

SEMIOLOGIE OBSTÉTRICALE

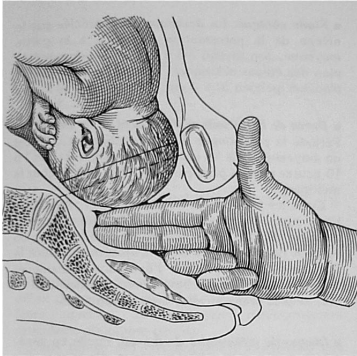
Grossesse : un diagnostic ?	
Clinique	– Aménorrhée secondaire (SA) : date des DDR – Signes sympathiques de grossesse : nausées, vomissements, mastodynies – TV : augmentation du volume de l'utérus, utérus sensible
Paraclinique	– BHCG urinaires : test qualitatif – BHCG plasmatiques : test quantitatif. 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	• Terme : 41 semaine d'aménorrhée • 7 consultations obligatoires • 3 échographies de dépistage • Sérologies obligatoires et proposées systématiquement • Prise de poids : 9-12 kg • Viabilité : – OMS 22SA et/ou 500g – Réanimation : plutôt 25 SA, > 500 g • Prématurité : < 37 SA – 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 ?	• Dépistage des complications +++ : – Retard de croissance – Pré-éclampsie – Menace d'accouchement prématuré • Identification des femmes à risque • Orientation de la patiente pour la suite du suivi – Réseau ville/hôpital – Niveau 1/2/3

Interrogatoire : Antécédents	• Antécédents médicaux personnels : – HTA, diabète – Pathologie thyroïde – Pathologie thrombo-embolique – Pathologies tumorales • Antécédents chirurgicaux : surtout chirurgie abdominale • Antécédents familiaux ++ (Thrombo-emboliques) • Antécédents gynécologiques : – Dernier frottis (< 3 ans) – Herpès génital (poussée récente) • Antécédents obstétricaux – Gestité – Parité et mode d'accouchements précédents • Date des dernières règles / date de 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 500g)
Interrogatoire : symptômes	• Mouvements actifs fœtaux (20-22 SA) • Signes urinaires (pollakiurie, brûlures mictionnelles...) • Contractions anormales (douloureuses, > 15/jour) • Métrorragies • Perte de liquide
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 • Mesure de la hauteur utérine – 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 : – Consistance – Longueur – Ouverture – Position – Hauteur de la présentation fœtale et type de présentation (céphalique/siège/transverse)

Pathologies obstétricales à rechercher	• Menace d'accouchement prématuré/rupture prématurée des membranes – Col raccourci, ouvert – ET contractions utérines – +/- perte de liquide – < 37 SA • Retard de croissance intra-utérin – Petite HU • Prééclampsie – HTA (+/- céphalées, phosphènes acouphènes) – ET protéinurie > 0,3 g/L – Au maximum : barre épigastrique, métrorragies 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
---	--

Sémiologie en salle de naissance	
Diagnostic d'une mise en travail	• Début du travail : – Au TV : - 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	• Durée moyenne : entre 6h et 12h • 4 phases : – Phase de latence jusqu'à 5 cm – Phase active jusqu'à 10 cm – Phase d'expulsion – Délivrance • Plusieurs paramètres : – Présentation et progression fœtale – Bassin – Contractions – Dilatation cervicale : - De 1 à 10 cm - Eutocique : 1 cm/h à partir de de 5 cm - Dystocique : stagnation de plus de 2h

Le diagnostic d'engagement	- Eutocique : engagement entre 1 à 2h de dilatation complète - Diagnostic par le SIGNE DE FARABEUF 
Le rythme cardiaque fœtal	- Rythme de base entre 120 et 150 bpm - Variabilité (oscillations) - Réactivité (accélérations) - Anomalie : tachycardie fœtale, ralentissements, perte des accélérations, perte des oscillations
1. Présentation fœtale	- Eutocique : OIGA/OIDA/OIGP/OIDP - Eutocique sous conditions : siège complet/décomplété, face - Présentation dystocique : front, transverse
2. Expulsion	Dystocie des épaules
3. Délivrance	Dans les 20 minutes qui suivent la naissance
Urgences obstétricales	Début du travail - Col effacé, centré, 2-3 cm, présentation appliquée - ET contractions Hématome rétro-placentaire - Métrorragies brunes du 3^{ème} trimestre - ET utérus très contractile, douloureux - Ralentissement du RCF - Contexte de prééclampsie Procidence du cordon - Bradycardie fœtale brutale au cours de travail - Palpation du cordon au TV
Hémorragie du post-partum	> 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

Allaitement normal	• Montée de lait : – J3 – Fébricule 38°-38,5°C – Mastodynie 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, tendus, inflammatoires – Bilatéral – Production de lait > consommation – Traitement : évacuation du lait ++, AINS, ocytocine • Lymphangite – J15-J12 – Fièvre 38,5-39° + douleur + placard inflammatoire – Unilatéral – Signe de Budin négatif – Traitement : poursuite allaitement sein controlatéral, AINS, antalgiques, traitement local • Galactophorite – J10-J15 – Infection des canaux galactophore – Sein inflammatoire + fièvre 39° + signe de Budin positif – Traitement : arrêt allaitement, antibio (staph) • Abcès – Rare – Douleur localisée avec masse fluctuante et inflammatoire, douloureuse à la palpation – Traitement : antibio, ponction, drainage chirurgical