

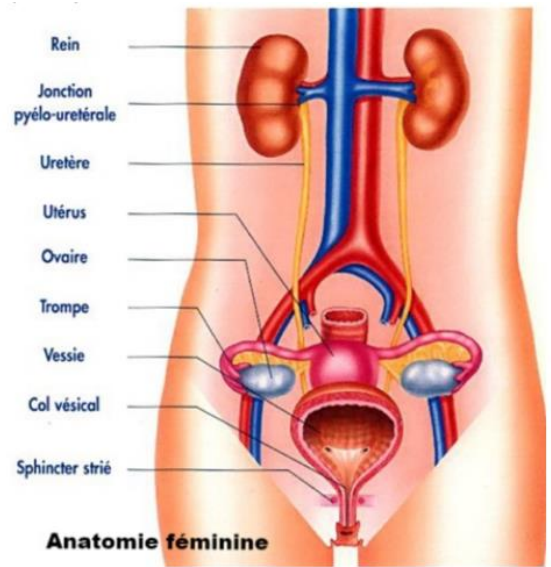
MODIFS PHYSIO PARTIE 3

Modifs Physio Partie 3

Modifications rénales et urinaires

MODIFICATIONS ANATOMIQUES

- La **taille** des reins **augmente** d'**1cm**.
- Le **poids** des reins **augmente** de **45g**.
- **Dès 6SA jusqu'à terme**, il y a une **dilatation pyélocalicielle** qui est la conséquence de l'atonie des fibres lisses due à la **progestérone**, retour à la normale **entre J7 et 2 mois post partum**.
- On a une **dilatation pyélo-urétérale** étant plus prononcé à **droite**, **dès 10SA** car l'uretère droit est comprimé entre le **détroit supérieur** et les **vaisseaux iliaques** d'une part, et **l'utérus gravidique** d'autre part.
- La **dextro-rotation de l'utérus** est le fait que la **veine ovarienne droite** très dilatée pendant la grossesse croise **l'uretère droit**, entraîne une **stase** à droite. À gauche, le **sigmoïde** s'interpose entre l'uretère et l'utérus. La **veine ovarienne gauche** est **parallèle** à l'uretère : il y a une **diminution** de la pression exercée sur l'uretère gauche (moins de pathos à gauche)
- La **vessie** et le **trigone** sont **élevés** par l'utérus en fin de grossesse. Cela déplace **latéralement** les **orifices urétéraux** et raccourcit la portion intra-murale de l'uretère dont le trajet est **perpendiculaire** au lieu d'être **oblique**.



Récap des modifications :

- Taille des reins
- Poids des reins
- Dilatation pyélocalicielle
- Dilatation pyélo-urétérale (droite)
- Dextro rotation de l'utérus
- Elévation de la vessie et du trigone vésical

Ces phénomènes ainsi que la vasodilatation rénale (qui précède la vasodilatation périphérique) favorisent la **stase urinaire** et les **reflux vésico-urétéraux**.

La femme enceinte est donc plus à risque de faire des **infections urinaires**. **Chaque mois**, selon les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé), il faut faire une bandelette urinaire afin de détecter ces infections urinaires qui passeraient inaperçues et qui peuvent entraîner des **MAP** (= menaces d'accouchements prématurés).

MODIFICATIONS FONCTIONNELLES

- ➔ **Débit plasmatique rénal** : **augmenté** dès le début de la grossesse (**+80%**) puis **diminue** à l'approche du terme mais reste à **+25%**. La **diminution** est la conséquence de la compression de la veine cave qui **diminue** le débit cardiaque.
- ➔ **Filtration glomérulaire** : **augmentée** de **+15%** en début de grossesse et de **+50-70%** en fin de grossesse.
- ⇒ Conséquence : il y a une **augmentation** de la **clairance** de la **créatinine**, de l'**urée**, de l'**iode**, du **calcium**, de l'**acide urique**... dont les taux sanguins **diminuent** pendant la grossesse

Fonction tubulaire :

- **Augmentation** de l'excrétion de certains **acides aminés** et **protéines**. La protéinurie physiologique doit être **≤ 0,3g/24h**. Si le seuil est largement dépassé, le risque majeur est la **prééclampsie** due à un dysfonctionnement du placenta ...
- **Augmentation** de l'excrétion de **glucose**, de **vitamine B12**, de l'**acide folique**, de l'**acide ascorbique**.
- **Augmentation** de l'excrétion du **sodium** (**+60%**) et de l'**eau**. Le bilan hydrosodé est tout de même **positif** car il y a une forte réabsorption. C'est une adaptation car l'eau et le Na⁺ sont nécessaires pour constituer un capital hydrosodé indispensable à l'**accroissement** des volumes. La capacité d'excrétion d'eau **diminue** en fin de grossesse. Cette rétention d'eau provoque souvent des **œdèmes des membres inférieurs** (vu juste après).
- **Augmentation** du seuil de réabsorption du **glucose**. Les **glycosuries** sont donc fréquentes et non corrélées à la présence d'un **diabète** en cours de grossesse.
- **Augmentation** du seuil de réabsorption des **bicarbonates** (à cause de la tendance à l'**alcalose respiratoire**). Le pH des urines est normalement de **7,34-7,38** et passe à **7,40-7,45** pendant la grossesse

Modifications hépatiques et digestives

Il y a une **augmentation** de l'appétit dès la fin du **premier trimestre** : **augmentation** des **apports alimentaires** de **200Kcal/jour**. Les **nausées** et **vomissements** sont **fréquents** (**40 à 90%**) entre **4 et 12 SA** : l'état général est conservé et l'évolution est spontanément résolutive.

! ATTENTION ! : ce n'est pas le cas de **l'hyperemesis gravidarum** qui correspond à des **vomissements incoercibles**, qui entraînent une **altération de l'état général**, une **déshydratation**, une **perte de poids** et une **cétose** survenant au cours de la grossesse.

La muqueuse est marquée par une **hyper vascularisation** et une tendance **œdémateuse** liées à l'imprégnation hormonale.

L'œdème gingival est **PHYSIOLOGIQUE** : la gencive est gonflée, rouge vif et saigne facilement au contact (lors du brossage des dents par exemple). **L'augmentation** de la perméabilité des capillaires et la **diminution** de la déglutition entraîne une **augmentation** de la salive. On parle de **ptyalisme** ou **hypersialorrhée**



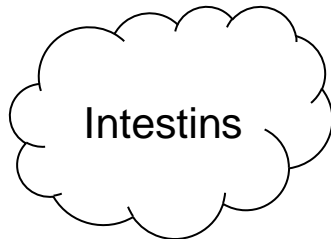
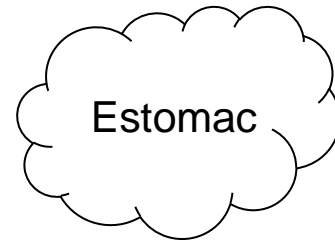
Œsophage

Il y a un **ralentissement** du **transit gastrique** ainsi qu'une **diminution** du **tonus du cardia** (c'est la jonction entre l'œsophage et l'estomac).

→ Conséquences : **80%** des femmes enceintes sont victimes de **reflux gastroœsophagien** dès la **fin de T1**. Ces reflux peuvent être **irréguliers** et **peu fréquents** ou parfois **très fréquents** et assez handicapants.

Le signe clinique est le **pyrosis** : la femme enceinte se plaint de remontées acides qui brûlent la gorge. Si la fréquence des reflux est **élevée**, l'érosion de l'œsophage entraîne une **toux** qui fait contracter la ceinture abdominale. C'est un facteur de risque **d'accouchement prématuré**.

- **Diminution** des **secrétions gastriques** de **40%**
- La mobilité et le tonus sont **diminués**, ce qui pourrait être responsables en partie des **nausées** de début de grossesse.
- **Augmentation** du temps de vidange



- Le temps de transit est **allongé**.
- La résorption de l'eau au niveau du **colon** est **augmentée**. Les patientes sont donc souvent **constipées** et parfois dès le début de la grossesse.

La **progestérone** entraîne une **hypotonie de la vésicule biliaire** et donc une **stase de la bile** : la vidange est **ralentie**. En parallèle, sous l'effets des **œstrogènes**, la concentration en **cholestérol** est **accrue**, **augmentant** l'indice de lithogénicité.

- ⇒ Ces deux phénomènes font que le risque de **lithiase biliaire** est **augmenté** (Calculs dans les voies biliaires)

À **T3**, le **foie** n'est pas palpable car il est refoulé par l'utérus en haut, à droite et en arrière. Son volume est **inchangé**.

- ⇒ Conséquences biologiques hépatiques :
- **Augmentation** des **phosphatases alcalines** (**x2 à x15**), des **lipides** et du **fibrinogène** (facteur de coagulation)
- **Diminution** de l'**albumine** (hémodilution), de la **bilirubine** (hémodilution), de la **créatinine** (hémodilution) et des **protides totaux**.



Modifications dermatologiques

Les modifications **endocriniennes**, **métaboliques**, **immunologiques** et **circulatoires** au cours de la grossesse sont à l'origine des modifications dermatologiques qui sont souvent des causes de plaintes des patientes.

PIGMENTAIRES

Hyperpigmentation corporelle

- Chez **90%** des femmes enceintes, notamment chez les femmes de phototype **foncé**, touche les zones physiologiquement + pigmentées : **aréole mammaire**, **région ano génitale**, **péri ombilicale** et la **ligne médiane abdominale** (ou linea nigra)

Mélasma ou chloasma (masque de grossesse)

- Chez **50 à 70%** des femmes enceintes, nappes maculeuses irrégulières sur le **cou** et le **visage**, pas forcément un masque complet, cela peut être seulement des taches. S'atténue en **6 à 18 mois**. Disparaît totalement dans **70% des cas**.

Naevus

- On peut avoir de nouveaux naevus lors de la grossesse (grains de beauté)

Conseils à donner à toutes les FE :

- Éviter le soleil le + possible
- Utiliser des crèmes solaires indice 50
- Éviter les parfums



CREDIT : UBC DEPARTMENT OF DERMATOLOGY & SKIN SCIENCE

Mélasma

VASCULAIRES

Œdèmes du visage et des extrémités :

- Chez **50%** des FE. Ce sont des **œdèmes** qui ne prennent **pas le godet** et prédominent le **matin**, ils sont **dermiques** dus à une **augmentation** de la **perméabilité capillaire** et à la **rétenction hydrosodée**. Disparaissent en **2 à 3 semaines post partum**. Si l'**œdème des membres inférieurs** (MI) prend le godet, il résulte de la rétention hydrique favorisée par la **diminution** du **retour veineux**. Le **décubitus latéral gauche** (DLG), l'**exercice**, les **bas de contention** et les **MI surélevés** peuvent améliorer cet état dont les patientes se plaignent beaucoup (notamment dans nos régions ensoleillées et chaudes). Ces œdèmes sont d'autant plus présents et importants quand on arrive au **terme** de la grossesse.

Cutis marmorata :

- Affection dermatologique qui réalise des **marbrures** au niveau des membres inférieurs, favorisées par le froid, c'est dû à une **instabilité vaso-motrice**.

Angiomes stellaires :

- Chez **2/3** des FE blanches et **1/3** des FE noires, apparaissent à la **fin du premier trimestre** surtout au niveau du **cou**, du **visage**, des **bras**, des **main**s. Disparaissent à **90%**, **2 mois post partum**.

Erythème palmaire :

- Chez **2/3** des FE blanches et **1/3** des FE noires, peut déranger car elles ont une sensation de **démangeaison**, disparaît en **1 à 2 semaines après l'accouchement**.

Varices :

- Chez **40 à 50%** des FE, elles sont liées à **l'hyperpression veineuse**. Localisations : **saphènes**, **vaginales**, **valvulaires**, **hémorroïdaires**.

Capillarite purpurique :

- Liée à la perte de **l'intégrité capillaire** et réalise un **purpura discret non infiltré** au niveau des **membres inférieurs**.



Un si beau pied...

MUQUEUSESGranulome pyogénique de la grossesse (2%) :

- Petite **tumeur** rouge violacée, molle, saignant facilement au contact.

Gingivite hypertrophique :

- Saignent facilement au contact (exemple : lors du brossage des dents)

PHANÈRES

Les cheveux sont en phase de **croissance** durant toute la grossesse. Entre le **1er et le 5eme mois après l'accouchement** ; la chute est diffuse, la récupération de cette chute est quasi complète en **1 à 2 ans**.

Une **hyperpilosité transitoire** est possible (disparaît après l'accouchement). Au niveau des **ongles**, les **lignes transversales de Beau** apparaissent, il y a un possible **décollement** au niveau de leur lit même si cela reste très peu fréquent.

GLANDES SUDORALES ET SÉBACÉES

- L'activité des glandes sudorales **eccrines** (+++paumes des mains, plante des pieds, front) est **augmentée**.
- L'activité des glandes sudorales **apocrines** (aisselles, anus, mamelon) est **diminuée**.
- La **température** corporelle étant + **élevée**, la **transpiration** est plus **intense**.
- Du fait de l'**hyperactivité** des glandes sébacées, les FE peuvent avoir des poussées **d'acné**. Les **tubercules de Montgomery** au niveau des **seins** **augmentent** de volume.

VERGETURES

Les **vergetures** sont présentes chez **90%** des FE, surtout au **3ème trimestre** ++. Elles sont localisées au niveau de l'**abdomen**, des **cuisses**, des **seins**, du **sacrum** et des **creux axillaires**.

Elles sont dues à une distension mécanique, une fragilisation des fibres de collagène et élastine et aux altérations de la matrice extra-cellulaire. Elles sont rouges / violacées, s'atténuent et pâlisent avec le temps mais **NE DISPARAISSENT JAMAIS !!**

Modifications de l'appareil locomoteur

L'équilibre est **modifié** avec le déplacement du centre de gravité. Il y a un relâchement ligamentaire du fait de la **relaxine**, de la **progestérone** et des **œstrogènes**. Cela entraîne une **hyperlaxité** de certaines articulations (symphyse pubienne (SP), vertèbres...).

→ Conséquences :

- Déstabilisation à la marche
- Mobilisation de la SP douloureuse (= **Syndrome de Lacomme**)
- **Sciatalgie** (douleur liée à la sensibilisation du nerf sciatique)
- Douleurs lombosacrées liées à **l'hyperlordose**
- Crampes des membres inférieurs

Modifications ophtalmologiques

Pendant la grossesse, le **ptosis** est **modéré**. Il est aussi appelé **ptose palpébrale** ou encore **blepharoptose** et correspond à une chute de la paupière supérieure.

Il existe une **myopisation** en fin de grossesse qui **régresse** en post partum ne nécessitant pas obligatoirement une consultation chez un ophtalmologiste.

Il y a une intolérance possible aux lentilles de contact. On peut aussi retrouver une **presbytie transitoire**.

Ptosis :



Modifications odontologiques

Pendant la grossesse, il y a une **recrudescence** de **caries** du fait :

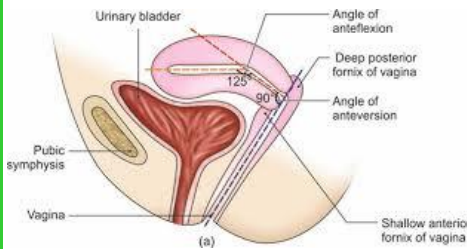
- De **l'inflammation gingivale** possible
- Des **modifications alimentaires** : **nausées**, **vomissements**, **RGO** (reflux gastro-œsophagiens) entraînant une fragmentation des repas et une plus grande acidité
- De l'alimentation riche en **sucre** assez fréquente pendant la grossesse. On conseille donc à toute femme débutant une grossesse d'aller chez son dentiste afin de faire un bilan de sa cavité buccale.

Pendant la grossesse, une consultation dentaire est prise en charge à 100% afin d'inciter les patientes à consulter.

Des **érosions dentaires** liées à la dissolution des tissus minéralisés peuvent aussi être présentes. Ce sera lié à l'attaque acide provoquée par les **vomissements** et les **RGO**.

Modifications gynécologiques

L'UTÉRUS EN DEHORS DE LA GROSSESSE



L'utérus est un **organe musculaire creux**, situé dans le petit bassin entre la vessie et le rectum. Il est en position **d'antéversion** et **d'antéflexion**.

L'antéversion correspond à un léger basculement de l'utérus vers l'avant de son axe vertical et l'antéflexion est l'inclinaison en avant de sa partie haute. L'utérus est donc basculé vers le **dôme vésical** et n'est pas situé dans l'axe du vagin.

L'UTÉRUS GRAVIDE

Durant la grossesse, les dimensions de l'utérus changent considérablement :

- Sa **hauteur** passe de **6-7 cm** avant la grossesse à **32-34 cm** en fin de grossesse.
- En ce qui concerne sa **largeur**, elle est de **4 cm** au niveau du corps utérin et de **2,5 cm** au niveau du col de l'utérus.
- Au début de la grossesse, la paroi utérine **s'hypertrophie** et son épaisseur passe de **2 cm** à **3 cm** au **4ème mois**, puis **4 cm**. Elle va **s'amincir** progressivement par la suite en raison de l'arrêt de **l'augmentation** de la masse musculaire alors que la cavité utérine **s'accroît**. Au voisinage du terme, son **épaisseur** est d'environ **1 cm** (= 10mm) sur les **faces latérales** et environ **4 mm** au niveau du **fond utérin** ou fundus.
- L'utérus, pesant **50 grammes** avant la grossesse, va peser environ **1000 grammes** en fin de grossesse.
- À terme, sa direction **sagittale** dépend de l'état de **tonicité** de la paroi abdominale de la patiente. Dans le plan **frontal**, l'utérus, légèrement incliné vers la **droite**, présente un mouvement de **torsion** vers la droite. Cette **dextro-rotation** varie en fonction du degré d'engagement de la présentation fœtale (où se situe le fœtus au niveau du bassin maternel) et de la tonicité de la paroi maternelle.

ANTÉFLEXION PRONONCÉE ET DEXTRO-ROTATION

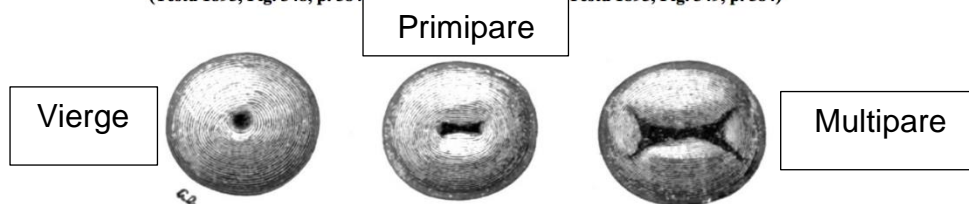
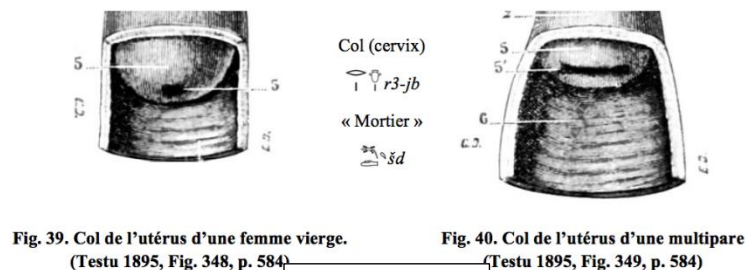
LE COL UTÉRIN

Le col de l'utérus est situé en **haut** du vagin et dirigé **vers l'arrière**. Ses dimensions sont **stables** durant la grossesse.

Il a un aspect **rose-violacé** avec, dans l'**endocol**, un **bouchon muqueux dense**. Le col peut saigner au contact pendant la grossesse. Sa consistance, **tonique** en début de grossesse, va se **ramollir** en fin de grossesse.

Son orifice **interne** reste fermé jusqu'au terme lors d'une G physiologique. L'orifice **externe** est quant à lui variable selon la parité (= nombre d'accouchements) de la patiente. Il sera **punctiforme** chez la primipare et **déhiscent** = en museau de tanche chez la multipare.

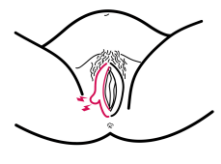
A partir du **3ème mois**, le col se porte progressivement en **haut** et en **arrière** et est parfois difficilement accessible au toucher vaginal, notamment lorsque la présentation fœtale est **basse**.



LE VAGIN ET LA VULVE

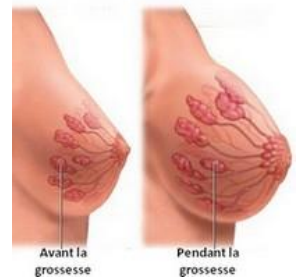
L'augmentation du débit sanguin entraîne au niveau vulvaire et vaginal :

- Une **congestion vulvaire** pouvant mener à des **varices vulvaires**
- Un **épaississement** de la muqueuse vaginale
- Une **augmentation** des **leucorrhées physiologiques** qui sont épaisses et blanchâtres
- Une **diminution** du pH vaginal avec une **modification** de la flore favorisant les **mycoses**



LES SEINS

- Les **glandes mammaires** **augmentent** de volume surtout en début de grossesse
- L'**aréole** se pigmente. Les seins deviennent plus sensibles.
- Les veines = le **réseau de Haller**, les **tubercules de Montgomery** ainsi que les **glandes accessoires** deviennent plus visibles.



*Les grands principes de la surveillance
d'une grossesse de déroulement physiologique*

LES CONSULTATIONS

Les patientes sont suivies avec une consultation au moins **1 fois par mois** soit en moyenne **7 consultations** pendant la grossesse. À partir de **41 SA** (= terme de la grossesse), les consultations sont rapprochées si la patiente n'a pas accouché. En effet, on va les surveiller toutes les **48 heures**.

Avant la fin de la grossesse, la FE doit avoir une **consultation anesthésique**. Elle est **obligatoire** car au moment du travail la patiente va peut-être vouloir une **péridurale** ou devra avoir une **césarienne** qui impliquera une anesthésie. Pour éviter de devoir la faire en urgence à l'arrivée en salle de naissance, on la prévoit vers **7-8 mois de grossesse**.

Une femme enceinte peut faire assurer son suivi de grossesse par plusieurs professionnels :

Une **Sage-Femme** : libérale, en PMI, hospitalière, en clinique privée

Un **Gynécologue-Obstétricien**

Un **médecin traitant** habitué et formé au suivi de grossesse

LES GRANDS PRINCIPES

Une grossesse dure **9 mois = 39 SG = 41 SA**. L'évolution physiologique de la grossesse est **favorable** dans **80% des cas**. Il n'y a pas de nécessité de surmédicaliser les grossesses car on en deviendrait **iatrogène**.

Les patientes ont des besoins par rapport à leur suivi de grossesse :

- Elles ont un besoin **d'écoute** car toutes ces modifs physio ne sont pas forcément connues du grand public et peuvent générer des questions ou des inquiétudes.
- La grossesse n'est pas toujours **épanouissante**, quoi qu'on en dise dans les magazines...
- Les couples peuvent avoir un **projet de naissance** c'est-à-dire avoir des idées pour la grossesse, pour l'accouchement, ils ont des désirs, on doit donc en discuter avec eux et voir ce qui est possible de faire ou non.
- Il ne faut pas oublier le **conjoint**, le futur papa a sa place dans la grossesse, il peut avoir des inquiétudes, des interrogations, des envies, des besoins, il faut l'écouter lui aussi.

QUE SURVEILLER CLINIQUEMENT ?

- **Tension Artérielle** : elle doit être inférieure ou égale à **13/9**.
- La **prise de poids**.
- **Sucre et albumine** dans les urines : recherche des **infections urinaires asymptomatiques**.
- **Signes cliniques** ou de **plaintes** des patientes :
 - Nausées, vomissements
 - RGO
 - Vertiges
 - Signes fonctionnels urinaires
 - Constipation
 - État veineux des MI afin de voir si la patiente a besoin ou non d'une **contention**
 - Douleurs ± prescription d'une **ceinture de maintien**...
 - Signes fonctionnels **d'HTA** : acouphènes, phosphènes selon les facteurs de risque et la clinique
 - Autres plaintes de la patiente
- Signes cliniques **obstétricaux** :
 - **Mouvements actifs fœtaux** : ressentis par les patientes aux environs du **4ème mois** de grossesse
 - **Contractions** utérines
 - **Métrorragies** : pertes de sang
 - **Leucorrhées** : pertes vaginales

LES SUJETS À ABORDER

Ces sujets seront à aborder pendant la grossesse, pas forcément dès la première consultation.

- Les **addictions** : tabac, alcool, drogues (+ demander pour le conjoint)
- Comment elles se sentent **physiquement** et **psychologiquement** ?
- L'**accueil** qui est fait à cette grossesse : prévue ? inopinée ? L'enfant va-t-il avoir une place dans la fratrie ? Est-ce qu'il commence déjà à avoir une place dans la famille ?
- La **préparation** à la parentalité
- L'**allaitement** maternel ou artificiel
- Tous les **antécédents** (ATCD) pouvant avoir un impact sur le déroulé de cette grossesse : Traumatismes, Violences, Deuils compliqués

LES ÉCHOGRAPHIES

Il y a **3 échographies** à faire lors d'une grossesse **physiologique**, c'est-à-dire **une par trimestre**. Ce n'est pas la peine de faire une échographie tous les mois.

1er trimestre : environ 12SA

Il s'agit de l'échographie de **datation**. Elle va aussi **dénombrer les embryons**, pour savoir s'il s'agit d'une grossesse simple ou multiple. Durant cette échographie, on va aussi mesurer la **clarté nucale** qui est l'**épaisseur du cou postérieur** (participe au dépistage de la **Trisomie 21** = T21).



2ème trimestre : 22SA (environ 5 mois de grossesse)

C'est ce qu'on appelle l'échographie **morphologique**. On va s'attarder à regarder les différents organes, les os, ... à la recherche de **malformations** potentielles. C'est aussi ici qu'on pourra déterminer le **sex**e du bébé. On va regarder les **biométries** servant à mesurer le fœtus et voir s'il grandit de façon normale. On vérifie aussi les **dopplers**, le **placenta** ainsi que le **col utérin**.



3ème trimestre : environ 32SA (environ 7 mois de grossesse)

On refait des **biométries** pour voir si le bébé se développe normalement et on regarde où se situe le **placenta** afin de dépister les facteurs de risque **d'hémorragie de la délivrance**.

LES SURVEILLANCES BIOLOGIQUES

→ Les sérologies :

- **Syphilis**
- **HIV** → Pas obligatoire mais recommandée
- **Hépatites B et C** → La « C » n'est pas obligatoire mais recommandée
- **Toxoplasmose** (minimum 2, mensuelle si **négative**)
- **Rubéole** (minimum 2, mensuelle jusqu'au **4ème mois** si **négative**)

En fonction des résultats de ces sérologies de début de grossesse, les **conduites à tenir** ainsi que la **surveillance** de la grossesse seront modifiées.

- Pour la **toxoplasmose** et la **rubéole**, pour être sûr que la patiente est bien immunisée il faudra avoir 2 sérologies **positives**. Si les sérologies sont **négatives**, on fera tous les mois la toxoplasmose jusqu'à un **mois après l'accouchement** et la **rubéole** jusqu'au **4ème mois de grossesse** afin de vérifier que la patiente n'attrape pas ces maladies pendant sa grossesse.

→ Groupe sanguin, Rhésus (Rh), RAI (recherche agglutinines irrégulières) :

- **2 déterminations** du **groupe sanguin** à l'**EFS** (établissement français du sang). C'est cet établissement qui fournit les poches de sang si besoin. Donc ils ont besoin des déterminations pour donner le bon.
- **RAI** : rythme selon si le Rh est + ou – et aussi selon le Rh de l'enfant. Dans tous les cas, on aura une RAI en début et en fin de grossesse (bilan préopératoire).

→ Dépistage du **diabète gestationnel** (DG) chez les patientes à risque :

- **Facteurs de risque** :
 - 35ans
 - ATCD personnels de DG
 - ATCD familial de diabète au 1er degré
 - IMC≥25
- Selon **histoire de la grossesse actuelle** : macrosomie, excès de liquide amniotique, prise de poids importante...

→ NFS (numération formule sanguine) plaquettes +/- ferritine :

- Début de grossesse
- Vers **6 mois**
 - ⇒ Ces deux premières prises de sang servent à savoir si on a besoin d'une **supplémentation** en **fer** ou en **folates** durant la grossesse.
- **Bilan préopératoire** de fin de grossesse (bilan de **- d'1 mois** au moment de l'accouchement)
- Selon la **clinique**, si on estime que la patiente présente des signes **d'anémie**.

→ Prélèvement vaginal :

- Il se fait en fin de grossesse. Il sert à détecter la présence de **Streptocoque B** au niveau des **pertes vaginales** et à prévenir toutes les **infections materno-fœtales** au Streptocoque B étant particulièrement redoutées car peuvent donner des **infections néonatales** et notamment des **méningites**.

→ Bilan préopératoire de fin de grossesse :

- Recherche surtout les **thrombopénies** (pas assez de plaquettes) de fin de grossesse ou les **thrombopénies pathologiques**. Il va aussi évaluer la **coagulation maternelle**.

→ Dépistage de la T21 :

- On appelle cela les **marqueurs sériques du dépistage de la T21**. Il peut se faire au **1er trimestre ou au 2ème**, ce ne sera pas les mêmes marqueurs que l'on cherchera selon le trimestre. Il s'agit du **calcul combiné** du risque de trisomie 21, ce n'est **pas un diagnostic** mais seulement une **probabilité**. Selon cette probabilité, on va adapter notre prise en charge. Si le risque est **très faible** on s'arrête là. Si le risque est **plus élevé** on va effectuer des recherches complémentaires.

LES SUPPLÉMENTATIONS

Il y a **2 suppléments** officiellement **recommandés**, en France, pendant la grossesse :

→ **Les folates en péri-conceptionnel : 4 semaines avant la grossesse et jusqu'à 8 SG.**

Ces folates sont prescrits en **prévention** de la **non-fermeture du tube neural**.

- **0,4 mg/jour** pour les patientes à bas risque.
- **5 mg/jour** pour les patientes à haut risque : ATCD de **spina bifida** / **fente labio-palatine** chez leurs enfants, patientes traitées pour **épilepsie** car ce traitement entraîne un **déficit en folates**.

→ **La vitamine D : Cholécalférol 100 000UI.** Elle est donnée **systématiquement** au **6ème mois de grossesse**. On en donnera plus s'il y a une absence de soleil (ex : les patientes à Paris avec une grossesse l'hiver peuvent avoir 2 ampoules de vitamine D)

En ce qui concerne les **vitamines** de grossesse, il n'y a **pas de recommandations** en France pour les prendre en systématique. Ça va dépendre de ce que mange la patiente. Si on a une patiente qui a l'habitude d'avoir une alimentation équilibrée avant et pendant sa grossesse, il n'y a pas d'indication à donner des vitamines de grossesse. En revanche, si on a une patiente qui mange pâtes, riz et patates tout le temps avec très peu de légumes et d'apports variés vitaminiques, on va pouvoir lui proposer d'en prendre.

Analyse moyenne	p capsule
Vitamines :	
- B1	1,1 mg
- B2	1,4 mg
- B5	6 mg
- B6	1,4 mg
- B8	50 µg
- B9 (acide folique)	400 µg
- B12	0,4 µg
- C	80 mg
- D	10 µg
- E	12 mg
Cuivre	1 mg
Fer	14 mg
Iode	150 µg
Magnésium	56,3 mg
Huile de poisson	278 mg
dont Oméga 3	158 mg
- dont DHA	111 mg
- dont EPA	25 mg

Vous avez ici l'analyse moyenne de ce qu'il y a dans les suppléments vitaminiques de grossesse. Notamment en ce qui concerne le fer, il y a 14mg, ce qui est assez peu. En effet, quand une patiente est anémiée, on lui donnera plutôt 50mg voire 80 ou 100mg de fer. Supplémenter systématiquement en fer a peu d'intérêt, d'autant plus que tant que la patiente n'a pas consommé ses réserves en fer, le corps n'en absorbera pas plus.

FIN !!!

Place au dédis pour ma dernière fiche déjà :

Une grande dédi à Nélia, Marina, Elise et Lilou mes supers copines de SF. Vous êtes vraiment des personnes INCROYABLES et je suis vraiment super contentes de vous avoir rencontrées. Sans vous mes journées (et soirées bien sûre) ne seraient pas pareil !

Une autre dédi à mes fillots (et Marilou ma co-marraine), je ne vous oublie pas ! Lauriane, Corentin, Robin, vous êtes vraiment les meilleurs fillots que j'aurais pu rêver avoir. J'espère pouvoir vous apporter le soutien dont vous avez besoin mais sachez que vous m'en apporter beaucoup vous aussi ! Continuez à donner votre maximum, vous êtes sur la bonne voie. On se retrouvera en deuxième année (3^{ème} pour moi je l'espère) !

Une dédi au tutorat, que ce soit au tuteurs ou au chefs tuts, ce sont vraiment tous des personnes géniales mais bon j'imagine que vous avez déjà dû le remarquer 😊

Et pour finir une grosse pensée à vous tous, vous avez déjà fait le plus gros du travail. Ne vous mettez pas trop la pression, donnez le maximum de vous-même et ça va le faire !

La maïeutique croit en votre réussite et espère vous revoir l'année prochaine dans cette super filière. ♥