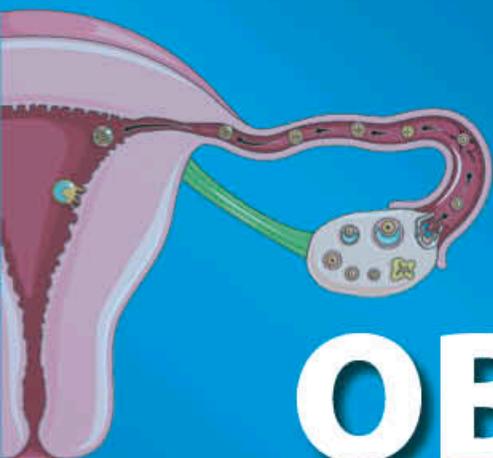


Collection dirigée  
par Dr A. Charon et Dr N. Meton

ALEXANDRE LEUK  
ANAÏS PRELOT-CLAUDON

# LA MARTINGALE\*

EDN



# GYNÉCO- OBSTÉTRIQUE

ENTRAÎNEMENT

-  250 questions en QI et dossiers progressifs
-  Avec les modalités docimologiques : QRU, QRM, QROC, KFP, ZAP...
-  Corrections détaillées : explications, pièges et astuces

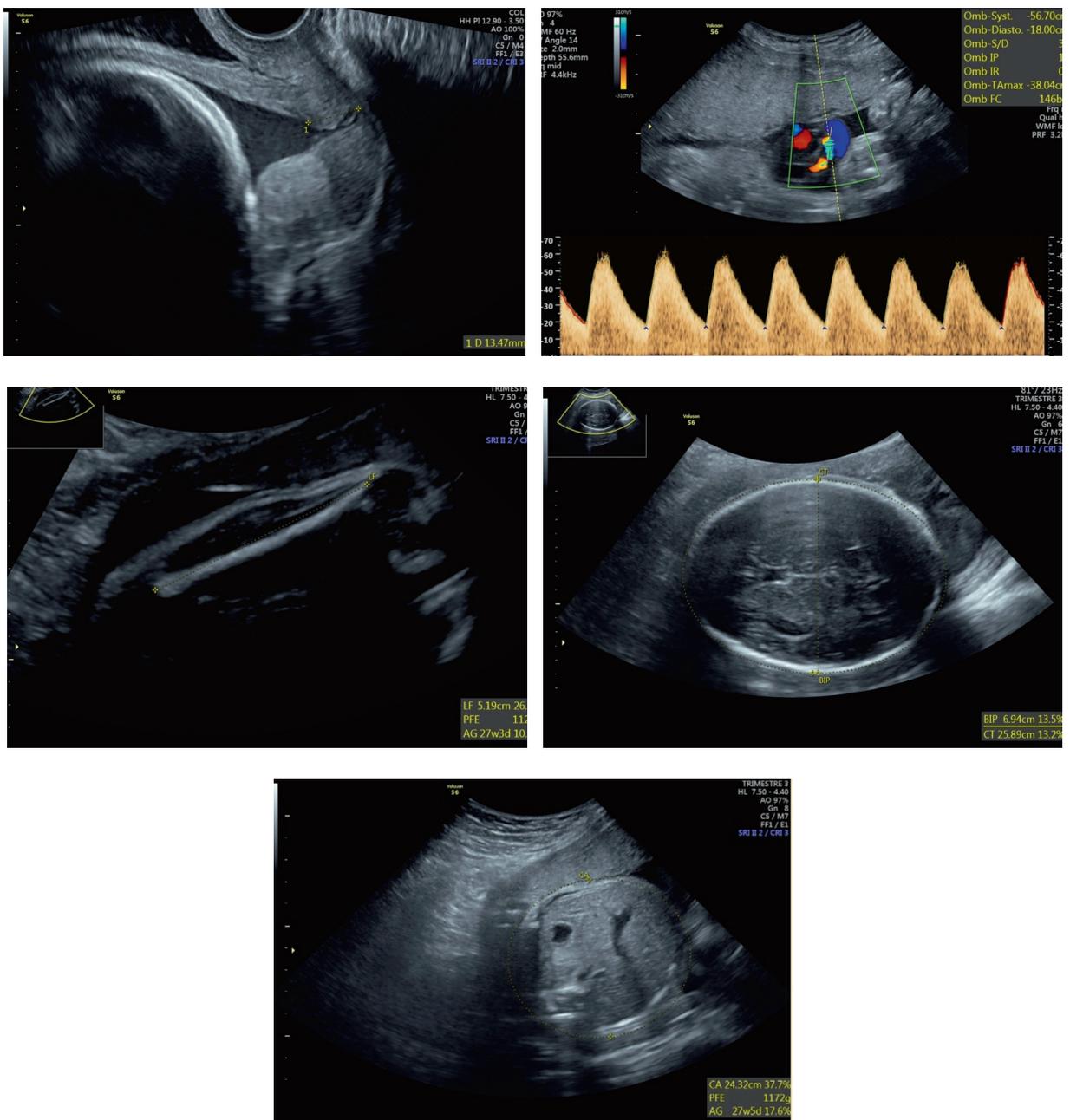
ellipses

## Dossier progressif n° 1

Vous recevez aux urgences gynécologiques une femme à 27+3 semaines d'aménorrhée adressée par sa sage-femme libérale. Cette patiente de 25 ans est primipare, la grossesse est gémellaire bi chorale bi amniotique.

Le rythme cardiaque fœtal est normal, la patiente n'a pas perdu de liquide, pas de métrorragie. Les mouvements actifs fœtaux sont perçus.

- **QROC 1 : Voici l'échographie de la sage-femme qui a motivé la consultation aux urgences, sous la forme d'une ZAP, indiquez quel élément a poussé la sage-femme à envoyer la patiente aux urgences.**



- **QRU 2 : Quel élément clinique est-il primordial de rechercher lors de cette découverte de col raccourci avant 37 SA ?**
  - A. Portage de Streptocoque B
  - B. Contraction utérine
  - C. Perte de liquide amniotique
  - D. Métrorragies
  - E. Diminution des mouvements actifs fœtaux
  - F. Prurit vulvaire
  - G. Vomissements
  
- **QRM 3 : La patiente présente en effet des contractions utérines, douloureuses depuis 48 h. Vous posez le diagnostic de menace d'accouchement prématuré. Quel est le bilan nécessaire dans ce contexte ?**
  - A. NFS, CRP
  - B. Bilan bactériologique : ECBU, prélèvement cervico-vaginal
  - C. Fibronectine fœtale
  - D. Biométrie fœtale (estimation du poids fœtal)
  - E. Quantité de liquide amniotique
  
- **QROC 4 : Vous avez prescrit entre autres une numération de formule sanguine et CRP, quels éléments devez-vous contrôler dans ce contexte ?**
  
- **QRM 5 : Le bilan et notamment les GB et la CRP son normaux. Quelle est votre prise en charge ?**
  - A. Tocolyse par inhibiteurs Potassiques
  - B. Tocolyse par bêtabloquants
  - C. Tocolyse par inhibiteurs Calciques
  - D. Tocolyse par Nifédipine
  - E. Tocolyse par alpha bloquants
  - F. Hospitalisation dans le service de grossesses à haut risque
  - G. Corticothérapie anténatale par bétaméthasone
  - H. Quantité de LA

## Correction du dossier progressif n° 1

- **QROC 1** : Voici l'échographie de la sage-femme qui a motivé la consultation aux urgences, sous la forme d'une ZAP, indiquez quel élément a poussé la sage-femme à envoyer la patiente aux urgences.

### Correction

(Rang A)

Col à 13 mm



Un col inférieur à **25 mm** est pathologique **avant 34 SA**.

- **QRU 2** : Quel élément clinique est-il primordial de rechercher lors de cette découverte de col raccourci avant 37 SA ?

### Correction : B

(Rang A)

- A. Portage de Streptocoque B
- B. Contractions utérines**
- C. Perte de liquide amniotique
- D. Métrorragies
- E. Diminution des mouvements actifs fœtaux
- F. Prurit vulvaire
- G. Vomissements

Le réflexe devant un **col raccourci** est de rechercher la présence de **contractions utérines**, et inversement ! C'est l'association de ces deux éléments qui vous permettra de conclure à une menace d'accouchement prématuré.

#### Menace d'accouchement prématuré

Association de **contractions utérines** et d'une **modification du col**.

**Modification du col** = **Col < 25 mm** à l'échographie de col, plutôt évalué par **toucher vaginal après 34 SA**.

Entre **22 SA** (seuil de viabilité, avant on parlera de fausse couche tardive) et **37 SA** (seuil à partir duquel on ne parle plus de prématurité).

### Menace d'accouchement prématuré

#### Le bilan à réaliser est le suivant :

- Le rythme cardiaque fœtal avec tocométrie.
- Bilan infectieux : numération formule sanguine CRP Examen Cytobactériologique des Urines Prélèvement vaginal.
- Fibronectine fœtale.
- Échographie obstétricale avec estimation du poids fœtal, quantité de liquide amniotique, échographie de col qui a normalement été réalisée pour le diagnostic.



#### Astuce de la gynécologue obstétricienne

#### Comprendre la FNF (Fibronectine fœtale)

La **Fibronectine** est un ensemble de glycoprotéines qui réalisent les liaisons intracellulaires elle est **sécrétée par le trophoblaste**. Avant 22 SA elle est présente dans les sécrétions vaginales, ensuite, les membranes fœto-maternelles fusionnent et la FNF disparaît des sécrétions vaginales. Si elle est présente entre 22 et 37 SA, cela suggère une **altération des membranes fœto-maternelles**.

À ne pas confondre avec la recherche **d'IGFBP-1 ou de PAMG-1** qui est utile dans le diagnostic de rupture prématurée des membranes, ce sont des protéines du liquide amniotique qui sont détectées par le PromptTest. Le PromptTest est un prélèvement cervico-vaginal, qui s'il est positif relate la présence anormale de liquide amniotique dans le vagin = une rupture de la poche des eaux.

- **QRM 3 : La patiente présente en effet des contractions utérines, douloureuses depuis 48 h. Vous posez le diagnostic de menace d'accouchement prématuré. Quel est le bilan nécessaire dans ce contexte ?**

#### Correction : ABCDE (Rang A)

- A. Numération formule sanguine, CRP (syndrome inflammatoire, chorioamniotite)
- B. Bilan bactériologique : examen cytotabactériologique des Urines, prélèvement cervico-vaginal
- C. Fibronectine fœtale
- D. Biométrie fœtal (estimation de poids fœtal)
- E. Quantité de liquide amniotique

- **QROC 4 : Vous avez prescrit entre autres une numération de formule sanguine avec CRP, quels éléments devez-vous contrôler dans ce contexte ?**

#### Correction (Rang A et B)

**Globules blancs et CRP**

À la recherche d'un syndrome inflammatoire.

- QRM 5 : Le bilan et notamment les GB et la CRP sont normaux. Quelle est votre prise en charge ?

**Correction : CDFGH** (Rang B)

- A. Tocolyse par inhibiteurs potassiques
- B. Tocolyse par bêtabloquants
- C. Tocolyse par inhibiteurs calciques
- D. Tocolyse par Nifédipine
- E. Tocolyse par alpha bloquants
- F. Hospitalisation dans le service de grossesses à haut risque
- G. Corticothérapie anténatale par bétaméthasone
- H. Quantité de LA

**Prise en charge de la menace d'accouchement prématuré (MAP)**

- Hospitalisation dans le service de grossesses pathologiques (la durée dépend des centres mais une MAP doit être initialement hospitalisée).
- **Tocolyse** = inhibition des contractions utérines par **inhibiteurs calciques (NIFÉDIPINE)** ou **antagonistes de l'Ocytocine (ATOSIBAN)**
- **Contre-indication de la tocolyse : métrorragies, anomalies du RCF, chorioamniotite.**
- **Corticothérapie anténatale** si < 34 SA
- **Sulfate de Mg** si < 32 SA et accouchement imminent (selon discussion entre les équipes)
- On ne réitère pas les échographies de col

**BÉTAMÉTHASONE** pour la **MATURATION FŒTALE**

*Toute situation qui entraînerait potentiellement un accouchement prématuré*

- Ne se prescrit **qu'avant 34 SA**
- Un renouvellement est possible **une fois**
- Permet de prévenir la **maladie des membranes hyalines, les hémorragies intraventriculaires, l'entérocolite ulcéro-nécrosante**. En clair, cela diminue la morbi-mortalité néonatale !
- Le schéma consiste en une injection intramusculaire de **BÉTAMÉTHASONE = Célestène = Chronodose** renouvelée à 24 h. Elle est efficace à 24 h de la deuxième dose, soit à 48 h de la première dose.

**Items abordés et références**

**Item 24 – Principales complications de la grossesse**

→ Gynécologie-Obstétrique, Elsevier Masson

**Item 26, 29, 165 – Prévention des risques fœtaux, nouveau-né à risque**

→ Pédiatrie, Elsevier Masson

