

Principales complications de la grossesse IC-24

- Connaître la prise en charge d'une hémorragie du premier trimestre
- Connaître la prise en charge une fausse couche du premier trimestre
- Connaître la prise en charge d'une grossesse extra-utérine
- Connaître la prise en charge d'une hémorragie du deuxième ou du troisième trimestre
- Connaître la définition de l'hémorragie du post partum (HPP)
- Connaître les principes de prise en charge d'une HPP
- Connaître les modalités de prévention de l'HPP
- Connaître la définition de l'hypertension artérielle (HTA) gravidique (HTAg)
- Connaître la fréquence de l'HTAg
- Savoir prescrire et interpréter les examens complémentaires en cas d'HTA gravidique
- Connaître les complications de l'HTAg
- Connaître les éléments de sévérité
- Savoir prescrire les mesures de repos et le traitement antihypertenseur chez une femme enceinte
- Savoir surveiller une HTAg
- Connaître la conduite à tenir après l'accouchement en cas d'HTAg
- Connaître la prévention lors des grossesses ultérieures
- Connaître les complications à long terme de l'HTAg
- Définir et diagnostiquer une menace d'accouchement prématuré
- Connaître les facteurs de risque de la menace d'accouchement prématuré
- Connaître le bilan d'une menace d'accouchement prématuré
- Connaître les principes de la prise en charge d'une menace d'accouchement prématuré
- Connaître les mesures de prévention de la menace d'accouchement prématuré
- Connaître les signes d'orientation diagnostique et de gravité en cas de fièvre au cours de la grossesse
- Connaître le bilan en cas de fièvre au cours de la grossesse
- Connaître la prise en charge d'une fièvre au cours de la grossesse

Connaître la prise en charge d'une hémorragie du premier trimestre OIC-024-01-A

Touche 25 % des grossesses et peuvent être en rapport avec :

- une grossesse extra-utérine
- une grossesse intra-utérine évolutive avec un hématome décidual
- une grossesse intra-utérine non évolutive
- + rare : lyse d'un jumeau, grossesse molaire, cancer du col, ectropion.

A l'interrogatoire :

- antécédents gynéco-obstétricaux et médicaux favorisant, traitements, groupe sanguin, Rhésus, phénotype
- Anamnèse : DDR, date du dernier FCV.
- signes sympathiques de grossesse
- description des saignements **(Cf. 111. Saignement génital durant la grossesse)**
- présence éventuelles de douleurs pelviennes et caractérisation

A l'examen :

- état général, tolérance hémodynamique
- examen au spéculum et palpation abdominale
- toucher vaginal

Examens complémentaires:

- Biologiques : dosage plasmatique quantitatif d'hCG, hémogramme selon quantité des saignements, Groupe, Rhésus, phénotype si non faits, RAI (**cf. 214. anomalie des indices érythrocytaires (taux hémoglobine, hématocrite), 217. Baisse de l'hémoglobine, 223. Interprétation de l'hémogramme**)
- Echographique : échographie pelvienne (abdominale et endovaginale) (**Cf. 178. Demande / prescription raisonnée et choix d'un examen radiologique**).
- vacuité utérine ou sac gestationnel, masse latéro-utérine, débris ovulaires, hématome ovarien, épanchement pelvien ou intra-abdominal

Connaître la prise en charge une fausse couche du premier trimestre OIC-024-02-A

Prise en charge :

Attention+++ :

- **prévention de l'allo-immunisation rhésus-D**
- Importance de **l'information** délivrée à la patiente – **réassurance**
- Prise en charge psychologique proposée

Après discussion avec la patiente, il est possible d'envisager l'expulsion de la grossesse arrêtée. **Deux méthodes** possibles :

- **traitement médical** (prostaglandines) pour les sacs de petite taille et les hémorragies peu importantes
- **traitement chirurgical** dans les autres cas.
- hospitalisation, bilan préopératoire et consultation d'anesthésie
- sous anesthésie générale ou locale
- dilatation du col, aspiration avec une canule + examen anatomopathologique du produit d'aspiration
- Vérification de la vacuité utérine à l'échographie
- sortie le jour même ou le lendemain.

Connaître la prise en charge d'une grossesse extra-utérine OIC-024-03-A

CF Item 25 – grossesse extra-utérine

GEU symptomatique (présence d'un seul de ces critères de gravité = urgence chirurgicale) : **instabilité hémodynamique - défense abdominale - hémopéritoine à l'échographie.**

Le traitement chirurgical :

- en urgence
- après conditionnement de la patiente, bilan préopératoire, groupage, RAI appel de l'anesthésiste.

En l'absence de ces 3 critères, la chirurgie est indiquée chez les patientes algiques et/ou avec un taux de β -hCG supérieur à 5 000 UI/L.

Cœlioscopie diagnostique et thérapeutique : confirme le diagnostic, précise la localisation de la GEU et peut retrouver des facteurs de risques (adhérences, séquelles d'IGH). Traitement conservateur = salpingotomie ou ablation de la trompe = salpingectomie.

GEU pauci ou asymptomatique

Dans ce cas, on peut discuter avec la patiente d'un traitement médicamenteux par méthotrexate: une dose intramusculaire à 1 mg/m² en l'absence de contre-indication sur le bilan biologique (NFS, TP/TCA, bilan rénal et hépatique).

La surveillance comprend un interrogatoire sur les symptômes cliniques et une surveillance hebdomadaire des taux plasmatiques de β -hCG. Un examen clinique et une échographie peuvent être réalisés à tout moment en cas de survenue de signes fonctionnels faisant évoquer une complication hémorragique de la GEU. Une 2^{ème} injection de MTX doit être envisagée si la décroissance du taux de β -hCG plasmatique à J7 n'est pas satisfaisante par rapport au taux initial (en pratique, le taux de β -hCG à J7 devrait être strictement inférieur au taux à J0 ou strictement inférieur à 85 % du taux de β -hCG à J4 si celui-ci est disponible). La guérison correspond à l'obtention d'un taux plasmatique de β -hCG non détectable. Celle-ci est généralement obtenue au bout d'un mois.

Cas particulier : Dans certains cas exceptionnels, si la patiente est asymptomatique, si le taux de β -hCG initial est inférieur à 1 000 UI/L et si la cinétique des β -hCG montre une décroissance progressive et constante, on peut discuter l'abstention thérapeutique sous réserve d'une bonne observance de la patiente (dosage des β -hCG toutes les 48 heures et contrôle clinique et échographique 1 fois/semaine). La patiente doit être informée du risque d'échec.

Penser à vérifier le groupe sanguin de la patiente afin de prévenir si besoin l'allo-immunisation anti-D.

Connaître la prise en charge d'une hémorragie du deuxième ou du troisième trimestre OIC-024-04-A

Il s'agit d'une **urgence obstétricale**. Penser **placenta praevia (PP)** et **hématome rétroplacentaire (HRP)**.

Attention : Le toucher vaginal est interdit tant que le PP n'est pas éliminé.

1. Interrogatoire : histoire de la grossesse : HTA gravidique, antécédents obstétricaux (utérus cicatriciel), grossesses multiples, rupture des membranes, notion de placenta inséré bas
2. Evaluation :
 - du retentissement maternel

- au retentissement fœtal : bruits du cœur / RCF
- caractérisation de l'hémorragie (Cf. **111. Saignement génital durant la grossesse**) +/- éventuels signes d'accompagnement :
- douleurs utérines permanentes, CU, pertes de liquide amniotique
- palpation de l'utérus (souple ou contracturé), hauteur utérine, anomalie de présentation (transverse)
- spéculum pour éliminer une cause cervicale
- bandelette urinaire à la recherche d'une protéinurie.

3. un enregistrement cardiotocographique (RCF) et tocométrie.

une échographie obstétricale (vitalité fœtale, position du placenta, HRP très rarement visible donc informatif, EPF, liquide amniotique). Attention : la réalisation de l'échographie ne doit pas retarder la prise en charge en cas de suspicion d'HRP++

4. Bilan biologique : NFS, TP, TCA, bilan d'hémostase plus complet selon l'importance du saignement et le diagnostic

En faveur d'un placenta praevia (PP)

Les signes cliniques en faveur sont :

hémorragie abondante (sang rouge et souvent récidivante) +/- contractions utérines, mais sans douleurs utérines permanentes (Cf. **111. Saignement génital durant la grossesse**)

un utérus souple et indolore

présentation pathologique fréquente (siège ou transverse)

activité cardiaque fœtale bien perçue

A l'échographie :

placenta bas inséré à proximité de l'orifice interne du col utérin (< 50 mm) ou recouvrant le col utérin

En faveur d'un hématome rétroplacentaire (HRP)

Les signes cliniques en faveur sont:

contexte vasculaire (>35ans, HTA, tabac, cocaïne, primipare, prééclampsie)

hémorragie peu abondante, noirâtre, incoagulable + douleurs utérines brutales, permanentes, qui dominent le tableau

retentissement maternel sévère et sans rapport avec l'abondance des hémorragies

contracture utérine permanente et douloureuse (« ventre de bois ») ;

activité cardiaque fœtale non perçue (fœtus mort) dans les formes complètes.

Connaître la définition de l'hémorragie du post partum (HPP) OIC-024-05-A

Il s'agit d'une **hémorragie >500 mL dans les 24h** qui suivent l'accouchement, que celui-ci soit par les voies naturelles ou par césarienne. Cette hémorragie est « **sévère** » au-dessus de **1000mL**. (Cf. **110. Saignement génital anormal dans le post partum**)

Connaître les principes de prise en charge d'une HPP OIC-024-06-B

Importance de la **temporalité** de la prise en charge++

Conscience que les pertes ont tendance à être **sous-évaluées**.

Grands principes de prise en charge :

- *estimation des pertes sanguines* (sac collecteur)
- *délivrance artificielle en urgence* si l'hémorragie avant expulsion du placenta.
- *révision utérine*
- *massage utérin*
- *inspection sous valves des voies génitales basses*
- administration d'utérotoniques (oxytocine) 10 UI en perfusion IV lente à renouveler une fois si nécessaire
- *sondage urinaire à demeure*
- *suture des déchirures périnéales éventuelles.*
- *N.B. : si accouchement par césarienne, la recherche d'un hémopéritoine est nécessaire (échographie abdominale avec examen du Morisson et des gouttières)*

En cas d'échec

- 2^{ème} VVP - remplissage avec des macromolécules
- Oxygénothérapie
- Prostaglandines (sulprostone à la seringue électrique)
- Acide tranexamique 1 g en IV
- envisager une *transfusion de culots globulaires* et de plasma frais congelés **272. Prescrire et réaliser une transfusion sanguine**
- Bilan biologique : NFS, coagulation, RAI en urgence

La surveillance est constante +++ (hémodynamique, diurèse, tonicité utérine, saignements, bilan biologiques (répétés autant de fois que nécessaire)).

Si l'hémorragie persiste, on peut proposer :

- Tamponnement intra-utérin (Ballon de Bakri)
- *embolisation artérielle sélective* (radiologue immédiatement disponible – patiente stable hémodynamiquement – unité d'embolisation à proximité
- ou une *ligature chirurgicale des artères utérines ou des artères hypogastriques*, ou des *techniques de compressions utérines*

en dernier recours : une *hystérectomie d'hémostase*. Il ne faut pas hésiter à la réaliser rapidement en cas d'hémodynamique instable ou de CIVD installée, car c'est alors le geste qui permet de sauver la vie de la patiente.

Connaître les modalités de prévention de l'HPP OIC-024-07-B

Elle comprend :

- une délivrance dirigée, **systématique : administration prophylactique d'oxytocine (APO)** dès la sortie de l'enfant (5 à 10 UI IVL d'oxytocine) ;
- la mise en place d'un **sac de recueil** des pertes sanguines, juste après l'expulsion permettant d'évaluer le volume des pertes sanguines ;
- une surveillance de la délivrance normale
- une **surveillance systématique** pendant **2 heures** en salle de travail
- une **délivrance artificielle** en cas de non-décollement placentaire **30 minutes** après l'accouchement
- vérification macroscopique du placenta et des membranes après la délivrance.

Connaître la définition de l'hypertension artérielle (HTA) gravidique (HTAg) OIC-024-08-A

HTA au cours de la grossesse = PA systolique (PAS) \geq à 140 mmHg et/ou d'une PA diastolique (PAD) \geq à 90 mmHg à au moins deux reprises. (Cf. 53. Hypertension durant la grossesse)

On définit :

- HTA gravidique : HTA apparue après 20 SA, sans protéinurie associée et disparaissant avant la fin de la 6^e semaine du post-partum
- Prééclampsie : association d'une HTA gravidique à une protéinurie (300 mg/24 h). Elle est dite « surajoutée » lorsqu'elle survient chez une patiente avec une HTA chronique **(Cf. 182. Analyse de la bandelette urinaire / 212. Protéinurie)**
- HTA chronique : HTA antérieure à la grossesse mais parfois méconnue. Il faut y penser si l'HTA est découverte avant 20 SA ou si elle persiste à plus de 6 semaines du post-partum.

On distingue :

- HTA modérée : PAS : 140-159 mmHg et PAD : 90-109 mmHg
- HTA sévère : PAS \geq 160 mmHg et/ou une PAD \geq 110 mmHg.

Connaître la fréquence de l'HTAg OIC-024-09-B

L'HTA pendant la grossesse concerne 5 à 10 % des grossesses et parmi celles-ci, 10 % présenteront une prééclampsie.

Savoir prescrire et interpréter les examens complémentaires en cas d'HTA gravidique OIC-024-10-B

Sur le plan maternel

La découverte d'une HTA gravidique = rechercher une pré-éclampsie++

- Le seul examen indispensable est la recherche d'une *protéinurie* sur échantillon (>1 croix à la BU) ou sur un recueil des urines de 24 heures (> 300 mg/24 h).
- Un ratio P/C supérieur à 30 signe une protéinurie positive et devra être suivie d'une quantification par analyse de la protéinurie des 24h. Si le ratio P/C est inférieur à 30, il n'y a pas de protéinurie significative.

Sur le plan fœtal

- *Echographie obstétricale + Doppler* :
- biométries fœtales avec estimation du poids fœtal
- évalue la croissance avec comparaison sur les échographies antérieures le cas échéant
- en cas de RCIU : analyse du Doppler de l'artère ombilicale (résistances placentaires) et des courbes biométriques.

Les fœtus avec un RCIU et un Doppler ombilical nul sont à risque élevé de mort fœtale *in utero* et d'acidose.

RCF : D'intérêt limité dans les HTA modérées et isolées, il est indispensable dans la surveillance des formes sévères et/ou avec RCIU avec Doppler ombilical pathologique.

Connaître les complications de l'HTA OIC-024-11-A

En cas d'HTA gravidique, le risque est l'évolution vers la prééclampsie et ses complications. (Cf. 182. Analyse de la bandelette urinaire / 212. Protéinurie)

La PE est dépistée à chaque consultation prénatale : recherche d'une protéinurie (pathologique si > à une croix à la BU, > à 300 mg/24 h ou si le rapport protéinurie/créatininurie sur échantillon > à 30 mg/mmol).

Les complications maternelles de la PE peuvent mettre en jeu le pronostic vital :

- crise d'éclampsie
- HELLP syndrome (*Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets*)
- hématome rétroplacentaire (HRP)
- coagulation intravasculaire disséminée (CIVD)
- plus rarement : insuffisance rénale aiguë, hématome sous-capsulaire du foie, rétinopathie hypertensive, hémorragie cérébro-méningée

Les complications fœtales sont : RCIU, MFIU sur RICU sévère ou suite à une éclampsie ou HRP ; une prématurité induite pour sauvetage maternel ou fœtal.

Connaître les éléments de sévérité OIC-024-12-A

- **HTA sévère** (PAS \geq 160 mmHg et/ou PAD \geq 110 mmHg) ou non contrôlée
- **Protéinurie > 3g/24h**
- **Créatinémie \geq 90 μ mol/L**
- **Oligurie \leq 500 mL/24h ou \leq 25 mL/h**
- **Thrombopénie < 100 000/mm³**
- **Cytolyse hépatique avec ASAT/ALAT >2N**
- **Douleur abdominale épigastrique et/ou une douleur de l'hypochondre droit « en barre » persistante ou intense**
- **Une douleur thoracique, une dyspnée, un OAP**
- **Signes neurologiques** : céphalées sévères ne répondant pas au traitement, troubles visuels ou auditifs persistants, ROT vifs, diffusés et polycinétiques.

Anomalie des plaquettes SD-215

Anomalie des indices érythrocytaires (taux hémoglobine, hématocrite...) SD-214

Douleur abdominale SD-004

Protéinurie SD-212

Savoir prescrire les mesures de repos et le traitement antihypertenseur chez une femme enceinte OIC-024-13-B

Mise au repos = non strict mais arrêt de travail

- +/- un traitement antihypertenseur

Objectif : éviter les à-coups hypertensifs et de limiter les complications maternelles

- indiqué si HTA sévère (PAS \geq 160 mmHg et/ou PAD \geq 110 mmHg)
- Objectifs tensionnels : PAS= 140-155 mmHg et PAD = 90-105 mmHg.
- Attention : pas de régime sans sel ni diurétiques – IEC et ARA2 contre indiqués

On peut utiliser :

- en 1^{re} intention: antihypertenseurs centraux (alphaméthylidopa)
- en 2^e intention (et en cas de prééclampsie) :
 - les inhibiteurs calciques (nicardipine, nifédipine),
 - les alphabloquants (urapidil),
 - les alpha et bêtabloquants (labétalol, présentant moins d'effets secondaires que les bêtabloquants et le plus souvent associé en cas de nécessité d'une bithérapie).

Savoir surveiller une HTAg OIC-024-14-B

- surveillance renforcée : autosurveillance tensionnelle, consultation tous les 10 jours environ, bilan biologique régulier, échographie mensuelle
- un carnet de suivi « Grossesse et HTA » afin d'optimiser le parcours de soins entre les différents soignants intervenant dans le suivi
- au 9^e mois, la possibilité d'un déclenchement artificiel du travail en fonction des conditions obstétricales.

Connaître la conduite à tenir après l'accouchement en cas d'HTAg OIC-024-15-B

En postpartum, les complications sont encore possibles (poussée hypertensive, prééclampsie et ses complications) et l'HTA met parfois plusieurs semaines à disparaître++

Donc :

- *surveillance étroite* et *arrêt progressif* du traitement antihypertenseur (*objectifs*: PAS < 150 mmHg et PAD < 100 mmHg)
- Si allaitement maternel, privilégier : *bêtabloquants* (labétalol, propranolol) ; *inhibiteurs* calciques (nicardipine, nifédipine) ; *alphaméthylidopa* ; les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (bénazépril, captopril, énalapril, quinapril) si la patiente n'allait pas .
- À la sortie : *microprogestatifs* et *progestatifs* ou une contraception non hormonale si HTA non stabilisée.
- A la consultation postnatale : informer la patiente du *risque cardiovasculaire* et rénal ultérieur + suivi coordonné multidisciplinaire
- Trois mois après l'accouchement : bilan vasculorénal (mesure de la PA, créatininémie, protéinurie des 24 heures Protéinurie SD-212)

Rechercher et corriger les facteurs de risques cardiovasculaires et rénaux associés (obésité, diabète, dyslipidémie, tabagisme Obésité et surpoids SD-051; Prévention du surpoids et de l'obésité SD-319; Prévention des risques liés au tabac SD-314; Prévention des risques liés à l'alcool SD-313).

Bilan étiologique si persistance de l'HTA.

Connaître la prévention lors des grossesses ultérieures OIC-024-16-A

Il existe un risque de récurrence si ATCD d'HTA gravidique de façon similaire ou différente (Pathologies vasculo-placentaire = Prééclampsie, RCIU, HRP, MFIU) chez 1 patiente sur 5 environ.

Il faut prévoir :

- *consultation préconceptionnelle* éventuelle (adapter le traitement antihypertenseur, vérifier l'absence de contre-indication et organiser un suivi coordonné) +/- suivi direct dans une maternité de type adapté

- *arrêt d'un éventuel tabagisme* etc... Prévention des risques liés au tabac SD-314

- *traitement préventif par aspirine à faibles doses* :75 à 160 mg/j le soir avant 16 SA et jusqu'à 35 SA (uniquement en cas d'antécédent de RCIU sévère ou de pré-éclampsies précoces et/ou sévères avec naissances prématurées induites).

Prévention des risques fœtaux SD-312

Connaître les complications à long terme de l'HTAg OIC-024-17-B

Un antécédent d'HTA gravidique expose à un **risque d'HTA chronique** ainsi qu'à un risque accru de **pathologies cardiovasculaires et rénales**, d'où l'importance d'un suivi ultérieur adapté+++

Définir et diagnostiquer une menace d'accouchement prématuré OIC-024-18-A

Menace d'accouchement prématuré (MAP) = association de **modifications cervicales** et de **contractions utérines** (CU) régulières et douloureuses **avant 37 SA**, soit entre **22 SA et 36 SA + 6 jours**. (Cf. 09. Contractions utérines chez une femme enceinte / 99. Douleur pelvienne)

Concernant les modifications du col : évaluée par TV et/ou par échographie du col (plus objective et reproductible vs TV. Un col raccourci est défini par une longueur < 25 mm.

Si l'accouchement survient avant 22 SA, on parle de **fausse couche tardive**.

Connaître les facteurs de risque de la menace d'accouchement prématuré OIC-024-19-A

Aucune *étiologie* n'est retrouvée dans près de 60 % des cas.

Facteurs de risques maternels

- *âge* : jeune < 18 ans ou élevé > 35 ans
- *tabac, toxiques*
- *précarité*, un travail pénible
- *grossesses rapprochées*, nombreux enfants à charge
- *troubles psychologiques* (dépression, anxiété, stress maternel)
- *traumatisme abdominal*, des *métrorragies* au 2^e ou 3^e trimestre.

Causes infectieuses

- *infections urinaires*, bactériuries asymptomatiques et *infections vaginales*
- *chorioamniotite* (ou infection endo-utérine) et/ou rupture des membranes Perte de liquide chez une femme enceinte avant terme SD-109.

Toute infection peut entraîner des contractions utérines.

Causes obstétricales

- *antécédents d'AP ou de FCT*
- *causes utérines ou ovulaires* :
 - par diminution de la *compétence du col* : béance cervico-isthmique, conisation, col court mesuré en échographie au cours de la grossesse
 - par diminution de la *taille de la cavité utérine* : malformation utérine, fibromes
 - par augmentation de la *distension utérine* au cours de la grossesse : grossesses multiples, hydramnios, macrosomie fœtale.

Connaître le bilan d'une menace d'accouchement prématuré OIC-024-20-A

Tocométrie externe et enregistrement du *RCF*.

Biologie :

- NFS, CRP (syndrome inflammatoire, chorioamniotite)
- *bilan bactériologique*: ECBU, prélèvement cervicovaginal
- Fibronectine fœtale (pour certains – prédiction du risque d'accouchement)

- groupe/rhésus/phénotype/RAI : en cas d'accouchement imminent.

- En cas de doute sur une rupture prématurée des membranes : réaliser un test qui permet la confirmation de la rupture comme par exemple recherche d'IGFBP-1 ou de PAMG-1.

(Cf. 178. Demande / prescription raisonnée et choix d'un examen diagnostic / 186. Syndrome inflammatoire aigu ou chronique / 189. Analyse d'un examen cytot bactériologique des urines (ECBU) / 216. Anomalie des leucocytes / 223. Interprétation d'un hémogramme)

Examen échographique :

- biométries fœtales pour *estimation du poids fœtal*
- *quantité de liquide amniotique*
- *échographie du col* : permet la mesure le col à visée diagnostique (col raccourci défini par une longueur < 25 mm) et pronostique

Connaître les principes de la prise en charge d'une menace d'accouchement prématuré OIC-024-21-B

Traitement étiologique

- antibiothérapie uniquement si infection diagnostiquée
- En cas de rupture des membranes : antibioprophylaxie courte systématique

Traitement symptomatique

- *Tocolyse pendant 48 heures par inhibiteurs calciques* (nifédipine) ou *antagonistes de l'oxytocine* (atosiban)

Attention aux CI de la tocolyse : infection materno-fœtale (chorioamniotite), métrorragies importantes ; anomalies du RCF.

Les *mesures symptomatiques* peuvent comporter également :

- antipyrétique, antispasmodique, du repos sans alitement strict++
- entretien pédiatrique +/- soutien psychologique

Penser également à +++ :

- *hospitalisation et/ou un transfert vers une maternité de type adapté au terme*
- *corticothérapie anténatale par bétaméthasone* : une seule cure réalisée avant 34 SA par 2 injections IM à 24 heures d'intervalle de 12 mg de Célestène Chronodose®.
- *sulfate de magnésium, avant 32 SA et en cas d'accouchement imminent*, spontané ou programmé : administration d'une dose de charge de 4 g puis d'une dose d'entretien de 1 g/h jusqu'à l'accouchement
- surveillance clinique (pas de nouvelle échographie du col nécessaire)
- *Pas d'hospitalisation prolongée mais suivi à domicile possible* (SF libérale ou HAD)

Connaître les mesures de prévention de la menace d'accouchement prématuré OIC-024-22-A

Prévention primaire :

- supprimer les facteurs de risque (tabac, toxiques, arrêt de travail Prévention des risques fœtaux SD-312; Prévention des risques liés au tabac SD-314; Prévention des risques liés à l'alcool SD-313;)
- si d'ATCD d'AP ou de FCT (bilan morphologique de la cavité utérine, recherche bactériologique et traitement d'une vaginose bactérienne)

Prévention secondaire :

- En cas d'antécédent d'accouchement prématuré la décision de réaliser un cerclage sera prise en fonction du type d'antécédent et de la grossesse actuelle.
- Pas de cerclage préventif du seul fait d'antécédent de conisation, de malformation utérine, de grossesse gémellaire ou d'antécédent isolé d'accouchement prématuré.

Connaître les signes d'orientation diagnostique et de gravité en cas de fièvre au cours de la grossesse OIC-024-23-A

L'examen a deux objectifs :

- rechercher des *signes d'appel évocateurs* d'une étiologie spécifique: infection urinaire haute (+++), listériose, chorioamniotite, infection ORL (angine), grippe, des signes en faveur d'une appendicite ou d'une cholécystite ;

- *évaluer le retentissement* obstétrical : MAP, rupture prématurée des membranes.

Interrogatoire

- *antécédents prédisposants* (IU à répétition ou uropathies, maladies chroniques, immunodépression, tabac, etc.) ;
- *traitements* en cours ;
- *contexte particulier* : épidémie, voyage ;
- *signes d'accompagnement*, en particulier :
 - généraux : frissons, ORL, pulmonaires, digestifs, syndrome grippal
 - urinaires : douleurs lombaires, brûlures mictionnelles (**Cf. 96. Brûlure mictionnelle**)
 - obstétricaux : CU, écoulement de LA, leucorrhées, saignements (**Cf. 98. Contractions utérines chez une femme enceinte / 99. Douleur pelvienne**)
- l'existence de mouvements actifs fœtaux ;
- *résultats des sérologies* (toxoplasmose, rubéole)

Examen

- *température*, et autres *constantes* (**Cf. 44. Hyperthermie / fièvre**)
- *examen général* : ORL, cardiorespiratoire, aires ganglionnaires, cutané, syndrome méningé, abdomen et fosses lombaires ;
- examen urinaire : aspect des urines, bandelette urinaire
- examen obstétrical :
 - hauteur utérine, bruits du cœur
 - vulve : vésicules ou ulcérations herpétiques,
 - spéculum : rupture des membranes, leucorrhées, vésicules herpétiques
 - toucher vaginal éventuel : modifications cervicales.

Connaître le bilan en cas de fièvre au cours de la grossesse OIC-024-24-A

Dans tous les cas, on réalisera :

- *ECBU*
- *NFS - CRP*
- hémocultures (si fièvre > à 38,5 °C avec recherche de *Listeria M*)
- sérologies selon contexte (rubéole, toxoplasmose, hépatite, CMV, VIH, PB19)
- Autres selon signes d'orientation : PCR COVID), test rapide grippe, strepto test, etc..
- RCF et tocométrie
- échographie obstétricale : EPF, bien-être fœtal et la quantité de LA.

Demande/prescription raisonnée et choix d'un examen diagnostique SD-178; Analyse de la bandelette urinaire SD-182; Syndrome inflammatoire aigu ou chronique SD-186; Analyse d'un examen cytot bactériologique des urines (ecbu) SD-189; Anomalie leucocytes SD-216; Interprétation de l'hémogramme SD-223

Connaître la prise en charge d'une fièvre au cours de la grossesse OIC-024-25-A

En dehors d'une orientation spécifique :

- *Antibiothérapie préventive* active sur *Listeria* : amoxicilline 3 g/j (ou érythromycine si allergie)

Toute fièvre pendant la grossesse est une listériose jusqu'à preuve du contraire (résistance naturelle aux C2G et C3G).

- *Antipyrétique* (type paracétamol) ;
- *Surveillance étroite* : température, CU + /- col utérin, RCF

Traitement spécifique

- Pyélonéphrite : cf Connaître les particularités de l'infection urinaire au cours de la grossesse

- Chorioamniotite ; antibiothérapie parentérale est immédiatement instaurée associant C3G et aminosides. La tocolyse est contre-indiquée. Préparation à l'accueil d'un nouveau-né prématuré.

- Listériose : ***En cas de confirmation d'infection à *Listeria monocytogenes* : amoxicilline 6 g/j par voie IV, si allergie : érythromycine per os ou vancomycine IV***