

The background features several large, soft-edged, overlapping shapes in shades of green, pink, purple, and yellow. Thin, wavy lines in a light pink color are scattered across the white background, some forming loops and others as simple curves.

'Les must-haves qu'un pro de la santé doit absolument connaître.'

Partie I

EPISODE 5

Plan

I - Ce que tout professionnel de santé devrait savoir à propos des femmes enceintes

- 1) Un même langage...sinon gare !
- 2) Quel repère pour connaître le terme d'une grossesse ?
- 3) Combien de temps dure une grossesse?
- 4) Un peu d'épidémiologie française
- 5) Mortalité maternelle
- 6) QCMs

II - Suivi d'une grossesse physiologique singleton

- 1) Surveillance clinique, biologique et échographique de la grossesse sensée être physiologique
- 2) Le suivi clinique
- 3) Le suivi biologique
- 4) Le suivi échographique
- 5) On résume !
- 6) QCMs

Singleton = 1 foetus

G = Grossesse

FDR = Facteurs de risques

PEC = prise en charge

CI=Contreindiqué=interdit

TTT = traitement

MIU=mort in utero

CE QUE TOUT PRO DE SANTE DEVRAIT SAVOIR

I - Un langage

Il y a les professionnels de santé, les patientes et les familles donc **il faut un même langage.**

Est-ce qu'on parle en semaine de grossesse ?

En semaine d'aménorrhées ? En mois ? En énième de mois ?

Et bien on parle en **tout ça.**

II - Quel repère pour connaître le terme d'une grossesse ?

Les professionnels de santé parlent en semaines d'aménorrhées SA. C'est très précis, on est enceinte de 7 semaines, 28 semaines, **ce sont des semaines qui sont finis.** On est à 28,5, 28+1 ou 28+2 quand la grossesse se passe bien qu'on soit à +1 ou +2 ça a peu d'importance.

En revanche ça prend toute son importance qu'on soit à 37,5 / 35,5 / 35 quand on est sur des termes particuliers où c'est important de savoir si on est à 24h ou 48h

CE QUE TOUT PRO DE SANTE DEVRAIT SAVOIR

II - Quel repère pour connaître le terme d'une grossesse ?

Pour compter en semaine d'amménorrhé les
pro de santé :

Les pro de la santé partent de la date des
dernières règles/du premier jour de la date des
dernières règles, on est enceinte à peu près 15
jours après et les professionnels de santé parle
en **semaine d'aménorrhées**
(**DDR +14/15j**)

Quelques repères : 15 SA, 28 SA et 41 SA
15SA = 3mois révolu (pleins)
28SA = 6mois révolu
41SA = 9 révolu

Le problème c'est que vous avez beaucoup de
patiente qui vous dise « Oui mais moi, je suis à
9 mois donc je dois accoucher bientôt », le
problème c'est que quand elles vous disent ça
elles ne sont pas à 9 mois, elles sont dans leur
9ème mois. (pas encore fini)

CE QUE TOUT PRO DE SANTE DEVRAIT SAVOIR

II - Quel repère pour connaître le terme d'une grossesse ?

Pour compter en semaine d'amménorrhé les
pro de santé :

On est à 3 mois plein pour les patientes c'est
4ème mois mais ils appellent déjà ça 4 mois
(devancent l'âge réel du fœtus).

Donc la patiente qui appelle en salle de
naissance (c'est hyper fréquent) et qui dit à la
sage-femme :

- « ba voilà je suis à 8 mois », donc pour nous
elle est à 37 semaines, et **donc n'est plus
prématuré** « je contracte quand est ce que je
dois venir à l'hôpital ? »
- on va lui dire « ba vous attendez d'avoir des
contractions toutes les 5 minutes pendant 2h
et puis vous venez »

CE QUE TOUT PRO DE SANTE DEVRAIT SAVOIR

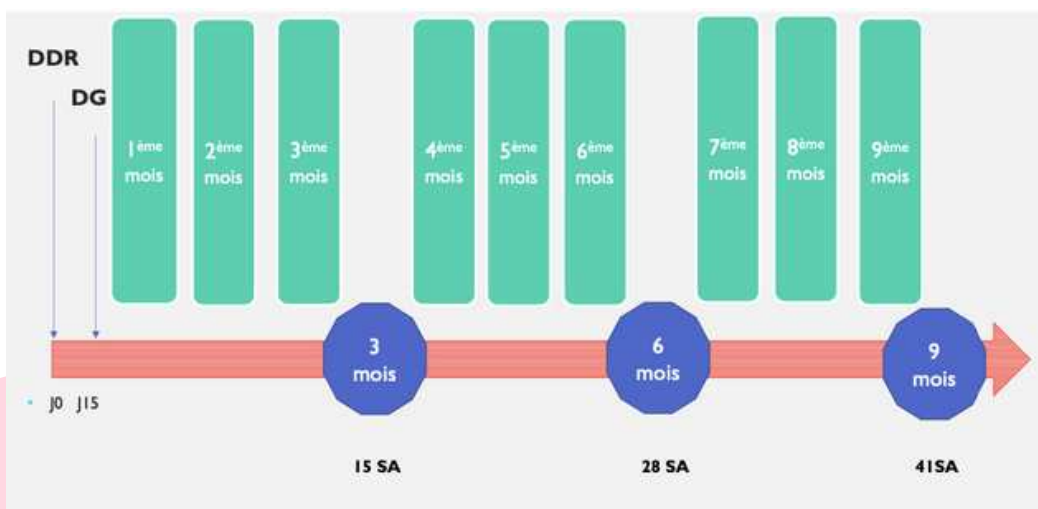
II - Quel repère pour connaître le terme d'une grossesse ?

Pour compter en semaine d'amménorrhé les pro de santé :

Nous dans notre tête, elle n'est pas prématurée, elle va accoucher.

Mais elle, son « 8 mois » **c'est son 8ème mois (selon le calendrier grégorien non de grossesse) donc elle est à 7 mois et quelque, On est alors dans la prématurité, elle vient au bout de 2h et elle accouche. Alors que si on avait su qu'elle était à 32 ou 33 SA on l'aurait fait venir et on lui aurait donner un traitement pour espérer éviter qu'elle accouche prématurément.**

On pense à chaque début de consultation de calculer le terme précis en SA et jour.



CE QUE TOUT PRO DE SANTE DEVRAIT SAVOIR

III - Combien de temps dure une grossesse ?

- On admet qu'une grossesse de femme dure **280 jours** à partir du premier jour des dernières règles pour un cycle régulier de 28 jours.
- En France, on dit qu'on est à terme/ la date de grossesse prévu est à 41 SA soit 39 semaines de grossesse

Exemple :

Je suis enceinte du mardi 19 mars 2024
Dans 9 mois, on sera le jeudi 19 décembre
2024 c'est un jeudi.

Pour compter en semaines de grossesses,
donc 39SG, ce n'est pas le jeudi 19 décembre
mais le **mardi 17 décembre 2024 (-2j)**.

Donc en fonction des services où on travail il y
en a qui vont mettre le terme 9mois après (SA)
et d'autres qui le mettront 39 semaines après
le début de la grossesse (SG) donc ça varie de
48h(2j cc).

CE QUE TOUT PRO DE SANTE DEVRAIT SAVOIR

III - Combien de temps dure une grossesse ?

Notions de grossesse prolongée/terme en voie de dépassement/terme prolongé

En France, on estime le **terme à 41 SA**, et à partir de ces 41SA il y a une surveillance accrue parce que les grossesses ne sont pas faites pour dépasser leur terme. Plus on dépasse le terme plus il y a de **risque pour le fœtus**, car le placenta est fait pour durer 9 mois, donc à partir de 41SA on va surveiller toutes les **48h** pour vérifier qu'il n'y a pas d'anomalies qui apparaissent qui ferait qu'on devrait déclencher (cc l'ocytocyne) l'accouchement parce qu'il y aurait trop de risque pour le nouveau-né.

Au bout d'une semaine, donc **42SA**, quoi qu'il arrive **même si tout va bien on déclenchera l'accouchement** parce que les risques sont trop importants, ce sont surtout des risques de **mort in utéro** et de **souffrance** pendant l'accouchement.

CE QUE TOUT PRO DE SANTE DEVRAIT SAVOIR

III - Combien de temps dure une grossesse ?

Notion de post terme = notion clinique

Il y a une diminution de la masse des tissus mous, en particulier de la graisse sous-cutanée.

La peau est fripée aux extrémités, souvent sèche et desquamante (moins en moins de LA). Les ongles des mains et des pieds sont longs.

Elle est clinique sur le nouveau-né, **ce n'est qu'une fois le NN né, que l'on sait s'il est post-terme ou pas.** On ne sait jamais la date exacte du début d'une grossesse. L'ovule et les spermatozoïdes ont un temps de vie différents et ce n'est pas parce qu'on a un rapport le 19 mars qu'on est enceinte à partir du 19 mars.

Le seul moment où on sait vraiment c'est lors d'une fécondation in vitro, autrement d'un point de vue général qu'on calcul via la date des dernières règles ou via une échographie **c'est plus ou moins à 5 jours près.**

On peut s'apercevoir que le bébé n'est pas du tout post terme et qu'il a sûrement 4-5 jours de moins.

CE QUE TOUT PRO DE SANTE DEVRAIT SAVOIR

III - Combien de temps dure une grossesse ?

Notions de prématurité

- > À partir de 37 SA même si on perd un mois de grossesse on considère que **l'enfant n'est pas prématuré**, entre 37 et 41 SA il a toutes ses chances, une fois qu'il naît, de bien supporter le passage d'un état liquide à un état aérien et qu'on n'a pas besoin de réanimation.
- > Il manque un mois, donc il va être plus petit, avoir plus de mal à manger et être plus fatigable. Mais en principe, sauf exception, quand on est à 37 SA on reste en chambre avec sa mère et on sort de la maternité au bout de quelques jours.

Préma moyenne : entre 32SA et 37SA (36+6)

Grande préma : entre 28SA et 32SA (31+6)

**Très grande préma ou d'extrême préma : en
dessous 28SA**

CE QUE TOUT PRO DE SANTE DEVRAIT SAVOIR

III - Combien de temps dure une grossesse ?

Notions de prématurité

Il y a le terme de **22SA** est défini par l'OMS qui dit qu'on a un **accouchement à partir de 22SA ou plus**, et **en dessous de 22SA on parlera de fausse couche spontanée**.

Plus on est dans la grande/ très grande/ extrême prématurité, plus il y a d'échec de réanimation et **s'il n'y a pas d'échec de réanimation on a de fort risque d'avoir des handicaps sévères**.

En France, il y a une **zone grise entre 24 et 25SA**, c'est-à-dire qu'à partir du moment où vous naissez à 25SA, on tente une réanimation du nouveau-né même s'il ne va pas bien à la naissance.

En France, **en dessous de 24SA sauf grande exception d'un bébé qui irait super bien on ne réanime pas**, parce que trop de risque de handicaps.

CE QUE TOUT PRO DE SANTE DEVRAIT SAVOIR

III - Combien de temps dure une grossesse ?

Notions de prématurité

Dans la zone grise on fait **en fonction de l'histoire de la patiente** :

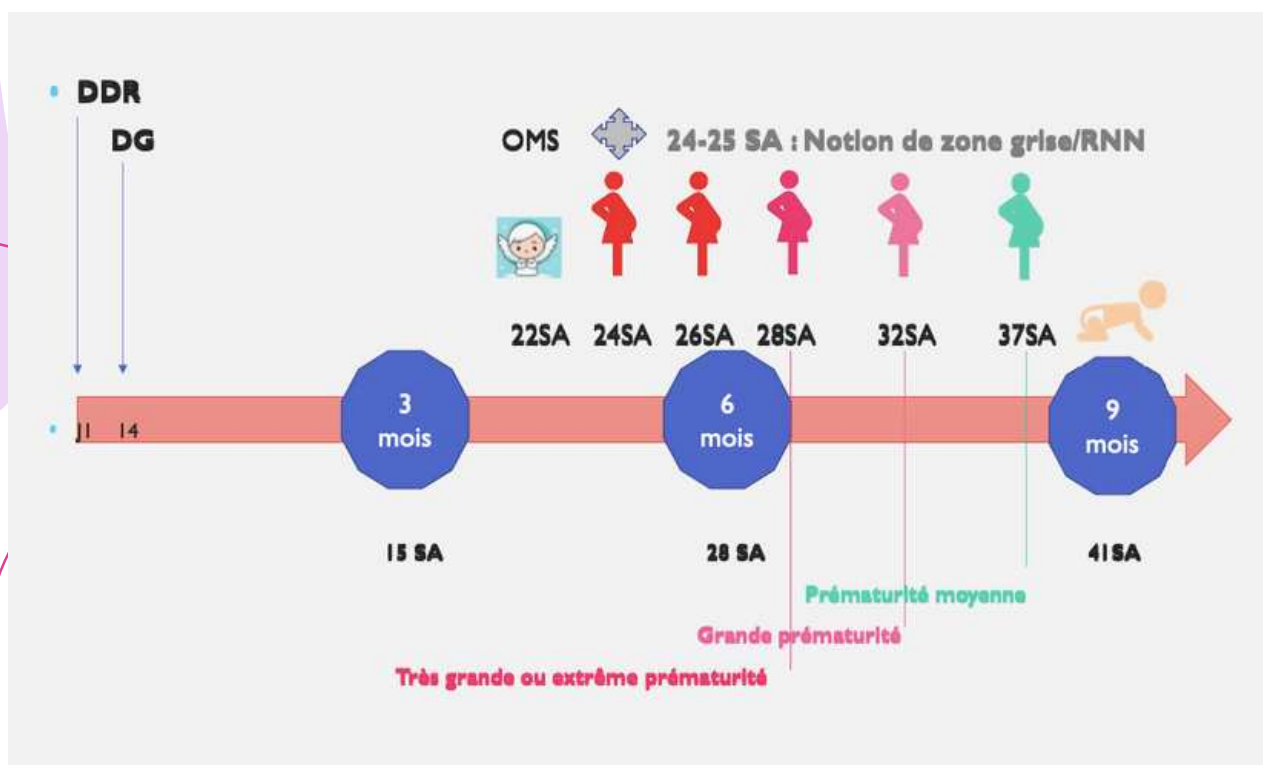
- Premier bébé, patiente sans pathologie, les parents n'ont pas très envie de prendre le risque que ça se passe mal, qu'il ait un gros handicap derrière
 - Femme de 45 ans, 10ème FIV, premier bébé, pathologique, on sait que derrière y a peu de chances qu'elle soit enceinte, elle a une maladie qui fait qu'elle ne supporterait pas une autre grossesse, les parents sont hyper volontaires pour que l'on tente une réanimation.
- >> **En fonction de tout ça, entre 24 et 25SA, on va décider de réanimer ce bébé ou pas, et sous 24-48h surveiller comment il va, est ce qu'il va bien ou est ce qu'il faut arrêter la réanimation.**

CE QUE TOUT PRO DE SANTE DEVRAIT SAVOIR

III - Combien de temps dure une grossesse ?

Notions de prématurité

Dans certains pays où on réanime tant qu'il est « vivant », notamment aux USA, où on a des réanimations de bébés de 22SA (à ce moment-là c'est un chaton, il fait la taille et le poids d'un chaton).



CE QUE TOUT PRO DE SANTE DEVRAIT SAVOIR

IV - L'épidémiologie française

Parce que, quelle que soit votre profession c'est toujours intéressant de savoir dans quel milieu on est en terme de santé publique.

Nombre de naissances vivantes

678 000 en 2023 contre 775 000 en 2005 en l'espace de quasi 20 ans on a perdu à peu près 100000 naissances. Il faut se dire qu'il va falloir travailler longtemps pour pouvoir payer les retraites des autres

Taux de prématurité : 7,2 % des naissances

- **50 % des grossesses multiples donneront naissance à des enfants prématurés** (en France on ne devrait pas avoir plus de triplé car dans les grossesses in vitro on se limite en nombre d'embryons)
- **0,5 % de naissances de grands prématurés (avt 22SA). Responsable des 2/3 de la mortalité périnatale et de 30 à 40 % des handicaps moteurs observés dans l'enfance**

CE QUE TOUT PRO DE SANTE DEVRAIT SAVOIR

IV - L'épidémiologie française

Mortalité périnatale : 10,2 ‰

Nombre d'enfants nés sans vie ou décédés au cours des 7 premiers jours de vie rapporté à l'ensemble des naissances à partir de 22 SA (toutes naissances entre 22SA et j7 PP)

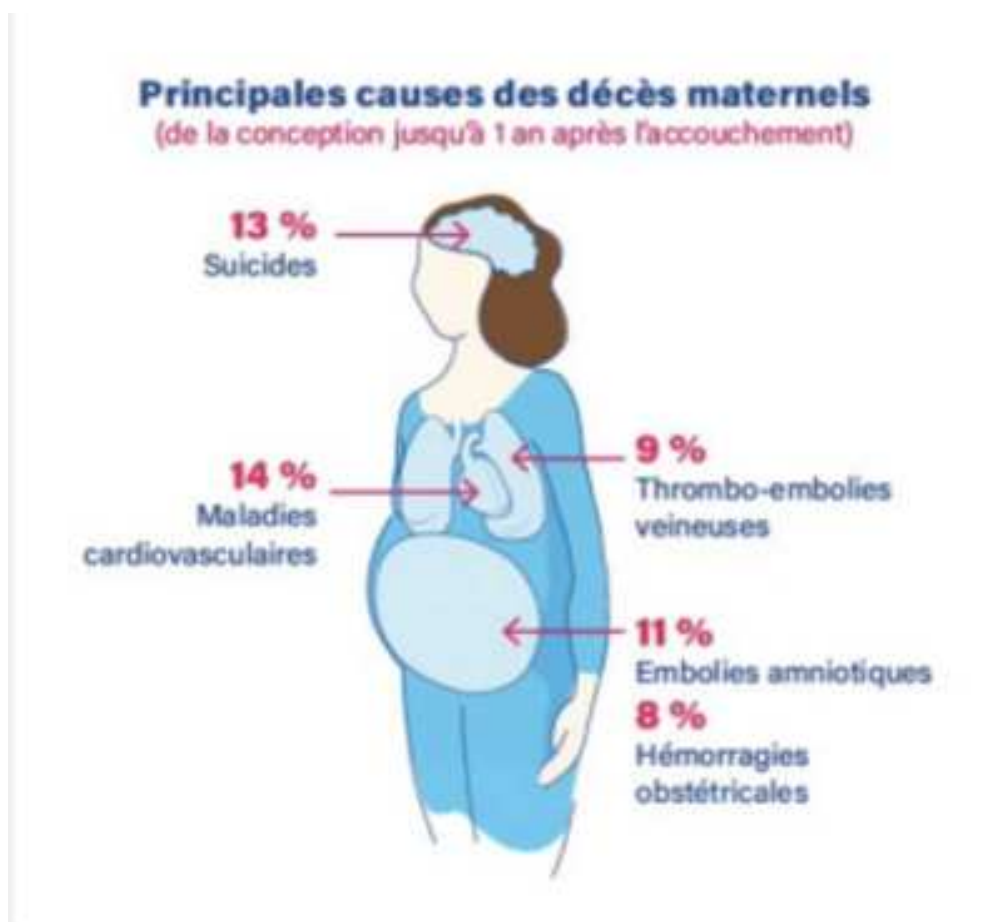
- C'est important parce que quand on compare nos chiffres à d'autres chiffres de différents pays, tout le monde ne compte pas pareil. Si on comptait le nombre de naissance qu'à partir du moment où on les réanime les chiffres seraient moindres. Des fois on compare des choses qui ne sont pas comparables.

Mortalité maternelle : 10,8 / 100 000 naissances soit 1 décès tous les 4 jours

Ce décès maternel n'est pas forcément lié à l'accouchement, c'est tous les décès pendant la grossesse, tous les décès à l'accouchement et tous les décès qui suivent l'accouchement, dans le post-partum.

CE QUE TOUT PRO DE SANTE DEVRAIT SAVOIR

V - Mortalité maternelle



Les principales causes

1ère cause → Maladies cardiovasculaires

2ème cause → Suicides

3ème cause → Embolies amniotiques

Autres causes → TEV (thrombo-embolies veineuses, hémorragies obstétricales = hémorragies de la délivrance = sortie ou non du placenta de l'utérus)

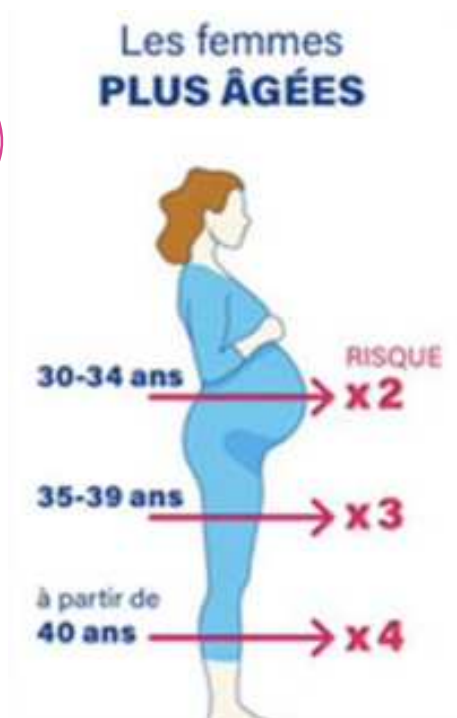
Il y a quelque années la première cause était les hémorragies obstétricales, il y a eu toute une réflexion nationale autour de ces hémorragies ce qui a provoqué des changements dans les formations

CE QUE TOUT PRO DE SANTE DEVRAIT SAVOIR

V - Mortalité maternelle

Les facteurs de risques

- **Age : X4 à partir de 40 ans**
- **Obésité : X2**
- **Vulnérabilités socio-économiques +++ pour les causes de suicide et cardio-vasculaires chez des patientes qui présentaient au moins un risque socio-économique**
- **Pays de naissance : ++ Afrique subsaharienne X 2,5 mais pas que (cf. Carte ci contre)**
- **Lieu de résidence : DOM X 4 ; région parisienne X1,5**
- **Décès évitables ou « peut-être évitables » : 58% des décès, on sait qu'en améliorant la prévention, l'organisation des soins et les soins eux-mêmes, on pourrait sauver des femmes.**



CE QUE TOUT PRO DE SANTE DEVRAIT SAVOIR

V - Mortalité maternelle

30 messages clés à destination des professionnelles, des familles et des décideurs

L'importance de l'examen médical non strictement obstétrical de la femme enceinte.

Tous les médecins généralistes qui interviennent au début de PEC, lors de la première consultation, doit pouvoir dépister les facteurs de risque.

La recherche d'ATCD psychiatriques et addictologiques. Car le risque de dépression, de suicide, addiction rime avec vulnérabilité socio-économique le plus souvent = facteur de risque de mort maternelle

La recherche d'une vulnérabilité sociale pour la même raison.

L'évaluation des risques de complications avant la conception. Cela doit permettre une planification de la prise en charge de la grossesse individualisée.

Par ailleurs, il existe une organisation des soins périnataux (cf. diapo plus lointaines) depuis les années 70-80.

II - Suivi d'une grossesse physiologique singleton

I - Surveillance clinique, bio et écho de la G physiologique

Un suivi systématique de la femme enceinte est nécessaire pour assurer sa bonne santé ainsi que celle du foetus.

- **Une consultation par mois à partir du moment où la patiente sait qu'elle est enceinte, soit 7 CS pendant la grossesse** : chez une sage-femme, un gynécologue ou un médecin généraliste (à condition qu'il est été relativement formé)
- **Une consultation anesthésique en fin de grossesse avec bilan pré-opératoire pour le jour de l'accouchement**
- **3 échographies recommandées par la HAS et qui sont bien nécessaire de plus en plus 4, surtout si risque de grossesse multiple** : On peut faire ce diagnostic-là de, mono chorial/mono amniotique, mono chorial/bi amniotique ou bibi qu'en tout début de grossesse parce qu'après ils ont trop grossit pour qu'on puisse bien voir
- **Un suivi biologique**

II - Suivi d'une grossesse physiologique singleton

II - Le suivi clinique

L'anamnèse

L'anamnèse correspond à la recherche de facteurs de risque maternel et/ou foetal.
Tout votre suivi va être **fondé** sur cette anamnèse. +++

- Si on a un antécédent thyroïde à un moment donné ça ne va pas bien se passer car la perturbation de la thyroïde va jouer.
- Si on a qu'un rein au lieu de 2 ça va forcément jouer
- Si on a des problèmes cardiaque, pulmonaires également (ce sont les organes qui vont le plus poser problème).

>> C'est intéressant de savoir s'il a des TTT en rapport à ses pathologies afin de **vérifier qu'ils ne soient pas contre-indiqué à la G**. On les renvoie chez leur spécialiste pour adapter le TTT.

II - Suivi d'une grossesse physiologique singleton

II - Le suivi clinique

Examen Général

- Etat général, dont poids et taille pour le calcul de l'IMC, elles sont plus à risque de diabète
- Auscultation cardio-respiratoire : au moins une fois dans la **G**, des patientes peuvent atterrir chez vous sans avoir jamais eu un suivi médical (femme avec difficultés socio-économiques) > **dépister**
- TA \leq 13/9 : la tension en général chute (c'est bon signe) en début de **G** et elle remonte à partir du 2ème trimestre, sinon risque d'HTA par la suite. Mauvais signe si elle a toujours 12/8 au premier trimestre
- BU : obligatoire, recherche d'albumine et de glycosurie à cause de risque d'HTA et de risque de diabète
- Recherche de signes cliniques : état veineux, SF urinaires, nausées, vomissements, constipation, prise de poids...autres signes cliniques selon les facteurs de risque identifiés.

II - Suivi d'une grossesse physiologique singleton

II - Le suivi clinique

Examen Obstétrical

- Anamnèse :

Mouvements foetaux ? Elle ne le sente pas bouger avant à peu près 20SA donc au bout de 3,5 mois, plus elles ont été enceintes, plus elles vont le sentir tôt en principe. Il y a de patientes qui ne vont jamais le sentir, c'est rare mais ça existe.

CU ? Contraction utérine

Métrorragies ? Une femme enceinte ne doit plus saigner, si elle vous dit « oui j'ai saigné », il faudra chercher pourquoi.

Perte de LA ? En principe elle n'est pas censée en perdre, ça arrive parfois à terme mais si ça arrive en cours de G c'est un gros facteur de risque d'accouchement préma

Pertes vaginales anormales et/ou prurit vulvaire ? recherche des infections vaginales qui sont fréquentes

II - Suivi d'une grossesse physiologique singleton

II - Le suivi clinique

Examen Obstétrical

- Palpation utérine :

Consistance utérine : utérus souple / contractilité / hypertonique. Très haut risque clinique dans le cas d'un utérus hypertonique)

Présentation foétale : céphalique/ siège/ transverse. Ça ne nous intéresse pas trop en début de G mais dans le dernier mois pour savoir comment elle va accoucher et quel est le pronostic d'accouchement.

Hauteur de la présentation : haute / basse. Il est doit être haut très longtemps et il descend que vers la fin de la G, donc s'il est bas ça peut être un facteur favorisant d'accouchement préma.

Sensation de macrosomie ou retard de croissance foétale : Vous le verrez en échographie, la 2ème se fait vers 22SA et la 3ème vers 32SA donc pendant 10 semaines en clinique vous pourrez apprécier la croissance ou non du foetus.

Sensation de liquide amniotique en excès : En cas de diabète notamment, la sensation de liquide amniotique en trop petite quantité, est beaucoup plus difficile à détecter à l'examen clinique.

II - Suivi d'une grossesse physiologique singleton

II - Le suivi clinique

Examen Obstétrical

- Hauteur utérine :

En cm, qui nous donne une idée de s'il est gros, petit, s'il y a du liquide ou pas du tout.

- Bruits de coeur foetaux :

Activité cardiaque présente ? À partir de 5SA il y a une activité. Cliniquement avec le petit appareil ci-dessous, on ne va pas pouvoir l'entendre avant 10-14SA, il y a que l'échographie qui peut montrer l'activité, mais cliniquement on arrive quand même à savoir. Si les signes de grossesse ont disparu (les nausées, les vomissements, ce genre de choses) on va aller chercher un peu plus loin. **Pas de panique si à 8 SA vous n'arrivez pas à l'entendre avec le moniteur de fréquence cardiaque doppler.**

Troubles du rythme ? Une fois que vous entendez des battements cardiaques vous pouvez entendre des troubles du rythme. **En cas de monito anormal, écho en urgence.** Cela permet donc de voir s'il y a une anomalie cardiaque qui est associé ou si ce sont juste des arythmies qui peuvent être physiologiques et disparaître.



II - Suivi d'une grossesse physiologique singleton

II - Le suivi clinique

Examen Obstétrical

- Toucher Vaginal :

Toucher vaginal éventuel. Ce n'est plus systématique comme dans une époque ultérieure. Maintenant le toucher vaginal pendant la grossesse est rare et sur indication, soit elle vous dit qu'elle contracte, soit vous voulez vérifiez quelque chose.

- Examen du périnée :

Lui il est toujours intéressant au moins une fois et notamment en début de G pour les différentes PEC.

On peut avoir des varices vulvaires parce qu'elles ont un mauvais état veineux pré existant, vous pouvez le voir dès le début de la G ou en cours, mais ça elle va s'en plaindre, parce que c'est lourd, c'est douloureux, donc à un moment donné elle va vous le dire. Sur certaines varices vulvaires on est obligé de les mettre sous certains anti coagulant pour éviter les phlébites.

Dans le cas d'une excision, il y a une PEC particulière et il faudra voir le pronostic d'accouchement. Vous pouvez voir d'autres choses qui font qu'il y a besoin d'une PEC.

II - Suivi d'une grossesse physiologique singleton

III - Le suivi biologique

La HAS a émis des recommandations, c'est ce qui est systématique. Attention à pas faire tout et n'importe quoi.

Sytématique

- **Groupe sanguin Rhésus (Obligatoire) :**
2 objectifs > **le premier, d'avoir une carte sanguine à jour connu de l'établissement français du sang**, parce que risque d'hémorragie de la délivrance, si on a besoin du sang, il faut que l'établissement français du sang puisse nous en donner. **La deuxième chose, c'est par rapport au problème d'incompatibilité rhésus** entre la mère et le bébé
- **RAI (Obligatoire) : =recherche d'agglutinine irrégulière)** C'est obligatoire parce que certaines agglutinines irrégulières peuvent poser problème pendant la G.
- **NFS plaquettes +/- Ferritinémie : début de G et 6 mois** > Début de G et 6 mois, vous savez que y a un risque d'anémie **même si y a une anémie physiologique** elles sont vraiment à risque d'anémie également. On le fait en début de G pour avoir une idée de si elles ont beaucoup de fer ou non, si elles ont des bons gros globules rouges ou elles démarrent déjà à ras les pâquerettes et ça va poser problème.

II - Suivi d'une grossesse physiologique singleton

III - Le suivi biologique

La HAS a émis des recommandations, c'est ce qui est systématique. Attention à pas faire tout et n'importe quoi.

Sytématique

- **Toxoplasmose (Obligatoire) : selon l'immunité**
- **Rubéole (Obligatoire) : selon l'immunité**
- **TPHA-VDRL (Obligatoire) : Syphilis**
- **HIV (Proposé) : On n'oblige pas la patiente mais on lui explique pourquoi, le but c'est de savoir si elle est HIV positive et donc de pouvoir lui donner un traitement afin d'éviter la transmission avec le foetus.**
- **Hépatite B (Ag Obligatoire)**
- **Hépatite C (Proposé)**
- **Albuminurie et Glycosurie (Obligatoire): Tous les mois**
- **Marqueurs sériques (Proposé)**
- **PV Streptocoque B (Obligatoire à partir de 35 SA)**

II - Suivi d'une grossesse physiologique singleton

III - Le suivi biologique

Ce qui ne sert à rien c'est de refaire une carte sanguine alors que votre patiente en a déjà une.

Une fois qu'on sait qu'elle est AB+, elle est AB+, elle ne va pas changer de groupe sanguin. Ce qui est intéressant c'est savoir son groupe sanguin pour savoir ce que l'on fait après ou pas.

Ce n'est pas non plus la peine de leur faire un bilan lipidique parce **qu'il va être modifié et on ne va rien en faire**. Ce n'est pas la peine de chercher pour voir si elles coagulent bien ou pas parce qu'on le saurait depuis longtemps. Tout ça c'est inutile et ça coute à la sécurité sociale et on en fait rien

Individualisé

- Dépistage diabète gestationnel ou préexistant (FDR)
- Surveillance thyroïdienne (ATCD)
- Autres selon les facteurs de risques identifiés : ECBU ; Frottis cervico-vaginal

II - Suivi d'une grossesse physiologique singleton

III - Le suivi biologique

Groupes rhésus et RAI

Groupe sanguin RAI

2 objectifs :

- Carte de groupe « à jour » pour l'accouchement : 2 déterminations obligatoirement ; Connue de l'EFS
- Prévention Incompatibilité Rhésus foeto-maternelle si la mère est rhésus négatif (15%)

Si elle a déjà une carte de groupe sanguin, ce n'est pas la peine d'en refaire.....elle ne va pas changer de groupe Rhésus ^^

Prévention de l'incompatibilité Rhésus foeto-maternelle

Celle-ci passe par plusieurs questions, si bien évidemment **la mère est de rhésus négatif** :

- **Le papa est il de rhésus négatif ?** Parce que si les deux sont de rhésus négatif, **l'enfant sera lui aussi de rhésus négatif obligatoirement** (sauf si elle a trompé son conjoint...). **Il n'y a pas besoin d'aller plus loin.**

II - Suivi d'une grossesse physiologique singleton

III - Le suivi biologique

Groupes rhésus et RAI

Prévention de l'incompatibilité Rhésus foeto-maternelle

Celle-ci passe par plusieurs questions, si bien évidemment **la mère est de rhésus négatif** :

- **Le foetus est-il de rhésus négatif (si le père est de rhésus positif) ?** Si elle vous dit que son conjoint est de rhésus positif, vous avez **une chance sur 2** pour que le foetus soit de rhésus ou positif.

>> La seule façon de le savoir est de **faire un génotypage Rhésus D foetal 2 fois**

>> Si le rhésus est négatif les 2 fois : **plus rien à faire sauf vérification Rh à la naissance.**

- **Si rhésus foetal positif ou inconnu :**

>> **Injection d'immunoglobuline anti D à 6 mois de grossesse +/- tous les évènements favorisant le passage d'hématies foetales dans la circulation maternelle (FE qui tombe / ex ou AVC ou spontanément, parce qu'elle a saigné, il y a pleins d'hématies foetales qui sont passées).**

>> **+ injection systématique d'immunoglobuline anti D, dans les 48 heures suivant la naissance**

II - Suivi d'une grossesse physiologique singleton

III - Le suivi biologique

Entre temps on aura fait une prise de sang un peu spéciale qui nous dira **combien d'hématies fœtales sont passées chez sa mère à l'accouchement** et en fonction on fait une ou deux doses. Dans la majorité des cas il n'y en a **pas beaucoup qui sont passées donc on fait qu'une dose**, de temps en temps y en a beaucoup qui sont passées et on fait 2 doses, tout ça dans les 48h.

Si on ne fait pas ça, la mère va faire des anticorps et ça va être la catastrophe **pour la G d'après.**

NSF plaquettes

- **Obligatoire** : NFS plaq au 6ème mois de grossesse
- **En pratique** : en début de **G** (NFS Plaques +/- Ferritinémie) + **6ème mois** (NFS Plaques +/- Ferritinémie ou avant si facteurs de risques pré existant, ou signes cliniques) + une **NFS plaq dans le bilan pré opératoire.**
 - >> Mise en place d'un traitement par fer et/ou folates selon les résultats

II - Suivi d'une grossesse physiologique singleton

III - Le suivi biologique

NSF plaquettes

- Apport en fer si anémie ferriprive (VGM < 80 fl = microcytose) : Si insuffisant, hémoglobine qui ne remonte pas et/ou anémie trop sévère < 9 g/dl : traitement IV, rarement transfusion (en sachant que le fer que l'on prend per os, ne marche pas super)
- Apport en folates (B9) si anémie macrocytaire (VGM > 100 fl)
- Rares sont les patientes qui ne nécessitent pas d'apport en fer et/ou folates pendant la G
- L'apport préventif pour éviter une future anémie n'est pas efficace chez une patiente non anémiée, avec des apports suffisants (non systématique, par alimentation >)
- L'assimilation de fer par médication n'est pas optimale

II - Suivi d'une grossesse physiologique singleton

III - Le suivi biologique

Toxoplasmose

C'est hyper important. Votre patiente quand vous ne la connaissez pas, vous ne savez pas si elle a eu la toxo ou pas, puisque la toxo comme **signe clinique qui ne donne pas grand-chose**. C'est quelqu'un qui pendant 2-3 jours va avoir **37,8 de température éventuellement des petits ganglions au niveau du cou et puis c'est tout**.

En **France**, avec l'alimentation qu'on a, **80% des patientes d'origine française ont eu la toxoplasmose**. Donc elles sont **immunisées**, sauf qu'on ne le sait jamais. La toxo on la fait que quand on est enceinte ou qu'on a un désir de G par curiosité pour savoir, autrement personne va diagnostiquer une toxo.

Donc quand vous êtes enceinte on vous fait sûrement **la première sérologie de toxoplasmose de votre vie** pour savoir si vous l'avez déjà eu.

II - Suivi d'une grossesse physiologique singleton

III - Le suivi biologique

Toxoplasmose

- **Immunité inconnue : 2 sérologies positives à un mois d'intervalle pour considérer que la patiente possède une immunité ancienne** > IGM négatifs
IGG positifs
- **Immunité ancienne connue et documentée** : Pas de surveillance particulière > parce qu'une fois qu'elle est immunisée, elle le reste.
- **Sérologie négative : sérologie tous les mois jusqu'à un mois après l'accouchement** ; éléments de prévention ; **risque séroconversion de toxoplasmose pendant la G** (IGM + puis IGG +).

>> Ça concerne 20% des femmes d'origines française, beaucoup plus chez les asiatiques, chez celles qui ne mangent pas beaucoup de viandes. Dès qu'elle a une sérologie négative > séro tous les mois car pas de diagnostic clinique.

>> Plus la séroconversion est tardive, plus la transmission au fœtus est fréquente

>> Plus la séroconversion est précoce, moins la transmission est fréquente mais plus le risque foetal est élevé

>> **Risques foetaux : Macrocéphalie, hydrocéphalie, calcifications intracrâniennes, atteintes oculaires.**

II – Suivi d'une grossesse physiologique singleton

III – Le suivi biologique

Toxoplasmose

- Conseils pour qu'elles n'attrapent pas la toxoplasmose :
- **Se laver soigneusement les mains après tout contact avec des chats ou leurs selles**
- **Ne manger que de la viande bien cuite (attention bien vérifier au restau, au mcdo viande mal cuite)**
- **Bien laver les fruits et les légumes qui peuvent être consommés crus**
- **Nettoyer soigneusement le bac à litière de votre chat, ou après l'avoir caressé**
- **Porter des gants pour jardiner (surtout si vous avez un chat ou une vache dans votre jardin)**

II – Suivi d'une grossesse physiologique singleton

III – Le suivi biologique

Rubéole

C'est aussi une maladie qui peut passer inaperçu, un peu de bouton, une petite angine, un peu de température mais sans plus. La chose qui change c'est qu'on est hyper vaccinée contre la rubéole, donc on ne l'attrape pas tous les 4 matins. « Moi en 30 ans de carrière je n'ai jamais vu une sérologie se positiver pendant la grossesse ».

- **Immunité inconnue : 2 sérologies positives à un mois d'intervalle** pour considérer que la patiente possède une immunité ancienne > IGM négatifs IGG positifs
- **Immunité ancienne connue et documentée :** Pas de surveillance particulière > parce qu'une fois qu'elle est immunisée, elle le reste.
- **Sérologie négative : Sérologie tous les mois jusqu'à 18-20 SA.** Pas de prévention pendant la G, (à part de ne pas rester à cote d'un enfant qui a la rubéole) **pas de TTT.**

Risques foetaux en cas de Rubéole pendant la grossesse (IGM + puis IGG +) : Hypotrophie, Microcéphalie, surdité, cataracte, rétinopathie, Anomalies cardiaques, MIU.

II – Suivi d'une grossesse physiologique singleton

III – Le suivi biologique

Rubéole

- Donc en général, rubéole pendant la G rime avec interruption médicale de grossesse (IMG).
- **Vaccination en post partum sous contraception 3 mois**, pour être sûre qu'elle ne tombe pas enceinte pendant le vaccin

SYPHILLIS, HIV, HBS, HCV

Prescriptions obligatoires

- Syphilis
- Antigène HBS.....Sérologie complète (Ag et Anti corps)

En fonction des résultats, PEC spécialisée pour traiter la mère

Prévention NN : **Ig dans les 2 heures suivant la naissance et vaccination (HBS)**

Prescriptions proposées

- HIV
- Hépatite C

En fonction des résultats, PEC spécialisée pour traiter la mère et espérer ainsi une non transmission à l'enfant

Prévention NN : **Traitement (HIV)**

II – Suivi d'une grossesse physiologique singleton

III – Le suivi biologique

ALBUMINURIE, GLYCOSURIE

- Dépistage des **infections urinaires basses ou hautes**, et ++ des **bactériuries asymptomatique** (2 à 15 % des grossesses)
- La **glycosurie** peut être un **signe d'appel de diabète** non diagnostiqué et/ou mal équilibré.
- Se fait en laboratoire de ville si suivi libéral, ou en début de consultation hospitalière

Dépistage des anomalies chromosomiques foetales

C'est le dépistage de la trisomie 21. On va faire une prise de sang à la femme enceinte pour faire des calculs de risque.

- **Dépistage combiné du 1^{er} trimestre** : marqueurs sériques T1 + mesure de la clarté nucale (correspond à l'épaisseur du cou lors de la première écho) + âge maternel : entre 11 SA + 0 jour et 13 SA + 6 jours
- **Le dépistage séquentiel intégré au 2^{ème} trimestre** : marqueurs sériques T2 + mesure de la clarté nucale : entre 14 SA + 0 jour et 17 SA + 6 jours. Si vous n'avez pas de clarté nucale faite avant ou si vous avez dépassé les 17SA+6 jours, ce sont les **seuls marqueurs sériques du 2^{ème} trimestre qui comptent**.

II - Suivi d'une grossesse physiologique singleton

III - Le suivi biologique

Dépistage des anomalies chromosomiques foetales

- **Le dépistage séquentiel intégré au 2ème trimestre** : marqueurs sériques T2 + mesure de la clarté nucale : **entre 14 SA + 0 jour et 17 SA + 6 jours**. Si vous n'avez pas de clarté nucale faite avant **ou si vous avez dépassé les 17SA+6 jours**, ce sont les **seuls** marqueurs sériques du 2ème trimestre qui comptent.
- **Ces dépistages sont prescrits par l'échographiste au moment de l'échographie T1**
- Le dépistage évalue la probabilité que **le foetus ait ou non une trisomie 21** (0,3% des grossesses, évolutives ou 1NN/600 naissances) : ce n'est pas un diagnostic
- Le résultat est rendu sous la forme d'une probabilité : « votre enfant présente 1 risque sur n de présenter une trisomie 21 >> Ex :1 sur 10000,1 sur 5834,1 sur 1000,1 sur 78....
- **Si risque est supérieur à 1 risque sur 1000, les investigations sont complétées**, exemple : si risque 1/510

II - Suivi d'une grossesse physiologique singleton

III - Le suivi biologique

PV Streptocoque B

- **Ce qui est redouté : l'infection néonatale bactérienne précoce, +++ les méningites à streptocoques B, on avait des morts néonatales dans les 10 jours suite à des méningites à streptocoques B.**
- **Un des facteurs de risque démontré par la science est le portage (ou colonisation) maternel asymptomatique de Streptocoque B dans la filière génitale et/ou urinaire pendant la G > le problème c'est que ça donne des méningites et qu'ils en meurent.**
- **PV systématique avec recherche de streptocoque B à partir de 35 SA : objectif = dans les 5 semaines précédant la naissance**
 - >> S'il est négatif on ne fait rien, s'il est positif, ça ne sert à rien de traiter la mère parce qu'il va revenir mais on fait un traitement antibiotique pendant l'accouchement, pendant les heures du travail, pour l'éradiquer ces quelques heures et que le bébé ne l'attrape pas à la naissance.

II – Suivi d'une grossesse physiologique singleton

III – Le suivi biologique

Dépistage du diabète gestationnel

- **2 objectifs :**

>> **Diagnostiquer un DBT pré existant méconnu :**

Glycémie à jeun au 1^{er} trimestre,

Si GAJ \geq 0,92 g/l (5,1 mmol/l) = diabète gestationnel

Si GAJ \geq 1,26 g/l (7 mmol/l) = diabète pré gestationnel ou pré existant, parce que si à 10SA elle a déjà 1,26g/L à jeun c'est qu'elle en avait déjà un mais qu'on ne le connaissait pas.

>> **Dépister les DBT gestationnels : qui beaucoup plus classiquement se développe au 2^{ème} trimestre : HGPO entre 24 et 28 SA : si non fait, il peut être fait n'importe quand jusqu'à l'accouchement**

On fera donc aux patientes qui présente ces facteurs de risque un HGPO : **Age \geq 35 ans ; IMC \geq 25Kg/m² ; ATCD personnel de DG et/ou macrosomie foétale ; ATCD familial de DBT type 2 au 1^{er} degré ; Macrosomie foétale actuelle et/ou excès de LA.**

> ça correspond à une première prise de sang à jeun, puis on leur fait boire 75g de sucre puis on leur fait 2 autres prises de sang, la première 1h après l'ingestion des 75g de sucre, l'autre 2h après. **En fonction des résultats on pourra alors dire si elle a un DG ou non.**

II - Suivi d'une grossesse physiologique singleton

III - Le suivi biologique

Dépistage du diabète gestationnel

> Et uniquement si la GAJ du 1^{er} trimestre était normale

T0 < 0,92 g/l (5,1mmol/L)

T1h < 1,80 g/l (10,0 mmol/L)

T2h < 1,53 g/l (8,5 mmol/L).

> Si la GAJ du 1^{er} trimestre était **anormale** on ne lui referait pas de prise de sang puisqu'on a déjà diagnostiqué un diabète.

La PEC du DG va avoir pour objectif de **limiter les complications, de limiter la macrosomie et qu'il soit équilibrer** pour qu'il n'y ait pas de complications plus tard.

Cas particulier :

ATCD de chirurgie bariatrique : **systematique** même si elle a 28 ans même si elle a un IMC à 18, même si elle n'a pas d'antécédent, **dépistage spécifique selon Bypass ou SLEEVE/anneau**

FIN PART I

Hello Salam Salut Priviet Annyeong Ohayo
Tchao Gutentag Marhaba... ☀️

C'est déjà avec nostalgie que j'écris mes derniers mots de ma dernière fiche ! 😊

C'est un plaisir malgré tout (mon weekend passé sur cette fiche lol) de pouvoir aider même si ne serait-ce qu'un peu. N'oublie pas que passer en p2 n'est pas totalement en ton pouvoir mais être un bon soignant est totalement ton choix. No pain, no gain !

Je ne peux te laisser sans une citation finale tout de même !

"Avoir le savoir est si courant, en prendre soin est si rare."

Challenge : Trouve l'auteur et dis moi quand tu l'as

J'aimerais dédié cette fiche à toutes les personnes sincères qui m'ont aidé à traverser mes p1. Celles qui sont loins, celles qui sont encore là, celles qu'un chemin différent à pris.

Imad, Eya, Adel, Sara, Imen, Inaam, Maxime, Rajae, Illona, le chat de la résidence...

You are all O top 🍷