

Grossesse normale IC-23

- Connaître les modifications physiologiques au cours de la grossesse
- Diagnostic de grossesse
- Détermination du terme
- Évaluation des facteurs de risque (médicaux et psycho-sociaux dont professionnels)
- Savoir adapter le choix de la maternité
- Déclaration de la grossesse
- Examens biologiques
- Dépistage de la T21
- Conduite à tenir en cas de dépistage de T21 positif
- Savoir surveiller cliniquement une femme enceinte sans complication
- Connaître les professionnels de santé impliqués dans le suivi de la femme enceinte
- Echographies obstétricales
- Connaître les motifs de consultation les plus fréquents concernant les petits maux des femmes dans le cadre d'une grossesse
- Connaître les mesures médicamenteuses et non médicamenteuses concernant les petits maux de la grossesse
- Savoir reconnaître les principales complications de la grossesse et savoir orienter les femmes vers le recours adapté
- Le projet de naissance
- Intégrer la dimension psychosociale au suivi de la femme enceinte et du couple
- Savoir informer la patiente de sa couverture sociale pendant la grossesse
- Connaître l'existence des violences obstétricales

Connaître les modifications physiologiques au cours de la grossesse OIC-023-01-A

Évolution du poids

Prise de poids physiologique - entre 11 et 16 kg si l'Indice de masse corporel est normal

Changements hématologiques physiologiques

Augmentation progressive du volume plasmatique, supérieure à l'accroissement de la masse des globules rouges : **Baisse de l'hémoglobine**, de l'hématocrite et du nombre de globules rouges. (anémie si hémoglobine (Hb) inférieure à 11 g/dL⁸) , hyperleucocytose

Augmentation des besoins en fer, en folates et en vitamine B12 **Ferritine baisse ou augmentation**

Chute du taux de plaquettes (thrombocytopénie si inf à 100 [jn3] Giga/L.)

Etat physiologique d'hypercoagulabilité : risque thromboembolique plus important au cours de la grossesse, et encore plus important dans le postpartum.

Modifications cardio-vasculaires

Augmentation du débit cardiaque, associé à une vasodilatation périphérique.

Pression artérielle diminuée au premier et deuxième trimestre, mais retourne aux mêmes niveaux que chez la femme non enceinte au dernier trimestre.

La stase et la dilatation veineuses sont par ailleurs augmentées

Changements rénaux

Le flux sanguin rénal est augmenté :

Augmentation du débit de filtration glomérulaire P taux d'urée et de créatinine plasmatiques sont diminués chez la femme enceinte

La glycosurie et la protéinurie augmentent. [jn4]

Changements respiratoires

Augmentation de la demande en oxygène

Fréquence respiratoire augmente de 40 à 50 %.

L'élévation diaphragmatique en fin de grossesse diminue la capacité résiduelle fonctionnelle, mais capacité vitale préservée.

Fréquente sensation de manquer d'air [jn5] sans hypoxie

Changements digestifs

Nausées et vomissements fréquents au premier trimestre. Peuvent persister plus longtemps.

Changements endocriniens

Augmentation de la prolactine

Insuline-résistance au 3ème trimestre

Modifications des hormones thyroïdiennes sans conséquences cliniques

Diagnostic de grossesse OIC-023-02-A

A évoquer si :

Retard de règle chez une femme en âge de procréer.

Absence de contraception

Signes sympathiques de grossesse (tension mammaire, nausées matinales, vomissements, pollakiurie, asthénie, vertiges) **nausées, vomissements, asthénie, anomalie de la miction, vertige et sensation vertigineuse**

à l'examen, possible augmentation du volume des seins ou de l'utérus selon le terme

Confirmé si :

Dosage positif, urinaire ou sanguin (supérieur à 5 UI/L), de la Gonadotrophine Chorionique Humaine (β -hCG ou hCG).

Détermination du terme OIC-023-03-A

La date de début de grossesse est calculée en utilisant la mesure échographique de la longueur crânio-caudale (LCC) qui doit être faite entre 11 et 13 SA + 6 jours.

En cas de FIV avec transfert d'embryon frais (non congelé), la date de début de grossesse est définie par la date de ponction qui correspond au jour de fécondation.

L'âge gestationnel en semaines d'aménorrhée est calculé en ajoutant 14 jours à la date de début de grossesse.

Le calcul du terme repose sur le calcul de la date du début de grossesse à laquelle on ajoute 9 mois, soit 41SA + 0 jour.

Évaluation des facteurs de risque (médicaux et psycho-sociaux dont professionnels) OIC-023-04-B

Facteurs de risque déterminés à la 1^{ère} consultation qui entraînent une prise en charge spécialisée

- **des facteurs de risque généraux** (notamment des facteurs individuels et sociaux ; un risque professionnel ; des antécédents familiaux) ;
- **des facteurs de risque médicaux** (notamment obésité, diabète, hypertension artérielle chronique, troubles de la coagulation et autres maladies chroniques)
- **des antécédents personnels gynécologiques ou non** (notamment des antécédents chirurgicaux ; des pathologies utérines) ;
- **des antécédents personnels liés à une grossesse ou à l'accouchement précédent** ;
- **une exposition à des toxiques** (alcool, tabac, drogues, médicaments potentiellement tératogènes) ; **Prévention des risques liés à l'alcool, Prévention des risques liés aux addictions notamment le tabac**
- **des risques infectieux** (notamment toxoplasmose, rubéole, herpès génital, syphilis, coqueluche, CMV , HIV, hépatites) ;

Prévention des risques fœtaux SD-312

Savoir adapter le choix de la maternité OIC-023-05-B

Quatre niveaux de suivi sont définis (HAS) :

- suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situation à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical, ou gynécologue-obstétricien selon le choix de la femme) ;
- suivi A1 : l'avis d'un gynécologue obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est **conseillé** ;
- suivi A2 : l'avis d'un gynécologue obstétricien est **nécessaire**. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire ;

- suivi B : lorsque le niveau de risque est élevé, le suivi régulier doit être d'emblée assuré par un gynécologue obstétricien.

Le choix du lieu d'accouchement

Il dépend des désirs des futurs parents (préférences, lieu d'habitation) du risque de la grossesse mis en évidence par l'évaluation en début de grossesse mais surtout le suivi +++.

Les maternités sont classées en types (en fonction du risque de prématurité) et en fonction des besoins maternels :

- **Type I** pas d'unité de néonatalogie ;
- **Type II** avec unité de néonatalogie ;
- **Type III** avec unité de réanimation néonatale.
- Distinguer les besoins de réanimation maternelle des besoins de réanimation néonatale

Déclaration de la grossesse OIC-023-06-A

La déclaration de grossesse doit être effectuée au cours des 14 premières semaines de grossesse (16 SA) auprès de la caisse d'Assurance maladie et de la caisse d'Allocations familiales

Permet de bénéficier des prestations sociales en lien avec la maternité. La déclaration se fait donc le plus souvent après la datation par l'échographie du premier trimestre.

Faite par le professionnel de santé qui suit la femme, en ligne ou sur formulaire papier

Implique de réaliser auparavant les examens cliniques et complémentaires obligatoires (CF.)

Examens biologiques OIC-023-07-A

Examens biologiques au moment de la déclaration de grossesse

Examens obligatoires pour la déclaration de grossesse

Groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus : encadré 1, complet et Kell), recherche d'agglutinines irrégulières,

Sérologies : toxoplasmose, rubéole et syphilis, recherche de l'antigène HBs,

Protéinurie ; **Analyse de la BU, Protéinurie**

Examens discutés donc proposés systématiquement

Sérologie VIH 1 et 2,

Dépistage prénatal de la trisomie 21 en privilégiant le

Dépistage combiné du 1er trimestre de la trisomie 21 (cf. paragraphe suivant)

Examens à proposer selon les patientes

ECBU : si antécédent d'infection urinaire, diabète, ou bandelette urinaire positive,

Dépistage du diabète gestationnel (Glycémie à jeun +/- HGPO75: si facteurs de risque de diabète gestationnel,

Hémogramme : si facteurs de risque d'anémie. **Baisse de l'hémoglobine**

+/- pour les femmes originaires d'Afrique, des Antilles, du bassin méditerranéen une recherche d'hémoglobinopathie par électrophorèse de l'hémoglobine peut être proposée (thalassémie, drépanocytose)

Génotypage RH1 chez les femmes Rhésus D négatif et conjoint RH D positif

La question individuelle de la vérification du statut sérologique CMV peut être abordée à ce moment de la consultation dans le but de recommander des mesures barrières

Examens biologiques durant le suivi de grossesse

Chaque mois

Protéinurie sur échantillon **Protéinurie et BU**

Sérologie Toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent

Sérologie Rubéole en cas de négativité du résultat précédent et sans vaccination (jusqu'à 18 SA)

Au 6^e mois s'ajoutent

RAI Pour les femmes rhésus négatif ou ayant un passé transfusionnel

Hémogramme **Baisse de l'hémoglobine**

+/- hyperglycémie provoquée orale entre 24 et 28 SA en cas de facteurs de risque de diabète gestationnel si glycémie à jeun du T1 normale. **Dépistage du diabète gestationnel**

Au 8^e mois s'ajoutent

RAI Pour les femmes rhésus négatifs ou ayant un passé transfusionnel

2^e détermination du groupe sanguin

Dépistage de la T21 OIC-023-08-A

Lors de la première consultation, la patiente **doit** recevoir **une information** sur la trisomie 21 et son dépistage possible par le calcul du risque combiné de trisomie 21 (arrêté du 23 juin 2009) **Dépistage prénatal de la trisomie 21**. Elle signe un consentement si elle souhaite faire le test en ayant été informée des suites possibles selon le seuil de risque. Le calcul se fait en combinant la mesure de la clarté nucale entre 11 et 13 SA + 6 jours associée à une prise de sang en vue du dosage de la β -hCG libre et de la PAPP-A (*Pregnancy Associated Plasma Protein A*) et à l'âge maternel.

Conduite à tenir en cas de dépistage de T21 positif OIC-023-09-B

Risque > 1/ 50

= réalisation d'un caryotype fœtal par biopsie de trophoblaste ou amniocentèse

Risque entre 1/51 et 1/1000

= réalisation d'un dépistage prénatal non invasif (test ADNcT21 – analyse de l'ADN libre fœtal circulant dans le sang maternel) , si demande d'amniocentèse , possible mais non remboursée SS

Risque < 1000

= pas d'examen complémentaire recommandé et arrêt du dépistage

Savoir surveiller cliniquement une femme enceinte sans complication OIC-023-10-A

Le suivi comporte

sept consultations obligatoires, remboursées par l'assurance maladie. Elles sont l'occasion de vérifier l'absence de complications, d'accompagner les patientes dans le vécu de leur grossesse, en les informant, en répondant à leurs interrogations, et en proposant les examens complémentaires à réaliser. **Consultation de suivi d'une grossesse normale (1^{er} ,2^e ,3^e trimestre)**

Durant les consultations de suivi on recherche :

Des facteurs de stress et d'insécurité (dépister des situations de vulnérabilité psychosociale, de violences intrafamiliales)

Des métrorragies ;

De la fièvre ;

Des signes fonctionnels urinaires ;

Des leucorrhées d'allure pathologique

Des contractions utérines régulières et douloureuses **Contractions utérines chez une femme enceinte**

Des mouvements actifs fœtaux (A partir de 18 à 20 SA)

Des anomalies du suivi biologique

L'examen physique explore

Mesure de la pression artérielle ;

Mesure du poids ;

Mesure de la hauteur utérine

Examen gynécologique en cas de plainte à explorer ou si nécessaire de réaliser un dépistage du cancer du col de l'utérus)

Recherche des bruits du cœur fœtal au Doppler fœtal à partir de 12-14 semaines d'aménorrhée

Connaître les professionnels de santé impliqués dans le suivi de la femme enceinte OIC-023-11-A

Dans le cadre d'une grossesse normale, la femme enceinte peut être suivie, selon son choix, par son médecin traitant, par une sage-femme ou par un gynécologue. Le suivi de fin de grossesse (à compter du 8^e mois) est en général assuré par une sage-femme ou un gynécologue de la maternité choisie pour l'accouchement. **Consultation de suivi d'une grossesse normale (1er ,2e ,3e trimestre)**

Echographies obstétricales OIC-023-12-A

3 échographies de dépistage (1er ,2e ,3e trimestre) sont prévues au cours de la grossesse normale. La possibilité de refuser ces examens doit être clairement énoncée. Elles ne sont pas infaillibles. La principale limite est de ne pas tout pouvoir dépister.

Rédaction de la demande d'un examen d'imagerie

L'échographie du 1er trimestre

Echographie de datation et morphologie précoce entre 11 et 13 SA + 6 jours

Elle a pour objectifs de :

Dater la grossesse par la mesure de la longueur craniocaudale ;

Confirmer sa vitalité ;

Identifier des grossesses gémellaires et leur chronicité

Dépister précocement certaines malformations (anencéphalie, membres...) ;

Évaluer le risque d'anomalies chromosomiques, en particulier trisomie 21, par la mesure de la clarté nucale.

L'échographie du 2e trimestre

Echographie morphologique entre 20 et 25 SA

L'objectif principal est le dépistage des malformations fœtales.

L'échographie du 3e trimestre

échographie de croissance) : entre 30 et 35 SA

Elle a comme objectifs principaux de

- Dépister des anomalies de croissance fœtales et
- Dépister certaines malformations,
- Vérifier la localisation du placenta
- Vérifier la présentation du fœtus.

Connaître les motifs de consultation les plus fréquents concernant les petits maux des femmes dans le cadre d'une grossesse OIC-023-13-A

Vomissements

Les nausées, accompagnées ou non de vomissements, surviennent chez plus de la moitié des femmes enceintes. Sans horaire particulier et persistant souvent tout au long de la journée, ces troubles ne s'accompagnent généralement pas d'anomalie physique ou biologique. Ils débutent souvent avant la 8^e semaine d'aménorrhée et disparaissent spontanément entre la 12^e et la 22^e semaine.

Constipation

Sous l'effet de la progestérone, le transit est ralenti favorisant la constipation

Hémorroïdes

Liées à la compression des veines du bassin par l'utérus gravide. Favorisé également après par l'accouchement

Reflux gastro-oesophagien

Le pyrosis est très fréquent, surtout au 3^e trimestre.

Crampes

Favorisé par la fuite urinaire de magnésium. Les sensations de jambes lourdes sont plus fréquentes en raison de la compression pelvienne.

Douleur et fièvre

Doivent être traitées. cf Connaître les mesures médicamenteuses et non médicamenteuses concernant les petits maux de la grossesse 2C-023-PC-A08

Connaître les mesures médicamenteuses et non médicamenteuses concernant les petits maux de la grossesse OIC-023-14-A

Vomissements

Des mesures diététiques peuvent être suffisantes : fractionner les repas ; boire à distance des repas, en petites quantités et souvent ; adapter librement les aliments. Il est possible d'utiliser la pyridoxine, le gingembre dans les formes peu sévères. Les formes plus intenses nécessitent des traitements médicamenteux : anti-émétiques (Antihistaminique antagoniste des récepteurs H1, Antagonistes des récepteurs de la dopamine, Antagoniste des récepteurs sérotoninergiques 5-HT3)

Constipation

Les mesures non médicamenteuses sont le plus souvent efficaces : hydratation suffisante, régime riche en fibres alimentaires, activité physique régulière. En cas d'échec, un traitement laxatif peut être proposé.

Hémorroïdes

Les mesures non médicamenteuses et le traitement de la constipation sont utiles. Un traitement local à base de lubrifiant ou d'anesthésique local permet parfois d'obtenir un soulagement, quand un médicament est nécessaire, le paracétamol semble avoir la meilleure balance bénéfices-risques. En cas de douleur persistante un avis spécialisé peut être utile

Reflux gastro-oesophagien

Les mesures non médicamenteuses sont utiles : fractionnement des repas, adaptation posturale, éviter les efforts après les repas. Les antiacides sont utilisables sur de courtes périodes. Un inhibiteur de la pompe à protons peut être proposé.

Crampes

Des mesures non médicamenteuses sont indiquées : hydratation suffisante, activité physique, étirements musculaires. **Une supplémentation en magnésium peut être proposée.**

Douleur

Le Paracétamol est l'antalgique de palier 1 de premier choix chez la femme enceinte, quel que soit le terme.

Tous les AINS sont contre-indiqués (y compris l'Aspirine sauf à dose anti-aggrégante <160mg)) à partir de 24 SA. Avant 24 SA, même en l'absence de données, il semble préférable de les éviter. Les corticoïdes peuvent être utilisés chez la femme enceinte, quelles que soient leurs voies d'administration, leurs posologies, et le terme de la grossesse (précautions en cas de diabète) .

Si un antalgique de palier 2 est nécessaire, la codéine est préférable, bien que son innocuité ne soit pas clairement établie au premier trimestre de grossesse. Un traitement prolongé ou de fortes posologies peuvent entraîner une dépression respiratoire et un syndrome de sevrage chez le nouveau-né.

Savoir reconnaître les principales complications de la grossesse et savoir orienter les femmes vers le recours adapté OIC-023-15-A

Savoir repérer les complications de la grossesse grâce à l'interrogatoire (mouvements actifs fœtaux, pertes de liquide amniotique, céphalées, œdèmes, phosphènes acouphènes, métrorragies, leucorrhées, contractions utérines, douleurs pelviennes) et à l'examen clinique (hauteur utérine, examen au spéculum ou toucher vaginal en fonction des signes fonctionnels).

Métrorragies au premier trimestre : (menace de) fausse couche et grossesse extra-utérine / Au 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre : Placenta inséré bas ou hématome rétroplacentaire = avis urgent **Saignement génital pendant la grossesse**

HTA gravidique = PAS \geq 140 mmHg et/ou une PAD \geq 90 mmHg au-delà de 20 semaines d'aménorrhée **HTA durant la grossesse**

Diabète gestationnel = Glycémie à jeun \geq 0,92 g/L ou 1 valeur pathologique lors du test d'hyperglycémie orale avec 75g de glucose
Dépistage du diabète gestationnel

Protéinurie = significative si \geq 0,3g/24h ou 30mg/mmol **Protéinurie**

Œdèmes = signe classique de fin de grossesse aux membres inférieurs mais peut être associé à la prééclampsie surtout s'ils touchent les mains et le visage **Douleur brûlure crampes et paresthésie, Jambes lourdes**

CU = considérées comme physiologiques en fin de journée et si elles sont < 10 fois par jour. Régulières et douloureuses, elles doivent faire rechercher une menace d'accouchement prématurée **Contractions utérines chez une femme enceinte**

Petit pour l'âge gestationnel/Retard de croissance intra-utérin : peut être suspecté sur une hauteur utérine faible. Le diagnostic est échographique

Absence de mouvements actifs = doit faire consulter en urgence après 20SA

Le projet de naissance OIC-023-16-B

Un entretien individuel (EPP) ou en couple est proposé systématiquement à chaque femme enceinte autour du 4^e mois de grossesse. Il peut avoir lieu plus précocement ou plus tardivement si le besoin est exprimé. Cet entretien fait partie des séances de préparation à la naissance. Il s'agit de la 1^{re} séance de la préparation à la naissance et à la parentalité qui comprend au total 8 séances ; l'EPP peut être fait par une sage-femme ou un médecin formé à ce type d'entretien (durée 45 minutes).

La rédaction par la femme ou le couple d'un projet de naissance est proposée. Il représente la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins de la maternité. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile, les recours en cas de difficultés.

Intégrer la dimension psychosociale au suivi de la femme enceinte et du couple OIC-023-17-B

Le suivi de grossesse, l'entretien prénatal précoce et la préparation à la naissance peuvent être l'occasion de repérer des situations de vulnérabilité sociale ou psychologique et permettre l'organisation d'un suivi coordonné autour de la femme ou du couple.

Savoir informer la patiente de sa couverture sociale pendant la grossesse OIC-023-18-A

Du premier mois au cinquième mois de grossesse, les frais médicaux et pharmaceutiques sont remboursés aux tarifs habituels de la Sécurité sociale.

A partir du 1^{er} jour du sixième mois de grossesse et jusqu'à douze jours après l'accouchement, la prise en charge est de 100 % au titre de l'assurance maternité, pour tous les frais médicaux remboursables, en rapport ou non avec la grossesse ainsi que les frais pharmaceutiques. La consultation post natale à 6 à 8 semaines est également prise en charge à 100%.

La durée du congé maternité est aménagée en fonction de la situation familiale de la salariée enceinte. Si la femme est salariée ou allocataire de pôle emploi, elle peut bénéficier d'indemnités journalières pendant son congé maternité sous réserve de remplir les conditions requises.

Connaître l'existence des violences obstétricales OIC-023-19-A

Les violences obstétricales sont des pratiques exercées volontairement ou non par les soignants, violentes ou vécues comme telles par la femme lors de son accouchement. **Dépistage et prévention des violences faites aux femmes**

Type de violence

7 types de violences peuvent être distinguées :

1. violences physiques
2. violences sexuelles
3. violences verbales
4. stigmatisation et discrimination (sexisme, racisme, homophobie, grossophobie,...)
5. non-respect des standards de soins (actes inappropriés) ou non-consentement
6. mauvais rapports entre les femmes et les soignants
7. mauvaises conditions et contraintes du au système de santé ou à son organisation

Conséquences

Elles ont des conséquences à court terme

- Douleurs
- Craintes

Et à Long terme

- État de stress post-traumatique,
 - Peur de l'accouchement ou des soins gynécologiques
 - Image corporelle négative
 - Sentiment de déshumanisation
-