



CROIX-ROUGE FRANÇAISE CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DE KOUROU

BP 703 97387 KOUROU CEDEX
Tel : 05 94 32 76 76 Fax : 05 94 32 76 00

SERVICE DE GYNECOLOGIE - MATERNITE

Consultations : 05 94 32 76 66 Fax : 05 94 32 76 67 Email: maternite@cmck.org

Docteur Patrice CLAYETTE
Ancien interne des hôpitaux de LYON
Ancien assistant des hôpitaux de LYON
Chef de clinique à la faculté
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE



Docteur Guy TESCHER
De la Faculté de médecine de PARIS
Diplôme national de Gynécologie
Diplôme national d'Obstétrique
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR

LIVRET D'INFORMATION AUX FEMMES ENCEINTES DESIRANT ACCOUCHER A LA MATERNITE DU C.M.C.K

Rédaction Mars 2003

Madame, Mademoiselle,

La loi, depuis Mars 2002, oblige les médecins et le personnel soignant à vous fournir l'information la plus complète possible sur votre état de santé, sur les traitements, et les examens complémentaires qui sont envisagés pour vous. Votre grossesse, nécessite un suivi précis et fréquent avec des examens cliniques, des analyses de laboratoire et des échographies.

Certains de ces examens sont obligatoires, d'autres sont facultatifs et d'autres encore sont demandés en fonction de votre propre profil médical.

Il est impossible de vous donner une information exhaustive sur tout ce qui peut survenir de normal ou d'anormal durant la grossesse, lors de l'accouchement ou pendant la période de suites de couches (cela s'appellerait une encyclopédie de l'obstétrique). A chaque étape, l'équipe soignante s'efforcera de répondre oralement et ponctuellement à vos questions de manière compréhensible.

De même nous ne pouvons que vous conseiller de suivre les cours de préparation à l'accouchement avec une sage femme, de vous procurer des livres « grand public » sur la grossesse ou de consulter des sites internet spécialisés.

En effet, surtout lors des trois derniers mois de votre grossesse un certain nombre de décisions médicales peuvent et doivent être prises dans l'urgence. Il est bon alors que vous sachiez déjà à quoi elles correspondent, en vous étant renseignée préalablement dans le calme et la sérénité. Ce document vous expliquera des principaux événements auxquels vous pourriez être confrontée. Il tient lieu de fiche officielle et légale d'information pour chaque sujet qui y est traité. Pour se conformer à la législation, nous vous demandons d'attester que vous avez bien reçu ces textes et que vous prendrez connaissance de leur contenu. Soyez assurée, Madame, Mademoiselle, de tous nos efforts pour que tout se déroule au mieux pour votre santé et celle de votre enfant.

L'équipe soignante de la maternité du C.M.C.K



TABLE DES MATIERES

INFORMATION SUR LES CONSULTATIONS PENDANT LA GROSSESSE.	2
INFORMATION EN VUE D'UN CONSENTEMENT ECLAIRE SUR LES METHODES DE DEPISTAGE ET DE DIAGNOSTIC DES MALFORMATIONS ET ANOMALIES CHROMOSOMIQUES DU FŒTUS PENDANT LA GROSSESSE.	5
Echographie, Marqueurs sériques, Amniocentèse	
INFORMATION SUR L'ACCOUCHEMENT ET LES SUITES DE COUCHES.	9
LA DUREE DE VOTRE SEJOUR.	15
Séjour maternel, unité Kangourou	
INFORMATION SUR LES ACTES MEDICAUX LIES A L'ACCOUCHEMENT.	16
Méthodes de surveillance, Forceps etc.	
INFORMATION SUR LE DECLENCHEMENT.	18
INFORMATION SUR LE DÉCLENCHEMENT DU TRAVAIL SANS INDICATION MÉDICALE.	20
INFORMATION SUR LAVERSION PAR MANOEUVRES EXTERNES.	21
INFORMATION SUR LA CÉSARIENNE.	22
INFORMATION CONCERNANT L'ACTE ANESTHESIQUE.	25
INFORMATION SUR L'ANALGESIE PERIDURALE EN OBSTETRIQUE.	27
INFORMATIONS CONCERNANT LA TRANSFUSION SANGUINE.	28
INFORMATION SUR LA STERILISATION PENDANT UNE CESARIENNE.	29
AUTORISATION PARENTALE POUR OPERER LES PATIENTES MINEURES.	30
INFORMATION SUR LES TRANSFERTS MATERNELS AU SEIN DU RESEAU PERINATAL DE GUYANE.	31



INFORMATION SUR LES CONSULTATIONS PENDANT LA GROSSESSE

Il y a sept consultations obligatoires durant la grossesse. Elles peuvent être effectuées par votre médecin traitant, par un médecin spécialiste, par la PMI, ou par les Sages Femmes (exceptée la première).

Première consultation :

Elle doit être faite avant le troisième mois de grossesse. Elle est obligatoirement faite par un médecin car c'est lui qui fera la déclaration de grossesse.

Durant cette consultation, le médecin ouvrira un dossier qui vous suivra durant toute votre grossesse.

1) Il vous demandera vos antécédents

* Médicaux : avez-vous une maladie vasculaire ? Des infections urinaires récurrentes ?...

* Chirurgicaux : avez-vous déjà été opérée ?

* Familiaux : y a-t-il dans votre famille une maladie héréditaire ?...

* Obstétricaux : avez-vous déjà été enceinte ?

2) Le médecin cherchera à dater le début de votre grossesse. Pour cela il vous questionnera sur vos antécédents gynécologiques : la régularité de vos cycles avec et sans contraception, la date de vos dernières règles ; éventuellement une courbe de température si vous en avez fait une.

Il prévoira une échographie car c'est elle qui datera avec précision votre grossesse. Plus l'échographie sera précoce (entre 6 et 12 semaines d'aménorrhée), plus précise sera la détermination du terme.

3) Au niveau de l'examen médical : le médecin vous pèsera, vous prendra une tension artérielle, vous fera un toucher vaginal, mettra éventuellement un spéculum et fera un frottis si vous n'en avez pas un de récent. Il essaiera également de vérifier l'activité cardiaque de l'embryon grâce à un appareil à ultrasons ou à un échographe.

4) Il vous prescrira différents examens à faire au laboratoire :

* Votre groupe sanguin si vous n'avez pas déjà une carte de groupe sanguin. En effet si vous êtes de groupe négatif et si votre bébé est de groupe positif (on ne le saura qu'à la naissance), vous pouvez fabriquer des anticorps contre le sang de votre bébé. Ceci peut se produire lors de tous gestes invasifs (amniocentèse...), ou saignement pendant votre grossesse. La connaissance dès le début de votre grossesse de votre groupe sanguin permettra, s'il y a lieu, de vous faire un sérum anti-D (c'est une injection dans votre sang) pour éviter toute immunisation.

* Une recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) : cela permet de savoir si vous vous êtes déjà immunisée contre le sang de votre bébé lors d'une grossesse précédente, une fausse couche, une transfusion... Elles sont positives si c'est le cas.

* Une recherche de la syphilis, la toxoplasmose et de la rubéole. Ce sont toutes des maladies qui, si elles sont contractées pendant la grossesse, peuvent entraîner des malformations fœtales. Il est par conséquent nécessaire de savoir si vous ne les avez pas en début de grossesse.

- * Une recherche de l'HIV (si vous êtes consentante). Pour vous, votre bébé mais également le corps médical qui devra vous suivre pendant votre grossesse et votre accouchement.
 - * Une recherche des antigènes de l'hépatite B et C.
 - * Une électrophorèse de l'Hémoglobine si vous avez un risque génétique de drépanocytose par exemple.
 - * D'autres examens plus spécialisés peuvent être demandés en fonction de votre profil personnel.
- 5) Une échographie sera prescrite entre 11 et 13 semaines d'aménorrhée. Elle contrôlera la vitalité de votre bébé. Elle est très importante pour dépister certains signes liés au mongolisme.
- 6) Un examen sanguin nommé « Tritest » qui devra impérativement être fait entre 14 et 17,6 semaines d'aménorrhée, et qui sert à évaluer le risque pour l'enfant à venir d'avoir une anomalie de type mongolisme. **(Voir le chapitre consacré au dépistage anténatal)**

Deuxième consultation : 4^{ème} mois

Cette consultation et les suivantes peuvent éventuellement être faites par les sages-femmes.

- 1) Tous les éléments prescrits lors de la première consultation sont contrôlés.
- 2) L'examen clinique comportera votre poids, la tension artérielle, le développement utérin (on mesure votre ventre). On vérifiera l'activité cardiaque du fœtus. On vérifiera que vous ne sentez pas de contraction utérine, et un toucher vaginal précisera l'état de votre col utérin.
- 3) Examen médical :
 - * Si vous n'êtes pas immunisée contre la toxoplasmose, on vous prescrira de nouveau une prise de sang. Elle sera faite tous les mois. Il en est de même pour la rubéole mais celle-ci ne sera plus contrôlée après 20 semaines d'aménorrhées car le risque du passage au niveau placentaire est nul.
 - * Les RAI seront également contrôlés tous les mois si vous êtes de groupe sanguin négatif. L'examen vous sera également prescrit si cela n'a pas été fait lors de la première consultation.
 - * On contrôlera le sucre et l'albumine dans vos urines.
- 4) On vous prescrira une échographie à faire vers la 22^{ème} semaine d'aménorrhée afin de contrôler la morphologie de votre bébé.

Troisième consultation : 5^{ème} mois

- 1) Les résultats des examens demandés les fois précédentes seront vérifiés.
- 2) L'examen clinique ressemble à celui fait lors du quatrième mois. Il vous sera demandé si vous sentez votre bébé bouger.
- 3) Examen médical :
 - * La sérologie de la toxoplasmose vous sera prescrite si vous n'êtes pas immunisée.
 - * Les RAI seront contrôlés si vous êtes de groupe négatif.
 - * Le sucre et l'albumine de vos urines seront contrôlés.
- 4) Les résultats de l'échographie de 22 SA seront vérifiés.

Quatrième consultation : 6^{ème} mois

- 1) Les résultats des examens demandés les fois précédentes seront vérifiés.
- 2) L'examen clinique est identique à la dernière consultation.
- 3) Examen médical :
 - * La sérologie de la toxoplasmose vous sera prescrite si vous n'êtes pas immunisée.
 - * Les RAI seront contrôlés si vous êtes de groupe négatif.
 - * Le sucre et l'albumine de vos urines seront contrôlés.

* Ce mois là votre formule sanguine (plaquettes, globules rouges...) sera de plus contrôlée.
* Le contrôle de l'hépatite B et C sera effectué s'il n'a pas déjà été fait précédemment. Il permettra de prendre en charge votre bébé et de le vacciner contre l'hépatite B à sa naissance si vous avez contracté la maladie. Cela permet également de protéger l'équipe médicale si vous êtes porteuse de ces maladies.

* Un test de o'Sullivan vous sera demandé :

- Si vous avez un antécédent de gros bébé
- Si vous avez pris beaucoup de poids
- Si vous avez du sucre dans les urines

Ce test consiste en une glycémie à jeun puis une heure après l'absorption de 50 g de glucose. Il permet de vérifier que vous ne faites pas un diabète gestationnel.

4) C'est souvent lors de cette consultations que vous serez éventuellement prescrits du fer et des vitamines.

5) **Les cours de préparation à l'accouchement seront évoqués.**

Cinquième consultation : 7^{ième} mois

1) Les résultats des examens demandés les fois précédentes seront vérifiés.

2) L'examen clinique est identique à la dernière consultation.

3) Examen médical :

* La sérologie de la toxoplasmose vous sera prescrite si vous n'êtes pas immunisée.

* Les RAI seront contrôlés si vous êtes de groupe négatif.

* Le sucre et l'albumine de vos urines seront contrôlés.

4) La troisième échographie, à faire vers votre 32 SA, vous sera prescrite.

5) Votre ordonnance de fer sera reconduite s'il y a lieu.

Sixième consultation : 8^{ième} mois

1) Les résultats des examens demandés les fois précédentes seront vérifiés.

2) L'examen clinique est identique à la dernière consultation avec en plus une recherche de la présentation foetale. Votre bébé est-il en bonne position pour l'accouchement ou doit-il encore tourner ?

3) Examen médical :

* La sérologie de la toxoplasmose vous sera prescrite si vous n'êtes pas immunisée.

* Les RAI seront contrôlés même si vous êtes de groupe positif.

* Le sucre et l'albumine de vos urines seront contrôlés.

4) L'échographie demandée la dernière fois sera vérifiée : seront contrôlés la position et la croissance de votre bébé ainsi que l'emplacement du placenta.

5) Votre ordonnance de fer sera reconduite s'il y a lieu.

Septième consultation : 9^{ième} mois

1) Les résultats des examens demandés les fois précédentes seront vérifiés.

2) L'examen clinique est identique à la dernière consultation avec en plus une vérification de votre bassin. S'il paraît petit il vous sera prescrit une radio pelvimétrie qui mesurera les diamètres de votre bassin afin de savoir si bébé peut y passer. Cet examen vous sera également prescrit si votre bébé se présente par le siège ou si vous avez déjà eu une césarienne.

3) Examen médical :

* La sérologie de la toxoplasmose vous sera prescrite si vous n'êtes pas immunisée.

* Les RAI seront contrôlés si vous êtes de groupe négatif.

* Le sucre et l'albumine de vos urines seront contrôlés.

4) La croissance de votre bébé sera contrôlée. Un pronostic quand à votre mode d'accouchement sera fait d'après la présentation de votre bébé et d'après votre bassin

**Il est fondamental de comprendre que les dates de consultations et d'échographies doivent être respectées.
Ceci est le principal élément de sécurité pour vous et votre enfant**

Vous trouverez dans les pages qui suivent des explications sur ce qui est recherché.

INFORMATION EN VUE D'UN CONSENTEMENT ECLAIRE SUR LES METHODES DE DEPISTAGE ET DE DIAGNOSTIC DES MALFORMATIONS ET ANOMALIES CHROMOSOMIQUES DU FŒTUS PENDANT LA GROSSESSE.

Centre Médico Chirurgical de Kourou. (5/1/2000)

Toute femme enceinte, quel que soit son âge, peut bénéficier d'un certain nombre d'exams, cliniques, biologiques ou d'imagerie destinés à s'assurer du bon déroulement de la grossesse, tant pour elle même que pour l'enfant à naître.

Les assurances sociales s'efforcent de donner à toutes les femmes un accès identique à ce suivi.

* Depuis vingt ans environ, les méthodes de dépistage anténatal des anomalies du fœtus font partie de la surveillance normale de toute grossesse. Il est néanmoins illusoire de penser que toutes les anomalies puissent être dépistées avant la naissance car leur variété est immense et les méthodes scientifiques, bien qu'en constante progression, ne pourront jamais être exhaustives. De plus les malformations ne s'accompagnent pas forcément d'anomalies chromosomiques et ne sont pas toutes visibles in utéro, de même que certaines anomalies des gènes ne s'accompagnent pas forcément d'anomalies techniquement décelables.

* Parmi les anomalies génétiques les plus fréquemment rencontrées, La trisomie 21 est la cause la plus fréquente de retard mental chez l'enfant. Elle est due à la présence d'un chromosome supplémentaire (1 chromosome 21). La moitié des enfants atteints de trisomie 21 sont également porteurs de malformations. Leur espérance de vie est maintenant de plus de 50 ans.

Le risque de trisomie 21, très faible chez la femme jeune, augmente avec l'âge, surtout après 35 ans.

* Cependant, la moitié des enfants trisomiques 21 naissent de femmes jeunes car ce sont elles qui ont le plus d'enfants. Ainsi la fréquence de la trisomie 21 augmente avec l'âge maternel. A 35 ans cette fréquence est de 0,35 %, à 38 ans de 0,81 %, à 39 ans de 1,09 %, à 40 ans de 1,23 %, à 45 ans de 4,53 %.

Il existe plusieurs formes de trisomie 21, plus ou moins graves, en fonction de l'apport génétique des parents, et il existe de même d'autres formes de trisomie (13,18...) qui en général ne sont pas compatibles avec la vie.



Le dépistage et le diagnostic anténatal des anomalies fœtales et en particulier de la trisomie, repose essentiellement sur trois types d'examens :

- L'échographie
- Les marqueurs sériques
- L'amniocentèse

Le corps médical a le devoir de vous faire bénéficier des techniques les plus récentes de surveillance, de vous informer du mieux qu'il peut des constatations normales ou anormales et de leurs conséquences éventuelles pour vous ou pour votre enfant.

Préalablement à la réalisation de tous ces examens il convient que vous et votre conjoint soyez informés de leurs modalités et cette information vous est proposée dans les pages qui suivent. La condition néanmoins est que vous respectiez les prescriptions d'examens et leurs dates de réalisation.

Ces examens ne sont pas obligatoires et il vous est possible de signaler au médecin que vous ne souhaitez pas que soit effectuée sur votre enfant une recherche de malformation.

Il est capital de bien comprendre que c'est seulement vous qui déciderez ce qui est le mieux pour vous, et que votre médecin quelle que soit sa compassion ou sa sensibilité n'est là que pour vous informer d'un éventuel risque de handicap de l'enfant à naître, mais n'a pas la possibilité ni le désir ni l'obligation de se substituer à la volonté des parents.

ÉCHOGRAPHIE PENDANT LA GROSSESSE

L'échographie permet de mettre en évidence certaines malformations du fœtus.

Malgré les améliorations techniques, l'échographie n'est pas parfaite.

Il peut se produire qu'une anomalie pourtant bien présente ne soit pas détectée par l'examen.

À l'inverse, certains aspects observés à l'échographie peuvent faire évoquer à tort une malformation du fœtus. Si un doute survenait au cours de l'examen, d'autres examens complémentaires et des examens de contrôle vous seraient proposés selon la situation. Dans ce cas, l'échographie peut être une source d'anxiété pour les futurs parents.

En pratique, l'examen est totalement indolore et ne présente pas de risque connu pour la mère ou pour l'enfant. Une sonde est posée sur le ventre après application d'un gel pour faciliter l'émission et la réception des ultrasons.

Dans certaines situations, l'utilisation d'une sonde fine introduite dans le vagin permet de mieux visualiser certaines parties du fœtus ou de ses annexes (placenta, membranes, liquide amniotique).

Il n'est pas nécessaire de venir à jeun, mais dans certains cas il peut être demandé d'avoir la vessie pleine au moment de l'examen.

Il est fondamental de respecter scrupuleusement les fourchettes de dates qui vous seront indiquées pour ces échographies. En effet, les performances de cet examen dépendent de la visibilité optimale de certaines structures du fœtus à des périodes précises de son développement.

D'autre part, il s'agit d'examens qui requièrent une compétence importante, complémentaire mais différente de celles de la gynécologie et de l'obstétrique pratique, ce qui implique que les échographies obstétricales morphologiques soient réalisées de plus en plus par des spécialistes souvent exclusifs, formés essentiellement à ce domaine ce qui est un gage de sécurité.

Une première échographie précoce dite de datation est souhaitable pour connaître la date exacte du début de la grossesse (qui ne peut pas être fixée de manière formelle par la date des dernières règles). Cette datation doit être réalisée avant 10 semaines d'aménorrhée

c'est à dire avant la huitième semaine de fécondation et elle permet de contrôler la présence, le nombre et la vitalité du ou des embryons.

Une deuxième échographie doit être réalisée entre 11 et 13 semaines d'aménorrhée c'est à dire entre 9 et 11 semaines de vie de l'embryon. Cet examen permet déjà d'étudier en partie la morphologie de votre futur enfant et surtout de mesurer l'épaisseur de la clarté nucale qui se révèle être actuellement l'une des meilleures méthodes de dépistage de certaines anomalies génétiques et en particulier de la trisomie 21. Passé 13 semaines d'aménorrhée, cette mesure devient impossible.

Une troisième échographie dite morphologique doit être faite entre 20 et 23 semaines d'aménorrhée, c'est à dire entre 18 et 21 semaines de vie du fœtus, soit au cinquième mois de grossesse. C'est lors de cet examen que sont dépistées la majorité des anomalies morphologiques des structures externes ou profondes de l'enfant, (membres, cœur, cerveau, appareil digestif ou urinaire etc.)

Une quatrième échographie sera faite entre 30 et 32 semaines d'aménorrhée et permettra de mesurer la croissance de l'enfant, la qualité des échanges foeto maternels par le doppler, et de parfaire l'analyse morphologique en particulier cardiaque et cérébrale.

DOSAGE DES MARQUEURS SÉRIQUES

Toute femme, quelque soit son âge peut bénéficier d'une prise de sang au début de sa grossesse pour la réalisation d'un test ayant pour objectif d'évaluer le risque de TRISOMIE 21.

Ce test, encore appelé tritest ou dosage des marqueurs sériques ne permet pas, à lui seul, de diagnostiquer la trisomie 21. Il sert à dépister les femmes ayant un risque élevé. Il permet d'identifier pendant la grossesse environ 60 % des cas de trisomie 21 (et non pas 100 %).

Il est remboursé par la sécurité sociale.

Cette prise de sang doit impérativement être réalisée entre 15 et 17 semaines d'aménorrhée c'est à dire entre 13 et 15 semaines de vie du fœtus. De cette précision dépend la fiabilité du test qui ne peut plus être réalisé après ce délai.

L'analyse ne peut être effectuée que dans un laboratoire spécifiquement autorisé à pratiquer ces dosages (agrément ministériel). Pour notre hôpital, ces examens sont acheminés vers le laboratoire Cerba /Pasteur à Paris, ou plus récemment vers le Laboratoire Plenet à Cayenne ;

Environ 15 jours après le prélèvement, le résultat nous revient, ce résultat est exprimé en risque (par exemple 1 sur 500, 1 sur 1000, etc.), ce test est donc un test basé sur un calcul de probabilité. Généralement un risque est considéré comme élevé s'il est supérieur à 1 sur 250, ce qui correspond au risque naturel d'une femme de 37 ans.

Si le risque trouvé est élevé, une amniocentèse est proposée.

Si le risque trouvé est faible, l'amniocentèse n'est, en principe, pas justifiée.

Bien que le test ne constitue pas une garantie absolue, il est en fait peu probable que le foetus soit atteint en cas de risque faible, mais il existe des faux négatifs.

Si vous désirez une garantie absolue, il faut étudier les chromosomes du fœtus (caryotype) avant la naissance et cela nécessite un prélèvement de liquide amniotique (amniocentèse).

L'amniocentèse est un examen qui n'est pas dénué de risque car il peut être suivi de fausse-couche (le risque est inférieur à 1% des cas), il faut donc mettre en balance le risque potentiel d'avoir un enfant atteint de trisomie 21 et le risque de fausse couche. La réponse à cette question vous appartient exclusivement.

Ainsi ce test vous permet de prendre une décision sur la nécessité ou non d'avoir une amniocentèse.

Certaines d'entre vous auront déjà eu un premier dépistage du risque de trisomie 21 par la mesure échographique de la clarté nucale de l'embryon entre 11 et 13 semaines d'aménorrhée.

Il est actuellement pratiquement certain que le fait d'avoir eu ce premier dépistage par l'échographie peut moduler fortement la valeur informative du dépistage entre 15 et 17 semaines d'aménorrhée par les marqueurs sériques.

Pour tenir compte de ce fait, il peut vous être proposé de recalculer le risque donné par le résultat des marqueurs sériques à la lumière de celui de la clarté nucale.

Le nouveau risque ainsi obtenu est souvent beaucoup plus faible que celui donné par le tritest permettant éventuellement de s'abstenir de l'amniocentèse.

Il est probable, mais non prouvé, que cette intégration des deux méthodes de dépistage permet de diminuer le taux d'amniocentèses sans modifier l'efficacité du dépistage qui restera cependant toujours imparfaite (1 trisomique sur 3 n'est pas dépisté).

A ce jour, ce nouveau calcul du risque de trisomie reste du domaine de l'évaluation statistique, il n'est pas obligatoire pour le corps médical de vous le proposer, et vous restez totalement libre de vous fier exclusivement aux seules conclusions initiales du triple-test.

Si vous désirez la réalisation de ce test sanguin, le recueil de votre consentement écrit est obligatoire et vous sera demandé par le laboratoire en charge de ces analyses. (Conformément à l'arrêté du 30 septembre 1997).

Il convient préalablement de clarifier votre position :

D'une part vis à vis de l'amniocentèse qui peut vous être proposée à l'issue d'un résultat défavorable de l'évaluation du risque de trisomie. Cette décision est personnelle.

D'autre part vis à vis de l'interruption médicale de grossesse qui peut vous être proposée à l'issue d'un résultat défavorable d'amniocentèse. Cette décision est là encore personnelle.

AMNIOCENTESE

L'amniocentèse, ou prélèvement de liquide amniotique, a pour but d'obtenir l'analyse complète de la carte chromosomique du fœtus ou caryotype afin de dépister

- les anomalies de structure d'un chromosome (manque par exemple d'un morceau de chromosome ou délétion)
- et surtout les anomalies de nombre. La plus connue est la Trisomie 21, mais il existe d'autres trisomies, et beaucoup d'autres anomalies possibles des chromosomes.

En aucun cas, l'étude du caryotype du fœtus n'a la prétention de dépister toutes les maladies héréditaires ou toutes les malformations. Selon une évaluation personnalisée des facteurs de risque, d'autres examens peuvent vous être proposés.

La caisse nationale d'assurance maladie rembourse l'amniocentèse en cas de risque élevé, c'est à dire dans 5 circonstances :

- 1) Lorsque les patientes sont âgées de plus de 38 ans.
- 2) Lorsque l'un des conjoints est porteur d'un remaniement de structure (translocation équilibrée) au niveau de son propre caryotype.
- 3) Lorsqu'il existe des antécédents familiaux d'anomalies chromosomiques.
- 4) Lorsqu'un test sanguin a été pratiqué chez la mère et que celui-ci montre un risque de 1/250 ou un risque supérieur (arrêté du J.O. du 23/01/97).
- 5) S'il y a des signes d'appel échographique en particulier une épaisseur anormale de la clarté nucale entre 11 et 13 semaines d'aménorrhée.

En dehors de ces 5 cas, la caisse nationale d'assurance maladie ne rembourse pas l'amniocentèse. Si vous désirez absolument la faire réaliser, il vous faudra en assumer les frais financiers et en accepter les risques.

L'amniocentèse s'effectue le plus généralement de la 15^e jusqu'à la 18^e semaines d'aménorrhée. Elle peut néanmoins être pratiquée plus précocément ou plus tardivement dans certains cas.

Elle ne nécessite pas d'hospitalisation et est réalisée en ambulatoire sans anesthésie, dans une pièce banale sans équipement particulier en dehors d'un échographe. Avec précautions d'asepsie, une aiguille très fine est introduite par voie transabdominale dans la cavité amniotique sous contrôle continu de l'échographie. 20 à 40 ml de liquide sont prélevés. Un repos pour le reste de la journée est souhaitable.

Le délai de réponse du laboratoire est d'environ 15 jours avec le laboratoire Cerba/Pasteur avec lequel nous travaillons. Ces délais sont dus au temps nécessaire à la culture cellulaire.

Le taux d'échec de réalisation est faible (de l'ordre de 0,5 %). L'amniocentèse peut alors être tentée de nouveau une semaine plus tard.

Les échecs de culture au laboratoire sont rares (1 à 2 % des cas), ce qui conduirait à vous proposer, alors, un nouveau prélèvement.

Une cause d'échec, spécifique à notre situation géographique, peut être un retard imprévisible d'acheminement du prélèvement vers la métropole. (Il n'existe pas de laboratoire de cytogénétique en Guyane). Ceci s'est avéré très rare ces trois dernières années, et c'est pour cette raison que les prélèvements sont réalisés à jours fixes après s'être assuré que le transport par avion se fera le soir même.

Les risques d'avortement sont minimes. Le taux directement imputable à l'amniocentèse se situe alors autour de 0,5 %. Plusieurs facteurs influencent le taux d'avortement :

- Certains sont liés à la technique : le taux d'avortement est plus élevé en cas de placenta antérieur que l'on est obligé de traverser, ou de ponctions répétées.
- D'autres sont liés au terrain : le taux d'avortement est augmenté en cas d'antécédents d'avortement à répétition ou si l'âge maternel est supérieur à 35 ans ou si le fœtus est déjà en état de souffrance.
- Les risques maternels sont exceptionnels (inférieurs à 1/10 000) et il n'y a pas de retentissement à long terme sur le devenir du nouveau-né.

Si vous décidez la réalisation d'une amniocentèse, vous devrez signer le formulaire de consentement qui vous sera proposé par le laboratoire en charge de l'analyse conformément à l'arrêté du 30 septembre 1997 et du décret N° 95-559 du 20 octobre 1995.

Vous devez aussi comprendre que si une interruption médicale de grossesse est envisagée à la suite des résultats de l'amniocentèse, cette décision sera prise par vous et par un comité médical, après mure réflexion et dans le cadre législatif en vigueur.

INFORMATION SUR L'ACCOUCHEMENT ET LES SUITES DE COUCHES

QUAND SE RENDRE A LA MATERNITE

- **Les contractions utérines :**

Si vous êtes à un terme inférieur à 36 semaines d'aménorrhée, et si les contractions sont fréquentes et douloureuses, accompagnées d'une fatigue ou d'autres signes anormaux, vous devez demander à la sage femme de vous examiner. En effet il peut s'agir d'un risque d'accouchement prématuré, nécessitant des traitements particuliers, voire une hospitalisation.

Si vous êtes à terme ou proche du terme (disons au moins à partir de 37 semaines d'aménorrhée), les contractions doivent être rapprochées, toutes les cinq minutes environ pendant deux heures si c'est votre premier bébé et pendant une heure si vous avez déjà eu un bébé.

Si ce n'est pas le cas la prise d'un anti-spasmodique (ou autre) est éventuellement possible. Si les contractions utérines sont des contractions utérines de travail, ceci ne les arrêtera pas ou alors que quelques minutes et elles reprendront. Dans ce cas rendez-vous à la maternité

Parfois à la maternité, on vous dira que ce n'est pas le moment car c'est un faux travail, et vous pourrez alors rentrer chez vous.

- La perte des eaux :

Au moindre doute, si vous perdez du liquide souvent incolore et inodore, allez à la maternité avec vos affaires et celles de bébé.

-La perte de sang :

Cela inquiète souvent. Sachez toutefois qu'en fin de grossesse le col est très vascularisé, ce qui entraîne souvent de petits saignements après un examen (toucher vaginal) ou après un rapport sexuel. Ce n'est pas grave et ne nécessite pas d'aller à la maternité sauf si ces saignements sont importants et ne s'arrêtent pas. Pour des saignements plus importants allez directement à la maternité pour que l'on puisse définir la cause.

- Le bébé ne bouge plus :

C'est quelque chose d'angoissant et il faut consulter pour cela afin que l'on contrôle le bien-être de votre petit.

-La perte du bouchon muqueux :

Le bouchon muqueux se caractérise par des pertes glaireuses un peu marron dans lesquelles se mélange parfois un peu de sang. Vous pouvez le perdre plusieurs jours avant l'accouchement voire plusieurs semaines sans que cela pose de problème pour le déroulement de la grossesse. Si toutefois cela s'accompagne de contractions régulières, rendez vous à la maternité.

L'ARRIVÉE EN MATERNITÉ

L'accueil :

La nuit, si vous arrivez au Service des Urgences, vous serez redirigée vers la Maternité.

Le jour vous arriverez à la maternité et vous serez directement prise en charge par une sage-femme, soit dans une salle de consultation, soit au niveau des salles de naissances.

Si vous êtes en travail, ce sera elle qui vous suivra.

Si vous n'êtes pas en travail, soit elle vous renverra chez vous avec des conseils, soit elle appellera le médecin si elle le juge nécessaire. Par exemple, si vous n'êtes pas à terme et que vous avez des contractions. Vous serez par conséquent prise en charge dans tous les



cas par une sage-femme, vous ne verrez le médecin qu'en cas de problème. Dans tous les cas il sera tenu au courant de votre passage.

Les examens :

Que vous arriviez pour des contractions, la perte des eaux ou autres, les examens réalisés diffèrent peu.

On contrôlera votre taux de sucre et d'albumine dans les urines.

Vous serez ensuite installée dans une salle.

La sage-femme fera alors votre dossier si vous n'en avez pas déjà un. Pour cela, il vous faut toujours amener tous vos papiers avec vous à chaque consultation, ou au moins les plus récents si vous avez déjà un dossier (n'oubliez pas votre carte de groupe sanguin). Elle vous posera par conséquent de nombreuses questions pour connaître vos antécédents, savoir comment se déroule votre grossesse... et enfin, le motif de votre venue (contractions, perte des eaux...)

Elle mesurera votre ventre pour connaître votre hauteur utérine et savoir si elle correspond à votre terme.

Elle palpera ensuite votre ventre pour déterminer la position de votre bébé et poser le monitoring afin d'écouter et d'enregistrer le coeur du bébé et les contractions. Le monitoring ne sera bien entendu posé que si le terme de votre grossesse le permet, avant 24-26 semaines d'aménorrhée, il est très difficile de capter le coeur de votre bébé avec cet appareil moins sensible qu'une échographie. Dans ce cas la sage-femme pourra trouver nécessaire de faire une échographie.

Ceci fait elle vous examinera, ce qui lui permettra de voir si votre col s'est ouvert ou non, de savoir si la poche des eaux est toujours présente...

Enfin, la sage-femme vous laissera un moment seule, puis reviendra voir l'évolution de la fréquence des contractions sur le monitoring, et le rythme cardiaque de l'enfant.

Si vous êtes en travail, la sage-femme vous perfusera et en profitera pour vous faire une analyse de sang afin de voir si tout va bien. Elle peut également être amenée à vous perfuser si vous avez des contractions avant terme...

Il est entendu que tous ces examens peuvent être fait dans un ordre différent.

Pendant le travail :

Si vous êtes en travail, vous resterez sous monitoring pendant la durée du travail. Généralement, vous restez allongée sur la table d'accouchement avec la possibilité de bouger dessus autant que vous le désirez. Toutefois si vous désirez vous lever, parlez-en avec la sage-femme.

Lorsque vous êtes en travail, il vous est interdit de boire. En fait, dès que vous entrez en maternité, il vaut mieux ne rien boire ni manger tant que vous ne savez pas si vous êtes en travail ou non. Ceci est demandé par les anesthésistes. Le fait de boire rempli votre estomac ce qui peut devenir dangereux lors d'une anesthésie générale. Même si la plupart du temps elle n'est pas nécessaire il convient d'être prévoyant.

L'évolution de la dilatation du col sera contrôlée régulièrement par des touchers vaginaux toutes les heures environ.

Tout au long du travail, vous serez donc suivie par la sage-femme qui passera régulièrement vous voir.

Vous n'aurez le droit qu'à une seule personne accompagnatrice. Celle ci devra mettre une sur-blouse et des sur-chaussures pour éviter de transporter les germes de l'extérieur dans la salle. Elle devra les enlever chaque fois qu'elle quittera la salle et les remettre en rentrant.

Ceci permet également de changer de personne accompagnatrice.

Après la naissance :

Une fois le bébé né, vous resterez sous surveillance durant deux heures en salle de naissance.

Durant ce laps de temps il vous sera toujours interdit de boire et de manger pour les mêmes raisons que celles citées plus haut.

La sage-femme passera régulièrement voir si tout va bien, elle pressera sur votre ventre afin de vérifier que l'utérus se contracte bien et expulse effectivement bien le sang. En effet, durant les jours qui suivent vous allez saigner un peu plus que des règles et l'utérus va se contracter afin de reprendre sa position initiale et éviter toute hémorragie.

Si vous allaitez, la sage-femme vous aidera à mettre votre bébé au sein. Si vous n'allaitiez pas, un biberon pourra être donné à votre bébé s'il le réclame sinon, vous le lui donnerez tranquillement dans votre chambre. En effet, le bébé doit être nourri dans les six heures qui suivent l'accouchement mais une mise au sein précoce dans les deux heures qui suivent l'accouchement est conseillée.

Pour la personne accompagnatrice, il n'y en a toujours qu'une pour les raisons citées plus haut. Les visites ne seront autorisées que dans votre chambre.

Après les deux heures, la sage-femme vous fera une toilette intime, puis vous serez transportée dans votre chambre.

Dans le service, vous verrez également une sage-femme tous les jours ainsi qu'une puéricultrice ou auxiliaire puéricultrice, des infirmières, des aides soignantes, des agents de service. Un médecin passera vous voir tous les jours et sera tenu au courant de tout problème éventuel.

LE DEROULEMENT DU TRAVAIL

- Le col de l'utérus :

L'utérus a une forme de poire, la partie la plus étroite s'appelant le col et se situant dans le vagin. Durant la grossesse ce col est fermé et a une certaine longueur.

Au moment du travail ce col va s'effacer. C'est à dire qu'il va passer de 1,5 cm de long environ à 0 cm. Ce raccourcissement a déjà pu se produire partiellement en fin de grossesse.

Il s'ouvre aussi : il passe de fermé à 10 cm en toute fin de travail pour permettre à la tête du bébé de descendre. Généralement pour un premier bébé le col commence à s'effacer puis il s'ouvre dans un deuxième temps, à raison d'un centimètre supplémentaire par heure. Souvent pour le deuxième ou le troisième bébé, la dilatation est plus rapide et l'effacement se fait en même temps.

- Les contractions :

Les contractions de travail sont des contractions généralement douloureuses. Elles commencent doucement et s'amplifient au fur et à mesure, devenant de plus en plus régulières et plus fréquentes.

La douleur dépend beaucoup du seuil de douleur de chacune. La même contraction sera ressentie plus ou moins douloureusement par deux femmes différentes et ce sera à vous de dire à la sage-femme ce que vous ressentez.

Il arrive parfois que des femmes arrivent à 7 cm (de dilatation du col) sans avoir réellement ressenti des contractions particulièrement douloureuses alors pourquoi pas vous ?

Une bonne préparation à l'accouchement vous permettra de mieux gérer la sensation douloureuse en particulier par des exercices respiratoires.

- La poche des eaux :

Au cours du travail la poche se rompt sous la pression des contractions utérines. Il se peut que la sage-femme soit amenée à la rompre pendant le travail à l'aide d'un amniotome. Elle peut parfois aussi se rompre spontanément avant le début du travail et dans ce cas, normalement, vous êtes déjà à la maternité.

Lorsque la poche des eaux se rompt très tôt dans la grossesse ce peut être dû à une infection maternelle ou autre cause et provoquer une entrée en travail trop précoce. Selon le cas et votre terme, l'accouchement pourra être retardé ou provoqué artificiellement, et un traitement antibiotique pourra être institué.

- Le bébé :

Au fur et à mesure du travail le bébé va descendre dans le bassin maternel. Il va présenter son plus petit diamètre c'est à dire qu'il va fléchir sa tête au maximum en mettant son menton sur sa poitrine.

Le bébé va présenter sa tête dans le diamètre qui lui est le plus facile : un des diamètres obliques. Le plus souvent il a son dos à gauche et son occiput peut aussi être en contact avec la partie gauche postérieure du bassin. Il en est de même s'il a son dos à droite. Toutes ces positions seront recherchées par la sage-femme qui s'aidera pour cela des fontanelles de votre bébé.

Ces fontanelles permettent simplement de savoir dans quel sens le bébé va tourner. En effet au cours de sa descente dans le bassin le bébé en « butant » sur les muscles de votre périnée va tourner pour finalement placer son occiput juste sous votre pubis. C'est à dire qu'en fait il va « regarder » vers le sol. (En considérant que vous êtes allongée sur le dos bien sûr). Au fur et à mesure de sa descente dans le bassin maternel le bébé va passer du détroit supérieur au détroit inférieur. Il va descendre de la partie haute de votre bassin et passer dans la partie basse plus étroite : on dit qu'il « s'engage ».

L'EXPULSION

Une fois le bébé « engagé », vous accoucherez très probablement par voie basse.

Si le bébé n'a pas encore fait sa rotation il va la faire et donc se retrouver en occipito-pubien (ceci sera plus ou moins rapide selon sa position de départ).

Dès qu'il sera suffisamment descendu par le détroit moyen puis par le détroit inférieur la sage-femme va vous demander de pousser. Le bébé va descendre petit à petit et distendre votre périnée ce qui va permettre à celui-ci de s'assouplir et sûrement d'éviter une épisiotomie ou une déchirure. C'est un moment difficile car sa tête vous gêne et vous avez envie de pousser. Le reste se fait tout seul. Le médecin ou la sage-femme (ou les deux) sont là pour vous dire au fur et à mesure ce que vous devez faire.

A partir de cet instant, l'arrivée de votre bébé est imminente ! Une fois la tête sortie, le reste vient pratiquement tout seul, il ne vous reste plus qu'à pousser légèrement pour les épaules.

NOTA BENE :

Le bébé ne se présente pas toujours par la tête :

- Le siège :

Le travail est le même mais au moment de l'expulsion il faudra pousser un peu plus longtemps car après les pieds, les jambes, les épaules il reste la tête. Lors d'une présentation par siège une radio du contenu utérin sera faite en début du travail et une mesure radiologique de votre bassin sera indispensable en urgence si elle n'a pas déjà été faite durant le neuvième mois ou lors d'une grossesse précédente. L'accouchement par le siège est plus risqué qu'un accouchement en présentation céphalique, et si les conditions optimales ne sont pas réunies ou si c'est votre premier enfant, une césarienne vous sera proposée.

- La face :

Elle ne se décèle qu'en cours de travail. Le bébé avance dans le bassin en présentant sa face. Cette présentation ne présente à priori pas de problème : le bébé tournera sa tête de façon à placer son menton sous le pubis. Le travail sera plus long car il aura un peu plus de mal à descendre. C'est une présentation très rare. Si jamais il tourne sa tête de telle sorte que son menton soit au-dessus du sacrum, une césarienne est nécessaire car la tête se bloque dans le bassin.

- Le bregma :

Cette présentation ne se voit qu'en cours du travail et implique que le bébé n'a pas bien fléchi sa tête et présente sa grande fontanelle (le bregma) en premier. Le travail sera là aussi plus long car le diamètre de la tête est plus grand et donc la descente plus difficile, mais cela n'empêche pas le travail ni l'accouchement par voie basse.

- Le front :

Cette présentation n'est décelable qu'en cours de travail. Le bébé présente son front à la descente. Cette présentation très rare empêche le travail et oblige à une césarienne car le diamètre de la tête est trop grand par rapport au bassin et la tête se coincerait.

LES PREMIERS SOINS AU BEBE ET LA DELIVRANCE

Le bébé :

Une fois que le bébé est né, on vous le met sur le ventre avant de s'en occuper. Un membre de l'équipe médicale va le « désobstruer » c'est à dire que l'on va passer de petites sondes dans sa bouche et dans son nez afin d'enlever le liquide amniotique qui reste et de lui permettre de bien respirer tout en vérifiant que tous les orifices soient bien perméables.

Un « clamp de bar » (petite pince de plastique) sera mis sur le cordon ombilical à 1 cm environ de sa peau et le cordon sera recoupé juste au-dessus. Puis après l'avoir examiné, pesé et mesuré, on lui fera sa toilette et on l'habillera avant de le mettre dans vos bras.

L'équipe médicale mettra également des gouttes dans les yeux de votre bébé. Ces gouttes servent de prévention car le bébé passe dans le vagin qui est naturellement pleins de germes. Votre enfant recevra aussi des vitamines et une goutte de sang sera prélevée au talon pour évaluer sa glycémie.

La délivrance :

Dans la demi-heure qui suit la naissance du bébé, le placenta va être expulsé.

Vous allez ressentir des petites contractions. Elles sont le signe que le placenta est prêt à être expulsé.

Le médecin ou la sage-femme, va vous demander de pousser afin qu'il soit évacué. Parfois, il ou elle préférera effectuer une pression sur l'utérus tout en tirant légèrement sur le cordon. A ce moment là, vous n'aurez rien à faire.

Une fois la délivrance faite, le médecin ou la sage-femme va vérifier que le placenta est entier puis vérifiera aussi si vous n'avez pas besoin de points de sutures. Si nécessaire il ou elle les feront soit sous péridurale (si vous l'avez), soit sous anesthésie locale.

Cette période de délivrance nécessite une surveillance précise de vos saignements, ce qui justifie votre présence à jeun en salle de naissance durant les deux heures qui suivent l'accouchement. C'est en effet durant cette période que peuvent se produire des hémorragies massives pouvant mettre la vie de la mère en danger. Afin de palier à ce risque, une délivrance artificielle ou une révision utérine pourront être faites ainsi que la perfusion de divers médicaments pour faire se contracter l'utérus. Dans certains cas une transfusion sanguine peut devenir nécessaire. Dans certains cas exceptionnels d'hémorragies très graves de la délivrance le médecin peut être conduit à pratiquer l'ablation chirurgicale de l'utérus afin de sauver la vie maternelle.

LES SUITES DE COUCHES

Lorsque tout va bien, et c'est le plus souvent le cas, au bout des deux heures d'observation en salle de naissance, vous remontez dans votre chambre.

La sage-femme qui vous recevra regardera elle aussi votre utérus (il forme une boule dure sous le nombril), vos pertes et votre tension. Elle le fera régulièrement pendant les premières heures de votre retour en chambre.

Dans les premiers jours on vous fera également une toilette vulvaire 1 à 2 fois par jour (parfois plus), c'est l'occasion pour la sage-femme de surveiller de nouveau votre utérus (qui va diminuer de volume au fil des jours), vos pertes et vos points si vous en avez. Parfois on vous demandera de faire vous même votre toilette et la sage-femme ne regardera que vos pertes, votre utérus et vos points.

=> La toilette vulvaire :

Il faudra que vous la fassiez vous même plusieurs fois par jour même si on vous la fait 2 fois par jour. En effet les points sont placés dans un endroit qui est par définition à ce moment là de votre existence toujours humide or pour bien cicatriser il faut être au sec le plus souvent possible. Pour votre toilette il vous faudra un savon à PH neutre (achetez le avant d'entrer à l'hôpital). Il est bien de faire une toilette après chaque passage au wc. Après avoir savonné et bien rincé, il faut bien sécher. Par tamponnement avec du papier, le sèche cheveux est éventuellement pratique. Dans certains cas l'éosine permet de mieux sécher les points.

Pour celles qui n'auront pas de points (et ce n'est pas si rare), il n'est pas obligatoire de faire autant de toilettes mais il est quand même recommandé d'en faire régulièrement afin de rester au propre. Souvent vous aurez ce que l'on appelle des éraillures, ce ne sont pas des déchirures mais des petites plaies faites par le passage de la tête de votre bébé et par son frottement contre vos tissus. Elles cicatrisent très bien mais peuvent parfois entraîner des petites brûlures lorsque vous urinez.

=> Les points :

Ils sont généralement faits avec du fil résorbable qui partira de lui même en quelques jours. Sept à dix jours la plupart de temps. Si au bout de quelques semaines il en reste encore, il vous faudra aller voir votre gynécologue pour qu'il vous les enlève.

Si vos points sont trop douloureux et vous empêchent de vous asseoir convenablement, une bouée d'enfant pourra temporairement être utilisée sur le siège.

=> Les Lochies :

C'est le mot savant pour les pertes après un accouchement. Elles seront surveillées régulièrement par la sage-Femme qui vérifiera leur couleur et leur odeur afin de détecter toute éventuelle infection.

Vos pertes seront pendant 2 à 3 jours rouges et plus abondantes que des règles puis elles deviendront rosées et ensuite marron jusqu'à disparaître au bout de quelques jours variables selon les femmes (sept à dix jours en moyenne).

=> La montée de lait et l'allaitement

Elle se fait généralement vers le troisième jour. Vos seins vont devenir durs et chauds, si vous aviez l'habitude de bien boire, vous pourrez diminuer votre consommation d'eau pendant quelques jours. A ce moment vous n'avez plus de colostrum mais du lait plus abondant.

Parfois un engorgement est possible : dans ce cas il vous faudra masser vos seins de l'extérieur du sein vers le mamelon afin d'en faire sortir le lait et de diminuer la tension, le faire sous une douche chaude aide bien. Parfois la sage-femme vous donnera des cataplasmes pour diminuer la tension.

Les pédiatres, les puéricultrices et les sages femmes vous donneront au cours de votre séjour toutes les informations nécessaires sur les types d'allaitement.

=> La constipation :

Si au bout de trois jours vous n'y êtes pas allée, la sage-femme vous donnera quelque chose pour vous aider. Les points que vous pouvez avoir ne doivent pas vous empêcher d'aller à la selle, ils ne risquent pas de lâcher lors d'une poussée, rassurez vous. Même si vous avez l'impression qu'ils sont sur l'anus, ils n'y sont pas.

=> Les hémorroïdes :

Il est très fréquent d'en avoir après un accouchement car l'effort de poussée pour l'expulsion les font sortir surtout si en temps ordinaire vous en avez. Pour celles qui n'en ont jamais eues sachez qu'elles ne sortent pas toujours.

=> La contraception :

Une contraception par pilule vous sera proposée à la sortie. Si vous allaitez, il s'agira d'une pilule différente des pilules habituelles.

=> Le retour de couches :

Il arrive qu'il y ait un mini retour de couches au bout de quinze jours après l'accouchement.

Si vous n'allaites pas votre retour de couches se fera dans le mois qui suit la naissance de votre bébé.

Si vous allaitez, il se fera plus tard. Trois mois après la naissance voire six mois après.

=> Le baby blues :

Il est assez fréquent quoiqu'on en dise et il est assez normal de ressentir un moment de blues après un accouchement. Il est souvent dû au fait qu'il va vous falloir vous habituer à ce que votre bébé soit auprès de vous et non plus en vous. La fatigue toujours présente après un accouchement n'arrange pas les choses. Et puis toujours sourire parce que l'on est censée être heureuse après la naissance de son enfant lorsque l'on est fatiguée, ce n'est pas toujours facile.

Mais savoir que cela existe ne veut pas dire qu'il faut s'y morfondre pour autant. Il faut penser à se reposer et si vraiment cela ne va pas à en parler au personnel soignant, il pourra vous aider.



=> Les abdominaux et la rééducation périnéale :

Il va vous falloir attendre quelques mois avant de les reconstruire. En effet, il faudra d'abord consolider votre périnée par une rééducation périnéale si votre médecin le juge nécessaire avant d'envisager de faire des abdos.

La rééducation périnéale consiste à faire travailler les muscles du périnée pour leur rendre toute leur contractilité qu'ils peuvent avoir perdue en partie lors de l'accouchement.

Elle fait partie des préventions car elle permet de limiter les descentes d'organes, ou les fuites urinaires.

Un mois et demi après votre accouchement vous aurez un rendez-vous avec votre gynécologue et c'est lui qui vous parlera de la nécessité de faire une rééducation périnéale ou pas. En effet, elle n'est pas toujours nécessaire. Le gynécologue évaluera la nécessité d'une rééducation par un toucher vaginal. Cette rééducation peut se faire soit par un kinésithérapeute ayant suivi une formation particulière pour cela soit par une sage-femme.

LA DUREE DE VOTRE SEJOUR.

En moyenne votre séjour en maternité sera de trois jours pour un accouchement normal. Dans certains cas, il pourra être réduit à 48 heures ;

Pour une césarienne, le séjour est d'une durée de cinq à six jours. Il peut être rallongé si les suites sont troublées par des complications.

Le séjour du bébé est idéalement d'une durée identique à celle du séjour maternel.

La maternité du CMCK dispose d'une petite unité de néonatalogie communément appelée unité Kangourou, animée par deux pédiatres pouvant intervenir 24 H/24, assistés d'une équipe de puéricultrices, oeuvrant dans un environnement technique normalisé ; (couveuses, appareils de réanimation et de surveillance, lumière bleue, laboratoire, etc.)

A ce titre, les nouveaux nés atteints de certaines pathologies, prématurité entre 34 et 37 semaines, enfants hypotrophiques ou prématurés de poids supérieurs à 1800 grs, risques infectieux, ictères, difficultés d'alimentation, seront traités dans le service jusqu'à normalisation de leur état.

Il peut donc arriver que le séjour du bébé soit plus long que le votre. Dans ce cas, votre état personnel ne nécessitant plus de soins hospitaliers, le pédiatre responsable envisagera avec vous des possibilités de sortie complète ou de permissions quotidiennes compatibles avec l'allaitement et les soins de votre enfant.

N'apportez pas et ne laissez pas d'objet de valeur dans votre chambre.

INFORMATION SUR LES ACTES MEDICAUX LIES A L'ACCOUCHEMENT

La péridurale :

Faut-il l'avoir ou pas ? Tout dépend de vous, de votre tolérance à la douleur, de vos convictions ou de vos envies.

Il faut savoir que la péridurale est parfois contre-indiquée : lorsque vos plaquettes sont trop basses par exemple. Dans ce cas l'anesthésiste vous le dira (vous avez toujours une consultation avec lui en fin de grossesse avant l'accouchement).

Elle ne se fait généralement qu'à partir du moment où le col est à 3 centimètres de dilatation afin d'être bien sûr que le travail est commencé. **(Voir feuille d'information sur le sujet)**

Le monitoring fœtal :

Il sera toujours présent. Il se compose de deux capteurs que l'on vous met sur le ventre et que l'on maintient avec des sangles. L'un permet de capter le rythme cardiaque de votre bébé grâce à des ultra sons (comme l'échographie) et l'autre permet de capter les contractions grâce à un capteur de pression (lors de la contraction utérine le ventre se durcit et appui sur le capteur). Toutes ces informations sont imprimées au fur et à mesure.

L'amniotome :

Il permet à la sage-femme de rompre la poche des eaux. C'est une sorte de longue tige en plastique à usage unique légèrement pointue au bout. La sage-femme le glisse entre ses doigts lors d'un toucher vaginal et « gratte » la poche des eaux y faisant un tout petit trou qu'elle agrandit avec ses doigts. Ce n'est douloureux ni pour vous ni pour le bébé.

L'électrode fœtale :

Elle permet d'avoir le rythme cardiaque de votre bébé sans passer par le capteur externe du monitoring. On la met souvent lorsque le bébé bouge et que l'on a du mal à capter son rythme cardiaque car le capteur lui ne bouge pas.

C'est un fil relié au monitoring et qui se termine par deux petits crochets plats en demi-cercle qui se fixent sur la tête de votre bébé, c'est indolore.

Précisons qu'il est très important pendant le travail de capter le rythme cardiaque de votre bébé pour savoir s'il va bien.

La « toco » interne :

C'est un petit tuyau que l'on met dans l'utérus pour connaître l'intensité exacte des contractions utérines. Il remplace le capteur externe du monitoring qui ne donne qu'une approximation de leur intensité. Ceci n'est pas douloureux et sa mise en place a lieu lors d'un toucher vaginal. On l'utilise rarement et surtout sur des parturientes qui ont déjà eu des césariennes pour être sûr que l'utérus se contracte bien.

L'oxymètre fœtal :

Il n'est pas utilisé partout et ne sert que lorsque le rythme cardiaque de votre bébé se modifie (diminue) et laisse penser qu'il souffre. Cet appareil permet de contrôler que votre bébé a assez d'oxygène dans son sang. C'est un capteur que l'on met en contact avec la joue de votre bébé.

Le PH :

Il permet également de vérifier le bien être de votre enfant et n'est utilisé que si le rythme cardiaque de votre bébé se modifie et laisse supposer qu'il souffre.

Il se fait grâce à un appareil qui ressemble à un spéculum, c'est une sorte de cône dont l'une des extrémités est posée sur la tête du bébé. Ensuite à l'aide d'une toute petite lame, une petite estafilade est pratiquée sur le crâne du bébé et on recueille une goutte de sang que l'on va analyser.

ATTENTION : les deux dernières méthodes ne sont utilisées que si le bébé laisse supposer qu'il souffre. Cela permet de savoir s'il va bien ! (Et d'éviter une césarienne).

L'épisiotomie :

C'est une incision faite à l'aide de ciseaux au dernier moment. Si vous êtes sous péridurale vous ne la sentirez pas et si vous n'en avez pas, une anesthésie locale sera faite.

Si par le plus grand des hasards cette anesthésie locale n'est pas faite sachez qu'à ce moment vous ne sentez rien car le périnée est alors distendu par la tête foetale et celle-ci vous gêne tellement que vous ne sentez rien.

Sachez également qu'à ce moment là le périnée se distend et devient pratiquement aussi mince que du papier à cigarettes : cela vous empêche de sentir la douleur de l'épisiotomie et a aussi pour effet qu'elle saigne très peu.

Il faut savoir également qu'il est en général préférable d'avoir une épisiotomie qui sera très bien « recousue » qu'une déchirure qui sera bien plus compliquée à recoudre.

La ventouse :

La ventouse permet de fléchir une tête lorsque l'on se rend compte qu'elle ne descend pas car elle présente un trop grand diamètre. Elle ne sert pas à tirer sur la tête du bébé ! C'est vous qui poussez ! Elle n'est pas systématiquement utilisée lorsque la tête est mal fléchie, mais uniquement si lors de l'expulsion la tête ne descend pas. La ventouse permet donc uniquement d'aider la tête à fléchir et à « guider » temporairement le bébé pendant que vous poussez. La ventouse peut provoquer un hématome sous le cuir chevelu qui disparaît en quelques jours et qui est sans gravité. Des lésions profondes sont tout à fait exceptionnelles.

Les spatules :

Elles ressemblent à de grosses cuillères que l'on met de chaque côté de la tête du bébé. Là aussi, elles ne sont utilisées que si le bébé ne progresse pas pendant l'expulsion.

Elles permettent de lui faire un passage car elles servent à écarter un petit peu les parois du vagin pour permettre au bébé de passer. Mais là aussi il est impératif que vous poussiez.

Les forceps :

Ils ressemblent à des cuillères creuses et se mettent aussi de chaque côté de la tête. Ils permettent de tirer le bébé vers nous en même temps que vous poussez. Ils sont introduits à dilatation complète, poche de eaux rompue, sur une tête engagée. Quand la prise est bonne, symétrique et ferme, l'accoucheur tire avec douceur sur le forceps pour faire descendre l'enfant sur le périnée. Il tire dans un premier temps vers le bas puis ensuite vers le haut pour respecter l'angle que fait le défilé pelvien.

Les forceps comme les spatules provoquent très souvent des marques sur la peau du visage du nouveau né. Ces marques disparaissent totalement en quelques jours. Tout à fait exceptionnellement des lésions osseuses crâniennes peuvent être provoquées.

La délivrance artificielle :

Si le placenta ne se décolle pas, le médecin, ou la sage femme en urgence feront une délivrance artificielle, c'est à dire qu'il ou elle ira chercher le placenta dans l'utérus. Si vous



n'êtes pas sous péridurale, l'anesthésiste en fonction du degré d'urgence vous fera une courte anesthésie générale.

La Révision utérine :

Si le placenta n'est pas complet une **révision utérine** sera faite afin de vider complètement l'utérus. La sage femme ou le médecin introduisent une main dans votre utérus qui est très dilaté et ramène les fragments de placenta ou de membranes qui sont restés. Eventuellement en cas d'utérus cicatriciel d'une césarienne précédente, la cicatrice utérine sera contrôlée par la même manoeuvre.

INFORMATION SUR LE DECLENCHEMENT

Parfois le travail ne se met pas en route tout seul, soit parce que la grossesse se prolonge soit parce qu'il est nécessaire que vous accouchiez avant l'heure.

Dans tout ces cas, il va falloir provoquer votre accouchement.

Les indications et contre indications :

Ne seront mentionnées ici que les principales :

- Les grossesses prolongées (dépassement de terme).
- La rupture prématurée des membranes (> à 36 semaines d'aménorrhée).
- Le retard de croissance intra-utérin avec arrêt de croissance.
- La prééclampsie. (Hypertension, albuminurie et oedèmes)
- Le diabète insulino-dépendant.
- La macrosomie, c'est-à-dire l'excès de poids du bébé.
- Les malformations foetales nécessitant une prise en charge néonatale particulière.

Etc...

Certaines contre-indications existent :

- Toutes les indications de césariennes programmées.
- Souffrance foetale.
- Grossesse triple.

Etc...

Lorsque le déclenchement est décidé, il va falloir évaluer différents critères et voir quels types de déclenchement utiliser.

Évaluation des conditions cervicales :

Tout déclenchement passe par ce stade. En effet il est nécessaire de savoir si votre utérus est prêt à être déclenché ou non. Pour cela, le médecin ou la sage-femme fera un toucher vaginal pour savoir ou en est le col de l'utérus, s'est-il raccourci ? Ramolli ? Ouvert ?...

Cela s'appelle le score de Bishop : on évalue la consistance, la dilatation, la longueur, la position du col et la hauteur de la présentation foetale.

Tout ceci va permettre de savoir quel type de déclenchement utiliser.

Les différentes méthodes de déclenchements :

Cela se fera en fonction du score de bishop.

=> Si votre col est favorable :

On pourra directement vous mettre une perfusion d'ocytocine. C'est une hormone qui provoque des contractions. Vous serez en salle de travail et serez suivie tout comme pendant le travail.

Ce qu'il faut savoir, c'est que dans les premiers temps, les contractions seront dues à l'ocytocine mais qu'à un moment donné (variable selon chaque femme) votre corps va comprendre ce que l'on veut de lui et se mettre véritablement en travail. A ce moment là l'ocytocine servira uniquement à réguler les contractions.

La sage-femme rompra la poche des eaux dès que possible pour faire évoluer le travail. C'est également un facteur de déclenchement.

On dit souvent qu'un travail déclenché est plus douloureux. Ce n'est pas le cas.

=> Si votre col n'est pas favorable :

Dans ce cas, il faudra le mûrir, c'est-à-dire le ramollir, le raccourcir... Pour cela on utilisera des gels de prostaglandines, une autre hormone. Il en existe de deux sortes : un gel qui se mettra au niveau du col de l'utérus si celui-ci n'est vraiment pas « mûr » et un gel qui se met au fond du vagin si le col est un petit peu plus « mûr ».

Le gel est posé après avoir eu un minimum de monitoring, celui-ci est gardé 1 à 2 heures après la pose de gel.

Le gel donne souvent de petites contractions mais pas toujours.

Une fois cette heure ou ces deux heures passées, vous retournerez dans votre chambre et l'on attend soit que le travail commence (parfois une pose de gel suffit) soit le moment de vous remettre un autre gel.

Généralement on ne met pas plus de 2 ou 3 gels, parfois 4. Ils se mettent à 6 à 8 heures d'intervalles.

A chaque fois, un nouveau bilan est fait afin de savoir quel type de déclenchement utiliser, gel, ocytocine...

D'autres techniques de déclenchement peuvent être utilisées dans certaines structures hospitalières mais elles sont plus rares. Il s'agit d'un produit analogue synthétique du gel de prostaglandine. Il se présente en comprimé, un quart de comprimé est donné toutes les six heures afin de provoquer des contractions. L'autre méthode consiste à donner par voie intra veineuse des prostaglandines mais cette dernière méthode n'est plus trop utilisée du fait de ses effets secondaires.

INFORMATION SUR LE DÉCLENCHEMENT DU TRAVAIL SANS INDICATION MÉDICALE

Vous souhaitez ou votre médecin vous a proposé que votre accouchement soit déclenché artificiellement. La présente feuille a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin ou la sage-femme afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels du déclenchement qui vous a été proposé.

QU'EST-CE QU'UN DÉCLENCHEMENT ?

Le déclenchement consiste à provoquer des contractions de l'utérus pour faire démarrer le travail (c'est-à-dire le processus qui aboutit à l'accouchement).

Le plus souvent, il est décidé par l'équipe obstétricale pour des raisons médicales, afin d'éviter la poursuite de la grossesse lorsque celle-ci peut mettre en péril la vie de la mère ou de l'enfant.

Lorsqu'il n'y a pas de raison médicale pour provoquer l'accouchement, on appelle cela (selon les équipes) un déclenchement « de convenance » ou « de principe » ou encore un « accouchement programmé ».

Cette technique présente des avantages pour l'organisation des familles (présence du père, garde des enfants, transport sans précipitation à la maternité). Par contre, il n'existe pas à ce jour de bénéfice médical démontré. La décision définitive sera prise par un gynécologue-obstétricien.

COMMENT SE PASSE UN DÉCLENCHEMENT ?

Les conditions nécessaires pour réaliser un déclenchement sont : une grossesse d'au moins 39 semaines d'aménorrhée (environ 8 mois et demi) et un col de l'utérus favorable (col ramolli et déjà un peu ouvert), et que les conditions mécaniques soient jugées satisfaisantes: Le bébé doit se présenter la tête en bas, il faut qu'il n'y ait qu'un seul enfant dans le ventre.

L'utérus de la mère doit être indemne de cicatrice (absence de césarienne ou d'intervention sur l'utérus dans les antécédents). Dans certains cas, votre médecin peut procéder à un déclenchement même si l'enfant se présente par le siège, ou dans le cas de jumeaux ou d'utérus cicatriciel, mais il s'agit alors d'indications médicales très spécifiques et non pas de convenance.

Lorsque ces conditions sont réunies, l'évolution du travail (durée, douleur, anesthésie péridurale, éventualité d'une césarienne, état de l'enfant à la naissance) n'est pas différente de celle d'un accouchement qui se déclenche spontanément.

Le seul inconvénient notable est le risque d'échec, conduisant à une césarienne.

Une fois le travail commencé, des complications inattendues inhérentes à tout accouchement peuvent se produire.

Vous devez avoir donné votre consentement.

EN PRATIQUE

- Vous serez admise à la maternité soit la veille au soir, soit le matin même du déclenchement, dans ce dernier cas, vous devrez vous présenter à jeun (sans avoir mangé, ni bu, ni fumé à partir de minuit). Il est parfois nécessaire de vérifier par téléphone la disponibilité de la salle de travail avant de vous déplacer.
- La méthode de déclenchement la plus répandue comporte une perfusion d'ocytocine (le Syntocinon®), produit qui provoque des contractions, associée à une rupture artificielle de la poche des eaux. Certaines équipes utilisent préalablement dans cette situation des prostaglandines par voie vaginale.

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser à l'équipe obstétricale toutes les questions que vous souhaitez

Après avoir pris connaissance de ces informations, nous vous demandons de confirmer que vous souhaitez cet accouchement programmé.

INFORMATION SUR LA VERSION PAR MANOEUVRES EXTERNES

Votre médecin ou votre sage-femme vous a proposé de modifier la position de votre bébé par une version. La présente feuille a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin ou la sage-femme afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de la version qui a été conseillée.

QU'EST-CE QU'UNE VERSION PAR MANOEUVRES EXTERNES ?

La version par manoeuvres externes consiste à retourner un bébé qui se présente par le siège (fesses en bas) pour lui amener la tête en bas, dans la position habituelle pour un accouchement normal.

La version se fait par manipulation du ventre de la mère par l'accoucheur. Après vérification de la position de l'enfant (par palpation et/ou par échographie), les mains de l'accoucheur aident l'enfant à se retourner tête en bas.

QUEL EST L'INTÉRÊT D'UNE VERSION ?

Au moment de la naissance, près de 5 % des enfants sont en présentation du siège. Lorsque les conditions ne sont pas strictement idéales, ce type d'accouchement comporte un taux de complications et de mortalité néonatale plus élevé qu'en cas de présentation céphalique (tête en bas). Dans ces conditions, une césarienne est plus souvent nécessaire chez les enfants en présentation du siège.

La version est utilisée par de nombreuses équipes pour éviter l'accouchement par le siège et/ou la césarienne. La version peut se pratiquer au cours des huitième et neuvième mois. Son taux de succès est de 50 à 60 %.

En cas d'échec de la version, l'accoucheur évaluera les chances de succès d'un accouchement naturel ou la nécessité éventuelle de programmer une césarienne en fonction de la position du bébé et de sa taille ainsi que de la taille de votre bassin.

Y A-T-IL DES RISQUES OU INCONVÉNIENTS ?

La version est un acte courant et bien réglé dont le déroulement est simple dans la grande majorité des cas.

La manipulation de l'abdomen peut provoquer un désagrément passager, voire une douleur qu'il faudrait alors signaler à l'accoucheur. Très rarement, certains incidents peuvent survenir au cours ou au décours immédiat de la version : perte des eaux, saignements par le vagin, contractions de l'utérus. Ces situations peuvent parfois nécessiter de rester hospitalisée en surveillance. Exceptionnellement, des anomalies du rythme cardiaque foetal peuvent nécessiter d'extraire rapidement le bébé par césarienne. Des morts foetales ont été observées après une version par manoeuvres externes mais leur fréquence est inférieure au risque observé au cours d'un accouchement par le siège.

Un contrôle du rythme cardiaque foetal est réalisé avant la sortie et généralement quelques jours après la version.

EN PRATIQUE

- Vous aurez un rendez vous à la maternité le jour de la version
- La version est précédée du contrôle de la présentation et d'un enregistrement du rythme cardiaque foetal
- Un traitement pour faciliter le relâchement de l'utérus est parfois nécessaire
- La version elle-même ne dure que quelques minutes.
- Un contrôle du monitoring ainsi parfois qu'une prise de sang sont effectués ensuite.
- Un nouveau contrôle de la présentation et du monitoring est prévu quelques jours plus tard.
- En cas d'échec, un examen radiologique du bassin est souvent nécessaire pour en évaluer les dimensions.
- Après la version, le retour à domicile se fait le jour même.

INFORMATION SUR LA CÉSARIENNE

Votre médecin vous a proposé une césarienne. La présente feuille a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de l'opération qu'il vous a conseillée.

QU'EST-CE QU'UNE CÉSARIENNE ?

La césarienne permet l'accouchement par une incision de l'abdomen et de l'utérus, lorsque les conditions, chez la mère ou chez l'enfant, ne sont pas favorables à un accouchement par les voies naturelles :

- le bassin est trop petit pour le poids et la taille estimés du bébé,
- l'enfant se présente dans une position anormale.
- La présentation par le siège (fesses ou pieds en premier) est une présentation normale sous réserve de beaucoup de précautions pour l'accouchement, en particulier chez la primipare à qui l'on proposera une césarienne dans un certain nombre de cas.
- une ou des césariennes ont été antérieurement réalisées dans des conditions qui font craindre une fragilité anormale de la cicatrice de l'utérus ;
- le placenta ou un fibrome ou un kyste de l'ovaire sont situés bas dans le bassin (position praevia) et entrave son accès à l'enfant ;
- le travail ne se déroule pas normalement par insuffisance des contractions, non ouverture du col ou perte prématurée des eaux, faisant redouter une infection;
- la surveillance du rythme cardiaque du bébé ou d'autres éléments, comme la saturation de son sang en oxygène, font craindre qu'il souffre pendant le travail.
- Il existe un risque infectieux pour le bébé à passer dans la filière génitale (Herpès, HIV...)
- Parfois une césarienne est programmée si il existe une pathologie maternelle comme l'hypertension, un diabète grave, ou un cas particulier... qui met la vie de la maman et du bébé en danger.

•

COMMENT SE PASSE L'OPÉRATION ?

L'intervention est réalisée le plus souvent sous anesthésie loco-régionale (péridurale ou rachi-anesthésie), cependant, une anesthésie générale est parfois nécessaire, selon votre cas et les décisions du chirurgien et de l'anesthésiste.

L'ouverture de l'abdomen se fait par une incision horizontale le plus souvent. Parfois, une incision verticale est préférable du fait des antécédents ou de circonstances particulières. L'ouverture de l'utérus permet d'extraire l'enfant qui est confié à la sage-femme ou au pédiatre. L'extraction du bébé peut s'avérer plus ou moins difficile, et requérir votre collaboration ou nécessiter que l'on vous appuie sur le ventre, ou l'utilisation de forceps ou de ventouse obstétricale.

Les parois de l'utérus et de l'abdomen sont ensuite suturées, après ablation du placenta.

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS UNE CÉSARIENNE ?

Les suites d'une césarienne et la durée d'hospitalisation sont un peu plus longues que celles d'un accouchement par les voies naturelles. Par contre, vous pourrez allaiter et vous occuper de votre bébé comme après un accouchement normal.

La césarienne n'empêche pas d'avoir d'autres grossesses ultérieurement. En dehors de certains cas, un accouchement par les voies naturelles peut le plus souvent être envisagé pour les grossesses suivantes.

EXISTE-T-IL DES INCONVÉNIENTS OU DES RISQUES ?

La césarienne est une intervention courante dont le déroulement est simple dans la majorité des cas.

En cours d'opération, des particularités anatomiques, surtout lorsque un geste opératoire a été antérieurement réalisé sur votre ventre, peuvent entraîner des blessures d'organes voisins, urinaires, digestifs, vasculaires ou nerveux. Le plus souvent le chirurgien reconnaîtra immédiatement ces lésions et procédera à leur réparation. Les suites opératoires de la césarienne dépendront alors du pronostic des gestes associés réalisés par nécessité.

Dans le cas exceptionnel d'hémorragie provenant de l'utérus et pouvant menacer la vie de la patiente, une transfusion sanguine ou de produits dérivés du sang peut être rendue nécessaire. Dans cette situation, si les traitements médicaux et chirurgicaux spécifiques mis en œuvre pour traiter l'hémorragie sont inefficaces, il peut s'avérer nécessaire très exceptionnellement de réaliser une hystérectomie (ablation de l'utérus pour arrêter le saignement).

Pour le bébé

- Une blessure superficielle de la peau de l'enfant peut être entraînée par le bistouri lors de l'ouverture de l'utérus. Cette éraillure guérit rapidement mais peut, parfois, nécessiter la pose d'un point de suture.
- Son extraction à travers votre paroi abdominale peut être responsable des mêmes petits ennuis que lors d'une naissance naturelle, pouvant aller, dans de rares cas, jusqu'à une fracture de membre, fracture toujours bénigne chez le nouveau-né;
- la rapidité de sa naissance entraîne fréquemment des petites difficultés d'adaptation à la vie à l'air. Des soins spécifiques pour l'aider à assurer sa respiration de manière autonome peuvent être parfois nécessaires.

Dans les suites de l'intervention, les premières 24 heures sont souvent douloureuses et nécessitent des traitements antalgiques puissants. Parfois, un hématome ou une infection (abcès) de la cicatrice peuvent survenir, nécessitant le plus souvent de simples soins locaux. En dehors de ce risque, la qualité de la cicatrice cutanée dépendra avant tout de votre peau. Il n'est pas rare qu'une infection urinaire survienne, généralement sans gravité après une césarienne. Sauf cas particulier, un traitement anticoagulant est prescrit pendant la période de l'hospitalisation afin de réduire le risque de phlébite (formation d'un caillot dans une veine des jambes) ou d'une embolie pulmonaire. Exceptionnellement, une hémorragie ou une infection sévère peuvent survenir dans les jours suivant l'opération et nécessiter des traitements spécifiques, voire une réintervention.

Comme toute chirurgie, la césarienne peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves ou entraîner à distance, comme pour toute ouverture du ventre, un risque d'occlusion par brides ou adhérences.

Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos antécédents ou par un traitement pris avant l'opération. Il est impératif d'informer les médecins de vos antécédents (personnels et familiaux) et de l'ensemble des traitements et médicaments que vous prenez.

EN PRATIQUE

- Avant l'opération
 - Une consultation pré-anesthésique doit être réalisée systématiquement et obligatoirement avant toute intervention.

- Le plus souvent, vous serez hospitalisée la veille de la césarienne ou bien la césarienne sera décidée pendant le travail, et ce de manière plus ou moins urgente selon le contexte.
 - Vous serez rasée au niveau du pubis et une sonde urinaire sera mise en place.
 - Après une éventuelle prémédication (tranquillisant), vous serez conduite au bloc opératoire.
 - Une perfusion sera obligatoirement mise en place puis l'anesthésie sera réalisée. En cas d'anesthésie générale, celle-ci sera débutée au dernier moment après les préparatifs de la césarienne.
- Après l'opération,
 - vous serez surveillée quelques heures en salle de réveil ou en salle d'accouchement avant de retourner dans votre chambre.
 - une sonde urinaire, de même que la perfusion intraveineuse, sont généralement laissées en place pendant les 24 premières heures postopératoires et dans de rares cas pour une durée supérieure.
 - un petit drain (tuyau) est parfois mis en place pour quelques jours sous la paroi de l'abdomen.
 - un traitement anticoagulant peut être instauré dans les suites, et poursuivi après votre sortie.
 - la reprise d'une alimentation normale se fait en général dans les deux jours suivant la césarienne.
 - La sortie a généralement lieu entre le 4^e et le 7^e jour postopératoire.
 - A distance de l'opération,
 - Un saignement vaginal modéré est banal au cours de la période postopératoire et peut durer jusqu'à 3 semaines.
 - Il est recommandé d'attendre la fin des saignements pour reprendre une activité sexuelle.
 - des douches sont possibles quelques jours après l'opération mais il est recommandé d'attendre trois semaines avant de prendre un bain.
 - Après votre retour à domicile, si des douleurs, des saignements, des vomissements, de la fièvre, une douleur dans les mollets ou toute autre anomalie apparaissent, il est indispensable d'en informer votre médecin.

INFORMATION CONCERNANT L'ACTE ANESTHÉSIE

(Document établi par la Société Française d'Anesthésie Réanimation)

Ce document est destiné à vous informer sur l'anesthésie, ses avantages et ses risques. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste-réanimateur. Vous pourrez également poser à ce médecin des questions sur cette procédure. Pour les questions relatives à l'acte qui motive l'anesthésie, il appartient au spécialiste qui réalisera cet acte d'y répondre.

QU'EST CE QUE L'ANESTHÉSIE ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical, en supprimant ou en atténuant la douleur.

Il existe deux grands types d'anesthésie : L'anesthésie générale et l'anesthésie loco régionale.

L'anesthésie générale est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments, par voie intraveineuse et ou par respiration de vapeurs anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié.

L'anesthésie Loco régionale permet par différentes techniques, de n'endormir que la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. Une anesthésie générale peut être associée ou devenir nécessaire, notamment en cas d'insuffisance de l'anesthésie loco régionale.

La Rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie loco régionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité de la moelle épinière et des nerfs qui sortent de celle-ci.

Toute anesthésie, générale ou loco régionale, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation, plusieurs jours à l'avance et une visite pré anesthésique, la veille ou quelques heures avant l'anesthésie selon les modalités d'hospitalisation. Comme l'anesthésie, elles sont effectuées par un médecin anesthésiste réanimateur. Au cours de la consultation ou de la visite, vous êtes invitée à poser les questions que vous jugez utiles à votre information.

Le choix du type d'anesthésie sera déterminé en fonction de l'acte prévu, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires éventuellement prescrits. Le choix final relève de la décision et de la responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur qui pratiquera l'anesthésie.

COMMENT SEREZ VOUS SURVEILLÉE PENDANT L'ANESTHÉSIE ET À VOTRE RÉVEIL ?

L'anesthésie, quel que soit son type, se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. Tout ce qui est en contact avec votre corps est soit à usage unique, soit désinfecté ou stérilisé. En fin d'intervention vous serez conduite dans une salle de surveillance post interventionnelle pour y être surveillée de manière continue avant de regagner votre chambre ou de quitter l'établissement.



Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance post interventionnelle, vous serez prise en charge par un personnel infirmier qualifié, sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste réanimateur.

QUELS SONT LES RISQUES DE L'ANESTHESIE ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque.

Les conditions actuelles, de surveillance de l'anesthésie et de la période de réveil, permettent de dépister les anomalies et de les traiter.

QUELS SONT LES INCONVENIENTS ET RISQUES DE L'ANESTHESIE GENERALE ?

Les nausées et les vomissements au réveil sont devenus moins fréquents avec les nouvelles techniques et les nouveaux médicaments. Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont bien respectées. L'introduction d'un tube dans la trachée ou dans la gorge pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer des maux de gorge ou un enrouement passager. Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important que vous signaliez tout appareil ou toute fragilité dentaire particulière.

Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer. Elle disparaît en quelques jours.

La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou exceptionnellement la paralysie d'un bras ou d'une jambe. Dans la majorité des cas, les choses rentrent dans l'ordre en quelques jours ou quelques semaines.

Des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année.

QUELS SONT LES INCONVENIENTS ET LES RISQUES DE L'ANESTHESIE LOCO REGIONALE ?

Après une rachianesthésie ou une anesthésie péridurale, des maux de tête peuvent survenir. Ils nécessitent parfois un repos de plusieurs jours ou/et un traitement local spécifique.

Une paralysie transitoire de la vessie peut nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire.

Des douleurs au niveau du point de ponction dans le dos sont également possibles.

Une répétition de la ponction peut être nécessaire en cas de difficulté.

Des démangeaisons passagères peuvent survenir lors de l'utilisation de la morphine ou de ses dérivés.

Très rarement on peut observer une baisse transitoire de l'acuité auditive ou visuelle.

En fonction des médicaments associés, des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Des complications plus graves comme des convulsions, un arrêt cardiaque, une paralysie permanente ou une perte plus ou moins étendue des sensations sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année.

Au cours de l'anesthésie loco régionale en ophtalmologie, un traumatisme du globe oculaire est exceptionnel.



INFORMATION SUR L'ANALGESIE PERIDURALE EN OBSTETRIQUE

Rédaction 06/06/02

Ce document permet de vous expliquer le déroulement d'une analgésie péridurale et de vous exposer les avantages et les risques de cette technique. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure anesthésique qui vous sera proposée lors de la naissance de votre enfant.

Qu'est ce que l'analgésie péridurale ?

C'est une technique d'anesthésie loco régionale réalisée par un médecin anesthésiste réanimateur. Elle est destinée à supprimer ou atténuer les douleurs de l'accouchement. Son principe est de bloquer la transmission des sensations douloureuses dans les nerfs en injectant à leur proximité un produit anesthésique local associé ou non à un morphinique. Ce blocage se fait à proximité de la moelle épinière par l'intermédiaire d'un fin tuyau plastique introduit dans le dos, sous anesthésie locale, à l'aide d'une aiguille. Le fin tuyau (cathéter) reste en place toute la durée de l'accouchement afin de poursuivre l'anesthésie aussi longtemps que nécessaire. S'il est nécessaire de pratiquer une césarienne ou une autre intervention, ce cathéter pourra être utilisé pour permettre de réaliser le geste sans douleur, ce qui n'exclut pas le recours à l'anesthésie générale au décours de l'accouchement.

Que faire pour en bénéficier ?

Il faut impérativement une consultation d'anesthésie dans les semaines précédant l'accouchement. Celle-ci sera pour vous, l'occasion de poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Il ne faut pas présenter de contre indication : prise d'aspirine, d'anti-inflammatoires ou d'anticoagulants, troubles de la coagulation, maladies neurologiques, ou cardiaques, tension artérielle instable, fièvre ou état infectieux, infection de la peau du dos, ou autre circonstance pouvant être considérée à risque. Le choix définitif et la réalisation de l'acte relèvent de la décision du médecin anesthésiste réanimateur et de sa disponibilité au moment de votre accouchement.

Comme tout acte d'anesthésie, l'analgésie péridurale se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat. Vos pression artérielle, fréquence cardiaque et oxygénation sanguine seront surveillées en continu durant votre présence en salle d'accouchement, afin de dépister rapidement une complication.

Quels sont les risques de l'analgésie obstétricale ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science comporte un risque.

Il arrive que plusieurs ponctions du dos soient nécessaires pour mettre en place le cathéter. Une baisse transitoire de la pression artérielle (malaise, vertige) peut survenir. Elle est le plus souvent sans retentissement fœtal.

Les jambes peuvent devenir difficiles à mobiliser avec des sensations de pesanteur, de « fourmis ».

Si un morphinique est utilisé, il arrive qu'apparaissent des démangeaisons passagères ou des nausées.

Parfois, il devient difficile d'uriner, il est alors nécessaire d'effectuer un sondage évacuateur de la vessie le temps que l'anesthésie persiste.

Des douleurs du point de ponction dorsal peuvent persister quelques jours sans gravité, ou au contraire durer plusieurs mois après l'accouchement. Les douleurs persistant plusieurs mois sont rares et pas forcément liées à la ponction du dos.

Il peut arriver que des douleurs importantes persistent pendant les contractions, ou que le cathéter se déplace : alors une nouvelle ponction peut être nécessaire.

L'échec total de l'analgésie est le plus souvent lié à des particularités anatomiques.

Exceptionnellement des maux de tête importants peuvent apparaître et persister quelques jours à quelques semaines après l'accouchement, obligeant à rester allongée. Le cas échéant leur traitement vous sera expliqué.

Dans de très rares cas, une diminution transitoire de la vision ou de l'audition peut être observée.

Des complications plus graves telles que convulsions, arrêt cardiaque, paralysie permanente des membres inférieurs ou perte plus ou moins étendue de la sensibilité des membres inférieurs sont extrêmement rares, quelques cas sont publiés alors que des centaines de milliers d'anesthésie de ce type sont réalisées chaque année.

L'énumération des complications qui vient d'être faite ne peut pas être exhaustive. Chaque individu est unique, et ses réactions ne sont pas toujours prévisibles.

INFORMATIONS CONCERNANT LA TRANSFUSION SANGUINE

Il peut arriver que l'équipe médicale soit amenée à vous prescrire une transfusion sanguine. Ceci peut être nécessaire en urgence lors d'une hémorragie grave contemporaine de l'accouchement, de la délivrance ou lors d'une césarienne.

Ceci peut aussi devenir nécessaire en cours de grossesse ou de suites de couches, si une anémie trop importante s'installe.

Dans la mesure du possible, nous devons obtenir votre accord écrit pour effectuer ce geste et prélever un tube de votre sang qui sera conservé un certain temps dans l'établissement de transfusion sanguine.



A votre sortie de l'Hôpital, on vous remettra une ordonnance pour vous faire prélever un autre tube de sang dans les quatre mois suivant la transfusion.

Actuellement les produits sanguins qui vous sont transfusés sont tous testés pour déceler les maladies suivantes :

- Syphilis
- Paludisme
- Hépatite B et Hépatite C
- Virus du SIDA
- Virus de l'HTLV.

Mais il peut exister actuellement d'autres maladies inconnues à ce jour et donc non détectables.

Avec les prélèvements avant et après transfusion qui seront conservés, si une maladie a été transmise par la transfusion, nous pourrons la confirmer.

INFORMATION SUR LA STÉRILISATION PENDANT UNE CESARIENNE

Si une stérilisation est envisagée au cours de votre césarienne vous aurez à remplir et signer le document suivant:

Nous soussignés:

Mme

Mr

Certifions:

* Avoir reçu une information complète sur les différents moyens de contraception adaptés à notre cas, ainsi que sur la stérilisation masculine et féminine.

* Connaître les différentes techniques de stérilisation féminine en sachant :

- Qu'il s'agit d'une obturation des deux trompes.
- Qu'elle nécessite soit une ouverture de la paroi abdominale (laparotomie), soit un abord par le vagin, soit la pratique d'une coelioscopie.
- Qu'il s'agit donc d'une véritable intervention chirurgicale sous anesthésie générale ou loco régionale, avec les risques inhérents à toute anesthésie, à toute chirurgie abdominale, ou les risques propres à la technique coelioscopique.



- * Connaître le risque d'échec de la méthode qui peut se solder quelle que soit la technique utilisée par une grossesse intra utérine ou extra utérine (dans moins de 0,5% des cas) selon les statistiques mondiales.
- * Accepter pleinement et entièrement le caractère définitif de la stérilisation, sachant qu'une reperméabilisation des trompes n'est qu'hypothétique (grossesse obtenue dans 60 à 70% des cas seulement) et envisageable uniquement dans des circonstances exceptionnelles.
- * Avoir pris connaissance de la technique qui a été envisagée, ainsi que des avantages et inconvénients, en sachant que des difficultés techniques ou des contre-indications découvertes en cours d'intervention peuvent imposer l'abstention de l'opérateur.
- * Enfin, donner notre consentement librement exprimé après un délai de réflexion.

Date et signature précédée de la mention lu et approuvé d'un commun accord

La patiente

le conjoint

Le chirurgien

AUTORISATION PARENTALE POUR OPERER LES PATIENTES MINEURES

Si votre fille est mineure au moment de sa grossesse et qu'une intervention chirurgicale ou anesthésique est nécessaire, la personne représentant l'autorité parentale aura à remplir et signer le document suivant.

D'autre part toute grossesse chez une mineure sera signalée aux organismes sociaux compétents conformément à la loi.

Je soussigné (e) Mr, Mme, Melle :

Agissant en qualité de (degré de parenté):

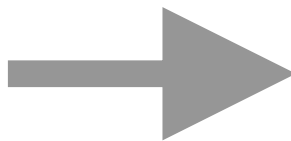


déclare autoriser les chirurgiens et médecins anesthésistes à pratiquer tous soins, interventions chirurgicales et anesthésies, qui seraient nécessités par l'état de mon enfant:

Date et signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

INFORMATION SUR LES TRANSFERTS MATERNELS AU SEIN DU RESEAU PERINATAL DE GUYANE

Centre Médico-Chirurgical de
Kourou
Croix-Rouge française
Service de Gynécologie-
Maternité



Centre Hospitalier de Cayenne
Service de Gynécologie-
Obstétrique
Unité de Néonatalogie-
Réanimation



Vous avez choisi d'accoucher à la maternité du Centre Médico-Chirurgical de Kourou et nous vous remercions de votre confiance. Tout sera mis en œuvre pour assurer votre bien être, celui de votre enfant à naître et pour que vous gardiez un souvenir privilégié de cet événement.

Depuis 1998, progressivement, dans tous les départements Français, la loi oblige les maternités à fonctionner en « réseau ».

Cette méthode, souhaitée par une grande majorité de médecins, exclue toute concurrence entre les établissements et les praticiens et a pour but une mise en commun de leurs moyens techniques dans le but d'améliorer la sécurité du nouveau né.

L'immense majorité des problèmes rencontrés dans les premiers jours de vie de l'enfant sont liés à la prématurité, et sont d'autant plus dangereux que la prématurité est plus importante. (détrempes respiratoires, problèmes cérébraux, problèmes digestifs etc.)

La maternité de Kourou dispose de deux pédiatres de garde 24H/24, d'un personnel spécialisé, et de couveuses qui permettent de prendre en charge les prématurés nés après 34 semaines d'aménorrhée (7 mois et demi) ou d'un poids égal ou supérieur à 1800 grammes.

Si ces conditions minimales ne sont pas réunies, ou si le bébé présente une maladie qui ne peut pas être soignée sur place, il devient nécessaire de le transférer dans le centre de réanimation néonatale qui se trouve à Cayenne.

Le transport d'un bébé prématuré ou malade est toujours dangereux, même avec des équipes et du matériel performants.

Pour palier à ce danger, il est préférable que l'enfant prématuré naisse à proximité immédiate d'un centre de soins intensifs et de réanimation néonatale.

En conséquence, si l'équipe médicale du CMCK:

- Juge que votre accouchement doit avoir lieu avant 34 semaines d'aménorrhée.
- Estime que le poids du bébé sera trop faible à la naissance.
- Estime que la sécurité de votre enfant ne peut être suffisamment assurée sur place.
- Estime que votre propre sécurité ne peut être suffisamment assurée sur place.

Vous serez transférée, sauf cas de force majeure contre-indiquant le transport, à la maternité du centre hospitalier de Cayenne, à proximité immédiate du centre de néonatalogie, et les décisions de soins seront prises par l'équipe médicale de ce service.

Il arrive que des situations aiguës, en particulier des menaces d'accouchement prématuré soient stabilisées et que le cap des 34 semaines soit dépassé. Dans ce cas vous pouvez être retransférée vers la maternité de Kourou pour y accoucher.

CREDITS

La rédaction de ces textes s'inspire en grande partie de quatre sources :

Pour les notions générales : le site internet <http://www.bebe-arrive.com/>. Nous remercions la créatrice de ce site qui nous a autorisés à reproduire certains textes.

Les fiches d'informations médico-légales concernant les interventions obstétricales sont pour la majorité celles éditées par le COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES OBSTETRICIENS FRANÇAIS / <http://www.cngof.asso.fr/>



Les fiches d'information sur les types d'anesthésie proviennent de l'édition de la SOCIETE FRANCAISE D'ANESTHESIE ET REANIMATION : <http://www.sfar.org/>