

Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine, 9th Edition

by Creasy · Language: FR

Summary by booksummaryai.com —

<https://booksummaryai.com/country/fr/creasy-and-resnik-s-maternal-fetal-medicine-9th-edition-resume>

Summary

En 60 secondes

Il passe en revue chaque complication majeure—travail prématuré, prééclampsie, diabète, placenta praevia, anomalies fœtales—avec les preuves qui fondent chaque décision. Le fil conducteur : la plupart des catastrophes maternelles et fœtales sont prévisibles, dépistables et souvent évitables si vous savez quoi surveiller. C'est moins un récit qu'une masterclass sur l'art de penser clairement sous la pression obstétricale.

Pourquoi le lire

Si vous accouchez des patientes, prenez en charge des grossesses à haut risque ou étudiez la médecine materno-fœtale, c'est l'étalon auquel tout le reste se mesure. À sa neuvième édition, il demeure la synthèse la plus citée du domaine sur les grossesses compliquées. Les lecteurs profanes directement concernés par une grossesse difficile—patientes, conjoints, doulas en quête de profondeur—le trouveront dense mais faisant autorité.

Les idées clés

L'accouchement prématuré est un syndrome, pas une maladie unique

Une femme arrive à 29 semaines avec des contractions régulières et un col raccourci. Un chapitre de manuel l'aurait autrefois qualifiée de « travail prématuré » et l'aurait traitée d'une seule manière. Le cadre de Creasy insiste : elle pourrait être l'une de plusieurs patientes distinctes — infection, cause vasculaire, déclenchée par le stress, mécanique. Le travail du clinicien est de déterminer laquelle, car le traitement diffère.

La discipline est passée du traitement du travail prématuré comme une entité unique à la reconnaissance de multiples voies — infection, ischémie utéroplacentaire, insuffisance cervicale, stress maternel — qui convergent vers le même point final. Cela explique pourquoi une stratégie de prévention à balle unique a continué d'échouer : on ne peut pas arrêter quatre maladies différentes avec un seul médicament. Le dépistage et le traitement doivent correspondre à la voie.

À essayer: Si vous êtes enceinte et à haut risque, demandez à votre clinicien quelle voie spécifique d'accouchement prématuré s'applique à vous — pas seulement votre score de risque

générique.

La longueur du col est le signe vital du risque prématuré

Une échographie de routine au deuxième trimestre mesure quelque chose dont la plupart des patientes ne pensent jamais à demander : le col. Un col court au milieu de la grossesse s'avère être l'un des prédicteurs les plus forts d'un accouchement précoce. La mesure est peu coûteuse, rapide, et fait déjà partie de l'échographie morphologique que la plupart des femmes passent de toute façon.

Le col fonctionne comme un voyant d'alerte mesurable. La mesure transvaginale au deuxième trimestre identifie les femmes qui ont besoin d'interventions — progestérone, cerclage, surveillance plus rapprochée — avant même que les contractions ne commencent. La surprise est le caractère ordinaire du test : même machine, même visite, une mesure supplémentaire qui change la prise en charge.

À essayer: Lors de votre échographie morphologique, demandez le chiffre de la longueur du col et ce qu'il signifie pour votre risque spécifique.

La prééclampsie est une maladie placentaire en deux stades

Des semaines avant que la tension artérielle d'une femme ne s'élève, le mal a déjà commencé dans le placenta. Une invasion médiocre des artères spiralées prépare le terrain ; le syndrome maternel — hypertension, protéinurie, dysfonction d'organes — suit plus tard. Au moment où les symptômes apparaissent, la maladie est avancée.

La prééclampsie se comprend mieux comme une maladie placentaire aux symptômes maternels. Le premier stade est silencieux et placentaire ; le second est le syndrome clinique que tout le monde reconnaît. Ce modèle en deux stades explique pourquoi les efforts de prévention ciblent la placentation précoce (aspirine, surveillance) plutôt que d'attendre que la tension monte, et pourquoi l'accouchement demeure le seul remède.

À essayer: Si vous avez des facteurs de risque (première grossesse, prééclampsie antérieure, hypertension chronique), demandez tôt l'aspirine à faible dose et un plan de surveillance.

Les stéroïdes avant l'accouchement prématuré sauvent plus de vies que presque tout le reste

Une femme à 30 semaines est susceptible d'accoucher dans les jours qui viennent. Avant toute autre chose, elle reçoit une cure de corticostéroïdes prénataux. Le traitement accélère la maturation pulmonaire fœtale et réduit la mortalité néonatale, la détresse respiratoire et l'hémorragie intraventriculaire. C'est l'une des interventions de plus grande valeur dans toute l'obstétrique.

L'un des résultats les plus reproduits de la médecine périnatale : une courte cure de stéroïdes avant un accouchement prématuré anticipé améliore dramatiquement les issues néonatales. L'intervention est peu coûteuse, rapide, et fonctionne même à la limite de la viabilité. Les débats

en cours portent sur le moment, les cures répétées et le délai au-delà duquel il est trop tard — pas sur son efficacité.

À essayer: Si un accouchement prématuré semble possible, confirmez que les stéroïdes sont prévus et demandez la fenêtre de temps.

Le diabète de grossesse est un problème de seuil de glucose

Un dépistage de routine du glucose à 24-28 semaines trie les grossesses en celles où l'hyperglycémie maternelle augmente le risque fœtal et néonatal et celles où elle ne le fait pas. Les seuils proviennent de grandes études d'issues reliant des niveaux de glucose spécifiques à des complications comme la macrosomie et l'hypoglycémie néonatale.

Le diabète gestationnel est défini par l'endroit sur la courbe glucose-issues où le risque devient inacceptable, non par un seuil de laboratoire arbitraire. Les seuils diagnostiques ont été choisis parce qu'en dessous, les issues ressemblent à celles de la population générale ; au-dessus, les complications augmentent. Le traitement — régime, surveillance, insuline si nécessaire — vise à ramener le glucose maternel sous ce seuil de risque.

À essayer: Connaissez le résultat de votre dépistage du glucose et le seuil que votre praticien utilise pour diagnostiquer le diabète gestationnel.

Placenta accreta spectrum is a planned-emergency problem

A woman with a prior cesarean and a placenta previa on this pregnancy is at sharply elevated risk of placenta accreta—placental tissue invading the uterine wall. Undetected, it can cause catastrophic hemorrhage at delivery. Detected, it becomes a logistics problem: imaging, blood bank coordination, a team assembled in advance.

The rise in cesarean rates made placenta accreta spectrum a modern epidemic. The management principle is that outcomes improve dramatically when the diagnosis is made before delivery and the birth happens in a center with the right team and blood products. The lesson generalizes: in obstetric hemorrhage, preparation beats reaction.

À essayer: If you've had a prior cesarean and now have a previa or low-lying placenta, ask specifically about accreta imaging and delivery planning.

Fetal surgery: from science fiction to standard of care for a few conditions

For a handful of fetal conditions—twin-twin transfusion syndrome, spina bifida, certain lung lesions—operating on the fetus before birth now outperforms waiting. Randomized trials shifted some procedures from experimental to indicated. The window between 'technically possible' and 'clearly beneficial' took decades of trial data to close.

Open fetal surgery and fetoscopic procedures are now evidence-based options for a short list of diagnoses. The principle that made it work: treat the fetus only when the natural history untreated is worse than the risks of the operation, and prove it with randomized trials. Most fetal

conditions still don't qualify—the discipline is in the narrowness.

À essayer: For any fetal anomaly diagnosis, ask whether an in-utero treatment exists and what the trial evidence says.

Twin pregnancies are a different disease

A twin pregnancy is not a singleton pregnancy twice. Risks of preterm birth, preeclampsia, growth restriction, and perinatal loss are all elevated, and they differ sharply by chorionicity—whether the twins share a placenta. Monochorionic twins carry risks dichorionic twins never face.

Chorionicity is the single most important piece of information in a twin pregnancy, and it must be determined early by ultrasound. Shared placentas create risks—twin-twin transfusion, selective growth restriction—that have no singleton analogue. Management, surveillance intensity, and delivery timing all flow from this one early determination.

À essayer: If you're carrying twins, ask at the first ultrasound whether they're monochorionic or dichorionic and what that means for surveillance.

Postpartum hemorrhage kills by arithmetic, not mystery

A postpartum hemorrhage protocol treats bleeding as a logistics race: quantify loss, activate a response, replace products in ratio, find the source. The interventions are unglamorous—uterotonics, tranexamic acid, balloon tamponade, escalation to surgery. What saves lives is having the sequence drilled before the emergency.

Hemorrhage deaths are usually deaths of delay and disorganization, not of unknown medicine. The evidence behind protocols—quantified blood loss, early activation, balanced resuscitation, tranexamic acid—shows that systematic response outperforms heroic improvisation. Simulation and drills are part of the treatment.

À essayer: If you're delivering at a given hospital, ask whether it has a formal obstetric hemorrhage protocol and does drills.

Intrahepatic cholestasis: itching that matters

A woman in the third trimester develops intense itching of palms and soles, no rash. The textbook flags intrahepatic cholestasis of pregnancy, confirmed by elevated bile acids. The stakes are fetal: stillbirth risk rises with disease severity, which shapes decisions about surveillance and timing of delivery.

Severe pruritus in late pregnancy is a symptom worth taking seriously, not a nuisance. Bile acid levels correlate with fetal risk and guide management. The condition resolves after delivery but recurs in subsequent pregnancies, so the diagnosis matters beyond this pregnancy.

À essayer: Report persistent palm-and-sole itching in late pregnancy to your obstetrician and ask about a bile acid test.

La maladie thyroïdienne pendant la grossesse a des valeurs de référence propres à la grossesse

La TSH d'une patiente revient « anormale » selon les normes de laboratoire hors grossesse. Pendant la grossesse, cela peut être normal : l'hCG freine la TSH au premier trimestre, et les valeurs de référence évoluent trimestre par trimestre. La traiter selon les normes hors grossesse expose au surdiagnostic et à une lévothyroxine inutile.

La grossesse modifie assez la physiologie thyroïdienne pour que l'interprétation des analyses exige des valeurs de référence spécifiques à chaque trimestre. L'enjeu clinique joue dans les deux sens : une hypothyroïdie franche non traitée nuit au développement neurologique fœtal, tandis que le traitement de cas subcliniques ajoute des coûts et de l'anxiété sans bénéfice démontré. La compétence consiste à savoir quelle norme s'applique, et quand.

À essayer: Si l'on vous prescrit un bilan thyroïdien pendant la grossesse, demandez si votre laboratoire utilise des valeurs de référence spécifiques au trimestre.

La fausse couche répétée mérite un bilan, pas de simples paroles rassurantes

Après deux ou trois fausses couches consécutives, le manuel passe de l'expectative à l'évaluation systématique : caryotypes parentaux, anatomie utérine, anticorps antiphospholipides, et certains autres examens choisis. Certaines causes — le syndrome des antiphospholipides en particulier — ont des traitements fondés sur des preuves qui changent le pronostic.

La perte obstétricale répétée est une entité clinique définie, avec une évaluation limitée et fondée sur des preuves. Tous les tests du marché ne valent pas d'être faits ; le bilan cible les causes qui ont un traitement démontré. La découverte d'anticorps antiphospholipides compte, car l'héparine associée à l'aspirine à faible dose a un soutien d'essais pour améliorer le taux de naissances vivantes dans ce sous-groupe.

À essayer: Après deux fausses couches consécutives, demandez un bilan structuré de pertes répétées plutôt qu'un simple « réessayez ».

Nausées et vomissements de la grossesse : traiter tôt, traiter fort

L'approche du manuel face aux nausées et vomissements de la grossesse est d'intervenir avant que ne s'installe l'hyperemesis gravidarum. Attendre la déshydratation et la perte de poids rend l'état plus difficile à inverser. Un traitement antiémétique précoce, agressif et multimodal est la posture recommandée.

Le point contre-intuitif est que des symptômes légers méritent un vrai traitement. Escalader tôt la thérapeutique — modifications alimentaires, puis antiémétiques en association — prévient la cascade vers l'hyperemesis avec ses risques de perte de poids, de cétose et d'hospitalisation. L'affection est plus souvent sous-traitée par un stoïcisme mal placé que surtraitée.

À essayer: Dès les premiers signes de nausées significatives de grossesse, demandez un plan d'escalade écrit plutôt que d'attendre de ne plus tolérer les liquides.

Le moment de l'accouchement est un exercice d'équilibre aux coûts réels des deux côtés

Chaque décision sur le moment d'accoucher arbitre deux risques : laisser le fœtus dans un environnement qui devient hostile, et le mettre au monde pour lequel il n'est pas prêt. Le manuel présente le moment de l'accouchement dans les grossesses compliquées comme un calcul explicite bénéfice-risque, actualisé à mesure que l'âge gestationnel avance.

Aucun extrême n'est sûr. Le cadre qui organise l'obstétrique moderne est que l'âge gestationnel déplace continûment le calcul du risque, et que la décision d'accoucher doit être revue à mesure qu'arrivent de nouvelles données — tests fœtaux, état maternel, échographies. L'« expectative » est un choix actif avec ses propres exigences de surveillance, pas une option par défaut.

À essayer: Si un accouchement anticipé est proposé, demandez ce qui a précisément changé pour faire pencher la balance, et ce que surveillerait le plan expectatif alternatif.

Limites

C'est un manuel, pas une lecture : dense, coûteux, écrit pour les cliniciens, avec la densité de prose que cela implique. Les preuves évoluent plus vite que les éditions, si bien que certaines recommandations sont dépassées par les essais les plus récents dès l'impression. Les lecteurs profanes auront besoin d'un vocabulaire clinique ou d'une patiente avocate pour traduire. Et comme référence à auteurs multiples, le ton et la profondeur varient d'un chapitre à l'autre—certaines sont des synthèses remarquables, d'autres ressemblent à des revues de littérature.

En une phrase

La plupart des catastrophes de la grossesse se signalent tôt à quiconque a appris à les repérer—et ce livre vous apprend à regarder.

Pour qui

Les obstétriciens, les fellows en médecine materno-fœtale, les sages-femmes et les résidents prenant en charge des grossesses compliquées. Les patientes sérieuses confrontées à une grossesse à haut risque le trouveront également faisant autorité, à condition d'apporter patience et glossaire.