

# Suivez-vous les grossesses ?

## Objectif : savoir suivre une grossesse normale.

La grossesse est un phénomène physiologique ; ce n'est pas une maladie ! Le suivi de la grossesse est bien codifié et demande de la rigueur. Chez une femme sans problème, ce suivi est à la portée de tout médecin généraliste.

Le suivi de la grossesse a été codifié ces dernières années par le décret n° 92-143 du 16 février 1992 et par les recommandations de l'Anaes<sup>1</sup> et, plus récemment, de la HAS.<sup>2</sup> Sept visites de suivi sont obligatoires. La (ou les) consultation(s) du premier trimestre sont essentielles pour dépister les problèmes qui imposent une prise en charge spécialisée, mettre en place le suivi de la patiente et préparer l'accouchement et l'allaitement. Il est très important d'orienter correctement les femmes enceintes et, en cas de facteurs de risque, de les adresser très tôt dans une maternité de haute technicité (niveau 3).

### SEPT CONSULTATIONS OBLIGATOIRES

Sept consultations prénatales sont obligatoires avec des contenus obligatoires (légaux) et d'autres facultatifs mais conseillés.

#### Consultations du premier trimestre et 1<sup>re</sup> consultation (avant 15 SA révolues)

Les consultations du 1<sup>er</sup> trimestre sont fondamentales et exigent un certain temps d'entretien et d'examen pour répondre aux angoisses, questions et fantasmes des femmes enceintes, surtout lors d'une première grossesse. Souvent, les femmes consultent dès un retard de quelques jours des règles, puis avec leurs résultats de prise de sang et, enfin, après la première échographie qui permet d'établir la déclaration de grossesse.

**Confirmer et dater la grossesse.** La date des dernières règles est notée et, si les règles ont toujours été régulières, on peut se baser sur celle-ci pour dater la grossesse. Si cette date n'est pas connue ou si les règles sont irrégulières, il est licite de demander une échographie pelvienne de datation.

Le dosage des  $\beta$ hCG n'est pas nécessaire pour affirmer une grossesse chez une femme, sans contraception et avec des cycles réguliers, qui a un retard de règles. Les femmes ont, la plupart du temps, déjà fait un test urinaire acheté en pharmacie : si le test est positif, cela confirme la grossesse !

**Recueil des antécédents.** Dès la première consultation, il est nécessaire de faire préciser par la patiente : – **ses antécédents obstétricaux** : comment se sont passées les grossesses antérieures ? Les accouchements ? L'enfant était-il normal ? Quel était son poids de naissance ?

Par **Marie Flori** chargée d'enseignement, UFR Lyon ; **Marie-France Le Goaziou**, PA-MG, UFR Lyon.

mf.flori@medsyn.fr  
mf.legoaziou@medsyn.fr

### QUE DIRE À VOS PATIENTES ENCEINTES ?

La grossesse n'est pas une maladie, mais il est indispensable d'**avoir une bonne hygiène de vie** : se reposer, dormir, se nourrir correctement (ne pas sauter de repas, ne pas manger pour deux !).

Les **signes sympathiques de la grossesse** (asthénie, hypotension, somnolence, pyrosis, mastodynie, nausées...) sont **bénins**.

Le **tabac** et l'**alcool** doivent être **proscrits** ainsi que tout médicament qui pourrait retentir sur le fœtus (notamment les benzodiazépines - sauf en cas de troubles psychiatriques). **Prendre le moins possible de médicaments !**

**Un peu d'exercice**, comme la marche ou la natation, est fortement conseillé.

Les **longs trajets en voiture** sont à **éviter**, de même que les **sports violents** comme la moto, le parachutisme...

La **vie sexuelle peut continuer**, excepté en cas de douleurs (ce qu'il faut parfois évoquer avec les patientes).

Si la femme enceinte a déjà des enfants en bas âge, une aide familiale est à envisager. Si elle attend des jumeaux (échographie de 12 semaines), un arrêt de travail doit être prévu dès la vingtième semaine.

La **surveillance mensuelle** est nécessaire.

Il faut **rapidement consulter en cas de** douleurs abdominales « à type de crampes avec le ventre qui durcit », de saignements, de fièvre, même peu élevée, et de brûlures urinaires.

Concernant la **toxoplasmose**, un contrôle de la sérologie est nécessaire chaque mois, si elle est négative. Les **précautions** pour éviter une contamination doivent être données **par écrit** comme pour la **listériose** (v. encadrés 1 et 2).

## SUIVI DE LA GROSSESSE NORMALE

### QUELQUES CHIFFRES

**775 000 naissances** en 2005 (source : INSEE).

**2 000** (soit 0,25 %) **anomalies majeures**

dépistées chaque année, 600 de ces dépistages conduisant à une interruption médicale de grossesse.<sup>10</sup>

**Toxoplasmose** : environ une femme sur deux n'est pas immunisée.<sup>11</sup>

**21 cas de rubéole** materno-fœtale en 2002.<sup>12</sup>

**44 cas de listériose** materno-fœtale en 2001.<sup>13</sup>

**Diabète gestationnel** : **2 à 4 %** de l'ensemble des grossesses.<sup>14</sup>

**Thrombophlébite** : survient au cours de **0,6 %** des grossesses.

**Anomalies de fermeture du tube neural** : 1/1 000 grossesses.<sup>15</sup>

**Accouchement prématuré** : **7,2 %** des grossesses.<sup>6</sup>

Taux de **mortalité maternelle** : **9,3 à 13,2** décès pour 100 000 naissances.<sup>8</sup>

**Allaitement** : 52,5 % des bébés allaités à la sortie de la maternité en 1998, mais seulement 10 % un mois plus tard.

Des antécédents de prématurité, d'hypertension artérielle, de toxémie gravidique, de mort fœtale in utero, de diabète gestationnel sont des facteurs de risque pour la grossesse actuelle, et imposent un suivi en collaboration avec l'obstétricien, dès le 2<sup>e</sup> trimestre ;

– **ses antécédents personnels** : cardiopathie, HTA, néphropathie, épilepsie, diabète, maladie psychiatrique. Toutes ces pathologies nécessitent également un suivi en collaboration avec un spécialiste ;

– **ses antécédents familiaux** maternels et paternels à la recherche d'une éventuelle maladie héréditaire, pouvant justifier un diagnostic anténatal ;

– **ses habitudes concernant la consommation de substance toxique** : tabac, alcool, cannabis. On estime que 37 % des femmes sont fumeuses avant le début de leur grossesse et que 19,5 % des femmes enceintes continuent de fumer pendant tout ou partie de celle-ci.<sup>3</sup>

La patiente est encouragée à arrêter toute consommation addictive, et il est important de prévoir une consultation supplémentaire pour la prise en charge du sevrage : les approches psychologiques et comportementales ont leur place en première intention, et le recours au traitement substitutif nicotinique est possible ;

– **sa consommation de médicaments** : a-t-elle l'habitude de consommer des médicaments ? La patiente doit être informée de l'effet tératogène de certains médicaments d'usage courant (aspirine, antihistaminique, produits conseillés pour le rhume). Elle doit également savoir que la prise de paracétamol (douleur, céphalée, rhume) ne pose aucun problème, et qu'il vaut mieux appeler son médecin pour n'importe quel autre médicament ;

– **ses conditions de vie** : évaluer les facteurs de risque sociaux et psychologiques. Une charge de travail importante, une profession difficile, un niveau socio-économique bas sont des facteurs de risque de prématurité. Il peut être nécessaire de suivre cette patiente en collaboration avec les services sociaux ;

– **son âge** : une grossesse avant 16 ans ou après 35 ans est une grossesse à risque.

**Examen clinique.** Mesure du poids, prise de la pression artérielle, examen des seins (dans le cadre du dépistage du cancer du sein), pratique d'un frottis cervico-utérin (en l'absence de frottis régulier ou de frottis de plus de 2 à 3 ans), auscultation cardiaque et examen des membres inférieurs à la recherche d'une insuffisance veineuse sont systématiques. « *En l'état actuel des connaissances, il n'y a pas d'arguments pour la réalisation en routine du toucher vaginal* ». <sup>2</sup>

**Première échographie de suivi de grossesse.** Elle doit être réalisée entre la 11<sup>e</sup> et la 13<sup>e</sup> SA + 6 jours. <sup>2,4</sup>

C'est une échographie morphologique. Elle doit s'effectuer par voie suspubienne (vessie pleine), complétée par voie endovaginale si nécessaire. Le compte rendu doit comporter :

– l'âge gestationnel avec la datation de la grossesse à  $\pm 5$  jours ;

– l'étude de la morphologie et de la vitalité fœtales ;

– l'étude des annexes ;

– la mesure de la clarté nucale ;

– le nombre de fœtus et la chorialité en cas de grossesse multiple.

**Examens biologiques obligatoires.** Les examens à prescrire obligatoirement sont : <sup>1,2</sup>

– **la détermination des groupes sanguins** ABO et phénotypes rhésus complet et kell (deux prélèvements sont nécessaires en l'absence de carte de groupe sanguin complète) ;

– **la recherche d'agglutinines irrégulières** (RAI) [si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires] ;

– **les sérologies de la syphilis** (TPHA-VDRL) ;

– **la sérologie de la rubéole**, sauf en cas de résultats écrits faisant considérer l'immunité comme acquise (datant de moins de un an : possibles cas de ré-infestation) ;

– **la sérologie de la toxoplasmose**, sauf en cas de résultats écrits faisant considérer l'immunité comme acquise ;

– **la glycosurie et l'albuminurie** (à la bandelette).

De plus :

– la sérologie VIH doit toujours être proposée par le médecin mais n'est pas obligatoire ;

– la sérologie VHC est à proposer chez les patientes appartenant à un groupe à risque.

### Déclaration de grossesse : avant 15 SA

La patiente est revue avec la première échographie.

La déclaration de grossesse doit être faite avant 15 semaines d'aménorrhée (SA).

Le calendrier de grossesse est établi : une consultation mensuelle, deux échographies programmées dont l'une entre 20 et 22 SA et l'autre entre 31 et 32 SA. Le lieu d'accouchement est prévu et la patiente doit généralement s'inscrire dans la maternité de son choix pour les 3 visites du dernier trimestre. Toutefois, on peut être amené à suivre nos patientes en l'absence de pathologie, jusqu'au 7<sup>e</sup> mois inclus, si elles le souhaitent ou si les plannings de la maternité sont trop chargés.

### Six consultations au cours des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestres

Les consultations suivantes sont mensuelles et le médecin généraliste doit pouvoir assurer le suivi des grossesses normales jusqu'au 6<sup>e</sup> mois inclus. Il est important que la femme soit connue, 2 à 3 mois avant le terme présumé, de l'équipe obstétricale qui assurera l'accouchement, afin de créer une relation de confiance et faire un pronostic obstétrical précis. Les consultations suivent le même protocole que la première.

**Interrogatoire.** Il est important d'écouter la patiente, le vécu de sa grossesse et ses éventuels problèmes.

L'objectif est de repérer les signes fonctionnels :

– pyrosis, épigastalgies, céphalées inhabituelles, brûlures mictionnelles, présence de pertes vaginales

## SUIVI DE LA GROSSESSE NORMALE

anormales (leucorrhées, sang) ;

- mouvements fœtaux : ils sont perçus à partir de 20 SA chez une primipare, 18 SA chez une multipare ;
- contractions utérines. Elles sont fréquentes en fin de journée (moins de 10 par jour) et peuvent nécessiter un repos supplémentaire.

Il faut évoquer l'allaitement afin de connaître la volonté de la patiente et l'encourager à allaiter.

**Examen clinique.** Il comprend systématiquement :

- la mesure du poids, la prise de la pression artérielle et la recherche d'œdème des membres inférieurs ;
- l'écoute des bruits du cœur fœtal avec un doppler de poche ;
- la mesure de la hauteur utérine : la hauteur moyenne en centimètres correspond au nombre de semaines d'aménorrhées moins quatre ; elle donne une indication sur le développement du fœtus et la quantité de liquide amniotique ;
- le toucher vaginal. Il permet d'apprécier l'état du col (longueur, ouverture, hauteur de présentation), mais cet examen, habituel dans nos contrées, n'est parfois jamais fait dans les pays anglo-saxons...

**Examens biologiques.<sup>1,2</sup>** Ils comprennent :

- la recherche de glycosurie et d'albuminurie tous les mois (obligatoire) ;
- un contrôle de la sérologie de la toxoplasmose, tous les mois jusqu'au terme de la grossesse, si elle est négative (obligatoire) ;
- un contrôle de la sérologie de la rubéole tous les mois jusqu'à 18 SA, si elle est négative (obligatoire) ;
- le test de dépistage de groupe à risque pour la trisomie 21 entre la 14<sup>e</sup> et la 18<sup>e</sup> SA. Il n'est pas obligatoire, mais il doit être systématiquement proposé à la patiente (v. encadré 3) ;
- à la consultation du 5<sup>e</sup> mois (3<sup>e</sup> consultation), la prescription de RAI chez les femmes rhésus négatif (obligatoire) ;
- au 6<sup>e</sup> mois de grossesse (4<sup>e</sup> consultation), la prescription d'une numération formule sanguine, de la recherche de l'antigène HBs et de RAI (obligatoire). Le dépistage du diabète gestationnel est recommandé entre 24 et 28 SA, ainsi qu'un ECBU à la recherche d'une bactériurie asymptomatique ;
- le dépistage du streptocoque du groupe B, entre 35 et 38 SA. Il est recommandé pour toutes les femmes enceintes ;
- au 8<sup>e</sup> mois (6<sup>e</sup> consultation), la prescription de RAI chez les femmes rhésus négatif ou chez celles antérieurement transfusées (obligatoire).

La patiente doit être adressée en consultation de pré-anesthésie pour évaluer les facteurs de risque anesthésique en vue de l'accouchement ;

- au 9<sup>e</sup> mois (7<sup>e</sup> consultation), la prescription de RAI chez les femmes rhésus négatif ou chez celles antérieurement transfusées (si non fait à l'examen du 8<sup>e</sup> mois) [obligatoire].

Le dépistage sérologique systématique de l'infection à CMV pendant la grossesse n'est pas justifié.<sup>5</sup>

**Deux échographies sont recommandées :** entre 20 et

22 SA d'une part, et 31 et 32 SA d'autre part.<sup>4</sup>

L'examen se fait par voie sus-pubienne, vessie pleine. Il comprend l'étude de la morphologie, de la vitalité, de la biométrie et des annexes.

**Des échographies supplémentaires** sont demandées dans les cas suivants :

- à l'examen clinique, la hauteur utérine est supérieure ou inférieure à celle attendue, ou une masse utérine ou latéro-utérine est palpée ;
- HTA, diabète gestationnel, maladie infectieuse ;

### ENCADRÉ 1 – LISTÉRIOSE

#### Que dire à vos patientes enceintes

##### → Aliments à éviter

- Éviter la consommation de fromages à pâte molle au lait cru, de poissons fumés (saumon fumé, par exemple), et de graines germées crues (soja).
- Pour les achats de produits de charcuterie consommés en l'état (pâté, rillettes, produits en gelée, jambon...), préférer les produits préemballés aux produits vendus à la coupe ; ces produits devront être consommés rapidement après leur achat.
- Préférer les achats contrôlés en magasin aux achats des marchés, bord de route, etc. pendant la grossesse et vérifier les dates de péremption.

##### → Règles d'hygiène à respecter

- Cuire soigneusement les aliments crus d'origine animale (viande, poissons) ;
- éplucher les fruits et les crudités ;
- laver soigneusement les légumes crus et les herbes aromatiques ;
- conserver les aliments crus (viande, légumes) séparément des aliments cuits ou prêts à être consommés ;
- après la manipulation d'aliments non cuits, se laver les mains et nettoyer les ustensiles de cuisine qui ont été en contact avec ces aliments ;
- nettoyer fréquemment et désinfecter ensuite avec de l'eau javellisée le réfrigérateur ;
- vérifier régulièrement la température du réfrigérateur ;
- être vigilant sur la chaîne du froid ;
- dans le cas de repas qui ne sont pas pris en collectivité, les restes alimentaires et les plats cuisinés doivent être réchauffés soigneusement avant consommation immédiate.

### ENCADRÉ 2 – TOXOPLASMOSE<sup>4</sup>

#### Que dire à vos patientes enceintes non immunisées

- **Bien cuire la viande** (bœuf, mouton, porc, cheval), c'est-à-dire une cuisson d'au moins 65 °C dans toute l'épaisseur de la viande. Éviter la consommation de viande marinée, fumée ou grillée (comme cela peut être le cas pour le gibier) ;
- **Lors de la préparation des repas :** laver soigneusement les légumes et les plantes aromatiques surtout s'ils sont terreux et consommés crus. Éplucher les légumes et les fruits. Laver soigneusement les ustensiles de cuisine, ainsi que le plan de travail. Se laver les mains après contact avec des légumes, des fruits ou de la viande crue et avant de passer à table. Une bonne hygiène des mains et des ustensiles de cuisine est importante pour éviter la transmission de la toxoplasmose pendant la grossesse ;
- **Lors des repas pris en dehors du domicile :** éviter la consommation de crudités et préférer les légumes cuits. La viande doit être consommée bien cuite, ou bien privilégier la consommation de volaille ou de poisson ;
- **Éviter les contacts directs avec les objets qui pourraient être contaminés par les excréments de chats** (comme les bacs des litières, la terre) et porter chaque fois des gants en cas de manipulations de ces objets. Désinfecter les bacs des litières de chat avec de l'eau de Javel et éviter d'effectuer ces tâches pendant la grossesse ;
- **Éviter le contact direct avec la terre** et porter des gants pour jardiner. Se laver les mains après des activités de jardinage, même si elles sont protégées par des gants.

## SUIVI DE LA GROSSESSE NORMALE

## ENCADRÉ 3 – DÉPISTAGE DE LA TRISOMIE 21

La trisomie 21 est l'anomalie chromosomique la plus fréquente et la première cause de handicap mental dans le monde : 1 pour 700 naissances en France.

Le risque de trisomie 21 augmente avec l'âge de la mère, passant de 1/5 000 naissances vers 20 ans à 1/100 naissances vers 40 ans.<sup>16</sup>

L'arrêté du 30 septembre 1997 relatif au consentement de la femme enceinte à la réalisation des analyses mentionnées à l'article R.162-16-1 du code de la Santé publique codifie la mise en place de la recherche de la trisomie 21. Le nombre d'enfants trisomiques à naître est de moins en moins élevé alors que le nombre de conceptions d'enfants trisomiques augmente (grossesses plus nombreuses chez les femmes de plus de 35 ans) : 620 enfants trisomiques en 1997, 355 en 1999 (étude reposant sur 4 registres régionaux de malformations congénitales).

**Le test de dépistage repose sur** le dosage des marqueurs sériques ( $\alpha$ -foeto-protéines et  $\beta$ hCG, voire l'œstriol). Cet examen est non obligatoire

mais doit être systématiquement proposé entre 14 SA + 1 jour et 17 SA + 6 jours.

Le médecin doit recueillir le consentement écrit de la femme enceinte, après avoir fourni une information spécifique.<sup>17</sup>

Seuls certains laboratoires autorisés peuvent effectuer le dosage des marqueurs sériques.

**Le compte rendu d'analyse** doit préciser le résultat des dosages des marqueurs sériques, ainsi que le risque calculé pour la patiente. Le test est dit positif si le taux est supérieur à 1/250. La valeur prédictive positive (VPP) du test, ou la probabilité d'avoir un enfant trisomique si le test est positif, est de 0,95 % avant 38 ans et de 1,06 % après 38 ans.

La valeur prédictive négative (VPN) du test, ou la probabilité de ne pas avoir un enfant trisomique si le test, est négatif est de 99,98 % avant 38 ans et de 99,94 % après 38 ans.

La sensibilité du test (pourcentage de trisomies 21 dépistées par ce test) est de 79,5 % avant 38 ans, et de 91,3 % après 38 ans.

En 2002, 78 % des femmes de moins de 38 ans et 33 % des plus de 38 ans ont fait le test.

**L'amniocentèse est proposée si le seuil est supérieur à 1/250** (ce taux correspond à celui d'une femme de 38 ans).

En 2002, 6,57 % des femmes enceintes de moins de 38 ans ont eu une amniocentèse induite par le résultat du test.

Le risque de fausse couche après amniocentèse est d'environ 1 %.

En 1999, le coût du dépistage auprès de 515 118 patientes (76,6 % des grossesses) a été de 100 millions d'euros (chiffres confirmés en juin 2003 par la Cour des comptes).

**La patiente est libre de son choix à toutes les étapes :**

- elle peut accepter ou refuser le dépistage par le tri-test ;
- elle peut accepter ou refuser l'amniocentèse ;
- elle peut demander, si elle le désire, une interruption de grossesse en cas de trisomie 21.

**Voir aussi :** Flori M, Goffette J. Dépistage du risque de la trisomie 21 par les marqueurs sériques – réflexions pratiques et éthiques. *Rev Prat Med Gen* 2006;20:722-5.

– métrorragies, pertes liquidiennes, traumatisme, diminution des mouvements fœtaux, douleurs abdominales.

**L'amniocentèse est proposée :**

- à toute femme de plus de 38 ans ;
- en cas d'antécédents particuliers (maladie héréditaire, anomalies chromosomiques) ;
- sur signes d'appel échographiques ;
- en cas de test de dépistage de groupe à risque de trisomie 21 supérieur à 1/250.

**LES FEMMES ENCEINTES RECOURENT À LEUR GÉNÉRALISTE POUR LES MAUX ET LES PATHOLOGIES INTERCURRENTES**

Les médecins généralistes assurent un quart des déclarations de grossesse, mais ils interviennent moins dans le suivi de son déroulement.<sup>6</sup>

Cependant, en urgence et pour les pathologies intercurrentes, le médecin de famille reste le premier recours.<sup>7</sup> C'est dans ce contexte qu'il est le plus souvent en contact avec les femmes enceintes : 44,5 % des motifs de consultation contre 25 % de consultation du premier trimestre et 12 % de suivi.<sup>7</sup> C'est certainement une des tâches les plus difficiles pour le praticien généraliste qui suit peu de femmes enceintes mais qui doit les traiter pour différentes pathologies, du simple rhume ou de la crise hémorroïdaire à la céphalée qui peut signer une éclampsie ou à l'hyperthermie qui inquiète.

Le suivi de la grossesse est une difficulté bien réelle puisque, malgré le niveau de médicalisation, le taux de mortalité maternelle en France, a oscillé entre 9,3 et 13,2 pour 100 000 selon les années : plus de la moitié des décès maternels paraissent « évitables ». <sup>8</sup> Les hémorragies

de la délivrance et l'hypertension artérielle sont les principales causes de mortalité maternelle.

**Petits maux de la grossesse :<sup>9</sup> examiner puis rassurer**

**En début de grossesse.** La fatigue, parfois intense des premiers mois, les nausées, l'hypersomnie sont des signes dits sympathiques de grossesse ; après un examen clinique normal, il est important de bien rassurer la patiente. Les douleurs du bas ventre imitant celles qui surviennent avant les règles peuvent durer quelques semaines. Les mastodynies peuvent être intenses et nécessiter un décongestionnant local.

En général, ces signes s'amendent après le troisième mois et disparaissent.

**Au cours du troisième trimestre,** différents troubles peuvent survenir : douleurs musculaires, tendineuses ou ostéoarticulaires dues à la distension de l'abdomen et de la symphyse pubienne, pesanteur pelvienne avec pollakiurie, constipation souvent accompagnée d'hémorroïdes, jambes lourdes, lombalgies, voire sciatalgies.

Le médecin doit, après examen, rassurer le mieux possible la patiente et lui conseiller une hygiène alimentaire et une hygiène de vie adaptée.

Lorsqu'une prescription s'impose, le Vidal doit être consulté régulièrement pour vérifier les contre-indications absolues et relatives, les précautions d'emploi des médicaments. Le centre de pharmaco-vigilance est une source d'informations complémentaires importante.

La prudence est d'utiliser des médicaments connus et de limiter au maximum les prescriptions en nombre et en durée.

## SUIVI DE LA GROSSESSE NORMALE

**De nombreuses plaintes sont banales**, voire normales : nausées, constipation, lombalgie, pubalgie, jambes lourdes, pyrosis... Pour chacune de ces plaintes, une écoute attentive est nécessaire accompagnée d'une explication des modifications corporelles pendant cette période. Cette écoute suffit, avec de petits traitements symptomatiques, à faire accepter les désagréments de la grossesse.

### Certaines situations doivent faire évoquer un diagnostic sévère<sup>1</sup>

**Vomissements du troisième trimestre.** Les vomissements sont banals au cours du premier trimestre. Par contre, s'ils réapparaissent au cours du troisième trimestre de la grossesse, ils doivent faire rechercher un syndrome chirurgical et une affection hépatique.

**Perte de poids trop importante en début de grossesse.** Elle doit faire rechercher une cause psychologique. Cependant, le plus souvent, avec quelques conseils – fractionner les repas, manger ce qui fait plaisir, prendre le temps de manger, manger avant de se lever... – associés ou non à un antiémétique, les signes s'amendent et deviennent tolérables.

**Céphalées.** Elles sont toujours inquiétantes pendant la grossesse et doivent conduire à un examen neurologique complet, au contrôle régulier de la pression artérielle, à la recherche de signes de pré-éclampsie (albuminurie, œdème soudain du visage, des mains et des pieds, troubles visuels, acouphènes, barre épigastrique, vomissements, prise de poids brutale, hyperexcitabilité neuromusculaire qui imposent l'hospitalisation d'urgence). Les migraines peuvent être aggravées pendant la grossesse (les AINS sont contre-indiqués pendant la grossesse).

**Hypertension artérielle.** Une PA > 140/90 mmHg impose un bilan complémentaire et un avis spécialisé pour la recherche de signes de souffrance fœtale et une prise en charge spécialisée. La pression artérielle doit être prise après dix minutes de repos et en position assise chez la femme enceinte. Toute mesure supérieure ou égale à 140/90 mmHg nécessite une reprise de l'interrogatoire et la mise au repos de la patiente pendant deux semaines avec un contrôle régulier. Ce contrôle peut être réalisé par une sage-femme à domicile ou une infirmière.

Si la PA reste élevée, un avis spécialisé s'impose pour une échographie à la recherche d'un retard de croissance intra-utérin et d'anomalies des flux dans les artères utérines maternelles et du cordon.

Il est important de distinguer la femme hypertendue avant sa grossesse de celle ayant une hypertension gravidique.

À chaque consultation, les signes de pré-éclampsie sont à rechercher.

L'hypertension, même modérée, demande un suivi conjoint de la patiente avec l'obstétricien.

**Hyperthermie.** Sans cause trouvée, elle impose un ECBU. L'infection urinaire peut être pauci-symptomatique, voire asymptomatique, pendant la grossesse.

**Listériose** (v. encadré 1). C'est un diagnostic difficile, car sans signes cliniques spécifiques : devant toute fièvre d'allure grippale, il est recommandé de faire des hémocultures ; la mise sous antibiotiques très rapidement assure la meilleure prise en charge (3 g d'amoxicilline/j).

**Contractions utérines.** Elles imposent un interrogatoire précis sur le mode de vie, la charge de travail et un examen clinique pour apprécier l'évolution du raccourcissement du col. Le repos s'impose après avoir éliminé les contractions physiologiques (ce qui n'est pas toujours facile) ; une aide par une travailleuse familiale peut être proposée par le biais des caisses d'allocations familiales et de la PMI. Un enregistrement des contractions pour faire la différence entre le physiologique et le pathologique peut être utile. Un suivi conjoint avec l'obstétricien, voire une hospitalisation, s'imposent devant des modifications cervicales associées à une activité utérine.

**Métrorragies.** Elles sont toujours inquiétantes pour la patiente qui consulte en urgence.

Au premier trimestre, accompagnées de douleurs pelviennes, elles peuvent annoncer une fausse couche. La conduite à tenir doit être expliquée à la patiente (avant la fin du second mois, l'hospitalisation n'est pas indispensable). Le médecin doit toujours suspecter et éliminer une grossesse extra-utérine (GEU) : métrorragies, douleur pelvienne, malaise. Les  $\beta$ hCG et l'échographie confirment le diagnostic.

Les métrorragies peuvent être le symptôme d'une vaginite ou d'une cervicite : un traitement par désinfectant permet de régler le problème.

Au 2<sup>nd</sup> et au 3<sup>e</sup> trimestres, il faut être très prudent avec un examen clinique précis à la recherche de signes de gravité (PA, fréquence cardiaque, importance de la métrorragie...). Un examen en milieu spécialisé semble nécessaire afin de vérifier la vitalité fœtale et l'insertion placentaire, d'évaluer le risque d'accouchement prématuré.

Une prévention par immunoglobines anti-D chez les patientes rhésus négatif doit être pratiquée en cas de métrorragie.

### QUELQUES CONSTANTES

Durée de la grossesse :  
**9 mois, 41 SA révolues.**

Prise de poids normale :  
**8 à 12 kg.**

**Hypertension artérielle :**  
**PA > 140/90 mmHg.**

**Constantes biologiques :** elles sont modifiées. Hémoglobine à 10 ou 11 g/L ; les leucocytes sont plus nombreux (augmentation jusqu'à 15 000/mL). Sauf nécessité absolue, il n'est pas recommandé de réaliser des bilans biologiques dont l'interprétation doit tenir compte des modifications des normes biologiques pendant la grossesse.

**Arrêt de travail**  
- 1<sup>re</sup> ou 2<sup>e</sup> grossesse :

**6 semaines avant**  
et **10 semaines après** la date théorique de l'accouchement ;  
- à partir de la 3<sup>e</sup> grossesse :

**8 semaines avant**  
et **18 semaines après** la date théorique de l'accouchement  
Ces périodes sont prises en charge au titre de l'Assurance maternité. Les arrêts de travail supplémentaires (grossesse pathologique, gémellarité) sont pris en charge par l'Assurance maladie.

### ENCADRÉ – SUPPLÉMENTATIONS

**Acide folique.** Une supplémentation par acide folique est indispensable pour toute femme ayant un antécédent d'anomalie de fermeture du tube neural lors d'une précédente grossesse, ou qui prend un traitement anti-épileptique. Dans ces cas, 4 mg d'acide folique journaliers sont prescrits dans le mois qui précède la conception et pendant le premier trimestre. Pour les femmes sans antécédent, cette

supplémentation est recommandée à la même période, mais à la dose de 0,4 mg/j.<sup>4,15</sup>

**Vitamine D.** La supplémentation en vitamine D est conseillée : une ampoule de 100 000 UI en hiver, au cours du 3<sup>e</sup> trimestre.<sup>4</sup>

**Fer.** Une supplémentation en fer est nécessaire si l'hémoglobine est inférieure à 11 g/L.

## SUIVI DE LA GROSSESSE NORMALE

## RECOMMANDATIONS/CONFÉRENCE DE CONSENSUS/GUIDELINES

- Après avoir sollicité l'espace « consensus » de la **bibliothèque Lemanissier** et **CISMeF**, un seul document est retenu : Comment mieux informer les femmes enceintes (recommandations professionnelles de la HAS; avril 2005). <http://minilien.com/?A0wrJsEWa9>
- Dans **PubMed**, l'équation : Pregnancy [majr] AND Guidelines [mh] AND free full text [filter] affiche une vingtaine de notices dont : Vendittelli F, Janky E. Clinical and paraclinical monitoring of a normal pregnancy. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2001 Feb;30(1):51-8. (suivi clinique et paraclinique d'une grossesse normale) <http://minilien.com/?siwzX2XNpR>

**Diabète.** Une prise en charge conjointe avec le service d'obstétrique ou celui d'endocrinologie est nécessaire. Parmi les femmes enceintes, 2 à 3 % ont une intolérance au glucose. Le diabète gestationnel survient entre la 24<sup>e</sup> et la 28<sup>e</sup> semaine. Les facteurs de risque sont à rechercher (surpoids ou obésité, antécédents familiaux de diabète, antécédents personnels de diabète gestationnel, de mort fœtale in utero ou de macrosomie). Mais 40 % des diabètes gestationnels n'ont pas de facteurs de risque; cela justifie, pour certains auteurs, un dépistage systématique entre 24 et 28 semaines.

Le test de l'OMS comprend une glycémie à jeun et 2 heures après l'ingestion de 75 g de glucose.<sup>18</sup>

Le diabète gestationnel est confirmé si la glycémie à jeun est  $\geq$  à 1,26 g/L (7 mmol/L) ou si la glycémie après charge est  $\geq$  2,0 g/L (11,1 mmol/L) à 2 heures.

On parle d'intolérance au glucose si la glycémie après charge est comprise entre 1,40 g/L (7,8 mmol/L) et 2 g/L (11,1 mmol/L).

**Rupture de la poche des eaux.** Elle impose une hospitalisation en urgence.

**Fièvre : toujours rechercher la cause**

- Le pronostic maternel est rarement menacé ;
- le pronostic de la grossesse est toujours mis en jeu, car une fièvre peut être responsable d'un accouchement prématuré ;
- le pronostic fœtal et néonatal est directement lié à la cause de la fièvre maternelle ;
- un diagnostic étiologique s'impose ; la cause doit être traitée ainsi que la fièvre en elle-même (hydratation suffisante, paracétamol).

**CONCLUSION**

Le suivi de la grossesse est simple : l'écoute, l'examen clinique, la prescription des examens complémentaires font partie de toute consultation de médecine générale ; sa spécificité est le dépistage des situations à risque nécessitant une prise en charge en collaboration avec nos collègues obstétriciens. Praticiens du premier recours, nous pouvons donc assurer le suivi des grossesses de nos patientes. ■

*L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.*

**Références**

1. Andem. Guide de surveillance de la grossesse. 1996 (www.anaes.fr).
2. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. Avril 2005.
3. Anaes. Grossesse et tabac. Conférence de consensus. Lille: 7 et 8 octobre 2004.
4. Anaes. L'échographie obstétricale au cours de la grossesse en l'absence de facteur de risque. Recommandations et références professionnelles. Décembre 1998.
5. Anaes. Évaluation de l'intérêt du dépistage de l'infection à cytomégalo-virus chez la femme enceinte en France. Septembre 2004.
6. Drees. La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Mars 2005 (www.sante.gouv.fr).
7. Arnaud A. Motifs de recours des femmes enceintes consultant en médecine générale : étude descriptive auprès de 68 médecins généralistes du Rhône. Thèse: Méd: Lyon; 2003.
8. Prescrire rédaction. Trop forte mortalité maternelle en France. Rev Prescr 2002;22:778-9.
9. Thoulon JM. Petits maux de la grossesse. EMC, Gynécologie/obstétrique, 1994,5-012-A-20.
10. Goujard J, Ayme S, Robert E. Impact des actions de dépistage en France sur la prévalence des naissances malformées, période 1990-1994. BEH 1997;13:55-6.
11. Patisier G, Flori P, Varlet MN, Patural H, Hafid J, Tran Manh Sung R. Dépistage de la toxoplasmose congénitale. Rev Prat Gyn Obs 2001;52:33-7.
12. Parent du Chatelet I, Bouraoui L, Six C, Lévy-Bruhl D. La rubéole chez la femme enceinte et le nouveau né en France métropolitaine en 2002: les données du réseau Rénarub. BEH 2004;1:2-3.
13. Goulet V, Jacquet C, Martin P, Vaillant V, Laurent E, de Valk H. Surveillance de la listériose humaine en France en 2001. BEH 2004;9:33-4.
14. Diabète gestationnel. EMC, Traité d'obstétrique, 1999, 5-042-C-20.
15. Prescrire rédaction. Prévention du spina bifida. Rev Prescr 2001;21 (220):601-11.
16. Muller F, Dreux S, Rebiffé M, Faina S, Mandin V, Detaevernier C. Marqueurs sériques maternels de la trisomie 21 fœtale au 2<sup>e</sup> trimestre de la grossesse. Rev Prat Gyn Obs 2002;64:25-9.
17. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Communiqué : Dosage des marqueurs sériques de la trisomie 21. <http://sante.gouv.fr>
18. HAS. Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel. Juillet 2005.



**ABONNEZ-VOUS OU RÉABONNEZ-VOUS EN LIGNE SUR :**

**egora.fr**

l'Internet des professionnels de santé

Huveaux France  
[www.huveaux.fr](http://www.huveaux.fr)