

AUSCULTATION INTERMITTENTE (IA) intrapartum

Tableau de classification

(Adaptation d'après SOGC, 2020)

Paramètre	Normal	Anormal
Activité utérine	• Normale	• Tachysystolie
FCF de base	• 110-160 bpm	• Moins de 110 bpm • Plus de 160 bpm • Variation de la FCF au fil du temps*
Rythme	• Régulier	• Irrégulier
Accélération	• Peuvent être présentes**	• S.O. - L'absence d'accélération n'indique pas un état anormal
Décélération	• Aucune entendue	• Audibles ou calculées
Mesures	<p>En tout temps :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prioriser la communication et le travail d'équipe, y compris avec la parturiente et la famille • Évaluer la SBEF selon le tableau clinique global • Les mesures sont souvent prises simultanément 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer de surveiller par IA et de fournir les soins de soutien • Favoriser le confort et l'oxygénation fœtale 	<ul style="list-style-type: none"> • Changer la position, refaire l'IA après la contraction suivante ou amorcer la SEF • En cas d'IA anormale après le changement de position, amorcer la SEF (si ce n'est pas déjà fait) pour évaluer le tracé de FCF • La SEF amorcée en raison d'une IA anormale peut être cessée après 20 minutes si le tracé est normal en l'absence d'autres facteurs de risque • Si la SEF n'est pas disponible, écouter de façon la plus continue possible pendant l'organisation du transport • Remédier aux causes possibles d'une IA ou SEF anormale • Intervenir pour favoriser le flux sanguin et l'oxygénation • Informer le fournisseur de soins principal

Remarque :

* Augmentation ou diminution de la FCF de base au fil du temps : Les augmentations de la FCF de base au fil du temps sont préoccupantes (p ex. FCF de base initiale est de 130 bpm, 2 heures plus tard la ligne de base est réévaluée à 150 bpm, puis 1 heure plus tard à 160 bpm).

** Informations supplémentaires : Les mouvements fœtaux sont un signe de bien-être du fœtus et peuvent s'accompagner d'accélération. Cependant, l'absence d'accélération ne signifie pas une classification anormale. Si un mouvement fœtal est ressenti ou observé, il doit être documenté et considéré comme faisant partie du tableau clinique global.

Tableau de classification de la surveillance électronique fœtale (SEF) intrapartum

(Adaptation d'après SOGC, 2020)

Paramètre	Normal	Atypique	Anormal
Activité utérine	<ul style="list-style-type: none"> • Normale • La tachysystolie peut se manifester avec un tracé de FCF normal, atypique ou anormal 		
FCF de base	<ul style="list-style-type: none"> • 110-160 bpm 	<ul style="list-style-type: none"> • 100-110 bpm • Plus de 160 bpm pendant 30-80 minutes • FCF de base en hausse • Arythmie (rythme irrégulier) 	<ul style="list-style-type: none"> • Moins de 100 bpm • Plus de 160 bpm pendant plus de 80 minutes • FCF de base erratique
Variabilité (amplitude en bpm)	<ul style="list-style-type: none"> • Modérée (6-25 bpm) • Minimale ou absente (inférieur ou égal à 5 bpm) pendant moins de 40 minutes 	<ul style="list-style-type: none"> • Minimale ou absente (inférieur ou égal à 5 bpm) pendant 40-80 minutes 	<ul style="list-style-type: none"> • Minimale ou absente (inférieur ou égal à 5 bpm) pendant plus de 80 minutes • Marquée (plus de 25 bpm) pendant plus de 10 minutes • Sinusoïdale
Accélération	<ul style="list-style-type: none"> • Accélération(s) spontanée(s) (mais pas nécessaire pour classer le tracé comme normal) • Accélération lors de la stimulation du cuir chevelu 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune accélération lors de la stimulation du cuir chevelu 	<ul style="list-style-type: none"> • Habituellement absentes • Leur présence ne modifie pas la classification du tracé fondée sur d'autres caractéristiques
Décélération	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune décélération • Décélération variables non compliquées et non répétitives • Décélération précoces 	<ul style="list-style-type: none"> • Décélération variables non compliquées répétitives • Décélération variables compliquées non répétitives • Décélération tardives intermittentes • Une décélération prolongée durant plus de 2 minutes, mais moins de 3 minutes 	<ul style="list-style-type: none"> • Décélération variables compliquées répétitives • Décélération tardives récurrentes • Une décélération prolongée durant plus de 3 minutes, mais moins de 10 minutes
Interprétation clinique d'après le tableau clinique global	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune indication de danger pour le fœtus 	<ul style="list-style-type: none"> • Réponse physiologique reflétant l'activation des mécanismes compensatoires 	<ul style="list-style-type: none"> • Danger possible pour le fœtus
Terminologie	<ul style="list-style-type: none"> • Non répétitives : 1 ou maximum de 2 décélération consécutives • Répétitives : Supérieur ou égal à 3 décélération consécutives • Intermittentes : Décélération qui surviennent dans moins de 50 % des contractions utérines sur une période de 20 minutes • Récurrentes : Décélération qui surviennent dans plus de ou égal à 50 % des contractions utérines sur une période de 20 minutes 		

Intervention selon le tracé de SEF classifié

(Adaptation d'après SOGC, 2020)

Intervention	Normal	Atypique	Anormal
Mesures	En tout temps : <ul style="list-style-type: none"> • Prioriser la communication et le travail d'équipe, y compris avec la parturiente et la famille • Évaluer la SBEF selon le tableau clinique global • Les mesures sont souvent prises simultanément 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer la surveillance, comme indiqué, et fournir des soins de soutien • La SEF peut être interrompue pendant 30 minutes au maximum si l'état clinique et le débit de la perfusion d'ocytocine sont stables 	VIGILANCE <ul style="list-style-type: none"> • Effectuer une évaluation vigilante, surtout en cas de caractéristiques concomitantes • Déterminer l'importance et la cause, puis corriger toute cause réversible • Amorcer la réanimation intra-utérine • Déterminer la durée de l'effet et la tolérance de la réserve fœtale • Envisager l'évaluation fœtale (stimulation du cuir chevelu et/ou prélèvement de sang au cuir chevelu, échographie) • Envisager le transfert ou accélérer l'accouchement si le tracé persiste ou se détériore 	INTERVENTION REQUISE <ul style="list-style-type: none"> • Déterminer l'importance et la cause, puis corriger toute cause réversible • Amorcer la réanimation intra-utérine • Déterminer la durée de l'effet et la tolérance de la réserve fœtale • Prélèvement de sang au cuir chevelu fœtal, si disponible • Aviser les services de pédiatrie et d'anesthésie • Accélérer l'accouchement (vaginal assisté ou césarienne) sauf s'il est imminent ou que le prélèvement de sang au cuir chevelu est normal