

LE SUIVI D'UNE GROSSESSE NORMALE

DR P PANEL

La très grande majorité des grossesses sont de déroulement normal et le suivi rentre alors dans une démarche de dépistage et de prévention. Celle-ci se décline sur les trois volets médical, psychologique et social et s'appuie à la fois sur les consultations prénatales et sur la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP).

Le suivi de la grossesse est aussi l'occasion d'une démarche de diagnostic anténatal devenue implicite mais dont les modalités et les enjeux, notamment psychologiques, doivent être rappelés aux parents.

Enfin, la surmédicalisation de la grossesse et de son suivi font émerger une demande de plus en plus forte de réappropriation de la part des parents qui prend souvent la forme d'un "projet de naissance" dont l'élaboration est à encourager et à accompagner.

Préparation à la naissance et à la parentalité

Sur ce dernier point, un important changement est survenu avec l'apparition officielle de l'entretien du 4^{ème} mois, individuel ou en couple, point de départ d'une démarche de prévention, d'éducation et d'orientation.

Celui-ci a pour objectif de :

- repérer les situations de vulnérabilité
- identifier les besoins d'information,
- définir les compétences à développer
- faire le point sur le suivi médical
- donner de l'information sur les ressources de proximité

A l'issue de cet entretien doivent être prévus :

- la planification et la mise en œuvre des séances de PNP
- l'orientation et la coordination des dispositifs d'aide et d'accompagnement

Ces différents éléments doivent être envisagés :

- en prénatal
- à la maternité
- à domicile (HAD) en cas de sortie précoce
- à distance de la naissance

Suivi prénatal

Les éléments de l'examen clinique

Le poids de la femme enceinte est noté à chaque visite. La prise de poids doit être en moyenne de 8 à 12 kg au total. Cette prise de poids ne se fait pas régulièrement au cours de la grossesse ; pendant le premier trimestre, la femme ne grossit que peu, ou pas du tout ; parfois même elle perd du poids ; à partir du 4^e mois, elle prend environ 1,5 kg par mois.

A terme, les kilogrammes se répartissent ainsi :

- * la mère : l'utérus a pris 800 à 900 g ; les seins, 400 à 500 g ; le volume sanguin a augmenté de 1 à 1,5 l ; il y a une rétention d'eau physiologique d'environ 1 l ; enfin 2 à 3 kg de graisses ont été mis en réserve.
- * l'enfant pèse en moyenne 3 à 3,5 Kg ; le placenta 500 à 700 g ; le liquide amniotique 7 à 800 g.

Si la prise de poids est nettement inférieure à ces chiffres, il y a risque d'accouchement prématuré et d'hypotrophie foetale. Si au contraire, elle est nettement supérieure, il peut apparaître une toxémie gravidique, des troubles veineux ou articulaires ; l'accouchement sera également plus difficile.

La tension artérielle est prise systématiquement à chaque visite. Elle est plus basse pendant la grossesse et doit rester inférieure à 13/8.

La perception des mouvements actifs foetaux par la femme enceinte est un élément important qui témoigne de la vitalité du fœtus. La mère sent bouger son bébé à partir du 3^e ou 4^e mois, plus tôt si c'est une multipare. L'arrêt de perception des mouvements actifs pendant 2 ou 3 jours consécutifs doit l'inquiéter et l'amener à consulter.

La hauteur utérine (HU) est notée régulièrement à partir du 4^e mois. On utilise un centimètre de couturière ; la hauteur utérine mesure la distance entre la partie supérieure du pubis et le fond utérin qu'on détermine par la palpation abdominale.

En moyenne, les chiffres normaux pour le terme sont

	4 mois	5 mois	6 mois	7 mois	8 mois	9 mois
H.U.: à l'ombilic		20 cm	24 cm	27 cm	30 cm	33 cm

L'auscultation des bruits du cœur foetaux se fait grâce à un stéthoscope à ultrasons qui repose sur l'effet Doppler :

Les cavités cardiaques sont mobiles et donnent lieu à un signal sonore dès la 10^e semaine, parfois la 9^e semaine d'aménorrhée. La fréquence cardiaque du fœtus est d'environ 190 à 200/mn vers la 9^e semaine, et d'environ 130 à 150 à la 14^e semaine d'aménorrhée, beaucoup plus rapide que le rythme cardiaque maternel.

Cet examen anodin pour le fœtus a l'intérêt de permettre à la mère d'entendre battre le cœur de son bébé dès le début de sa grossesse et de faire partager ce plaisir au père s'il assiste à la consultation.

L'interrogatoire recherche enfin l'existence de contractions utérines, normalement peu fréquentes, irrégulières, non douloureuses. Dans le cas contraire, ces contractions peuvent devenir inquiétantes et faire craindre un accouchement prématuré.

L'examen du 8^e mois est plus particulier ; en plus des éléments précédents, il doit permettre d'apprécier le pronostic de l'accouchement.

- * Le médecin recherche d'abord si le bassin a été traumatisé (fracture) ou siège d'une maladie (rachitisme, ostéoarthrite tuberculeuse...).
- * Il s'enquiert de la durée et du déroulement des accouchements précédents, du poids des enfants à la naissance, d'une difficulté éventuelle au cours du travail.
- * Puis il examine l'utérus, sa souplesse, ses dimensions ;
- * par la palpation abdominale, il note la position du fœtus par rapport à l'utérus et au pelvis. Il évalue la quantité de liquide amniotique.

Le toucher vaginal associé au palper abdominal confirme la présentation (céphalique, en siège, transversal), étudie la qualité du col (long ou court, ferme ou dilaté) et celles du segment inférieur (qui doit être mince et bien formé).

- * Il étudie l'état des parties molles, la dimension du périnée, la largeur de la vulve ; il cherche une infiltration oedémateuse, un état cicatriciel éventuel ; enfin, il explore le bassin, c'est-à-dire la filière génitale osseuse.

Cet examen clinique pourra en cas de doute être utilement complété par une radiopelvimétrie.

Examens complémentaires obligatoires, à proposer obligatoirement et recommandés

Il y a sept consultations obligatoires durant la grossesse. Chaque consultation doit comporter un examen clinique, une recherche de l'albuminurie et de la glycosurie.

Aucune échographie n'est obligatoire ; c'est, cependant, un moyen de surveillance, de dépistage et de diagnostic devenu incontournable et le plus souvent très investi par les parents.

Premier trimestre :

Sont recommandés :

Dater cliniquement le début de la grossesse.

prévoir une échographie entre 11+0 et 13+6 SA (au mieux entre 12+0 et 12+6).

frottis si > 1 an

Sont obligatoires :

- la déclaration de grossesse.
- Le groupe sanguin rhésus, phénotype complet.
- RAI (identification et titrage si +)
- Une sérologie de la syphilis,
- Une sérologie de la rubéole et de la toxoplasmose en l'absence de preuve d'une immunisation antérieure

Sont obligatoirement proposés :

- Une sérologie HIV
- Dépistage de la trisomie 21 (âge, clarté nucale, marqueurs sériques entre 14 et 18 SA)

Deuxième et troisième consultation : 4^{ème} et 5^{ème} mois

Prévoir une échographie à faire vers la 22^{ème} SA.

Sont obligatoires :

- Contrôle toxo si négatif

Quatrième consultation : 6^{ème} mois

Sont obligatoires :

- RAI si rhésus négatif.
- Contrôle toxo si négatif
- NFS plaq
- Antigène HBs

Est recommandé :

Dépistage du diabète gestationnel :

Le dépistage doit s'adresser à toutes les femmes et pas seulement à celles qui ont des facteurs de risque (antécédent familial de diabète, obésité, âge > 35 ans, antécédents obstétricaux de pré-eclampsie, mort in utero, macrosomie, malformation). En effet, ils sont absents chez 30 à 40 % des femmes ayant un DG.

Le dépistage doit être réalisé entre 24 et 28 SA. Le dépistage repose sur le test d'O'Sullivan, consistant à doser la glycémie veineuse 1 heure après ingestion de 50 g de glucose, que la femme soit à jeun ou non. Il n'est pas nécessaire de mesurer la glycémie à jeun.

Le dépistage est considéré comme positif si la glycémie est >1,30 (7,2 mmol).

Diagnostic:

En cas de dépistage positif, avec une glycémie comprise entre 1,30 (7,2 mmol) et 2g/l (11,1 mmol), il est nécessaire de réaliser un test diagnostique qui repose actuellement sur l'HGPO à 100 g de glucose. Si la glycémie au cours du test d'O'Sullivan est > 2g/l (11,1 mmol), le diagnostic de DG ne nécessite pas d'HGPO et la femme doit être traitée.

Afin d'optimiser la prise en charge thérapeutique, il est souhaitable que le délai entre le test d'O'Sullivan et l'HGPO ne dépasse pas 7 jours.

Cinquième consultation : 7^{ème} mois

troisième échographie entre 32 SA et 34 SA

Sont obligatoires :

- Contrôle toxo si négatif

Sixième consultation : 8^{ème} mois

Réalisé par l'obstétricien ou la sage-femme

Présentation foetale ; examen clinique du bassin.

Dépistage du Strepto B

Sont obligatoires :

- 2^{ème} détermination du Groupe
- RAI si rhésus négatif ou ATCD de transfusion.
- Contrôle toxo si négatif

Septième consultation : 9^{ème} mois

Réalisé par l'obstétricien ou la sage-femme

Présentation foetale.

Sont obligatoires :

- RAI si rhésus négatif ou ATCD de transfusion.
- Contrôle toxo si négatif