CONDUITES À TENIR EN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Rédigé par	D. Bardou, chef de pôle F. Pachy, P. Piovesan, R. Delpon-De-Vaux, A. Trabbia, J. Abric, A. Sahli, K. Jeffery Gynécologues-Obstétriciens R. Ouezini, C. Preziosi, A. Riyahi H. Ayeb, F. Chabani, M. Sayah Anesthésistes équipe sage femme. M. Bourenane, D.Planchenault, H.Benali, T. Bougrine pédiatres néonatologistes M. Soulier Médecin hygiéniste L.Hasson Psychologue	Date de création	Novembre 2014
Validé par	D. Bardou, chef de pôle	**Dates d'application**	**01 Nov 2014 au 31 Oct 2015**

Domaine d'application et personnes concernées

Ce document s'applique à l'ensemble du personnel médical et paramédical du service.

Description du processus

Les conduites à tenir sont élaborées par un groupe de travail du service de gynécologie obstétrique sous la direction du chef de pôle en étroite collaboration avec l'unité d'anesthésie et de néonatalogie. Elles seront réactualisées annuellement.

Consignes générales

Si la conduite à tenir répond à la situation rencontrée, l'appliquer
Si elle ne paraît pas correspondre au cas particulier, cela doit être précisé par écrit par le praticien hospitalier ou l'assistant qui prend la responsabilité de sa conduite à tenir.

TABLE DES MATIERES

ALLAITEMENT : INHIBITION DE LA LACTATION 4
AMNIOCENTESE 6
ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE ET EN OBSTETRIQUE 8
ASPEGIC PREVENTIF 13
CARYOTYPE PAR METHODE FISH 14
CHIRURGIE BARIATRIQUE ET GROSSESSE : BY PASS 15
CHOLESTASE GRAVIDIQUE : PRISE EN CHARGE 16
CONTRACEPTION 17
CONTRACEPTION : TABLEAU PILULES ET DOSAGES 22
CONTROLES ECHOGRAPHIQUES 26
DECLENCHEMENT DU TRAVAIL 28
DEPILLATION PAR TONDEUSE DES PRE OP 31
DIABETE GESTATIONNEL : DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE 32
DIABETE GESTATIONNEL SOUS INSULINE : INSULINE A L'ACCOUCHEMENT 36
EMBOLIE AMNIOTIQUE : PROCEDURE POUR LE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE 38
FAUSSE COUCHE SPONTANEE JUSQU'A 12 SA : PRISE EN CHARGE 40
TRAITEMENT MEDICAL DES FAUSSES COUCHES SPONTANEE PRECOCE ET DES GROSSSESSES ARRETEES : INFORMATION PATIENTES 42
FIEVRE PENDANT LE TRAVAIL 43
GRIPPE A H1N1 : PRISE EN CHARGE 44
GROSSESSES GEMELLAIRES : PRISE EN CHARGE ET ACCOUCHEMENT 45
HEMATOME RETROPLACENTAIRE : PRISE EN CHARGE DE LA NOUVELLE GROSSESSE 46
HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE : PREVENTION 48
HEMORRAGIE DU POST-PARTUM : UTILISATION DES BALLONNETS DE BAKRI 49
HEMORRAGIE DU POST PARTUM :ORGANISATION DU TRANSFERT INTERHOSPITALIER 50
HEMORRAGIE DU POST PARTUM : UTILISATION DU NALADOR 51
HEMORRAGIE DU POST PARTUM: ARBRE DECISIONNEL 52
HERPES GENITAL ET GROSSESSE 53
HTA ET GROSSESSE 54
HYGIENE LORS DE L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE 59
HYSTEROSCOPIE : PREPARATION CERVICALE 64
INFECTION URINAIRE CHEZ LA FEMME ENCEINTE :CYSTITE ET BACTERIURIE 65
INFECTION URINAIRE CHEZ LA FEMME ENCEINTE: PYELONEPHRITE AIGUE 66
INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE : ANALGESIE-FŒTICIDE 67
INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE : PRISE EN CHARGE EN SALLE DE TRAVAIL 68

INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE : FICHE DE LIAISON 71
INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE : SYNTHESE DES DROITS SOCIAUX ET DEMARCHES ADMINISTRATIVES 72
INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG) 73
LACTATES AU CORDON 75
LISTERIOSE 76
MACROSOMIE FOETALE : DECLENCHEMENT DU TRAVAIL 77
MAP A MEMBRANES INTACTES ENTRE 24 SA ET 34 SA 78
MAP : PRESCRIPTION DE L'ADALATE 80
MAP : PRESCRIPTION DU LOXEN 81
MARQUEURS SERIQUES MATERNELS : CONDUITES A TENIR EN CAS DE PROFILS ATYPIQUES 82
MORT FŒTALE IN UTERO 85
MORT FŒTALE : BILAN CHECK LIST 87
NUBAIN : ANALGESIE OBSTETRICALE 88
OCYTOCINE PENDANT LE TRAVAIL 89
OUBLI DE COMPRESSES : PREVENTION 90
PSYCHIATRIE : PRISE EN CHARGE DES PATIENTES 91
PRELEVEMENT NASO-PHARYNGE 92
PREPARATION CUTANEE DE L'OPEREE 93
PREPARATION CUTANEE DE L'OPEREE EN URGENCE 96
PREVENTION THROMBOEMBOLIQUE : GROSSESSE ET POST PARTUM 98
CHECK LIST D'IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE DE THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE EN PERINATALITE 99
RHESUS-D NEGATIF A 28 SA : PREVENTION SYSTEMATIQUE 100
RHESUS-D NEGATIF : PREVENTION DE L'ALLO-IMMUNISATION ANTI-RH D 101
RHESUS-D NEGATIF : PREVENTION PENDANT LA GROSSESSE 102
RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES APRES 35 SA 103
RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES AVANT 35 SA 104
STREPTOCOQUE B ET E. COLI K1: PREVENTION DES INFECTIONS NEONATALES 106
SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE – EXAMENS COMPLEMENTAIRES 107
SURVEILLANCE EN POST PARTUM 108
SURVEILLANCE DE FIN DE GROSSESSE ET DEPASSEMENT DE TERME 109
TERME IMPRECIS : PRISE EN CHARGE 110
TEST GENETIQUE NON INVASIF DE LA TRISOMIE 21 FŒTALE ET AUTRES ANEUPLOÏDIES FŒTALES 112
TOXOPLASMOSE : BILAN A L'ACCOUCHEMENT 114
UTERUS CICATRICIEL : CONDUITE A TENIR POUR L'ACCOUCHEMENT 115

VENOFER OU FER MYLAN• **116**

VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES (VME) **117**

VIH : PERFUSION DE RETROVIR PENDANT L'ACCOUCHEMENT **119**

VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES DU 1ER TRIMESTRE **120**

LEXIQUE DES ABREVIATIONS **121**

ALLAITEMENT : INHIBITION DE LA LACTATION

L'ANSM rappelle **que l'utilisation d'un médicament inhibant la lactation doit être réservée aux situations où l'inhibition de la lactation est souhaitée pour raison médicale**. La prise systématique d'un médicament inhibant la lactation pour prévenir ou traiter l'inconfort ou l'engorgement pouvant survenir lors de la montée laiteuse n'est pas recommandée.

De plus, il n'y a **pas de justification à utiliser des médicaments dans le sevrage de l'allaitement au-delà de un mois après l'accouchement**. En effet, la glande mammaire devient progressivement autonome et le taux de prolactine retourne à son niveau de base. Les médicaments qui freinent la libération de prolactine n'ont donc plus d'utilité. Le sevrage du nouveau-né se fait pour sa part progressivement en diminuant et en espaçant les tétées (1)

- Compte-rendu - Commission de suivi du rapport bénéfice risque des produits de santé n° 2 (25/07/2013) (122 ko)

Il faudrait que les femmes soient tout d'abord informées des méthodes non médicamenteuses en premier lieu, qu'il soit mis en place un traitement inhibiteur ou non.

I) LES METHODES NON MEDICAMENTEUSES : techniques manuelles

L'absence de stimulation des mamelons et la non-présentation de l'enfant au sein suffisent à inhiber la sécrétion lactée chez 60 à 70% des femmes. Dans ces conditions, 40% d'entres elles signalent des douleurs, généralement calmées par des antalgiques simples et par l'application de glace.

Conseiller de porter un soutien-gorge adapté, confortable, maintenant les seins et éviter ainsi toute stimulation, sensation d'inconfort, de tension et de pesanteur**.**

Toutes les autres méthodes (bandage serré, restriction hydrique, application de chaud ou de froid) n'ont pas démontré leur efficacité dans cette indication. L'application de chaud ou de froid à plus un effet antalgique.

II) LES METHODES NON MEDICAMENTEUSES : homéopathie,

Homéopathie : traitement à débuter dans les 24 h qui suivent l'accouchement/naissance ou en relais d'arrêt d'allaitement maternel.
Durée du traitement : 7 jours
Pas d'effet secondaire, pas de contre-indication

ORDONNANCE :
1) ricinus 15 CH 3gr 3 fois par jour 2) phytolacca 4 CH 3gr 2 fois par j

2) En cas de douleur
Bryonia 9CH et Apis Mellifica 9CH 5gr 2 fois par jour

III) LES METHODES NON MEDICAMENTEUSES : usage de certaines plantes, info à la sortie des patientes

Il existe des aliments « anti laiteux » : persil, sauge, menthe fraîche, oseille, artichaut

Tisanes de sauge et pervenche : 20 g de feuilles séchées pour 1 L d'eau bouillante / 3 tasses par jour.

A contrario il existe des aliments « galactogènes » à éviter: fenouil, Fenugrec, anis, cumin, ortie

IV) LES METHODES MEDICAMENTEUSES

cabergoline 0.5mg (laboratoire Sandoz)
agoniste dopaminergique D2 dérivé de l'ergot de seigle, doté d'une activité inhibitrice puissante et prolongée de la sécrétion de prolactine

- posologie : 2cp en une prise dans les 24h qui suivent la naissance.

- Contre indications : hypersensibilité connue à la cabergoline ou à l'un des constituants, neuroleptiques antiémétiques et neuroleptiques antipsychotiques.

- Par extension et par mesure de précaution nous avons décidé de reprendre les contres indications des autres dérivés de l'ergot de seigle : troubles circulatoires artériels sévères au niveau périphérique et cardiaque (insuffisance coronarienne), pré éclampsie, hypertension du post partum ou puerpérale, troubles psychiques sévères et ATCD psychiatriques

AROLAC 0.2 mg (lisuride)
Agoniste dopaminergique D2 préférentiel à action centrale prédominante, dérivé de l'ergot de seigle.

- posologie : 2 cp par jour pendant 14j, à commencer dans les 24h qui suivent la naissance.

- Contre indications : hypersensibilité connu au lisuride ou à d'autres dérivés de l'ergot de seigle, neuroloeptiques antiémétiques et neuroleptiques anti psychotiques,.

- Par extension et par mesure de précaution nous avons décidé de reprendre les contres indications des autres dérivés de l'ergot de seigle : troubles circulatoires artériels sévères au niveau périphérique et cardiaque (insuffisance coronarienne), pré éclampsie, hypertension du post partum ou puerpérale, troubles psychiques sévères et ATCD psychiatriques ;

AMNIOCENTESE

L'amniocentèse est un geste endo-utérin par voie abdominale à haut risque infectieux pratiqué dans la salle des amniocentèse.
Avant tout geste endo-utérin, dépister un éventuel état infectieux :

➔ Aux urgences :
Prise de température.
Faire bandelette urinaire.

Préparation de la patiente
➔ A la maison :
La patiente se sera douchée avec un savon antiseptique prescrit lors de la programmation et portera des vêtements propres.

Préparation du chirurgien et de son aide

Lavage chirurgical des mains ou lavage simple puis désinfection par 2 frictions chirurgicales avec lotion hydro-alcoolique.
Habillage : coiffe, masque, sur-chaussures, pyjama jetable.

Préparation du matériel

1 trousse de bloc (Kitpack).
1 housse de protection de sondes échographiques stériles.
2 gels stériles (un pour la housse et l'autre pour l'abdomen).
2 seringues de 20 ml.
1 aiguille PL 90 mm 25 G ou aiguille à cordocentèse à la demande -
↳ Utiliser une aiguille neuve en cas de 2ème ponction
1 pansement cicaplaie.

Après la ponction :

Nettoyage de l'abdomen à l'eau versable stérile du point de ponction vers la périphérie.
Séchage avec des compresses stériles.
Pose d'un pansement stérile (type cicaplaie).
Elimination du matériel selon le protocole habituel (réceptacle aiguilles et carton à déchets contaminés).
Essuyage de la sonde échographique à l'Amphospray puis traitement en service de décontamination.
Remplir la fiche jaune « Application de la procédure concernant la préparation cutanée de l'opérée » à conserver dans le dossier.
Vérifier l'activité cardiaque.
RCF si la grossesse est supérieure à 26 semaines + Kleihauer

Traitement préventif

Prescription d'un suppositoire de Spasfon.
Vaccination anti-D pour les patientes Rh –.
Rhophylac 200 microg jusqu'à 26 SA, puis 300 microg après 26 SA.
En cas d'immunoprophylaxie à 26 SA – faire test de Kleihauer et adapter la dose de Rhophylac au résultat du Kleihauer.

Référence :
« Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité » - Version 2 – Juin 2003

ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE ET EN OBSTETRIQUE

Acte chirurgical	Produit	Dose initiale	Ré-injection et durée
Hystérectomie (voie basse ou haute)	**Céfazoline** ***En cas d'allergie :*** ***Clindamycine*** **+** ***Gentamicine***	**2 g IV lente** ***600 mg*** ***5 mg/kg***	**Dose unique (si durée ≥ 4 heures, réinjecter 1g)** ***Dose unique (si durée ≥ 4 heures, réinjecter 600 mg)*** ***Dose unique IVSE en 30 minutes***
Cœlioscopie opératoire			
Cœlioscopie diagnostique ou exploratrice[1]	**Pas d'ABP**		
Hystéroscopie	**Pas d'ABP**		
Biopsie endométriale	**Pas d'ABP**		
Pose d'in dispositif Intra-utérin	**Pas d'ABP**		
IVG	**Pas d'ABP**		
Césarienne	**Céfazoline** ***En cas d'allergie :*** ***Clindamycine***	**2 g IV lente** ***600 mg***	**Dose unique après clampage du cordon**
Cure de Prolapsus (toute voie d'abord)	**Céfoxitine** ***En cas d'allergie :*** ***Metronidazole(Flagyl)*** **+** ***Gentamicine***	**2 g IV lente** ***1 g*** ***5 mg/kg***	**Dose unique (si durée ≥ 2 heures, réinjecter 1g)** ***Dose unique*** ***Dose unique IVSE en 30 minutes***
Tumorectomie mammaire simple	**Pas d'ABP**		
Mastectomie **Reconstruction et/ou plastie mammaire**	**Céfazoline** ***En cas d'allergie :*** ***Clindamycine*** **+** ***Gentamicine***	**2 g IV lente** ***600 mg*** ***5 mg/kg***	**Dose unique (si durée ≥ 4 heures, réinjecter 1g)** ***Dose unique (si durée ≥ 4 heures, réinjecter 600 mg)*** ***Dose unique, IVSE en 30 minutes***

[1]Sans incision vaginale ou digestive

REMARQUES

- Pour les hystérectomies par voie vaginale ou abdominale (et par extension par voie laparoscopique), l'efficacité de l'antibioprophylaxie et ses modalités (dose unique avant l'induction) sont bien documentées.

- Pour les manœuvres intra-utérines simples (biopsie endométriale, pose d'un dispositif intra-utérin, curetage, fécondation *in vitro*…), le risque infectieux très faible (< 1%) et/ou l'absence de données convaincantes démontrant son efficacité ne justifient pas d'une antibioprophylaxie systématique.

- Le risque infectieux après césarienne programmée ou urgente est élevé et l'administration d'une antibioprophylaxie réduit de moitié ce risque. Bien que des études aient rapporté une morbidité maternelle moindre lorsque l'antibiotique est administré avant l'incision sans modification du devenir de l'enfant, le principe de précaution et le délai court entre l'incision cutanée et le clampage du cordon ombilical sont en faveur d'une administration de l'antibiotique après clampage de celui-ci.

Bactéries cibles : *Staphylococcus aureus* et flore digestive en cas d'incision cutanée, et/ou flore vaginale (flore polymicrobienne aérobies et anaérobies) en cas d'incision de l'utérus ou du vagin.

POINTS ESSENTIELS

1) Les recommandations ne couvrent pas et ne peuvent pas couvrir l'ensemble des situations cliniques. De nombreux actes n'ont pas fait l'objet d'une évaluation scientifique.

2) En l'absence de recommandations pour un sujet spécifique, les praticiens peuvent, ou non, choisir de prescrire une ABP en se rapprochant au plus près de pathologies ou techniques similaires.

3) L'antibioprophylaxie (ABP) est une prescription d'antibiotique qui s'applique à certaines chirurgies "propres" ou "propre-contaminées".

4) L'ABP diminue d'environ 50 % le risque d'infection du site opératoire.

5) La cible bactérienne doit être identifiée et dépend du type de chirurgie, de la flore endogène du patient et de l'écologie de l'unité d'hospitalisation.

6) L'indication de l'ABP est posée lors de la consultation pré-interventionnelle et tracée dans le dossier.

7) L'administration doit précéder le début de l'intervention d'environ 30 minutes. La séquence d'injection des produits d'induction doit être séparée de 5 à 10 minutes de celle de l'ABP.

8) L'application de la « check-list » fait vérifier l'administration de l'ABP.

9) Chaque équipe doit décider du médecin responsable de la prescription de l'ABP. Celui-ci peut être le médecin anesthésiste-réanimateur, le chirurgien.

10) La dose initiale est le double de la dose usuelle. Chez l'obèse (index de masse corporelle > 35kg/m2), même en dehors de la chirurgie bariatrique, la dose de bêtalactamines est encore doublée (dose habituelle de la prophylaxie x 2).
Par exemple :
Céfazoline
- 4g (perfusion 30 min),dose unique, sauf si durée d'intervention › à 4 heures, réinjecter 2g

Vancomycine
- 15 mg/kg en 1h = pas de modification de dose

Gentamicine
- 5 mg/kg = pas de modification de dose mais dose maximale de 500 mg.

Clindamycine
- 900 mg = dose unique

11) La durée de la prescription doit être la plus courte possible. L'injection d'une dose unique est recommandée et la prescription au-delà de 48 heures est interdite.

12) Les patients présentant un risque particulier peuvent bénéficier d'une ABP « à la carte » qui doit éviter autant que faire se peut les molécules à très large spectre antibactérien.

13) Les dérogations aux protocoles habituels doivent rester exceptionnelles et être argumentées.

Prophylaxie de l'endocardite infectieuse
Mise au point

Les seules interventions à risque de bactériémie pouvant conduire à une endocardite sont celles de la sphère dentaire impliquant des manipulations de la gencive ou de la région péri-apicale des dents, ainsi que la perforation de la muqueuse orale.

La prophylaxie n'est prescrite qu'aux patients décrits dans le premier tableau à l'exclusion de tous les autres. Les glycopeptides ne sont pas recommandés.
Pour toutes les autres interventions (tractus respiratoire, gastro-intestinal, génito-urinaire, chirurgie dermatologique ou musculo-squelettique) la prophylaxie de l'endocardite n'est pas recommandée.

L'European Society of Cardiology est bien consciente que ces nouvelles recommandations de 2009 changent considérablement des pratiques très anciennes. Cette société savante se base sur l'absence de preuves scientifiques soutenant les anciennes recommandations.

Ces nouvelles recommandations ne sont elles-mêmes que l'avis d'experts et la décision finale est prise par le praticien après discussion avec le malade.

Bactéries cibles : streptocoques oraux

Cardiopathies à haut risque d'endocardite pour lesquelles une prophylaxie est recommandée. **L'antibioprophylaxie ne doit être envisagée que pour ces cardiopathies.**
• Valve prothétique ou matériel prothétique utilisé pour une réparation valvulaire • Antécédent d'endocardite infectieuse • Cardiopathie congénitale : - *cyanogène non opérée, ou avec une fuite résiduelle, ou mise en place d'une dérivation chirurgicale.* - *cardiopathie congénitale avec réparation prothétique, placée chirurgicalement ou percutanée, jusqu'à 6 mois après la mise en place* - *avec une fuite résiduelle au site d'implantation d'un matériel prothétique, mise en place chirurgicalement ou par voie percutanée.*

Recommandations pour la prophylaxie chez les patients à haut risque, en fonction du type de procédure
• Bronchoscopie, laryngoscopie, intubation nasale ou trachéale : pas de prophylaxie • Gastroscopie, coloscopie, cystoscopie, échographie transoesophagienne : pas de prophylaxie. • Peau et tissus mous : pas de prophylaxie • Chirurgie dentaire : uniquement si intervention gingivale ou de la région péri-apicale de la dent, ou perforation de la muqueuse orale.

Antibiotiques (30 – 60 min avant la procédure)			
Situation	**Antibiotique**	**Adultes**	**Enfants**
Pas d'allergie aux bêtalactamines	Amoxicilline ou ampicilline	2g per os ou IV	50 mg/kg per os ou IV
Allergie aux bêtalactamines	Clindamycine	600mg per os ou IV	20 mg/kg per os ou IV

ANTIBIOPROHYLAXIE POUR ACCOUCHEMENT

ACCOUCHEMENT VOIE BASSE	**Pas d'antibioprophylaxie**
DA /RU	**Pas de données suffisantes** **Protocole service : 2gr Augmentin**
FORCEPS/VENTOUSE	**Pas d'antibioprophylaxie (peu de données)**
RPM OU STREPTO B	**Cf protocoles spécifiques**
PROPHYLAXIE DE L'ENDOCARDITE	**Groupe B = non recommandée** **Groupe A = optionnelle si RPM ou travail › 6 heures** ➢ **AMOXICILLINE 2 g IVL puis 1g per os 6 heures après** ➢ **Ou si allergie penicilline : Clindamycine 600 mg IVL sur 20 minutes** **Césarienne ou curetage=non recommandée**

RAPPEL DES GROUPES A RISQUES

Cardiopathies à haut risque (groupe A)

- prothèses valvulaires mécaniques ou biologiques
- cardiopathies congénitales cyanogènes
- antécédent d'endocardite infectieuse
-

Autres Cardiopathies à risque (groupe B)

- valvulopathies : insuffisance aortique,
  insuffisance mitrale
  rétrécissement aortique
- prolapsus de la valve mitrale avec insuffisance mitrale et/ou épaississement valvulaire
- bicuspidie aortique
- cardiopathies congénitales non cyanogènes, **sauf** communication inter-auriculaire

cardiomyopathies obstructives

ASPEGIC PREVENTIF

INDICATIONS :

Nécessaire :

- Antécédent de RCIU
- ***Antécédent de pré-éclampsie sévère (HRP – Hellp Syndrome)***
- Syndrome des antiphospholipides – thrombopénie – lupus (associé à l'héparine et/ou corticoïdes).
- ATCD de fausse couche à répétition hors situation chromosomique : en préconceptionnel

PRESCRIPTIONS :

Début :

- Au mieux en péri-conceptionnel sinon dès le 1er trimestre.
- Si début tardif : pour les ATCD de RCIU pas d'intérêt au delà de 16 SA.

Arrêt :

- à 35 SA
  → Influence sur la coagulation (environ 5 jours).
- **Si pré-éclampsie ou Hellp Syndrome**

DOSES :

- **100 mg/jour**
- **150 mg/jour si obèse**

Remarque : en cas de MFIU sans cause retrouvée. Discussion possible de l'indication d'aspégic préventif

CARYOTYPE PAR METHODE FISH

(Hybridation In Situ par Fluorescence)
Technique préliminaire éliminant les anomalies majeures (T21 T18 T13)
Laboratoire de cytogénétique du Laboratoire CERBA

Indications :

➲ Signes échographiques

- Même mode de prélèvement (amniocentèse)
- Résultat téléphoné sous 48 heures par le secrétariat (si résultat normal)
- Etablir une entente préalable ⌦ à joindre au prélèvement (pas de tarif différencié)
- Etablir une ordonnance avec les motifs et préciser FISH / photocopie de l'échographie

Le FISH est intéressant en cas de terme avancé nécessitant un résultat rapide pour prise en charge

NB :
la méthode FISH peut être demandée par la patiente mais **elle sera à sa charge** (environ 90 €) en dehors des indications ci-dessus.

CHIRURGIE BARIATRIQUE ET GROSSESSE : by pass

Un By-Pass est une intervention chirurgicale réservée aux patients présentant une obésité morbide particulièrement grave.

Cette intervention consiste en une gastroplastie de réduction associée à une dérivation d'une partie de l'intestin grêle. Le Shunt aussi créé provoque de fait un syndrome de malabsorption (but recherché pour conduire à l'amaigrissement) mais qui peut poser un problème pendant la grossesse.

Idéalement les grossesses doivent être menées avant la réalisation du By-Pass ou pour le moins deux ans après sa réalisation (période nécessaire à la stabilisation de l'amaigrissement). Dans le cas contraire la patiente doit être impérativement vu par un médecin.

Encore plus qu'à tout autre moment, les carences doivent être dépistées et corrigées.

BILAN MENSUEL :

- NFS, plaquette, ferritinémie.
- TP, TCA.
- T4 libre, TSH Ultrasensible.
- Transaminases, Bilirubinémie totale et conjuguée
- Calcium, Phosphore, Magnésium, Zinc, Sélénium, Ferritine, Chlore, Sodium, Potassium.
- Vitamine 25 OH D totale
- B1, B6, B12, B9, PP, C,A, E
- Urée, Créatinine, Glycémie à jeun.

NB : contre indication à HGPO75

Les corrections seront adaptés aux résultats des bilans, mais **dès la première consultation prescrire :**

- Uvédose® 100 000 UI : une ampoule à boire.
- Vitamine B12 une ampoule à boire.
- Orocal D3® : 2 cps/j à sucer.
- Tardyféron B9® : 2 cps/j.
- Complément vitaminique : Gynefam XL : une dragée/j.
- MagnéB6 : 2cps matin et soir/j.

Toute les patientes ont théoriquement été aidée par **une diététicienne** (ou un diététicien) **avant et après leur intervention.**

➲ ELLES DOIVENT IMPERATIVEMENT PRENDRE OU REPRENDRE CONTACT AVEC CELLE-CI POUR UNE ADAPTATION DE LEUR APPORTS NUTRICIONNELS AVEC LEUR GROSSESSE

CHOLESTASE GRAVIDIQUE : PRISE EN CHARGE

DIAGNOSTIC CONFIRME SI:

- Prurit et Acide biliaire > 10 µmol/L avec +/- cytolyse hépatique
- Elle est considérée comme sévère si acides biliaires > 40 µmol/L

Les autres étiologies doivent être éliminées :

- Consultation dermatologique en cas de lésions suspectes (≠ lésions de grattages).
- Recherche de prise de médicaments hépatoxiques
- ➔ Demander une échographie hépato-biliaire

BILAN BIOLOGIQUE REALISE A JEUN:

- Transaminases : 2 à 5 fois la normale (parfois 30) prédominant sur les ALAT.
- Acides biliaires : > 10 µmol/l ⌦ doser à jeun
- Sérologies CMV, HIV, hépatites A,B,C, EBV
- TP, fibrinogène (+ facteurs de la coagulation si TP diminué).
- NFS plaq, TCA, RAI (bilan anesthésie)

TRAITEMENT :

- Anti-histaminiques pour le prurit : Polaramine repetabs 1 cp matin et soir
- Acide ursodésoxycholique : Ursolvan (200 mg) 1 cp matin, midi et soir jusqu'à 15mg/kg/jour
- Vitamine K si TP perturbé : action à J7

SURVEILLANCE ET CONDUITES A TENIR :

L'Hospitalisation n'est pas systématique en première intention
Maternelle :

- Intensité du prurit
- NFS plaq, TP, ASAT ALAT une fois par semaine, TA, BU.
- Rechercher vomissements – syndrome polyuro polydipsique

Fœtale :

- 2 RCF/Semaine – 1 cs Explo/Semaine + sage-femme à domicile
- Déclenchement à 37 SA – 38 SA

En suite de couche :
Bilan hépatique à distance avec médecin traitant (1 mois) pour évolution de la cytolyse hépatique

CONTRACEPTION

Principes généraux et période du post partum

Rappel

5 % des IVG ont lieu dans le post-partum
62 % des femmes reprennent les rapports sexuels le premier mois.
Possibilité de faire renouveler une fois la prescription de contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.
Le choix d'une méthode doit prendre en compte :
- l'allaitement éventuel
- le risque thromboembolique veineux majoré dans les 6 premières semaines du post-partum
- les pathologies survenues pendant la grossesse : HTA gravidique, pré-éclampsie, diabète gestationnel, phlébite, etc.

Information à donner
- sur la reprise de l'ovulation, le retour de couches : à partir du 21ème jour il existe un retour de la fertilité. Une contraception efficace doit être entreprise.
- sur les différentes méthodes contraceptives
- sur les possibilités de rattrapage et la contraception d'urgence

LES METHODES

Méthodes hormonales oestro-progestatives : pilule, anneau vaginal, patch

En 1ère intention : prescrire une pilule combinée contenant de la noréthistérone ou du lévonorgestrel contenant moins de 50 µg d'éthinylestradiol (pilules de 1ère ou 2ème générations)
En 2nde intention (si intolérance au pilule de 1ère et 2ème génération ou si méthode inadaptée) : Les pilules estroprogestatifs de 3eme et 4eme génération ainsi que l'anneau et le patch (qui font parties des 3ème générations)
CI : principalement d'ordre thromboembolique veineux ou artériel, hépatique, carcinologiques. Les facteurs de risque de thrombose : antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle, thrombophilie biologique connue, immobilisation prolongée, obésité, âge > 35 ans, HTA, diabète, dyslipidémie, tabagisme, migraine avec aura.

Informations aux patientes
- Modalité d'instauration et de prise
- Conduite à tenir en cas d'oubli (>12h) ou de perte du patch ou de l'anneau
- Effets secondaires possibles
- Risques, notamment thromboembolique surtout dans l'année qui suit l'instauration

- Nécessité de signaler à tous les professionnels de santé la prise d'une contraception
- Possible baisse de l'efficacité en cas de diarrhée, de vomissement ou d'association à d'autres médicaments
- La contraception d'urgence (cf infra)

Méthodes hormonales progestatives : pilule, implant sous-cutané, injection intramusculaire

Les différentes voies d'administration :
• pilule microprogestative : pilule au lévonorgestrel (Microval) ou au désogestrel (Cerazette ou Antigone)
• implant à l'étonogestrel (Nexplanon) : est laissé en place et efficace pendant 3 ans (diminution possible de l'efficacité en cas de surpoids/d'obésité). Prendre en compte le risque de troubles menstruels (aménorrhée, spotting) pouvant être à l'origine d'un retrait prématuré du dispositif
CI : accidents thromboemboliques veineux évolutifs, saignements génitaux inexpliqués, cancer du sein ou de l'utérus, pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne

Informations aux patientes :
- Méthode de prise
- Conduite à tenir en cas d'oubli ou de retard (>12h pour Cerazette)
- Trouble du cycle possible (métrorragie, spotting, aménorrhée)
- Nécessité de signaler à tous les professionnels de santé la prise d'une contraception
- La contraception d'urgence (cf infra)

Dispositifs intra-utérins (DIU) (DIU au cuivre et au lévonorgestrel [LNG])

Utilisables chez la femme qui allaite ou non dès 4 semaines après l'accouchement
Pose possible à la visite post-natale (VPN), <u>pose à 8 semaines si césarienne</u>
Recherche d'infection à Chlamydia et Gonocoque par prélèvement cervical si facteurs de risque : âge <25 ans, partenaire multiple, ATCD infection génitale haute
Informations aux patientes :
- leur longue durée d'action (4 à 10 ans pour le DIU au cuivre, 5 ans pour le DIU au LNG)

- leurs risques potentiels (risque d'expulsion, risque de perforation et de migration le plus souvent lié à la pose.
- l'impact du DIU sur les cycles (règles plus importantes avec le DIU au cuivre, spotting, oligoménorrhée ou aménorrhée avec le DIU au LNG).

Le DIU au LNG est à privilégier en cas de ménorragies fonctionnelles ou de saignements abondants avec un DIU au cuivre, à condition que les femmes acceptent l'éventualité de ne plus avoir de règles.
Conseiller aux femmes de consulter à 3 mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de saignements ou de fièvre inexpliqués.
CI : malformations utérines, infections en cours ou saignements inexpliqués
CI du DIU au LNG sont les mêmes que celles des progestatifs.

Méthodes barrières : préservatifs masculins et féminins, diaphragme et cape cervicale, spermicides

Efficacité moindre par rapport aux méthodes hormonales et DIU
Nécessite deux partenaires motivés et ayant compris l'utilisation
Préservatifs (masculins, féminins) : seules méthodes efficaces contre les IST
Diaphragme, cape cervicale, spermicide
• Inutilisables avant 42 jours (6 semaines) après l'accouchement sauf pour spermicides : 10 minutes avant le rapport et pas de toilette dans les deux heures.

Méthodes naturelles, aménorrhée lactationnelle, retrait, abstinence périodique, auto observation

Efficacité moindre que les méthodes hormonales et DIU
Méthode MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée)
L'allaitement peut avoir un effet contraceptif (jusqu'à 6 mois après l'accouchement) si toutes les méthodes suivantes sont réunis

- Allaitement exclusif, jour et nuit > 6 tétées par jour
- Pas de plus de 6h entre deux tétées la nuit pas de plus de 4h le jour
- Aménorrhée persistante (absence totale de règles)

PRESCRIPTION

I) En cas d'allaitement maternel :

Pilule microprogestative : à débuter 21 jours après l'accouchement

- Cerazette (ou optimizette, générique remboursé): 1 cp par jour au même moment de la journée en continu même pendant les règles QSP 3 mois

Implant à poser le plus tôt possible après la sortie de l'hôpital par IDG ou en externe. Dans certain cas l'implant pourra être posé en SDC (prescription anténatal nécessaire)
DIU : pose possible à la VPN (en attendant la pose, proposer la prescription d'une pilule progestative)
Les oestroprogestatifs ne sont pas recommandés dans les 6 semaines suivant l'accouchement

II) En l'absence d'allaitement maternel

Pilule microprogestative : à débuter 21 jours après l'accouchement sur 1 cycle puis reprise possible d'une contraception oestroprogestative
Implant à poser le plus tôt possible après la sortie à l'hôpital par IDG ou en externe.
DIU : pose possible à la VPN (en attendant la pose, proposer la prescription d'une pilule progestative)
Les estroprogestatifs sont utilisables à partir de 6 semianes après l'accouchement (normalisation du risque thromboembolique) en l'absence de facteur de risque thromboembolique veineux : antécédent thromboembolique veineux, thrombophilie, immobilisation, transfusion lors de l'accouchement, IMC > 30 kg/m2, hémorragie du post-partum, accouchement par césarienne, pré éclampsie ou tabagisme

En l'absence de contraception orale : préservatifs ou spermicides

LA CONTRACEPTION D'URGENCE

La contraception d'urgence hormonale est une méthode de rattrapage qui ne vise pas à être utilisée de façon régulière notamment en raison du risque d'échec plus élevé que les contraceptions régulières.
Information que le contraception d'urgence s'obtient sans ordonnance à la pharmacie

Norlevo (Lévonorgestrel 1,5 mg) 1 cp
D'autant plus efficace qu'elle est utilisée précocement après le rapport non ou mal protégé

Jusqu'à 72 h après un rapport sexuel non ou mal protégé mais de préférence dans les 12 h après le rapport, à n'importe quelle période du cycle menstruel sauf en cas de retard des règles
CI : Hypersensibilité au LNG
Précaution d'emploi :

Déconseillé chez les femmes présentant un risque de grossesse ectopique (ATCD de salpingite GEU)
Après la prise de LNG, allaitement non recommandé pendant 8 h, allaiter juste avant la prise du cp
Effet indésirable :
Généralement modérés et de courte durée : troubles des règles (spotting, retard de règles ou règles en avance), fatigue, nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhées, céphalées, vertiges, tension mammaire
Ulipristal acétate (UPA) per os (dose unique de 30 mg)
Jusqu'à 120 h (5 jours) après un rapport sexuel non ou mal protégé, à n'importe quelle période du cycle menstruel, sauf en cas de retard des règles
CI : Hypersensibilité à l'UPA, Grossesse
Précaution d'emploi :
Non recommandé en cas d'insuffisance hépatique sévère et d'asthme sévère insuffisamment contrôlé par un glucocorticoïde oral
Après la prise d'UPA, allaitement non recommandé pendant une semaine (au cours de cette période, tirer et jeter le lait maternel afin de maintenir la stimulation de la lactation)
Ne pas utiliser plus d'une fois au cours d'un même cycle
Effet indésirable :
Généralement modérés et de courte durée : troubles des règles (spotting, retard de règles ou règles en avance), fatigue, nausées, vomissements, douleurs abdominales, céphalées, vertiges, tension mammaire, troubles de l'humeur, myalgies, douleurs dorsales, douleurs pelviennes
Interaction médicamenteuse
Inducteurs enzymatiques (anticonvulsivants, [phénobarbital, phénytoïne, primidone, carbamazépine], rifabutine, rifampicine, griséofulvine, ritonavir, millepertuis)
Autres contraceptions hormonales : réduction possible de l'action contraceptive
LNG dans le cadre d'une contraception d'urgence : utilisation simultanée d'UPA non recommandée
Le DIU au cuivre
Jusqu'à 120 h (5 jours) après un rapport sexuel non ou mal protégé
CI : Celles des DIU (malformations utérines, infections en cours ou saignements inexpliqués)

Eve BOUCHER, Sage Femme

Pour plus d'information :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1369193/fr/contraception-fiches-memo

CONTRACEPTION : TABLEAU PILULES ET DOSAGES

Œstrogène naturel

	Nb comprimes	Valerate d'estradiol mcg/comp	Progestatif mg/comp
SEQUENTIELLE			
QLAIRA	28 2 jaunes foncés 5 rouges 17 jaunes clairs 2 rouges foncés 2 blancs inactifs	 3 2 2 1 0	 0 dienogest 2 dienogest 3 dienogest 0 dienogest 0 dienogest

	Nb comprimes	Valerate d'estradiol mg/comp	Progestatif mg/comp
MONOPHASIQUE			
ZOELY	28 24 blancs 4 jaunes inactifs	1,5	2,5 nomegestrel acétate

Dosages de progestatifs seuls :

	NB CP	PROGESTATIF mcg/comp
PROGESTATIF DES 1ère GÉNÉRATION		
Microval	28	30 lévonorgestrel
Milligynon		600 noréthistérone acétate
PROGESTATIF Nelle GÉNÉRATION		
Cérazette	28	75 desogestrel
Desogestrel 75 ratiopharma	28	75 desogestrel
Desopop	28	75 desogestrel
Antigone Gé	28	75 desogestrel
Clareal Gé	28	75 desogestrel

Dosages de troisième génération :

	NB CP	ETHYNIL diol mcg/comp	PROGESTATIF mcg/comp
MONOPHASIQUE			
Mélodia/Minesse/Edenelle Optinesse Gé 15	28 24 actifs + 4 inactifs	15	60 gestodène
Varnoline continu	28 21 actifs + 7 inactifs	30	150 desogestrel
Méliane/Harmonet Carlin 20/Efezial20 Felixita 20	21	20	75 gestodène
Mercilon/Cycléane 20 Desobel Gé 20	21	20	150 desogestrel
Moneva/Minulet Carlin 30/Efezial 30 Felixita 30	21	30	75 gestodène
Varnoline/Cycléane 30 Desobel Gé 30	21	30	150 desogestrel
Cilest/Effiprev	21	35	250 norgestimate
TRIPHASIQUE			
Phaeva/Tri-Minulet Perléane Gé	21 (6+5+10)	30 40 30	50 gestodène 70 gestodène 100 gestodène
Triafémi/Tricilest	21 (7+7+7)	35 35 35	180 norgestimate 215 norgestimate 250 norgestimate

Dosages des deuxièmes générations :

	NB CP	ETHYNIL diol mcg/comp	PROGESTATIF mcg/comp
MONOPHASIQUE			
Minidril/Ludéal Gé/ Zikiale Gé	21	30	150 lévonorgestrel
Leeloo Gé	21	20	100 lévonorgestrel
Lovavulo Gé	21	20	100 lévonorgestrel
Stédiril	21	50	500 norgestrel
Optilova 20	28 21 actifs + 7 inactifs	20	100 lévonorgestrel
Optidril 30	28 21 actifs + 7 inactifs	30	150 lévonorgestrel
BIPHASIQUE			
Adépal/Pacilia Gé	21 (7 + 14)	30 40	150 lévonorgestrel 200 lévonorgestrel
TRIPHASIQUE			
Trinordiol Daily Gé Amarance Gé Evanecia Gé	21 (6+5+10)	30 40 30	50 lévonorgestrel 75 Lévonorgestrel 125 lévonorgestrel

Dosages de première génération :

	NB CP	ETHYNIL diol mcg/comp	PROGESTATIF mcg/comp
MONOPHASIQUE			
Orthonovum 1/35	21	35	1000 noréthistérone
BIPHASIQUE			
Miniphase	Plus commercialisée		
TRIPHASIQUE			
Triella	21 (7+7+7)	35 35 35	500 noréthistérone 750 noréthistérone 1000 noréthistérone

AUTRES : traitement antiacnéique et aussi contraceptif

	NB CP	ETHYNIL diol mcg/comp	PROGESTATIF mcg/comp
MONOPHASIQUE			
Bélara	21	30	2 acétates de chlormadinone

Nouveaux progestatifs :

	NB CP	ETHYNIL diol mcg/comp	PROGESTATIF mcg/comp
MONOPHASIQUE			
Jasmine/Convuline/Drospibel 30	21	30	3 Drospirénone
Jasminelle/Belanette/Drospibel 20	21	20	3 Drospirénone
Jasminelle continu	28 21 actifs + 7 inactifs	20	3 Drospirénone
Yaz/Rimendial	28 24 actifs + 4 inactifs	20	3 Drospirénone

CONTROLES ECHOGRAPHIQUES

Echo gémellaire

- Mensuelle si bi-choriale bi-amniotique
- Tous les 15 jours si mono-choriale
- Dernière à 36 SA

Echo à 18 SA (« genetic scan »)

- CN > 3,5mm avec écho cœur cardio-pédiatrique ou > 95ème percentile (Icono)

LCC	CN Ides 95eme	CN Ides 99eme	LCC	CN Ides 95eme	CN Ides 99eme
45	2.171	3.725	66	2.557	3.190
46	2.148	3.678	67	2.581	3.187
47	2.131	3.646	68	2.607	3.210
48	2.127	3.626	69	2.629	3.199
49	2.122	3.584	70	2.650	3.205
50	2.128	3.553	71	2.669	3.212
51	2.141	3.522	72	2.689	3.223
52	2.162	3.489	73	2.705	3.240
53	2.180	3.468	74	2.717	3.234
54	2.206	3.422	75	2.730	3.242
55	2.237	3.398	76	2.740	3.245
56	2.266	3.355	77	2.749	3.247
57	2.295	3.326	78	2.757	3.253
58	2.324	3.311	79	2.760	3.258
59	2.356	3.274	80	2.762	3.247
60	2.388	3.250	81	2.768	3.236
61	2.418	3.239	82	2.760	3.237
62	2.446	3.210	83	2.757	3.230
63	2.474	3.208	84	2.749	3.215
64	2.503	3.191	85	2.741	3.204

Référence : bionuqual

- HT 21 intégré au 1er trimestre entre 1/250 et 1/500
- PAPP-A < 0.30 MoM – HCG < 0.3 MoM
- Alpha foeto prot ↗
- Adresser les patientes à :
  - Chez nous: Drs TRABBIA, PACHY, BARDOU, DELPON DE VAUX
  - En ville cabinets des
    - Dr ZIRAH (Maisons-Alfort) 34 av de la république 01 43 96 24 17
    - Dr LEVAILLANT(CEFFE) (Creteil) 13 avenue de Verdun 01 48 99 99 90

Contrôle à 26-28 SA

- ATCD RCIU
- ATCD pré-éclampsie sévère
- EPF < 10° ou PA < 10ème
- Notch bilatéraux
- HCG > 3.5 MoM (au premier trimestre)
- HU diminuée

Echo de contrôle à 15 J

- PA < 10ème ou EPF < 10ème

Echo à 36 SA

- PA > 97ème ou EPF > 90ème
- EPF < 25ème et ATCD de macrosomie ou LA peu abondant
- Notion de notch bilatéraux
- ATCD de RCIU
- APF > 2.5 MoM
- PAPP-A < 0.30 MoM
- HCG > 3.5 MoM
- Siège à 36 SA
- HU ↘
- Diabète sous insuline

DECLENCHEMENT DU TRAVAIL

DEUX SITUATIONS

1°) Déclenchement sans indication médicale :

- **2 conditions impératives**
  - des conditions locales favorables (bishop ≥ 6)
  - un terme certain et ≥ à 39 SA révolues

2°) Déclenchement d'indication médicale :

- indication médicale reconnue
- déclenchement justifié quelque soit les conditions locales
- les méthodes utilisables en fonction des conditions locales sont représentées dans l'arbre décisionnel.

MOYENS

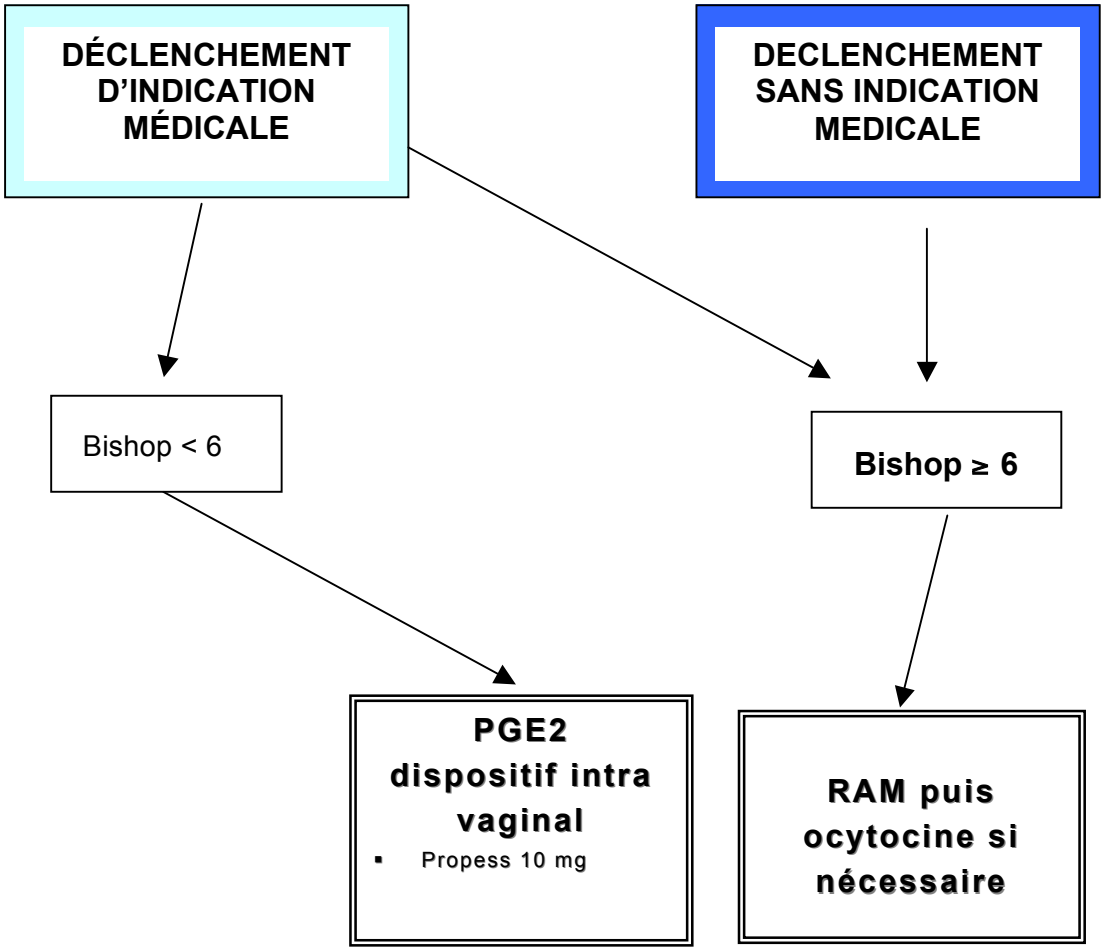
1°) Amniotomie puis si nécessaire Ocytocine (Syntocinon IV) à 30 min de la RAM. Rupture prudente si la présentation céphalique est jugée haute.

2°) Prostaglandines intra vaginales
Propess 10 mg

- **Effets** ↳ maturation local du col et déclenchement progressif du travail
- **Délai** ↳ 12 à 24 heures
- **Indications** : Bishop < 5

ARBRE DECISIONNEL

TECHNIQUES DE DECLENCHEMENT UTILISABLES EN FONCTION DE L'INDICATION ET DES CONDITIONS LOCALES



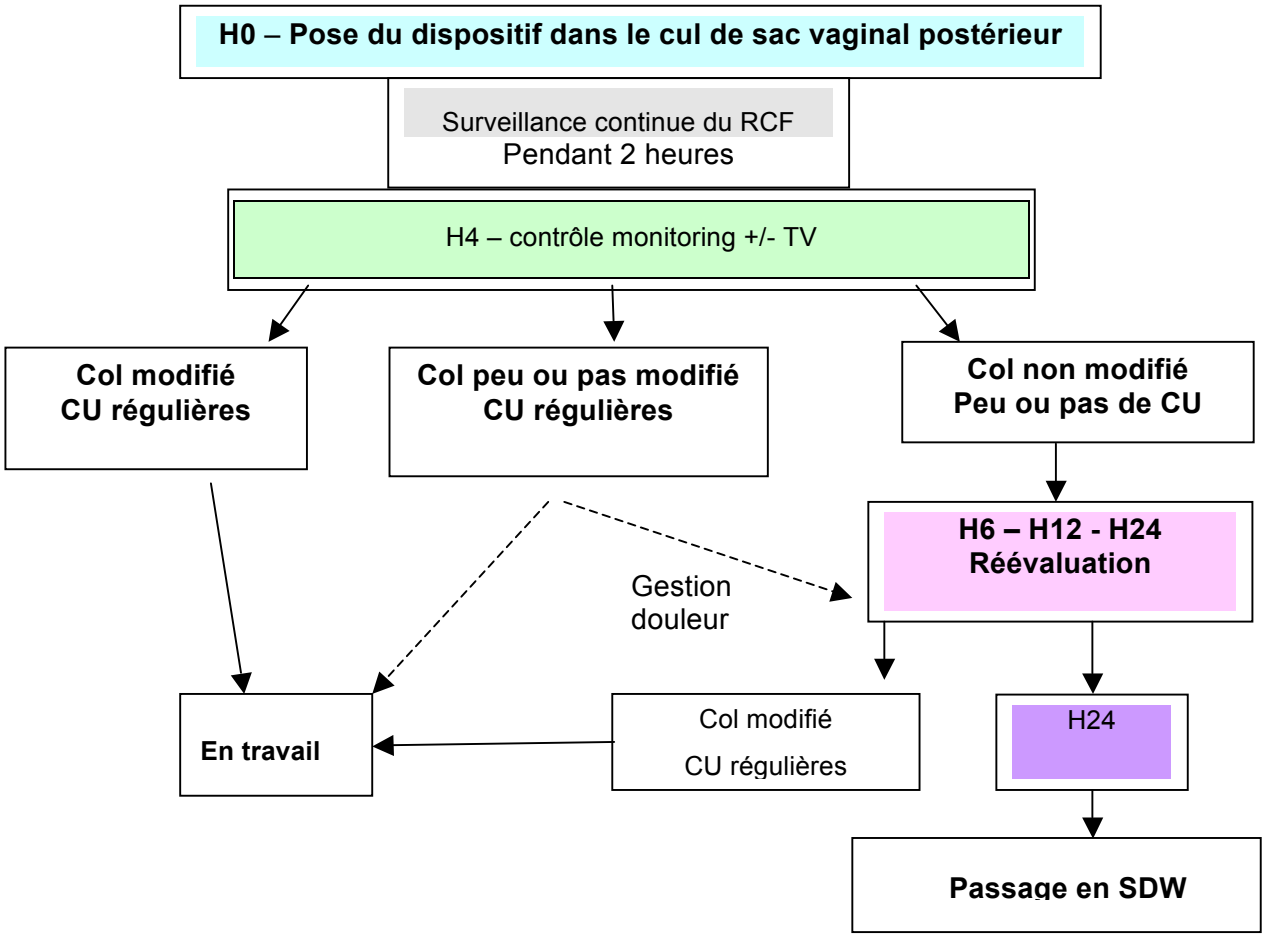
SCORE DE BISHOP

Score de Bishop	0	1	2	3
Dilatation en cm	0	1 à 2	3 à 4	5
Longueur (% d'effacement)	Long (0-30)	½ long (40 à 50)	Court (60-70)	Effacé (80)
Consistance	Ferme	Intermédiaire	Molle	
Position	Postérieure	Intermédiaire	Antérieure	
Hauteur de la tête	Haute et mobile	Amorcée	Fixe	Engagée

Utilisation du Propess 10 mg

➲ ***Pose dans le cul de sac vaginal post en transversal***

RCF PENDANT 30 MINUTES



ATTENTION : si hypercinésie de fréquence (5 CU par 10 min ou plus) maintenir la patiente sous surveillance et éventuellement retirer le propess.
Si perte du Propess ; réfléchir au cas par cas.

DEPILLATION PAR TONDEUSE DES PRE OP

INTERVENTIONS	RASAGE COMPLET	
	OUI	NON
CERCLAGE		NON
CONISATION		NON
CURETAGE – IVG		NON
ELECTROCOAGULATION		NON
HYSTEROSCOPIE DIAGNOSTIQUE		NON
HYSTEROSCOPIE OPERATOIRE		NON
LT PAR ESSSURE		NON
FOETICIDE		NON
CESARIENNE	OUI	
CURE D'EVENTRATION	OUI	
HYSTERECTOMIE PAR LAPAROTOMIE	OUI	
HYSTERECTOMIE PAR VOIE BASSE	OUI	
MYOMECTOMIE	OUI	
BARTHOLINITE		NON
COELIOSCOPIE	OUI	
REPRISE D'EPISIOTOMIE	OUI	
TVT		NON

DIABETE GESTATIONNEL : DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE

1. **Glycémie à jeun (GAJ) au 1er trimestre systématique pour toutes les patientes**
   - **GAJ ≥ 1,26 g/l (6,99 mmol/l) → diabète préexistant → adresser au diabétologue**
   - **0,92 g/l (5,1 mmol/l) ≤ GAJ < 1,26 g/l → considérer comme un diabète gestationnel, ⌦ prescrire dosage HbA1C.**
   - **GAJ < 0,92 g/l → dépistage du DG entre 24 et 28 SA (HGPO 75g)**

2. **Dépistage en 1 temps : HGPO à 75 g entre 24 et 28 SA avec GAJ, glycémies à 1 h et 2 heures**
   - Expliquer à la patiente le but et les modalités du dépistage, l'informer qu'en cas de résultat pathologique, elle sera contactée pendant la semaine.
   - Lui remettre l'ordonnance.
   - Vérifier ses coordonnées sur le dossier médical ainsi que celles de son médecin traitant.
   - Si intolérance faire G0 /GPP

3. **Diagnostic du diabète gestationnel = une seule valeur pathologique**

   Les seuils retenus sont ceux de l'American Diabetes Association :

Glycémie à jeun	Glycémie à 1 heure	Glycémie à 2 heures
≥ 0.92 g/l ≥ 5,1 mmol/l	≥ 1.80 g/l ≥ 10 mmol/l	≥ 1.53 g/l ≥ 8,5 mmol/l

4. **Prise en charge nutritionnelle et éducation.**
   - Cours collectif (notions sur le diabète gestationnel, enquête alimentaire et mise en place du régime diabétique).
   - Un lecteur de glycémie est remis après le cours avec un carnet de surveillance.
   - Le cours est suivi par une éducation à l'auto surveillance glycémique.
   - Toutes les patientes ayant un diabète gestationnel doivent avoir une surveillance par 6 glycémies par jour (avant chaque repas et deux heures après le début de chaque repas).

5. La patiente est revue en séance individuelle à 8j puis entre 10 jours et 3 semaines après par son consultant.

Les objectifs glycémiques sont GAJ < 0,95 g/L et GPP < 1,20 g/L.
Les valeurs limites ne doivent pas être tolérées.

6. **En cas d'équilibre parfait** (toutes les glycémies inférieures aux seuils)
   - Encourager la patiente et poursuivre le régime jusqu'à la fin de la grossesse.
   - Poursuivre la surveillance, mais peut être espacée 1 jour sur 2 (6 dextros par jour sont nécessaires pour avoir un bon reflet sur 24 heures).
   - Revoir la patiente tous les 15 jours, en alternance par son consultant et par une SF à domicile ou la SF des explorations fonctionnelles (vérification du carnet et BDC, pas de RCF systématique).
   - Pas d'écho de croissance à 36 SA systématique si diabète bien équilibré par le régime. La situation sera adaptée à la clinique

7. **En cas de déséquilibre manifeste (≥ 3 dextros patho consécutifs sur les même repas. Par exemple AJ du midi 3 jours de suite)**
   - **Demande d'hospitalisation en HDJ en diabétologie à Mondor pour mise en place de l'insulinothérapie**. **Le rendez-vous doit être obtenu dans les 3j maximum.**

8. **Dans les cas intermédiaires** (valeurs limites)
   - Consultation sage femme diététique pour rechercher une erreur de régime.
   - Poursuivre le cycle glycémique (6/j) tous les jours.
   - Patiente à revoir une semaine plus tard pour juger de l'amélioration des dextros.

9. **Pour les patientes ayant une GAJ au 1er trimestre ≥ 0,92 g/L (et < 1,26 g/L)**
   - **Prescrire HbA1C** (à faire en ville). Si HbA1C ≥ 6,5%, probable **diabète préexistant** à la grossesse → **à adresser au diabétologue pour bilan et prise en charge.**
   - Si HbA1C normale (et GAJ ≥ 0,92g/L), patiente à considérer d'emblée comme ayant un **diabète gestationnel**. La suite de la prise en charge est identique à celle des autres DG.
   - Faire une demande d'entente préalable. Cette demande peut être remplie par tous les spécialistes. Préciser dessus « Urgent ». Motif : diabète et grossesse.

10. **Risque de diabète ultérieur**
    - Sensibiliser la patiente pendant sa grossesse sur le risque de diabète ultérieur.

- HGPO75g à 3 mois (ordonnance de sortie).
- Vérifier les coordonnées du médecin traitant sur la page de garde du dossier médical pour qu'il reçoive le compte rendu de la grossesse.

PRISE EN CHARGE DES PATIENTES AYANT UN DIABETE GESTATIONNEL SOUS REGIME SEUL

- Dans tous les cas, le régime doit être poursuivi et réexpliqué à la patiente régulièrement

- **Les patientes doivent impérativement apporter leur carnet d'auto surveillance glycémique à chaque consultation**

- **Suivi prénatal**
  - Médecins référents : Dr PACHY (DECT 8110) – Dr BARDOU
  - Possibilité d'espacer les dextros (1 jour su 2) si l'équilibre est parfait
  - Surveillance ensuite par le consultant. Rapprocher surveillance si glycémie pas parfaite (faire intervenir les sages femmes diet).

  Pas de déclenchement systématique du travail pour diabète. Suivi standard jusqu'à terme puis exploration fonctionnelle pour dépassement de terme.

PRISE EN CHARGE DES PATIENTES AYANT UN DIABETE GESTATIONNEL NECESSITANT L'INSULINE

- Les indications de traitement par insuline doivent être larges. Aucune valeur limite de cycle glycémique ne doit être tolérée. Pour rappel : les glycémies chez les femmes enceintes non diabétiques sont GAJ < 0,80 g/L et GPP < 1,10 g/L.

- **La mise sous insuline se fait en HDJ à Mondor.**

- Dans tous les cas, le régime doit être poursuivi et réexpliqué à la patiente.

- Les doses d'insuline doivent être régulièrement adapté en consultation ou aux explorations fonctionnelles si besoin. Il n'est pas nécessaire de réadresser la patiente au diabétologue pour l'adaptation des doses (sauf cas particulier).
- Diabétologue :

hôpital Henri Mondor – service de médecine interne I – Unité de diabétologie (01 49 81 29 04)

- **Suivi après l'hospitalisation** :

  - RDV avec la sage femme des explorations fonctionnelles 5 à 7j après la sortie d'hospitalisation. Médecins référents : Dr PACHY (DECT 8110) – Dr BARDOU
  - Surveillance ensuite toutes les semaines ou tous les 15 jours (suivant l'équilibre) en alternance par l'obstétricien et la sage femme des explorations fonctionnelles.
  - Consultation diabétologue ultérieure à la demande
  - Suivi hebdomadaire aux explorations fonctionnelles à partir de 34 SA avec RCF puis 2 fois par semaine à partir de 36 SA (alternance avec SF à domicile possible, préciser RCF sur la demande)
  - Echographie de croissance à 36 SA.
  - Déclenchement possible vers 38/39 SA en cas de diabète sous insuline déséquilibré, à décider au cas par cas par l'obstétricien.
  - Pas de déclenchement si les glycémies sont équilibrées et pas de retentissement fœtal.

DIABETE GESTATIONNEL SOUS INSULINE : INSULINE A L'ACCOUCHEMENT

La veille

- Arrivée la veille vers 18H
- Pratiquer : RCF
- Peut manger après sa dose habituelle d'insuline

Le matin à 7H

- Mettre en place 2 voies d'abord veineux, l'une avec ringer lactates, l'autre avec du glucosé à 10% à la pompe au débit de 62,5 ml/h (1500ml/24h)
- Faire un dextro après le début de la perfusion de G10
  ➲ **Ne jamais modifier ou arrêter le débit du G10**

Insulinothérapie :

- **Préparer seringue électrique d'Actrapid°** : diluer 1 ml d'insuline (100 ui) dans une poche de 100 ml de sérum physiologique et remplir une seringue de 50 ml de cette solution à 1 ui/ml

Calcul du débit horaire de « base »

diviser la dose totale quotidienne d'insuline de la patiente par 24 h et débuter à ce débit horaire
(par exemple, si la dose totale d'insuline quotidienne = 48 ui, le débit horaire sera de 48/24= 2 ui/h)

➲ **Ne pas débuter la seringue d'insuline si dextro initial < 5 mmol**

- mais refaire un dextro une heure après **et adapter selon tableau**
- Faire un dextro toutes les heures

glycémie	CAT
< 5 mmol/l (0,90 g/l)	**Arrêter insuline**
5 (0,9) < <8 mmol/l (1,45 g/l)	**Maintenir le débit de base**
8 (1 ,45) < < 12 mmol/l (2,2 g/l)	**Augmenter d'1 ui/h**
> 12 mmol/l (2,2 g/l)	**Augmenter de 2 ui/l et prévenir anesthésiste de garde**

Le but est d'obtenir une glycémie entre 5 et 8 mmol/l.
Si cet objectif n'est pas atteint en 2 h, ➔ **prévenir anesthésiste de garde.**

Ce tableau est valable pour les patientes sous antidiabétiques oraux. Commencer le G10 sans insuline et adapter ensuite.

En post partum :

- **Pour l'enfant**
  - **L'enfant** doit être vu par ➔ **le pédiatre de garde à la naissance**.
- **Pour la mère** :

➲ **Si insuline uniquement pendant la grossesse :**

- Arrêt de l'insuline et du Glucosé 10% après accouchement.
- Conserver la perfusion de Ringer lactates.

➲ **Si insuline préexistant à la grossesse (DID) :**

❖ **Jusqu'à la reprise de l'alimentation normale**

- Laisser la patiente perfusée avec Glucosé 10%
- Seringue d'insuline avec doses divisées par 2 dès la délivrance puis adapter les doses selon dextro effectués toutes les 4 h selon tableau

❖ **A la reprise de l'alimentation normale** :

- Arrêter Glucosé 10%
- Arrêter Seringue d'insuline
- Reprendre l'insuline rapide sous cutanée avant repas (doses divisées par 2 vis à vis de celles utilisées pendant la grossesse.
- Allaitement recommandé.
- Bromocriptine et microprogestatifs peuvent être prescrits dans les conditions habituelles.

EMBOLIE AMNIOTIQUE : procédure pour le diagnostic biologique

Situations cliniques pouvant évoquer une embolie amniotique :
Troubles cardio-respiratoires brutaux inexpliqués, hémorragie sans cause évidente, coma

- **<u>Prélèvements à réaliser</u> : avant transfusion et remplissage**

Dosage sanguin de tryptase, AFP et IGFBP-1

1. Prélèvements périphérique ou voie centrale, 2 tubes EDTA (violet 5 mL)

2. Recherche de cellule amniotiques analyse possible à partir de 25 SA

	Sur sang maternel	Sur le LBA
Comment	De préférence sur voie centrale ou voie périphérique (ou par ponction intra cardiaque en cas de décès)	Par injection et aspiration de 20 mL de sérum physiologique Aspirateur à mucosité 80 mL Par l'intermédiaire d'un fibroscope avec l'aspirateur à mucosité
Matériel	1 tube EDTA (violet 5 mL)	Si l'aspiration n'est pas très productive, aspirer au sérum physiologique pour récolter les mucosités restées dans le tuyau

DONC : 3 TUBES EDTA + 1 POUDRIER BIEN OBTURÉ POUR LE LBA

CONSERVATION À +4° AVANT LE TRANSPORT

- **Précautions d'envoi**

Joindre un courrier sommaire de renseignements

- identité complète de la patiente
- contexte clinique (âge gestationnel, heure d'accouchement, heure du choc, heure du prélèvement)
- coordonnées téléphoniques pour transmettre les résultats
- noms des médecins obstétriciens, anesthésiste réanimateurs concernés

Prévenir le service de l'envoi des examens

- Secrétariat : 04 72 07 18 55
- C. BOISSON : 04 72 07 18 57
- Ch. BON : 04 72 00 41 87

- **Lieu d'envoi :**

Acheminer les prélèvements au labo HSM qui délèguera biomnis pour le transport jusqu'à Lyon. Joindre 4 étiquettes patientes en plus.

UF biologie foeto-maternelle – fédération de biochimie
Centre de biologie nord des HCL – Hôpital de la Croix-Rousse
103, Grande rue de la Croix-Rousse – 69317 LYON Cedex 04

Références :

1. CARO LYON 2005 G. Tramoni – C. Boisson
2. Amniotic fluid embolism during caesarean section. Int J Obstet Anesth. 2004 Oct ; 13(4) : 271-4
3. Amniotic fluid embolism : e review. Annales Françaises d'Anesthésie et de réanimation 25 (2006) 599-604. G. Tramoni, C. Boisson, L. Gamerre, H-J. Clement, C. Bon, R-C. Rudigoz, J-P Viale
4. Amniotic fluid embolism : succesful evolution course of isolated disseminated intravascular coagulation and early biological diagnosis. Annales Françaises d'Anesthésie et de réanimation 25 (2006) 633-637. L. Gamerre, G.Tramoni, C.Boisson, H-J. Clement, J-P Viale.

FAUSSE COUCHE SPONTANEE JUSQU'A 12 SA : PRISE EN CHARGE

Dans tous les cas :

- s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une **GEU**
- **vérifier le rhésus** ; si négatif ↳ gamma globuline anti-D (rhophylac 200µg)
- NFS groupe rhésus TP TCA si ↳ fausse couche hémorragique, signes clinique ou antécédent d'anémie
- Beta HCG si ↳ absence d'échographie antérieure montrant une grossesse intra utérine
- Privilégier le traitement médical par **cytotec** si possible (taux de succès d'environ 80%)
- Proposer entretien avec la psychologue selon les situations
- Si ATCD de 3 FCS précoce sans grossesse normale ↳ proposer consultation spé FCS à répétition.

Fausses couches incomplète avec métrorragies

- ce diagnostic est posé après avoir éliminé ➔ une GEU, une môle, une grossesse évolutive
- si **hémorragie importante ou terrain anémié ou hyperalgique ↳ aspiration en urgence**
- dans les autres cas proposer un traitement médical par cytotec

Grossesse arrêté ou œuf clair

- s'assurer que **la grossesse est bien arrêtée** (LCC > 6 mm sans activité cardiaque ou sac gestationnel > 30 mm sans embryon). **Au moindre doute, contrôler l'écho ↳ à une semaine**
- conduite à tenir selon la taille du sac gestationnel :
  - **sac < 40 mm ↳ proposer cytotec (autre option = expectative pendant 1 semaine)**
  - **sac > 40 mm ↳ aspiration (ou cytotec à discuter avec le chef de garde)**

Traitement médical

A) population cible

- bonne compréhension des explications, parle et comprend le français
- patiente adhère au traitement et est demandeuse
- possibilité de revenir aux urgences à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit
- lieu d'habitation proche de l'hôpital.
- pas de critère d'intubation difficile à priori.

B) réalisation

Après information claire sur les bénéfices attendus (succès dans 80% des cas) et les risques (saignement important nécessitant une aspiration en urgence, transfusion sanguine, douleur).

⌦ Remise de la feuille d'information

- **cytotec 4 cp soit 800µg par voie jugale** (2 cp à la face interne de chaque joue)
  ↳ **à remettre à la patiente**
- remettre **à la patiente ↳ la note d'information**
- CI : intolérance au misoprostol, glaucome ; CI relative : coronaropathie ou asthme sévère
- Antalgiques : efferalgan codéiné ou ibuprofène
- **Visite systématique au bout de 15 jours avec échographie.**
- Arrêt de travail (non obligatoire) pendant cette période
- **En cas de non expulsion à J15** :

➔ **proposer aspiration endo utérine**

- **Critère échographique d'échec selon le résidu** :
  - plus grande image intra utérine en antéropostérieur < 15 mm = **succès**
  - 30 mm = **échec**
  - 15 à 30 mm = **échographie de vacuité utérine après les prochaines règles avec rendez vous chef ; hystéroscopie opératoire à programmer si rétention**.
- La mise en place d'une contraception oestro progestative (si pas de contre indication) permet de planifier ces rendez-vous.
- Si **deux fausses couches consécutives ou 3 fausses couches** prévoir ➪ **un rendez-vous en consultation pour fausses couches à répétition**

Traitement chirurgical : aspiration programmée

Indications :
Refus ou non compréhension du traitement médical, contre indication ou échec du cytotec

- Bilan pré opératoire, résultats à apporter à la consultation d'anesthésie
- Consultation d'anesthésie
- Programmer l'intervention au secrétariat après accord du chef de garde
- Hospitalisation le jour de l'intervention à 07h30 à jeun depuis 0h00 la veille
- Préparation cervical par cytotec 1 cp par voir orale le matin de l'intervention à 6h
- Sortie possible le jour même après accord anesthésiste et interne de garde

Suites :

- Dernier contrôle du rhésus à la sortie
- Contraception facultative
- Visite de contrôle à 1 mois (en ville ou dans le service)

TRAITEMENT MEDICAL DES FAUSSES COUCHES SPONTANEE PRECOCE ET DES GROSSSESSES ARRETEES : information patientes

NOTE D'INFORMATION AUX PATIENTES

Madame,

Le médecin que vous venez de voir a diagnostiqué **une fausse couche**.
C'est un évènement fréquent (une grossesse sur 4) au cours des trois premiers mois de la grossesse, qui présente peu de risque pour votre santé et ne devrait pas vous empêcher d'avoir des grossesses normales dans l'avenir.

On vous a proposé **un traitement médical par le cytotec**. Ce médicament a pour but d'accélérer les mécanismes naturels de la fausse couche et d'éviter ainsi un geste chirurgical.
Le cytotec a été développé initialement pour traiter des ulcères de l'estomac et n'a pas d'AMM (autorisation de mise sur le marché) officielle en gynécologie obstétrique. Néanmoins, de nombreuses études cliniques ont démontré qu'il s'agit d'un traitement efficace et sûr dans les fausses couches, raison pour laquelle il est largement utilisé et recommandé.

Ce médicament va provoquer des saignements abondants et des contractions utérines fortes, qui durent généralement moins d'une heure. Vous pouvez avoir les effets secondaires suivants :

- des douleurs abdominales (c'est pourquoi nous vous avons prescrit un traitement antalgique)
- des nausées des vomissements ou de la diarrhée qui sont assez fréquent mais de courte durée.

Si vous avez de la fièvre, des douleurs abdominales aigues non soulagées par le traitement antalgique ou des saignements très abondants, nous sommes à votre disposition 24h/24

- **soit par téléphone au 01 43 96 61 61 en demandant l'interne de garde de gynéco**
- **soit en venant directement aux urgences de la maternité**

Il est important de **vérifier au bout de 10 à 15 jours par une échographie que la fausse couche est complète**. Il existe en effet un risque d'échec d'environ 15% avec ce traitement.

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin toutes vos questions.

FIEVRE PENDANT LE TRAVAIL

1/ Définition

- **Température > 38,5°**

2/ Signes d'alerte

- Tachycardie fœtale
- Frissons maternels
- Si apyrétique, pas de paracétamol. Surveillance température et RCF.

3/ Bilan

- Dans tous les cas ⌦ hémoculture, **ECBU, PV, prélèvement de membrane après la délivrance pour examen bactério (au niveau de l'insertion cordonale)**
- **Pas de NFS-CRP systématique**

4/ Indication d'antibiothérapie :

Dépend du contexte et surtout du délai estimé avant accouchement

→ Si l'accouchement est prévu < 2 heures ⌦ **pas de traitement**

→ Si accouchement dans un délai probablement > 2 heures :

1/ Amoxicilline 2g dose de charge puis 1g IV toutes les 4 h
+/- Gentamicine 5 mg/Kg (au cas par cas)
2/ Dalacine si allergie 600 mg IV toutes les 6 heures

Maintenir l'antibiothérapie jusqu'à réception du PV ECBU et adapter en fonction

5/ Contextes particuliers :

- Facteurs de risque à considérer : prématurité, HIV, durée prolongée d'ouverture de l'œuf
- il est relativement fréquent d'avoir 38° en fin d'un travail long chez la primipare. En général, abstention thérapeutique.
- Mauvaise tolérance chez la mère (frissons, tachycardie +++)
- Si fièvre en post partum immédiat (avant remonté en chambre) : faire le bilan et pas d'antibiotique systématique – voir selon bactério.

6/ Paracétamol :

- **1g IV si température et <u>mauvaise tolérance (maternelle ou fœtale)</u>, frissons**

GRIPPE A H1N1 : PRISE EN CHARGE

Une patiente se présente avec un tableau de grippe ou de notion de contage, aux urgences ou à l'accueil.

Lui donner ➔ un masque chirurgical et lui de demander de se laver les mains avec une solution hydro-alcoolique, l'orienter vers le box N°5 de consultation (circuit spécifique).

Le médecin après avoir lavé ses mains avec la solution hydro-alcoolique, revêtu d'une surblouse met un masque FFP2

S'il le juge nécessaire, il effectue un prélèvement naso-pharyngé sur tube adéquat.

1er cas : FEMME ENCEINTE PRESENTANT UN TABLEAU EVOCATEUR DE GRIPPE

Diagnostic :
syndrome respiratoire âigü à début brutal (toux, dyspnée, mal de gorge) et signes généraux type fièvre ≥ 38° ou courbatures ou asthénie.

Conduite à tenir :
- Prélèvement naso-pharyngé (sur un écouvillon spécial) à conserver au frigo à 4° C si non acheminé.

Prise en charge :
- Repos à domicile, avec prescription d'une boite de masques chirurgicaux et une solution hydro-alcoolique
- Arrêt de travail de 7 jours
- TAMIFLU 75 mg 1 gélule matin et soir pendant 5 jours (utile que dans les 48H)
- PARACETAMOL 1 g toutes les 6 heures pendant 7 jours
- Mesures barrières : lavage des mains, masque chirurgical
- Comptabilisation du cas
- Dès réception du résultat, appeler la patiente pour lui donner le résultat du prélèvement et vérifier l'amélioration clinique.

Si signes de gravité :
→ Appel au CHIC

2ème cas : NOTION DE COMPTAGE ETROIT AVEC PORTEUR H1N1.

Prise en charge :
- Retour à domicile avec prescription d'une boite de masques chirurgicaux et une solution hydro-alcoolique
- Arrêt de travail de 7 jours
- TAMIFLU 75 mg 1 gélule matin pendant 10 jours ou RELENZA 5 mg inhalation 2 doses le matin pendant 10 jours.
- Mesures barrières : lavage des mains, si possible éviter contact avec le sujet contaminé sinon port du masque chirurgical par celui-ci.

GROSSESSES GEMELLAIRES : PRISE EN CHARGE ET ACCOUCHEMENT

- Consultation mensuelle

- Consultation d'information avec la sage-femme de prénatal :
  http://www.jumeaux-et-plus.fr/
  http://www.jumeaux-paris.com/

- Information spécifique des marqueurs HT21 en privilégiant la mesure des nuques fœtales pour leur fiabilité.

- Echographies :
  - De 12-13 SA doit spécifier la chorionicité (préciser présence ou absence du signe Lambda) – mesure des nuques fœtales et du terme.
  - 18 SA pour une meilleure visualisation des membres et une écho du col systématique (faire une pochette écho pour chaque fœtus).
  - 24 SA avec Dopplers utérins systématiques.
  - Puis écho :
    - Tous les mois pour bichoriales
    - Tous les 15 jours pour monochoriales

⌦ Préciser toujours la présentation du fœtus.
⌦ Doppler ombilical systématique à partir de 18 SA – Dopplers utérins systématiques à 24 SA.
⌦ Doppler de l'artère cérébrale moyenne avec mesure du pic de vitesse systolique tous les 15 jours (PVSACM) systématique pour les monochoriales (dépistage TAPS)

- Arrêt de travail entre 24 et 26 SA. En ce qui concerne le congé de maternité, il est de 12 semaines avant la date prévue d'accouchement (à partir de 29 SA) et de 22 semaines après la date prévue d'accouchement, soit un total de 34 semaines. La durée des congés pathologiques est la même (14 jours).
- Surveillance hebdomadaire par sage-femme à domicile à partir de 26 SA.
- Surveillance aux explorations fonctionnelles avec RCF à partir de 34 SA pour les gémellaires bichoriales et 32 SA pour les monochoriales.
- Consultation anesthésiste vers 35-36 SA (privilégier une anesthésie péridurale).
- Surveillance biologique idem à grossesse simple, PV strepto B/E Coli K1 systématique à 34-35 SA.
- Accouchement systématique vers 38 SA pour bichoriales
- Accouchement systématique vers 37 SA pour monochoriales
- Lors de l'accouchement voie basse : sage-femme, interne, obstétricien, anesthésiste et pédiatre sur place, en salle de travail. Prévenir la patiente de cette situation.

Remarque, le congé de paternité est de 3 + 18 jours (soit 21 jours) quelque soit le nombre d'enfants nés (contre 3 + 11 dans le cas d'une grossesse simple).

HEMATOME RETROPLACENTAIRE : PRISE EN CHARGE DE LA NOUVELLE GROSSESSE

HRP confirmé

↳ > 3 mois après l'accouchement faire bilan de thrombophilie et auto immun :

- NFS plaq. TP TCA
- Dosage Antithrombine III, protéines C, protéines S
- Recherche mutation facteur V et II (lien de causalité discutable en l'état actuel des connaissances)
- Ac antinucléaires, Ac anticoagulant circulant, Ac anticardioline (ELISA IgG, IgM), Ac anti beta2gp1.

La présence d'un anticorps antiphospholide (Ac anti cardiolipine, anti beta 2 gp1, recherche d'un anticoagulant circulant positif) à taux élevés sur deux prélèvements à 6 ou 8 semaines d'intervalle associé à un épisode d'accident placentaire (RCIU vasculaire, HRP, pré éclampsie, MFIU, fausse couche) confirme le diagnostic de syndrome des antiphospholide (SAPL)

Antécédents d'HRP

↳ Identifier et corriger les facteurs de risque évitables : tabac, drogues notamment cocaïne,

↳ Si bilan biologique négatif,

- Aspégic 100 mg/j. dès la période périconceptionnelle jusqu'à 35 SA + Doppler utérin à 24 SA.
- Décision d'accouchement à 37 SA (10 jours après arrêt aspirine) selon les conditions obstétricales.
- ARRET Lovenox la veille au soir avant accouchement.

↳ Si bilan étiologique positif

- **Diagnostic de SAPL :** consultation préconceptionnelle, association ASPEGIC 100mg en périconceptionnel qui sera arrêté à 35 SA + HBPM à dose iso coagulante dès le début de la grossesse jusqu'à l'accouchement (fenêtre thérapeutique).

Il s'agit de la seule situation ou l'association antiagrégant plaquettaire et HBPM a montré un intérêt sur la morbimortalité périnatal.

- **Déficit ATIII et/ou prot C et/ou prot S et/ou mutation FVL et/ou mutation FII ou hétérozygote combinées FVL/FII :** HBPM dose iso coagulante ou adaptée au poids pendant toute la grossesse (fenêtre thérapeutique)

Cas particuliers :

✶ Si antécédent d'HRP avant 37 SA

- **Hospitalisation de la patiente** avant la date anniversaire – au-delà de 26 SA – jusqu'à l'accouchement à 37 SA. (surtout si la patiente habite loin ou le désire).
  - ✓ Cure de CELESTENE à discuter au cas par cas.

Surveillance en hospitalisation

- **Patiente doit prévenir en urgence si douleurs ou métrorragies**
- **TA 2 fois / j.**
- **Bandelette urinaire 1 fois / semaine**
- **RCF 1 fois / semaine**

HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE : PREVENTION

Recherche des facteurs de risques

- Grossesses multiples
- Travail prolongé
- Obésité
- ATCD d'hémorragies de la délivrance
- ATCD d'HRP
- Placenta prævia, HRP

Vérifications

- Carte de groupe sanguin complète (2 déterminations par le même laboratoire), mise à disposition si pb transfusionnel
- RAI
- NFS plaquette, TP, TCA, fibrinogène

Délivrance dirigée (systématique)

- 5 ui de syntocinon en IVL lors du dégagement de l'épaule antérieure
- Clampage et section du cordon
- traction douce et contrôlée du cordon en continue avec pression suspubienne
- Sur la ligne « thérapeutique » du partogramme devront être tracé :
    - « syntocinon à l'épaule antérieure »
    - L'heure de l'injection
    - La dose injectée (5UI)
    - La voie d'administration (IVL)

Délivrance placentaire ≤ 15 mn

Sinon DA + RU et antibioprophylaxie (AUGMENTIN 2 grammes en IVL ou DALACINE 600 mg si allergie)

Surveillance et quantification des pertes sanguines

⌦ **En cas de doute, prise en charge d'une hémorragie de la délivrance**

Référence :
Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A .
Active versus expectant management for women in the third stage of labour.
Cochrane Database Syst Rev. 2011 Nov 9;(11)

HEMORRAGIE DU POST-PARTUM : UTILISATION DES BALLONNETS DE BAKRI

Indications d'utilisation :

- Hémorragie du post-partum persistante après échec d'une prise en charge médicale adaptée (révision utérine, révision du col sous valves, ocytocine, Nalador).

Modalités d'utilisation : ⌦ laisser la perfusion de Nalador

- En système clos.
- Guidage échographique si besoin
- Vider le ballonnet de son air
- Gonfler le ballonnet par le robinet prévu. (Le rigidifier par 10-20ml de sérum physiologique avant l'introduction).
- Au sérum physiologique.
- **Toujours à 500cc d'emblée.**
- Le ballonnet ne doit pas occuper toute la cavité, mais doit se positionner au niveau du segment inférieur. Il est normal que le ballonnet déborde dans le vagin.
- Saignement toléré : 100ml sur 1 heure
- Ablation du ballonnet en un temps en journée lorsque l'équipe est complète
- Couverture antibiotique par amoxicilline acide clavulanique (augmentin®) : 2gr IVL déjà administré sur la RU / 1 gr IVL au retrait puis stop (si allergie à la pénicilline : clindamycine (DALACINE® 600 mg)
    - Cette couverture antibiotique doit être adaptée à la situation clinique (antibiothérapie prolongée si contexte de chorioamniotite…)
- Durée du tamponnement : pas de données précise
    - Guide d'utilisation : pas de durée minimale
    - Littérature : durée moyennes de > 18h voire > 24h
    - En pratique : au moins le temps de la deuxième ampoule de Nalador (5h) et au maximum 24h. Le ballonnet sera retiré en journée.

Ne pas forcer lors de l'introduction ou au moment de gonfler le ballonnet

Pas d'expression utérine

HEMORRAGIE DU POST PARTUM :ORGANISATION DU TRANSFERT INTERHOSPITALIER

QUI APPELLE QUI ?

- **L'obstétricien de la maternité demandeuse ↳ appelle l'obstétricien du CHU par l'intermédiaire de la salle de travail**

1) CHU Pitié Salpetrière :
Appeler en première intention le réa de la salle Gaston Cordier qui s'assurera de la dispo des deux autres intervenants (obstétricien et radiologue)

- ✓ Salle de réveil Gaston Cordier 01 42 17 73 11 ou 01 42 17 73 12
- ✓ SDW 01 42 17 77 50 ou 01 42 17 77 06 chef de garde = BIP 261

2) CHU Lariboisière
Appeler en première intention l'anesthésiste du réveil central qui préviendra obstétricien et radiologue

- ✓ Anesthésiste du réveil central 01 49 95 83 02
- ✓ SDW 01 49 95 62 52 DECT 5125

- **Après accord, l'obstétricien ou l'anesthésiste (selon disponibilité) de la maternité demandeuse ↳ appelle le SAMU 94 via le 15 ou 01 45 17 95 00**

- **en cas de non disponibilité du SAMU, le régulateur prendra contact avec la société de transport médicalisé avec laquelle nous avons un contrat de collaboration (donner les coordonnés au régulateur : 01 49 12 10 10).**
- **Ce transporteur privé assurera le transport avec assistance du SAMU.**

- **Dès la décision de transfert et afin d'anticiper l'obtention des PSL, les documents immuno-hématologiques et les informations nécessaires (fiche administratives, fiche immunologique de suivi, feuille de surveillance) sont communiqués ↳ par FAX au service d'accueil.**

HEMORRAGIE DU POST PARTUM : UTILISATION DU NALADOR

NALADOR (Sulprostone) ↳ 1 amp. 500 microgrammes

Utilisation dans l'hémorragie de la délivrance
Au mieux → moins de 30 minutes qui suivent l'hémorragie.

CONTRES INDICATIONS

- Pathologie cardiaque – coronariennes
- Asthme
- Diabète décompensé
- Comitialité
- Insuffisance hépatique

Attention : si tabagisme, si femme ≥ 40 ans

CONDUITE À TENIR

Manœuvres obstétricales

➲ Cf tableau pratique

En dehors des manœuvres obstétricales
Pouls – tension – température – saturation O2
Sonde à demeure, surveillance diurèse

Mettre en place systématiquement une nouvelle voie dédiée au NALADOR

Vérification des voies d'abord
Remplissage (Ringer lactate)
Bilan initial et à 3 heures (NFS plaq, TP, TCA, fibrine, iono créat)
Prévention de l'hypothermie
Antibiothérapie (Augmentin* 1 g IV ttes les 8 h +/- Gentamycine 5 mg/Kg sur 60 mn/j ou Dalacine si allergie 600 mg IV toutes les 12 heures) pendant 48h

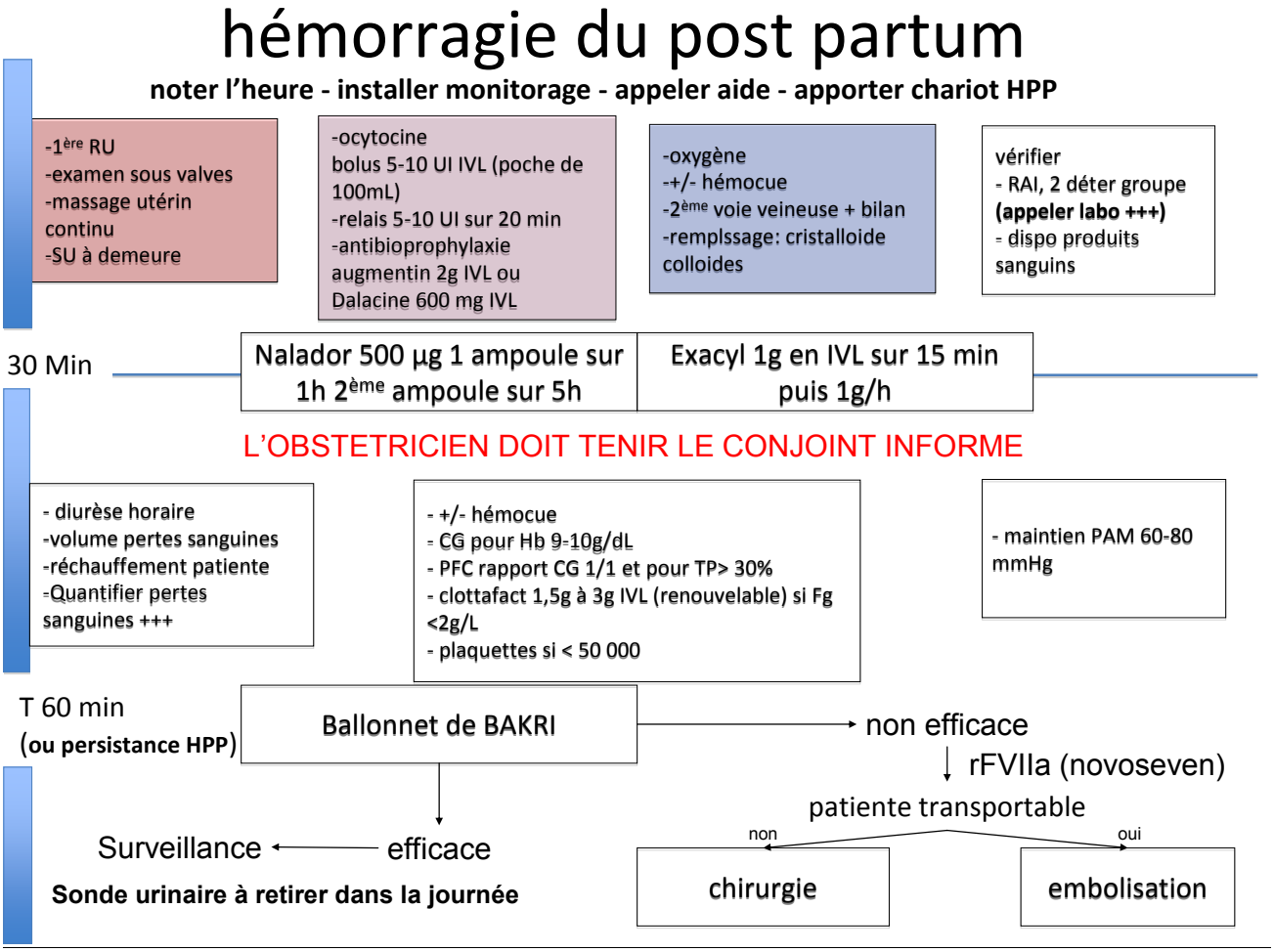
Nalador utilisation à la pompe :

- **1 ampoule de 500 microg**.complétée par **sérum physiologique** pour une seringue de 50 ml
  - **à passer 1ère ampoule / 1heure soit 50 ml/heure**
  - **puis réevaluer la nécessité d'une 2ème ampoule / 5 heures soit 10 ml/heure**
  - **puis relais par Ocytocine 10 ui/l ttes les 6 heures pdt 24 h**

⌦ **Ne pas dépasser le débit d'une ampoule sur 1 heure sur moins de 12 heures un maximum de ↳ 3 ampoules.**
⌦ **Ne jamais associer à l'Ocytocine pendant le traitement**

✓ Ce traitement peut entraîner une hyperthermie à 38°C.
✓ Il est efficace dans 60 à 70 % des cas
✓ Les causes d'échec sont l'infection et le retard d'administration

HEMORRAGIE DU POST PARTUM: ARBRE DECISIONNEL



HERPES GENITAL ET GROSSESSE

Manifestations : primo infection, récurrence ou excrétion asymptomatique
Risque d'infection reste identique **tout au long de la grossesse**

Risque infection néonatale varie suivant le type infection :
- PI avant 34sa (40 à 75%)
- Récurrence 8 jours avant l'accouchement (5%)

Voie de contamination du nouveau né
- In utero par voie hématogène transplacentaire ou rarement trans-membrannaire (5%)
- A l'accouchement (85%)
- Augmenté si rupture des membranes supérieures à 6H, électrodes au scalp, lésions herpétiques nombreuses, titre viral élevé et faibles taux anticorps maternels
- Pendant la période post natale

Conduite à tenir
- L'interrogatoire et recherche signe clinique +++
- Pas de sérologie systématique de dépistage sauf pour différencier récurrence ou PI
- Le diagnostic d'excrétion virale active repose sur la culture (prélèvement endocol) ➔24 à 48h

En cas de lésions actives au moment du travail :
- **primo infection ➔ césarienne** impérative même après 6h de rupture car protège le NN
- **récurrence** : risque de transmission faible ➔ **césarienne** reste de rigueur mais est plus discutée.

En cas d'absence de lésions au moment du travail
- si PI de plus d'un mois ➔ **voie basse**
- si PI de moins d'un mois mais traitée ➔ on discute la **voie basse**
- si PI de moins d'un mois non traitée ➔ on discute la **césarienne**
- si récurrence ➔ **Voie basse** autorisée si lésions datant de plus de 7j sinon **césarienne**
  ➔ prophylaxie à partir de 36 sa.

En cas d'antécédents d'herpes génital chez la femme ou son conjoint
- préservatif pendant la grossesse (couple séro discordant)
- recherche virus pendant le travail et désinfection vulvo-vaginale
- accouchement voie basse atraumatique (CI électrodes)

L'allaitement maternel n'est contre indiqué qu'en cas de lésion mammaire

Traitements : aciclovir (Zovirax®) et valaciclovir (Zelitrex®)

Prophylaxie des récurrences

En cas d'antécédent d'herpès génital
- **Valaciclovir 500 mg x1/j** per os **débuté à 36 SA jusqu'à l'accouchement**

Si récurrence en cours :
- **Valaciclovir 500 mg x2/j pdt 5 jours puis prophylaxie ci-dessus**

Si primo infection **:**
- **Valaciclovir 500mg x 2/j**
  - pendant 10 jours si survenue avant le dernier mois
  - jusqu'à l'accouchement si survenu le dernier mois de grossesse

Autres moyens de prévention :
- Préservatifs
- Pas d'électrodes de scalp
- Bétadine et désinfection vulvo vaginale

HTA ET GROSSESSE

Définitions :

HTA gravidique (HTG) :
PAS ≥ 140 mmHg et/ou PAD ≥ 90 mmHg après 20 SA et disparaissant avant la fin de la 6ème semaine du post partum

***Pré-éclampsie* (PE):**
HTG avec protéinurie > 0,3 g/24h

***Pré éclampsie sévère* :**
PE avec au moins l'un des critères suivant :

- PAS > 160mmHg et/ou PAD > 110 mmHg
- Atteinte rénale avec : oligurie (<500 mL/24h) ou créatinine > 135 micromol/L ou protéinurie > 5g/24h
- OAP ou barre épigastrique persistante ou HELLP syndrome
- Eclampsie ou troubles neurologique rebelles (troubles visuels, ROT poly cinétiques, céphalées)
- Thrombopénie < 100 000
- Hématome rétro placentaire (HRP) ou retentissement fœtal

Epidémiologie :

Incidence de la PE en France
- nullipares 1 à 3%
- Multipares 0.5 à 1.5%

Incidence de l'HTG : 10%
Incidence des complications dans la PE
- HRP 0.003 à 0.01%
- Eclampsie 1 à 5% des PE
- HELLP syndrome 10 à 15% des PE

Prise en charge de la pré éclampsie

1) en pré hospitalier :
   a. toute découverte d'une HTA pendant la grossesse nécessite une hospitalisation (pour faire le point)
   b. **un rapport protéinurie / créatininurie > 30 est considéré comme bien corrélé à une protéinurie > 0.3g/24h**
   c. toute découverte de pré éclampsie nécessite une hospitalisation
2) en hospitalisation
   a. pour la mère : rechercher les formes sévères, discuter l'arrêt de l'aspégic selon la sévérité si en cours
   b. pour le fœtus : RCF, biométrie, score de bien être fœtal, Doppler
   c. quelle prise en charge thérapeutique

i. corticothérapie de maturation pulmonaire fœtale (célestène) si terme inférieur à 34 SA
ii. traitement anti HTA **si** PAD > 110 mmHg ou PAS > 160 mmHg dans le cadre de la pré-éclampsie
iii. sulfate de magnésium si prodromes neurologique et si pas de CI

Conduite à tenir en cas d'hospitalisation
- avertir anesthésiste de garde et consultation pré anesthésique
- Vérifier à l'admission : sérologies à jour, Groupe sanguin rhésus (2 déterminations) et RAI
- Dynamap 3 fois par jour
- Bandelette urinaire journalière
- Surveillance diurèse journalière avec protéinurie des 24 heures 1 fois/semaine
- Pesée quotidienne
- Bilan biologique (NFS plaquettes, TP TCA fibrine, ionogramme sanguin créatininémie, ASAT ALAT) toutes les 48h au minimum
- RCF x 2/jour (si RCIU avec Dopplers ombilical et cérébral pathologiques, RCF x 3/jour)
- Echographie doppler 1 fois/semaine au minimum, adapté à la vélocimétrie Dopplers.

Traitement anti-HTA : 4 antihypertenseurs ont l'AMM
clonidine (catapressan) : contre indique l'allaitement
nicardipine (loxen)
labétalol (trandate)
dihydralazine (nepressol)

Algorithme de prise en charge de la pression artérielle

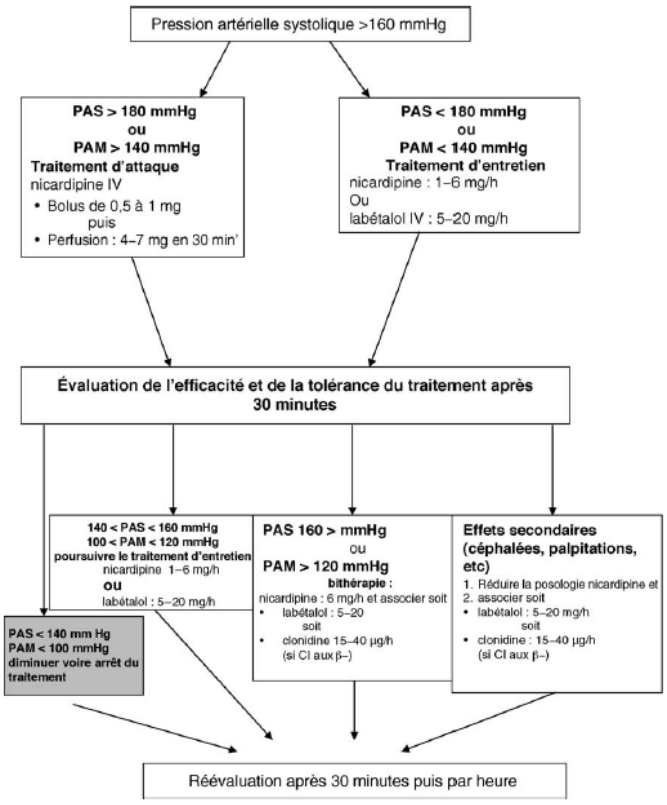


Fig. 1. Algorithme de prescription du traitement antihypertenseur. PAM (pression artérielle moyenne) = [PA systolique + 2 PA diastolique]/3 NB : La dihydralazine est largement abandonnée actuellement en France : la clonidine est interdite en bolus.

Remarque : faire systématiquement le bolus à la mise en route du traitement par nicardipine.

Transfert in utero
- si terme fœtal < 32 SA et/ou EPF <1500g
- si difficultés de réanimation maternelle (avis de l'anesthésiste)

<u>Critère d'arrêt de la grossesse :</u>
PE non sévère > 36SA
PE sévère > 34 SA
PE sévère < 24 SA : discuter l'IMG

Critères d'arrêt de la grossesse Entre 24 et 34 SA:

<u>Pour raison maternelle :</u>
• Immédiates : HTA non contrôlée, éclampsie, OAP, HRP, Hématome sous capsulaire hépatique, Thrombopénie <50.000 (discuter TIU dans le cas de thrombopénie isolée)
• Après corticothérapie pour maturation pulmonaire foetale (si les conditions maternelles et foetales permettent de prolonger la grossesse de 48 heures) : TIU indispensable si terme < 32 SA

- insuffisance rénale d'aggravation rapide et/ou oligurie (< 100 mL /4 heures) persistante malgré un remplissage vasculaire adapté,
- signes persistants d'imminence d'une éclampsie (céphalées ou troubles visuels),
- douleur épigastrique persistante,
- HELLP syndrome évolutif

Pour raisons foetales :
Décélérations répétées du RCF, Variabilité à court terme < 3 ms, RCIU sévère au-delà de 32 SA, diastole ombilicale artérielle inversée au-delà de 32 SA

Voie d'accouchement

il est **possible de déclencher l'accouchement après maturation cervicale sauf urgence maternelle et/ou fœtale immédiate.**
NB : en cas de Doppler fœtaux pathologiques (insuffisance placentaire) la césarienne d'emblée se discute serieusement

Réaliser un **examen anatomopathologique du placenta** et une autopsie en cas de décès maternel et/ou foetal dans le cadre d'une complication de la PE.

Conduite à tenir en cas d'éclampsie
- Liberté des voies aériennes
- Vérification de la disponibilité d'une ampoule de 1 g de Gluconate de calcium
- scope cardio-tensionnelle, FR et diurèse horaire (SU à demeure)
- Sulfate de magnésium ($MgSO_4$) 4 g dilué dans 100 ml de sérum physiologique à administrer en IVSE de 15 minutes à 30 minutes, puis IV continue de 1g/h à interrompre 24 h après accouchement.

En cas d'utilisation du sulfate de magnésium, privilégier l'utilisation du trandate sur les inhibiteurs calciques (potentialisent l'effet du $MgSO_4$)
Discuter transfert SAMU avec anesthésiste.

Conduite à tenir en post partum :

Allaitement

- Contre indication absolue à la bromocriptine
- si la patiente ne souhaite pas allaiter : voir protocole allaitement

En cas d'HTA normalisée

- Arrêt des traitements anti-HTA
- bilan biologique à J2 (NFS plaq, TP, TCA, fibrine, ionogramme sanguin, créatininémie, ASAT ALAT).
- Si bilan normal, sortie avec rendez-vous post-partum à 1 mois avec obstétricien ayant suivie la grossesse.

En cas d'apparition ou de persistance de l'HTA

- Loxen° LP 50 1 cp x 2/jour pendant 15 jours
- Bilan biologique à J1 (NFSplaq, TP, TCA, fibrine, ionogramme sanguin, créatininémie, ASAT ALAT).

- En cas de Prééclampsie du post partum, de complications :
Loxen° per os ou SE selon prescriptions
- Bilan biologique à J1 (NFSplaq, TP, TCA, fibrine, ionogramme sanguin, créatininémie, ASAT ALAT).

Sortie

- Rendez-vous néphrologue à l'HNSM en cas de prééclampsie sévère, HTA persistante ou complications dans les 2 à 3 premières semaines du post partum
- rendez-vous post-partum à 1 mois avec obstétricien ayant suivie la grossesse avec bilan (iono sg, créatininémie, protéinurie sur échantillon et si positive sur 24h).

Remarques :

En cas de prééclampsie sévère :
- Ac antinucléaires, anticorps anticardiolipines, recherche d'anticoagulant circulant, anticorps anti beta2gp1 à faire à 6 mois du post-partum.

En cas d'HRP associé, d'antécédent personnels ou familial de maladie veineuse thromboembolique, de PE précoce, d'association à un RCIU sévère ou à une MFIU

- Idem + bilan de thrombophilie

antithrombine III, protéine C et S, mutation des facteurs II et V

HYGIENE LORS DE L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE

ANTISEPSIE VULVO- PERINEALE COMPLETE

L'antisepsie vulvo-périnéale complète se fait en 4 temps : la détersion suivie de l'antisepsie vulvo- périnéale simple. Elle s'effectue en salle de naissance ou à défaut en salle de pré-travail. Le PRE- REQUIS porte sur la douche antiseptique préalable de la patiente à domicile ou dans le service.

II. INDICATIONS

1) Après rupture spontanée des membranes

2) Avant acte obstétrical à haut risque infectieux : - rupture artificielle des membranes - accouchement programmé ou en urgence - délivrance artificielle ou révision utérine - réfection d'épisiotomie

3) Avant sondage urinaire

4) Immédiatement après souillure pendant un acte obstétrical

III. MODE OPERATOIRE 3.1 DETERSION

Tenue de l'opérateur : masque, gants non stériles et tablier à usage unique.

Matériel et Produits :

- Tondeuse
- Compresses stériles
- Gants non stériles
- Bétadine scrub (savon doux en cas d'allergie)
- Eau stérile (1 flacon par patiente)
- Solution Hydro Alcoolique (SHA)
- Champ absorbant imperméable

Technique :

- Effectuer un lavage simple ou une friction hydro alcoolique des mains
- Installer la femme sur un champ absorbant imperméable propre
- Séparer chaque sachet en 2 sans toucher les compresses

Préparer le matériel :

- Ouvrir 2 sachets de compresses, sur l'un déposer du savon et sur l'autre de l'eau stérile
- Refaire un lavage simple ou une friction hydro alcoolique des mains
- Mettre des gants
- Ebarber ou tondre de haut en bas le périnée
- Appliquer le savon avec une compresse pré imprégnée
- Nettoyer (faire mousser) avec des compresses imprégnées d'eau stérile
- Rincer avec des compresses imprégnées d'eau stérile
- Essuyer avec des compresses sèches
- Retirer le champ absorbant imperméable sale
- Retirer les gants

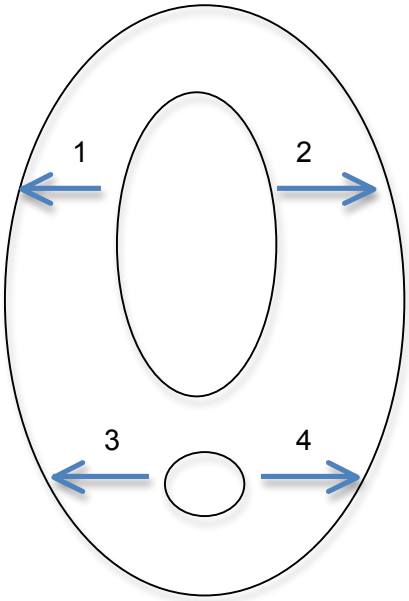
Se laver les mains et remettre un champ absorbant propre

3.2 ANTISEPSIE VULVO-PERINEALE

Tenue de l'opérateur : masque, gants non stériles et tablier à usage unique.

Matériel et Produits :

- Compresses stériles en sachets de 5
- Gants non stériles
- Bétadine dermique en flacon monodose (Dakin en flacon individuel si patiente allergique)
- Eau stérile (1 flacon par patiente)
- Flacon SHA
- Champ absorbant imperméable à usage unique propre Technique :
- Effectuer un lavage simple des mains ou une friction hydro alcoolique.
- Appliquer l'antiseptique avec des compresses pré imprégnées selon la technique ci-dessous en changeant de compresses à chaque localisation notée (voir schéma ci-dessous):



En cas de sondage urinaire avant l'accouchement :

• Effectuer une friction hydro alcoolique et mettre des gants stériles avant le sondage.

EXPULSION AVEC OU SANS EXTRACTION INSTRUMENTALE Acte à risque infectieux intermédiaire

Tenue de l'opérateur :

- Masque à visière ou masque et lunettes de protection, gants stériles et tablier à usage unique

Matériel :

- set d'accouchement comprenant : • 2 pinces Kocher stériles, 1 paire de ciseaux à bouts ronds stériles, des compresses stériles, des champs stériles,

- savon antiseptique ou flacon SHA

- gants stériles

- ciseaux stérile sous sachet (usage unique)

Technique :

- Effectuer une antisepsie vulvo-périnéale complète.

- Effectuer une friction hygiénique SHA et mettre des gants stériles :

    - avant l'expulsion

    - avant l'épisiotomie

    - avant l'utilisation de forceps ou spatule

    - avant la section du placenta avant les soins du bébé

Utiliser un dispositif médical unique et stérile pour chaque geste :

- la paire de ciseaux à bouts ronds pour l'épisiotomie éventuelle puis la section du cordon (entre les deux pinces Kocher).

- les ciseaux stériles sous sachet (à usage unique), pour la section du cordon du placenta côté bébé.

S'il y a utilisation de forceps, ventouse ou spatule, éviter de projeter de l'antiseptique sur du matériel stérile.

DELIVRANCE ARTIFICIELLE ET REVISION UTERINE: Actes à haut risque infectieux

Tenue de l'opérateur :

Masque à visière ou masque et lunettes de protection, gants stériles et tablier propre à usage unique.

Matériel :

- paires de gants longs spécifiques stériles

- flacon SHA

Technique :

- Effectuer une antisepsie vulvo-périnéale complète.

- Effectuer une friction chirurgicale avant la délivrance artificielle ou la révision utérine. En cas de répétition du geste, changer à chaque fois de gants stériles.

SUTURE DE L'EPISIOTOMIE Acte à haut risque infectieux

Tenue de l'opérateur :

Masque à visière ou masque et lunettes de protection, gants stériles et tablier propre à usage unique.

Matériel :

- set de suture qui comprend 5 champs stériles, 1 paire de ciseaux droits stériles 1 pince Kocher, 1 porte aiguille, 1 pince ou griffe stérile, des sachets de compresses stériles et 1 souris stérile

- flacon SHA

Technique :

- Effectuer une antisepsie vulvo-périnéale complète

- Effectuer une friction chirurgicale avant la suture de l'épisiotomie.

EN FIN D'ACCOUCHEMENT :

- Retirer l'ensemble de sa tenue

- Effectuer une friction hygiénique des mains

- Effectuer une détersion vulvopérinéale

- Réinstaller la patiente avec un champ absorbant à usage unique propre et une garniture

HYSTEROSCOPIE : PREPARATION CERVICALE

Cytotec si prescription médicale

➲ 1 cp intra vaginal la veille au soir

Délai minimum **CYTOTEC** – intervention
↳ **2 heures pour que le traitement soit efficace**

Vomissements après prise per os du **CYTOTEC** = 20 %

- Si vomissements ≤ 30 minutes après la prise ↳ 1 cp intra vaginal de **CYTOTEC**
- Si vomissement > 30 minutes après la prise ↳ ne rien faire

PAS DE CONTRE INDICATION

INFECTION URINAIRE CHEZ LA FEMME ENCEINTE :CYSTITE ET BACTERIURIE

Règle générale : traitement probabiliste à adapter selon antibiogramme

CYSTITE AIGUE : présence de SFU (dysurie, brûlures mictionnelles … sans fièvre ni signes généraux) et à l'ECBU : leucocyturie > 10^4/ml ; germes > 10^5 /ml

BACTERIURIE ASYMPTOMATIQUE : patiente asymptomatique + 2 cultures positives avec la même bactérie (> 10^5 UFC / ml d'urine)

Dépistage :
Le dépistage d'une bactériurie asymptomatique par BU est recommandé chez la femme enceinte sans antécédent **une fois par mois à partir du 4ème mois**. Si celle-ci est **positive** (leucocytes + et /ou nitrites +), ⌦ **un ECBU doit être réalisé et un traitement doit être prescrit d'emblée (cf ci-dessous)**
Chez les patientes à haut risque, le dépistage par ⌦ **ECBU mensuel est recommandé.**

Complications : cystite (50 %), pyélonéphrite (30%), RCIU
Le dépistage et traitement des bactériuries AS réduit significativement
- les risques de pyélonéphrite et
- l'incidence d'accouchement prématuré

Traitement :
- **nitrofurantoine = FURADANTINE® 2 gélules x 3 / jour pendant 7 jours) ou MONURIL® un sachet en une prise à renouveler une fois après 3 jours**
- **Eviter amoxicilline et augmentin en traitement probabiliste (résistance)**

Suivi :
- **ECBU de contrôle ⌦ 48 heures après fin du traitement puis mensuel**.

En cas d'infections récidivantes
- **Antibioprophylaxie par céphalexine (CEFACET Gé 1 g x 2 / jour) ou Bactrim faible 400 mg 1 cp/j**. La vitamine C (acidification des urines) ou la canneberge peuvent être de bons adjuvants.

ATTENTION :
➔ *les nitrofurantoïnes peuvent entrainer des toxicités hépatiques et pulmonaires graves en cas de traitement prolongés ou répétés, qui sont donc contre indiqués.*

INFECTION URINAIRE CHEZ LA FEMME ENCEINTE: PYELONEPHRITE AIGUE

Bilan initial

- ECBU avec culture et antibiogramme
- Hémocultures
- RCF si terme > 24 SA
- Echo col facile si CU / modifications cervicales

Antibiothérapie : ⌦ Toujours hospitaliser et débuter par voie intraveineuse

Première intention :

- **Claforan (cefotaxime) 1 g en perfusion de 30' toutes les 8 heures ou Rocéphine (ceftriaxone) une injection par jour 1g**
- Rajouter **un aminoside** (gentamicine) 3 mg/Kg/j pendant 48h si signes de sévérité

Allergie aux céphalosporines : remplacer le Claforan par ⌦ **Bactrim forte (per os)** 1 cp toutes les 12 heures.

- **Adapter secondairement le traitement selon l'antibiogramme**
- S'il s'agit d'une récidive, choisir d'emblée le traitement selon le dernier antibiogramme disponible
- Dans tous **les cas complexes**, demander **un avis au bactériologiste ++**
- **Après 48h arrêter la voie intra veineuse** et adapter à ⌦ **l'antibiogramme.**
  L'antibiothérapie doit être poursuivie 14 jours.
- Surveillance : ECBU de contrôle 48 heures après arrêt de l'ATB puis ECBU mensuelle.

Traitements associés

- Tocolyse par voie orale, voie IV si MAP associée
- Prophylaxie des candidoses vaginales par un ovule de Gynopévaryl 150 LP (au cas par cas)

Bilan urologique

Echographie des voies urinaires systématique (recherche une PNA sur obstacle nécessitant une dérivation urinaire en urgence).

Uro-scanner + CS uro à distance de l'accouchement (recherche de malformations des voies urinaires), en particulier si l'infection est persistante / récidivante ou si notion (à l'interrogatoire) de reflux vésico-utérin dans l'enfance

S'il existe **des signes d'obstacle** (douleur importante, fièvre persistante, signes échographiques), un uroscanner peut être réalisé en urgence. **Demander un avis urologique**

Suivi

- **Contrôle ECBU 48 heures après l'arrêt du traitement.**
- **Puis ECBU mensuel jusqu'à l'accouchement**.

En cas d'infections récidivantes.

- **Antibioprophylaxie par cephalexine (CEFACET Gé 1 g x 2 / jour) ou Bactrim faible 1 cp/j**

La vitamine C (acidification des urines) ou la canneberge sont proposés comme adjuvants (sans preuve formelle).

INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE : analgésie-fœticide

Analgésie-fœticide lors d'une interruption médicale de grossesse en injection intra-funiculaire

⌦ **Injecter dans le cordon (veine ombilicale si possible ou artère ombilicale) :**

- **Penthotal (10 mg/kg)** : flacon poudre 500 mg à diluer dans 10 ml se sérum physio (résultat = penthotal à 5%). Ensuite prendre 1 ml de penthotal à 5% et ramener à 5 ml dans du sérum physio (dilution à 10 mg/ml), puis injecter 10 mg/kg soit 1 ml/kg

- **Sufentanyl (0,25 µg/kg)** : ampoule à 5 µg/ml (éventuellement préparée dans une seringue par l'anesthésiste pour la péridurale) prendre 1 ml et diluer dans 20 ml de sérum physio (solution obtenue à 0,25 µg/ml), puis injecter 0,25 µg/kg, soit 1 ml/kg

- **Puis Xylocaïne** 1% non adrénaliné : 5 à 10 ml dans le cordon, en s'assurant de la bonne position

- **Si l'injection dans le cordon ne peut pas être faite en sécurité, ou en cas d'échec**, injection de la Xylocaïne intracardiaque. Autre option (à éviter ++) : KCl hypertonique 5-10 ml intracardiaque

INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE : PRISE EN CHARGE en salle de travail

Circulaire du 18 avril 2002
Les parents veulent la vérité et y ont droit
Il faut poursuivre le dialogue, répéter les réponses aux mêmes questions, laisser s'exprimer leurs émotions
Ils doivent disposer d'un temps suffisant de réflexion et d'expression
Le travail de deuil ne peut s'appuyer que sur une réalité donnée à l'enfant

1/ ETAPES INDISPENSABLES AVANT L'IMG

♦ Entretien(s) sur la pathologie et si besoin, avis complémentaire (pédiatre, généticien, chirurgien…), ces avis doivent être consignés dans le dossier médical
♦ Echographie de référence si pathologie malformative
♦ Présentation du dossier au staff anténatal de l'hôpital TROUSSEAU
♦ Expertise de centre pluridisciplinaire (dans le dossier médical avant de débuter l'IMG)
♦ Entretien(s) avec médecin référent et cadre de santé pour répondre aux parents en abordant:
- les décisions du staff, (pathologie grave et incurable)
- les modalités de l'IMG
- l'arrêt de vie à partir de 20 SA
- le choix de donner un prénom
- la déclaration de naissance à l'état civil
- la possibilité d'inscription sur un livret de famille déjà existant (reconnaissance impossible si couple non marié)
- la possibilité de funérailles
- la possibilité de voir un représentant religieux
- l'examen foetopathologique (indications, déroulement) :

Les demandes des parents sur ces questions doivent être transmises sur la fiche de liaison

♦ Entretien avec cadre
♦ Entretien avec psychologue (sauf refus)
♦ Consultation d'anesthésie et bilan pré-opératoire
♦ Noter dans le dossier les précautions particulières (ATCD médical, utérus cicatriciel, placenta bas inséré..)
♦ Les demandes d'examens (autopsie, caryotype, conservation d'ADN) avec accord signé des parents, doivent être préparées avant l'IMG et mises dans le dossier avec photocopies des échographies et des résultats d'examens de diagnostic anténatal
♦ Chambre en hospitalisation (lit d'accompagnant si possible)
♦ Inscription sur le cahier de la salle de naissance

2/ HOSPITALISATION

Ecouter et accompagner les parents
Entourer l'enfant comme individu
Travailler en équipe
Objectiver le processus de deuil

A/ Accueil

1) En cas d'admission la veille du déclenchement

♦ Accueil vers 19h par l'équipe soignante de l'unité d'hospitalisation
♦ Prévenir l'interne de garde de son arrivée
♦ vers 22h pose de Dilapans (systématique primipares ou utérus cicatriciels)
➲ 1 à 3 posés ***en intracervical***,

Prémédication à 21h: efferalgan codéïné 1 cp + Atarax 50 mg 1cp
♦ à jeun à 0h00

2) Admission le jour même à 8 heures

♦ Accueil par la sage femme des urgences
♦ Prise en charge par l'équipe de salle de naissance

B/ Bloc puis passage en salle de naissance – pré travail

♦ Présentation du dossier aux sages-femmes de garde et au staff du matin par le médecin
♦ Pose première de la **péridurale** (sauf cas particulier)
♦ **Analgésie-foeticide** (proposée si terme >= 20SA) cf protocole

♦ **Déclenchement :**

entre 15 et 32 SA

- Rupture de la poche des eaux, d'emblée ou dès que possible
- *Cytotec* 2cp intravaginal renouvelé toutes les 3h selon dynamique
-

Cas particulier des utérus cicatriciels ou malformations utérine quelque soit le terme.

- J-3 Mifégyne 1 cp
- J-2 Mifegyne 1 cp
- J-1 Dilapans
- *J0*
  - *rupture précoce de la poche des eaux*
  - *Cytotec* : ½ cp à 1 cp intra vaginal toutes les 4h avec un maximum de 3 prises.
  - *Si pas d'expulsion après 3 prises de cytotec :* césarienne

Terme > 32 SA

- Rupture-Syntocinon si Bishop favorable
- Si défavorable *Cytotec* : ½ à 1 cp intravaginal renouvelé toutes les 3-4h selon dynamique
- Toco externe si doute sur la dynamique

♦ Accouchement réalisé par l'équipe médicale
♦ DA-RU systématique avant 20 SA
♦ Après 20 SA : délivrance dirigée ; RU au moindre doute
♦ Nettoyer l'enfant, si macéré avec du sérum physiologique
♦ Présentation du corps sur demande des parents par la sage-femme
♦ Réaliser les photos (qui restent dans le dossier à la disposition des parents)

DEMANDE D'EXAMEN ANATPATH FOETO PLACENTAIRE

Hôpital TROUSSEAU unité de foeto-pathologie

Joindre à la demande d'examen :

- **autorisation des parents avec double dans le dossier**
- **copie des échographies**
- **copie des résultats des sérologies**
- **prise en charge financière (délivrée par les services économiques – intranet) avec double dans le dossier**

Avant toute IMG : prévenir le service de fœtopathologie (Dr GONZALES) hôpital TROUSSEAU
Tél secrétariat 01 44 73 54 88 ou 01 44 73 54 90

- Conserver le corps et placenta non fixés (frais) avec bracelet au réfrigérateur de la salle de lavage jusqu'au lendemain
- Finaliser les documents administratifs par le médecin

En cas de refus d'examen anatomopathologique

- **Une société d'incinération conventionnée se chargera du corps (voir avec la cadre)**
- **Garder le corps au frigo sans liquide de conservation (inflammable)**
- **Envoyer le placenta (immergé) chez CERBA avec formulaire spécifique et bon de commande (Bleu)**

C/ En suites de couches

- Ecoute et soutien ++ de l'équipe soignante
- Suivi médical (médecin et sage-femme) et par psychologue
- Déclaration d'enfant né sans vie faite par l'officier d'état civil
- Si besoin, contact avec le personnel de la chambre mortuaire et les représentants religieux
- Dostinex 2 cp

D/ A la sortie

- Attestation de grossesse arrêtée si < 22 SA ou acte d'enfant né sans vie si >= 22 SA, en double exemplaire pour la sécurité sociale et les allocations familiales
- Arrêt de travail si terme < 22 SA (droit au congé post-natal si terme >= 22 SA)
- Ordonnance de sortie et contraception selon le désir du couple
- Compte-rendu d'hospitalisation envoyé aux médecins (généraliste, obstétricien, échographiste, autres spécialistes consultés, etc)
- Rendez-vous avec médecin ou sage-femme 5 à 7 jours après la sortie (consultation de DAN)
- Suivi par psychologue
- Rendez-vous avec médecin dans 4 à 6 semaines pour synthèse (+/- proposition de conseil génétique) délai pour résultats anatomopathologique assez long (3 mois)

INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE : FICHE DE LIAISON

Indication :	Terme : SA + J	
Médecin responsable :	Cs pré anesthésique le :	
☐ utérus sain	☐ Utérus cicatriciel	
Accord CPDPN	☐ Oui	☐ Non
Entretien cadre de santé le		
Souhaite voir le corps	☐ Oui	☐ Non
Souhaite organiser obsèques	☐ Oui	☐ Non
Déclaration état civil	☐ Oui	☐ Non
Accord pour examen foetopathologique	☐ Oui	☐ Non
Protocole		
J-3 : MIFEGYNE (utérus cicatriciel) 1 cp J-2 : MIFEGYNE 1 cp	Le Le	
J-1 : DILAPANS après prémédication	Le Nombre :	
J 0 : en SDT Pose APD	Le	
Analgésie fœticide (>20SA)	☐ Oui	☐ Non
Déclenchement		
Entre 15 et 32SA	RAM dès que possible Cytotec : Dose : cp / heure Voie d'administration : ivag Dose max :	
> 32 SA	RAM dès que possible Syntocinon : Ou Cytotec :	
Suites de couches		
Dostinex	☐ Oui (2 cp)	☐ Non

INTERRUPTION MÉDICALE DE GROSSESSE : synthèse des droits sociaux et démarches administratives

- Les parents peuvent effectuer une « déclaration à l'état civil d'enfant né sans vie » quel que soit le terme de la grossesse (après 15 SA). Un certificat médical d'accouchement leur sera remis à l'issu de l'accouchement et l'officier d'état civil délivrera l'acte d'enfant né sans vie.

- Les parents peuvent attribuer un prénom à l'enfant s'ils le désirent et le faire figurer sur le livret de famille (quelque soit le terme), mais ce n'est pas obligatoire. Si le couple ne possède pas de livret de famille, ils peuvent demander la création de celui-ci à l'occasion de la naissance de cet enfant.

	Non viable (<500g ou <22 SA)	**Viable (≥500g ou ≥22 SA)**
DROIT SOCIAL		
Remboursement SS	Risque maladie	Risque maternité
(hospit, transport…)	75%	100%
Congés maternité	non	Oui
Immunité licenciement	non	Oui
Congés supplémentaire 3ème enfant	non	Oui
Retraite, parité	non	Oui
Congés paternité	non	oui

Qu'il y est acte d'enfant sans vie ou pas, le terme inférieur à 22 SA, n'ouvre pas les droits sociaux.

	Sans acte	Acte d'enfant sans vie	Acte de naissance et décès
DROIT CIVIL			
Filiation, donation, succession	non	non	Oui
Personnalité juridique	non	non	Oui
Transports de corps	+/- règlementé	+/- règlementé	Règlementé
Consentement à l'autopsie	Autorisation écrite de la mère	Autorisation écrite de la mère	Consentement écrit des deux parents
Existence administrative			
« mention » des actes sur livret de famille	non	Possible en « décès »	Obligatoire en naissance et décès
Inscription des actes sur registre d'état civil	non	Obligatoire sur registre décès	Obligatoire en naissance et en décès
Attribution d'un prénom	non	possible	Obligatoire
Permis d'inhumer	non	oui	Oui
Funérailles	Exceptio ent réalisable	possible	obligatoire

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

1ere consultation (Hors forfait)

- Cette consultation a pu être réalisée préalablement en ville ou avoir lieu dans le service.

- La demande d'IVG doit être formulée par la patiente
- Information orale et écrite sur l'IVG
- Information sur les maladies sexuellement transmissibles dont VIH – proposition de dépistage
- Information sur la contraception post abortum
- Vérification du groupe sanguin / Rhésus et remise d'une ordonnance si groupe inconnu
- Si patiente nullipare, faire sérologie rubéole +/- Rudivax si négative.
- Examen clinique obligatoire
- Réalisation d'un FCV si > 25 ans et dernier FCV >2 ans
- Prescription de l'échographie de datation
- Proposition d'un entretien d'information et d'écoute avec une personne ayant les compétences en conseil conjugal.

DELAI DE REFLEXION OBLIGATOIRE D UNE SEMAINE, pouvant être ramené à 48 H si terme proche de 14SA

2ème consultation (inclues dans le forfait)

- Confirmation par la patiente de la demande d'IVG
- Recueil du consentement écrit
- Facturation du forfait aux admissions
- Vérification du terme échographique et préciser sur le dossier le début de grossesse.
- Organisation du déroulement de l'IVG :

Si IVG médicamenteuse (<7SA) :

- Remise de la fiche de liaison et information sur le déroulement de l'IVG médicamenteuse- remise des numéros d'urgence du service
- Prise de 1cp de Mifepristone = Mifegyne PO en présence du médecin
- Remise de 2 cp de misoprostol = cytotec à prendre PO à domicile 48H après
- Remise d'une ordonnance d'antalgique (Paracétamol 1gx4/j pdt 5j + AINS : Advil 1cpx3/j 48H)
- Remise d'une ordonnance de contraceptif à débuter le jour de la prise du cytotec
- RDV échographie INDISPENSABLE à J 15 +++++

NB : Si la patiente ne semble pas en mesure de comprendre, ne pas donner le cytotec et faire revenir la patiente 48H après en début d'après midi au poste de soins des consultations pour prise du cytotec remis par la cadre.

Si IVG chirurgicale (7-14SA):

- Consultation d'anesthésie 48H avant le geste opératoire
- Information sur le déroulement de l'IVG chirurgicale, les complications éventuelles, la nécessitée d'être à jeun à minuit la veille et l'obligation d'être accompagnée pour la sortie.
- Remise de 1 cp = 200 microg de cytotec à introduire dans le vagin 3 H avant le geste opératoire.
- Mifepristone = mifegyne 1cp 48H avant si terme > 12SA – pas de cytotec dans ce cas.
- Antibioprophylaxie par Doxycycline 200mg PO la veille de l'intervention.

Après cette consultation les patientes munies du dossier avec leur carte de groupe sanguin, leurs ordonnances, leur échographie et le consentement signé sont vues au secrétariat d'IVG où :

- Dernière vérification du dossier complet
- Organisation du RDV d'échographie si IVG médicamenteuse – Organisation de la date d'intervention si IVG chirurgicale
- Rappel des consignes à la patiente en vue de son hospitalisation.

Mesures complémentaires :

- Si Rhésus négatif : Rhophylac 200microg IVL le jour de la prise de mifegyne pour les IVG médicamenteuses et le jour de l'intervention pour les IVG chirurgicales.
- Déclaration obligatoire des IVG :
    - Par Aurore au secrétariat pour les IVG médicamenteuses
    - Par l'IDE du bloc opératoire pour les IVG chirurgicales

<u>Consultation de suivi, contrôle de l'efficacité de la procédure à J15-J21:</u>
Pas de consultation obligatoire pour les IVG chirurgicales
Consultation avec échographie indispensable pour les IVG médicamenteuses :

- Si grossesse évolutive = échec → aspiration endo-utérine
- Si grossesse arrêtée non expulsée = échec → aspiration endo-utérine
- Si rétention > 30 mm = échec → discuter aspiration vs traitement médicamenteux
- Si rétention 15 < - <30mm : prévoir échographie pelvienne après les prochaines règles +/- hysteroscopie opératoire si persistance d'une rétention.
- Si image <15mm (mesurée dans le sens antéropostérieur) = succès → fin de la prise en charge.

<u>Cas particulier de la patiente mineure :</u>

- Doit OBLIGATOIREMENT être accompagnée d'une personne majeure de son choix
- Délai OBLIGATOIRE d'une semaine de réflexion
- Entretien OBLIGATOIRE avec une personne ayant les compétences en conseil conjugal.
- Entretien avec la psychologue du service
- Préparation cervicale des IVG chirurgicales par cytotec 1cp PO 3H avant le geste ou mifegyne 1cp PO 48H avant le geste, à l'appréciation du clinicien.

LACTATES AU CORDON

Conduite à tenir :

Après tous les accouchements (césariennes comprises), avant délivrance
↳ dosage par lactomètre

- Si lactates < 5 mmol/l, → pas de problème.
- Si lactates ≥ 7 mmol/l, → prévenir pédiatre

En cas de discordance entre le dosage des lactates et le score d'Apgar à 5 mn
(cad lactates < 5 mmol/l et Apgar ≤ 7 à 5 min ↳ refaire dosage à 30 mn et H1.

Technique de mesure :

Nettoyer cordon avec une compresse
Prélever dans une seringue du sang sur l'artère ombilicale (seringue de 2 ml – aiguille verte 0,8 x 40 mm)
Poser une goutte sur l'extrémité de la bandelette, ne pas étendre.
Introduire la bandelette dans le lecteur.
Noter le résultat sur le dossier (vert et rose) et sur le cahier d'accouchement.

* Prévoir le matériel sur les plateaux d'accouchement et de césarienne.

LISTERIOSE

Le diagnostic de listériose doit être évoqué chez toute femme enceinte fébrile et nécessite une mise sous antibiotique dans un délai de 1 heure, le temps d'effectuer 2 hémocultures

Incidence faible : 1 pour 10 000 grossesses. Transmission par l'ingestion d'aliments contaminés
(conseils de prévention[++]). Conséquences graves : fausse-couche ou mort fœtale (20%), accouchement prématuré, transmission mère-enfant chez les 2/3 des survivants, avec risque de séquelles.

Symptômes

- Le plus souvent (> 2/3), fièvre et/ou syndrome pseudo-grippal.
- Autres symptômes : vomissements/diarrhée, céphalées, myalgies. Peut être asymptomatique.

Diagnostic bactériologique

Listeria monocytogenes = petit bacille Gram+.
⌦ **2 hémocultures à prélever chez toute femme enceinte fébrile (≥ 38°)**, la deuxième étant contemporaine de la mise sous traitement : positives dans la moitié des cas
Autres prélèvements en cas d'accouchement : liquide amniotique, placenta.

Traitement

- **Hospitalisation**
- **Antibiothérapie à débuter par voie IV dès la 2° hémoculture effectuée:**

✓ **Amoxicilline** : 200mg/kg/jour soit 50 mg/kg/6 heures en IV pendant 7 à 10 jours + **gentamicine** 3 mg/kg/j en PIV de 1H00 pendant 48H00
✓ Relais per os Amoxicilline 3 g/j : continuer au moins 1 mois, jusqu'à l'accouchement si la grossesse se poursuit

En cas d'allergie à la pénicilline :
✓ **Bactrim°** (co-trimoxazole) :1 ampoule par 10 kg de poids par jour (soit 6 ampoules pour un sujet de 60 kg) en 3 administrations IV par jour pendant 7 à 10 jours.
✓ Relais per os Bactrim adulte 3 cp/j : continuer au moins 1 mois, jusqu'à l'accouchement si la grossesse se poursuit
ou
✓ **Vancomycine** :à J1 dose de charge 15/mg/kg en une heure suivie dès la fin de la dose de charge d'une perfusion continue de 30 à 60 mg/kg pendant 7 à 10 jours + **gentamicine** 3 mg/kg/j en en PIV de 1H00 pendant 48H00
Obtenir un dosage de Vancomycine de 20 mg/l à J2 (prise de sang au bras opposé de la perfusion)
✓ Relais per os : roxithromycine **(Rulid)** 150 mg x 2 par jour ou clarithromycine **(Zeclar**) 500 mg x 2 par jour : continuer au moins 1 mois, jusqu'à l'accouchement si la grossesse se poursuit

NB : *Listeria monocytogenes* est résistant à toutes les céphalosporines

Déclaration obligatoire

La fiche de notification est disponible sur le site de l'INVS : http://www.invs.sante.fr.
Elle doit être faxée par le clinicien responsable du malade, le plus rapidement possible à la DDASS du Val de Marne

MACROSOMIE FOETALE : DECLENCHEMENT DU TRAVAIL

Conduite à tenir

⌦ **Proposer un déclenchement pour macrosomie dans certaines situations.**
Il ne s'agit pas d'une politique systématique de dépistage et de déclenchement des fœtus macrosomes.

Rationnel

Cette CAT repose sur les résultats de l'étude multicentrique randomisée DAME (Déclencher ou Attendre en cas de Macrosomie Estimée), dont les résultats sont connus mais pas encore publiés.

Pour mémoire l'étude DAME a inclus 844 femmes avec une macrosomie estimée à l'échographie. Ces patientes ont été randomisées en deux groupes : un groupe déclenchement entre 37 et 38+6 SA, et un groupe expectative. Les résultats montrent dans le bras déclenchement : une division par 3 du risque de traumatisme néonatal (fracture de clavicule notamment) et de dystocie des épaules, une augmentation du taux d'accouchement par voie basse non instrumentale, et un taux de césarienne inchangé par rapport au groupe expectative.

Limites de l'étude :
- les résultats du questionnaire de satisfaction des patientes ne sont pas encore connus.
- les diabètes sous insuline n'étaient pas inclus dans l'étude.
- la randomisation n'a apparemment pas été systématiquement proposée aux femmes avec un col très défavorable (biais d'inclusion probable).

Indications du déclenchement

Macrosomie suspectée cliniquement, puis confirmée par échographie. Uniquement sur col favorable.

- **EPF ≥ 3500g à 36 SA**
- **EPF ≥ 3700g à 37 SA**
- **EPF ≥ 3900g à 38 SA**

Déclenchement possible **entre 37 SA et 38+6 SA**. Il n'existe pas dans la littérature d'argument pour proposer un déclenchement pour suspicion de macrosomie fœtale au delà de 38+6 SA.

NB :
- les avantages et inconvénients du déclenchement doivent être clairement expliqués à la patiente. La décision de déclenchement doit prendre en compte le choix de la patiente.
- sauf cas particulier, le déclenchement en cas de conditions obstétricales défavorables (col fermé chez une primipare) n'est pas recommandé.

MAP A MEMBRANES INTACTES ENTRE 24 SA ET 34 SA

1 - Bilan initial

- Constantes : température, pouls, TA, bandelette urinaire
- Recherche antécédent cardiovasculaire dans le cadre du bilan pré thérapeutique
- Examen obstétrical : vérifier le terme, examen clinique, présentation, RCF
- Echo du col + échographie obstétricale : estimation de poids, quantité de LA, localisation placentaire
- Bio : NFS, TP-TCA et Bactériologie : ECBU, PV (pas de CRP systématique)
- Vérifier carte de groupe, RAI, sérologies
- Recherche de violence en posant la question

2 – A l'issu de ce bilan

A) contractions utérines présentes et col non modifié

- **tocolyse par ADALATE** (cf fiche) en salle de naissance jusqu'à disparition des contractions utérines.
- retour à domicile avec repos et traitement par ADALATE LP 20 3 cp par jour pendant 48h.

B) contractions utérines présentes ET col modifié

Longueur du col > 25 mm

- tocolyse par ADALATE (cf fiche) en salle de naissance jusqu'à disparition des contractions utérines. **Codage : Hospitalisation temps partiel**
- pas d'indication de corticothérapie

Longueur du col < 25 mm

- Hospitalisation et tocolyse par ADALATE en première intention (cf fiche)
- Maturation pulmonaire fœtale (cf fiche)

Contre indication à la tocolyse

- Souffrance fœtale, chorioamniotite, HRP, toute contre-indication maternelle ou fœtale à la poursuite de la grossesse
- En cas de placenta praevia hémorragique (contre-indication classique), la tocolyse n'est autorisée que lorsque l'hémorragie n'est pas menaçante, lorsque l'arrêt des contractions est susceptible de faire cesser le saignement.

3 – Traitement

- **selon la gravité ⌦ TIU en maternité de niveau adapté si terme <32 SA et/ou <1500g.**
- **la maturation pulmonaire doit être débutée avant le transfert de la patiente.**
- **Repos au lit (à nuancer dans un deuxième temps)**
- **Tocolyse avant 34 SA**

En 1ère intention : Adalate per os efficacité obtenue habituellement dans les 30 minutes

En cas d'inefficacité de l'Adalate, changer de voie d'administration et/ou de classe thérapeutique. :

- **Loxen IV**
- **Tractocile** de 2ème intention : inhibiteurs calciques inefficaces ou mal tolérés (hypotension) et en cas de cardiopathies. Pas nécessaire après 34 SA. A réserver au maximum au MAP sévères sur grossesse gémellaire.

- Corticoïdes avant 34 SA (voir fiche de prescription). A discuter à chaque fois avec le chef de garde. (peut se discuter en cas de MAP peu sévère ; découverte fortuite d'un col court échographique par exemple...)

- Pas d'indication d'antibiothérapie systématique

4 – Surveillance

- surveillance des médicaments ↳ **voir fiches de prescription**
- RCF et bactério (PV-ECBU à l'admission). **Pas de NFS CRP systématique.**
- Si perfusée, surveillance de la perfusion : le volume ne doit pas dépasser 1,5 l/24 h.

5 – Durée de la tocolyse ?

- En principe, 48 heures, renouvelable pour les MAP sévères.
- Le traitement d'entretien n'ayant pas fait la preuve de son efficacité à l'heure actuelle, une sortie sous Spasfon est suffisante dans la majorité des cas.
- Les hospitalisations doivent être courtes (3-4 jours).
- Sortie avec Sage femme à domicile sans RCF une fois / semaine.

MAP : PRESCRIPTION DE L'ADALATE

Modalités d'utilisation

Adalate par voie orale ✎ efficacité clinique obtenue en 10 à 30 mn par voie orale

Dose de charge Adalate 10 mg ⌦ 1cp per os toutes les 15 min, jusqu'à 4cp

Si bonne tolérance et arrêt des contractions
Adalate LP 20 mg ⌦ 1 comprimé puis 1cp toutes les 8 heures soit 3 cp/j pendant 48h.

- La dose de charge sera administré à la patiente sous surveillance cardiotocographique et tensionnelle en salle de travail.
- Le traitement par ADALATE LP 20 sera commencé en unité d'hospitalisation.

Surveillance du traitement

- RCF pendant 1 heure au moment de la mise en route du traitement (risque de souffrance fœtale aiguë) ; contrôle PA après 30 minutes
- Rechercher les autres signes de mauvaise tolérance maternelle (hypotension, bouffées vasomotrices, céphalées, troubles digestifs, réactions allergiques)

NB :
Les inhibiteurs calciques ont fait l'objet de plusieurs études comme tocolytique, mais n'ont pas l'AMM dans cette indication

MAP : PRESCRIPTION DU LOXEN

Modalités d'utilisation

Loxen (ampoules à 10mg/ 10 ml) ➪ **2 ampoules diluées dans 20 ml de sérum glucosé à 5 %**
Débit initial 4 ml/h (soit 2mg/h)
Augmenter les doses de 1mg/h soit 2 ml/h
Débit maximum 8 ml/h soit 4 mg/h
Durée 24 à 48 h

Surveillance du traitement

- RCF pendant 1 H au moment de la mise en route du traitement (risque de souffrance fœtale aiguë)
- surveillance PA au bout de 30 mn puis toutes les 3 heures pendant les 24 heures premières heures
- Rechercher les signes maternels de mauvaise tolérance (hypotension, bouffées vasomotrices, céphalées, troubles digestifs, réactions allergiques)

  ⌧ **Risque d'OAP en cas de grossesse gémellaire, en association avec corticothérapie**

NB :

- Mélangé au ringer lactate, il précipite
- mélangé au sérum physiologique, il est adsorbé sur les tubulures de perfusion
- Les inhibiteurs calciques ont fait l'objet de plusieurs études comme tocolytique, mais n'ont pas l'AMM dans cette indication

MARQUEURS SÉRIQUES MATERNELS : CONDUITES À TENIR EN CAS DE PROFILS ATYPIQUES

Un seul marqueur est anormal

AFP élevées ≥ 2,5 MoM

Plusieurs étiologies peuvent être mises en évidence par une échographie orientée, mais d'autres non :
- Saignement foeto-maternel
- Pathologies fœtales : défaut de fermeture du tube neural, défaut de fermeture de la paroi abdominale antérieure (laparoschisis, omphalocèle), kyste du cordon, épidermolyse bulleuse, syndrome néphrotique finlandais et aussi MFIU

Conduite à tenir :
S'assurer qu'il ne s'agit pas d'une grossesse gémellaire, d'un jumeau évanescent, d'une réduction embryonnaire.
Echographie orientée
Si écho rassurante : dosage AFP 3 à 6 semaine après le premier dosage en précisant sur la prescription « dosage AFP avec résultat exprimé en MoM » adressé dans un laboratoire agréer pour les marqueurs sériques maternels du dépistage de la trisomie 21.

Normalisation de l'AFP : probablement saignement foeto-maternel étaient en cause
AFP reste élevée : avis CPDPN, amniocentèse dosage AFP sur liquide – caryotype (syndrome néphrotique finlandais, épidermolyse bulleuse

AFP basse < 0,3 MoM

- Erreur pré analytique ou analytique
- Trisomie 21 : en générale le risque globale est > 1/250 car l'HCG est basse. Mais il existe de rare cas de T21 caractérisée par une AFP isolément très basse
- Déficit congénital en AFP : aucune anomalie à craindre chez l'enfant ou l'adulte

Conduite à tenir :
Refaire prélèvement de contrôle. Si valeur reste basse, très probable déficit congénital en AFP. Le risque de T21 ne peut être pris en compte. Refaire calcul avec autre marqueur (estriol)

HCGbeta très élevée (> 10 MoM) ou HCG totale > 5 MoM

- grossesse multiple non prise en compte.
- Erreur pré-analytique : le biologiste dosera l'HCG totale (élévation de l'HCGbeta par dégradation de l'HCG totale).
- Insuffisance rénale maternelle : le calcul du risque de trisomie 21 ne doit pas être réalisé
- Pathologie fœtale ou maternelle : T21, triploïdie, môle, T16 confinée au placenta, choriocarcinome, dysfonction placentaire (pré-éclampsie…)

Conduite à tenir :
Dosage HCG totale et HCGbeta, cinétique des HCGbeta, échographie pelvienne maternelle, échographie Doppler artères utérines à 22 SA.

HCG/HCGbeta basse < 0,25 MoM

- T18
- Triploïdie
- MFIU récente

Conduite à tenir :
Echographie morphologique précoce avant 22 SA

PAPP-A élevée ≥ 2,5 MoM

- Réduction embryonnaire ou jumeau évanescent : le calcul du risque de T21 est faussement rassurant. La PAPP-A se normalise après 4 à 6 semaines. Reporté le dépistage au deuxième trimestre.
- Aucune pathologie fœtale n'a été décrite comme associée à une valeur élevée de PAPP-A

PAPP-A basse (< 0,3 MoM)

- T18
- Triploïdie
- Syndrome de Cornelia de Lange (très rare)
- Fausse couche spontanée
- MFIU
- Risque de pré éclampsie

Conduite à tenir :
Echographie 18 SA
Doppler artères utérines à 22 SA, surveillance obstétricale

Deux marqueurs sont anormaux

PAPP-A et HCGbeta bas (< 0,3 MoM)

- erreur pré-analytique
- T18
- Triploïdie
- MFIU

Conduite à tenir :
Echographie morpho précoce 18 SA

PAPP-A et HCGbeta > 2,5 MoM

- grossesse multiple non prise en compte
- Insuffisance placentaire
- Triploïdie

- Trisomie 16 confinée au placenta
Conduite à tenir :
Echographie Doppler des artères utérines à l'écho morpho.

Autres cas

AFP>> 2,5 MoM et HCG<0,3 MoM

- Erreur d'âge gestationnel
- Erreur date de prélèvement
- MFIU

Conduite à tenir :
Echographie de vitalité fœtale

Référence :
Muller et al Dépistage de la trisomie 21 par les marqueurs sériques maternels : marqueurs sériques hors normes, Congrès de Médecine fœtale, Morzine 2014

MORT FŒTALE IN UTERO

Définition :
Mort in utero survenant au-delà de 14 SA, à distinguer des fausses couches tardives ou des grossesses arrêtées au premier trimestre (pouvant s'expulser secondairement)

BILAN
antécédents:
- gynéco-obstétricaux (MFIU, HRP, RCIU, pré-éclampsie), familiaux (malformations, maladies génétiques, consanguinité, diabète, histoire familiale de thromboses), diabète, auto-immunité, accidents thrombo-emboliques personnels
- l'existence d'un ATCD de MFIU permet éventuellement d 'orienter les explorations

Anamnèse :
terme, éléments permettant de dater la mort fœtale, RCIU, choc abdominal, contexte infectieux, complications pendant la grossesse, échographies-dopplers (EPF, malformations, quantité de liquide amniotique) sérologies de la grossesse à revoir, tabac, toxiques
Clinique : fièvre, HTA, albuminurie, métrorragies, HRP
Echographie : biométrie, malformations, anasarque, liquide amniotique

Bilan systématique

1) Bilan sanguin maternel
- NFS, hémostase, groupe, Rh, RAI
- Glycémie à jeun
- Test de Kleihauer
- Sérologies toxo et rubéole sinon immunisée ; sérologie syphilis
- Sérologie CMV et parvovirus B19
- PV, ECBU, +/- hémoculture avec recherche de listeria
- Si HTA : iono sang, créât, bilan hépatique, LDH, haptoglobine, prot/24h

2) prélèvement de liquide amniotique
- caryotype fœtal
- recherche de CMV et parvovirus B19 si sérologie maternelles positives
- bactériologie
- si amniocentèse impossible ou refusée, proposer un prélèvement placentaire pour analyse cytogénétique ou un prélèvement fœtal lors de l'autopsie.

3) examen foetopathologique +++
- examen du fœtus et du placenta
- en cas de refus, proposer un examen externe avec radiographie du squelette
- bactériologie placentaire

Bilan complémentaire selon orientation clinique

Contexte vasculaire, ATCD de thrombose, histoire familiale de thrombophilie ➔ faire à 3 mois
- dosage protéine C, protéine S, antithrombine III
- recherche des mutations facteurs II et facteur V
- dosage homocystéinémie
- FAN, Ac anti DNA natif
- Ac anti cardiolipine
- Ac anti β2GP-1
- ACC

Suspicion de consommation de toxique : à faire le jour même
- recherche de toxiques urinaires

En l'absence d'étiologie

Bilan de thrombophilie discutable, ne pas le prescrire d'emblée, il pourra être discuté avec le résultat de l'analyse anatomopathologique du placenta

Prise en charge pratique : toujours s'adapter au cas particulier

- évacuation utérine urgente en cas d'HRP, infection bactérienne, etc.
  - **pas de césarienne systématique, mais déclenchement d'emblée**
- sinon, au moment de l'annonce, proposer le choix hospitalisation initiale ou retour à domicile
- proposer l'expectative ou le déclenchement, insister sur l'intérêt de l'examen foetopathologique
- soutien psychologique
- prélever bilan préopératoire avec hémostase et bilan étiologique (NB. Prélever si possible le matin plutôt qu'en garde, limiter le bilan étiologique en ambulatoire selon prise en charge)
- **préparation par RU 486 (Mifégyne)**
  - **Utérus sain** J – 2 = ⌦ 1 cp (200 mg)
  - **Utérus cicatriciel** J – 3 = ⌦ 1 cp (200 mg)
  - : J – 2 = ⌦ 1 cp (200 mg)
- **J – 1** ⌦ **Dilapans** (systématique pour les primipares et utérus cicatriciels) 1 à 3 posés en intracervical. ***Efferalgan codéiné*** + Atarax 50 mg 1cp, 20 à 30 min avant.
- **J0** ⌦ **déclenchement** : péridurale, RAM puis Cytotec 2 cp voie vaginale toutes les 3 H
- **utérus cicatriciel,** RAM puis Cytotec demi-dose soit ½ à 1 cp toutes les 3 heures
- **3ème trimestre :**
  - **si BISHOP défavorable**, ⌦ Cytotec ½ à 1 cp toutes les 3h à adapter
  - **Si BISHOP favorable**, ⌦ Syntocinon aux doses habituelles.

Après l'expulsion

- Révision utérine systématique, sauf certitude absolue clinique et écho
- identifier l'enfant (2 bracelets cheville ou poignet)
- poids, sexe, aspect extérieur du fœtus : prendre 2 photos
- proposer à la mère (au couple) de voir le fœtus
- rendez-vous à prendre avant la sortie.

Cas particulier : MFIU d'un jumeau

Grossesse bi-choriale : la grossesse doit être poursuivie en l'absence de survenue d'une CIVD. L'accouchement s'organise comme pour des jumeaux si le décès est récent, comme un singleton si le décès est ancien (sauf si le fœtus décédé est prævia). Un soutien psychologique est souhaitable. Il n'y a pas de risque de lésion cérébrale chez le co-jumeau.
Grossesse mono-choriale : il existe un risque de lésion ischémique cérébrale chez le co-jumeau survivant au moment du décès du jumeau dans 20 à 25% des cas. L'extraction fœtale ne prévient pas les lésions cérébrales. Il faut les rechercher par une échographie cérébrale et une IRM cérébrale 3 semaines après la mort du fœtus. La découverte de ces lésions peut aboutir en raison du pronostic sévère à une demande d'IMG.

MORT FŒTALE : BILAN check list

BILAN MATERNEL (Bilan étiologique à prélever plutôt le matin qu'en garde)

	DEMANDE (mettre une croix)	FAIT (mettre une croix)	RECUPERE (résultats)
NFS, Plaquettes			
Fibrinogène, TP, TCA			
Gpe, Rh,			
RAI			
Iono, Uricémie, Créatininémie, Bilan hépatique			
Prélévement vaginal			
ECBU			
Kleihauer			
Glycémie			
Hémoculture (Listéria)			
Sérologie CMV			
Sérologie Toxoplasmose			
Sérologie Rubéole			
Sérologie Parvovirus B19			
Sérologie Herpes			
BILAN A TROIS MOIS			
Anticorps anti cardiolipine			
Anticorps anti beta 2gp1			
Recherche anticoagulant circulant			
Facteurs anti nucléaires			
ATIII			
Protéine C			
Protéine S			
Homocystéinémie			
Mutation facteur II, V			

BILAN FŒTAL ANTENATAL

	Fait ?	Résultats
Morphologie		
Caryotype		
Virologie / Bactériologie		
Autres		

EXAMEN POSTNATAL

	Fait ?	Résultats
Poids (fœtus et placenta)		
Examen macroscopique (Fœtus et placenta)		
Radiographie du Squelette		
Anapath Placenta		
Caryotype sur placenta		
Autopsie		
Autres		

NUBAIN : ANALGESIE OBSTETRICALE

Pharmacodynamie : analgésique central semi-synthétique de type agoniste/antigoniste morphinique

Formes : solution injectable IM, IV et SC à 20mg/2ml (ampoules de 2ml)

Législation : la Nalbuphine peut être prescrite par la sage-femme, uniquement en début de travail et l'usage est limité à une seule ampoule (une seule injectionn) de 20mg/ml par patiente (arrêté du 12/10/2011)

Indications :
- Dystocie de démarrage ou faux travail
- Contre-indication à la péridurale durant le travail, si PCA impossible

Contre-indication :
⌦ **Eviter le Nubain si accouchement prévisible dans les 2 heures ou dilatation du col > à 4cm**
CI absolues : rythme cardiaque fœtal pathologique, liquide amniotique teinté, prématurité <34 SA
CI relatives : souffrance fœtale chronique (anémie fœtale, RCIU, PREE, ..), gémellité

Utilisation :
en IV : Diluer 1 ampoule **dans un pochon de 100 mL de sérum physio à passer en IVL**
- Limiter à une seule ampoule (une injection).
- Si nécessité de réitérer l'injection il faudra réévaluer la situation médicalement.

Surveillance :
- RCF : ½ heure avant l'injection, pendant, et ½ après l'injection.
- Evaluer la douleur avant l'injection (EVA)
- Après l'injection, surveiller la contractilité utérine, la respiration, la douleur
- Vérifier qu'il n'y a pas de signes de détresse respiratoire
- Si anesthésie générale ensuite (césarienne, DA, RU,…) prévenir l'anesthésiste

Effets indésirables :
RCF aplati pendant 1 à 3 heures, nausées, vomissements, vertiges, sueurs, somnolence, céphalées sécheresse de la bouche.
Surdosage : En cas de dépression respiratoire, prévoir **NALOXONE** (NARCAN®)
- **Pour la patiente** : prévenir l'anesthésiste et faire Naloxone IV en bolus de 2 ml par 2ml de la solution diluée (une ampoule de 0,4mg dans 9 ml d'eau pour préparation injectable)
- **Pour le bébé** : 0,01microgramme /kg

En cas de faux travail, ⌦ **pas de sortie avant 6 heures minimum.** RCF de contrôle avant sortie. Hospitalisation possible.

L'allaitement maternel immédiat est autorisé.

Surveillance néonatale accrue :
si naissance < 6h : enregistrement **de SAO2 et de la FC pendant une heure** après la naissance
Risque de détresse respiratoire qui peut être retardée et de longue durée

OCYTOCINE PENDANT LE TRAVAIL

La prescription d'ocytocine ne doit pas être systématique ; elle ne se justifie qu'en cas de stagnation de la dilatation sauf exception justifiée.

Préciser l'indication sur le dossier.

1 ampoule de 5 UI dans 500 ml de G5 (soit 10 milliUnités/ml) à la pompe uniquement. Commencer par un débit de 15 ml/h et augmenter de 15 ml/h toutes les 20 à 30 minutes jusqu'à l'obtention d'une dynamique régulière de 4 CU/10 minutes.

Verifier régulièrement la voie veineuse .

1) utérus sain

Délai entre rupture des membranes (artificielle ou spontanée) et introduction de l'ocytocine : 30 min

Les paliers de 20 minutes minimum doivent être respectés pour ne pas engendrer d'hypercinésie

Au-delà de 5 cm de dilatation, en cas de dynamique correcte, l'ocytocine peut être arrêtée ou les doses divisées par 2 à l'appréciation de la SF ou de l'obstétricien .

A dilatation complète :
- Débuter ocytocine si non progression de la présentation depuis 1 heure et débuter les efforts expulsifs au plus tard après 3 heures à dilatation complète, dont 1 heure sous ocytocine
Si la patiente recevait déjà l'ocytocine avant d'arriver à dilatation complète, début des efforts expulsifs après 2 heures à dilatation complète.

2) utérus cicatriciel

En cas de stagnation à membranes intactes : rupture artificielle des membranes et expectative 1 heure
Si non progression après 1 heure et mauvaise dynamique : ocytocine et informer l'obstétricien)
Si non progression de la dilatation et dynamique correcte : césarienne

- En cas de stagnation à membranes rompues, après 1 heure, démarrer l'ocytocine
- Ne pas augmenter l'ocytocine si dynamique est correcte.
- Si stagnation après 1 heure d'ocytocine et dynamique correcte : césarienne

OUBLI DE COMPRESSES : PREVENTION

APRES DELIVRANCE

⌦ **Avant réparation d'épisiotomie ou de déchirure**

- **Mise en place d'une « souris-tampon » accrochée au champ**

⌦ **Après toute suture**

- **Pratiquer Toucher Vaginal et Toucher Rectal**

LORS DE LA VISITE DE SORTIE

- **Un Toucher Vaginal doit être pratiqué par l'interne ou la sage-femme**

PSYCHIATRIE : PRISE EN CHARGE DES PATIENTES

(Hors secteurs des Hôpitaux de Saint-Maurice)

La maternité, historiquement située au sein de l'hôpital Esquirol, a toujours eu une sensibilité particulière dans l'accueil des patientes présentant des troubles psychiatriques. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons ce protocole qui nous permettra de favoriser le suivi et la prise en charge des patientes au sein de notre maternité. Le travail en réseau avec les différents acteurs de soin demeurant essentiel.

Dans un premier temps, nous vous proposons d'entrer en contact avec la maternité dès que votre service a connaissance de la grossesse de la patiente. Cela nous permettra d'organiser au plus tôt sa prise en charge en coordination avec votre service.

Afin d'être en mesure de prendre en charge la patiente, il est indispensable d'assurer la coordination voire la continuité de la prise en charge psychiatrique lorsque la patiente est à la maternité.

A cet effet, nous vous demandons de prendre contact avec le pôle 94G16. (01 43 96 61-75 ou 61-90).

Ce n'est qu'après **avis et accord** du Dr Bantman que nous pourrons vous assurer la prise en charge obstétricale de cette patiente.

Par la suite, nous organisons **une à deux rencontres** afin que les différentes équipes de soins puissent échanger leurs connaissances en lien avec la prise en charge obstétricale et psychiatrique : présentation de la patiente, remise de documents administratifs…

Ces réunions permettent d'évoquer et organiser la prise en charge pendant la grossesse, l'accouchement en lui-même, l'hospitalisation en suites de couche ainsi que « l'après » accouchement (ré-hospitalisation de la patiente en psychiatrie ou non, hospitalisation mère-bébé, information préoccupante, signalement…)

En vous remerciant par avance pour le respect de ce protocole qui nous permettra alors d'organiser au mieux le suivi de notre patiente.

Nous restons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Bien cordialement

PRELEVEMENT NASO-PHARYNGE

OBJECTIF : Réaliser diagnostic de confirmation Virologique de la grippe A/H1N1

PATIENTS CONCERNES :

- Patients à risque ou présentant des signes de gravité (liste ci-jointe)
- Patients traités et présentant une aggravation clinique
- A trois patients au moins au sein d'un foyer de cas groupés
- Aux patients présentant les signes évocateurs de la grippe et consultant des médecins du réseau des Groupes Régionaux d'Observation de la grippe (CGR06)
- Aux nourrissons et aux femmes enceintes
- Aux personnels soignants des établissements de santé présentant des symptômes évocateurs de la grippe dans le cas où des mesures de gestion seraient subordonnées aux résultats des analyses

PROCEDURE :

➲ **Se protéger car risque de PROJECTION et TRANSMISSION AERIENNE et de CONTACT**

LIEU :

- Box de consultation n° 5

AVANT :

- Friction hydro alcoolique des mains ou lavage simple
- Surblouse
- Gant
- Masque FFP2
- Lunettes

IMMEDIATEMENT APRES :

- Retirer surblouse, gants, lunettes
- Frictionner les mains avec le gel hydro alcoolique

FIN DE CONSULTATION :

- Retirer masque FFP2
- Friction avec le gel Hydro alcoolique des mains
- Aérer la pièce (fenêtre ouverte pendant ½ heure au moins)
- Prévenir l'aide soignante pour la désinfection par bionettoyage
- Fiche de signalement interne à remplir et à faxer **au service Hygiène (6988)**
- Fiche de prélèvement clinique à remplir et Kit de prélèvement à transmettre **au laboratoire** (la journée) et la nuit le garder à +4°C (frigidaire)

PRÉPARATION CUTANÉE DE L'OPÉRÉE

Références :

- Mise à jour de la conférence de consensus Gestion préopératoire du risque infectieux Société française d'hygiène Hospitalière, Octobre 2013
- Surveiller et prévenir les infections associées aux soins, Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH) Septembre 2010
- Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité, Société Française d'Hygiène Hospitalière version 3/2009
- Recommandations pour l'hygiène des mains, Société Française d'Hygiène Hospitalière Juin 2009
- DECRET N° 2004-802 du 29 Juillet 2004 du code de la santé publique relatif aux règles et aux actes professionnels des infirmiers et des infirmières.

Personnels et services concernés du pôle-enfant :

- Aides-soignantes
- Infirmières
- Sages Femmes
- Médecins intervenants au bloc opératoire

Date de rédaction : Version 1 : 09/2003
Version 2 : 06/2013

Rédacteurs : Version 2

- Marielle DAVAREND, infirmière, pôle-enfant
- Carole HIGEL, sage-femme pôle-enfant
- Françoise JOURNET, infirmière de bloc pôle-enfant
- Florence AUQUIERE, cadre de santé, pôle-enfant
- Christine GOURBEYRE, cadre de santé puéricultrice, unité d'hygiène
- Dr Muriel SOULIER, médecin hygiéniste, unité d'hygiène
- Dr Pascal PIOVESAN, gynécologue-obstétricien, pôle-enfant

Relecteurs : Claudine AUBRUN, cadre coordonnateur de pôle, pôle-enfant

Date de validation et instance de validation :

- CLIN : Version 1 ; 27 Avril 2004
  Version 2 ; 30 Juin 2014
- Dr Denis BARDOU, chef de pôle, pôle-enfant

Dispositif de suivi :

- Mode de suivi : fiche d'écologie de chaque patiente
- Responsables du suivi : Soignants, IBODE, Chirurgiens, Cadres

Annule et remplace :

- Préparation cutanée de l'opérée, 09/2003 C.

PREPARATION CUTANEE DE L'OPEREE

OBJECTIFS :
- Réduire la flore cutanéo-muqueuse
- Prévenir les infections nosocomiales, notamment du site opératoire

MATERIEL :
- Effets personnels (serviettes de toilette et vêtements de nuit **propres)**
- Gants de soins à usage unique
- Tondeuse chirurgicale et lames à usage unique
- Compresses non tissées stériles
- Tenue de bloc à usage unique : casaque, charlotte et surchaussures
- Linge propre nécessaire pour la réfection complète du lit
- Alèze si besoin

PRODUITS :
- Savon doux
- Un savon antiseptique (Bétadine scrub®, utiliser Hibitane scrub® pour les personnes allergiques à l'iode) ***Noter date d'ouverture***
- Une solution antiseptique (Bétadine jaune ou Hibitane) ***Noter date d'ouverture***

TECHNIQUE :

1- La veille de l'intervention
- Si hospitalisation

- Evaluer l'hygiène corporelle de la personne
- Ôter bijoux, vernis et piercings
- Faire pratiquer une douche avec le savon antiseptique (fournir gants à usage unique)
  - ⇒ Mouiller la tête et le corps
  - ⇒ Laver et faire mousser sur l'ensemble du corps de haut en bas en insistant sur les aisselles, le nombril, les plis et enfin les régions ano-génitales
  - ⇒ Rincer abondamment
  - ⇒ Sécher
  - ⇒ Mettre des vêtements propres

- Si ambulatoire

Une première fiche « Conseils et informations en hygiène aux futures accouchées et opérées » est remise à chaque patiente lors de la consultation d'anesthésie et une deuxième lors de la programmation de l'intervention. Un savon antiseptique est prescrit, pour réaliser la douche antiseptique à domicile, la veille de l'intervention.

2- Le jour de l'intervention

Au plus près de celle-ci, **après un lavage simple des mains ou friction avec une solution hydro-alcoolique :**
- Tondre la zone d'incision
- Faire pratiquer une douche complète (cheveux compris) avec le savon antiseptique (fournir gants)

- Procurer une alèze si besoin
  ⇒ Mouiller la tête et le corps
  ⇒ Laver et faire mousser sur l'ensemble du corps de haut en bas en insistant sur les aisselles, le nombril, les plis et enfin les régions ano-génitales
  ⇒ Rincer abondamment
  ⇒ Sécher
  ⇒ Revêtir la tenue du bloc : casaque, charlotte, surchaussures
- Changer le lit : réfection avec du linge propre
- Recommander à la patiente de ne plus quitter son lit

3- Au bloc opératoire

- En salle de réveil ou en salle de naissance, l'infirmière ou la panseuse effectue, après **une friction avec une solution hydro-alcoolique :**
  ⇒ Une détersion cutanée large :

Nettoyage de la zone opératoire au savon antiseptique :

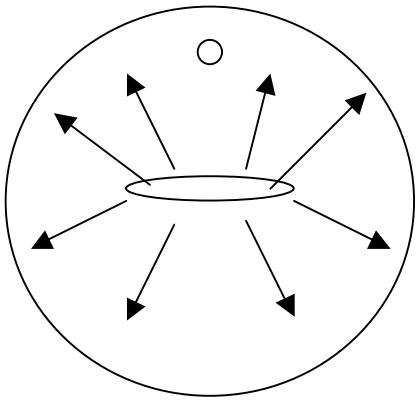
- Appliquer le savon avec une compresse imprégnée
- Nettoyer (faire mousser) avec des compresses d'eau stérile

Rinçage soigneux avec des compresses d'eau stérile
Essuyage avec des compresses stériles

- En salle d'intervention, le chirurgien effectue :
  ⇒ Un premier badigeonnage avec l'antiseptique **et** respecte le temps de contact, au moins **1 minute** (séchage pendant la préparation de la table d'instruments)
  ⇒ Un deuxième badigeonnage à l'identique
  ⇒ La pose des champs opératoires

Badigeonnage de la zone opératoire du centre vers la périphérie

(Technique en soleil ou de l'escargot)



TRACABILITE :
Remplir la fiche d'écologie qui suit le parcours de soin de la patiente, lors de sa prise en charge.

PREPARATION CUTANEE DE L'OPEREE EN URGENCE

DEFINITION.
Cette procédure concerne :
- Toute parturiente dont l'accouchement par les voies naturelles semble être compromis
- Toute patiente susceptible de subir un traitement chirurgical en urgence

MATERIEL :
- Alèses propre ou serviettes de toilette
- Champ absorbant à usage unique « absorbex"
- Tondeuse chirurgicale et lames à usage unique
- Gants non stériles à usage unique
- Compresses non tissées stériles
- Protection gynécologiques individuelles
- Tenue de bloc à usage unique : chemise d'opéré, charlotte et surchaussures
- Bracelet d'identification du patient

PRODUITS :
- Un savon antiseptique (Bétadine scrub®, utiliser Hibitane scrub® pour les personnes allergiques à l'iode) ***noter la date d'ouverture***.
- Une solution antiseptique (Bétadine jaune ou Hibitane) ***noter la date d'ouverture***
- Eau stérile

TECHNIQUE :

1- Des l'évocation d'une intervention chirurgicale

Aux urgences et/ou en salle de travail
Après une friction avec une solution hydro-alcoolique commencez la préparation cutanée de la patiente **(**aide-soignante, infirmière, ou sage-femme)
- Mettre un champ absorbant sous la patiente
- Mettre des gants
- Tondre si besoin à la demande du chirurgien, la zone d'incision au plus prés de l'intervention, afin d'éviter toute prolifération bactérienne
- Effectuer une détersion cutanée par un nettoyage large au savon antiseptique
- Rincer à l'eau stérile
- Sécher avec des compresses
- Ôter le champ absorbant
- Habiller la patiente avec la tenue de bloc et le bracelet d'identification

Rappel :
Idem dessin ci-dessus

2 - AU BLOC OPERATOIRE

Le chirurgien pratique :

- Un 1er badigeonnage avec l'antiseptique, du centre vers la périphérie
- Laisser sécher une minute
- Un second badigeonnage avec l'antiseptique du centre vers la périphérie
- Laisser sécher une minute
- Pose des champs opératoires

TRACABILITE :

Remplir la fiche d'écologie qui suit le parcours de soin de la patiente, lors de sa prise en charge

PREVENTION THROMBOEMBOLIQUE : GROSSESSE ET POST PARTUM

NIVEAU DE RISQUE	NATURE DU RISQUE	TRAITEMENT	
		PENDANT LA GROSSESSE	EN POST PARTUM
MAJEUR	ATCD MTEV multiples Patientes sous anticoagulants au long cours avant la grossesse (ATCD MTEV en rapport avec une thrombophilie, valves mécaniques….)	HBPM efficace (ajustée au poids et anti Xa) + BAT	AVK + BAT Durée minimum 3 mois
ELEVE	ATCD MTEV sans FDR ATCD MTEV lors d'une grossesse ou sous oestroprogestatifs ATCD MTEV avec l'un des FDR suivants : • Déficit AT III, SAPL • Mutation homozygote II ou V • Mutations hétérozygotes combinées (II + V)	Enoxaparine 40 mg/j Au 3ème trimestre (ou pendant toute la grossesse) + BAT Enoxaparine 40 mg/j Voire 40 mg x 2/j Pendant toute la grossesse + BAT	Enoxaparine 40 mg/j Pendant 6 semaines + BAT
MODERE A	ATCD MTEV avec FDR déclenchant temporaire ATCD MTEV Avec FDR autres que cités + haut Anomalie thrombophilique majeure sans ATCD MTEV personnel • Déficit AT III, SAPL • Mutation homozygote II ou V • Mutations hétérozygotes combinées (II + V)	BAT	
MODERE B	Obésité BMI > 40	BAT	Enoxaparine 40 mg x 2/j Pdt 2 semaines + BAT
	Césarienne + Pré éclampsie sévère Césarienne + chirurgie pelvienne majeure HPP sévère		Enoxaparine 40 mg /j Pdt 2 semaines + BAT
	Césarienne en urgence		Enoxaparine 40 mg/j jusqu'à la sortie + BAT
FAIBLE	Césarienne programmée et aucun FDR	BAT per opératoire	BAT
	Aucun FDR		0

CHECK LIST D'IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE DE THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE EN PERINATALITÉ

Facteurs de risque identifiables en ante partum

- ☐ ATCD de maladie thromboembolique veineuse (MTEV)
  - ☐ Multiples ?
  - ☐ Unique ?
  - ☐ avec facteur de risque déclenchant temporaire alitement, plâtre, voyage…?
  - ☐ Sous traitement oestroprogestatifs ?
  - ☐ lors d'une grossesse antérieure ?
- ☐ Traitement anticoagulant au long cours avant la grossesse
- ☐ Patiente porteuse de valve cardiaque mécanique
- ☐ Patiente porteuse d'un thrombophilie majeur
  - ☐ déficit en ATIII
  - ☐ Syndrome des Anti phospholipides
  - ☐ Mutation homozygote facteur II ou facteur V
  - ☐ mutations hétérozygotes combinées (II + V)

- ☐ Obésité BMI > 40

Facteurs de risque identifiables en post partum

- ☐ Accouchement par césarienne, accouchement difficile, anémie.
- ☐ pré éclampsie sévère
- ☐ HPP sévère

RHESUS-D NEGATIF A 28 SA : PREVENTION SYSTEMATIQUE

Population cible : **toutes les patientes Rhésus D négatif**

SAUF si :
- allo-immunisation Rhésus D connue
- fœtus de Rhésus D négatif prouvé par génotypage sur sang maternel (12-15 SA) ou LA
- géniteur Rh-D négatif prouvé

Y COMPRIS pour les patientes ayant reçu **une injection d'immunoglobulines anti-D en cours de grossesse.**

Terme de réalisation : 28 SA (± 1 semaine),
prescrire le RHOPHYLAC 300 µg/2 ml vers 24 SA
Modalités :
- RAI avant injection
- 1 injection d'Ig anti-D RHOPHYLAC® 300 µg/2 ml voie IM, en consultation

Surveillance ultérieure :
- RAI uniquement à visée transfusionnelle
- RAI systématique à l'admission pour l'accouchement

Conduite à tenir en cas de situation à risque de passage d'hématies fœtales après prophylaxie systématique :
- **Si risque modéré** : abstention
- **Si risque élevé** : Kleihauer
- **Si Kleihauer positif** : nouvelle dose d'immunoglobulines anti-D adaptée au résultat

Adaptation des doses d'immunoglobulines anti-D selon le test de Kleihauer

Kleihauer (HF/10000 HA)	Dose de 200 µg		Dose de 300 µg		Voie d'administration
	Doses	µg	Doses	µg	
0-24	1	200	1	300	**IV directe**
25-44	2	400	1	300	
45-64	2	400	2	600	**PERFUSION Sur 4 heures Dilué dans 250 ml de Na Cl à 9 ‰**
65-104	3	600	2	600	
105-144	4	800	3	900	
145-164	5	1000	3	900	
165-184	5	1000	4	1200	
185-224	6	1200	4	1200	
225-264	7	1400	5	1500	
265-284	8	1600	5	1500	
285-304	8	1600	6	1800	

RHESUS-D NEGATIF : PREVENTION DE L'ALLO-IMMUNISATION ANTI-Rh D

< 15 SA	**15 à 27 SA**	**27 à 29 SA**	**29 SA à accouchement**	**Accouchement**
Prélever une RAI avant toute injection d'IgRh				
Prévention ciblée : - FCS, IVG, GEU, IMG - Métrorragies, môle, réduction embryonnaire, cerclage, traumatisme abdominal - Ponction amniotique, biopsie de trophoblaste	***Prévention ciblée :*** ***-Risque élevé d'HFM(∗)*** **(HFM↑↑)** FC tardive, IMG, MIU, traumatisme abdomino-pelvien, cordocentèse, amniocentèse transplacentaire ***-Risque faible d'HFM*** Amniocentèse simple, métrorragies, cerclage tardif	*Prévention* ***Systématique***	***Prévention ciblée :*** ***Abstention si 300µg(28SA)*** ***SAUF SI risque élevé d'HFM*** **(HFM↑↑)** (version, MIU, traumatisme abdomino-pelvien, ponction cordon ou organe fœtal)	***Si nouveau-né RhD positif :*** ***⇒ Injection d'IgRh*** Abstention possible si : - < 3 semaines après IgRh - ET Kleihauer négatif - ET anti-D>6ng/ml
Kleihauer : non	Kleihauer : oui si HFM↑↑	**Kleihauer : non**	***Kleihauer : oui si HFM↑↑***	**Kleihauer : oui**
Rhophylac® 200 IV dans les72h	**Rhophylac® 200 IV dans les 72h**	**Rhophylac ®300 IM ou IV**	**Rhophylac®200 IV dans les 72h**	**Rhophylac®20 0 IV dans les 72h**
Avant toute injection d'IgRh, prélever une RAI (sans attendre le résultat) pour s'assurer a posteriori de l'absence d'immunisation				
Après toute injection d'IgRh, assurer la traçabilité (dossier patiente ET pharmacie ; 2 étiquettes dans la boîte)				
Calendrier des RAI **: Premier trimestre** (avec groupe sanguin si non fait) **; 6e mois** (peut correspondre à la RAI avant l'injection systématique à 28 SA) **; 8e mois** seulement si Rhophylac® 300 non fait à 28 SA ; **quatre dernières semaines : sécurité transfusionnelle**				

(∗)HFM : hémorragie foeto-maternelle. ; HFM↑↑ : risque élevé d'HFM

RHESUS-D NEGATIF : PREVENTION PENDANT LA GROSSESSE

Indications

1- Femme enceinte Rh-négative

2- Sans limite inférieure d'âge gestationnel

3- Dans les circonstances suivantes à risque de passage d'hématies fœtales :

- **Risque modéré** < 15 SA : métrorragies, FCS, IVG, IMG, môle, GEU, biopsie de trophoblaste, cerclage, traumatisme abdominal
- **Risque élevé** > 15 SA : IMG, FCS tardive, MFIU, VME, amniocentèse, chirurgie abdominale ou pelvienne, traumatisme abdominal, accouchement (qq soit la voie)
- **Risque modéré** > 15 SA : métrorragies, cerclage, MAP nécessitant une hospitalisation

Conduite à tenir

1- Vérifier la carte de groupe-Rh.

Si la carte n'est pas vue (ou n'est pas fiable) ➲ prélever une détermination en urgence (+ RAI). Le laboratoire peut faxer un résultat de dépistage RhD en urgence (il sera validé le lendemain par l'hématologue). ***Il suffit d'une détermination (ou dépistage) Rh-négatif pour définir la conduite à tenir***.

2- Si la femme est de Rhésus négatif :

- Prélever des RAI si > 1 semaine
- Kleihauer (adressé au CHP de St Antoine) si risque élevé > 15 SA
- ***Sans attendre les résultats*** :
  - Immunoglobulines anti-D RHOPHYLAC® 200 µg/2 ml en IV

3- Récupérer dans les 48h les résultats (groupe Rh, RAI, Kleihauer) et reconvoquer si besoin la patiente

4- Si consultation > 72h après le risque

- faire comme ci-dessus car bénéfice possible de l'immunoprophylaxie jusqu'à 30 j après l'événement et surveiller anti-D jusqu'à négativation

5- En cas d'injection préalable d'immunoglobulines anti-D :

- Délai d'abstention en cas de prophylaxie antérieure :
  - dose de 200 µg : 9 semaines
  - dose de 300 µg : 12 semaines
- **Si risque élevé** de passage d'hématies fœtales : Kleihauer
- **Si Kleihauer positif** : nouvelle dose d'immunoglobulines anti-D adaptée au résultat du kleihauer

6- Situations où l'injection d'IgG anti-D est inutile :

- Femme Rh-D positive
- Fœtus Rh-D négatif ***prouvé*** (test de génotype sur sang maternel ou LA)
- Immunisation anti-D connue, ***mais il vaut mieux faire des immunoglobulines anti-D inutilement que de renoncer à tort à la prévention***

RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES APRES 35 SA

Bilan d'entrée

- Constantes : température, pouls, tension artérielle
- Examen: vérifier le terme, TV unique,
- Vérifier carte groupe, RAI, sérologies, consultation d'anesthésie
- Pédiatres prévenus si naissance < 37SA
- Biologie : pas de NFS, CRP ou ECBU systématique
- Si PV de dépistage fait (> 35 SA), pas de PV d'entrée
- Si pas de dépistage, bilan : PV + CRP

Conduite à tenir obstétricale

1. **Ne faire un autre TV** que si signes de travail ou avant déclenchement

2. **Déclenchement / Induction du travail d'emblée si** :
- Suspicion de chorioaminiotite.
- Liquide amniotique teinté.
- Anomalies du RCF.
- Dépistage du streptocoque B et E. coli K1 au 9ème mois positif (ou ECBU + à SGB, ou antécédent d'infection materno-fœtale).
- Bishop > 6.
- Absence de dépistage et PV direct positif, coccigram positif.

3. **Déclenchement (si non accouchée) dans les 12 à 24 heures** :
- Conditions locales favorables ⌦ Syntocinon.
- Conditions locales défavorables ⌦ maturation cervicale première par PROPESS.

4. **En cas d'utérus cicatriciel ou siège**, **discuter au staff** : expectative, déclenchement si conditions locales favorables, ou césarienne

Antibiothérapie

- Suspicion de chorioamniotite
- Dépistage du Streptocoque B positif pour la grossesse actuelle
- Antécédent d'infection materno-fœtale
- RPM > 12h
- Bilan d'entrée positif
- Terme < 37 SA

➔ Clamoxyl : 1g toutes les 4 heures en IV pendant le travail (toutes les 8 heures si non en travail)
En cas d'allergie : Dalacine 600 mg IV toutes les 6 heures

RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES AVANT 35 SA

Diagnostic :

- évident cliniquement
- douteuse ⌦ faire test de confirmation : **AMNISURE**

Bilan d'entrée

- Rechercher une cause : mécanique, infectieuse, violences…
- Température, pouls, CU.
- Vérifier le terme, examen clinique, TV unique, RCF, écho (estimation de poids, présentation, quantité de LA)
- Prélèvements : NFS, CRP, ECBU, PV, vérifier carte de groupe, RAI, sérologies, TP-TCA
- Perfusion seulement en cas de mise en travail ou de la nécessité d'une tocolyse IV

CONDUITE A TENIR OBSTETRICALE

SI CHORIOAMNIOTITE

Entre 26 SA et 32 SA :

- transfert in utero en maternité de niveau III si possible
- sinon laisser accoucher / déclenchement sous couverture antibiotique (C3G + aminoside)
- prévenir le néonat de garde

Au delà de 32 SA :

- laisser accoucher / déclenchement sous couverture antibiotique

SI CRP ELEVEE ISOLEE

Entre 26 SA et 32 SA :

- célestène, antibiothérapie et tocolyse uniquement pour le TIU niveau III

Au delà de 32 SA

- célestène (si <34 SA), antibiothérapie, pas de tocolyse
- contrôle de la CRP à H12 et réévaluer la patiente
- traitement conservateur si possible

SI PAS DE CHORIOAMNIOTITE

Avant 24 SA :

- Discussion au cas par cas
- Traitement conservateur jusqu'à 25 SA puis transfert in utero après accord mater d'accueil

Entre 24 et 32 SA :

- Prévenir le néonatologiste de garde
- traitement conservateur, transfert en mater niveau III dès que possible
- hospitalisation GHR, repos non strict
- tocolyse pendant 48h (le temps de la maturation pulmonaire fœtale), si possible per os
- célestène
- antibiothérapie

Entre 32 SA et 34 SA :

- IDEM mais pas de TIU

Entre 34 SA et 35 SA :

- IDEM mais pas de célestène pas de tocolyse

Antibioprophylaxie

- Clamoxyl 1g toutes les 8h per os jusqu'à réception du PV d'entrée.
- En cas d'allergie à la pénicilline : Dalacine° (clindamycine) cp de 300 mg, 1 cp toutes les 8h.
- Si PV positif à E. Coli, pas d'attitude consensuelle, cf Chef. Si PV positif à E. Coli résistant, pas de traitement si asymptomatique (pas de signe clinique et biologique de chorio-amniotite) mais antibiotique IV ciblé pendant le travail sur le germe.
- En cas de PV + à SGB lors du suivi : pas d'antibiothérapie systématique (à l'issue de l'antibiothérapie d'entrée.

Surveillance

- **EVITER LES TV+++**
- Repos (peut se lever pour aller aux toilettes et à la douche)
- Température 1 fois par équipe
- **RCF 1 fois par jour, immédiat si CU ou douleur ou fièvre ou métrorragie**
- Echographie (LA) 1 fois/sem
- Bas de contention
- Ne pas répéter les prélèvements pelviens sauf les initiaux étaient positifs ou problème infectieux.
- NE PAS RETOCOLYSER SI CU OU DOULEURS.

Antibiothérapie per partum :
Clamoxyl 2G IVL puis 1g toutes les 4h
Si allergie à la pénicilline : clindamycine (Dalacine°) (600 mg toutes les 8 heures) ou érythromycine en fonction de l'antibiogramme (2 g, puis 1 g toutes les 6 h). strepto résistant aux macrolide : vancomycine 1g/8h en IVL de 60 min

Dans certaines circonstances, surtout si fissuration, la sortie avec surveillance ambulatoire, avec mise en place d'une hospitalisation à domicilie, peut être discutée au cas par cas.

STREPTOCOQUE B et E. coli K1: PREVENTION DES INFECTIONS NEONATALES

Principe :

Dépistage systématique du portage de Streptocoque du groupe B (SGB) et antibioprophylaxie pendant le travail pour diminuer le risque d'infection néonatale et maternelle, selon les recommandations de la HAS.

1) En consultation : prélèvement vaginal systématique

Entre 35 et 37 SA
Le PV peut être fait en consultation ou en laboratoire de ville (ordonnance type)
Prélever sur toute la cavité vaginale, incluant le balayage des parois de la moitié inférieure du vagin jusqu'au vestibule et la vulve
Le traitement du portage asymptomatique n'est pas justifié chez la femme enceinte à distance de l'accouchement
Le dépistage du SGB est inutile chez les femmes ayant une bactériurie à SGB au cours de la grossesse ou un antécédent d'infection materno-foetale à SGB, ou PV antérieur à celui du 9ème mois + à SGB.
Le traitement d'un ECBU + à SGB est recommandé (Clamoxyl 1gx3/j pdt 5j)
En cas d'allergie à la pénicilline, demander un antibiogramme
Noter le résultat sur la manchette du dossier

2) En salle de naissance :

Indications de l'antibioprophylaxie per-partum :

Systématique si :
- PV positif à SGB pour la grossesse actuelle
- Antécédent d'infection néonatale à SGB
- Bactériurie à SGB au cours de la grossesse actuelle
- En l'absence de PV dans le dossier si :
- Accouchement prématuré spontané (et pas induit)
- Rupture prématurée des membranes > 12 heures
- Fièvre maternelle (température > 38° C)

NB : dans ces cas faire un PV avant début des ATB
Débuter les antibiotiques **le plus précocement possible** au cours du travail

Quel antibiotique ?

Amoxicilline en IV (2 g, puis 1 g toutes les 4 h)
En cas d'allergie à la pénicilline : clindamycine (Dalacine°) (600 mg toutes les 8 heures) ou érythromycine en fonction de l'antibiogramme (2 g, puis 1 g toutes les 6 h). strepto résistant aux macrolide : vancomycine 1g/8h en IVL de 60 min
PV positif à E. coli K1 : amoxicilline en première intention si antibiogramme confirme la sensibilité du germe. claforan 1g toute les 6h en IVL (si résistance à l'amoxicilline ou si non connue). Ne concerne pas les ECBU POSITIFS

SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE – EXAMENS COMPLEMENTAIRES

	1er TRIMESTRE			2ème TRIMESTRE			3ème TRIMESTRE		
MOIS	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Semaines d'Aménorrhée	6	11	15	20	24	28	33	37	41
ECHO			12 13		22 24		32 34		
URITEST Alb. – Glycosurie - Leucocytes - Nitrites									
GROUPE RHESUS ⌦ 2 déterminations par le même labo									
AGGLUTININES				**Si Rh – ou Transfusée +**		26 28			
RUBEOLE (si ↳ négatif)									
TOXOPLASMOSE (si ↳ négatif)									
SYPHILIS						Si pop à risque			
VIH ↳ *après accord de la patiente*									
MARQUEURS TRISOMIE 21 *1 ou 2 T*		12	14	18					
AMNIOCENTESE ↳ *sur indication*									
ELECTROPHORESE Hb, HTLV1 ↳ *pour population exposée au risque*									
AgHbs, Hépatite C (HVC)									
HEMOGRAMME									
FERRITINEMIE									
GLYCEMIE A JEUN									
GLYCEMIE HGPO 75g							↳ ***CF protocole dépistage diabète gestationnel***		
BILAN PERIDURALE NFSplaq, TP, TCA, fibrine, RAI									
PV Strepto B, Coli K 1								35-37 SA	

Systématique — Selon le contexte

SURVEILLANCE EN POST PARTUM

⇨ **H2 (après accouchement) avant le transfert en suites de couches** :
☝ **Toute accouchée doit être sondée systématiquement et les urines quantifiées**

→ Déperfuser l'accouchée à la sortie de salle de travail
→ Renseigner si la patiente a uriné spontanément ou par regorgement auparavant
- Recommander aux patientes d'uriner toutes les 4 heures et vérifier le caractère spontané et complet de la miction par Blader Scan.
- Les prévenir du risque de perte de sensibilité de la vessie

⇨ **En suites de couches** :

- **H6 (après accouchement) : surveiller la reprise des mictions**
  - si miction spontanée « normale subjectivement » : expectative
  - si pas de miction ou miction insuffisante : faire Bladder scan
    - si Bladder scan > 250cc : sondage aller retour puis revoir 4h après
    - si Bladder scan < 250cc : expectative et surveiller

Certaine patiente peuvent avoir un œdème vulvaire provoquant un obstacle « mécanique ». Il faudra s'adapter à cette situation clinique et soit élargir les indications de sondages pour les résidus entre 200 et 250cc soit utiliser une thérapeutique type AINS (si pas de CI).

H6 Surveiller les saignements et le globe utérin - exprimer si nécessaire

→ Renseigner de manière exhaustive le document de surveillance du post partum (heures et quantités)
→ Surveillance des constantes PA et Pouls, globe utérin, saignement, douleur (EVA), recherche de signes veineux évolutifs

SURVEILLANCE DE FIN DE GROSSESSE ET DEPASSEMENT DE TERME

RAPPEL

⇨ *En dehors de toute pathologie*, les patientes sont vues en consultation obstétricale 1 fois/mois
(soit à 12,16,20,24,28,32,36 SA environ)
Une dernière consultation obstétricale à 39 SA est souhaitable surtout s'il existe des facteurs de risque notamment d'HTA (primipare, patiente âgée, diabète…). a effectuer par le praticien qui suit la grossesse.
⇨ S'assurer de l'exactitude du terme (écho précoce notamment).

à 39 SA (en l'absence de pathologie)
Simple consultation obstétricale
pas de RCF
pas d'écho QLA
Si col favorable et patiente désireuse d'un déclenchement de convenance :
Déclenchement par Syntocinon* (pas de déclenchement par prostaglandines en l'absence de pathologie).

à 41 SA - 2 J
RDV aux explorations fonctionnelles (sauf samedi-dimanche) à prendre à l'accueil.
La surveillance comporte :
interrogatoire
examen obstétrical (TA-HU-TV)
bandelette urinaire
RCF
Echo QLA (normale si mesure de la + grande citerne > 2 cm)
En l'absence d'anomalie :
Si col favorable ⇒ déclenchement par Syntocinon* à 41 SA
Sinon ⇒ patiente à revoir à 41 SA et 41 SA + 2 J.
Si anomalie, notamment diminution de la QLA (mesure de la + grande citerne < 2 cm)
Décision de déclenchement* en fonction de l'urgence de l'anomalie
Col favorable ⇒ syntocinon
Col défavorable ⇒ prostaglandine

à 41 SA
IDEM 41 SA – 2 J.

à 41 SA + 2 J.
Surveillance : IDEM
Décision de déclenchement systématique à 41 SA + 3 J.
En l'absence de contre indication
En l'absence d'urgence.
En fonction de la disponibilité de la salle de travail
Si déclenchement impossible à 41 SA + 3 J. : revoir la patiente aux explorations fonctionnelles à 41 SA + 4 J. et décision impérative à 41 SA + 5 J.

* EN L'ABSENCE DE CONTRE INDICATION

TERME IMPRÉCIS : prise en charge

RAPPELS : LES MOYENS DE DATATION

La datation de la grossesse se fait par la mesure de la longueur cranio caudale (LCC) entre 11 SA et 13 SA et 6j c'est-à-dire pour un fœtus mesurant entre 45 et 84mm. La précision de datation est alors de +/- 3j. Lorsqu'il s'agit d'une grossesse gémellaire, la LCC du plus petit fœtus est à retenir.

Entre 14 SA et 19 SA et 6j
Les mesures du PC, BIP et LF permettent une précision de datation de +/- une semaine dans 90% des cas. Les mesures du pôle céphalique sont à privilégier.

Entre 20 SA et 24 SA
Il en est de même, la précision de datation est alors de +/- deux semaines

Au-delà de 24 SA
Une datation de la grossesse n'est plus possible. Il faut évaluer la croissance fœtale en réalisant deux échographies de biométries à 14 ou 21 jours d'intervalle et si possible par le même opérateur.

Cependant, certains critères quantitatifs et qualitatifs peuvent apporter des éléments d'information sur le degré de maturité fœtale lorsque l'âge gestationnel est imprécis.

PARAMETRES QUANTITATIFS

mesure du diamètre cérébelleux transverse (élément peu touché en cas de RCIU).
Biométrie fœtales, essentiellement Bip, PC et LF.

PARAMETRES QUALITATIFS

Etude de la giration cérébrale et surtout du degré d'operculation de la vallée sylvienne.
A retenir :

- Etude du rapport échogénécité relative foie/poumon : après 34 SA les poumons sont plus échogènes que le foie.

Etude des points d'ossifications fémoral distal (Béclard) et tibial proximal (de Todd) :

Il s'agit de rechercher les points d'ossification de Béclard et de Todd. Les points d'ossification de Béclard (points fémoraux distaux) sont visibles à partir de 32 SA (peut être même à partir de 31 SA), ceux de Todd (points tibiaux proximaux) apparaissent à partir de 34 SA. Ainsi, les points d'ossification de Béclard apparaissent toujours avant les points d'ossification de Todd.

Des études ont montré que les points d'ossification apparaissent à des termes relativement constants et ont des mesures assez homogènes. Leur apparition serait plus précoce aussi chez les fœtus de sexe féminin.

Le point fémoral inférieur (point de Béclard) non présent grossesse de moins de 32 SA. Le point fémoral inférieur présent et de mesure inférieur à 3 mm grossesse de 32 SA à 36 SA Le point fémoral inférieur présent et de mesure supérieure à 3 mm grossesse de plus de 36 SA. Le point fémoral inférieur présent et de mesure supérieure à 7 mm grossesse de plus de 38 SA. Le point tibial supérieur présent et de mesure supérieure à 3 mm grossesse de plus de 35 SA.

PRISE ENCHARGE DES TERMES IMPRECIS

Pas d'échographie avant 18 SA :

Conduite à tenir :
- Effectuer les biométries fœtales (+++ pôle céphalique)
- Evaluer le degré d'operculation de la vallée sylvienne
- Examiner les points d'ossification fémoral distal et tibial proximal sur écho T3 et contrôle a partir de 36 SA et les mesurer.

Ces échos doivent être faites chez nous

- Surveillance aux explorations fonctionnelles 1 fois/semaine à partir de 37 SA
- Présentation du dossier au staff obstétrico-pédiatrique du lundi avec l'ensemble de ces éléments pour discuter d'une date et d'un terme de déclenchement en fonction des différentes données ainsi recueillies et de la précision obtenue.

TEST GENETIQUE NON INVASIF DE LA TRISOMIE 21 FŒTALE ET AUTRES ANEUPLOÏDIES FŒTALES

NATURE DU TEST

Test destiné à analyser les fragments d'ADN provenant du (ou des) fœtus et qui sont présents dans le sang maternel pendant le grossesse. Bien qu'il s'agissent d'un test génétique, l'objectif n'est pas d'analyser le génome du fœtus mais seulement d'évaluer la proportion relative de chacun des chromosomes 13, 18, 21 afin de ***mettre en évidence l'excès de matériel chromosomique observé lorsque le fœtus est porteur d'une trisomie 13, 18 ou 21.***

INDICATION DU TEST

- Patientes à risque accru de trisomie 21 après le test de dépistage sérique (***risque ≥ 1/250***) quelque soit la stratégie utilisée, en l'absence d'hyperclarté nucale (c a d ***clarté nucale doit être inférieure au 95è percentile – cf chapitre contrôle échographique du présent livret)***.

- Patiente appartenant à un groupe à risque accru en l'absence de tout signe d'appel échographique :
  - ***patiente ayant un antécédent de grossesse avec aneuploïdie***
  - ***couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 13 ou 21***.

- Patiente âgée de ***plus de 38 ans n'ayant pas pu bénéficier d'une évaluation du risque*** d'aneuploïdie fœtale par un test de dépistage sérique SANS hyperclarté nucale ou autre anomalie échographique.

- ***les grossesses gémellaires, SANS hyperclarté nucale ou autres signes échographiques***.

En revanche ce test ne doit pas être proposé à ce jour :

- pour les patientes n'appartenant pas à un groupe à risque (données insuffisantes, résultats parfois ininterprétables pouvant générer des gestes invasifs).
- en cas de signes d'appels échographiques (dont une clarté nucale ≥ 95è percentile) en raison d'un risque de l'ordre de 2,5% d'anomalie déséquilibrée autre que celle étudiées par ce test.

RECOMMANDATIONS :

- ce test ne doit pas être réalisé avant 10 SA

- il ne dispense pas et ne remplace pas l'échographie du premier trimestre qui doit être réalisée au préalable afin de confirmer l'évolutivité de cette grossesse, de permettre la

datation précise de la grossesse, la mesure de la clarté nucale et l'identification des grossesses multiples.

LIMITES DU TEST

- Ce test ne doit pas être assimilé à un caryotype fœtal, obtenu après biopsie de villosité choriale ou amniocentèse.
- Ce test se limite aux seules trisomies 13, 18 et 21 complètes et homogène. Les anomalies chromosomiques telles que les translocations déséquilibrées, les délétions et duplications ne sont pas détectées.
- Ce test ne détecte pas les maladies génétiques telles que la mucoviscidose.
- Ce test ne dépiste pas les anomalies de fermeture du tube neurale telle que le spina bifida
- Ce test ne permet pas de prédire des complications ultérieures de la grossesse (éclampsie, RCIU, accouchement prématuré).

REALISATION EN PRATIQUE

- Pas de prise en charge SS – coût 650 euro.
- Donnez rendez-vous à la patiente en salle d'amniocentèse à 13h.
- apporter écho T1 le jour du prélèvement.
- Les patientes doivent apporter un chèque (pour le règlement au laboratoire CERBA) qui sera joint au prélèvement.
- Le prélèvement sera assuré par l'infirmière du bloc opératoire

Référence :

Formulaire d'attestation d'information de la patiente – Laboratoire CERBA
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) and Society of Maternal-Fetal Medecine, Décembre 2012, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français et National Society of Genetic Counselors (NSGC), Janvier 2013, American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG), Mai 2013.

TOXOPLASMOSE : BILAN A L'ACCOUCHEMENT

Les moyens biologiques du diagnostic néo-natal doivent être mis en route pour tous les nouveau-nés dont les mères ont une histoire sérologique suspecte en cours de grossesse, avec un diagnostic anténatal négatif ou non pratiqué.

PATIENTE SUIVIE COMME NEGATIVE PENDANT LA GROSSESSE

Sérologie sur sang maternel :
à l'accouchement et 3-4 semaines après l'accouchement

INFECTION MATERNELLE PENDANT LA GROSSESSE, CONFIRMEE OU SUSPECTEE

Mère :

- Sérologie avec charge immunitaire à J3 : (dosage des IgG totales) : 2 à 10 ml sur tube sec.
- Recherche du parasite par PCR
- Placenta
- sang de cordon

Enfant :

Inutile de réaliser une sérologie sur sang de cordon car la détection d'IgM ou IgA peut être due à une effraction de sang maternel vers l'enfant lors de l'accouchement.
A ce stade c'est le profil immunologique comparé mère/enfant (par western-blot ou la technique ELIFA) qui permettra d'évoquer le diagnostic par la présence de systèmes précipitants propres à l'enfant. A delà de quelques jours de vie, la présence d'IgM ou d'IgA spécifiques permettra d'affirmer la toxoplasmose congénitale.

⇒ En pratique : faire une sérologie comparé mère/bébé à J3
- recherche IgM, IgA sur **du sang de l'enfant à partir de j3** : 1 ml sur tube sec.
- Sérologie maternel à J3 : 2 à 10 mL sur tube sec

Rapport IgG enfant/mère > 3 en faveur de l'infection .

Bilan clinique et examens complémentaires associés (cf procédure pédiatrie) :
- fond d'œil
- échographie transfontanellaire.

UTERUS CICATRICIEL : CONDUITE A TENIR POUR L'ACCOUCHEMENT

Enquête nationale périnatale 2010 quelques chiffres clés :

- taux de césarienne en France **20.8%**
- prévalence de l'utérus cicatriciel **11%** des parturientes, **19%** des multipares
- **51%** des patientes avec utérus cicatriciel ont une césarienne avant travail
- **75%** des patientes avec utérus cicatriciel qui débutent un travail accouchent par voie basse
- Incidence globale de la rupture utérine complète chez les patientes avec antécédent de césarienne **0.1 à 0.5%**
- Risque de rupture utérine complète en cas de tentative de voie basse sur utérus unicicatriciel **0.2 à 0.8%**

Décision de la voie d'accouchement : « consultation dédiée voie d'accouchement »

Les patientes avec utérus cicatriciel doivent avoir une consultation **avec l'obstétricien en fin de grossesse (À PARTIR DE 35 SA)**
La décision d'accouchement voie basse est ⌦ **une décision d'épreuve du travail**, elle est prise d'après les conditions de la césarienne antérieure (CRO), antécédent de myomectomie, biométries fœtales, examen clinique du bassin, conditions locales, souhait de la patiente.

- Le pelviscanner n'est pas systématique pour les utérus unicicatriciel
- La voie d'accouchement est décidée lors de la consultation avec le médecin
- Information claire donnée à la patiente
- La voie d'accouchement est notée sur la manchette du dossier avec la date et le nom du médecin.
- Les situations jugées difficiles seront discutées en staff.

Césarienne prophylactique fortement recommandée :

- BGR et bassin chirurgical
- Hystérotomie corporéale, myomectomies multiples
- utérus bi cicatriciel et plus
- antécédent de rupture utérine
- EPF > 4500g
- obésité maternelle avec BMI > 50

Cas particuliers

- **Siège et utérus cicatriciel** ➔ une version par manœuvre externe ou un accouchement par voie basse peuvent être envisagés si toutes les conditions sont favorables (radiopelvimétrie nécessaire)
- **Grossesse gémellaire et utérus cicatriciel** ➔ la voie basse peut être envisagée jusqu'à 38 semaines si toutes les conditions sont favorables, J1 en présentation céphalique, après discussion collégiale. Une césarienne d'emblée est une alternative raisonnable.
- **à terme sur utérus cicatriciel et col défavorable** : à la consultation d'exploration fonctionnelle de 41 SA + 2 j ➔ programmer **la césarienne pour 41 SA – 41 SA + 3 J selon jours ouvrés.**

Conduite du travail

- déclenchement possible si et seulement si indication médicale formelle. Dans ce cas, **NE PAS UTILISER DE PROSTAGLANDINE.**
- En phase de latence, les données sont insuffisantes pour émettre une recommandation sur la durée de stagnation tolérable. Nous la fixerons arbitrairement à 6h
- En phase active, une stagnation d'une heure alors que la dynamique utérine est bonne doit conduire à une décision de césarienne

VENOFER ou FER Mylan®

UTILISATION DANS LES ANEMIES SEVERES DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM

INDICATION :

Anémie sévère (<9,5 g/dl) avec ferritinémie basse (selon la norme basse propre au laboratoire) résistant à un traitement martial per os. Tenir compte de la tolérance clinique de l'anémie.
Aucune cure ne pourra être effectuée sans une ferritinémie dans le dossier.

LE FER Mylan®

- Se présente sous forme d'ampoules de 5 ml dosées à 100 mg de fer trivalent.
- Se dilue exclusivement dans du ***sérum physiologique*** à raison d'une ampoule pour 100 ml de sérum physiologique.
- S'administre exclusivement en perfusion lente (**1 h 30** pour 3 amp/300ml) dans un local équipé d'une arrivée d'oxygène.
- Se prépare de façon extemporanée.

POSOLOGIE :

- **300 mg (3 amp) à J0** dilués dans 300 ml sérum physiologique et administrés en 1 h 30 minutes (après dose test)
- **contrôle NFS à J10**

Le relais per os devra être repris à J 5 par un traitement martial (FUMAFER 3cp/j jusqu'à l'accouchement).

A LA FIN DE LA CURE DE FER:

Donner à la patiente la prescription d'une NFS à J10 et la prescription de FUMAFER.

EFFETS SECONDAIRES :

Occasionnellement : hypotension, douleurs articulaires, gonflement des ganglions lymphatiques, fièvre, maux de tête, vertiges, troubles digestifs, nausées, vomissements, phlébites locales, réactions allergiques locales.

Exceptionnellement : réactions anaphylactiques générales. Un seul cas a été rapporté depuis l'utilisation de ce produit dans le monde.

CONTRE-INDICATIONS :

Cirrhose et/ou hépatite virale, hémochromatose ou hémosidérose, anémie non ferriprive.

TOUTE PRESCRIPTION DE FER IV SUPERIEURE A UNE CURE NECESSITERA UNE PRESCRIPTION MEDICALE JUSIFIEE PAR ECRIT

VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES (VME)

Sans VME, il y a 3-5% d'accouchements par le siège. La VME réussit dans la moitié des cas et diminue le taux de césariennes. Les complications sont très rares (voir Mise à jour du CNGOF 2003), essentiellement anomalies du RCF (8,4%) sous réserve d'un respect des contre-indications et d'une bonne surveillance. Aucun cas de MFIU par HRP n'a été décrit depuis 1980 (à l'époque VME sous AG et sans RCF). Cette manœuvre est largement recommandée par les sociétés savantes (CNGOF, ACOG)

CAT en cas de présentation du siège ou transverse à la consultation du 8° mois

- Proposer une VME (primipare ou multipare), sauf contre-indication

- L'adresser en consultation vers **35 SA** (version spontanée habituelle avant)

- Ne pas prescrire de radiopelvimétrie, inutile en cas de succès de VME

Contre-indications

1. Placenta prævia et/ou métrorragies du 3e trimestre,
2. Souffrance fœtale
3. Déflexion primitive de la tête fœtale
4. HIV+
5. Traitement anticoagulant en cours

Contre-indications relatives :

- utérus cicatriciel, malformation utérine, oligoamnios, membranes rompues avec LA normal

NB : La recherche d'une circulaire du cordon (contre-indication logique de la VME) n'est pas systématique car la sensibilité et spécificité de l'échographie sont mal définies

Réalisation pratique : indication retenue, patiente consentante

- **Programmation (médecin)**

  - Noter le nom de la patiente sur le cahier en salle d'accouchement avec le nom du médecin référent.
  - Programmer une VME par jour
  - Convoquer la femme à 9H *non à jeun* en salle de naissance
  - Prendre un rendez-vous de scanner-pelvimétrie le lendemain de la VME. NB : annuler ce rendez-vous en cas de réussite de la VME.

2. VME (Sage femme aux Urgences)

- Vérifier la présentation, si céphalique, noter sur dossier et prévenir l'opérateur et la salle de travail
- Revérifier le groupe-Rh et la consultation d'anesthésie
- S'assurer de la disponibilité de l'équipe en la salle de travail
- Pose d'un cathlon
- RCF pendant 20 min au pré-partum.
- Biper l'interne et le médecin référent et installer l'appareil d'échographie
- Laisser la vessie semi-remplie (ni vide, ni pleine de façon mal tolérée)

3. A l'issue de la VME

Quelle que soit l'issue de la VME :

- RCF de contrôle pendant 45 min
- Prélever Kleihauer. Si Rh-négatif, Injecter une dose d'anti-D (Rhophylac 200 microg) si non fait dans les 2 mois précédents.
- **Rendez-vous aux explorations le lendemain pour contrôle RCF**, vérification de présentation, coordonnées pour résultat Kleihauer.

En cas d'échec de VME

- Pelvimétrie selon RDV.
- **Donner un rendez-vous avec le médecin référent, pour décision de la voie d'accouchement**

En cas de réussite de VME

- **Annuler la pelvimétrie (SF)**

VIH : PERFUSION DE RETROVIR PENDANT L'ACCOUCHEMENT

INDICATION

- Au cas par cas.
- Notée sur dossier (avis staff)
- **Systématique si** :
- charge virale > 20 copies/ml
- ou complication obstétricale (rupture prématurée des membranes, métrorragies, etc…)
- Dans le doute, perfusion AZT.

LE MOMENT DE LA PERFUSION ?

- Dès le diagnostic d'entrée en travail (ou en cas de MAP sévère)
- Ou le début d'un déclenchement,
- Ou 4 heures avant le passage au bloc en cas de césarienne programmée

VOIE D'ADMINISTRATION :

- Perfusion IV (ampoules de 20 ml, dosées à 10 mg/ml AZT) par une voie d'abord spécifique (ne pas mélanger à d'autres produits perfusés).

Attention :
1/ Noter l'heure à laquelle la perfusion a débuté
2/ Utiliser la préparation dans les 24 heures (**mais** conservée à 4° C)

PREPARATION :

- Pomper 2 ampoules d'AZT (soit 40 ml) et les diluer dans 500 ml de glucosé à 5%.
- La concentration obtenue est de 400 mg/500 ml soit 0,8 mg/ml.

DOSE DE CHARGE :

III) 2 mg/kg (de poids de fin de grossesse) à passer en ½ heure à 1 heure selon l'urgence de l'accouchement.
IV) Soit au total 2,5 ml (de perfusion) x poids en ½ heure à 1 heure.

DOSE D'ENTRETIEN :

- 1 mg/kg/heure jusqu'à clampage du cordon. 1,25 ml x poids/heure
- Pour obtenir le nombre de gouttes par minute, diviser les ml/heure par 3.

EXEMPLES :

50 kg : dose de charge = 125 ml en 1 H ; dose d'entretien = 62,5 ml/h = 21 gouttes/mn
60 kg : dose de charge = 150 ml en 1 H ; dose d'entretien = 75 ml/h = 25 gouttes/mn
70 kg : dose de charge = 175 ml en 1 H ; dose d'entretien = 87,5 ml/h = 29 gouttes/mn
80 kg : dose de charge = 200 ml en 1 H ; dose d'entretien = 100 ml/h = 33 gouttes/mn
90 kg : dose de charge = 225 ml en 1 H ; dose d'entretien = 112,5 ml/h = 38 gouttes/mn
NB : le débit peut être accéléré en cas d'urgence.

Ne jamais retarder une extraction urgente.

VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES DU 1ER TRIMESTRE

1°) examen clinique complet :
Rechercher des signes de déshydratation (poids, TA, fréquence cardiaque, diurèse)
Rechercher un diagnostic différentiel (examen neuro, digestif, endocrinien)

2°) examen biologique :
NFS, Iono sang, ASAT - ALAT, créatinémie

3°) échographie obstétricale :
Grossesse multiple ? Grossesse môlaire ?

SIGNES DE GRAVITE
Perte de poids > 5 %
Vomissements incoercibles
Signes cliniques ou biologiques de déshydratation
Hypokaliémie
Pathologie sous jacente (diabète insulino traité, maladie de Basedow

AUCUN SIGNE PRESENT
⇨ Prise en charge ambulatoire
Conseils diététiques
Connaître les signes d'alerte pour revenir consulter
PRIMPERAN : 1 suppo x 3/j pendant 10 j
OU
DONORMYL 1 cp 1 cp X 2/j pendant 10 j

Proposer une prise en charge psychologique

1 SIGNE PRESENT
⌦ Hospitalisation
Faire TSH,T3,T4, ECG+++ si hypokaliémie
Patiente en chambre seule, limitation des visites au conjoint et le moins possible.
PAS d'isolement dans le noir !
Prise en charge psychologique obligatoire
A jeun les 24 premières heures puis BYC (bouillon, yaourt, compote)
Réhydratation IV adaptée au ionogramme.

BENERVA 500 mg IV : 1 fois
PRIMPERAN : 3 amp / 24 h + DONORMYL 2 cp/j (PO) si possible
Si échec : LARGACTIL 25 mg x 2/j IV
MOPRAL 40 mg/j IV
Surveillance : vomissements, poids, diurèse, iono sang
Relais PO : PRIMPERAN ou DONORMYL

LEXIQUE DES ABREVIATIONS

A

ADG anesthésiste de garde

AG anesthésie générale

AM allaitement maternel

ANT accouchement normal à terme

AP accouchement prématuré

ARCF anomalie du RCF

AT arrête de travail

ATG antalgique

ATCD antécédents

APD analgésie péridurale

B

BAVEU bonne adaptation à la vie extra utérine

BDC bruit du cœur

BGR bassin généralement rétréci

BI-BR bonne intensité bon relâchement

Bpm battement par minute

BPO bilan pré opératoire

BTR bassin transversalement rétréci

BU bandelette urinaire

BVR bilan vasculo rénal

BW sérologie syphilis (réaction de Bordet et Wassermann : dépistage de la syphilis)

C

CAT conduite à tenir

CDG chef de garde ou cadre de garde

CG culot globulaire

CHIC Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil

CI contre indication

CIVD coagulation intra vasculaire disséminée

CMV cytomégalovirus

Cs consultation

CU contraction utérine

D

DA délivrance artificielle

DAT diamètre abdominal transverse

DC dilatation complète ou Doppler cérébral

DDC délivrance dirigée complète

DDG date de début de grossesse

DDI délivrance dirigée incomplète

DDR date des dernières règles

DEE durée ou début des efforts expulsifs

DFP disproportion foeto pelvienne

DG début de grossesse ou déclaration de grossesse ou diabète gestationnel

DID diabète insulinodépendant

DLD decubitus latéral droit

DLG decubitus latéral gauche

DMI délivrance manuelle immédiate

DNC délivrance naturelle complète

DNID diabète non insulinodépendant

DOO durée d'ouverture de l'œuf

DPIO decollement du pôle inférieur de l'oeuf

DO Doppler ombilical

DU Doppler utérin

DTT durée totale du travail

E

ECBU examencyto bactériologique des urines

EEI efforts expulsifs insuffisants

EK1 Escherichia coli K1

ELD épisiotomie latérale droite

EMA état de mort apparente

F

FCV frottis cervico vaginale

FCS fausse couche spontanée

FCT fausse couche tardive

G

G5% glucosé 5%

H

HAD hospitalisation à domicile

HCG hormone chorionique gonadotrophique

HCV hépatite C

HTA hypertension artérielle

HU hauteur utérine

HBS hépatite B

I

IDG interne de garde

Ig immunoglobuline

IMF infection materno foetale

IMG interruption médicale de grossesse

IVD intra veineux direct

IVG interruption volontaire de grossesse

IVL intra veineux lent

L

LAC liquide amniotique clair

LAM liquide amniotique méconial

LAT liquide amniotique teinté

M

MAF mouvements actifs fœtaux

MAP menace d'accouchement prématuré

MFIU mort fœtale in utero

MI membranes intactes

N

NO/NR normo oscillant / normo réactif

NPPF non progression de la présentation fœtale

O

OP occipito pubien

OIDA occipito iliaque droite antérieur

OIDP occipito iliaque droite postérieur

OIGA occipito iliaque gauche antérieur

OIGP occipito iliaque gauche postérieur

OMI œdème des membres inférieurs

OMS œdème des membres supérieurs

OS occipito sacré

P

PA pression artérielle

PBI placenta bas inséré

PC périmètre crânien ou présentation céphalique

PCA patient controlled analgesia

PCEA patient controlled epidural analgesia

PDG pédiatre de garde

PDE poche des eaux

PDEI poche des eaux intacte

PI périnée intact

PIV perfusion intra veineuse

PMA procréation médicalement assistée

PNI placenta normalement inséré

préW pré travail

PSE pousse seringue électrique

PV prélèvement vaginal

R

RAD retour à domicile

RAM rupture artificielle des membranes

RCF rythme cardiaque fœtale

RCIU retard de croissance intra utérin

RdB rythme de base

RPDE rupture de la poche de eaux

RPM rupture prématurée des membranes ou radiopelvimétrie

RSM rupture spontanée des membranes

RL ringer lactate

ROT réflexes ostéotendineux

RU révision utérine

S

SA semaine d'aménorrhée

SAD sondage à demeure

SB streptocoque B

SE sondage évacuatueur ou seringue électrique

SI segment inférieur

SIDA sacro iliaque droite antérieur

SIDP sacro iliaque droite postérieur

SIGA sacro iliaque gauche antérieur

SIGP sacro iliaque gauche postérieur

SDC suite de couche

SDT salle de travail

SFHTA signe fonctionnel d'hypertension artérielle

SFU signe fonctionnel urinaire

STT syndrome transfuseur transfusé

SU sondage urinaire

T

TAPS Twin Anemia Polycytemia sequence

TD terme dépassé ou travers de doigt

TE terme échographique

TS test à la seringue

TT terme théorique

TV touché vaginal

V

VB voie basse

VVP voie veineuse périphérique

√ vitesse de perfusion

W

W travail