
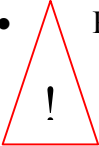


I. Les signes pendant la grossesse

Manifestations- Signes cliniques	Causes ou Pathologies	Soins infirmiers-Surveillance- Education
<u>Nausées Vomissements</u>	→ observés en début de grossesse. Jusqu'au 3 ^{ème} mois puis ensuite diminuent. Ttes les femmes ne sont pas concernées.	Conseils en matière d'hygiène à apporter : <ul style="list-style-type: none"> • Manger peu et fractionner • Eviter les aliments trop riches, trop gras • Eviter les aliments malodorants • Favoriser fruits et légumes • Respecter goûts envies désirs de la femme
<u>Les Pyrosis (brûlures d'estomac)</u>	→ dûes à la grossesse La valve située à l'entrée de l'estomac se détend = reflux acide gastrique vers l'œsophage qui est majoré par l'expansion de l'utérus (= amplification du phénomène au cours de la grossesse)	<ul style="list-style-type: none"> • Eviter les aliments trop acides : ex tomates, citrons • Dormir en position ½ assise • Eviter de s'allonger de suite après le repas
<u>La constipation</u>	→ dûe à la grossesse Expansion de l'utérus qui comprime et ralentie le transit intestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Massage abdominaux • Prunneaux, fibres • Hydratation +++ • Marche
<u>Les hémorroïdes</u>	→ dûs à la grossesse Les veines de l'anus ont tendances à gonfler sous l'effet de la grossesse = compression des principaux troncs veineux par le BB et le placenta. Elles ne sont pas dangereuses mais gênantes. Si rupture = saignements → risque infectieux	<ul style="list-style-type: none"> • Eviter la constipation • Dormir les jambes surélevées • La marche • Eviter la position statique debout prolongée • Hygiène intime rigoureuse surtout si elles sont rompues. • Conseiller d'aller voir son Dr • Jet d'eau froide sur l'anus et sur les jambes en remontant soulage.
<u>Les varices des membres inférieurs</u>	Relâchement des parois des veines dû à la compression de l'utérus et 1 plus grande quantité de sang circule pendant la grossesse. La surcharge pondérale aggrave le phénomène. Il existe des dispositions génétiques. Sensation de « jambes lourdes ».	<ul style="list-style-type: none"> • Eviter les bains chauds • Favoriser les douches froides (en rond en remontant) • Surrélever les jambes (assise, allongée) • Bas de contention sur PM = voir avec son DR • Conseiller des chaussures adaptées

		<ul style="list-style-type: none"> • Informer du risque de phlébite : donner les signes <ul style="list-style-type: none"> ➤ Douleur ➤ Chaleur ➤ Dissociation Pouls/Température (120- 38°C= ➤ DROC : douleur chaleur, œdème, rougeur) ➤ Douleur à la dorsiflexion <p>→ si <u>œdème</u> au niveau des chevilles : prévenir la femme qu'il ne doit pas se <u>généraliser</u> (<u>au niveau mains, pieds et paupières</u>) avec <u>albuminurie</u> =</p> <p style="text-align: center;"> <u>TOXEMIE GRAVIDIQUE</u></p> <p><u>Toxémie gravidique</u> : syndrome vasculo-rénale spécifique à la grossesse et chez la primipare. Peut évoluer en complication majeure : ECLAMPSIE</p> <p><u>Eclampsie</u> : accès répété de convulsions majeures suivi d'un état comateux.</p>
<p><u>Les vergetures</u> (petits traits d'atrophie cutanée sembalbes à des cicatrices : saillantes, déprimées ou planes. Se forme sur la peau qui est soumise à une distension exagérée par rupture des fibres élastiques du derme.)</p>	<p>→ lors de la grossesse, l'expansion de l'utérine sou :et le dertme à une certaine force qui va provoquer l rupture des fibres pourtant élastiques → lésions tégumentaires irréversibles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance de la prise de poids : doit être régulière 1kg, 1 kg500/mois → 9 à 12 kg max • Crème sur le conseil du Dr ou pharmacien • Massage
<p><u>Les insomnies</u> <u>La fatigue</u> <u>Les troubles du</u></p>	<p>→ dues aux modifications hormonales à la grossesse → perturbations dues à la prise de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire des siestes • Relaxation • Hygiène de vie stricte :

<p><u>sommeil</u></p>	<p>poids et à la perturbation de habitudes de sommeil.</p>	<p>horaires réguliers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se caler avec des oreillers • Pas d'automédication  <ul style="list-style-type: none"> • Dormir sur le côté : droit de préférence à cause du coeur
<p><u>Dyspnée</u></p>	<p>→ après 7 mois de grossesse, l'utérus atteint le bas de la cage thoracique = repousse la cage thoracique vers le haut & donc comprime les poumons (= essoufflements) & et pousse aussi les organes digestifs vers le bas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Position ½ assise pour dormir
<p><u>Irritabilité- Emotivité- Anxiété</u></p>	<p>→ perturbations hormonales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de contrariétés, pas d'émotions fortes.
<p><u>Ptyalisme :</u> = hyper sialorrhée</p>	<p>→ surtout au 1^{er} mois de grossesse.</p>	

II. Les signes de faiblesse du périnée

Manifestations- Signes cliniques	Causes ou Pathologies	Soins infirmiers-Surveillance- Education
<p><u>Prolapsus</u> : C'est la descente partielle ou totale d'un organe par suite du relâchement de ses moyens de fixation ou soutien.</p> <p>Périnée : ensemble ou partie molles (peau, muscles, ligaments) qui ferme le petit bassin. On parle de plancher pelvien.</p>	<p>→ les grossesses difficiles → Les accouchements difficiles → Rééducation post-partum non faite → Origines congénitales → Affaiblissement musculaire de la région du petit bassin avec pert de tonicité musculaire : Ex : chutes progressives des parois du vagin & de l'utérus ⇒ <u>Cystocèle</u> : hernie de la vessie dans le vagin <u>Rectocèle</u> : hernie rectum dans vagin <u>Colpocèle</u> : affaiblissement des parois du vagin <u>Prolapsus utérin</u> : descente du col utérin dans le vagin (va apparaître au niveau de l'orifice vaginal).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conseiller la rééducation périnéale si prescription • Pratique sport régulière • Surveiller la prise de poids

III. Les signes concernant les seins

Manifestations- Signes cliniques	Causes ou Pathologies	Soins infirmiers-Surveillance- Education
<p><u>Erythème</u> : Rougeur congestive de la peau qui disparaît à la pression</p> <p><u>Œdème cutané</u> : Infiltration de sérosités dans les tissus sous cutanés en particulier</p> <p><u>Ulcération</u> : Perte de substance au niveau de la peau</p> <p><u>Eruption- Ecoulement- Abscess- Fissures</u> = mamelon</p>	<p>→ Peuvent être dus à une manifestation d'une tumeur du sein évolué</p> <p>→ Peuvent être dus à une manifestation d'une tumeur du sein évolué</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conseiller un suivi gynécologique au moins 1X par an. • SP : mammographie 1X/an à partir de 50 ans. • Education sur l'auto-palpation des seins. • Conseiller un suivi gynécologique au moins 1X par an. • SP : mammographie 1X/an à partir de 50 ans. • Education sur l'auto-palpation des seins
<p><u>Mastite</u> : Inflammation glande mammaire</p>	<p>Processus inflammatoire ou tumoral</p>	

<p>Tuméfaction ganglionnaire</p>	<p>→ Processus inflammatoire ou tumoral → Infiltration oedémateuse</p>	
<p>Crevasses- Topographie veineuse marquée- Lymphangite- Galactophorite</p>	<p>A la grossesse</p> <ul style="list-style-type: none"> → Crevasses : érosions cutanées au niveau du mamelon provoquées par une mauvaise suscion du BB et tétées trop longues sur le même sein ; → Topographie veineuse marquée : après la grossesse, les seins vont subir la montée laiteuse : augmentaion des glandes mammaires. Tout le système artériel et veineux va se développer. <p>{</p> <ul style="list-style-type: none"> → Lymphangite : infection des lymphatiques du sein → Galacotphorite : infection du canal galactophore et sortie de pus à la pression du mamelon <p>= conséquence d'un engorgement mammaire non traité & de soins locaux mal gérés</p> <p>⇒ Allaitement compromis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Education à l'allaitement : soins locaux, durée des tétées, position du BB pendant l'allaitement, surveillance locale, surveillance température, DL, conseils alimentaires & hygiène de vie.
<p>Lymphoedème</p>	<p>→ Provoqué par une intervention chirurgicale sur le sein en cas de KC avec ablation du sein & des ganglions lymphatiques (toutes les techniques opératoires ne sont pas concernées).</p> <p>Après intervention, œdème du côté du bras opéré : « gros bras ».</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mesurer ce que la PS a compris de l'intervention • Education hygiène de vie post-op • Rééducation gestes de la vie courante • Drainage lymphatique fait par kiné



IV. Les écoulements, les pertes

Manifestations- Signes cliniques	Causes ou Pathologies	Soins infirmiers-Surveillance- Education
<p><u>Aménorrhée</u> : Absence de flux menstruel spontané</p>	<p>→ grossesse → pendant l'allaitement → ménopause</p> <p>C'est anormal lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence d'apparition des 1^{ères} règles (12-13 ans). A 16 ans, un bilan va être demandé : en fonction du développement des caractères sexuels secondaires (poils, seins,...) - Cessation des menstruations pendant au moins 3 mois chez une femme qui a été réglée normalement auparavant. <p>On recherche les causes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Choc psy ? - Situation conflictuelle ? - Anorexie ? - Voyage ? - Médicaments ? ex : neuroleptiques Dogmatil * - Contraceptifs oraux ? <ul style="list-style-type: none"> - Perturbations hormonales ? <p>○ Quand le cycle était régulier & qu'il devient irrégulier .</p> <p>○ Cycle < 28 jours ou > à 35 j.</p> <p>○ Quand les règles s'apparentent à des ménorragies de part leurs abondances et > 8 jours.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement psy : aux différentes étapes de la vie : puberté-ménopause. <p>→ pas facile à vivre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Education de la femme à la surveillance de son cycle menstruel : faire une courbe de température pour repérer les jours ovulatoires. • Evaluer la date de début : par rapport à la date des dernières règles • Evaluer les circonstances d'apparition • La durée ? • Evaluer le retentissement sur l'état général de la PS. <p>} Pas normal</p> <p>} Pas normal</p>
<p>LES TROUBLES DE L'ABONDANCE</p> <p><u>Oligoménorrhée</u> :</p> <p>trouble de l'abondance mais conserve une</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement psy : aux différentes étapes de la vie : puberté-ménopause. <p>→ pas facile à vivre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Education de la femme à la surveillance de son cycle menstruel : faire une courbe de

<p>certaine périodicité.</p> <p><u>Polyménorrhées :</u></p> <p>Règles trop abondantes</p>		<p>température pour repérer les jours ovulatoires.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluer la date de début : par rapport à la date des dernières règles • Evaluer les circonstances d'apparition • La durée ? • Evaluer le retentissement sur l'état général de la PS. •
<p>LES TROUBLES DE LA DUREE</p> <p><u>Hypoménorrhée :</u></p> <p>Trouble de la durée mais conservant une périodicité = écoulement menstruel pauvre < à 2 jours, peu abondants, quelques tâches brunâtres.</p> <p><u>Hyperménorrhée :</u></p> <p>Trouble du rythme, règles trop abondantes & prolongées.</p>	<p>→ Début puberté</p> <p>→ Pré-ménopause</p> <p>→ Traitement de la coagulation</p> <p>→ Myome : tumeur bénigne de l'utérus</p> <p>→ Polypes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement psy : aux différentes étapes de la vie : puberté-ménopause. <p>→ pas facile à vivre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Education de la femme à la surveillance de son cycle menstruel : faire une courbe de température pour repérer les jours ovulatoires. • Evaluer la date de début : par rapport à la date des dernières règles • Evaluer les circonstances d'apparition • La durée ? • Evaluer le retentissement sur l'état général de la PS. •

<p>TROUBLES DU RYTHME</p> <p><u>Pollakiménorrhée :</u></p> <p>Troubles du rythme :</p> <p><u>Ex :</u> la femme peut avoir ses règles à J0-J16-J28. Les règles sont trop fréquentes mais le cycle est < à 25 jours.</p> <p><u>Spanioménorrhée :</u></p> <p>Les règles sont espacées de 3 mois ou + . Allongement de l'intervalle qui sépare les règles en cas de dysfonctionnement ovarien.</p>	<p>→ Début puberté → Pré-ménopause</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Education de la femme à la surveillance de son cycle menstruel : faire une courbe de température pour repérer les jours ovulatoires. • Evaluer la date de début : par rapport à la date des dernières règles • Evaluer les circonstances d'apparition • La durée ? • Evaluer le retentissement sur l'état général de la PS. • Evaluer les quantités, l'abondance, le nombre de garniture/jour. • La qualité : aspect, couleur, caillots, séreux, rosé, odeur. • Evaluer le retentissement sur la PS : → NF : GB, GR → Ferritine • La femme est-elle pâle ? • Vertiges ? • TA qui chute ? • Tachycarde (au-delà de 80 Bats) • Fatigue ? • Trouble de la conscience ? • Dyspnée ?
<p><u>Ménorragies :</u></p> <p>Ce sont des règles anormalement abondantes & longues avec exagération de l'écoulement menstruel : quantité ou durée ou les 2. Se prolonge au-delà de la durée habituelle.</p>		
<p><u>Métrorragies :</u></p> <p>Hémorragies non cycliques surviennent en dehors des règles.</p>	<p>→ KC utérin → Traumatisme en cas de sévices sexuels.</p>	
<p><u>Ménométrorragies :</u></p> <p>Association d'hémorragie et métrorragie : saigne beaucoup, souvent, pas cyclique. Les</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Education de la femme à la surveillance de son cycle menstruel : faire une courbe de température pour repérer les jours ovulatoires. • Evaluer la date de début : par rapport à la

<p>règles sont longues. Quasiment continuuel : difficile de reconnaître un cycle.</p>		<p>date des dernières règles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluer les circonstances d'apparition • La durée ? • Evaluer le retentissement sur l'état général de la PS. • Evaluer les quantités, l'abondance, le nombre de garniture/jour. • La qualité : aspect, couleur, caillots, séreux, rosé, odeur. • Evaluer le retentissement sur la PS : <ul style="list-style-type: none"> → NF : GB, GR → Ferritine • La femme est-elle pâle ? • Vertiges ? • TA qui chute ? • Tachycarde (au-delà de 80 Bats) • Fatigue ? • Trouble de la conscience ? • Dyspnée ?
<p><u>Lochies :</u></p> <p>Ecoulement utérin sanglant puis séro-sanglant et finalement séreux qui se produit 10 à 20 jours après l'accouchement depuis la délivrance. Saignement physiologique : ≈ 300ml . Si > 500ml : hémorragie de la délivrance.</p> <p>D'origine utérine : en général 24h après l'accouchement</p>		<p>Chercher les signes hémorragiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Couleur, quantité, odeur, aspect • TA, pâleur, sueur, vertiges, fatigues <p>⇒ NF : GB, GR (chute TA, tachycardie)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher les causes • La date de début ? • Dans quelles circonstances ? <ul style="list-style-type: none"> – Après coït ? – Après grossesse ? – Après ATB ? –

<p><u>Leucorrhées</u></p> <p>Ecoulement génital physiologique ou pathologique. Non sanglant. Provient du col, du vagin ou de la vulve. Substance blanchâtres si physiologique. Si pathologique : muqueux ou muquo-purulent.</p>	<p>→ Infection { microbienne parasitaire mycosique</p> <p>→ Odeur nauséabonde</p> <p>→ Signes révélateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Odeur nauséabonde, fétide - Cutanéomuqueux : sécheresse des muqueuses, rougeurs, prurit, brûlures, irritations urétrales, troubles mictionnels, dyspareunie (= DL au coït sans contraction du vagin). - Inflammation avec lésions de grattage, éruption cutanée avec vésicules, macules, papules,... <p>→ Mauvaise hygiène génitale</p> <p>→ Perturbation climat hormonal</p> <p>→ Traitement ATB ou corticoïdes</p> <p>→ Signes diabète ou KC</p> <p>→ Arrivée ménopause</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observer la vulve : son aspect • Aspect périnée <p>→ Prélèvement par Dr dans cul de sac postérieur</p> <ul style="list-style-type: none"> - TV : recherche complications = endométrite, salpyngite <p>⇒ Traitement en fonction du résultat du prélèvement</p> <p>Prélèvement vaginal, endocol ou urètre possible.</p> <p>Vagin : PH acide = 4 - 4,5</p>
<p><u>Glaire cervicale :</u></p> <p>Sécrétée par la muqueuse endocervicale : quantité varie avec le cycle. Sous l'influence des oestrogènes atteint son max au moment de l'ovulation.</p> <p>Rôles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Filtre, obstacle, bactéricide. - Protection vis à vis des spermatozoïdes - Favoriser le passage des spermatozoïdes dans l'utérus. 		

V. Les douleurs

Définition : La DL est expérience sensorielle & émotionnelle désagréable.

Associé à une lésion tissulaire potentielle ou réelle ou décrite en les termes d'une telle lésion

Cette définition est valable pour toutes les DL, quel qu'en soit le mécanisme, la cause, la durée.

C'est à partir de l'examen clinique qu'il est possible de déterminer l'origine & d'en suspecter la cause.

L'interrogatoire du patient doit être minutieux pour préciser les caractères sémiologiques d'une DL :

- ✓ Le siège de la DL : lieu exact
- ✓ Types : crampes, brûlures
- ✓ Intensité : mesurée avec EVA
- ✓ Horaire
- ✓ Durée
- ✓ Facteurs déclenchants
- ✓ Facteurs calmants
- ✓ Irradiations : trajets que décrit la DL
- ✓ Périodicité – évolution : cycle ?
- ✓ Signes accompagnateurs : nausées, vertiges ...

« La douleur du malade ne se prouve pas, elle s'éprouve ».

Les malades parlent de DI qui démantèle de l'intérieur.

La DL dépersonnalise, prend toute la place, met les nerfs à vif. La DL est d'abord une expérience personnelle : difficulté à mesurer, ne se partage pas, ne se nomme pas.

Attitude des soignants peut susciter sentiment de solitude, d'abandon voire de persécution.

Le ressenti de la DL par les malades est souvent encore remis en cause par les professionnels.

La DL repose sur la déclaration du patient & le ressenti des professionnels = observation du regard de la PS.

Les soignants comprennent mieux quand ils passent de l'autre côté de « la barrière ».

Manifestations- Signes cliniques	Causes ou Pathologies	Soins infirmiers-Surveillance- Education
<u>Dysménorrhées :</u> Règles douloureuses	→ Affections gynéco : endométriose, kyste ovarien	<ul style="list-style-type: none"> • Mesurer EVA • Fréquence • Siège • Facteurs déclenchants • Type • Trajet • Horaires • Durée • Evolution • Périodicité • Signes accompagnateurs <p>Normes physiologiques : DL modérée avec sensation de pesanteur ou de gêne. DI menstruelles sont dues aux contractions utérines = permettre desquamation & donc évacuation du flux. DI diminue quand la femme est sous pilule ou après les 1^{ers} rapports.</p>
<u>Métralgies :</u> DL utérine	<ul style="list-style-type: none"> → En cas de dysménorrhées = menstruation pénible & DL → Involution utérine = post-partum → Fibrome → Tumeur bénigne= prolifération de tissus fibreux → KC → Métalgies importantes associées à maux d'estomac + hémorragies = décollement placenta en cas de grossesse. 	
<u>Algies pelviennes diffuses :</u>	<ul style="list-style-type: none"> → Avec défense abdo à la palpation, avec DL iliaques + DL lombaires (irradiations), DL abdo <ul style="list-style-type: none"> - GEU - Kyste ovarien 	

<p><u>Tranchées :</u></p> <p>DL utérines qui peuvent être accompagnées de ballonnements, de constipation, de rétention urinaire = contractions douloureuses</p>	<p>→ DL qui sont déclenchées par les tétées du BB & la sécrétion d'ocytocine</p> <p>→ DL plus fréquente chez la multipart</p> <p>→ Favorise l'involution utérine (+ rapide)</p> <p>→ Favorise l'évacuation des sécrétions utérines</p>	<p>DL peut avoir 1 grande part psychologique : liée à l'angoisse = traitement antalgique simple suffisant.</p>
<p><u>Vaginodynies :</u></p> <p>DL localisées au niveau du vagin</p>	<p>→ Vaginisme : contractures anormales du vagin & DL des muscles releveurs de l'anus & du vagin.</p>	
<p><u>Dyspareunies :</u></p>	<p>→ DL ressenties par la femme pendant le coït sans contraction du vagin</p>	
<p><u>Mastodynies</u></p>	<p>→ DL des seins lors des cycles menstruels</p>	

VI. Les signes généraux

Manifestations- Signes cliniques	Causes ou Pathologies	Soins infirmiers-Surveillance- Education
<ul style="list-style-type: none"> - Hyperthermie - Tachy ou bradycardie - Hypo ou hyper TA 	<p>} Infections post-op ou non</p>	<ul style="list-style-type: none"> • NF sur PM • Pouls, TA, température • Coloration des téguments • Rythme respiratoire • Etat d'hydratation • Etat du pansement • Recueil d'infos sur les règles = fréquence, durée, cycle ... • Surveillance drains, pertes vaginales • Surveillance générale : → DL, expectoration sanglantes, température, pouls, TA, dyspnée, fréquence respi. , syncope = <i>risque embolie pulmonaire</i> • Surveillance locale : DROC
<ul style="list-style-type: none"> - Anémie - Hyperleucocytose - Pâleur, vertiges, dyspnée 	<p>} Hémorragies ou suite hémorragies</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - DL, chaloer, Œdème, dissociation pouls/ température 	<p>} phlébite : formation de trombus lors d'opération sur le petit bassin car fortement vascularisé.</p>	