

	<b>FICHE N° 12 :</b> <b>traitements préventifs en obstétrique</b>		Validé par le conseil scientifique en date du 22/06/2012 Mise à jour validée par le conseil scientifique le 04/10/2013
	Domaine d'application : Suivi de grossesse	Rédigée par Dr LAMBERT, Dr CARLES Modifiée par Dr Carles et A. Louison	Date d'application

Le suivi de la grossesse dépend du niveau de risque identifié quelque soit le terme. En début de grossesse, il est impératif d'identifier par l'interrogatoire et l'examen des anciens carnets de maternité les patientes à risque. Dans ces situations, une consultation obstétricale doit être demandée en fin de 1er trimestre. Elle permet de déterminer d'emblée le type de structure recommandé pour l'accouchement et de proposer en fonction de chaque situation un suivi spécialisé d'emblée ou conjoint en accord avec le gynéco-obstétricien. Dans certaines situations, en plus d'un suivi rapproché, des traitements peuvent être proposés :

<b>Antécédents d'avortements répétés .....</b>	<b>2</b>
<b>Antécédents d'accouchements très précoce - FC tardive (18-24sa) .....</b>	<b>2</b>
<b>Antécédents d'accouchements prématurés et de MAP sévères .....</b>	<b>2</b>
<b>Découverte d'un col court au 2ème trimestre (&lt;25mm 20-24 SA) .....</b>	<b>3</b>
<b>Situation de MAP : Prévention des complications de la prématurité .....</b>	<b>3</b>
<b>Antécédents de pré-éclampsie .....</b>	<b>3</b>
<b>Antécédents d'HTA chronique.....</b>	<b>4</b>
<b>Prévention de l'anémie.....</b>	<b>4</b>
<b>Drépanocytose et grossesse .....</b>	<b>5</b>
<b>Antécédents de pathologie thyroïdienne.....</b>	<b>6</b>
<b>Antécédents d'infections urinaires .....</b>	<b>6</b>
<b>Patiente Rhésus négatif .....</b>	<b>6</b>
<b>Antécédents d'épilepsie.....</b>	<b>7</b>
<b>Prévention des défaut de fermeture du tube neural (DFTN) .....</b>	<b>7</b>
<b>Antécédent d'Herpès génital.....</b>	<b>8</b>
<b>Mise à jour vaccinale .....</b>	<b>8</b>

### Antécédents d'avortements répétés

- Faire l'anamnèse : dossiers, échographies, bilans, contexte
- Notion de terme : très précoce (œuf clair), tardif 12-18 SA
- Bilan étiologique si possible avant une nouvelle grossesse:
  - ✓ Infectieux: Prélèvement vaginal (PV), Recherche de Chlamydia, ECBU
  - ✓ Morphologie utérine: écho, hysterosalpingographie
  - ✓ Autoimmunité & thrombophilie : Ac antiDNA, Ac anticardiolipine, protéine S Ag, homocystéinémie, antithrombine III, TCK, TP
  - ✓ Hormonal : Glycémie AJ/PP, TSH
  - ✓ Génétique : caryotypes parentaux à discuter
- Traitement préventif:
  - **acide acétyl salicylique** : ASPEGIC® 100mg/j (*adapté au poids*) début le plus tôt possible (avant 15 SA) jusqu'à 34 SA (inutile si début >20SA)
  - Héparine HBPM l'**énoxaparine LOVENOX 0,4 UI/j** selon le bilan (Ac anti-cardiolipine, APL)
  - Corticothérapie au cas par cas

### Antécédents d'accouchements très précoce - FC tardive (18-24sa)

- Évoquer béance cervicale ou malformation utérine si fœtus nés vivants au décours d'accouchements rapides, indolores (pas de contractions).
- CS spécialisée rapidement.
- Indication de **cerclage préventif** à la fin du 1<sup>er</sup> trimestre à discuter.

### Antécédents d'accouchements prématurés et de MAP sévères

- Rechercher une infection évoluant à bas bruit:
  - ✓ PV: recherche cervicite et vaginose bactérienne Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis. et bactéries anaérobies (dont Mobiluncus).
  - ✓ ECBU : recherche d'une bactériurie asymptomatique
- Surveillance renforcée avec :
  - ✓ Surveillance état du col : échos répétées
  - ✓ Si vaginose bactérienne : **secnidazole 2g x 1/j** (SECNOL®) ou **métronidazole 500 mg x 2/j - 7 jours** (FLAGYL®) (attention aux récurrences+++)
  - ✓ Traitement préventif: PROGESTERONE RETARD PHARLON © 500mg, 1/2 amp IM/sem de 15-20 SA à 35 SA.
  - ✓ Repos précoce +/- suivi à domicile par sage-femme

## FICHE TRAITEMENTS PREVENTIFS EN OBSTETRIQUE

- ✓ corticothérapie par **Betamethasone**: CELESTENE® 12mg IM 2 jours à 30-32 SA voire + tôt si modifications cervicales
- ✓ Refaire PV au 6ème mois, recherche vaginose bactérienne
- ✓ Discuter tocolyse préventive per os

### Découverte d'un col court au 2ème trimestre (<25mm 20-24 SA)

- Recommandation réseau : Echographie du col systématique à 20-22 SA
- Conduite à tenir si col court ( $\leq 25$ mm) :
  - ✓ PV: recherche cervicite et vaginose bactérienne
  - ✓ ECBU : recherche d'une bactériurie asymptomatique
  - ✓ **Progestérone** : UTROGESTAN® ou MENAELLE® : 200mg le soir par voie vaginale ou 200mg per os tous les soirs jusqu'à 34sa (Efficacité prouvée sur le taux de prématurité)
  - ✓ Discuter un cerclage thérapeutique (jusqu'à 24 SA) : Le cerclage thérapeutique diminue le risque d'accouchement avant 33 SA, mais ne modifie pas le risque de pertes fœtales du 2ème trimestre ou d'accouchement très prématuré, ni la morbidité périnatale. Il prolonge la grossesse de 1,5 semaine mais de manière non significative.

### Situation de MAP : Prévention des complications de la prématurité

- ✓ **Prévention de la maladie des membranes hyalines** :  
De 26 SA à 34 SA: corticothérapie par **Betamethasone**: CELESTENE® 12mg IM 2 jours de suite Renouvelable 1 fois si 1ère cure avant 30 SA
- ✓ **Prévention de l'infirmité motrice cérébrale** : Utilisation du **sulfate de magnésium** pendant le travail en cas d'accouchement entre 26 et 34 SA .Le sulfate de magnésium a un effet protecteur sur le cerveau fœtal vis-à-vis des complications de la prématurité [cf protocole réseau].

### Antécédents de pré-éclampsie

- Définition : HTA  $> 140/90$  + protéinurie  $> 0,3$  g/24h
- Anamnèse :
  - Voir anciens carnets, dossiers: confirmer la pré-éclampsie, terme de survenue, biologie, anapath placenta.
  - Interrogatoire: changement de partenaire éventuel
- 1<sup>ère</sup> consultation :
  - Bilan initial: clinique, créatinine, iono , BU, NFS, recherche de thrombophilie

## FICHE TRAITEMENTS PREVENTIFS EN OBSTETRIQUE

- Traitement préventif:
  - acide acétyl salicylique** 100mg/j (ASPEGIC® 100mg) début le plus tôt possible jusqu'à 34 SA (inutile si début >20SA)
  - Carbonate de calcium** 1,5g/j (CALCIDIA®) de 15 à 34 SA (si carence d'apport RR divisé par 3)
- RDV en grossesse pathologique pour avis
- Planifier dès le début de grossesse : Échographie + doppler 12-14 22-24 et 32-34 SA
- Surveillance rapprochée en fin de grossesse
- Rôle à définir de la **Vitamine D**: certaines études retrouvent en cas d'apport de vitamine D (400 UI durant les 4 premier mois) une réduction du risque de PE de 30%.

### Antécédents d'HTA chronique

- Bilan initial maternel: clinique, biologie, ECG, échocardiographie, consultation cardiologue
- Adapter le traitement (risques tératogènes) (consulter : [www.lecrat.org](http://www.lecrat.org)):
  - ✓ CI absolue des IEC
  - ✓ Éviter les bêta-bloquants si possible
  - ✓ Privilégier en 1ère intention : **méthylodopa** (ALDOMET®)
  - ✓ Si insuffisant: inhibiteur calcique : **nicardipine** (LOXEN 50 LP®)
- Attention à la baisse physiologique de la PA au 2ème trimestre et au risque d'hypotension: maintien de la PA autour de 130/80 –140/90
- Surveillance rapprochée au 3ème trimestre : recherche de pré-éclampsie surajoutée
- Pas de traitement préventif par aspirine (discuté)

### Prévention de l'anémie gravidique

- En consultation:
  - Interrogatoire: prise de pémbe et autres picas (un ttt par fer pourrait aider à l'arrêt ; accompagnement en CSAPA si détresse++), carences alimentaires, déparasitage...
  - Si ATCD d'anémie : traitements mis en place et efficacité, récupérer le bilan de la précédente anémie : électrophorèse hémoglobine, bilan carenciel, cytolysse, parasitose des selles...
  - Education nutritionnelle en consult (supports dans le carnet de grossesse, à adapter au contexte socioculturel) et séances de promotion de la santé prise en charge par la SS : entretien prénatal précoce, préparation à la naissance et à la parentalité
- Traitement préventif en fer et folate large (systématique si patiente en situation défavorisée) en attendant les résultats du premier bilan, en fonction de l'anamnèse (ATCD anémie, carences probables, picas...) et du contexte:  
fer (50mg) associé à l'acide folique (0.4mg) (soit 1 TB9) : 1 comprimé par jour.  
Augmenter le dosage en folates (5mg/j) si ATCD d'anémie par carence en folates connus.

- Dépistage précoce : intégrer dans le 1<sup>er</sup> bilan pour toutes les femmes: NFS et Ferritinémie +/- dosage folates érythrocytaire et vitamine B12 si ATCD de carences. Contrôle de l'Hb à 28SA et en fin de grossesse si RAS.
- Prévention des anémies sévères à modérées = traitement précoce des carences martiales sans anémies et des anémies légères
- **Si ferritinémie < 50 ng/ml et Hb≥11g/dl : carence martiale sans anémie**, risque d'anémie pendant la grossesse +++ : ttt : 100 à 200 mg fer élément/j (NB ferritinémie entre 50 et 70= réserves probablement insuffisantes pour la grossesse, un ttt préventif est à envisager (50mg fer/j))
- **Si anémie, soit Hb<11g/dl pendant la grossesse (nouvelle définition OMS 2012):** Compléter le bilan par dosages des folates érythrocytaires et de la vitamine B12 au moindre doute sur les apports ; Traitement par fer A DOSE THERAPEUTIQUE soit 100 à 200mg de fer/j, voir adresser pour fer IV si anémie sévère, anémie modérée au 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestre ou en cas d'anémie réfractaire au ttt PO (bilan et prescription hospitaliers); +/- vitamine B9 ou B12 si besoin.
- vérification de la réponse au ttt : Hb et réticulocytes 2 à 3 semaines après le début du ttt : hausse attendu d'au moins de 1 g/100ml en 14 jours,

*Pour plus de renseignements, voir fiche pratique n°4 du réseau Périnat Guyane : anémie et grossesse.*

## Drépanocytose et grossesse

- **Hétérozygote**
  - ✓ AS, AC, A-béta-thalassémie, alphathalassémie,
  - ✓ Electrophorèse de l'hémoglobine du conjoint si possible pour éventuel diagnostic prénatal (biopsie de trophoblaste dès 9sa)
- **Homozygote**
  - ✓ SS, SC, S-Bétathalassémie
  - ✓ Adresser dès le diagnostic de grossesse en CS de grossesse pathologique
  - ✓ Bilan général de la maladie: biologique, ECG, échocardio, FO
  - ✓ Mise sous **acide acétyl salicylique** (ASPEGIC 100mg)
  - ✓ Protocole transfusionnel adapté au cas par cas (voir protocole réseau)

## Antécédents de pathologie thyroïdienne

- Anamnèse : hypo ou hyperthyroïdie ? Basedow ? Maladie auto-immune...  
Prise en charge en grossesse patho pour adaptation dynamique du ttt  
Recherche de TRAK (risque de dysthyroïdie fœtale) et Ac anti-péroxydase si non connus
- **Hypothyroïdie:**
  - ✓ Majorer le traitement substitutif de 30% dès le début de la grossesse et de 50% en fin de grossesse : **levothyroxine** (LEVOTHYROX®-EUTHYRAL®)
  - ✓ Dosage mensuel de la TSH avec valeurs cibles:
    - TSH < 2,5 au 1er trimestre
    - TSH < 3,5 aux 2ème et 3ème trimestres
- **Hyperthyroïdie:**
  - ✓ adapter le type d'ATS : **propylthiouracile** (PRORACYL®) recommandé
  - ✓ surveillance échographique thyroïde fœtale si TRAK ou traitement par ATS
- bilan thyroïdien pour le nouveau-né à J3, S3 puis selon évolution s'il s'agit d'une pathologie auto-immune (possibilité d'hypo puis d'hyperthyroïdie ou inverse)

## Antécédents d'infections urinaires

- Le traitement systématique des bactériuries asymptomatiques est recommandé chez toutes les femmes enceintes afin d'éviter le risque d'évolution vers une pyélonéphrite.
- Dépister par BU (nitrites – leucocytes) tous les mois . ECBU mensuel si BU positive, diabète ou antécédent d'infection urinaire ou d'uropathie.
- Information de la femme sur les signes d'alerte.
- Traitement probabiliste en attendant l'antibiogramme par **céfixime 200mg x2 /j 5 j** (Oroken®) ou fosfomycine (MONURIL) en prise unique.
- si allergie aux bêta-lactamines ou cystites récidivantes à germes multirésistants, TTT à adapter en fonction de l'antibiogramme et de la tératogénicité des traitements (consulter : [www.lecrat.org](http://www.lecrat.org))
- Contrôle ECBU après traitement

## Prévention de l'immunisation anti D chez patiente Rhésus négatif

- Typage Rhésus du conjoint.
- RAI au 1<sup>er</sup> trimestre et tous les mois

## FICHE TRAITEMENTS PREVENTIFS EN OBSTETRIQUE

Génotypage du rhésus fœtal sur sang maternel dès 12 sa si RAI antiD positives.

- Prévention : l'injection de **gammaglobuline anti-D** 200 µg (RHOPHYLAC®) lors de tout événement à risque d'hémorragie fœtomaternelle: trauma abdominal, métrorragie, amniocentèse (voie IV> voie IM).
- Prophylaxie : **gammaglobuline anti-D** de 300 µg (RHOPHYLAC®) entre 28 et 31 SA
- RAI avant les antiD

### Antécédents d'épilepsie

- Nécessité d'un suivi conjoint avec le neurologue.  
- Grossesse à planifier avec mise en place d'une monothérapie le moins tératogène
- Choix du traitement :
  - ✓ L'anticonvulsivant qui soulève le moins d'inquiétude chez la femme enceinte à ce jour est la **lamotrigine** (Lamictal®)
  - ✓ Viennent ensuite le **lévétiracétam** (Keppra®) et l'**oxcarbazépine** (Trileptal®)  
Peuvent par défaut être donnés la **phénytoïne** (Di-Hydan®), la **gabapentine** (Neurontin®), la **carbamazépine** (Tégrétol®)
  - ✓ Le **valproate de sodium (depakine®)** doit être fortement déconseillé en raison de sa tératogénicité : 15% de malformation, 10 points de QI en moins
- Dépistage des malformations par échographiste référent :
  - ✓ 12sa : dépistage précoce des anomalies du tube neural (clarté intracérébrale)
  - ✓ 18sa : recherche des anomalies du tube neural
  - ✓ 20-26sa : recherche des fentes faciales, cardiopathies, craniosténose, etc
- Dosage de l'aphafoetoprotéine à 16SA pour dépister des anomalies du tube neural
- La supplémentation en acide folique est inefficace chez les femmes traitées par antiépileptiques (source : [http://www.lecrat.org/article.php3?id\\_article=884](http://www.lecrat.org/article.php3?id_article=884))
- Si ttt inducteurs enzymatiques, Phénobarbital, Phénytoïne, Carbamazépine, une supplémentation par : **Vitamine K1** orale 10 mg/jour à partir de 35SA prévenir le risque pour prévenir l'hypoprothrombinémie du nouveau né. Il n'est pas néfaste d'en prescrire dans les autres traitements en cas de doute.

### Prévention des défaut de fermeture du tube neural (DFTN)

- L'acide folique, vitamine du groupe B, est indiqué dans la prévention primaire des anomalies embryonnaires de fermeture du tube neural (anencéphalie, spina bifida, encéphalocèle) chez les femmes sans antécédent particulier ayant un désir de grossesse.  
Sa prescription est en cas de désir d'enfant dès l'arrêt de la contraception, l'idéal étant 1 mois avant la conception, ou à défaut en début de grossesse. Elle doit être

## FICHE TRAITEMENTS PREVENTIFS EN OBSTETRIQUE

poursuivie 8 semaines après la conception. Une supplémentation au-delà de 8 semaines n'a pas démontré son intérêt.

- La dose dépend de l'indication :
  - ✓ Toute grossesse en absence d'antécédent : **ACIDE FOLIQUE 0,4 mg** 1 cp/ j
  - ✓ Antécédents familiaux ou personnels de DFTN : **ACIDE FOLIQUE 5 mg** 1 cp/ j

### Antécédent d'Herpès génital

Si poussées d'herpès récidivantes >2 pendant la grossesse discuter :

- Chimio prophylaxie : **valaciclovir (ZELITREX ©)** 500mg/j à partir de 36 SA et jusqu'à l'accouchement
- Utilisation de préservatif si rapports sexuels au 3<sup>ème</sup> trimestre

### Mise à jour vaccinale

En cas d'absence de couverture vaccinale : vaccination hépatite B possible. Vaccination grippale recommandée par le Haut Comité à la Santé Publique pendant la grossesse.

Mise à jour immédiatement après la grossesse si couverture non à jour en particulier pour la rubéole et la coqueluche (cocooning).