

Fiche Récap

Modifications physiologiques 1

I. Modifications générales

A. Température corporelle

- **T1 ≥ à 37°C** : **progestérone** → **tendance à l'hypothermie** en fin de grossesse

B. Poids

- **T1 + T2 : +1kg/mois**
- **T3 : +2kg/mois**

En moyenne, on a :

- **5kg** de **bébé + placenta + liquide amniotique**
- **3kg** de **tissu dont la masse augmente** : **utérus + seins + liquide extracellulaire**
- **4kg** de **dépôts lipidiques**

Recommandations :

- Patiente de **poids normal** (IMC entre 19-24) : une prise de poids de **9 à 12kg**
- Patiente **obèse** (IMC > 30) : une prise de poids **5 à 9kg**
- Patiente **maigre** (IMC < 19) : une prise de poids d'une **15aine de kg**

C. État général

- Chez au moins **2/3 des patientes** : **nausées et vomissements**
- **Beaucoup de nausées et vomissements** : elles peuvent **perdre beaucoup de kilos en début de grossesse**, allant jusqu'à **10% de leur poids** → **hyperemesis gravidarum (hospitalisations pour une réanimation hydroélectrolytique)**

II. Glandes endocrines

A. Hypophyse

- **2 parties** :
 - **Antéhypophyse** :
 - **GH**
 - **Prolactine**
 - **FSH**
 - **LH**
 - **TSH**
 - **ACTH**
 - **Post-hypophyse** :
 - **Ocytocine**
 - **Vasopressine = ADH**

- Son **poids double** : il passe de **0,4g à 0,8g**
- **TSH diminue** lors du **pic d'hCG** puis **augmente tout en restant à la normale**
 - **β-hCG augmente** jusqu'à **12 SA = 10 SG** puis **diminue après petit à petit**
- La **prolactine sérique augmente** pour être **5 à 10 fois plus élevée** que la **LH** et la **FSH en fin de grossesse**
 - Le taux de **FSH** et **LH diminue** autant que la **prolactine augmente**
- **L'ocytocine augmente** jusqu'à **165µg/ml**

B. Thyroïde

- Sécrétion de :
 - **T3** : triiodothyronine
 - **T4** : thyroxine
 - **Calcitonine**
- **Augmentation de la filtration glomérulaire** → **augmentation l'excrétion rénale d'iode** entraînant des **carences en iode** donc apparition d'un **léger goût** dans **50% des cas**
- On supplémente **100 à 150µg d'iode par jour** dans des **situations à risque de carences en iode**
- La **TGB augmente** donc **T3 et T4 totales augmentent aussi**
- **Légère diminution** de **T3 et T4 libres** ainsi que de **TSH en fin de grossesse**

C. Parathyroïde

- Sécrétion de **PTH**
- **Besoins calciques fœtaux augmentent** surtout à **T3** jusqu'à **300mg/j**
- **Augmentation** de la **PTH maternelle** vers **6M de grossesse**
- **Augmentation** de la **calcitonine maternelle** par compensation
- **Augmentation** de la **calcitonine fœtale** mais **baisse** de sa **PTH**

D. Glandes surrénales

- **2 parties** :
 - **Corticosurrénale** :
 - **Minéralocorticoïdes**
 - **Glucocorticoïdes**
 - **Hormones sexuelles**
 - **Médullosurrénale** :
 - **Catécholamines**
- **Catécholamines peu modifiées** sauf **adrénaline** et **noradrénaline** qui **diminuent**
- **Cortisol plasmatique double** dès le **début de la grossesse**
- **Aldostérone augmente**
- **Testostérone augmente**

E. Pancréas

- Fonction pancréatique reste **normale** mais **hyperinsulinisme réactionnel**

II. Modifications métaboliques

A. Métabolisme basal

- **Augmentation** du métabolisme basal de **15 à 30%** :
 - **1/4** : cœur + poumons
 - **3/4** : unité fœto-placentaire
- **T1/T2** : accumulation des **réserves chez la mère** : **ANABOLISME**
- **T3** : **processus catabolique** (gain de poids du fœtus) : **CATABOLISME**

B. Lipides

- **Lipides libérés à T3** lors de la **mise en place** des **processus cataboliques**
- **Triglycérides augmentent 2 à 3 fois** et reviennent à la **normale en 6 semaines après l'accouchement**
- **Cholestérol augmente** et revient à la **normale en 8 semaines après l'accouchement**

C. Protéines

- **Protéolyse** et **renouvellement** des **protéines NE VARIENT PAS**
- **Protéines totales plasmatiques diminuent** de **10g/L** surtout **l'albumine**

D. Glucides

- **T1** :
 - **Augmentation** des **cellules béta des ilots de Langerhans** grâce aux **œstrogènes** et à la **progestérone**
 - **Augmentation réponse insulinique** donc **diminution** de **10%** de la **glycémie**
 - **Jusqu'à 22 SA ANABOLISME** maternel
- **2^{ème} moitié de la grossesse** :
 - Légère **insulinorésistance** grâce à la **progestérone** et à **l'hPL** (hormones hyperglycémiantes)
 - **Mère : graisses**
 - **Fœtus : glucose**
 - **hPL** limite le **stockage**
 - **CATABOLISME maternel** prédominant