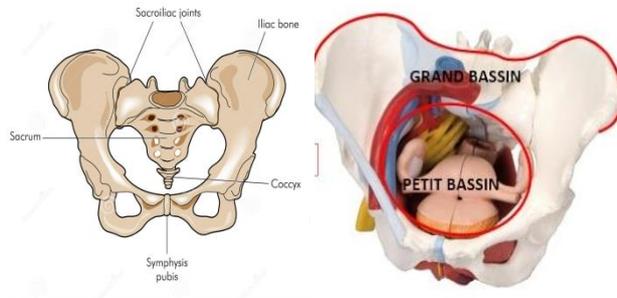


L'EXPLORATION CLINIQUE ET PARACLINIQUE DU BASSIN OBSTETRICAL

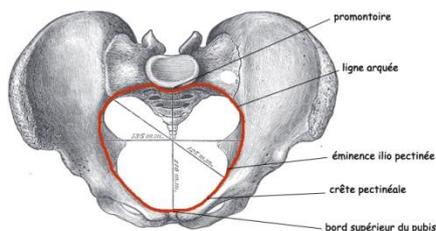
I-RAPPEL ANATOMIQUE SUR LE BASSIN :

Le bassin est une ceinture osseuse formée par les 2 os iliaques en avant unis en avant par la symphyse pubienne, et réunis en arrière par le sacrum et le coccyx.



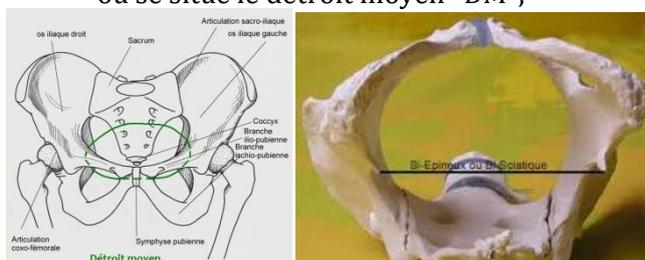
Le bassin est divisé en le **Grand bassin**, en haut, sans intérêt obstétrical, et le **Petit bassin**, en bas, ou bassin obstétrical, composé de:

1-détroit supérieur "DS": C'est un espace rétréci séparant le grand bassin du petit. Au cours de l'accouchement, le franchissement de cet espace par le plus grand diamètre de la présentation définit l'engagement.



. Il présente à décrire

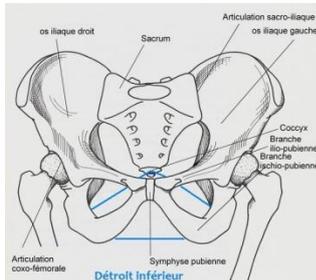
- Le Ø antéropostérieur ou promonto-rétro-pubien "PRP" = 10.5 cm.
- Le Ø transverse médian "TM" = 12 à 13cm.
- Le Ø oblique gauche = droit = 12 à 12.5 cm (depuis l'éminence ilio-pectinée aux sacro-iliaques.)
- L'indice du DS ou indice de Magnin = $\text{ØPRP} + \text{ØTM} = 23 \text{ cm}$.
- 2- **L'excavation pelvienne**: C'est l'espace dans lequel s'effectue la descente-rotation, et ou se situe le détroit moyen "DM",



Il présente à décrire

- Le Ø bi-épineux ou bi-sciatique = 10.8 cm

3- **Le détroit inférieur** "DI": représente le plan de dégagement de la présentation.



- Le Ø antéro-postérieur ou pubo-coccygien = 9.5 jusqu'à 11.5 cm (grâce à la rétro-pulsion coccygienne.)
- Le Ø transversal ou bi-ischiatique = 11 à 12 cm.

4- **L'arcade pubienne**: Appartient au DI, limitée en avant et en haut par le sommet de la symphyse et latéralement par les branches ischio-pubiennes. Elle fait un angle de 80 à 85° (entre les 2 branches) et une hauteur de 6 à 7 cm.

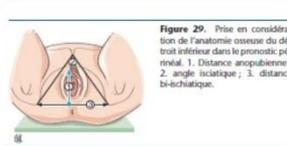
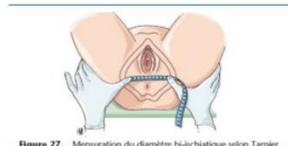
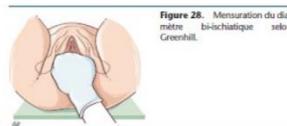
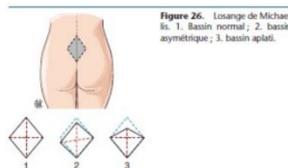
II-EXPLORATION DU BASSIN :

A-LA PELVIMÉTRIE CLINIQUE:

1-**L'interrogatoire** recherche les antécédents de la patiente, notamment médicaux (hyperparathyroïdie, rachitisme, ostéomalacie, ostéoporose, SPA, LCH, poliomyélite), chirurgicaux (traumatisme ou chirurgie du bassin) et obstétricaux (nbr de gestations, poids de l'enfant, primiparité, utilisation antérieure de forceps, modalité d'accouchement)

2-**L'examen** apprécie la démarche et la taille de la ♀ (petite taille = bassin rétréci.)

3-**La pelvimétrie externe** peu utile permet

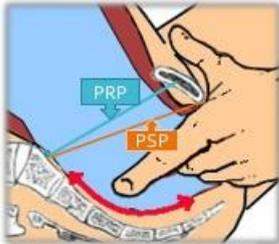


- Mesure le Ø pré-pubien de Trillat.
- Le losange de Mikailis (face postérieure, ♀ debout.)
- Le Ø bi-ischiatique = 11 à 12 cm (en position gynécologique)

4- La pelvimétrie interne: Se fait par le TV

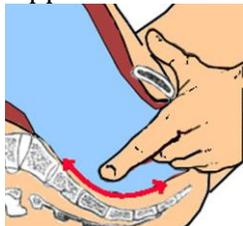
a- Etude du DS:

- Mesure du Ø promonto-sus ou sous-pubien "PSP".
- Si le promontoire est accessible, ceci peut témoigner d'un rétrécissement du DS avec un ØPSP < 12 cm et donc d'un ØPRP < 10.5 cm (car ØPRP < 1 à 2 cm du PSP.)
- Latéralement, les lignes innominées ne sont normalement parcourues que dans les 2/3 antérieurs de l'arc.



b- Etude de l'excavation: Se fait par

- Appréciation de la concavité sacrale. Le contact se perd aux 2/3 inférieurs.
- Recherche des épines sciatiques et appréciation de leur saillie.
- Mesure clinique du Ø bi-épineux ≈ 9 cm.
- Appréciation des échancrures sciatiques si c'est possible.



c- Exploration du DI: Se fait par

- Mesure du Ø bi-ischiatique. - Appréciation de l'arcade pubienne, étroite ou large.

B-LA RADIO-PELVIMÉTRIE:

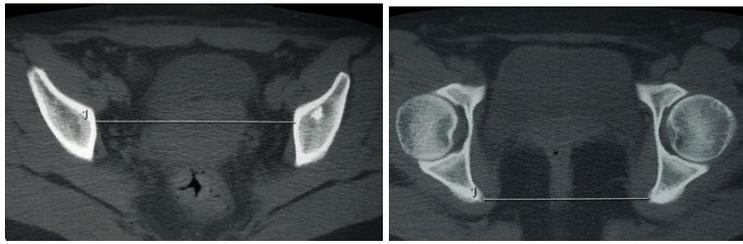
on peut avoir recours aux examens complémentaires devant:

- 1) Une primigeste ayant un bassin cliniquement anormal.
- 2) Une présentation de siège.
- 3) Une forte probabilité de bassin asymétrique (boiterie, scoliose, fracture déplacée.)
- 4) Un bassin qui n'a pas fait ses preuves (accouchement d'hypotrophie, pas d'accouchement, 1^{er} accouchement avec césarienne.)
- 5) Antécédents d'accouchement dystocique. 6) Macrosomie fœtale.

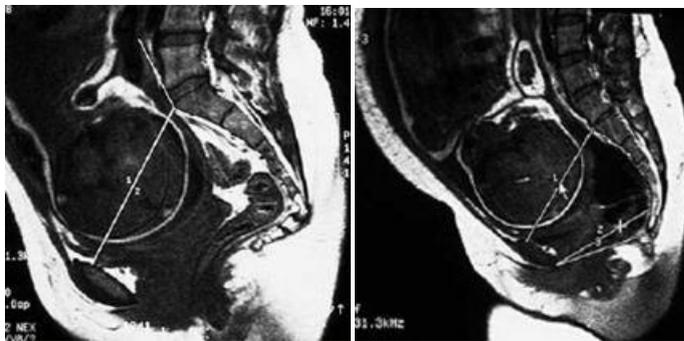
1- La radio-pelvimétrie classique: Comprend 3 incidences, 2 de face : L'incidence de Thoms et de Fernstrom et 1 de profil,



2-La radio-pelvimétrie par TDM: Permet des mesures plus précises.



3-IRM: +++



Résultats:

™ Le bassin normal:

- DS:
-PRP = 10.5 cm. -TM = 12 – 12.8 cm (\emptyset Tmax = 13.5 cm) - \emptyset oblique = 12 – 12.5 cm.
- Excavation:
- \emptyset semi-sacro-pubien = 12 cm. - \emptyset bi-épineux = 10.8 cm.
- DI:
- \emptyset bi-ischiatique = 12.5 cm. - \emptyset pubo-coccygien variable, de 8.5 – 11.5 cm.

™ Les bassins chirurgicaux:

- Le bassin sévèrement rétréci:
- \emptyset PRP \leq 9 cm (\leq 8 = bassin rétréci et aplati.)
- \emptyset bi-sciatique \leq 8.5 cm. - \emptyset bi-ischiatique \leq 8 cm.
- Le bassin asymétrique:
- \emptyset sacro-cotyloïdien < 7 cm (n = 9 cm.)

- \emptyset rétrécis avec DM déformé.
- DI rétréci avec ogive pubienne haute et étroite.
- Anomalies en rapport avec des séquelles traumatologiques.

™ Le bassin limite: C'est un rétrécissement modéré, souvent compatible avec un accouchement par voie basse.