

# Obstétrique

L'**obstétrique** est une spécialité médico-chirurgicale qui a pour objet l'étude et la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. La sage-femme et le médecin en sont les principaux praticiens. Le médecin qui la pratique s'appelle un **obstétricien**.

En raison de l'évolution de la technique, le fœtus peut être considéré comme un patient et la médecine fœtale est apparue comme une spécialité à part entière.

Elle doit ses lettres de noblesse à François Mauriceau, du XVII<sup>e</sup> siècle. L'obstétricien est en effet confronté à la surveillance de deux « patients » : la femme enceinte et son (futur) enfant, et cette prise en charge nécessite une approche à la fois médicale, iconographique (échographies), psychologique, pédiatrique (en cas de dépistage d'une maladie fœtale). La chirurgie n'intervient qu'en dernier lieu, dans les circonstances qui encadrent la naissance.

## Historique

L'accouchement et ses suites, objet de l'obstétrique, sont décrits dans leur dimension médicale par le papyrus de Carlsberg qui date, pour sa partie la plus ancienne du II<sup>e</sup> millénaire av. J.-C..

C'est à partir du XVI<sup>e</sup> siècle que l'obstétrique cessa d'être un domaine entièrement réservé aux femmes et dont les hommes ne s'occupaient que dans des ouvrages théoriques, comme le fit Hippocrate.

## Époque médiévale

La fameuse encyclopédie allemande *Meyers Konversationslexikon* (1889) porte le jugement suivant sur l'aide qu'on pouvait apporter au Moyen Âge aux femmes qui accouchaient : « Dans l'Occident chrétien, l'obstétrique se trouvait exclusivement entre les mains de femmes qui ne savaient rien, ou au plus d'hommes qui ne s'intéressaient guère à leur travail. Dans les cas difficiles on se contentait le plus souvent d'appeler le prêtre et l'aide qu'il pouvait apporter relevait plutôt de la superstition. (...) »

Dans les faits, les accoucheuses (ou matrones, ou basle) étaient simplement des femmes qui avaient survécu à de nombreux accouchements, et qui tiraient leur science de l'expérience transmise oralement. Souvent, elles n'avaient pas de connaissance d'anatomie<sup>1</sup>.

## Temps modernes

C'est seulement au XVI<sup>e</sup> siècle que l'obstétrique a commencé à faire l'objet d'une science. En 1513 ou 1519 a été publié par **Eucharius Rosslin** (latinisé en Rhodion), médecin allemand, un manuel destiné aux sages-femmes sous le titre *Der swangern Frawen und Hebammen Rosengarten* (*Le Jardin de roses des femmes enceintes et des sages-femmes*) On y indique comme la meilleure position la naissance par la tête - ce qui n'est pas une grande trouvaille - la seconde serait la présentation par le siège. La première traduction française fut publiée à Paris, en 1536, et eut un grand succès.

Les accoucheurs étaient encore une rareté à l'époque et Louis XIV a agi de façon inhabituelle en appelant pour l'accouchement de sa maîtresse, madame de Lavallière, Julien Clément, un chirurgien d'Arles qui par la suite fut nommé officiellement accoucheur de la cour. Jeune médecin à l'Hôtel-Dieu François Mauriceau (1637-1709) publie un traité *sur les Maladies des femmes grosses et accouchées* (1668) dont l'influence majeure à travers toute l'Europe contribuera à faire de l'obstétrique une spécialité à part entière.

Le premier lieu de formation des sages-femmes est l'Hôtel-Dieu de Paris<sup>2</sup>. Dans la deuxième moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle, Angélique du Coudray (1712-1792) va instaurer un enseignement itinérant des techniques d'accouchement. En Allemagne, l'obstétrique resta au contraire le domaine des sages-femmes qui

n'avaient reçu aucun enseignement pratique. Les connaissances se transmettaient oralement, si l'on excepte quelques ouvrages spécialisés. À en croire le *Meyers Konversationslexikon*, le premier ouvrage scientifique à ce sujet serait *Neues Hebammenlicht (La nouvelle Lumière des sages-femmes)* (1701) du Hollandais van Deventer ; on y lit : « [il] cherchait à réduire l'utilisation meurtrière des instruments qui servaient à mettre l'enfant en morceaux ».

Au XVIII<sup>e</sup> siècle était inventé le forceps par Peter Chamberlen dont il garde jalousement le secret au sein de sa famille, ce qui vaudra aux Chamberlen l'opprobre de François Mauriceau qui s'offusque de voir ainsi les médecins cette technique. Par la suite, le forceps gagna en popularité mais l'utilisation restera réservée aux seuls médecins de même que les autres instruments obstétricaux. Au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle, on réussit en Angleterre à provoquer artificiellement les naissances afin d'éviter les césariennes. Certes la césarienne était une méthode connue dès l'Antiquité, mais jusqu'à l'époque moderne on ne pouvait y avoir recours que si la mère était déjà morte afin d'essayer de sauver l'enfant.

En cas de complication pendant la naissance, il ne restait à la sage-femme ou au médecin qu'à essayer de tourner l'enfant avec la main dans le ventre maternel afin qu'il se présentât par la tête ou par les pieds.

C'est aussi au XVIII<sup>e</sup> siècle qu'apparurent les premiers centres d'accouchement ainsi que des écoles pour sages-femmes et accoucheurs. La première institution de ce genre fut créée à Strasbourg en 1728, puis à Londres en 1739. En Allemagne, c'est en 1751, qu'apparurent les premières maternités à l'hôpital berlinois de la Charité. Cette année encore vit l'ouverture d'une maternité à Göttingen. En 1778, une école de sage-femmes est créée à Yverdon<sup>1</sup>.

En 1779, Élisabeth Bourgeois, l'épouse d'un chirurgien de Hôtel-Dieu reçoit pour la première la première fois le titre de sage-femme, à l'Hôtel-Dieu de Montmorency (Val-d'Oise).

## **XIX<sup>e</sup> siècle**

Au début du XIX<sup>e</sup> siècle éclata une discussion pour savoir si la naissance par forceps présentait des avantages par rapport à la naissance naturelle. À cette époque on attachait si peu d'importance à l'hygiène que la fièvre puerpérale tuait plus de mères dans les maternités qu'à la maison. C'est à Ignace Semmelweis que revient le mérite d'avoir compris les causes des épidémies de fièvre puerpérale dans les maternités de Vienne. Après lui (et avant Pasteur), l'usage du phénol a permis une baisse considérable des décès maternels.

C'est aussi au XIX<sup>e</sup> siècle que fut introduite l'anesthésie dans les salles d'accouchement. La parturiente fut d'abord anesthésiée au chloroforme, mais cela compliquait et rendait parfois impossible l'accouchement. Pour faciliter ce dernier, il fallait à nouveau souvent recourir aux forceps.

C'est seulement la découverte de l'asepsie à la suite des travaux de Louis Pasteur qui permit de pratiquer avec sécurité les césariennes, autrefois toujours mortelles. Seuls les bons chirurgiens pouvaient s'en charger.

## **XX<sup>e</sup> siècle**

### **La médicalisation**

Au début du XX<sup>e</sup> siècle la plupart des naissances avaient encore lieu à la maison, en présence seulement d'une sage-femme et il était très difficile de faire quelque chose pour l'enfant en cas de complication (45 % des accouchements se font à domicile en France en 1950<sup>3</sup>). L'encyclopédie *Meyers Konversationslexikon* écrivait : « Le pire c'est la présentation par le visage si le médecin-accoucheur ne peut pas par retournement la transformer en présentation par le crâne ou par le siège. Mais si la tête de l'enfant au contraire est déjà coincée dans le bassin, il ne lui reste plus qu'à la briser par perforation ou cranioclasie et d'achever au forceps avec les tenailles. Légalement l'exécution du retournement n'est permise à la sage-

femme que si elle sait que le médecin n'arrivera pas à temps. Le forceps ou la cranioclasie n'appartient qu'au médecin. »

Progressivement les sages-femmes furent éclipsées par les médecins du domaine de l'obstétrique. Par la suite l'idée s'est de nouveau imposée qu'une naissance naturelle et sans complications ne réclame pas d'intervention médicale. Ainsi, depuis les dernières décennies, l'obstétrique n'est plus considérée comme un des secteurs de la chirurgie, et on a vu apparaître le slogan de la « naissance sans violence » ou accouchement « naturel ».

## Les accouchements sans douleur : les méthodes soviétique et françaises

Article détaillé : accouchement sans douleur.

### Le retour à un accouchement « naturel »

- Angélique du Coudray, première femme professeure sage-femme (XVIIIe siècle en France) (voir aussi [4])
- Histoire de l'accouchement en France
- Adolphe Pinard (1844-1934), obstétricien et père de la puériculture

### Bibliographie

- Coulon-Arpin (Madeleine), *La maternité et les sages-femmes, de la Préhistoire au XXe siècle*, Paris, R. Dacosta, 1981.
- Gélis (Jacques), *L'Arbre et le fruit*, Paris, Fayard, 1984.
- Gélis (Jacques), *La sage-femme ou le médecin*, Paris, Fayard, 1988.
- Beauvalet-Boutouyrie (Scarlett), *Naître à l'hôpital au XIXe siècle*, Paris, Belin, 1999.
- Seguy (Bernard), "L'Office des accouchées de l'Hôtel-Dieu de Paris", *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n°395, Juillet 2010, Paris

©[http://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire\\_de\\_l'obstétrique](http://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_de_l'obstétrique)

## La grossesse

- Grossesse plurifœtale
- Anomalies de la grossesse :
  - grossesse extra-utérine (ectopique):
    - grossesse tubaire (trompe utérine)
    - grossesse ectopique angulaire ou interstitielle
    - grossesse ovarienne
    - grossesse cervicale
    - Il existe d'autres localisations très rares.
  - Grossesse molaire
- Autres grossesses à risque, en particulier lorsque la grossesse est associée à une maladie de la mère et que l'interaction des deux phénomènes est susceptible d'être délétère pour la future mère ou pour le nouveau-né à naître.

## Soins prénataux

Il est normal que la sage-femme ou l'obstétricien, s'il y a pathologie, voient régulièrement une femme enceinte au cours de sa grossesse. Ce qu'ils feront dépendra des circonstances et des facteurs de risque, comme le diabète.

©<http://fr.wikipedia.org/wiki/Obstétrique>

La raison principale de ces visites est la surveillance des maladies de grossesse qu'ils peuvent détecter, comme

1. la pré-éclampsie ; pour cela il prendra la tension artérielle et examinera l'urine à la recherche d'une protéinurie.
2. le placenta praevia : l'échographie montre que le placenta est situé proche du col utérin et est donc susceptible d'obstruer ce dernier lors de l'accouchement ;
3. une présentation anormale (uniquement en fin de grossesse) : le fœtus peut se présenter par les fesses (présentation par le siège), de côté ou obliquement ;
4. un fœtus trop petit par rapport au mois de grossesse, il s'agit du retard de croissance intra-utérine (RCIU), désignation générale pour les cas où le fœtus est trop petit eu égard à son âge gestationnel. Les causes peuvent être intrinsèques (liées au fœtus) ou extrinsèques (généralement des problèmes de placenta). On parle de RCIU lorsque la croissance fœtale est inférieure d'au moins 10 % à ce que laisserait attendre l'âge gestationnel.

## Accouchement provoqué

L'obstétricien peut recommander de hâter l'accouchement s'il estime que sa continuation serait plus dangereuse pour la mère, pour l'enfant, ou pour les deux. Il peut y être amené pour

1. un risque de pré-éclampsie ;
2. un diabète sucré ;
3. d'autres situations de santé pour lesquelles un accouchement en urgence, en particulier nocturne, peut présenter des risques du fait de la moindre disponibilité d'une équipe spécialisée.

Un spécialiste peut provoquer un accouchement à n'importe quel moment après 24 semaines de gestation si les risques pour le fœtus ou pour la mère sont plus élevés que le risque de mettre au monde un fœtus dont les poumons ne sont pas encore entièrement formés. Quand la gestation n'a pas encore atteint 32 semaines, on donne à la mère des stéroïdes pour aider à la maturation des poumons du fœtus.

Si, au bout du terme normal de 41-42 semaines de grossesse, une femme n'a pas encore commencé le travail, on provoque l'accouchement car le placenta risque de se détacher après cette date.

L'accouchement peut être provoqué par trois méthodes :

1. pessaire de crème de prostaglandine E<sub>2</sub> ;
2. induction chirurgicale, en perçant l'amnios ;
3. perfusion d'ocytocine.

## L'accouchement

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et des annexes fœtales en dehors des voies génitales maternelles.

- Effacement et dilatation du col
- Expulsion
- Délivrance

Suivant les pays et les traditions, l'accouchement peut être pratiqué par une sage-femme ou un médecin généraliste. La présence directe auprès de la parturiente d'un obstétricien n'est en aucun cas indispensable dans les conditions optimales. Par contre, ce dernier doit pouvoir intervenir rapidement en cas de situation pathologique (application de forceps ou de ventouses, césarienne).

## Urgences en obstétrique

Les deux cas d'urgence principaux sont l'éclampsie et la grossesse extra-utérine.

- On parle de grossesse extra-utérine quand l'embryon est implanté en dehors de la cavité utérine, dans la trompe de Fallope ou (rarement) sur l'ovaire. Les grossesses tubaires sont très dangereuses car, vers 4 à 10 semaines, la trompe éclate, provoquant une intense hémorragie interne. La possibilité d'une grossesse extra-utérine doit être envisagée chez toute femme qui se plaint de douleurs abdominales et qui est en âge de procréer. Le diagnostic la révèle quand un test de grossesse positif s'accompagne d'un utérus dont l'échographie montre qu'il est vide. Le traitement se fait par laparoscopie, après quoi la trompe est sectionnée et l'ovule fécondé aspiré délicatement.
- La pré-éclampsie est une maladie causée par des toxines encore mal connues et sécrétées par le placenta. Ces toxines agissent sur l'endothélium vasculaire provoquant une hypertension artérielle et une protéinurie. Si elle est sévère, elle évolue vers une pré-éclampsie foudroyante avec maux de tête et troubles visuels annonçant l'éclampsie, ou se produit une convulsion, souvent fatale. Le seul traitement de l'éclampsie ou de l'éclampsie avancée est la délivrance soit par césarienne, soit par accouchement provoqué. Le sulfate de magnésium permet de stabiliser temporairement l'état de la femme. La délivrance dès les 28 semaines n'est pas quelque chose d'inconnu.

## Citations

« L'obstétrique traditionnelle consiste à surveiller un phénomène physiologique en se tenant prêt à intervenir à tous les instants. L'obstétrique moderne consiste à perturber ledit phénomène de telle sorte que l'intervention devienne indispensable à l'heure exacte où le personnel est disponible. C'est beaucoup plus difficile. »

— Professeur Malinas (gynécologue-obstétricien), *Le Dauphiné Libéré*, 8 mai 1994