

DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE TCEM1

Université PARIS NORD
U.F.R. S.M.B.H.
Dpt. de Médecine Générale

GYNECOLOGIE PRATIQUE

COURS 1 : La contraception

COURS 2 : La grossesse

Cours 3 : La ménopause

Cours 4 : Le dépistage des cancers en gynécologie

**Enseignants : Dr Peyrebrune
Dr Ruelland**

Année scolaire 2004 / 2005

LA GROSSESSE

AVANT...

- consultation prénuptiale
 - ↳ sérologie de la rubéole (vaccin?), sérologie de la toxoplasmose
 - ↳ groupe sanguin
 - ↳ sérologie VIH ? CMV ?
 - ↳ Examen gynécologique avec frottis et examen des seins
 - ↳ recherche de toute pathologie chronique nécessitant un conseil et/ou une prise en charge spécifique

==> INFORMATIONS sur...

- ↳ le tabagisme, l'alcool
- ↳ les maladies héréditaires
- ↳ la fertilité
- ↳ l'alimentation
- ↳ la compatibilité avec les traitements en cours : diabète, épilepsie, maladies thromboemboliques, etc.
- ↳ maîtrise du poids
- ↳ allaitement

PREMIERE CONSULTATION

■ DIAGNOSTIC ET DATATION DE LA GROSSESSE

La consultation incluant la déclaration de grossesse est remboursée à 100%

■ CIRCONSTANCES DE DIAGNOSTIC

- ↳ la patiente "sait" qu'elle est enceinte: test positif
- ↳ elle s'interroge sur un retard de règles
- ↳ elle consulte pour une asthénie, des troubles urinaires, des nausées, une somnolence, des troubles du sommeil, des douleurs mammaires
- ↳ Consultation non liée à la grossesse

- ⇒ quel est la "période" habituelle des règles, leur régularité ?
- ⇒ Rapports sexuels, depuis les dernières règles, non protégés ?
- ⇒ Caractéristiques des dernières règles ? Comme d'habitude, courtes et peu abondantes, différentes par rapport à d'habitude ?

La demande de Bêta HCG doit être faite à la moindre hésitation de la patiente, au moindre doute du médecin.

L'interrogation sur la date de ses dernières règles, son désir de grossesse doit être fait à chaque consultation, ne serait-ce que pour éviter de faire une prescription contre indiqué lors de grossesse.

■ QUEL EST LE DESIR DE GROSSESSE ?

Grossesse désirée ? Grossesse acceptée ? Grossesse refusée ?...

- ⇒ Ecouter, essayer de comprendre, aider ?
- ⇒

INFORMATIONS DONT LA CONNAISSANCE EST UTILE
et à identifier dès la 1ère consultation

- AGE ...
- TAILLE et POIDS (notamment si la taille est inférieure à 1 m 50...)
- SITUATION FAMILIALE et SOCIALE
- PROFESSION, temps de transport et mode de déplacement
- USAGE de médicaments (psychotropes)
- CONSOMMATION DE TABAC, de boissons ALCOOLISEES, USAGE de DROGUES
- HABITUDES ALIMENTAIRES
- MALADIES ANCIENNES ou CHRONIQUES susceptibles d'interférer avec la grossesse (diabète, hypertension, épilepsie, néphropathies, infections génitales, etc.)
- MALADIES FAMILIALES/HEREDITAIRES, et malformations
- ANTECEDENTS OBSTETRICAUX (fausses-couches, IVG, hypofertilité, traitements inducteurs,
 - hypotrophie, prématurité, césarienne, etc.)
- EXAMENS BIOLOGIQUES ANTERIEURS (groupe sanguin/celui du conjoint, sérologies connues, etc...)
- CONSEILS DIVERS : habillement, allaitement, voyages, sexualité,
- PETITS MAUX COURANTS : rhinite, céphalées, constipation, susceptibles d'entraîner une automédication.

EVALUATION MEDICO-SOCIALE

Elle nécessite une ECOUTE OUVERTE et ORIENTEE :

- ↪ Problèmes sociaux, habitat, précarité des ressources, Problèmes professionnels : chômage ou travail pénible,
- ↪ Problèmes familiaux et/ou conjugaux, difficultés psychologiques (personnelles ou familiales: frères et sœurs futurs...)

L'EXAMEN CLINIQUE

- OBJECTIFS
 - ↪ Apprécier le développement de la grossesse
 - ↪ Evaluer le niveau de "risque"
 - ↪ Orienter si besoin la patiente vers l'établissement le plus adapté
- LE CONTENU DE L'EXAMEN CLINIQUE MENSUEL
 - ↪ Poids + HTA, auscultation cardiaque, veineuse, examen des seins
 - ↪ Hauteur utérine, état du col (TV/ spéculum)
 - ↪ Recherche de mouvements actifs, d'éventuelle des bruits du cœur (selon le terme)
 - ↪ Evaluation du tonus utérin, de la paroi abdominale, recherche de contractions
 - ↪ Recherche de leucorrhées, de métrorragies, examen de la vulve, de signes fonctionnels urinaires.

Plan de suivi d'une grossesse normale ou à bas risque¹ en médecine générale :

1^{er} mois	Diagnostic et premier entretien
2^{ème} mois	_ 1er bilan biologique Prescription par anticipation de l'échographie de la 12 ^{ème} SA avec explications sur le dépistage de la T21
3^{ème} mois	Examen clinique : appréciation de la croissance utérine, état du col, BDC aux US, examen général, alimentation, poids, TA, bandelette urinaire _ déclaration : dernier délai, 15 semaines d'aménorrhée, après la 1 ^{ère} échographie (12 semaines d'aménorrhée) 15 SA : informations sur le dépistage de la T21 et prescription des dosages biologiques Prévoir le suivi et le lieu d'accouchement,
4^{ème} mois	Examen clinique : appréciation de la croissance utérine, état du col, BDC aux US, examen général, alimentation, poids, TA, bandelette urinaire ▶ Prescription de l'ETUDE ECHOMORPHOLOGIQUE à 22 SA ▶ LETTRE AU SPECIALISTE (il faut s'y prendre assez tôt...)
5^{ème} mois	Examen clinique : appréciation de la croissance utérine, état du col, BDC aux US, examen général, alimentation, poids, TA, bandelette urinaire
6^{ème} mois	Examen clinique : appréciation de la croissance utérine, état du col, BDC aux US, examen général, alimentation, poids, TA, bandelette urinaire, bilan sanguin Ag HBs et sérologie VIH, NFS, glycémie, uricémie, test O'Sullivan ²
7^{ème} mois	SUIVI ALTERNE suivant les cas
8^{ème} mois	SUIVI ALTERNE suivant les cas
9^{ème} mois	SUIVI ALTERNE suivant les cas

CONGES DE MATERNITE

SITUATION FAMILIALE	GROSSESSE ACTUELLE	CONGE PRENATAL	CONGE POST NATAL
SANS ENFANT	PREMIER ENFANT	6 SEMAINES	10 SEMAINES
	JUMEAUX	6 SEMAINES	12 SEMAINES
UN ENFANT	DEUXIEME ENFANT	6 SEMAINES	10 SEMAINES
	JUMEAUX	6 SEMAINES	22 SEMAINES
DEUX ENFANTS ET PLUS	UN NOUVEL ENFT	8 SEMAINES	12 SEMAINES
	JUMEAUX	8 SEMAINES	22 SEMAINES

¹ Définir ce « bas risque » est difficile : il est raisonnable de prendre systématiquement en compte l'avis du correspondant gynéco-obstétricien au moindre doute ...

² Glycémie à jeun et 1heure après l'ingestion de 50gr de glucose : le test est positif si la glycémie est supérieure à 1,30g/l ou 7,2mmol/l. à faire entre le 6^{ème} et le 7^{ème} mois sans facteurs de risque

**EXAMENS BIOLOGIQUES ET GROSSESSE
ADMIS PAR LES REFERENCES PROFESSIONNELLES**

AVANT LE 3^{ème} mois:

- ↪ groupe ABO facteur rhésus
- SI Rh - ==> recherche d'agglutinines irrégulières
- ↪ sérologies de la syphilis, rubéole, toxoplasmose
- ↪ protéinurie, glycosurie,
- ↪ sérologie VIH + sérologie HBs (Ag)

APRES LE 3^{ème} MOIS:

■ **chaque mois**

Ⓞ Protéinurie, glycosurie

Sérologie toxoplasmique en absence d'immunité

■ **si le groupe est RH (-) ==> Aggl. Irrégulières, recherche mensuel**

■ **au 6^{ème} mois:** NFS systématique, glycémie, test O'Sullivan

LES PETITS MAUX DE LA GROSSESSE

1. GROSSESSE ET ALIMENTATION (cf. fiche fin du poly)

PRISE DE POIDS: OBJECTIF RAISONNABLE : 9 à 12 KG

ATTENTION A LA PREMIERE GROSSESSE ...

ATTENTION LORS TOXOPLASMOSE NEGATIF (cf. voir fiche à la fin du poly)

RESPECTER UN BON EQUILIBRE ALIMENTAIRE, **ADAPTER, NEGOCIER...**

APPORTS CALCIQUES SUFFISANTS(cf. fiche fin du poly):

1,2g/24h. = 1 bol de lait + 2 yaourts + 40 de gruyère + 1 plat de légumes verts

APPORTS MARTIAUX

■ + 25% par rapport aux besoins "normaux"

■ Apports complémentaires utiles à partir du 6^{ème} mois en cas de carence supposée/avérée (NFS, fer sérique)

FLUOR: pas d'intérêt démontré

FOLATES

■ Baisse de la récurrence des spinas bifidas (complément pendant la conception, deux mois avant la grossesse et le premier mois de grossesse)

■ Bénéfice possible en cas de traitement anti comitial, du 5^{ème} mois jusqu'à terme : conseiller le foie, les épinards, la salade, le melon (les noix, amandes, châtaignes trop calorique!)

2. SOMMEIL ET GROSSESSE

Les troubles du sommeil sont fréquents au premier trimestre et en fin de grossesse.

Ils sont d'autant plus gênants qu'ils sont couplés à des nausées.

Ils sont plus ou moins bien vécus. Interroger toujours votre patiente sur son sommeil en début de grossesse, cela permet une prise en charge avant qu'elle soit épuisée.

Le magnésium et la phytothérapie peuvent être d'un grand secours surtout si la patiente se sent écoutée.

Un bilan médico-psycho-social et professionnel doit être fait systématiquement.

Les ressources familiales et amicales de la patiente doivent être évaluées pour une prise en charge précoce.

Le bien-être de la maman dépend du bien-être de l'enfant et de la famille.

3. LA SOMNOLENCE ET LES MALAISES

La somnolence est souvent présente pendant le premier trimestre de la grossesse, sur la première grossesse. Il est important d'en informer la patiente et son mari. Elle disparaît à la fin du premier trimestre.

Les malaises doivent toujours être bilantés :

- Chute de tension suite à une fatigabilité plus importante, dénutrition suite aux nausées,
- Rechercher par une prise de sang une anémie, une hypocalcémie, un diabète gestationnel,
- Rechercher un problème obstétrical : GEU, FC
- Vérifier la pénibilité de son travail, des transports
- Faire un bilan social à la recherche d'une précarité latente, chronique, aiguë,
- Bilan aussi affectif et familial : vécu de cette grossesse par la famille.

4. DEPRESSION ET GROSSESSE

« Processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme maternité »

Nouvelle crise maturative comparable à celle de la puberté : rupture d'un équilibre pour un autre équilibre.

- Réactivation des relations archaïques de la mère avec sa propre mère.
- Contexte actuel : conjugal, familial, social, médical,
- Evolution du désir d'être enceinte au désir d'avoir un enfant et du bébé rêvé au bébé réel,
- Période de « transparence psychique » avec abaissement du seuil de perméabilité à l'inconscient, des reviviscences mnésiques, des fantasmes régressifs : facilitation des entretiens psychothérapeutiques.
- Symptomatologie quelques fois particulière par exacerbation des symptômes habituels de la grossesse: labilité émotionnelle, modification du sommeil, irritabilité, anxiété, dysphorie.
- Appréciation du risque doit être bien pesée,
- Sans antécédent, il faut rechercher des épisodes traumatiques (viol, inceste),
- Porter une attention aux antécédents de FC, morts in utero, IVG,
- Dépistage important pour éviter des difficultés obstétricales et le risque de dépression post-natale,
- Le suivi psy doit être favorisé, surtout lorsqu'il nécessite un traitement, et être fait en étroite collaboration avec l'équipe obstétricale et le généraliste,
- Les consultations post natales pour le bébé doivent être l'occasion de faire attention à la santé de la mère.

Ne pas négliger la consommation de tabac et d'alcool.

5. LES TROUBLES DIGESTIFS

B. Durand Créteil : manifestations psychopathologiques de la grossesse Revue du Praticien Nov.2003

- Nausées, aversions sélectives banales jusqu'à 3 mois, s'il n'y a pas de retentissement sur l'état général.
- Les vomissements gravidiques incoercibles après le 4^{ème} mois, avec perte de poids et troubles hydro-électrolytiques, voire insuffisance rénale, alcalose métabolique.
 - Hyperthyroïdie,
 - Sociaux : plus fréquent dans le milieu urbain,

- Psychologiques : stress, grossesse non désirée, troubles de la personnalité. (Problème avec leur propre mère. Traitement psychologique précoce + métoclopramide + réhydratation par voie intra-veineuse.
- Recherche d'une cause digestive : hépatique, constipation, appendicite, cholécystite.
- Thérapeutique martial,
Pyrosis,
Constipation,
Hémorroïdes,
Les atteintes hépatiques :
 - Toutes atteintes hépatiques doivent faire arrêter le traitement pris,
 - La cholestase gravidique entraîne un prurit généralisé lors d'ictère, complications fœtales graves, rares,
 - Syndrome de HELLP : hémolyse intravasculaire, hypertransaminasémie, thrombocytopenie.
 - Stéatose hépatique aiguë : hypertransaminasémie et/ou hyperuricémie, menace d'accouchement prématuré sont les premiers signes.
 - L'hépatite herpétique : fièvre + transa x 50= urgence +++

En pratique Complications hépatiques de la grossesse J.Bernuau La revue du Praticien N°53 2003

Le principal élément diagnostique d'atteinte hépatique est l'hypertransaminasémie,

Toutes anomalies hépatiques doivent faire interrompre l'utilisation de médicaments.

La présence d'ictère doit faire rechercher un facteur aggravant.

La prolongation après 18-20 semaines de vomissements incoercibles doit faire rechercher une autre cause diagnostique.

En présence d'un syndrome de HELLP, même incomplet, l'absence d'HTA ou de protéinurie n'exclut pas la prééclampsie.

La survenue récente d'une polydipsie au 3^{ème} trimestre de la grossesse oriente vers un diagnostic clinique de stéatose hépatique aiguë gravidique.

Au 3^{ème} trimestre une température de plus de 38° + une augmentation des transaminases doit faire porter le diagnostic d'hépatite herpétique.

6. LES DOULEURS ABDOMINO-PELVIENNES DE DEBUT DE GROSSESSE³

Des symptômes très fréquents qui entraînent une anxiété chez la patiente

La démarche diagnostique :

Éliminer une urgence vitale

GEU, Fausse couche, torsion d'une annexe.

Examen clinique, échographie (grossesse évolutive dans l'utérus) + bêta HCG (positif dès 8 jours de grossesse et doublant tous les 48 heures jusqu'au 26^{ème} jour, à faire dans le même laboratoire pour comparer) pour la GEU.

Les autres diagnostics :

Les ruptures du corps jaune ne demandent pas de traitement mais doivent être diagnostiquées très précisément.

Les kystes de l'ovaire dont, seules, les complications peuvent provoquer de la douleur

Au moindre doute l'adresser à un service spécialisé.

7. LES LEUCORRHEES

L'herpès : le zovirax peut être prescrit

Le prurit vaginal sans infection, fréquent : savon à Ph neutre, savon surgras.

Le dépistage du CMV pour les femmes à risque : personnel travaillant en crèche, institutrice, femmes enceintes ayant des enfants placés en crèche

Les lésions de bas grade et de haut grade seront pris en charge après l'accouchement.

³ Le Quotidien du Médecin : les risques pathologiques pendant la grossesse

8. LES PROBLEMES VEINEUX

A. Le Querrec hématalogue : maladie veineuse thromboembolique de la grossesse Revue du Praticien nov. 03
Insuffisance veineuse, les thromboses veineuses sont plus fréquentes en anténatal, l'embolie pulmonaire est la première cause de mortalité maternelle.

Quelques caractéristiques :

- Surtout le MI Gauche, pouvant passer pour une lombosciatique,
- Les facteurs de risque, > 35 ans, la multiparité, la pré-éclampsie, le tabagisme,
- Le risque de récurrence thromboembolique, une thrombopénie sans antécédent demandent une prévention anti-thrombotique en post-partum.
- La contention élastique de classe II est incontournable.
- Bilan d'une thrombopénie : dosage de l'antithrombine et des protéines C et S, recherche de la mutation facteur V Leiden, G20 210 A du gène facteur II, Recherche d'un anticoagulant circulant (LA), d'anticorps anti-cardiolipine (ACL)
- Risques majeurs : déficit en antithrombine, syndrome des antiphospholipides,
- Risques élevés : déficit en protéine C et S, facteur de Leiden homozygote, facteur II G20 210 homozygote association facteur de Leiden et facteur II G20 210 homozygote,
- Risques modérés : facteur de Leiden, facteur II G20 210 hétérozygote,
- Traitement des accidents thromboemboliques par l'héparine de bas poids moléculaire.

9. LES PROBLEMES CUTANES

- les pigmentations
- les vergetures
- le prurit (qui doit faire rechercher une cholestase pathologique)
- Le masque de grossesse

10. LES LOMBALGIES, mais aussi les sciatalgies

- Traitement : repos,
- Paracétamol,
- Boire de l'eau,
- Kiné,
- Piscine,

11. TROUBLES URINAIRES, BANDELETTES URINAIRES POSITIVE

- A faire tous les mois, plus fréquentes au 3^{ème} trimestre,
- A faire lors de fatigue inexplicable, hyperleucocytose (par sécurité), CRP qui, n'est pas particulièrement élevé pendant la grossesse), de fièvre, de contractions, lombalgie inhabituelle.
- Diagnostic différentiel : candidose, utérus gros sur vessie.
- Formes atypiques : menace d'accouchement prématuré, protéinurie isolée, douleurs abdominales basses.
- Conseils d'hygiène de vie : hydratation de 1,5l à 2l par jour, éviter la constipation, lavage régulier de la vulve à l'anus, avoir une miction après rapports sexuels
- ↳ mictions impérieuses
- ↳ cystites
- Traitement par nitrofuranes, amoxicilline, céphalosporines de 2 ou 3^{ème} génération avec un contrôle urinaire à la fin du traitement et tous les mois jusqu'à l'accouchement.

12. LES CONTRACTIONS UTERINES ou l'utérus excessivement contractile

- Surveillance du col
- Recherche de cause : toutes pathologies, examen général.
- Repos allongé
- Antispasmodiques
- Décontraction abdominale : position, massage,
- Contrôler le ligament large
- Rechercher un problème psy,

13. SAIGNEMENTS :

- Du premier trimestre : physiologique ? Echographie,
- Décollement placentaire : repos et contrôle à dix jours sauf si hémorragie persistante (hospitalisation)
- Hématome rétroplacentaire : rare, contrôle de la tension, excès de prise de poids, âge de la parturiente, diabète (avis spécialisé rapide)
- Post coïtal : faire attention, examiner le col au spéculum,
- Trauma, surveillance rapprochée
- F.C. : plus fréquente avant 4 mois, 1 grossesse/ 5 (déclaration de grossesse après la première écho de la 11^{ème} semaine d'aménorrhée)

13. LA TOXOPLASMOSE REVIENT POSITIVE

Prise en charge par un service spécialisé en urgence.

Refaire toxo et rubéole à chaque grossesse, sauf si résultats de moins d'un an et plus de 3 mois positif.

Une immunité ancienne ne protège pas le fœtus lors de traitement par corticoïde et d'immunodépresseurs

14. GROSSESSE ET HTA

L'HYPERTENSION GRAVIDIQUE: différente de l'hypertension chronique révélée par la grossesse (contexte familial++), elle survient après la 20^{ème} semaine de grossesse (avant si elle est chronique)

- PRE-ECLAMPSIE = HTA > 140/90, à plus de trois mesures, ET protéinurie > 1 g /litre APRES 6 MOIS
 - Prise en charge urgente dans un service spécialisé,
 - risque maternel = **HEMATOME RETROPLACENTAIRE = ECLAMPSIE**
 - risque foetal = **RETARD DE CROISSANCE = MORT IN UTERO**
- Surveillance d'une hypertension gravidique :
 - » NFS, l'hématocrite doit être à 40% et recherche d'une thrombocytopénie.
 - » Les transaminases,
 - » Dépistage d'une protéinurie par bandelette,
 - » La glycémie,
 - » L'acide urique prédiction d'une pré-éclampsie,
 - » Créatinémie si néphropathie pré-existante
 - » Surveillance échographique pour surveiller l'évolution du fœtus.⁴
- Le dépistage précoce est essentiel.
- Si la situation ne s'améliore pas sous traitement, l'extraction fœtale est la seule solution.

15. GROSSESSE ET DIABETE, P. Fontaine, diabète gestationnel, Revue du Praticien Nov. 2003

- Importance de l'équilibre glycémique dès la conception: < 1.50g/litre 8 semaines avant la grossesse "programmée"
- Dépistage à faire entre la 24^{ème} et la 28^{ème} semaine d'aménorrhée,
- Test diagnostique, O'Sullivan : Glycémie 1h après prise orale de 50g de glucose, voire HGPO, si glycémie > 1,30g/L,
- Si la glycémie à l'HGPO a deux chiffres supérieurs aux normes suivantes : à jeun : <0,95, 1h < 1,80, 2h < 1,55, 3h <1,40 ; il y a diabète gestationnel.
- A faire plus précocement, si :
 - Antécédents familiaux, âge > 35 ans,
 - Antécédents d'enfant mort-né, de mort in utero, de macrosomie, de pré-éclampsie ou d'éclampsie,
 - Obésité,
 - Glycosurie,
- Traitement par insuline + Régime
- Importance d'un suivi attentif:

⁴ Hypertension artérielle de la grossesse M.Beaufils La revue du Praticien 2003, 53

Evaluation du risque de TOXEMIE

- prise de poids, protéinurie, TA
- uricémie, hématoците
- doppler artère utérine

INSTAURER UNE COLLABORATION PRECOCE AVEC LA MATERNITE
SURVEILLANCE DU NOURRISSON

16. GROSSESSE ET PROBLEMES SOCIAUX

Elle nécessite une ECOUTE OUVERTE et ORIENTEE

- habitat,
- précarité des ressources,
- problèmes familiaux et/ou conjugaux,
- difficultés psychologiques (personnelles ou familiales: frères et sœurs futurs...)
- qualité de l'alimentation et conseils diététiques,
- tabagisme / alcoolisme.

INSTAURER UNE COLLABORATION PRECOCE AVEC LA MATERNITE

- ↪ arrêt de travail éventuel ++ pendant toute la grossesse
- ↪ accompagnement social si nécessaire : aide familiale s'il s'agit d'une famille nombreuse
- ↪ accompagnement psychologique

SURVEILLANCE DU NOURRISSON dans les premiers mois en particulier +++

17. LA GROSSESSE APRES 40 ANS

- Décès du fœtus multiplié par 2,
- Anomalies chromosomiques : 10% contre 1,4/1000 à 35 ans,
- Mômes hydatiformes multipliés par 20,
- Risque de prématurité multipliée par 2,
- Hypertension gravidique : 3,4% contre 0,3%,
- Diabète : 8% contre 0,3%,
- Césariennes : 51,4% pour les primipares, contre 16% pour les multipares...
- L'augmentation de la mortalité maternelle est exponentielle

Mais la nulliparité ne constitue pas un risque supplémentaire.

Surveillance : HTA, glycémie, alimentation et prise de poids, repos/sommeil : obstétricale+++

18. GROSSESSE ET FIEVRE⁵

Etiologies possibles : la listériose, l'infections urinaire, l'infection amniotique.

La listériose :

- Syndrome pseudo-grippal, voire infections localisées : ORL, urinaires, pulmonaires, digestif.
- Diagnostic sur l'hémoculture. Contamination par les aliments. Déclaration obligatoire.

L'infection ovulaire :

- Surtout au 3^{ème} trimestre, elle doit être systématiquement recherchée,
- Hospitalisation obligatoire en milieu spécialisé

Hospitalisation d'emblée si fièvre, si

- Terme supérieur à 24 semaine,
- Signes d'infection urinaire haute,
- Suspicion de rupture prématurée des membranes,
- Suspicion de retentissement maternel ou fœtal.

⁵ Le Quotidien du Médecin, pages spéciales 5 mars 2002 la surveillance de la grossesse Pr S.Uzan

19. Grosse et HIV

Suivi par une équipe spécialisée pour évaluer le désir de grossesse. Il est souvent proposé en fin de grossesse une perfusion d'AZT et une césarienne.

20. Grossesse et trisomie 21⁶

Le dépistage repose sur :

- L'âge maternel (à partir de 38 ans) ou un antécédent d'un enfant porteur d'une anomalie chromosomique ou une translocation équilibrée chez l'un des parents.
- La clarté nucale (supérieur à 2mm) à l'échographie du premier trimestre,
- Les marqueurs sériques maternels doivent être faits dans les temps avec l'accord de la mère,
- L'échographie du 2^{ème} et 3^{ème} trimestres.

Les risques sont à évaluer avec tous les éléments et non sur un seul argument.

21. GROSSESSE ET PALUDISME⁷

Un traitement prophylactique est nécessaire chez la femme enceinte d'autant qu'une femme enceinte a une baisse de ses défenses immunitaires et que les médicaments prophylactiques ne sont pas contre indiqués : savarine à 1c/j

22. GROSSESSE ET TRANSPORTS⁸

L'avion est le moyen de transport le plus recommandé pour les femmes enceintes pour les vols de courte durée jusqu'au 7^{ème} mois : ceinture de sécurité mise basse, boire beaucoup, marcher régulièrement, voire bas de contention.

Les compagnies acceptent en générales les femmes enceintes jusqu'à la fin du 8^{ème} mois, si elles présentent un certificat médical indiquant que l'accouchement est prévu à + de 4 semaines.

Après l'accouchement, la femme doit attendre 8 jours avant de pouvoir faire un vol sans risque.

LETRE AU SPECIALISTE

- Nom, prénom et âge de la patiente
- Multiparité,
- Accouchements prématurés, difficultés diverses, césariennes, etc...
- Profession, déplacements
- Contexte socio-familial éventuellement utile à préciser
- Données biologiques, groupe sanguin, résultats du dernier frottis
- Données cliniques :
 - ▶ Poids et son évolution depuis la conception
 - ▶ Croissance utérine et contractions éventuelles
 - ▶ Modifications du col
 - ▶ Mouvements actifs perçus ou non
 - ▶ Résultats des éventuelles échographies
 - ▶ Problèmes de santé éventuels
 - ▶ Allergies et intolérances

...remerciements anticipés pour les courriers à venir...

⁶ Le Quotidien du Médecin, pages spéciales, Quelles sont les étapes du dépistage de la trisomie 21

⁷ Le Quotidien du Médecin, pages spéciales, les risques pathologiques au cours de la grossesse 2004

⁸ Idem

MEDICAMENTS ET GROSSESSE

MEDICAMENT ET GROSSESSE E.Elefant, F.Bavoux, Hôpital Trousseau, Revue du Praticien Nov. 2003

- Un traitement est nécessaire pendant la grossesse :
 - Peser le pour et le contre,
 - Choisir le médicament le mieux connu,
 - Ne pas soustraire
 - Programmer les éléments de surveillance,
 - Demander conseil à une équipe spécialisée,

- Les femmes traitées au long cours :
 - Bonne coordination entre les équipes médicales,
 - Modification du traitement, si nécessaire, avant la grossesse,
 - Penser à des mesures préventives,

- Prise de médicament par une femme enceinte ne sachant pas son état ou la toxicité du médicament :
 - Pas d'effolement, peu de médicament justifie une interruption de grossesse,
 - Tenir compte du contexte médical, personnel et de prise exacte du produit,
 - Demander conseil à une équipe spécialisée.

■ POUR LA MERE:

MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES:

- ↪ augmentation du volume de distribution
- ↪ augmentation du débit urinaire
- ↪ augmentation de la clearance des médicaments

MAIS AUSSI:

- ↪ diminution de la concentration de l'albumine sérique
- ↪ augmentation de la fraction libre des médicaments
- ⊘ nécessité de surveiller les dosages...tout en vérifiant les effets cliniques (variations individuelles)

EXEMPLE: augmentation des besoins en lithium (PMD)

■ POUR LE FOETUS:

le filtre placentaire:

- ==> un transfert ACTIF et non une simple barrière
- ==> le FOIE FOETAL intervient tôt dans l'élimination des médicaments ingérés par la mère

■ UN RISQUE LIE AU TERME DE LA GROSSESSE:

- ↪ Phase de préimplantation: de 0 à 6 jours ==> risque d'avortement
- ↪ Phase d'organogenèse : de 7 à 70 jours ==> risque de tératogenèse
- ↪ Phase fœtale : de 70 à 270 jours ==> foetotoxicité
 - retard de croissance
 - défaut de maturation (SNC et OG)

- Médicaments tératogènes :
 - Isotrétinoïne, Acitrétine,
 - Lithium,
 - Certains épileptiques,
 - Anticoagulants oraux.

- _ Médicaments à risque fœtal
 - AINS,
 - IEC, Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2,
 - Antituberculeux inducteurs enzymatiques (rifampicine)
 - Anticonvulsivants inducteurs enzymatiques,
 - Psychotrope : neuroleptiques, correcteurs antiparkinsonniens souvent associés, antidépresseurs (Imiprimaniques, IRS), benzodiazépines,
 - Bêta bloquants

■ ANTALGIQUES SIMPLES: PARACETAMOL

■ PAS DE CODEINE (derniers mois++)

■ EN CAS D'INFECTION URINAIRE:

- ↳ NIBIOL: possible pendant toute la grossesse
- ↳ AMOXICILLINE: possible pendant toute la grossesse
- ↳ NITROFURANES: jusqu'au 8ème mois
- ↳ PIPRAM, UROTRATE, NEGRAM: du 4 au 8ème mois

_ EN CAS DE CONTRACTIONS:

- ↳ repos
- ↳ tocolytiques ...

VACCINS ET GROSSESSE

AUTORISES SANS RESTRICTION:

Tétanos, hépatite B, grippe

UTORISES EN CAS DE RISQUE:

- _ après contamination: rage
- _ en cas de risque: fièvre jaune

CONTRE-INDIQUES:

- _ rubéole (mais pas de tératogénicité vaccinale démontrée)
- _ rougeole (augmentation du risque de fausse-couche)
- _ oreillons (augmentation de risque de fausse-couche)
- _ diphtérie (mal tolérée, fièvre)
- _ BCG (diminution de l'immunité chez la femme enceinte: vaccin vivant...)

_ PAS D'INFORMATIONS: typhoïde (TYPHIM vi)

RECOURS AU SPECIALISTE

■ le domaine "raisonnable" de la médecine générale (si la formation a été assurée):

- ▶ la contraception (y compris le stérilet)
- ▶ la prévention (grossesse, MST par exemple)
- ▶ le dépistage (cancers du sein et du col notamment)
- ▶ les pathologies courantes
 - les syndromes prémenstruels
 - les mastopathies bénignes
 - les fibromes non compliqués

■ **le recours au spécialiste:**

- ▶ dans les situations particulières se référant au "domaine raisonnable": problèmes de contraception, grossesse à risque, découverte de calcifications suspectes sur une mammographie, dysplasies sur des frottis, difficultés thérapeutiques lors de la prise en charge de maladies gynécologiques "bénignes", etc..
- ▶ dans des problèmes d'hypo-fertilité
- ▶ dans la pathologie ovarienne
- ▶ dans certains cas sévères d'endométriose
- ▶ dans le cas de maladies infectieuses graves
- ▶ dans le cas de maladies tumorales
- ▶▶ à chaque fois qu'un geste invasif peut être envisagé

A CHAQUE FOIS QUE LE GENERALISTE SE SENT EN LIMITE DE COMPETENCE.

Il doit donc identifier ses propres limites comme celles de chacun de ses correspondants spécialistes

— **en cas de grossesse à risque**

- ↳ conditions socioprofessionnelles difficiles
- ↳ antécédents gynécologiques : conisation, malformation utéro-annexielle, antécédents de cancers du sein, fibrome important
- ↳ **antécédents obstétricaux tels** : accouchement prématuré, cerclage, hypertension gravidique, diabète gestationnel, prise de poids excessive
- ↳ **pathologie ancienne susceptible d'interférer avec le déroulement de la grossesse et/ou iatrogénie potentielle** :

anti-épileptiques, AVK, Lithium, AINS/corticothérapie, dysfonctionnement thyroïdien, maladie systémique avec anticoagulant circulant, syndrome des anti-phospholipides, maladie thromboembolique.

— **évènements intercurrents :**

col court et béant
contractions douloureuses rebelles au repos et traitement antispasmodique
métrorragies du premier trimestre après premier « débrouillage » (examen clinique, échographie, dosage hormonaux)
métrorragies du 2 et du 3^{ème} trimestre
hypertension
albuminurie
fièvre isolée d'origine indéterminée

— Lors d'échec répété de grossesse

Revue du Praticien n°53 2003 « Echecs répétés de grossesse » N.Berkane, L.Verstraete, S.Uzan hôpital Thenon

Ce qui est nouveau :

- ↪ Les thrombopénies héréditaires ne sont pas une cause de fausses couches spontanées à répétition.
- ↪ La vaginose bactérienne peut être une cause de pertes fœtales répétées.
- ↪ La présence d'anticorps anti-thyroïde est un facteur de risque de perte fœtal.

En pratique

- ↪ Caractériser les pertes fœtales en fonction du terme : avant et après 15 semaines d'aménorrhée.
- ↪ Ne pas confondre des fausses couches tardives à fœtus vivants avec des morts fœtales in utero du 2^{ème} trimestre.
- ↪ Réaliser un interrogatoire précis.
- ↪ Récupérer les dossiers des morts fœtales in utero.
- ↪ Adapter le bilan au terme et aux circonstances de survenue des pertes fœtales.
- ↪ Au 1^{er} trimestre : pathologies immunitaires, anomalies chromosomiques parentales et troubles endocriniens sont les principales causes.
- ↪ Aux 2^{ème} et 3^{ème} trimestres : les syndromes vasculo-rénaux avec ou sans thrombopénie héréditaire ou acquise sont les plus fréquents. Un traitement préventif peut être fait.
- ↪ En l'absence de cause, on peut proposer des traitements empiriques : aspirine ? Acide folique ? Corticothérapie ?

Une observation précise de l'échec de grossesse récent : terme et fœtus vivant ou mort + des dossiers précis sur les échecs antérieurs + les antécédents personnels et familiaux en liaison avec l'échec de grossesse + Un bilan thyroïdien et un prélèvement vaginal sont à rassembler avant d'envoyer la patiente dans un service spécialisé.

CONSEILS ET PRECAUTIONS ALIMENTAIRES POUR LA FUTURE MAMAN

MALADIE A EVITER : LA TOXOPLASMOSE

Pendant votre grossesse, votre bébé est bien protégé, à l'abri des principales maladies infectieuses. Cependant, une affection peut avoir des conséquences graves pour son développement : la toxoplasmose.

Heureusement, il est possible de s'en protéger en adoptant des mesures simples d'hygiène alimentaire.

LA TOXOPLASMOSE est une maladie due à un parasite que l'on trouve dans la terre et dans la viande ; elle peut également être transmise par les chats et leurs excréments. Cette maladie est fréquente et bénigne : 84% des femmes en sont protégées au moment de leur grossesse car elles ont été en contact avec le parasite et ont développé une immunité.

Un test sanguin prescrit en début de grossesse vous permet de savoir si vous êtes immunisée.

Si le test révèle que vous n'êtes pas immunisée, suivez les conseils suivants avec le plus grand soin :

- Lavez soigneusement les légumes et les herbes aromatiques
- Cuisez les aliments qui ont été en contact avec la terre : légumes, herbes, certains fruits (fraises par exemple)
- Jardinez avec des gants ; lavez vos mains après chaque contact avec la terre
- Evitez tout contact avec les chats et, surtout, évitez de toucher ce qui a pu être en contact avec leurs excréments (litière).

CONSEILS ET PRECAUTIONS ALIMENTAIRES POUR LA FUTURE MAMAN

MALADIE A EVITER: LA LISTERIOSE

Pendant votre grossesse, votre bébé est bien protégé, à l'abri des principales maladies infectieuses. Cependant, une affection peut avoir des conséquences graves pour son développement : la listériose.

Heureusement, il est possible de s'en protéger en adoptant des mesures simples d'hygiène alimentaire.

LA LISTERIOSE est une maladie transmise par une bactérie résistante présente dans le sol, dans la végétation et dans l'eau ; elle peut être transmise de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou lors de l'accouchement.

La meilleure façon de s'en protéger consiste à éviter de consommer les aliments les plus fréquemment contaminés et à respecter certaines règles lors de la manipulation et de la préparation des aliments.

EVITEZ DE CONSOMMER :

- Certains produits de charcuterie cuite, tels que rillettes, langue en gelée
- Des crustacés, des coquillages crus, des poissons crus ou fumés, du tarama non pasteurisé
- Des produits d'origine animale tels que viande, lardons insuffisamment cuits ou crus
- Les germes de soja crus
- Des aliments restés trop longtemps au réfrigérateur

RESPECTER CERTAINES REGLES SIMPLES :

- Pour le lait, consommez uniquement les laits pasteurisés UHT ou stérilisés
- Pour les fromages, enlevez la croûte et consommez uniquement
 - les fromages au lait pasteurisé,
 - les fromages de la famille des gruyères
 - les fromages fondus
- Pour les produits d'origines animales, cuisez-les à cœur
- Pour les fruits, les légumes et les herbes aromatiques : lavez-les avant toute consommation

Lavez soigneusement vos ustensiles de cuisine ainsi que votre plan de travail.

CONSEILS ET PRECAUTIONS ALIMENTAIRES POUR LA FUTURE MAMAN

10 REGLES A RESPECTER POUR VOTRE SECURITE

1° Utiliser un sac isotherme pour emporter vos produits surgelés et réfrigérés entre le magasin et chez vous.

2° Enlever les cartons d'emballage et les films plastiques. Ranger les produits, les plus anciens, à l'avant du réfrigérateur. Séparer les aliments crus des aliments cuits ou prêts à la consommation.

3° Vérifier le bon réglage du réfrigérateur et du congélateur : la température affichée doit aller de 0° à 6° pour le réfrigérateur et être de -18° pour le congélateur.

4° Nettoyer le réfrigérateur avec de l'eau javellisée, deux fois par mois.

5° Se laver les mains souvent et soigneusement. Bien laver les fruits, les légumes crus, les herbes aromatiques et les ustensiles de cuisine.

6° Ne jamais consommer un produit après sa date limite de consommation (DLC).

7° Bien cuire la viande, le poisson, et les aliments tels que les légumes qui ont été en contact avec la terre.

8° Ne pas conserver les restes trop longtemps.

9° Se conformer aux indications figurant sur l'emballage pour la consommation des produits après ouverture.

10° Eviter les aliments à risque pour la femme enceinte :

- certains produits de charcuterie, viande crue,
- poissons crus ou fumés, fruits de mer
- germes de soja crus
- préférer le lait pasteurisé et UHT au lait cru
- enlever la croûte des fromages
- préférer les fromages au lait pasteurisé, les fromages de la famille des gruyères et les fromages fondus

CONTENU EN CALCIUM DES DIFFERENTS ALIMENTS

PRODUITS LAITIERS	FRUITS ET LEGUMES
Fromages suisses. 950	Haricots secs 100
Mozzarella 650	Poireaux 92
Lait écrémé 130	Haricots verts 60
Lait (3,5% matières grasses) 120	Prune 50
Yaourt (pauvres en matières grasses) 120	Orange 40
Fromage blanc (5% matières grasses) 100	Carotte 35
Crèmes glacées 75	Oignon 35
Œuf sans coquille 40	Petits pois 30
Beurre 15	Choux-fleurs 25
	Asperge 20
	Tomate 10
	Pomme 5
	Pomme de terre 5
VIANDES ET POISSONS	PAIN - NOIX - CEREALES
Sardines à l'huile 420	Pain noir 100
Crevettes (cuites) 110	Pain complet 70
Sole (fraîche) 70	Pain blanc 50
Hareng (frais) 50	Riz (non décortiqué)..... 23
Saumon (frais) 20	Nouilles 20
Morue (fraîche) 15	Pâtisseries danoises 10
Dinde 12	Riz blanc 10
Poulet 11	FRUITS ET LEGUMES
Bœuf 8	Cerfeuil 400
Foie (maigre) 8	Aneth 230
Thon (en boîte) 7	Chou 210
Porc (maigre) 7	Epinards 130
Cœur (porc) 7	Laitue 100
EAUX	
<u>Minérale :</u>	
Contrexéville 675	
Vittel – Hépar 870	
Vittel grande source 300	
Evian..... 120	
<u>De source</u> 120	
<u>Gazeuse :</u>	
Badoit 255	
Perrier 210	

La ration en calcium nécessaire pour une journée est de 1200 mg.