

Université de Constantine
Faculté de médecine de Constantine
Service de gynécologie et d'obstétrique
De sidi mabrouk

Cours destiné aux étudiants de 5^{ème} année de médecine
Module de gynécologie

Consultation prénatale de 2 et 3 trimestres de la grossesse

Fait par Dr CHERGUI T
Maitre assistant

Année universitaire 2016-2017

المؤسسة الإستشفائية المتخصصة
سيدي مبروك
طب أمراض النساء و التوليد
رئيسة المصلحة
د - شرفي توفيق

Consultation prénatale de 2 et 3 trimestre

Dr CHERGUI

I-introduction :

A-Définition : la grossesse peut entrainer ou accompagnée de plusieurs risques, ce risque peut être maternel, fœtale ou double. Ces risques sont représentés :

- soit par une complication maternelle en rapport avec sa pathologie.
- soit par une complication fœtale (souffrance fœtale, retard de croissance in utéro, mort in utéro).
- le risque, souvent prévisible au cours de la grossesse, doit être distingué de celui du travail, souvent inopiné et inhérent a tout accouchement.

D'où l'intérêt de la consultation prénatale de 2 et 3 trimestre.

B-intérêt de dépistage des risques au cours de la grossesse : toutes les minutes une femme meurt d'une grossesse, soit environ 500000 morts par an (OMS) , la mortalité maternelle en Algérie ,encore mal connue , concerne environ 2000 femme par ans soit 3 femme par jour.

Ce dépistage a pour objectif de détecter et d'évaluer tout risque compromettant la santé maternelle et infantile.

II- Facteurs de risque :

A-éléments de l'interrogatoire :

A 1 - les facteurs individuels et sociaux : jouent un rôle important dans la genèse de l'accouchement prématuré.

- Age : inférieur à 16 ans et supérieur a 40 ans.
- la parité : primigeste ou grande multipare.
- le poids < a 50 kg ou > a 90 kg.
- la taille : < a 1,50 m .
- conditions sociaux économiques : sous alimentation et la pauvreté.

A 2 – facteurs psychologiques : mal adaptation, refus de la grossesse, conflits conjugaux.

A 3-facteurs familiaux et héréditaires : HTA familiale, diabète, hémopathie, consanguinité, maladie héréditaire ou métabolique.

A 4-Antécédents maternels médicaux : toutes les affections préexistant à la grossesse entrainent des risques d'aggravation de la morbidité périnatale, le bon déroulement de la grossesse dépend autant du traitement de la maladie en cause que de la surveillance prénatale, on recherche notamment :

- une cardiopathie, HTA chronique, diabète, affection respiratoire ou endocrinienne.

A 5- Antécédents gynécologiques :

- les cycles irréguliers (ayant comme conséquence la grossesse prolongée).
- les stérilités (grossesse induites).
- les curetages répétés (synéchie utérine).
- les interventions chirurgicales sur l'utérus qui sont à l'origine de risque potentiel de rupture utérine.

A 6- Antécédents obstétricaux et néonataux : le déroulement et l'issue des grossesses antérieures, et particulièrement les accidents suivants :

- Avortement spontané ou à répétition.
- mort fœtale in utero.
- accouchement prématuré.
- accouchement dystocique.
- césarienne.
- grossesse gémellaire.
- macrosomie fœtale.
- retard de croissance intra-utérin.
- malformation fœtale.
- anomalies chromosomiques (trisomie 21).
- maladies héréditaire et génétiques.
- ictère néonatal.
- antécédent de mort née ou mort néonatale.

A 7-les médicaments, toxiques, radiation et vaccinations :

- des prises des médicaments pendant la grossesse (psychotropes, antituberculeux, antimétaboliques ...)
- tabagisme, la toxicomanie et l'alcoolisme.
- exposition à des radiations.
- notion de vaccination contre indiquer pendant la grossesse (DT , anti hépatite B, anti rubéolique ...).

B- élément de l'examen somatique et obstétrical : permet de découvrir :

B 1- des maladies coexistant avec la grossesse :

- soit liée directement à l'état gravidique :
- soit préexistant à la grossesse ou survenant au cours de celle-ci et pouvant l'aggraver ou la compliquer, on recherche :
 - la toxémie gravidique : HTA est associée aux œdèmes des membres inférieurs et à une protéinurie.
 - les affections sanguines : anémie, hémoglobinopathies, incompatibilité.
 - les affections endocriniennes : diabète, endocrinopathies.
 - les cardiopathies :
 - les infections : infections urinaire, rubéole, toxoplasmose, listériose, hépatite, SIDA...)

B 2- les complications survenant au cours de la grossesse :

- menace d'interruption précoce ou prématurée de la grossesse.
- les hémorragies génitales de la grossesse : les avortements, les grossesses molaires, insertion basse du placenta, l'hématome retro-placentaire ou une rupture utérine.
- la rupture prématurée des membranes.
- les discordances entre le volume utérin et l'âge gestationnel (hydramnios, grossesse multiple, mole hydatiforme, retard de croissance intra utérin.

-la prolongation de la grossesse au delà du terme prévu.

-certains éléments obstétricaux comportant des risques rendant nécessaire une surveillance particulière (présentation du siège, transversale, défléchie,) (anomalies du bassin ,malformation génitale , malformation fœtale , grossesse multiple, utérus cicatriciel).

C – les examens complémentaires :

C 1- biologie : permet soit de détecter certains affections, soit pour la surveillance.

C 2- échographie : est d'un apport considérable dans certains pathologie gravidique et maternelle associées à la grossesse.

| Facteurs héréditaires | Risques potentiels |
|---|---|
| -HTA -néphropathie gravidique -Eclampsie -Diabète -G Gémellaire Mal formation (père ou mère) | -Toxémie gravidique -diabète gestationnel G Gémellaire -mal formation à transmission héréditaire |

| Affections maternelles | Risque potentiels |
|--|---|
| -cardiopathie -affection respiratoire -diabète -hypothyroïdie -Hyperthyroïdie -HTA -Infections urinaires -Colique néphrétique -épilepsie | -RCIU (retard de croissance in utéro) -accouchement prématuré (AP) -RCIU -SFC (souffrance fœtale chronique) -aggravation, risque malformatif, MFIU, macrosomie -mortalité périnatale -hypotrophie fœtale -HTA, RCIU, AP , SFC -AP, RPM -malformations , spinabifida, aggravation |

| Facteurs sociaux | Risque potentiels |
|---|---|
| Age et parité : -Primipare < 16 ans ->40 ans -Grande multipare -poids -<10 % du poids idéal -> 90% -taille <1,50 m | -AP -AP, HTA, HRP(hématome retro placentaire), Malformation fœtale, aberration chromosomique) -AP, anomalies de la présentation , placenta prævia ou accreta, rupture utérine -AP , RCIU -HTA, diabète, macrosomie, -hypotrophie fœtale |

| | |
|--|---|
| -niveau d'étude : bas niveau d'étude -conditions sociaux économiques dur pauvreté , hygiène défectueuse , malnutrition) | -Rétrécissement pelvien -MFIU , AP -RCIU , AP |
|--|---|

| Facteurs gynécologiques | Risque potentiels |
|--------------------------|------------------------------|
| -cycle irrégulier | -erreur du terme |
| -Spanioménorrhée | -Avortement |
| -hyperandrogénie | -avortement |
| -stérilité tubaire | -grossesse extra utérine GEU |
| -stérilité endocrinienne | -avortement, RCIU, AP |
| -malformation utérine | -AP, Avortement, RCIU |
| -fécondation in vitro | -GEU , Avortement |
| -stérilité masculine | -avortement, malformations |

D-protocole de surveillance des GHR :

Le dépistage d'une GHR commence des la première consultation prénatale et se poursuit lors des consultations ultérieurs.

-une surveillance intensive peut parfois exiger l'hospitalisation en milieu spécialisé.

-une prise en charge multidisciplinaire est parfois nécessaire.

-la liaison s'établira grâce au carnet de sante.

-l'accouchement terminant une grossesse à risque ,prévu comme pouvant être dystocique ou compliqué doit imposer une stricte vigilance et être pratiquer en milieu spécialisé , toutefois l'accouchement qui fait suite à une grossesse à risque peut se dérouler de façon eutocique .