UNE MATERNITE SANS RISQUES

Docteur Fabienne MESSAOUDI
Gynécologue-obstétricien Centre Hospitalier de Versailles

Objectifs de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement

- Diminuer la mortalité et morbidité materno fœtale.

Comment arriver à nos objectifs

- Par le suivi et la surveillance des grossesses
- Par le dépistage des risques
  - Médicaux
  - Psychologiques et Sociaux
- Le diagnostic anténatal en vu d'une prise en charge néo-natale adaptée
- La surveillance du travail
- Un accouchement adaptée

1ére consultation

Avant la 14ème semaine d'aménorrhée.

- Confirmer la grossesse et son terme (DDR, test biologique de grossesse, échographie)
- - Détecter une grossesse anormale
- - Evaluer chez la patiente les facteurs de risques par un interrogatoire rigoureux.

Consultation la plus importante: orientation des patientes à risques

Rechercher Les facteurs de risques

- **Antécédents Familiaux:**
- Diabète, phlébite, maladie génétique…

  - **Antécédents médicaux**
  - Cardiopathie, HTA, antécédent thrombo-embolique.
  - Diabète. Lupus.
  - Epilepsie.
  - Hépatites et sida.
  - Anémie (hémoglobinopathies…).

Rechercher Les facteurs de risques 2

- **Antécédents obstétricaux**
- Fausse couches (terme) à répétition ou pas (rechercher hypothyroidie, maladie auto immune….)
- Grossesses antérieures déroulement,
- pathologies associées, diabète gestationnel (risque de récidive)
- syndrome vasculo rénaux (HTA, HRP, RCIU vasculaire…) prévention par aspirine avant 15 SA
- MAP, AP (prévoir arrêt de travail précoce)
- MIU connait-on la cause ?
- mode d'accouchement AVB ou césarienne (utérus cicatriciel)
- poids, état de l'enfant hypotrophie, macrosomie , la raison

Facteurs de risque 3

- **Antécédents gynécologiques**
- Utérus myomateux (risque MAP si nécrobiose)
- Traitement chirurgical gynécologiques antérieurs (fibromes…) utérus cicatriciel Conisation (surveillance échographique endovaginale de la longueur du col)
- Malformation gynécologique (risque fausse couche tardive)

Rechercher Les facteurs de risques 4

- **Facteurs Généraux et Sociaux**

- Age supérieur à 38 ans (risque de préeclampsie)
- Obésité (risque de diabète et de césarienne),
- Travail difficile et éloignement (risque de MAP)
- Consommatrices de médicaments, Tabac, repérer les consommatrices de drogue, alcool.(risque hypotrophie fœtale, alcoolisme foetal et syndrome de sevrage)
- Conditions socio-économiques défavorables., supplémentation fer , foldine

Tableau 1 : **Facteurs de risque obstétical selon le NICE** (6).

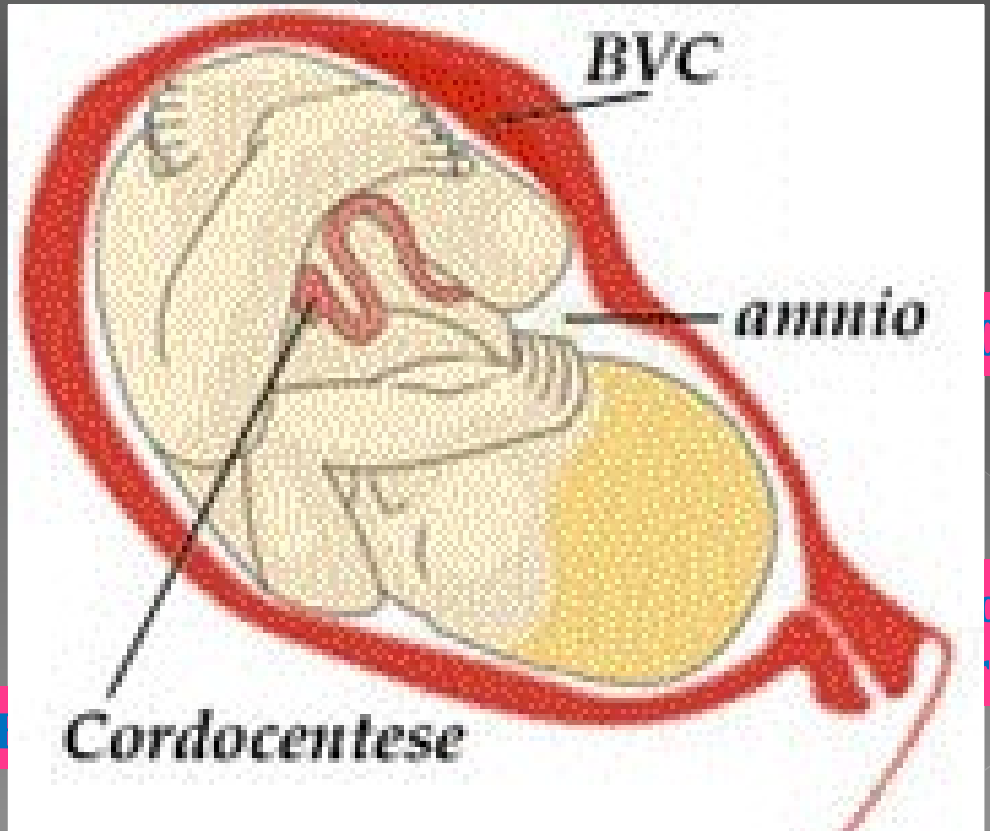
ATCD familiaux • Anomalies génétiques • Maladies génétiques • Malformation • Maladie	ATCD personnels • DNID, DID • HTA • Obésité > IMC > 30 • Âge maternel avancé • Maladie thrombo-embolique • Épilepsie • Néphropathie, uropathie • Maladies auto-immunes • Cardiopathie
ATCD personnels gynécologiques • Facteur de risque de GEU • DES syndrome • Malformations utéro-vaginales • Chirurgie cervico-utérine (conisation)	ATCD personnels obstétricaux • IU récidivantes • Mort fœtale inexpliquée • Avortement tardif • Accouchement prématuré • HTA, pré-éclampsie • RCIU • Malformations congénitales • Incompatibilité fœto-maternelle • Diabète gestationnel
Facteurs de risque • Environnement socio-économique défavorable, pratique de métiers à risque avec une exposition à des agents avérés toxiques pour la reproduction (sérigraphies, peintres, vernis, contact avec des solvants, glycol, etc.) • Toxicomanie, tabagisme, alcoolisme	

Examen clinique

- ***<u>Examen clinique complet</u>***:
- Ne pas oublier l'examen des seins, l'auscultation cardiaque…
- Etat veineux des membres inférieurs
- Frottis cervico-vaginal
- Prise de la tension artérielle
- Poids de départ (avant la grossesse) calcul de l'IMC, si > 25 surpoids.

Prise de poids et grossesse

- Objectif : 1 kilo/mois, maximum 12 Kg
- 4 Kg durant première moitié de la grossesse, consacré surtout à la mère le reste profitant au fœtus et placenta, durant la 2éme moitié de la grossesse.



Utérus = 500g

0g

blémie = 3500g

rve maternelle

Prise de poids excessive pendant la grossesse

- Facteur de risque d'HTA (RR 3,6) et de diabète gestationnel (RR 2,8 à 6,5)
- Ces pathologies sont à l'origine de déclenchement plus fréquent induisant plus de césariennes
- Augmentation du risque d'obésité infantile.
- Nécessité d'un régime équilibré minimum 1600 cal/j

Echographies

1er trimestre :

- Vérifier que le terme est exact.
- Vérifier s'il y a un ou plusieurs fœtus, diagnostic des grossesse multiples, monochoriale ou bichoriale.
- Vérifier localisation intra-utérine de la grossesse.
- Mesure de la clarté nucale qui augmente en cas d'anomalie chromosomique.
- Dépistage d'anomalies précoces.

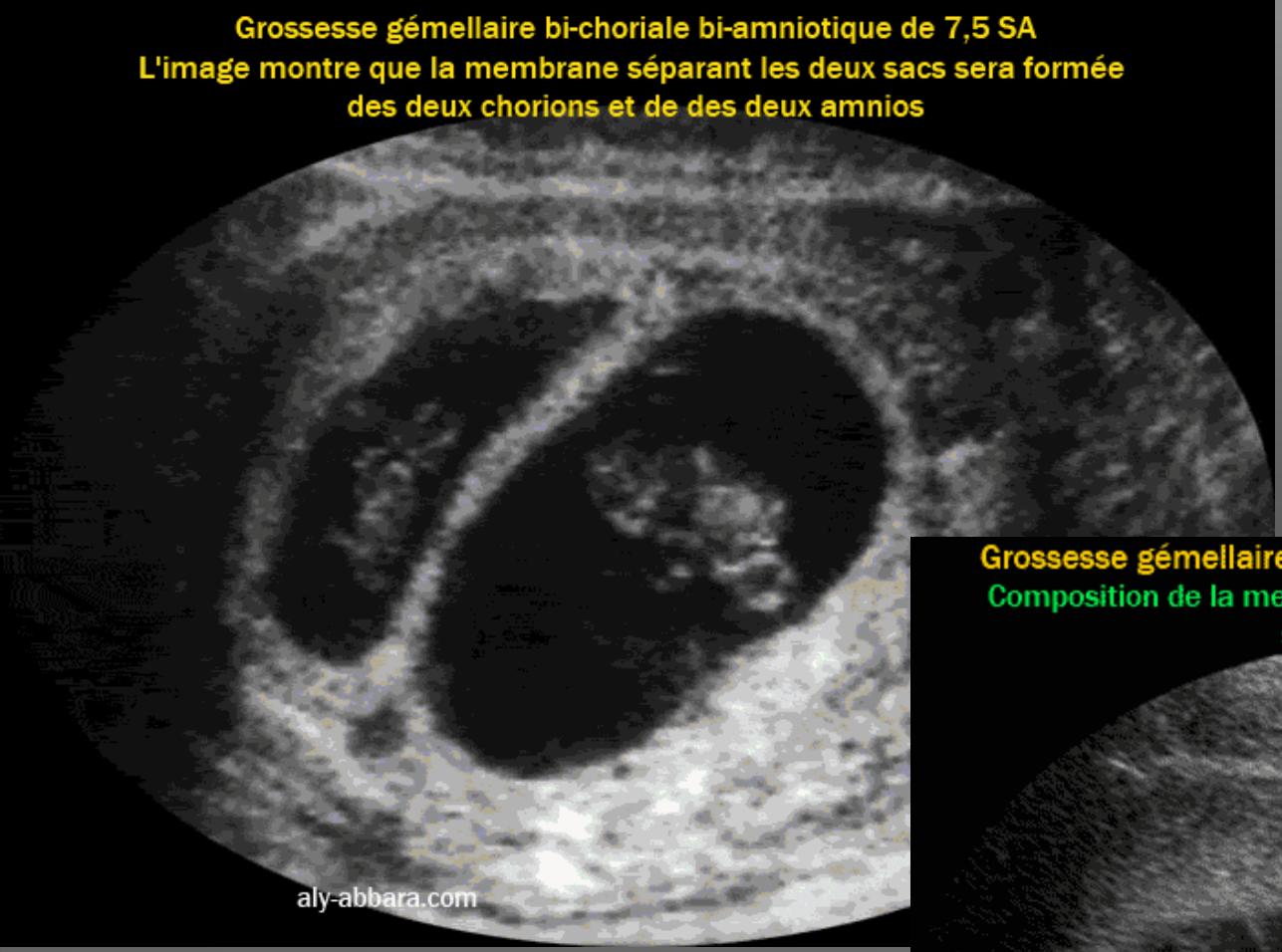
Grossesse de 8 semaines d'aménorrhée et 5 jours
les composants principaux
aly-abbara.com

Grossesse intra uterine

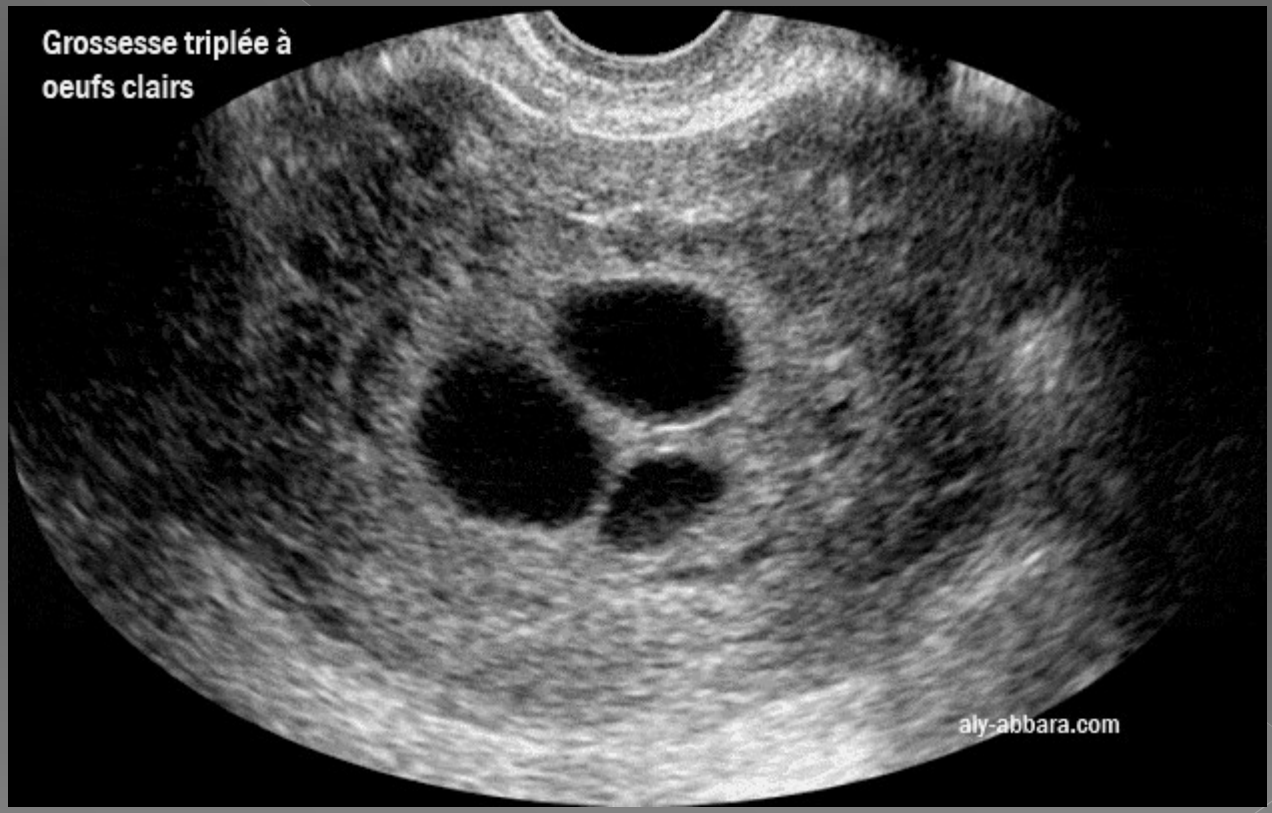
Embryon de 26 mm de longueur cranio-caudale de 9,5SA

Fœtus à 12 semaines d'aménorrhée ou 10 semaines de gestation

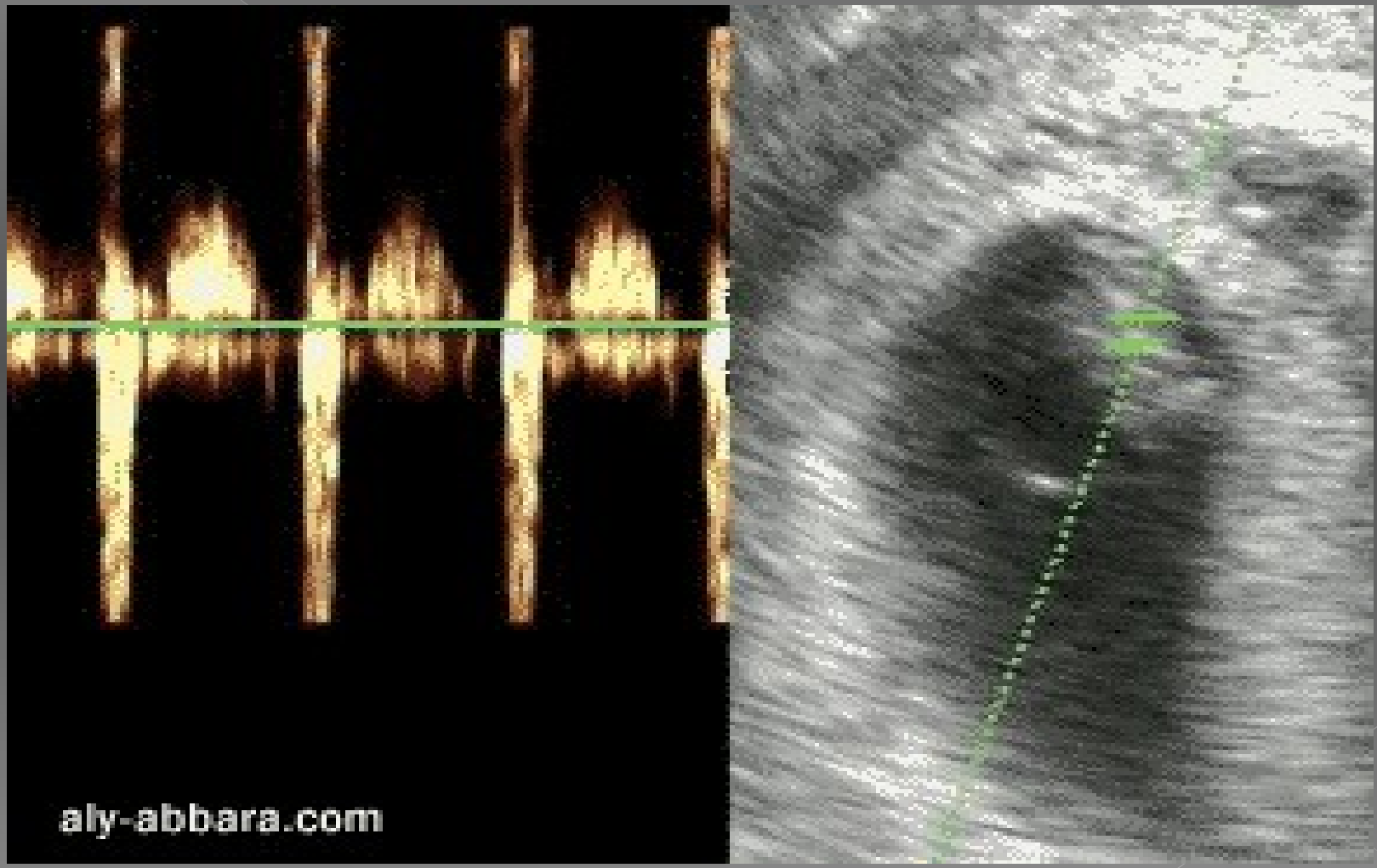
Grossesse gemellaire



Grossesse triple



Activite cardiaque



Clarté nucale échographique

Nuque epaisse

Plexus choroides

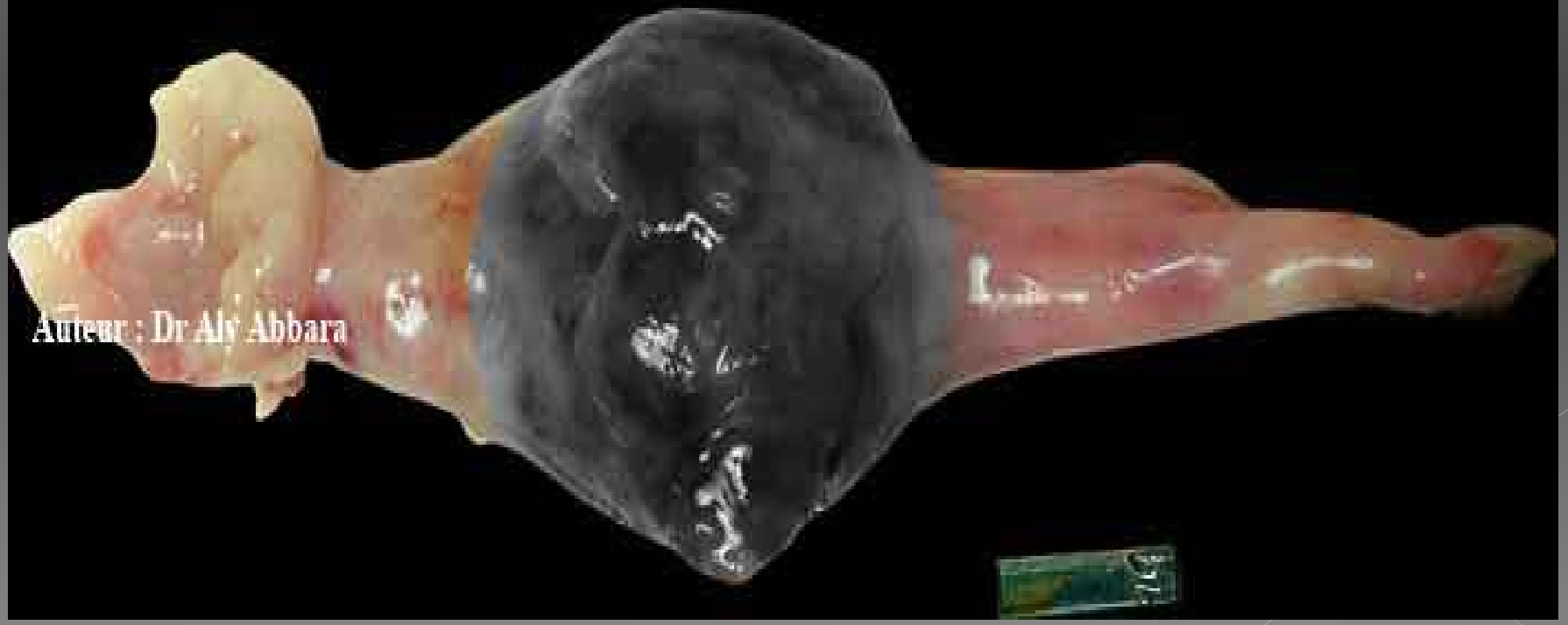
Grossesse extra-uterine DIU INTRA-UTERIN

Grossesse ectopique non rompue de la portion moyenne de la trompe droite

Aspect avant et après immersion dans l'eau et salpingotomie

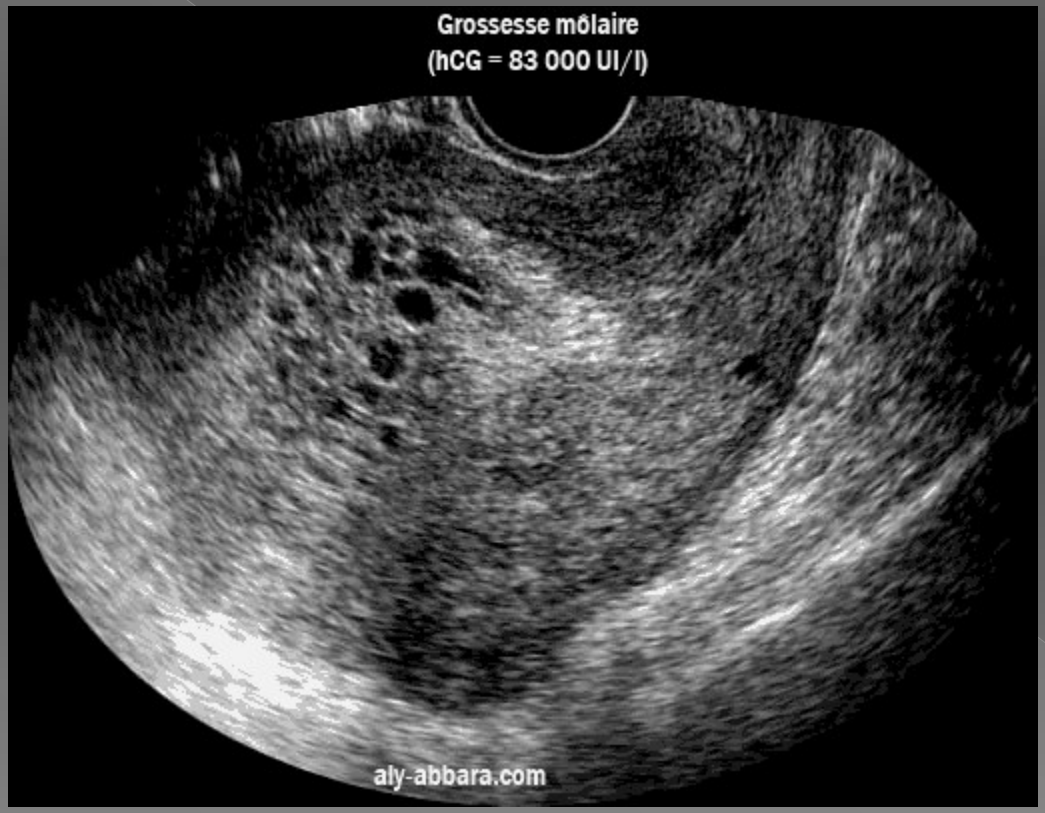
Sac gestationnel tubaire de 40 x 40 mm de diamètre

hCG plasmatique = 25 600 UI/l



Grossesse molaire

aspect en tempête de neige
pas d embryon visible



Embryon 3 D

Examens biologiques de départ

- Groupe sanguin + rhésus + RAI, Rhésus du conjoint si patiente rhésus négatif (surveillance en cas d'incompatibilité RH), possibilité de rechercher le **rhésus fœtal** sur le sang maternel à partir de 12 SA.
- Dépistage de la rubéole et de la toxoplasmose en l'absence d'immunité antérieur connue, conseil alimentaire….
- Dépistage de maladie infectieuse : syphilis, hépatite B active ou pas, HIV (trithérapie systématique dés 26 SA) 30 % femme VIH découverte pendant grossesse
- NFS plaquettes si femme carencée, malnutrie
- Protéinurie par BU mensuelle.

Examen clinique mensuel

- Recherche signes fonctionnels, urinaires, CU…
- Mouvements actifs fœtaux à partir 4éme mois
- Tension artérielle et Poids
- HU dépistage RCIU, utérus contractile,
- BDC
- Toucher vaginal (échographie endovaginal préférée). Permet en cas de CU fréquentes le diagnostic de MAP

Echographie endovaginale du col normal

aly-abbara.com

Béance de l'orifice interne du col utérin
avec une hernie de la poche des eaux dans
le canal cervical (grossesse de 29 SA)
aly-abbara.com

Traitement MAP

- hospitalisation si col < 25 mm et traitement par Loxen (voie veineuse perfusion 48h puis passage per os loxen LP 50 x 2 /jour),
- Nouveau traitement: un comprimé adalate toutes les 20 minutes maximum 4 comp.
- Cure corticoide si < 34 SA
- sortie
- repos+++

Echographie

2ème trimestre :

- Morphologie complète.

3ème trimestre :

- Localisation placentaire et quantité liquide amniotique
- Croissance du fœtus et présentation.

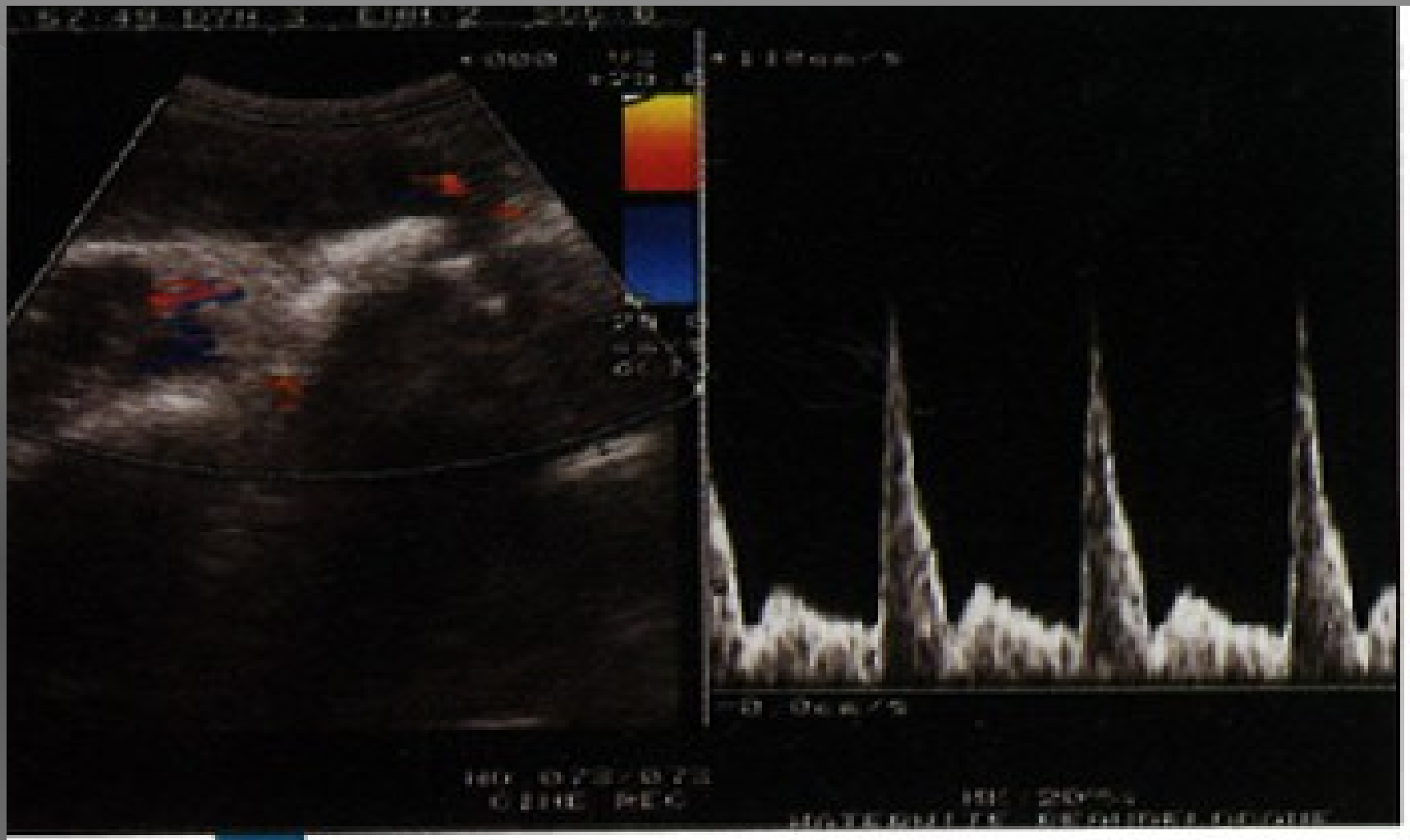
DOPPLER UTERIN

la persistance de la couche musculaire au niveau des artères spiralées est marquée par la présence de l'incisure protodiastolique ou Notch,

la profondeur de l'incisure va du grade I au grade IV le plus grave.

L'absence de Notch entre 12 et 14 SA, très bas risque

La présence de 2 Notchs entre 12 et 14 SA et qui persistent pdt la grossesse après 27 SA prédit une grossesse à haut risque, 62% de complications vasculaires.



3 ***Doppler utérin pathologique : incisue proto-diastolique + abaissement du flux diastolique.***

Le doppler ombilicale

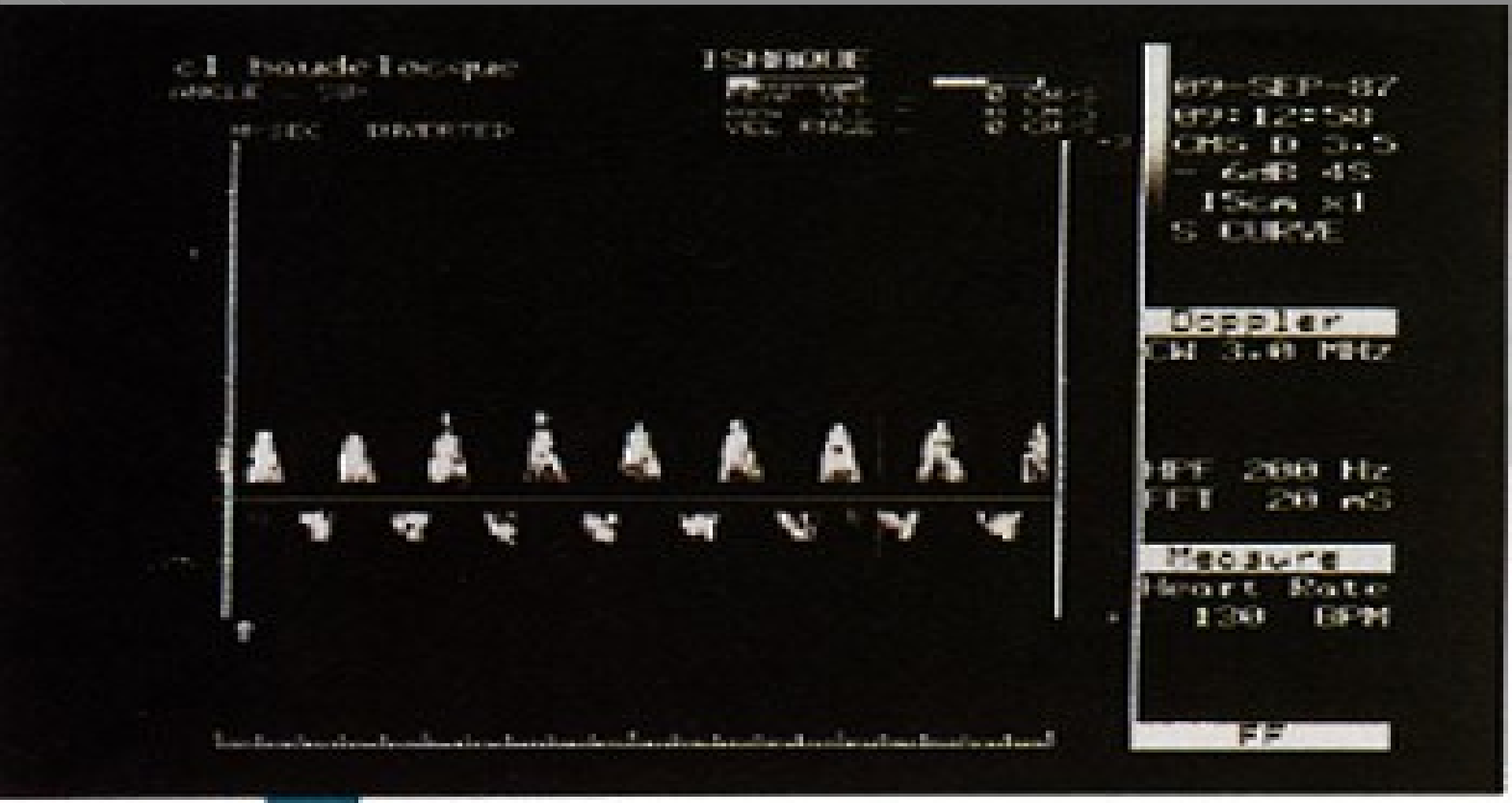
- ***Le doppler ombilicale,*** *mesuré au niveau de l'artère ombilical, il évalue le retentissement fœtal des anomalies placentaires*
- *Dans la grossesse normale, l'index de R° placent diminue avec le terme*

  En cas de RCIU, abaissement du flux diastolique avec augmentation des résistances placentaires donnent un index ombilical patho, diastole < 30%, index diastolique nul ou au maximum reverse flow.

1 ***Doppler ombilical normal.***

2a

Doppler ombilical pathologique : index diastolique nul.



2b

***Doppler ombilical pathologique : index diastolique nul associé à des épisodes de* Reverse flow.**

Doppler cérébral

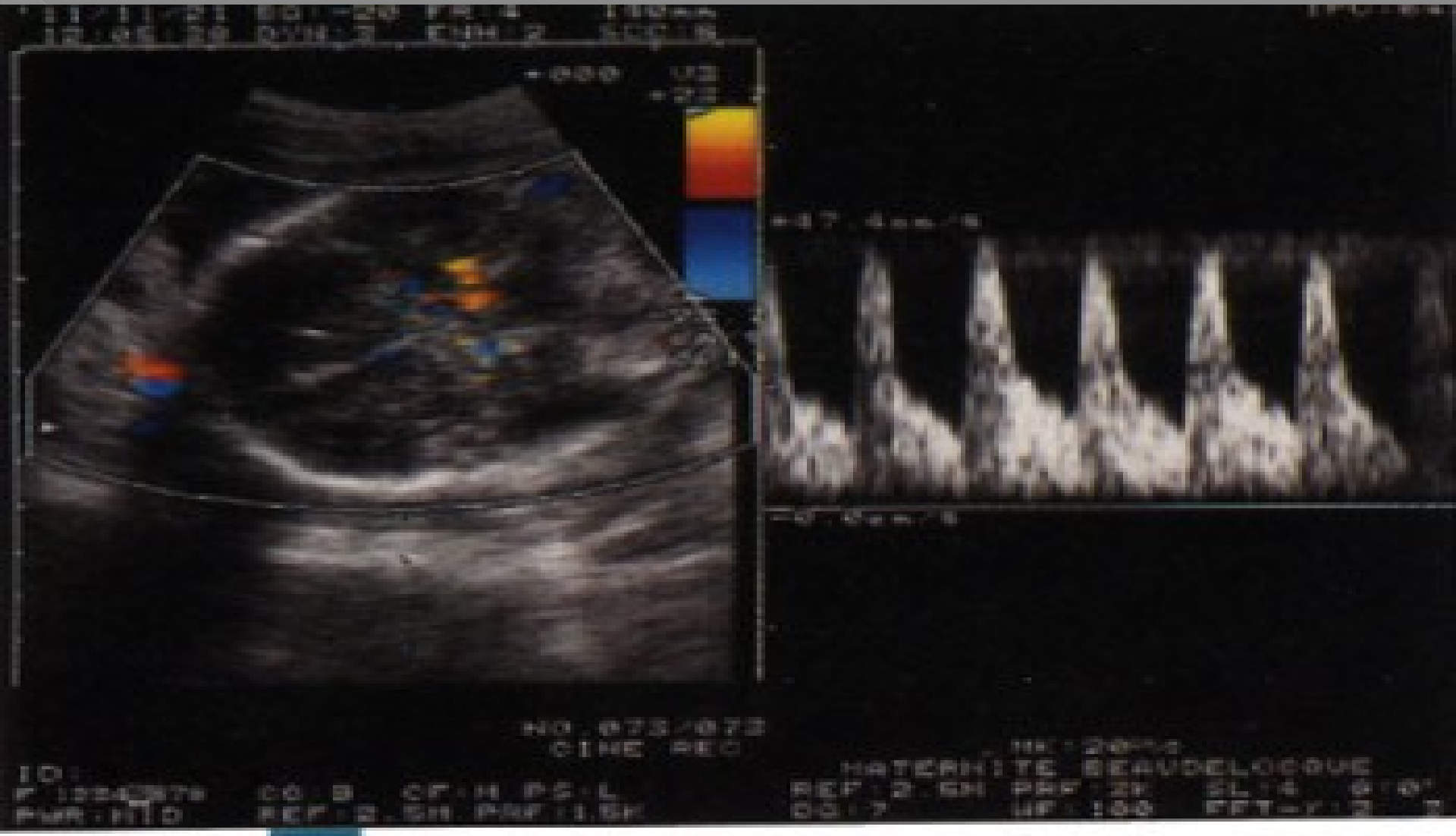
- ***Doppler cérébral:*** *il a pour but d'identifier la redistribution vx cérébrale en réponse à une hypoxie fœtale, il permet d'apprécier les perturbations circulatoires cérébrales.*

  Dans la grossesse normale, le système vx céréb est à haute R°.

  les troubles du RCF surviennent en moyenne dans les 13 jours qui suivent un doppler cérébral pathologique. Mesuré au niveau de l'artère cérébrale moyenne, site de choix, il est pathologique si diastole>25%.

4

Doppler cérébral normal.



5 ***Doppler cérébral pathologique : vaso-dilatation en rapport avec un phénomène de redistribution.***

Examens biologiques de suivi

- **RAI** mensuel si Rhésus négatif (conjoint RH +) Rhophylac* gamma globulines anti D entre 28 et 32 SA
- **toxoplasmose** mensuelle en l'absence d'immunité, si séroconversion Rovamycine* 9 millions/jour
- **Rubéole** mensuelle en l'absence d'immunité jusqu'au 4éme mois.
- **NFS plaquettes** vers 4éme mois recherche anémie physiologique de la grossesse par hémodilution, supplémentation fer et foldine

- Recherche d'un diabète gestationnel par **test OMS** vers 24 SA si facteurs de risque, HGPO avec 75 gr de glucose, 1 valeur anormale= DG

  Glycémie à jeun ≥ 0,92 g/l (≥ 5,1 mmol/l)

  Glycémie à 1heure ≥ 1,80 g/l (≥ 10 mmol/l)

  Glycémie à 2heures ≥ 1,53 g/l (≥ 8,5 mmol/l)

Critères d'indication de dépistage du DG

- Dépistage du DG uniquement population à risque, en présence d'au moins un des critères suivants, en l'absence de facteur de risque pas d'intérêt avéré du dépistage systématique
- Surpoids et obésité IMC préconceptionnel >25-30
- Age ≥ 35 ans
- ATCD personnel de DG, de macrosomie fœtal ou de MIU inexpliquée.
- ATCD de diabète chez apparenté au 1er degré (père, mère, frère, sœur).

Diabète Gestationnel

Risques:

- Augmentation des prééclampsies (HTA et protéinurie)
- Augmentation des césariennes
- Risque macrosomie fœtale

Prise en charge:

-règles hygiéno-diètètiques, 1800 cal/jour si patiente en surpoids, avec 40 à 50 % d'hydrates de carbone, sucres lents et fibres alimentaires, réparti en 3 repas et 2 à 3 collations.

- Activité physique 30 minutes, 3 fois par semaine
- Objectifs, stabiliser la glycémie à:

< 0,92 g/l à jeun

< 1,20 g/l à 2 heures post-prandial si échec, insulinothérapie (diabétologue si besoin)

Examens biologiques (suite)

- Prélèvement vaginal à la recherche du portage de streptocoque B (cocci gram +) en fin de grossesse:
- - si + 2 gr pénicillines à la rupture des membranes , ou la mise en travail puis 1 gr toutes les 4 h jusqu'à l'accouchement
- Evite les infections néo-natales à streptoccoque B grosse pourvoyeuses de décès néo-nataux

CONTENU DU SUIVI	Consultation préconceptionnelle	1re consultation avant 10 SA	2e consultation avant 15 SA
	-	**Etablir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse**	**Etablir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement**
Examens cliniques et biologiques	**Examen gynécologique** frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	**Réaliser un examen clinique général et gynécologique** PA ; taille ; poids ; examen des seins ; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	**Réaliser un examen clinique** PA ; poids ; HU à partir du 4e mois ; si possible bruits du cœur fœtal.
	Sérologies prescrites • groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) • toxoplasmose et rubéole • recherche d'agglutinines irrégulières	**Sérologies prescrites obligatoirement (1)** • groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) • toxoplasmose et rubéole • syphilis • glycosurie et albuminurie • recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B	**Sérologies prescrites** • toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent • rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA) • glycosurie et albuminurie
	Sérologie proposée VIH (population à risque)	**Examens proposées systématiquement (2)** • sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-foetale par le VIH • dépistage combiné du 1er trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (échographie réalisée entre 11-13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre) **Examens proposés éventuellement** • examen cytobactériologique des urines (ECBU) • dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque	**Examens proposés systématiquement** dépistage des anomalies chromosomiques fœtales :marqueurs du 2e trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1er trimestre

Pronostic obstétrical AVB ou césarienne

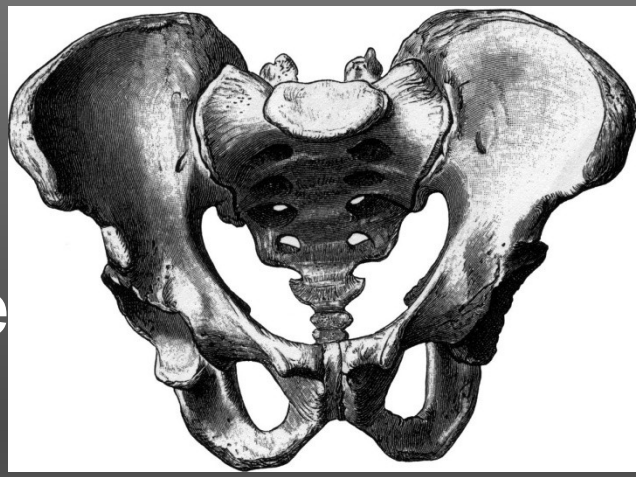
- Examen clinique du bassin

en fin de grossesse

Pelvimétrie: scanner ou IRM seule

Indication , la présentation

du siège



Consultation (Cs)	3e Cs	4e Cs	5e Cs	6e Cs	7e Cs
Mois de gestation	**4e mois**	**5e mois**	**6e mois**	**7e mois**	**8e mois**
Examen clinique Poids ; TA ; HU ; bruits du cœur et mouvements fœtaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines	X	X	X	X	X
Evaluation de la présentation fœtale	-	-	-	-	X
Consultation de pré-anesthésie	-	-	-	-	X
Sérologies à prescrire obligatoirement (1)					
- Glycosurie et albuminurie	X	X	X	X	X
- 2e détermination (si non faite avant) du groupe sanguin					X
- RAI, si Rhésus D négatif : à toutes les femmes	-	-	X	-	X
et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel (*)	X	X	X	X	X
- Toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	-	-	X	-	-
- Recherche de l'antigène HBs	-	-	X	-	-
- Hémogramme					
Examens à proposer systématiquement					
- 2e échographie (entre 20 et 25 SA)	X	X	-	-	-
- 3e échographie (entre 30 et 35 SA)	X	X	-	X	-
- Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)	-	-	-	-	X
- Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire	X	X	X	X	X
Examens à proposer éventuellement					
Examen cytobactériologique des urines en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de	X	X	X	X	X

9éme mois

- Décision de la voie d'accouchement en fonction du poids fœtal, de la présentation fœtale et des pathologies associées.
- Décision du lieu d'accouchement en fonction du terme, de malformation fœtale éventuelle, de pathologie maternelle associée
- En France: maternité niveau 1, 2 ou 3

Merci de votre attention