

La femme enceinte et son médecin généraliste

Grande Journée de Liège, 16/01/2021

par le Dr Camille DUBUS • médecin généraliste • 1950 Kraainem • camille.dubus93@gmail.com

Gestion des petits (et plus gros) maux de la grossesse

Dermatoses gravidiques

Les dermatoses gravidiques englobent diverses affections inflammatoires souvent prurigineuses. Celles-ci peuvent survenir pendant la grossesse ou en post-partum immédiat, mais régressent assez rapidement après l'accouchement. Leurs étiologies restent mal comprises, on suggère des mécanismes auto-immuns et hormonaux.

La cholestase gravidique

La cholestase gravidique apparaît dans 0,1 à 9,2% des grossesses. Le risque est plus important chez les femmes d'origine scandinave, chilienne, bolivienne ou lors de grossesses multiples. La cholestase gravidique est caractérisée à la biologie par une élévation des sels biliaires et des transaminases, et le symptôme majeur est un **prurit isolé**, intense, entraînant des lésions de grattage et une insomnie, accompagné d'un **ictère** dans 10% des cas. L'aggravation est progressive jusqu'à l'accouchement et régresse rapidement lors du post-partum.

L'étiologie reste inconnue à ce jour. Les complications peuvent être graves.

L'accouchement est le plus souvent déclenché vers 37 à 38 semaines d'aménorrhée, entraînant une prématurité du nouveau-né. On assiste parfois à une hémorragie du post-partum.

Si les sels biliaires sont supérieurs à 40 $\mu\text{mol/L}$, le risque de souffrance ou de mort fœtale in utero devient plus important. L'accouchement est alors déclenché dès 36 semaines d'aménorrhée.

Le traitement repose principalement sur l'acide ursodésoxycholique (Ursofalk, 15 mg/kg/jour) et des antihistaminiques. Il faut parfois envisager l'arrêt de la progestérone, mal supporté au niveau hépatique. L'administration de vitamine K (10 mg IM/semaine) est parfois nécessaire, en fonction du temps de prothrombine.

Le PUPPP Syndrome (Pruritic Urticarial Papules and Plaques of Pregnancy)

Le PUPPP Syndrome survient principalement au 3^e trimestre de la grossesse. C'est la plus fréquente des éruptions gravidiques, avec une incidence de 1/130 à 1/300 grossesses. L'éruption **début** au niveau de l'abdomen, pour s'étendre au niveau des cuisses, des jambes, dans le dos, au niveau des bras et des seins, **en épargnant la région péri-ombilicale**, le visage, les paumes des mains et les plantes des pieds. L'inflammation des lignes de vergetures est classique. Il n'y a cependant pas de risque pour le fœtus.

La résolution est spontanée, environ une semaine après l'accouchement. Pour soulager la future maman, on propose des antihistaminiques ainsi qu'une crème à base de corticoïdes.



Le pemphigoïde bulleux

Il peut également (mais rarement) être induit par la prise de contraceptifs oraux ou exceptionnellement par des tumeurs trophoblastiques, ce qui est en faveur d'une étiologie hormonale. Son incidence est de 1/1 600 à 1/50 000 grossesses, et il survient principalement au 3^e trimestre de la grossesse, ou en post-partum dans 25% des cas. Il se caractérise par des papules ou des plaques érythémateuses parfois en cocarde et des lésions vésiculo-bulleuses **débutant dans la région péri-**

ombilicale pour s'étendre à l'ensemble du corps, en épargnant le visage et les muqueuses. Ces lésions sont extrêmement prurigineuses.

Le nouveau-né risque de naître prématuré, avec un petit poids de naissance et parfois une éruption polymorphe néonatale.



L'éruption régresse spontanément en 1 à 2 mois après l'accouchement, mais **récidive** systématiquement lors de grossesses ultérieures, avec un caractère à chaque fois plus précoce et plus sévère, ou lors de la prise d'oestrogénostatifs. Le traitement repose également sur une corticothérapie topique ou parfois orale, et des antihistaminiques.

D'après un exposé des D^{rs} Nathalie Habay et Sara Delcominette.

Mots-clés : dermatoses gravidiques, cholestase gravidique, prurit, PUPPP syndrome, pemphigoïde bulleux.

Douleurs abdominales et pathologies gastro-intestinales

Le diagnostic différentiel est très large. Outre les pathologies obstétricales, telles que des douleurs ligamentaires, la menace d'accouchement prématuré, la pré-éclampsie et le HELLP syndrome, la chorio-amnionite, le décollement prématuré du placenta normalement inséré, etc., se surajoutent de nombreuses pathologies bien connues du médecin généraliste : l'appendicite, la cholécystite, les pathologies urinaires... Notons que l'occlusion intestinale n'est pas rare pendant la grossesse en cas d'antécédent de chirurgie bariatrique. L'appendicite est le diagnostic chirurgical non-obstétrical le plus fréquent lors de la grossesse. Le diagnostic est difficile, retardant la prise en charge et augmentant le risque de complications.

L'infection urinaire

Divers facteurs, tant anatomiques qu'hormonaux, favorisent l'apparition d'infections urinaires lors de la grossesse. L'appareil urinaire est comprimé par l'utérus gravide, et la progestérone myorelaxante induit une stase urinaire. Par ailleurs l'ac-

tivité bactéricide des urines est diminuée par une dilution et un pH augmenté.

Toute infection urinaire est à risque de complications chez la femme enceinte, physiologiquement immunodéprimée.

La bactériurie asymptomatique

Le diagnostic est posé lorsque sur 2 cultures consécutives à 1 ou 2 semaines d'intervalle, une même bactérie est retrouvée à un seuil de > 100 000/ml, ce qui différencie la bactériurie asymptomatique de la contamination où l'on retrouve plusieurs bactéries à un titre moins important.

L'on réalise un dépistage systématique 1x/mois par tigelette, et le prélèvement doit être envoyé au laboratoire pour sédiment et culture en cas de positivité. Chez les femmes à haut risque d'infection urinaire (uropathie, diabète, antécédent d'infection récidivante), il faut réaliser un SUCU d'emblée.

20 à 40% des bactériuries asymptomatiques se compliquent d'une pyélonéphrite aigüe, d'où l'importance de traiter. L'antibiothérapie sera adaptée en fonction de l'antibiogramme, mais on privilégiera les molécules à spectre étroit, ayant le moins d'impact sur le microbiote intestinal et la meilleure tolérance materno-fœtale, notamment :

- la fosfomycine ;
- la nitrofurantoïne 100 mg, 3x/jour pendant 5 jours, contre-indiquée au 3^e trimestre, des syndromes hémolytiques-urémiques chez le nouveau-né ont été décrits ;
- amoxicilline 1 g 3x/jour pendant 7 jours.

Un **contrôle des urines** par sédiment et culture doit être effectué 7 jours après la fin du traitement.

Dans le cas de bactériuries asymptomatiques ou de cystites récidivantes, la fosfomycine peut être administrée 1x/ semaine de manière préventive.

Cystite aigüe

Celle-ci est caractérisée par des mictalgies, une pollakiurie et des douleurs du bas-ventre, bien que les symptômes soient souvent plus frustrés pendant la grossesse. On démarrera une antibiothérapie probabiliste par fosfomycine, nitrofurantoïne ou céfuroxime (500 mg 2x/ jour pendant 5 jours). L'Amoxicilline n'est pas recommandée en première intention car l'E. Coli, germe le plus fréquemment retrouvé dans les infections urinaires, y est résistant dans 20% des cas. La fosfomycine n'est pas toujours efficace. Le traitement sera adapté selon l'antibiogramme et on réalisera un contrôle de la culture d'urines 7 à 10 jours après la fin du traitement.

La pyélonéphrite aigüe

Celle-ci survient dans 0,5 à 1% des grossesses et représente une morbidité materno-fœtale importante. En effet, 25% des sepsis maternels sont



d'origine urinaire, augmentant le risque d'accouchement prématuré.

Les symptômes sont caractérisés par de la fièvre, un ébranlement lombaire douloureux le plus souvent à droite, et des symptômes urinaires.

La mise au point comprend un sédiment et une culture d'urines, une prise de sang avec CoFo, CRP, fonction rénale, des hémocultures, une échographie des voies urinaires pour rechercher une éventuelle dilatation pyélo-calicielle. Si la dilatation est importante, on demandera un avis urologique pour une éventuelle mise en place de sonde JJ.

La patiente sera hospitalisée minimum 48 heures pour une antibiothérapie probabiliste intraveineuse par céfuroxime (1,5 g 3x/ jour), céphalosporine de 3^e génération (Rocéphine 1 à 2 g / jour) ou quinolone (Ciproxine 400 mg 2 à 3x/ jour). Une bithérapie peut éventuellement être instaurée avec de l'amikacine 15 mg/kg/ jour si la situation le nécessite.

La durée du traitement est de 10 à 14 jours. Celui-ci sera adapté selon l'antibiogramme.

Le reflux gastro-œsophagien

Très fréquent, sa prévalence augmente avec l'âge de la grossesse, par une altération de la structure de la jonction gastro-œsophagienne à cause d'un gain de poids et d'une diminution de la pression du sphincter œsophagien bas par la progestérone.

Le traitement repose surtout sur une modification du style de vie et des habitudes alimentaires avant d'être médicamenteux. Les anti-acides n'ont pas d'effet tératogène démontré chez l'animal, mais prédisposent aux allergies alimentaires chez l'enfant, en plus d'altérer l'absorption du fer.

Nausées et vomissements

Également très fréquents surtout au cours du premier trimestre à cause de troubles de la motilité gastrique et d'une altération du système vestibulaire, du goût et de l'olfaction, les nausées et vomissements peuvent être épuisants pour la femme enceinte. Il faut tout d'abord rassurer la patiente sur le caractère transitoire des symptômes. Ceux-ci peuvent être améliorés en mangeant fréquemment de petites quantités de nourriture, riches en carbohydrates et pauvres en graisses.

Un traitement médicamenteux par supplémentation en thiamine (vitamine B1) et anti-nauséux est justifié si l'évolution est prolongée. Le traitement anti-nauséux repose en Belgique sur la métoclopramide et la doxylamine (Navalit, 2 à 4 comprimés/ jour), ou l'ondansétron (Zofran) en dernier recours.

Constipation

Celle-ci est aggravée chez les patientes ayant une constipation préexistante ou apparaît de novo au cours de la grossesse. Les causes sont multiples : supplémentation martiale, effet progestatif sur la motilité gastro-intestinale, facteurs mécaniques, diététiques, diminution de l'activité physique, etc.

Une alimentation riche en fibres, une bonne hydratation et de l'activité physique peuvent déjà améliorer les symptômes. Si ces mesures ne suffisent pas, on proposera des laxatifs de lest (Spagulax), osmotiques (Movicol, Duphalac) ou lubrifiants (paraffine).

D'après un exposé des Drs Nathalie Habay et Sara Delcominette.

Mots-clés : douleurs abdominales, bactériurie asymptomatique, cystite, pyélonéphrite, constipation, reflux, hyperemesis gravidarum, nausées de grossesse.

Pathologies thrombo-emboliques

Le risque de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire est augmenté de 5 à 10 fois pendant la grossesse et de 15 à 35 fois en post-partum immédiat, avec une incidence de 0,85/1000 grossesses.

80% des TVP se trouvent dans le membre inférieur gauche, le plus souvent en proximal.

Outre l'hypercoagulabilité physiologique, la stase sanguine et la compression veineuse par l'utérus (surtout à gauche), certains facteurs de risque prédisposent aux pathologies thrombo-emboliques, tels que l'hyperémèse gravidique et la déshydratation, la pré-éclampsie, la césarienne ou un syndrome inflammatoire/infectieux.

Le diagnostic est confirmé par échographie-doppler et angioscan en cas de suspicion d'embolie pulmonaire. Lorsque la suspicion clinique de thrombose veineuse (ou d'embolie pulmonaire) est très forte mais que l'imagerie (échographie doppler ou l'angioscan) est négative, on traitera la patiente pendant 1 semaine avec un contrôle d'imagerie. Un taux normal de D-dimères exclut une thrombose.

Le traitement préférentiel est l'Enoxaparine (Clexane) 100 UI/kg 2x/jour.

Pour rappel, les antivitamines K pendant la grossesse sont contraindiqués pour leur effet tératogène. Les HPBM n'ont quant à elles pas de passage placentaire, et leur effet prévisible ainsi que leur demi-vie courte permettent de programmer les accouchements.

D'après un exposé des D^{rs} Nathalie Habay et Sara Delcominette.

Mots-clés : thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire.

Hypertension artérielle

On parle d'hypertension artérielle pré-existante si elle apparaît avant 20 semaines d'aménorrhée. Dans le cas contraire, il s'agit d'une hypertension artérielle gravidique. Celle-ci doit être traitée si la tension artérielle systolique est supérieure à 160 mmHg, et/ou diastolique est supérieure à 110 mmHg. Les IEC et sartans étant contraindiqués pendant la grossesse, on leur préférera les antagonistes calciques (Nifédipine 30 à 120 mg/jour) ou les bêta-bloquants (labétolol 200 à 1200 mg/jour), ou encore la clonidine (0,15 à 0,45 mg/jour).

La pré-éclampsie

L'hypoxie placentaire, au départ d'un défaut d'invasion trophoblastique, par différents mécanismes comme l'accroissement du stress oxydant, l'activation endothéliale ou l'augmentation de la réponse inflammatoire, engendre une maladie de l'endothélium. Celle-ci peut prendre la forme d'une pré-éclampsie, d'un HELLP syndrome, d'une CIVD ou d'une éclampsie. Cette hypoxie placentaire a évidemment également des répercussions sur le fœtus, entraînant un retard de croissance intra-utérin, une souffrance fœtale aigüe ou parfois le décès du fœtus.

La pré-éclampsie est définie par :

- une HTA > 140/90 au repos ;
- une protéinurie significative ;
- ou un des critères suivants
 - thrombopénie (< 100 000 plaquettes),
 - insuffisance rénale (créatinine sanguine > 1,1 mg/dl ou x2),
 - dysfonction hépatique : cytolyse (GOT et/ou GPT x2, douleurs hypochondre droit et/ou épigastrique),
 - œdème aigu du poumon,
 - symptômes neurologiques ou visuels.

Le HELLP syndrome est un diagnostic biologique, avec une hémolyse (anémie, LDH > 2x la norme, bilirubine > 1,2 mg/dl, haptoglobine effondrée), des transaminases augmentées et une thrombopénie.

L'éclampsie est une crise convulsive tonicoclonique généralisée ne pouvant être attribuée à une autre cause.

La prise en charge est variable en fonction de la sévérité de la maladie, mais consiste en une surveillance biologique et clinique fœtale et maternelle rapprochée avec maturation pulmonaire fœtale par l'administration de corticoïdes, ainsi qu'un traitement hypotenseur, allant parfois jusqu'à l'interruption médicale de grossesse ou le déclenchement de l'accouchement.

D'après un exposé des D^{rs} Nathalie Habay et Sara Delcominette.

Mots-clés : hypertension artérielle, pré-éclampsie, HELLP syndrome.