

UE 7 Gynécologie – Endocrinologie  
Pr Diane Korb  
Le 10/11/2017 à 10h30  
Ronéotypeur : Jeanne Ferlicchi  
Ronéoficheur : Lucile Cognet

## Cours n° 15 : Sémiologie obstétricale

*Spoiler alert : ce cours est vraiment un grand catalogue de plein de signes et d'examens cliniques à apprendre par cœur... C'est super rébarbatif mais ca reste intéressant, promis, donc courage !*

*Si vous avez des questions vous pouvez contacter la prof via son mail : [diane.korb@aphp.fr](mailto:diane.korb@aphp.fr)*

# SOMMAIRE

## **I) Grossesse extra-utérine**

1. Définition
2. Facteurs de risque
3. Clinique

## **II) Diagnostic de grossesse**

1. Aménorrhée
2. Signes sympathiques de grossesse
3. Examen clinique
4. Tests biologiques
5. Échographie

## **III) Surveillance de la femme enceinte**

1. Examen clinique
2. Suivi de grossesse

## **IV) Accouchement**

1. Menace d'accouchement prématuré
2. Travail et accouchement d'un singleton en présentation céphalique
3. Délivrance
4. Lésions périnéales
5. Accouchements particuliers

## **V) Suites de couche**

1. Post-partum immédiat
2. Suite de couche
3. Allaitement

## I) Grossesse extra utérine

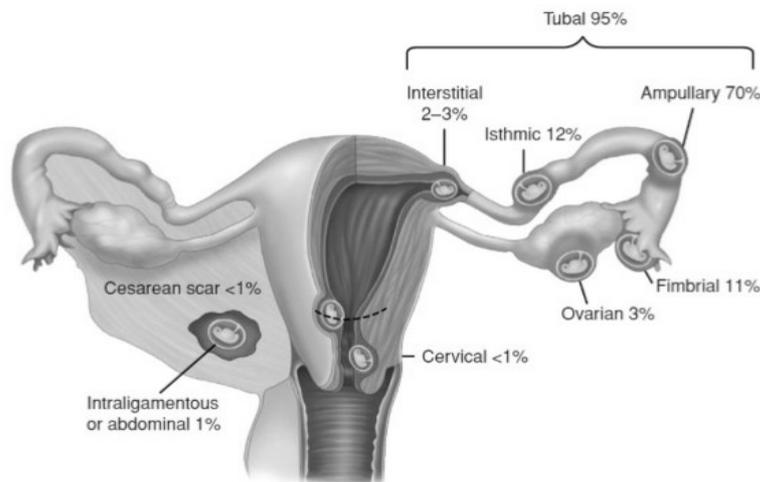
### 1. Définition

En France, les décès maternels consécutifs à l'arrêt précoce de la grossesse (IVG, grossesse extra-utérine, fausse couche spontanée, IMG) représentent 10% de la mortalité obstétricale.

La grossesse extra-utérine (GEU) est la **première cause** de mortalité de la femme jeune ; il s'agit d'une **fécondation** au niveau de la **trompe** utérine : l'action des cils de l'épithélium tubaire n'est pas efficace donc la nidation s'effectue dans la trompe au lieu de la cavité utérine ce qui mène à une **rupture** des trompes, une **hémorragie** pouvant aller jusqu'au **décès** de la femme.

La GEU est fréquente aux urgences et il est impératif de **TOUJOURS L'ENVISAGER** dès lors qu'une femme **en âge de procréer** se présente pour des **douleurs pelviennes ou des métrorragies** (= saignement génital en dehors des règles).

Dans 78% des cas la GEU (ou grossesse ectopique) prend place au niveau **ampulaire**.



### 2. Facteurs de risque de GEU

Certains **antécédents médico-chirurgicaux** constituent d'importants facteurs de risque de faire une GEU, notamment :

- GEU ultérieure
- Chirurgie tubaire
- Salpingite (inflammation des trompes utérines)
- Infection pelvienne
- Adhérences consécutives à des chirurgies pelviennes
- Stérilisation tubaire

Par exemple un antécédent d'appendicite ou de péritonite est un facteur de risque de GEU.

De même, certains **traitements** en cours au moment de la fécondation peuvent favoriser la grossesse ectopique :

- Procréation médicalement assistée
- Microprogestatifs
- Stérilet
- Pilule du lendemain

Ajoutons que le **tabac** est également un facteur de risque pour la GEU.

### 3. Clinique

Une consultation se divise en deux temps : l'interrogatoire puis l'examen clinique.

La symptomatologie de la grossesse ectopique est variée, à **l'interrogatoire** il faut principalement rechercher :

- Des **douleurs pelviennes** non spécifiques
- Une **aménorrhée** (= absence de menstruations)
- **Métrorragies noires**
- Signes de **grossesse**
- **Malaises, scapulalgies** (= douleur de l'épaule)

L'examen clinique doit mettre en évidence :

- Une **irritation péritonéale** associée à une dysurie (= difficulté à évacuer l'urine indépendamment d'une douleur quelconque), un ténesme (= envie constante d'aller à la selle ou d'uriner avec sensations de brûlures), un hoquet, un cri du Douglas (= douleur vive au toucher vaginal lorsque contact des doigts avec le cul de sac de Douglas)
- Une **douleur à la palpation** abdominale ou annexielle (= au niveau de l'utérus)
- Une **masse annexielle**
- Un **utérus plus petit** que ne le voudrait l'âge de la grossesse

Si l'on suspecte une GEU, il faut faire une **échographie** sur laquelle, le cas échéant, on constatera **vacuité utérine, masse latéro utérine et épanchement dans le Douglas**.

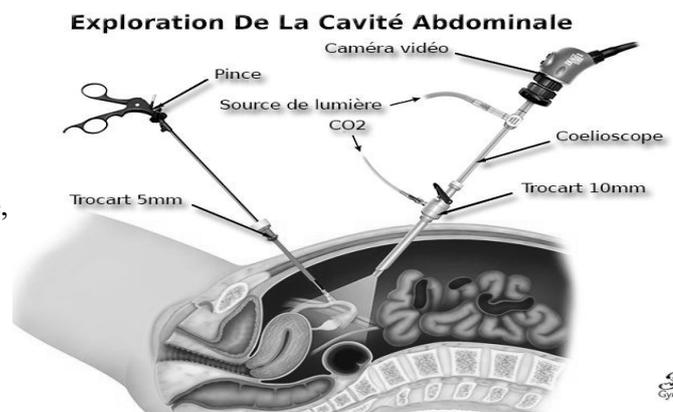
Echo normale



Echo GEU



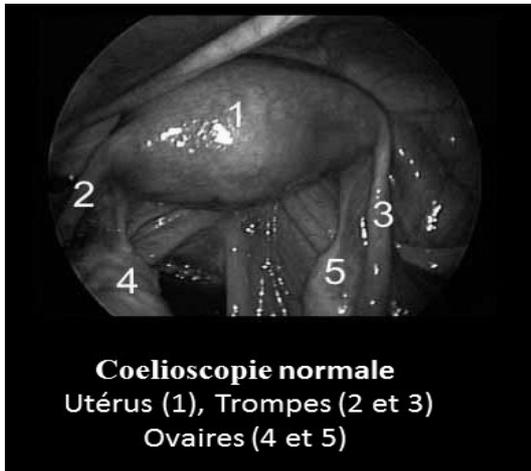
Pour confirmer le diagnostic on fait une **coelioscopie**, c'est-à-dire une chirurgie mini invasive au niveau de l'abdomen suivie par caméra.



Cette intervention sera simplement diagnostique ou mènera à une **salpingotomie** (= ouverture de la trompe au niveau de la GEU et on aspire l'embryon) ou à une **salpingectomie** (= ablation de la trompe MAIS on laisse l'ovaire donc possibilité de tomber enceinte, en effet tout est accolé dans l'abdomen ainsi la trompe restante pourra capter les ovocytes de l'ovaire voisin malgré tout). *Un autre moyen de traiter une GEU est l'administration de méthotrexate, cependant les critères sont très stricts (pas spécialement à retenir d'après la prof).*

Coelioscopie normale : trompe **fine et sinueuse**

Coelioscopie d'une grossesse ectopique :  
trompe à l'aspect de **boudin**



On peut également observer un **hémopéritoine**, autrement dit un épanchement sanguin dans la cavité péritonéale.



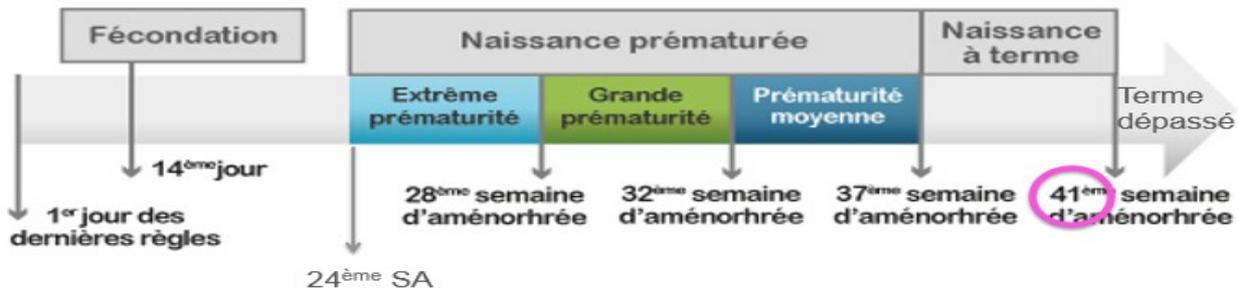
## II) Diagnostic de grossesse

### 1. Aménorrhée

C'est l'**absence de menstruations**. Pour déterminer le nombre de semaines d'aménorrhée il faut dans un premier temps déterminer la date du premier jour des **dernières règles NORMALES**. En cas de cycle régulier on ajoute **14 jours à celle-ci** pour connaître la date de début de grossesse, ainsi on peut dire que :

**Date de conception = 2 semaines d'aménorrhée (SA)**

Donc le décompte des semaines d'aménorrhée débute à partir de la date des dernières règles.



Cette illustration est à très bien connaître selon la prof

A savoir qu'en France on débute la prise en charge des prématurés entre **24 et 28 SA** (dépend des hôpitaux, certains praticiens estiment qu'entre 24-26 SA il s'agit d'acharnement thérapeutique), lorsque le poids de l'enfant est supérieur à **500g**.

Petit point vocabulaire auquel la prof avait l'air de tenir (pour briller en stage) :

- La **gestité** est le nombre de **grossesses** que la femme a connues, qu'elles aient ou non aboutit à une naissance, vivante ou pas
- La **parité** est le nombre d'**accouchements vivants**

Exemple :

1 fausse couche + 1 GEU + 1 accouchement par voie basse ?

→ Gestité = 3

→ Parité = 1

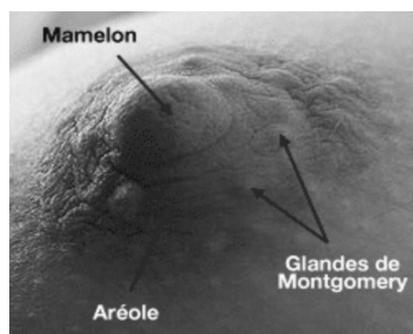
1 césarienne + 1 accouchement de jumeaux par voie basse ?

→ Gestité = 2

→ Parité = 3

## 2. Signes sympathiques de la grossesse

Ces signes sont inconstants, ils varient d'une femme à l'autre. Ils regroupent une augmentation de la tension des seins, de leur volume, un bombement de l'aréole et une saillie des glandes sébacées que l'on appelle tubercules de Montgomery.



Associés à ces signes mammaires on retrouve des nausées ou vomissements matinaux, une pollakiurie (= fréquence excessive des mictions) et une hypersialorrhée (= hypersalivation).

## 3. Examen clinique

- *Au spéculum* : col violacé, glaire cervicale absente ou coagulée, ectropion (= malformation du col de l'utérus provoquant des saignements et une sécrétion accrue de glaires)
- *Au toucher vaginal combiné au palper abdominal* : augmentation du volume de l'utérus de telle sorte

- qu'il fasse la taille d'une orange à 2 mois, puis celle d'un pamplemousse à 3 mois de grossesse.
- Enfin il faut écouter les bruits du cœur du bébé au Doppler lorsque l'on dépasse les 12 SA

#### 4. Tests biologiques

La grande hormone de la **détection** de la grossesse est la  **$\beta$ -HCG**, détectable **dans le sang** 8 à 9 jours après l'ovulation, 48h après l'implantation de la grossesse et notamment avant le retard de règles clinique : cette hormone est donc très précoce.

Dans les **urines** la  $\beta$ -HCG est à **détection plus tardive** que dans le sang puisqu'on peut la mettre en évidence au minimum 14 jours après la fécondation par test immunochromatique (tests de grossesse vendus en pharmacie).

#### 5. Echographie

Elle doit être **sus pubienne/endovaginale**. L'échographie a un but **diagnostique**, elle permet de confirmer la grossesse et d'en définir les principaux paramètres tels que la localisation (intra ou extra-utérine), le nombre d'embryons, la datation, la morphologie de l'embryon, l'état des annexes...

La **datation** d'un embryon via l'échographie se fait par la mesure de la longueur cranio-caudale, c'est de loin la technique la plus fiable. En effet on peut également estimer l'âge gestationnel à partir de la date des dernières règles ou du taux de  $\beta$ -HCG, mais ce sont des méthodes d'une précision moindre car l'une repose trop sur les « souvenirs » de la patiente tandis que l'autre s'appuie sur la valeur quantitative d'une hormone dont le taux dépend en fait de chaque femme.

### **III) Surveillance de la femme enceinte**

Le suivi obstétrical se fait normalement **1 fois par mois**.

#### 1. Examen clinique d'une femme enceinte

Chez une patiente enceinte, le médecin doit associer un examen général et un examen obstétrical ; en effet l'on a souvent à faire à des femmes jeunes qui ne consultent donc pas régulièrement leur médecin traitant ou leur gynécologue, le suivi obstétrical est donc l'occasion de « faire le point ».

##### 1.1 L'interrogatoire

A l'**interrogatoire** on recherche des données clé sur la patiente : son **âge, poids, taille, BMI** (= Body Mass Indice : indice de corpulence) ainsi que sa **profession** (nécessité d'un arrêt de travail ? Complications de la grossesse possibles si travail trop physique par exemple), ses **antécédents** à la fois familiaux, médicaux et chirurgicaux. Ainsi, il faut savoir si la patiente est traitée pour du diabète ou des problèmes de thyroïde car certains traitements sont contre indiqués en cas de grossesse, si elle présente des troubles psychiatriques, si elle a déjà été transfusée ou encore si elle a déjà eu des maladies thrombo-emboliques puisque la grossesse est un moment à fort risque thrombogène, par conséquent une mise sous anti-coagulants peut être recommandée...

Pour les **antécédents gynécologiques** on recherche l'**herpès** génital, la date et le résultat du dernier **frottis** cervico-vaginal, une **infertilité**, une **chirurgie pelvienne**.

Les **antécédents obstétricaux** : **GEU, fausse couche spontanée, IVG** dont on précise les modalités (curetage ou pas ?) et les complications car un utérus cureté peut provoquer des anomalies utérines ultérieures, **nombre de grossesses, déroulement & issue** (terme/voie basse ou césarienne), **périnée** ayant subi une épisiotomie, **allaitement**, poids des enfants et leur état de santé, déroulement des suites de couche.

L'**interrogatoire** est long mais essentiel dans l'appréhension de la femme enceinte, il est d'une importance

majeure de prendre le temps de tout bien demander et surtout de caractériser le **contexte** de la grossesse : est-ce un enfant désiré ? Le couple est-il séparé ?...

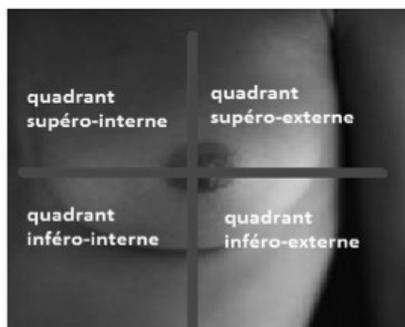
### 1.2 L'examen clinique général

On passe ensuite à l'**examen clinique général** où l'on évalue **tous les mois** :

- La prise de **poids** qui est physiologiquement harmonieuse et inférieure à 12 kg en moyenne à terme. Une prise de poids excessive durant la grossesse doit mener le médecin à rechercher un diabète gestationnel.
- La pression artérielle, de préférence via une mesure automatisée plutôt que manuelle. On prend la **tension** après une phase de repos en position assise bras nu avec un brassard adapté. Une PA normale doit être inférieure à 140 mmHg (systolique)/ 90 mmHg (diastolique), si l'on dépasse ce seuil il faut systématiquement rechercher des signes fonctionnels d'hypertension tels que les céphalées, les phosphènes, les acouphènes ou la barre épigastrique.
- Les nitrites et la protéinurie par la réalisation d'une **bandelette urinaire**. Cet examen est important en clinique car trop de nitrites urinaires peuvent signer une pyélonéphrite et une protéinurie élevée est un signe possible de pré-éclampsie.

En revanche, certaines pratiques n'ont pas besoin d'être réitérées à chaque consultation :

- **Auscultation cardio-pulmonaire** est systématiquement effectuée lors de la première consultation
- Interrogatoire et palpation pour détecter une possible **dysthyroïdie**
- Examen des **seins** au moins une fois en début de grossesse sur une patiente allongée ou semi assise, il est bilatéral et comparatif, se réalisant sur les 4 quadrants qui composent le sein. Cet examen permet de détecter d'éventuels anomalies du mamelon, tumeur, adénopathie axillaire ou écoulement mammaire. Il est très important car il permet de le dépistage du cancer du sein et les premières discussions sur l'allaitement. En cas d'anomalie on peut compléter l'exploration par des examens complémentaires notamment une échographie mammaire ou une mammographie.



- Examen de la **peau** (lésion, cicatrices, prurit)
- Pathologies **veineuses**
- **Myopie** : si celle-ci est très forte cela peut poser problème lors de la poussée car il y a possibilité de décollement de la rétine)
- **Boiterie** à la marche (pour le bassin)

### 1.3 L'examen clinique obstétrical

**L'examen obstétrical** regroupe des gestes spécifiques à la prise en charge d'une femme enceinte, on réalise notamment une *palpation abdominale* qui nous permet de caractériser plusieurs paramètres :

- **La contractilité** de l'utérus
- **La hauteur utérine**, qui se mesure entre le bord supérieur du pubis et le fond utérin et dont la norme correspond au **nombre de mois x 4 (-2 pour 8ème et 9ème mois)**. Une hauteur utérine en **excès** peut signer une erreur de **terme**, une **macrosomie** foetale (= fœtus trop gros), une **grossesse multiple** ou un **hydramnios** (= excès de liquide amniotique), et doit mener à la recherche d'un **diabète gestationnel**. A l'inverse une



hauteur utérine trop **petite** peut être corrélée à une erreur de **terme**, un **retard de croissance intra-utérin**, un **oligo** voire un **anmios** (= diminution ou absence de liquide amniotique, incurable). Dans tous les cas une hauteur utérine anormale doit être suivie d'une **échographie** de contrôle.

- **La position du fœtus**
- **Le poids foetal**
- **Le volume du liquide amniotique**

Outre la palpation abdominale, il faut **ausculter les bruits du cœur fœtal** dès 12-15 SA, via un détecteur à ultrasons utilisant l'effet Doppler. Le rythme fœtal de base se situe entre 110 et 160 battements par minute.

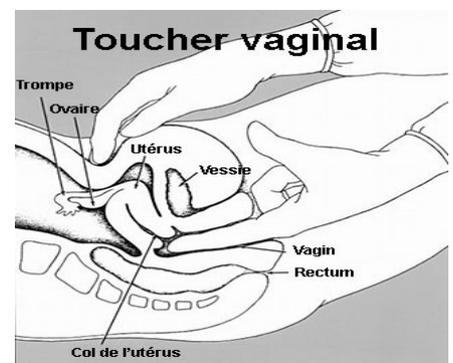
On examine également la **vulve et le périnée**, les lèvres, à la recherche de lésions cutané-muqueuses comme des condylomes (= « verrues génitales » liées à HPV) ou de l'herpès, des cicatrices (d'épisiotomie précédente par exemple), des mutilations ou des pathologies veineuses comme des varices vulvaires ou des hémorroïdes.

L'examen du **col** au **spéculum** permet d'en apprécier l'aspect et la couleur, de repérer toute particularité ou anomalie de sa muqueuse (ectropion banal, polype, vésicules herpétiques, condylomes...) et de mettre en évidence un écoulement potentiel. C'est la même chose pour la paroi vaginale.

Le **toucher vaginal** est bi-manuel, il s'effectue avec une main intra-vaginale dont l'index et le majeur sont positionnés sur le col de l'utérus et une main abdominale qui empaume le fond utérin.

C'est un geste extrêmement courant et utile permettant plusieurs choses :

- Au 1er trimestre → diagnostic clinique de la grossesse
- Au 2ème trimestre → recherche de modifications cervicales
- Au 3ème trimestre → exploration du col, du segment inférieur, de la présentation foetale, de l'état des membranes lorsque l'orifice interne est ouvert, du tractus génital et même du bassin osseux



*NB : le segment inférieur est une partie de l'utérus qui se forme au 3ème trimestre, entre le corps et le col utérin. Il s'amplifie et s'amincit au fur et à mesure qu'il se moule sur le pôle foetal, soit en fin de grossesse chez la primipare, soit en début de travail chez la multipare.*

Point très important (LE plus important du cours selon la prof, je dis ça...) :

On caractérise toujours un col de la même façon, par sa **position, sa longueur, sa consistance et son degré d'ouverture ou de fermeture**.

Ainsi, un **col normal est long, postérieur, tonique et ferme**.

Enfin, l'examen obstétrical inclut l'examen clinique du **bassin** au **8ème mois** dans le cadre du dépistage de potentielles **anomalies de formes et de dimensions**, de malformations ou de lésions traumatiques contre-indiquant un accouchement par voie basse. En cas de doute on réalise un **pelviscanner**.

## 2. Organisation du suivi

### 2.1 Suivi clinique

Le suivi obstétrical normal se déroule sous forme d'une consultation mensuelle. Comme il a été précisé dans la partie précédente, toutes les subtilités de l'examen clinique ne sont pas à réitérer à chaque consultation, par exemple l'exploration au spéculum ou le toucher vaginal ne sont pas nécessaires à chaque consultation si la femme enceinte n'a ni contractions ni antécédents obstétricaux ou pertes anormales de liquide.

On pose **toujours** à la future mère des questions à propos des **mouvements** actifs fœtaux qu'elle ressent, des potentielles **pertes** de liquides ou de sang, des **contractions** et des **signes fonctionnels urinaires** de la grossesse (pollakiurie par exemple).

Pour ce qui est de l'examen physique on prend **systématiquement** les constantes suivantes :

- **Poids de la mère**
- **Tension artérielle**
- **Bandelette urinaire**
- **Hauteur utérine**
- **Bruits du cœur fœtal**

→ *Hyper important pour la prof !*

Pour les échographies, une grossesse normale impose un suivi par **3 échographies à 12, 22 et 32 SA**. Au **2ème et au 3ème trimestre** ces images permettent de caractériser la **vitalité, la morphologie, les dimensions, le poids et la croissance fœtale** ainsi que de localiser et de visualiser le **placenta**, la quantité de **liquide amniotique** et d'étudier le débit de l'**artère ombilicale** via un Doppler.

Par ailleurs, il est impératif pour toute femme enceinte d'assister à une consultation d'**anesthésie**. En effet même si celle-ci souhaite un accouchement par voie basse sans péridurale ou autre, on doit toujours anticiper une possible urgence (détresse fœtale, hémorragie de la délivrance...) nécessitant un rapide passage au bloc opératoire.

## 2.2 Suivi biologique

Il faut également suivre la patiente d'un point de vue biologique, par des prises de sang notamment. On fait une **recherche d'agglutinines irrégulières** (cf. cours UE6 sur les groupes sanguins) et on établit une **carte de groupe** sanguin, en effet la patiente peut avoir besoin d'une transfusion en cas de complications, notamment en cas d'hémorragie de la délivrance. Les futures mères de **rhésus négatif** font, en outre, l'objet d'une **prévention de l'allo-immunisation** par injection d'**immunoglobulines**, cette mesure est nécessaire car chez la femme de rhésus négatif, s'il y a passage transplacentaire d'hématies fœtales de rhésus positif dans la circulation maternelle, il y aura production d'anticorps anti-D en réponse. Les anticorps maternels traversant le placenta vers la circulation foetale provoquent en retour une hémolyse et une anémie chez le fœtus de rhésus positif.

Des **sérologies** de début de grossesse sont également **obligatoires : rubéole, syphilis, hépatite B et toxoplasmose**. Si la sérologie de la **toxoplasmose** revient **négative** il faut impérativement faire des **dosages tous les mois** pour vérifier l'état infectieux de la mère et lui dire **d'éviter** des expositions à la terre et à la litière de **chat**.

Certaines sérologies sont **optionnelles** : on propose systématiquement celle du **VIH** mais elle n'est pas obligatoire, quant à celle du **CMV**, elle n'est à faire que si on retrouve des signes d'infection au CMV à l'échographie, sinon la prévention passe par des conseils d'hygiène de vie : éviter la salive, l'urine et les larmes d'enfants.

On réalise une NFS à 6 mois de grossesse sur laquelle il est normal, dans une certaine mesure qui n'a pas été communiquée par la prof, d'observer une hémodilution, une hausse des polynucléaires neutrophiles et une thrombopénie.

Concernant le diabète gestationnel, il est à rechercher à 24-28 SA si la patiente a des antécédents familiaux de diabète, qu'elle est obèse, âgée de plus de 35 ans ou qu'elle a des antécédents obstétricaux de macrosomie. La recherche de la trisomie 21 n'est pas obligatoire mais l'on peut proposer à toutes les patientes dont la grossesse n'est pas multiple, on prend en fait en compte la présence de marqueurs sanguins, l'âge de la mère et les résultats de l'échographie, cela donne un score qui permet de décider s'il est nécessaire d'effectuer un caryotype.

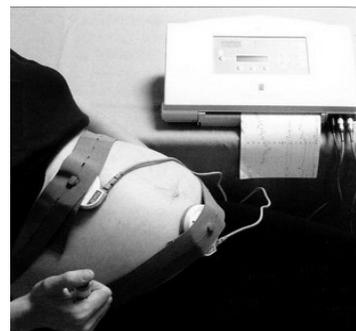
## 2.3 Hygiène de vie

- **0 verres d'alcool** → il n'y a pas de dose seuil
- Idem pour le **tabac** car il entraîne des retards de croissance intra-utérins
- Pas d'**automédication** car de nombreux traitements sont contre-indiqués en cas de grossesse

## IV) L'accouchement

Le travail induit des **modifications cervicales + contractions utérines régulières et douloureuses.**

Il faut avoir le réflexe de placer sous **monitoring** toute femme qui vient aux urgences pour des contractions utérines : on place 2 capteurs, 1 sur le fond utérin qui évalue la fréquence (et non l'intensité) des contractions et un autre qui donne le rythme cardiaque du bébé qui sera normal s'il est compris **entre 120 et 160 battements par minute, avec des accélérations et une possible bradycardie (= décélérations prolongées du rythme d'au moins 10 mn)**



Les modifications cervicales se traduisent par un **raccourcissement du col qui par ailleurs se centre, se ramollit, s'ouvre et se dilate.**

### 1. Menace d'accouchement prématuré (MAP)

*Ce n'est pas le plus important du cours, on s'en fiche un peu selon la prof..*

- Modifications cervicales (< 20mm de dilatation pour le col)
- Contractions utérines douloureuses

Dans ce cas il faut hospitaliser la patiente et rechercher la cause de cette MAP, on fait un bilan infectieux et on stoppe les contractions par administration de tocolytiques.

### 2. Accouchement d'un singleton en présentation céphalique

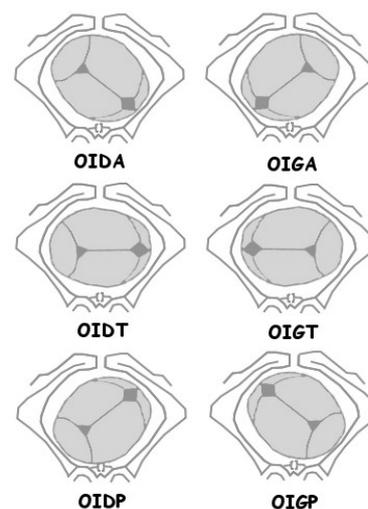
L'analgésie obstétricale peut recouvrir plusieurs formes : **péridurale** (80% des accouchements), rachianesthésie, anesthésie générale ou locale voire être inexistante à la demande de la patiente et si son état le permet. (La prof n'a pas développé ces types d'anesthésie, ils ont juste été cités)

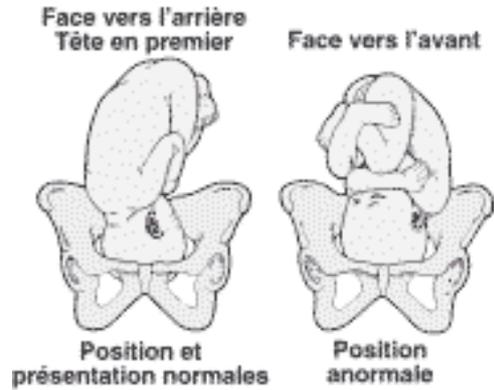
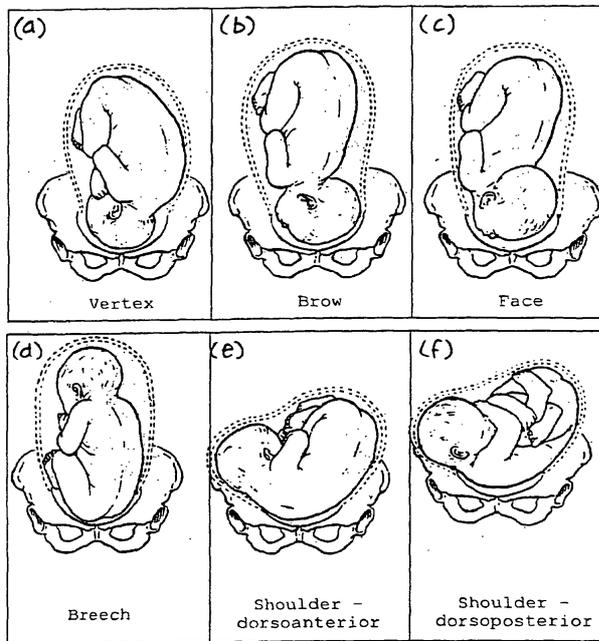
#### 2.1 Suivi du travail

On examine la patiente environ toutes les heures afin de vérifier l'évolution de la **dilatation du col, la fréquence des contractions, la fréquence cardiaque du fœtus, l'orientation de la tête, les constantes vitales** de la mère (notamment si elle est sous anesthésie), les **douleurs** (administration d'une anesthésie ou adaptation de la posologie), la **miction** (sous péridurale il n'est pas possible d'uriner sans être sondée au préalable), l'état de la **poche des eaux** & la couleur du **liquide** (possibilité d'être rompue sans que le travail commence : rupture prématurée des membranes avec risque infectieux majeur).

#### 2.2 La présentation fœtale

La présentation fœtale est diagnostiquée par la **palpation abdominale** et confirmée par le toucher vaginal au cours duquel on palpe les **fontanelles** et **l'échographie**. Il est tout à fait possible d'accoucher par voie basse d'un enfant se présentant par le siège (= les fesses sortent d'abord) ou par la tête, en revanche les présentations transverses ou autres nécessitent une version (= on retourne le bébé dans le ventre) ou une césarienne. La présentation la plus fréquente et la plus favorable est l'**occipito-iliaque gauche antérieure**.





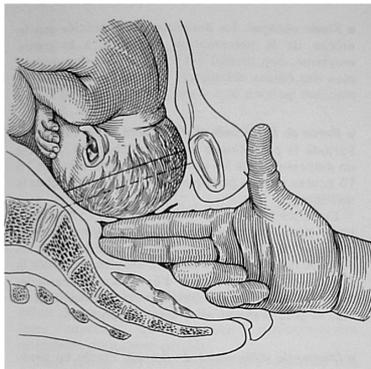
Il faut toujours que le bébé « regarde vers le bas »

### 2.3 Déroulement de l'accouchement

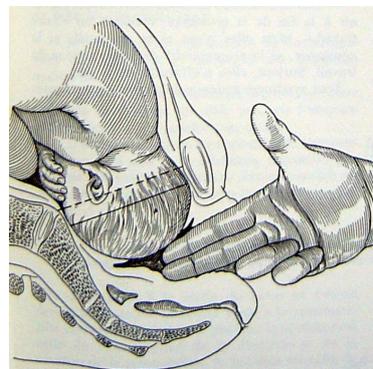
Un accouchement normal se divise en 3 étapes :

**Engagement** → **Descente dans l'excavation** → **Dégagement**

L'engagement correspond au passage de la tête dans le détroit supérieur, on le diagnostique cliniquement par le **signe de Farabeuf** : si au toucher vaginal on sent la tête du bébé, l'engagement a débuté.



Tête non engagée



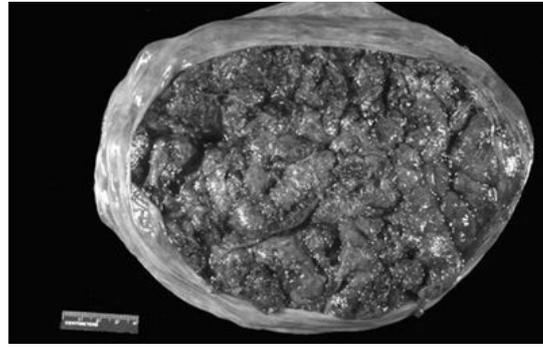
Tête engagée

Le dégagement se décompose en plusieurs étapes aboutissant à la sortie complète du nourrisson : l'**épaule postérieure** s'engage d'abord, puis la **tête** se dégage hors du corps de la mère, on observe alors un mouvement de **restitution** c'est à dire une rotation de la tête du fœtus permettant à l'**épaule antérieure** de s'engager à son tour. Enfin le reste du **corps** peut sortir.

Suite à la naissance du bébé, une dernière étape est nécessaire : la **délivrance**, qui correspond à l'expulsion (naturelle ou par extraction) des **annexes** du fœtus, soit le placenta, le cordon ombilical et les membranes. On considère qu'il y a une **hémorragie du post-partum** si, lors de la délivrance, les pertes sanguines sont supérieures à **500 cc** et si celle-ci dure **plus de 20 à 30 minutes**. Cette complication hémorragique constitue une **urgence**. Une fois le placenta sorti et examiné, on effectue une **révision utérine** : on vérifie à la main la **vacuité utérine**.



Face foetale



Face maternelle

Il faut en outre agir suite aux possibles **lésions périnéales** causées par la poussée, le périnée peut ainsi se déchirer complètement formant un cloaque entre le rectum et le vagin : c'est le **périnée complet** qui a un retentissement majeur sur la qualité de vie de la patiente puisqu'il provoque parfois une incontinence. Cette complication se voit notamment chez les patientes ayant accouché dans les pays moins développés. Il peut aussi y avoir des **déchirures** simples ou des **épisiotomies** (20% des accouchements en France, à l'appréciation de l'opérateur)

### 3. Accouchements particuliers

- Extractions **instrumentales** (forceps, ventouse) : 12% des naissances en France, on ne les fait que si la présentation est céphalique et si le bébé est déjà engagé
- Par le **siège** : 4% des naissances en France, une telle présentation implique des précautions car si la tête passe tout passera, mais là la tête peut rester coincée alors que le corps sort, ce qui provoque parfois des issues dramatiques car il est presque impossible de faire sortir la tête à partir du moment où celle-ci est coincée. Un accouchement par voie basse par le siège est par conséquent contre-indiqué si l'enfant à naître présente une macrosomie ou si la radiopelvimétrie n'est pas normale car trop de risque qu'il ne puisse pas passer.
- Les **jumeaux** (1,5%) : même si les grossesses gémellaires restent rares, leur nombre augmente grâce à l'essor de la PMA et à l'augmentation de l'âge maternel.
- **Césarienne** (20% France) : elle peut être indiquée en cas d'urgence (anomalie du rythme cardiaque fœtal, éclampsie...) ou programmée (présentation transverse, siège avec bassin trop étroit...). La réalisation de césariennes se fait pour des risques maternels comme foetaux et fait l'objet de débats dans certains cas, certains praticiens la font par exemple systématiquement lors d'un siège. On évite les césariennes car, comme toute intervention chirurgicale, il y a des risques hémorragiques, de plaie, d'infection, thrombo-embolique, anémique, de trouble du transit, ainsi qu'un risque de rupture utérine au cours de la prochaine grossesse entraînant la mort foetale in utero. On peut également observer plus de placenta accreta chez les femmes ayant subi une césarienne ou des curetages à répétition, dans ce cas le placenta s'insère non pas sur la muqueuse utérine mais carrément dans le myomètre ce qui est potentiellement dangereux. Les complications foetales de la césarienne sont plus à court terme : retard de résorption du liquide amniotique et dépression respiratoire.

## V) Suites de couche

### 1. Post-partum immédiat

La patiente qui vient d'accoucher reste **2h sous surveillance en salle de travail, à jeun et perfusée** au cas où il faudrait la transférer au bloc opératoire pour traiter d'éventuelles complications. Toutes les 30 minutes on vérifie ses **constantes**, le **globe utérin** (= sensation que donne à la palpation l'utérus rétracté après l'accouchement), les **saignements** et la **miction**.

## 2. Suite de couche

La patiente reste hospitalisée quelques jours et est l'objet d'une **surveillance pluriquotidienne** d'un nombre important de facteurs :

- Tension artérielle
- Fréquence cardiaque
- Température
- Douleur
- Palpation des mollets
- Mictions & transit
- Involution utérine (globe utérin)
- Abondance aspect et odeur des lochies (= écoulements sanguinolents faisant suite à un accouchement)
- Cicatrisation périnéale
- Etat mammaire & lactation
- Etat psychique (dépression post-partum?)

Petit point sur les congés parentaux :

Maternité	Paternité
6 semaines avant l'accouchement 10 semaines après l'accouchement → Si 1er ou 2ème enfant	11 jours → Grossesse unique
8 semaines avant 18 semaines après → A partir du 3ème enfant	18 jours → Jumeaux
12 semaines avant 22 semaines après → Jumeaux	

## 3. Allaitement

L'allaitement se fait **à l'éveil**, sans fixer d'intervalles et « à la demande » de la mère, c'est SON choix.

Pour allaiter correctement, la bouche du nouveau-né doit prendre largement l'aréole, et l'allaitement doit être **exclusif et prolongé** pendant au moins 4 à 6 mois.

L'allaitement confère de **nombreux avantages** au nouveau-né : son développement cognitif sera meilleur et on observe chez les enfants ayant reçu ce type de nutrition une diminution de la fréquence des infections ORL, respiratoires et gastro-intestinales, mais aussi des dermatites atopiques, de l'eczéma, de l'obésité, des maladies vasculaires et de la mort subite du nourrisson. Cependant tout le monde ne peut pas allaiter : cette pratique est contre-indiquée si la mère est séropositive.

*Dédicace à Nina qui ne lira sûrement jamais ça mais qui m'a soutenue dans cette folle nuit de ronéotypage, aux PRPs & PMs avec le 312, à Steeve qui est un chevronné d'une qualité certes discutable mais que j'aime bien au fond, à Gab et Camcam qui me suivent et m'entraînent à leur tour toujours plus loin dans les conneries, à ma marraine toujours à l'écoute, à Auréliane, Victoria et Mathéo qui liront ça l'année prochaine j'en suis sûre ! Et dédicace à vous tous qui lisez ça et qui réouvrirez cette ronéo pour travailler le cours dans 1 mois si tout va bien.*