SEMIOLOGIE CHIRURGICALE - 2

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).

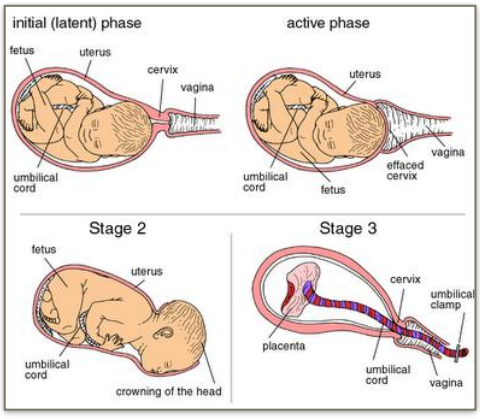
II. Sémiologie en consultation

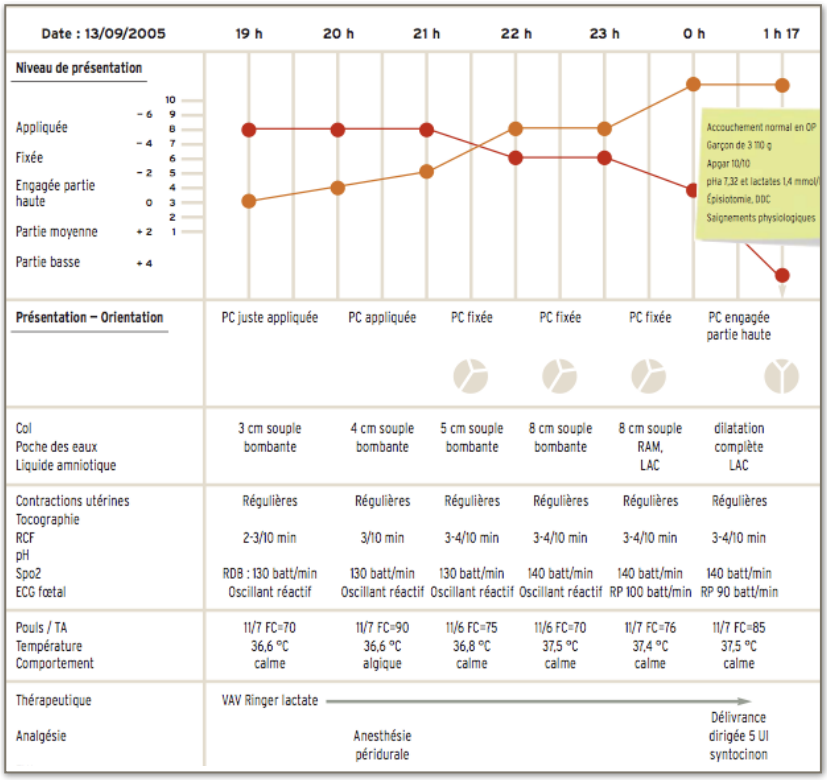
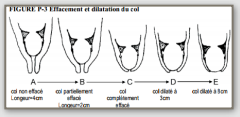
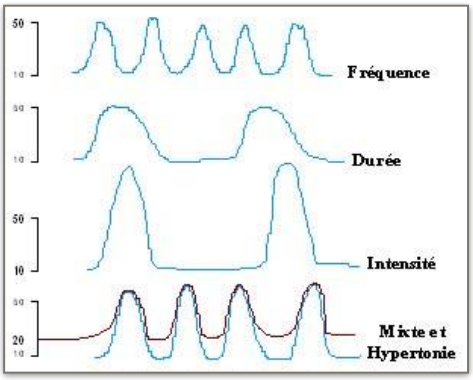
Déroulement normal	
Terme	- Terme = 41 semaines d'aménorrhée (SA).
Consultations	- **7 consultations obligatoires** pris en charge 100% par l'assurance santé.
Echographies	- **3 échographies de dépistage** proposées systématiquement : • Echographie du 1er trimestre (entre 11 et 13 SA + 6jours). ▸ Dater et localiser la grossesse. ▸ Proposer un diagnostic de trisomie 21. • Du 2eme trimestre (entre 21 et 24 SA). ▸ Visualiser la croissance du foetus + éventuelles anomalies morphologiques (cardiaques, rénales, intestinales, cérébrales). ▸ Biométrie pour déduire le poids du foetus : on prend elles mesure de la longueur du fémur, le périmètre céphalique + bip (diamètre bi-pariétal), et l'abdomen. • Du 3eme trimestre (entre 31 et 33 SA). ▸ Mêmes mesures biométriques du foetus. ▸ 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.

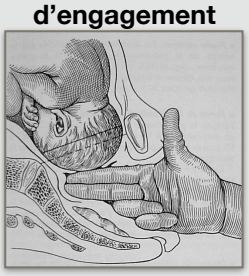
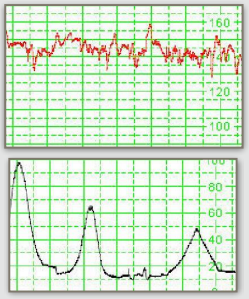
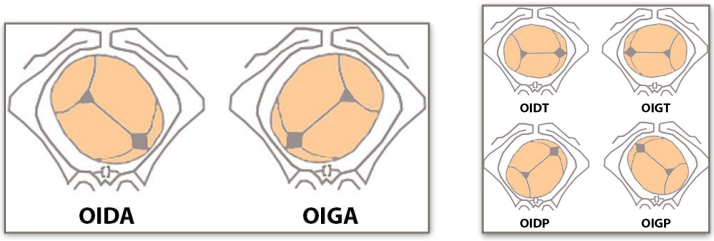
	Consultation
Suivi mensuel	- **Dépistage des complications +++** : • Retard de croissance. • Pré-éclampsie : maladie fréquente de la grossesse qui associe HTA (PA>140/90 mmHg) survenant après 20 SA et une protéinurie > 0,3 g/24h. • Menace d'accouchement prématuré : si col modifié, hospitalisation pour 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. • **et** contractions utérines. • < 37 SA. - **Retard de croissance intra-utérin :** • Petite HU. - **Pré-éclampsie :** • HTA (+/- céphalées, phospènes acouphènes). • **et** 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. • **Et** contractions utérines régulières et douloureuses.
Illustration	
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 foetus qui enregistre son rythme cardiaque.
Présentations eutociques	
Présentation foetale	- Euctocique : OIGA / OIDA / OIGP / OIDP. - 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-illiaque gauche antérieur) = la plus fréquente. - Présentations antérieurs : OIGA et OIDA. - Présentations transverses : OIGT et OIDT. - Présentations postérieures : OIGP et OIDP, il va falloir le tourner complètement. - Sont aussi considérés comme **euctocique** mais sous conditions : • Siège complet (jambes en-dessous des fesses). • Siège décomplété (fesses sortent en premier, jambes en avant). • Présentation par la face. - Présentation **dystocique** : front, transverse (fléchissement ou césarienne).
Explusion	- 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 foetus 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'extrait 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 foetus 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 foetus est toujours *in utero*, risque de mort foetale. • Métrorragie 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°. • 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, 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.