



Premiers pas en Gynécologie- Obstétrique

Kit de survie du néo-interne

Écrit par une interne pour les internes
VESPASIEN Lyndie - Promotion Rouen 2023

Moi, c'est **Lyndie**, interne en 4^e semestre de Gynécologie-Obstétrique à Rouen au moment où j'ai écrit pour la première fois ces lignes (été 2025).

Le livret que tu tiens entre tes mains est le fruit de **plusieurs mois de réflexion, d'écriture, de mise en page, et de relectures** (beaucoup de relectures...).

J'ai voulu créer **l'outil que j'aurais aimé avoir en début d'internat** : un guide clair, concret, bienveillant, qui t'aide à trouver tes repères dans les premiers mois parfois un peu... chaotiques de l'internat.

J'espère qu'il t'accompagnera au mieux dans **ta découverte et tes premiers pas** dans le monde de notre belle spécialité.



Un immense merci à toutes les personnes qui ont contribué à ce projet, de près ou de loin :

à mon compagnon, pour son soutien indéfectible et sa patience durant les nombreuses soirées passées à travailler sur ce livret,
à mes parents pour leurs encouragements, et à ma petite soeur pour sa belle contribution artistique — de la création de la page de garde à celle de mon petit avatar,
à mes co-internes et ami·es, pour leur écoute, leurs idées et leurs relectures,
au Docteur Mathilde FRERE pour avoir cru en ce projet dès le départ et pour m'avoir poussée à le mener à bien,
aux Docteurs Elise MACHEVIN et Philomène FLOERCHINGER, pour leur soutien, leurs conseils lors des premières relectures et leur bienveillance,
au Docteur Sophia BRAUND, pour sa relecture et ses remarques constructives,
au Professeur Patrice CROCHET, pour sa confiance et son accompagnement dans la finalisation et la concrétisation de ce travail,
à l'AGOF pour l'intérêt porté à ce livret et pour avoir permis sa diffusion à l'échelle nationale !



Le contenu pédagogique est validé par le CEGO
La forme du livret est sous la responsabilité uniquement de son auteur et de l'AGOF

len axis

Leader de la communication santé & de l'information médicale

Partenaire de ce livret pour son impression et sa diffusion

SOMMAIRE

Introduction	01
• Avant-propos	P. 01
Le déroulement de ton internat	02
• Maquette D.E.S de Gynécologie-Obstétrique	P. 02
• Et la validation, alors ?	P. 02
L'examen gynécologique & l'échographie	03
• Déroulé classique d'une consultation	P. 03
• Les RED FLAGS à ne pas rater et le diagnostic à évoquer	P. 04
• Conseils pratiques pour examiner	P. 05
• Focus sur l'échographie	P. 07
Examens complémentaires	04
• Quel bilan biologique demandé ?	P. 09
• Comment interpréter des hCG ?	P. 09
• À qui faire un prélèvement vaginal ?	P. 09
• Les petits gestes techniques à connaître	P. 10
Terrains et situations fréquentes	05
• Côté obstétrique	P. 11
• Côté gynécologie	P. 13
• Consultations	P. 14
Gardes : survivre aux 24h	06
• Check-list de l'interne de garde	P. 15
• Optimiser sa récupération après une garde	P. 16
Le staff obstétrical quotidien	07
• Qui est au staff ?	P. 17
• Ce que tu dois présenter	P. 17
• Présenter un dossier obstétrical	P. 18
Annexes	08
• Dictionnaire de poche	P. 19
• Exemples d'observation type	P. 20
• Ordonnances utiles	P. 20
• Classifications, tableaux & scores utiles	P. 21
• Applis & sites pratiques	P. 23
• Tableau d'objectifs	P. 25
• Tes notes personnelles	P. 27

1. 🖋️ Introduction

À toi cher néo-interne...

👋 Salut !

Félicitations, tu as choisi **la plus belle des spécialités**. Mais je vais être honnête : **l'internat sera difficile par moment**, et il faudra t'accrocher, surtout au début car tu seras bombardé d'infos, avec l'impression de ne plus savoir où donner de la tête...

En résumé, les débuts en GO, c'est : une multitude de services et de postes, un flot d'informations pas toujours digeste, un nouveau vocabulaire à acquérir rapidement, une posture à trouver face aux patientes, un rythme de travail soutenu, et une maquette avec des modalités de validation de DES dont les subtilités ne sont pas toujours évidentes.

Mais pas de panique : on est tous passés par là.

À quoi sert ce livret ?

📖 J'ai voulu créer ce livret pour **t'accompagner dans tes premiers pas d'interne en GO**, et je l'espère t'aider à ne pas être (trop) perdu.

Ce n'est ni un recueil exhaustif ni un carnet de protocoles (qui changent selon les services et les recommandations). Pour ça, fie-toi toujours aux documents remis en début de stage et aux reco actualisées.

Ce livret, vois-le plutôt comme un **outil de survie de terrain** : un guide pratique, simple et concret, pour t'aider à avancer dans un internat souvent intense... surtout quand les bases théoriques issues de l'EDN se révèlent un peu maigres en gynéco-obstétrique.

N.B. : Il y aura pas mal d'abréviations — c'est fait exprès pour ne pas te trimballer un dictionnaire. Ne t'en fais pas, le lexique en annexe est là pour t'aider à t'y retrouver !

Petit avant-propos posture, bienveillance, consentement et prévention

🌸 La gynécologie-obstétrique est une spécialité qui touche à **ce qu'il y a de plus intime** : l'appareil génital, la sexualité, la maternité, parfois les traumatismes...

Ne l'oublie jamais : **derrière chaque motif de consultation, il y a une personne**. Chaque patiente que tu rencontres vient avec sa **vulnérabilité**.

Quelle que soit l'heure, **demande toujours la permission d'examiner, reste toujours doux, respectueux et bienveillant** (même si c'est la 12ème mycose de ta garde).

Sache que tu seras également amené à faire des **annonces difficiles** (perte de grossesse précoce ou tardive, mort fœtale...). Dans ces moments-là, ta posture compte autant que tes mots : prends le temps, adapte ton discours, et veille à accompagner la patiente (ou le couple) du mieux que tu peux.

Ton savoir-être — écoute, respect, empathie — est tout aussi essentiel que tes compétences techniques. Au début, il est possible que tu cherches tes mots ou que tu te sentes maladroit... et c'est normal. Avec le temps, l'expérience et l'accompagnement des autres, tu trouveras peu à peu ta place et gagneras en justesse.

Garde aussi en tête que certaines épreuves, si elles sont difficiles à vivre pour les patientes, peuvent également l'être pour toi qui, en tant qu'interne, seras parfois en première ligne face à des situations éprouvantes ou des urgences.

Tu verras au cours de ta lecture que j'aborde quelques sujets avec une pointe d'humour et un soupçon d'auto-dérision. Ce n'est **jamais pour minimiser la gravité de ce que tu pourras rencontrer**, mais plutôt pour apporter un peu de légèreté là où, dans la réalité du terrain, elle n'a pas toujours sa place.

Si certains traverseront leur internat sans trop vaciller (et c'est tout ce que je te souhaite), d'autres connaîtront des périodes de doute, de fatigue physique ou psychologique, ou des expériences particulièrement marquantes.

À celles et ceux-là, j'ai envie de dire : j'ai été à ta place, comme bien d'autres avant toi. **Ne minimise jamais ce que tu ressens**. Tu n'es ni faible, ni seul à vivre ces émotions. Entoure-toi, confie-toi, demande de l'aide si tu en ressens le besoin — à un chef, un co-interne, un proche ou un psychologue. **Il n'y a rien de plus normal que de s'appuyer sur quelqu'un quand on peine à tenir debout par ses propres moyens**.

Maintenant que tout cela est dit... prends une grande inspiration, et c'est parti mon petit ! ✨

2. Le déroulement de ton internat

Comment aborder tes débuts ?

Au départ, **sois curieux et intéresse-toi à tout**, même si tu as déjà une préférence pour l'obstétrique ou la gynécologie. La **polyvalence**, c'est la clé pour traverser tes premiers stages sereinement.

Ne t'éparpille pas trop vite avec les DU, masters, FST... Si tu sais ce que tu veux, tant mieux. Sinon, inutile de te mettre la pression dès la première année : tu auras le temps d'affiner tes projets.

Avant de vouloir courir, apprend déjà à faire tes premiers pas.

Quel est la structure de l'internat de GO et comment le valider ?

Il est essentiel de savoir dès le début ce que l'on attend de toi !

Maquette D.E.S de Gynéco-Obstétrique

Durée : **12 semestres**

Stages :

- ✓ 8 stages en Gynéco-Obst minimum
- ✓ 5 stages universitaires (CHU)
dont 4 en Gynéco-Obst
- ✓ 3 stages hors CHU minimum
- ✓ 2 stages hors-filière
autre spécialité chirurgicale

FST (optionnels) :

Cancérologie – Traitements médicaux des cancers
Expertise médicale – Préjudice corporel
Fœtopathologie
Médecine et biologie de la reproduction – Andrologie

- ! 1 seul stage en libéral autorisé, en phase (2) uniquement
- ⊘ Le stage de phase (3) doit être en GO, sauf exception encadrée

PHASE SOCLE (1) 1 an (2 stages)		PHASE D'APPROFONDISSEMENT (2) 3 ans (6 stages)						Soutenance de thèse	PHASE DE CONSOLIDATION (3) 2 ans (2 stages de 1 an)			
1 stage en GO + 1 hors-filière ou 1 stage libre		3 stages en GO + 2 hors-filières + 1 stage libre							Docteur Junior 1 en GO		Docteur Junior 2 en GO	
S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8		S9	S10	S11	S12

Et la validation, alors ?

Tu valides ton internat si tu remplis tous les critères suivants :

- ✓ **Stages conformes à la maquette**
- ✓ **Soutenance de ta thèse** avant la fin de la phase (2)
- ✓ **Participation active aux enseignements et validation des contrôles de connaissances**
(1 examen /an → note ≥ 10/20, cours à retrouver sur formation.uness.fr)
- ✓ **Validation des objectifs de la maquette de simulation nationale** (obligatoire depuis 2023)
- ✓ **Au moins un article** soumis à une revue scientifique avec ton nom parmi les 3 premiers auteurs
- ✓ **Une présentation orale ou affichée** en congrès (même local !)

Retrouve toutes les informations et dates d'examens officielles sur le [site du CEGO](http://site.du.CEGO).

⚠ **Des particularités peuvent exister selon les subdivisions**, donc n'hésite pas à vérifier les modalités de validation auprès de ton chef de DES.

 **Pense à garder une trace** de tes stages, de tes différents travaux écrits et oraux, ainsi que de tes formations (DU, FST, master, ...) dans un tableau ou une appli perso, car tu devras justifier d'avoir rempli toutes les exigences auprès de tes coordonnateurs.

3. L'examen gynécologique & l'échographie

Mener une consultation aux urgences gynéco/maternité

Ce qui est trop cool avec notre spécialité, c'est qu'on est souvent **autonome** : un bon examen pelvien, une écho bien menée... et on a notre diagnostic.

La plupart du temps, **c'est ton examen qui fait tout** = pas besoin de scanner, de biologie en cascade ni d'appeler 4 autres spécialités !

👉 D'où l'intérêt d'être **rigoureux, complet** et **à l'aise** avec l'examen.

Déroulé classique d'une consultation

Gynécologie (UGO)		Obstétrique (SDN)	
INTERROGATOIRE 			
• Identité – Âge – Date et heure • Motif de consultation (te permettra d'orienter ton interrogatoire dès le départ) • ATCD : - Médicaux - Chirurgicaux - Gynéco-obst - o Gynéco : ménarche, ménopause / ATCD fibrome, kyste ovarien, IST, infertilité / contraception, THS / dépistages frottis, mammo - o Obst : GxPx - GEU, IVG, FCS, AVB, césar, MF, ... avec les dates et ATCD notables (prématurité, HPP, ...) - Familiaux • Allergies : latex ? (attention protection écho) • Traitements en cours • Groupe sanguin – ATCD de transfusion (surtout si grossesse / bloc opératoire) • Taille – Poids – IMC • Histoire de la maladie : - Mode d'arrivée : spontanée, SAMU, médecin traitant, etc. - Symptômes : douleur, MTR, leuco, symptômes vulvaires, SFU, SFD, fièvre - Contexte / Conditions gynéco : DDR, cycles, grossesse suspectée, RS à risque, ménopause, ... - Parité – Terme - Contexte grossesse : physio / patho et ttt - Mode d'arrivée : spontanée, SAMU, médecin traitant, etc. - Motif principale de cs - MAF, CU, PLA, MTR - SFHTA, SFU, SFD, fièvre			
 EXAMEN CLINIQUE			
 Le consentement de la patiente est indispensable avant tout examen • Constantes : TA, FC, T°, sat %, EN Orienté en fonction du motif de cs • Examen gynéco complet : - Palpation abdo / Fosses lombaires - Inspection vulve : morphologie (excision ?), tuméfaction, inflammation, sécrétions, sécheresse - TV : douleur dans les cds vaginaux ou à la mobilisation utérine, masse palpée - Spéculum : col, parois vaginales, MTR, leuco, ± PV OU • Examen sénologique (bilatéral et comparatif) : - Seins : aspect, asymétrie, masse, rétraction, lésion cutanée, écoulement - Aires ananlionnaires • Examen obstétrical : - RCF ou BDC en fonction du terme - Palpation abdo / HU - TV pour évaluer l'aspect du col sauf si MTR T2-T3 !! (risque de placenta prævia donc écho 1ère) : - o position : antérieur, centré, postérieur - o tonicité : tonique, souple, mou - o longueur : long, mi-long, court, effacé - o ouverture : fermé, ouvert à _ doigts/cm Normal = LPFT (long post fermé tonique)			

ÉCHOGRAPHIE

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1) Sus-pubienne en premier 2) Endovaginale avec accord de la patiente <ul style="list-style-type: none"> o Utérus anté- ou rétroversé / anté- ou rétrofléchi o Vacuité utérine / rétention / SGIU (et sa taille) ± embryon avec mesure de LCC ± AC o Épaisseur endomètre o Ovaires (aspect et taille) o MLU, épanchement o Douleur au passage de la sonde | <ul style="list-style-type: none"> • Vitalité : <ul style="list-style-type: none"> o AC (à vérifier en premier !), MAF o Présentation du fœtus : céphalique, siège, transverse o QLA (mesure PGC) o Position du placenta : antérieur, postérieur, fundique, bas inséré si < 20 mm de l'OI du col (à mesurer avec l'EEV) • Col raccourci si < 25 mm |
|---|--|



EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Pas systématique (cf. parties 3. **Examens complémentaires**)

CONCLUSION & CAT

- **Diagnostic(s) retenu(s)**
- Orientation : RAD / hospitalisation / bloc
 - Si RAD :
 - o Ordonnances ± Arrêt de travail
 - o **CR du passage aux UGO** (lien hôpital-ville +++)
- Conseils d'usage / Consignes de surveillance et de reconsultation en urgence



Les RED FLAGS à ne pas rater et le diagnostic à évoquer :

En dehors de la grossesse :

- ❖ **Douleur pelvienne aiguë unilatérale**
→ Torsion d'annexe
- ❖ **Douleur pelvienne + fièvre et/ou syndrome inflammatoire**
→ Infection génitale haute
- ❖ **MTR post-ménopausiques**
→ Cancer de l'endomètre
- ❖ **MTR post-coïtales**
→ Cancer du col

Péri-partum :

- ❖ **hCG positif + douleur et/ou MTR**
→ GEU jusqu'à preuve du contraire
- ❖ **HTA + protéinurie après 20 SA**
→ Pré-éclampsie
- ❖ **Perte de liquide et/ou contractions utérines avant 37 SA**
→ Menace d'accouchement prématuré
- ❖ **Douleurs abdominales + MTR au 3ème trimestre**
→ Hématome rétro-placentaire
- ❖ **Douleurs abdominales + contexte d'utérus cicatriciel**
→ Rupture utérine
- ❖ **Fièvre pendant la grossesse**
→ Pyélonéphrite ou listériose (rare mais savoir l'évoquer)
- ❖ **Fièvre post-IVG ou post-partum**
→ Infection intra-utérine / endométrite du post-partum



Conseils pratiques pour examiner

Honnêtement, au début, j'étais un peu perdue sur certaines étapes de l'examen clinique.

Entre l'inspection, qui demande de bien connaître l'anatomie, la pose du spéculum avec ses spécificités, et le toucher vaginal, plus technique qu'il n'y paraît, il n'est **pas toujours évident de se sentir à l'aise dès les premiers examens**. Alors ici, je te donne des **repères simples et pratiques**, pour que tu puisses examiner sans paniquer (ni traumatiser ta patiente).

Avant tout, quelques **RÈGLES D'OR** ★ :

- ✓ **Prépare ton matos avant** d'installer la patiente (gants, spéculum, scialytique, protège-sonde endovaginale, lubrifiant, pince longue, compresses, etc.).
- ✓ **Respecte la pudeur** : déshabillage à l'abri des regards, en 2 temps si examen pelvien/sein, et on couvre la patiente avec un drap ou une alaise en papier.
- ✓ **Prévies toujours la patiente** : explique ce que tu vas faire, et pourquoi. **Respecte son ressenti et agis avec douceur et bienveillance.**
- ✓ **Demande son accord pour chaque geste** (inspection, TV, spéculum, écho)
- ✓ **Garde ton calme**, même si tu ne vois rien, ou au contraire, quelque chose d'inhabituel (#pokerface).

Et surtout 🚫 Examen gynéco et écho endovaginale ne se font **JAMAIS** chez une patiente vierge !!

L'examen des seins

Toujours bilatéral et comparatif !

Il n'y a pas de « bonne méthode » universelle : **chacun a ses habitudes**. Mais voici les grandes lignes à connaître pour ne rien oublier :



Inspection puis palpation

en position assise (ou debout) bras le long du corps, **et** allongée bras levés (pour dégager le QSE et le prolongement axillaire).

La palpation se fait main à plat, par des mouvements circulaires **quadrant par quadrant et rétro-mamelonnaire**, sans oublier les **aires ganglionnaires axillaires** à la recherche d'adénopathies !

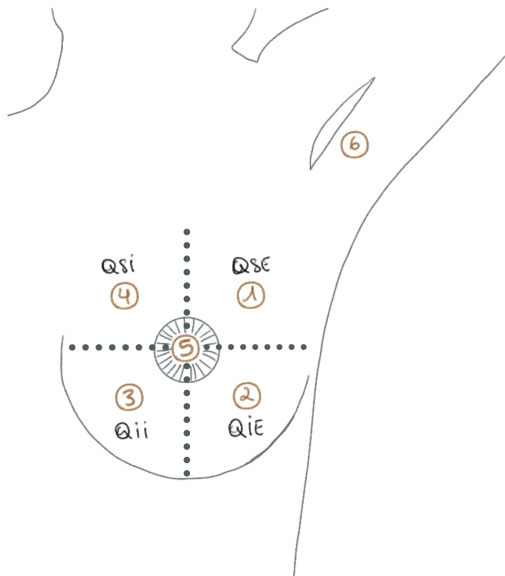


À rechercher :

- Symétrie globale ou déformation ?
- Masse visible ou palpable ?
- Rétraction cutanée (méplat) ou mamelonnaire ?
- Rougeur, peau d'orange, cicatrice ?
- Écoulement mammaire ou mamelonnaire spontané ou provoqué ? (latéralité, couleur, aspect)



En cas de **mastodynies**, de **masse mammaire ou axillaire palpable** → prescrire une **mammographie et/ou échographie** selon l'âge de la patiente et la pathologie suspectée (à faire en ville sauf contexte particulier)



La palpation abdominale

Rien de nouveau depuis l'externat : **palpe quadrant par quadrant**, en commençant loin de la douleur.

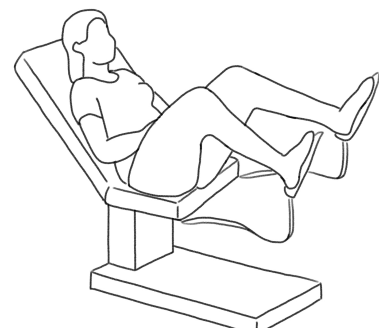
À rechercher :

- **Douleur provoquée**
- **Défense** = contraction réflexe réductible
- **Contracture** = ventre de bois, rigide en continu



Pour l'examen gynécologique, **positionne bien la patiente** (une bonne installation facilitera l'examen et sera plus confortable pour la patiente) :

position demi-assise, les fesses bien au bord de la table d'examen, les genoux relâchés vers l'extérieur « comme un papillon » ou « une grenouille », les pieds à plat.



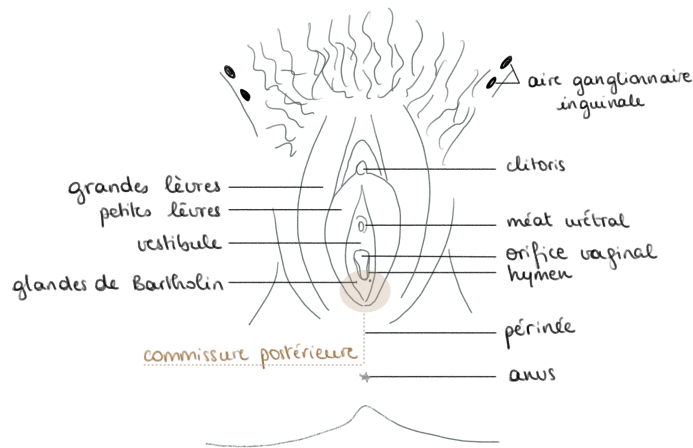
L'inspection de la vulve et du périnée

Souvent négligée mais importante car **peut changer ton diagnostic et ta prise en charge** !

🎯 Observe bien la vulve dans son ensemble : rougeur, lésions, écoulements, anomalies morphologiques

- 1) **D'abord avec les yeux**
- 2) **Puis avec les doigts** en dépliant doucement les lèvres et le capuchon du clitoris pour bien visualiser les zones clitoridienne et vestibulaire

NB : en cas d'excision, note-le sans jugement, et n'hésite pas à proposer orientation ou écoute, selon le contexte (sans forcer le sujet)
! Attention certaines femmes ne savent pas qu'elles ont été excisées...



TV ou spéculum en premier ?

En règle générale, commence par le spéculum (c'est l'ordre le plus souvent recommandé).

Selon le contexte clinique, ton sénior pourra te demander de procéder autrement.

Dans tous les cas, **!! préviens toujours la patiente** → "je vais vous examiner", "je vais prélever", etc.

La pose du spéculum

📦 Matériel

- gants
- spéculum de taille adaptée : petit si nullipare ou fortes douleurs ; moyen sinon
- gel lubrifiant
- éclairage correct = scialytique
- pince longue et compresses (au cas où)

🔗 Geste technique

[Propose toujours l'auto-insertion en 1er !]

1. **Écarte les petites lèvres** avec ta main non dominante, avec l'autre main introduis le spec en **position fermé**, verticalement
2. En t'appuyant sur la commissure postérieure, avance doucement en t'orientant vers le cul-de-sac vaginal postérieur (vers le coccyx)
3. **Tourne à 90°** en position horizontale puis **ouvre doucement**
4. Oriente-le pour bien **visualiser et centrer le col** dans le champ
5. Une fois le col bien visible, bloque-le pour **inspecter, nettoyer les pertes, réaliser des prélèvements**
6. À la fin : débloque-le, ne referme pas complètement en sortant pour **inspecter les parois vaginales** (attention à ne pas pincer la patiente !)

💬 Tips à garder en tête

- Si tu ne trouves pas le col du premier coup → ce n'est pas grave : replace toi, insère le spéculum à nouveau si nécessaire (retiens que le col est souvent postérieur)
- Si les parois vaginales tombent au milieu et empêchent la visualisation du col (fréquent chez les patientes obèses) : prend un préservatif ou un doigt de gant assez large, coupe son sommet et enfile le sur le spec, il retiendra les parois ! (technique testée et approuvée à de nombreuses reprises)

🎯 Que regarder ?

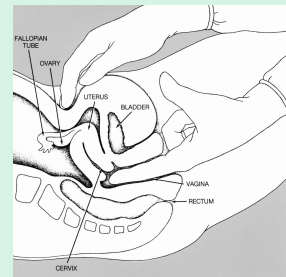
- Aspect du col : fermé, ouvert ? lésions ?
- Écoulements : aspect ? origine ?
- Saignement : au contact, actif ? couleur ? origine ?
- Présence de corps étranger, fil de stérilet ?

Le toucher vaginal

📦 Matériel

- gants ou doigtier non stériles (sauf si femmes enceintes avec RPDE)
- gel lubrifiant

🔗 Geste technique



1. **Entrée et orientation**
 - Avec ta main dominante, introduis doucement dans le vagin **index + majeur**, paume tournée vers le haut, en t'appuyant sur la commissure postérieure et en orientant tes doigts **vers le bas** pour chercher le col
2. **Évaluation du col** : position, consistance (*tonique comme un nez ou mou comme une bouche*), longueur, ouverture
3. **Palpation de l'utérus**
 - La **main non dominante** est posée sur l'abdomen en hypogastre pour "coincer" l'utérus
 - Les doigts vaginaux positionnés sous le col, le **poussent doucement vers le haut = mobilisation utérine**
 - Lors des mouvements, tu **palpes l'utérus** qui vient buter sur ta main ventrale : position, volume, consistance, mobilité, douleur à la mobilisation utérine
4. **Palpation des culs-de-sac et des annexes**
 - **Postérieur (Douglas)** : douleur = cri du Douglas → irritation péritonéale : oriente vers salpingite, GEU, rupture de kyste
 - **Antérieur**, parfois perceptible si utérus très antéversé
 - **Latéraux**, en posant ta main abdominale en FID ou FIG (essaie de **saisir l'annexe entre les deux mains**) : douleur unilatérale, masse, mobilité → suspicion de pathologie annexielle (ovaires et trompes)
5. **Évaluation vaginale**
 - Palpe les **parois vaginales** : masses, irrégularités, douleur
6. Retrait des doigts → **observe le gant** : sang, aspect des leucorrhées

💬 Tips à garder en tête

- Si tu ne sens rien → ce n'est pas grave : ça viendra avec la pratique, au moindre doute demande un avis

Focus sur l'échographie

Commence TOUJOURS par la sus-pubienne.

Oui, on est tenté de foncer en endovaginale (c'est plus précis, plus net), **mais ne zappe pas cette étape** :

1. C'est **moins intrusif**, plus progressif → tu mets la patiente en confiance
2. Et tu peux y voir ce que l'endo ne montrera pas :
 - un volumineux kyste ascensionné
 - une grossesse bien avancée
 - un globe vésical monumental
 - l'espace de Morisson (hépato-rénal) pour éliminer un épanchement abondant

Pour l'écho endovaginale :

[Propose toujours l'auto-insertion en 1er !]

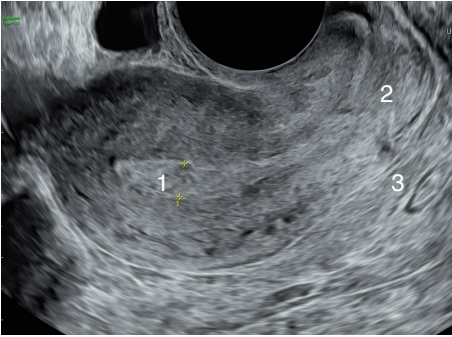
- N'oublie pas de **mettre tes gants** (avant même de manipuler le protège-sonde) 🧤
- Protège la sonde avec un **préservatif** ou une **gaine de protection** (⚠ latex si allergie !)
- Mets du gel dedans (pour bien voir) ET dehors (pour le confort de la patiente, en l'absence de MTR)

🌀 Et parce qu'au début, TOUT est flou (vérifie quand même les réglages de l'appareil d'écho...)

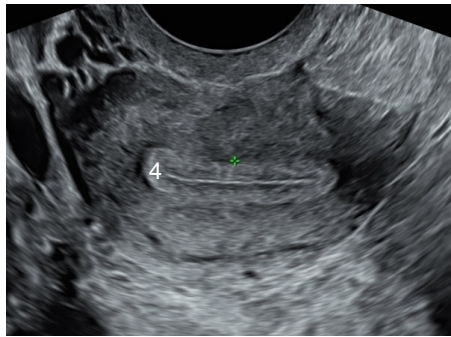
👉 Voici les images types à repérer :

Utérus

coupe sagittale



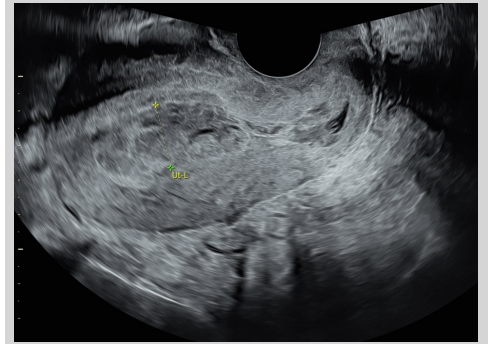
coupe axiale



1 = endomètre 2 = col
3 = cul-de-sac postérieur (de Douglas)

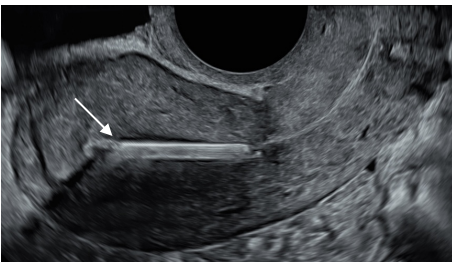
4 = ligne de vacuité utérine

Rétention intra-utérine



NB : l'épaisseur de l'endomètre et la rétention doivent être mesurées en coupe sagittale stricte

Stérilet



Ovaires



⚠ **Toujours chercher les 2 !** Mais ne t'acharne pas si tu n'en trouves qu'un **si ça ne change pas ta prise en charge** (et qu'elle n'a absolument pas mal de ce côté)

NB : Kyste = image hypoéchogène sur l'ovaire de > 3 cm (< 3 cm = follicule)

Kyste de l'ovaire

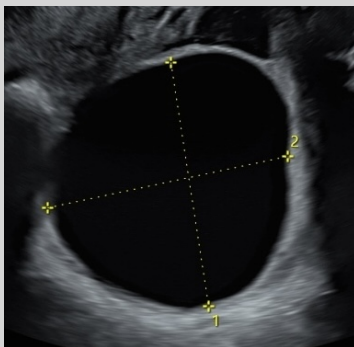
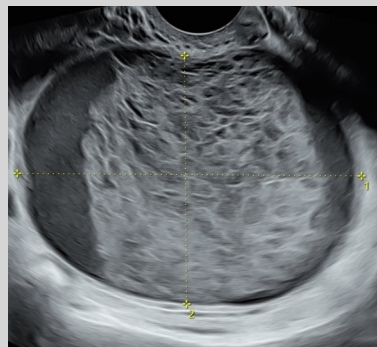
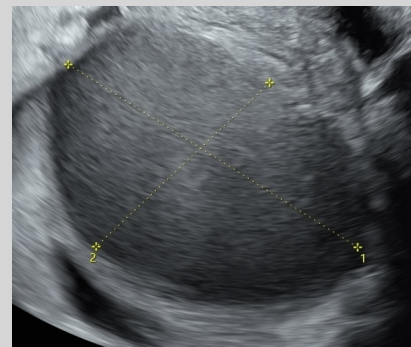


Image ronde anéchogène = kyste purement liquidien (le plus souvent fonctionnel)

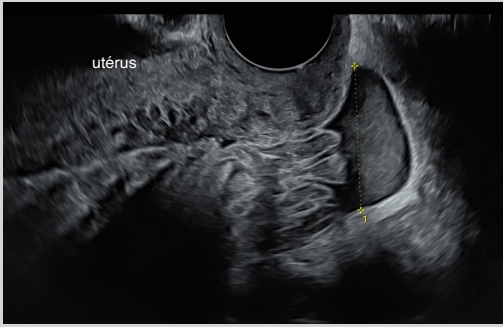


Kyste hémorragique



Endométriome

Épanchement



Dans le cul-de-sac de Douglas



« Morisson sec »

Un épanchement dans l'espace de Morisson signe un **hémopéritoine**

Sac gestationnel + vésicule vitelline

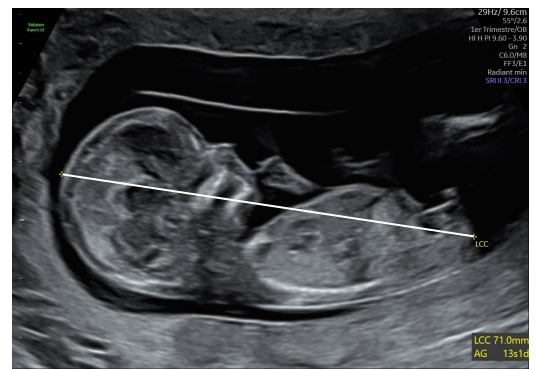


Confirme la **grossesse intra-utérine**



Grossesse gémellaire **bi-choriale bi-amniotique**

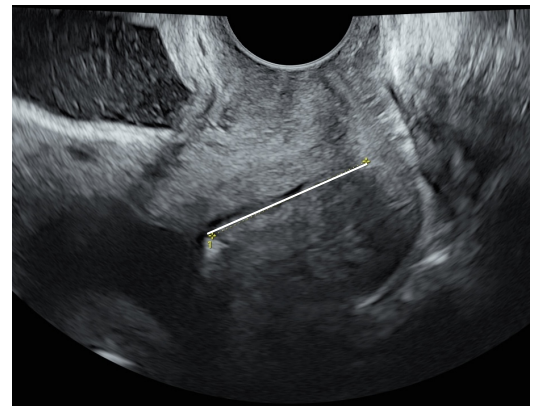
Longueur cranio-caudal



Confirme l'**âge gestationnel**

Échographie de col

Sans pression avec la sonde sur le col (ça le raccourcit artificiellement à l'écho)
Fais **plusieurs mesures** et prend la **plus courte**



Si tu n'es pas sûr ou que tu ne comprends rien, ne panique pas ! Décris simplement ce que tu observes et 📞 **appel ton chef**

📱 Si tu veux **t'entraîner à manipuler la sonde et comprendre les réglages de base de l'échographe**, il existe une plateforme de simulation en ligne : **diSplay U/S par InSimo**. C'est un outil interactif, idéal pour se former à la pratique de l'échographie de manière **autonome et ludique** !

Grâce à l'AGOF, les adhérents bénéficient d'un accès gratuit au module OB/GYN pendant 6 mois — largement suffisant pour le compléter et en profiter pleinement.



4. Examens complémentaires

Quoi prélever, pourquoi et à quel moment ?

Quel bilan biologique demandé ?

Pas toujours nécessaire, mais quand il faut y aller, **voilà l'essentiel** à retenir :

 Si tu ne dois retenir qu'UNE chose :

➡ **hCG obligatoire pour TOUTE femme en âge de procréer !**

(urinaire ou plasmatique selon les habitudes du service)

- Même si elle prend une contraception (peut être prescrit en ville en l'absence de douleur et si l'endomètre est fin)
- Même si elle est vierge
- Même si pour elle "c'est impossible"

 **BU** systématique à l'admission (sauf consultation sein)

- ➡ Recherche infection urinaire
- ➡ Et chez la femme enceinte > 20 SA : **pense à la protéinurie !** (HTA + protéinurie à la BU = suspicion de pré-éclampsie )

 Le "cocktail classique" en cas de :

- MTR abondantes ou chroniques
- Instabilité hémodynamique
- Fièvre, contexte infectieux
- Douleurs pelviennes suspectes
- Suspicion de GEU / torsion / IGH / pyélonéphrite

➡ **NFS + CRP**

(et pense au **bilan pré-op** si ça sent le bloc)

 Si chirurgie ou grossesse en cours :

➡ **Groupe + RAI**

Comment interpréter des hCG ?

Valeurs seuils		
hCG < 5	hCG > 1500	hCG très augmentés (souvent > 100 000)
Négatifs = Pas de grossesse	À ce seuil, on doit visualiser quelque chose à l'écho. Si l'utérus est vide → GEU jpd  appel ton chef	Si image atypique à l'écho (≠ sac gestationnel) → pense à la Grossesse molaire  appel ton chef

Cinétique des hCG		
➡ x2 en 48h	➡ lente ou stagnation	➡ franche
Grossesse évolutive intra-utérine	GEU ou Grossesse arrêtée	Perte de grossesse (anciennement FCS)

 Retiens que ce n'est pas l'absolu, mais un bon indicateur de la tendance !

À qui faire un prélèvement vaginal ?

Pertes vaginales anormales décrites par la patiente ou objectivées lors de l'examen (leucorrhées abondantes, colorées, odorantes)		→ Recherche vaginose, bilan mycose à répétition NB : pas de PV devant une 1ère mycose typique (leucorrhées type lait caillé + prurit vulvaire)
Suspicion d'IST (chlamydia, gonocoque)		→ PCR (selon protocole du service)
Saignement post-coïtal avec col inflammatoire		→ Recherche cervicite / IST → Orienter vers colposcopie si prélèvements négatifs
MTR isolées sans douleur		Pas systématique, pas d'intérêt diagnostique direct
Douleurs pelviennes chroniques		À discuter, si contexte évocateur d'infection

Les petits gestes techniques à connaître

Prélèvement cervico-utérin	Biopsie de col	Pipelle de cornier
 Indications		
Dépistage du cancer du col utérin de 25 à 65 ans (chez femme <i>asympto</i> avec col macroscopiquement sain !)  JAMAIS aux UGO ! → Oriente vers une consultation gynéco dédiée si besoin	Col macroscopiquement anormal à l'examen : lésion bourgeonnante, ulcérée, saignant au contact, ou pieux au toucher vaginal  PAS si suspicion de grossesse, infection active ou saignement très abondant	Métrorragies post-ménopausiques ou endomètre anormalement épais
 Matériel		
- Gants - Spéculum + lubrifiant - Brossette type Cervex-Brush® - Flacon de transport avec milieu liquide - Bon de demande <u>cytologie</u> ou <u>microbiologie</u>	- Gants - Spéculum + lubrifiant - Pince à biopsie de Kevorkian ou Tischler - Flacon de formol - Bon d'<u>anato-pathologie</u>	- Gants - Spéculum + lubrifiant - Pince de pozzi - Sonde type Pipelle® - Flacon de formol - Bon d'<u>anato-pathologie</u>
 Étapes		
En position gynéco, après insertion du spéculum pour une bonne visualisation du col		
1. Insérer la partie la plus fine de la brosse dans le col 2. Brosser doucement en faisant des mouvements d'aller-retour circulaires 3. Plonger dans le flacon et agiter ou frotter selon consignes du labo 4. Casser la tige et fermer le pot 5. Retirer le spéculum, rassurer la patiente (spotting possible) NB : FCU (< 30 ans) et test HPV (≥ 30 ans) = même geste technique ! → C'est le laboratoire qui traite le prélèvement différemment selon l'âge et la demande. ⚠ Bien remplir le bon de labo ! (<i>cytologie pour les FCU, virologie pour les tests HPV</i>)	1. Localiser la zone anormale sur le col (lésion, ulcération, saignement) 2. À l'aide de la pince, réaliser plusieurs prélèvements selon l'étendue de la lésion, sur les bords (jamais au centre de la nécrose !) 3. Placer immédiatement dans le flacon de formol, sans toucher le liquide avec la pince si prélèvement multiple 4. Appuyer sur le col quelques secondes avec une compresse si saignement 5. Retirer le spéculum, rassurer la patiente (spotting possible) 6. Prévoir un RDV avec un chef pour la remise des résultats à la patiente Si c'est la 1ère fois et que tu n'en as jamais vu, n'hésites pas :  appel ton chef (ou un co-interne)	1. Introduire doucement la pipelle dans l'utérus jusqu'au fond (parfois il est nécessaire de s'aider d'une pince de Pozzi pour réussir) 2. Une fois en place : tirer le piston à fond → effet aspiration 3. Faire quelques allers-retours doux en rotation pour racler la muqueuse 4. Retirer lentement, transférer immédiatement dans le flacon de formol 5. Retirer le spéculum, rassurer la patiente (crampes normales, spotting possible)

5. Terrains et situations fréquentes

Comment s'organise un service de Gynécologie-Obstétrique ?

Quand on débarque en stage, **la maternité ressemble souvent à un vrai labyrinthe**. On s'y perd souvent au début.

👉 Cette partie est là pour t'aider à y voir plus clair. Tu y retrouveras :

- Les **différentes unités** d'un service de gynéco-obst,
- Le personnel avec qui tu travailleras,
- Le rôle que tu vas y jouer en tant qu'interne,
- Les **pathos fréquentes**, cours utiles, et réflexes à avoir selon le terrain.

Présentation des services

Côté obstétrique

SALLE DE NAISSANCE

Objectif

Assurer la surveillance du travail et de l'accouchement.

Qui est là ?

- ✦ **Sages-femmes** : piliers du suivi du travail
- ✦ **Infirmiers / AS / AP** : soins, logistique, hygiène
- ✦ **Gynéco-obstétricien (chef de garde)**
- ✦ **Pédiatres** : appelés à l'accouchement si contexte particulier

Ton rôle d'interne

Au début, il est important que tu te concentres sur le **PHYSIO**.

Passes du temps **avec les sages-femmes**, intéresse toi à leur rôle clé en salle de naissance, suis des patientes en travail avec elles.

Tu peux être sollicité pour des **consultations d'urgence obstétricale** ou si il y a une **échographie** à faire.

Si le chef est appelé, tu dois l'être aussi : suis-le, écoute, participe. C'est comme ça que tu apprendras à gérer les situations complexes et à réaliser les accouchements instrumentaux.

Pour les césariennes, **tu t'habilleras systématiquement** pour assister le chef au début, et petit à petit tu passeras de spectateur à opérateur.

Situations fréquentes à connaître

- ✓ **Accouchement normal** : mécanique obstétricale (les phases de l'accouchement)
- ✓ **Anomalies du rythme cardiaque fœtal** : les bases de l'interprétation
- ✓ **Instruments en salle de naissance** : les différents types et leurs indications
- ✓ **Césarienne en urgence** : indications, grades d'urgence
- ✓ **Hémorragie du post-partum** : CAT immédiate

Pour t'aider dans tes révisions ou si t'es perdu : obstetricks.fr

Et si tu entends ces mots, TU COURS (ou tu marches très vite) : césarienne code rouge, dystocie des épaules, rétention de tête sur siège, ça saigne (HPP)

SUITES DE NAISSANCE / SUITES DE COUCHES

Objectif

Assurer le suivi médical et émotionnel de la patiente et de son nouveau-né après l'accouchement, détecter les complications précoces.

Qui est là ?

- ✦ **Sages-femmes** : assurent le suivi de base de la mère et du bébé
- ✦ **Puéricultrices, auxiliaires de puériculture** : soins au bébé
- ✦ **Pédiatres**

Ton rôle d'interne

Honnêtement, tu n'y passeras pas tant de temps (ce secteur est souvent géré par les internes de médecine générale en stage avec toi).

Quand tu y es, tu t'occupes surtout des **patientes "patho"** (suites de césarienne, accouchements compliqués, pathologies obstétricales à surveiller dans le post-partum type pré-éclampsie).

Fais ton tour : évalue l'état clinique (constantes, douleurs, saignements, cicatrice, miction, moral, ...), adapte les antalgiques, **évalue la nécessité d'un traitement anticoagulant après une césarienne**, fait le point sur la contraception et les vaccinations, prépare les sorties.

Et bien sûr, tu peux être appelé par les SF pour un avis.

Situations fréquentes à connaître

- ✓ **Fièvre du post-partum**
→ penser endométrite, phlébite, infection urinaire

SERVICE DE GROSSESSES PATHOLOGIQUES (GHR / UGP)

Objectif

Prendre en charge les grossesses à risque : surveillance rapprochée de la maman et/ou du bébé, anticiper les complications et parfois, prévoir la naissance.

Qui est là ?

- ✦ **Sages-femmes** : surveillance, monitos, examens
- ✦ **AS / IDE** : soins, logistique, hygiène

Ton rôle d'interne

La taille de l'unité varie selon le **niveau de la maternité**.

Dans certains centres, tu feras la **visite seul** avec les SF ; dans d'autres, tu seras **accompagné du chef**.

Au quotidien, il est important d'interroger les patientes sur leurs **symptômes** et **les examiner si nécessaire** (réflexes chez la pré-éclampsique), surveiller les **constantes** (tension, température) et le carnet des **glycémies**, lire les **monitos**, vérifier les **bilans**, et faire des **échocs** si besoin.

À toi aussi de gérer les prescriptions, rédiger les observations et lettres de sortie.

Les décisions reviennent au chef, mais **réfléchis toujours par toi-même** à la conduite à tenir, et **discute avec lui** : c'est comme ça que tu progresseras !

Sois aussi attentif à ce qu'on explique aux patientes : tu comprendras ainsi **les enjeux des prises en charge**.

Situations fréquentes à connaître

- ✓ **Rupture prématurée des membranes**
- ✓ **Menace d'accouchement prématuré**
- ✓ **Pré-éclampsie, HTA gravidique**
- ✓ **Retard de croissance intra-utérin**
- ✓ **Diabète gestationnel**

URGENCES GYNÉCOLOGIQUES

Objectif

Assurer la prise en charge des situations dites « urgentes » en gynécologie. (Spoiler : la vraie urgence est rare... mais ne passe pas à côté !)

Qui est là ?

- ✦ **AS / IDE d'accueil** : enregistre la patiente, prend les constantes, fait les bilans (IDE)
- ✦ **Ton ou ta co-interne** (si tu as la chance d'en avoir un)

Ton rôle d'interne

Tu y seras (très) souvent... Et au début tu ne seras pas rapide, c'est bien normal (ne te flagelle pas) !

Nota bene : « Je saigne » et « j'ai mal » vont devenir les phrases que tu entendras le plus ces prochains mois. Donc autant te le dire tout de suite : **maîtrise la prise en charge des douleurs pelviennes et des métrorragies**, chez la femme enceinte ou non.

⚠ **Appuie-toi toujours sur les protocoles locaux** (ils varient d'un service à l'autre).

Tu devras prendre en charge la patiente du début à la fin (cf. parties 2. **L'examen gynécologique & l'échographie** et 3. **Examens à connaître**)

Situations fréquentes à connaître

- ✓ **Métrorragies du 1er trimestre**
- ✓ **Grossesse arrêtée / Perte de grossesse précoce** (fausse couche précoce)
- ✓ **Grossesse extra-utérine**
- ✓ **Méno-métrorragies / douleurs pelviennes aiguës chez la femme non enceinte**
- ✓ **Torsion d'annexe**
- ✓ **Infection génitale haute et vulvo-vaginites**

BLOC OPÉRATOIRE

Objectif

Participer à la prise en charge chirurgicale des patientes.

Qui est là ?

- ✦ **Chirurgiens**
- ✦ **IBODE** : tes alliés les plus précieux qui t'apprendront les bases du bloc alors écoute-les, respecte-les et remercie-les !
- ✦ **Anesthésiste et IADE** (nos copilotes indispensables)

Ton rôle d'interne

Règle n°1 : Si tu ne te sens pas bien, **dis-le tout de suite**. Ce n'est pas grave et c'est **ok de sortir**, tant que tu ne t'évanouis pas sur le champ opératoire 😊

Prends connaissance du programme de bloc la veille : **lis le dossier des patientes, repère les indications chirurgicales et renseigne-toi sur les grandes étapes de l'intervention**. Tu apprendras mieux, tu comprendras plus vite et tu gagneras en crédibilité.

Le jour J, arrive à l'heure et AVANT le chef. N'oublie pas de remplir la feuille d'anapath et de mettre l'imagerie sur l'ordi si nécessaire. Selon les équipes, tu devras peut être aider à installer la patiente avant d'aller te laver les mains.

Ton rôle pendant le bloc varie selon ton niveau, le chef, et l'intervention :

- **Observation** : profite pour comprendre les gestes, les temps opératoires et l'anatomie.
- **Aide opératoire** : tenir les écarteurs, aspirer, couper les fils, poser des trocars ou faire une suture (youpi !).
- **Voie basse** (je n'en dis pas plus, je te laisse découvrir ce rôle des plus stimulants... mais en réalité essentiel).

Pose des questions (au bon moment), montre ton intérêt : la plupart des chirurgiens aiment transmettre si tu es curieux et investi.

Comme tous les papiers reviennent souvent à l'interne... à la fin du bloc pense à **demande systématiquement les conduites post-op** et les habitudes du chir niveau **ordonnances d'antalgiques, anticoagulants** et arrêt de travail.

Entre les inter-blocs, **avance les CRH, observations et papiers de sortie**.

À la fin de la journée, **accompagne ton chef pour revoir les opérées** du jour : écoute son discours, tu le connaîtras bientôt par cœur !

Situations fréquentes à connaître

- ✓ **Césarienne**
- ✓ **Annexectomie** (salpingectomie, ovariectomie)
- ✓ **Hystérectomie** (totale, sub-totale, voie basse ou coelio)
- ✓ **Coelioscopie exploratrice** (en urgence pour GEU rompue, torsion d'annexe, hémopéritoine)
- ✓ **Hystéroscopie** (diagnostique ou opératoire)
- ✓ **Conisation du col**

SERVICE DE GYNÉCOLOGIE

Objectif

Participer à la prise en charge médicale, chirurgicale et post-opératoire des pathologies gynécologiques bénignes et malignes.

Qui est là ?

- ✦ **IDE** : tes alliés indispensables au même titre que les IBODE du bloc, elles savent tout (ou presque) sur le fonctionnement du service
- ✦ **Interne de médecine générale / Externe** (parfois) : t'aident pour les missions
- ✦ **AS**, et parfois : **Kinésithérapeutes / Nutritionnistes / Psychologues**

Ton rôle d'interne

Comme pour l'UGP, la charge de travail dépend beaucoup du terrain de stage : certains services sont paisibles... d'autres te pousseront dans tes retranchements et te feront découvrir des ressources insoupçonnées.

Ici, tu prends en charge les **post-op** et les **hospitalisations depuis les urgences gynéco**.

Au programme : faire la **visite** (seul ou avec un chef), prescrire et checker les bilans, demander les examens d'imagerie et les avis spécialisés, réaliser si besoin des **examens gynéco** ou **échographies**, gérer les prescriptions, CRH, ordonnances, lettres de sortie, répondre au **bip d'avis** (parfois non-stop)... Pfiou !

Reprends ton souffle. Voici mes conseils pour survivre sans sprint permanent :

- **Sois ultra organisé** dès le matin car tu peux vite te retrouver débordé.
- **Travaille en équipe** : si tu n'es pas seul, répartis le travail avec l'interne de médecine générale et délègue certaines missions à l'externe.
- **Prépare tes papiers en avance** dès que tu peux.

Situations fréquentes à connaître

- ✓ **Patiente post-op** : surveillance de base, signes d'alerte à rechercher, prise en charge des principales complications
- ✓ **Cancers gynéco** : principes de base de prise en charge des **cancers du sein, de l'ovaire et de l'endomètre** (diagnostic, bilan d'extension)

Consultations

Les consults, c'est un peu à part : tout le monde n'y passe pas dès le début de l'internat.

Mais **si tu fais partie des heureux élus...** profite-en à fond !

Commence par les consults « physiologiques », notamment avec les **sages-femmes**, au **planning familial** ou à la **maison des femmes** :

- ✓ **Suivi de grossesse**
- ✓ **Échographie obstétricale**
- ✓ **Contraception**
- ✓ **Suivi gynécologique classique avec dépistage des cancers gynécologiques (sein et col de l'utérus)**

→ **C'est une vraie mine d'or** pour apprendre à poser les bonnes questions, mener un examen, prescrire avec justesse, orienter si besoin.

6. Gardes : survivre aux 24h

C'est ta 1ère garde ? T'inquiète, on est tous passés par là ! Respire un bon coup, ça va aller.

→ Voici un petit guide qui je l'espère t'aidera à appréhender tes premières gardes de manière (un peu) plus sereine.

🔑 Avant de rentrer dans les détails, n'oublies pas ceci :

1. **TU N'ES PAS SEUL !!** Ton chef et toi formez un duo, il est là pour t'aider quand ça devient trop compliqué ou si tu te sens dépassé. Même si tu n'as pas envie de déranger, même si tu appréhendes sa réaction à 3h du mat' : **ose toujours demander plutôt que de mettre une patiente en danger !**
2. Une garde, c'est long et imprévisible, mais toute garde a une FIN.
3. C'est là que tu progresses le plus rapidement donc profite-en 🍷

Check-list de l'interne de garde

AVANT LA GARDE

👜 What's in my bag (ou blouse)

- ✓ Badge (fonctionnel !)
- ✓ Stylos, carnet de notes/brouillon, surligneurs
- ✓ Carnet de protocoles (si fourni par ton service ou le fameux livre des « Protocoles en GO » du CNGOF par Elsevier Masson)
- ✓ Stétho (rarement utile... mais peut servir)
- ✓ Ton calot favori et tes sabots (si tu en as)
- ✓ Chaussettes/bas de contention et chaussures adaptées
- ✓ P'tite trousse de toilette et vêtements/chaussettes de rechange (utile quand après une extraction tu finis trempé de sang, LA ou méconium...)
- ✓ Ton repas (à moins que tu veuilles tester ta résilience avec les plateaux de l'hôpital)
- ✓ Des snacks bourrés de sucre #energybomb
- ✓ Gourde d'eau remplie
- ✓ Téléphone perso + chargeur

- 💡 Un conseil pour anticiper l'éventualité d'une garde très sportive (parce que ça ne prévient pas) : Pars toujours du principe que tu **ne dormiras pas** pendant 24h et que tu mangeras sur le pouce ou à des heures improbables
- 👉 Fais une vraie nuit la veille et prend un bon petit-dej le matin, c'est ton capital survie

⚠ Les infos à avoir absolument avant de commencer :

- ✓ Connais (à peu près) le **plan de la mater** pour plus d'efficacité :
 - zones d'action → urgences gynéco (repère le box, le matos, les codes), salle de naissance (là où tu cours quand ça bippe)
 - zones de repli → salle de pause, chambre de garde, cafèt/micro-ondes
- ✓ **Numéro DECT** du chef de garde (il doit être sous-cortical !)
- ✓ Logiciels, codes, impression : vérifie tout en amont ! Idéalement, **familiarise-toi** avec les outils et les services avant ta 1ère garde : UGO, SDN, bloc, service

DÉBUT DE GARDE

- ✓ **Présente-toi** aux sages-femmes, AS, infirmières et bien sûr au sénior (en rappelant ton semestre)
- ✓ **Fais un repérage rapide** : récupère ou imprime des feuilles de transmissions, demande à tes co-internes s'ils ont des dossiers en cours à te transmettre dans chaque unité
- ✓ N'oublie pas de **récupérer le/les DECT**, et ne l'/les oublie JAMAIS !

🧠 Anecdote véridique : une nuit, j'ai laissé les DECT sur un plan de travail après une extraction. Je me suis recouchée tranquille à 4h, réveillée à 8h en mode "wow j'ai dormi d'une traite !"... jusqu'à réaliser que j'avais *juste oublié les téléphones* (grand moment de solitude). Énorme infarctus (j'en ai encore des séquelles). Heureusement, la nuit avait été calme et je n'avais reçu aucun autre appel. Depuis, ils dorment AVEC moi.



- ✓ **Connais tes limites, n'improvise pas** : sois clair sur ton niveau avec les autres et toi-même (non, tu ne gèreras pas les anomalies de rythme et les hémorragies seul dès tes 1ères gardes... et c'est normal)
- ✓ En cas de doute → **prévient tôt le sénior**. En obst, une minute peut tout changer, mieux vaut prévenir pour rien que trop tard
- ✓ **Priorise !** (ça viendra avec le temps) Spoiler : la femme consultant pour une mycose à 3h du mat' aux UGO attendra si on t'appelle en salle pour une extraction
- ✓ Trous de mémoire ? Pas grave → ouvre une fiche ou demande (même les vieux chefs ont des antisèches)
- ✓ **Prends le temps** : (à moins d'une « vraie » urgence type hémorragie, troubles HD, hyperalgie)
 - d'aller dîner avec ton chef
 - de souffler si tu te sens débordé et épuisé : 10-15 min de pause pour boire, grignoter et t'asseoir pour un **reset mental**
 Ça te permettra de revenir avec les idées plus claires et tu seras plus efficace (*testé et approuvé*)
- ✓ **Écris tes mots au fur et à mesure** : tu n'oublieras pas certains détails et c'est médico-légal
- ✓ **Essaie de dormir** quand tu peux...



- ✓ **Prépare tes dossiers pour le staff** (cf. parties 6. **Le staff obstétrical quotidien**)
- ✓ **Fais des transmissions** claires et complètes (pour ne pas être maudit par tes co-internes)
- ✓ **Avis sénior** si un dossier est resté flou ou si un cas mérite un suivi (mieux vaut prévenir que rattraper)
- ✓ **Range ton bazar** (dossiers, DECT, box des urgences, salle d'écho)
- ✓ Respire et **félicite-toi** parce que tu l'as fait :
 - même si tu as eu une nuit pourrie → tu as tenu.
 - même si tu n'as pas tout géré → tu progresses.
- ✓ Optionnel mais qui fait du bien parfois : relâche la pression comme tu peux (#décompressionémotionnelle), puis offre toi un brunch bien mérité ~ c'est thérapeutique !

Tu es libre maintenant ! (mais t'enflamme pas, tu reviens demain)



Optimiser sa récupération après une garde

Voici quelques conseils qui peuvent paraître simples pour certains, plus contraignants pour d'autres, mais leur respect permet de limiter le décalage de ton rythme physiologique et l'effet « zombie » après une garde.

À PRIVILÉGIER



- **Fais une courte nuit dans ton lit en rentrant**, idéalement 3 à 4 heures (≈ 2 cycles de sommeil)
- **Prends un vrai repas le midi**, pour aider ton organisme à reprendre des forces
- **Accorde-toi une sieste l'après-midi**, plutôt hors du lit
 - 15 min si tu es petit dormeur
 - 1h30 si tu es gros dormeur
- **Bouge en journée**, idéalement à l'extérieur : activité physique douce pour décompresser et resynchroniser ton rythme

Source : Webinar du CNGOF "Bien-être au travail en gynécologie obstétrique"

À ÉVITER



- **Ne prend pas directement le volant** si tu te sens trop fatigué (le risque d'accident est majoré : une nuit sans dormir équivaut à une alcoolémie d'environ 1 g/L en termes de vigilance !)
- **Évite le café en milieu de nuit** (demi-vie de 4 à 6h : il perturbe l'endormissement après la garde)
 - Limite aussi sa consommation au réveil de ta courte nuit ou de ta sieste
- **Évite le tabac**, qui est un excitant
- **Évite de te jeter sur le sucre, le sel et le gras** (même si c'est extrêmement tentant, on est d'accord...)
- **Ne prends pas de somnifères** (sommeil de moins bonne qualité et risque de dépendance)

Le repos de garde doit idéalement être considéré comme une **journée "off"**, dédiée à la récupération et à ton bien-être. Même si la tentation est grande d'en profiter pour avancer le travail personnel, n'oublie pas de **prioriser ta santé** : elle conditionne ta capacité à prendre soin des autres. 🧘🌿

7. 📢 Le staff obstétrical quotidien

C'est quoi le « staff » ?

Chaque matin, la journée commence par le **staff obstétrical quotidien**. C'est un moment de transmission et d'échanges sur ce qui s'est passé la veille et pendant la garde (accouchées et hospitalisations), et sur les cas qui méritent un avis collectif.

Au début, c'est **souvent un peu impressionnant** : il y a du monde, ça parle fort, certains mots te semblent sortis d'un autre univers, et tu ne sais pas quand tu dois parler.

😓 Spoiler : c'est normal. Tu t'y habitueras vite.

Pour t'aider à y voir plus clair, je te décris comment ça s'organise, et ce qu'on attend de toi.

👥 Qui est au staff ?

- ▶ Les chefs de clinique / PH
- ▶ Le ou la cadre de salle / service
- ▶ Un pédiatre
- ▶ Les sages-femmes
- ▶ Le ou la psychologue
- ▶ Les internes & externes

Tout ce petit monde n'est pas toujours au complet, mais en gros : **prépare-toi à parler devant une assemblée**.
Mais t'en fais pas, ils ont tous été étudiants avant toi.

📅 Ce que tu dois présenter

Le programme peut varier un peu selon les services, mais globalement tu suivras cet ordre :



1 Toutes les ACCOUCHÉES PATHOLOGIQUES :

- Césariennes (en urgence ± les programmées)
- Extraction instrumentale (ventouse, forceps, spatules)
- Hémorragie du post-partum (> 500 ml)
- MF / IMG

💡 Astuce : en fin de journée ou après la garde, passe en revue le cahier des accouchées. Même si tu n'étais pas là, tu risques de devoir présenter certains dossiers si c'était toi de salle ce jour-là.



2 GHR / UGP :

- Nouvelles hospitalisations de la veille ou de la nuit

📌 C'est souvent à ce moment-là que le/la pédiatre s'écclipse discrètement...



3 MATER :

- Si un avis est nécessaire pour une patiente particulière
- Si une situation mérite une discussion collégiale



4 GYNÉCO :

- Bloc en urgence
- Hospitalisation depuis les urgences gynéco
- Cas à discuter ou décision thérapeutique à valider

🔗 Pas dispo pour le staff ?

Pas de souci : **passe le flambeau à un co-interne** avec des notes claires !



Présenter un dossier obstétrical

Chaque centre a son style : certains aiment les **présentations rapides**, d'autres veulent **tous les détails** (en CHU ++).



Observe, écoute, et adapte-toi.

En général, voici ce qu'il faut inclure :



IDENTITÉ & CONTEXTE

- Nom / Prénom / Âge
- IMC
- **Groupe + Rh**
 - ⚠ Si Rh- : groupe du père ? rhésus fœtal ? Rhophylac fait ?
- **ATCD médicaux / chirurgicaux** pertinents pour la grossesse ou l'accouchement
- **ATCD obstétricaux**
 - GxPx, type d'accouchements précédents (voie basse, instrument, césar), HPP ?



GROSSESSE ACTUELLE

- Spontanée ou PMA ? (FIV / insémination artificielle / stimulation simple)
- Terme précis ?
- **Patho pendant la grossesse** (HTA, diabète, pré-éclampsie, MAP, ...) ?
- Hospitalisation ? Cure de corticoïdes ?
- **Dernière écho** (souvent la T3)
 - EPF (en grammes et percentile) : eutrophe ? macrosome ? RCIU ?
 - Placenta bas inséré ou non ?



TRAVAIL

- **Travail spontané ou déclenchement ?**
 - motif, moyen, terme
- **Déroulement du travail**
 - APD / dilatation / anomalies du rythme / rotation manuelle ?



ACCOUCHEMENT

- Voie basse spontanée
- **Extraction instrumentale :**
 - type d'instrument, variété, étage, motif (ARCF, défaut de progression, ...)
- **Césarienne** (programmée ou en urgence) :
 - motif + déroulé (cf. CRO)



BÉBÉ : Sexe – poids – Apgar – pH artériel/veineux – lactates

Suites : transfert en néonatalogie / réa



DÉLIVRANCE & PÉRINÉE

- Délivrance **dirigée / artificielle ?**
- **Saignement estimé total**
 - HPP ? prise en charge ?
- Périnée intact ou déchirure ?
 - **Type (classification LOSA)**
 - Suture (technique surjet / 1 fil 1 nœud / points séparés + type de fil)

8. Annexes

Dictionnaire de poche

AC : activité cardiaque	IVG : interruption volontaire de grossesse
AP : auxiliaire de puériculture	IST : infection sexuellement transmissible
APD : anesthésie péridurale	jpc : jusqu'à preuve du contraire
ARCF : anomalie du rythme cardio-fœtal	LCC : longueur cranio-caudale
AS : aide soignant	leuco : leucorrhée
AVB : accouchement par voie basse	LOSA : lésions obstétricales du sphincter anal
ATCD : antécédents	MAF : mouvements actifs fœtaux
BDC : bruits du cœur	MAP : menace d'accouchement prématuré
BU : bandelette urinaire	MF : mort fœtale
CAT : conduite à tenir	MLU : masse latéro-utérine
cds : cul-de-sac	MTR : métrorragies
CEGO : Collège national des Enseignants de Gynécologie Obstétrique	OI : orifice interne (du col)
césar : césarienne	patho : pathologique
CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français	PGC : plus grande citerne (à l'écho pour la mesure de la quantité de liquide)
coelio : coelioscopie	PH : praticien hospitalier
CR : compte rendu	PLA : perte de liquide amniotique
CRO : compte rendu opératoire	PMA : procréation médicale assistée
CU : contractions utérines	PV : prélèvement vaginal
DDR : date des dernières règles	QIE : quadrant inféro-externe
DES : diplôme d'études spécialisées	QII : quadrant inféro-interne
D(I)U : diplôme (inter-)universitaire	QLA : quantité de liquide amniotique
EDN (j'ai vraiment besoin de le rappeler ?) : épreuves dématérialisées nationales	QSE : quadrant supéro-externe
EEV : écho endovaginale	QSI : quadrant supéro-interne
EN : échelle numérique de douleur	RAD : retour à domicile
FC : fréquence cardiaque	RCF : rythme cardio-fœtal
FCS : fausse couche spontanée	RCIU : retard de croissance intra-utérin
FCU : frottis cervico-utérin	Rh : rhésus
FIV : fécondation in-vitro	RPDE : rupture de la poche des eaux
FST : formations spécialisées transversales	RPM : rupture prématurée des membranes
GEU : grossesse extra-utérine	RS : rapport sexuel
GHR : grossesse à haut risque	sat% : saturation
GO : gynécologie obstétrique	SDN : salle de naissance
Gx Px : gestité (nombre total de grossesse) parité (nombre d'accouchements $\geq$ 20 SA)	SF : sage-femme
HD : hémodynamique	SFD : signes fonctionnels digestifs
HDM : histoire de la maladie	SFHTA : signes fonctionnels d'hypertension artérielle
HPP : hémorragie du post-partum	SFU : signes fonctionnels urinaires
HPV : papillomavirus humains	SGIU : sac gestationnel intra-utérin
HTA : hypertension artérielle	spec : spéculum
HU : hauteur utérine	T° : température
IADE : infirmier anesthésiste	T2 : 2ème trimestre
IBODE : infirmier de bloc opératoire	T3 : 3ème trimestre
IDE : infirmier diplômée d'état	TA : tension artérielle
IGH : infection génitale haute	THS : traitement hormonal substitutif
IMC : indice de masse corporelle	ttt : traitement
IMG : interruption médicale de grossesse	TV : toucher vaginal
	UGO : urgences gynéco
	UGP : unité de grossesse pathologique



Exemples d'observation type

L'observation, c'est ton outil de base : elle doit être **claire, concise et complète**.

Pas besoin de faire un roman : va droit au but, mets en évidence les points essentiels, et évite les pavés illisibles (personne ne les relira, même pas toi).

Aux urgences gynécologiques

Motif :

Patiente de ... ans G... P...

ATCD notables :

DDR :

Contraception :

HDM :

Examen clinique :

Constantes :

Abdomen :

Vulve :

TV :

Spec :

Écho (sus-pubienne + endovaginale avec accord de la patiente) :

BU :

hCG :

Bio :

Au total :

CAT :

Aux urgences obstétricales

Motif :

... ème pare - Terme (SA)

Grossesse de déroulement normal / marquée par ...

HDM :

MAF ... CU ... PLA ... MTR ...

SFHTA ...

SFU ...

Examen clinique :

Constantes :

orienté par le motif de consult

Écho (sus-pubienne + endovaginale avec accord de la patiente) :

BU :

Bio :

Au total :

CAT :



Ordonnances utiles

Je te propose ici des **ordonnances de base**, mais pense toujours à te référer au **Vidal** pour les posologies et contre-indications, au protocole local ou à **ePOPI** pour la prescription des anti-infectieux, et au **CRAT** pour vérifier la compatibilité d'un médicament avec la grossesse et/ou l'allaitement.

Les antalgiques :

En première intention, palier 1 :

PARACETAMOL 1 g : 1 comprimé si douleurs, en espaçant les prises de 4 à 6 heures, maximum 3 comprimés par jour, pendant ... jours

PHLOROGLUCINOL (Spasfon®) 80 mg : 2 comprimés si douleurs, en espaçant les prises de 4 à 6 heures, maximum 6 comprimés par jour, pendant ... jours

IBUPROFENE 400 mg : 1 comprimé si douleurs, en espaçant les prises de 6 à 8 heures, maximum 3 comprimés par jour, pendant ... jours

Si douleurs non soulagées par les antalgiques de palier 1 :

NEFOPAM (Acupan®) 30 mg : 1 à 2 comprimés si douleurs, en espaçant les prises de 6 heures, maximum 6 comprimés par jour, pendant ... jours

NB : la Codéine et le Tramadol sont maintenant à prescrire sur ordonnance sécurisée

Les anti-émétiques :

MÉTOPIMAZINE (Vogalène®) 15 mg : 1 gélule 1 à 2 fois par jour, pendant ... jours

MÉTOCLOPRAMIDE (Primpéran®) 10 mg : 1 comprimé 30 minutes avant chaque repas, 3 maximum par jour, pendant ... jours

Si RGO, associer :

Alginate de sodium + bicarbonate de sodium (Gaviscon®) : 1 sachet après les repas, matin midi et soir, pendant ... jours

Conseils d'hygiène alimentaire :

- L'estomac vide ou trop plein favorise les nausées
- Fractionner les repas
- Favoriser les graisses, saler les aliments
- Boire en dehors des repas pour éviter le remplissage trop important de l'estomac
- Exclure les odeurs fortes
- Arrêter le tabac

Pour tout désir et/ou découverte de grossesse désirée :

ACIDE FOLIQUE 0,4 mg : 1 comprimé par jour, dès le désir de grossesse et jusqu'à l'échographie du premier trimestre
5 mg si ATCD d'anomalie de la fermeture du tube neural, de sleeve ou d'épilepsie

EN SALLE DE NAISSANCE

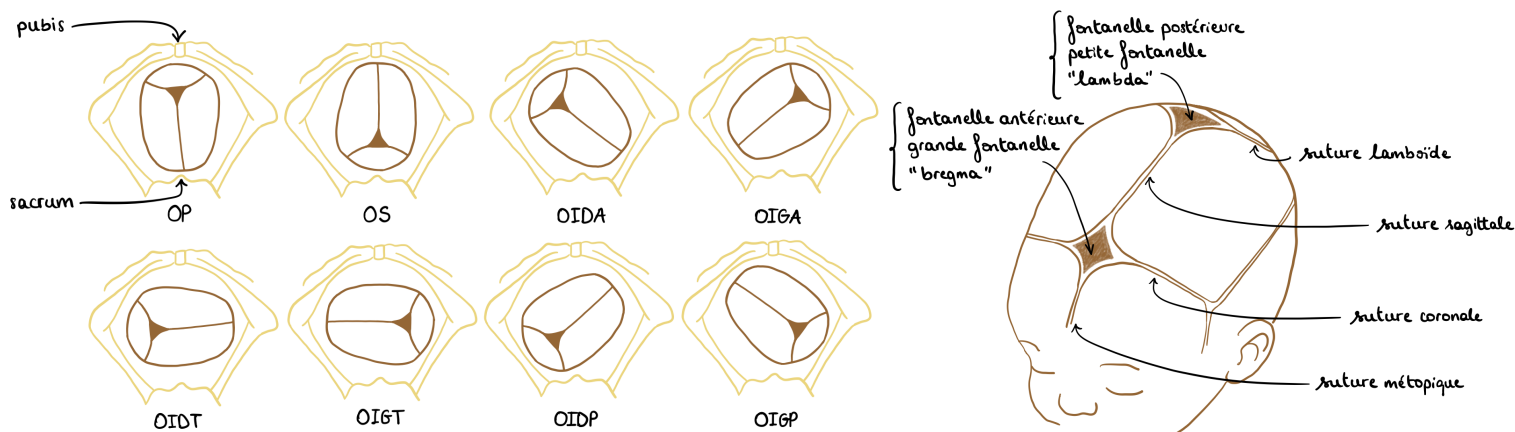
❖ **Score de Bishop**

➡ Évaluer l'état du col utérin en début de travail ou avant un déclenchement

- Score < 7 = col défavorable/immature
- Score ≥ 7 = col favorable/mature

	0	1	2	3
Dilatation	fermé	1 - 2 cm	3 - 4 cm	5 cm
Effacement	long (0 - 30 %)	mi-long (40 - 50 %)	court (60 - 70 %)	effacé (≥ 80 %)
Consistance	ferme	moyenne	molle	-
Position	postérieure	centrale	antérieure	-
Présentation de la tête fœtale	haute et mobile	appliquée	fixée	engagée

❖ **Présentation fœtale** ➡ Évaluer la position de la tête fœtale au cours du travail



OP : occipito-pubien OIDA : occipito-iliaque droite antérieure OIDT : occipito-iliaque droite transverse OIDP : occipito-iliaque droite postérieure
 OS : occipito-sacré OIGA : occipito-iliaque gauche antérieure OIGT : occipito-iliaque gauche transverse OIGP : occipito-iliaque gauche postérieure

❖ **Classification des lésions obstétricales périnéales**

Lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA)

Classification RCOG - OMS	1er degré	2ème degré	3ème degré - A	3ème degré - B	3ème degré - C	4ème degré
<i>Lésions anatomiques</i>	Épithélium vaginal ou vulvaire	Muscles du périnée	< 50% du sphincter anal externe	> 50% du sphincter anal externe	Sphincter anal interne (musculature rectale)	Muqueuse rectale

❖ **Les codes de la césariennes** ➡ Degré d'urgence d'une césarienne en cours de travail

CODE VERT Naissance ≤ 1 heure ▪ Échec de déclenchement ▪ Stagnation de la dilatation ou non engagement ▪ Présentation dystocique ▪ Travail spontané chez une patiente ayant initialement une césarienne programmée	CODE ORANGE Naissance ≤ 30 min ▪ ARCF (hors bradycardie) ▪ Échec extraction instrumentale <u>sans</u> ARCF	CODE ROUGE Naissance ≤ 15 min ▪ Bradycardie fœtale (ralentissement ≥ 10 min) ▪ Échec extraction instrumentale <u>avec</u> ARCF ▪ Procidence du cordon ▪ Rupture utérine ▪ Hématome rétro-placentaire ▪ Crise d'éclampsie ▪ Hémorragie maternelle sur placenta prævia ▪ Benckiser
---	---	--

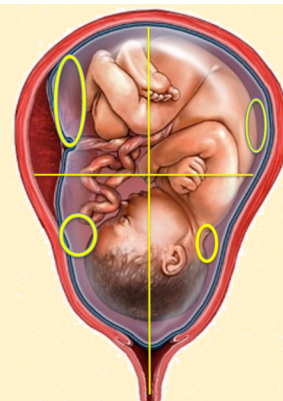
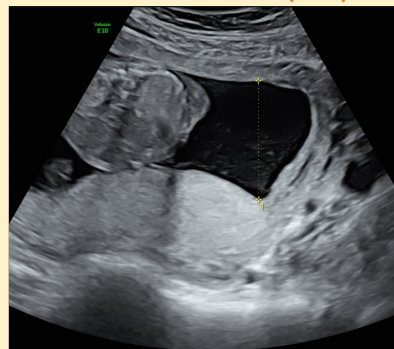
❖ Calcul de la quantité de liquide amniotique

➡ Mesure de la plus grande citerne (PGC)

Anamnios	0
Oligoamnios	< 20 mm / < 10 mm (sévère)
QLA normale	20 - 80 mm
Excès de LA	> 80 mm
Hydramnios	> 120 mm

NB : Les valeurs peuvent légèrement différer selon les centres et habitudes de service

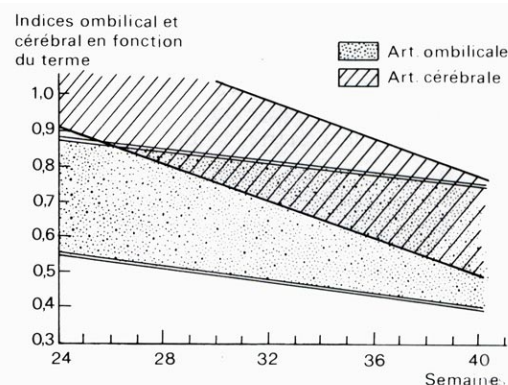
PLUS GRANDE CITERNE (PGC)



❖ Dopplers fœtaux

La mesure des Dopplers fœtaux permet notamment d'évaluer les résistances vasculaires, à travers le Doppler de l'artère ombilicale pour le versant placentaire et celui de l'artère cérébrale moyenne pour le versant cérébral. L'indice de Pourcelot, ou indice de résistance (IR), est l'un des paramètres utilisés pour apprécier ces résistances.

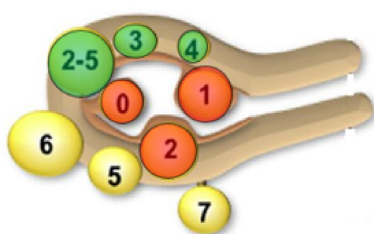
Au début, il n'est pas toujours évident de savoir d'un coup d'œil si la valeur d'IR affichée à l'écran est dans les valeurs attendues pour le terme. Cette courbe donne quelques repères pour se familiariser avec les valeurs habituelles au cours de la grossesse. Attention : elle ne constitue pas une référence absolue, mais un petit coup de pouce lors de tes premières échos !



Évolutions comparées des valeurs normales de l'index de Pourcelot ombilical et cérébral au cours de la grossesse

D'après OHEL G, GRANAT M, ZEEVI D et al. Advanced ultrasonic placental maturation in twin pregnancies. Am J Obstet Gynecol 1987 ; 156 : 76-8.

❖ Classification FIGO des fibromes



Sous-muqueux

- 0 : pédiculé intra-cavitaire
- 1 : < 50% intra-mural
- 2 : > 50% intra-mural

Intra-muraux ou interstitiels

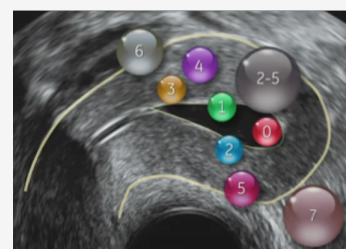
- 3 : au contact de l'endomètre
- 4 : intra-mural strict

Sous-séreux (le + fréquent)

- 5 : > 50% intra-mural
- 6 : < 50% intra-mural
- 7 : sous-séreux pédiculé

Autres • 8 : cervicaux ectopiques (ligament rond, col utérin, ...)

Vision échographique



EN GYNÉCOLOGIE

❖ Classification PALM-COEIN

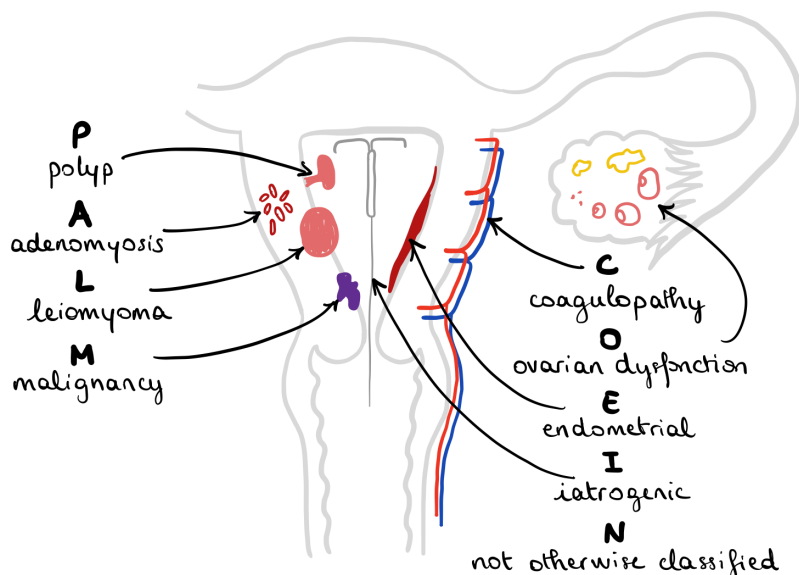
➡ Orientation diagnostique en cas de saignement utérins anormaux (ménos-métrorragies)

PALM — Causes structurales

- Polype
- Adénomyose
- Léiomyome (myome/fibrome)
- Malignité ou hyperplasie

COEIN — Causes non structurales

- Coagulopathie
- Dysfonction ovulatoire
- Endométriale
- Iatrogène
- Non classée ailleurs



► **Ressources officielles et formatives**



Association des Gynécologues Obstétriciens en Formation (AGOF)

Association nationale représentant les internes de gynécologie-obstétrique

- ✓ Défend les intérêts des internes, soutient leurs projets et propose de nombreuses ressources pédagogiques gratuites, formations et congrès



Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Société savante de la spécialité

- ✓ Travaille sur les recommandations officielles, propose congrès et formations continues

(Adhésion conjointe AGOF et CNGOF)



Collège national des Enseignants de Gynécologie Obstétrique (CEGO)

Réunit les enseignants universitaires de gynécologie-obstétrique

- ✓ Coordonne de nombreuses actions pédagogiques, participe à l'évolution des programmes de formation et accompagne l'innovation dans l'enseignement en GO



UNESS

Plateforme nationale d'enseignement et d'évaluations du DES

- ✓ Donne accès aux cours, QCM, auto-évaluations et examens du DES

► **Pour t'accompagner au quotidien**



PulseLife

Application médicale d'aide à la pratique (disponible sur iOS et Android)

- ✓ Donne accès à des protocoles, check-lists, et outils d'aide à la décision clinique validés



Obstetricks

Plateforme pédagogique dédiée à l'obstétrique

- ✓ Permet un accès rapide et gratuit à toute la théorie nécessaire en salle de naissance (idéale pour réviser avant une garde ou approfondir un sujet)



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Haute Autorité de Santé (HAS)

Autorité publique élaborant les recommandations nationales de bonnes pratiques

- ✓ Suivi de grossesse : calendrier, examens obligatoires, rappels de suivi et protocoles

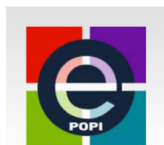
► **Médicaments, grossesse et allaitement**



VIDAL

Base de données médicamenteuses de référence

- ✓ Recense les indications, posologies, contre-indications, interactions médicamenteuses et précautions d'emploi



ePOPI

Outil d'aide à la prescription des anti-infectieux

- ✓ Propose des recommandations pratiques pour le choix et la prescription des anti-infectieux



Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT)

Site de référence sur les médicaments pendant la grossesse et l'allaitement

- ✓ Évalue le risque d'un traitement selon les données de la littérature et guide la prise en charge

SAGE-FEMME PRATIQUE
www.sagefemme-pratique.com

Inscription GRATUITE



Inscrivez-vous gratuitement sur
www.sagefemme-pratique.com



LA PLATEFORME DE RÉFÉRENCE POUR LES SAGES-FEMMES

Plus de 23 700 utilisateurs depuis 2018

Le site **Sage-femme Pratique** accompagne les sages-femmes, en exercice libéral comme en établissement de santé, en proposant une **formation professionnelle continue** au plus près de leurs pratiques et enjeux cliniques quotidiens. Aujourd'hui, la plateforme s'impose comme **un acteur incontournable du web dédié aux sages-femmes**.

NEWSLETTERS ÉDITORIALES

Une fois par mois, l'essentiel de l'actualité

Recevez chaque mois la newsletter éditoriale de **Sage-Femme Pratique**. Une ressource clé pour rester informé des **dernières tendances, recommandations et évolutions** dans l'univers santé femme.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE & OBSTÉTRIQUE

Inscription GRATUITE



Inscrivez-vous gratuitement sur
www.gynecologie-pratique.com



LA PLATEFORME DE RÉFÉRENCE EN GYNÉCOLOGIE

Plus de 17 000 utilisateurs depuis 1998

Depuis plus de 25 ans, le site **Gynécologie Pratique** accompagne les gynécologues-obstétriciens, en libéral comme à l'hôpital, en proposant une **formation médicale continue** au plus près de leurs préoccupations cliniques quotidiennes. Aujourd'hui, la plateforme s'impose comme **un acteur incontournable du web en gynécologie**.

NEWSLETTERS ÉDITORIALES

Deux fois par mois, l'essentiel de l'actualité

Recevez chaque mois la newsletter éditoriale de **Gynécologie Pratique**. Une ressource clé pour rester informé des **dernières tendances, recommandations et évolutions** dans le domaine de la gynécologie.

VISION

Inscription GRATUITE



Inscrivez-vous gratuitement sur
www.revue-vision.com



REVUE VISION

Plus de 20 000 utilisateurs depuis 2020

Le site **Revue Vision** s'engage à proposer aux gynécologues et aux sages-femmes, en exercice libéral, mixte ou hospitalier, une **formation médicale continue** en phase avec leurs enjeux professionnels quotidiens. Au fil des années, la plateforme s'est imposée comme **une référence incontournable du web**.

ÉMISSIONS TRIMESTRIELLES

Des rendez-vous experts en direct

Quatre samedis matins par an, assistez en direct à des **émissions de formation et de démonstration** animées par les **plus grands experts en gynécologie et obstétrique**.

9^{es} JOURNÉES D'IMAGERIE DE LA FEMME ET DU FŒTUS

Vendredi 27 & samedi 28 novembre 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE
45 RUE DES SAINTS-PÈRES
75006 PARIS

Direction scientifique : Jean-Marc LEVAILLANT,
Laurent SALOMON, Yves VILLE
Conseil d'organisation : Amaury BOLEIS,
Pierre-Antoine MIGEON, Anne-Laure SIRAGA



Renseignements & inscription :
www.jiff.fr

SAVE THE DATE

SAVE THE DATE

36^e Salon de GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE PRATIQUE

Du 10 au 12 mars 2027

PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS
2, place de la Porte-Maillot - 75017 Paris

Direction Scientifique
I. NISAND

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTION
www.gynecologie-pratique.com





Tableau d'objectifs

à cocher avant la fin de ta 1^{ère} année d'internat

Côté obstétrique

SALLE DE NAISSANCE

- ☐ Connaître le fonctionnement de la SDN
- ☐ Savoir examiner un col pendant le travail
- ☐ Savoir faire et lire un partogramme
- ☐ Savoir interpréter un RCF et repérer les situations d'urgence : ralentissement prolongé, bradycardie
- ☐ Poser une voie veineuse, faire une prise de sang (c'est l'occasion de t'entraîner à nouveau)
- ☐ Savoir faire un accouchement voie basse normal seul
- ☐ Avoir vu et idéalement fait avec son chef des AVB instrumentaux (ventouse, forceps, spatules en fonction des habitudes de ton service)
- ☐ Connaître la classification des complications du périnée (LOSA)
- ☐ Connaître le protocole de prise en charge d'une hémorragie du post-partum immédiat
- ☐ Savoir assister >>> savoir réaliser une césarienne
- ☐ Savoir faire une échographie de vitalité
- ☐ Savoir faire une échographie de croissance
- ☐ Savoir faire une échographie de col

SUITES DE NAISSANCE / SUITES DE COUCHES

- ☐ Connaître la CAT devant une fièvre du post-partum
- ☐ Savoir réévaluer la nécessité de poursuivre un traitement anticoagulant après une césarienne
- ☐ Savoir donner les informations sur la contraception et les vaccinations recommandées
- ☐ Connaître les bases de l'évaluation psychologique post-accouchement

GROSSESSES PATHOLOGIQUES (GHR / UGP)

- ☐ Savoir dépister, diagnostiquer et comprendre les prises en charge des pathologies les plus fréquentes
 - ✓ Rupture prématurée des membranes
 - ✓ Menace d'accouchement prématuré
 - ✓ Pré-éclampsie, HTA gravidique
 - ✓ Retard de croissance intra-utérin
 - ✓ Diabète gestationnel
- ☐ Connaître les indications d'une cure de corticoïdes

CONSULTATIONS

- ☐ Connaître le suivi de grossesse normal et les examens complémentaires à prescrire
- ☐ Savoir mener une consultation de suivi de grossesse normal

Côté gynécologie

URGENCES GYNÉCOLOGIQUES

- ☐ Savoir gérer les urgences gynécologiques, connaître les prises en charge classiques
 - ✓ Métrorragies du 1^{er} trimestre
 - ✓ Grossesse arrêtée / Perte de grossesse précoce (fausse couche précoce)
 - ✓ Grossesse extra-utérine
 - ✓ Méno-métrorragies / douleurs pelviennes aiguës chez la femme non enceinte
 - ✓ Torsion d'annexe
 - ✓ Infection génital haute et vulvo-vaginites
- ☐ Savoir faire une échographie pelvienne

BLOC OPÉRATOIRE

- ☐ Connaître les indications des principales chirurgies gynéco
- ☐ Connaître les temps opératoires des interventions fréquentes
 - ✓ Césarienne
 - ✓ Salpingectomie
 - ✓ Hystérectomie totale
 - ✓ Hystéroscopie
 - ✓ Conisation
- ☐ S'habiller seul en stérile
- ☐ Savoir installer la patiente et mettre correctement les champs
- ☐ Savoir préparer la table des différentes interventions
- ☐ Savoir suturer et faire des nœuds au doigt
- ☐ Comprendre les suites à surveiller selon les gestes

SERVICE DE GYNÉCOLOGIE

- ☐ Être à l'aise avec la surveillance post-opératoire classique
- ☐ Être capable d'expliquer la pathologie et la PEC à la patiente (principales pathologies gynéco)
- ☐ Gérer le service en une journée et finir avant 20h !

CONSULTATIONS

- ☐ Savoir conseiller et prescrire une contraception
- ☐ Connaître par cœur les contre-indications de la contraception œstro-progestative
- ☐ Maîtriser les 5 gestes techniques : frottis cervico-utérin, pose/retrait de DIU, pose/retrait d'implant
- ☐ Connaître les schémas de dépistage organisé des cancers gynéco (sein et col de l'utérus)



Tes notes personnelles

The END. 😊

J'espère que ce livret aura pu t'aider, d'une manière ou d'une autre, dans tes premiers pas en Gynécologie-Obstétrique.

Si tu as des remarques, des suggestions, des questions ou simplement envie de partager ton retour, n'hésite pas à m'écrire à l'adresse suivante :



kitdesurvie.go@gmail.com

Bonne route pour la suite ! 🍀

N° utiles

Hôpital 1

Hôpital 2

Équipe de garde	Chef obst		
	Interne obst		
	Externe		
	Chef anesth		
	Interne anesth		
	Pédiatre		
SDN	Interne SDN		
	Bureau sage-femme		
UGP / GHR	Interne UGP		
	Bureau sage-femme		
Maternité	Sage-femme mater N°1		
	Sage-femme mater N°2		
Service de gynéco	Interne gynéco		
	Bureau infirmière		
UGO	Interne UGO		
	Bureau infirmière		
Secrétariat & Programmation	Secrétariat consult		
	Infirmière de prog		
Bloc	SSPI		
	IBODE		
	AS bloc		
Imagerie	Radiologie		
	Scanner		
	Echographie		
	Pelvimétrie		
Labo	Hémato		
	Biochimie		
	Bactério		
Autres			