

SUIVI de la GROSSESSE par le MÉDECIN GÉNÉRALISTE

PH. AUDRA, G. GRIMARD

LYON, le 26 Novembre 2005

Cas Clinique N° 1 : Mme A. consulte pour retard de règles de 3 semaines et test de grossesse positif.

- **Française, 32 ans, mariée, vendeuse,**
- **Symptômes**
 - Nausées et vomissements le matin
 - A perdu 1 kg, fatigue un peu mais bon E.G.
 - Pas de douleurs, pas de pertes de sang
- **Antécédents familiaux**
 - Un neveu trisomique*
 - Diabète de type II chez sa mère*
- **Antécédents personnels**
 - APP à 12 ans, thyroïdite en 2002 (LEVOTHYROX)*
- **Antécédents obstétricaux**
 - 1 IVG en 1996*
 - 1 enfant en 2002 : grossesse normale, acc à 8 mois, 2500 gr.*
 - 1 FCS à 2 mois en 2003, curetage.*
- **Examen : 1 m 63, 58 kg, TA : 110/70 mmHg**
 - Examen clinique sans particularité
- **Elle n'a aucun examen sanguin**

SIGNES D'ALARME ?

NON

- **DOULEURS : Sd CHIRURGICAL**
- **MÉTRORRAGIES : FCS, GEU**
- **PERTE DE POIDS IMPORTANTE**

FACTEURS de RISQUE ?

① PSYCHO SOCIAUX

- TROUBLES PSY : 0
- NIVEAU SOCIAL : OK
- TRAVAIL PÉNIBLE
- 1 ENFANT 3 ANS

FATIGUE

FACTEURS de RISQUE ?

② GÉNÉTIQUES

- CHROMOSOMIQUES ?

TRISOMIE chez un NEVEU :

T. LIBRE ou TRANSLOCATION ?

⇒ *X de L'INDEX, de ses PARENTS*

INCONNU = X PARENTAL

- GÉNIQUES : 0

pas D'AFFECTION FAMILIALE CONNUE

FACTEURS de RISQUE ?

③ MÉDICAUX

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

DT II chez la MÈRE ⇒ RISQUE D. G. ↗

AFFECTIONS PERSONNELLES

THYROÏDITE = 0

APP = 0 (OCCLUSION)

AFFECTIONS MÉDICALES

- **CARDIOPATHIES**
- **HTA, NÉPHROPATHIES**
- **DIABÈTE I ET II**
- **THROMBOPHILIE**
- **DIATHÈSE HÉMORRAGIQUE**
- **HYPERTHYROÏDIE**
- **ÉPILEPSIE**
- **AFFECTION MALIGNE**



FACTEURS de RISQUE ?

④ OBSTÉTRICAUX

- **IVG = 0**
- **FCS PRÉCOCES = 0**
- **FCS TARDIVES (2ème T.)**
- **ACC. PRÉMATURÉS (< 37 SR)**
- **MORTS PÉRINAT.**
- **ENFANTS IMOC**

EXAMENS BIOLOGIQUES

1er TRIMESTRE OBLIGATOIRES

(Décret 1992)

- **GROUPE SANGUIN RH. PHÉNOTYPE**
- **VDRL – TPHA**
- **R A I**
- **SÉROLOGIE RUBÉOLE**
- **SÉROLOGIE TOXOPLASMOSE**
- **URINES (SUCRE et ALBUMINE)**

EXAMENS BIOLOGIQUES

1er TRIMESTRE

FACULTATIFS CONSEILLÉS

- SÉROLOGIE HIV
- N F P, FERRITINE

pour TOUTES

- SÉROLOGIE VHC
- AG. HBS
- SÉROLOGIE CMV ???

SUJETS à RISQUE

EXAMENS BIOLOGIQUES

1er TRIMESTRE

selon PATHOLOGIE

- **GLYCÉMIE à JEUN, HbA₁C**
- **T S H (± T3 – T4)**
- **CRÉATININE**
- **TRANSAMINASES**
- **BILAN THROMBOSE**

ECHOGRAPHIE 1er TRIMESTRE

- DOULEURS
- MÉTRORRAGIES
- P. M. A.
- AFFECTIONS MÉDICALES

IMMÉDIATE

GROSSESSE NORMALE \approx 12 SA.

LES ANTI ÉMÉTIQUES

FORMES MODÉRÉES

- **BÉNÉFICE MATERNEL :**
COCHRANE DATABASE 2003 (21 ERC)
OR : 0,16 95% CI (0.08-0.33)
- **INNOCUITÉ FŒTALE :**
Peu de DONNÉES

QUELS MÉDICAMENTS ?

MÉTOCLOPRAMIDE : (PRIMPÉRAN®)

MÉTOPIMAZINE : (VOGALÈNE®)

DOMPÉRIDONE : (MOTILIUM®)

DOXILAMINE : (DONORMYL®)

PYRIDOXINE : (VITAMINE B6®)

Que PRÉVOYEZ-VOUS ?

- **REVOIR en URGENCE si :**

Douleurs, métrorragies, perte de poids > 5 Kg

- **REVOIR à 13 S**

avec résultats biologiques et échographie

- **SUITE et FIN de GROSSESSE**

Cas Clinique N° 2 : On revoit madame A. à 13 semaines

- **Elle VOMIT TOUJOURS le MATIN.**
a reperdu 1 Kg, E.G. moyen, TA : 110/70 mmHg
- **ECHOGRAPHIE FAITE à 12 SA**
⇒ **1 embryon, biométrie conforme à l'âge, BC+**
Pas d'anomalie visible, clarté nucale : 2 mm
- **EXAMENS BIOLOGIQUES**
GS : 0 négatif, VDRL – TPHA (-) RAI (-)
Rubéole (-) Toxo : IgG (+) IgM (-)
Glycémie et TSH normales

ÉLÉMENTS à PRENDRE en COMPTE

● CLINIQUE = 0

● ÉCHOGRAPHIE : OK

● O NÉGATIF = Risque I. F. M.

● RUBÉOLE ⊖ = Risque Embryopathie

● GLYCÉMIE ⊕ = pas de D. P. G.

● T S H ⊕ = ÉQUILIBRE OK

ÉCHOGRAPHIE 12 SA

① **VITALITÉ : BC + MF +**

② **Nb. EMBRYONS : G 1 / GX**

③ **ÂGE GESTATIONNEL**

④ **SIGNE D'APPEL**

1ère étude morpho

Clarté nucale

SURVEILLANCE BIOLOGIQUE

- RH ⊖ ⇒ RAI 6, (7), 8, 9 MOIS.**
- RUBÉOLE ⊖ ⇒ CONTRÔLE vers 20 SA**
- TOXO ⊖ ⇒ SURVEILLANCE / MOIS**
- S et A ⇒ SURVEILLANCE / MOIS**

CARYOTYPE FŒTAL

- ÂGE MATERNEL ≥ 38
- ANOMALIE X PARENTALE
- ENFANT avec ANOMALIE X
- MALADIE GÉNÉRIQUE LIÉE AU SEXE
- S. A. E. ÉCHOGRAPHIQUE
- RISQUE BIOLOGIQUE

MARQUEURS SÉRIQUES T. 21

- Doivent être PROPOSÉS
- A FAIRE entre la 15^{ème} et FIN 17^{ème} SA
- DOSAGE HCg, AFP \pm 02
- ESTIMATION du RISQUE
- RISQUE $>$ 1/250 : PLA CONSEILLÉE

DIAGNOSTIC PRÉNATAL

FACTEURS de RISQUE X ⊕



ÉCHO 12 SA ⊕



MARQUEURS T 21 (> 1/250)



ÉCHO 22 SA ⊕

CARYTOTOPE

FŒTAL

DIAGNOSTIC PRÉNATAL

- DÉPISTAGE ANOMALIE X \approx 70 – 80%
- AMNIOCENTÈSE \approx 10 %
- RISQUE AMNIOCENTÈSE \approx 1/150

POUVEZ – VOUS PRENDRE en CHARGE ?

- **ANTÉCÉDENTS LOURDS = 0**
- **AFFECTIONS MÉDICALES = 0**
- **GROSSESSE MONOFOETALE**
- **PAS DE SIGNE D'ALERTE**

**GROSSESSE
à
BAS RISQUE**

Que DEVEZ – VOUS FAIRE ?

- La DÉCLARATION de GROSSESSE
- PRÉVOIR la SURVEILLANCE :
 - *CLINIQUE MENSUELLE*
 - *ÉCHOGRAPHIES: 22 – 32 SA*
 - *BIOLOGIQUE*
- DONNER les CONSEILS D'USAGE
- PRÉVOIR le LIEU D'ACCOUCHEMENT

Cas Clinique N° 3 : madame A arrive au début du 6ème mois

- Elle ne vomit plus et se sent mieux.
Elle sent le bébé bouger depuis un mois
Elle signale quelques contractions
- Elle a repris du poids : 64 Kg (+ 6) TA :
110/70 mmHg S = 0, A = 0.
La hauteur utérine est à 18 cm, le col est long, fermé.
- L'échographie faite à 22 SA
⇒ *Biométrie normale*
Pas de malformation visible
Placenta normalement inséré

L'ÉVOLUTION est-elle NORMALE ?

CLINIQUE NORMALE

DANGER : MÉTRORRAGIES, HTA, HU ↘

ECHOGRAPHIE 22 SA

***BIOMÉTRIE CONFORME
PAS DE MALFORMATION
PLACENTA NON B.I.E.***

OUI

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES ?

- N. F. P.
 - Ag. HBS
 - R. A. I : RH ⊖ ou TRANSFUSÉE
 - TOXO : si NÉGATIF
 - DIABÈTES. : TOUTES ou F D R ?
- Pour TOUTES

DIABÈTE GESTATIONNEL

DÉPISTAGE : en 2 TEMPS

- **SCREENING** : GLYCÉMIE 1 H après 50 gr G.
 - ≥ 1.30 gr/l *SENSIB. > 90 %*
 - ≥ 1.40 gr/l *SENSIB. > 80 %*
- **DIAGNOSTIC** : H G P O (100 gr)
CRITÈRES de CARPENTER et COUSTAN.

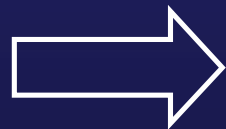
DIABÈTE GESTATIONNEL

DÉPISTAGE : en 1 TEMPS

H G P O avec 75 gr G (OMS)

- **GLYCÉMIE à JEUN (N < 1.05 gr/l)**

- **GLYCÉMIE 2 H après GLUCOSE (N < 1.40 gr/l)**



DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC

RÉSULTATS H G P O 75 gr

- **DIAGNOSTIC de DIABÈTE**

G. à J > 1.26 gr/l ou G. à 2 H > 2 gr/l

- **HYPERGLYCÉMIE MODÉRÉE à JEUN**

G. à J > 1.05 gr/l mais < 1.26 gr/l.

- **TOLÉRANCE IMPARFAITE au GLUCOSE**

G. à 2 H > 1.40 gr/l mais < 2 gr/l.

Que PREVOYEZ – VOUS ?

● **CONSULTATION dans 1 MOIS**

● **CONSEILS MODE de VIE**

DIÉTÉTIQUE, ACTIVITÉ, TOXIQUE

● **PRESCRIPTIONS :**

ANÉMIE ⇒ FER ± AC. FOLIQUE

Cas Clinique N° 4 : Madame A arrive au début du 7ème mois

- Elle fatigue un peu le soir, mais l'E.G. est bon.
- Elle se plaint de brûlures oesophagiennes, de mal de dos, et signale une dizaine de contractions dans la journée irrégulières et non douloureuses.
- Poids 67 Kg (+9), TA : 100/60 S = 0, A = 0
Hauteur utérine : 24 cm, BC+, col long et fermé
- GR 3,5 M Hb 10,5 gr/l. RAI (-) HBs (-)

EVOLUTION NORMALE ?

Pas de **SIGNE D'ALERTE**

M A P
H T A
R C I

PROTÉINURIE
RAI ⊕
TOXO

EVOLUTION NORMALE ?

PETITS MAUX de la GROSSESSE

R. G. O.

CONSTIPATION

LOMBALGIES

JAMBES LOURDES

LES CONTRACTIONS ?

C.U. PHYSIOLOGIQUES

Irrégulières, indolores, < 10 / J

C. U. ANORMALES (?)

± régulières et douloureuses, > 10 J

DÉBUT de TRAVAIL

Régulières et douloureuses, > 6 / H

Col ouvert > 2 cm

CONDUITE à TENIR

① ARRÊT de TRAVAIL

*F. D.R : acc 36 SA , vendeuse, 1 enfant,
S. Cliniques : peu de valeur*

② PRESCRIPTIONS

*Vitamine D 100.000 U.
Fer (Hb 10,5 gr/dl)*

③ PRÉVOIR ÉCHO 32 SA

④ CONSULTATION LIEU D'ACCOUCHEMENT

Cas clinique N° 5 : Madame A revient en urgence 10 jours plus tard

- **Depuis la nuit dernière se sent mal**
- **Ce matin frissons, T° 38°4**
- **Il n'y a pas de signe d'appel**
- **Examen clinique sans particularité**

HYPERTHERMIE et GROSSESSE

$T^{\circ} \geq 38^{\circ}$

QUEL DIAGNOSTIC ?

**Examen
Clinique
négatif**

- **Syndrome Grippal**
- **Infection à C M V**
- **Pyelonéphrite**
- **Listériose**

PYELONÉPHRITE AIGUË

- GRAVITÉ MATERNELLE
- RISQUE D'ACC. PRÉMATURÉ
- HOSPITALISATION D'EMBLÉE
- E C B U ET HÉMOCULTURE
- CÉPHALO 3ème GÉN. (IV)
- ECHO RÉNALE

LISTÉRIOSE

- **T° ≥ 38 sans SIGNE D 'APPEL**
- **SURTOUT si CONTRACTIONS**
- **HÉMOCULTURE + + +**
- **AMPICILLINE IV 6 gr / j 21 J**

QUE FAIRE ?

- **PRÉLÈVEMENTS BACTÉRIOLOGIQUES**
 - HÉMOCULTURES
 - E C B U
- **A. B. (I.V.) : Amoxicilline, Macrolides**
- **SURVEILLANCE FŒTALE**
- **HOSPITALISATION au moindre DOUTE**

Cas Clinique N° 6 : madame B vient passer sa visite du 7ème mois

- **1ère grossesse, 29 ans, enseignante**
- **Aucun antécédent notable**
- **Vous la suivez depuis le début**
Jusque là : RAS (anxieuse)
Echo à 12 et 22 SA normales
- **On est à 29 SA. Quelques maux de tête depuis 2-3 jours (mais terrain migraineux), dort mal la nuit, constipée.**
- **Bon E.G., 70 Kg (+ 10), oedèmes modérés des M.I. TA : 135/85 mmHg, S = 0, Alb = 0,25 gr/L, HU / 23, BC +, col long fermé.**

Les ÉLÉMENTS ANORMAUX ?

● CÉPHALÉES : MIGRAINES ?

● TA 135/85 (N < 140/90)

● A : 0,25 gr/l (N < 0,30)

● HU = 23 cm (N ≈ 24)

P. E.

?

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- ACIDE URIQUE
- CRÉATININE
- N. PLAQUETTES
- TRANSAMINASES
- DOSAGE ALB.

CONDUITE à TENIR

A REVOIR avec RÉSULTATS

① CONFIRMATION P. E.

ou AGGRAVATION CLINIQUE

⇒ *Urgence*

② ETAT STABLE et BILAN NORMAL

⇒ *Surveillance renforcée*

HYPERTENSION ARTÉRIELLE et GROSSESSE

TA \geq 140/90 mmHg

FORMES CLINIQUES

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

- CHRONIQUE
- GRAVIDIQUE

20 SA

PRÉ ÉCLAMPSIE

PROTÉINURIE > 0,3 g/L

PATHOLOGIE VASCULAIRE PLACENTAIRE

Après 20 SA

**ISCHÉMIE
PLACENTAIRE**



FŒTUS

R C I U

MÈRE

PRÉ ÉCLAMPSIE

PRÉ ÉCLAMPSIE

RÉACTIVITÉ VASCULAIRE ↗

➔ HTA

MICRO ANGIOPATHIES

- REIN = PROTÉINURIE
- FOIE = HELLP
- CERVEAU = ÉCLAMPSIE

PRÉ ÉCLAMPSIE SÉVÈRE

- HTA > 160 / 110 mm/Hg
- PROTÉINURIE > 3 gr / 24 H
- CRÉATININE > 1,2 mg / dl
- PLAQUETTES < 100 GL
- TRANSAMINASES AUGMENTÉES
- TROUBLES NEURO - VISUELS
- DOULEURS ÉPIGASTRIQUES

Cas Clinique n° 7 : madame C est vue en urgence pour vomissements et douleurs épigastriques.

- **Vous ne la connaissez pas**
- **IP 34 ans, ATCD : APP, allergie respiratoire**
- **Elle est à 31 SA, grossesse suivie
Jusque là normale.**
- **Mal à l'estomac depuis 2 ou 3 jours.**
- **66 Kg (+8), TA 120/80, T° 36°9
HU 25 BC + Col long et fermé**

Quel DIAGNOSTIC

ÉVOQUEZ – VOUS ?

**CAUSE ORGANIQUE jusqu'à PREUVE du
CONTRAIRE**

- **P.E. avec HELLP Sd**
- **Sd CHIRURGICAL**
- **Autre PATHOLOGIE DIGESTIVE**

EXAMENS BIOLOGIQUES

- **TRANSAMINASES**
- **AMILASES – LIPASES**
- **IONOGRAMME**
- **BILAN de COAGULATION**
- **N F P**

CONDUITE à TENIR

HOSPITALISATION D'URGENCE

- **SURVEILLANCE MATERNELLE**
- **SURVEILLANCE FŒTALE**
- **HELLP = NAISSANCE**