

Le suivi de grossesse

N CHERFI

13 Juillet 2019

INTRODUCTION

Le taux de mortalité maternel de 117/100 000 naissances vivantes en 1999, a été estimé à environ 62/ 100 000 NV en 2015

Par ailleurs la fécondité générale estimée à 2,33 enfants par femme en 2005, est remontée à 2,74 en 2008, et le taux de natalité de 50 naissances pour mille habitants des années 70, après avoir chuté à moins de 20 pour mille remonte à près de 25 pour mille en 2010.

Redynamiser la surveillance des grossesses, uniformiser les pratiques médicales, permettra d'identifier précocement les situations à risque pour la mère et l'enfant à venir.

Quand et comment apprécier le niveau de risque ?

La surveillance de la grossesse est une démarche continue et évolutive au fur et à mesure de la grossesse, et ce jusqu'à la consultation du 9^e mois ou l'accouchement.

Le niveau de risque doit être apprécié le plus précocement possible. Que ce soit en consultation d'un suivi gynécologique chez la sage-femme, le gynécologue ou chez le généraliste, dès le projet de grossesse. Idéalement en préconceptionnelle ou lors de la 1^{re} consultation de suivi de grossesse avant 10 semaines d'aménorrhée (SA).

Ainsi, pourront être recommandés précocement des changements dans les comportements à risque, prévenus certains risques, notamment infectieux, et adaptées les thérapeutiques éventuelles.

Quel suivi, pour quelle grossesse ?

- Lorsque la consultation préconceptionnelle ou l'examen de début de grossesse ne détecte pas de situations à risque ou lorsque ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.
- Lorsque la patiente présente un antécédent médical ou obstétrical à risque potentiel, l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé. A l'issue de la demande d'avis, si le risque est infirmé ou si le pronostic est favorable, la grossesse est maintenue dans le suivi d'origine.
- Lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Contenu de la consultation préconceptionnelle.

- **Quelle information recueillir ?**

Apprécier les facteurs de risque individuels : comme l'âge, un surpoids ; les atcd personnels ou familiaux de maladie chronique , génétiques ; les antécédents chirurgicaux ou gynécologiques : fibrome, malformations utéro vaginales...

Antécédents obstétricaux : accouchement prématuré, dystocie, lors d'une grossesse précédente ou un accouchement, ou chez le nouveau-né (exemple: les défauts de fermeture du tube neural)...

Un diabète gestationnel, une hypertension artérielle gravidique, des troubles de l'hémostase, un traitement en cours pour lequel une adaptation doit être vérifiée...

Prévention des anomalies de fermeture du tube neural : dès que la femme a un souhait de grossesse, prescrire des folates lors de la consultation préconceptionnelle et prolonger la prise jusqu'à la 12e semaine d'aménorrhée à la dose de 400 microgrammes par jour.

Comment assurer la continuité du suivi ?

- Il est nécessaire de souligner l'importance de la coordination et de la collaboration entre les professionnels afin de ne pas multiplier les intervenants, les consultations ou les examens.
- Centralisation des informations relatives au suivi de la grossesse dans un dossier médical personnel ou un carnet de suivi unique. Les comptes rendus écrits des examens doivent être remis à la femme.
- Détention du carnet de santé de maternité par les femmes elles-mêmes (en leur expliquant son importance afin qu'elles le présentent elles-mêmes aux professionnels).

Quels examen clinique et examens à prescrire ?

Systematiquement à chaque consultation :

- Mesures du poids, de la taille et calcul de l'IMC
- Auscultation cardiaque et pulmonaire. Mesure de la pression artérielle.
- Examen clinique, en particulier examen des seins, FCU (s'il date de plus de 2 à 3 ans) à la première consultation.
- Détermination du groupe sanguin (A, B O, phénotypes rhésus et Kell ; 2 déterminations sont nécessaires). Recherche d'agglutinines irrégulières (RAI).
- En cas de rhésus négatif, intérêt de déterminer le groupe sanguin du conjoint.
- Examens sérologiques de la toxoplasmose et de la rubéole (en l'absence de preuve écrite de l'immunité) ; sérologie de la syphilis.
- Sérologie VIH 1 et 2 à **proposer** à la femme ou au couple.
- Autres dépistages à **proposer** à la femme ou au couple (selon facteurs de risque professionnels, addictions, antécédents transfusionnel) :
 - taux d'anticorps anti-Hbs chez une femme vaccinée, sinon antigène Hbs
 - sérologie Hépatite C.

Première consultation

La première consultation doit avoir lieu avant 10 SA, cela va permettre :

- de programmer les examens à des dates déterminées, notamment la première échographie (entre 11 et 13 SA et *6 jours*) ;
- de prescrire précocement un bilan prénatal.

Déroulement de la consultation tableau suivant

Tableau 1 : Déroulement de la 1 ^{ère} consultation avant 10 SA.	
Établir le diagnostic de grossesse Dater le début de la grossesse	- Interrogatoire, examen clinique - b-hCG qualitatif en cas de doute -Échographie de datation dans les cas incertains
Établir un examen clinique général et gynécologique	EG, Prise de la pression artérielle, mesure de la taille, du poids, examen des seins, frottis cervical (si date de plus de 2 à 3 ans), volume utérin.
Recherche des facteurs de risque, ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète)	Adaptation du traitement en cours
Proposer le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales (a)	Dépistage combiné du 1er trimestre de la grossesse, associant mesure de la clarté nucale (échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et b-hCG libre) ^(a,b) .
Donner une information orale sur le suivi général de la grossesse, l'accouchement et la naissance, établir le calendrier des consultations prénatales (si datation certaine) (carnet de maternité +)	-Alimentation et mode de vie, risques infectieux alimentaires, contrôle des prises médicamenteuses et des conduites addictives, organisation des soins, droits et avantages liés à la maternité, examens de dépistage.
Examens à prescrire	
Examens à prescrire obligatoirement	Glycosurie et protéinurie. FNS Sérologies : Toxoplasmose, rubéole, Syphilis Groupe sanguin (ABO, phénotypes rhésus complet et Kell) (double détermination), RAI ^(d) .
Examens à proposer systématiquement	Échographie (entre 11 et 13 SA et 6 jours) Sérologie VIH 1 et 2 ; HBS ^(c) . VHC
Examens à prescrire éventuellement	Examen cytot bactériologique des urines (ECBU) Frottis cervical de dépistage (s'il date de plus de 2 à 3 ans).

(a) aucune disposition n'est recommandée à ce jour en Algérie par rapport à ce risque.

(b) Cf. Recommandations de santé publique en France « Évaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21 », HAS 2007.

(c) En l'absence de documents écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise.

(d) Recherche d'Agglutinines Irrégulières. Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires

2^{ème} consultation (avant 15 SA révolues)

Tableau 2 : Déroulement de la 2^{ème} consultation avant 15 SA révolues.

<i>Déclaration de grossesse et établit la date présumée de l'accouchement</i>	<i>Certificat de grossesse de trois mois</i>
<i>Réaliser un examen clinique</i>	<i>Prise de la pression artérielle ; mesure du poids ; mesure de la hauteur utérine à partir du 4^e mois ; si possible recherche des bruits du cœur fœtal</i>
<i>Proposer le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales</i>	<i>Marqueurs du 2^{ème} trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1^{er} trimestre ^(a,6)</i>

Examens à prescrire

<i>Systematiquement</i>	<i>Glycosurie et protéinurie Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent Sérologie de la rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA)</i>
-------------------------	---

Consultations prénatales intermédiaires (du 4^{ème} au 8^{ème} mois)

- En complément de l'appréciation continue du niveau de risque le déroulement des consultations prénatales suivantes ainsi que les examens à prescrire ou à proposer sont décrits dans le *tableau* . Elles ont pour objectif de vérifier la bonne évolution de la grossesse, sur le plan clinique, biologique et échographique.

Tableau 3 : Déroulement des consultations (Cs) prénatales intermédiaires.

	3 ^{ème} Cs	4 ^{ème} Cs	5 ^{ème} Cs	6 ^{ème} Cs	7 ^{ème} Cs
Mois de gestation	4e mois	5e mois	6e mois	7e mois	8e mois
Certificat de grossesse			X		X
Examen clinique (poids, prise de la tension artérielle ; mesure de la hauteur utérine ; recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux ; recherche des signes fonctionnels urinaires ; recherche des contractions utérines)	X	X	X	X	X
Évaluation de la présentation fœtale					X
Cs de pré-anesthésie					X
Examens à prescrire ou à proposer.					
Examens à prescrire obligatoirement					
•Glycosurie et protéinurie	X	X	X	X	X
•2e détermination (si non faite avant) du groupe sanguin	-	-	-	-	X
•RAI ^(a) : si Rhésus D négatif à toutes les femmes, et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel	-	-	X	-	X ^(c)
•Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent					
•Recherche de l'antigène HBs	X	X	X	X	X
•FNS	-	-	X	-	-
	-	-	X	-	-
Examens à proposer systématiquement					
•2e échographie (entre 20 et 24 SA). Morphogramme fœtale ^(d)		X			
•3e échographie (entre 30 et 35 SA). Croissance fœtale ^(e)				X	
•Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA) ^(f)	-	-	-	-	X
•Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques, de protéinurie, à la bandelette urinaire	X	X	X	X	X
Examens à proposer éventuellement					
ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive	X	X	X	X	X

(a) Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires.

(b) Recommandations « Prévention de l'allo-immunisation Rhésus D fœto-maternelle », CNGOF 2005.

(c) Sauf si une injection anti-D a été pratiquée à 28 SA.

(d) dépistage de malformations fœtales

(e) dépistage d'un retard de croissance in utéro

(f) ne traiter le portage au streptocoque B qu'en cas de vaginite clinique, de rupture prématurée des membranes et de menace d'accouchement prématuré). Il faut traiter les infections à gonocoques et les vaginoses, les endocervicites à *chlamydiae* et à *mycoplasma Hominis*

- **L'échographie du 2^{ème} trimestre**, entre 20 et 24 SA, est celle du dépistage des anomalies fœtales (nécessité d'une information éclairée sur les possibilités et limites de cet examen)
- le croissance fœtale : BIP et circonférence céphalique, DAT et circonférence abdominale, fémur
- Localisation et morphologie placentaires.
- Volume de liquide amniotique ;
- Longueur du col utérin.
- La Vélocimétrie Doppler n'est pas un examen de routine conseillé dans le suivi d'une grossesse normale. Ses indications ont été bien spécifiées et sont :
 - Doppler de l'artère utérine : indications : grossesses à haut risque (antécédents de retard de croissance intra-utérin (RCIU), de prééclampsie, d'hypertension artérielle (HTA) gravidique ou de mort fœtale *in utero* et de femmes présentant une grossesse actuelle avec HTA, prééclampsie

- **L'échographie du 3^{ème} trimestre** entre 30 et 35 SA, va dépister un retard de croissance intra-utérin :
- Le dépistage des malformations fœtales
- Évaluation de la croissance ; type de présentation
- Localisation et morphologie placentaires.
- Evaluation du volume de liquide amniotique.
- *Doppler des artères ombilicale, utérines, cérébrales.....*

Les consultations du 8^{ème} et 9^{ème} mois de la grossesse **doit se faire par l'équipe qui prendra en charge l'accouchement.** La dernière consultation va permettre d'établir le pronostic de l'accouchement

Tableau 4 : Déroulement de la consultation du 9e mois de la grossesse.

Réaliser un examen clinique général et obstétrical

Poids, prise de la tension artérielle, recherche des signes fonctionnels urinaires.

Mesure de la hauteur utérine, recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux, recherche des contractions utérines, présentation fœtale (contrôle échographique en cas de doute), examen du bassin

Établir le pronostic obstétrical
(mode prévu d'accouchement)

Recommandations relatives au lieu de l'accouchement

Information de la femme sur le déroulement de l'accouchement. Rendez-vous et consignes claires quant à la date à laquelle la femme enceinte doit se présenter dans la maternité choisie après que le terme est atteint

Examens à prescrire ou à proposer

Obligatoirement

- Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente
- Glycosurie et protéinurie

Éventuellement

- Examen cyto bactériologique des urines (ECBU) en cas d'antécédents ou de diabète.

Comment choisir la structure de soins pour l'accouchement ?

En fonction : des préférences de la femme ou du couple ; du lieu d'habitation et des structures en place ; et surtout du niveau de risque encouru établi grâce à la surveillance tout au long de la grossesse.

Examen postnatal dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement

L'accouchée sera convoquée pour examen postnatal dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement. Cette consultation doit être l'occasion de faire un examen gynécologique, de réaliser un frottis de dépistage s'il date de plus de 3 ans, d'aborder le mode de contraception souhaité par la femme ou le couple, la rééducation du *post-partum*.

CONCLUSION

- L'un des moyens de faire reculer la mortalité maternelle consiste à améliorer la disponibilité, l'accessibilité, la qualité, des soins primaires. Un protocole de surveillance codifié, et une organisation en réseau. Un carnet de suivi de maternité confié à la gestante, fera le lien entre les professionnels, doit être tenu à jour, avec des recommandations claires et des rendez-vous planifiés.
- Cet ensemble d'actions va favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé de toute femme en âge de procréer et permettre de prévoir et d'éviter d'éventuelles complications obstétricales