

MATERNITE

Carole FRANCESCHINI

CS PRECONCEPTIONNELLE

- Interrogatoire : recherche de FDR en particulier HTA, Diabète, ATCD
- Examen clinique
- Frottis , typage HPV

- Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes
- Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural par supplémentation en folates à raison de 400 µg/jour

- Examen biologique:
 - groupe sanguin
 - toxoplasmose et rubéole
 - recherche d'agglutinines irrégulières
 - HIV proposée si population a risque

Première cs avant 10 SA

- **Dater la grossesse**
- AC folique 400 ug/ jour jusqu'à 15 SA
- Programmer l'échographie du 1^o trimestre entre 11 et 13 + 6 SA
- Bilan Biologique si non fait auparavant:
 - NFS plaquette
 - Groupe rhésus
 - RAI
 - Toxo, rubéole
 - TPHA VDRL
 - Ag HBs
 - Proposer HIV
 - GAJ si FDR
 - TSH

Cs avant 15 SA

- **Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement avec le résultat de l'échographie du 1^{er} trimestre**
- **Bilan biologique si non fait auparavant**
- **dépistage des anomalies chromosomiques foetales (T 13, 18, 21)**
 - si la mère a moins de 30 ans $< 1/1000$
 - si la mère a plus de 40 ans $> 1/100$
 - En moyenne, le risque est d'environ 1 sur 900.
 - Le risque de trisomie 18 est de 1 sur 8000.
 - Le risque de trisomie 13 est de 1 sur 20 000.

Cs avant 15 SA

- **Marqueurs du 1° trimestre entre 11 SA et 13+6 SA**
 - Si risque < 1/1000 , on continue le suivi de grossesse classique
 - Si risque > ou égal à 1/50, proposition d'amniocentèse
 - Si risque entre 1/51 et 1/1000, proposition du dépistage prénatal non invasif ,
 - Si pas fait : marqueurs du 2° T entre 14 et 17+6 SA
 - Grossesse gémellaire : DPNI d'emblée
 - Attention aux profil hormonal
 - HCG 0,3- 2,5 PAPP
- Rhésus foetal par génotypage si patiente rhésus négatif
 - Si positif rhophylac à 28 SA
 - Si Négatif : 2° détermination

4^o mois

- **Examen clinique**
- Poids ; PA ; hauteur utérine ; bruits du cœur et mouvements fœtaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines
- Glycosurie et protéinurie
- Toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent
- Protéinurie, glycosurie

5° Mois

- 2e échographie (entre 20 et 25 SA)
- Prescrire le bilan du 6° mois:
 - NFS, Plaquette
 - RAI, si Rhésus D négatif : à toutes les femmes et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel

6° Mois

- Prescrire Rhophylac si patiente Rhésus neg et rh foetal positif ou pas de détermination vers 28 SA
- UVEDOSE 100000 UI, sauf si patiente supplémentée depuis le début de la grossesse

7° MOIS

- *3e échographie (entre 30 et 35 SA)*
- *Prévoir la cs d'anesthésie vers 33 sa*
- *Préparation à la naissance*

8° Mois

- Evaluation de la présentation
- Cs préanesthésique
- 2e détermination (si non faite avant) du groupe sanguin
- Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)

9° MOIS

- Etablir le pronostic de l'accouchement: mode prévu d'accouchement
- Examen clinique général et obstétrical: recherche de CU et présentation fœtale , échographie si doute
- Information et prévention:
 - Donner des informations pratiques sur l'accouchement
 - Vérifier l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son enfant

DIABETE GESTATIONNEL

- Selon l'enquête nationale périnatale 2021,
 - la fréquence du diabète gestationnel a augmenté passant de 10,8 % en 2016 à 16,4 % en 2021.
 - Cette augmentation est en partie liée à une meilleure détection mais aussi à la présence plus fréquente chez la mère de facteurs de risque (âge, surpoids, etc.)

FDR DIABETE GESTATIONNEL

- Surpoids
- Âge > 35 ans
- l'un de ses parents de premier degré a un diabète de type 2
- ATCD de diabète gestationnel au cours d'une précédente grossesse. Le risque de récurrence varie de 30 à 84 % selon les études.
- ATCD de poids supérieur à 4 000 g pour un bébé né à terme

DIAGNOSTIC DG

- Glycémie à jeun au premier trimestre
- Hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) entre la 24ème et la 28ème semaine d'aménorrhée.
- **Une seule valeur de glycémie égale ou supérieure aux seuils définis suffit à diagnostiquer un diabète gestationnel.**
 - À jeun 0,92 g/l
 - 1 heure après l'ingestion 1,80 g/l
 - 2 heures après l'ingestion 1,53 g/l

DYSTHYROIDIE

La grossesse entraîne d'importantes variations physiologiques de la fonction thyroïdienne :

on estime que l'activité de la thyroïde augmente d'environ 50 % pour maintenir l'équilibre thyroïdien et compenser les besoins.

En cas ***d'hypothyroïdie maternelle avérée***, il peut y avoir des conséquences pour la mère et le foetus:

fausse couche, naissance prématurée, faible poids de naissance, troubles d'apprentissage

DYSTHYROIDIE

- Chez les femmes:
 - ayant des risques accrus de développer une hypothyroïdie (antécédants familiaux de dysthyroïdies, maladies auto-immune...),
 - rencontrant des difficultés de procréation (infertilité, fausses couches...)
 - la HAS recommande de doser la TSH en période préconceptionnelle ou en début de grossesse.
 - TSH > 2,5: traitement à débiter
 - Lévothyroxine
 - A adapter au 2° et 3° trimestre
 - Stop après la naissance
 - TSH 6 semaines en post natal

PREECLAMPSIE DEFINITION 2023

- HTA systolique > ou égal à 140mmHg et /ou diastolique > ou égal à 90mmHg
- Associée à une protéinurie > ou égal à 0,3 g /24 h **ou un ratio protéinurie/Créatininurie > ou égal à 30mg/mmol**
- Survenant après 20 SA
- Prévention par Aspirine:
 - ATCD PE, RCIU, Mort fœtale d'origine vasculaire, HRP
 - Avant 16 SA
 - Dose 100 à 160 mg
 - Le soir au coucher
 - Arrêt à 36 SA

QUAND TRAITER?

- Dès que TA à plusieurs reprises et au repos > 140/90
- Déclenchement entre 37 et 41 SA

CHOLESTASE GRAVIDIQUE

- Prurit évocateur: isolé, palmoplantaire, nocturne
- ET élévation des sels biliaries > 10 micromol par l à jeun ou augmentation des ALAT > à 2 fois la normale
- PREMIER BILAN à réaliser
 - Bilan hépatique
 - NG, bilan de coagulation
 - Sels biliaries prélevés à jeun (au moins 3h)
 - Écho hepaticque si ALAT > 2N +/- bilirubine tot > 30

Cholestase gravidique, signes de gravité

- Sels biliaires > 100 micromol/L
- Ictère clinique: selles décolorés, urines foncées, ictère conjonctival
- Ictère biologique: bili totale > 30 micromol/L

Entre 40 et
100
micromol/L

- Déclenchement à partir de 37 SA si persistance des ac biliaires > 40 sous traitement chez une patiente asymptomatique
- Sortie autorisée si décroissance des sels biliaires et amélioration de la symptomatologie
 - Suivi SF libérale une fois par semaine (10-40) ou 2 fois par semaine si 40-100

Entre 10 et 40
ou alat $>2N$

- Hospit ou traitement en externe avec surveillance monitoring 1 fois par semaine
- Sels biliaries et bilan hépatique une fois par semaine
- Terme de naissance à discuter avec la patiente à partir de 39 SA