 SA • Retard de croissance intra-utérin <ul style="list-style-type: none"> - Petite HU • Prééclampsie <ul style="list-style-type: none"> - HTA (+/- céphalées, phosphènes acouphènes) - ET protéinurie > 0,3 g/L - Au maximum : barre épigastrique, métrorragies et utérus de bois (complications PE) • Diabète gestationnel <ul style="list-style-type: none"> - Glycosurie - Prise de poids excessive • Cholestase gravidique <ul style="list-style-type: none"> - Prurit prédominant aux mains et aux pieds - Insomniant - Sans lésions cutanées
---	--

Sémiologie en salle de naissance	
Diagnostic d'une mise en travail	<ul style="list-style-type: none"> • Début du travail : <ul style="list-style-type: none"> - Au TV : <ul style="list-style-type: none"> - longueur du col : effacé - consistance du col : ramolli - position du col : centré - ouverture du col : 2-3 cm - présentation fœtale : appliquée - ET contractions utérines régulières et douloureuses
Déroulement d'un travail normal	<ul style="list-style-type: none"> • Durée moyenne : entre 6h et 12h • 4 phases : <ul style="list-style-type: none"> - Phase de latence jusqu'à 5 cm - Phase active jusqu'à 10 cm - Phase d'expulsion - Délivrance • Plusieurs paramètres : <ul style="list-style-type: none"> - Présentation et progression fœtale - Bassin - Contractions - Dilatation cervicale : <ul style="list-style-type: none"> - De 1 à 10 cm - Eutocique : 1 cm/h à partir de de 5 cm - Dystocique : stagnation de plus de 2h

<p>Le diagnostic d'engagement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eutocique : engagement entre 1 à 2h de dilatation complète • Diagnostic par le SIGNE DE FARABEUF 
<p>Le rythme cardiaque fœtal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rythme de base entre 120 et 150 bpm • Variabilité (oscillations) • Réactivité (accélération) • Anomalie : tachycardie fœtale, ralentissements, perte des accélérations, perte des oscillations
<p>1. Présentation fœtale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eutocique : OIGA/OIDA/OIGP/OIDP • Eutocique sous conditions : siège complet/décomplété, face • Présentation dystocique : front, transverse
<p>2. Expulsion</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dystocie des épaules
<p>3. Délivrance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les 20 minutes qui suivent la naissance
<p>Urgences obstétricales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Début du travail <ul style="list-style-type: none"> – Col effacé, centré, 2-3 cm, présentation appliquée – ET contractions • Hématome rétro-placentaire <ul style="list-style-type: none"> – Métrorragies brunes du 3^{ème} trimestre – ET utérus très contractile, douloureux – Ralentissement du RCF – Contexte de prééclampsie • Procidence du cordon <ul style="list-style-type: none"> – Bradycardie fœtale brutale au cours de travail – Palpation du cordon au TV
<p>Hémorragie du post-partum</p>	<ul style="list-style-type: none"> • > 500ml dans les 24 heures suivant un accouchement • URGENCE • Prise en charge obstétricale : révision utérine, révision de la filière génitale, utérotoniques ET prise en charge réanimatoire : remplissage vasculaire, transfusion

<p>Allaitement normal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Montée de lait : <ul style="list-style-type: none"> – J3 – Fébricule 38°-38,5°C – Mastodynie et augmentation du volume mammaire quadrant supéro-externe • Parfois en fin de grossesse chez les multipares
<p>Complications de l'allaitement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Engorgement mammaire <ul style="list-style-type: none"> – Dès J3 – Fièvre 38°, seins durs, tendus, inflammatoires – Bilatéral – Production de lait > consommation – Traitement : évacuation du lait ++, AINS, ocytocine • Lymphangite <ul style="list-style-type: none"> – J15-J12 – Fièvre 38,5-39° + douleur + placard inflammatoire – Unilatéral – Signe de Budin négatif – Traitement : poursuite allaitement sein controlatéral, AINS, antalgiques, traitement local • Galactophorite <ul style="list-style-type: none"> – J10-J15 – Infection des canaux galactophore – Sein inflammatoire + fièvre 39° + signe de Budin positif – Traitement : arrêt allaitement, antibio (staph) • Abcès <ul style="list-style-type: none"> – Rare – Douleur localisée avec masse fluctuante et inflammatoire, douloureuse à la palpation – Traitement : antibio, ponction, drainage chirurgical