

Tableau 17. Réactions à des observations précises de l'AI ou de la SEF

Tracé de la FCF	Causes connexes ou potentielles	Intervention clinique à envisager lors de l'AI	Intervention clinique à envisager lors de la SEF
Tous les tracés atypiques ou anormaux		<ul style="list-style-type: none"> • Amorcer la SEF • Toujours envisager la réanimation intra-utérine 	<ul style="list-style-type: none"> • Toujours envisager la réanimation intra-utérine
Tachycardie > 30 minutes FCF de base en hausse FCF de base erratique	Maternelles <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre, infection • Déshydratation • Hyperthyroïdie • Anxiété ou adrénaline endogène • Réaction médicamenteuse • Anémie Fœtales <ul style="list-style-type: none"> • Infection • Activité prolongée ou stimulation • Hypoxémie chronique • Anomalies cardiaques • Anomalies congénitales • Anémie 	<ul style="list-style-type: none"> • Amorcer la réanimation intra-utérine • Évaluer la température et le pouls maternels • Évaluer la durée de la RDM, résultats positifs à la culture de sécrétions vaginales (p. ex. SGB) • Envisager l'échographie pour vérifier la présence d'une arythmie • Accès IV maternel, si indiqué (p. ex. déshydratation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Amorcer la réanimation intra-utérine • Évaluer la température et le pouls maternels • Évaluer la durée de la RDM, résultats positifs à la culture de sécrétions vaginales (p. ex. SGB) • Envisager l'échographie pour vérifier la présence d'une arythmie • Accès IV maternel, si indiqué (p. ex. déshydratation)
FCF irrégulière	<ul style="list-style-type: none"> • Arythmie fœtale possible 	<ul style="list-style-type: none"> • Amorcer la SEF 	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre la SEF et envisager l'étiologie et d'autres examens et analyses
Bradycardie	<ul style="list-style-type: none"> • Hypoxie 	<ul style="list-style-type: none"> • Réanimation intra-utérine • Amorcer la SEF 	<ul style="list-style-type: none"> • Toujours envisager la réanimation intra-utérine • Accélérer l'accouchement
Variabilité minime de ≤ 5 bpm pendant > 40 minutes Variabilité absente pendant > 40 minutes	<ul style="list-style-type: none"> • Sommeil fœtal • Prématurité • Médicaments • Acidémie hypoxique 		<ul style="list-style-type: none"> • Réanimation intra-utérine • Examen de l'historique des facteurs prédisposants • Si possible : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Pose d'une ECC ◦ Faire un PSCCF • Préparer l'accouchement
Variabilité marquée	<ul style="list-style-type: none"> • Hypoxie • Mouvements fœtaux de type gaspes • Cause inconnue 		<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la cause lorsque > 10 minutes : • Réanimation intra-utérine • ECC si possible, effectuer un PSCCF • Préparer l'accouchement si la variabilité persiste
Sinusoidal	<ul style="list-style-type: none"> • Anémie fœtale (Hb < 70) • Hypoxie ou acidose • Présence transitoire chez un fœtus sain 		<ul style="list-style-type: none"> • Tenir compte du tableau clinique • Stimulation du cuir chevelu • Réanimation intra-utérine • Poser une ECC, si possible • Envisager le test de Kleihauer-Betke • Vélocimétrie Doppler de l'artère cérébrale moyenne, si disponible • Préparer l'accouchement
Accélération	<ul style="list-style-type: none"> • Activité fœtale • Stimulation directe du système sympathique fœtal • Occlusion de la veine ombilicale seulement • Stimulation du cuir chevelu fœtal • Augmentation de l'activité sympathique après une décélération 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune intervention
Absence d'accélération à la stimulation du cuir chevelu	<ul style="list-style-type: none"> • Acidémie hypoxique • Anomalies fœtales⁶⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> • Amorcer la SEF 	<ul style="list-style-type: none"> • Si possible : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Poser une ECC ◦ Faire un PSCCF • Préparer l'accouchement
Décélération	<ul style="list-style-type: none"> • Réaction autonome à des facteurs tels que l'hypoxie, l'acidose et les variations de la pression artérielle 	<ul style="list-style-type: none"> • Repositionner la parturiente • Écouter à nouveau ou • Amorcer la SEF 	<ul style="list-style-type: none"> • Réanimation intra-utérine • Vérifier les signes vitaux maternels • Autres interventions selon la classification et le tableau clinique global
Décélération tardives intermittentes OU Décélération unique : durée de > 2 minutes mais de < 3 minutes	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du flux sanguin utérin attribuable à la position maternelle • Réponse vagale ou des chémorécepteurs fœtaux • Acidémie fœtale transitoire 		<ul style="list-style-type: none"> • Réanimation intra-utérine • Vérifier les signes vitaux maternels • Poursuivre l'observation
Décélération prolongée unique de > 3 minutes	<ul style="list-style-type: none"> • Réaction des chémorécepteurs fœtaux possiblement liée à : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tachysystolie ◦ Compression grave du cordon ◦ Hypotension ou convulsions maternelles ◦ Descente fœtale rapide 		<ul style="list-style-type: none"> • Examen vaginal pour écarter la possibilité d'une procidence du cordon • Réanimation intra-utérine • Préparer l'accouchement

AI : auscultation intermittente; ECC : électrode de cuir chevelu; FCF : fréquence cardiaque fœtale; Hb : hémoglobine; IV : intraveineux (accès); PSCCF : prélèvement de sang au cuir chevelu fœtal; RDM : rupture des membranes; SBEF : surveillance du bien-être fœtal; SEF : surveillance électronique fœtale; SGB : streptocoque du groupe B.