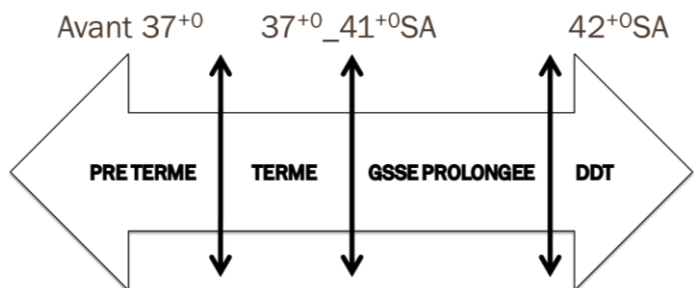


## *Grossesse prolongée et dépassement de terme*

### Introduction / Définition

- La grossesse prolongée est une situation fréquente, souvent génératrice d'angoisse pour la patiente et le médecin qui la suit
- Chez une femme ayant des cycles réguliers de 28 jours, la durée moyenne de la grossesse varie entre 280 et 290 jours (40<sup>+0</sup> et 41<sup>+3</sup> Semaines d'Aménorrhée). A partir de 41<sup>+0</sup> SA, la grossesse est dite prolongée
- Le terme n'est dépassé qu'au-delà de 42<sup>+0</sup> SA



### Fréquence / Intérêt

- **Fréquence** : est de 1%
- **Intérêt** : c'est une grossesse à haut risque.
  - Intérêt de la datation de la grossesse par l'échographie précoce.
  - Surveillance plus rapprochée pour diminuer la mortalité et la morbidité néonatale

### Facteurs favorisants

- La fréquence est élevée chez les femmes de race blanche
- **Mécanique** : en cas de disproportion foeto-pelvienne, on a un défaut de stimulation du col par le pôle foetal
- **Métabolique** : par résistance anormale du col et ce par anomalie de sa maturation en fin de grossesse
- Anencéphalie
- Hydrocéphalie

### Complications fœtales

- **Syndrome de post-maturité** :
  - Peau sèche, présence des fissurations au points de flexions
  - Absence de vernix caseosa
  - Desquamation large de la peau
  - Cheveux et ongles longs
  - Aspect fripé des mains
- **Macrosomie fœtale** : elle expose aux risques d'extraction instrumentale ou de manœuvres obstétricales et leurs conséquences (plexus brachial, fracture de la clavicule, fracture de l'humérus...)
- **Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU)** : par diminution des échanges foeto-maternels
- **Mortalité périnatale** : la Mort *In Utero* (MIU) conséquence de la diminution nutritionnelle et de l'oxygénation
- **Asphyxie néonatale par inhalation méconiale *in utero*** : fréquentes

### Complications maternelles

- Augmentation des lésions périnéales, des hémorragies du post partum, de chorio-amnionite.
- Le taux de césarienne est multiplié par 2 avec toutes les complications post-opératoires

## Diagnostic

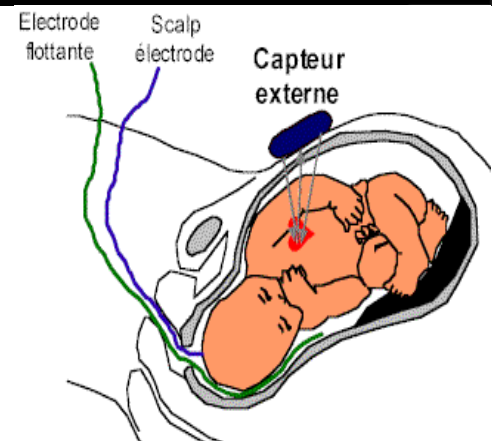
- **Date des Dernières Règles (DDR) :**
  - Pour un cycle maternel régulier de 28 jours, l'ovulation peut être située vers le 14<sup>e</sup> jour
  - Pour les cycles longs, la phase lutéale ayant une durée fixe de 14 jours, l'ovulation sera retardée
- **Echographie précoce :** la datation échographique de la grossesse
  - Entre 11<sup>+0</sup> et 13<sup>+6</sup> SA, la mesure de la Longueur Crânio-Caudale (LCC) est idéalement recommandée (LCC entre 45 et 84 mm)
  - Avant 18 SA, la mesure du diamètre BI-Pariétal (BIP) ou périmètre céphalique.



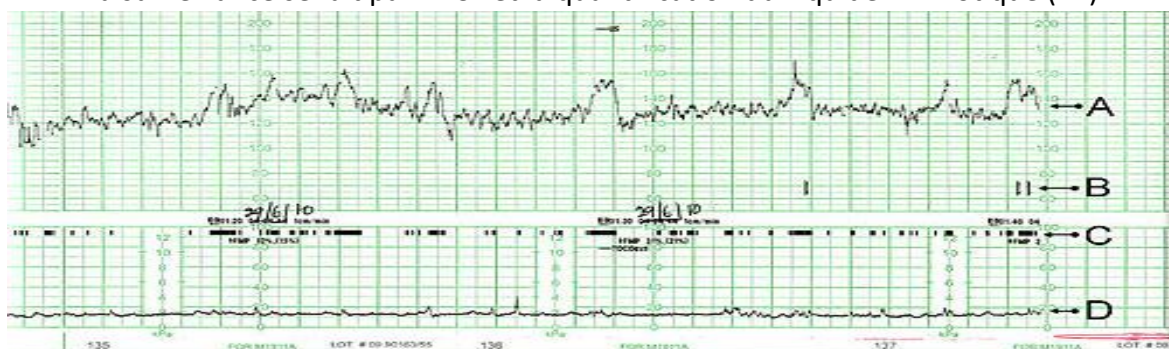
## Éléments de surveillance

- **A quel âge gestationnel débuter la surveillance ?**
  - De 37<sup>+0</sup> à 42 SA, le risque de mortalité périnatale augmente régulièrement.
- **A quelle fréquence ?**
  - La fréquence conseillée est de 2 à 3 fois par semaine (chaque 48 heures)
- **Quels examens sont utiles pour surveiller ?**

- **Compte de Mouvements Actifs Fœtaux (MAF) :** le seuil d'alarme est à moins de 2 MAF/30mn, 2 fois par jour. C'est un examen simple, répétitif, sans danger et gratuit
- **Echographie :**
  - **Rechercher un oligo-amnios :** 10 à 20% des dépassements
  - **Degré de calcification placentaire**
- **Amnioscopie :** permet de prédire l'existence d'un liquide amniotique et sa coloration. Sa réalisation n'est en général possible que lorsque le col est suffisamment ouvert.
- **Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal (ERCF) :** c'est l'examen de choix dans la surveillance du bien être fœtal
- **Test aux ocytociques :** vise à révéler une souffrance fœtale en étudiant la répercussion sur le RCF des contractions utérines provoquées par le syntocinon.
- **Score biophysique de bien être fœtal (Manning) :** tient compte de l'étude des mouvements respiratoires du fœtus, tonus fœtal, la quantité du liquide amniotique, et l'étude du RCF.
  - < 4 : interruption
  - > 6 : surveillance

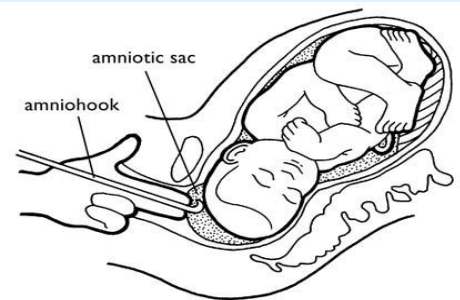
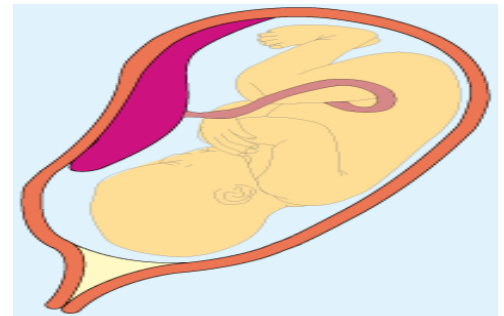


La surveillance se fait par ERCF et la quantification du Liquide Amniotique (LA)



## Déclenchement de l'accouchement

- **A quel moment déclencher ?**
  - Le déclenchement est proposé aux patientes entre 41<sup>+0</sup> et 42<sup>+6</sup> SA
  - Il sera fonction des conditions cervicales locales (score de Bishop), présence d'une cicatrice utérine, parité, âge, conditions fœtales
- **Méthodes du déclenchement artificiel de travail :**
  - **Décollement des membranes**
  - **Rupture Artificielle des Membranes (RAM)**
  - **Ocytocine** : méthode de référence pour le déclenchement du travail sur col favorable
  - **Prostaglandines E2 (dinoprostol)** : sous forme de tampon ou de gel vaginaux, c'est une méthode efficace. Utilisées pour déclencher le travail que le col soit favorable ou non. Il existe un risque d'hypercinésie et/ou d'hypertonie qui peuvent s'accompagner d'anomalies du rythme cardiaque fœtal
  - **Prostaglandines E1 (misoprostol)** : la voie d'administration la plus privilégiée est vaginale. Un risque accru d'hypercinésie ou d'hypertonie. Il est strictement interdit en cas d'utérus cicatriciel
  - **Moyens physiques** : si échec ou une Souffrance Fœtale Aigüe (SFA) → indication d'une césarienne



## Prise en charge du nouveau-né

- Une aspiration endo-trachéale et une ventilation au masque.
- Faire un transfert en réanimation néonatalogique si nécessaire

## Conclusion

- Le dépassement de terme est une situation fréquente ; il est recommandé d'effectuer une échographie précoce afin de confirmer ou préciser le terme (mesure du LCC avant 14<sup>+0</sup> SA).
- En cas de grossesse prolongée, une surveillance plus rapprochée par un ERCF et une mesure du LA, doit être instaurée (à partir de 41<sup>+0</sup> SA et chaque 48 heures) afin de choisir le moment optimum pour déclencher le travail