

Méthode d'évaluation du LA

	Fonctionnement	Précision et utilisation	Infos
Mesure directe	Recueil du LA à travers les voies génitales.	Peu précise et évaluation tardive.	Se fait <u>directement après l'accouchement</u> . Permet d'orienter le bilan postnatal.
Méthode par dilution	Injection d'un <u>marqueur de concentration connue</u> puis dosage du marqueur dilué.	Méthode la plus précise.	Réservée à la recherche expérimentale pour réaliser les courbes de référence.
MPE : écho quantitative dites « à l'estime »	Faites pdt la <u>visite</u> obstétricale. On regarde si l'on voit (à l'oeil) une belle poche, membres / cordon libre et mobiles, du LA entre bb et la poche...	La plus fréquente , mais subjective car dépend de l'habitude (souvent suffisante)	Grande <u>variabilité</u> entre les observateur, évaluation difficile si peu de LA
MPE : écho quantitative par le score biophysique de bien être foetal de Manning	Il faut au moins 1 citerne d'au moins 1cm (ou +) dans les 2 diamètres perpendiculaires (ou index de Phelan <5)	Dans un RCIU	Donne un score de 2/10++
MPE : écho semi quantitative de la plus grande citerne (PGC) (ou de Chamberlain)	Mesure verticale de la plus grande citerne dénudée de structure foetale	Si la grossesse dépasse 41SA (terme prolongé \neq prolongement de T qui est $>42SA$)	2cm < PGC < 8cm. <2cm \rightarrow oligoA. >8cm \rightarrow hydrA.
MPE : écho semi quantitative via l'index de Phelan (ILA)	Division de l'utérus en 4 cadrans et mesure de la plus grde verticale dans chaque citerne, puis on additionne les 4.	Pas très recommandée car elle <u>augmente le nombre de diagnostics d'oligoA</u> donc entraîne des déclenchements d'accouchements et césarienne abusivement	8cm < ILA < 18cm. <u>Attention:</u> si ILA<8cm \rightarrow oligoA 18cm<ILA<25cm \rightarrow excès de LA et ILA>25cm \rightarrow hydrA

Le tutorat est gratuit. Toute vente ou reproduction est interdite.