

UE7 Gynécologie Endocrinologie
Pr Diane Korb - CCA
Le 9/11/16 de 13h30 à 16h30
Roneotypeur 1 ère moitié : Mathilde Pierrot
Roneotypeur 2 ème moitié : Margaux Pistien

Cours 15 : Sémiologie obstétricale

SA= semaine d'aménorrhée
GEU= grossesse extra utérine

Plan :

- I) Grossesse extra utérine (GEU)
 - A- les facteurs de risques
 - B- clinique
 - C- examen clinique
 - D- Echographie
 - E- Coelioscopie

- II) Diagnostic de grossesse
 - A- La grossesse
 - B- Les signes sympathiques de grossesse
 - C- Examen clinique
 - D- Tests biologiques
 - E- Echographie

- III) Surveillance de la femme enceinte
 - A- pesée
 - B- Pa
 - C- Bandelettes urinaires
 - D- Inspection générale
 - E- Auscultation cardio pulmonaire
 - F- Thyroïde
 - G- Seins
 - H- Examen obstétrical
 - I- Palpation abdominale
 - J- examen clinique
 - K- suiti de grossesses
 - L- suiti biologiques

- IV) Accouchement
 - A- Le travail
 - B- L'accouchement normal
 - C- Délivrance
 - D- Allaitement
 - E- Suite de couche

D) Grossesse extra utérine

La grossesse extra utérine est la première cause de mortalité chez la jeune femme. Ce peut être un problème au niveau des cil de la trompe, l'œuf ne se positionne pas au bon endroit.

Jusqu'à preuve du contraire toute femme en âge de procréer à une GEU.

Le professeur a insistée sur le fait que même quand on y pense on n'y pense pas assez.

A) Les facteurs de risque

Il existe différents facteurs de risque pour une GEU :

- **les antécédents** : GEU, une chirurgie tubaire, Salpingites (= infections des trompes) ou infections pelviennes, les adhérences et chirurgies pelviennes, la stérilisation tubaire ou encore la prise de DES aujourd'hui interdits (lorsque qu'une mère a pris des médicaments (distilbènes) pendant sa grossesse, il y a des risque de malformation utérine pour le fœtus, qui risque dans son futur de contracter une GEU).
- **Traitements en cours** : PMA, microprogestatifs, stérilet, pilule du lendemain.
- **Tabac**

B) Clinique

On a une symptomatologie variée. On peut avoir plus ou moins de symptômes. Lors de l'interrogatoire clinique on a :

- des douleurs pelviennes non spécifiques (fosse iliaque droite ou gauche)
- Aménorrhée, c'est un retard de règle qui montre que la femme est enceinte
- Métrorragie qui sont souvent de couleur noire en très forte abondance
- Signes de grossesse
- Si la femme a déjà une GEU qui est rompue on va avoir malaise et scapualgie qui sont des douleurs au niveau des épaules, reflet de saignements dans le ventre.

C) Examen clinique

Lors de l'examen clinique on observe :

- une irritation péritonéale,
- une douleur à la palpation abdominale on recherche surtout les défenses qui sont un signe d'hémopéritoine, signe de gravité.
- douleur annexielle
- masse annexielle
- lors du touché vaginal l'utérus est plus petit que ne le voudrait l'avancée de la grossesse puisque la grossesse est extra utérine.
- des douleurs au niveau des cul de sac latéral, du coté ou se trouve la GEU, et au niveau du cul de sac de douglas qui est le signe de l'hémopéritoine.

D) Echographie

Echographie par voie endovaginale : en noir en haut c'est la vessie, au centre on a l'utérus en avant il y a le cul de sac utérin et en arrière le cul de sac de Douglas. En blanc, le trophoblaste en noir le sac de grossesse avec la vésicule vitelline.

Cette grossesse est intra utérine, bien placée au fond de l'utérus.



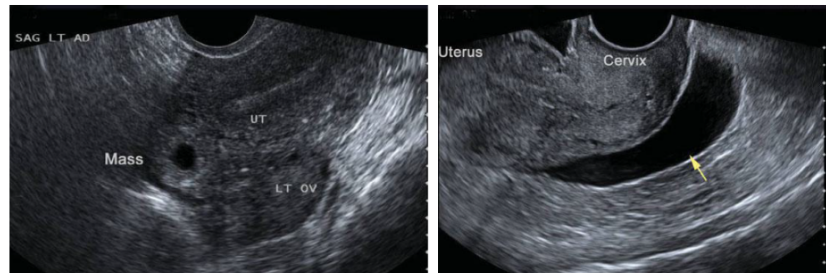
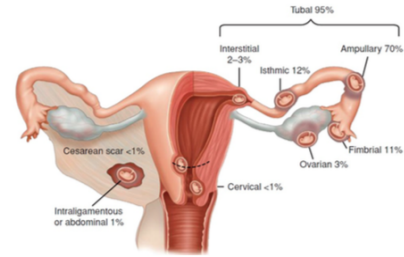
En cas de GEU :

On remarque sur l'échographie de droite un épanchement du péritoine autrement dit, un hémopéritoine qui peut être le signe d'une GEU rompue ou entrain de se rompre. Sur l'autre écho on est en coupe axiale, l'endomètre est fin, on a ce qu'on appelle une vacuité utérine, l'ovaire en noire est entouré d'une masse qui représente l'endroit où la GEU s'est logée (au niveau des trompes). (on a toujours la vessie et les culs de sacs)

Normalement chez la femme on ne voit les trompes qu'en cas d'infection ou de GEU.

Echographie

- Echographie :
 - Vacuité utérine
 - Masse latéro utérine
 - Épanchement dans le douglas



Les signes échographiques de la GEU sont donc :

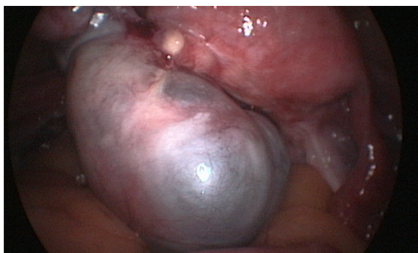
- la vacuité utérine
- Masse latéro utérine
- Epanchement dans le cul de sac de douglas

Pour le traitement, si la GEU utérine est rompue, il y a un hémopéritoine c'est une urgence on réalise le plus souvent un coelioscopie (si les caractéristiques hémodynamiques le permettent).

E) Coelioscopie

La coelioscopie est tout d'abord diagnostique, on voit la grossesse extra utérine.

Coelioscopie

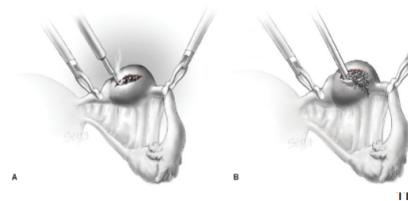


- Diagnostique
- Salpingotomie
- Salpingectomie

On remarque ici que la trompe est particulièrement augmentée de taille, c'est donc ici que se situe la GEU.

Deux traitements sont possibles soit la **salpingotomie** qui consiste à ouvrir la trompe et à extraire le trophoblaste logé à cet endroit, puis à faire l'hémostase.

Si la trompe est vraiment trop abimée, ou que l'on ne parvient pas à faire l'hémostase on peut réaliser une **salpingectomie** c'est à dire retirer la trompe du côté de la GEU. On laisse l'ovaire la femme a donc bien deux ovaires et garde des possibilités de grossesses, cependant aux prochaines grossesses, il faudra redoubler de surveillance pour bien vérifier que la grossesse est intra utérine.



La grossesse extra utérine représente un réel danger pour les femmes il faut toujours y penser, surtout à la vue de douleurs et de saignements en début de grossesse. Tant que l'on a pas pu observé l'image d'une grossesse intra utérine (normale) c'est une suspicion de GEU jusqu'à preuve du contraire.

La prof a précisé que cette partie était la plus importante du cours.

II) Diagnostic de grossesse

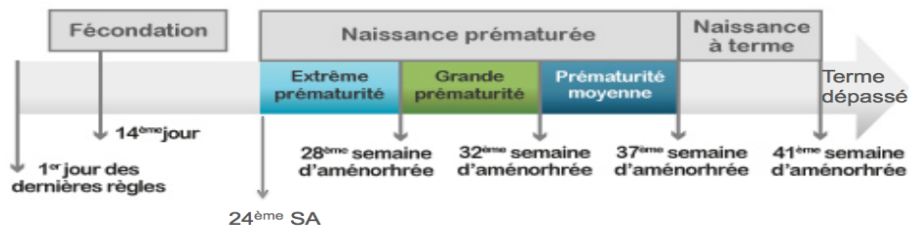
Le diagnostic de grossesse se fait tout d'abord sur l'**aménorrhée** (retard de règle) ; il faut toujours demander à la patiente la date de ses dernières règles normales; en cas de cycle régulier la date de début de grossesse est définie à 14 jours de retard.

RQ : On parle toujours en semaine d'aménorrhée. Donc en début de grossesse on est déjà à deux semaines d'Aménorrhée.

Le diagnostic est également porté sur les signes sympathiques de grossesse, l'examen clinique, la biologie et enfin l'échographie.

A) la grossesse

Lors d'une grossesse le médecin doit prendre en compte deux éléments : la gestité et la parité. La gestité est le nombre de grossesse et la parité est le nombre d'accouchement. Par exemple pour une GEU on a G=1 et P=0, pour des jumeaux on a G=1 et P=2.



Enfant viable à partir de la 24^{ème} semaine (500g). Enfant à terme à 37 semaines d'aménorrhée. Une Grossesse normale va jusqu'à 41 semaines d'aménorrhée.

B) Signes sympathiques de grossesse

Ces signes varient selon les femmes et même pour une même femme en fonction des grossesses.

Au niveau des seins il y a :

- augmentation de la taille
- augmentation de la douleur, de la tension
- bombement de l'aréole
- saillie des glandes sébacées : tubercules de montgomery

On observe également des nausées matinales suivies ou non de vomissements. Des signes urinaires avec une envie plus fréquente d'uriner = pollakiurie. On peut avoir une Hypersialorrhée = beaucoup de salive et donc besoin de cracher.

C) Examen clinique

On peut retrouver certains signes chez une femme en début de grossesse :

- Au spéculum : un col violacé, glaire cervicale absente ou coagulée ou un ectropion
- Au toucher vaginal combiné au palper abdominal : un utérus augmenté de volume

Toucher vaginal :

Une main avec 2 doigts en intra vaginal et toujours une main posée sur l'abdomen pour évaluer la hauteur de l'utérus.

A 2 mois taille d'une orange et à 3mois taille d'un pamplemousse.

A partir de 12 semaines on peut écouter les bruits du cœur du fœtus grâce à un appareil de doppler.



Grâce à toutes ces informations on peut donc dire si la femme est enceinte ou du moins nous

orienter.

D) Tests biologiques

Plus certains, ces test sont très importants.

Il faut doser l'hormone de grossesse la **BHCG** elle est présente très tôt dans **le sang**, 8 à 9 jours après l'ovulation, 48h après l'implantation de la grossesse. Elle est détectable dans le sang avant le retard de règles clinique. Elle est aussi détectable dans les **urines** elle apparaît plus tardivement (14j au moins après la fécondation). C'est un test immunochromatique et il en existe des différents (c'est le classique « test de grossesse »).

E) Echographie

On l'a fait par voie sus pubienne mais on peut s'aider de l'échographie par voie endovaginale car en début de grossesse l'utérus est encore petit. C'est ce qui permet de faire le diagnostic de grossesse, de déterminer la localisation, de repérer le nombre d'embryon. Cela nous permet également de réaliser la **datation** utile pour les femmes qui ne sont pas régulières, qui ne savent pas leur date d'ovulation, pour cela on mesure la **longueur cranio caudal**.

Enfin elle permet d'évaluer la morphologie et les annexes.

III) Surveillance de la femme enceinte

Il y a un examen général ET un examen obstétrical. Il ne faut pas oublier de les examiner de manière générale, surtout pour les femmes qui ne sont pas habituées à se rendre chez un gynécologue, il faut en profiter surtout en début de grossesse.

A) La pesée

Tous les mois, la prise de poids doit être harmonieuse, régulière pour une femme normale on a une prise de 12kg à peu près sur toute la grossesse. Si la femme prend trop de poids il faut rechercher un diabète gestationnel.

B) Mesure de la Pa

Tous les mois, il est recommandé d'utiliser un appareil automatique plutôt que manuel. Elle est relevée à chaque consultation prénatale, on le fait au début de la consultation pour éviter que le stress interfère avec la mesure.

On la recueille : en position assise, bras nus, avec un brassard adapté, dans le meilleur des cas avec un appareil électronique. Pour une femme enceinte **la normale est inférieure à 140/90**.

Une élévation anormale de la tension fera rechercher systématiquement des signes fonctionnels d'hypertension, de pré éclampsie :

- Céphalées : mal de tête
- Phosphènes : points lumineux ou noirs devant les yeux
- Acouphènes : sifflement dans les oreilles
- Barre épigastrique : signe d'un hématome hépatique (rare)

C) Bandelettes urinaires

Tous les mois et aussi à chaque fois que la patiente vient aux urgences. On recherche deux choses : les nitrites et la protéinurie. Les nitrites sont utiles pour la recherche d'une infection qui pourrait être asymptomatique, car chez la femme enceinte on traite toutes les infections même celles qui n'ont pas encore de signes fonctionnels. On traite précocement toutes les infections urinaires. La protéinurie qui s'inscrit dans



un cas de pré éclampsie (avec tension élevée).

D) Inspection générale

Lors de la première consultation : taille, poids, IMC (si trop élevé recherche de diabète). On réalise également un examen de la peau (lésion, cicatrices de césarienne antérieure, prurit) . Recherche de pathologie veineuse (prescription de bas de contention voir d'anticoagulants). On voit si elle a une myopie très élevé qui est une contre indication aux efforts expulsifs (risque de décollement de rétine). Enfin on regarde la boiterie à la marche signe d'un bassin pathologique qui pourrait compliquer l'accouchement par voie basse.

E) Auscultation cardio pulmonaire

Première consultation, si anormale on adresse la patiente à un cardiologue.

F) Thyroïde

Première consultation, à l'interrogatoire on recherche les antécédents et signes cliniques de dysthyroïdie qui pourraient compliquer le bon déroulement de la grossesse, et on palpe la glande.

G) Examen des seins

Première consultation, au moins une fois en début de grossesse. On recherche une anomalie du mamelon, une tumeur, une adénopathie axillaire ou encore un écoulement mammaire. Très important pour le dépistage du cancer du sein.

On tient également une discussion sur l'allaitement.

H) Examen obstétrical

Il faut inspecter l'abdomen notamment la forme de l'utérus.

I) Palpation abdominale

On vérifie que l'utérus est bien souple et qu'il n'y a pas de contraction, on mesure tous les mois la hauteur de utérus, pour cela on prend un mètre de couture que l'on place entre le bord supérieur du pubis et le fond utérin, on mesure la distance.

Norme : $\text{nbr de mois} \times 4$ (-2 pour le 8^e et le 9^e mois) à terme la hauteur de l'utérus est à peu près 32-33cm. On regarde également à la palpation la position du fœtus et le coté du dos du fœtus. Il faut palper au niveau du fond utérin si on sens la position de tête ou bien de siège foetal et en palpant sur les cotés on recherche la situation du dos.

On estime le poids du fœtus, et le volume du liquide amniotique (signe du flot).

Excès de liquide : fœtus très mobile.

J) Examen clinique

● Mesure de la Hauteur Utérine

Une HU excessive peut être due à :

- une erreur de terme
- une macrosomie (taille trop grosse du bébé)
- des grossesses multiples
- un excès de liquide (= hydramnios)

→ on recherche donc un diabète gestationnel, et on contrôle par une échographie, on recalcule le terme.

Une HU trop petite peut être due à :

- une erreur de terme
- retard de croissance intrautérin
- un défaut de liquide amniotique (=oligo ou anamnios)

→ on effectue un contrôle échographique

● L'auscultation des bruits du cœur foetal pour vérifier que le bébé est bien vivant se fait en consultation vers 12-15 SA, à l'aide d'un détecteur à ultrason utilisant un effet doppler. Le rythme de base du fœtus est plus élevé que chez l'adulte : entre 120 et 160 bpm. Cet examen se fait tous les mois.

● L'examen de la vulve et du périnée : à chaque consultation on examine aussi avant le toucher vaginal l'état de la vulve et du périnée.

- Evaluation de l'état des lèvres.
- Présence ou non de lésions cutané-muqueuses telles que des condylomes (signe d'une infection à papillomavirus) ou des herpès (peut faire modifier la voie d'accouchement car risque de contamination foetale).
- Présence ou non de pathologies veineuses (varices vulvaires, hémorroïdes).
- Cicatrices et mutilations

● L'examen du col utérin et de la paroi vaginale au spéculum permet :

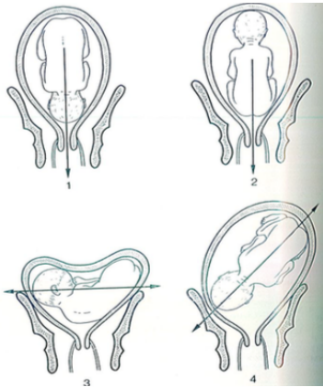
- D'apprécier son aspect et sa couleur
- De repérer toute particularité ou anomalie de muqueuse (ectropion banal, polype, vésicule d'herpès, condylomes, lésion ou signes infectieux).
- De mettre en évidence un écoulement
- Au niveau de la paroi vaginale, permet d'apprécier la couleur, les sécrétions, et lésions de la muqueuse.

● Le toucher vaginal s'effectue aux trois trimestres :

- 1er trimestre : diagnostic clinique de confirmation de grossesse. On observe une augmentation du volume de l'utérus
- 2ème trimestre : recherche de modifications cervicales. Si pendant cet examen on observe des modifications cervicales avec présence de petites contractions, on présente la patiente aux urgences.
- 3ème trimestre : évaluation de l'**état du col**, du segment inférieur, de la **présentation foetale**, de l'état des membranes lorsque l'orifice interne est ouvert, du **bassin osseux** et du tractus vaginal, qui doivent être propices à l'accouchement par voie basse.

Le **col utérin** possède 4 caractéristiques : Position, longueur, consistance, degrés de fermeture ou d'ouverture. En situation normale, le col est postérieur, long, tonique et fermé. En situation d'accouchement, on parle de modifications cervicales, le col est centré, court, dilaté et ouvert jusqu'à 10 cm.

La **présentation foetale** diagnostiquée par la palpation abdominale et confirmée par le touché vaginal et l'échographie.



Ici position céphalique et par le siège. (physiologiques)

Ici position histocique et transverse (pathologiques) : ni la tête ni les fesses ne font face à l'air de dilatation. On ne pourra pas accoucher ici par voie basse.

L'examen clinique du **bassin** : s'effectue au 8ème mois, et permet de dépister des anomalies de formes et de dimension, des malformations ou des lésions traumatiques. Si besoin, on peut effectuer un pelviscanner.

K) Suivi de grossesse

Durant la consultation mensuelle, on effectue :

- **un interrogatoire** : on se renseigne sur les mouvements actifs foetaux (le bébé commence à bouger vers la 25ème SA), la perte de liquide (pertes blanches physiologiques Vs pertes liquides de la poche des eaux), la perte de sang, d'éventuelles contractions, et des signes fonctionnels urinaires (traiter les infections urinaires).
- **Un examen clinique** avec évaluation du poids, de la Tension Artérielle (TA) de la Hauteur Utérine (HU), et réalisation d'une bandelette urinaire (BU).

Trois **échographies** sont à réaliser à la 12e SA, à la 22e SA puis à la 32SA.

Enfin une **consultation d'anesthésie** est nécessaire quelque soit la grossesse et son déroulement : en cas d'urgence l'anesthésiste doit être prêt à intervenir tout de suite.

Les échographies du 2ème et du 3ème trimestre permettent d'évaluer la vitalité foetale, la morphologie, l'aspect et la localisation du placenta en gris foncé sur l'image, la quantité de liquide amniotique en noir sur l'image, les biométries foetales, l'estimation du poids et d'une courbe de croissance et l'étude des paramètres doppler au niveau de l'artère ombilicale et surtout.

Les biométries foetales : mesure du diamètre bipariétal (BIP), le fémur, le périmètre abdominal (PA), le périmètre cranien (PC).



L) Suivi biologique

Toute femme enceinte doit avoir un **groupe de rhésus RAI** positif. La détection d'un rhésus négatif permet la prévention de l'alloimmunisation par injection d'immunoglobuline.

Des sérologies doivent être effectuées. Elles sont soit obligatoires :- toxoplasme (si négative, sérologie refaite tous les mois) – Rubéole – syphilis – Aghbs. Soit systématiquement proposées : HIV

La NFS est faite à 6 mois.

La recherche d'un diabète gestationnel à 24-28 SA si :

- antécédant familial de diabète
- obésité
- âge > 35 ans
- antécédants obstétricaux de macrosomie (enfant gros à la naissance)

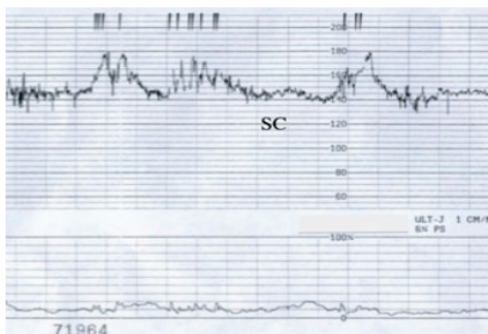
IV) L'accouchement

A) Le travail

Deux éléments qui définissent une femme en travail : les modifications cervicales et les contractions utérines régulières et douloureuses. (++) Les contractions ont un rythme de 4-5 contractions toutes les 10 min.

Le monitoring foetal n'est pas systématique (se fait en urgence ou lorsqu'on a des contractions). Il consiste à enregistrer l'activité contractile de l'utérus.

On place également deux capteurs sur l'abdomen. Le premier en regard du fond de l'utérus : sur le graphique, un pic correspond à une contraction. Le second en regard du cœur du fœtus. Il mesure donc le rythme cardiaque foetal (FC) qui doit se situer entre 120 et 160. Sur le graphe on observe des petites oscillations qui sont des accélérations normales et nécessaires.



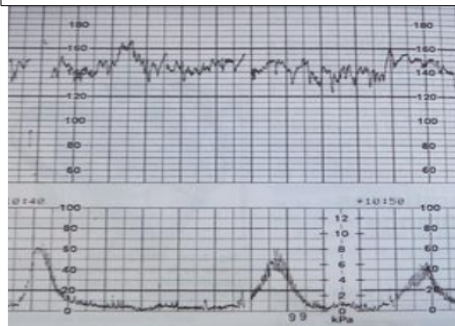
Ci dessus, première ligne, fréquence cardiaque normale du fœtus.

Deuxième ligne : pas de pic donc pas de contraction.

Ci dessous :

1ère ligne, rythme ou fréquence cardiaque foetale normale comprise entre 120 et 160, avec accélération.

2ème ligne : 1 pic = 1 contraction



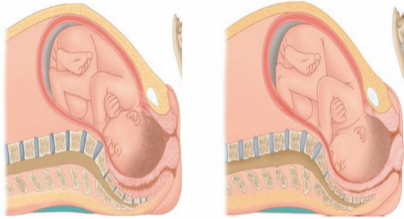
B) Accouchement normal

- Différentes phases :
- l'engagement
 - la descente dans l'excavation pelvienne
 - le dégageant
 - engagement épaule postérieure
 - dégageant tête
 - restitution (reprise de l'axe initial)
 - engagement épaule antérieure
 - dégageant du reste du corps

Engagement : On peut placer deux doigts sous la symphyse afin de sentir l'orientation et la position du bébé.

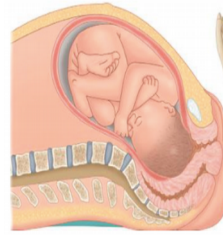
La tête foetale est déjà bien descendue dans le bassin. →

• Engagement



3. Further descent, internal rotation

4. Complete rotation, beginning extension



2. Engagement, descent, flexion



←--Descente dans l'excavation pelvienne.

Dégagement :

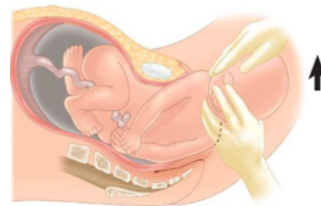
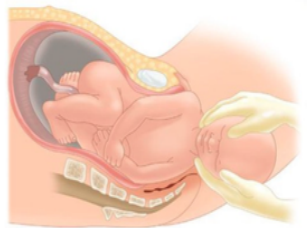
- engagement épaule postérieure (contrainte mécaniques notamment des muscles releveurs de l'anus vont permettre le dégagement et les repositionnement progressif).

- Dégagement de la tête qui sort en occipitau-pubien. → image 1

- Restitution : la tete tourne et se remet dans l'axe, accompagnée du medecin. → image 2

- Engament épaule antérieure : On prend la tête foetale au niveau du cou et on l'abaisse doucement le plus bas possible afin de dégager l'épaule antérieure. Puis on remonte la tête pour dégager la deuxième épaule. → image 3 et 4

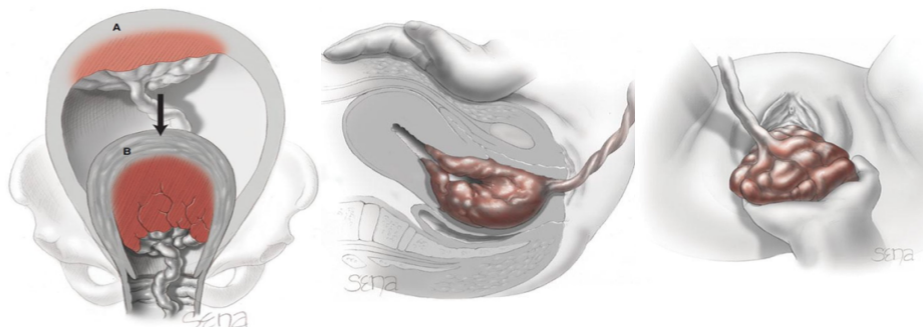
- Dégagement du reste du corps qui sort facilement.



La délivrance

Consiste en l'évacuation du placenta. Elle survient 20 à 30 minutes après l'accouchement.

Un technique pour verifier que le placenta est bien décollé : on a le cordon dans une main, sans tirer dessus, l'autre main placée sur l'abdomen. On refoule pour remonter l'utérus et si le placenta est toujours collé à l'utérus on sentira une resistance au niveau du cordon. (Image du milieu)



Une fois que le placenta est sorti, il faut s'assurer que toutes ses membranes sont également sorties. On examine toujours les deux phases foetale et maternelle du placenta. On s'assure qu'il ne manque pas un cotylédon, on vérifie les vaisseaux sanguins et le cordon. Cet examen est primordial car si il reste des membranes ou des cotylédons dans l'utérus, il va mal se contracter et donc saigner, jusqu'à entrainer une hémorragie.

Si le placenta n'est pas complet, on réalise une révision utérine et on va aller chercher dans l'utérus les éléments manquants.

Une **hémorragie post-partum** correspond à une perte sanguine de **500 cc**. Enfin, la femme reste 2h en

salle d'accouchement afin de surveiller les constantes, les saignements, la miction, l'utérus.

D) Suite de couche

Dure en moyenne 2 jours si c'est un accouchement par voie basse. Elle consiste en une surveillance clinique pluriquotidienne qui comprend la **mesure de la PA, FC, T°** (peuvent faire des endométries du post partum), l'évaluation **des saignements, de la miction, du transit**. On évalue également la **douleur**, on réalise la **palpation des mollets** car risque d'embolie, on surveille l'**involution utérine** qui doit devenir tonique et être située en dessous de l'ombilic. On regarde les **lochies** qui sont des pertes vaginales normales après l'accouchement (odeur, aspect, abondance). On surveille de près la **cicatrisation du périnée**, l'**état des seins** et le **bon déroulement de la lactation**, l'**état psychique** de la patiente et enfin on la conseille.

E) Allaitement

L'allaitement se fait à la demande, sans fixer d'intervalles.

La bouche du bébé doit **entièrement recouvrir l'aréole mammaire**.

L'unique **contre indication** étant le HIV.

Les **avantages** pour le nouveau né sont : un meilleur développement cognitif, une diminution de la fréquence des infections (ORL, respiratoires, gastro-intestinales), des dermatites atopiques, de l'eczéma, de l'obésité, des maladies vasculaires, et des morts innatendues.

Les medecins conseillent un allaitement maternel exclusif et prolongé de 4 à 6 mois.

Pour Hannah, Audrey, Mathilde et Flo toute plus smooth les unes que les autres.

Pour Marine la best jtm bb

Marg <3