Biologie clinique, du désir de grossesse à l'accouchement

N. Piquard

Gynécologie-obstétrique

CHRNamur, SLBO Andenne, Medicopolis-Jambe

Références-bases pour la réflexion

KCE REPORT 248BS

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHÈSE

QUELS SONT LES EXAMENS RECOMMANDÉS PENDANT LA GROSSESSE ?

2015 www.kce.fgov.be

Prenatal care: Initial assessment
Authors:

Section Editor:

Deputy Editor:

All topics are updated as new evidence becomes available and our is complete.
Literature review current through: **Oct 2019. |** This topic last updated: **Aug 02, 2019**

chr Sambre & Meuse

Préconception-1° CPN

- ABO-Rh-Rai
- Hb, VGM, MCHC
- +/- Ɛ Hb
- Rubéole IgG
- Sédim. Cult.urines (!GBS)
- Frottis col si>3ans
- HIV-TPHA-AgHBS

- TSH-T4l +/- antiTPO
- Ac tot HCV
- CMV IgG-IgM
- Toxo IgG-IgM
- PCR chlamydia
- HZV IgG

- GOT-GPT
- Créatinine-acide urique
- Coag
- Ferritine
- (vit D)
- Parvovirus IgG

- Zika
- Bilan post chir bariatrique
- Bilans génétiques
- Bilan thrombophilique

8-9sa

- Glyc à jeun +/- Hb1AC
- Toxo (IgG)-IgM

- TSH

US1

13sa

- NIP test (! Conservation sérum si BMI élevé)

- Toxo (IgG)-IgM
- CMV (IgG)-IgM

- RhD fœtal
- Risque préE (avec ou sans biochimie)
- TSH
- RAI

US2

19-20sa

- Toxo (IgG)-IgM

- Hb/ferritine
- TSH
- RAI

US3

26sa

- OGTT sur facteur de risque
- OGTT généralisé
- Hémato/ferritine
- RAI

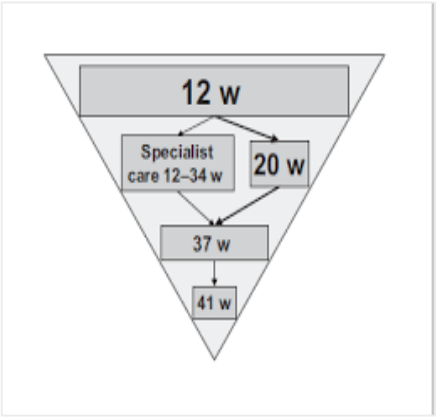
36sa

- CMV IgG IgM

- « Usuels péri »
- RAI
- GOT-GPT
- Créat-acide urique

Post-partum

- Sur base clinique/complications
- Suivi plaquettes si HBPM?



recommandé | controversé | empirique | Cas par cas

Date

chr Sambre & Meuse

Sommaire

- Sérologies toxo-CMV
- Hypothyroïdie subclinique
- Dépistage du diabète gestationnel
- Dépistage des hémoglobinopathies
- Dépistage du risque de prééclampsie au T1→aspirine préventive
- Rh D fœtal

Toxoplasmose et CMV

- Toxoplasmose :
  - Maintien de deux remboursements au cours de la grossesse (IgG et IgM) (…ou de 4 remboursements des IgG? Cf discussion en cours GGOLFB)
  - Sérologie supplémentaires à charge de la patiente (+-10€) sauf si suspicion clinique d'infection aigüe
- CMV :
  - Suppression du remboursement du dépistage systématique de la primoinfection CMV pendant la grossesse.
  - Maintien d'un remboursement en cas de suspicion clinique d'infection.
  - Coût pour la patiente : +_5€ par examen

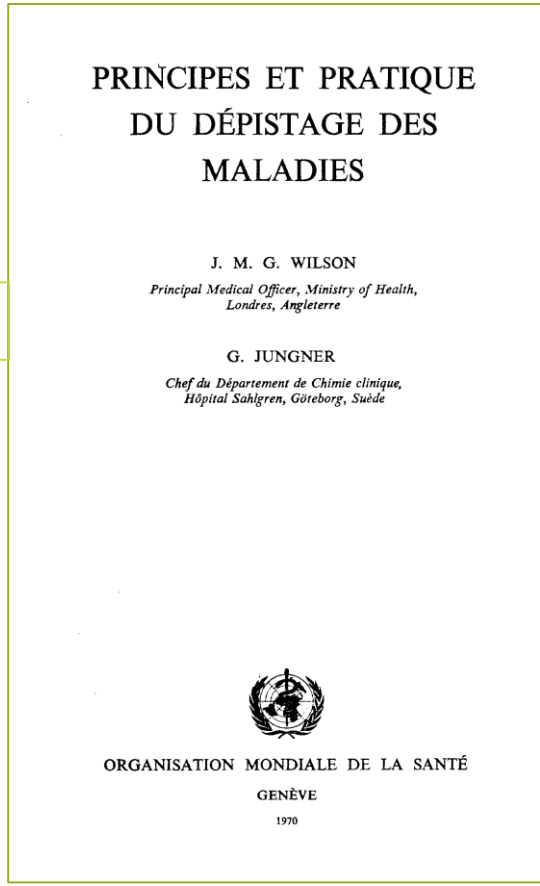
Circulaire OA n° 2017/139 du 10 mai 2017

Toxoplasmose-CMV : les arguments

- **Incidence faible**: Taux de séroconversion faible dans la population obstétricale belge (toxo 0,09%, CMV 0,15 à 2%).
- **Conséquences variables, pronostic délicat à établir**
- Diagnostic échographique des atteintes les plus sévères possible.
- **Absence de standardisation des tests sérologiques**.
- Risque de cascade **d'examens complémentaires dommageables** à la grossesse (amniocentèse)
- **Traitement :**
  - Toxoplasmose : efficacité discutable
  - CMV : expérimental

KCE report248BS-Uptodate

VS


PRINCIPES ET PRATIQUE DU DÉPISTAGE DES MALADIES

J. M. G. WILSON

Principal Medical Officer, Ministry of Health, Londres, Angleterre

G. JUNGNER

Chef du Département de Chimie clinique, Hôpital Sahlgren, Göteborg, Suède

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

GENÈVE

1970

chr Sambre & Meuse

Toxoplasmose : utilité du traitement

- Étude princeps (. N Engl J Med. 1974;290(20):1110. Desmonts, Couvreur et al.) :
  - Efficacité du traitement sur la **transmission maternofoetale**, sans preuve d'efficacité sur les conséquences cliniques
  - Biais! Comparaison d'une population traitée pour séroconversion T1 vs non traitée principalement T2-T3!
- SYROCORT (Lancet. 2007;369(9556):115) :
  - Faible évidence d'une influence du traitement sur la **transmission maternofoetale** si **précoce (3 semaines).**
  - Succès de cette prise en charge précoce : **20% des patientes concernées**

- Cortina-Borja et al PLoS Med. 2010;7(10) Epub 2010 Oct 12.
  - Démonstration sur une population de 293 fœtus infectés dont 8 % présentant une atteinte neurologique d'une **réduction de ¾ du risque de séquelle neurologique sévère** par le traitement, MAIS.. **NTT** (nombre de fœtus infectés de façon documentée à traiter)=
    - 3 pour une séroconversion à 10 sa
    - **18 pour une séroconversion à 30sa**

- **Absence de preuve formelle** de l'intérêt d'un **switch** spyramycine→ pyriméthamine + sulfadiazine… qui est pourtant un argument imporant pour fonder l'amniocentèse à 18sa

Toxoplasmose : soyons pragmatiques

- Utilité d'un dépistage au-delà du second trimestre, sachant que pour un phénomène connaissant une incidence de +_ à 0,09% on devrait dépister 20.000 patientes pour trouver 18 séroconversions tardives, à traiter dans les 3 semaines pour espérer aider un nouveau-né…?

chr Sambre & Meuse

Toxoplasmose : so what? Quand tirer nos deux cartouches? Proposer des sérologies supplémentaires à charge des patientes?

- Obtention d'une sérologie en **pré-conceptionnel**, certainement si contexte de PMA! → suivi facilité, contraception ou stop PMA 3 mois si séroconversion récente suspectée
- Obtention d'une voire deux sérologies au **premier trimestre** vu risque d'atteinte neurologique plus élevée et intérêt possiblement supérieur du traitement sur séroconversions précoces.
- Ultérieurement : à disucuter (18-26sa?)

chr Sambre & Meuse

CMV :intérêt de la sérologie en fin de T1

- **Probabilité de transmission** au fœtus largement **supérieure** chez la patiente initialement **séronégative** (20 à 40% selon terme vs 2% en cas de réactivation)
- **La probabilité d'une atteinte fœtale sévère est maximale aux âges gestationnels faibles.**
- La combinaison d'une imagerie normale e d'une PCR sur PLA négative rend l'atteinte neurologique très peu probable→**impact pronostique des examens classiquement proposés en cas de séroconversion T1 (US, PLA +/- RMN 32sa)**

Uptodate

chr Sambre & Meuse

CMV : le point de vue des pédiatres- intérêt d'une sérologie à 36sa

Encouraging postnatal cytomegalovirus (CMV) screening: the time is NOW for universal screening! Andrea Ronchi,

EXPERT REVIEW OF ANTI-INFECTIVE THERAPY, 2017
VOL. 15, NO. 5, 417–419

- Intérêt d'un **traitement** des enfants nés symptomatiques par (val)ganciclovir
  - →Amélioration du devenir auditif et neurodéveloppemental à 24 mois
- **Diagnostic difficile**-arguments cliniques peu spécifiques
- Disponibilité de techniques fiables et indolores pour le **dépistage néonatal (Guthrie, salives)**
- Candidats au dépistage?
  - Ciblé sur anomalie du test auditif de dépistage?
  - Ciblé selon la clinique/biologie/**sérologie maternelle tardive?**
  - Universel?

→**sérologie « de cloture »** à discuter à 35-36sa ou en maternité?

chr Sambre & Meuse

CMV : que faire?

- Obtention d'une sérologie de base, idéalement en **pré-conceptionnel**
- Conseils de prévention
- **Proposer** sérologie en **fin de premier trimestre** avec info ++ sur les conséquences d'un test positif
- Sérologie en cas de clinique, biologie, échographie évocatrices
- **Proposer sérologie « de cloture »** avec info sur l'influence potentielle sur le suivi pédiatrique

chr Sambre & Meuse

Dépistage/traitement de **l'hypothyroïdie subclinique**

- Définition :
  - TSH >norme pour le trimestre (cf. labo, à défaut -0,5 de 7 à 12sa) et T4 l normal, avec ou sans TPO
  - ! TPO + et euthyroïdie
    - →20 % de développement d'hypothyroïdie subclinique au cours de la grossesse si non traité
    - Modifie l'impact obstétrical à TSH égale

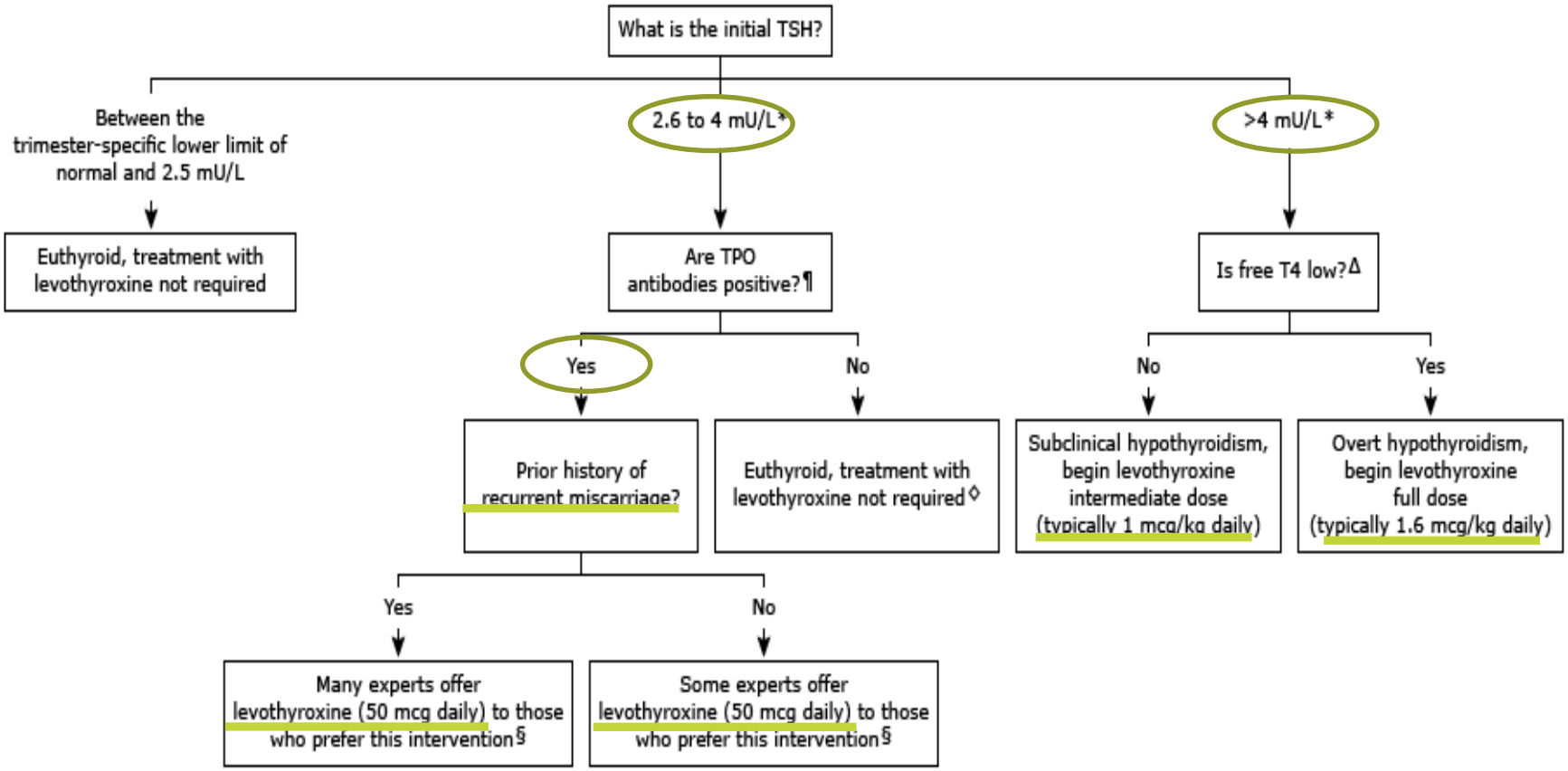
Hypothyroïdie subclinique

- Conséquences :
  - Majoration de fréquence d'un grand nombre de complications obstétricales
    - FC : RR 2
    - DPPNI : RR 2,14
    - Prééclampsie : RR 1,4
    - Mortalité néonatale : RR 2,58
  - Impact neurodéveloppemental
    - Diminution du QI (pour des TSH réellement élevée +/-7-13)
    - Incidence majorée de TDHA chez enfants nés de mère TPO+

Hypothyroïdie subclinique

- Effets du traitement?
  - Possible diminution de l'incidence des fausses-couches chez les patientes TPO+
  - Probable diminution de l'incidence des accouchements prématurés si TSH >4
  - Impact neurodéveloppemental?
    - Études négatives, avec des traitement entamés à 13-16sa
    - Quid si traitement logiquement entamé plus tôt?

Management of pregnant women with or at risk for hypothyroidism



Copyrights apply

Dépistage du diabète gestationnel. IADPSG-HAPO Study-recommandation GGOLFB

- 75 g glucose à jeun, 24-28sa→test + si glycémie
  - ≥ 92 mg/dl à jeun ; ≥ 126 mg/dl = diabète prégestationnel (également vrai au T1), ≥
  - ≥ 180 mg/dl à 60 min
  - ≥ 153 mg/dl à 120 minutes
- Basé sur des **associations épidémiologiques** : positivité pour un de ces critères :
  - Majoration du risque de **macrosomie et de prééclampsie (RRx2)**
  - Majoration de **45 % du risque de c/s** sur utérus non cicatriciel
  - Marqueur de risque de **développement ultérieur de diabète II/syndrome métabolique (RRx3)**
- **Efficacité prouvé du traitement** en terme de réduction de l'incidence de dystocies des épaules, prééclampsie et macrosomie.
- MAIS
  - **fiabilité/reproductibilité?** (jusque 35% de patientes négatives lors d'un second test)
  - Nombre de **« faux positifs »** ayant un suivi glycémique ultérieurement normal?

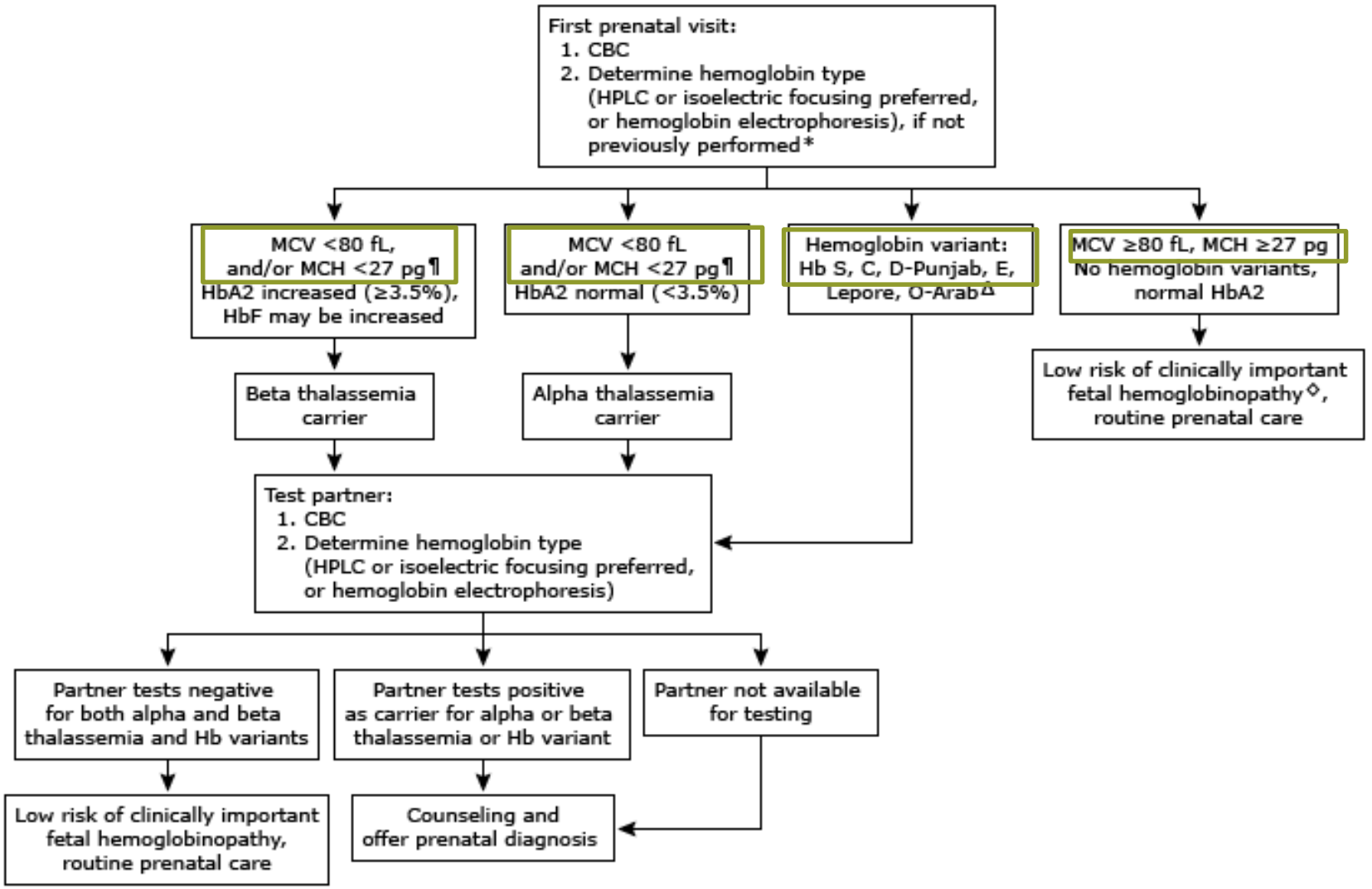
Diabète gestationnel

- Critères imparfaits mais incontournables
- souplesse nécessaire dans la gestion des patientes dépistées +
  - Glycémies ponctuelles si correctes dès le début de la prise en charge
  - Pas de modification de l'attitude obstétricale en l'absence d'obésité maternelle, de macrosomie ou d'insulinodépendance.

Hémoglobinopathies

- Qui tester?
  - Sur base ethnique : patiente originaire
    - D'Afrique
    - Du bassin méditerranéen
    - Du Moyen Orient
    - D'Asie du Sud-Est
  - Sur base biologique : patientes présentant une anémie microcytaire hypochrome sans carence martiale
- Objectif principal : conseil génétique éventuel. Disponibilité partenaire indispensable!

Prenatal screening for hemoglobinopathies



Dépistage du risque de prééclampsie

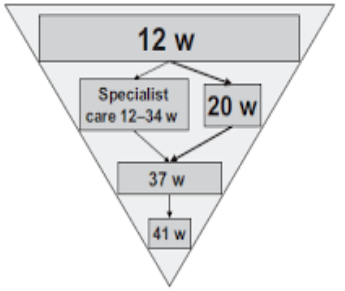
Multicenter screening for pre-eclampsia by maternal factors and biomarkers at 11–13 weeks' gestation: comparison with NICE guidelines and ACOG recommendations

K. H. NICOLAIDES[1#]

Ultrasound Obstet Gynecol 2017; 49: 756–760

- « La black-box de Nicolaides » Algorithme basé sur
  - Critères cliniques (poids, taille, origine ethnique, parité, âge, tabagisme, méthode de conception, diabète I/II, LED systémique, s° antiPL)
  - MAP (mean arterial pressure)
  - UtA-PI (dopplers utérins au T1)
  - **PAPP-A/PlGF (non remboursable en Belgique)**

- PréE >32 sa : **Sensibilité 94% sans biochimie**, 100% avec biochimie pour FP 10% (performances >>> critères cliniques classiques ACOG (USA)/NICE (UK)



The Fetal Medicine Foundation

Dépistage du risque de prééclampsie

Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE Kypros H. Nicolaides, M.D.

- Plus de 26000 patientes soumis à la « black box »
- Deux groupes homogènes de +- 800 patientes à haut risque de préE traité par 150 mg AAS ou placebo→réduction de la préE <37sa de 62% (90% <32sa)

Table 2. Outcomes According to Trial Group.

Outcome	Aspirin Group (N=798)	Placebo Group (N=822)	Odds Ratio (95% or 99% CI)*
Primary outcome: preterm preeclampsia at <37 wk of gestation — no. (%)	13 (1.6)	35 (4.3)	0.38 (0.20–0.74)

chr Sambre & Meuse

funded by EU FP7 ASPRE project

The Fetal Medicine Foundation

The Fetal Medicine Foundation

Risk assessment

Risk for preeclampsia

Report date	16-11-2019
Examination date	16-11-2019
Gestational age	13^{+4} weeks

47B1F7FA101D54

Maternal characteristics

Age in years	37.3
Height in cm	176
Weight in kg	80
Racial origin	White
Smoking during pregnancy	No
Family history of preeclampsia	No
Method of conception	Spontaneous
Singleton or twins	Singleton

Medical history

Chronic hypertension	No
Diabetes type I	No
Diabetes type II	No
Systemic lupus erythromatosus	No
Anti-phospholipid syndrome	No

Obstetric history

Parity	Nulliparous

Biophysical measurements

Mean arterial pressure	101 mmHg (1.147 MoM)
Uterine artery PI	1.7 (1.117 MoM)
Measurement date	16-11-2019

Preeclampsia risk from history only

< 37 weeks: 1 in 182

Preeclampsia risk from history plus MAP, UTPI

< 37 weeks: 1 in 79

Recommendation

The risk of preeclampsia was assessed by a combination of maternal characteristics and medical history with measurements of blood pressure and blood flow to the uterus.

On the basis of this assessment the patient has been classified as being at increased risk for developing PE before 37 weeks. The ASPRE trial has shown that in such women use of low dose aspirin (150mg/night) from now until 36 weeks reduces the incidence of PE before 32 weeks by about 90% and PE before 37 weeks by 60%. For more information click here.

chr Sambre & Meuse

Rh D fœtal

- Utile pour fonder la réelle indication de rhogam (28sa ou sur facteurs de risque) chez la patiente Rh – avec partenaire Rh+
- Techniquement faisable à partir de 12sa (CHR Citadelle)
- Remboursable en cas d'isoimmunisation prouvée ou de procédure invasive prévue. A charge de la patiente en dehors de ces indications (+/-31€)
- Recommandé et remboursé de façon universelle en France

Combien ça coûte?

- Hémogramme 2.11 €
- Ferritine 1.95 €
- Coag 2.59 €
- Urée-créat-acide urique 1.41€
- GOT GPT 1.17€
- Glycémie à jeun 0.39€
- OGTT +/-3€
- Sérologies HIV HBV agHBS TPHA 7.8E
- HZV IgG 1.56E
- Rubéole IgG 1.95E
- CMV IgG /M 11,29€ (à charge patiente)
- toxo IgG /M 11.29 € (à charge si >2x)
- Hémoglobinogramme 3.91€
- Tsh t4l TPO 6.63€
- Rh fœtal +/-31€
- NIPtest +/-210€, TM 8,68€

Total bio complète préconceptionnelle/T1 :

- +/-43€
- TM +/-12€ (jusque 22-23€ si sérologie CMV ou toxo non remboursable

chr Sambre & Meuse

Take home message

- Coûts globalement acceptables
- Confronter nos habitudes de prescription quotidienne aux recommandations et aux retombées potentielles des résultats
- Importance du préconceptionnel/T1
  - Fonction thyroïdienne
  - Dépistage précoce des intolérances glucidiques prégravidiques
  - Orientation du conseil génétique éventuel
  - Évaluation du risque de prééclampsie avec traitement simple et bon marché (AAS 150 mg)
- Sérologies TORCH :
  - Quitter des habitudes belgobelges et fonder nos propositions sur des évidences
  - Absence de remboursement ≠ absence totale d'intérêt clinique
  - Informer les patientes

réserve

Eléments discutables : dépistage HCV universel

Pour	contre
Stratégie basée sur facteurs de risque discutable	Prévalence belge +/-1%
Influence potentielle sur le suivi pédiatrique d'un enfant à risque de transmission verticale	Transmission 5%, sans influence clair de la voie d'accouchement ou de l'allaitement
Éviction de procédures obstétricales majorant possiblement transmission verticale	Traitement non indiqué pendant grossesse

→à limiter aux patientes à risque? (toxicomanie, primo-arrivantes, HIV connu)

Toxoplasmose : utilité du traitement?

Une étude favorable, ancienne, biaisée...

Congenital toxoplasmosis. A prospective study of 378 pregnancies. N Engl J Med. 1974;290(20):1110. Desmonts, Couvreur et al.

Comparaison d'une **population traitée pour séroconversion précoce** et d'une **population non traitée**, en majorité atteinte de séroconversion **tardive**… avec des taux d'infection néonatale forcément différents

Et contestée.

Biases in observational studies of the effect of prenatal treatment for congenital toxoplasmosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006;124(1):3. Epub 2005 Sep 2.

chr Sambre & Meuse

Toxoplasmose : utilité du traitement?

VS une étude plus récente et plus contrastée (**SYROCOT-FR**)

Effectiveness of prenatal treatment for congenital toxoplasmosis: a meta-analysis of individual patients' data. Lancet. 2007;369(9556):115
Thibéaut et al.SYROCOT Group

- **Faible évidence d'une influence du traitement** précoce (3 semaines) vs tardif (8 semaines) des patientes séroconversée sur la **transmission materno-fœtale**.(N=1438-métanalyse.)
- **Absence d'évidence d'une influence du traitement sur les conséquences cliniques** de l'infection diagnostiquée en anténatal.(n=550)
- Mise en évidence de la **difficulté d'assurer un traitement rapide** même avec une politique de dépistage mensuel obligatoire (France) (20% des patientes traitées 3 semaines après la séroconversion).
- Association claire entre âge gestationnel croissant à la séroconversion, risque majoré d'infection fœtale et risque diminuée de lésion intracrânienne, sans lien avec risque d'atteinte oculaire.

chr Sambre & Meuse

Toxoplasmose : utilité du traitement?

.et Une troisième nuancée et auto-critique (UK)

Prenatal treatment for serious neurological sequelae of congenital toxoplasmosis: an observational prospective cohort study. PLoS Med. 2010;7(10) Epub 2010 Oct 12.

- Démonstration sur une population de 293 fœtus infectés dont 8 % présentant une atteinte neurologique d'une réduction de ¾ du risque de séquelle neurologique sévère par le traitement, MAIS..
  - **NTT** (nombre de fœtus infectés de façon documentée à traiter)=
    - 3 pour une séroconversion à 10 sa
    - **18 pour une séroconversion à 30sa**
  - Données sujettes à cautions vu le faible nombre d'atteinte neurologique et l'incertitude sur le timing de la séroconversion.
  - Aucune différence entre spyramycine et pyriméthamine + sulfadiazine

chr Sambre & Meuse

CMV : débat clos ou affaire à suivre?

In utero treatment of congenital cytomegalovirus infection with valacyclovir in a multicenter, open-label, phase II study **American Journal of Obstetrics & Gynecology** OCTOBER 2016

Yves Ville, MD, FRCOG

Conclusion:

- L'administration de **Valaciclovir à haute dose** pendant la grossesse est **efficace pour améliorer l'issue des foetus infectés** par le CMV et **modérément symptomatiques.**

- **34NN asympt. / 43 foetus traités soit 79% <> 43% en l'absence de traitement dans la littérature**

- Malgré une posologie nettement plus élevée que celle utilisée dans le traitement de l'Herpès Simplex, la **tolérance clinique et biologique maternelle** est **excellente** et **aucun effet indésirable** n'a été observe chez le foetus

- Etude **non randomisée** MAIS **1 er essai clinique rapportant l'efficacité d'un traitement antiviral** in utero pour les foetus infectés par le CMV

chr Sambre & Meuse

PPT réalisé par X. Capelle

CMV : les arguments

Clin Infect Dis. 2017 Oct 30;65(10):1652-1658. doi: 10.1093/cid/cix621.

Universal Screening With Use of Immunoglobulin G Avidity for Congenital Cytomegalovirus Infection.

Tanimura K[1], Tairaku S[1], Morioka I[2], Ozaki K[1], Nagamata S[1], Morizane M[1], Deguchi M[1], Ebina Y[1], Minematsu T[3], Yamada H[1].

⊕ Author information

Abstract

BACKGROUND: The aim of this prospective cohort study was to evaluate the efficacy of maternal screening for congenital cytomegalovirus infection (CCI) using cytomegalovirus (CMV) immunoglobulin G (IgG) and the IgG avidity index (AI).

METHODS: Pregnant women underwent screening of CMV IgG and AI measurements. IgG-negative women underwent remeasurement of IgG after educational intervention. Women with an AI ≤45% received further examinations, including measurement of CMV IgM. All newborns received polymerase chain reaction analyses of the urine, and CCI was diagnosed by the detection of CMV-DNA in the urine. Primary infection was defined as an AI <35% and/or positive IgM (>1.20 index). Serum samples from women with an AI >45% were stored, and the IgM levels were measured after delivery. The efficacy of AI and IgM for CCI screening was compared.

RESULTS: A total of 1562 (71.2%) women tested positive for IgG. In this study, 10 newborns with CCI were detected. The presence of infection in 3 newborns from mothers with primary infection was predicted by screening of IgG and AI <35%. However, infection in 7 newborns from women with nonprimary infection could not be predicted by screening of CMV IgG, AI <35%, or IgM. The application of an AI <35% for CCI screening yielded 22.2% sensitivity, 95.0% specificity, 2.5% positive predictive value, and 99.5% negative predictive value and was similar to that of IgM (11.1% sensitivity, 93.2% specificity, 0.9% positive predictive value, and 92.7% negative predictive value).

CONCLUSIONS: Maternal screening using CMV IgG and AI can identify pregnancies with CCI from primary infection, but overlooks a number of those from nonprimary infection.

chr Sambre & Meuse

NIPT : en pratique

- L'échographie du premier trimestre doit garder une place centrale et rester première! Pas de NIP sans échographie du premier trimestre! Pas de NIP sur CN pathologique! (>3,5mm? >p95??)
- Discussion plus fluide des enjeux.
- Informations à rappeler :
  - Uniquement T13 18 21… vs « whole genomic sequencing » selon les labo. →! Détection d'anomalies d'autres chromosomes en réalité plus fréquente!
  - Ne constitue pas un test diagnostic- test invasif nécessaire si résultat positif.
  - Les faux négatifs existent! (mosaïques excluant le placenta!)
  - Non indiqué en cas d'anomalie échographique évoquant aneuploïdie
  - Taux d'échec +_ 5%, proportionnel au BMI!! (conservation sérum !!)
- +/_ 13 SA. Eventuellement plus tard chez la patiente obèse
- Occasion de (re)définir le cahier des charge de l'échographie du premier trimestre (~~« écho de la nuque »~~ →véritable examen prémorphologique
  - Membres, placenta, cordon, symétries de cavités cardiaques, DAU précoce, …
- Difficultés cliniques: timing serré si indication de CVS. Diagnostic potentiellement retardé jusqu'à la posibilité d'une PLA (15sa minimum)

chr Sambre & Meuse

CHC **Laboratoire de Biologie Clinique**

Clinique Saint-Vincent :	**04/239.47.30**	**Clinique Saint-Joseph Liège:**	**04/224.88.50**
Clinique Sainte-Élisabeth :	**087/21.37.30**	**Clinique Notre-Dame Waremme :**	**019/33.96.66**
Clinique de l'Espérance :	**04/224.67.50**	**Clinique Notre-Dame Hermalle :**	**04/374.71.88**
Clinique Saint-Joseph Saint-Vith	**080/85.44.18**		

■Pré-conceptionnelle **ou** ■ 1ère visite	10-13 semaines et 6 jours	14-20 semaines et 6 jours	24-28 semaines	35 semaines

Grossesse : date des dernières règles : …… *ou* âge gestationnel : …… (semaines). **Rhogam le** : ……..

Pré-conceptionnelle ou 1ère visite	10-13 semaines et 6 jours	14-20 semaines et 6 jours	24-28 semaines	35 semaines
❑ Hémoglobine ❑ Globules rouges - Hématocrite ❑ Plaquettes ❑ Ferritine ❑ Groupe ABO + RH ❑ Sous-groupes RH ❑ Rech. Aggl. Irrég. (coombs ind.) ❑ Quick ❑ Tps de céphaline activée ❑ Fibrinogène ❑ Protéines ❑ Urée ❑ Acide urique ❑ Créatinine - MDRD ❑ Vitamine D ❑ Glycémie à jeun ❑ TGO ❑ TGP ❑ TSH ❑ T4L ❑ Toxo IgM ❑ Toxo IgG ❑ CMV IgM✱ ❑ CMV IgG✱ ❑ HIV (1+2)✱ ❑ Rubéole IgG✱ ❑ Varicelle IgG✱ ❑ Ag HBs✱ ❑ Anti-HBc✱ ❑ HCV Ac totaux✱ ❑ TPHA ❑ VDRL ✱ : *Max 8 sérologies virales*	❑ Groupe ABO + RH ❑ Sous-groupes RH Prélèvement vaginal : ❑ Culture. + ED + antibiogr. (si nécessaire) ❑ Mycose ❑ Mycoplasmes uro-génitaux ❑ Test prénatal non-invasif (à partir de 12 semaines) (non cumulable avec le dépistage Down 1er et 2nd trim.) (1 tube STRECK) (**voir formulaire IPG pour demande spécifique NIPT**) ❑ Toxo IgM ❑ Toxo IgG ❑ CMV IgM ❑ CMV IgG	❑ TSH ❑ T4L Urine mi-jet : ❑ Sédiment + ED + culture ❑ Rhésus négatif : RhD fœtal (à partir de 12 semaines) (**voir verso**) ❑ Rubéole IgM ❑ Rubéole IgG ❑ Toxo IgM ❑ Toxo IgG ❑ CMV IgM ❑ CMV IgG	❑ HGPO glucose + insul. 2h (min 4 temps) ❑ Rech. Aggl. Irrég. ❑ Toxo IgM ❑ Toxo IgG ❑ CMV IgM ❑ CMV IgG	❑ Hémoglobine ❑ Plaquettes ❑ Quick ❑ Tps de céphaline activée ❑ Fibrinogène ❑ Dépistage Strepto gr. B vagin **ET** anus (max 1x/grossesse) ❑ Toxo IgM ❑ Toxo IgG ❑ CMV IgM ❑ CMV IgG
Autres analyses : …… …… …… ……	**Autres analyses :** …… …… …… ……	**Autres analyses :** …… …… …… ……	**Autres analyses :** …… …… …… ……	**Autres analyses :** …… …… …… ……

À cocher si grossesse (règle de remboursement)

Toxo IgM + IgG ☐ Présomption clinique d'infection aiguë ☐ Contrôle d'immunité (max 2x/grossesse sinon 10€ à charge patiente)

CMV IgM + IgG ☐ Présomption clinique d'infection aiguë ☐ Contrôle d'immunité (10€ à charge patiente)

v.02

Toxoplasmose : utilité du traitement? On nous aurait menti à l'école?

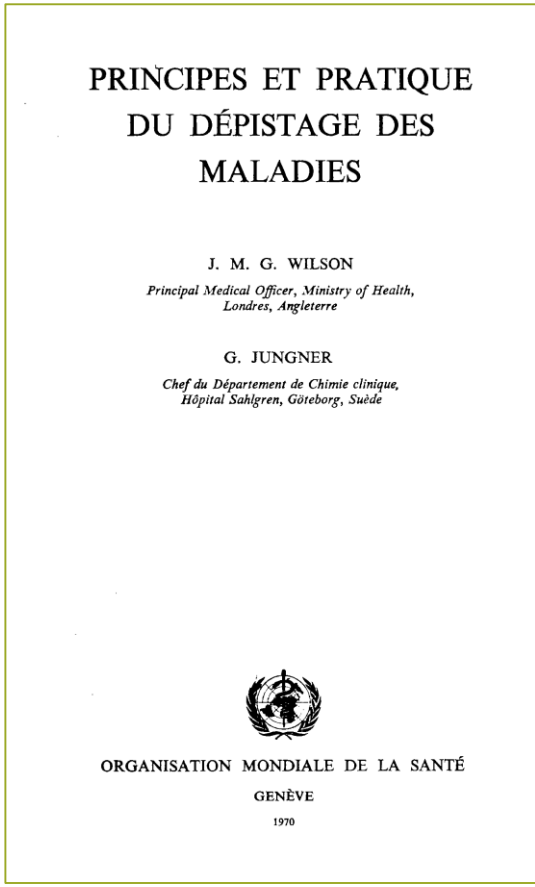
- Les études peinent à démontrer l'utilité d'un switch spyramycine→ pyriméthamine + sulfadiazine… qui constitue pourtant **un des arguments pour proposer amniocentèse à 18sa.**

chr Sambre & Meuse

CMV : les arguments

- **Incidence faible** de la primoinfection pergravidique(0,15 à 2%)
- **Risque non nul** d'infection néonatale chez la patiente **immunisée**
- **Précision des tests sérologiques** discutable (diagnostic positif, chronologie,…)
- **Pronostic** d'une infection néo-natale **difficile à établir** (! Informations tardives, RMN 32sa)
- Risque de cascade **d'examens complémentaires dommageables** à la grossesse (PLA 21 sa sur séroconversion T1 pour fonder indication de RMN)
- En l'absence de traitement, absence d'arguments scientifiques pour fonder une attitude de dépistage systématique

KCE report248BS-Uptodate


PRINCIPES ET PRATIQUE DU DÉPISTAGE DES MALADIES

J. M. G. WILSON

Principal Medical Officer, Ministry of Health, Londres, Angleterre

G. JUNGNER

Chef du Département de Chimie clinique, Hôpital Sahlgren, Göteborg, Suède

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

GENÈVE

1970

chr Sambre & Meuse

Eléments discutables : CMV

- Suppression du remboursement du dépistage systématique de la primoinfection CMV pendant la grossesse depuis le 1° juin 2017.
- Maintien d'un remboursement en cas de suspicion clinique d'infection.
- Coût pour la patiente : +_5€ par examen

Circulaire OA n° 2017/139 du 10 mai 2017

chr Sambre & Meuse

CMV : le point de vue des pédiatres- intérêt d'une sérologie à 36sa

Encouraging postnatal cytomegalovirus (CMV) screening: the time is NOW for universal screening! Andrea Ronchi,

EXPERT REVIEW OF ANTI-INFECTIVE THERAPY, 2017
VOL. 15, NO. 5, 417–419

- Disponibilité de **techniques fiables et indolore pour le dépistage** (Guthrie, salives)
- Candidats au dépistage?
  - Ciblé sur anomalie du test auditif de dépistage?
  - Ciblé selon la clinique/biologie/sérologie tardive
  - Universel?
- Réflexion à mener face à un abandon brutal d'une habitude de dépistage universel pendant la grossesse!

→**sérologie « de cloture »** à discuter à 35-36sa ou en maternité

chr Sambre & Meuse

Dépistage du risque de prééclampsie : on se lance?

- Quid coût des éléments biologiques. PAPP-A n'est plus remboursable à l'heure actuelle!!!
- Performance très correcte du dépistage sur base des critères anamnestiques, de la MAP et des UtA-PI. Faisable en pratique dès maintenant

chr Sambre & Meuse