Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 81 (1983)

Heft: 3

Artikel: Les conservations de grossesse

Autor: Grand, Hélène

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950246

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 09.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Les conservations de grossesse

par Hélène Grand, sage-femme, extrait d'un travail de diplôme

Ce travail n'a pas la prétention de faire le tour du sujet proposé, mais de présenter quelques aspects des problèmes posés par une grossesse désirée, mais menacée.

Les premiers paragraphes montrent le côté strictement médical du sujet, alors que les suivants décrivent le point de vue des femmes ayant vécu une conservation de grossesse à l'hôpital et que j'ai pu suivre et interroger, pendant et après leur hospitalisation. Le contraste peut paraître déroutant, mais j'estimais important pour une sage-femme de connaître mieux l'étiologie des abortus, des partus immaturus et praematurus afin de ne pas tomber dans le piège des traitements symptomatiques trop souvent utilisés de nos jours encore et de pouvoir remplir pleinement, par ses conseils aux femmes enceintes, son rôle préventif et d'information.*

* On parle d'abortus jusqu'à 16 semaines de grossesse, de partus immaturus entre 16 et 27 semaines, de partus praematurus entre 28 et 37 semaines.

Aspect médical

Les menaces d'avortement spontané

On parle de menace lorsqu'une grossesse est menacée, mais que sa vitalité est conservée. La menace peut disparaître, mais aussi se transformer en «abortus en cours».

Etiologie

La fréquence des avortements spontanés est énorme. Certains médecins parlent de 50% des conceptions, d'autres de 15% des grossesses reconnues. Les causes sont multiples, parfois inconnues, parfois ovulaires ou maternelles (locales, infectieuses, générales).

Les causes ovulaires:

- Les infections de la cavité ovulaire: une chorio-amniotite soit virale, soit bactérienne peut provoquer une rupture prématurée des membranes, suivie de l'expulsion de l'œuf dans les 24 à 48 heures. Ces infections sont favorisées par les vaginites et les béances du col.
- La môle hydatiforme.
- Les œufs gemellaires monozygotes (rares).
- Les anomalies funiculaires, dont par exemple l'aplasie d'une artère ombilicale.

Et surtout:

- Les anomalies chromosomiques ou géniques. Elles sont la cause principale des avortements précoces (70% avant 6 semaines, 50% avant 10 semaines). L'on trouve, par ordre de fréquence, des trisomies (47 chromosomes), des monosomies (45 chr), des triploïdies (69 chr), des tétraploïdies (92 chr). Les mosaïques et les translocations sont plus rares.
  Les anomalies chromosomiques peuvent être primitives, datant du moment de la formation du gamète, d'origine maternelle ou paternelle, ou secondaires, dues à des intoxications, des infections ou des irradiations.

Les causes maternelles:

Locales:

- Anomalies de la cavité utérine: hypoplasies utérines, malformations utérines (uterus bicorne ou cloisonné), déformation utérine (myome sous séreux), occupation de l'utérus (fibromes), obstruction ou accollement (synéchies), rétroversion utérine.
- Les béances cervico-isthmiques: se trouvent souvent après des avortements provoqués avec dilatation mécanique du col, après des accouchements forcés à dilatation incomplète ou après l'accouchement rapide d'un gros enfant.

Infectieuses:

- Les infections aiguës: typhoïde, scarlatine, grippe.
- Les infections qui provoquent des avortements tardifs (3e au 5e mois) d'œufs morts et macérés: syphilis, listérioses, rickettsioses, toxoplasmose.
- Les septicémies.
- Les infections urinaires.
- Les endométrites à germes banaux ou tuberculeux (qui existent au début de la grossesse).
- Les affections à virus: rubéole, oreillons, herpès hominis type 2, hépatite, cytomégalie.

Générales:

- Endocriniennes: hypothyroïdie ou hyperthyroïdie, hyperandrogénie d'origine surrénalienne ou ovarienne, déficience du corps jaune (avortement précoce), déficience du placenta (avortement 2–3e mois).
  Le diabète.
- Les intoxications: hydrargirisme, saturnisme, tabagisme.
- Les traumatisme intéressant l'utérus: chirurgie de petit bassin, choc abdominal, trépidations train-voiture, rapports sexuels répétés.
- Les causes psychologiques?
- Les causes immunologiques?
- Les causes socio-économiques: grossesses rapprochées, surmenage physique, etc.

Symptomatologie

De la menace d'abortus:

- Petites métrorragies répétées, parfois minimes, indolores, soit de sang rouge, soit de sang noir, ou encore rosées.
- Douleurs abdominales basses, légères du genre colique, contractions?

- Col fermé-formé
- Volume utérin normal
- Consistance utérine normale ou plus ou moins dure
- Test de grossesse positif.

De l'avortement en cours:
- Hémorragie
- Contractions (bas du ventre – bas du dos)
- Col ouvert, mais pas effacé
- Volume utérin diminué
- Consistance utérine dure
- Test de grossesse le plus souvent négatif
- Fragments explusés ou en voie d'expulsion
- Fœtus en général introuvable.

Diagnostic différentiel
- Avortement provoqué
- Grossesse extra-utérine
- Môle hydatiforme
- Métrorragies et douleurs d'origine gynécologiques (polype, rapport sexuel, vaginite aiguë)
- Aménorrhée non gravidique.

Examens

«Avant tout traitement, absentionniste ou inverventionniste, il faut absolument tenter de se répondre aux questions suivantes: œuf mort, moribond ou vivant?» (Dr G. Brunel – Faut-il toujours traiter les menaces d'avortement?).
- Examen gynécologique attentif: le col de l'utérus est-il ouvert ou fermé, l'hémorragie vient-elle de l'utérus ou du col, est-elle importante ou non? Le volume utérin correspond-il ou non à l'aménorrhée? Sa consistance est-elle molle ou plus ou moins ferme?
- Anamnèse: les signes subjectifs de la grossesse sont-ils toujours présents? La courbe de température basale reste-t-elle élevée?
- Examens hormonaux: pour apprécier la vitalité de l'œuf l'on dosera les gonadotrophines chorioniques et les HPL (hormone placentaire lactogène), et simultanément, pour tester l'activité du corps jaune gravidique, on procédera à un dosage des stéroïdes (œstrogènes, progestérone, androgènes).
  Il serait regrettable de ne pas procéder à tous ces dosages simultanément, car si l'on ne teste que la vitalité de l'œuf, comment savoir, par exemple après un traitement hormonal, que c'était bien une insuffisance du corps jaune qui était à l'origine de la menace?
- Examen aux ultra-sons: durant ces dernières années, les techniques d'exploration échoscopiques ont fait des progrès énormes et présentent un grand intérêt en obstétrique. En début de grossesse les ultra-sons peuvent mettre en évidence: la grossesse ectopique, les nidations anormales, la môle hydatiforme, l'œuf clair, l'avortement, le missed abortion, les grossesses multiples. La fœtométrie permet de préciser l'âge de la grossesse. L'on peut mettre en évidence l'activité cardiaque fœtale.

Médicaments toxiques pour le fœtus humain

Médication maternelle	*Action fœtale ou néonatale*
Drogues réputées tératogènes pour l'homme	
Thalidomide.	Mort fœtale ou phocomélie, surdité, malformations vasculaires cérébrales, gastro-intestinales, ou génito-urinaires.
Hormones sexuelles: Androgènes, progestogènes, œstrogènes.	Masculinisation, ossification prématurée.
Antimitotiques: Antimétabolites: aminoptérine, 5-fluorouracile, DON, 6-azauridine, etc. Alkylants: cyclophosphamide, etc. Antibiotiques: amphotéricine B, mitomycine, etc.	Malformations multiples, avortement.
Action tératogène humaine possible	
Vitamine D.	Cardiopathies.
Antihistaminiques.	Malformations (?)
Hallucinogènes: acide lysergique (LSD), mescaline, etc.	«Cassures chromosomiques», malformations (?)
Antidiabétiques: dérivées de la sulfonylurée.	Malformations (?)
Corticostéroïdes.	Fente palatine, bec-de-lièvre (?)
Insuline (choc ou hypoglycémie).	Malformations (?)
Antithyroïdiens: Thiouraciles, iode non organique (iodure de potassium, etc.	Goître, arriération mentale.
Substances toxiques pour le fœtus humain	
Analgésiques, narcotiques: Héroïne, morphine.	Mort néonatale ou convulsions, trémulations.
Salicylates (en excès).	Hémorragie néonatale.
Anticoagulants: dérivés de la coumarine.	Mort fœtale, ou hémorragie.
Anti-infectieux:	
Chloramphénicol.	Mort néonatale («gray syndrome»).
Chloroquine.	Mort, ou surdité, ou hémorragie rétinienne.
Érythromycine.	Lésions hépatiques.
Nitrofurantoïne.	Hémolyse.
Novobiocine.	Hyperbilirubinémie.
Quinine, quinidine.	Surdité neurologique, thrombocytopénie.
Streptomycine.	Surdité neurologique.
Sulfonamides.	Ictère nucléaire.
Tétracyclines.	Hémolyse, toxicité hépatique, inhibition de la croissance osseuse, mauvaise coloration des dents.
Médicaments cardiovasculaires:	
Chlorure d'ammonium	Acidose.
Hexaméthonium.	Ileus néonatal.
Réserpine.	Congestion nasale, somnolence.
Thiazides.	Thrombocytopénie.
Vaccin antipolio (Sabin).	Mort, ou lésions neurologiques.
Sédatifs, hypnotiques, tranquillisants.	
Méprobamate.	Retard de développement.
Phénobarbital (excès).	Hémorragie néonatale.
Phénothiazines.	Hyperbilirubinémie.
Vaccin antivariolique.	Mort ou vaccine fœtales.
Tabagisme.	Nouveau-nés hypotrophiques.
Vitamine K (excès).	Hyperbilirubinémie.

Traitement

«Méfions-nous de la mode! Faisons en sorte que l'attitude médicale: – ne soit jamais systématisée et standardisée; – mais toujours personnalisée et éclectique, y compris en matière d'abstention (ne rien faire, c'est faire rien). (Dr G. Brunel – opus cité).

Embryogenèse et organogenèse (d'après Arey)

Age en semaines après la fécondation	*Taille en cm*	*Forme*	*Appareil digestif*	*Appareil respiratoire*	*Appareil uro-génital*	*Appareil vasculaire*	*Squelette*	*Système nerveux Organes des sens*
2,5	1,5	Disque embryonnaire.	Lécithocèle.		Allantoïde formée.	Ilots sanguins dans le chorion.	Chorde dorsale en place.	Gouttière neurale dessinée.
3,5	2,5	Corps cylindrique se délimitant du lécithocèle.	Intestins antérieur et postérieur formés. Vésicule ombilicale. Bourgeon hépatique. Membrane cloacale	Dépression au niveau du plancher pharyngien.	Pronéphros complet. Progression du canal pronéphrotique vers l'extrémité caudale.	Organisation d'un système vasculaire pair et symétrique. Fusion des 2 tubes cardiaques.	Métamérisation mésoblastique.	Fermeture de la gouttière neurale et formation de la crête neurale. Cupule optique en formation. Ebauche olfactive.
4	5	Flexion du corps en forme de C. Bourgeons des membres.	Œsophage court. Estomac fusiforme. Intestin tubaire. Voies hépatiques. Bourgeon pancréatique.	Trachée et bourgeons pulmonaires.	Formation du mésonéphros. Ebauche métanéphrotique.	Fusion des aortes dorsales. Dilatation du tube cardiaque.	Somites au complet (40). Ebauches vertébrales.	Encéphale à 3 vésicules. Nerfs et ganglions en formation.
5	8	Appendice caudal proéminent.	Allongement de l'intestin.	Bourgeons bronchiques.	Bourgeon urétéral et ébauche du bassinet.	Extension des vaisseaux. Condensation du myocarde.		Encéphale à 5 vésicules. Hémisphères cérébraux saillants.
6	12	La tête est la partie la plus grosse. Courbure cervicale marquée. Membres identifiables.	Torsion de l'anse intestinale. Lobes hépatiques nets.	Lobes pulmonaires définitifs.	Gonade indifférenciée. Tubercule génital saillant.	Hématopoïèse hépatique. Le cœur prend sa forme définitive.	Apparition des premiers centres de chondrification.	Trois courbures encéphaliques. Diencéphale important. Ebauche de méninges. Formation oreille externe moyenne et interne.
7	17	Formation face et cou. Doigts. Régression de la queue.	Formation du rectum. Résorption de la membrane anale.	Cartilages laryngés et trachéaux en formation.	Mésonéphros différencié. Vessie uretère séparés du rectum. Résorption membrane urétrale.	Ebauche de la veine cave inférieure. Valvule cardiaque. Ebauche splénique.		Poche de Rathke. Enveloppes de l'œil.
8	23	Début du stade foetal.	Villosités intestinales. Lorettres développé.	Aspect glandulaire du poumon.	Testicules et ovaires identifiables. Canaux de Müller.	Les vaisseaux prennent leur disposition finale.	Premières traces d'ossification.	Bourgeons du goût.
10	40	Tête dans l'axe du corps.	Acini pancréatiques.	Apparition des cordes vocales.	Sécrétion du rein. Dégénérescence des canaux du sexe opposé.	Lymphatiques développés. Hématies anucléées.		Moelle épinière définitive.
12	56		Ilots pancréatiques. Musculeuse intestinale.		Organes génitaux externes distincts.	Hématopoïèse médullaire.		Cerveau de forme définitive. Œil quasi terminé.
16	112	Face «humaine». Cheveux. Activité musculaire spontanée. Développement du corps prépondérant sur celui de la tête.	Accumulation de mécomum.	Poumons définitifs	Reins de forme caractéristique. Utérus et vagin identifiables.	Hématopoïèse splénique.	Os distincts. Début d'articulations.	Formation du cervelet.

Ne pas traiter et attendre dans les cas suivants:
- grossesse non désirée
- mère âgée de plus de 40 ans
- menace précoce sans causes hormonales ou utérines connues et confirmées avant ou pendant la grossesse.

Si l'on traite, comment traiter?
- Il faut que la vitalité de l'œuf soit certaine et que le couple soit informé clairement des problèmes que peut poser un traitement. La femme enceinte doit l'accepter et non le subir.

Possibilités de traitement:
- Le repos physique et sexuel suffit parfois à amender les symptômes. Eviter de donner des médicaments à ce stade-là, ils inquiéteront plus la mère qu'ils ne la calmeront (risque tératogène).

Si l'étiologie est connue:
- Utérus malformé et hypercontractile: si la malformation est connue et ne nécessite pas un traitement chirurgical avant la grossesse, l'on peut essayer d'améliorer l'hospitalité utérine par un traitement hormonal œstrogénique et progestéronique (les œstrogènes facilitent la croissance des fibres du myomètre et la progestérone diminue l'excitabilité utérine). Il semble inutile de prolonger le traitement au-delà du troisième mois, car à ce moment-là le placenta prend la relève.
- Béance isthmique: si l'œuf est intact, évolue normalement et aux ultra-sons a un aspect normal, le traitement est simple et efficace: l'on procède à un cerclage du col au cours du 3e mois de grossesse.
- Prévention de l'avortement d'origine endocrinienne: l'insuffisance du corps jaune est traitée par l'hormone chorionique avec ou non un complément œstroprogestatif jusqu'à ce que les dosages se normalisent et généralement pas au-delà du 4e mois de grossesse (relais placentaire).
  L'hyperandrogénie est traitée par la cortisone et si nécessaire des œstrogènes et de la progestérone jusqu'au 4e ou 5e mois de grossesse. Il est parfois utile d'entreprendre le traitement avant la grossesse déjà.
- Les causes infectieuses: pour la rubéole, la prévention par vaccination avant la grossesse est la seule arme efficace. Malgré les injections aléatoires de gamma-globulines, une contamination reconnue chez une femme en début de grossesse (période d'embryogenèse) risque d'entraîner des malformations fœtales graves. Le couple devra parfois opter pour une interruption de grossesse.
  La toxoplasmose peut actuellement être traitée efficacement à condition d'être diagnostiquée à temps.
  D'autres maladies virales aiguës peuvent survenir en début de grossesse et provoquer la mort de l'embryon ou ne rien provoquer du tout. D'ailleurs, nous n'avons actuellement aucun traitement spécifique efficace.

Les menaces de partus praematurus

Etiologie

Les causes sont souvent les mêmes que pour l'abortus.

Les causes ovulaires:
- Insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur
- Surdistension ovulaire: hydramnios, grossesse gémellaire
- Rupture prématurée des membranes
- Causes génétiques (anomalies chromosomiques, malformations fœtales)
- Insuffisance placentaire
- Décollement hâtif du placenta normalement inséré.

Causes maternelles:

Locales:
- Utérus hypoplasique
- Malformations utérines
- Béance isthmique
- Utérus myomateux
- Opération sur utérus gravide.

Infectieuses:
- Infections urinaires, pyélonéphrites
- Infections aiguës microbiennes ou virales
- Paludisme
- Syphilis
- Rickettsioses et néorickettsioses

Générales:
- Syndromes vasculo-rénaux: EPH, maladie hypertensive, lésions rénales préexistantes.
- Les toutes petites femmes (moins de 150 cm)
- Femmes maigres qui ne prennent pas de poids ou qui maigrissent durant la grossesse
- Prise de poids excessive
- Insuffisance du volume cardiaque et cardiopathies décompensées
- Femmes de moins de 18 ans ou de plus de 32 ans
- Anémie
- Menaces d'abortus ou hémorragies en début de grossesse
- Traumatismes

Causes socio-économiques:
- Surmenage maternel: milieux défavorisés, absence de confort, d'ascenseur (avec de nombreux étages), travail ménager ou professionnel fatigant, famille nombreuse)
- Transports en commun, longs trajets, mauvaises routes
- Mères célibataires
- Mondanités
- Grand voyage, vacances lointaines en voiture
- Tabagisme (+ RCIU)
- Mauvaise alimentation: moins de 50 g d'apport protéique par jour
- Grossesses trop rapprochées (moins de 2 ans)
- Antécédents de curetage
- Manœuvres artificielles.

Symptomatologie

La menace d'accouchement prématuré se présente entre la 28e et la 37e semaine, comme un début de travail. Apparition de contractions utérines, en général douloureuses, plus ou moins rapprochées et plus ou moins fortes, mais revenant régulièrement. Parfois la femme perd des glaires brunâtres ou rosées, voire même du sang.

Au toucher (vaginal ou rectal) l'on peut apprécier la gravité de la menace et établir un pronostic. Le col de l'utérus peut être fermé-formé comme il peut passer par tous les stades de l'effacement et de la dilatation. La présence d'une dilatation est de mauvais augure.

Evolution: les contractions peuvent se rapprocher, devenir plus intenses et provoquer une dilatation du col, ou alors s'espacer et disparaître spontanément.

Mais il faut rester vigilant, la menace peut tôt ou tard réapparaître.

Examens

Il faut limiter au maximum les examens qui pourraient aggraver la menace. Ce qu'il est important de connaître, c'est:
- L'âge de la grossesse pour déterminer le degré de prématurité (anamnèse)
- L'état du col de l'utérus pour évaluer la gravité de la menace (TV)
- Si la poche des eaux est intacte: l'on évitera cependant de faire une amnioscopie (anamnèse).

Aussi rapidement que possible, si le traitement permet de stopper le travail, l'on dépistera une éventuelle infection urinaire ou cervico-vaginale. On dressera ensuite un bilan de la vitalité fœtale à l'aide de tous les moyens cités pour la menace d'abortus: dosages hormonaux, contrôle de la croissance fœtale à l'aide de l'échoscopie (US), contrôle régulier des bruits cardiaques fœtaux.

Coefficient de risque d'accouchement prématuré (d'après Papiernik)				
1	Deux enfants ou plusieurs sans aide familiale. Conditions socio-économiques médiocres.	Un curetage. Court intervalle après grossesse précédente (un an entre accouchement et fécondation).	Travail à l'extérieur.	Fatigue inhabituelle. Prise de poids excessive.
2	Grossesse illégitime non hospitalisée en maison maternelle. Moins de 20 ans. Plus de 40 ans.	Deux curetages.	Plus de trois étages sans ascenseur. Plus de 10 cigarettes par jour.	Moins de 5 kg de prise de poids. Albuminurie. Tension artérielle: maxima supérieure à 13 minima supérieure à 8.
3	Mauvaises conditions socio-économiques. Moins de 1,50 m. Moins de 45 kg.	Trois curetages ou plus. Utérus cylindrique.	Long trajet quotidien. Efforts inhabituels. Travail fatigant. Grand voyage.	Chute de poids le mois précédent. Tête trop bas située pour un fœtus loin du terme. Segment inférieur déjà formé à une date éloignée du terme. Siège à plus de sept mois.
4	Moins de 18 ans.			Pyélonéphrite Métrorragies du deuxième trimestre. Col court. Col perméable. Utérus contractile.
5		Malformation utérine. Un avortement tardif. Un accouchement prématuré.		Grossesse gémellaire. Placenta prævia. Hydramnios.

Traitement

La prévention de l'accouchement prématuré est primordiale, car selon certains auteurs, elle permettrait d'en éviter la moitié.

Les contrôles de grossesse réguliers et systématiques devraient permettre de dépister les «hauts risques» de prématurité et d'intervenir aux premiers signes alarmants. Pour cela, il faut bien avoir à l'esprit la pathogénie de l'accouchement prématuré (voir tableau).

Le repos: il peut aller du simple arrêt de travail à l'alitement strict en milieu hospitalier, en passant par tous les stades intermédiaires. C'est l'aspect du traitement qui demande le plus de collaboration de la part de la future mère et qui ne va pas sans poser de problèmes pratiques ou autres.

Le cerclage du col: à effectuer si possible avant 3 mois de grossesse (voir traitement de la menace d'abortus), mais possible encore selon l'état du col pendant le 2e trimestre.

Certains médecins préconisent, malgré un cerclage, un alitement strict pendant le reste de la grossesse, d'autres laissent l'entière liberté à leur patiente. La situation à mon avis doit être examinée de cas en cas, mais de toute façon un repos relatif devrait être prescrit.

Les conseils pratiques:
- Pas de longs parcours en voiture, moto, etc.
- Pas de déménagements en cours de grossesse
- Pas de projets de vacances entre le 6e et le 8e mois
- Possibilité de donner en tout temps les autres enfants à garder
- Ne pas faire le ménage «à fond» et déplacer seule les meubles en prévision du nouveau bébé.

Le traitement ambulatoire: des tocolytiques, des antispasmodiques, etc., pourront être prescrits par le médecin à titre préventif ou d'appoint, si par exemple, le repos ne suffit pas à calmer toutes les «contractions».

Le traitement d'urgence:
Il sera mis en œuvre lors de l'apparition de contractions régulières et douloureuses ou de tout autre signe de véritable menace d'accouchement prématuré.
- Hospitalisation et alitement strict en Trendelenburg et décubitus latéral
- Perfusion intra-veineuse de bêta mimétique (tocolyse) en surveillant les effets secondaires (hypotension, tachycardies)
- Sédatifs ou anti-spasmodiques
- Traitement si nécessaire d'une infection urinaire ou générale
- Abstention: la menace ne doit pas être traitée, si le fœtus est mort ou malformé.

Je n'entrerai pas plus avant dans les détails du traitement, car les données varient d'un médecin à l'autre et d'un hôpital à l'autre. Mais nous remarquerons qu'indépendamment de toute thérapeutique médicamenteuse, la ligne de conduite principale du traitement des menaces d'abortus, de partus immaturus et praematurus est le repos au lit. C'est pour cette raison que dans les paragraphes suivants, nous étudierons plus spécifiquement les problèmes posés par une hospitalisation et un alitement strict prolongés, ceci non seulement du point de vue de la sage-femme, mais encore vus et ressentis par la femme enceinte hospitalisée.

A suivre

20e Congrès international des sages-femmes à Sydney (Australie)

du 1er au 8 septembre 1984