

# Souffrance fœtale

---

DR FELLAOUINE



# définition

---

Etat pathologique du fœtus aigu ou chronique dont le pc dépend de l'étiologie, de la précocité de son diagnostique et des modalités de la prise en charge.

Il en existe deux types: **SFA-SFC**



# SOUFRANCE FŒTALE AIGUE

---

**Définition:** c'est une perturbation grave de l'homéostasie fœtale due à une hypoxie fœtale survenue au cours de l'accouchement, engageant le pronostic vitale ou fonctionnel

Se traduit par un acidose fœtale et trouble de l'adaptation extra utérine marqué par une perturbation de score APGAR ou des signes neurologiques ou défaillance multi vésicale



# Interet

---

- Situation très fréquenté (5-10%)
- Diagnostique très difficile
- Conséquence lourd et grave (imc-mort)
- Lourde conséquence médicaux légale

# Etiologie

---

- **Cause propre a l'accouchement:(travail)**

Dystocie dynamique (hypercinésie)

Dystocie mécanique (DFP)

Travail longue

Usage non contrôlé des utéro toniques

Les antalgique qui déprime les centres respiratoire

Analgésie :hypotension maternelle



---

- **Cause funiculaire et placentaire 1/3 cas**

Compression ou étirement du cordon (procidence , latérocedence , breveté du cordon)

Anomalie placentaire : ischémie, HRP, placenta amincie

DDT

l infection ameniotique post rpm

- 
- **Cause maternelles** : toute pathologie maternelle hypoxique au cours de travail

**IR**

Ic

Anémies

Sd vasculo rénale

Diabète



- 
- Cause fœtale:
  - Toute fœtus fragile :

Hypotrophie

Macrosomie

Prématuré

Post maturité

Anémie



# Le diagnostic

## **A: Avant la naissance:**

- **1/modification du rythme cardiaque fœtale:**

**La** fcf: entre 120 -160 /min

On cas SFA: tachycardie –bradycardie –arythmie

(auscultation c'est pendant :1min toute :

1heur : première phase de travail

15a30 min pendent la phase active

Toute les 5 min pendant la phase d'expulsion



- 
- **2: apparition du méconium** : en dehors de la présentation siège l'apparition du méconium a une valeur alarmante
  - Lui seul suffit pas de poser le diagnostic du SFA
  - Doit être comparé au donné du rythme cardiaque fœtal



# Paraclinique avant la naissance

**1 Le monitoring obstétricale ERCF** (étude du rythme cardiaque fœtale) un éléments diagnostique très important pour prévenir et dépiste l'asphyxie fœtale pendant le travail

- ERCF normale :

Rythme de base : 120-160 bpm

Variabilité: entre 5- 25 bpm

Réactivité : présence d'accélération

Ralentissement ou bradycardie: absence



- **2 LE PHMETRIE : le ph** au scalp en 2 eme ligne  
— apres ercf

**ph** sup 7.25 normale et doit etre repeté si anomalie rcf

**Ph entre** 7.21 ET 7.24 repeté chaque 30 MIN

**PH** inferieur 7.20 hypoxie et extraction en urgence

**Autre :** lactate au scalp



# Diagnostic a la naissance

**1 . Score APGAR :** c'est score qui apprécier l'adaptation en extra utérine à 0min 5min 10min

- 0-3 etat de mort apparente
- 4-6 SCORE D APGAR bas
- 7-10 score normale



2. Ph AU CORDON : sur la veine ombelicale pour l'acidose métabolique se traduit par : baisse de pH et  $PO_2$  et élévation de  $PCO_2$

---

IL EST un très bon témoin de l'asphyxie in utero

3 CORRELATION PH –APGAR : c'est la corrélation clinique et biologique

Si APGAR bas et PH normal : pas d'asphyxie in utero

Si APGAR normale et PH bas il y a une asphyxie in utero



# Diagnostic deferentiel

- Liquide amniotique méconiale : p siège – diarrhée fœtale
- RCF: tachycardie : tachycardie maternel ou hyperthermie

bradycardie : BAV

Acidose fœtale : acidose fœtale transmis au fœtus



# CAT

**Le meilleur traitement c'est la prévention**

**Avant le travail:** dépiste les sfc et rciu in utero

---

dépisté les DFP

identifier les grossesses à risque

**pendant de travail:** surveillance materno fœtale  
clinique et Paraclinique



# En cas de suspicion de SFA

- La meilleur attitude est l'extraction a temp
- En début de travail : césarienne
- En fin de travail : a délation complète engagé : extraction instrumentale
- Au milieux de travail dépend des condition obstétrical :
- Primi ou nullipare : césarienne
- Multi pare : direction de travail



# Accueil du nouveau né et la réanimation

- multidisciplinaire entraînés
- Séché
- chauffé
- lutter contre les trouble métabolique
- Aspiré
- Oxygéner
- Réanimation spécialisé en fonction de l'état et APGAR



# CONCLUSION

- LA SFA est fréquentes et le diagnostic positif reste difficile
- Le monitoring de l'accouchement permettent un dépistage précoce et une prise en charge adéquate , afin d'éviter les conséquences fâcheuses pour le fœtus (mort –imc)



# Souffrance fœtale chronique

---



- 
- **1-définition:** pathologie de la grossesse ses étiologies sont multiples.

Il s'agit d'un syndrome physiopathologique dont la traduction clinique est le **RCIU**.



- **2-physiopathologie:** A- à l'état normal
- Pendant la grossesse la croissance fœtal dépend de plusieurs facteurs:
- **facteurs génétiques:** conditionnent le développement au cours de la première moitié de la grossesse.
- **apports nutritifs et métabolisme maternel:** au cours de la deuxième partie de la grossesse.



*B- à l'état pathologique:* La souffrance fœtal quelque soit son étiologie va se manifester par un RCIU

°sur le plan anatomique:

-**le cerveau:** ne souffrira que si la spoliation a été précoce et longue.

-**le foie:** teneur en graisse diminue

-**le rein:** son poids diminue mais sa fonction reste normale.

-**le poumon:** si l'origine de la souffrance est vasculaire il accélère sa maturité de 15 jours.

-**squelette:** son atteinte est fonction de la précocité et la durée de la souffrance.

°sur le plan fonctionnel:

Redistribution du débit sanguin au profit des territoires nobles: cœur et cerveau au détriment des autres territoires: foie, rein et poumon , territoire splanchnique qui va produire une accélération du péristaltisme intestinal suite à l'hypoxie et donc émission du méconium .



### *3-etologies:*

#### **A) Cause maternelles**

-Problèmes vasculaires -Diabète : troubles métaboliques  
+ vasculaires -Hypoxémie:

---

-intoxication au CO<sub>2</sub>

-Insuffisance respiratoire

-Cardiopathie

-Anémie

-Médicamenteuse

-Tabac



- **B) Cordon / Placenta**
- dépassement de terme (placenta devient inefficace pour fournir de l'O<sub>2</sub>)

---

- Hématomes rétro placentaires
- Infarctus placentaires
- Placenta prævia
- latérocidence du : cordon ombilical de l'enfant se positionne entre le dos ou l'épaule du fœtus et la paroi utérine de la mère.
- Circulaire du cordon



## **C) Fœtales:**

-infection:

- bactérienne (listériose, streptob)
- virale (CMV, rubéole)
- parasitaire (Toxo)

-Anémie (hémolytique ex : pb de rhésus)

-Malformations :

• chromosomique (T21, 18, 13...)

Génique (mariages consanguins par ex)

Toxiques (crème à base de vitamine A..)

-Traumatismes :

AVP

Manœuvre obstétricale

## **D) idiopathique.**



#### 4- diagnostique:

##### *a- éléments cliniques:*

HU: elle n'a de valeur que si elle est correctement mesurée.

MAF: leur diminution ou disparition est très péjorative car précède de peu la MIU.

##### *B- les examens complémentaires:*

°échographie:

permet de mettre en évidence le retard de croissance par la mesure des biométries fœtales(BIP,DAT,LF)et les interpréter par rapport à des courbes de croissance.

Permet également d'apprécier le placenta et de déterminer son grading ainsi que le LA à la recherche d'un éventuel oligoamnios qui accompagne souvent le RCIU.

°le doppler:

permet d'apprécier les résistances vasculaire par la mesure d'index de résistance.



## °ERCF:

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal ou ERCF permet l'évaluation du bien être fœtal.

Il se fait à partir de **25 SA**; avant 25 SA il est très difficilement enregistrable (fœtus trop petit).

---

Utilisé depuis **1968**; il reste actuellement la méthode la plus utilisée pour évaluer l'état fœtal.

il est défini à partir de quatre critères qui sont :

- le rythme cardiaque de base
- la variabilité
- les accélérations
- les ralentissements
- Les contractions utérines (CU) sont le « 5e paramètre » indispensable à considérer en cours de travail.

Il permet de rechercher une anomalie du rythme cardiaque.



### °score de Manning:

il s'agit d'un profil biophysique défini par 5 paramètres:

#### a-quartes échographiques:

- mouvements globaux du corps fœtal
- mouvements respiratoires.
- tonus fœtal.
- quantité du liquide amniotique.

#### b-l'ERCF.



# CAT

## A- évaluation du degrés de la souffrance:

- °échographie tout les 15 jours
  - °ERCF: parfois jusqu'à 2 ou 3 fois par jours
- 
- °doppler: 2 à 3 fois par semaine
  - °Manning: une fois par semaine.

## B- évaluation du degrés de la prématurité qui peut aggraver le pc fœtal.

## C- traitement:

### °médical:

- curatif:** traitement de la pathologie maternelle.
- substitutif:** correction de la dénutrition fœtale.
- préventif:** prévention de la coagulation intra placentaire en cas de résistance vasculaire par l'Aspégic.



### °obstétrical:

Surveillance en milieux assisté avec bilan hebdomadaire voir bihebdomadaire.

Le moment de l'intervention dépendra de l'indication:

---

- **Avant 32 SA** : césarienne si pronostic maternel ou fœtal (pronostic vital ou fonctionnel) en jeu
- **Avant 34SA** : maturation pulmonaires aux corticoïdes (1 ou 2 cures car risques d'effets secondaires ou hormonaux à l'adolescence)
- **Après 34SA:** voie basse ou césarienne





MERCI