

Régul 20

Hémorragie T3
ss Douleur

= Placenta Praevia

Un placenta bas inséré peut se détacher aussi, ce n'est pas forcément un praevia

Cs pour → Hgrie externe de sang rouge avec un utérus souple, vers 2-3^h du matin sans contractions au début
"Avez-vous eu un rapport?" → Trauma
N → PP
coagulant bien

Δg → Bien s'assurer de l'absence de travail qui peut masquer l'Hgrie qui ne cesse / 2-3j.

CT → Abolue simple si hémorragie abondante

Régul 20

"Accouchement"
D Abdo T3

- * Contractions intermittentes ss Hgrie : Travail probable
- * "Contraction" (= "Douleur") Permette + Hgrie

↳ Sang noir peu abondant : DPPNI

↳ Sang rouge : Placenta Praevia avec travail (cf P)
Rupture utérine

DPPNI

(Régulation)

CSP Douleur saine brutale permanente utérine
Impression de Jete de bois
Nécessaire de sang noir peu abondant

interrogatoire retrouve sut un contexte d'HTA gravidique.

Risque { Choc dissocié du volume exprimé
Mort in utero par de coll
Mésotaxie Rétro Placentaire } f (rapidité d'extension)

CAT Transport ASAP pour césarienne en urgence.

Rupture Utérine

CSP Douleur Abdo brutale en coup de poignard
\$GF de Choc / chez ♀ Abdo Césarienne, Nécessaire Utérine

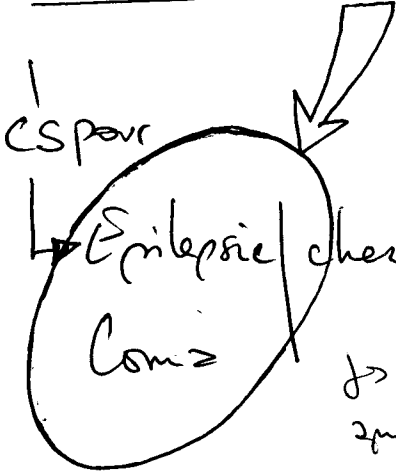
l'examen Retrouve : Une Contracture Abdo
Un choc Hg grave.

l'enfant est mort

CAT SNUR + Césarienne.

Eclampsies & Co

Def: ♀ > 24SA + HTA + Puie



Recherche → \$Prémonitoires

- Céphalées
- Troubles de la vue
- Acouphènes
- Bourne épigastrique

CAT ?

Stéatose Hépatique aiguë

Rare

↳ "la survie de la mère est possible grâce à un Δg période"

CSP.

↳ ♀ 33 à 37 SA, \$Pseudo Grippe

- ± Ictère, prurit, D Abdo, Vomissements
- \$Polyuro Polydipsique.

(VCH2 = <313A
Gd Préma = <305A)

Régul & Accouch

→ C) le 54% des appels dont le score de Nalinas est complet.

① Nalinas < 6 ⇒ délai > 1^h presque 70%

si Nalinas > 7 : on ne sait pas bien

② Couleur du lig après rupture de NB ?

↳ Narrou vert → prévoir une rée à la naissance
Vert très épais → le Gueur d'un siège.

③ Procidace du cordon qui se présente à la Vulve.

↳ ne pas tirer

• le cordon bat ? l'enfant est vivant.

• Position de Trendelenburg + DLG :

• Remonter la présentation pour ne pas qu'elle comprime

le cordon par 2 points vaginaux

• Si Dilatation Complète : faire l'accouché en prévoyant une rée Sinon

Selbu IV D 0,01 mg/kg

[Erreur de SANA 0513] 70kg

④ Une pa se présente : c'est normal pour un siège = 0,7mg.

⑤ Un bras se présente : c'est une dystocie de l'épule : l'accouché pas voie basse n'est pas possible. Transport au bloc

⑥ l'enfant est né : Comment est l'ajut (APGAR) essayer Rechercher (Vente + couverture) + tête (20% de la surface) Delai?
dire au papa : Clamps le cordon sans le couper (lacet)