

Suivi de Grossesse et Actualités

Dr. Clotilde LE VAILLANT

Gynéco Obstétricienne / Échographe référente

Hôpital Joseph Ducuing
Rue de Varsovie
Toulouse



4 juin 2018

Période pré conceptionnelle et consultation

Introduite en 2009 par HAS qui se substitue à la consultation prénuptiale (plus de la moitié des grossesses étant conçues hors mariage)

- Dépistage des FDR pouvant interférer avec une grossesse et des prises médicamenteuses ou des toxiques ;
- Proposer le dépistage des MST ;
- Vérification des sérologies toxoplasmose et rubéole (proposer le ROR si non vaccinée) ;
- Statut sérologique de la varicelle à contrôler et proposer de vacciner si NI ;
- Vérification du statut vaccinal DT Polio et coqueluche pour la patiente et conjoint ;
- Dépistage de l'anémie ou de la carence martiale : NFS et ferritinémie.

Supplémentation en acide folique: prévention de l'anémie, AFTN et des cardiopathies

- 5 mg/j : ATCD défaut de fermeture du tube neural, obèse ATCD Xie , épileptique traitée, fumeuses, alcoolique ;
- 0,4 mg/j en l'absence ATCD ;
- 1 mois avant 8 premières semaines idéalement jusqu'à 14 SA.

Première visite de suivi d'une grossesse normale

A chaque visite :

- TA, poids, examen obstétrical ;
- BU avec Nitrites à partir du 4ème mois permettant de diagnostiquer la bactériurie asymptomatique (recommandation HAS) responsable de MAP, petit poids gestationnel et FDR pyélonéphrite.
- ✓ Examen des seins systématique
- ✓ Vérifier si le FCV est à jour : à refaire si plus de 2 ans
- ✓ Colposcopie possible pendant toute la grossesse
- ✓ Supplémentation en fer non systématique, sauf si carence martiale ferritine < 50 ou anémie
- ✓ Pas de complément vitaminique systématique si bon équilibre nutritionnel sauf si ATCD de By-Pass et de Slive → bilan vitaminique et consultation diététicienne ou endocrinologue tous les mois +++++
- ✓ Information sur l'entretien prénatal au 4^{ème} mois de grossesse

Bactériurie asymptomatique

*Définition : patiente asymptomatique et **2 cultures positives** avec la même Bactérie > 10^5 UFC/ml sans notion de seuil de leucocyturie*

Dépistage fait par BU avec les nitrites suivie d'un ECBU

Traitement antibiotique recommandé chez toutes les femmes enceintes pendant 5 jours en première intention par Amoxicilline (7 jours si Bactrim CI au premier trimestre de la grossesse)

ECBU de contrôle **8 à 10 jours** après l'arrêt puis mensuel

Les patientes avec des ATCD infection urinaire **pendant** la grossesse : ECBU mensuel

Bilan du premier trimestre

Obligatoire : syphilis, toxoplasmose, rubéole, groupage sanguin avec double détermination, RAI

Conseillés et proposés : NFS plaquettes, ferritinémie, hépatite C, VIH 1 et 2, TSH

Glycémie à jeun si FDR de Diabète (≥ 35 ans , ATCD diabète familial au premier degré, ATCD DG et macrosomie fœtale ≥ 4 kg à la naissance, IMC ≥ 25)

- DG $\geq 0,92$
- Diabète de type 2 si $\geq 1,26$

Prescription de l'échographie du premier trimestre (entre 11 et 13 SA)

Prescription HT21 combiné (ordonnance et consentement)

Toxoplasmose

- ✓ Idéalement à vérifier en pré conceptionnel
- ✓ Rappeler les mesures hygiéno-diététiques (si possible leur remettre une feuille d'information) pour les non immunisées
- ✓ Définition de la séroconversion = apparition des IgG.
- ✓ Interprétation des sérologies maternelles :
 - contrôle dans le même laboratoire
 - le laboratoire doit rédiger une CONCLUSION 

Sérologie	Statut	Conduite à tenir
IgG - et IgM -	Non immunisée	Contrôler tous les mois
IgG + et IgM -	Immunité ancienne	Contrôler 3 semaines après (se méfier des taux IgG élevés → possible Séroconversion sans IgM)
IgG - IgM +	Infection récente ou IgM non spécifique	Contrôler à 10 jours et 20 jours si IgG encore négative → IgM non spécifique
IgG + et IgM +	Infection récente OU Immunité ancienne avec IgM résiduel	Contrôler à 3 semaines pour comparer le taux IgG qui double sur une séroconversion + avidité IgG

Rubéole

Risque infection fœtale jusqu' à 20 SA

A vérifier en pré conceptionnel avec carnet de santé car 1^{er} agent infectieux responsable d'embryopathies

Si preuve de deux doses de vaccins dans le carnet de santé avec lot et signature du médecin

↳ immunité ancienne même si IgG-

Avant 12 SA	Entre 12 et 20 SA	Après 20 SA
risque polymalformatif	50 % de surdité	aucun risque
→ IMG proposée devant la gravité du pronostic avec ou sans CPDPN	→ IMG à discuter avec le CPDPN	

Dépistage au premier trimestre si IgG- : 2^{ème} prélèvement à 20 SA et vaccination post Partum.

Nouveaux nés infectés excrètent pendant toute la première année le virus (pharynx, salive et selles) : tenir à distance les femmes enceintes séronégatives.

Génotypage Rhésus

Si femme RhD négatif

- information sur immunisation rhésus : dépistage, suivi et prévention. A cette occasion le groupe RhD du conjoint est à documenter ;
- si conjoint RhD+ ou inconnu : génotypage RhD fœtal sur sang maternel est réalisé à partir de 11 SA.

CAT résultat génotypage:

- *Si fœtus avec génotypage RhD +* : Immunoprophylaxie ciblée (200 µg) en cas d'événement à risque et systématique à 28 SA (300 µg), avec RAI préalable datant de moins d'1 semaine.
- *Si fœtus avec génotypage RhD négatif* : contrôle sur un second prélèvement après 15 SA et au moins 15 jours après le précédent. Si confirmation RhD - ➡ prévention non utile.
- *Si génotypage non déterminé sur deux prélèvements*, il sera considéré comme RhD+.

DPNI diagnostic prénatal non invasif

Recommandation de l'HAS (première publication en novembre 2015)

Proposer le test à toutes les femmes dont le risque est compris entre 1/1000 et 1/51 à l'issue du dépistage des MSM du premier et du deuxième trimestre.

Mise en évidence de l'ADN trophoblastique dans le sang maternel

A partir de 14 SA : risque d'être ininterprétable avant

Indications acceptées par les laboratoires

- ✓ MSM > 1/1000 et CN < 3,5 mm sans autre anomalie échographique ;
- ✓ Âge \geq 38 ans sans anomalie échographique et n'ayant pas bénéficié du dépistage par MSM ;
- ✓ ATCD Trisomie 13,18,21 ;
- ✓ Grossesse gémellaire ;
- ✓ Couple dont un des deux membres est porteur d'un translocation Robertsonienne impliquant 21 et 13 ;
- ✓ Convenance personnelle ;
- ✓ Signes échographiques : à discuter au cas par cas, éventuellement au CPDPN.

Peut être fait dans tous les laboratoires avec une ordonnance simple et un consentement.

5^{ème} mois

- ✓ Echographie morphologique 20-23 SA
- ✓ NFS plaquettes, ferritinémie, RAI, AgHbs,
- ✓ HTLV 1 et 2 population à risque = Afrique Noire, Caraïbes , Asie du Sud-Est, Amérique du Sud
- ✓ HGPO si FDR : ≥ 35 ans, ATCD Diabète familial au premier degré, ATCD diabète gestationnel, ATCD de macrosomie fœtale ≥ 4 kg, IMC ≥ 25
 - à faire à jeun de 12 h
 - DG si :
 - à jeun $\geq 0,92$ g/l
 - T1 $\geq 1,80$ g/l
 - T2 $\geq 1,53$ g/l

Suivi diabète gestationnel HJD

- ✓ Dépistage des patientes à risque : à partir de 35 ans ; ATCD diabète gestationnel et de diabète au premier degré, IMC à partir de 25 ; ATCD de Macrosomie fœtale plus de 4 kg
- ✓ A discuter pour les grossesses gémellaires et SOPK
 - ➡ Premier Trimestre : Glycémie à jeun après 10 SA
 - ➡ Deuxième trimestre : HGPO entre 24-28 SA
- ✓ Si Diabète gestationnel : Consultation Diabétologue ou groupe Diabète (RDV tous les 15 jours le mardi après midi à prendre auprès du secrétariat de médecine) Cs Dr. BROUSSAUD, SF et diététicienne
- ✓ Suivi via le site [My Diabby](#) proposé à toutes les patientes
- ✓ Consultation à 36 SA plus ou moins à 38 SA aux explorations fonctionnelles (Echographie, monitoring fœtal, TA, BU plus ou moins consultation avec le Dr. BROUSSAUD).

Début du 7^{ème} mois

- ✓ Supplémentation en fer si carence ou anémie ;
- ✓ Supplémentation Vitamine D : une ampoule en dose unique (inutile si présente dans leur complément vitaminique) ;
- ✓ Prévention allo immunisation Rhésus avec RAI préalable datant de moins d'une semaine ;
- ✓ Prévoir échographie du 3^{ème} trimestre (entre 30 et 34 SA).

Cytomégalovirus

- ✓ 50% des femmes sont séronégatives ;
- ✓ Infection maternelle peu ou asymptomatique ;
- ✓ 0,5 à 1 % des nouveaux nés ;
- ✓ 1 % primo infection chez les séronégatives : 30 % infection fœtale dont :
 - 10 % symptomatiques
 - 90 % asymptomatiques (5 à 10 % troubles auditifs)
- ✓ Tous les cas graves rapportés ont eu une infection avant 20SA.
 - ➡ Risques de séquelles néonatales diminuent avec le terme.
- ✓ Si le risque de Transmission maternofoetale pour la primo infection CMV est connue (30 %) , elle est par contre non connue pour les réinfections (1,4 % ?)
- ✓ Le plus efficace : prévention par les mesures hygiéno-diététiques ++++ : patiente et conjoint qui **diminuent par 4** le risque de primo-infection et donc d'infection fœtale.

CMV Avis CNGOF Février 2018

Pas d'indication à réaliser le dépistage systématique selon les recommandations de l'HAS depuis 2004 et selon les critères OMS (absence de vaccin, de traitement validé en prénatal, données épidémiologiques incomplètes avec des conséquences négatives du dépistage : anxiété, nombre d'amniocentèse, IMG non justifiées...)

Dépistage plutôt ciblée des populations à risque :

- bas niveau socio-économique, proximité des enfants de moins de 3 ans en préscolaire, mère de famille ;
- idéalement en pré conceptionnel, dépister celles qui sont séronégatives ou devant des signes évocateurs : signes échographiques(RCIU , hydramnios, anses hyperéchogènes ou anomalies cérébrales), signes cliniques ou biologiques (cytolysse hépatique).

La seule sérologie qui sera interprétable est l'absence d'immunité acquise.

Listériose DO à ARS (FICHE INVS)

- ✓ Aliments à risque : produits conservés au réfrigérateur et consommés sans cuisson ;
- ✓ Détruite par la cuisson et la congélation ;
- ✓ Son ingestion est fréquente, l'infection reste rare mais grave ;
- ✓ Listériose maternofoetale ➡ deux contaminations possibles :
 - Transplacentaire
 - Néonatal au moment du passage de la filière cervicovaginale :
 - Précoce nouveau-né <7j
 - Tardive j7 et j28.
- ✓ Principalement de la température < 38°C dans 60 % des cas, associée à des frissons ;
- ✓ Diarrhée le mois précédent ;
- ✓ Incubation de 4 à 60 jours (recherche des repas dans les 2 mois précédents).

Traitement de la Listeria

- ✓ Non recommandé après l'ingestion d'aliments contaminés (?) mais surveillance pendant 2 mois ;
- ✓ Ampicilline 6 g/J +/- gentamicine, traitement long :
 - 2 semaines en cas de bactériémie,
 - 3 semaines en cas de forme méningée.
- ✓ Si allergie pendant la grossesse : Vancomycine.

PEC des grossesses arrêtées suite à l'arrêt du Cytotec depuis 1 mars 2018

Recommandations temporaires d'utilisation RTU établies par l'ANSM le 16 février 2018

- ✓ Prise en charge en Ville
 - 400 µg de misoprostol en une prise toutes les 3 heures si inefficace jusqu'à la dose de 2400 µg max ;
 - Tout médecin peut délivrer le misoprostol sans nécessité de convention ;
 - Les sages femmes ne sont pas autorisées à le délivrer ;
 - Le prescripteur facture une consultation de 25 € et un forfait pour Gymiso ou Misoone à 27,76 € auquel s'ajoute le tarif de l'honoraire de dispensation y afférent à 1,02 € dans la limite de deux honoraires par patiente ;
 - Ces médicaments sont réservés à un usage professionnel, la commande se fait via une ordonnance standard sur laquelle le médecin mentionne "usage professionnel" conformément aux articles [R5132-4](#) et [R5132-5](#) du code de la santé publique.

- ✓ Prise en charge établissement de santé à HJD
 - Délivrance **non disponible** via la dotation des IVG de l'hôpital.
 - **Les patientes seront donc orientées vers leur gynécologue ou médecin traitant si un traitement médicamenteux est souhaité.**