

MOIS	CLINIQUE	PARACLINIQUE
AVANT 2 MOIS ½	<p>Général</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taille – poids avant la grossesse : BMI ❶ à calculer (indice de masse corporelle) • Auscultation cardiaque • Palpation mammaire • Tension artérielle (TA) • Bandelette urinaire (BU) <p>Interrogatoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traitement en cours ? • Adaptation au cours de la grossesse <p>Obstétrical</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bruits du cœur (BDC) possible à partir de 12 SA • Examen vulvaire / spéculum • ± frottis cervico-utérin ❷ • ± prélèvement vaginal (Nugent) ❸ • ± Toucher vaginal (TV) si signes d'appel 	<p>Echographie du 1^{er} trimestre 11 SA et 13 SA ⁺⁶ ❹ (écho T1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ datation (mesure clarté nucale / longueur craniocaudale) ⇒ dépistage malformations ⇒ Annexes ⇒ diagnostic des gross. gémellaires et leur chorionicité ❺ <p>Bilan sanguin</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ marqueurs sériques du 1^{er} trimestre ❻ (MST21) ⇒ groupe rhésus phénotype Kell (1^{ère} détermination) ⇒ RAI ⇒ Syphilis, HIV ⇒ toxoplasmose / rubéole ⇒ glycémie à jeun (si facteurs de risque) ❼ <p>± électrophorèse de l'hémoglobine selon ethnologie et ATCD</p>
3 ^{ème} MOIS (⇒ 15 SA)	<p>TA – BU – BDC ± TV si signes d'appel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MST21 si pas réalisés au 1^{er} trimestre (14 à 18⁺⁶SA) ❻ • Toxoplasmose si négatif • Groupe rhésus phénotype Kell (2^{ème} détermination) • Faire groupe rhésus <u>du père</u> si mère Rhésus négatif
4 ^{ème} MOIS (16 SA ⇒ 20 SA)	<p>TA – BU – BDC ± TV si signes d'appel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prévoir entretien du 4^{ème} mois + inscription en préparation à la naissance • Toxoplasmose si négatif
5 ^{ème} MOIS (20 SA ⇒ 24 SA)	<p>TA – BU – BDC – Hauteur utérine (HU) ± TV</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Echographie du 2^{ème} trimestre (≈22 SA) • Toxoplasmose si négatif • Rubéole si négatif (puis arrêt surveillance)

6 ^{ème} MOIS (24 SA ⇔ 28 SA)	TA – BU – BDC - HU ± TV	<ul style="list-style-type: none"> • NFS (numération formule sanguine) • Ag HBS ± hépatite C (si piercing / tatouage) • HGPO si facteurs de risque 7 • RAI si ou ATCD transfusion ou rhésus négatif (penser RHOPHYLAC 300 µg 8) • Toxoplasmose si négatif
7 ^{ème} MOIS (28 SA ⇔ 32 SA)	TA – BU – BDC - HU ± TV	<ul style="list-style-type: none"> • Echographie du 3ème trimestre (≈32 SA / 34 SA) • Toxoplasmose si négatif • Prescrire 1 ampoule UVEDOSE
8 ^{ème} MOIS (32 SA ⇔ 37 SA)	TA – BU – BDC - HU ± TV Consultation d’anesthésie Présentation et poids fœtus	<ul style="list-style-type: none"> • RAI • Toxoplasmose si négatif • NFS Plaquettes – bilan coagulation TP / TCA • Prélèvement vaginal recherche strepto B après 34 SA
9 ^{ème} MOIS (37 SA ⇔ 41 SA)	TA – BU – BDC – HU TV Présentation	<ul style="list-style-type: none"> • Toxoplasmose si négatif • Consignes de terme

REMARQUES ET CONDUITE A TENIR

1 BMI = poids avant la grossesse / taille²

Si BMI > 40 = obésité morbide ⇒ prévoir une échographie morpho précoce à 18 SA

2 Frottis cervico-utérin à faire - si patiente ≥ 25 ans , tous les 2 ans

3 Nugent : à faire si facteurs de risque

- Antécédents de naissance prématurée spontanée < 37 SA
Traiter si Nugent ≥ 7 et si < 24 SA (FLAGYL 500 mgx2/j pdt 7 jours ou DALACINE 300gx2 pdt 5 jours)

4 Suite à l'échographie du 1er trimestre

Si anomalie décelée, prendre RDV en diagnostic anténatal (DAN) pour échographie de référence au 03.20.44.48.06

5 Si grossesse gémellaire diagnostiquée

Prévoir surveillance échographique à partir de 16 SA, puis tous les 15 jours (monochoriale), tous les mois (bichoriale)

6 Si MST21 > 1/250 ⇒ prévoir RDV en DAN pour envisager caryotype (03.20.44.48.06)

- **CAT particulières vis-à-vis de certains marqueurs sériques bas / élevés**
 - o α FP ≥ 2.5 MoM : échographie « orientée » à 22 SA (vérifier absence de spina bifida). Ce peut être une échographie « classique », l'opérateur étant averti par avance que l' α FP est élevée
 - o β HCG ≥ 2.5 MoM : Doppler utérin à l'échographie du 2^e trimestre (risque de prééclampsie augmentée)
 - o β HCG < 0.3 MoM : échographie « orientée » à 18 SA (risque de RCIU ou de grossesse menacée)

7 Facteurs de risque pour glycémie à jeun au 1er trimestre et HGPO au 2ème trimestre

- Si âge ≥ 35 ans
- Si BMI ≥ 25
- Si ATCD diabète gestationnel ou diabète parents
- Si ATCD macrosomie fœtale (≥ 4000 g)

Glycémie à jeun

- < 0.92 normale, faire quand même HGPO 75 g entre 24 et 28 SA
- ≥ 0.92 **faire une demande d'hôpital de jour à Huriez en Endocrinologie** par fax 03.20.44.47.89 (formulaire type)
- ≥ 1.26 prendre RDV avec le Professeur DERUELLE AU 03.20.44.63.07 (I. SENSE)

HGPO 75 g

- Normales à jeun < 0.92 / 1h < 1.80 / 2h < 1.53
- Si une valeur anormale **faire une demande d'hôpital de jour à Huriez en Endocrinologie** par fax 03.20.44.47.89 (formulaire type)

8 RHOPHYLAC 300 μ g à prescrire à 28 SA aux patientes rhésus négatif avec père rhésus positif

☞ dans les 8 jours suivant le prélèvement RAI (qui doivent être négatives). Le noter dans dossier (page 5). Tracabilité (n°lot)

☞ si non fait à 28 SA, faire RHOPHYLAC 200 μ g après 32 SA