

Examen clinique à l'entrée en salle de naissance

C. Le Ray, J. Lansac, F. Biquard

PLAN DU CHAPITRE

Y a-t-il urgence ?	21	Bilan et établissement d'une conduite.....	36
En dehors de l'urgence	21	Conclusion.....	37

OBJECTIFS

- Pratiquer l'examen d'une femme enceinte se présentant en début de travail à la maternité.
- Consulter et interpréter les données cliniques et paracliniques recueillies pendant la grossesse, et les confronter aux éléments fournis lors de l'examen initial pour porter un pronostic sur l'accouchement.
- Faire les prélèvements sanguins et urinaires nécessaires en début de travail.
- Pratiquer une biométrie foetale échographique avec localisation placentaire en début de travail.
- Reconnaître le début du travail.
- Établir un pronostic des possibilités d'accouchement par voie basse.
- Expliquer à la femme enceinte et au couple, le stade du travail, le pronostic de l'accouchement et la nécessité d'un transfert.

L'entrée en salle de naissance doit être, pour la femme enceinte et l'équipe obstétricale, le moment d'une dernière mise au point. L'examen suit une ligne logique, allant de la mère vers l'enfant à naître.

Cette conduite méthodique, même en cas d'urgence, permet d'établir un pronostic global d'où découle une conduite à tenir. La sécurité de l'enfant et la vigilance concernant la mère n'excluent jamais un accueil calme et un soutien attentif. Ainsi s'établit une relation de confiance entre la patiente, le partenaire, la sage-femme, le gynécologue-obstétricien, l'anesthésiste et le pédiatre. Elle est un des garants d'un bon vécu de l'accouchement.

Après avoir présenté l'« esprit » de cet examen d'entrée, nous détaillerons la partie clinique, essentielle à nos yeux. Les examens complémentaires seront envisagés en fonction de ce qu'ils peuvent apporter au terme de la grossesse.

Nous examinerons enfin l'établissement des pronostics, base d'une attitude raisonnée et raisonnable.

Y a-t-il urgence ?

Avant tout, il faut s'assurer de l'absence de signes de gravité qui imposent des gestes de sauvegarde immédiats. Trois symptômes dominant :

- l'hémorragie, par hématome rétroplacentaire ou placenta prævia ;
- les convulsions par éclampsie ;
- la procidence du cordon après rupture intempestive des membranes.

Dans ces cas, le pronostic vital maternel et/ou foetal est en jeu. Le contrôle des fonctions essentielles de la mère – pouls, tension artérielle – et l'appréciation de l'état foetal doivent être immédiats. L'extraction de l'enfant encore vivant est une urgence, selon les conditions obstétricales. Nous le reverrons ultérieurement (*voir* chapitres 21 à 23).

En dehors de l'urgence

L'examen est de difficulté variable.

Lorsque la surveillance prénatale a été régulière, avec un dossier tenu à jour par le consultant, le médecin traitant ou la sage-femme, l'examen n'est que le prolongement du bon suivi de la grossesse. Il est rapide, précis, et a pour but de vérifier qu'il n'y a pas de nouveaux problèmes. Cela devrait être le cas général. Idéalement, la femme aura rédigé, durant sa grossesse, un projet de naissance qu'il conviendra de lire attentivement et de revoir avec elle point par point.

Parfois, la patiente se présente à l'équipe responsable de l'accouchement pour la première fois. Dans certains cas, elle ne possède aucun renseignement médical et/ou le contact linguistique est limité. Dans ce contexte défavorable, il faut dans un minimum de temps réaliser un bilan global de la femme, de la grossesse et de l'enfant.

Afin d'être complet, c'est bien sûr dans cette situation que nous nous placerons.

Faire connaissance avec la mère

C'est le premier temps de l'examen. Avant de se précipiter sur la patiente pour établir l'observation, il nous paraît indispensable que chacun se présente et explique son rôle dans l'équipe (obstétricien, sage-femme, anesthésiste, stagiaire) afin de la mettre en confiance.

Ces premières paroles de bienvenue permettent de cerner assez vite le contexte psychologique et socioculturel. Un bon contact favorise l'examen qui comporte un interrogatoire médical, un examen physique, voire la mise en route d'examen complémentaires.

Cet examen initial permet d'apprécier l'état maternel et fœtal, et le pronostic de l'accouchement.

Trente à quarante-cinq minutes sont nécessaires à cet examen initial pour envisager une attitude adaptée, et les éléments de la surveillance de la mère et de l'enfant. Par des explications précises et une attitude rassurante, la sage-femme, l'obstétricien, l'anesthésiste et le pédiatre obtiendront la collaboration et la confiance des parents.

Examen clinique

Les modalités sont celles de l'examen de toute femme enceinte au troisième trimestre [6]. Nous n'insisterons ici que sur les points spécifiques à l'accouchement.

Interrogatoire

Il recherche les motifs d'entrée en salle de naissance, les antécédents de la femme et l'histoire de la grossesse.

Motifs d'entrée en salle de naissance

Cela peut être :

- des *contractions utérines* : on précise leurs caractères (rythme, régularité, intensité, douleur), l'heure de début ;
- un *écoulement de liquide* : s'agit-il du bouchon muqueux, d'écoulement liquidien, de sang ? L'écoulement de liquide amniotique signe la rupture des membranes. On se renseigne sur l'heure précise de survenue, sur la couleur, l'existence de contractions utérines, de fièvre ou de douleurs abdominales associées. Un toucher vaginal permet de s'assurer de l'absence de procidence du cordon ;
- l'*inquiétude maternelle* : le plus souvent, la mère dit moins sentir bouger son enfant. Un examen précis et rassurant permet de lever l'angoisse maternelle, dès que l'on a la certitude de l'absence d'anomalies ;
- des *signes extra-obstétricaux* qui peuvent être une fièvre, des douleurs abdominales ou lombaires, des signes urinaires, des douleurs des membres inférieurs, des céphalées, etc.

En somme, tout signe d'appel impose une enquête diagnostique afin d'orienter les examens complémentaires et la thérapeutique.

Contexte et antécédents

Le [tableau 2.1](#) dresse une liste de tous les renseignements à demander à la femme. Nous insisterons surtout sur les antécé-

Tableau 2.1. Liste des éléments de l'interrogatoire d'une femme entrant en salle de naissance.

Renseignements concernant la patiente : – âge, origine géographique, situation familiale, lieu de résidence – profession, transport – mode de logement, conditions socioéconomiques
Antécédents familiaux : – maladies héréditaires (hémophilie, etc.) – malformations – retard mental – consanguinité – hypertension artérielle – diabète, obésité, thrombose – cancers gynécologiques
Antécédents médicaux : – hypertension artérielle, diabète, thrombose – infections urinaires – allergies, autres affections (traitement, séquelles, etc.)
Antécédents chirurgicaux : – chirurgie traumatologique (bassin) – chirurgie osseuse (rachis) – chirurgie abdominale (appendicite) – chirurgie gynécologique (myomectomie)
Antécédents gynécologiques : – infertilité (étiologie, traitement) – herpès génital y compris chez le conjoint
Antécédents obstétricaux : – nombre de fausses couches, IVG – nombre et modalités des accouchements
<i>Source : auteurs.</i>

dents gynécologiques et obstétricaux, mais tous les antécédents médicaux et chirurgicaux doivent être recueillis. On précise :

- le nombre de fausses couches, d'intervention endo-utérine (aspiration, résection de cloison ou de myome), d'IVG ;
- le déroulement des grossesses antérieures avec leur(s) pathologie(s) ;
- les conditions d'accouchement antérieur : césarienne, extraction instrumentale, déchirure périnéale, hémorragie de la délivrance.

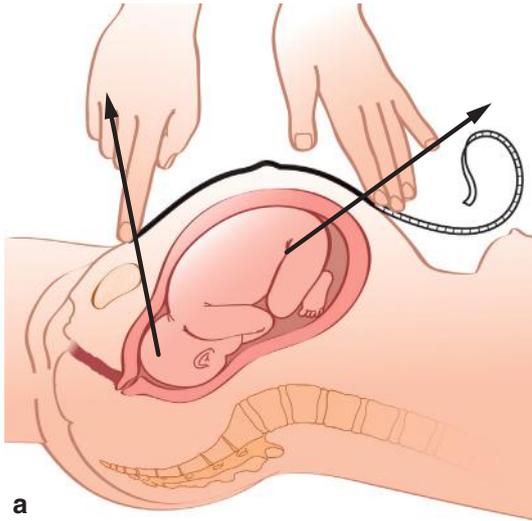
En cas d'antécédent de césarienne, il est impératif de poser le compte rendu opératoire et le résumé des suites de couches.

Enfin, le poids de naissance, le groupe sanguin, l'état à la naissance et le devenir des enfants sont précisés. Par quelques questions discrètes, on peut se rendre compte du vécu de cette grossesse, désirée ou non, acceptée ou pas. De même, le suivi de séances de préparation à la naissance et à la parentalité est un élément d'importance.

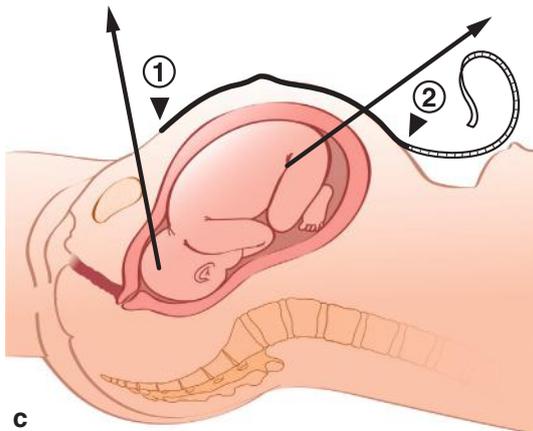
Histoire de la grossesse actuelle

La connaissance exacte du terme est la première des préoccupations. Elle est basée sur la date issue de la mesure de la longueur craniocaudale à l'échographie du premier trimestre entre 11 et 14 SA. La date précise des dernières règles, corrélée au type de cycle et à la date d'arrêt de la contraception, ne servira qu'en cas d'absence de datation échographique au premier trimestre. La certitude peut être obtenue par l'étude d'une courbe thermique, par la connaissance de la date du rapport fécondant ou

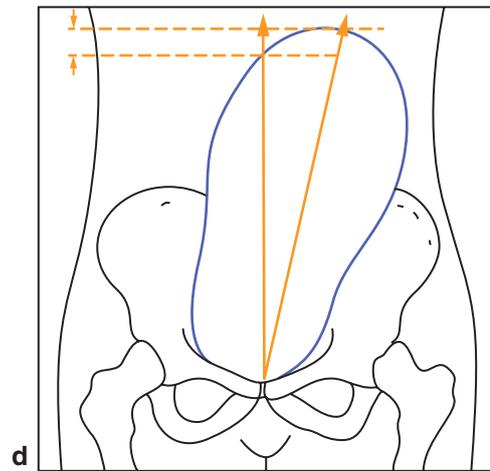
Planche 2.1 Mesure de la hauteur utérine



a. et b. La mesure se prend avec un mètre ruban.



c. Deux erreurs à ne pas faire : 1. L'extrémité du mètre n'est pas contre la symphyse pubienne. 2. L'opérateur mesure au-delà du fond utérin.



d. L'erreur par défaut : mesure dans l'axe ombilicomesométrique au lieu de l'axe utérin.

lors du recours à une technique d'assistance à la procréation médicalement assistée (insémination intra-utérine, FIV, ICSI). En cas de fécondation in vitro, on retiendra la date de la ponction pour la date de début de grossesse.

La qualité du suivi de la grossesse est capitale : nombre de consultations, examens paracliniques de surveillance prescrits, échographies obstétricales (dont la fiabilité compte plus que le nombre).

On recherche l'une des pathologies suivantes : menace d'accouchement prématuré, hypertension artérielle, prise de poids anormale, métrorragies, infections.

On précise les traitements prescrits : nom du médicament, dose, durée, terme de la grossesse au moment de la prescription.

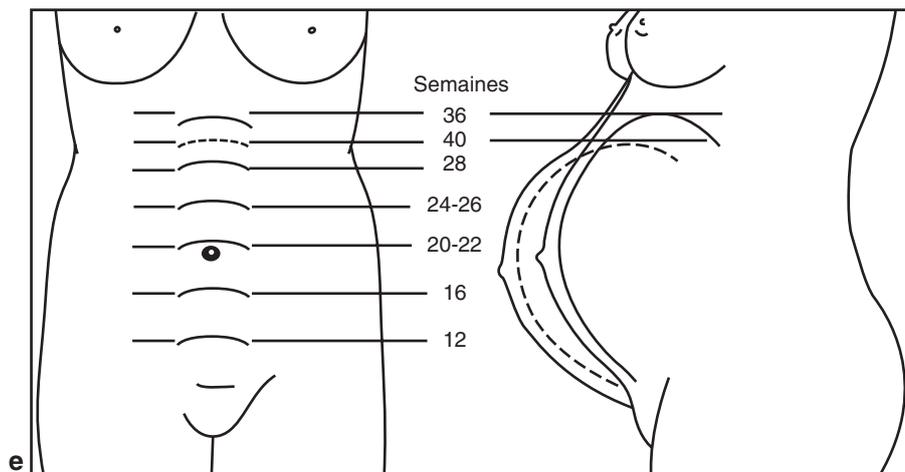
Examen physique

Il fait suite à l'interrogatoire qui oriente en fonction des pathologies éventuelles.

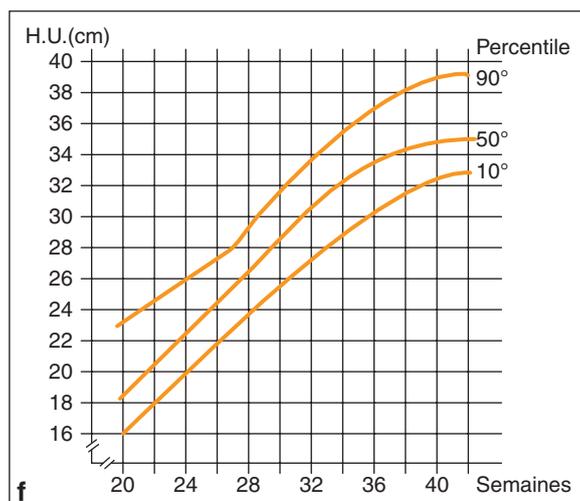
Examen obstétrical

Examen de l'utérus gravide

Celui-ci débute par l'examen obstétrical. On apprécie l'axe fœtal par rapport à l'axe utérin, puis on mesure la hauteur utérine en dehors d'une contraction utérine (planche 2.1), voire le périmètre ombilical que l'on rapporte au terme (planche 2.1). On fait le diagnostic de présentation par la recherche du pôle céphalique et du plan du dos (planche 2.2). Enfin, on apprécie la quantité de liquide amniotique.



e. Variations de la hauteur utérine en fonction du terme (face, profil).



f. Diagramme des variations de la hauteur utérine en fonction du terme.

Source : d'après Villar J, Belizan JM. *The evaluation of the methods used in the diagnosis of intrauterine growth retardation. Obstet Gynecol Surv* 1986; 41(4) : 187-99 et Lansac J, Magnin G, Sentilhes L. *Obstétrique pour le praticien*. 6^e éd. Paris : Elsevier-Masson; 2013. Dessins d'Annaïck Péron.

Examen du périnée

Il recherche :

- des lésions vésiculaires d'herpès ou des condylomes;
- la trophicité des tissus, en sachant que l'hypoplasie ne se juge bien qu'au premier trimestre;
- une cicatrice d'une déchirure ou d'une épisiotomie dont on appréciera la souplesse et la sensibilité;
- une mutilation sexuelle qui peut poser problème lors de l'expulsion.

Examen du col utérin

Il nécessite la pose d'un spéculum. On note l'existence de leucorrhées, d'un ectropion banal, de vésicules ou d'une cervicite. Toutes les pertes vaginales suspectes doivent être prélevées pour étude bactériologique. Toute lésion cervicale impose un contrôle à la visite postnatale.

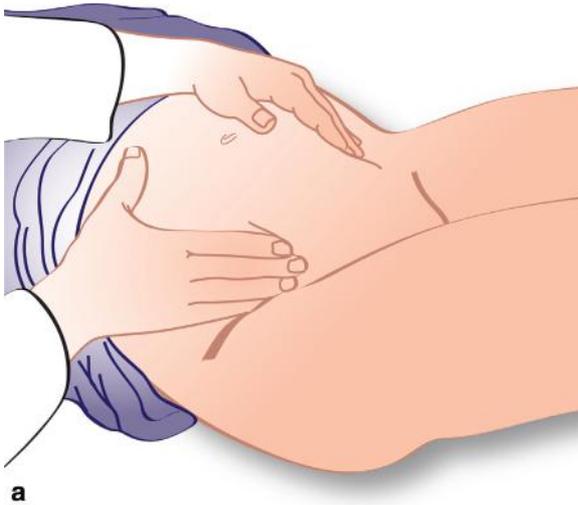
L'absence d'un cul-de-sac latéral doit faire évoquer une malformation et vérifier l'existence ou non d'une cloison vaginale ou d'un diaphragme.

Toucher vaginal

Il apporte des renseignements sur :

- le *conduit cervicosegmentaire* : ampleur, minceur et sensibilité du segment inférieur – position, maturité, degré d'effacement et de dilatation du col ([planche 2.3](#)). Le score de Bishop est établi ([tableau 2.2](#));
- la *présentation* : hauteur et diamètre d'engagement, degré de flexion ([planche 2.4](#));
- l'*intégrité des membranes*;
- la *filière pelvipérinéale* : qualité des parties molles; mesure clinique des diamètres du bassin osseux ([planche 2.5](#)) : recherche du promontoire, en suivant la concavité sacrée,

Planche 2.2 Étude de la présentation



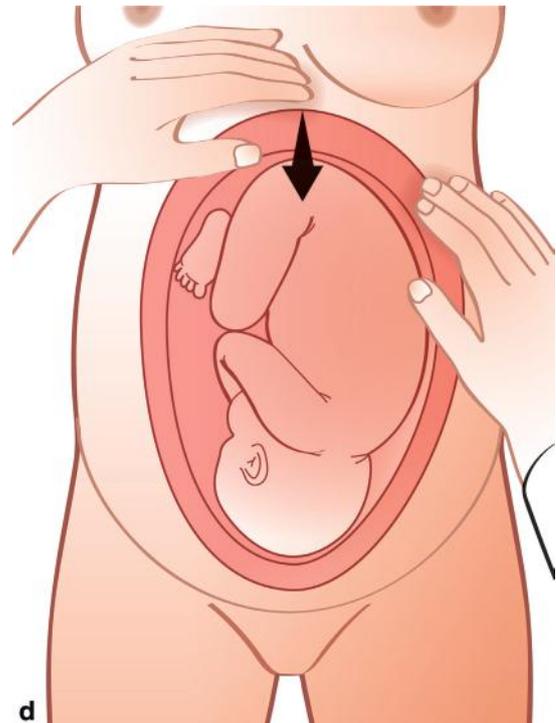
a. Palpation sous-pubienne. Position des mains.



b. Repérage de la tête. La main droite palpe le front, la gauche l'occiput et le sillon du cou. La tête n'est pas engagée.



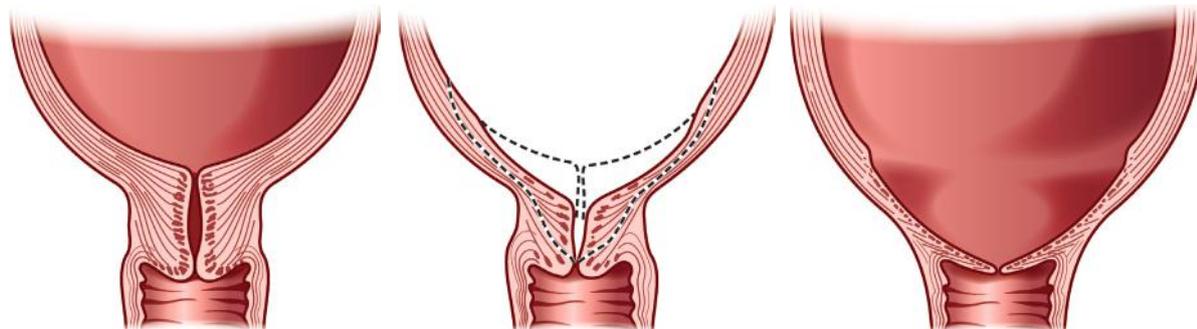
c. Recherche du ballotement fœtal. La tête est haute et mobile.



d. Recherche du plan du dos. On appuie sur le fond utérin.

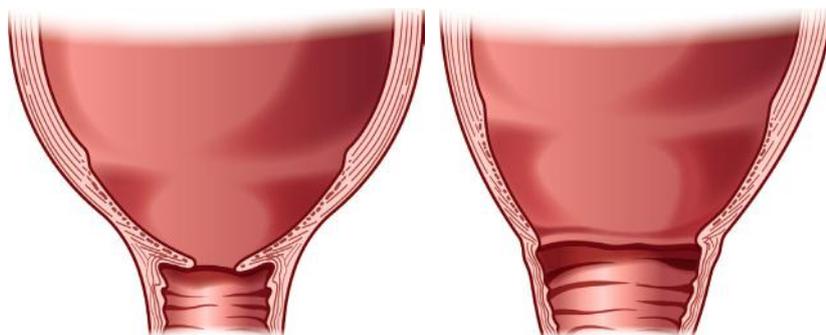
Planche 2.3 Évolution du col au cours du travail chez la primipare et la multipare

Chez la primipare



a. Col de primipare avant le travail.

b. Schéma de l'incorporation du col au segment inférieur. c. Effacement complet du col.



d. Début de la dilatation.

e. Dilatation complète.

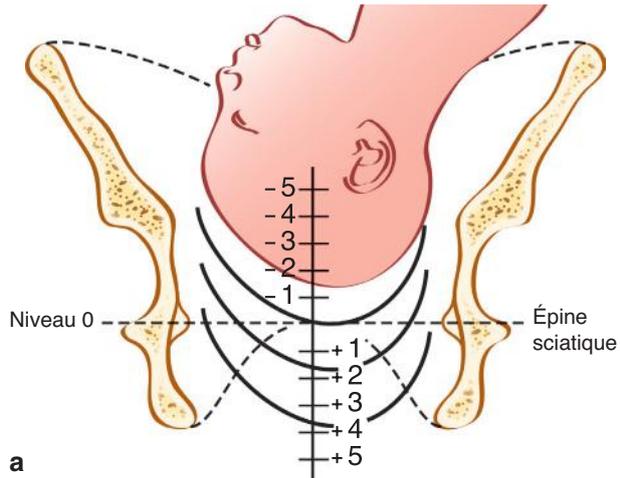
Chez la multipare



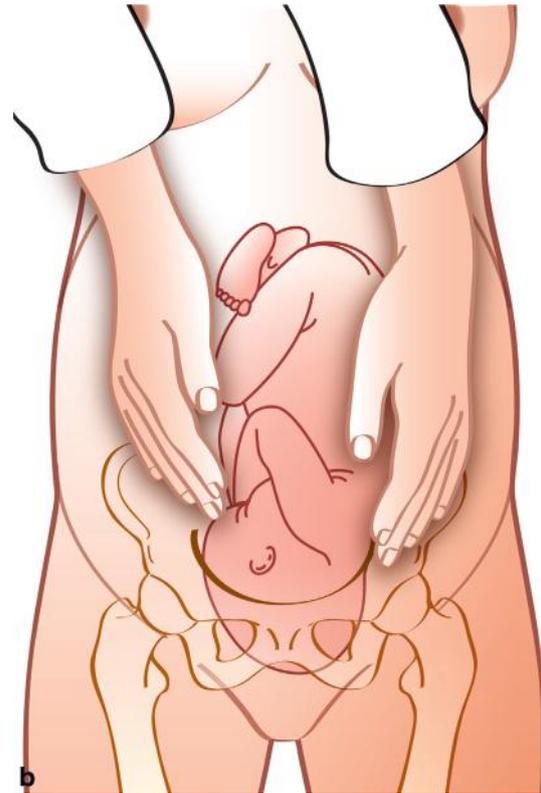
a. Col de multipare avant le travail.

b. Effacement et dilatation simultanés du col. c. Dilatation presque complète.

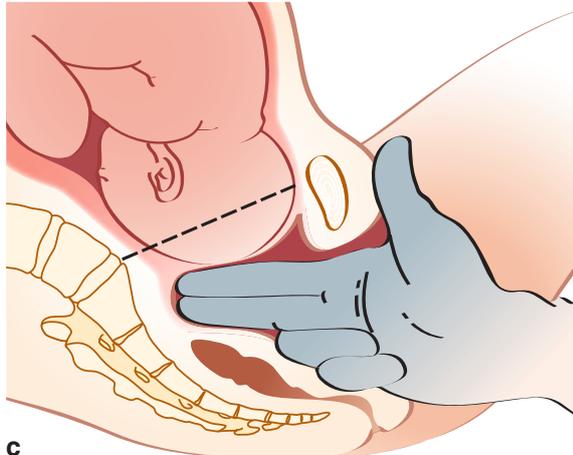
Planche 2.4 Étude de l'engagement



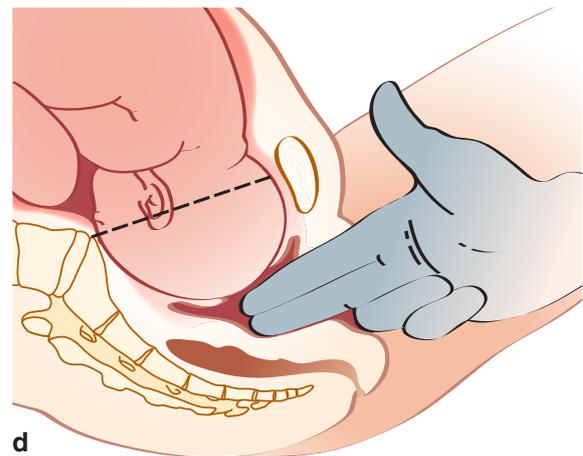
a. Estimation de la descente de la tête fœtale dans le pelvis. Lorsque le sommet a atteint le niveau des épines sciatiques, la tête est dite engagée.



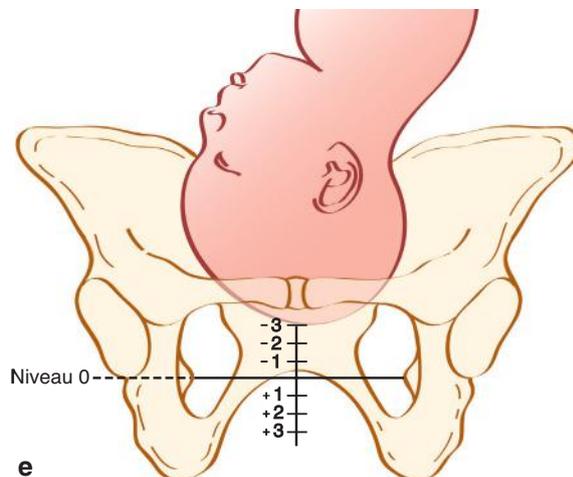
b. Palpation de la présentation tête engagée. On ne sent pas l'occiput, le moignon de l'épaule est à moins de trois travers de doigt de la symphyse.



c. Toucher vaginal, tête non engagée : on peut suivre la concavité sacrée au-delà de S2 sans rencontrer la présentation.



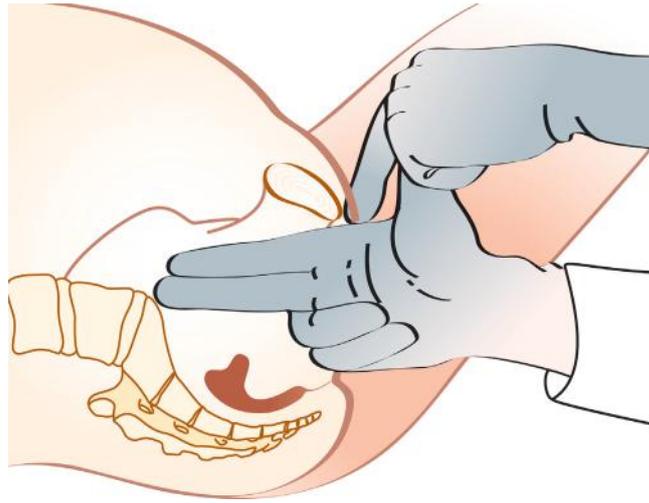
d. Toucher vaginal, tête engagée : les deux doigts dirigés vers S2 rencontrent la tête fœtale (signe de Farabeuf).



e. Tête haute et mobile, niveau - 3. Source : d'après Lansac J, Magnin G, Sentilhes L. *Obstétrique pour le praticien*. 6^e éd. Paris : Elsevier-Masson ; 2013. Dessins d'Annaïck Péron.

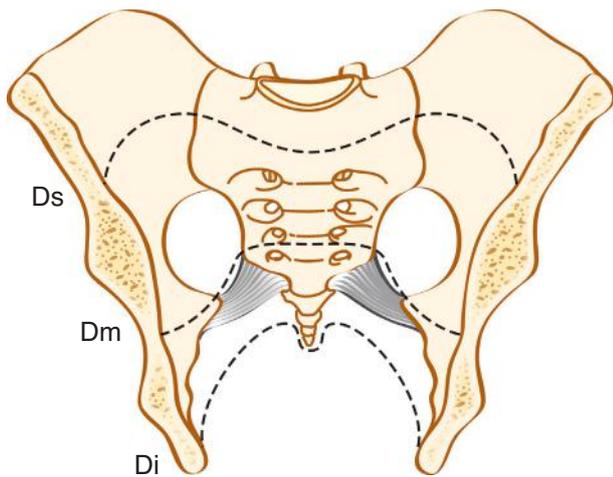
Planche 2.5 Exploration du bassin

Plan postérieur

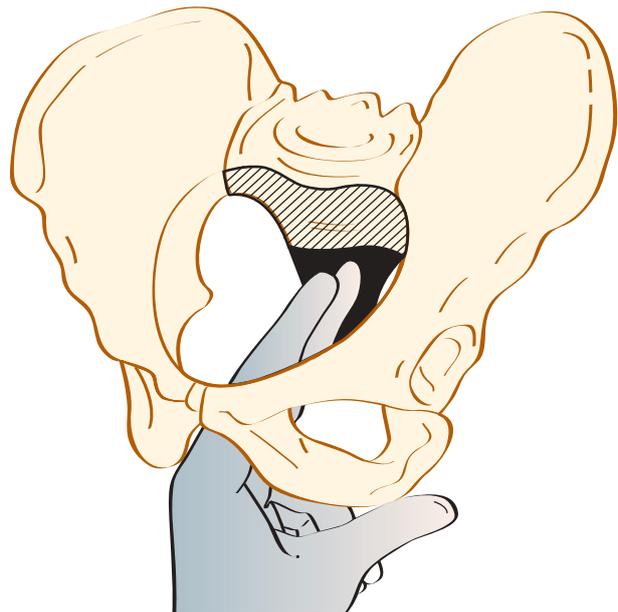


a. Topographie des détroits : supérieur (Ds), moyen (Dm), inférieur (Di).

Détroit supérieur



b. Étude du détroit supérieur : mensuration du diamètre antéropostérieur.



c. Exploration du sacrum : la zone hachurée est normalement inaccessible au doigt.