



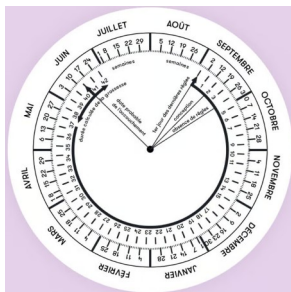
CE QUE TOUT PROFESSIONNEL DE SANTE DEVRAIT SAVOIR À PROPOS DES FEMMES ENCEINTES - Partie 1

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

1) Un même langage...sinon gare !

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.

2) Quel repère pour connaître le terme d'une grossesse ?



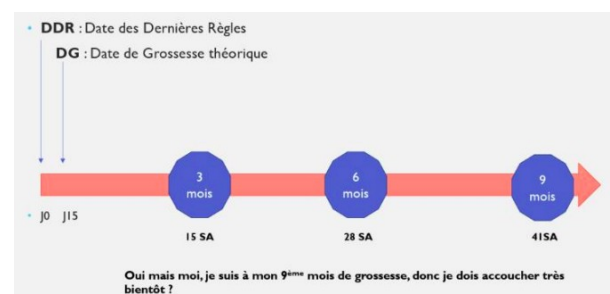
Les professionnels de santé eux, vont surtout parler en **semaines d'aménorrhées (SA)**. C'est super précis, on est enceinte de 7 semaines, 28 semaines, ce sont des semaines qui sont **finis**. On est à 28,5, 28+1 ou 28+2 quand la grossesse se passe bien qu'on soit à +1 ou +2 ça a peu d'importance. Qu'on soit à 37,5 / 35,5 / 35 en revanche ça prend toute son importance on verra tout à l'heure, quand on est sur des **termes particuliers** où c'est important de savoir si on est à 24h ou 48h.

Pour répondre à la question, on part de la date des dernières règles (du premier jour de la date des dernières règles), on est enceinte à peu près 15 jours après (ovulation)

Ça correspond à 3 mois de grossesse pleine, c'est-à-dire qu'à 3 mois fini on est à 15 SA, à 6 mois fini on est à 28 SA et quand on est à 9 mois fini on est à 41 SA.

- ♥ 15 SA → 3 mois fini
- ♥ 28 SA → 6 mois fini
- ♥ 41 SA → 9 mois fini

Jusque-là ça paraît assez simple, 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.



!Il y a une nuance à avoir entre elle est à 9 mois fini ou elle est dans son 9^e mois donc à 8 mois fini!

Alors pourquoi ? Et bien parce que maintenant avec les moyens qu'on a (les tests urinaires...), la majorité des grossesses sont programmées dans le temps, le couple a décidé de faire un bébé et donc ils font attention, ils savent à peu près que c'est au moment de l'ovulation que l'on fait des bébés, que dès qu'il y a un début de retard des règles on est éventuellement enceinte et que le test de grossesse urinaire que l'on achète en pharmacie est à peu près fiable dès qu'on a un retard de règles.

Donc elles savent très tôt qu'elles sont enceintes, à ce moment on est déjà à 2 ou 3 semaines d'aménorrhées, elles le savent et elles disent « pour moi je suis enceinte d'1 mois », elles comptent comme ça.

Et donc c'est ce que je vous disais tout à l'heure, on est à 3 mois pleins mais ils appellent déjà ça 4 mois et c'est comme ça pour chaque semestre.

Le truc particulier que l'on verra tout à l'heure c'est qu'à 8 mois plein (donc début de 9ème mois) on est plus prématuré si on est à ce moment-là.

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

- « bah voilà je suis à 8 mois », donc pour nous elle est à 37 semaines, et donc plus prématuré « je contracte quand est ce que je dois venir à l'hôpital ? »

- on va lui dire « vous attendez d'avoir des contractions toutes les 5 minutes pendant 2h et puis vous venez »
Nous dans notre tête, elle n'est pas prématurée, elle va accoucher. Mais elle, son « 8 mois » c'est son 8ème mois donc elle est à 7 mois pleins 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 donné un traitement pour espérer éviter qu'elle accouche prématurément.



3) Combien de temps dure une grossesse ?

On admet, (c'est que de l'observation) 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 (SG)**.

Exemple : Je suis enceinte du mardi 19 mars 2024

Dans 9 mois, on sera le jeudi 19 décembre 2024 c'est un jeudi alors que le 19 mars est un mardi.
39 semaines de grossesses / mardi 19 mars 2024 ce n'est pas le jeudi 19 décembre mais le mardi 17 décembre 2024.

C'est dû aux mois qui ne font pas tous le même nombre de jours!

Donc ça aussi en fonction des services où on travail il y en a qui vont mettre le terme 9 mois après et d'autres qui le mettront 39 semaines après le début de la grossesse donc ça varie de 48h mais c'est important de tous calculer de la même manière.

A. Notions de grossesse prolongée par rapport au terme (aussi appelé : terme en voie de dépassement ou terme prolongé)

En France, on estime le **terme à 41 SA**.

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 l'accouchement parce qu'il y aurait trop de risque pour le nouveau-né.

Au bout d'une semaine post-terme, 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 souffrances pendant l'accouchement.

La notion de **post terme** = notion clinique

(diminution de la masse des tissus mous, en particulier de la graisse sous-cutanée. La peau est fripée aux extrémités, souvent sèche et desquamante. Les ongles des mains et des pieds sont longs).

Elle est clinique sur le nouveau-né, c'est-à-dire qu'une fois que le nouveau-né est né, que l'on sait s'il est post-terme ou pas, parce qu'en fait on ne sait jamais la date exacte du début de grossesse.

Vous savez que l'ovule et les spermatozoïdes ont un temps de vie différent et ce n'est pas parce qu'on a un rapport le 19 mars qu'on est enceinte du 19 mars, ça peut être le 20, le 21 et donc **on ne sait jamais**.

Le seul moment où on sait vraiment à quel moment une grossesse à démarrer c'est quand on fait une fécondation in vitro et que donc on sait à quel moment exactement les spermatozoïdes sont entrés dans l'ovule mais 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**.

B. Notions de prématurité

Alors, les notions de terme sont importantes pendant la grossesse parce qu'il y a la notion de prématurité. À partir de 37 SA même si on perd un mois de grossesse on considère que l'enfant n'est **pas prématuré**, c'est-à-dire qu'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.

Alors bien sûr il nous 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.

- ♥ En dessous de 37 SA donc à partir de 36 + 6, quand on est à 36+6 ou moins on est prématuré:
 - De 32 à 37SA on parle de **prématurité moyenne**,
 - de 28 à 32SA on parle de **grande prématurité** et
 - en dessous de 28SA on parle de **très grande prématurité ou d'extrême prématurité**. ♥

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

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 25 SA, c'est-à-dire qu'à partir du moment où vous naissez à 25 SA, on tente une réanimation du nouveau-né même s'il ne va pas bien à la naissance.

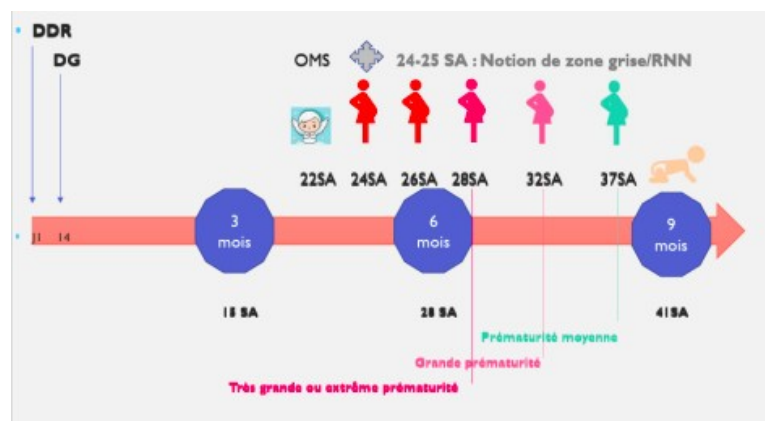
En dessous de 24 SA/+5 mois fini sauf grande exception d'un bébé qui irait super bien on ne réanime pas, parce que trop de risque de handicaps.

En fonction de l'histoire de la patiente :

- C'est son premier bébé, elle n'a pas de pathologie, les parents n'ont pas très envie de prendre le risque que ça se passe mal et qu'il ait un gros handicap derrière
- Elle a 45 ans, elle a fait 10 FIV, c'est son premier bébé, 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 25 SA, 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.

On précise bien qu'on parle de la France, parce qu'il y a certains pays où on réanime tant qu'il est « vivant », notamment aux USA où on a des réanimations de bébés de 22SA (il a la taille d'un chaton).



4) Un peu d'épidémiologie française

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

♥ Nombres de naissances vivantes :

- En 2023 nous avons eu **678.000 naissances**

(rappel : naissance => à partir de 22SA), tous les accouchements sont déclarés obligatoirement à partir de 22SA.

Vous voyez qu'en l'espace de quasi 20 ans on a perdu à peu près **100.000 naissances**

678.000 naissances en 2023 vs **775.000 naissances** en 2005.

♥ Taux de prématurité : **7,2 %** des naissances

→ **50 % des grossesses multiples donneront naissance à des enfants prématurés** (grossesses gémellaires, triples, ...).

En principe en France on ne devrait pas avoir plus que des triplés puisque maintenant dans les grossesses in vitro on se limite en nombre d'embryons.

→ **0,5 % de naissances des grands prématurés (= ceux qui naissent avant 32SA) sont responsables des 2/3 de la mortalité périnatale et de 30 à 40 % des handicaps moteurs observés dans l'enfance**

♥ Mortalité périnatale :

Ça correspond au nombre d'enfant né sans vie ou décédé au cours des 7 premiers jours de vie rapporté à l'ensemble des naissances à partir de 22 SA.

On a en France **10,2 % décès** que ce soit à la naissance ou dans les 7 premiers jours. Vous vous rendez bien compte que 22SA, dans ce chiffre-là, on a tous les bébés nés à 22-23 SA, qui ont éventuellement donné des signes de vitalité mais qu'on n'a pas réanimé.

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 serait moindres. Des fois on compare des choses qui ne sont pas comparables.

♥ Mortalité maternelle :

Puis, le drame de nos salles d'accouchement, la **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.

! Les 10.8/ 100 000 c'est bien PENDANT la grossesse, A l'accouchement et APRÈS l'accouchement !

5) Mortalité maternelle

A. Principales causes des décès maternels



→ Première cause :

La première cause de mortalité maternelle, ce sont les **maladies cardiovasculaires**. Cf cours modifications respiratoires et cardiaques, vous voyez bien que dès qu'il y a une pathologies pré existante et bien ça va mal se passer.

→ Deuxième cause :

Ça devient un drame national, c'est le **taux de suicide**, pendant la grossesse et en post partum.

→ Troisième cause :

Tout ce qui est **embolies amniotiques**. C'est le drame de nos salles de naissances, c'est une patiente qui va bien mais qui a un moment donné va avoir du liquide amniotique qui va passer dans la circulation maternelle et la patiente meurt dans l'espace de 1-2 minutes.

C'est imprévisible mais heureusement **rare**, pas rare au point que vous n'en voyez jamais mais la prof dit qu'entre ses moments d'étudiantes en sage-femme et sa carrière à l'hôpital, elle en a eu 6. C'est rarement sauvable.

→ Autres causes :

Vous avez aussi les **hémorragies obstétricales**, c'est tout ce qu'on appelle les hémorragies de la délivrance, c'est-à-dire que le moment où le placenta est censé sortir de l'utérus, soit il sort soit il ne sort pas et à un moment donné ça saigne pour X raison qu'on ne verra pas sur ce cours-là.

Il y a quelque années la **première cause de mortalité maternelle c'était les hémorragies obstétricales**, il y a eu toute une réflexion nationale autour de ces hémorragies et on a tout remanié en termes de formation, de formation continue, de simulation, de protocole. On a également créé des centres, qui sont surtout les services universitaires ou éventuellement on peut transférer les patientes qui saignent à condition qu'elles soient stabilisées pour tenter des gestes que seuls les spécialistes peuvent faire. On a un recul de ces hémorragies obstétricales.

B. Facteurs de risques

→ Age :

Ce rapport de risque existe dès qu'on commence à vieillir, c'est-à-dire que dès qu'on a :
entre **30 et 34 ans** le risque est multiplié par **1,9** par rapport aux 25-29ans,
entre **35 et 39 ans** le risque est multiplié par **3** et à partir de **40 ans** le risque est multiplié par **4**.



En France, l'âge de grossesse recule de plus en plus.

→ Vulnérabilités socio-économiques :

Important pour les causes de suicide et cardio-vasculaires.

26% des morts maternelles sont survenues chez des patientes qui présentaient au moins un risque socio-économique.

→ Lieu de résidence :

DOM x 4 ; région parisienne x 1,5.

On meurt plus dans les DOM, surtout Mayotte, et on a plus en région parisienne x 1,5. Alors ce n'est pas tant que les patientes sont mal prises en charge mais c'est parce qu'on y retrouve les vulnérabilités socio-économiques. Il y a plus de patientes immigrées en région parisienne donc malheureusement elles meurent un peu plus aussi.

→ Obésité : C'est un risque multiplié **par 2** de mourir.

→ Pays de naissance :

Afrique subsaharienne mais pas que, l'Amérique du Sud et une partie de l'Asie.



En France, c'est surtout **l'Afrique subsahariennes**, qui est multipliée par **2,5** mais pas que.

→ Décès « évitables » :

Important, **58% des décès** sont considérés comme « évitables » ou « peut-être évitables ». On sait qu'en améliorant la prévention, l'organisation des soins et les soins eux-mêmes, on pourrait sauver des femmes. On l'a fait avec l'hémorragies de la délivrance, il faut qu'on le fasse avec les autres.

→ 30 messages clés :

On a commencé déjà à réfléchir à 30 Messages clés à destination des professionnelles, des familles et des décideurs.

C. 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. Là je pense à tous les professionnels de santé, tous les médecins généralistes, qui vont intervenir en tout début de prise en charge, lors de la toute première consultation quand la femme sait qu'elle est enceinte, pour dépister les facteurs de risque.

→ La recherche **d'antécédents psychiatriques et addictologiques**.

Parce que le risque de dépression, de suicide, addiction rime avec vulnérabilité socio-économique le plus souvent et on a vu que c'était un 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.

C'est le rôle des médecins généraliste et de ceux qui suivent la femme en début de vie sexuelles, on parle de contraception a un moment donné, on aborde la question du projet d'enfant et s'il y a déjà des facteurs de risque on peut déjà donner des messages et en début de grossesse.

Cela doit permettre une planification de la prise en charge de la grossesse individualisée.

→ Par ailleurs, il existe une organisation des soins périnataux depuis les années 70-80.

II – Suivi d'une grossesse physiologique singleton

On sait, qu'un **suivi systématique de la femme enceinte est nécessaire** pour assurer sa bonne santé ainsi que celle du fœtus.

Surveillance clinique, biologique et échographique de la grossesse sensée être physiologique

Cette surveillance elle est clinique, biologique et échographique :

→ C'est à peu près **une consultation par mois** (soit 7 CS pendant la grossesse), à partir du moment où la patiente sait qu'elle est enceinte.

En général, elle ne se précipite pas tout de suite, ni chez sa sage-femme, ni chez son médecin, d'autant qu'elle sache qu'elle est enceinte et puis surtout le temps qu'elle ait un rendez-vous puisque les professionnels de santé sont plutôt saturés. Elle peut se faire suivre, chez une sage-femme, un gynécologue (obstétricien ou médicale) ou un médecin généraliste (à condition qu'il est été relativement formé).

→ **Une consultation anesthésique** en fin de grossesse avec bilan préopératoire pour le jour de l'accouchement.

→ **3 échographies recommandées** par la HAS et qui sont bien nécessaire.

De plus en plus, il y en a une 4ème en tout début de grossesse, surtout s'il y a un risque de grossesse multiple pour savoir si elle est vraie ou fausse, si y a un placenta ou 2, si y en a qu'un, savoir si y a une ou 2 poches amniotiques.

C'est hyper important parce que y a beaucoup plus de risques quand il n'y a qu'un seul placenta et/ou quand il n'y a qu'une seule poche amniotique pour les deux fœtus et donc le suivi ne va pas du tout être pareil. 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 (cf cours 1)

→ Un **suivi biologique**

On retient bien :

! 1 consultation anesthésique, 7 consultations, 3 échographies et 1 suivi biologique !

1) Le suivi clinique

A. L'anamnèse

L'anamnèse correspond à la recherche de facteurs de risque maternel et/ou fœtal.

Tout votre suivi va être fondé sur cette anamnèse.

Vous avez bien vu que si on a un antécédent thyroïde certainement qu'à un moment donné ça ne va pas bien se passer en début de grossesse tellement 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 aussi intéressant de savoir parce que si elles ont une pathologie importante avec des traitements qui sont contre-indiqués pendant la grossesse, il va falloir les envoyer chez leur spécialiste pour passer à autre chose.

Par exemple, les antidiabétiques oraux qui sont interdits pendant la grossesse, il va donc falloir faire un relais rapide vers l'insuline.

Aussi, les antivitamines K qui sont interdits pendant la grossesse, il faudra faire un relais et une prise en charge particulière. Il y a des choses qui font que comme ça elles sont d'emblée sur un facteur de risque hyper important et où la prise en charge avec un spécialiste de leur maladie va être urgente et importante tout au long de leur grossesse.

B. Examen général

- **Etat général**, dont poids et taille pour le calcul de **l'IMC** parce qu'elles ne sont plus à risque de diabète.
- **Auscultation cardio-respiratoire** : Au moins une fois dans la grossesse parce que vous avez des patientes qui vont atterrir chez vous sans avoir jamais eu un suivi médical éventuellement (plutôt les patientes avec difficultés socio-économiques) et donc vous pouvez dépister des pathologies.
- Toute femme enceinte doit avoir une **TA \leq 13/9**. Vous vous souvenez, la tension en général chute (c'est bon signe) en début de grossesse et elle remonte à partir du 2ème trimestre. Une patiente qui n'a pas cette chute là est une patiente qui risque d'avoir de **l'hypertension** par la suite.
Donc il faut que ça clignote dans votre esprit que si elle a toujours 12/8 au premier trimestre, c'est un mauvais signe.
- La **bandelette urinaire** est **obligatoire**, recherche d'albumine et de glycosurie à cause de risque d'hypertension et de risque de diabète.

→ Recherche de signes cliniques :

- Etat veineux (risque de phlébite, on se demande alors s'il faut une aide pour éviter une phlébite chez cette patiente),
- signes fonctionnels urinaires (puisque les femmes enceintes font beaucoup d'infections urinaires, en sachant que pour ces signes, le « je vais faire beaucoup pipi » ne fonctionne pas puisque par définitions elles font beaucoup pipi. On cherche plutôt ça me brûle quand je fais pipi »),
- nausées/vomissements (il y en a qui sont normaux et d'autres qui ne le sont pas),
- constipation,
- prise de poids...

Autres signes cliniques selon les facteurs de risque identifiés.

C. Examen obstétrical

1. Anamnèse

→ **Mouvements fœtaux** ?

Elle ne le sent pas bouger avant à peu près 20 SA 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** ?

→ **Perte de liquide amniotique**

En principe elle n'est pas censée en perdre, ça arrive des fois à terme mais si ça arrive en cours de grossesse c'est un gros facteur de risque d'accouchement prématuré.

→ **Pertes vaginales anormales**

(là on recherche des infections vaginales qui sont fréquentes pendant la grossesse) et/ou prurit vulvaire (c'est le signe le plus évocateur d'infections, plutôt que les pertes vaginales, parce que comme il y en a des physiologiques, elles ont du mal à faire la différence) ?

→ **Métrorragies ?**

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

2. Palpation utérine

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

→ **Présentation fœtale** : céphalique / transverse / siège.

Ça ne nous intéresse pas trop en début de grossesse, ça nous intéresse dans le dernier mois pour savoir comment elle va accoucher et quel est le pronostic d'accouchement.

→ **Hauteur de la présentation** : haute / basse.

Elle est censée être haute très longtemps et elle descend que vers la fin de la grossesse, donc si elle est basse ça peut être un facteur favorisant l'accouchement prématuré.

→ **Sensation de macrosomie ou retard de croissance fœtale**

Alors ça c'est important, vous le verrez en échographie, la 2ème se fait vers 22SA et la 3ème vers 32SA donc pendant 10 semaines vous allez l'avoir en consultation et votre examen clinique peut vous faire suspecter qu'il est trop gros ou trop petit et vous faire demander une autre échographie, avec l'expérience on arrive bien à avoir une idée de s'il est gros ou petit.

→ **Sensation de liquide amniotique en excès.**

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

3. 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.

4. Bruits de cœur fœtaux

→ **Activité cardiaque présente ?**

À partir de **5SA** il y a une activité. Cliniquement avec le petit appareil ci-joint, on ne va pas pouvoir l'entendre avant **10-14SA**, il y a que l'échographie qui peut montrer l'activité, mais en soit-ce n'est pas bien grave parce que cliniquement on arrive quand même à savoir.

Si les signes de grossesse ont disparu (les nausées, les vomissements,...) on va aller chercher un peu plus loin. En tout cas, il n'y a pas de quoi paniquer si à 8 SA vous n'arrivez pas à l'entendre avec le moniteur de fréquence cardiaque doppler ci-dessous.



→ **Troubles du rythme ?**

Une fois que vous entendez des batttements cardiaques vous pouvez entendre des troubles du rythme. Cela permet donc de voir s'il y a une anomalie cardiaque qui est associée ou si ce sont juste des arythmies qui peuvent être physiologiques et disparaître.

5. Toucher vaginal

Toucher vaginal **éventuel**

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.

6. Examen du périnée

Lui il est **toujours intéressant** au moins une fois et notamment plutôt en début de grossesse pour les différentes prises en charge.

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 grossesse ou en cours de grossesse, mais ça elle va s'en plaindre, parce que c'est lourd, ça fait mal, donc à un moment donné elle va vous le dire. Sur certaines varices vulvaires on est obligé de les mettre sous certains **anti coagulants pour éviter les phlébites**.

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

2) ♥Le suivi biologique♥

A. Systématique

Groupe sanguin Rhésus (Obligatoire) :

2 objectifs :

Le premier, d'avoir une carte sanguine à jour connu de l'établissement français du sang, parce que on a un 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 grossesse.

NFS plaquettes +/- Ferritinémie :

Début de grossesse 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 grossesse 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.

Toxoplasmose (Obligatoire) : Selon l'immunité

Rubéole (Obligatoire) : Selon l'immunité

TPHA-VDRL (Obligatoire) : Syphilis

Hépatite B (Ag Obligatoire)

Albuminurie et Glycosurie (Obligatoire) : **Tous les mois**

PV Streptocoque B (Obligatoire à partir de 35 SA)

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

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 fœtus.

Hépatite C (Proposé)

Marqueurs sériques (Proposé)

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 de 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 coûte à la sécurité sociale et on en fait rien.

B. Individualisé

Dépistage diabète gestationnel ou pré existant (Facteurs de risque)

Surveillance thyroïdienne (ATCD)

Autres selon les facteurs de risques identifiés :

→ ECBU

→ Frottis cervico-vaginal ...

1. Groupe Rhésus et RAI

a. Groupe sanguin RAI

2 objectifs :

- Carte de groupe « à jour » pour l'accouchement

- 2 déterminations obligatoirement

→ Connue de l'EFS, parce que quand vous avez demandé 6 culots globulaires parce qu'elles saignent et il faut qu'ils puissent vous les donner

→ Prévention Incompatibilité Rhésus fœto-maternelle qui n'existe que si la **mère** est rhésus **négatif** et **l'enfant** de rhésus **positif**. Le rhésus négatif c'est 15% de la population en Europe.

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...

b. Prévention de l'incompatibilité Rhésus fœto-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, c'est enfin admis de se dire que l'on fait confiance à la mère, que son bébé est bien de son conjoint et que donc tous sont de rhésus négatif. On lui en parle quand même et on voit.

Le fœtus 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 1 chance sur 2 pour que le fœtus soit de rhésus positif.

La seule façon de le savoir est de faire un **génotypage Rhésus D fœtal 2 fois**
Si le rhésus est néгатif les 2 fois : plus rien à faire sauf vérification Rh à la naissance

Si rhésus fœtal positif ou inconnu :

- Injection d'immunoglobuline anti-D à 6 mois de grossesse +/- à tous les évènements favorisant le passage d'hématies fœtales dans la circulation maternelle.

Le risque c'est que spontanément ou à cause d'un AVC ou à cause d'une chute sur l'abdomen ou parce qu'elle a saigné, on se dit, il y a plein d'hématies fœtales qui sont passées chez la mère, si le fœtus est de rhésus positif la mère va construire des anticorps contre le rhésus de son bébé.

Pour éviter ça on lui fait une injection d'immunoglobuline anti-D (ce sont des faux anticorps anti-D) comme ça la mère ne va pas en construire et si des hématies fœtales sont passées ça va se régler tout seul...

Si on dit plus ou moins un peu plus haut c'est parce que si vous faites une injection à 28SA et qu'elle saigne à 29SA, ce qu'on lui a injecté une semaine avant va fonctionner.

- Injection systématique d'immunoglobuline anti-D (ce sont des faux anticorps anti-D), dans les 48 heures suivant la naissance.

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 grossesse d'après.

2. NFS plaquettes

a. Obligatoire

NFS/plaq au 6^{ème} mois de grossesse

b. En pratique

En début de grossesse :

NFS Plaq +/- Ferritinémie.

« Moi je la fais, parce que vous allez souvent avoir des patientes qui ont 12,5g d'hémoglobine et on se dit que ça va et en fin de compte vous vous rendez compte qu'elle a pas du tout de fer ou très peu ».

Si vous restez comme ça sans rien lui donner, elle va avoir une anémie à 6 mois « un peu trop tard » / ce n'est pas l'idéal. Dons, si en début de grossesse on voit qu'elle a 12g mais pas de fer, on donne quand même une supplémentation en fer pour éviter l'anémie.

6^{ème} mois :

NFS Plaq +/- Ferritinémie ou avant si facteurs de risques pré existant, ou signes cliniques.

C'est-à-dire que si à 4 mois vous voyez qu'elle a les conjonctifs pâles, qu'elle est fatiguée, qu'elle est essoufflée éventuellement on peut faire une autre NFS avant si vous suspectez une anémie.

Une NFS plaq dans le bilan pré opératoire. Elle sert soit pour l'accouchement, soit pour la péridurale, soit si elle devait saigner, on a déjà une NFS de départ.

Mise en place d'un traitement par fer et/ou folates selon les résultats.

c. Traitement

Apport en fer si anémie ferriprive (VGM < 80 fl = microcytose).

En sachant que le fer que l'on prend per os, ça ne marche pas super.
Si insuffisant : hémoglobine qui ne remonte pas et/ou anémie trop sévère < 9 g/dl : traitement IV, rarement transfusion

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 grossesse
L'apport préventif pour éviter une future anémie n'est pas efficace chez une patiente non anémiée, avec des apports suffisants, sauf si elle n'a pas de fer en réserve.

« Donc moi, ce que je fais à mes patientes en début de grossesse, si je vois qu'elles ont un fer normal je vais leur demander ce qu'elle mange, si elle ne mange pas de patate, de légumes, de viandes rouges, il y a de forte chance que sa réserve en fer diminue, sauf que si elle a une bonne réserve de fer, donner du fer en plus ne va servir à rien ».

Donc, à un moment donné il va falloir savoir, si on est vers 4,5,6 mois.

L'assimilation de fer par médication n'est pas optimale.

3. Toxoplasmose

C'est hyper important. Votre patiente quand vous ne la connaissez pas, vous ne savez pas si elle a eu la toxoplasmose ou pas, puisque la toxoplasmose comme signe clinique ça ne donne pas grand-chose.
C'est quelqu'un qui pendant 2-3 jours va avoir 37.8°, 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 toxoplasmose on l'a fait que quand on est enceinte ou qu'on a un désir de grossesse par curiosité pour savoir, mais autrement personne va diagnostiquer une toxoplasmose et jamais personne ne va faire une sérologie pour la toxoplasmose en dehors de la grossesse parce que dans la population générale hormis quand on est enceinte, on s'en fou, on a le droit d'avoir une toxoplasmose.

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.

a. Immunité inconnue

2 sérologies positives à un mois d'intervalle pour considérer que la patiente possède une immunité ancienne.

C'est-à-dire qu'elle l'a déjà eu et qu'elle ne va pas l'avoir une seconde fois, les résultats que vous devez avoir dans ce cas-là sont :

IGM négatifs (ce sont les premiers anticorps qui viennent lorsqu'on a une maladie puis ils disparaissent)

IGG positifs (ils apparaissent un peu plus tard)

Une fois que vous avez ça, c'est fini vous n'avez plus rien à faire. Si vous avez une patiente qui a déjà eu une grossesse et qui a déjà fait ses 2 sérologies de toxoplasmose, vous avez les résultats de cette sérologie d'il y a 2 ans qui vous disent qu'elle était immunisée, ce n'est pas non plus la peine de refaire, parce qu'une fois qu'elle est immunisée, elle le reste.

b. Immunité ancienne et documentée

Pas de surveillance particulière

c. Sérologie négative

Ça concerne 20% des femmes d'origine française, beaucoup plus chez les asiatiques, chez celles qui ne mangent pas beaucoup de viandes.

Dès que vous savez qu'elle a une sérologie négative, comme vous savez que c'est une maladie qu'on ne dépiste pas cliniquement :

Sérologie tous les mois jusqu'à un mois après l'accouchement pour être sûr qu'elle ne l'a pas attrapé entre temps.

Éléments de prévention (cf.dia ultérieure)

Risque : Séroconversion de toxoplasmose pendant la grossesse (IGM + puis IGG +)

Plus la séroconversion est tardive pendant la grossesse, plus la transmission au fœtus est fréquente,
Plus la séroconversion est précoce pendant la grossesse, moins la transmission est fréquente mais plus le risque fœtal est élevé.

Risques fœtaux : Macrocéphalie, hydrocéphalie, calcifications intracrâniennes, atteintes oculaires.

Vous voyez donc que les complications fœtales sont importantes, il y a des prises en charge et des traitements mais en tous cas, une fois que l'on a ça, on discute d'une éventuelle interruption médicale de grossesse. C'est pour ça que c'est super important de faire une sérologie pour la toxoplasmose pendant la grossesse.

d. Prévention

La toxoplasmose c'est une **zoonose dû à un protozoaire**, qui peut évoluer dans toutes les espèces. Ça commence avec les oiseaux et les souris ayant ce parasite, le chat va les manger, il va faire caca dans la litière et aussi dans les près, ceux qui broutent vont l'attraper (cochon, mouton, vache, ...) et nous qui les mangeons vont aussi l'attraper.

Ça peut aussi par transfusion mais c'est hyper rare. De plus, comme le chat et les autres animaux ont fait caca et que tout se retrouve dans le sol, tous les légumes peuvent aussi être contaminés, on va les manger et on peut alors l'attraper.

D'où les conseils que l'on donne aux femmes enceintes pour qu'elles n'attrapent pas la toxoplasmose :

-Se laver soigneusement les mains après tout contact avec des chats ou leurs selles (ce n'est pas la peine de jeter votre chat dehors si vous êtes enceinte)

-Ne manger que de la viande bien cuite. « Moi je dis à mes patientes quand elles vont au restaurant, faites attention, soit vous êtes sûr qu'elle est bien cuite, soit vous faite cuire ou alors vous prenez du poisson, mais aussi de ne pas aller pas chez McDo parce que la viande est mal cuite ».

-Bien laver les fruits et les légumes qui peuvent être consommés crus

-Nettoyer soigneusement le bac à litière de votre chat (peut aussi être fait par le conjoint, ou vous mettez des gants ou vous faites un bon lavage des mains après)

-Porter des gants pour jardiner surtout si vous avez un chat ou une vache dans votre jardin.

4. 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 vacciné 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 ».

a. Immunité inconnue

2 sérologies positives à un mois d'intervalle pour considérer que la patiente possède une immunité ancienne

IGM négatif

IGG positif

b. Immunité ancienne connue et documentée

Pas de surveillance particulière

c. Sérologie négative

Sérologie tous les mois jusqu'à 18-20 SA

Pas de prévention pendant la grossesse, (à part de ne pas rester à côté d'un enfant qui a la rubéole) pas de traitement.

Risques fœtaux en cas de Rubéole pendant la grossesse (IGM + puis IGG +):

Hypotrophie
Microcéphalie
Surdité, cataracte, rétinopathie
Anomalies cardiaques
MIU

Donc en général, rubéole pendant la grossesse rime avec interruption médicale de grossesse.

Vaccination en post partum sous contraception 3 mois, pour être sûre qu'elle ne tombe pas enceinte pendant le vaccin.

5. Syphilis, HIV, HBS, HCV

a. Prescriptions obligatoires

Syphilis

Antigène HBS.....Sérologie complète (Ag et Anticorps)

En fonction des résultats, prise en charge spécialisée pour traiter la mère

Prévention NN (nouveau-né) : Immunoglobuline dans les 2 heures suivant la naissance et vaccination (HBS)

b. 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)

6. Albuminurie, glycosurie

Dépistage des infections urinaires basses ou hautes, et des bactériuries asymptomatique (2 à 15 % des grossesses), donc à chaque consultation on fait une bandelette.

La **glycosurie** (d'autres moyens de dépistage) **peut être un signe d'appel de diabète non diagnostiqué et/ou mal équilibré**, mais on sait que ce qui se passe au niveau du rein pour le glucose est amoindri pendant la grossesse, donc il suffit que votre patiente ait mangé 2 tartines à la confiture avant de venir et vous pouvez être sûre que la glycosurie sera positive.

Se fait en laboratoire de ville si suivi libéral, ou en début de consultation hospitalière.

7. Dépistage des anomalies chromosomiques fœtales

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 me 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 me trimestre qui comptent.

Ces dépistages sont prescrits par l'échographiste au moment de l'échographie T1

Le dépistage évalue la probabilité que le fœtus 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 »

Exemples : 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

8. PV Streptocoque B

Ce qui est redouté : l'infection néonatale bactérienne précoce, les méningites à streptocoques B.

Avant que l'on face cette recherche là au streptocoque 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 grossesse et à la naissance le nouveau-né passant par la filière génitale peut attraper ce streptocoque B et le problème c'est que ça donne des méningites et qu'ils en meurent.

Depuis maintenant 15-20 ans, **on fait un prélèvement vaginal systématique avec recherche de streptocoque B à partir de 35 SA** : l'objectif est que ce prélèvement soit fait 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.

9. 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 2ème trimestre.

-HGPO entre 24 et 28 SA : si non fait, il peut être fait n'importe quand jusqu'à l'accouchement

Si facteurs de risque :

Age ≥ 35 ans ;

IMC ≥ 25 Kg/m ATCD familial de DBT type 2 au 1er 2ème T ;

ATCD personnel de DG et/ou macrosomie fœtale ;

Degré ;

Macrosomie fœtale actuelle et/ou excès de LA.

On fera donc aux patientes qui présente ces facteurs de risque un HGPO,

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 diabète gestationnel ou non.

~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 1er 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 : systématique 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

3)♥ Le suivi échographique♥

Cette partie du cours est tombée l'année dernière donc +++++

Il existe 3 échographies obligatoires : à **12 SA, 22 SA, 32 SA.**

♥ L'échographie à 12 SA permet :

- la **datation** de la grossesse
- de **mesurer la clarté nucale**
- de réaliser une **première morphologie**
- de réaliser des **biométries**

Explication : de manière générale on va mesurer la clarté nucale pour évaluer le risque de trisomie. On réalise également une première morphologie parce qu'il y a déjà des choses qui sont construites et si on a des gros syndromes mal-formatifs, on peut déjà voir des choses.

La biométrie va permettre de dater la grossesse.

L'échographie à 22 SA permet :

- des **biométries**
- de réaliser d'**autres morphologies**
- de voir la **localisation du placenta**
- **LA** (liquide amniotique)
- de réaliser des **dopplers utérins et ombilicaux**

(en rouge, c'est ce qui a été ajouté par rapport à la 1ère)

Explication : grâce à la biométrie on peut voir les trop petits ou les trop gros fœtus, ça existe.

On complète la morphologie, parce qu'il y a plein de choses qui se sont construites entre 12 SA et 22 SA. On regarde où est le placenta, parce qu'il ne doit pas être trop bas près du col et le liquide amniotique.

On réalise le doppler **utérin** qui est prédictif de problèmes d'hypertension parce que le placenta s'est mal implanté. En revanche le doppler **ombilical** reflète la bonne circulation entre la mère et l'enfant.

C'est-à-dire que quand ils sont anormaux, on va se dire qu'il n'est pas assez nourri par sa mère et qu'il risque d'être plus petit par la suite.

L'échographie à 32 SA permet :

- des **biométries**
- de réaliser la **dernière morphologie**
- de voir la **localisation du placenta**
- **LA** (liquide amniotique)
- de réaliser des **dopplers utérins et ombilicaux**

Explication : à 32 semaines, c'est la même chose. On localise le placenta pour pas qu'il bouge mais quand il est bas souvent avec l'utérus qui grandit, il remonte un petit peu.

Actuellement on a de plus en plus d'échographies à la 8 SA afin de déterminer le nombre de fœtus, et un diagnostic de chronicité du placenta. Et éventuellement, on fait plus d'échographies en cas de pathologies ou en cas d'antécédents de pathologies.

En cas de diabète, il va y en avoir forcément une à 35 SA, ou s'il y a un vrai retard de croissance on va en faire éventuellement tous les 2 à 4 semaines. Dans une grossesse normale, ça ne sert à rien de faire une échographie tous les mois.

Mémo: il faut bien différencier tout ce qu'on fait lors des 3 écho donc je me disais lors de la 22^e et 32^e SA ce sont les mêmes éléments et à 12 SA on a juste la datation (logique, voir l'âge du fœtus) et la clarté nucale (tout ce qui est dépistage trisomie par ex)

QCM

1. Votre patiente vous déclare être à 6 mois de grossesse

- A) Il s'agit d'une grossesse de 25 SA
- B) Il s'agit d'une grossesse de 28 SA
- C) Elle est à son 6^{ème} mois de grossesse
- D) Elle est à son 7^{ème} mois de grossesse
- E) Elle sera à terme dans 3 mois

Correction :

- A) Faux : 6 mois de grossesse c'est 28SA
- B) Vrai
- C) Faux : elle est dans son 7^{ème} mois
- D) Vrai
- E) Vrai (à peu près 3 mois, à quelques jours près)

2. Votre patiente vous déclare être à son 7^{ème} mois de grossesse :

- A) Il s'agit d'une grossesse de 25 SA
- B) Il s'agit d'une grossesse de 28 SA
- C) On ne peut pas dire à quel terme exact en SA elle est
- D) Elle est entre 28 et 32 SA
- E) Elle est entre 25 et 30 SA

Correction :

- A) Faux : elle est entre 28 et 31+6
- B) Faux : pareil
- C) Vrai : on est dans le 7^{ème} mois de grossesse donc tous les termes en SA sur ce mois là
- D) Vrai : 32-1
- E) Faux : Cf D

3. Votre patiente vous déclare être enceinte du 19 Août 2023 :(Sachant que le jour du cours on était le 19 mars)

- A) Elle est à 7 mois de grossesse
- B) Elle est approximativement à 32 SA
- C) Elle est approximativement à 35 SA
- D) Si elle accouche demain, ce sera un accouchement prématuré
- E) Elle sera à terme vers le 19 avril

Correction :

- A) Vrai
- B) Vrai : 7mois \approx 32SA, 32+1, 32-1
- C) Faux : Cf B
- D) Vrai : comme elle est à 32SA c'est un accouchement prématuré (elle n'est pas renté dans les détails de « extrême » « grand » ... il est prématuré)
- E) Faux : on a dit qu'elle était à 7 mois de grossesse aujourd'hui donc elle sera à terme le 19 mai

4. En France :

- A) Il y a eu 800 000 naissances vivantes l'année dernière
- B) Le taux de prématurité est de 10 %
- C) Le taux de mortalité maternelle est de 10,8 %
- D) Un enfant est grand prématuré à partir du moment où il naît avant 32 SA
- E) Le taux de mortalité périnatale concerne les enfants nés vivants puis décédés lors des 7 premiers jours de vie

Correction :

A) Faux : il y en a moins, 678000

B) Faux : il est à 7,2%

C) Faux : pour la mortalité maternelle on n'est heureusement pas sur un pourcentage on est sur du 100000 naissances

D) Vrai

E) Faux : le taux de mortalité périnatal concerne également les enfants décédés à la naissance

5. Les facteurs de risques de mortalité maternelle en France :

A) L'obésité maternelle

B) Vivre en PACA

C) L'hémorragie de la délivrance est la 1ère cause de mortalité maternelle

D) Être née en Europe

E) Être née en Amérique du Sud

Correction :

A) Vrai

B) Faux : même si on n'est pas dans les meilleurs chiffres non plus

C) Faux : ce n'est plus la première cause

D) Faux : c'est plutôt un non-facteur de risque

E) Vrai

Ce cours c'est surtout de la compréhension hormis les dates et la partie vaccins... Vous prenez pas la tête a tout apprendre par cœur par cœur, lisez ce cours comme une histoire !

Les QCM tombés l'année dernière était relativement simple.

Je vous sors une fiche récap d'ici peu, c'est toujours utile (;

A SUIVRE....