

SÉMIOLOGIE OBSTÉTRICALE

(AS.MICHEL)

I. DIAGNOSTIC

Grossesse - diagnostic	
Clinique	- Aménorrhée secondaire (SA) : date des dernières règles. - Signes sympathiques de la grossesse : nausées, vomissements, mastodynies (mal aux seins). - Toucher vaginal (TV) : augmentation du volume de l'utérus, utérus sensible.
Paraclinique	- β-hCG urinaires : test qualitatif. - β-hCG plasmatiques : test quantitatif. • Le plus précoce (hCG sanguins positifs à J10 post-conception). - Echographie pelvienne : localisation de la grossesse (à partir de 5-6 SA).

II. SÉMIOLOGIE EN CONSULTATION

Déroulement normal	
Terme	- Terme = 41 semaines d'aménorrhée (SA).
Consultations	- 7 consultations obligatoires pris en charge 100% par l'assurance santé.
Echographies	- 3 échographies de dépistage proposées systématiquement : • <u>Echographie du 1er trimestre (entre 11 et 13 SA + 6 jours).</u> ▸ Dater et localiser la grossesse. ▸ Proposer un diagnostic de trisomie 21. • <u>Du 2eme trimestre (entre 21 et 24 SA).</u> ▸ Visualiser la croissance du fœtus + éventuelles anomalies morphologiques (cardiaques, rénales, intestinales, cérébrales). ▸ Biométrie pour déduire le poids du fœtus : on prend elles mesure de la longueur du fémur, le périmètre céphalique + bip (diamètre bi-pariétal), et l'abdomen. • <u>Du 3eme trimestre (entre 31 et 33 SA).</u> ▸ Mêmes mesures biométriques du fœtus. ▸ Insertion du placenta : un placenta inséré sur le col de l'utérus contre-indique un accouchement par voies naturelles. ▸ Quantité de liquide.
Sérologie	- Sérologies : • Obligatoires (toxoplasmose, rubéole, syphilis). • Proposées systématiquement (VIH, VHC, VHB).
Prise de poids	- Prise de poids normal : 9-12 kg.
Viabilité	- Viabilité : • Définition OMS : 22 SA et/ou 500g. • Réanimation : plutôt à partir de 25 SA, > 500g.
Prématurité	- Prématurité < 37 SA (début du 8e mois) : • Prématurité faible : 35-37 SA. • Prématurité moyenne : 32-35 SA. • Grande prématurité : < 32 SA. • Très grande prématurité : < 28 SA.

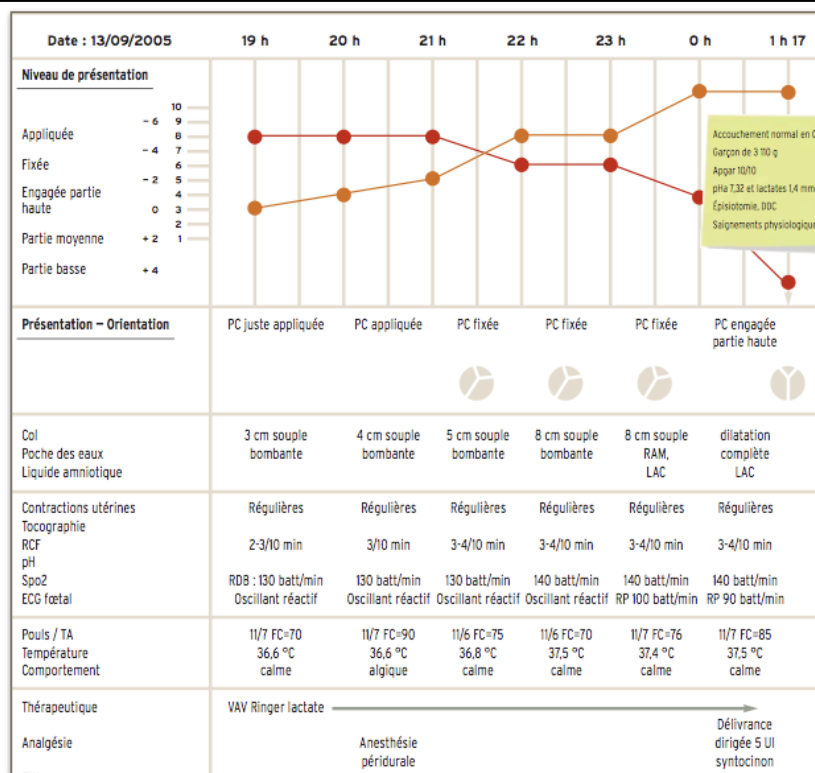
Consultation	
Suivi mensuel	- Dépistage des complications +++ : • Retard de croissance. • Pré-éclampsie : maladie fréquente de la grossesse qui associe HTA (PA>140/90 mmHg) survenant après 20 SA et une protéinurie > 0,3 g/24h. • Menace d'accouchement prématuré : si col modifié, hospitalisation pour surveillance rapprochée. - Identification des femmes à risque. - Orientation de la patiente pour la suite du suivi : • Réseau ville/hôpital. • Maternités de : ▸ Niveau 1 : prise en charge de bébés qui naissent à terme (>37SA). ▸ Niveau 2 : prise en charge des bébés qui naissent à partir de 34 SA ou 2kg. ▸ Niveau 3 : prise en charge des bébés qui naissent à partir de 24 SA.
Interrogatoire ATCD	- ATCD médicaux personnels : • HTA, Diabète. • Pathologie thyroïde. • Pathologie thrombo-embolique. • Pathologies tumorales. - ATCD chirurgicaux surtout si chirurgie abdominale (appendicite, péritonite, occlusion...) pour savoir si, en cas de césarienne d'urgence, on risque d'avoir des difficultés à accéder au péritoine. - ATCD familiaux ++ (thrombo-emboliques). - ATCD gynécologiques : • Dernier frottis (<3ans). • Herpès génital (poussée récente). - ATCD obstétricaux : • Gestité. • Parité et mode d'accouchements précédents. - Date des dernières règles / du début de grossesse. - Examens déjà réalisés (biologie, échographie).
Gestité / Parité	- 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 500 g).
Interrogatoire Symptômes	- Mouvements actifs foetaux (>20-22 SA). - Signes urinaires : pollakiurie, brûlures mictionnelles (car infections urinaire = infection la plus fréquente pendant la grossesse, peut entraîner un accouchement prématuré). - Contractions anormales (douloureuses, > 15fois/j). - Métrorragies = pertes de sang, pas physiologique sauf si ectopion : col de l'utérus qui s'éverse et se retrouve au contact des bactéries du vagin. - Perte de liquide, si poche des eaux rompue.
Examen clinique	- Toujours le même pour chaque consultation : • Calcul du terme. • Tension artérielle. ▸ Normale entre 10/6 et 13/7 (<140/90). • Bandelette urinaire. ▸ Glycosurie. ▸ Protéinurie. • Poids : environ 1kg/mois (dépistage de diabète gestationnel). • Mesure de la hauteur utérine. ▸ Entre 4-7 mois, HU (cm) = mois de grossesse x 4. ▸ Au 8e et 9e mois, HU (cm) = (mois de grossesse x 4) - 2 cm par mois. • Toucher vaginal : ▸ Consistance, longueur, ouverture, position (post), hauteur de la présentation foetale et type de présentation (céphalique/siège/transverse).

Pathologies obstétricales à rechercher	- Menace d'accouchement prématuré/Rupture prématurée des membranes : • Col raccourci, ouvert. • <u>et</u> contractions utérines. • < 37 SA. - Retard de croissance intra-utérin : • Petite HU. - Pré-éclampsie : • HTA (+/- céphalées, phosphènes acouphènes). • <u>et</u> Protéinurie > 0,3 g/L. • Au max : barre épigastrique, métrorragie, et utérus de bois (complications PE). - Diabète gestationnel : • Glycosurie. • Prise de poids excessive. - Cholestase gravidique : • Prurit prédominant aux mains et aux pieds. • Insomniant. • Sans lésions cutanées.
--	---

III.SÉMIOLOGIE EN SALLE DE NAISSANCE

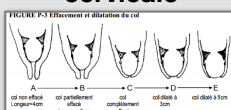
Salle de travail	
Diagnostic d'une mise en travail	- Début de travail : • Au TV : ▸ Longueur du col : effacé. ▸ Consistance : ramolli. ▸ Position : centré. ▸ Ouverture du col : 2-3 cm. ▸ Présentation foetale : appliquée sur le col. • <u>Et</u> contractions utérines régulières et douloureuses.
Illustration	The diagram illustrates the four stages of labor. The initial (latent) phase shows the fetus in the uterus with the cervix beginning to efface. The active phase shows the fetus descending further, with the cervix fully effaced. Stage 2 shows the fetus crowning the head. Stage 3 shows the placenta being delivered through the vagina.
Déroulement d'un travail normal	- Durée : entre 6 et 12h. - 4 phases : • Phase de latence jusqu'à 5 cm de dilatation du col, peut durer longtemps. • Phase active jusqu'à 10 cm. • Phase d'expulsion. • Délivrance dans les 30 min post-naissance, sinon délivrance artificielle pour éviter le risque hémorragique. - Plusieurs paramètres : • Présentation et progression foetale. • Bassin. • Contractions. • Dilatation cervicale toutes les heures.

Partogramme : suivi de l'accouchement



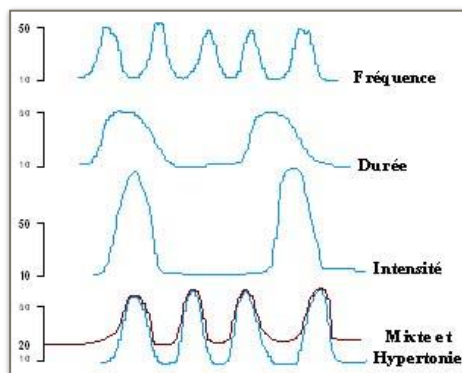
Rouge : présentation
Orange : ouverture du col

Dilatation cervicale



- De 1 à 10 cm.
- **Eutocique** : 1 cm/h à partir de 5 cm.
- **Dystocique** : stagnation de plus de 2h.

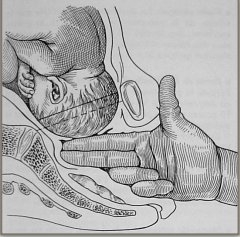
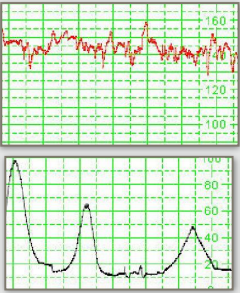
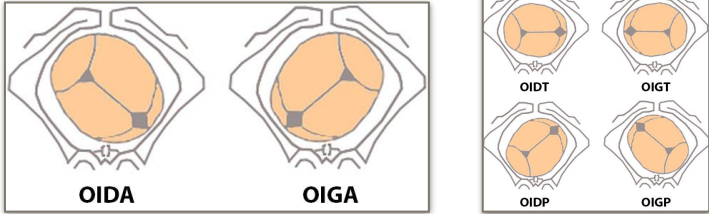
Contractions



- **Hypertonie** : si contractions trop intenses.
- **Hypercinésie** : si trop fréquentes.

Bassin

- Doit avoir été évalué préalablement en consultation surtout si ATCD de fracture du bassin.
- On regarde les os iliaques, le sacrum et le coccyx.
- Diamètre promonto-rétro-pubien.
- Diamètre transverse médian.

Diagnostic d'engagement 	- Eutocique : engagement entre 1 à 2h de dilatation complète. - Diagnostic par le signe de FARABEUF : par touché vaginal on regarde si on peut passer nos doigts au-dessus du promontoire. - Si on ne peut pas c'est que la tête du bébé s'est engagée dans le bassin. - À partir du moment où le bébé s'est spontanément engagé dans le bassin, on peut réaliser une extraction instrumentale (forceps, spatules) s'il n'avance plus.
Rythme cardiaque foetal 	- Normal : entre 120 et 160 bpm. - Variabilités (oscillations). - Réactivité (accélérations). - Anormales : tachycardie foetale (fait suspecter une infection materno-foetale), ralentissement (contraction du cordon ombilical), perte des accélérations, perte des oscillations. - Surveillé par 2 capteurs pendant l'accouchement : • Un sur le fond utérin, qui recueille les contractions. • Un en regard du coeur du fœtus qui enregistre son rythme cardiaque.
Présentations eutociques	
Présentation foetale	- Eutocique : OIGA / OIDA / OIGP / OIGP. - On examine les fontanelles quand la tête est visible. - Meilleur pronostic pour l'accouchement si on examine que la fontanelle POST (et pas la ANT). - OIGA (Occipito-iliaque gauche antérieur) = la plus fréquente. - Présentations antérieurs : OIGA et OIDA. - Présentations transverses : OIGT et OIGT. - Présentations postérieures : OIGP et OIGP, il va falloir le tourner complètement. - Sont aussi considérés comme eutocique mais sous conditions : • Siège complet (jambes en-dessous des fesses). • Siège décompleté (fesses sortent en premier, jambes en avant). • Présentation par la face. - Présentation dystocique : front, transverse (fléchissement ou césarienne).
Expulsion	- S'enroule autour de la symphyse pubienne pour ensuite remonter et s'extraire. - Pour prévenir lésions du périnée, réalisation d'une épisiotomie si besoin. - Dystocie des épaules : si la tête sort et que les épaules restent coincées à l'intérieur. Il faut alors glisser notre main le long du fœtus pour attraper sa main et le dégager.
Délivrance	- Dans les 20 à 30 minutes qui suivent la naissance. - Expulsion du placenta et des membranes. - Du fait des contractions qui continuent, le placenta se décolle et s'extraît progressivement. - Si tout n'est pas sorti, il faut monter la main dans l'utérus : c'est la révision utérine.

Placenta	- Il faut bien regarder le placenta après la délivrance pour vérifier que tout est sorti. - On a : • Face foetale avec l'insertion du cordon ombilicale • Face maternelle face au contact de l'utérus. • Les membranes : ensemble des tissus qui enveloppait le fœtus et contenait le liquide amniotique.
-----------------	--

Complications obstétricales	
Urgences	- Début de travail (classique) : • Col effacé, centré 2-3cm, présentation appliqué. • Et contraction. - Hématome rétro-placentaire : • Décrochement du placenta alors que le fœtus est toujours <i>in utero</i>, risque de mort foetale. • Métorragie brune du 3e trimestre. • Et utérus très contractile, douloureux? • Ralentissement du RCF. • Contexte de pré-éclampsie. • Césarienne en extrême urgence. - Providence du cordon : • Le cordon se place en avant de la présentation foetale => cordon comprimé. • Bradycardie brutale en cours de travail. • Palpation du cordon au TV. • Césarienne en extrême urgence.
Hémorragie du post-partum	- > 500 mL dans les 24 heures suivant un accouchement. - Urgence. - Prise en charge obstétricale : révision utérine, révision de la filière génitale, utérotoniques. - ET pris en charge réanimatoire : remplissage vasculaire, transfusion.
Allaitement normal	- Montée de lait : • J3 • Fébrile 38°-38,5°. • Mastodynies et augmentation du volume mammaire. • Quadrant supéro-externe. - Parfois en fin de grossesse chez les multipares.
Complications de l'allaitement	- Engorgement mammaire : • Dès J3. • Fièvre 38°, seins durs, inflammatoires. • Bilatéral. • Production de lait > consommation. • Tt : évacuation du lait +++, AINS, ocytocine. - Lymphangite : • J5-J12. • Fièvre 38,5°-39° + douleurs + placard inflammatoire. • Unilatéral. • Signe de Budin négatif. • Tt : poursuite allaitement sein controlatéral, AINS, antalgiques, tt local.

Complications de l'allaitement (suite)	- Galactophorite : • J10-J15. • Infection des canaux galactophores. • Sein inflammatoire + fièvre 39° + signe de Butin positif. • Tt : arrêt allaitement, antibiotiques (staph). - Abcès : • Rare. • Fièvre élevée. • Douleur localisée avec masse fluctuante et inflammatoire, douloureuse à la palpation. • Tt : antibiotiques, ponction, drainage chirurgical.
Signe de Budin	- On met du lait sur une compresse, si auréole jaunâtre se forme, alors lait purulent (infecté) => ne pas donner à l'enfant.