

SURVEILLANCE ET HYGIENE DE LA GROSSESSE

OBJECTIFS

1. décrire les objectifs de la consultation prénatale du premier trimestre
2. décrire le contenu de la première C.P.N.
3. décrire le contenu de la C.P.N. du troisième trimestre
4. décrire les éléments du score de BISHOP dans l'établissement du pronostic de l'accouchement

PLAN

INTRODUCTION

1. Définition
2. Intérêt

I. BASES DE LA SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE

1. Bases anatomiques
2. Bases physiologiques

II. CONDUITE DE LA SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE

1. La première consultation prénatale (CPN)
2. La deuxième CPN
3. La troisième CPN
4. La quatrième consultation (9^{ème} mois)

CONCLUSION

INTRODUCTION

1. Définition

Ensemble des moyens cliniques, paracliniques et préventifs et thérapeutiques utilisés pour s'assurer de l'évolution normale de la grossesse jusqu'à l'obtention d'un enfant vivant bien portant et une mère vivante sans séquelle.

Elle a pour but de :

- suivre la bonne évolution de la grossesse,
- dépister les situations à risque car il n'existe pas deux grossesses identiques. Certaines affections sont spécifiquement gravidiques liées aux antécédents et l'état de gravidité peut révéler ou aggraver des tares préexistantes (CPN recentrée +++)
- prévenir les complications materno-foetales,
- déterminer le pronostic de cette grossesse, et
- assurer la protection médico-sociale (congés pré et post-natal, allocations familiales).

2. Intérêt

- Démarche préventive obligatoire régie par la loi qui donne droit à toute femme enceinte d'être suivie jusqu'à la fin de la grossesse. Le Ministère de la Santé du Sénégal préconise au moins 4 CPN durant la grossesse. Ceci ne veut pas dire qu'il faut s'arrêter à ces 4 contacts.
- Fait partie des piliers de la lutte contre la morbidité et mortalité maternelle et néonatale. En Afrique, cette surveillance est souvent de mauvaise qualité avec un faible taux d'achèvement (93% de CPN1 et – 50% de CPN4).

I. BASES DE LA SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE

1. Bases anatomiques

Pendant la grossesse, il se produit des modifications de l'utérus qui augmente de volume passant de sa position pelvienne à une position abdominale (à partir du 2^{ème} trimestre) avec formation du segment inférieur à la partie moyenne de l'utérus qui correspondait à l'isthme. Le poids global de l'utérus et de son contenu augmente progressivement affectant le poids global de la femme (+ 1 kg / mois → + 1,5 kg / mois en fin de grossesse)

2. Bases physiologiques

Des modifications générales intéressent plusieurs organes et systèmes constituant ce qu'on appelle le syndrome maternel. Il s'agit essentiellement de :

• Modifications cardiovasculaires

Augmentation du débit cardiaque (+ 30- 40%), de la fréquence cardiaque et tendance à la baisse des résistances périphérique (hypotension) avec une gêne au retour veineux surtout en fin de grossesse exposant facilement aux oedèmes et aux varices

• Modifications hématologiques

Augmentation globale du volume plasmatique avec hémodilution (baisse d'au moins 15% de l'hématocrite) qui expose facilement à l'anémie. Les besoins en fer et acide folique augmentent considérables pour répondre aux besoins placentaires et de la formation du tube neural. Il s'y ajoute une baisse de l'activité fibrinolytique et installation d'un état d'hypercoagulabilité et risque plus élevé d'accidents thrombo-emboliques.

• Modifications respiratoires

Les modifications anatomiques entraîne à la longue une compression diaphragmatique et une gêne

- **Modifications neuro-endocriniennes**

Sont liées à une nouvelle production d'hormones de la grossesse comme l'hormone chorionique gonadotrophine, des hormones stéroïdes, de l'hormone chorionique somatotrope et de l'hormone lactogène placentaire responsable de la congestion et des modifications cutanées, des troubles de l'humeur et des modifications mammaires

3. Bases immunologiques

La grossesse est une situation qui entraîne une baisse de l'immunité exposant facilement aux infections (infections urinaires, chorioamniotites ...).

II. CONDUITE DE LA SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE

1. La première consultation prénatale (CPN)

- **Objectifs**

Elle doit être réalisée au cours du premier trimestre (grossesse avant 15 SA). L'objectif de cette consultation est :

- d'affirmer le diagnostic de la grossesse
- de préciser le terme gestationnel à partir de la DDR et d'en déduire la date probatoire de l'accouchement
- de rechercher des signes pathologiques
- de dépister les facteurs de risque
- de faire le bilan paraclinique obligatoire
- de prévenir et traiter les complications
- de donner des conseils à la femme enceinte
- d'établir un calendrier de suivi prénatal sur le carnet de santé de maternité.

- **Examen clinique**

Interrogatoire

Signes fonctionnels

- la durée de l'aménorrhée à partir de la DDR, qui permet de donner le terme gestationnel et la date probable de l'accouchement (40SA).
- les signes sympathiques : digestifs, urinaires et neuropsychiques (irritabilité)

Antécédents

- personnels

- médicaux (diabète, HTA, drépanocytose, obésité et autres maladies chroniques) et chirurgicaux
- gynécologiques (cycle, contraception),
- obstétricaux (gestité, parité, évolution des grossesses précédentes, mode accouchement, allaitement, état des enfants)
- conjugaux (tares éventuelles du mari, lien de parent, consanguinité)
- conditions de vie (profession, travail fatigant ou non, NSE, habitudes alimentaires : tabac, alcool, drogues)

- familiaux (tares+++)

Examen physique

Examen général : Poids, taille, morphotype, TA en position assise, Température, pouls, Muqueuses, Recherche d'œdèmes (MI +++)

Examen gynécologique et obstétrical

- Seins
- Abdomen
- Spéculum
 - Col violacé

- Saignements ? pertes ?
- Parois vaginales
- TV combiné au palper abdominal
 - Caractères du col : position, longueur, consistance, ouverture
 - Cul-de-sacs
 - Volume utérin : signe de Noble, signe de Hegar.

Examen des autres appareils : Cardiovasculaire, Digestif, neurologique.....

- Bilan paraclinique

Examens obligatoires

➤ **Biologie et biochimie**

- GSRH, hémogramme (NFS)
- TE
- Recherche d'albumine et de sucre dans les urines
- Glycémie à jeun

➤ **Bactériologie** : sérologie de la syphilis (TPHA-VDRL)

Examens facultatifs

Ils seront demandés en fonction des données de l'interrogatoire et de l'examen physique :

- sérologies HIV après consentement éclairé, toxoplasmose et rubéole et hépatite B (AgHbS)
- uricémie, azotémie, créatinémie
- ionogramme sanguin
- FCV
- ECBU – PV
- échographie en cas de doute sur l'âge gestationnel ou de \$ pathologiques entre 9 et 13 SA.

- Conduite à tenir

➔ **Conseils hygiéno-diététiques**

- repos avec diminution des travaux pénibles
- alimentation équilibrée riche en **protéines** (lait, viande, poisson, œufs, poisson, arachides, niébé) ; en **fer et acide folique** (feuille de baobab et de bissap) et en **calcium** (lait, pain de singe, œuf)
- proscrire les crustacés, la charcuterie, les aliments trop épicés, l'alcool, le tabac, la drogue et le thé qui diminue l'absorption du fer
- hygiène vestimentaire (vêtements larges, éviter ceintures)
- hygiène corporelle (douches à préférer aux bains)
- activité physique (marche, éviter les sports violents, éviter les rapports sexuels violents)
- éviter les voyages trop longs
- éviter médicaments et vaccins contre-indiqués.

➔ **Supplémentation**

- en fer et acide folique (50 mg/jr et 4 mg/jr)
- en calcium (500 mg/j), en magnésium et en vitamines

➔ **Chimioprophylaxie antipalustre**

Traitement Préventif Intermittent (TPI) avec la sulfadoxine-pyriméthamine.

➔ **Vaccination antitétanique** : 2 doses à 1 mois d'intervalle, 3^{ème} dose 6 mois après la 2^{ème} et les rappels au bout d'une année.

➔ **Prise en charge des FDR et des pathologies décelées et référer si nécessaire.**

➔ **Établir un calendrier de suivi** (au moins 4 CPN pour une grossesse normale et augmenter le nombre de contacts en cas de FDR ou de pathologies).

5. La deuxième CPN

Elle se fait entre la 16^{ème} et la 28^{ème} semaine (4-6 mois).

Ses objectifs sont les suivants :

- Vérifier la bonne évolution de la grossesse
- S'assurer de la croissance normale du fœtus
- Détection de pathologies : HTA, menace d'accouchement prématuré, diabète, macrosomie, hydramnios, éclampsie
- Bilan et traitement adapté
- Prendre en charge les préoccupations de la femme
- Préparation à l'accouchement.

• Examen clinique

- Interrogatoire : Porte essentiellement sur les plaintes : MAF, CU, métrorragies, fièvre, leucorrhées, douleurs (DAP-Céphalées)

- Examen physique

- général (TA, Poids)
- seins
- obstétrical
 - o MAF
 - o hauteur utérine (normalement = $4n \pm 2$, périmètre ombilical)
 - o auscultation au stéthoscope obstétrical de Pinard des BDC du fœtus
 - o spéculum
 - o TV : état du col
- Autres appareils

• Bilan paraclinique

• Biologie et biochimie

- Test de combs indirect si Rh-
- NFS
- Glycémie à jeûn et PP si FDR
- Test de O'Sullivan chez les femmes à risque
- Atg HbS
- Albuminurie ou protéinurie des 24 h (si HTA)

• Bactériologie : PV, ECBU

• Imagerie : échographie obstétricale pour morphologie fœtale à 22 SA (pour détection de malformations fœtales)

• CAT

- Conseils hygiéno-diététiques
- Supplémentation

- Planifier les congés de maternité à 34 SA (6 semaines avant le terme et 8 semaines après accouchement).

Examen clinique : Idem que 2^e CPN + col et présentation

- Recherche streptocoque B au Prélèvement Vaginal (34-38SA)
- Sérologie toxoplasmose si négative à la dernière CPN
- Albuminurie / protéinurie des 24H
- Echographie à 32 – 34 SA : biométrie fœtale; Présentation; annexes;
- Scannopelvimétrie (36SA) si bassin anormal, siège, utérus cicatriciel, antécédents accouchement dystocique

Prise en charge des pathologies détectées.

4. La quatrième consultation (9^{ème} mois)

• Objectifs

C'est une étape charnière et la surveillance aura pour but de dépister les FDR et d'établir le pronostic de l'accouchement en vue d'éviter les complications et de réduire la mortalité et la morbidité materno-fœtales.

• Examen clinique

Interrogatoire : plaintes +++

Examen physique

Examen général : TA/ Poids (prise pondérale ≤ 12 kg pendant la grossesse à cause poids du fœtus et rétention hydrique), muqueuses et oedèmes.

Seins : MC+++

Examen obstétrical

- Inspection : forme de l'utérus et recherche de cicatrices
- Palpation :
Souplesse de l'utérus, pôles fœtaux (position et présentation)
Mesure de la HU
32 SA → 7 mois (27 cm)
36 SA → 8 mois (30 cm)
40 SA → 9 mois (33 cm)
- périmètre ombilical (tenir compte de l'évolution des chiffres à partir du 5^{ème} mois)
- palper mensureur pour rechercher un débord sus-pubien
- Auscultation des BDCF dont le foyer varie avec la présentation
- Spéculum
- TV
 - ✓ examen du périnée pour apprécier épaisseur et souplesse et longueur (distance ano-vulvaire doit être > 3 cm).
 - ✓ état du col (longueur, position, consistance et degré d'ouverture)
 - ✓ Etat du segment < d'autant plus mince (amplié) que la présentation est mieux accommodée ou engagée
 - ✓ Nature et niveau de la présentation
 - ✓ Palper introducteur++++
 - ✓ Pelvimétrie clinique : promontoire, lignes innominées, épines sciatiques, détroit inférieur (ogive pubienne avec l'angle des branches ischiopubiennes qui doit être compris entre 85 et 90°).

Position	P	M	A	
Longueur	4	3	2	1
Dilatation	Rigide	Souple	Mou	
Consistance	O	1 – 2	3 – 4	5 – 6
Niveau présentation	M	A	F	E

- **Bilan paraclinique**

Biologie : Albuminurie, NFS, GSRH, Couombs indirect si Rh –, et en fonction des données cliniques et des antécédents (glycémie, bilan rénal, amniocentèse, uricémie si HTA, crase sanguine)

Imagerie

- Echographie obstétricale : Vitalité, Biométrie pour apprécier la croissance du fœtus, Estimation du poids, Insertion placentaire, Doppler si nécessaire
- La radiopelvimétrie ou la scannopelvimétrie en cas d'anomalies cliniques du bassin

Monitoring obstétrical

- **Conduite à tenir**

Synthèse de l'examen : grossesse normale, indication de césarienne prophylactique, référence des grossesses à risque)

Thérapeutique : MHD, Supplémentation, Chimio prophylaxie antipalustre (à poursuivre jusqu'au M₂ après accouchement), VAT (3^{ème} dose)

Préparation à l'accouchement (psychologique, moyens financiers, lieu de l'accouchement, matériel pour le nouveau-né : savon, lame propre, pagne propre...)

Référence des grossesses à risque et accouchement à risque (bassin immatures, siège s/c OP, Primigeste âgée > 35 ans, utérus cicatriciel, GG).

CONCLUSION

Dans la surveillance prénatale, l'accent doit être mis sur la clinique qui oriente vers les examens spécialisés. La prévention et les conseils doivent toujours de mise.