

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 ? 	<p>Évaluation des facteurs de risque :</p> <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 addictions (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. ✧ Evaluation indication Aspirine (voir verso) 	<ul style="list-style-type: none"> si diabète => équilibrer +++ objectif = HbA1c < 6,5% + adaptation thérapeutique. Prescrire vaccins manquants ? (ROR, varicelle) sous couverture contraceptive pdt 1 mois. Conseil génétique si ATCD dépistés. Bilan IST = VIH, VHB, VHC, Syphilis, PV CT + NG. "Éducation" CMV ? pour toutes les patientes au contact d'enfants < 3 ans, travaillant dans le secteur de la petite enfance... PEC violences ?
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) ▶ CMV si négatif ou inconnu 	<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. ✧ Evaluation indication Aspirine (voir verso) 	<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 ▶ CMV si négatif ou inconnu 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. 	<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 ✧ Evaluation indication Aspirine (voir verso) 	<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"> ✧ Evaluation indication Aspirine (voir verso) Bilan prénatal par SF libérale si non réalisé avant. Entretien prénatal obligatoire ? individuel ou en couple (remboursé à 100%). Vaccin contre la coqueluche entre 20 et 36 SA (Repevax®, Boostrix Tetra®) 	<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 	<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 : Rhopylac@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 cholécalciférol : <ul style="list-style-type: none"> - 10 000 UI/ml (3 gouttes/j) de 28 SA jusqu'à l'accouchement idéalement. ou - 100 000 UI en dose unique.
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. 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.
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"> Consultation d'anesthésie et consultation obstétricale sur le site d'accouchement à prévoir si non encore réalisée. Vaccin contre la bronchiolite VRS entre 32 et 36 SA (Abrysvo®). Intervalle de 15 j avec vaccin contre la coqueluche. 	<ul style="list-style-type: none"> Si aucune situation à risque : RDV à prendre pour consultation obstétricale + consultation anesthésie vers 35 SA. Après 35 SA, proposition massage périnéal 5 min/j pour diminuer risque déchirure postérieure.
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. Vaccin contre la bronchiolite VRS entre 32 et 36 SA (Abrysvo®). Intervalle de 15 j avec vaccin contre la coqueluche. 	<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).
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"> Consultation d'anesthésie et consultation obstétricale sur le site d'accouchement à prévoir si non encore réalisée. Vaccin contre la bronchiolite VRS entre 32 et 36 SA (Abrysvo®). Intervalle de 15 j avec vaccin contre la coqueluche. 	<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 Entretien post-natal précoce ? (EPNP) obligatoire et séances post-natales 	<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 et/ou en cas d'insuffisance placentaire retrouvée : 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 = $\left\{ \begin{array}{l} \text{PAG} + \text{altération du bien-être foetal} \\ \text{(diminution MAF ou diminution QLA} \\ \text{ou anomalies dopplers)} \end{array} \right.$

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 Aspirine* 100-160 mg 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 PV + 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
 $14 \leq \text{PAS} < 16$
 $9 \leq \text{PAD} < 11$

à confirmer par MAPA ou AMT

Débuter traitement⁽²⁾ +
 Instaurer surveillance efficacité / tolérance

Sévère
 $\text{PAS} \geq 16$
 $\text{PAD} \geq 11$

Traitement à instaurer en hospitalier 

- (1) consensus experts 2015 SFHTA
 (2) **Traitement** : Nicardipine, Labétalol, Alphaméthylidopa

Prééclampsie

TAS ≥ 140 et/ou TAD ≥ 90 + prot ≥ 0,3 g/24h 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 après une PE sévère et < 34 SA et/ou en cas d'insuffisance placentaire retrouvée : 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 Aspirine* pour une future grossesse dès que le diagnostic d'une GIU évolutive est confirmé.

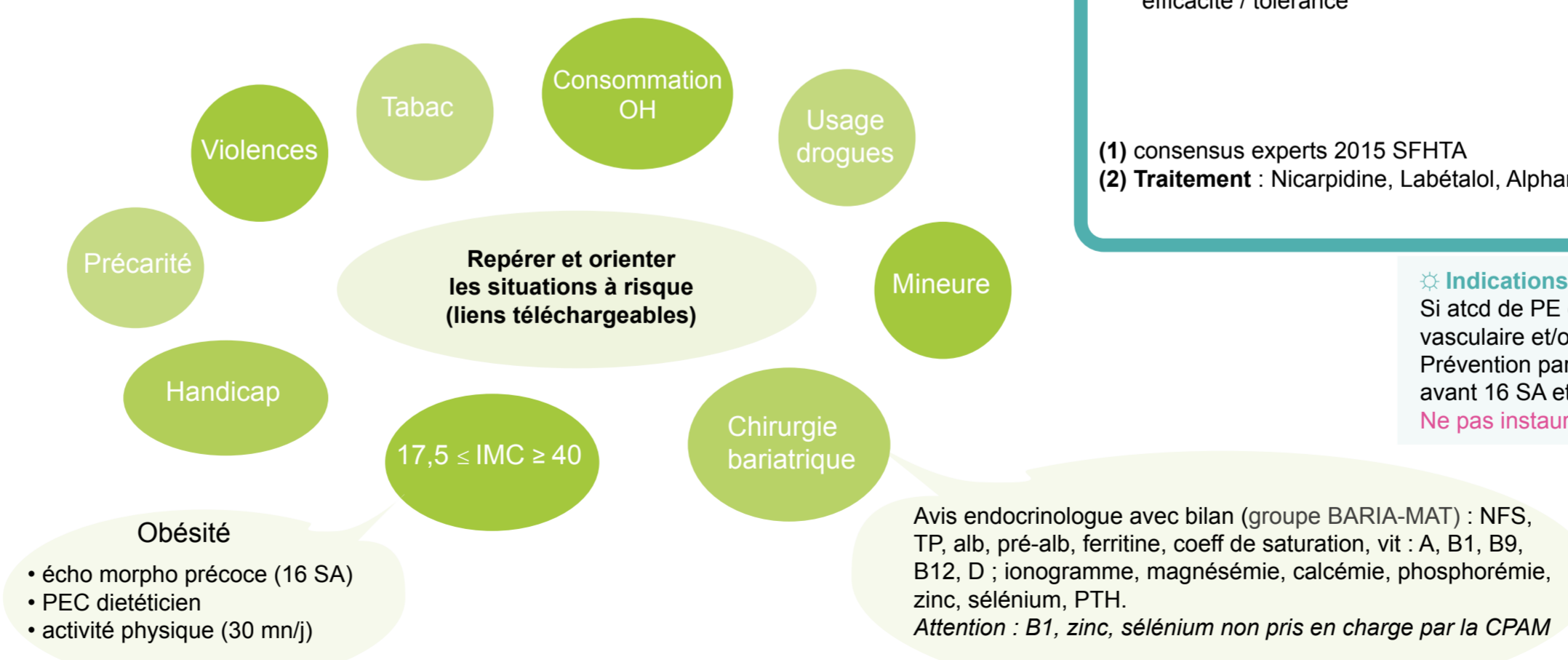
Indications ASPIRINE :

Si atcd de PE et/ou atcd de RCIU vasculaire et/ou atcd de Mort Fœtale d'origine vasculaire et/ou atcd de HRP :
 Prévention par aspirine (100-160 mg le soir au coucher), à instaurer idéalement avant 16 SA et à poursuivre jusqu'à 36 SA.
 Ne pas instaurer l'aspirine après 20 SA si non débutée.

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



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