

	<b>FICHE N°1 : Surveillance de la grossesse normale</b>		Validée par le conseil scientifique en date du : 25 février 2010 Mise à jour juin 2012
Domaine d'application : Suivi de grossesse normale	Rédigée par Dr CARLES, gynécologue CHOG	Date d'application 01 MARS 2010	Diffusion : sages-femmes, médecins

En Guyane, le taux de mortalité périnatale reste 2.5 fois plus élevé que dans l'hexagone. Il a bien été démontré la relation entre mortalité périnatale et le suivi de grossesse, or dans notre département, seuls 45 % des grossesses bénéficient d'un suivi en accord avec les recommandations officielles.

Plusieurs spécificités guyanaises tendent à aggraver le tableau (grossesses chez les adolescentes, grandes multipares, prévalence élevée des pré-éclampsies, des infections materno-fœtales et des anémies) ou nécessitent une surveillance spécifique (drépanocytose, paludisme).

La grossesse n'étant pas une maladie, la surveillance a pour but :

- **d'identifier les pathologies maternelles potentielles** en début de grossesse.
- **De dépister le plus tôt possible** les anomalies survenues chez la mère ou son fœtus.

La consultation pré-natale ne doit pas être une routine, mais être une consultation intelligente, vigilante à la recherche des premiers signes d'anomalies, adaptée et à l'écoute de chaque patiente.

La surveillance de la grossesse associe des consultations pré-natales, une consultation post-natale et un bilan biologique adapté, associé à un suivi échographique.

## II SURVEILLANCE CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

### Tableau récapitulatif

	3è mois	4è mois	5è mois	6è mois	7 è mois	8 è mois	9 è mois
<b>Examens obligatoires</b>							
Examen clinique + BU	+	+	+	+	+	+	+
HCG qualitatif	+ si doute						
Groupe sanguin rhésus	+					+	
RAI (si Rh – recherche mensuelle)	+			+			
Identification titrage des anticorps si RAI +	+	+	+	+	+	+	+
Sérologie rubéole	+	si résultat – mensuel jusqu’à 20 SA					
Sérologie syphilis	+			+ si facteur de risque			
Sérologie toxoplasmose	+	Si résultat – mensuel jusqu’à l’accouchement					
Recherche Ag HBS	+			+			
Hemogramme+/-ferritine	+			+			
<b>Examens à proposer systématiquement</b>							
Echographie obstétricale	11-13 SA+6		20-25 SA +/- col		31-34 SA +/- col		
Marqueurs trisomie 21	11-13 SA + 6 ou 14-18 SA						
Sérologie VIH 1 et 2	+			+ zone endémie			
Sérologie HTLV1	+						
Electrophorèse hémoglobine	+						
HGPO 75g			+				
Sérologie VHC	+						
Recherche hématozoaire	+	Mensuelle si facteur de risque					
PV		+ si vaginose ou ATCD de MAP					+ strepto B
<b>Examens à proposer selon les cas</b>							
ECBU	+			+ selon le cas			
Sérologie CMV	+						

Glycémie à jeun si facteurs de risque                    +

## 1) Première consultation pré-natale

**C'est la consultation la plus importante**, elle permet de se faire une idée générale globale sur le futur déroulement de la grossesse. Elle doit avoir lieu avant 15 semaines d'aménorrhée (SA).

Il s'agit de :

- Confirmer l'état de grossesse et de déterminer l'âge gestationnel.
- Détecter une éventuelle grossesse anormale.
- De lister les antécédents :
  - médicaux et chirurgicaux, en recherchant notamment les notions d'HTA, de diabète, d'infections antérieures, notamment urinaires.
  - Obstétricaux : déroulement des grossesses antérieures, terme, mode d'accouchement, poids de naissance, avortement spontanés et leur terme.
  - Gynécologiques : infections, frottis.
  - Familiaux : notion de diabète, de pré-éclampsie, de maladies génétiques.
- D'évaluer les facteurs de risques selon ces antécédents et les situations de vulnérabilité selon l'environnement socio-économique de la patiente.

### a) Examen clinique

- Général : auscultation cardiaque, signes d'anémie, pression artérielle, poids.
- Gynéco-obstétrical :
  - examen des seins
  - examen du col avec **frottis cervical** si nécessaire et recherche de leucorrhées anormales.
  - Toucher vaginal : celui-ci ne sera pas systématique à chaque consultation, sauf en présence de facteurs de risque de prématurité.

### b) Examens complémentaires

- Obligatoires : groupe sanguin phénotypé si pas de carte de groupe, RAI, sérologies : toxoplasmose, rubéole sauf si résultats positifs récents écrits antérieurs, syphilis.
- A proposer systématiquement :
  - 1<sup>ère</sup> échographie obstétricale entre 11 et 13 SA + 6 jours.
  - Marqueurs sériques pour la Trisomie 21 entre 11 et 13 SA + 6 jours ou entre 14 et 18 SA si non fait auparavant
  - Sérologies VIH et HTLV1.
  - Sérologies Hépatite B : obligatoire au 6<sup>ème</sup> mois, devrait être prescrite plus tôt en Guyane, zone d'endemie.
  - Electrophorèse de l'hémoglobine chez les patientes d'origine africaine, asiatique ou métissée.
  - Sérologie de l'hépatite C.
  - Hémogramme et ferritine : l'importance des anémies gestationnelles dans notre région rend indispensable ces examens avec un contrôle au 6<sup>ème</sup> mois.
  - Recherche d'hématozoaires : mensuelle voire bimensuelle chez les patientes résidant en zone impaludée.
- Examens à proposer selon les cas :
  - ECBU.
  - PV et recherche chlamydiae et mycoplasmes si leucorrhées anormales ou antécédents de MAP.

- Sérologie du CMV.
- Glycémie à jeun si facteurs de risque : âge > 35 ans, obésité IMC > 25, antécédents familiaux de diabète ou personnel de diabète gestationnel

c) Formalités et conseils

- Déclaration de grossesse.
- Remplissage le plus complet possible (**antécédents**) du **carnet de maternité** qui reste la pierre angulaire de la surveillance dans notre région.
- Etablir **un plan de surveillance** pour cette grossesse, adaptée aux résultats de l'examen et des antécédents : type de suivi, examens complémentaires et leur bien fondé.
- Information de la patiente sur son alimentation, la pratique du sport, les voyages, les rapports sexuels, sur l'éviction du tabac, de l'alcool et du Pemba, sur l'automédication.
- Information sur un suivi adapté à ses ressources et à ses droits.
- **Inform**er la future mère sur **les signes d'appels** qui doivent l'amener à consulter : métrorragies, douleurs, brûlures mictionnelle, fièvre, leucorrhées anormales.

d) Avis spécialisés et traitements éventuels

- En cas de pathologie médicale associée : HTA, diabète, VIH, drépanocytose, pathologie thyroïdienne...
- En cas d'antécédents obstétricaux :
  - aspirine 100 mg /j si antécédents de pré-éclampsie, de retard de croissance intra-utérin, d'hématome retro placentaire ou d'avortements répétés. Dans ce contexte discuter l'adjonction de calcium 1 à 1,5 g/j en cas de carence d'apport et antécédents de pré-éclampsie.
  - Cerclage si antécédent de fausse-couches tardives.
  - Bilan de thrombophilie si antécédents de fausse-couches à répétition, de thrombose, de prééclampsie.
  - Recherche précoce de diabète si antécédents de diabète gestationnel

e) Des examens chez le conjoint seront demandés selon les cas : drépanocytose hétérozygote, découverte d'une MST.

2) Deuxième consultation pré-natale : 4<sup>ème</sup> mois

- Interrogatoire à la recherche de symptômes anormaux, sur l'environnement de la patiente (travail, famille).
- Information sur les résultats des examens biologiques et l'échographie.
- Examen clinique : TA, poids, HU, recherche des bruits du cœur (BDC), bandelette urinaire : glycosurie, albuminurie, leucocyturie, nitrites.
- Une mise en place d'un entretien du 4<sup>ème</sup> mois avec une sage-femme ou un autre professionnel de la périnatalité est prévu dans les textes.

a) Examens complémentaires

- sérologie toxoplasmose et rubéole si négatives.
- Identification et titrage des anticorps si RAI +.
- Echographie obstétricale + col entre 20 et 25 SA.

### 3) Consultations suivantes : 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup>, 7<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> mois

A chaque consultation :

- Interrogatoire : mouvements fœtaux, signes d'appels, vécu de la grossesse, information sur les risques d'accouchement prématuré.
- Examen clinique : TA, poids, HU, BDC, +/- TV, bandelette urinaire complète.

#### a) examens complémentaires

- RAI si Rhésus négatif.
  - Toxoplasmose si négative.
  - Prélèvement vaginal si suspicion de vaginose.
  - Entre 24 et 28 SA **dépistage du diabète gestationnel** par une HGPO avec 75g de glucose : valeurs normales : H0 à jeun : < 0,92g/l ou 5,1mmol/l
    - H1 : < 1,80g/l ou 10 mmol/l
    - H2 : < 1,53g/l ou 8,5mmol/l
  - Au 6<sup>ème</sup> mois : injection de gammaglobulines anti-D RHOPHYLAC 300 chez les patientes rhésus négatif (la surveillance ultérieure des RAI n'est alors plus nécessaire).
    - Recherche antigène HbS
    - Hémogramme + ferritine
  - Au 7<sup>ème</sup> mois : prescription d'une **3<sup>ème</sup> échographie** entre 31 et 34 SA
- Les séances de préparation à l'accouchement** seront proposées à partir de 28 SA

### 4) Septième consultation : 9<sup>ème</sup> mois

**Elle doit se faire sur le lieu d'accouchement**, couplée avec une consultation pré anesthésique.

- Interrogatoire sur signes d'appel, mouvements fœtaux, sur condition de vie, de transport, entourage.
- Examen clinique : TA, poids, HU, présentation, BU, TV, état du col, position de la tête fœtale, bassin.
- Faire la synthèse de la grossesse et évaluer le pronostic de l'accouchement. Informer la patiente sur le mode d'accouchement et les signes qui justifient l'hospitalisation;
- Donner un rendez-vous à 41 SA pour éviter un dépassement de terme.

#### a) examens complémentaires

- Toxoplasmose si négative.
- RAI si Rhésus négatif.
- Prélèvement vaginal pour recherche de streptocoque B.
- Monitoring fœtal.
- Radiopelvimétrie et échographie de contrôle selon les cas.

### 5) Consultation post-natale

Doit être réalisée dans les deux mois qui suivent l'accouchement.

- Interrogatoire sur le vécu de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches, sur l'allaitement, sur la recherche de signes fonctionnels urinaires.
- Recherche des signes évocateurs d'une dépression de post-partum, d'une anémie.
- Information sur la contraception, les rapports sexuels.
- Examen clinique : TA, poids, Frottis cervical éventuel, TV, évaluation du plancher pelvien.

- Prescription d'une rééducation abdomino-périnéale.

## III] INDICATION D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES

### 1) Rubéole

Il est recommandé la réalisation d'une nouvelle sérologie lorsque celle-ci date de plus de deux ans. Si sérologie négative, contrôle mensuel jusqu' 20 SA.

### 2) Hépatite B

On peut conseiller en Guyane d'effectuer la recherche de l'AgHbS dès le premier trimestre, en plus du 6<sup>ème</sup> mois pour permettre une enquête familiale, un prise en charge précoce voire une vaccination.

**3) En cas de Rhésus négatif**, le Rhésus du géniteur doit être demandé et une RAI prescrite chaque mois. En cas de RAI positive, une identification puis un titrage régulier doit être effectué.

**Prescription de Gammaglobulines anti-D, RHOPHYLAC 300 vers 28 S**

### 4) Drépanocytose

En cas de drépanocytose hétérozygote AS, demander l'électrophorèse de l'hémoglobine du conjoint. En cas de double hétérozygotie, un diagnostic anténatal peut être proposé.

### 5) Syphilis

En cas d'éventuels facteurs de risques il faut proposer une deuxième sérologie au 6<sup>ème</sup> mois de grossesse.

### 6) Sérologie VIH

La Guyane étant considéré comme zone d'endémie, une deuxième sérologie peut être proposée au 6<sup>ème</sup> mois de grossesse en cas de facteurs de risque.

### 7) Recherche d'hématozoaires

En zone d'endémie, une recherche d'hématozoaires doit être effectuée tous les mois voire tous les 15 jours.

Une recherche d'hématozoaire doit être prescrite en cas de retour de zone d'endémie.

### 8) Hémogramme + ferritine

L'anémie gravidique par carence martiale est la pathologie la plus fréquente chez les femmes enceintes de notre région.

NFS + Ferritine sont justifiés dès le début de la grossesse avec un contrôle à six mois pour débiter tôt un traitement martial et rechercher la prise de Pemba.

## 9) Sérologie Hépatite C

Non obligatoire, mais nous assistons à une augmentation régulière de cette infection dans notre région.

## 10) Sérologie CMV

Son dépistage est actuellement très controversé. Peut être proposé chez les patientes en contact avec de jeunes enfants.

## 11) Herpès génital

L'interrogatoire doit rechercher les antécédents d'infections. Le diagnostic en Guyane doit rester clinique. Les poussées d'herpès doivent être traitées impérativement au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse suivies d'une chimio prophylaxie jusqu'à l'accouchement ainsi qu'en cas de poussées récidivantes.

## 12) Examen cyto bactériologique des urines

Indications :

- signes fonctionnels urinaires, fièvre
- présence de leucocyturie +/- nitrites
- menace d'accouchement prématuré
- antécédents d'infections urinaires répétées : recherche mensuelle
- Diabète.

## 13) Prélèvement vaginal

Indications :

- Antécédents d'infection materno-fœtale, de prématurité
- Femme à risque d'IST
- Menace d'accouchement prématuré : recherche de vaginose, chlamydiae, mycoplasmes
- Leucorrhées anormales
- Toutes les patientes entre 35 et 38 SA à la recherche du streptocoque B responsable d'infections néo-natales.

La vaginose bactérienne (*Gardnerella vaginalis*) responsable de leucorrhées malodorantes est à l'origine de rupture prématurée des membranes et d'accouchements prématurés.

## 13) Diabète gestationnel (cf fiche diabète et grossesse)

En cas d'antécédents personnels ou familiaux, dépistage par une glycémie à jeun à la 1<sup>ère</sup> visite : Normale <0,92g/l ou 5,1mmol/l

Il est recommandé de réaliser une HGPO avec 75 g de glucose entre 24 et 28 SA chez toutes les gestantes:

Normales : H0 : <0,92g/l ou 5,1mmol/l

H1 : <1,80g/l ou 10mmol/l

H2 : <1,53g/l ou 8,5mmol/l

Une glycémie à jeun supérieure ou égale à 7.8 mmol/l (1.4 g/l) affirme le diagnostic de diabète préexistant à la grossesse et ne rend pas nécessaire d'autre test.

### **III] DIAGNOSTIC ANTENATAL**

#### **1) Evaluation biologique du risque de Trisomie 21**

L'information des couples sur la réalisation du dépistage sérique de la trisomie 21 est obligatoire. Ces dosages doivent être réalisés entre 11 SA et 13+6 SA (marqueurs du 1<sup>er</sup> trimestre), et 14 et 18 SA (marqueurs du 2<sup>ème</sup> trimestre). Ils expriment un risque de survenue dont le seuil est fixé à 1/250 pour proposer une amniocentèse. Le risque doit être modulé en l'intégrant avec celui de la mesure de la clarté nucale et éventuellement avec ceux d'autres anomalies échographiques.

#### **2) Amniocentèse et biopsie de triploblaste**

Le prélèvement de liquide amniotique peut-être réalisé à partir de 16 SA avec un risque d'avortement estimé autour de 0,5 %. Le prélèvement de villosités choriales peut être réalisé dès 11 – 12 SA jusqu'au troisième trimestre avec un risque de perte fœtale de 1 à 2 %. L'analyse de l'ADN fœtal dans le sang maternel peut être effectuée dans certaines indications : Rhésus fœtal en cas d'immunisation maternelle, détermination du sexe fœtal dans certaines pathologies.

##### Indication d'amniocentèse

Les examens sont remboursés par la sécurité sociale après demande d'entente préalable.

Détermination du caryotype :

- Âge maternel égal ou supérieur à 38 ans le jour du prélèvement
- Anomalies chromosomiques parentales
- Antécédent d'enfant avec caryotype anormal
- Signes d'appel échographiques
- Risque intégré de trisomie 21 > 1/250
- Diagnostic de sexe fœtal pour les maladies qui y sont liées.

Biologie moléculaire :

- Maladies infectieuses : toxoplasmose, rubéole, varicelle, CMV
- Maladies génétiques : mucoviscidose, myopathies, drépanocytose...

Dosages enzymatiques et biochimiques selon les maladies suspectées.

#### **3) Echographies obstétricales**

Elles ne sont pas obligatoires mais recommandées, le clinicien est libre de demander moins de trois échographies s'il juge qu'elles ne sont pas indispensables.

Trois examens échographiques sont remboursés au cours de la grossesse.

- a) Echographie du premier trimestre : entre 11 et 13 SA + 6j, datation, détermination du nombre de fœtus, mesure de la clarté nucale, dépistage de certaines malformations et recherche de pathologie gynécologiques associées. Elle doit être effectuée auprès d'un échographiste agréé par le réseau.
- b) Echographie du deuxième trimestre entre 20 et 25 SA : examen capital pour le dépistage des malformations fœtales. Cet examen permet aussi une évaluation de la

circulation materno-fœtale ( doppler), de préciser la localisation placentaire et la quantité de liquide amniotique. Une mesure de la longueur du col utérin doit être proposée de façon systématique afin d'instituer un traitement préventif par Progestérone par voie vaginale en cas de longueur < 25 mm.

- c) Echographie du troisième trimestre : entre 31 et 34 SA : permet :
- l'étude de la croissance et du bien-être fœtal.
  - Le diagnostic tardif de malformation.
  - Un examen échographique du col est souhaitable à ce terme. Des échographies supplémentaires sont possibles en cas d'anomalies décelées et une surveillance des doppler sera demandée en cas d'anomalies de croissance ou d'antécédents de pré-éclampsie, de retard de croissance ou de mort fœtale in utero.

#### **IV] SUPPLEMENTATION AU COURS DE LA GROSSESSE**

- Folates : une supplémentation ( 0.4 mg/j) doit-être proposée pendant quatre semaines avant la conception et huit semaines après pour prévenir les anomalies de fermeture du tube neural.
- Fer : en raison de l'importance du problème des carences martiales en Guyane, la supplémentation en fer dans les populations à risque mérite d'être systématique avec un contrôle de l'hémogramme au 1<sup>er</sup> et au 3<sup>ème</sup> trimestre. L'information sur les effets délétères du Pemba doit être faite dès la 1<sup>ère</sup> consultation chez les patientes originaires du fleuve.
- Les autres supplémentations : fluor, zinc, iode, vitamines, oligo-éléments n'ont pas fait la preuve de leur utilité. La supplémentation en vitamine D recommandée pendant la grossesse en métropole ne semble pas justifiée en Guyane.

La surveillance d'une grossesse normale reste un acte élémentaire pour tout médecin ou sage-femme. Celle-ci prend une particulière importance dans notre région où les consultations prénatales ne sont pas assez nombreuses et où subsistent d'importantes pathologies gravidiques qu'il faut connaître pour savoir les dépister.

La nette amélioration des chiffres de mortalité périnatale observée au cours des ces dernières années relève surtout d'une amélioration de l'information des patientes sur les symptômes d'alerte qui les amènent à consulter plus tôt. Cette information des patientes reste l'élément essentiel qui incitera les femmes enceintes à adhérer à notre système de prévention et de soins.