

* Médecin généraliste
5060 Sambreville

Un heureux événement à préparer

par le Dr Elide Montesi *

La grossesse est un événement naturel dans la vie d'une femme. On pourrait donc penser que sa médicalisation ne s'impose pas d'emblée, d'autant que la plupart des grossesses se déroulent sans problèmes majeurs. Mais l'amélioration de la morbi-mortalité de la mère et du fœtus grâce au suivi médical des grossesses est la meilleure preuve de la nécessité d'encadrer médicalement les femmes enceintes. Nous traiterons ici des différents éléments à surveiller chez une future mère, sans aborder la prise en charge des problèmes liés à la grossesse.

PRÉTEST

1. Le dosage de BHCG permet de calculer la date du terme.
2. Le triple test doit être fait systématiquement chez toutes les femmes enceintes.
3. Les métrorragies isolées en début de grossesse se résolvent spontanément une fois sur deux.

Vrai Faux

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Réponses au prochain numéro.

ABSTRACT

This article presents the elements to be taken into account for the follow-up of the pregnancies without complications, with mention of the risk to be taken into account. It describes the most important clinical parameters to follow up during the pregnancy, and the methods of the biological, serologic and bacteriological follow-up, as well as echography. The tracking of trisomy 21 is also evoked. Lastly, it gives a list of the complications and situations requiring to refer the pregnant patient to the obstetrical team. The article refers in its greater part to the recommendations of the Federal Council of Expertise (KCE).

Keywords:
pregnancy, prematurity,
birth weight, foeto-
maternal mortality.

Des chiffres français fournis par la SFMG^(a), il ressort que le suivi des grossesses représente moins de 1% de l'activité des généralistes avec des variations allant de 0 à 17 suivis de grossesse par an⁽¹⁾. Des études effectuées aux USA et aux Pays-Bas et comparant le suivi effectué par un obstétricien, un généraliste ou une sage-femme n'ont montré aucune différence significative de la qualité du suivi entre ces différents intervenants pour les grossesses normales⁽¹⁾. Or, 90% des grossesses évoluent normalement, seules 10% des grossesses nécessitent un suivi spécialisé.

Deux situations peuvent se présenter :

- un niveau de bas risque où l'on dépiste des risques ciblés au cours de grossesses à priori normales ;
- une prise en charge de grossesses pathologiques⁽²⁾.

Des chiffres de l'ONE⁽³⁾ révèlent un taux de grossesses non suivies de 0,4% pour l'année 2003. L'absence de suivi prénatal est plus marquée à Bruxelles qu'en région wallonne, et plus fréquente pour les mères isolées et les femmes d'origine étrangère.

DES RISQUES ? LESQUELS ?

La recherche des facteurs de risque vise à éviter les avortements spontanés, la mortalité fœto-maternelle, les malformations congénitales, la prématurité et l'hypotrophie fœtale. De 2001 à 2005, la banque de données de l'ONE a enregistré 4,2 enfants morts pour 1000 avis de naissances en Communauté française de Belgique

et considère ces chiffres comme sous-estimés. En 2005, cette même source cite un taux d'accouchements prématurés (< 37 semaines) de 8,2%. Et pour la même période, l'ONE a enregistré un petit poids de naissance (< 1500 g) chez 8,7% de filles et 7,3% de garçons⁽³⁾.

L'évaluation des situations à risques est capitale pour décider du type de surveillance.

Si 10% seulement des grossesses n'évoluent pas normalement, les 9 grossesses sur 10 normales n'en sont pas moins dénuées de risques potentiels. À l'inverse, situation à risque ne signifie évidemment pas grossesse pathologique.

Les risques pour la future mère et l'enfant à naître ne se limitent pas aux problèmes médicaux. À côté des problèmes médicaux, il y a aussi ceux plus insidieux que sont les risques psychologiques ou les risques sociaux⁽²⁾.

RISQUES MÉDICAUX

On doit tenir compte des éléments suivants⁽⁴⁾ :

- l'âge < 16 ou > à 40 ans ;
- le BMI < 18 ou > 35 ;
- les **antécédents médicaux** personnels de la femme enceinte et les **pathologies actives** avant sa grossesse parce qu'ils peuvent avoir des répercussions sur la grossesse (de par leur mécanisme ou en raison du traitement) ou décompenser suite à celle-ci : HTA, diabète, problèmes thyroïdiens, affections thromboemboliques, maladies psychiatriques ;
- les **traitements médicaux**^(b) en cours ;

(b) Le problème des médicaments et grossesse a largement été développé dans un précédent article de la RMG 2006, 234 ; 276-84 et ne sera pas abordé ici.

(a) Société française de médecine générale

- les **antécédents gynécobstétricaux**: parité, IVG, GEU, accouchement prématuré, placenta prævia, décollement placentaire, enfant mort-né;
- les **grossesses multiples** (accouchement prématuré x 4, HTA x 2);
- les **pathologies développées au cours de la grossesse** actuelle ou d'une grossesse précédente: HTA, diabète gestationnel, affections thrombo-emboliques;
- la consommation de **toxiques** (tabac, alcool, drogues);
- les **antécédents traumatiques abdomino-pelviens**.

RISQUES PSYCHOLOGIQUES

La grossesse est une période de fragilité psychologique pour la femme enceinte et pour le couple. Une problématique psychologique ou affective préexistante peut s'exacerber. Les antécédents psychologiques ou psychiatriques mais aussi l'histoire personnelle de la patiente (secrets de famille, abus sexuel, IVG, mort fœtale in utero ou mort subite d'un nourrisson) sont à considérer de même que les sentiments de la femme enceinte par rapport à sa grossesse⁽²⁾.

RISQUES SOCIAUX

Les situations sociales difficiles aggravent les problèmes médicaux et psychologiques et peuvent engendrer morbidité ou mortalité accrue. Les problèmes sociaux à risque d'augmenter la morbimortalité de la grossesse sont:

- l'adolescence;
- la précarité, le chômage, l'absence de couverture sociale;
- les familles monoparentales;
- l'illettrisme;
- les femmes handicapées mentales;
- les couples séparés;
- la violence conjugale.

Les grossesses et les naissances sont à risque majoré de violence conjugale⁽⁵⁾: exacerbation d'une violence préexistante ou déclenchement d'une situation de violence.

Les femmes enceintes qui ont le plus de difficultés sociales et psychologiques sont aussi celles qui sont le plus susceptibles d'avoir un suivi insuffisant voire absent⁽³⁾.

Le médecin généraliste est particulièrement bien placé pour évaluer les situations problématiques en raison de sa connaissance de l'histoire de la femme enceinte et de sa situation sociale et familiale. Cette évaluation se fait par ailleurs dans la continuité, une des caractéristiques de notre profession.

INDISPENSABLE COMMUNICATION

La grossesse est une situation où la communication est très importante. Médecins généralistes et gynécologues doivent s'échanger les données pour une gestion optimale des problèmes qui peuvent se poser. Le gynécologue doit être au courant des pathologies et des traitements de la femme enceinte, de son statut

sérologique. Le médecin généraliste doit quant à lui être informé de l'évolution de la grossesse de ses patientes. À ce titre, **Le carnet de la mère**^(c), conçu par l'ONE, est un outil particulièrement utile.

GROSSESSE : QUE FAIRE EN CONSULTATION ?

Les consultations de suivi de grossesse ont deux buts :

- vérifier que la grossesse évolue bien;
- rechercher les éléments susceptibles de perturber cette évolution et de mettre en danger la mère ou l'enfant.

FRÉQUENCE DES CONSULTATIONS

Selon le KCE⁽⁴⁾ (qui reprend les recommandations du NICE^(d)), le nombre de consultations nécessaires pour une grossesse a priori normale devrait se limiter à **10 consultations pour une primipare et 7 pour les multipares**. En France, 7 consultations prénatales sont obligatoires. Le rapport du KCE montre que 72% des femmes enceintes en Belgique consultent plus de 10 fois au cours de leur grossesse (une moyenne de 13 consultations)⁽⁴⁾. Cette fréquence théorique recommandée doit évidemment être modulée en fonction de la réalité de terrain et des problèmes rencontrés par une femme au cours d'une grossesse même dite normale. Lorsqu'une future mère consulte pour un problème non lié directement à son état, il faut en évaluer les répercussions possibles sur la grossesse.

CONTENU COMMUN

À CHAQUE CONSULTATION

Chaque consultation doit comporter un **tronc commun** et une partie spécifique à la période de la grossesse à laquelle elle se rapporte^(1, 6). Il va sans dire que la priorité est que chacune de ces consultations soit un lieu d'**écoute** pour la patiente. Ses croyances relatives à son état permettent d'entendre les angoisses qui en découlent. On évaluera aussi de cette manière les répercussions de la grossesse sur la vie familiale et professionnelle, afin de pouvoir mettre en place une aide éventuelle.

Les **conseils d'hygiène de vie et d'alimentation** seront rappelés à chaque échance et adaptés au stade de la grossesse^(e). Les consultations prénatales sont aussi l'occasion d'aborder la préparation de l'allaitement maternel avec la future maman.

L'**anamnèse** interrogera concernant les mouvements fœtaux (dès la 18^e-20^e semaine), les douleurs abdominales évocatrices de contractions, les pertes de sang, les symptômes d'infection génitale ou urinaire.

Les femmes enceintes qui ont le plus de difficultés sociales et psychologiques sont aussi celles qui sont le plus susceptibles d'avoir un suivi insuffisant voire absent.

RÉSUMÉ

Cet article traite des éléments à prendre en compte pour le suivi des grossesses a priori normales. Il évoque les risques à prendre en considération. Il décrit les principaux éléments cliniques à suivre au cours de la grossesse, les modalités du suivi biologique, sérologique et bactériologique ainsi qu'échographique. Est évoqué aussi le dépistage de la trisomie 21. Enfin, il donne une liste des complications et situations nécessitant de référer la patiente enceinte à l'équipe obstétricale. L'article fait référence dans sa plus grande partie aux recommandations du Conseil Fédéral d'expertise (KCE).

Mots clés : grossesse, prématurité, poids de naissance, mortalité fœto-maternelle.

(c) Disponible dans les consultations prénatales de l'ONE et téléchargeable sur le site <http://www.one.be/PUB/cm.htm>

(d) National Institute for Clinical Excellence (Grande-Bretagne)

(e) Voir dans ce même numéro p. 344-345

L'examen clinique^(2,6) contrôlera régulièrement les points suivants :

- **Mesure du poids.** La connaissance du poids avant la grossesse ou au tout début de celle-ci et l'évolution pondérale permettent de détecter un risque de retard de croissance fœtale et de prématurité⁽⁴⁾. Un BMI < 18 est à risque de prématurité. La prise de poids à ne pas dépasser idéalement est de 9 à 12 kg. Une prise de poids insuffisante (< 0,30 kg/semaine) pendant le 3^e trimestre augmente le risque d'hypotrophie fœtale et de prématurité. Une prise de poids importante ou un BMI fSeule l'> 35 en début de grossesse est à risque de diabète. Une augmentation du poids peut aussi être liée à l'apparition d'œdèmes (prééclampsie) à rechercher.
- **Mesure de la pression artérielle.** Une pression artérielle diastolique > 90 mm Hg est un facteur de risque. La pression artérielle idéale : < 140/90.
- **Examen du réseau veineux des MI.**
- **Recherche d'œdèmes périphériques.**
- **Mesure de la hauteur utérine:** selon le KCE⁽⁴⁾, cette mesure n'est intéressante qu'à partir de la 24^e semaine. Entre 22 et 34 semaines, la hauteur utérine équivaut à l'âge gestationnel moins 4 cm.
- **Recherche des bruits cardiaques fœtaux** (dès la 12^e semaine) par doptone.

Doptone : appareil de détection des bruits cardiaques fœtaux



- **Inspection de la région périnéovulvaire** recherche de lésions cutanéomuqueuses (herpes génital, condylomes) ou veineuses.
- **L'examen au spéculum** ne devrait être pratiqué qu'en cas d'anomalie⁽⁶⁾. Le **frottis cervical n'est pas recommandé** car difficilement interprétable au vu des modifications physiologiques⁽⁴⁾.
- Le **toucher vaginal** contrôlera le col de l'utérus et la présentation fœtale. Une étude européenne montre que l'examen vaginal en routine n'a pas d'effet favorable sur l'incidence des naissances avant terme. Par ailleurs, à partir de la 37^e semaine, il pourrait être responsable de ruptures prématurées plus fréquentes

de la poche des eaux. Sur base de ces constatations, le KCE ne recommande pas le toucher vaginal en routine⁽⁴⁾. Si on le réalise, il doit être rapide, à un doigt et peu insistant.

- **Glycosurie** et **protéinurie** seront recherchées à chaque consultation par tigette urinaire^(4,6)
- **L'examen des seins**, pour aider à l'allaitement maternel, n'a pas d'utilité prouvée. La grossesse n'est pas le moment le plus adéquat pour le dépistage du cancer du sein vu les modifications physiologiques subies par cet organe au cours de cette période⁽⁴⁾.

À CHAQUE CONSULTATION SA SPÉCIFICITÉ

La première consultation

Elle doit avoir lieu idéalement avant la fin du 3^e mois.

Cette première consultation sert à **repérer par une anamnèse approfondie les facteurs de risque psycho-médico-sociaux** cités en début d'article. L'examen clinique comportera les points du «tronc commun» décrits au paragraphe précédent.

Un premier objectif de cette consultation est de **déterminer le calcul du terme**. La datation précise du début de la grossesse est essentielle tant d'un point de vue médical qu'administratif (primes de naissances, congés parentaux, ...). On l'exprime en semaines d'aménorrhées révolues à dater du jour des dernières règles.

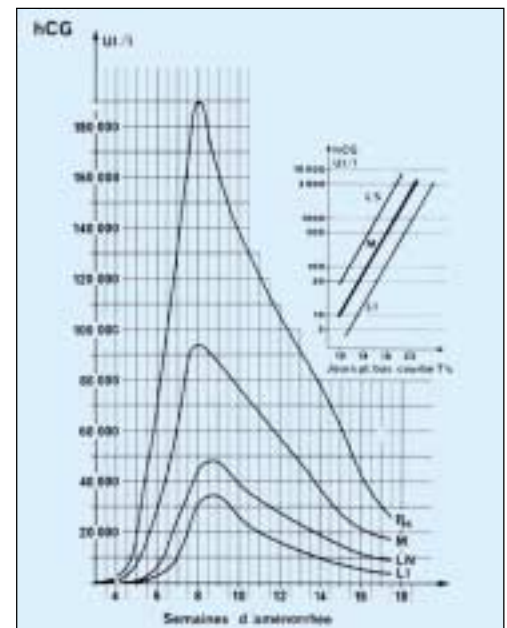
On prescrira aussi la **première échographie**. Réalisée précocement, entre la 6^e et la 12^e semaine d'aménorrhée⁽²⁾, celle-ci permet une datation certaine avec une date de terme prévu précise à 3 jours près. L'échographie sera positive au-delà de 1000UI/ml de βHCG.

Le **dosage du BHCG** est la méthode de diagnostic de grossesse la plus précoce et la plus

Courbe HCG, Gonadotrophine chorionique humaine (HCG) plasmatique Taux moyenne et limites en UI/Litre tirée

D'après R. Scholler et coll: Surveillance hormonale de la grossesse (Encycl. Méd. Chir. Paris, Obstétrique, 5015 A 10, 11, 1980)

(http://www.aly-abbra.com/echographie/biometrie/hCG_grossesse_courbe.html)



fiable. La β HCG est détectable dans le sang maternel périphérique dès le 9^e jour qui suit l'ovulation si l'œuf fécondé s'implante au cours de ce cycle (ou 48 heures après l'implantation de la grossesse dans l'endomètre). Elle reste ensuite dosable dans le sang maternel pendant toute la durée de la grossesse. Le taux de sécrétion de β HCG augmente rapidement entre la 4^e et 8^e semaine d'aménorrhée et son taux plasmatique double tous les 2 à 3 jours. Il atteint son maximum à la 8^e semaine d'aménorrhée. Il chute rapidement entre la 14^e et 18^e semaine et se maintient autour de 5000 UI/L, jusqu'à la fin de la grossesse (courbe page précédente). Un taux de β HCG stagnant signe une grossesse non évolutive. Un temps de doublement allongé

doit faire envisager une grossesse extra-utérine. Néanmoins **le calcul du terme établi d'après le taux de β HCG n'a aucune valeur**. Par ailleurs seule l'échographie permet d'évaluer l'évolutivité de la grossesse⁽⁷⁾. Lorsque l'embryon a cessé de vivre, le trophoblaste continue en effet à sécréter la β HCG pendant quelque temps. Il est donc possible de constater un taux de β HCG encore significatif, alors que la grossesse a en réalité cessé d'évoluer. En fait, il est inutile de répéter les dosages de β HCG une fois le diagnostic de grossesse confirmé par échographie.

Il faut rechercher à l'anamnèse les douleurs abdominales et/ou métrorragies évoquant une GEU ou une menace d'avortement spontané.

Seule l'échographie permet d'évaluer l'évolutivité de la grossesse.

Tableau 1 : planification des éléments à surveiller au cours d'une grossesse normale

À chaque consultation (10 si primipare, 7 si multipare)	Anamnèse, examen clinique, TA, Poids, tigelette urinaire (glucose, protéines, leucocytes, nitrites) Hauteur Utérine (HU) (dès la 24 ^e semaine), Bruits cardiaques fœtaux (BCF) par doptone (dès 12 ^e semaine), Toucher vaginal (avec réserves)*
Première consultation	Anamnèse : évaluation des risques médicaux, psychologiques, sociaux Prescrire 1 ^{er} échographie (datation et estimation du terme, nombre de fœtus) (clarté nucale entre 10 ^e et 14 ^e semaine) Biologie : Cofo, glycémie (test O'Sullivan si glucosurie > 0 et/ou antécédents de diabète gestationnel), ferritine, Groupe sanguin, RAI, Dosages hormonaux : Dosage beta HCG (diagnostic de grossesse) TSH, T4, (puis mensuellement si problème thyroïdien préexistant ou dépisté) Sérologie : Hep B, Hep C, HIV, Syphilis, AC antirubéole (si statut vaccinal inconnu), Toxo (contrôle mensuel si < 0)* et CMV
Consultations entre 11^e-18^e semaines	Dès 12 ^e semaine et suivantes : BCF
Consultations entre 18^e-26^e semaines	Prescrire 2 ^e échographie (recherche anomalies structurelles fœtales, évaluation croissance fœtale, contrôle placenta et liquide amniotique) Triple test (BHCG, alphafœtoprotéine et œstriol) (en fonction du risque individuel de trisomie 21) Dépistage diabète gestationnel (test O'Sullivan) 24 ^e semaine (obligatoire) Dès 24 ^e semaine et suivantes : HU 2 ^e dosage RAI 2 ^e contrôle Hep B (24 ^e semaine) BCF HU
Consultations entre 26^e-33^e semaines	Cofo Dosage Ferritine 3 ^e dosage RAI chez femmes Rh < 0 (prophylaxie Anti D : 1500 UI (si Rh < 0) BCF HU
Consultations entre 33^e-42^e semaines	Consultations au cours de cette période à faire par l'équipe obstétricale Dépistage Strepto B (35 ^e semaine) Prescription 3 ^e échographie 36 ^e semaine (évaluation croissance fœtale, malformations d'expression tardive ou non détectées au 2 ^e trim, recherche anomalies placentaires) BCF HU Manceuvres Leopold dès 36 ^e semaine (position fœtus)
* non recommandé en routine selon le KCE	

Les données de l'immunité de la patiente connues du généraliste doivent être transmises impérativement au gynécologue.

Toute **douleur** cependant ne traduit pas une anomalie. Des grossesses tout à fait normales s'accompagnent de douleurs pelviennes à leur début soit dans le cadre de phénomènes à composante congestive, soit liées à des anomalies annexielles banales.

Les **métrorragies** isolées sont relativement fréquentes en début de grossesse (une femme sur quatre), mais se résolvent favorablement une fois sur deux⁽²⁾.

Dans tous les cas, c'est l'échographie qui dépiste les phénomènes pelviens anormaux.

La première consultation est aussi le moment pour prescrire une biologie (groupe sanguin, RAI, hématologie, sérologie) détaillée dans un paragraphe ultérieur.

2^e consultation et suivantes

En plus des éléments communs à chaque consultation, les examens décrits plus bas seront planifiés en fonction de la période (tableau 1). Aux 8^e et 9^e mois la patiente sera vue par l'obstétricien ou l'équipe obstétricale qui réalisera l'accouchement. Le but de ces dernières consultations est d'établir un pronostic concernant l'accouchement et de définir ses modalités (spontané, provoqué, voie basse ou césarienne...)⁽²⁾.

QUE DOSER ET QUAND ?

HÉMATOLOGIE

Groupe sanguin et RAI^(4, 8)

Le groupe sanguin (du père et de la mère) sera déterminé au début de la grossesse s'il n'est pas connu.

Les agglutinines irrégulières (RAI) seront recherchées :

- au début de la grossesse et au 6^e mois chez les femmes Rh positif
- au début de la grossesse, au 6^e, 8^e mois et à l'accouchement chez les femmes Rh négatif et chez les femmes Rh positif avec un passé transfusionnel⁽⁸⁾.

Formule sanguine

La **recherche d'une anémie** en début de grossesse est recommandée chez la femme enceinte. Le dosage de la **ferritine** est cependant plus sensible que le dosage de l'hémoglobine pour le diagnostic des anémies ferriprives. Un second dosage sera proposé au 3^e trimestre⁽⁴⁾. La numération leucocytaire et plaquettaire par contre ne semble pas utile en routine (en dehors d'une symptomatologie infectieuse) même si elle est préconisée par certains experts⁽⁴⁾.

Le dépistage des hémoglobinopathies se fera en fonction de l'origine familiale mais il n'y a pas de preuves suffisantes pour la recommander en routine⁽⁴⁾.

SÉROLOGIE

Remarque préalable importante : les données de l'immunité de la patiente connues du généraliste doivent être transmises impérativement au gynécologue.

Cytomégalo virus

Le CMV est la première cause d'infection virale congénitale (0.5 à 2% des nouveaux nés)⁽⁹⁾.

Les preuves suffisantes font défaut pour recommander un dépistage des anticorps contre le CMV avant et/ou durant la grossesse^(4, 10). La transmission foëto-maternelle est limitée (30% en cas de primo-infection) et seulement 10% des enfants contaminés seront symptomatiques. Par ailleurs les anomalies dues à une infection par CMV peuvent être détectées à l'échographie⁽⁶⁾. Mais 10% des enfants asymptomatiques peuvent développer des séquelles (surdité) et 10 à 30% des enfants symptomatiques meurent au cours des premiers mois de la vie. Le dosage est dès lors conseillé avant une grossesse ou en début de celle-ci pour rassurer les femmes immunisées et convaincre celles qui ne le sont pas de prendre des mesures préventives pour éviter la transmission au départ d'un enfant (< 4 ans) infecté (lavage des mains, changer les couches avec des gants, ne pas boire dans le même verre, pas de contact bouche à bouche) bien qu'une seule étude ait démontré l'efficacité de ces mesures⁽³⁾. On prévoira un éventuel écartement professionnel prophylactique pour les femmes non immunisées en contact professionnel avec des enfants en bas-âge⁽⁹⁾.

Hépatites

Un dépistage de l'Hépatite B est recommandé en début de grossesse⁽⁴⁾. Certains le conseillent aussi au 6^e mois de grossesse^(2, 6). Par contre, on ne dispose pas de preuves suffisantes pour recommander un dépistage en routine de l'Hépatite C⁽⁴⁾. Mais il se justifie pour protéger le personnel soignant.

Rubéole

En Belgique, la plupart des femmes enceintes sont actuellement immunisées contre la rubéole vu la vaccination systématique. Le dosage des anticorps anti-rubéoleux sera toutefois effectué chez les femmes dont l'état d'immunité est inconnu en début de grossesse⁽⁴⁾. Les femmes non immunisées contre la rubéole devraient recevoir la vaccination anti rubéole en post partum avant leur sortie de maternité^(2, 4).

Toxoplasmose

En Belgique, près d'une femme sur deux n'est pas immunisée contre la toxoplasmose. L'incidence d'une primo-infection pendant la grossesse est de 8.5/1000 et celle de la toxoplasmose congénitale est de 2/1000.

Selon le KCE, les preuves manquent pour recommander un dosage répété des anticorps contre la toxoplasmose et ce malgré l'incidence élevée de cette infection en Belgique. Le dosage sérologique ne serait utile qu'en début de grossesse pour convaincre les femmes non immunisées de suivre des mesures de prévention primaire⁽¹¹⁾. D'autres continuent à préconiser un dosage mensuel en cas de négativité de la première sérologie effectuée^(2, 6, 11, 12).

(f) citées dans cette même revue p. 344

Il semble d'ailleurs difficile de refuser le dépistage mensuel d'une séroconversion toxoplasmique à une femme enceinte non immunisée d'autant qu'il existe un traitement.

MST

Chlamydia : on ne dispose pas de preuves pour une détection en routine⁽⁴⁾.

HIV : sa recherche doit être proposée systématiquement en début de grossesse⁽⁴⁾. Une thérapie antivirale diminue en effet la transmission mère-enfant.

Syphilis : il est recommandé de réaliser un test d'hémagglutination passive (TPHA) en début de grossesse chez toutes les femmes enceintes⁽⁴⁾ car l'infection doit être traitée.

BACTÉRIOLOGIE

Streptocoques du groupe B

Un prélèvement vaginal et rectal est recommandé en routine entre la 35^e et la 37^e semaine en vue d'une culture pour la détection des Streptocoques B (4 à 25% des femmes enceintes) sauf dans les situations suivantes :

- antécédent d'infection invasive par strepto B chez un enfant précédent ;
- bactériurie positive pour le Strepto B au cours de la grossesse ;
- accouchement avant 37 semaines.

Dans ces trois derniers cas, un traitement sera instauré d'emblée⁽⁴⁾.

Examen cytobactériologique des urines

La prévalence de la bactériurie asymptomatique chez la femme enceinte est de 2 à 11% dont 20 à 40% d'infections. La HAS^(g)(12) conseille cet examen aux 3^e, 5^e, 8^e et 9^e mois. Le KCE recommande l'examen direct des urines en milieu de jet pour comptage des globules blancs et examen bactériologique en routine en début de grossesse⁽⁴⁾. En pratique, le dépistage mensuel par tigette urinaire (multitest) permet la détection de leucocytes ou de nitrites justifiant une éventuelle culture urinaire⁽²⁾.

Vaginite bactérienne asymptomatique

On ne dispose pas de données probantes pour recommander sa détection en routine. En revanche l'anamnèse et l'examen clinique rechercheront évidemment les signes de vaginites à chaque consultation.

DÉPISTAGE DU DIABÈTE

La prévalence du diabète gestationnel varie entre 1 et 14% pour toutes les grossesses. Le dépistage du diabète gestationnel doit être réalisé entre la 24^e et 28^e semaines⁽³⁾. Le **test de O'Sullivan** est obligatoire (loi de la protection maternelle et infantile)⁽⁶⁾ : dosage de la glycémie une heure après ingestion de 50 g de glucose patiente à jeun ou non. Une glycémie > 2 g lors de ce test signe un diabète gestationnel ; si elle est ≥ 1,4 g, on réalisera une HGPO avec 100 g le matin à jeun.

Le dépistage sera immédiat en cas d'obésité, d'antécédents de diabète de grossesse, de glycosurie positive, d'antécédents familiaux ou personnel de diabète. On le répétera aussi à la 24^e-28^e semaine.

Le dosage des triglycérides et du cholestérol n'a pas d'utilité, d'autant que ces valeurs sont doublées pendant la grossesse et ne se rétabliront qu'après le post partum.

DOSAGES THYROIDIENS

Le taux de TSH chute en début de grossesse, les fT3 et fT4 diminuent à la fin. La TBG augmente⁽⁶⁾. Une **hyperthyroïdie maternelle** nécessite un bilan thyroïdien et une échographie mensuels. Une hyperthyroïdie néonatale peut s'observer par passage hormonal fœtomaternel⁽⁶⁾. De récentes guidelines⁽¹³⁾ préconisent un **dépistage systématique de l'hypothyroïdie** lors de la première consultation en raison des conséquences d'une hypothyroïdie même fruste sur l'évolution de la grossesse et sur le développement psychomoteur du bébé. Les futures mères déjà traitées pour **hypothyroïdie** doivent subir un ajustement thérapeutique et un contrôle mensuel des hormones thyroïdiennes.

ÉCHOGRAPHIES

En Belgique, trois échographies sont remboursées en routine pendant la grossesse. D'après les RMO^(h) de 1994 en France, il n'y avait pas lieu de réaliser plus de 3 échographies au cours d'une grossesse normale. Les périodes conseillées étaient la 11^e-12^e semaine, 19^e-20^e et la 31^e-32^e semaine⁽²⁾. Le rapport du KCE n'en recommande que deux : une première précocement et une deuxième entre la 18^e et 22^e semaine⁽³⁾. Malgré l'absence de preuves de la nécessité d'une échographie après la 24^e semaine, une échographie peut s'envisager à la 36^e semaine pour déterminer la position du fœtus⁽⁴⁾.

Le but de la **première échographie** est de dater la grossesse afin de déterminer le terme et le nombre de fœtus. Cette échographie, si elle est réalisée entre la 10^e et la 14^e semaine, sert aussi à mesurer la clarté nucale dont l'augmentation est corrélée à l'existence d'une anomalie chromosomique et/ou malformative (10% de caryotypes anormaux retrouvés sur ce seul signe d'appel)⁽²⁾.

L'**échographie du 2^e trimestre** a pour objectif de détecter les anomalies structurelles du fœtus, d'évaluer la croissance fœtale selon des courbes de percentile et de contrôler le placenta et le liquide amniotique⁽²⁾.

Une **échographie au 3^e trimestre** n'a pas d'utilité prouvée en termes de diminution de morbidité selon les recommandations du KCE⁽⁴⁾. Mais elle est néanmoins utile pour le dépistage des problèmes placentaires, des malformations d'expression tardive ou non détectées au 2^e trimestre et la surveillance de la croissance fœtale. Se pose d'ailleurs la question de

(g) Haute autorité en santé en France

(h) Références médicalement opposables

Une hyperthermie chez une femme enceinte doit faire penser à une listériose en l'absence de signes cliniques évocateurs d'autres affections infectieuses.

la responsabilité médico-légale d'une obéissance stricte aux recommandations EBM émises par le KCE en cas de problèmes.

DÉPISTAGE DU RISQUE DE TRISOMIE 21

Ce dépistage repose sur le dosage de marqueurs sériques associés à un risque accru de trisomie 21. Il ne s'agit que d'un calcul de probabilité estimant le risque d'attendre un enfant porteur de trisomie 21 et non d'un diagnostic. Ce test utilise différents marqueurs. On peut utiliser le bitest (BHCG et PAPP-A) entre la 11^e et 14^e semaine, le triple test (BHCG, Alpha fœto protéine et œstriol) entre la 14^e et 20^e semaine ou la mesure de la clarté nucale entre la 15^e et 20^e semaines. Ces données doivent être intégrées avec l'âge de la grossesse et l'âge maternel. L'âge maternel seul a une sensibilité de 30%. La sensibilité du triple test est de 60%. On a 5% de faux positifs. Le seuil de risque est à 1/250. On propose dans ces conditions un caryotype fœtal par amniocentèse à 5% des femmes dont 1 sur 10 sera retrouvé positif⁽²⁾. Le KCE recommande de proposer ce test aux femmes qui le souhaitent après avoir discuté avec elles de leur risque personnel par rapport au syndrome de Down⁽⁴⁾ et de la suite à donner aux résultats (amniocentèse, IVG, ...).

RISQUE THROMBO-EMBOLIQUE^(2, 13)

La grossesse favorise les maladies thrombo-emboliques en raison de facteurs physiologiques (augmentation du facteur VIII et du facteur Von Willebrand) et mécaniques liées à la présence du fœtus dans la cavité abdomino-pelvienne. S'y ajoutent des facteurs de risque biologiques et génétiques qui ne seront pas détaillés ici⁽¹⁴⁾.

L'embolie pulmonaire est 5 à 6 fois supérieure chez la femme enceinte par rapport à la population féminine générale. Elle est aussi la deuxième cause de mortalité chez cette catégorie de patientes. Certains facteurs cliniques et obstétricaux augmentent encore le risque : l'**âge > 35 ans** (TVP x 2, embolie pulmonaire x 3), la **parité** (> 3^e grossesse TVP postpartum x 2), l'**allongement prolongé** en cas de MAP, le **poids > 80 kg**, le **tabac**, les **varices** et bien sûr les **antécédents thrombo-emboliques** personnels ou familiaux...

ÉTATS D'URGENCE

Dès le début de la grossesse, on conseillera aux femmes enceintes de consulter rapidement en présence des symptômes suivants : **maux de tête** importants, **œdèmes** périphériques, **fièvre**, **pertes de sang**, **pertes vaginales**, **douleurs urinaires ou vaginales**, **contractions utérines** douloureuses ou plus fréquentes, **diminution**

des mouvements fœtaux ou absence de mouvements pendant plus de 12 heures, **gonflement d'un membre** inférieur surtout si douloureux, **douleur thoracique**, **chute**, **accident**. Toutes ces situations peuvent traduire une complication grave nécessitant de passer la main⁽²⁾.

L'**hémorragie** est la première cause de mortalité maternelle avant l'accouchement. Elle peut entraîner aussi la mort fœtale. Tout saignement même modéré en fin de grossesse doit être adressé d'urgence à la maternité. Les causes les plus fréquentes sont le placenta prævia et l'hématome rétroplacentaire.

Tout **traumatisme abdominal** (chute, accident, agression, ...) impose une consultation en maternité en raison du risque de décollement placentaire.

Une **suspicion de maladie thrombo-embolique** doit être référée en urgence surtout si la patiente enceinte est à risque thrombo-embolique élevé.

La **prééclampsie** justifie un avis spécialisé, l'**éclampsie** nécessite l'hospitalisation en urgence. Céphalées importantes, œdèmes périphériques, phosphènes, acouphènes et épigastralgies en barre chez la femme enceinte imposent une consultation spécialisée en urgence surtout si une élévation tensionnelle et une protéinurie y sont associées.

La **fièvre** (t° > 38°) met en jeu le pronostic de la grossesse et nécessite d'en rechercher la cause par une anamnèse rigoureuse et un examen clinique complet ainsi qu'une tigelette urinaire, une culture vaginale et une biologie. L'hospitalisation est requise d'emblée en cas de signes d'infection urinaire haute, d'éventualité de rupture membranaire, de retentissement maternel ou de suspicion de souffrance fœtale associée.

Une cause de fièvre à ne pas négliger (la déclaration en est obligatoire) est la **listériose**, dont la fièvre peut être la seule manifestation clinique. L'incidence de la listériose chez la femme enceinte est 17 fois supérieure à celle de la population générale. Elle est responsable de fausse couche spontanée et de prématurité. Une hyperthermie chez une femme enceinte doit faire évoquer une listériose en l'absence de signes cliniques évocateurs d'autres affections infectieuses (1/3 hémoculture > 0)⁽¹⁵⁾.

La **suspicion de souffrance fœtale** en cas d'**absence des mouvements fœtaux** (ou de simple **diminution des mouvements fœtaux**) impose une consultation urgente chez l'obstétricien.

L'hypotrophie fœtale ou le **retard de croissance intra-utérin** suspecté par la mesure de la hauteur utérine est une nécessité de référer. Les **contractions utérines** fréquentes, rythmées et douloureuses traduisent une menace d'accouchement prématuré à référer.

La suspicion de **perte de liquide amniotique** implique une rupture prématurée des membranes dont les risques sont la prématurité et l'infection fœto-maternelle. Toute perte liquidienne vaginale impose une consultation urgente en maternité.

CONCLUSION

La grossesse est un état physiologique qui évolue normalement neuf fois sur dix. Elle nécessite cependant un suivi rigoureux, ciblé et pluridisciplinaire car les complications peuvent être graves (mortalité fœto-maternelle, prématurité, hypotrophie fœtale, malformations). La surveillance de la grossesse normale est de la compétence du médecin généraliste, parce qu'il connaît l'histoire et l'environnement de la patiente. Ce suivi n'implique par ailleurs aucune technologie compliquée. La collaboration avec l'obstétricien s'impose non seulement pour passer le relais au 3^e trimestre mais aussi pour référer les grossesses d'emblée pathologiques, celles évoluant mal et les situations d'urgence. On veillera à la bonne transmission de toutes les informations concernant la situation médicopsychosociale de la patiente enceinte et son évolution. ■

BIBLIOGRAPHIE

- Casset S: Réseau périnatal. Quel rôle pour le généraliste? *Rev Prat Med Gén* 2004; (18) **664/665**: 1047-8
- Pons J-C, Perrouse-Menthonnex K: Soigner la femme enceinte Coll Abrégés Edition Masson Paris 2005
- Banque de données médico-sociales de l'ONE. Rapport 2005-2006 <http://www.one.be/PUB/rapbdms.htm>
- Lodewijk K, Peeters G, Spitz B and al: Recommandation nationale relative aux soins prénatals: Une base pour un itinéraire clinique et suivi de grossesses. Rapport Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2004, KCE reports 6B (www.kce.fgov.be)
- D'Hauwe P: Le médecin généraliste face à la violence conjugale *RMG* 2006; **247**: 440-7
- Pineux F: Neuf mois et plus (d'après Journée SSMG Liège décembre 2005) *RMG* 2006; **229**: 18-19
- Eeckeleers P: Semaine à l'étranger SSMG (Tekirova 2007) *RMG* 2007; **243**: 210-1
- Gavage P: Recherche d'agglutinines irrégulières et immunisation fœto-maternelle *RMG* 2003; **204**: 276-7
- Muniz R.: Protection de la travailleuse enceinte: CMV et écartement prophylactique *RMG* 2001; **184**: 267-71
- ANAES: Évaluation de l'intérêt du dépistage de l'infection à cytomégalo-virus chez la femme enceinte en France 2004 http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CMV_rap.pdf
- Leticée N: Dépistage de la toxoplasmose: prescrire une sérologie le plus tôt possible en début de grossesse *Rev Prat Med Gén* 2006; (20) **718/719**: 93-7
- ANAES Comment mieux informer les femmes enceintes? Recommandations pour les professionnels de santé. Paris Haute autorité en santé (HAS) 2005 http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Infos_femmes_enceintes_fiche.pdf
- Glinoeur D, Abalovitch M: Unresolved questions in managing hypothyroidism during pregnancy *BMJ* 2007; **335**: 300-2
- Bura-Rivière A: Thrombose et grossesse Savoir repérer les femmes à risque *Rev Prat Med Gén* 2004; (18) **662/663**: 981-8
- Parize P, Ribadeau-Dumas F, Lortholay O, Lecuit M: Les infections bactériennes au cours de la grossesse *Rev Prat Med Gén* 2007; **778/779**: 721-6

La collaboration avec l'obstétricien s'impose, on veillera à la bonne transmission des informations concernant la patiente enceinte.

EN PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

- Les facteurs de risque pour la grossesse sont: l'âge (<14 ou > 35 ans), le BMI, les maladies et traitements maternels, les antécédents gynéco-obstétricaux, les antécédents thromboemboliques, la consommation de drogue, alcool et tabac, les antécédents traumatiques pelviens, les problèmes psychologiques, les situations sociales difficiles.
- Le diagnostic de grossesse est posé par le dosage de BHCG, la date du terme est précisée par l'échographie. L'évolutivité est déterminée par l'échographie.
- Chaque consultation comporte un tronc commun et des spécificités. Les consultations des 8^e et 9^e mois seront confiées au gynécologue.
- Les examens de laboratoire comporteront la détermination du groupe sanguin, les agglutinines irrégulières, la ferritine, les anticorps antirubéoleux (si statut vaccinal inconnu), les anticorps anti CMV (au début) et toxo chez les femmes non immunisées, un contrôle TPHA, HIV, hépatite B, hépatite C. Un dépistage du Strepto b sera fait entre la 35^e et la 37^e semaine (sauf si antécédents qui nécessite un traitement d'emblée).
- Le dépistage du diabète se fera d'emblée si facteurs de risque, et est obligatoire entre la 24^e et la 28^e semaine chez toute femme enceinte (test de O'Sullivan)
- Trois échographies sont remboursées en routine pendant la grossesse en Belgique, une par trimestre.
- Le dépistage du risque de trisomie 21 est un calcul de probabilité basé sur le dosage de certains marqueurs. Il sera proposé entre la 14^e et 20^e semaine en présentant ses tenants et aboutissants.
- Les situations d'urgence sont: les hémorragies, la fièvre (>38°), les suspicions de rupture de membrane, souffrance fœtale, retard de croissance intra-utérin et de maladie thromboembolique, les contractions fréquentes, les traumatismes abdominaux.

La Rédaction