

## ITEM 22 : GROSSESSE NORMALE

<b>Suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>7 consultations prénatales obligatoires</b> (remboursées à 100%) : 1<sup>ère</sup> consultation dans les 3 mois puis 1/mois               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ La 1<sup>ère</sup> consultation peut être faite par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue ou obstétricien), les autres consultations peuvent être suivies par une sage-femme ou un médecin généraliste en cas de grossesse sans risque</li> <li>→ Le relai entre médecin généraliste et l'équipe obstétricale (médecin ou sage-femme) se fait <b>&lt; 30 SA</b> (7, 8 et 9<sup>ème</sup> mois)</li> </ul> </li> <li>- <b>3 échographies</b> obligatoirement proposés (non obligatoires) pour une grossesse normale : remboursées à 100%, nécessité du <b>consentement écrit</b> de la patiente</li> <li>- <b>Programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO)</b> : 2 consultations par une sage-femme à domicile</li> <li>- <b>1 consultation post-natale</b> dans les 6 à 8 semaines du post-partum</li> </ul>											
<b>Modifications physiologiques durant la grossesse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Poumon</b> : Augmentation du diamètre transverse de la cage thoracique, surélévation du diaphragme, augmentation de la ventilation et de la consommation en O<sub>2</sub>, augmentation du volume courant et diminution du volume résiduel (PCO<sub>2</sub> naturellement plus basse que la normale)</li> <li>- <b>Cardiovasculaire</b> : Les œstrogènes agissent sur la FC et le DC, la progestérone agit sur le relâchement veineux et la rétention hydrique, majoration de la rénine, de la pro-rénine et de l'aldostérone (effet <i>Poiseiro</i> : compression cave en position allongé)</li> <li>- <b>Digestif</b> : Diminution du tonus du SIO, du péristaltisme, majoration de la synthèse d'albumine, des triglycérides et des PAL, VB atone et vidange ralentie, grêle de mobilité réduite, réabsorption d'eau majorée au niveau du côlon.</li> <li>- <b>Endocrinologie</b> : hyper-vascularisation et hyperplasie de l'hypophyse, ocytocine, hypercorticisme, hypertrophie thyroïdienne, TSH basse avec T3-T4 normales, hypocalcémie.</li> <li>- <b>SNC</b> : Sécrétion d'endorphines et d'enképhalines, insomnie, attention modifiée, « post-partum blues »</li> <li>- <b>Yeux</b> : Augmentation de PIO, œdème cornéen</li> <li>- <b>Rhumatologie</b> : lordose, mobilité des os du bassin</li> <li>- <b>Peau</b> : Vergetures, ligne brune, masque de grossesse, érythrose palmaire</li> <li>- <b>Seins</b> : volume augmenté, modification des aréoles et des mamelons</li> <li>- <b>Constantes</b> : Leucocyte &lt; 15 000, Hb = 11-12 g/dl, PNN augmentés, myélocytes et métamyélocytes = 3%, VS augmenté, plaquettes diminuées au T3, fibrinogène (5-6g/l), FVII et VIII très augmentés, FII, X, X, XII augmentés, FV inchangé, FXI et XIII diminués, ATIII et protS diminués, activité fibrinolytique diminuée</li> <li>- <b>Métabolisme</b> : Majoration de 15 à 30% de la DER, gain pondéral recommandé pour une patiente ayant un IMC entre 18,5-24,9 : + <b>11,5 à 16 Kg</b></li> </ul>											
<b>1<sup>er</sup> trimestre</b>	<p style="text-align: center;">1<sup>ère</sup> CS = &lt; 3 mois &lt; 15 SA</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center; vertical-align: middle;">Confirmation de l'état de grossesse</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Retard des règles</b></li> <li>- <b>Signes sympathiques de grossesse</b> : tension mammaire, somnolence, fatigue, pollakiurie, puis <b>nausées</b>, voire <b>vomissements</b></li> <li>- <b>Examen au spéculum</b> : col violacé, glaire cervicale coagulée voire absente</li> <li>- <b>TV</b> : utérus globuleux, augmenté de volume (7 SA = mandarine, 10-12 SA = orange, 14 SA = pamplemousse), ramollissement utérin &gt; 8 SA</li> <li>- <b>BDC fœtal</b> (Doppler fœtal) : perçus à la fin du 3<sup>ème</sup> mois (9-10 SA), 190-200 bpm à 9 SA</li> <li>- <b>Dosage qualitatif de β-hCG</b> (très fiable) : seulement en cas de doute diagnostique</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Datation théorique du terme</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Date de début de grossesse (DDG)</b> = 14 jours après les dernières règles               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ En cas de cycle modifié ≠ de 28 jours (seule la phase folliculaire est modifiée, la phase lutéale est constante à 14 jours) : DDG = (durée du cycle – 14) jours après les dernières règles</li> <li>→ En cas d'infertilité : DDG = date du décalage thermique</li> <li>→ En cas de FIV : DDG = date de ponction</li> </ul> </li> <li>- <b>Date du terme</b> : DDG + 9 mois (varie entre <b>280 et 290 jours = 40,4 SA</b> en moyenne)</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Evaluation du risque de la grossesse</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terrain : âge &lt; 15 ans ou &gt; 35 ans, IMC &gt; 25, tabac, alcool, toxicomanie, HTA, diabète...</li> <li>- Antécédents familiaux : maladie héréditaire, thrombo-embolique...</li> <li>- Antécédents personnels : gynécologiques, obstétricaux, chirurgicaux, médicaux</li> <li>- Contexte socio-économique : précarité, chômage, mère célibataire</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Suivi recommandé</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>A</b> = grossesse sans risque : suivi par un médecin ou une sage-femme</li> <li>- <b>A1</b> = avis d'un gynécologue-obstétricien ou autre spécialiste conseillé</li> <li>- <b>A2</b> = avis d'un gynécologue-obstétricien ou autre spécialiste nécessaire</li> <li>- <b>B</b> = haut risque : suivi régulier par un gynécologue-obstétricien</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Bilan obligatoire</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1<sup>ère</sup> détermination ABO, Rh complet et Kell</b> (si aucune détermination complète) et <b>RAI</b></li> <li>- <b>Sérologie rubéole et toxoplasmose</b> (en l'absence de résultat antérieur écrit)</li> <li>- <b>Sérologie syphilis</b> (TPHA, VDRL)</li> <li>- Hépatite B : <b>Ag HBs</b></li> <li>- <b>Glycosurie et albuminurie</b></li> </ul> </td> </tr> </table>	Confirmation de l'état de grossesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Retard des règles</b></li> <li>- <b>Signes sympathiques de grossesse</b> : tension mammaire, somnolence, fatigue, pollakiurie, puis <b>nausées</b>, voire <b>vomissements</b></li> <li>- <b>Examen au spéculum</b> : col violacé, glaire cervicale coagulée voire absente</li> <li>- <b>TV</b> : utérus globuleux, augmenté de volume (7 SA = mandarine, 10-12 SA = orange, 14 SA = pamplemousse), ramollissement utérin &gt; 8 SA</li> <li>- <b>BDC fœtal</b> (Doppler fœtal) : perçus à la fin du 3<sup>ème</sup> mois (9-10 SA), 190-200 bpm à 9 SA</li> <li>- <b>Dosage qualitatif de β-hCG</b> (très fiable) : seulement en cas de doute diagnostique</li> </ul>	Datation théorique du terme	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Date de début de grossesse (DDG)</b> = 14 jours après les dernières règles               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ En cas de cycle modifié ≠ de 28 jours (seule la phase folliculaire est modifiée, la phase lutéale est constante à 14 jours) : DDG = (durée du cycle – 14) jours après les dernières règles</li> <li>→ En cas d'infertilité : DDG = date du décalage thermique</li> <li>→ En cas de FIV : DDG = date de ponction</li> </ul> </li> <li>- <b>Date du terme</b> : DDG + 9 mois (varie entre <b>280 et 290 jours = 40,4 SA</b> en moyenne)</li> </ul>	Evaluation du risque de la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terrain : âge &lt; 15 ans ou &gt; 35 ans, IMC &gt; 25, tabac, alcool, toxicomanie, HTA, diabète...</li> <li>- Antécédents familiaux : maladie héréditaire, thrombo-embolique...</li> <li>- Antécédents personnels : gynécologiques, obstétricaux, chirurgicaux, médicaux</li> <li>- Contexte socio-économique : précarité, chômage, mère célibataire</li> </ul>	Suivi recommandé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>A</b> = grossesse sans risque : suivi par un médecin ou une sage-femme</li> <li>- <b>A1</b> = avis d'un gynécologue-obstétricien ou autre spécialiste conseillé</li> <li>- <b>A2</b> = avis d'un gynécologue-obstétricien ou autre spécialiste nécessaire</li> <li>- <b>B</b> = haut risque : suivi régulier par un gynécologue-obstétricien</li> </ul>	Bilan obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1<sup>ère</sup> détermination ABO, Rh complet et Kell</b> (si aucune détermination complète) et <b>RAI</b></li> <li>- <b>Sérologie rubéole et toxoplasmose</b> (en l'absence de résultat antérieur écrit)</li> <li>- <b>Sérologie syphilis</b> (TPHA, VDRL)</li> <li>- Hépatite B : <b>Ag HBs</b></li> <li>- <b>Glycosurie et albuminurie</b></li> </ul>
Confirmation de l'état de grossesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Retard des règles</b></li> <li>- <b>Signes sympathiques de grossesse</b> : tension mammaire, somnolence, fatigue, pollakiurie, puis <b>nausées</b>, voire <b>vomissements</b></li> <li>- <b>Examen au spéculum</b> : col violacé, glaire cervicale coagulée voire absente</li> <li>- <b>TV</b> : utérus globuleux, augmenté de volume (7 SA = mandarine, 10-12 SA = orange, 14 SA = pamplemousse), ramollissement utérin &gt; 8 SA</li> <li>- <b>BDC fœtal</b> (Doppler fœtal) : perçus à la fin du 3<sup>ème</sup> mois (9-10 SA), 190-200 bpm à 9 SA</li> <li>- <b>Dosage qualitatif de β-hCG</b> (très fiable) : seulement en cas de doute diagnostique</li> </ul>											
Datation théorique du terme	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Date de début de grossesse (DDG)</b> = 14 jours après les dernières règles               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ En cas de cycle modifié ≠ de 28 jours (seule la phase folliculaire est modifiée, la phase lutéale est constante à 14 jours) : DDG = (durée du cycle – 14) jours après les dernières règles</li> <li>→ En cas d'infertilité : DDG = date du décalage thermique</li> <li>→ En cas de FIV : DDG = date de ponction</li> </ul> </li> <li>- <b>Date du terme</b> : DDG + 9 mois (varie entre <b>280 et 290 jours = 40,4 SA</b> en moyenne)</li> </ul>											
Evaluation du risque de la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terrain : âge &lt; 15 ans ou &gt; 35 ans, IMC &gt; 25, tabac, alcool, toxicomanie, HTA, diabète...</li> <li>- Antécédents familiaux : maladie héréditaire, thrombo-embolique...</li> <li>- Antécédents personnels : gynécologiques, obstétricaux, chirurgicaux, médicaux</li> <li>- Contexte socio-économique : précarité, chômage, mère célibataire</li> </ul>											
Suivi recommandé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>A</b> = grossesse sans risque : suivi par un médecin ou une sage-femme</li> <li>- <b>A1</b> = avis d'un gynécologue-obstétricien ou autre spécialiste conseillé</li> <li>- <b>A2</b> = avis d'un gynécologue-obstétricien ou autre spécialiste nécessaire</li> <li>- <b>B</b> = haut risque : suivi régulier par un gynécologue-obstétricien</li> </ul>											
Bilan obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1<sup>ère</sup> détermination ABO, Rh complet et Kell</b> (si aucune détermination complète) et <b>RAI</b></li> <li>- <b>Sérologie rubéole et toxoplasmose</b> (en l'absence de résultat antérieur écrit)</li> <li>- <b>Sérologie syphilis</b> (TPHA, VDRL)</li> <li>- Hépatite B : <b>Ag HBs</b></li> <li>- <b>Glycosurie et albuminurie</b></li> </ul>											

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Sérologie VIH</b> (avec accord de la patiente) et <b>VHC</b></li> <li>- <b>Glycémie à jeun</b> si <math>\geq 1</math> FdR : âge <math>\geq 35</math> ans, IMC <math>\geq 25</math>, atcd familial de diabète au 1<sup>er</sup> degré ou atcd personnel de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome</li> <li>- <b>BU</b> à la recherche d'une infection urinaire <math>\pm</math> <b>ECBU</b> si atcd urologique, BU positive ou diabète</li> <li>- <b>NFS</b> si antécédent d'anémie, grossesses rapprochées ou chez l'adolescente</li> <li>- <b>Electrophorèse de l'hémoglobine</b> si africaine/antillaise (thalassémie, drépanocytose)</li> <li>- <b>Frottis cervico-utérin</b> si dernier <math>&gt; 3</math> ans</li> <li>- <b>Prélèvement vaginal</b> si leucorrhées (recherche de vaginose bactérienne)</li> <li>- Détermination du <b>génotype RHD fœtal</b> si mère Rh-</li> <li>- Prescription de <b>l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre</b> (entre <b>11 SA et 13 SA + 6j</b>)</li> <li>- Information sur le <b>dépistage combiné de la trisomie 21</b> <math>\pm</math> prescription du <b>dosage des marqueurs sériques du 1<sup>er</sup> trimestre</b> (entre 11 SA et 13 SA + 6) après consentement écrit</li> </ul>
	<b>Bilan à proposer</b>	
	<b>Déclaration de grossesse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= A réaliser <math>&lt; 15</math> SA : en ligne ou sur formulaire</li> <li>- Préciser : date de consultation, date de début de grossesse, examens obligatoires prescrits</li> <li>- Complété et adressé par la patiente en 2 exemplaires à la <b>CAF</b> et 1 exemplaire à la <b>CPAM</b></li> <li>- Permet la PEC des cs et examens obligatoires et la couverture médicale à 100% <math>&gt; 24</math> SA</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Conseils hygiéno-diététiques</b> : arrêt de l'alcool et du tabac, éviter l'automédication, activité sportive adaptée, alimentation équilibrée, prévention de la toxoplasmose (si sérologie négative) et CMV (éviter tout contact avec les sécrétions d'enfant en bas âge)</li> <li>- Proposer <b>l'entretien prénatal précoce (EPP) «du 4<sup>ème</sup> mois»</b> : entretien de 45 minutes <math>\pm</math> renouvelé si besoin</li> </ul>
1 <sup>er</sup> trimestre	<b>Echographie de datation du 1<sup>er</sup> trimestre</b> 11 SA – 13+6 SA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirme la <b>vitalité fœtale</b> : <b>sac gestationnel</b> visible <math>&gt; 5</math> SA et <b>activité cardiaque</b> <math>&gt; 5</math> SA et <math>\frac{1}{2}</math></li> <li>- Confirme ou corrige le <b>terme</b> (<math>\pm 3</math> à 5 jours) : <b>longueur cranio-caudale</b> et <b>diamètre bipariétal</b>  <b>→ LCC : 45 mm à 11 SA puis + 13 mm/SA = 56 mm à 12 SA, 72 mm à 13 SA, 85 mm à 14 SA</b></li> <li>- Dépistage : <b>grossesse multiple, malformation sévère</b> (membre, anencéphalie, omphalocèle...),</li> <li>- Mesure de la <b>clarté nucale</b></li> </ul>
	<b>Entretien prénatal précoce</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Plan Périnatalité 2005-2007 : entretien individuel ou en couple, proposé systématiquement autour du 4<sup>ème</sup> mois (ou après si besoin), réalisé par une sage-femme ou un médecin reconnu</li> <li>- Favoriser <b>l'expression des attentes, besoins et projets parentaux</b></li> <li>- Information sur les <b>ressources de proximité</b> et sur le <b>réseau de périnatalité</b></li> <li>- <b>Explication sur la grossesse, les modifications du corps...</b></li> </ul>
2 <sup>ème</sup> trimestre	Examen mensuel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche d'hématurie, SFU, <b>contractions utérines physiologiques (de Braxton-Hicks)</b>, leucorrhées</li> <li>- Examen général, poids, TA</li> <li>- <b>Glycosurie et albuminurie</b></li> <li>- <b>BU</b> à la recherche d'une bactériurie asymptomatique</li> <li>- <b>Bruits du cœur fœtaux, mouvements actifs fœtaux</b> <math>\pm</math> <b>TV</b> seulement si signes cliniques ou dès le 8<sup>e</sup> mois</li> <li><math>\pm</math> <b>Sérologie toxoplasmose</b> : 1 fois/mois si séronégative</li> <li><math>\pm</math> <b>ECBU</b> si pathologie urologique, antécédent d'infections urinaires à répétition, diabète ou BU positive</li> </ul>
	<b>Hauteur utérine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Mesure du <b>bord supérieur de la symphyse pubienne</b> jusqu'au <b>fond utérin</b> :</li> <li>- <b>De 4 à 7 mois = 4 x nombre de mois puis +2/mois au 8<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> mois</b></li> <li>- <b>ou 40 SA = 32 cm</b>, puis <b>-2</b> toutes les <b>4 SA</b> jusqu'à <b>32 SA</b> puis <b>-4</b> toutes les <b>4 SA</b> jusqu'à <b>20 SA</b></li> <li>- <math>\searrow</math> : erreur de terme, RCIU, oligoamnios, arrêt de grossesse</li> <li>- <math>\nearrow</math> : erreur de terme, grossesse multiple, macrosomie, hydramnios</li> </ul>
	4 <sup>ème</sup> mois 16-20 SA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen mensuel</li> <li>- Prescription de <b>l'échographie morphologique du 2<sup>ème</sup> trimestre</b> à faire à <b>22 SA (entre 20 et 24 SA)</b></li> <li>- Prescription du dosage des <b>marqueurs sériques du 2<sup>nd</sup> trimestre (entre 14 et 17+6 SA)</b> si non fait</li> <li>- <b>Sérologie rubéole</b> si séronégative jusqu'à 20 SA</li> </ul>
	<b>Echo du 2<sup>ème</sup> trimestre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Biométrie fœtale</b> : <b>diamètre bipariétal, périmètre abdominal et longueur fémorale</b></li> <li>- <b>Vitalité fœtale, localisation placentaire</b></li> <li>- <b>Volume du liquide amniotique</b> : <b>index de liquide amniotique</b> <math>&gt; 25</math> (<b>hydramnios</b>) ou <math>&lt; 5</math> (<b>oligoamnios</b>)</li> <li>- Dépistage de <b>malformations fœtales</b></li> </ul>
	5 <sup>ème</sup> mois 20-24 SA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen mensuel</li> <li>- Résultats de <b>l'échographie morphologique du 2<sup>ème</sup> trimestre</b></li> </ul>

	6 <sup>ème</sup> mois 24-28 SA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen mensuel</li> <li>- <b>Dépistage d'un diabète gestationnel</b> par <b>HGPO</b> entre <b>24-28 SA</b> si <math>\geq 1</math> FdR et glycémie à jeun normale</li> <li>- Examens obligatoires : - <b>NFS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>RAI</b> chez la femme Rh- ou Rh+ avec antécédents transfusionnels</li> </ul> </li> <li>- Information sur les <b>cours de préparation à l'accouchement</b> (100% remboursée)</li> </ul>
3 <sup>ème</sup> trimestre	→ Si suivi par un médecin généraliste : début de suivi spécialisé < <b>30 SA</b> (gynécologue-obstétricien ou sage-femme)	
	7 <sup>ème</sup> mois 28-32 SA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen mensuel</li> <li>- <b>2<sup>ème</sup> détermination du groupe sanguin-Rhésus</b></li> <li>- Prescription de <b>l'échographie du 3<sup>ème</sup> trimestre</b> à faire à <b>32 SA (entre 30 et 35 SA)</b></li> <li>- <b>Prévention systématique de l'allo-immunisation foeto-maternelle à 28 SA</b> si femme Rh- et RAI- et conjoint Rh + (<math>\pm</math> génotype RHD fœtal +) : injection de <b>300 µg de gammaglobuline anti-D (Rhophylac®)</b></li> <li>- <b>Prophylaxie des carences en vitamine D : 1 dose unique de 100 000 UI</b></li> <li>- Traitement d'une éventuelle <b>carence martiale</b> dépistée à la NFS du 6<sup>ème</sup> mois</li> </ul>
	<b>Echo de croissance du 3<sup>ème</sup> trimestre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Présentation fœtale</b> (céphalique/siège)</li> <li>- <b>Croissance fœtale</b> (retard de croissance, macrosomie)</li> <li>- <b>Localisation placentaire et quantité de liquide amniotique</b> (oligoamnios/hydramnios)</li> <li>- <b>Score biophysique de bien être de Manning</b></li> <li>- Diagnostic tardif de <b>malformations</b></li> </ul>
	8 <sup>ème</sup> mois 33-37 SA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen mensuel</li> <li>- <b>TV systématique</b> : présentation fœtale, formation du segment inférieur</li> <li>- <b>RAI</b> si femme Rh- (sauf si Rhophylac®) ou antécédent de transfusion</li> <li>- <b>Prélèvement vaginal pour dépistage du portage de streptocoque B</b></li> <li>- Prévoir la <b>consultation pré-anesthésique</b> systématique</li> <li>- <b>Début du congé maternité prénatal à 35 SA</b></li> </ul>
3 <sup>ème</sup>	9 <sup>ème</sup> mois 37-42 SA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Examen mensuel avec TV et pelvimétrie clinique</b></li> <li>- <b>RAI</b> si femme Rh- ou antécédent de transfusion (sauf si Rhophylac®)</li> <li>- Information en cas d'urgence (RPM, nature des contractions du travail) → maternité</li> <li>- <b>Convocation le jour du terme présumé (41 SA)</b> : surveillance, déclenchement du travail</li> </ul>
Post-natale	<b>Consultation post-natale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Dans les <b>6 à 8 semaines</b> suivant l'accouchement : obligatoire, par un médecin généraliste ou spécialiste, ou par une sage-femme si grossesse normale et accouchement eutocique</li> <li>- <b>Evaluation de l'état psychologique, examen du périnée et des seins</b> (allaitement)</li> <li>- <b>Sérologie toxoplasmose</b> si négative (séroconversion tardive)</li> <li>- <b>Vaccination rubéole</b> si non immunisée</li> <li>- Prescription de séances de rééducation abdominales et périnéales si besoin</li> <li>- Discussion et prescription de <b>contraception</b></li> <li>- Congé pathologique supplémentaire post-natal de 4 semaines en cas de pathologie maternelle</li> </ul>
Modifications physiologiques	Constantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Température</b> : <b>plateau thermique <math>\geq 37^\circ</math></b> au 1<sup>er</sup> trimestre</li> <li>- <b>PA</b> : baisse de PA (5-10 de PAS et 10-15 de PAD) la 1<sup>ère</sup> moitié, retour à la normale au 3<sup>ème</sup> trimestre</li> </ul>
	Poids	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Prise de poids progressive = <b>+9 à 12 kg</b> sur l'ensemble de la grossesse</li> <li>- <b>+500 g/mois</b> le 1<sup>er</sup> trimestre</li> <li>- <b>+1 kg/mois</b> le 2<sup>nd</sup> trimestre</li> <li>- <b>+2 kg/mois</b> le 3<sup>ème</sup> trimestre</li> </ul>
	Métabolisme	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hyper-métabolisme</b>: accumulation de réserve au 1<sup>er</sup>-2<sup>ème</sup> trimestre, mobilisation au 3<sup>ème</sup> trimestre</li> <li>- Lipides : - <b>Hypertriglycéridémie</b> (x 2-3) jusqu'à 6 semaines post-partum</li> <li>- <b>Hypercholestérolémie</b> jusqu'à 8 semaines post-partum</li> <li>- <b>Hypoprotidémie totale et hypo-albuminémie</b></li> <li>- <b>Baisse de la glycémie, hypersécrétion d'insuline et <math>\nearrow</math> de l'insulino-résistance</b></li> </ul>
	Fonction organique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respiratoire = <math>\nearrow</math> des besoins en O<sub>2</sub> de 20-30% : <math>\nearrow</math> FR, VC, ventilation alvéolaire, <math>\searrow</math> CRF, PaCO<sub>2</sub></li> <li>- Circulatoire : - <math>\nearrow</math> volémie, débit cardiaque, FC et VES</li> <li>- <math>\searrow</math> résistances artérielles systémiques et PA</li> <li>- Digestive : altération de la fonction gastrique dès le 3<sup>ème</sup> mois (toute femme enceinte doit être considérée comme « estomac plein » même à jeun à partir du 2<sup>ème</sup> trimestre)</li> <li>- Urinaire : <math>\nearrow</math> taille et poids des reins, dilatation pyélocalicielle, <math>\nearrow</math> DFG (de 40%) et <math>\searrow</math> créatininémie, rétention hydrosodée</li> <li>- Vasculaire : œdème des membres inférieurs et des extrémités, hyperpression veineuse (varices, hémorroïdes...), angiome stellaire, érythème palmaire</li> </ul>

	Gynécologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Congestion vulvaire, épaissement muqueuse vaginale, leucorrhées physiologiques, <math>\searrow</math> pH vaginal</li> <li>- <math>\nearrow</math> du volume mammaire</li> <li>- Col utérin <b>long, fermé et postérieur</b></li> </ul>		
	Biologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Augmentation du volume plasmatique avec hémodilution</b> : <math>\searrow</math> <b>protidémie</b>, <math>\searrow</math> <b>hématocrite</b>, <math>\searrow</math> <b>Hb</b> (&gt; 11 au 1<sup>er</sup> trimestre, &gt; 10,5 au 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestres)</li> <li>- <b>Hyperleucocytose physiologique</b> &lt; 14-16 G/L</li> <li>- <b>Thrombopénie</b> discrète &gt; 100 G/L</li> <li>- <math>\nearrow</math> <b>facteurs de coagulation</b> et <math>\searrow</math> <b>fibrolyse</b> <math>\rightarrow</math> augmentation du <b>risque thrombo-embolique</b></li> <li>- <b>Rétention hydrosodée par activation du SRA</b></li> </ul>		
Symptômes	1 <sup>er</sup> trimestre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Nausée, hypersalivation</b></li> <li>- <b>Anorexie/boulimie</b></li> <li>- <b>Hypersomnie</b></li> <li>- <b>Tension mammaire</b></li> </ul>		
	2 <sup>ème</sup> trimestre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Chloasma</b> (tâche hyper-pigmentée du visage), <b>vergetures, varices, hémorroïdes, varices vulvaires</b></li> <li>- <b>OMI</b></li> <li>- <b>Constipation</b></li> <li>- <b>Douleurs pelviennes (cystite, candidose)</b></li> <li>- <b>Crampes</b></li> <li>- <b>Anémie</b></li> </ul>		
	3 <sup>ème</sup> trimestre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>OMI, crampes des MI</b></li> <li>- <b>Lombalgie, sciatalgie</b></li> <li>- <b>Contractions utérines</b> : 5 à 10/jour, surtout le soir</li> <li>- <b>Pyrosis</b></li> <li>- <b>Prurit</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Sécrétion lactée</b></li> <li>- <b>Syndrome du canal carpien</b></li> <li>- <b>Palpitations, dyspnée</b></li> <li>- <b>Insomnie nocturne</b></li> <li>- <b>Ralentissement de l'idéation</b></li> </ul>	
Autres	Congé maternité	0-1 enfant à charge	6 semaines prénatales	10 semaines post-natales
		$\geq 2$ enfants à charge	8 semaines prénatales	18 semaines post-natales
		Jumeaux	12 semaines prénatales	22 semaines post-natales
		Triplés ou plus	24 semaines prénatales	22 semaines post-natales
		Congé supplémentaire si grossesse pathologique : + 2 semaines post-natales		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le congé post-natale débute à la date prévue du terme (et non de l'accouchement)</li> <li>- <b>Congé paternité : 11 jours</b> (ou <b>18 jours</b> si grossesse multiple)</li> <li>- Le congé peut débiter jusqu'à <b>38 SA</b>, avec <b>allongement égal de la durée du congé post-natal</b></li> </ul>			
	Score de Bishop	= Maturation du col en fin de grossesse : col favorable à l'accouchement si $\geq 6$		
TV		+0	+1	+2
Position Longueur Consistance Ouverture Présentation		Postérieur Long Dur $\emptyset$ Haute, mobile	Intermédiaire Mi-long Souple 1 doigt Appliquée	Centré Court Mou $\geq 2$ doigts Fixée
Rythme cardiaque foetal	- Enregistrable <b>dès 25 SA</b> : devant tout contexte à risque ( $\searrow$ mouvements actifs foetaux, métrorragies, HTA-prééclampsie, douleurs abdominales...) ou systématique au cours du travail			
	Normal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rythme de base = 120 à 160 bpm</b></li> <li>- <b>Oscillations</b> : variations d'amplitude de <b>5 à 25 bpm</b></li> <li>- <b>Réactivité</b> : <b>périodes d'accélération, sans décélération</b></li> </ul>		
Anomalie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Bradycardie</b> &lt; 120 bpm ou <b>tachycardie</b> &gt; 160 bpm</li> <li>- <b>Mini-oscillante</b> ou <b>micro-oscillante</b> &lt; 5 bpm voire <b>rythme plat</b></li> <li>- <b>Aréactif</b> : diminution/disparition des accélérations</li> <li>- <b>Décélération</b> : ralentissement transitoire</li> </ul>			

	<b>Score de Manning</b>	= <b>Evaluation échographique du bien-être fœtal</b> : normal = 10/10 - Selon 5 critères : - <b>Mouvements respiratoires</b> - <b>Mouvements fœtaux globaux</b> - <b>Tonus et réflexe fœtal</b> - <b>Réactivité du rythme cardiaque fœtal</b> - <b>Quantité de liquide amniotique</b>			
	<b>Niveau de maternité</b>	= Selon le choix des parents et le niveau de risque de la grossesse (réévalué à chaque consultation)			
Niveau 1		50%	Unité d'obstétrique et de pédiatre	> 36 SA et > 2000 g	
Niveau 2a		25%	+ Unité de néonatalogie	≥ 33 SA et > 1500 g	
Niveau 2b		15%	+ Unité de néonatalogie avec soins intensifs	≥ 32 SA et > 1500 g	
Niveau 3		10%	+ Unité de réanimation néonatale + CH avec unité de réanimation adulte	< 32 SA et/ou < 1500g Pathologie grave	

CONTENU DU SUIVI	Consultation préconceptionnelle	1 <sup>re</sup> consultation avant 10 SA	2 <sup>e</sup> consultation avant 15 SA
	-	<b>Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse</b>	<b>Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement</b>
<b>Examens cliniques et biologiques</b>	<b>Examen gynécologique</b> frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	<b>Réaliser un examen clinique général et gynécologique</b> PA ; taille ; poids ; examen des seins ; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	<b>Réaliser un examen clinique</b> PA ; poids ; hauteur utérine à partir du 4 <sup>e</sup> mois ; si possible bruits du cœur fœtal
	<b>Sérologies prescrites</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell)</li> <li>toxoplasmose et rubéole</li> <li>recherche d'agglutinines irrégulières</li> </ul>	<b>Sérologies prescrites obligatoirement (1)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell)</li> <li>toxoplasmose et rubéole</li> <li>syphilis</li> <li>glycosurie et protéinurie</li> <li>recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B</li> <li>recherche de l'antigène HBs</li> </ul>	<b>Sérologies prescrites</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent</li> <li>rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA)</li> <li>glycosurie et protéinurie</li> </ul>
	<b>Sérologie proposée</b> VIH (population à risque)	<b>Examens proposés systématiquement (2)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH</li> <li>dépistage combiné du 1<sup>er</sup> trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1<sup>re</sup> échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et <math>\beta</math>-hCG libre)</li> </ul> <b>Examens proposés éventuellement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>examen cytotobactériologique des urines (ECBU)</li> <li>dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque</li> </ul>	<b>Examens proposés systématiquement</b> dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2 <sup>e</sup> trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1 <sup>er</sup> trimestre
<b>Information et prévention</b>	Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète)		Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille)
	Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes		
	Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates à raison de 400 $\mu$ g/jour		
	Informers sur le suivi de la grossesse		
	-	Débuter l'élaboration d'un projet de naissance	Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Consultation (Cs)	3 <sup>e</sup> Cs	4 <sup>e</sup> Cs	5 <sup>e</sup> Cs	6 <sup>e</sup> Cs	7 <sup>e</sup> Cs
Mois de gestation	4 <sup>e</sup> mois	5 <sup>e</sup> mois	6 <sup>e</sup> mois	7 <sup>e</sup> mois	8 <sup>e</sup> mois
<b>Examen clinique</b> Poids ; PA ; hauteur utérine ; bruits du cœur et mouvements fœtaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines	X	X	X	X	X
<b>Évaluation de la présentation fœtale</b>	-	-	-	-	X
<b>Consultation de pré-anesthésie</b>	-	-	-	-	X
<b>Sérologies à prescrire obligatoirement (1)</b>					
• Glycosurie et protéinurie	X	X	X	X	X
• 2 <sup>e</sup> détermination (si non faite avant) du groupe sanguin	-	-	-	-	X
• RAI, si Rhésus D négatif : à toutes les femmes et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel	-	-	X	-	X
• Toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	X	X	X	X	X
• Hémogramme	-	-	X	-	-
<b>Examens à proposer systématiquement</b>					
• 2 <sup>e</sup> échographie (entre 20 et 25 SA)	X	-	-	-	-
• 3 <sup>e</sup> échographie (entre 30 et 35 SA)	-	-	-	X	-
• Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)	-	-	-	-	X
• Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire	X	X	X	X	X
<b>Examens à proposer éventuellement</b>					
ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive	X	X	X	X	X

Consultation du 9 <sup>e</sup> mois	
	<b>Établir le pronostic obstétrical (mode prévu d'accouchement)</b>
<b>Examens cliniques et biologiques</b>	<b>Réaliser un examen clinique général et obstétrical</b> Poids ; PA ; recherche des signes fonctionnels urinaires ; hauteur utérine ; recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux ; recherche des contractions utérines ; présentation fœtale (contrôle échographique en cas de doute)
	<b>Sérologies prescrites obligatoirement (1)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente</li> <li>● Glycosurie et protéinurie</li> </ul>
	<b>Examens proposés éventuellement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ECBU en cas d'antécédents ou de diabète</li> </ul>
<b>Information et prévention</b>	<b>Donner des informations pratiques</b>
	<b>Vérifier l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son enfant</b>

PA : pression artérielle ; Ac : anticorps ; Ag : antigène ; SA : semaines d'aménorrhée ; ECBU : examen cytbactériologique des urines.

(1) décret n° 92-143 du 14 février 1992 ; (2) loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 101/

## QUELLES SONT LES SITUATIONS À RISQUE ?

### Rechercher :

- **des facteurs de risque généraux** (notamment des facteurs individuels et sociaux ; un risque professionnel ; des antécédents familiaux) ;
- **des antécédents personnels préexistants gynécologiques ou non** (notamment des antécédents chirurgicaux ; des pathologies utéro-vaginales) ;
- **des antécédents personnels liés à une grossesse précédente** (notamment des antécédents obstétricaux ou liés à l'enfant à la naissance) ;
- **une exposition à des toxiques** (notamment à l'alcool, au tabac, aux drogues, à des médicaments potentiellement tératogènes) ;
- **des facteurs de risque médicaux** (notamment diabète gestationnel, hypertension artérielle gravidique, troubles de la coagulation)
- **des maladies infectieuses** (notamment toxoplasmose, rubéole, herpès génital, syphilis) ;
- **des facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux** (notamment cancer du sein, hématome rétroplacentaire, incompatibilité fœto-maternelle).

Pour chacune des situations à risque identifiées au cours de la grossesse, un type de suivi ou une demande d'avis a été recommandé (cf. tableau 1 des recommandations).



Ce document présente les points essentiels des recommandations professionnelles:

« Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » - Recommandation pour la pratique clinique – Mise à jour Mai 2016).

Les recommandations et l'argumentaire sont consultables dans leur intégralité sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)