

THE MAÏEUSTY

**Du 3 au 16
Janvier 2022**

5 épisodes

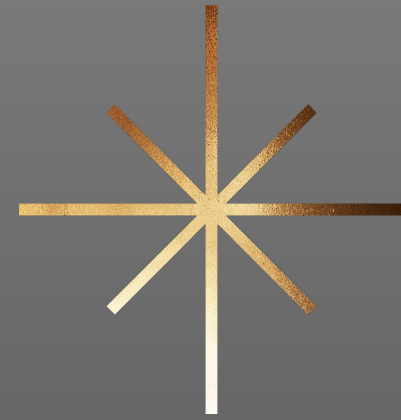
**Présentés par :
Marie-Caroline
Raphaëlle**

TUT' FLIX

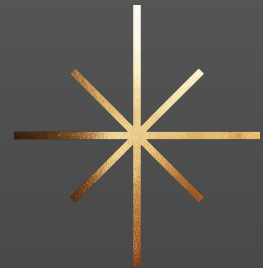


Cours 3

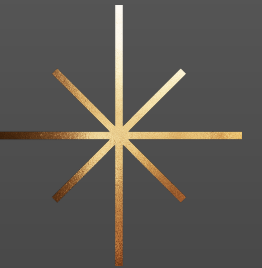
Raphoetus



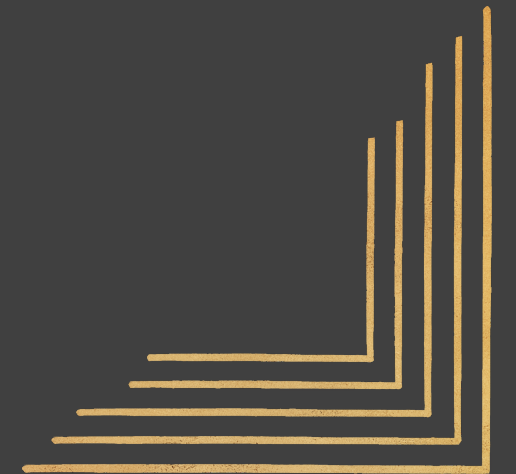
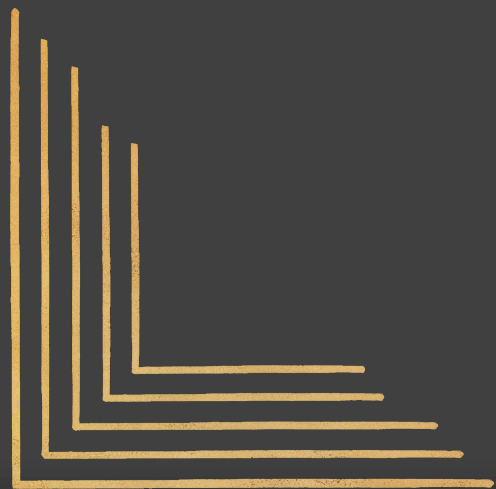
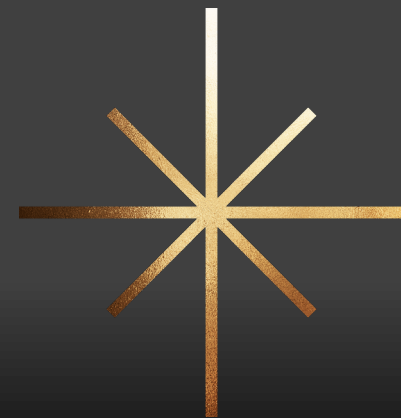
LES MODIFICATIONS



PHYSIOLOGIQUES DE LA



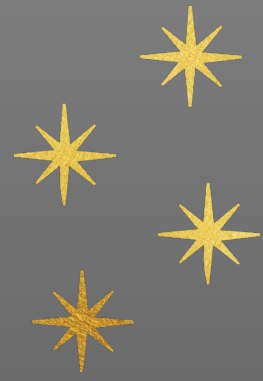
GROSSESSE



PLAN DU COURS



- Générales
- Glandes endocrines
- Métabolisme basal
- Cardio-vasculaires & hémodynamiques
- Respiratoires
- Hématologiques
- Rénales & urinaires
- Hépatiques & digestives
- Dermatologiques
- Appareil locomoteur
- Ophtalmologiques
- Ondotologiques
- Gynécologiques

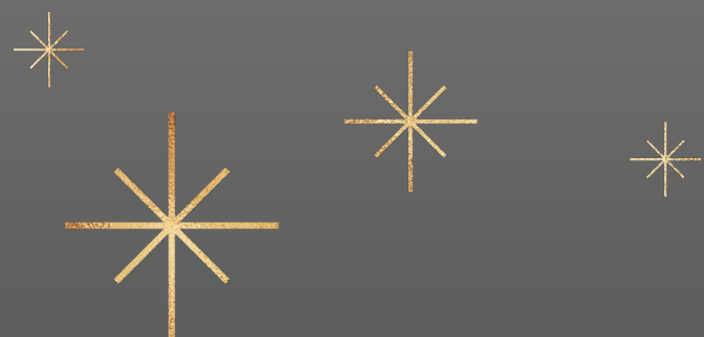


INTRODUCTION

Développement & la croissance du fœtus
Adaptation de la mère à l'état gravidique
Préparation de la mère à l'accouchement & à l'allaitement

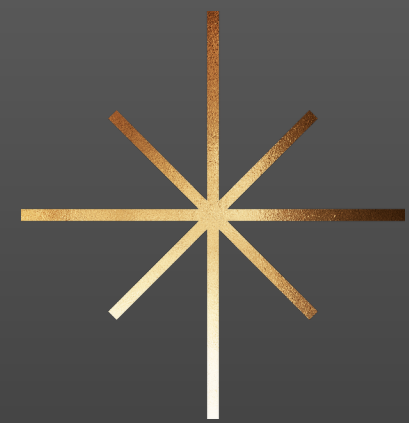
Greffe semi-allogénique → Besoin d'un état d'immunodépression



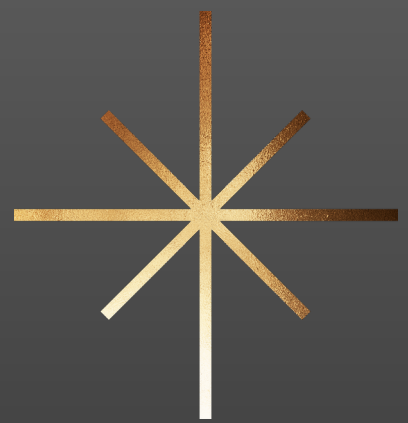


MODIFICATIONS GÉNÉRALES





MODIFICATIONS DES GLANDES ENDOCRINES



HYPOPHYSE

Modifications anatomiques:

↑ masse (0,4g → 0,8g) & volume

Modifications fonctionnelles:

TSH : ↓ jusqu'à 12 SA puis ↑

HCG : ↑ jusqu'à 12 SA → pic → ↓

Prolactine sérique : ↑ (x5-10)

Ocytocine : ↑

Sécrète : **T3**, **T4**, **Calcitonine** (hypocalcémiante)

Pendant la grossesse :

TBG : ↑ donc ↑ **T3 & T4 totales** → dosage inutile

T3 & T4 libres : ↓ → dosage utile !

THYROÏDE

PARATHYROÏDES

Sécrète : **PTH** → régule le métabolisme phospho-calcique

Très important car liée à la minéralisation rapide du squelette fœtal

Production hormonale :

Maman : ↑ **PTH** vers 6 mois de grossesse
 ↑ **calcitonine** (pour compenser)

Fœtus : ↑ **calcitonine** (car hypercalcémie)
 ↓ **PTH**

SURRÉNALES

Catécholamines : peu modifiées sauf adrénaline & noradrénaline (↓)

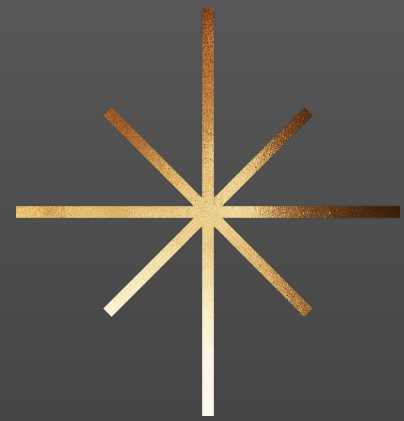
Cortisol plasmatique : x2

Aldostérone : ↑

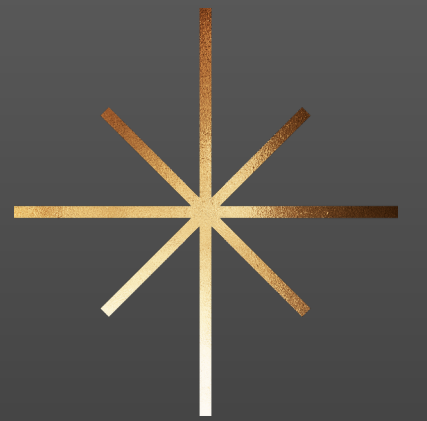
Testostérone : ↑

PANCRÉAS

Hyperinsulinisme réactionnel en post-prandial



MODIFICATIONS DU MÉTABOLISME BASAL





Augmentation de **15 à 30%**

1/4 pour cœur et poumons maternels
3/4 pour le complexe fœto-placentaire

2 périodes :

T1 & T2 : accumulation des réserves chez la mère

T3 : processus cataboliques pour le placenta et le fœtus

LIPIDES

↑ triglycérides (x2-3)

Retour à la normale en 6 sem. PP

↑ cholestérol

Retour à la normale en 8 sem. PP

PROTÉINES

Protéolyse inchangée


↓ de 10g/L de protéines
plasmatiques totales

GLUCIDES


Celui qui subit le + de variations

État de jeun accéléré





MODIFICATIONS CARDIO-VASCULAIRES & HÉMODYNAMIQUES



Augmentation du travail cardiaque durant la grossesse → il y a un 2ème être à irriguer

VOLÉMIE

Vasodilatation artérielle
→ activation du SRAA
→ ↑ débit cardiaque

→ ↑ volume plasmatique

DÉBIT CARDIAQUE

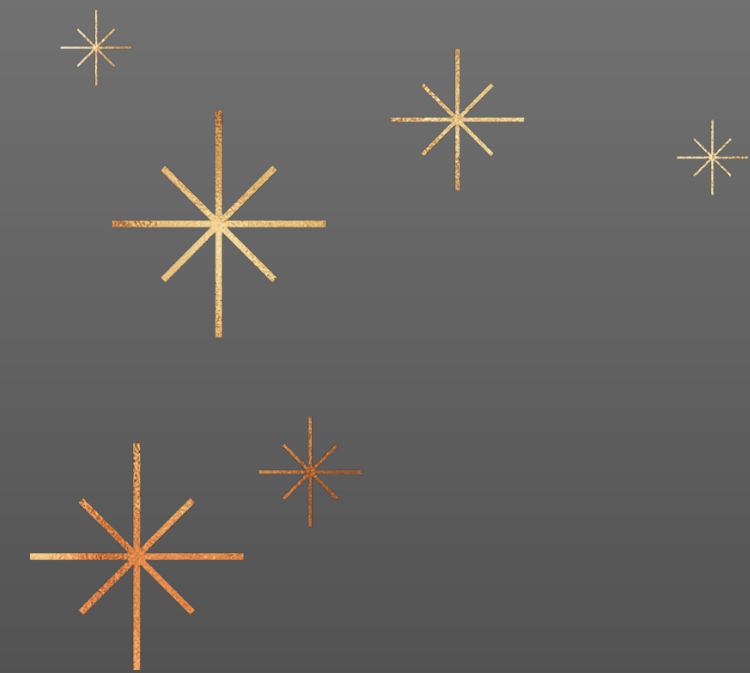
↑ de 30-50% car :
- ↑ de 15% pour FC
- ↑ de 30% pour VES

Il dépend de la position maternelle :
- décubitus dorsal
- décubitus latéral gauche

TENSION / PRESSION

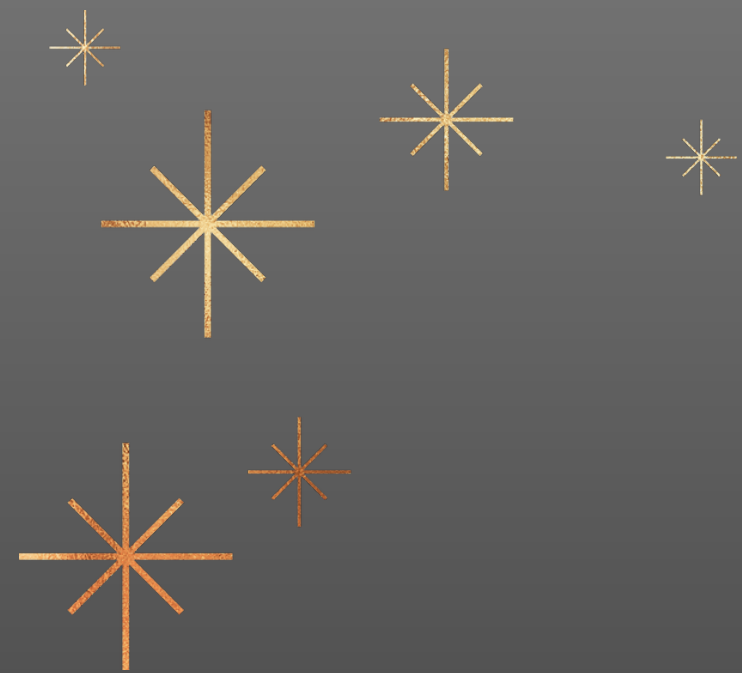
Pression artérielle : ↓ 20-30%
physiologiquement à 10/6

Pression veineuse : ↑ aux MI



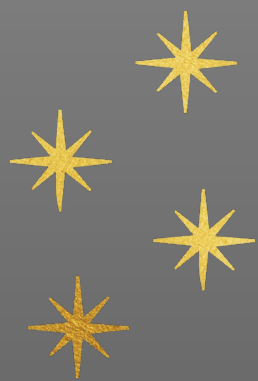
MODIFICATIONS RESPIRATOIRES





MODIFICATIONS HÉMATOLOGIQUES





COMPOSANTS DU SANG

B 12

Entrée des folates dans les GR
Besoins couverts par une alimentation équilibrée

NFS

GB :

- ↑ à partir T2
- ↑ PNN
- ↓ PNB
- monocytes stables

Plaquettes : thrombopénie physiologique

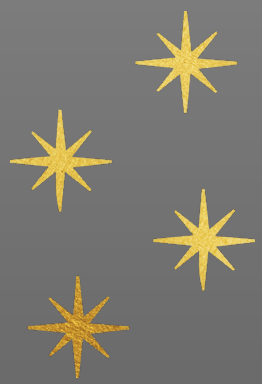
ÉLECTROLYTES

Na^+ / K^+ / Cl^- : stables

Ca^{2+} / Mg^{2+} : ↓ (transmission au fœtus)

HCO_3^- : ↓





HÉMOSTASE

Prépare l'organisme maternel à l'accouchement & à l'hémorragie de la délivrance

- ↑ facteurs de coagulation
- ↓ inhibiteurs physiologiques de la coagulation
- ↓ capacité fibrinolytique (minimale à T3)

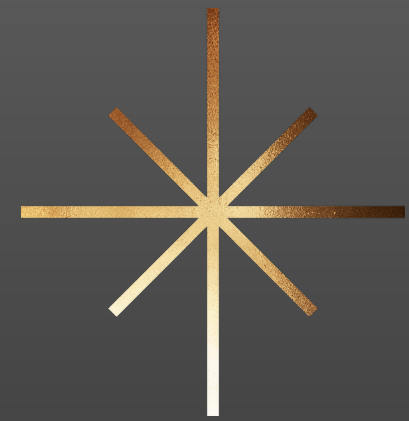
Permet l'hémostase dans le post-partum immédiat
État d'hypercoagulabilité progressif

MARQUEURS BIOLOGIQUES DE L'INFLAMMATION

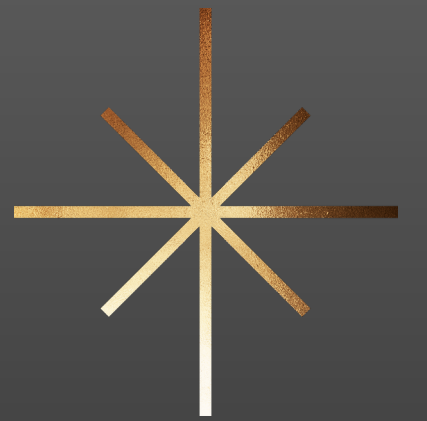
↑ vitesse de sédimentation

CRP stable





MODIFICATIONS RÉNALES & URINAIRES



MODIFICATIONS ANATOMIQUES

↑ taille & poids des reins

Dilatation pyélo-calicienne (dès 6 SA)

Dilatation pyélo-urétérale (dès 10 SA)

Stase à droite

Vessie & trigone vésical remontés

Déplacement latéral des orifices urétéraux

Vasodilatation rénale

Risques augmentés de :

- stase urinaire,
- reflux vésico-urétéraux,
- infections urinaires (→ contractions)

MODIFICATIONS FONCTIONNELLES

DÉBIT PLASMATIQUE RÉNAL

Début de grossesse : +80%

À terme : diminution
mais toujours +25% par rapport
à la norme

FILTRATION GLOMÉRULAIRE

Début : +15%

Fin : +50-70%

FONCTION TUBULAIRE

Protéinurie physio $\leq 0,3$ g/24h

↑ excrétion sodium & eau mais forte réabsorption

↑ seuil de réabsorption du glucose
→ glycosurie

↑ seuil de réabsorption des HCO_3^-
→ ↑ pH des urines (7,40-7,45)

MODIFICATIONS ✧ HÉPATIQUES & DIGESTIVES ✧

DIGESTIVES

↑ appétit (+200 Kcal/j)

Nausées & vomissements fréquents à T1

ESTOMAC

↓ sécrétions gastriques

↓ mobilité & tonus

↑ temps de vidange

CAVITÉ BUCCALE

Muqueuse hypervascularisée
+ tendance œdémateuse

Hypersialorrhée

INTESTINS

↑ temps de transit

↑ résorption d'eau
(constipation)

ŒSOPHAGE

Ralentissement du transit gastrique

Diminution du tonus du cardia

80% : reflux gastro-œsophagien à T1 (pyrosis)
Attention : risque d'accouchement prématuré

VOIES BILIAIRES & FOIE

Progestérone → hypotonie de la vésicule (stase)

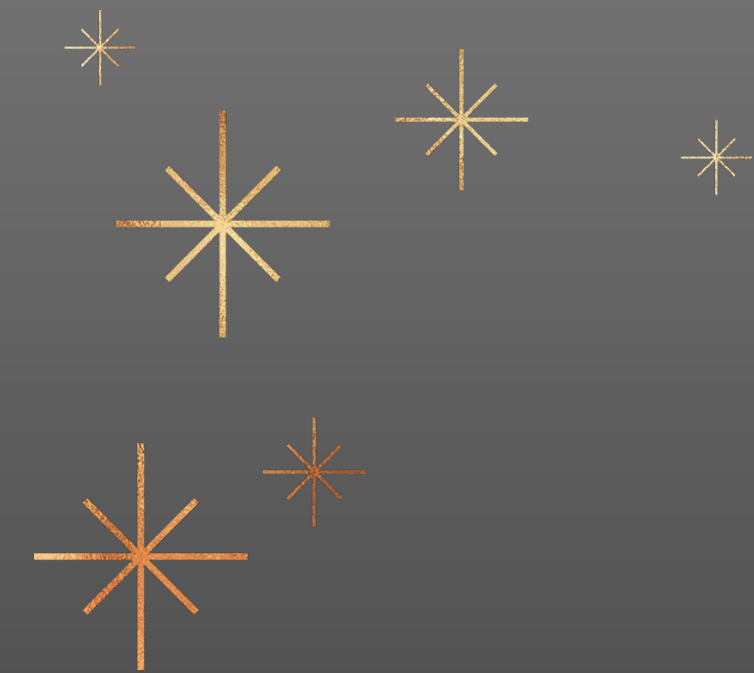
Œstrogènes → cholestérol (lithogénicité)

→ Risque de calculs

T3 : foie non palpable



Allez vous avez fait plus de la moitié !



MODIFICATIONS DERMATOLOGIQUES



MODIFICATIONS PIGMENTAIRES

HYPERPIGMENTATION CORPORELLE

90%

Sur les zones + pigmentées :
Aréole mammaire, région génito-anale ...



MELASMA CHLOASMA

50-70%

Nappes maculeuses irrégulières :
cou & visage



NÆVUS

= grains de beauté

MODIFICATIONS DES MUQUEUSES

GRANULOME PYOGÉNIQUE DE LA GROSSESSE

Petite tumeur rouge/violacée
Molle
Saignant facilement



GINGIVITE HYPERTROPHIQUE

Gencives saignant facilement
lors du brossage de dents



MODIFICATIONS VASCULAIRES

OEDÈMES

50%

Pas le godet



CUTIS MARMORATA

Marbrures

Instabilité vaso-motrice



ANGIOMES STELLAIRES

Dès la fin du T1

Cou, visage, bras, mains



MODIFICATIONS VASCULAIRES

ÉRYTHÈME PALMAIRE

Démangeaisons

VARICES

40-50%

Hyperpression veineuse
Saphènes, vaginales, vulvaires & hémorroïdaires

CAPILLARITE PURPURIQUE

Perte de l'intégrité capillaire

ANGIOMES

5%

Surtout aux T2 & T3

MODIFICATIONS DES PHANÈRES

CHEVEUX

Pendant la grossesse : phase de croissance

Puis chute diffuse entre 1^{er} & 5^{ème} mois PP

Possible hyperpilosité transitoire

ONGLES

Lignes transversales de Beau

MODIFICATIONS

DES GLANDES SUDORALES & SÉBACÉES

↑ activité des glandes sudorales **eccrines**
↑ température corporelle
→ Transpiration + intense

↓ activité des glandes sudorales **apocrines**

Hyperactivité des glandes sébacées
→ Poussées d'acné

↑ volume des tubercules de Montgomery

VERGETURES

90%

Surtout au T3

Abdomen, cuisses, seins, creux axillaires & sacrum

Distension mécanique
Fragilisation des fibres de collagène & élastine
Altérations de la matrice extra-cellulaire

Rouges/violacées → atténuation → pâles
MAIS ne disparaissent jamais

A cluster of five gold starburst or asterisk-like shapes of varying sizes, located in the upper left quadrant of the slide.

MODIFICATIONS DE
L'APPAREIL LOCOMOTEUR,
OPHTALMOLOGIQUES
& ODONTOLOGIQUES

A vertical gold bar with a textured, metallic appearance, running along the right edge of the slide.

APPAREIL LOCOMOTEUR

Modification de l'équilibre
→ Risque de chutes

Hyperlaxité de certaines articulations

Entraînent certaines conséquences

OPHTALMOLOGIE

Ptosis modéré

Myopisation

Presbytie transitoire

Intolérance possible aux lentilles

ODONTOLOGIE

Caries

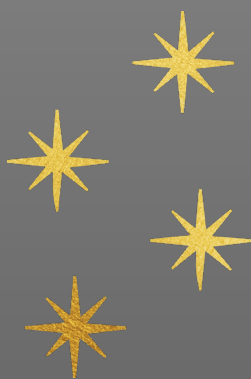
Érosions dentaires



A decorative graphic consisting of several stylized starburst or asterisk shapes in a light gold color, arranged in a cluster to the left of the text.

MODIFICATIONS GYNÉCOLOGIQUES





UTÉRUS EN DEHORS DE LA GROSSESSE

COMPARAISON AVEC L'UTÉRUS GRAVIDE

Organe musculaire creux

Dans le petit bassin entre la vessie & le rectum

Antéversion & antéflexion

	Utérus hors grossesse	Utérus gravide
Hauteur	6-7 cm	32-34 cm
Largeur		4 cm au niveau du corps utérin 2,5 cm au niveau du col
Épaisseur de la paroi	2 cm	4 cm Puis 1 cm sur les faces latérales 4 mm au niveau du fond utérin
Poids	50 g	1000 g

L'utérus s'épaissit puis s'étire donc s'affine

Dextro-rotation vers la droite





COL UTÉRIN

En haut & en arrière

Dimensions stables

Rose-violacé

Bouchon muqueux dense

Début : tonique / Fin : ramollissement

Orifice interne fermé jusqu'au terme

Orifice externe variable :

- primipare : punctiforme
- multipare : déhiscent

VAGIN & VULVE

Augmentation du débit sanguin

Entraîne :

Congestion vulvaire (varices)

Épaississement muqueuse

↑ leucorrhées physiologiques

↓ pH vaginal (mycoses)

SEINS

↑ du volume
des glandes mammaires

Pigmentation

Sensibilité

Visibilité

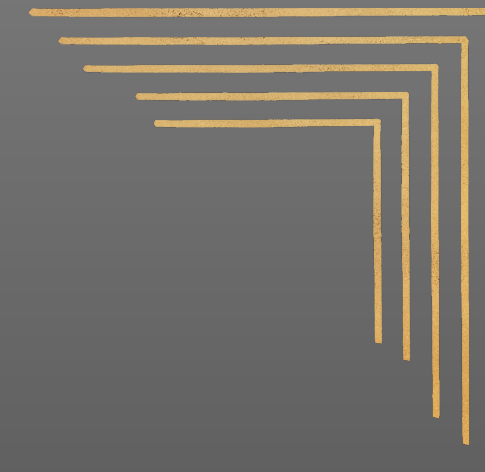
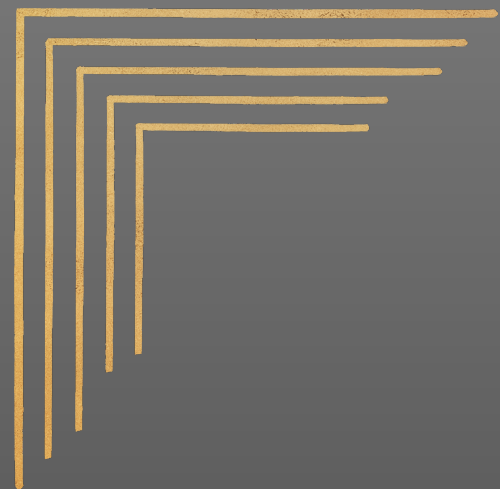
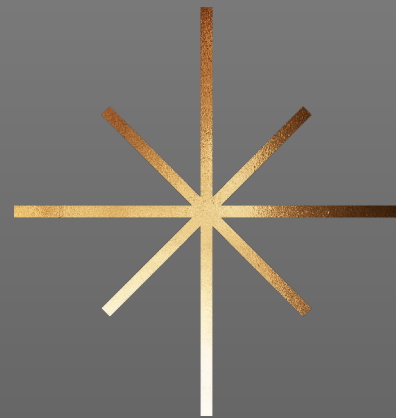
(Veines, tubercules de Montgomery...)



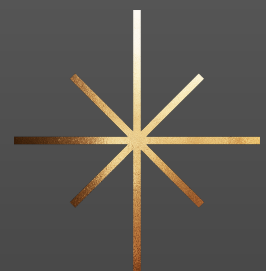
Quand tu vois qu'il reste encore une partie

C'est bientôt fini !!!

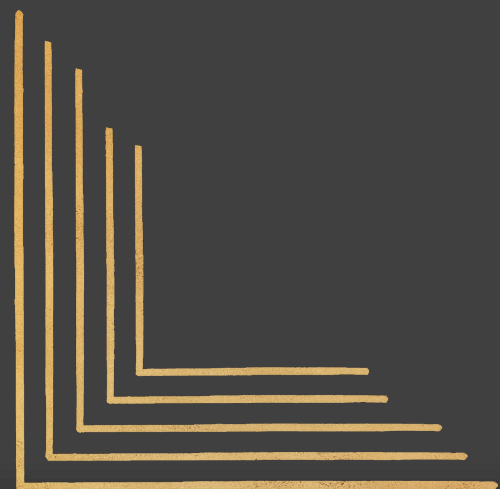
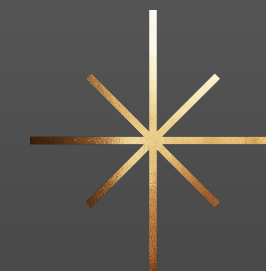




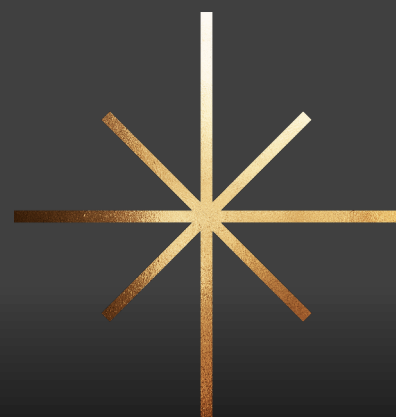
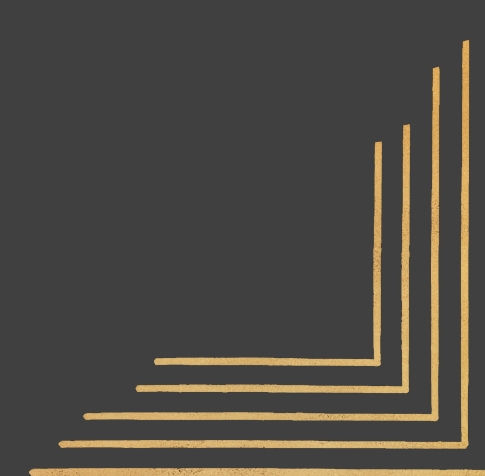
LES GRANDS PRINCIPES DE



SURVEILLANCE D'UNE GROSSESSE



PHYSIOLOGIQUE





PLAN DU COURS



- Consultations
- Grands principes
- Que surveiller cliniquement ?
- Sujets à aborder
- Échographies
- Surveillances biologiques
- Supplémentations

✧ CONSULTATIONS ✧

1 consultation au moins 1 fois / mois
→ 7 pendant la grossesse

À partir de 41 SA : consultations rapprochées
(si pas accouchée)

Vers 7-8 mois : consultation anesthésique

Suivi d'une femme enceinte :

Sage-femme

Gynécologue-obstétricien

Médecin traitant habitué & formé

✧ GRANDS PRINCIPES ✧

Grossesse : 9 mois = 39 SG = 41 SA

Pas besoin de surmédicalisation

Certains besoins de la part des patientes

Ne pas oublier le conjoint

* QUE SURVEILLER CLINIQUEMENT ? *

Tension artérielle $\leq 13/9$

Prise de poids

Sucre & albumine dans le urines

Signes cliniques ou plaintes des patientes : nausées, vomissements, RGO, vertiges ...

Signes cliniques obstétricaux : mouvements actifs fœtaux, contractions ...

* SUJETS À ABORDER *

Addictions

Comment elle se sent physiquement & psychologiquement

L'accueil de cette grossesse

Préparation à la parentalité

Allaitement

Antécédents pouvant avoir un impact

* ÉCHOGRAPHIES *

3 échos si c'est une grossesse physiologique → 1 / trimestre

T1 : environ 12 SA	T2 : 22 SA	T3 : environ 32 SA
<ul style="list-style-type: none">♥ Datation♥ Nombre d'embryons♥ Bon développement♥ Clarté nucale (Dépistage de la T21)	<ul style="list-style-type: none">♥ Morphologique♥ Biométrie (croissance fœtale)♥ Doppler♥ Positionnement placenta + col utérin	<ul style="list-style-type: none">♥ Biométrie♥ Positionnement placenta : dépister les facteurs de risques d'hémorragie de la délivrance

* SURVEILLANCES BIOLOGIQUES *

6 sérologies obligatoires :

Syphilis	VIH	Hépatite B	Hépatite C	Toxoplasmose	Rubéole
				Pour être sûr que la patiente est immunisée : 2 sérologies positives Si négatives : mensuelle	Pour être sûr que la patiente est immunisée : 2 sérologies positives Si négatives : mensuelle les <u>4 premiers mois</u>

GROUPE SANGUIN, RHÉSUS, RAI

2 déterminations à l'EFS

RAI : Ac contre gp sanguins étrangers

Rh : surveillance si mère Rh-

PRÉLÈVEMENT VAGINAL

Détection Streptocoque B

DIABÈTE GESTATIONNEL

Dépistage seulement chez
les patientes à risques

BILAN PRÉOPÉRATOIRE

DE FIN DE GROSSESSE

NFS

Plaquettes +/- ferritine

Savoir si besoin d'une
supplémentation,

Si risques d'anémie

DÉPISTAGE T21

T1 ou T2

Orienté si besoin de
recherches complémentaires

* SUPPLÉMENTATIONS *

2 officiellement recommandées :

- Folates
- Vitamine D

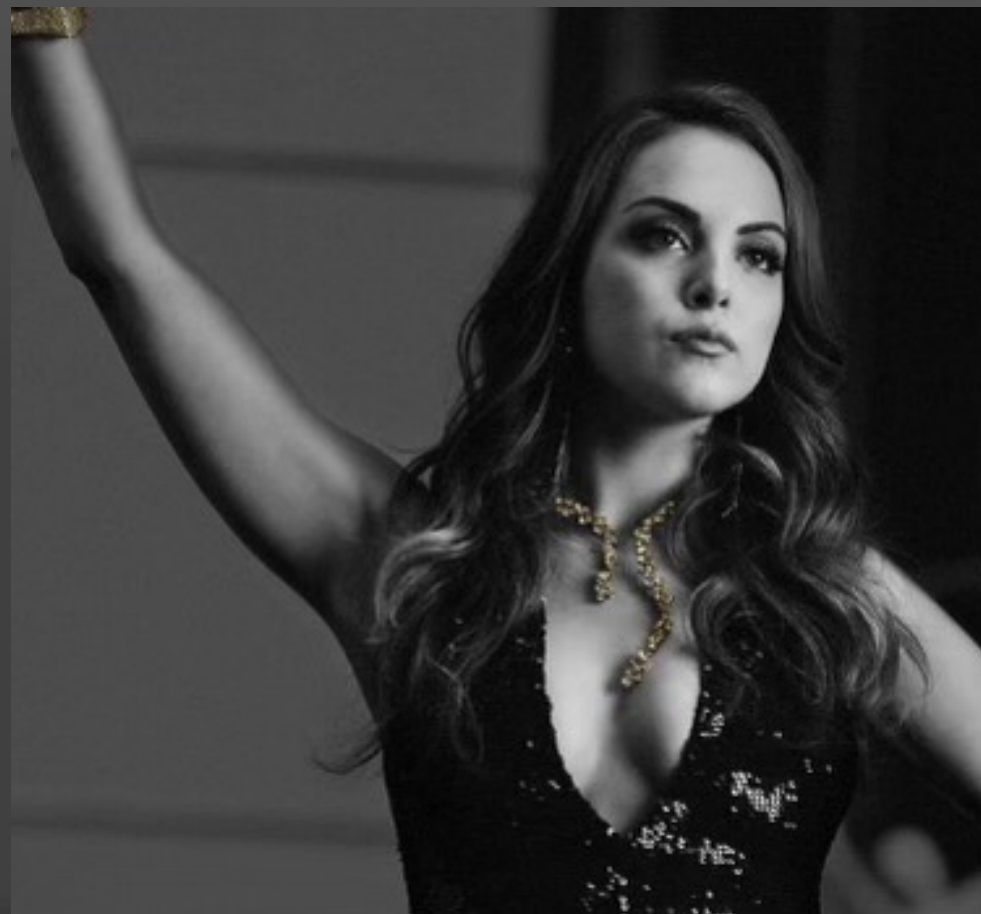
Pas de recommandations en France pour prendre systématiquement des vitamines de grossesse

Pas de supplémentation systématique en fer

Merci de votre attention !

Plein de courage pour la reprise

Vous êtes des warriors, la maïeutique vous aime alors n'hésitez pas 💖



Toi prêt à déchirer les QCM
de maïeutique !