

*Sage
Femme*

**Séance de révision
du 05/05/15**



**ARNAUD Lucie
BLINEAU Selena**



Prééclampsie



Prééclampsie

Définition :

- **HTA** (TA >14/9) + **protéinurie >300mg/24h** après **20SA**
- Fréquence **0,5 à 7%**
- Morbidité & mortalité ↑ quand associée à :
 - **HRP** (*hématome rétro-placentaire*)
 - **HELLP syndrome**
 - **éclampsie** (crise de convulsion ...)

Prééclampsie

Forme précoce < 34 SA	Forme tardive > 34 SA	Forme mixe
<p>« c'est la faute du bébé »</p> <p>Anomalie de remodelage vasculaire des a. spiralée (à cause d'un défaut d'invasion du CT) sans anomalie primitive du système vasculaire maternel</p> <p>→ T1 : le placenta se développe dans une atmosphère TROP riche en O2</p> <p>→ T2 : l'afflux sanguin maternel devient insuffisant pour les besoins de développement de l'unité fœto-placentaire => HYPOXIE</p>	<p>« c'est la faute de la maman »</p> <p>Interaction du placenta avec une altération initiale du réseau vasculaire maternel</p>	<p>« c'est la faute des 2 »</p> <p>Composantes maternelles et placentaires</p>
Composantes familiales et génétiques	Diabète, âge, HTA, IMC élevés	

Prééclampsie

Défaut d'invasion du CT => défaut de remodelage des a. spiralées

Fluctuations des concentrations en oxygène dans la CIV

Stress oxydant

Dysfonctionnement généralisé du ST placentaire

Libération des fragments syncytiaux apoptotiques dans la circulation maternelle

Inflammation généralisée de l'endothélium maternel vasculaire

Atteinte multiviscérale

Signes cliniques de la prééclampsie au T2

Prééclampsie

FR généraux

- petit poids de naissance maternel
- l'ethnie (Noires africaines)
- L'âge maternel < 20 ou > 35

FR liés aux caractéristiques de la grossesse

- ATCD de prééclampsie
- Primiparité
- PMA (procréation médicalement assistée)
- Grossesse multiple
- Môle hydatiforme
- Trisomie / Triploidie
- Infection maternelle

FR liés à la maladie maternelle

- HTA avant la grossesse
- Maladie rénale
- Maladie rhumatismale
- Obésité
- Diabète
- Thrombophilie

Prééclampsie

- Pas de traitement curatif

Dépistage précoce + suivi rigoureux

Traitement médicamenteux:

- ❖ Aspirine low-dose
- ❖ Repos, arrêt de travail
- ❖ Antihypertenseur

- **URGENCE OBSTETRICALE**

- Interrompre la grossesse en préservant la santé de la mère et en évitant une trop grande prématurité

QCMs

VRAI / FAUX

Mme Paula B. vient à l'hôpital lors d'une de ses consultations : elle est à 28 SA.

Elle a 5 à 7% de risque d'avoir une pré-éclampsie

FAUX

Elle a **0,5** à 7% de risque d'avoir une pré-éclampsie

VRAI / FAUX

La forme tardive de pré-éclampsie apparaît après 36 SA

FAUX

La forme tardive de pré-éclampsie apparaît après **34 SA**

VRAI / FAUX

La forme précoce de pré-éclampsie apparaît avant 34 SA

VRAI

La forme précoce de pré-éclampsie apparaît avant 34 SA

VRAI / FAUX

**Les facteurs favorisant la forme tardive de prééclampsie sont :
les composantes familiales et génétiques**

FAUX

**Les facteurs favorisant la forme tardive de prééclampsie sont :
le diabète, l'âge maternel, l'IMC élevé**

**Les composantes familiales et génétiques c'est pour la forme
précoce**

VRAI / FAUX

Dans la forme précoce, il y a une altération initiale du réseau vasculaire maternel

FAUX

Dans la forme précoce, il y a une altération initiale du réseau vasculaire maternel

=> c'est dans la forme tardive

VRAI / FAUX

HRP, éclampsie et HELLP syndrome sont des complications de pré-éclampsie

VRAI

HRP, éclampsie et HELLP syndrome sont des complications de pré-éclampsie

VRAI / FAUX

Dans la forme précoce, le placenta manque d'O₂ dans le 1er trimestre

FAUX

Dans la forme précoce, le placenta manque d'O₂ dans le 1er trimestre => au contraire il en a trop !!!!

VRAI / FAUX

Dans la forme précoce, les fluctuations d'O₂ dans la CIV créent un stress oxydant qui entraîne un dysfonctionnement du ST

VRAI

Dans la forme précoce, les fluctuations d'O₂ dans la CIV créent un stress oxydant qui entraîne un dysfonctionnement du ST

VRAI / FAUX

Les signes cliniques sont liés à l'atteinte multiviscérale provoquée par l'inflammation généralisée de l'endothélium maternel

VRAI

Les signes cliniques sont liés à l'atteinte multiviscérale provoquée par l'inflammation généralisée de l'endothélium maternel

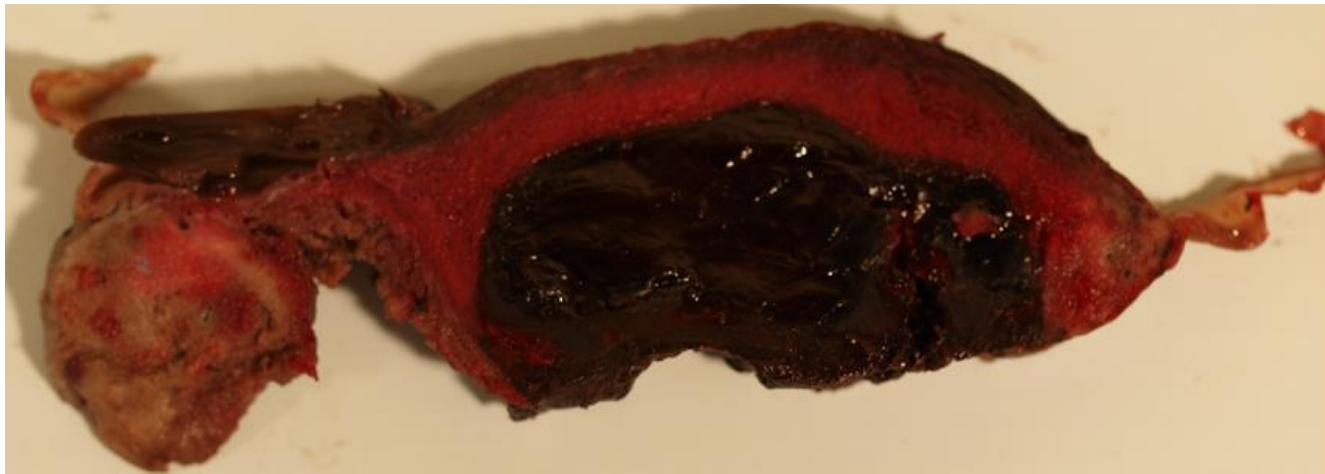
VRAI / FAUX

La pré-éclampsie se traite facilement par un traitement médicamenteux

FAUX

Tout repose sur un dépistage précoce, un suivi rigoureux, du repos et un TTT médicamenteux

Hématome rétro-placentaire



Hématome rétro-placentaire

Définition :

- **Désinsertion placentaire** sur placenta normalement inséré, prématurément
 - *Interruption des échanges fœto-placentaire*
- Fréquence **1%**
- Absence de traitement => évacuation utérine
- Mortalité fœtale de **15 à 20%**

Hématome rétro-placentaire

Macroscopie	Microscopie
<ul style="list-style-type: none">• Caillot arrondi, noirâtre, +/- adhérent à la face maternelle des cotylédons centraux ou marginaux• Infarctus aigu de la CIV voisine• +/- Lésions ecchymotiques atteignant l'utérus, les annexes et le péritoine pelvien => apoplexie utéroplacentaire	<ul style="list-style-type: none">• Infiltration leucocytaire• Réaction macrophagique => En périphérie• Pigments hémossidérémiques (C déciduales)• Vaisseaux villositaires :<ul style="list-style-type: none">• Vasodilatation• Thromboses (dû fibrinoïde)

Hématome rétro-placentaire

Pathogénie de l'hématome	Pathogénie des troubles de l'hémostase
<ul style="list-style-type: none">• Interruption du flux sanguin suffisamment bref pour éviter infarctus• Poussée tensionnelle => rupture	<ul style="list-style-type: none">• Ouverture de l'hématome dans la CIV à travers le CT => inonde la circulation maternelle en :<ul style="list-style-type: none">- Thromboplastines déciduales- Facteurs placentaires- Facteurs de la coagulation activée <p>=> Défibrination locale + CIVD</p>

Hématome rétro-placentaire

Facteurs de risques

- HTA gravidique (prééclampsie) plus de 50% des HRP
- Les carences nutritionnelles
- Le tabac / alcoolisme
- Les anomalies funiculaires (du cordon)
- Les décollements post-traumatiques
- L'âge et la parité (souvent des primi ou des femmes > 40 ans)
- Le terme dépassé
- Les malformations fœtales (du SNC ou hypoplasie surrénale)
- Les décollements iatrogènes, trauma obstétrical ou manœuvre externe ou amniocentèses tardives

Hématome rétro-placentaire

Forme grave typique : 1/3 des cas, brutal

- ❖ Douleur permanente, aiguë : en coup de poignard
 - ✓ => dans l'utérus
 - ✓ => dans région lombaire
- ❖ hémorragie non constante, peu abondante, noirâtre
- ❖ Signes fonctionnels : nausées, vomissements, SF de HTA
- ❖ Examen général : signe de choc
- ❖ Examen abdominal : contracture permanente

Hématome rétro-placentaire

CAT :

- ✓ Apprécier état général
- ✓ Demander bilan coag
- ✓ Lancer réa
- ✓ Rupture membranes si accessibles
- ✓ Césarienne +++

Monitoring :

- RCF : non fluctuant, non réactif, avec décélérations
- CU: hypertonie => CU freq et douloureuses

Hématome rétro-placentaire

Complications :

- ✓ **L'état de choc** (dû à l'hypovolémie) longtemps compensé
- ✓ **La défibrination** (haute complication) => incoagulabilité
- ✓ **L'atonie utérine** => complique 3% de DPPNI
- ✓ **L'oligo-anurie** => retentissement rénale

Hématome rétro-placentaire

Diagnostic différentiel :

- ✓ Hémorragie de T3
- ✓ Embolie amniotique
- ✓ Syndrome douloureux abdominal : colique néphrétique, appendice
- ✓ Rupture utérine
- ✓ Hématome décidual marginal

Traitement : **URGENCE OBSTETRICALE**

- Evacuation utérine +++

La mortalité globale fœtale est de 15 à 20%

QCMs

VRAI / FAUX

C'est la réinsertion placentaire d'un placenta normalement désinséré et de façon prématurée

FAUX

C'est la désinsertion d'un placenta normalement inséré et de façon prématurée

VRAI / FAUX

Facteurs de risque de l'HRP :

- Hypertension artérielle
- Carence en vitamine C
- alcoolisme
- le tabac
- les anomalies funiculaires
- le diabète

VRAI / FAUX

Facteurs de risque de l'HRP :

- Hypertension artérielle
- Carence en vitamine C
- alcoolisme
- le tabac
- les anomalies funiculaires
- le diabète => pré éclampsie

VRAI / FAUX

Facteurs de risque de l'HRP :

- la pré-éclampsie
- le décollement après un accident de la route
- la primipare
- femme de plus de 40ans
- la prématurité
- le terme dépassé

VRAI / FAUX

Facteurs de risque de l'HRP :

- la pré-éclampsie
- le décollement après un accident de la route
- la primipare
- femme de plus de 40ans
- la prématurité
- le terme dépassé

VRAI / FAUX

Facteurs de risque de l'HRP :

- les anomalies du SNC
- les manœuvres externes
- les amniocentèses
- l'hyperplasie surrénale
- L'IMC élevé

VRAI / FAUX

Facteurs de risque de l'HRP :

- les anomalies du SNC
- les manœuvres externes
- les amniocentèses
- l'hyperplasie surrénale => HYPOp lasie surrénale
- L'IMC élevé => prééclampsie

VRAI / FAUX

- **C'est un grave accident obstétrical mettant en jeu le pronostic foetal et maternel**
- **L'incidence est de 1% des accouchements**
- **Le traitement est l'évacuation uterine associée à la restauration d'une hémodynamique efficace et d'une coagulation normale. C'est une urgence obstétricale.**

VRAI / FAUX

- C'est un grave accident obstétrical mettant en jeu le pronostic foetal et maternel
- L'incidence est de 1% des accouchements
- Le traitement est l'évacuation utérine associée à la restauration d'une hémodynamique efficace et d'une coagulation normale. C'est une urgence obstétricale.

VRAI / FAUX

- **Cet hématome va se développer au niveau du centre du placenta**

FAUX

Cet hématoma va se développer au niveau du centre du placenta

=> au niveau de la zone de clivage du placenta et de l'utérus

VRAI / FAUX

- **L'hématome se traduit macroscopiquement par un caillot arrondi, noirâtre, plus ou moins adhérent à la face maternelle des cotylédons centraux ou marginaux**

VRAI

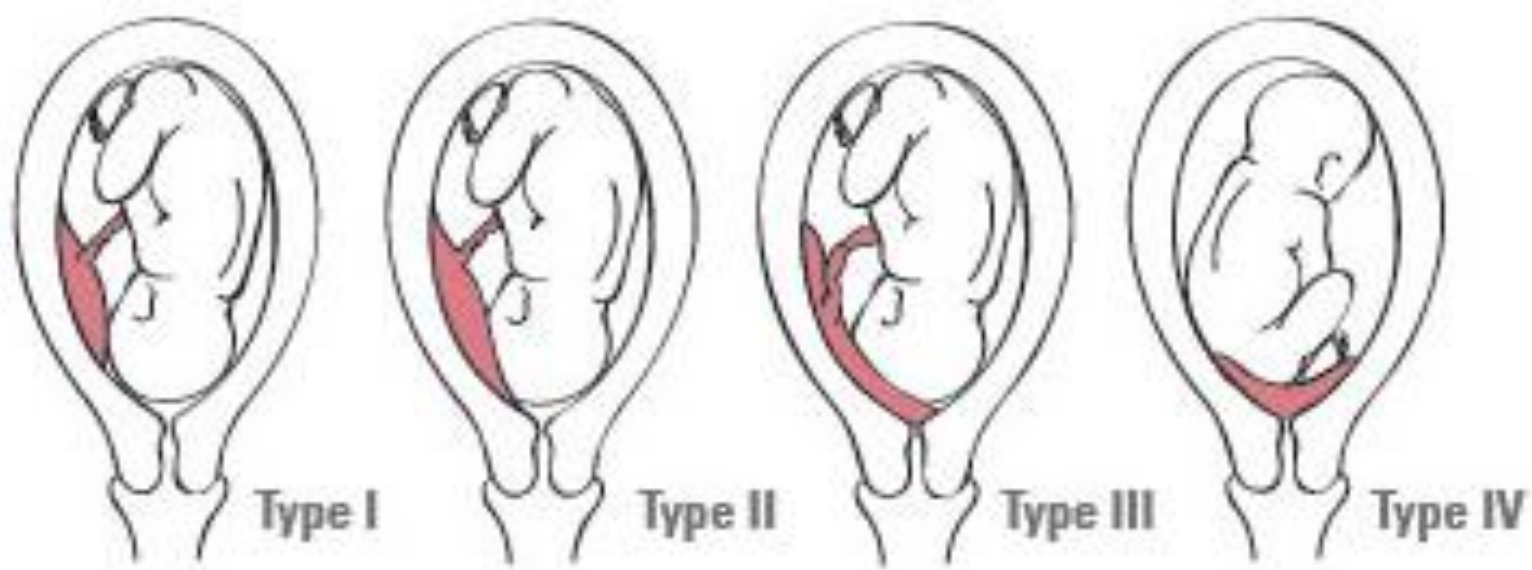
- **L'hématome se traduit macroscopiquement par un caillot arrondi, noirâtre, plus ou moins adhérent à la face maternelle des cotylédons centraux ou marginaux**

VRAI / FAUX

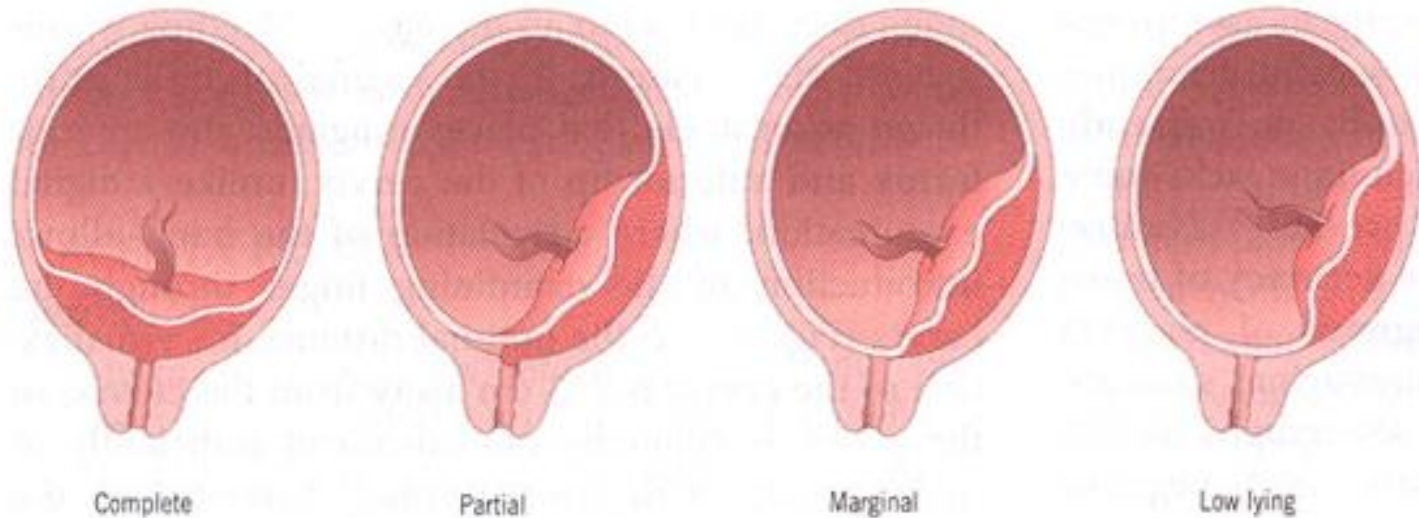
- **A la périphérie du caillot se passe une réaction macrophagique et une infiltration leucocytaire**

VRAI

- **A la périphérie du caillot se passe une réaction macrophagique et une infiltration leucocytaire**



Placenta praevia



Placenta prævia

Définition :

- Placenta inséré en totalité ou en partie sur le segment inférieur de l'utérus

→ *CU/TV/rapport sexuels : décollement partiel → +/- hémorragique*

- Fréquence **0,3 à 2,6%** dont 0,3 à 0,45% hémorragiques (critères cliniques, anatomiques, échographiques +++)

- Diagnostic + : hémorragie de sang rouge T3 sans douleur

/!\ diag sans valeur avant 35 SA

- CAT : hospitalisation urgente (VVP, bilan, monito, echo pour confirmer)

Placenta prævia

Facteurs de risques

- Multiparité
- Age gestationnel
- ATCD d'avortements
- Cicatrices utérines
- Lésion de l'endomètre : type synéchie
- Gémellarité
- Anomalies d'implantations :
 - Nidation primitive du blastocyste au niveau du segment inférieur
 - Implantation basse secondaire

Placenta praevia

Le diagnostic se fait :

- Soit par échographie
- Soit sur un signe clinique : **hémorragie du dernier trimestre**

Signes fonctionnels : hémorragie de sang rouge, avec caillots, sans douleur

Signes généraux : le choc est proportionnel à la quantité de sang perdu

Que recherche-t-on sur l'échographie ?

- Localisation placentaire
- Caractère recouvrant ou non
- Type de présentation
- Estimation pondérale
- Signes de décollements placentaires

QCMs

VRAI / FAUX

Le placenta prævia = le placenta s'insère en totalité ou en partie sur le segment inférieur

VRAI

Le placenta prævia :le placenta s'insère en totalité ou en partie sur le segment inférieur

VRAI / FAUX

Facteurs favorisants

- Multiparité
- Primiparité
- Antécédents d'avortements
- Les césariennes
- Les lésions de l'endomètre
- Les grossesses gémellaires
- La femme âgée de plus de 40 ans
- La jeune fille de 17ans
- Pour un placenta praevia central, les hémorragies sont provoquées par les touchers vaginaux et les rapports sexuels

VRAI / FAUX

Facteurs favorisants

- **Multiparité**
- **Primiparité**
- antécédents d'avortements
- les césariennes
- les lésions de l'endomètre
- les grossesses gémellaires
- la femme âgée de plus de 40 ans
- jeune fille de 17ans
- Pour un placenta praevia central, les hémorragies sont provoquées par les touchers vaginaux et les rapports sexuels

VRAI / FAUX

- La fréquence du placenta praevia est de 0,5 à 7%

FAUX

**La fréquence du placenta praevia est de 0,5 à 7%
=> 0,3 à 2,6%**

VRAI / FAUX

- **Le diagnostic doit se faire avant 35 SA**

FAUX

Le diagnostic doit se faire avant 35 SA

=> Il est interprétable qu'à partir de 35 SA

VRAI / FAUX

- **Le placenta praevia correspond a une anomalie de d'implantation de l'œuf qui peut être primitive ou secondaire**

VRAI

Le placenta praevia correspond a une anomalie de d'implantation de l'œuf qui peut être primitive ou secondaire

VRAI / FAUX

- **Le diagnostic positif est : douleurs abdominales avec saignement abondant**

FAUX

- **Le diagnostic positif est : douleurs abdominales avec saignement abondant**

=> Saignement sans douleur



Pathologies du cordon



Pathologies du cordon ombilicale

Rappel: Le cordon ombilicale :

- ❖ mesure **50cm**
- ❖ Constitué de **2 artères** et **d'une veine**
- ❖ Entourées par la **gelée de Wharton**

Pathologies du cordon ombilicale

Anomalie de constitution:

Artère ombilicale unique	Tumeur du cordon	Hématome
<ul style="list-style-type: none">❖ Fréquence 0,4 à 1%❖ Expose à une hypotrophie fœtale, à l'accouchement prématuré (et rarement à la mort in utéro)❖ Si découvert à l'échographie: recherche de malformations cardiaques et rénale	<ul style="list-style-type: none">❖ Sous forme de kyste❖ Donnent rarement des pathologies	<ul style="list-style-type: none">❖ Survient en particulier lors de la chordocentèse

Pathologies du cordon ombilicale

Anomalie de longueur:

Brièveté du cordon	Excès de longueur
<ul style="list-style-type: none">❖ Rare❖ Peut entraîner une gêne à l'engagement et à l'expulsion	<ul style="list-style-type: none">❖ Cordon de 1,50m ou plus❖ Facilite les déplacements❖ /!\ entraîne plus souvent des position pathologiques du cordon

Pathologies du cordon ombilicale

Anomalie de position:

Nœud	Circulaire
<ul style="list-style-type: none">❖ Fréquente❖ Mais la striction est exceptionnelle	<ul style="list-style-type: none">❖ Assez fréquente❖ En bretelle, en écharpe autour du tronc ou autour du cou❖ Unique ou multiple ❖ Peut entraîner au cours du travail des modifications du RCF et parfois à une césarienne

Pathologies du cordon ombilicale

Anomalie de position: Cas particulier de la procidence

Définition :

- **Chute du cordon** au devant de la présentation après rupture des membranes
 - *Arrêt des échanges, décélérations du RCF*
- Fréquence **0,50%**
- Mortalité foetale de **10 à 20%**
- **URGENCE OBSTETRICALE**: extraction rapide de l'enfant par césarienne

Pathologies du cordon ombilicale

Anomalie de position: Cas particulier de la procidence

Etiologie

Facteurs ovulaires	Facteurs maternels	Facteurs iatrogènes
<ul style="list-style-type: none">❖ Types de présentation:<ul style="list-style-type: none">• En siege: risque x10• De l'épaule: risque x40❖ Prématurité: risque x3 quand le poids du bébé < 2500g❖ Grossesse gemellaire: 12%❖ Placenta preavia: 8%❖ Hydramnios❖ Longueur du cordon > 75cm x6❖ (rupture prématurée des membranes)	<ul style="list-style-type: none">❖ Disproportion foeto-pelvienne❖ Multiparité	<ul style="list-style-type: none">❖ Rupture artificielle des membranes faite trop tôt et/ou mal:<ul style="list-style-type: none">• Fréquence: 12 à 20%• Attention lors de l'hydramnios!!

Pathologies du cordon ombilicale

Anomalie de position: Cas particulier de la procidence

Conséquence physiopathologique:

- ❑ Compression des vaisseaux ombilicaux: interrompt la circulation ombilicale et entraîne l'anoxie fœtale
- ❑ Dessiccation du cordon: rare, mais la simple sortie du cordon hors de son milieu hydrique **diminue fortement le débit circulatoire**
- ❑ Mort réflexe: possibilité **d'un arrêt brutal de l'activité cardiaque fœtale** au moment où le cordon est touché par les doigts

Pathologies du cordon ombilicale

Anomalie de position: Cas particulier de la procidence

CAT : **URGENCE OBSTETRICALE** (code rouge : 15min)

- ✓ Mise en position de Trendelenburg pour lever la compression funiculaire
- ✓ Refouler la présentation par le toucher vaginal
- ✓ Injection de β -mimétiques (Salbumol) en intra-veineux pour relâcher l'utérus
- ✓ Césarienne +++

Pathologies du cordon ombilicale

Anomalie de position: Cas particulier de la procidence

Cas particulier:

- ❖ Le procubitus (poche des eaux non encore rompues)
- ❖ La latérocidence

QCMs

VRAI / FAUX

- le cordon ombilical mesure environ 1 m
- le cordon est composé de deux veines et une artère
- l'anomalie concernant l'artère ombilicale unique expose à l'hypotrophie fœtale, à l'accouchement prématurée et à la mort fœtale in-utéro
- il y a 2 types d'anomalies de longueur

VRAI / FAUX

- le cordon ombilical mesure environ 1 m : 50cm
- le cordon est composé de deux veines et une artère : 1V, 2A
- l'anomalie concernant l'artère ombilicale unique expose à l'hypotrophie fœtale, à l'accouchement prématurée et à la mort fœtale in-utéro
- il y a 2 types d'anomalies de longueur : excès, brièveté

VRAI / FAUX

- le siège multiplie par 40 le risque de procidence
- l'épaule multiplie par 10 le risque de procidence
- le risque est multiplié par 5 si le bébé pèse moins de 2500g
- la procidence est de 16% pour les placentas praevia
- l'hydramnios est souvent mis en cause dans les cas de procidence
- le risque de procidence est multiplié par 6 si la longueur du cordon est $< 75\text{cm}$

VRAI / FAUX

- le siège multiplie par 40 => X10
- l'épaule multiplie par 10 => X40
- le risque est multiplié par 5 si le bébé pèse moins de 2500g => X3
- la procidence est de 8% pour les placentas praevia
- l'hydramnios est souvent mis en cause dans les cas de procidence => rarement mis en cause
- le risque de procidence est multiplié par 6 si la longueur du cordon est $< 75\text{cm}$ => $>75\text{cm}$

VRAI / FAUX

- **On peut avoir sur le cordon un hématome d'origine traumatique lié à une amniocentèse**

FAUX

- On peut avoir sur le cordon un hématome d'origine traumatique lié à une amniocentèse

=> cordocentèse

VRAI / FAUX

- **En cas d'excès de longueur, il y a un risque de circulaires**

VRAI

- **En cas d'excès de longueur, il y a un risque de circulaires**

VRAI / FAUX

- **Les noeuds au cordon sont grave et entraînent souvent des MFIU**

FAUX

- Les noeuds au cordon sont grave et entraînent souvent des MFIU
- => la plupart du temps ils sont laches

VRAI / FAUX

- **Les circulaires du cordon sont une contre-indication à la voie basse**

FAUX

- **Les circulaires du cordon sont une contre-indication à la voie basse**

Récap!!!!

Amniocentèse:

Lorsque l'on veut faire un caryotype on a des cellules qui desquament dans la cavité amniotique, on peut les récupérer en faisant une amniocentèse et on a besoin d'au moins **15 à 20 ml** pour récupérer les cellules et les mettre en culture. Il faut attendre au moins **16 SA** pour en faire une afin d'avoir un volume de liquide suffisant

Récap!!!!

Amniocentèse:

Ne pas la faire trop tôt car on a un problème de volume et de concentration en cellules vivantes.

Il y a un risque de perdre l'enfant de **1%**

et si on n'a pas assez de cellules on va avoir un échec de culture et donc il faudra refaire le prélèvement

Maximum de cellules vivantes recueilli: **après la 16eme SA**. puis disparaissent après la **24eme semaine** (pas à 100%, on en retrouve un peu, lorsqu'on est amené à faire des amniocentèses tardives, on doit donc prendre un **grand volume** de liquide)

Récap!!!!

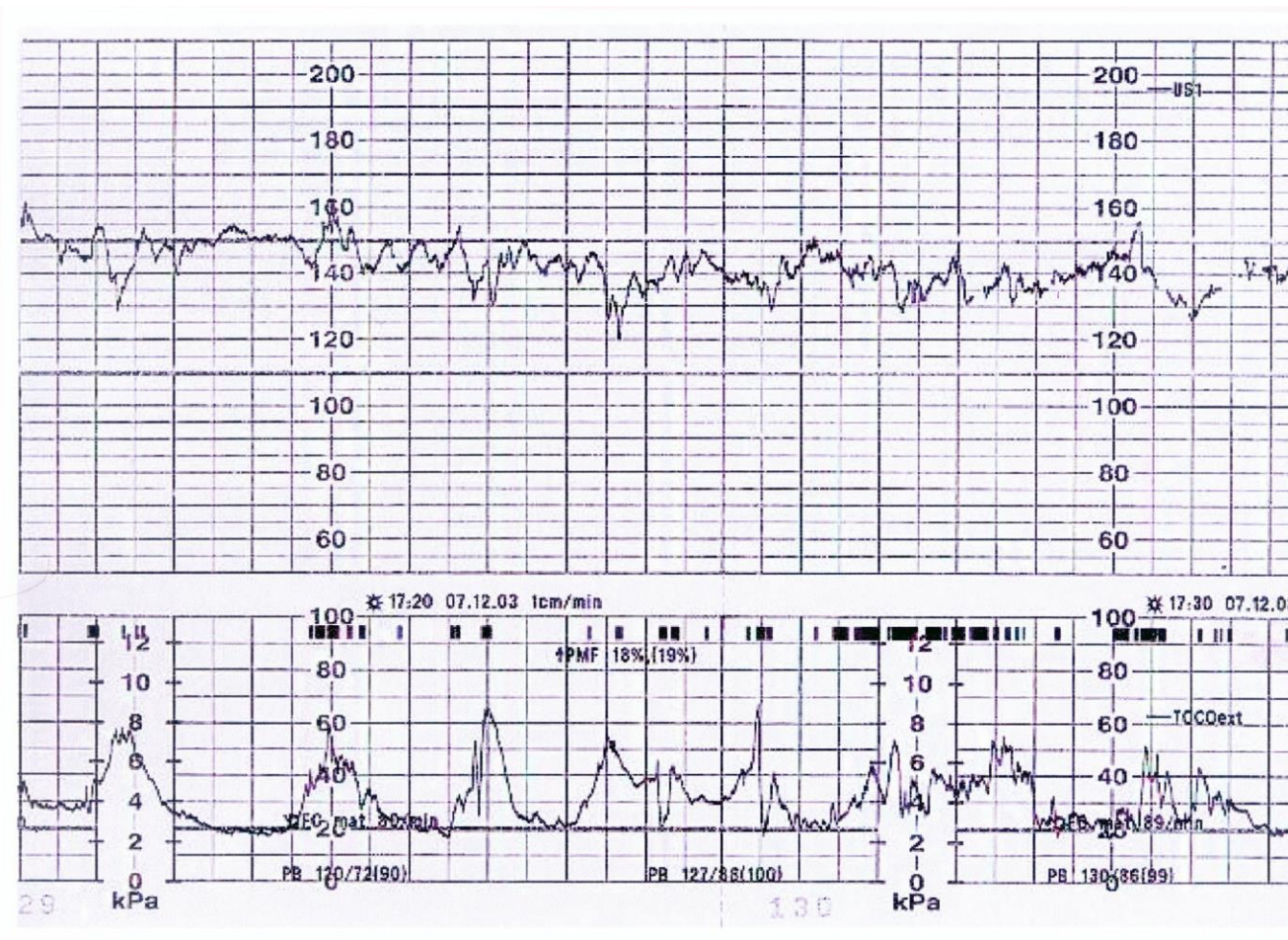
Amniocentèse:

C'est la mise en culture de ces cellules qui permet la détection des anomalies chromosomiques fœtales par la réalisation du caryotype.

Cette technique permet également de mettre en évidence la déficience d'activité d'une enzyme dans les maladies héréditaires du métabolisme de la mucoviscidose par exemple la mutation responsable dans la famille et rechercher si le fœtus présente cette mutation.

Récap!!!

Monitoring ou cardiocardiographe:



Récap!!!!

Monitoring ou cardiotocographe:

- Le rythme cardiaque fœtal doit être comprise **entre 110 et 160 bpm** (battement par minute)
- **Le rythme doit être oscillant** (s'il est toujours plat a 120 bpm c'est très mauvais signe!!!!)
- **Les décélérations supérieur a 60 bpm pendent plus de 60secondes sont graves**
- **Lors d'une anomalie du rythme il faut réagir vite pour éviter une trop grande souffrance fœtale**

Bon Courage!!!!!!

<3