

SUIVI DE GROSSESSE À BAS RISQUE - Au verso, situations à risques nécessitant un avis et/ou un suivi spécialisé

PÉRIODE	EXAMENS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES	INFORMATION ET PRÉVENTION	REMARQUES
Consultation pré conceptionnelle	<ul style="list-style-type: none"> FCU⁽¹⁾ si ≥ 3 ans pour femmes ≥ 25 ans, test HPV pour les femmes entre 30 et 65 ans (?) Groupe sanguin⁽²⁾, RAI Toxoplasmose et Rubéole Bilan IST si population à risque PV <i>Chlamydiae Trachomatis</i> (CT) systématique pour les 15-25 ans ou si FDR (?) 	Evaluation des facteurs de risque : <ul style="list-style-type: none"> Traitements à risque tératogène • Vaccins manquants (?) • IMC (?) Recherche des risques génétiques et des antécédents à risque pour une grossesse • Sensibilisation aux risques alcool (?) tabac, drogues, violences (?) Prévention AFTN⁽³⁾ : Acide folique 0,4mg/jour (ou 5 mg/j si FDR), à débiter 1 mois avant la conception et à poursuivre jusqu'à 10 SA. 	<ul style="list-style-type: none"> si diabète => équilibrer +++ objectif = HbA1c < 6,5% + adaptation thérapeutique. Prescrire vaccins manquants (?) (ROR, coqueluche, varicelle) sous couverture contraceptive pdt 2 mois. Conseil génétique si ATCD dépistés Bilan IST = VIH, VHB, VHC, Syphilis, PV CT + NG + Mycoplasma génitalium. "Éducation" CMV (?) pour toutes les patientes au contact d'enfants < 3 ans, travaillant dans le secteur de la petite enfance...
1^{ère} consultation : avant 10 SA	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostic et datation de la grossesse EXAMEN CLINIQUE : Taille, poids, TA, Palpation mammaire, Bandelette Urinaire (BU) FCU si ≥ 3 ans pour femmes ≥ 25 ans, test HPV si > 30 ans, PV CT si 15-25 ans ou FDR BILAN SANGUIN : ► Glycémie à jeun (GAJ) (?) <ul style="list-style-type: none"> Groupe sanguin⁽²⁾, Toxoplasmose⁽⁴⁾, Rubéole⁽⁴⁾, Syphilis, AgHBs, RAI, Protéinurie VIH (à proposer systématiquement - loi 2004, reco HAS mai 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> Informé sur le suivi de grossesse et évaluer les FDR => suivi adapté selon niveau de risques. Prévention AFTN⁽³⁾ : Acide folique 0,4 mg/j (ou 5 mg/j si FDR), à poursuivre jusqu'à 10 SA. Autoquestionnaire de dépistage OH et vulnérabilités (?) 	<ul style="list-style-type: none"> ECBU mensuel si : ATCD cystites répétées, pyélonéphrites, diabète NON gestationnel. Vaccin grippe en période d'épidémie Remettre le carnet de maternité "Éducation" CMV (?) Proposer un examen bucco-dentaire (consultation dentiste).
2^{ème} consultation : avant 15 SA	<ul style="list-style-type: none"> EXAMEN CLINIQUE : Poids, TA, SFU, SF digestifs, perte de liquide amniotique (LA), métrorragies, Bandelette Urinaire (BU) BILAN SANGUIN : ► Toxoplasmose⁽⁴⁾, Rubéole⁽⁴⁾, Protéinurie DÉPISTAGE T21 : Echo T1 entre 11 et 13 SA+6j par un échographiste agréé + dépistage combiné du 1^{er} Trimestre (?) SI NON FAIT : rattrapage par les marqueurs seuls dès 15 SA et possible jusqu'à 35 SA. Après 17SA +6j prélèvement à l'hôpital uniquement 	<ul style="list-style-type: none"> Déclaration de grossesse selon DDG de l'écho T1. Bilan prénatal par SF libérale (?) à réaliser avant 24SA - bilan de prévention et contact anténatal avec sage-femme libérale qui assurera le suivi à domicile à la sortie de maternité 	<ul style="list-style-type: none"> si rhésus négatif => détermination génotype foetal Rhésus D sur sang maternel à partir de 11 SA⁽⁵⁾ + consentement (?) au prélèvement génétique rempli et signé par le médecin ou la sage-femme. NFS, plaquettes, ferritine si FDR (pica syndrome, carences). TSH si ATCD personnels ou familiaux ou signes cliniques évocateurs. si ATCD de maladie de Basedow même guérie ou opérée => dosage TRAK.
4^{ème} mois : 15 - 20 SA	<ul style="list-style-type: none"> EXAMEN CLINIQUE : Poids, TA, SFU, SF digestifs, CU, LA, métrorragies, BdC, MAF, HU + Bandelette Urinaire BILAN SANGUIN : ► Toxoplasmose⁽⁴⁾, Rubéole⁽⁴⁾, Protéinurie + GAJ si non fait avant 	<ul style="list-style-type: none"> Bilan prénatal par SF libérale (?) si non réalisé avant. Entretien prénatal individuel ou en couple (remboursé à 100%) obligatoire. 	<ul style="list-style-type: none"> DPNI à proposer en fonction dépistage T21 (?) / Attestation d'information et de consentement (?) Entretien prénatal (?) : liste des professionnels de chaque secteur sur le site du Repere (www.repere.re).
5^{ème} mois : 20 - 24 SA	<ul style="list-style-type: none"> EXAMEN CLINIQUE : Poids, TA, Signes Fonctionnels d'HTA, SFU, SF digestifs, CU, LA, métrorragies, BdC, MAF, HU, Bandelette Urinaire BILAN SANGUIN : ► Toxoplasmose⁽⁴⁾, Protéinurie Echo T2 entre 20 et 25 SA 		
6^{ème} mois : 24 - 28 SA 24 SA = Prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale	<ul style="list-style-type: none"> EXAMEN CLINIQUE : Poids, TA, Signes Fonctionnels d'HTA, SFU, SF digestifs, CU, LA, métrorragies, BdC, MAF, HU, Bandelette Urinaire BILAN SANGUIN : ► Toxoplasmose⁽⁴⁾, NFS, plaquettes, AgHBs, Syphilis⁽⁶⁾, VIH RAI si ATCD transfusion et/ou Rhésus D négatif⁽⁶⁾, Protéinurie ► HGPO 75g 	<ul style="list-style-type: none"> Séances de préparation à la naissance et à la parentalité : (1 entretien + 7 séances préparation naissance, PEC 100 %). 	<ul style="list-style-type: none"> 28 SA : Rhophylac@300µg IM ou IV si Rhésus négatif et Génotypage foetal positif. (NB. RAI de moins de < 48h) à partir de 28 SA et jusqu'à l'accouchement : vitamine D cholécalférol : - 10 000 UI/ml (3 gouttes/j) de 28 SA jusqu'à l'accouchement idéalement. ou - 100 000 UI en dose unique.
7^{ème} mois : 28 - 32 SA	<ul style="list-style-type: none"> EXAMEN CLINIQUE : Poids, TA, Signes Fonctionnels d'HTA, SFU, SF digestifs, CU, LA, métrorragies, BdC, MAF, HU, Bandelette Urinaire BILAN SANGUIN : ► Toxoplasmose⁽⁴⁾, Protéinurie Echo T3 entre 30 et 35 SA 	<ul style="list-style-type: none"> Séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Consultation d'anesthésie et consultation obstétricale sur le site d'accouchement à prévoir. 	<ul style="list-style-type: none"> Si utérus cicatriciel, macrosomie, fibrome praevia, placenta praevia, siège, grossesse gémellaire : prévoir consultation obstétricale + consultation d'anesthésie sur le site d'accouchement vers 32 SA.
8^{ème} mois : 32 - 37 SA	<ul style="list-style-type: none"> EXAMEN CLINIQUE : Poids, TA, Signes Fonctionnels d'HTA, SFU, SF digestifs, CU, LA, métrorragies, BdC, MAF, HU, Bandelette Urinaire BILAN SANGUIN : ► Détermination du groupe sanguin (si non faite), Toxoplasmose⁽⁴⁾, RAI si ATCD transfusion et/ou Rhésus D négatif⁽⁶⁾, Protéinurie Prélèvement vaginal pour recherche STREPTOCOQUE B (> 35 SA) 	<ul style="list-style-type: none"> Consultation d'anesthésie et consultation obstétricale sur le site d'accouchement à prévoir si non encore réalisée. 	<ul style="list-style-type: none"> Si aucune situation à risque : RDV à prendre pour consultation obstétricale + consultation anesthésie vers 35 SA.
9^{ème} mois : 37 - 41 SA	<ul style="list-style-type: none"> EXAMEN CLINIQUE : Poids, TA, Signes Fonctionnels d'HTA, SFU, SF digestifs, CU, LA, métrorragies, BdC, MAF, HU + TV + Examen Bassin, Bandelette Urinaire BILAN SANGUIN : ► Toxoplasmose⁽⁴⁾, Protéinurie 		<ul style="list-style-type: none"> Consignes de terme : consultation en urgence si : diminution MAF / perte de liquide / saignement / CU douloureuses et répétées / fièvre / signe fonctionnel d'hypertension (majoration des oedèmes, prise de poids importante, céphalées, phosphènes, accouphènes, dyspnée, barre épigastrique).
Consultation sur site d'accouchement le jour du terme = 41 SA (prendre RDV 1 semaine avant)			
Dans les 2 mois après l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> EXAMEN CLINIQUE : Poids, TA, SFU, Examen mammaire, Examen du périnée, Cicatrice de césarienne ABORDER : l'incontinence urinaire ou aux gaz, le vécu de l'accouchement, la sexualité, les relations de couple, la contraception, les difficultés rencontrées à l'accueil du nouveau-né, l'allaitement. DÉPISTER les vulnérabilités psychosociales, les violences (?), l'isolement. FCU si ≥ 3 ans pour femmes > 25 ans, test HPV pour les femmes entre 30 et 65 ans 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation au risque de grossesses rapprochées (< 6 mois) Dépistage / Prévention de la dépression du Post-Partum.. Suivi par SFAD dès la sortie de la maternité et pendant le 1^{er} mois, dans les 24h si sortie précoce. Rééducation périnéale et abdominale, en fonction de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Prévention de la mort subite du nourrisson (?) et du syndrome du bébé secoué (?) Soutenir l'allaitement (?) Sensibilisation au concept des 1000 jours Conseils nutritionnels, Prévention des écrans (?) 	<ul style="list-style-type: none"> Si diabète gestationnel : GAJ + Hb A1c 3 mois après l'accouchement puis tous les 3 ans. Si prééclampsie sévère < 34 SA OU RCIU < 3è p OU MFIU : recherche SAPL (Ac anticoagulant-circulant + Ac anti-cardiolipine + Ac anti β2GP1). Si ATCD de prééclampsie ET protéinurie persistante à 3 mois : consultation néphrologue. Statut vaccinal à optimiser (?)

(1) FCU : Frottis Cervico Utérin

(2) Groupe sanguin : 2 déterminations phénotypes rhésus complet et Kell avec nom et adresse de la patiente

(3) AFTN : Anomalie Fermeture du Tube Neural. Supplémentation Acide Folique 0,4mg/jour jusqu'à 10 SA

Si femme à risque élevé (Atcd AFTN, épilepsie, diabète préexistant, obésité) : Acide Folique 5mg/jour jusqu'à 10 SA

(4) Toxoplasmose : recherche mensuelle si négativité résultat précédent,

Rubéole : recherche mensuelle jusqu'à 20 SA si négativité résultat précédent

NB : Si 2 injections prouvées sur le carnet de santé, la patiente est protégée même si les IgG sont négatives

(5) JORF arrêté du 14/12/2018

(6) Si sérologie antérieure négative : 2^{ème} détermination au 6^{ème} mois : recommandation régionale (ARS OI)

(7) PRADO : programme de retour à domicile de l'assurance maladie

? cf. fiches classeur suivi de grossesse 974 et/ou : www.repere.re (accès pro / anténatal / suivi et orientation des femmes enceintes)

 Obligatoire

 À proposer systématiquement (recommandations)

 Dépistage DG à La Réunion, protocole régional 2015 (?)

 Hors recommandations

BIBLIOGRAPHIE

HAS : suivi et orientation des femmes enceintes. 2016

HAS : détermination prénatale du génotype RhD foetal à partir du sang maternel. 2011

CNS santé : prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH

REPERE : Dépistage du diabète gestationnel à La Réunion. 2015

CNGOF : RPC post-partum. 2015

SITUATIONS À RISQUE NÉCESSITANT UN AVIS ET/OU UN SUIVI SPÉCIALISÉ

Recommandations régionales tirées des reco HAS 2016

PAG : Petit poids pour l'Age Gestationnel
EPF : Estimation du Poids Foetal
PA : Périmètre Abdominal

- PAG = EPF ou à défaut PA < 10^e p.
- PAG sévère = EPF < 3^e p.

• RCIU = *PAG + altération du bien-être foetal (diminution MAF ou diminution QLA ou anomalies dopplers)*

Cassure courbe croissance même si parfois EPF > 10^e p.

RCIU ou PAG

- **Échographie** de croissance à 3 semaines si PAG non sévère **sans facteur de risque (FDR)**
- **Adresser au diagnostic anténatal** si :
 - PAG sévère
 - PAG non sévère et FDR
 - RCIU
- **Bilan** : Sérologie CMV uniquement
- **Consultation du post partum** :
 - recherche SAPL uniquement si RCIU d'origine vasculaire < 3^{ème} p. confirmé
 - envisager traitement Aspégic 100mg le soir pour future grossesse


Proposer surveillance par SFL à partir de 28 SA*

FDR :

- Atcd PAG ou RCIU
- toxiques
- FDR cardiovasculaires
- diabète préexistant
- IMC extrêmes

Accouchement Prématuro (AP) et Fausse Couche Tardive (FCT)

Antécédents :

- ≥ 1 évènement < à 34 SA : **avis GO nécessaire** et mesure échographique du col tous les 15 jours de 16 à 22 SA
- ≥ 3 évènements : cerclage prophylactique dès résultats du dépistage de la T21 et **suivi par un GO**
- si antécédent d'infection intra utérine (chorioamniotite) : dépistage de la vaginose bactérienne par PV
- **adresser si col < à 25 mm**
=> pas de corticothérapie en ambulatoire => **adresser en milieu hospitalier** 
- **Consultation du post partum** : avis spécialisé pour bilan de la cavité utérine

1 évènement = 1 AP ou 1 FCT

- HTA chronique (< 20 SA)
- HTA gravidique (≥ 20 SA)

HTA⁽¹⁾


Légère à modérée
14 ≤ PAS < 16
9 ≤ PAD < 11

Sévère
PAS ≥ 16
PAD ≥ 11

à confirmer par MAPA

FDR⁽²⁾

sans FDR

Traitement à instaurer en hospitalier 

Débuter traitement⁽³⁾

Pas de traitement tant que TA non sévère

(1) consensus experts 2015 SFHTA

(2) FDR : Maladie cardio-vasculaire, maladie rénale chronique, diabète antérieur à la grossesse

(3) Traitement : Nicardipine, Nifédipine, Labétalol, Alpha-méthylidopa

Prééclampsie



TAS ≥ 140 et/ou TAD ≥ 90
+ prot ≥ 0,3 g/24h
et/ou ratio P/C ≥ 30 mg/mmol

Adresser immédiatement à la maternité, de niveau adapté en fonction du terme de la grossesse

Post Partum immédiat : adaptation du traitement anti HTA en fonction de la surveillance de la TA

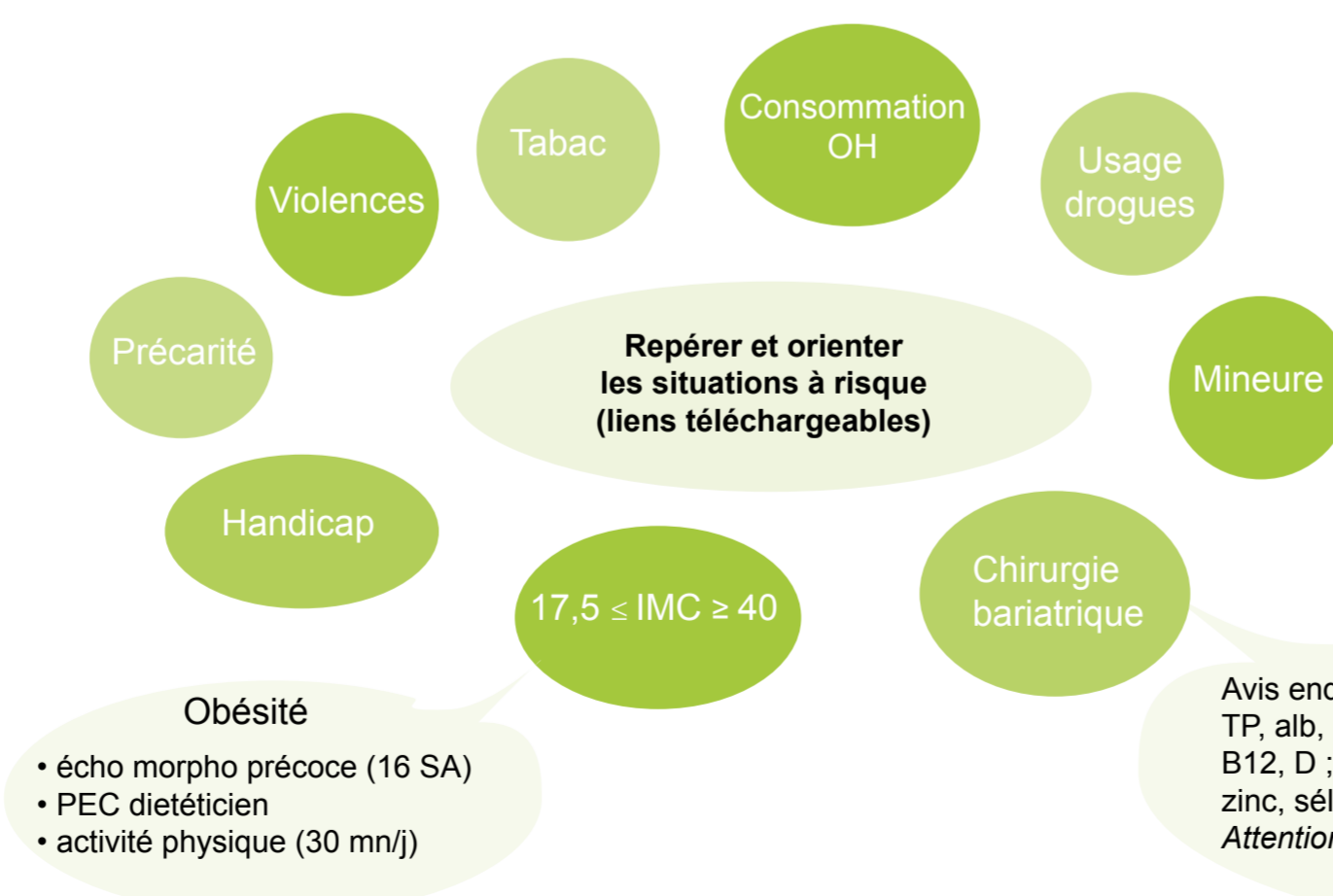
Consultation du post partum :

- Recherche SAPL : Ac anticoagulant-circulant + Ac anti-cardiolipine + Ac anti β2GP1
- Prot / 24h à 3 mois de l'accouchement, si ≥ 0,3 g / 24h, prévoir Cs néphrologue.
- Informer la patiente de la nécessité d'instaurer un traitement par Aspégic (100 mg le soir au coucher) pour une future grossesse dès que le diagnostic d'une GIU évolutive est confirmé. Le traitement est à débiter avant 16 SA si prééclampsie ≤ 34 SA **ET/OU** HRP **ET/OU** MFIU **ET/OU** RCIU < 3^{ème} p.

Diabète type 1 ou 2

- Acide folique 5 mg/j jusqu'à 10 SA
- Échographie morpho précoce à 18 SA, en particulier si HbA1c ≥ 6,5 % en péri-conceptionnel.
- Échographie cardiaque foetale à 25 SA
- FO tous les trimestres
- ECG
- Consultation dentaire
- ECBU et Protéinurie mensuels dès le diagnostic de la grossesse

Diabète gestationnel



Avis endocrinologue avec bilan (groupe BARIA-MAT) : NFS, TP, alb, pré-alb, ferritine, coeff de saturation, vit : A, B1, B9, B12, D ; ionogramme, magnésémie, calcémie, phosphorémie, zinc, sélénium, PTH.
Attention : B1, zinc, sélénium non pris en charge par la CPAM

Suivi alterné / 15 jours par GO et endocrinologue
Surveillance par SFL* de 28 SA à l'accouchement

*Surveillance par SFL = SF HTA, TA, BU, ERF, carnet glycémique visé si diabète