

Journée SSMG

par le Dr Françoise Pineux • Médecin généraliste • 5300 Andenne

Neuf mois et plus

Liège 10 décembre 2005

En état de grossesse

Quoi de plus naturel qu'une grossesse? Pourquoi la médicaliser? En France, dans les années 80, le taux moyen de mortalité maternelle se situait entre 13 et 15 pour 100 000 naissances. Il n'est plus actuellement que de 9 à 10 pour 100 000 naissances. Ces chiffres encouragent donc un suivi médical de la grossesse. Nous ne disposons pas de chiffres pour la Belgique. Une structure pour le suivi de la grossesse est donc recommandée.

La répartition des consultations prénatales est prévue de la manière suivante: une consultation mensuelle jusqu'au 7^e mois, ensuite, jusqu'à l'accouchement, 2 fois par mois. Il est évidemment recommandé d'augmenter la fréquence en cas de pathologie. Chaque consultation comporte un tronc commun: l'écoute de la patiente, un examen clinique complet qui comprend la prise de la tension artérielle, le poids, la hauteur utérine (**semaines d'aménorrhée moins 4**), les mouvements fœtaux (**dès 18-20 semaines**), les bruits cardiaques fœtaux (**BCF – à partir de 12 semaines**), et un toucher vaginal (TV). Le contrôle du col de l'utérus est indispensable. Dans les pays anglo-saxons, le TV est remplacé par la mise en place d'un spéculum. La glycosurie et la protéinurie complèteront l'examen clinique de base.

D'après l'exposé Dr E. AGHAYAN, gynécologue au CHC St-Joseph, Liège

Chaque consultation a sa spécificité

La 1^{re} consultation (idéalement avant la fin du 3^e mois): diagnostic de grossesse intra-utérine, prise de sang (gr. sanguin, Coombs indirect [RAI], hémato, sérologie), prescription de la 1^{re} écho entre 11 et 13 semaines. La clarté nucale doit également être mesurée dans cette période. Le dépistage de la trisomie 21 sera complété par les marqueurs sériques (β hcg, α FP, E3) entre la 14 et la 18^e semaine.

2^e consultation: l'examen clinique recherchera les BCF. La deuxième écho sera demandée entre la 22^e et la 24^e semaine. 3^e consultation (5^e mois): RAI, test de O'Sullivan (dès 24 semaines ou plus tôt si antécédents).

4^e consultation (6^e mois): Ag HBs, RAI et formule sanguine. La kiné prénatale doit également être envisagée.

5^e consultation (7^e mois): la 3^e écho. doit être réalisée entre 32 et 34 semaines

6^e consultation (8^e mois): bilan péridurale, RAI, frottis de col à la recherche du streptocoque du groupe B (entre 35 et 38 semaines).

Dernier mois de grossesse: examen clinique $\pm$ hebdomadaire, monitoring fœtal, RAI.

D'après l'exposé Dr E. AGHAYAN, gynécologue au CHC St-Joseph, Liège

Recommandations générales

Il est conseillé de **poursuivre une activité sportive modérée**. Les sports violents et de contact sont à éviter, à savoir, les sports de combat, les sports de raquette, l'aérobic, les sports à risque de chutes (ski, escalade, vélo, ...)

En ce qui concerne les **voyages**, les mesures suivantes sont d'application. En voiture, le port de la ceinture est obligatoire. Les compagnies d'aviation autorisent les voyages en avion jusqu'à 32 semaines. En cas de vol long-courrier, une prévention des TVP par HBPM et une hydratation correcte pendant le vol sont à prévoir. Il faut également rappeler qu'une **alimentation saine et variée** est indispensable au bon déroulement de la grossesse. Un supplément de 400 μ g (0,4 mg)/j d'acide folique est recommandé par la FDA. Cela correspond à 3 à 5 légumes + 2 à 4 fruits + 6 à 12 céréales... En cas d'antécédent de malformation du tube neural, le supplément d'acide folique est alors de 4 à 5 mg/j. Dans ces conditions, il faut être attentif à une possible carence en vit. B12. Des compléments de fer et iode ne sont à prescrire qu'en cas de carence. Un complément de vit D (dès le début de la grossesse ou une

dose unique de 100 000 UI vers le 6^e ou 7^e mois) et de calcium sont à envisager.

D'après l'exposé Dr E. Aghayan, gynécologue au CHC St-Joseph

Suivi sérologique

La surveillance sérologique de la toxoplasmose, rubéole, CMV se fera en cas d'immunité non acquise. Il faut cependant noter que la surveillance CMV est remise en cause, car les anomalies fœtales dues à une infection par CMV sont détectées à l'écho. Pour la syphilis, HIV et hépatite C la sérologie sera réalisée en début de grossesse. On dosera les AgHBs au 6^e mois.

Une réactivation des IgM de la rubéole est souvent notée en début de grossesse, il ne faut pas s'affoler.

D'après l'exposé Dr E. AGHAYAN, gynécologue au CHC St-Joseph, Liège

Gérer l'HTA

Dans les conditions d'une HTA antérieure à la grossesse, la fixation placentaire se fait «sur un terrain connu». Les risques encourus sont différents d'une HTA qui débute pendant la grossesse. Lorsqu'une HTA est préexistante à la conception, on peut continuer le traitement en cours, **sauf** s'il s'agit d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion (stop au 2^e trimestre). Le traitement sera interrompu si la TA descend en dessous de 140/90 au premier trimestre.

En première intention, on choisira la clonidine ou la méthildopa qui représentent le traitement de choix de l'HTA gravidique. Le labétalol (α et β bloquant) est une bonne alternative. Les diurétiques ne seront envisagés que si la TA n'est pas stabilisée avec un hypotenseur seul, sur avis interne. Il faut encourager le repos, notamment en **décubitus latéral gauche**.

En cas d'hypertension artérielle gravidique, le maintien à domicile est possible sous certaines conditions: interruption de travail, repos en décubitus latéral, surveillance tensionnelle étroite, surveillance des mouvements fœtaux, consultations prénatales rapprochées.

La pré éclampsie, l'HELLP syndrome et l'éclampsie sont des indications d'**hospitalisation** urgente.

Six semaines **après l'accouchement**, il est très important de faire un bilan d'HTA et un contrôle de la fonction rénale afin d'éliminer un passage à la chronicité de cette HTA.

Un traitement prophylactique doit être prescrit lors d'une grossesse ultérieure (aspirine, HBPM, acide folique, vit B6).

D'après l'exposé du Dr P. EMONTS, gynécologue, chef de clinique, Ulg

Cardiopathies et troubles du rythme

En cas de cardiopathie, le risque maternel dépend de sa nature et de sa tolérance fonctionnelle. Certaines cardiopathies sont des contre-indications formelles à la grossesse. Les signes de décompensation doivent attirer l'attention: épisodes de dyspnée paroxystiques nocturnes, toux, turgescence des jugulaires, crépitements aux bases pulmonaires.

Lorsque des troubles du rythme sont présents avant la conception, il y a tendance à l'aggravation. Les anticalciques, l'adénosine, les bêtabloquants et les digitaux sont autorisés. L'amiodarone est à éviter et les diurétiques ne sont admis qu'en cas d'insuffisance cardiaque sévère.

D'après l'exposé du Dr P. EMONTS, gynécologue, chef de clinique, Ulg

Pathologies endocriniennes

Dans le cadre du dépistage du **diabète**, le **test de O'Sullivan** est obligatoire et doit être réalisé entre 24 et 28 semaines (dépistage plus précoce si facteurs de risques). Il consiste à mesurer la glycémie 1 heure après l'ingestion de 50 g de glucose (patient à jeun ou non). Si la glycémie est > 2 g, le diagnostic de diabète gestationnel est posé. Si la glycémie > 1,3 g (ou 1,4 g), une HGPO doit être réalisée. La glycosurie, l'Hb glyquée, la fructosamine ne sont pas adéquats pour le dépistage du diabète gestationnel.

En cas de diabète prégestationnel, la grossesse peut augmenter les complications sur la rétinopathie et la néphropathie, mais pas sur la neuropathie. Il faut noter que les taux de triglycérides et de cholestérol peuvent être multipliés par 2. Ils reviendront à la normale environ 3 mois après l'accouchement.

Les effets du diabète sur la grossesse sont multiples: avortements spontanés, accouchements prématurés, oligohydramnios, prééclampsie, pyélonéphrites, anomalies

placentaires, malformations congénitales fœtales, anomalies de croissance fœtale, accidents néonataux.

En ce qui concerne les pathologies de la thyroïde, il ne faut pas passer à côté de la **thyroïdite du post-partum**. Celle-ci se déroule en 3 phases:

1. phase thyrotoxisque (2-3 mois PP) = hyperthyroïdie modérée,
2. phase d'hypothyroïdie (4-8 mois PP),
3. phase de normalisation. Une récurrence est fréquente. L'hypothyroïdie est définitive dans 40% des cas.

D'après l'exposé du Dr P. EMONTS, gynécologue, chef de clinique, Ulg

Drogues, alcool, tabac...

Les produits d'addiction représentent un énorme problème lors de la grossesse. La cocaïne et les psycho stimulants (ecstasy, amphétamines) ont un effet vasoconstricteur (hématomes rétroplacentaires, lésions ischémiques) et altèrent la structure neurologique de l'enfant. L'héroïne induit essentiellement un syndrome de sevrage du nouveau-né. Elle est également à l'origine de souffrance fœtale in utero, de retard de croissance intra-utérin, de souffrance fœtale aiguë et de prématurité.

Cependant, l'addiction la plus sournoise est celle à l'**alcool, le plus tératogène des produits d'addiction**. Aux États-Unis et en Finlande, il est responsable de 5 à 8% des QI inférieurs à 70, et de 5% des malformations. Il est impossible de fixer un seuil à partir duquel l'alcool est délétère, les épisodes d'alcoolisation aiguë comportent de très hauts risques. **Il faut donc insister: en ce qui concerne l'alcool, c'est tolérance zéro.**

Le **tabac** lui aussi peut avoir de lourdes conséquences sur l'évolution de la grossesse (fausses couches spontanées, prématurité, RCIU, augmentation des morts fœtales in utero). Il faut vraiment encourager la future maman à arrêter. **L'arrêt complet** doit être conseillé. Des substituts nicotiques sous forme de patchs à enlever la nuit peuvent être utilisés. Actuellement, une aide extérieure est prévue pour aider la femme enceinte (et éventuellement son conjoint) à arrêter de fumer.

D'après l'exposé du Dr P. EMONTS, gynécologue, chef de clinique, Ulg

Et après l'accouchement

Dans quels délais le corps de la femme revient-il à l'état antérieur à la grossesse? L'utérus passe en 2 mois de 20-30 cm à 7-8 cm. Le col se reconstitue en une

semaine. Un ectropion peut persister pendant 6 mois. Le vagin est atrophique et ne retrouve sa trophicité qu'à partir du 25^e jour. La montée laiteuse se fait après 48 heures, la glande mammaire revient à son état antérieur en 3 mois environ. Une hypotonie des voies biliaires et urinaires peut persister pendant 3 mois.

La reprise de la fonction hypophysaire et ovarienne a lieu 25 jours après l'accouchement sans allaitement. En cas d'allaitement, cette reprise a lieu 35 à 45 jours après l'accouchement.

L'hypercoagulabilité persiste pendant deux semaines, il faut dès lors être attentif à la possibilité de TVP.

Si un hématome se forme au niveau du périnée, un AINS (piroxicam, dicloflénac) pendant 48 heures aidera beaucoup la patiente. Les arrières douleurs (surtout après la tétée) peuvent être soulagées par du paracétamol 1 g, et ponctuellement par des antispasmodiques (temonium).

Une crème cicatrisante (Lansinoh®), appliquée en couche fine, traitera efficacement les crevasses. Il faut rappeler l'effet cicatrisant du lait. En cas de crevasse, il faut également toujours vérifier la position du bébé lors de l'allaitement.

En ce qui concerne la contraception, une minipilule progestative sera prescrite pendant tout l'allaitement. Si la maman n'allait pas, la pilule sera reprise à partir du 15-25^e jour après l'accouchement.

Après une césarienne, il peut apparaître un bourrelet inflammatoire au dessus de la cicatrice. Il convient de prescrire un AINS et de ponctionner la lymphé responsable de l'œdème.

Les complications psychologiques sont de 3 types.

Le **baby blues** arrive entre le 3^e et le 10^e jour après l'accouchement. Il se traduit par une labilité émotionnelle, une irritabilité, des troubles de la concentration. Si la femme est bien équilibrée et bien soutenue par son conjoint, cet épisode se résout spontanément.

La **dépression du post-partum** (5 à 10%) se produit entre 2 et 8 semaines après l'accouchement. Une récurrence est fréquente. La dépression du post-partum est plus fréquente chez les femmes qui présentent une instabilité familiale.

La **psychose du post-partum** (1,2%): survient dans les 15 jours après l'accouchement. Elle est décrite comme une bouffée délirante polymorphe avec des éléments confusionnels et thymiques. La symptomatologie est changeante et l'évolution est fluctuante. Le pronostic est favorable. Une hospitalisation est indispensable. La psychose du post-partum est favorisée par la primiparité, le passé psychiatrique, les complications et les manœuvres obstétricales, l'anesthésie générale.

D'après l'exposé du Dr S. LEGRAS, gynécologue, CHU, Liège