

COURS 1 :

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

- I. LE LANGAGE
 - A. Les repères pour connaître le terme de la grossesse
 - B. La durée d'une grossesse
 - C. Épidémiologie française → **RAJOUTS** (3 données)
 - ~~D. La mortalité maternelle~~
 - E. QCM
- II. LE SUIVI D'UNE GROSSESSE PHYSIOLOGIQUE SINGLETON
 - A. Généralités
 - B. Le Suivi Clinique
 - C. Le Suivi Biologique → **CMV**
 - D. Le Suivi Echographique
 - E. QCM
- III. LA PRÉVENTION
 - ~~A. Alimentation~~
 - ~~B. Vaccination~~
 - ~~C. Alcool, Tabac Et Drogues~~
 - ~~D. Violences Faites Aux Femmes~~
 - ~~E. Préparation À La Parentalité~~
 - ~~F. Activité Physique~~
 - G. Médicaments
 - H. Odontologie
 - I. QCM
- IV. QUELQUES PATHOLOGIES SPÉCIFIQUES DE LA GROSSESSE
 - ~~A. Hyperémisis gravidarum/ hyperémèse gravidique~~
 - ~~B. HTA~~
 - C. Les risques du diabète gestationnel
 - ~~D. Cholestase gravidique~~
- V. ORGANISATION DE LA PÉRINATALITÉ EN FRANCE
- VI. CORRECTION DES QCM

Voici la nouvelle version de ce cours. Vous allez être très contents !! Il y a très peu de rajouts (juste quelques données en plus dans la partie périnatalité et un nouveau virus étudié dans la partie suivi biologique : le CMV). Il y a énormément de parties qui n'ont pas été abordées cette année dans ce cours (je vous les ai barré dans le plan juste en haut et je ne vous les ai pas mis sur cette fiche pour vous l'alléger #c'est bon pour le moral, mais vous pouvez les retrouver dans l'ancienne version de ce cours au cas où). Il est donc énormément allégé. MAIS : ces parties en question sont simplement déplacées dans les nouveaux cours donnés cette année. Mais c'est une bonne nouvelle car ça veut dire que ces « nouveaux » cours ne sont pas si nouveaux donc vous avez pris de l'avance en travaillant la première version de mon cours.

J'ai aussi enlevé les qcms je les mets à part pour que vous vous entraîniez direct sans forcément revoir le cours

*Les modifications de cette année seront de **cette couleur***

I - LE LANGAGE

Il y a les professionnels de santé, les patientes et les familles. Il faut donc un même langage. Est-ce qu'on parle en semaine de grossesse ? En semaine d'aménorrhées ? En mois ? En énième de mois ?

A. LES REPÈRES POUR CONNAÎTRE LE TERME DE LA GROSSESSE

Les professionnels de santé vont surtout parler en **semaines d'aménorrhées (SA)**. C'est une manière très précise de dater. On est enceinte de 7 semaines, 28 semaines. Ce sont des semaines qui finies, avérées. On est à 28 semaines, 28+1 jour ou 28+2 jours. Quand la grossesse se passe bien, qu'on soit à +1 ou +2 jours a peu d'importance. Néanmoins, lorsque l'on est sur des termes particuliers il est important de savoir si on est à 24h ou 48h près.

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) *Il y a donc un décalage de 2 semaines entre les semaines de grossesse (SG) et les semaines d'aménorrhée (SA)*

REPÈRES À CONNAÎTRE PAR CŒUR : *Ça c'est par cœur +++*

♥ 15 SA → 3 mois finis

♥ 28 SA → 6 mois finis

♥ 41 SA → 9 mois finis

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

Le problème c'est que vous avez beaucoup de patientes qui vous disent « 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 (finis), elles sont dans leur 9ème mois (entament le 9) ce qui correspond donc à 8mois finis+++**
À vraiment avoir en tête c'est LA grosse problématique du langage patiente-professionnel

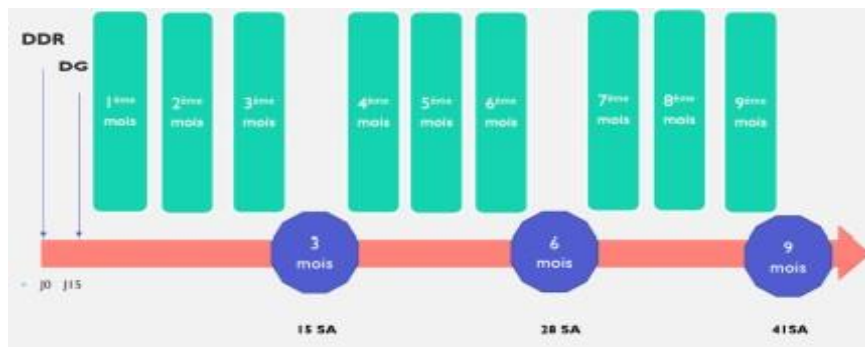
Alors pourquoi ? Et bien parce que maintenant, avec les moyens qu'on a (les tests urinaires...), la majorité des grossesses sont programmées dans le temps. Le couple a décidé de faire un bébé et donc ils font attention, ils savent à peu près que c'est au moment de l'ovulation que l'on fait des bébés, 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 mois.

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

EXEMPLE : La patiente qui appelle en salle de naissance (c'est très fréquent) et qui dit à la sage-femme : «voilà je suis à 8 mois », ce qui correspond pour nous qu'elle est à 37 semaines, et donc plus prématuré. Or elle se plaint de contractions et demande si elle doit venir à l'hôpital. On va lui dire d'attendre d'avoir des contractions toutes les 5 minutes pendant 2h et à ce moment là de venir. 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.

ATTENTION : Quand en qcm on vous dit « votre patiente vous déclare être à 6 mois de grossesse », elle est bien à 6 mois finis et non au 6^{ème} mois. Partez du principe que vous avez le suivi de la patiente sous les yeux donc l'information est vérifiée+++++



B. LA DURÉE D'UNE GROSSESSE

On admet (ce n'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 est prévue à **41 SA** soit **39 SG** semaines de grossesse **OU 39 semaines développement (cf embryologie)** De façon générale : $x SA = x-2 SG$

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 à compter du 19/03/2024, 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.

1) 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

2) 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.

♡ > 37 SA → pas de prématurité

♡ 32 à 37 SA → prématurité moyenne

♡ 28 à 32 SA → grande prématurité

♡ < 28 SA → très grande/ 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 A PARTIR de 22SA on accouche ou 500 g**

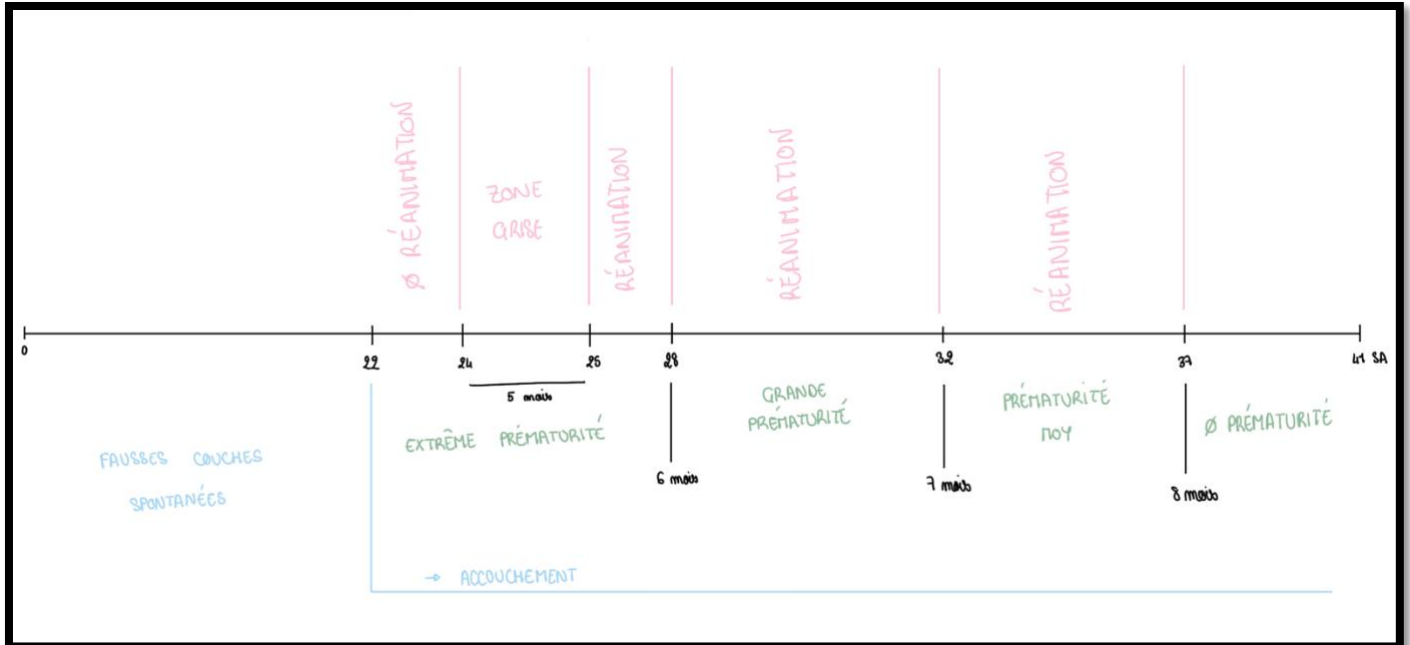
Plus on est dans la grande/ très grande/ extrême prématurité, plus il y a d'échec de réanimation et s'il n'y a pas d'échec de réanimation on a de fort risque d'avoir des handicaps sévères.

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.

Le professeur Gouaze (cours Promotion de la santé en périnatalité) définit la zone grise entre 22 et 24 SA donc pas de panique si vous voyez cette info discordante. Les professeurs nous ont juste expliqué qu'entre 22 jusqu'à 25, on est pas sur une décision à 100% : ça dépend de pleins de facteurs : poids du nouveau né (>500g), profil de la patiente, risques séquelles, choix des parents surtout

SCHÉMA RECAP :

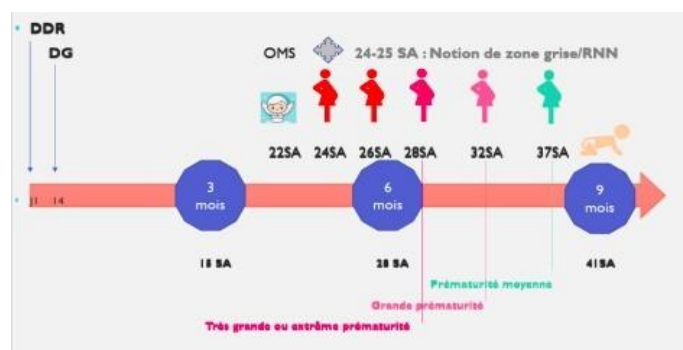


En fonction de l’histoire de la patiente :

- 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*



C. ÉPIDÉMIOLOGIE FRANÇAISE

Quelle que soit votre profession, il est toujours intéressant de savoir dans quel milieu on est en termes de santé publique.

- **Nombres de naissances vivantes :**

- ✓ En 2023 nous avons eu **678.000 naissances**
- ✓ **En 2025, nous avons eu 645.000 naissances** ↪ NEW

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

- ➔ 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 : 7,4% des naissances ++** ^{+ 0,2 !.}

⚠ 7,2% dans l'ancienne version attention ⚠ dites vous qu'il y a de plus en plus de grossesses multiples avec l'augmentation du recours à la PMA donc il y a de plus en plus de prématurité vu que 50% des grossesses multiples donneront des prématurés

- ✓ **50% des grossesses multiples donneront naissance à des enfants prématurés** (grossesses gémeillaires, 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**

- **Taux de déclenchement : 1/4 patientes** en hausse

- **Taux de péridurale : 82%** stable

- **Taux de césarienne : 21%**

- **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** (attention c'est bien ‰ et non % ! On a donc 10,2/1000 décès et non 10,2/100 !!) 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 :**

Le drame de nos salles d'accouchement, concerne 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 +++

+++++Et attention c'est bien 10,8/100 000 et non 10,8%+++++

⚠ PLUS DE PARTIE MORTALITÉ MATERNELLE CETTE ANNÉE DANS CE COURS ⚠

II – LE SUIVI D'UNE GROSSESSE PHYSIOLOGIQUE SINGLETON

A. GÉNÉRALITÉS

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

Cette surveillance elle est clinique, biologique et échographique :

- **7 consultations :**

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).

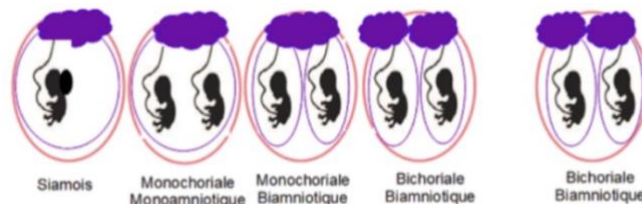
- **Une consultation anesthésique :**

En **fin de grossesse** avec **bilan préopératoire** pour le jour de l'accouchement.

- **3 échographies recommandées ou obligatoires :** *les deux sont justes en qcm (info vérifié par la professeure)*

Recommandées par la **HAS**, elles sont bien nécessaires. 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.



Ce n'est pas vraiment à connaître pour ce cours mais ça faisait parti de l'ancien cours « développement placentaire ». C'est plus pour que vous compreniez de quoi on parle. Et le nombre de poche amniotique et de placenta dépend du temps que met l'embryon à se diviser (en parle de jours post-conception PC)

- **Un suivi biologique**

On retient bien :

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

Encore une fois +++

B. LE SUIVI CLINIQUE

1) 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.

2) Examen général

- **Etat général**, donc poids et taille pour le calcul de **l'IMC** parce qu'elles 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 ≤ 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**
 - ✓ **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 définition 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.

3) Examen obstétrical

a. 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.

b. 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 2^e se fait vers 22SA et la 3^e 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.

c. 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.

d. Bruits de cœur fœtaux

- **Activité cardiaque fœtale**
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 cidessous.



- **Troubles du rythme**
Une fois que vous entendez des battements 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.

e. Toucher vaginal

Toucher vaginal **EVENTUEL** 9 patientes sur 10 n'en auront JAMAIS

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.

C. LE SUIVI BIOLOGIQUE

1) 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)

Obligatoire parce que certaines agglutinines irrégulières peuvent poser problème pendant la grossesse.

- **NFS plaquettes +/- Ferritinémie :**

Début de grossesse et 6 mois (*ou 6ème mois : les deux sont justes ça dépend juste si la consultation c'est faite à 26 SA ou 28 SA par exemple*), 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

- **CMV (Obligatoire depuis cet été 2025) :** Selon l'immunité

- **TPHA-VDRL (Obligatoire) :** Syphilis

- **Hépatite B (Ag Obligatoire)**

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

- **PV Streptocoque B (Obligatoire A PARTIR DE 35 SA)**

- **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 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.

2) Individualisé

- **Dépistage diabète gestationnel ou pré existant** (Facteurs de risque)

- **Surveillance thyroïdienne** (ATCD)

- **Autres selon les facteurs de risques identifiés :**

- ✓ ECBU

- ✓ Frottis cervico-vaginal ...

a. Groupe Rhésus et RAI

- **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 **NEGATIF** et l'enfant de rhésus **POSITIF**. Le rhésus négatif c'est 15% de la population en Europe .

- **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.

Si le conjoint est rhésus positif, le bébé a 1 chance sur 2 d'être négatif ou positif

- ✓ 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 (prise de sang à la mère)**

- Si le rhésus est négatif 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.

b. NFS plaquettes

- **Obligatoire**

NFS/plaq au 6^{ème} mois **ou 6 mois** de grossesse *les deux sont justes en qcm ++*

- **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 ». - prof

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/ 6 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 dernière NFS :

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.

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

✓ 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 ». - prof

c. 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.

- **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) : exposée pour la PREMIERE FOIS
- ✓ **IGG positifs** (ils apparaissent un peu plus tard) : DEJA ETE atteint de la maladie

Mnémono tut : IGG : gériatrie : les vieux, les anciens : immunité ancienne

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.

- **Immunité ancienne et documentée**

Pas de surveillance particulière

- **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 :

SEROLOGIE TOUS LES MOIS JUSQU'A UN MOIS APRES L'ACCOUCHEMENT pour être sûr qu'elle ne l'a pas attrapé entre temps.

- **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 **PRECOCE** 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.

- **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 faites recuire 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.

d. 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 ». -prof

- **Immunité inconnue = IGM négatif IGG positif**

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

- **Immunité ancienne connue et documentée**

Pas de surveillance particulière

- **Sérologie négative**

Sérologie tous les mois jusqu'à 18-20 SA

- ✓ Pas de prévention pendant la grossesse, (à part de ne pas rester à cote d'un enfant qui a la rubéole) pas de traitement.
- ✓ Risques fœtaux en cas de Rubéole pendant la grossesse (IGM + puis IGG +):
- ✓ **Hypotrophie** *petits bébés*
- ✓ **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.** *On a tous été vaccinés à 15-18 mois quand on était bébé contre la rubéole*

e. Syphilis, HIV, HBS, HC

- **Prescriptions obligatoires**

- ✓ Syphilis
- ✓ Antigène HBS.....Sérologie complète (Ag et Anticorps)

En fonction des résultats, prise en charge (PEC) spécialisée pour traiter la mère pour éviter que le bébé ne soit contaminé

Prévention NN* : Immunoglobuline 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 (*nouveau né) : Traitement (HIV)

f. Cytomégalo virus = CMV

- **Prescription obligatoire depuis l'été 2025** : avant on le faisait, puis plus et maintenant c'est dans la loi
- **Dépistage** : au début de grossesse
 - ✓ Si CMV + : on ne fait rien (autre sérologie INUTILE)
 - ✓ Si CMV- : on refait une sérologie tous les mois jusqu'à 16 SA
 - NB : ici, la sérologie ne permet PAS de diagnostiquer : une séroversion, réinfection par une autre souche...
- **Histoire du CMV** :
 - ✓ Famille des **herpès virus**
 - ✓ Possible phase de **latence** *style herpès*
 - ✓ **Souche différente possible** *style Covid*
- **Virémie** :
 - ✓ **Survenue** : La virémie survient dans **8 à 15 jours** = visible dans une sérologie à partir de 8/15 jours
 - ✓ **Persistance** : de **1 semaine à plusieurs mois**
 - **personne dépendante** *symptômes et intensité des symptômes propre à chacun*
- **Risque** : **Séquelles neurologiques et sensorielles : surdité congénitale** *donc grave ++*
- **Transmission** :
 - ✓ Salive, urine, larmes, sécrétions nasales et génitales, lait maternel, transfusion, greffe
 - ✓ **Attention** : beaucoup transmis par les **enfants de bas âge (0-3 ans)** pour les mamans qui ont déjà un enfant (*salive, urine et larmes notamment*)
- **Prévention** : **hygiène +++**

g. 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 urinaire
- 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 font en laboratoire de ville si suivi libéral, ou en début de consultation hospitalière.

h. 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^{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.

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

Le dépistage évalue **LA PROBABILITE** que le fœtus ait ou non une trisomie 21 (0,3% des grossesses évolutives ou 1NN/600 naissances) : **CE N'EST PAS UN DIAGNOSTIC +++** *c'est vraiment +++*

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 10 000 (*ça c'est le mieux, la probabilité minimale*), 1 sur 5 834, 1 sur 1 000, 1 sur 78...

Si risque est supérieur à 1 risque sur 1 000, les investigations sont complétées (exemple : si risque 1/510). Sinon (inf a 1/1 000), on s'arrête.

i. PV Streptocoque B

Ce qui est redouté : **l'infection néonatale bactérienne précoce +++**, en particulier 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 quelques heures et que le bébé ne l'attrape pas à la naissance

j. Dépistage du diabète gestationnel *Cette partie là c'est +++++*

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

✓ Si facteurs de risque :

- Âge \geq 35 ans
- IMC \geq 25 kg/m² *Surpoids ou obésité*
- ATCD perso de DG sur une autre grossesse et/ou macrosomie fœtale (bébé de +4kg a la naissance)
- ATCD familial de Diabète de type 2 au 1^{er} degré (parents, frères et sœurs)
- Macrosomie fœtale actuelle
- Excès de LA (liquide amniotique)

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

1. Une première prise de sang à jeun, puis on leur fait boire 75g de sucre
2. Puis on leur fait une autre prise de sang 1h après l'ingestion du sucre
3. Et enfin une dernière prise de sang à 2h

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 < 1,80g/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.

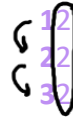
La prise en charge du DG va avoir pour objectif de limiter les complications, de limiter la macrosomie et qu'il soit équilibrer pour qu'il n'y ait pas de complications plus tard.

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

D. LE SUIVI ECHOGRAPHIQUE

Il existe 3 échographies obligatoires :
+++12SA, 22 SA et 32SA +++

MEMOTUT : Pour retenir sans vous tromper, ça fait 1,2,3 en dizaine et tout le temps 2 en unité



♥ L'ECHOGRAPHIE A 12 SA PERMET :

- ✓ la **datation** de la grossesse
- ✓ de mesurer la **clarté nucale** *Évaluation du risque de trisomie*
- ✓ de réaliser une **première morphologie** *vérification du bon développement, possible syndrome mal-formatifs*
- ✓ de réaliser des **biométries** *pour dater la grossesse notamment*
- ✓

♥ L'ECHOGRAPHIE A 22 SA PERMET :

- ✓ des **biométries** bébé eutrophes ?
- ✓ de réaliser **d'autres morphologies pleins de nouvelles choses formées entre 12 et 22 SA**
- ✓ de voir la **localisation du placenta ne doit pas être trop bas, prêt du col**
- ✓ **LA** (liquide amniotique)
- ✓ de réaliser des **dopplers utérins et ombilicaux** *utérin = problèmes d'hypertension (placenta mal implanté) / ombilical = bonne circulation*

♥ L'ECHOGRAPHIE A 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**

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. *Dans une grossesse physiologique, ça ne sert à rien de faire une échographie tous les mois.*

MEMOTUT : *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)*

III – Prévention

A. MEDICAMENTS ET GROSSESSE

Le médicament passe généralement dans le placenta et, de là, dans le sang du fœtus. Ce phénomène est encore accentué du fait que l'état de grossesse peut ralentir l'élimination des médicaments par l'organisme.

Le CRAT est le centre de référence sur les agents tératogènes

Il existe des médicaments **tératogènes** qui donnent des **malformations** et des médicaments **foeto-toxiques** (**pas** de malformations). Nous allons voir des exemples :

1) Traitements pré existants

- **Anti-diabétiques oraux**
- **Anti-coagulants oraux** (AVK)
- Certains **antiépileptiques** (Depakine)
- Certains **antis dépresseurs**
- Certains **anti-HTA** (Inhibiteurs de l'enzyme de conversion et antagonistes de l'angiotensine 2)
- Dérives de **l'ergot de seigle** (migraines)
- **Antihistaminiques** sédatifs des allergies
- Traitements contre **l'acné**

2) Antibiotiques

- cyclines, quinolones

3) Automédication

- **AINS** à partir de **24 SA /5 mois/6ème mois** *Ibuprofène par exemple*
Si elle a mal à la tête, c'est Doliprane *et pas plus de 3g/j (non dit cette année et pas sur le diapo)*
- Les traitements contenant des **vasoconstricteurs** décongestionnants (pseudoéphédrine, phényléphrine) **du rhume** : se faire des lavages de nez au sérum physiologique

B. ODONTOLOGIE ET GROSSESSE

Durant une grossesse il n'y a **AUCUNE CONTRE-INDICATION AU SOIN DENTAIRE+++**

La plupart des soins sont tout à fait compatibles avec les grossesses. Un bon état dentaire est particulièrement important pour éviter des soucis type affections ou douleurs à la femme enceinte et à son fœtus. Il est recommandé d'effectuer un examen pendant la grossesse ou mieux avant une grossesse.

Pendant la grossesse, il y a un examen qui est pris en charge à 100% pendant la sécu pour inciter les patientes à aller voir leur dentiste.

Attention les AINS (anti inflammatoire non stéroïdiens) sont interdit. L'antibiotique de choix, c'est **l'amoxicilline** (en absence d'allergie). Donc ça tombe bien, les dentistes l'utilisent bien. L'anesthésie locale est possible. Elles ont le droit de faire des radios mais avec un tablier de plomb.

IV – Quelques pathologies spécifiques à la grossesse

A. LES RISQUES DU DIABÈTE GESTATIONNEL

- **Les risques maternels** pendant la grossesse dues au diabète gestationnel sont :
 - ✓ la pré éclampsie
 - ✓ des risques à l'accouchement comme
 - la dystocie des épaules (macrosomie fœtale)
 - la césarienne.
- **Les risques fœtaux et néonataux** sont :
 - ✓ la macrosomie
 - ✓ l'excès de LA (liquide amniotique)
 - ✓ l'atteinte du plexus brachiale (dystocie des épaules)
 - ✓ l'hypoglycémie néonatale.
- **Pronostic maternel ultérieur :**
 - ✓ Il existe une récurrence de diabète gestationnel lors d'une grossesse ultérieure : 30 à 84 % selon les études.
 - ✓ Elles ont **7x plus de chance de développer un diabète de type 2 ultérieurement si cas de surpoids si dépistage de diabète gestationnel tôt dans la grossesse, chiffres élevés, nécessité insuline +++**
 - ✓ Une augmentation des pathologies cardiovasculaires ultérieures (x1,7)
 - ✓ Des syndromes métaboliques ultérieur (x2 à x5)

PLUS DE PARTIES SUR L'HYPERHEMESIS, L'HTA ET LA CHOLESTASE GRAVIDIQUE

V- Organisation de la périnatalité en France

- Cela a commencé en **1972** par le décret Dienesch qui a obligé les petites maternités de moins de 15 lits à fermer et qui a imposé des normes de sécurité pour les locaux et le plateau technique des cliniques privées puis dans le secteur public.
- Aujourd'hui on utilise toujours le **décret du 9 octobre 1998** (décrets de périnatalité / travail en réseaux), ce dernier définit trois types de maternités pour prendre en charge les grossesses selon les niveaux de risque pour les patients.

Les maternités de France sont déclinées en trois types de maternités.

- ✓ **Niveau 1** qui sont les maternités composées d'un service obstétrique pour les grossesses physiologiques avec accouchements physiologiques. **On peut y accoucher qu'à partir de 35 SA avec des nouveau-nés qui sont eutrophes** (= un bébé qui a un poids, une taille, un périmètre crânien dans les normes de croissance attendue).
Maman ✓ Bébé ✓
- ✓ **Niveau 2** est composée d'un service d'obstétrique, de néonatalogie et de soins intensifs pour les nouveaux nés. **On y accouche à partir de 32 SA avec des nouveau-nés eutrophes**.
Maman ✓ Bébé ✗
- ✓ **Niveau 3** en général ce sont les CHU. Il y a un service d'obstétrique avec un service de grossesse à haut risques, dont un service néonatalogie, un service de réanimation néonatale et adulte de soins intensifs. On n'y a **pas de règle pour la prématurité ou de nombres de semaines** (toute prématurité).
Maman ✗ Bébé ✗

- **Ça a été accompagné de la notion de transfert in utero+**

C'est-à-dire qu'avant, chaque femme accouchait dans la maternité où elle était suivie, et puis si le bébé devait être transféré en réanimation parce qu'il était trop petit, ou parce qu'il n'allait pas bien, ou parce qu'il était prématuré, il était transféré. On s'est aperçu que ces bébés là avaient moins de chances de survie dans de bonnes conditions que quand ils étaient transférés au départ. Donc ce qu'on fait maintenant, c'est qu'on fait des **transferts in utero, c'est-à-dire qu'on transfère la mère enceinte et qu'elle va accoucher dans l'hôpital qui a les services dont son état a besoin**.

On a également les transferts des patients qui saignent pour ce qu'on appelle des **embolisations utérines** (=permettent d'arrêter hémorragie) afin d'éviter qu'elles meurent.

- Il y a des **normes de locaux et professionnels pour les unités prises en charge**. Maintenant beaucoup de femmes accouchent dans des maternités type 2 ou 3.
- Il y a eu des **plans de périnatalité successifs** de 1995-2000 et 2005-2007, dont la fermeture des petites maternités (moins de 300 accouchements puis moins de 500 et maintenant moins de 1 000 **et presque 2 000 bientôt**)

C'EST LA FIN DE CE COURS !!!!!

Dédies Time :

- *Ma première dedi est pour mes superbes fillotes, qui, je le sais, donnent tout pour réussir cette année*
- *Dedi à nos petits pic niques à chaque EB Elisa, Maïssa, Ines avec Floflo*
- *Dedi à tous ceux qui trouvent que la maïeutique c'est la meilleure des matières*
- *Dedi à toi qui a eu la détermination de refaire ce cours pour être bien à jour en suivant bien mon code couleur*
- *Re dedi à toi qui taf tes cours de P1 depuis cet été pendant que les autres vivent leur meilleure vie*
- *Et encore dedi à toi qui va pouvoir exercer le métier de ses rêves très bientôt !!!*
- *Dédi à mes copines de P1 en particulier Flora et Margaux aka passiflora et margauxnade et à tous nos mnémo farfelus de la P1*
- *Dédi à Flora encore qui a toujours été à mes côtés en P1 même quand j'étais hyper hyper enrhumée (c'est la qu'on reconnaît les vrais...)*
- *Dédi à Maxence aka maxencephale mon acolyte de karaoké et à ses chocolats chauds milka*
- *Dédi à la team tut en général ;)*
- *Dédi à mes potes de P2 (8 noms à cités ça va faire beaucoup sorry) et à nos tonnes d'album partagés (1 pour chaque événement mon tel à plus de stockage)*
- *Dédi à la P2 et à tous les kiff auxquels elle nous permet d'accéder*
- *Et bien évidemment, ma dedi la plus importante, dedi à ma famille : mes parents, ma formidable sœur de 1 an de moins que moi-même si on sait tous que 21 mois c'est plus proche de 24 que de 12 (mais je l'aime quand même), à mon petit jean de 10 ans aka la pile électrique de la famille et enfin à mes grands parents qui m'ont regalé en m'achetant ma machine nespresso et un stock de capsules que je n'ai même pas réussi à écouler é 1 an*