

# La grossesse normale diagnostic et surveillance

Dr SAIDI

Dr MENOUAR

# PLAN

- Definition
- La période pre conceptionnelle
- Diagnostic de la grossesse
- Suivi de la grossesse

# Definition:

- Selon l'OMS:

la grossesse est la période qui s'étend depuis la conception jusqu'à la naissance du bébé. Elle dure environ 9 mois chez l'être humain

- **1) Période préconceptionnelle :**

La consultation pré-conceptionnelle

**A ) Clinique**

Interrogatoire:

- – Recherche des FdR
- – Vérification du calendrier vaccinal 1A

- *Vaccins recommandés en période pré-conceptionnelle :*

- – **DTP-Coqueluche** : vaccin ou rattrapage de tous les adultes susceptibles de devenir parents
- – **Rubéole** : vacciner les femmes séronégatives  $\geq 2$  mois avant le début de grossesse (pas lieu de vacciner les femmes ayant reçu 2 doses préalables quel que soit le résultat de la sérologie) ; ou 1 mois avant la grossesse
- – **Varicelle** : vacciner les femmes en âge de procréer sans ATCD de varicelle (ou avec sérologie négative)  $\geq 3$  mois avant le début de grossesse ; ou 1 mois avant la grossesse
- Examen gynécologique et général complet

- ***B ) Paraclinique***

- BILAN SYSTÉMATIQUE EN PÉRIODE PRÉ-CONCEPTIONNELLE
  - Groupage sanguin + phénotype rhésus complet + Kell
  - Recherche d'agglutinines irrégulières
  - Sérologies toxoplasmose, rubéole (sauf preuve d'immunité écrite), et VIH Ag HBS HCV (avec accord de la patiente)

## 2/ Diagnostic de grossesse :

### A) Clinique:

- Anamnèse :
  - – Aménorrhée
  - – Signes « sympathiques » : tension mammaire, somnolence, pollakiurie, nausées / vomissements
  - – Décalage ovulatoire net avec plateau thermique > 15j à la courbe thermique 0

Clinique :

- – Spéculum : col violacé, glaire cervicale coagulée ou absente
- – TV : augmentation du volume utérin (mandarine à 7SA, orange à 11SA, pamplemousse à 14SA), les doigts dans les culs-de-sac latéraux butent contre le contour évasé de l'utérus (signe de Noble)

### B) Paraclinique:

- Test urinaire
- Dosage plasmatique  $\beta$ -hCG (très fiable)
- Echo pelvienne : visible après 5SA, activité cardiaque après 5½SA à l'écho vaginale
- Doppler : Bdc foetaux perçus à 9-10SA

### 3/Suivi de grossesse:

- Durée d'une grossesse normale : **280 – 290j (40 – 41+3 SA)**
- « 7 consultations »:
  - – **1er trimestre** (1 avant 14 SA, 1 autre recommandée < 10 SA)
  - – **3 mensuelles au T2 du 3e au 6e mois**
  - – **3 mensuelles au T3 du 7e au 9e mois**, de préférence par l'équipe qui réalisera l'accouchement
  - – **1 consultation post-natale à 6-8 semaines post-partum**
- 3 échographies 0 :
  - – **Premier trimestre (11-13+6SA) : de datation**
  - – **2e trimestre (21-23+6SA) : morphologique**
  - – **3e trimestre : (31-33+6SA):biometries; estimation de poids,**
- NB : l'échographie foetale ne fait pas partie des examens obligatoires durant la grossesse , elle est cependant systématique à chaque trimestre .
- Prise de poids
  - – 9-12 kg au total, prise de poids mensuelle = 500g au T1, 1kg au T2, 2kg au T3 0
  - – Selon l'IMC pré-conceptionnel : 5-9 kg si obésité, 12-18 kg si IMC < 18,5 [/spoiler]

## A ) Première consultation

Cette consultation permet :

- – Diagnostic de grossesse
- – Détermination du terme et déclaration légale de grossesse
- – Evaluation des FdR, dépistage T21, mode de surveillance obstétrical
- – Prescription du bilan complémentaire

### Détermination du terme et déclaration :

- Date de début de grossesse (DDG)
- – Date dernières règles (DDR) + durée de phase folliculaire 1 (Tfollicule)
- – Courbe thermique en cas d'hypofertilité
- – Date de ponction en cas de FIV
- – Longueur cranio-caudale (LCC) échographique (45 à 84 mm entre 11 et 13+6SA) +++ 2
- => Détermination du terme :  $DDG + 9 \text{ mois} (= DDR + T_{\text{follicule}} + 9 \text{ mois } 0)$
- Déclaration de grossesse : formulaire (en ligne ++ 0) doit être envoyé théoriquement avant la 14e semaine de grossesse. Cette déclaration permet
  - – la PEC des examens obligatoires lié à la grossesse jusqu'au 6ème mois
  - – la couverture médicale à 100 % à partir de 24SA (quelque soit la pathologie)



## 4/Bilan paraclinique:

### A-BILAN:

- Examens obligatoires
- Sérologies (Rubéole, Toxoplasmose), TPHA, Groupe ABO + Phénotype Rhésus complet + Kell, RAI, Ag HBs, Sucre et Albumine urinaire.
- Examens systématiques (réalisés si accord de la patiente)
- Sérologie VIH, NFS, Electrophorèse de l'hémoglobine (si possibilités d'hémoglobinopathie)
- Frottis cervico-utérin (si > 3 ans)
- Examens fonctions des situations à risques
- ECBU + Atb, Glycémie à jeun, Ag HBs et Ac Anti- VHC, PV si écoulements pathologiques

- Stratification du risque et modalités de surveillance:
- La clinique et la paraclinique permettent de définir les situations à risques. Un aperçu des risques à rechercher est présenté ci-dessous. Pour chaque risque, un code de suivi est déterminé (voir référentiel de l'HAS pour la correspondance FdR – Type de surveillance).

- Type de surveillance:
- **Suivi A :** lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou lorsque 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.
- *Avis A1 :* l'avis d'un gynécologue -obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
- *Avis A2 :* l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
- **Suivi B :** Lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

- Types de maternité:
  - – Niveau I (49%) : grossesses à bas risque
  - – Niveau II : néonatalogie (IIa, 23%) voire USI de néonatalogie (IIb, 16%)
  - – Niveau III (12%) : réanimation néonatale, CH avec unité de réanimation adulte
  -
- L'accouchement des grossesses à bas risque est parfois réalisé dans d'autres lieux : espaces « physiologiques » internes à une maternité, ou maisons de naissance = « lieu d'accueil des femmes enceintes, du début de leur grossesse jusqu'à l'accouchement, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes dès lors que celui-ci se présente comme à priori normal »

- **B ) Deuxième consultation** (3e mois)

- **Clinique**

- – Examen de l'état général (prise de la TA ++)
- – Examen gynéco-obstétrique complet : hauteur utérine ( à partir du 4e mois), recherche des BDC, Etat du col utérin, présence d'écoulement pathologiques ?

- **Paraclinique**

- BILAN SYSTEMATIQUE
- Glycosurie, protéinurie, Sérologies toxoplasmose et rubéole en cas de résultats précédents négatifs (rubéole jusqu'à 18 SA)
- 1e échographie
- Dépistage combiné de la T21 au 1er trimestre par écho + marqueurs (à réaliser entre 11-13+6SA)

## C ) 3e à 7e consultation 2

### Clinique:

	3 <sup>e</sup> Cs	4 <sup>e</sup> Cs	5 <sup>e</sup> Cs	6 <sup>e</sup> Cs	7 <sup>e</sup> Cs
Mois de gestation	4 <sup>e</sup> mois	5 <sup>e</sup> mois	6 <sup>e</sup> mois	7 <sup>e</sup> mois	8 <sup>e</sup> mois
Examen clinique (poids, prise de la tension artérielle ; mesure de la hauteur utérine ; recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux ; recherche des signes fonctionnels urinaires ; recherche des contractions utérines)	X	X	X	X	X
Évaluation de la présentation fœtale	-	-	-	-	X
Cs de pré-anesthésie	-	-	-	-	X

# Paraclinique

	3 <sup>e</sup> Cs	4 <sup>e</sup> Cs	5 <sup>e</sup> Cs	6 <sup>e</sup> Cs	7 <sup>e</sup> Cs
Mois de gestation	4 <sup>e</sup> mois	5 <sup>e</sup> mois	6 <sup>e</sup> mois	7 <sup>e</sup> mois	8 <sup>e</sup> mois
<b>Examens à prescrire obligatoirement</b>					
• Glycosurie et protéinurie	X	X	X	X	X
• 2 <sup>e</sup> détermination (si non faite avant) du groupe sanguin	-	-	-	-	X
• RAI : si Rhésus D négatif à toutes les femmes, et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel <sup>(a)</sup>	-	-	X <sup>(b)</sup>	-	X <sup>(c)</sup>
• Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	X	X	X	X	X
• Hémogramme	-	-	X	-	-
<b>Examens à proposer systématiquement</b>					
• 2 <sup>e</sup> échographie (entre 20 et 25 SA) <sup>(d)</sup>	-	X	-	-	-
• 3 <sup>e</sup> échographie (entre 30 et 35 SA) <sup>(d)</sup>	-	-	-	X	-
• Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)	-	-	-	-	X
• Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire	X	X	X	X	X
<b>Examens à proposer éventuellement</b>					
ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive	X	X	X	X	X

RAI : recherche d'agglutinines irrégulières ; ECBU : examen cyto bactériologique des urines.

(a) Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires.

(b) Recommandations « Prévention de l'allo-immunisation Rhésus D fœto-maternelle », CNGOF 2005.

(c) Sauf si une injection anti-D a été pratiquée à 28 SA.

(d) Rapport du Comité national technique de l'échographie fœtale, 2005.

## D ) Consultation du 9e mois

### Clinique

- – Recherche des signes fonctionnels urinaires
- – Examen de l'état général : prise des constantes
- – Examen gynéco-obstétrique : mesurer la hauteur utérine, rechercher les BDC fœtaux ainsi que ses mouvements actifs, rechercher les contractions utérines éventuelles, déterminer la présentation du fœtus, pelvimétrie clinique 1
- – Etablir le pronostic obstétricale.

### Paraclinique

- BILAN
- Examens obligatoires
- RAI systématique en période périnatale 1B
- Sérologie toxoplasmose (en cas de négativité à la consultation précédente)
- Glycosurie et protéinurie
- ECBU si antécédents d'infections urinaires ou de diabète (éventuellement)



# E ) Synthèse de la surveillance paraclinique de la grossesse

- **EXAMENS OBLIGATOIRES**

- Sucre / albu urinaire et toxo (si nég) à chaque consulte
- Rubéole (si nég) jusqu'à 18SA
- Groupage complet + séro Syphilis (test tréponémique seul) + Ag Hbs au T1
- RAI systématique au T1 + période périnatale / Si RhD- ou ATCD transfu / obstétrical : ajouter M6 (dans tous les cas), M8 et M9 (sauf injection de Rophylac®)

- **EXAMENS PROPOSÉS SYSTÉMATIQUEMENT**

- BU à chaque consulte
- VIH au T1
- T21 : combiné au T1, séquentiel au M4 (si pas fait au T1)
- Strepto B et bilan anesth. au M8

- **EXAMENS PROPOSÉS SI FDR**

- ECBU à chaque consulte (si ATCD uro, BU+ ou diabète)
- Génotypage du rhésus foetal dès 11SA (si mère RhD-)
- T1 : VHC, GàJ, PV, NFS-ferritine, électrophorèse de l'Hb, TSH, FCV si > 3 ans
- M6 : HGPO, NFS
- M7 : RAI si RhD- ou ATCD transfu / obstétrical

- 4) Supplémentations vitaminiques
- Acide folique : supplémentation systématique à débiter dès la période pré-conceptionnelle (prévention des anomalies de fermeture du tube neural)
  - – Jusqu'à 8 SA 2, 12 SA 1A ou jusqu'à fin de grossesse
  - – 400 µg/j en général
  - – majoration à 5 mg / j si ATCD d'anomalie de fermeture du tube neural ou épilepsie traitée 1
- Autre : la supplémentation systématique en vitamine D, Fer et autres vitamines n'est pas nécessaire. On préférera une alimentation équilibrée .

Merci





















