Grossesse

- Événement naturel physiologique
- Durée : 289 jours soit 41 SA
- Suivi par
  - Sage-femme si physiologique
  - Médecin si pathologique

Diagnostic de la grossesse

- Aménorrhée= arrêt des règles
  - Secondaire de 6 à 10 semaines
- Signes sympathiques de grossesse
  - Nausées, somnolence, pollakiurie, hyper sialorrhée
  - Seins tendus, sensibles
- Examen clinique
  - Utérus augmenté de volume, globuleux, ferme et mou
  - Col violacé avec une glaire coagulée
- Examens complémentaires
  - Bruits du cœur + entre 120 et 160 bpm à partir de 12 SA (appareil doppler)
  - Test de grossesse
    - Bêta HCG plasmatique dès 8éme jour après fécondation
    - Bêta HCG urinaire 15j à 3 semaines après fécondation
  - Échographie endovaginale : sac ovulaire dès 5 SA

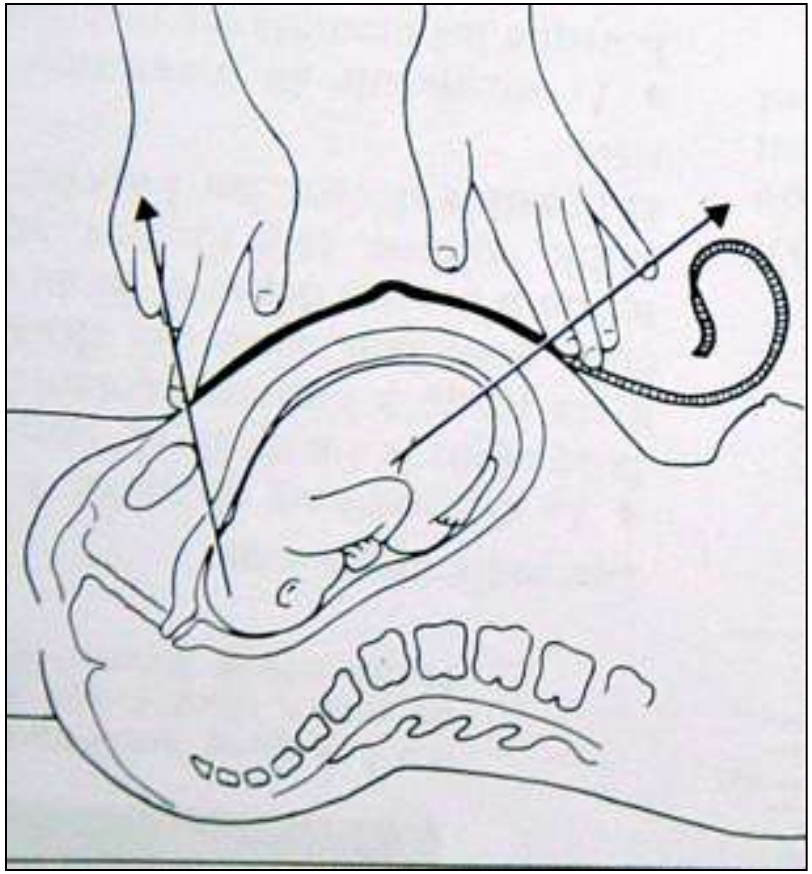
Consultations

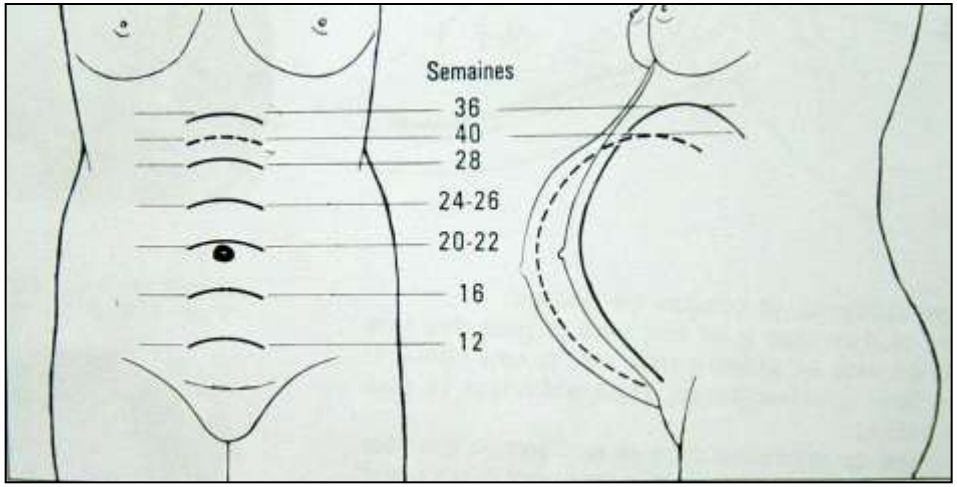
- 7 obligatoires + consultation post natale (6 à 8 semaines après accouchement)
  - La première avant 15 SA
    - Confirmer état de grossesse
    - Préciser le terme (DDR, échographie à 11SA avec LCC)
    - Établir la déclaration de naissance
    - Évaluer facteurs de risque et établir surveillance de la grossesse
    - Réaliser les examens para cliniques
- Objectifs
  - S'assurer de l'évolution normale de la grossesse
  - Dépister
  - Conseiller
  - Intervenir si besoin
- Consultation d'anesthésie obligatoire à partir 32 SA (anesthésiste)

Consultations

- Interrogatoire
  - MAF (20-22 SA primipare, 17-19 SA multipare)
  - CU
  - Métrorragies
  - SFU
  - Pertes liquide, leucorrhées
  - Troubles circulatoires,digestifs, sommeil
- Examen général
  - BU : glycosurie, protéinurie
  - Poids
  - Tension, pouls, température
- Examen clinique
  - Palpation, bruits du cœur, hauteur utérine
  - Toucher vaginal
- Prescription examens para cliniques

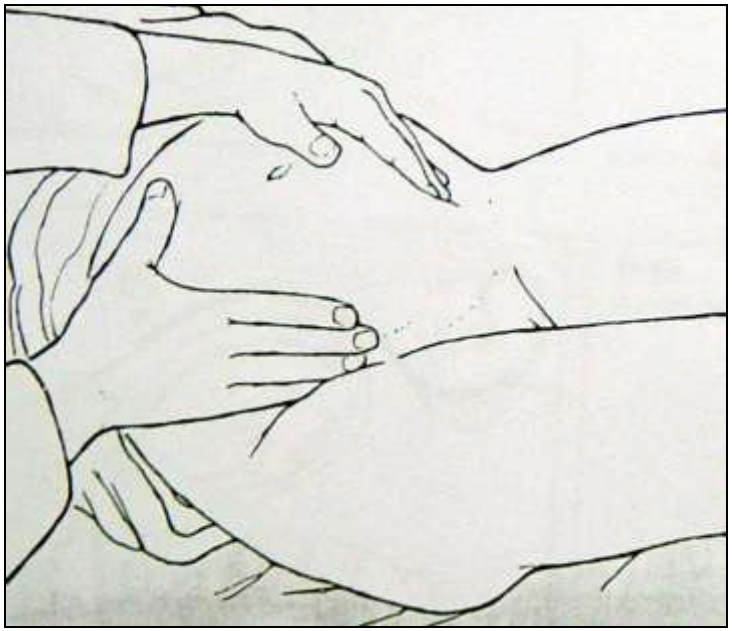
Hauteur utérine (HU)



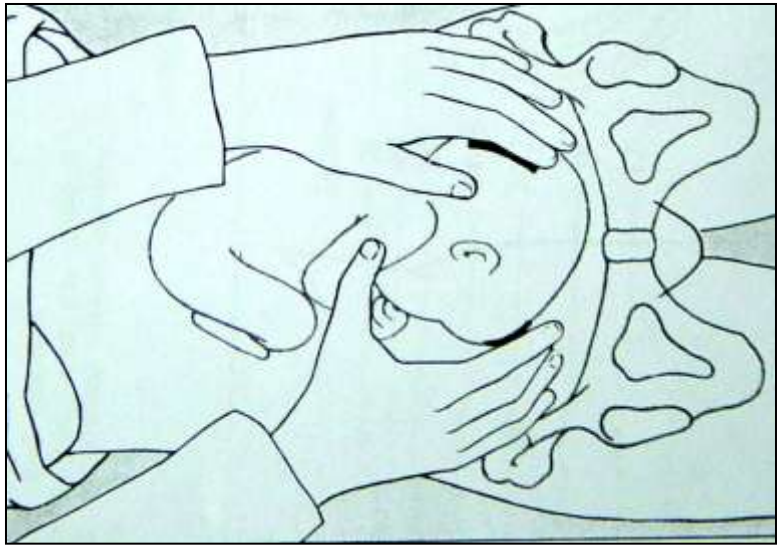


- 2 mois : orange
- 3 mois : pamplemousse
- Ensuite 4 cm par mois
- 2 cm/mois les 2 derniers mois

Palpation



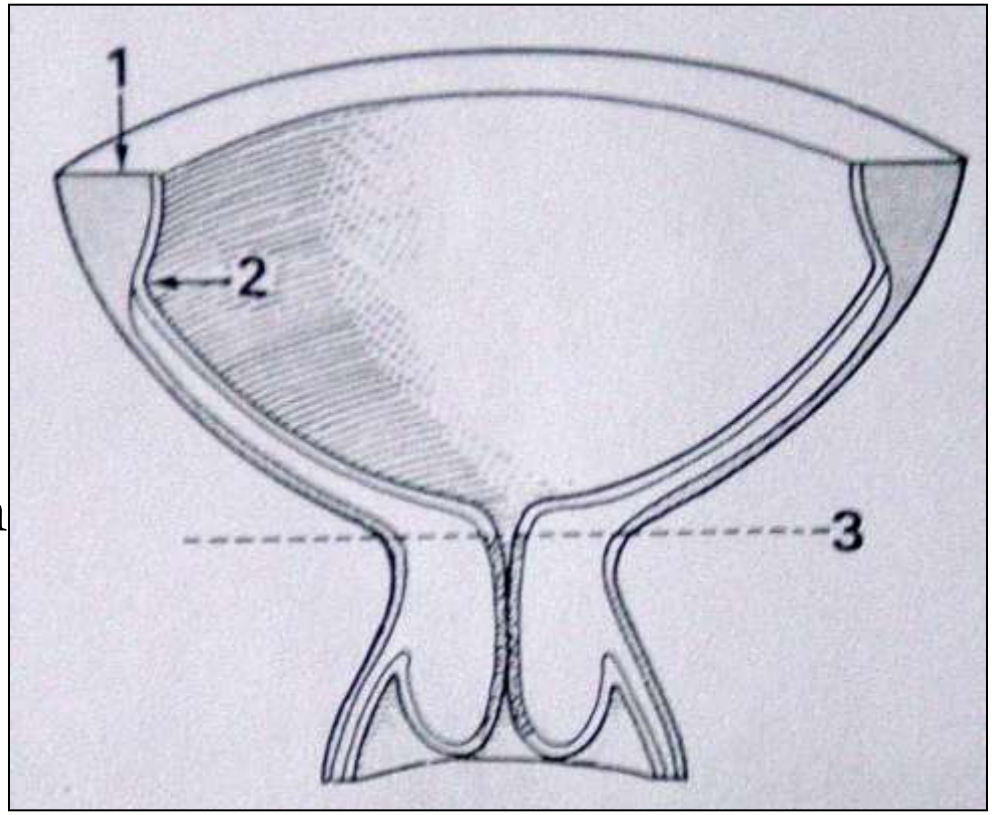
- Pôle inférieur
  - Présentation
    - Céphalique
    - Siège
    - Transverse



Toucher vaginal (TV)

- Position

  (post, ant, centré)
- Longueur (long, mi-long, court, effacé)
- Consistance (tonique, ramolli)
- Ouverture
- Hauteur et type présentation



Sérologies

- Obligatoires
  - Rubéole, si négative contrôle à 18 SA et vaccination en SDC
  - Toxoplasmose, mensuelle si négative
  - Syphilis (TPHA-VDRL)
  - RAI = recherche d'agglutinines irrégulières
  - 2 détermination du groupe sanguin (ABO, Rh complet, Kell)
  - Sucre et albumine dans les urines
  - Hépatite B, Antigène Hbs à 6 mois
  - NFS à 6 mois
- Facultatives
  - VIH
  - Hépatite C
  - CMV
  - Dépistage trisomie 21, dosage alphafoetoprotéine et HCG entre 15 et 18 SA
  - Dépistage diabète gestationnel, o'sullivan+/- HGPO entre 24 et 28 SA

Échographies

- 3 recommandées
  - 11-12SA par voie endovaginale
    - Datation du début de grossesse avec LCC, nombre de foetus
    - Mesure clarté nucale (dépistage trisomie)
  - 22 SA échographie morphologique par voie abdominale
    - Morphologie (BIP, DAT, Fémur, recherche malformations…)
    - Localisation placenta
    - Quantité liquide amniotique
    - Doppler artères utérines
  - 32 SA échographie morphologique
    - idem 22SA + présentation foetus
- Voire plus si
  - Jumeaux, tous les mois
  - Pathologies : HTA, métrorragies, diminution MAF, malformations, MAP…

Prélèvements annexes

- Biopsie de trophoblaste
  - Prélèvement de villosités choriales
  - 12-13 SA jusqu'au 3ème trimestre
- Amniocentèse
  - 16-17 SA
  - Précoce à 12-14 SA
  - Risque accru de trisomie 21, HT 21 < 1/250
  - Recherche maladie infectieuse
    - toxoplasmose congénitale
    - rubéole congénitale…

Prélèvement vaginal

- ✓ Recherche infection vaginale
- ✓ Recherche du streptocoque B
- ✓ Systématique 37 SA :

  Si streptocoque B ⇨⇨ ATB pendant le travail

  Amoxicilline

Quelques pathologies de la grossesse

- Menace d'accouchement prématuré
  - 15 à 50 %
  - Accouchement avant 37SA
  - Contractions utérines (CU), modifications cervicales
  - Causes
    - Infectieuses
    - Rupture prématurée des membranes
    - Malformations…
  - Traitement
    - Repos, Spasfon
    - Tocolytiques : arrêt CU
    - Corticothérapie : maturation pulmonaire
    - Traitement de la cause

Pathologies de la grossesse

- HTA gravidique ou pré éclampsie
  - 10 à 15% des cas
  - Préexistante ou essentielle / gestationnelle à p 26SA
  - TA sup 14/9
  - Protéinurie, oedéme, prise de poids importante, phosphènes, acouphènes, barre épigastrique, vomissements, nausées
  - Traitement
    - Repos +/- hospitalisation, surveillance, anti hypertenseur, accouchement
  - Complications maternelles
    - Éclampsie :crise convulsive
    - HELLP syndrome…
  - Complications fœtales
    - RCIU (mauvais échange materno fœtaux)
    - Prématurité…

Quelques pathologies de la grossesse

- Diabète gestationnel
  - 3 à 6%
  - Insulino résistance au 3ème trimestre
  - Dépistage à partir de 24-28 SA
    - O'sullivan, 50 gr de sucre
    - HGPO, 100 gr de sucre
  - Traitement
    - Surveillance par dextros
    - Régime
    - Insulinothérapie
  - Complications maternelles
    - Diabète type 2
    - HTA, infections, complications à l'accouchement...
  - Complications fœtales
    - Macrosomie
    - MFIU
    - Troubles de l'adaptation à la vie extra utérine: hypoglycémie...

Évolution de la grossesse

- 1er trimestre
  - Gonflement des seins, sensibles
  - Nausées vomissements(matinaux++)
  - Fatigue , irritabilité
- Second trimestre
  - 1kg/mois
  - Premier mouvement fœtaux environ 4 mois
- Troisième trimestre
  - Masque de grossesse chloasma
  - Vergetures
  - hydrorrhées

Hygiène de la grossesse

- Alimentaire
  - Ne pas manger plus mais mieux : équilibré
  - Supplémentation si carence(anémie,antécédent de spina bifida), milieu défavorisé…
  - Zéro tabac, alcool, drogues (sevrage)
  - Prise de poids 10-12kg environ
- Physique
  - Activité sportive douce(piscine, marche…)
  - Rapport sexuel autorisé jusqu'à la fin
  - Prévention et traitement des petits maux (chloasma, nausées, hémorroïdes, scialtalgies) (acupuncture,ostéopathie) et lors d'un alitement prolongé (voyages aériens, hospitalisations)

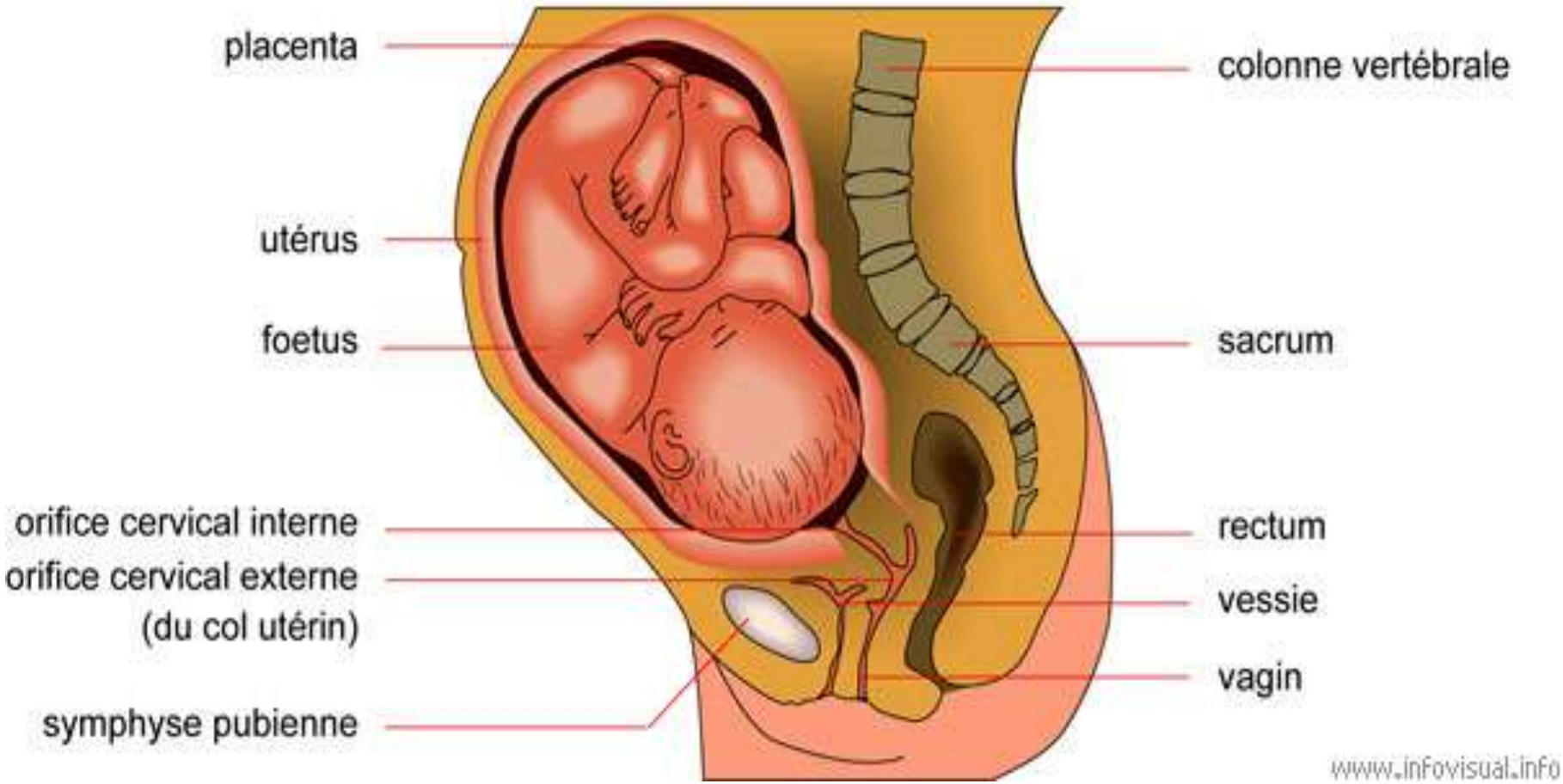
Congés maternité

	Prénatal *(semaines)*	Postnatal *(semaines)*
1er ou 2ème enfant	**6**	**10**
A partir 3ème enfant	**8**	**18**
jumeaux	**12**	**22**
	+ 2 semaines	+ 4 semaines

Congés paternité

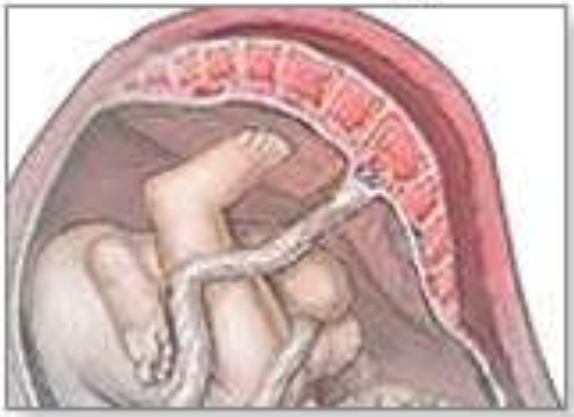
- 14 jours consécutifs (employeur) + 3 jours naissance (sécu)
- 18 jours pour jumeaux
- Dans les 4 mois après la naissance
- Employeur doit être prévenu 1 mois à l'avance

GROSSESSE À TERME



Transverse position

Placenta abruptio



Breech presentation

Placenta previa

A.D.A.M.

Accouchement

- Facteurs hormonaux
  - Diminution sécrétions hormonales
    - Progestérone, œstrogène
- Facteurs mécaniques
  - Pression croissante exercée par le fœtus sur la paroi utérine
  - Contractions utérines
    - Libération d'ocytocine sécrétée par l'hypothalamus
- Normalement dans le courant du 9éme mois jusqu'à 41 SA
  - Au-delà terme dépassé

Consultations d’urgence en maternité

- CU douloureuse régulières toutes les 5 min depuis 2h (non calmée par bain, spasfon)
  - Travail
  - Faux travail
- Pertes liquide comme de l’eau
  - LA,
  - Hydrorrhées
- Métrorragies
  - Placenta praevia
  - HRP
- Diminution MAF
- Terme à 41 SA, déclenchement si non accouchée
  - Non favorable : propess
  - Favorable : perfusion d’ocytocine
- Fièvre (T > 38°C)
- Procidence du cordon

Accouchement

- Fœtus tête en bas prêt à s’orienter dans la filière pelvienne

- 3 phases (courbe de Friedmann)
  - Phase de latence
  - Phase active
  - Expulsion

Phase de latence

- 6 à 10 h pour une primipare, plus rapide pour une multipare
- CU régulières, douloureuses, de plus en plus intenses et rapprochées (3 à 5/10’)
- Raccourcissement puis ouverture du col utérin jusqu’à 2-3cm
- Surveillance en salle de naissance
  - Examen général : pouls, TA, température
  - Monitoring : bruits du cœur du bébé
  - Palpation abdominal et toucher vaginal
- Analgésie péridurale
- Travail dirigé par perfusion d’ocytocine

Col de primipare avant le travail

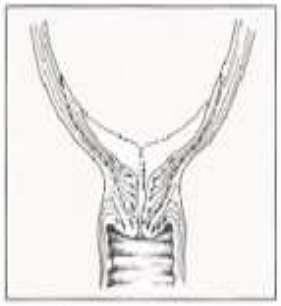
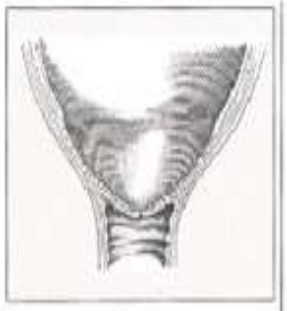


Schéma de l'incorporation du col au segment inférieur



Effacement complet du col

Début de la dilatation

Dilatation complète

Chez la multipare

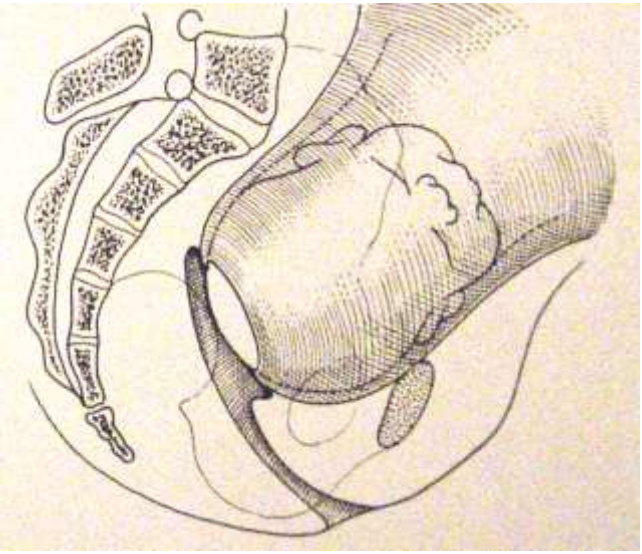
✪ Analgésie péridurale

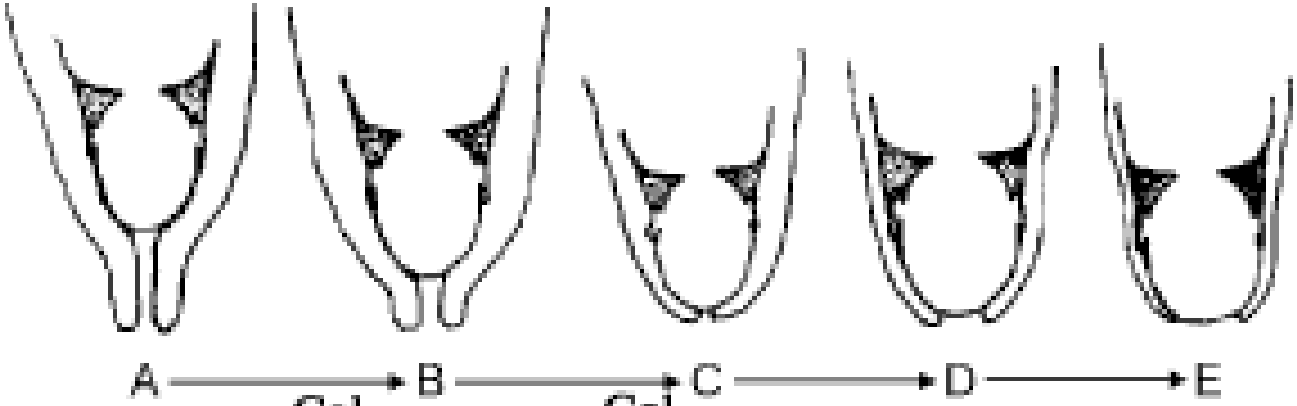
- ✓ Analgésie loco-régionale
- ✓ Introduction anesthésique local dans l'espace péridural à travers un cathéter introduit entre L2 et L5
- ✓ Insensibilise partie inférieure du corps

Phase active

- Plus courte que la précédente
  - De 3cm à dilatation complète
  - Descente, engagement, orientation de la présentation du bébé dans le bassin maternel
    - OP
    - OS
- Rupture de la poche des eaux

Phase active

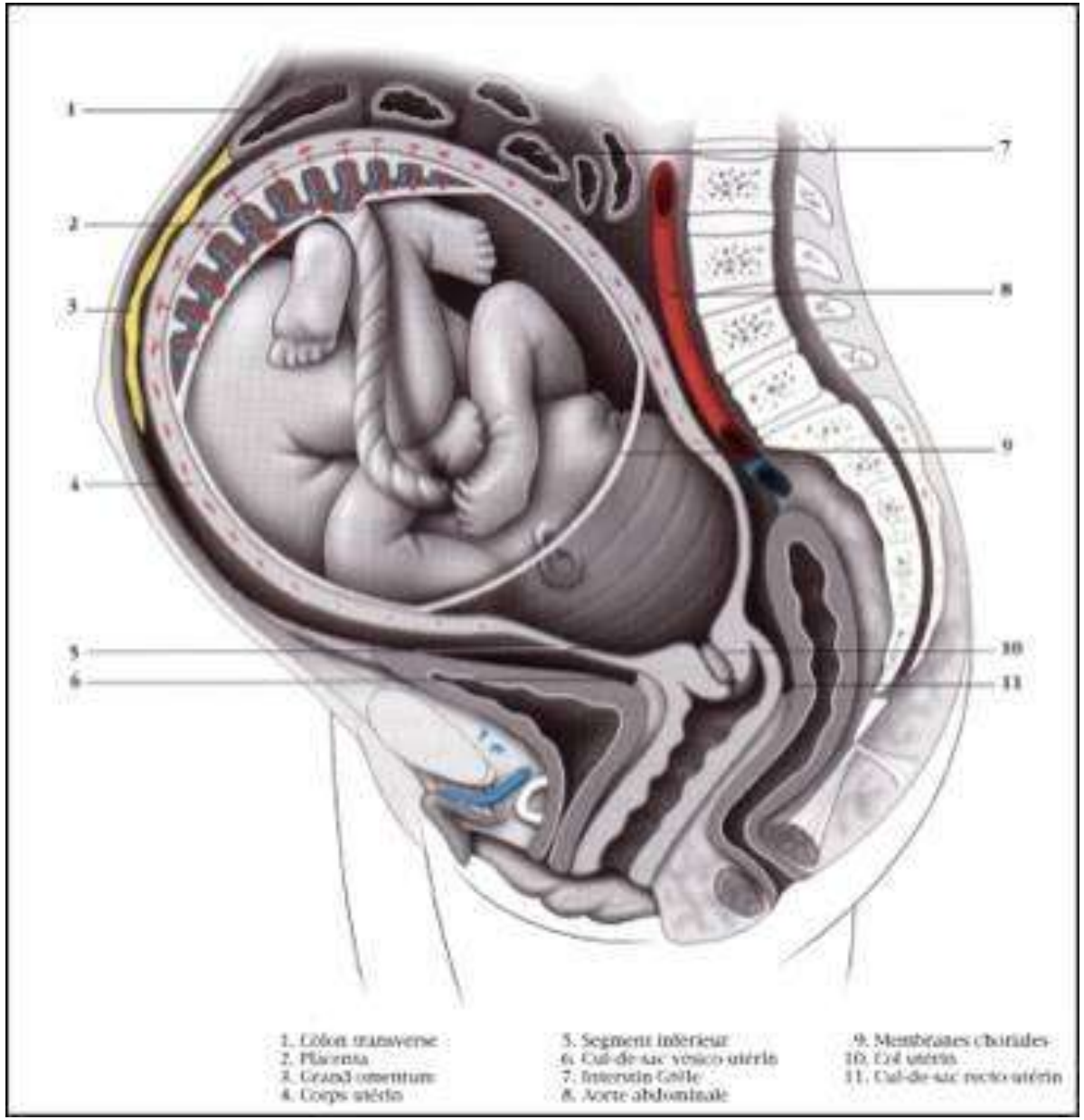


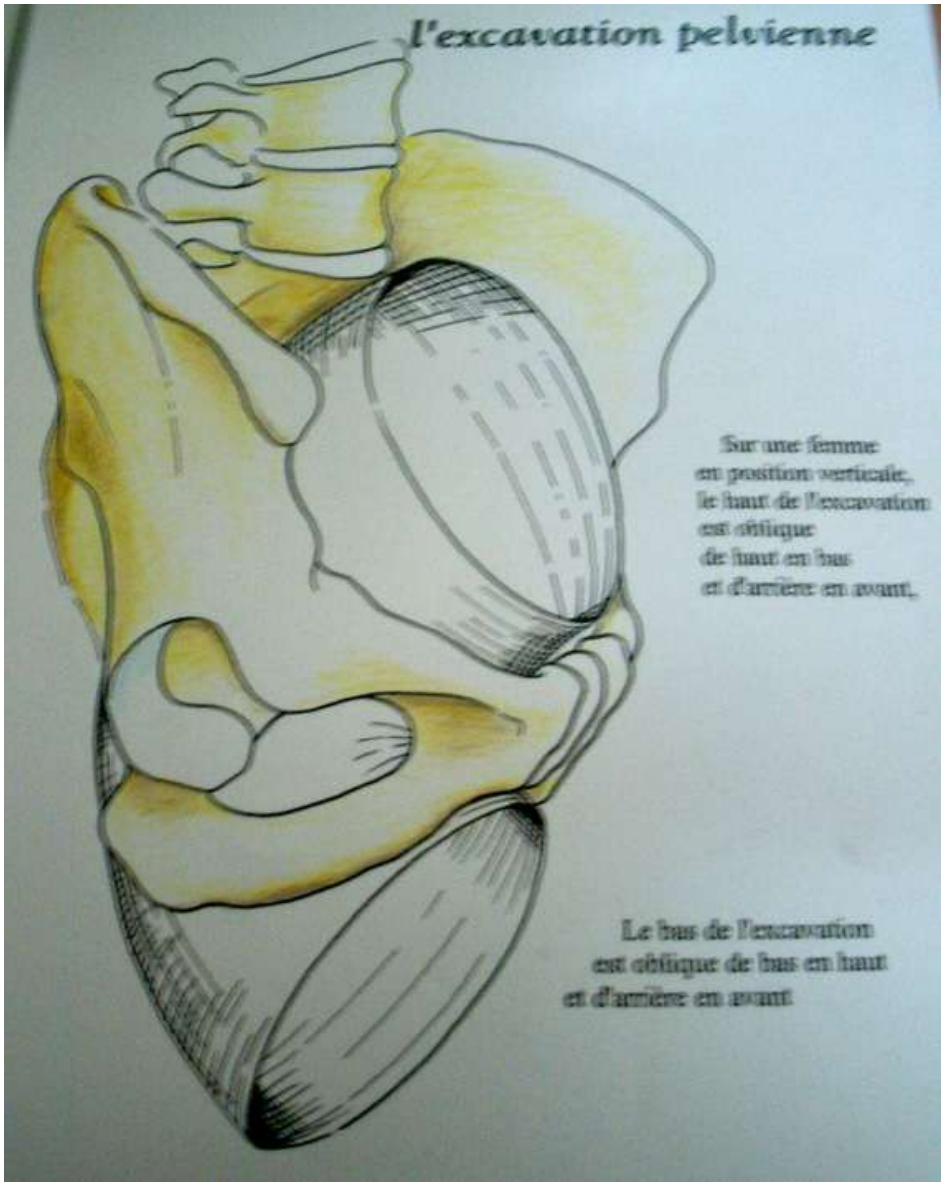


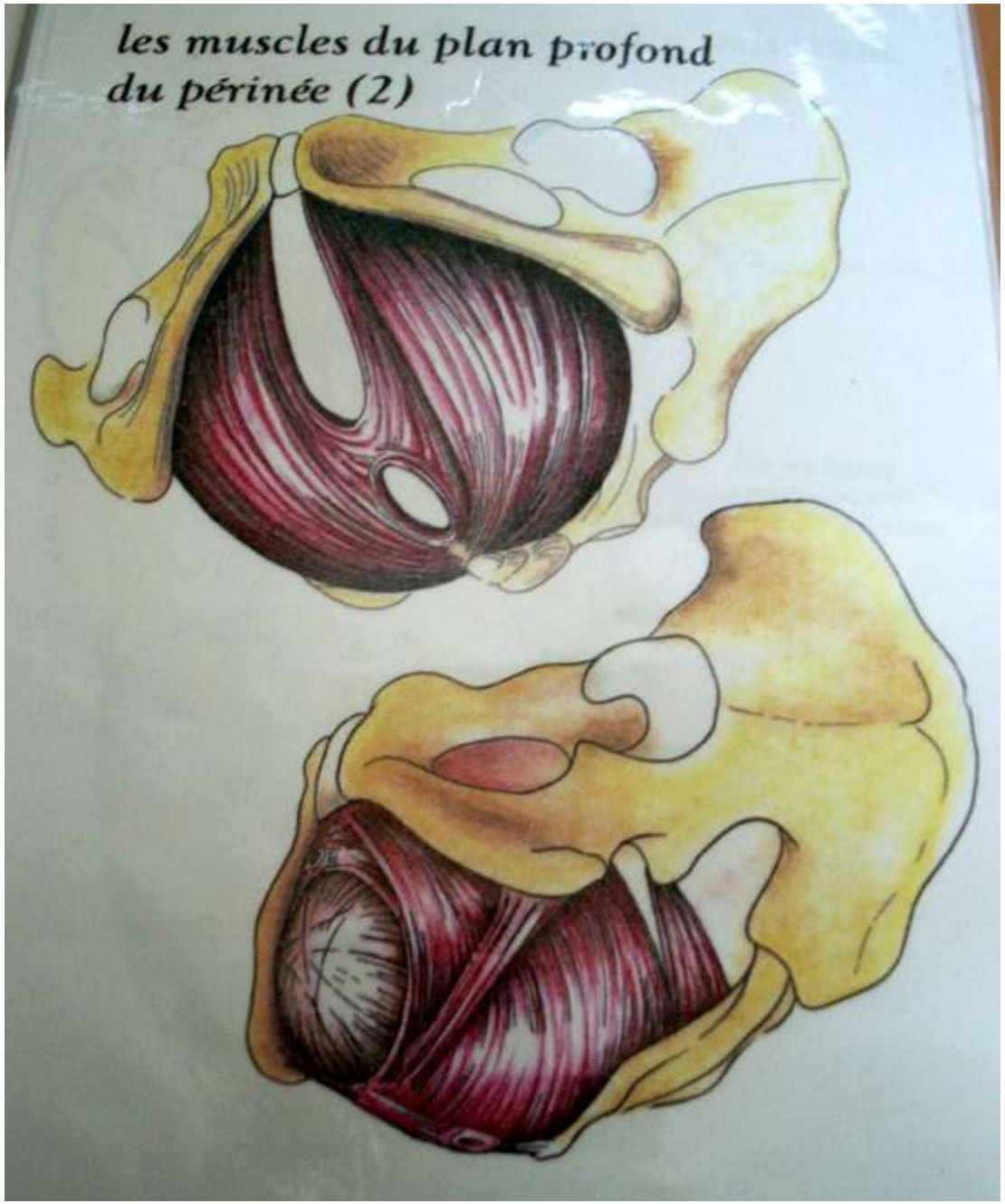
A	B	C	D	E
Col non effacé. Longueur = 4 cm.	Col partiellement effacé. Longueur = 2 cm.	Col completement effacé.	Col dilaté à 3 cm.	Col dilaté à 8 cm.

Accouchement

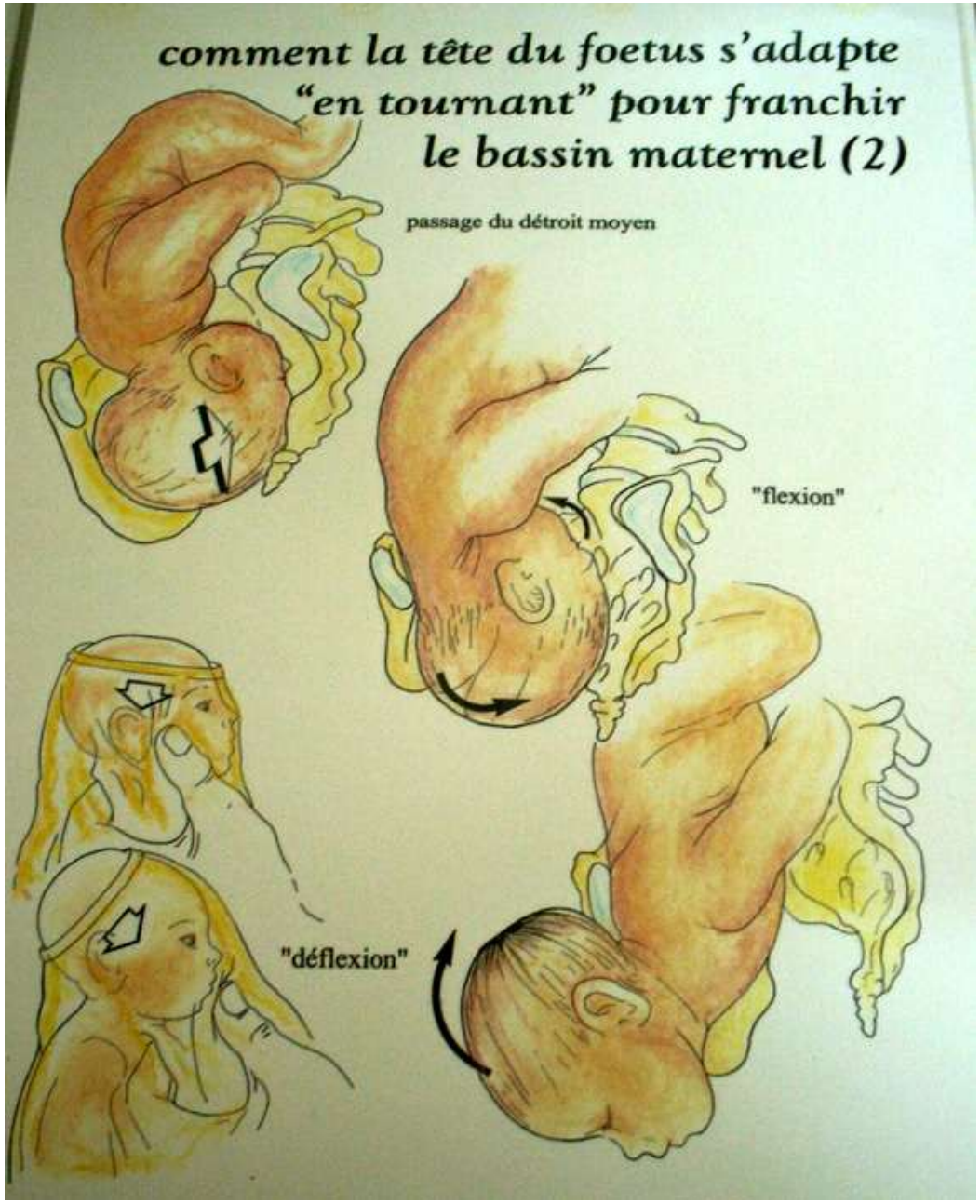
- Poussée en expire / bloquée
- Différentes position d’accouchement
- Dégagement du foetus
- Épisiotomie / déchirures
- Circulaire
- Extraction instrumentale
  - Spatules
  - Ventouses
  - Forceps
- Césarienne


1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
1. Côlon transverse
2. Placenta
3. Grand omentum
4. Corps utérin
5. Segment inférieur
6. Cul-de-sac vésico utérin
7. Intestin Grêle
8. Aorte abdominale
9. Membranes choriales
10. Col utérin
11. Cul-de-sac recto utérin


l'excavation pelvienne
Sur une femme
en position verticale,
le haut de l'excavation
est oblique
de haut en bas
et d'arrière en avant.
Le bas de l'excavation
est oblique de bas en haut
et d'arrière en avant


les muscles du plan profond
du périnée (2)

comment la tête du foetus s'adapte "en tournant" pour franchir le bassin maternel (2)



En pratique

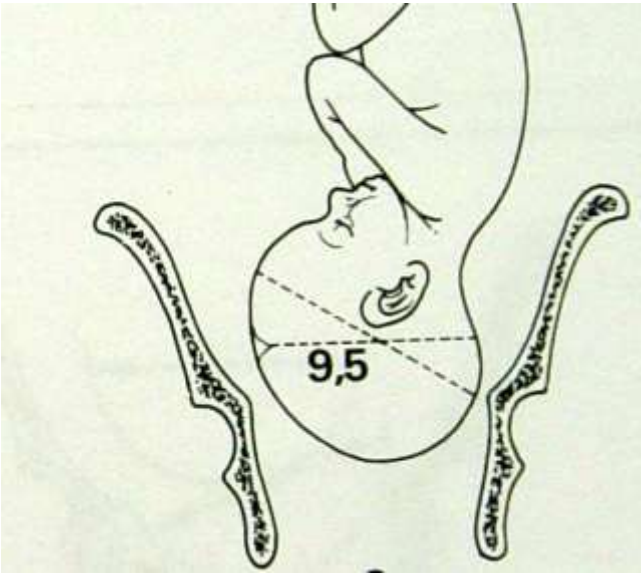
- Signes de l'engagement:
  - envie de pousser
  - anomalies du RCF
  - Toucher Vaginal

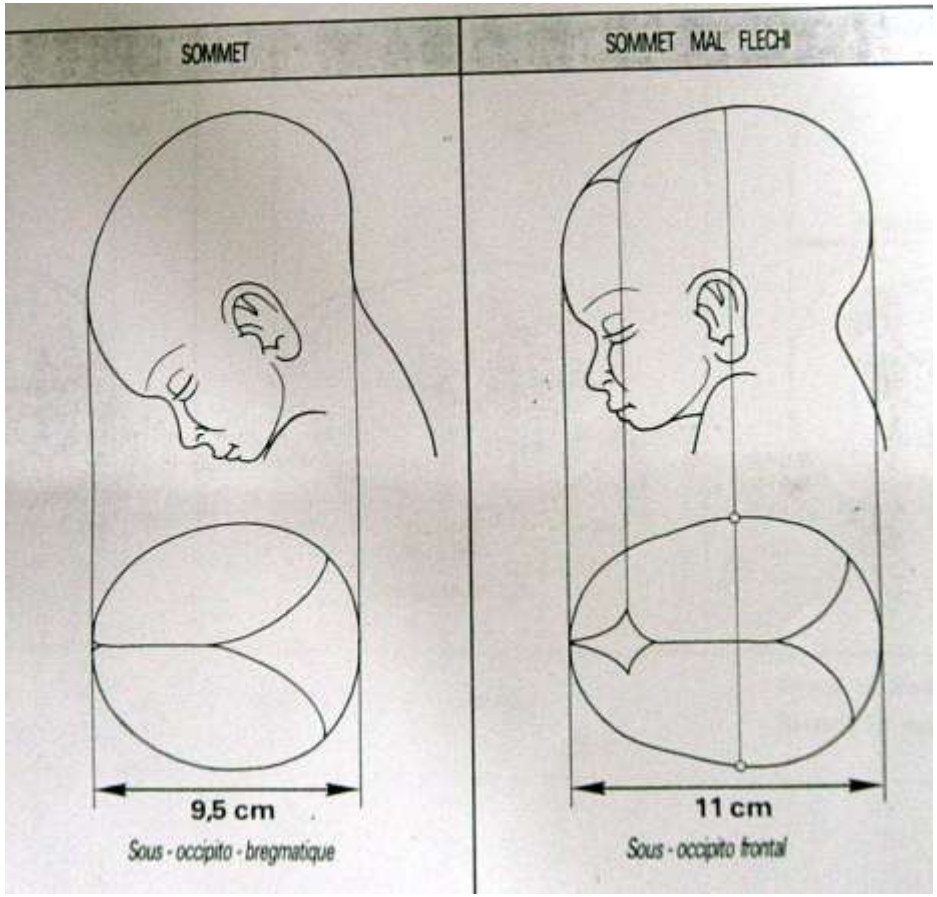
- Installation pour efforts expulsifs:
  - (position gynécologique)
  - toilette vulvaire, sondage vésical, rasage
  - Durée max 30min

- Préparation table accouchement
  - champ stérile, Bétadine®, 2 pinces à clamper, 1 ciseau, compresses

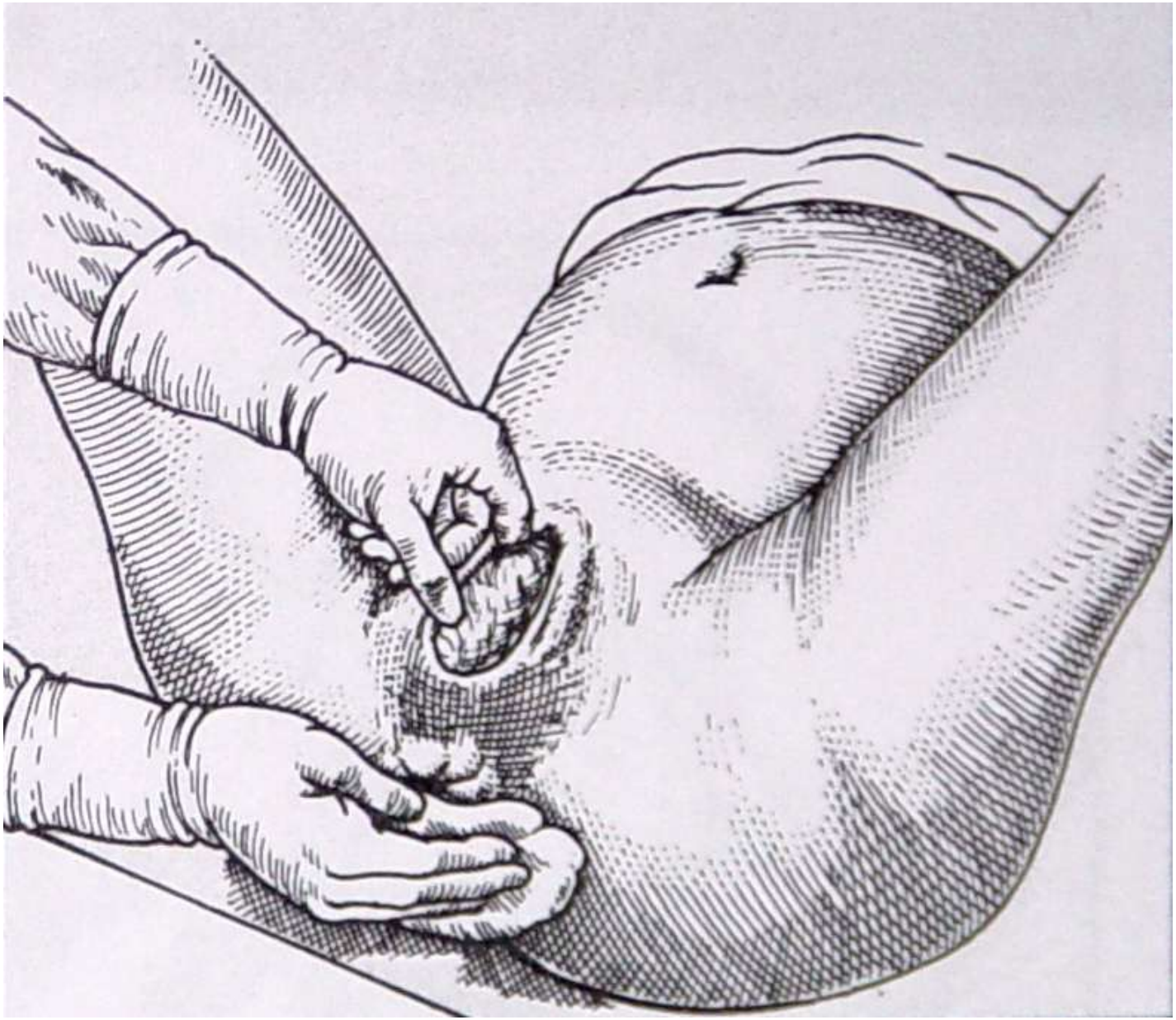
- Préparation syntocinon®

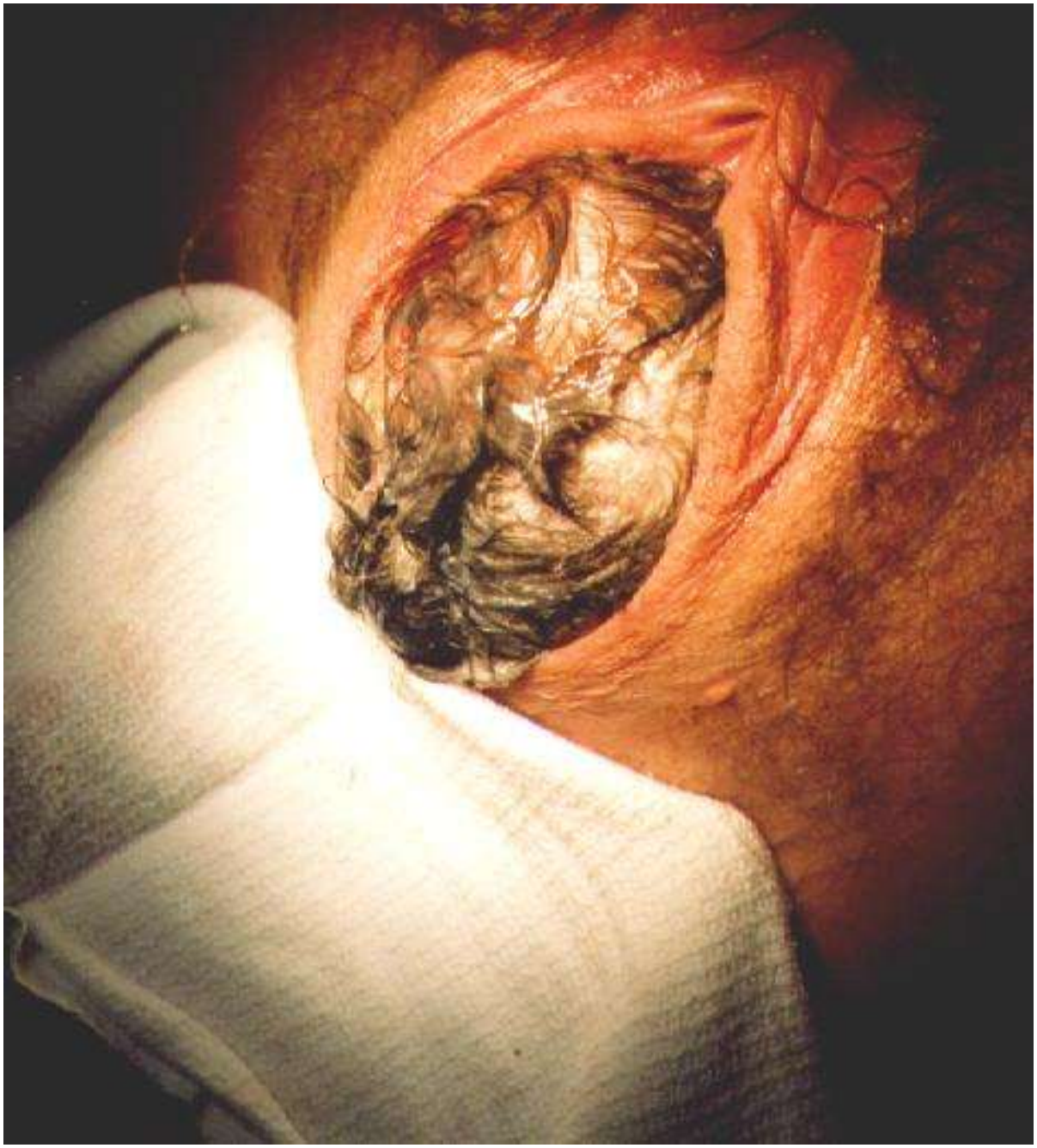
Comment la tête du foetus s'adapte "en tournant" pour franchir le bassin maternel (3)

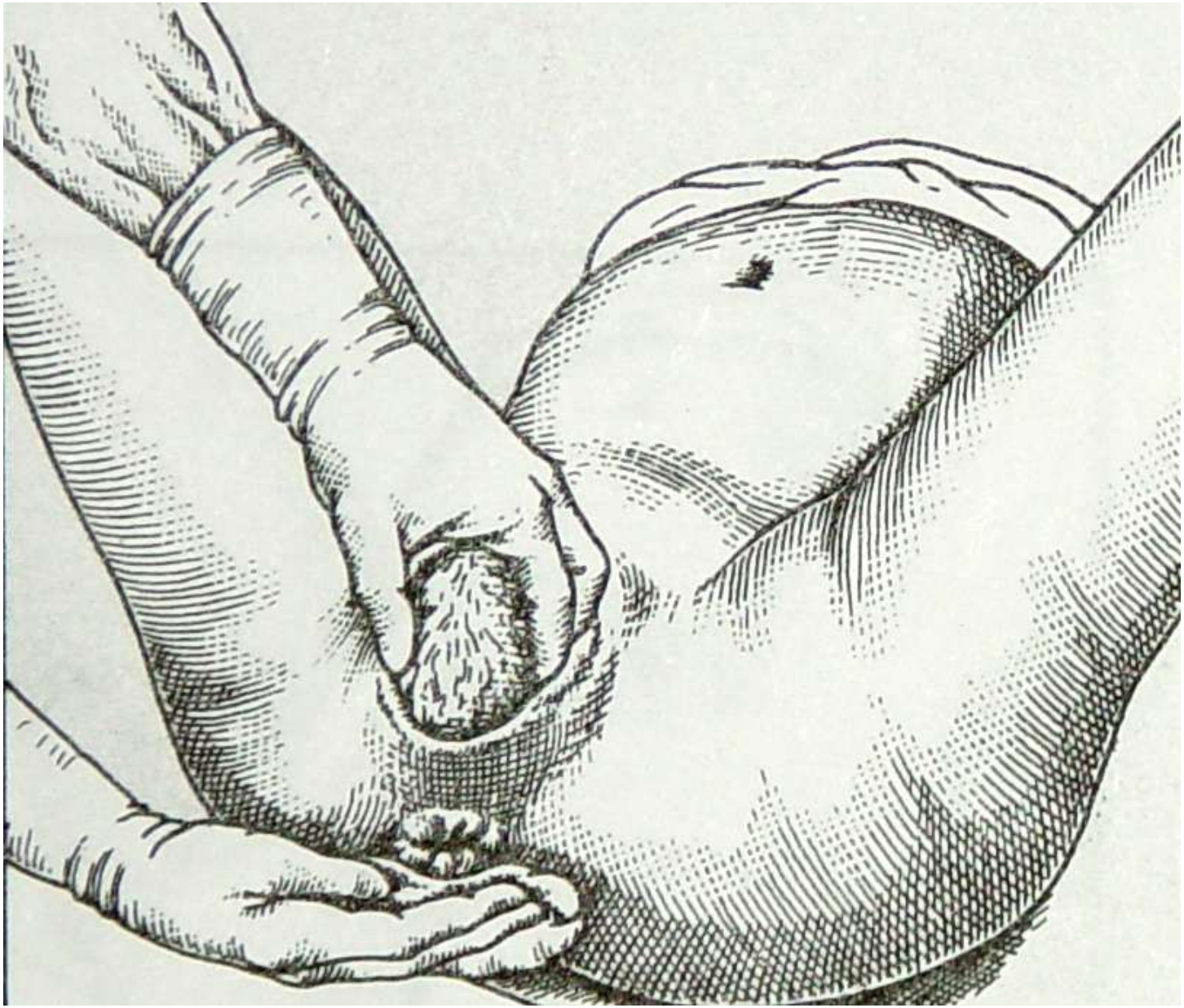

9,5

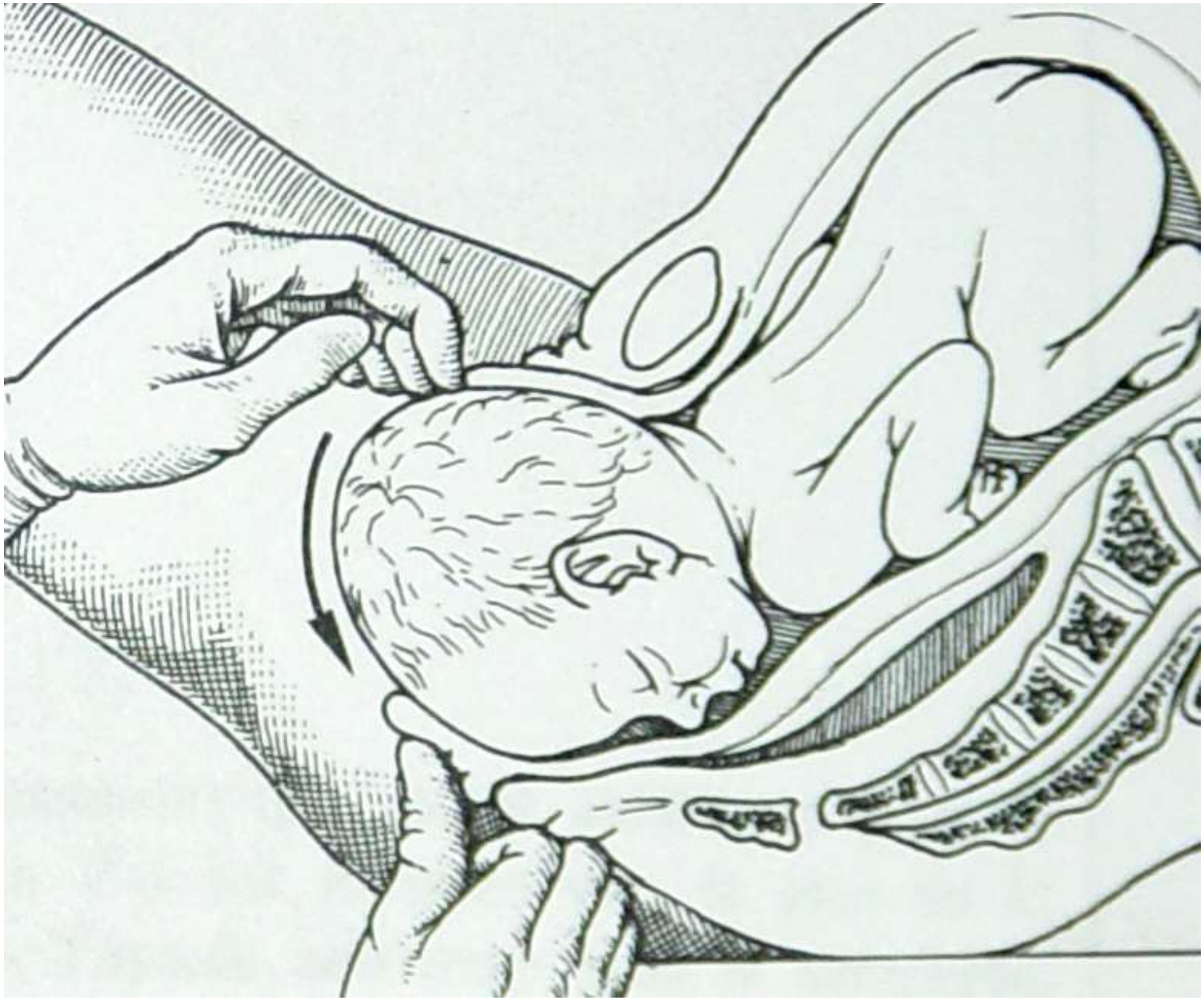

SOMMET
SOMMET MAL FLECHI
9,5 cm
Sous - occipito - bregmatique
11 cm
Sous - occipito frontal

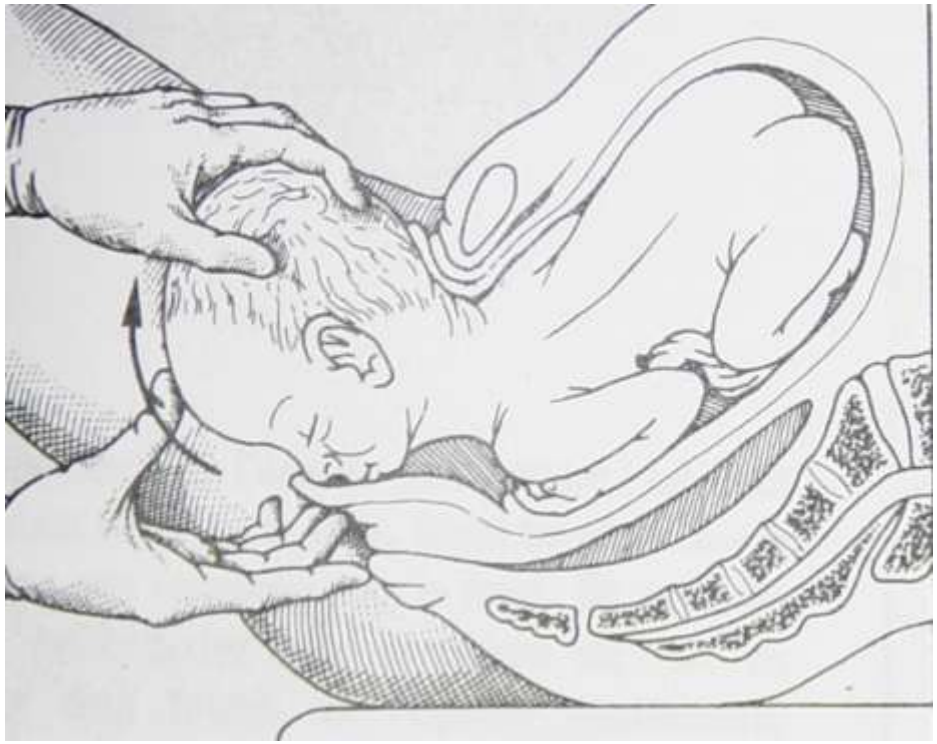
L’accouchement en OP

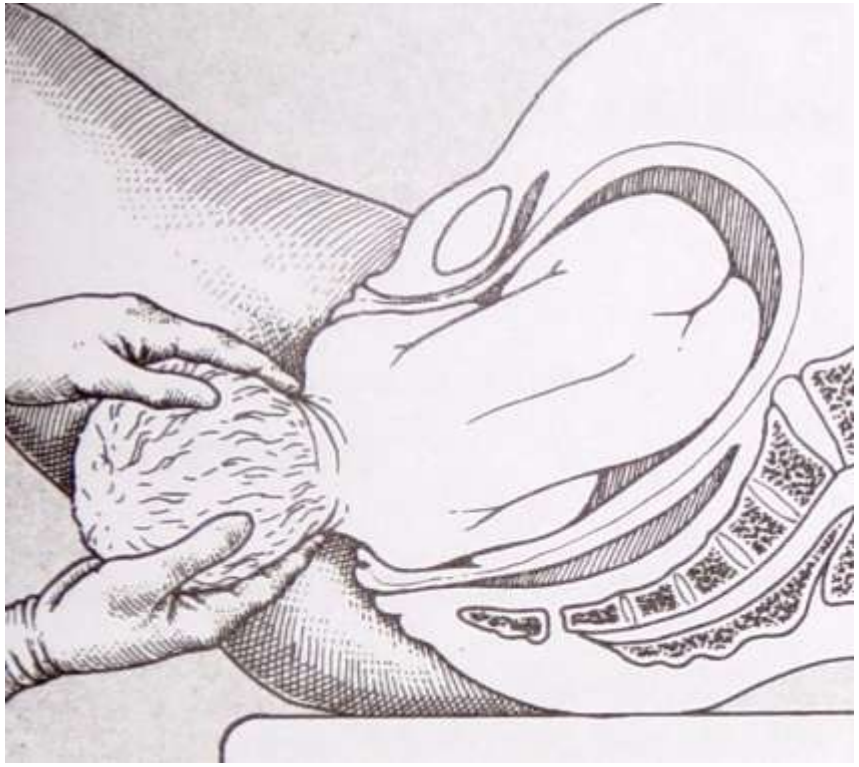


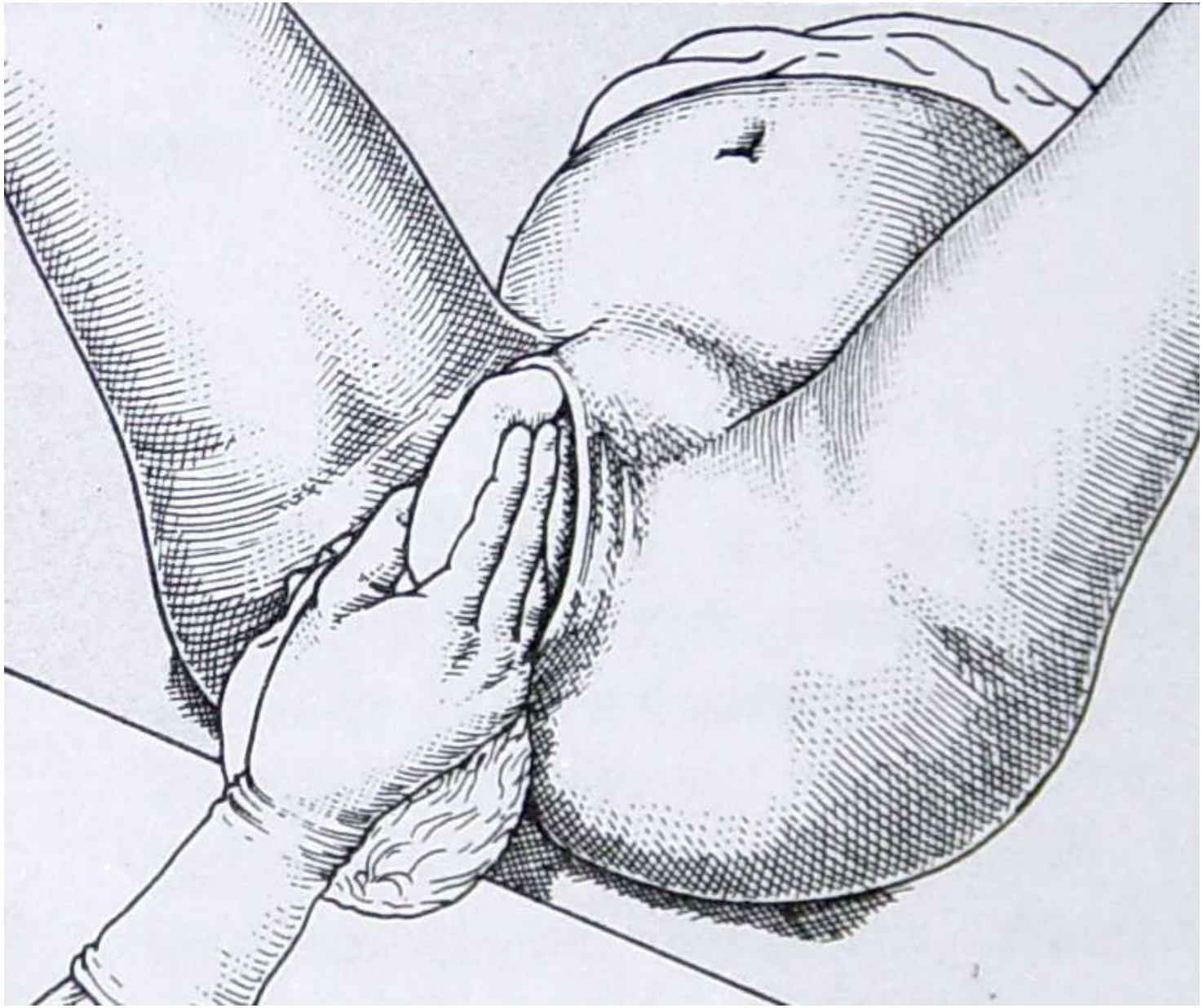












Clampage du cordon ombilical

Accueil nouveau-né

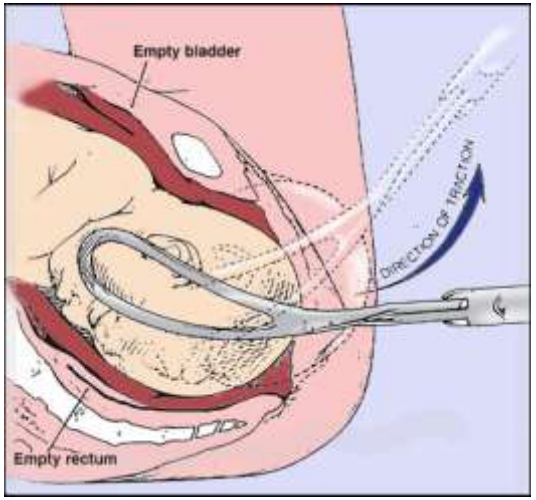
- En douceur sur le ventre de sa mère en peau à peau si tout va bien
- NN à terme
  - Pèse 2500 à 4000 gr (moyenne 3250 gr)
  - Mesure 48 à 52 cm (moyenne 50 cm)
- Table de réanimation prête
  - Chauffée
  - Aspiration
- Score d'Apgar à 1,5,10 min de vie
  - Coloration
  - Fréquence cardiaque
  - Fréquence respiratoire
  - Tonus
  - Réactivité
- Examen clinique NN à H2
  - Morphologie
  - Mensurations
  - Vitalité, réflexes
  - Vitamine K, collyre

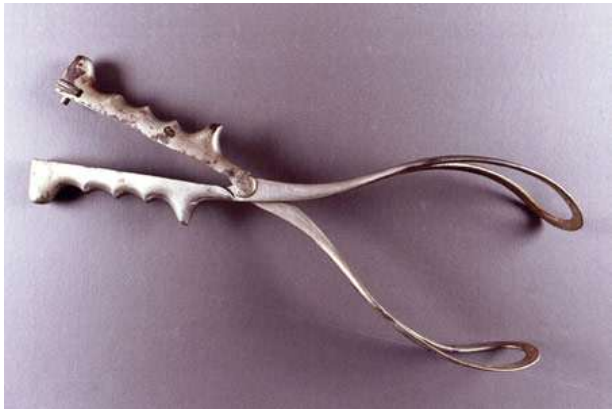
Extraction instrumentale

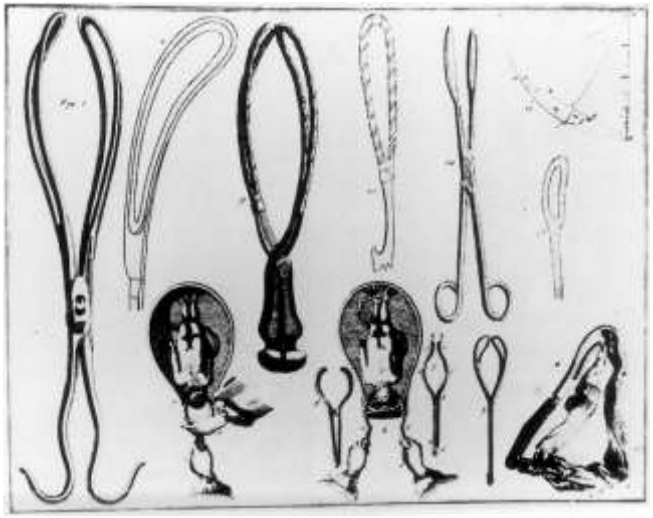
- Forceps, spatules ventouses
- Tête engagée
- Membranes rompues

➢ Souffrance fœtale

➢ Arrêt de progression





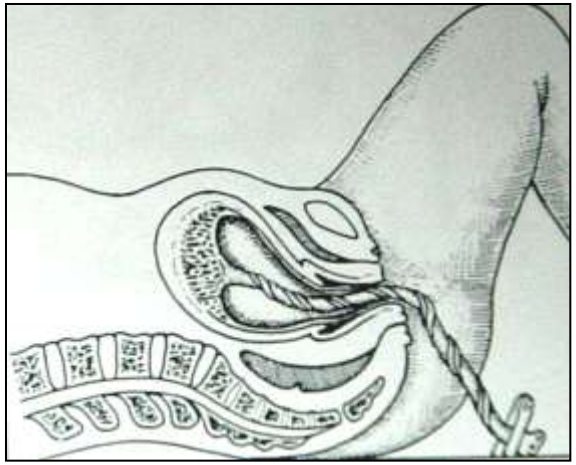


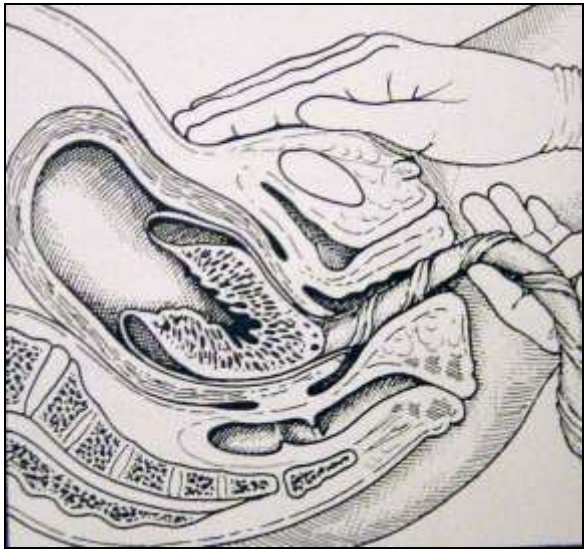
Délivrance

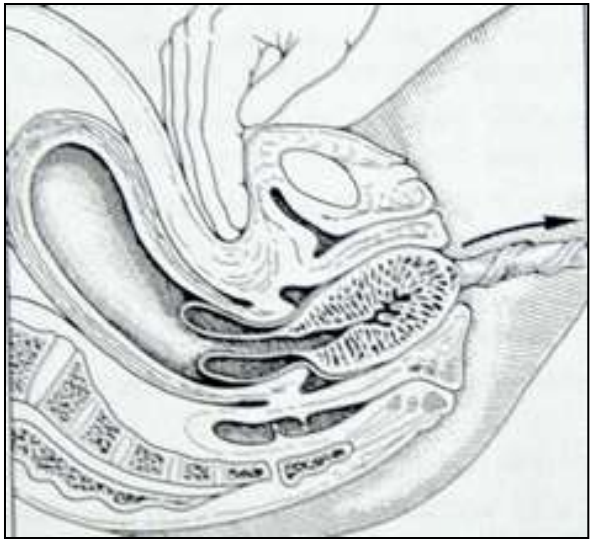
- Expulsion des annexes
  - Placenta
  - Membranes + LA restant
- Dans les 20 min qui suivent accouchement
- Délivrance dirigée avec 5 UI : syntocinon
- Hémorragie de la délivrance : pertes sanguines supérieures à 500ml dans les 24h qui suivent l'accouchement

Délivrance naturelle

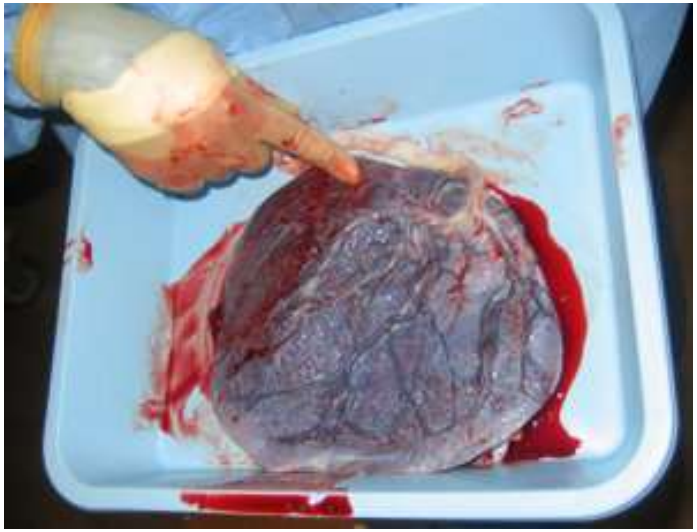
- Phase de décollement
- Phase de migration
- Hémostase (ligatures vivantes de Pinard)







- Examen du placenta
  - Complet : prévention Syntocinon®
  - Incomplet : révision utérine

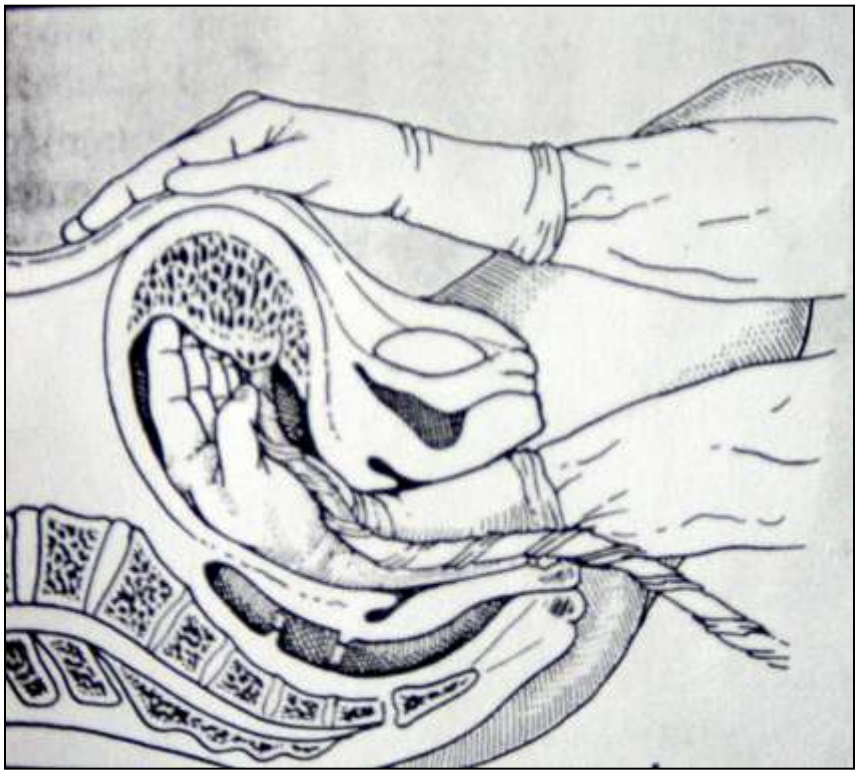


Délivrance artificielle révision utérine

- ✓ But : vacuité utérine

- ✓ Indications:
- ▪ Hémorragie
- ▪ Délivrance incomplète
- ▪ Absence de décollement placentaire 30min après acct

- ➢ Préparer:
- ▪ Flash ATB
- ▪ Syntocinon®



Suites de couches

- Immédiate
  - 2h qui suivent accouchement en salle de naissance
- Tardive
  - Jusqu'au retour de couche 6 à 8 semaines après accouchement (retardé si allaitement maternel)
  - Durée hospitalisation
    - 3-4 jours pour un accouchement voie basse
    - 5-6 jours pour une césarienne
  - Mise en place de l'allaitement, montée de lait aux environs du 3éme jour
  - Lochies
  - Tranchées
  - Accompagnement à la parentalité, contraception…
- Risques
  - Hémorragique pendant 24h surtout
  - Infectieux (endométrites, infections urinaires…)
  - Thrombo-emboliques (phlébites)

- Merci de votre attention