Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 93 (1995)

Heft: 5

Artikel: Actes de routine en obstétrique

Autor: Tonna, D. / Beguin, F.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-951197

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 17.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Editorial

Nous avons reçu 47 réponses au questionnaire concernant la forme et le contenu de notre journal du côté suisse romand. Le nombre de questionnaires à compiler étant environ cinq fois plus grand pour la Suisse alémanique, nous ne sommes pas encore en mesure de vous donner le résultat définitif de notre enquête, mais nous pouvons déjà observer que la plus forte demande se dirige vers davantage d'articles «scientifiques». Ainsi qu'il en va de nos votations populaires helvétiques, le faible taux de participation laisse songeur...il est difficile de deviner ce qu'en pense la majorité réelle...!
Dans l'idée de réaliser certaines modifications dans la forme et dans le contenu de notre journal, nous avions décidé de tenir compte des avis de nos lecteurs pour autant qu'ils représentent le 20% de tous les membres de l'ASSF. Bien que nous soyons loin du compte, nous vous donnerons prochainement le résultat des courses et nous tiendrons compte de la tendance profilée afin de mieux répondre à l'attente de nos lecteurs intéressés; lecteurs et lectrices que nous tenons ici à remercier pour leurs réponses données.
Nous aimerions rappeler qu'il est toujours possible d'écrire tout ce que l'on veut sous la rubrique «lettre ouverte aux lecteurs». Cette possibilité n'étant pratiquement jamais utilisée, nous pensons que certaines voix qui souhaiteraient s'exprimer ne le font pas par manque d'information sur cette ouverture. Alors...n'hésitez plus et dites-nous encore et encore ce qui vous agite, attriste, réjouit, comble, enrage, terrasse, amuse, dans le cadre de votre vie professionnelle ou en lisant cette revue.
En ce qui concerne le dossier de ce mois, il varie (enfin?) de la tendance des derniers numéros, en ce sens qu'il est plus «technique», plus «scientifique» peut-être, dans la mesure où il est question des actes de routine en obstétrique et de certaines techniques de diagnostic prénatal qui permettraient aujourd'hui de mieux accompagner certaines situations jugées «critiques», vous pourrez également prendre note de la surveillance et de l'épidémiologie des anomalies congénitales en Suisse.

dv

□

Routine de base en obstétrique

Actes de routine en obstétrique

Situations «standard»

Divers examens effectués fréquemment lors des consultations d'obstétrique ont été analysés dans le but de définir une routine de base pour certains actes médicaux et paramédicaux dans des situations «standard» en cours de grossesse. La liste ci-dessous est à considérer comme un canevas: chaque patiente ayant ses caractéristiques et son histoire personnelles, la «routine de base»ne devra pas être appliquée aveuglément mais sera à réévaluer en fonction de chaque cas par l'assistant(e) et la sage-femme.

Fréquence des consultations:
- 1x/mois pendant la grossesse
- 1x/2 semaines le dernier mois
- 1x/semaine après 40 semaines

Speculum:
- 1x à la première visite obstétricale puis selon la clinique

Toucher vaginal:
- 1x au premier contrôle puis selon la clinique
- exception: facteurs de risque d'accouchement prématuré (ex: grossesses multiples, antécédent d'accouchement prématuré): des TV plus fréquents peuvent être indiqués!

Ne pas faire de TV si:
- poche rompue avant terme
- placenta praevia (ou suspicion)

ECG:
- à l'introduction no 1 d'une tocolyse
- ne pas répéter si pas d'indication clinique

Fond d'œil:
- diabète de type I
- HTA chronique
- HTA sévère de grossesse

Au-delà du terme:
- monitoring 1x/sem. dès la 41e semaine (= dès 40 sem. rév.)
- AFI (US) 1x/sem.

Salle d'accouchement:
- monitoring: en présence d'un monitoring normal à l'admission et en l'absence de pathologies et de facteurs de risque, une «surveillance allégée» peut être envisagée (cf protocole spécial)

Ultra-sons:
- 14 semaines («datation»)
- 19-20 semaines («morphologie»)
- 32-36 semaines («croissance»)

Indications à l'US d'urgence en salle d'accouchement:
- évaluation de la position fœtale (siège, jumeaux)
- évaluation de la quantité de liquide amniotique (AFI)
- si saignement: localisation placentaire
- si discordance entre âge gestationnel et clinique: biométrie

Monitoring antepartum:
1) NST:
- après 40 semaines
- âge maternel (› 35 ans)
- oligamnios isolé
- hydramnios
- anomalie à l'auscultation ou au doptone
- HTA
- diabète vrai pré-existant à la grossesse
- antécédent de mort in utero
- iso-immunisation rhésus
- diminution des mouvements fœtaux
- jumeaux discordants
- status après VCE réussie ou tentative de VCE: monitoring 1 semaine après la manœuvre
- toute pathologie maternelle pouvant interférer avec le fonctionnement normal de l'unité fœto-placentaire (ex: cardiopathie cyanogène, hémoglobinopathie, maladie auto-immune, etc...)

2) CST: (indications à confirmer par le chef de clinique)
- RCIU
- Doppler pathologique
- autres indications à discuter avec le chef de clinique

On renonce à effectuer «de routine», sans indication particulière, des monitorings pour:
- diabète gestationnel
- césarienne antérieure

- macrosomie
- âge ‹ 20 ans

Le moment (âge de la grossesse) où l'on commence à faire des monitorings est à analyser en fonction du type et de la gravité du risque. En principe, on ne fait pas de monitoring avant 24 semaines.

NB si l'indication au monitoring disparaît, l'examen ne doit pas obligatoirement être répété.

Menace d'accouchement prématuré et tocolyse:
- Hématocrite: après 24 h puis 1x/sem.
- Glycémie: après 24 h puis 1x/sem.

Maturation pulmonaire (seule):
- Glycémie: à 24 et 36 h si test d'O'Sullivan pas fait
- Si test d'O'Sullivan normal: pas de contrôle de glycémie

Hypertension artérielle gravidique:
- Hématocrite, hémoglobine, leucocytes, plaquettes
- Quick, PTT, fibrinogène
- ALAT, ASAT, LDH, bilirubine
- Glycémie, protéines, urée, créatinine, urates
- Albuminurie: stick urinaire 3x/jour
- Bilan hydrique / 24 h.

Diabète gestationnel:
- Hématocrite leucocytes, plaquettes (à contrôler comme lors d'une grossesse habituelle)
- Hémoglobine glycosylée, fructosamine (au 1er bilan, à contrôler par la suite selon les cas)
- Glycémies fractionnées
- Créatinine, urates (au 1er bilan)

Diabète gestationnel en salle d'accouchement, en travail:
- Réflo à l'entrée en salle d'accouchement,
- Contrôle réflo 1x/2 heures

Chute, traumatisme:
- Kleihauer
- Groupe sanguin et anticorps (si pas de carte de groupe)

Saignement:
- Kleihauer
- Groupe sanguin et anticorps
- Hématocrite, leucocytes, plaquettes
- Test d'Apt

Mort in utero:
- Hématocrite, leucocytes et répartition, plaquettes
- Quick, PTT, fibrinogène
- Kleihauer
- Hémoculture (Listeria)
- Sérologies: toxoplasmose, CMV, VDRL (si non connues)
- AC anticoagulants circulants
- Anticardiolipines
- Culture de col (aérobie)
- Culture d'urine
- Génétique: caryotype sur peau et/ou sang, et sur placenta

Post-partum:
- Hématocrite au 3e jour post-partum
- Culture d'urine: si sondage pendant l'accouchement ou dans le post-partum et au retrait d'une sonde urinaire à demeure

Césarienne élective, bilan pré-opératoire:
- Groupe sanguin, rhésus, anticorps
- Hématocrite, plaquettes

Divers:

Culture placenta et culture d'aspiration gastrique lors de:
- Etat fébrile sub-partu
- Accouchement prématuré ‹ 34 sem.
- Suspicion de chorioamnionite

Histologie placentaire lors de:
- Mort in utero
- RCIU (+génétique)

Herpès:
- Culture cervicale lors de l'accouchement en cas d'herpès récidivant en cours de grossesse (ou si présence de lésions)

Tests de confirmation de poche rompue:
- Test au bromothymol
- Test de fougère

Décerclage:
- Culture endocervicale lors du décerclage (aérobie)

Dr D. TONNA - Prof. F. BEGUIN
Département de Gynécologie et d'Obstétrique
H.C.U.G.
20, rue Alcide-Jentzer
CH-1211 Genève 14

☐

Les examens de laboratoire de routine en obstétrique

Routine n.f Habitude d'agir ou de penser toujours de la même manière, avec quelque chose de mécanique et d'irréfléchi. Le Petit Robert, 1973.

Les restrictions économiques ont leur bon côté. Elles nous obligent, entre autres, à évaluer rigoureusement le bien fondé et l'efficacité de nos gestes, de nos examens, de nos traitements. Un hôpital d'enseignement se doit de procéder fréquemment à de telles évaluations, garantes d'un travail de qualité dans un rapport coût-bénéfice favorable. C'est ainsi que nous avons été amenés à nous pencher sur les examens de laboratoire dits de «routine» dans nos clinique et policlinique d'obstétrique. Un catalogue de ces examens est indispensable à l'étudiant, à la sage-femme et au médecin débutants. Les définitions du Petit Robert mettent toutefois le doigt sur les limitations de cette approche: «... avec quelque chose de mécanique et d'irréfléchi.» Un tel catalogue n'est donc ni un catéchisme, ni un manuel exhaustif. Ce n'est qu'un rappel, un pense-bête, une base de départ à partir de laquelle il conviendra de mesurer, de réfléchir et d'adapter. Nous voyons aussi tout ce que peut avoir de relatif une telle liste, que la «vérité genevoise» n'est peut-être pas celle de Lyon et de Lausanne et qu'il est bien difficile, en ce domaine, de parvenir à une version écrite satisfaisant chacun. Nous nous sommes basés, pour établir cette liste, sur de rares évidences scientifiques, plus souvent sur l'enseignement de la littérature et des autorités médicales, souvent également sur notre propre expérience, trop souvent peut-être sur un simple «bon sens» parfois entaché de subjectivité. Mais nous croyons La Fontaine qui écrit dans Le berger et le roi: «Il avait du bon sens; le reste vient ensuite.» Le reste peut et doit être, en ce qui nous concerne, l'approche intelligente et chaleureuse de chaque mère, de chaque enfant (fœtus et nouveau-né) lors de la surveillance attentive de la physiologie et lors de l'observation, de l'analyse et du traitement de la pathologie.

1re consultation:
- Hématocrite, leucocytes, plaquettes
- Groupe sanguin + Rhésus + anticorps
- Sérologies: toxoplasmose, rubéole, VDRL, HBsAg
- HIV (avec consentement éclairé de la patiente)
- Triple test (selon l'âge de la grossesse et avec le consentement éclairé de la patiente)
- O'Sullivan (selon l'âge de la grossesse)
- Culture d'urine (toujours en début de grossesse, même si pas d'antécédent d'infection urinaire)

Consultations suivantes:
- Hématocrite: 1x/2 mois
- Plaquettes: 1x/2 mois
- Toxoplasmose nég: en début de grossesse, à env. 20 sem. à env. 30 sem. et en fin de grossesse (= à l'accouchement)
- Culture d'urine 1x/trim (si antécédent d'infection urinaire)
- Stick urinaire à chaque contrôle

Poche rompue avant terme (à l'admission):
- Hématocrite, leucocytes et répartition, plaquettes
- Culture de col (aérobie, chlamydiae, gonocoques)
- Culture d'urine
- Stick urinaire

Poche rompue avant terme, hospitalisée pour conservation de grossesse:
- Leucocytes et répartition: 2x/sem.
- Culture de col: 1x/sem. (aérobie)

Poche rompue à terme, avant le travail:
- Hématocrite, leucocytes et répartition: après 12 h de poche rompue ou en début de travail (à répéter an fonction de l'évolution clinique)

Menace d'accouchement prématuré, à l'admission:
- Hématocrite, leucocytes et répartition, plaquettes
- Glycémie: (si mise en place d'une tocolyse iv)
- Culture de col (aérobie, chlamydiae, gonocoques)
- Culture d'urine
- Stick urinaire ☐

L'accouchement prématuré annoncé

La fibronectine onco-fœtale comme prédicteur de l'accouchement prématuré

Les contractions utérines conduisant à l'accouchement prématuré sont la conséquence d'une cascade d'événements complexes. Bien que l'accouchement prématuré puisse avoir diverses causes, il semble probable qu'il soit précédé par des altérations biologiques de l'interface choriodéciduale. A ce niveau, divers facteurs dont l'infection peuvent stimuler la production de cytokines (interleukine 1, interleukine-6) et de «tumor necrosis factor» (TNF). Ces cytokines vont à leur tour induire la production de collagénases qui vont dégrader la matrice extracellulaire choriodéciduale et éventuellement aboutir à la rupture des membranes et à la modification du col. Dans ce contexte, il paraît très intéressant de pouvoir disposer d'un marqueur relâché dans les sécrétions cervico-vaginales en cas de dégradation de la matrice extracellulaire choriodéciduale, et ceci d'autant plus que la distinction clinique entre le faux et le vrai travail prématuré est difficile.

La fibronectine appartient à une famille de protéines ubiquitaires de la matrice extra-cellulaire, de haut poids moléculaire (environ 500 kd). Ces protéines jouent un rôle dans l'adhésivité cellulaire. Certaines de ces fibronectines sont actuellement en voie d'évaluation, comme la fibronectine cellulaire qui pourrait témoigner de lésions de l'endothélium dans la prééclampsie. La fibronectine onco fœtale qui nous intéresse ici se distingue par un épitope localisé dans la région variable de la protéine. Cet épitope est reconnu par un anticorps monoclonal FDC6. La fibronectine a été isolée dans des cellules malignes, dans le liquide amniotique, dans des extraits placentaires et dans certains tissus fœtaux. Les études immuno-histochimiques ont montré qu'elle se localisait au contact utéroplacentaire et dans l'espace amnio-chorio-décidual. Dans un premier temps, ce marqueur a été proposé comme test de la rupture des membranes. Cependant, on s'est rapidement aperçu que les patientes en travail avec membranes intactes présentaient des concentrations élevées de fibronectine cervico-vaginale en raison de la dégradation de la matrice extra-cellulaire, comme nous l'avons vu plus haut. L'intérêt s'est donc porté sur la prédiction du travail, essentiellement du travail prématuré.

Physiologiquement, le chorion et la décidue capsulaire ne fusionnent avec la décidue vraie que vers la 20è semaine de grossesse. On peut donc attendre une libération de fibronectine onco-fœtale cervico-vaginale dans la première moitié de la grossesse. Ceci a été confirmé par Lockwood et al. (réf. 1): ces auteurs ont mesuré le pourcentage d'échantillons positifs pour la fibronectine dans des grossesses normales qui ont accouché à terme. Avant 22 semaines de grossesse, 24% des échantillons cervicaux se sont montrés positifs. Après 37 semaines, on observe également une forte proportion d'échantillons positifs due à la proximité de l'accouchement. Par contre, entre 21 et 37 semaines, seulement 4% des échantillons cervicaux ont été positifs pour la fibronectine.

Cliniquement, la fibronectine pourrait donc être utile pour dépister les femmes à risque d'accouchement prématuré, qu'elles se présentent pour des contractions utérines ou qu'elles soient asymptomatiques. Chez les femmes asymptomatiques, Nageotte et al. (réf. 2) et Lockwood et al. (réf. 3) ont tous deux montré une sensibilité de 70 à 80% et une valeur prédictive négative de 95%. Chez les femmes symptomatiques, Lockwood (réf. 1) a trouvé une sensibilité et une spécificité de 82% et Morrison (réf. 4) a montré une sensibilité de 78% et une valeur prédictive négative de 71%. Devant ces résultats prometteurs, il nous a semblé important de vérifier la valeur potentielle de la fibronectine onco-fœtale dans notre population. Nous avons donc conduit une étude visant à évaluer la valeur de la fibronectine dans la prédiction de l'accouchement prématuré chez les patientes se présentant pour suspicion de travail prématuré. Cette étude a été réalisée en collaboration avec le Dr Juan Matute et le Dr Paul Bischof, du Département de Gynécologie et d'Obstétrique de l'HCUG, et de