

C.H.R.U. de LILLE Pôle d'Obstétrique Hôpital Jeanne de Flandre	EXAMENS ET SUIVI DES PATIENTES EN CONSULTATION PRENATALE	Numéro : Version : 4 / 4 Date : 4 juin 2010 Page 1 sur 8
---	---	---

REDACTION	VERIFICATION	APPROBATION
Groupe de travail : D. SUBTIL, M.C. BOURGAU, G. DOBY, N. BAUDRIN	D. SUBTIL Fonction : Responsable Médical UF CPN	Collège d'Obstétrique Fonction : PU-PH et PH

Ce document est un guide pour une conduite à tenir générale. Certaines situations peuvent amener à ne pas respecter voire à transgresser la surveillance ou le traitement décrits ci-dessous. Merci de nous transmettre vos remarques sur des imprécisions ou des oublis dans le texte. C'est le seul moyen d'adapter ces protocoles à notre pratique. Mail : elodie.clouqueur@chru-lille.fr

1. Objet : Modalités de suivi des patientes en consultation : quels examens, à quel moment ?

2. Définitions et références : Ce protocole a été établi pour la première fois en 1997. Il a été revu en 2006, puis 2010 et 2013 en fonction des nouvelles données disponibles, et les références sont :

- Décret du 14 février 1992 concernant les examens obligatoires de la grossesse
- Guide de la surveillance de la grossesse édité par l'ANDEM (ex ANAES, ex HAS) (1996)
- Références Médicales Opposables édictées par la Caisse d'Assurance Maladie (1997)
- Recommandations ANAES « Prévention du Risque Bactérien chez le nouveau-né » (2001)
- Recommandations HAS « Comment mieux informer les femmes enceintes » (2005)
- Recommandations pour la pratique clinique « Prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D fœto-maternelle » du CNGOF (2005)
- Arrêté du 23 juin 2009 concernant le dépistage de la trisomie 21
- Recommandations HAS « Surveillance sérologique et prévention de la toxoplasmose et de la rubéole au cours de la grossesse » (2009)
- Recommandations du CNGOF concernant le suivi des grossesses gémellaires (2009)
- Recommandations du CNGOF et de concernant le diabète gestationnel (2010)

Remarques générales concernant le remplissage du dossier obstétrical (+++)

(cf Guide de remplissage du dossier obstétrical, accessible sur intranet :

http://inrachru/intranet-gapi/GDQ/fichiers/361_1416guiderem.pdf

Les sages-femmes de CPN reçoivent et regardent quotidiennement les examens paracliniques de nos patientes. Il est important de **bien renseigner les dossiers** (y compris au dos de la 1^{ère} couverture si le dossier est remis), afin qu'elles puissent réagir de manière appropriée, sans devoir téléphoner à la patiente

☞ Noter clairement son **nom (tampon)**, **la date et l'heure de la consultation**, **les circonstances (ex : « CPN » signifie « consultation prénatale », « Urgences », « Monitoring », etc...)**

☞ Tracer – de manière courte mais compréhensible :

- **les examens paracliniques demandés** (ex : Toxo, Rubéole, RAI, Groupe Pheno, ECBU, MST1, MST2, EchoT1, Echo contrôle, ... »
- ainsi que les **prescriptions médicamenteuses** (ex : TB9 1cp/j, UVEDOSE 1 dose, MAGNEB6, Bas contention F2, RHOPHYLAC300µg..°).

☞ Recopier les résultats des **examens paracliniques reçus** (sérologies, Ag HBS etc...) y compris les échographies (Age gestationnel, poids estimé, remarques (présentation si siège)).

<p>C.H.R.U. de LILLE Pôle d'Obstétrique Hôpital Jeanne de Flandre</p>	<p>EXAMENS ET SUIVI DES PATIENTES EN CONSULTATION PRENATALE</p>	<p>Numéro : Version : 4 / 4 Date : 4 juin 2010 Page 2 sur 8</p>
--	---	---

☞ **Groupe ABO + Phénotype Rhésus complet et Kell :**

☞ *Deux déterminations phénotypées identiques, comportant obligatoirement:*

- *Nom de jeune fille, Prénom, Date de naissance*
- *Groupe Rhésus + Phénotype (imprimés sur la même face que l'identité),*
- *Identification du laboratoire*

☞ *Photocopie à mettre obligatoirement dans* la pochette rouge du dossier obstétrical (avec une copie des RAI)

Remarques :

Deux déterminations faites à l'extérieur, d'un ou plusieurs laboratoires différents, sont valables (identités concordantes)

Protocole ERA¹ : uniquement nécessaire en cas de risque hémorragique évident (ex: césarienne programmée)

Cartes EFS des anciens dossiers : les sortir et les placer dans la pochette rouge du nouveau dossier obstétrical.

CONJOINT des patientes Rh négatif : demander un groupe sanguin **non phénotypé** (ABO + Rhésus) (en vue d'une injection de RHOPHYLAC© si conjoint Rhésus positif ou incertain.)

☞ **Sérodiagnostic de Syphilis**

Il est obligatoire pour la déclaration de grossesse **avant le troisième mois** mais à réaliser au-delà s'il n'a pas été fait.

☞ **Sérodiagnostic HIV**

Non obligatoire, mais à proposer systématiquement **avant le troisième mois** et à proposer au-delà si cela n'a pas été fait.

¹ L'existence d'un protocole ERA (= Echange des Résultats d'Analyses) pour une carte de groupe sanguin signifie que les résultats ont été transmis à l'EFS de la région dans laquelle le prélèvement a été réalisé, ce qui permet une délivrance de produits sanguins accélérée en cas de besoin dans la même région

<p>C.H.R.U. de LILLE Pôle d'Obstétrique Hôpital Jeanne de Flandre</p>	<p><i>EXAMENS ET SUIVI DES PATIENTES</i> <i>EN CONSULTATION PRENATALE</i></p>	<p>Numéro : Version : 4 / 4 Date : 4 juin 2010 Page 3 sur 8</p>
--	---	---

☞ **Sérodiagnostic de Rubéole** (NB, il s'agit d'une sérologie IgG seule)

L'HAS recommande depuis 2009 que « la sérologie rubéolique soit proposée à l'occasion de la première consultation prénatale, en l'absence de preuve écrite de l'immunité et sauf si deux vaccinations contre la rubéole documentées ont été antérieurement réalisées, à seule fin de déterminer le statut immunitaire vis à vis de la rubéole. Cette sérologie ne portera que sur la détection des IgG spécifiques et sera réalisée sur un seul prélèvement. »

DONC

☞ Pas de sérologie rubéole

- Si la femme peut être considérée comme immunisée : résultat écrit prouvant une immunité antérieure (quelle que soit l'ancienneté)
- Si la femme a été vaccinée deux fois pour la rubéole (quelle que soit l'ancienneté)

☞ Sérologie chez toutes les autres patientes, si possible avant le 3^e mois

- Si IgG positives, pas de nouveau prélèvement, **sauf notion de contagé ou d'éruption** (demander alors IgG et IgM).
- Si IgG négatives, deuxième sérologie entre 20 et 24 SA, puis **STOP** (les risques de rubéole congénitale baissent fortement entre 13 et 18 SA, après quoi ils deviennent nuls).

☞ Si patiente après 24 SA sans sérologie antérieure

- Faire sérologie tout de même afin de repérer une éventuelle séronégativité (nécessité de vacciner en post-partum)

☞ **Sérologie de la Toxoplasmose**

Une femme peut être considérée comme immunisée si un résultat écrit prouve son immunité antérieure (HAS 2009).

En l'absence d'immunité, faire une sérologie mensuelle (la première doit être réalisée avant la fin du 3^{ème} mois).

👉 *Agglutinines irrégulières*

1. EN CONSULTATION PRENATALE, recherche selon tableau ci-dessous:

	¹ ≤ 3 ^e mois	6 ^e mois (24-27 ^e)	⁶ 34-38 SA
Rh positif <u>sans ATCD transfusionnel</u>	X ²		X
Rh négatif <u>sans ATCD transfusionnel</u> <u>recevant du RHOPHYLAC</u>	X ²	X ³	X ^{4,5}
Rh négatif <u>sans ATCD transfusionnel</u> <u>sans RHOPHYLAC</u>	X ²	X	8 ^e et 9 ^e mois
ATCD transfusionnel	X ²	X	8 ^e et 9 ^e mois

1. Ou bien à consultation > 3 mois si pas réalisée auparavant
2. En cas de **présence d'anticorps pouvant entraîner des accidents d'incompatibilité foeto-maternelle** (ex : anti-D, anti-c, anti Kell...) de **nouvelles RAI doivent être programmées mensuellement** (ou plus fréquemment parfois, selon le type et le titre des agglutinines).
3. Avant l'injection de RHOPHYLAC® qui doit être réalisée dans la semaine qui suit la recherche de RAI
4. Sur l'ordonnance de demande de RAI, préciser la **date**, la **dose** et la **voie d'injection** du RHOPHYLAC® (exemple de prescription : « RAI (patiente ayant reçu 300 µg de RHOPHYLAC le 21 juin 2013) »)
5. Ces RAI **reviendront évidemment positives pour la plupart** (présence d'un antiD résiduel ou passif). Leur recherche est destinée à rechercher une immunisation dans d'autres sous groupes que le groupe Rhésus.

2. AU BLOC, selon la voie d'accouchement

1. En cas d'**accouchement par voie basse**, RAI prélevée à l'entrée au bloc, mais adressées au laboratoire CHRU seulement si ATCD transfusionnel, facteur de risque hémorragique détecté, ou césarienne en cours de travail.
2. En cas de **césarienne programmée**, RAI prélevées la veille en SDC (et adressées au labo).

👉 **RHOPHYLAC**

Systématique vers 28 SA en cas de groupe Rhésus négatif *et de conjoint Rhésus positif, incertain ou inconnu.*

Si une injection a été réalisée plus précocement au cours de la grossesse, tenir compte de l'âge gestationnel à l'injection + dose administrée. Ne pas précéder la deuxième injection de recherche de RAI (inutile).

La durée approximative d'efficacité du RHOPHYLAC dépend de la dose préalablement injectée:

- 200 µg : 9 semaines
- 300 µg : 12 semaines

Exemples :

1. la patiente reçoit 200 µg lors d'une amniocentèse à 16 SA. L'effet dure théoriquement jusqu'à 16+9 = 25 SA. Faire une nouvelle injection de 300 µg vers 28 SA (non précédée de RAI)
2. la patiente reçoit 200 µg lors de métrorragies à 22 SA. L'effet dure théoriquement jusqu'à 22+9 = 31 SA. Faire une nouvelle injection de 200 µg vers 31 SA (non précédée de RAI)

☞ *Electrophorèse de l'hémoglobine*

Quand *antécédent drépanocytaire dans la famille proche* ou bien *anémie <9g/L* chez patiente à peau noire, proposer une électrophorèse de l'hémoglobine (expliquer les conséquences d'un résultat positif : électrophorèse chez le conjoint, possibilité de diagnostic anténatal).

☞ *Surveillance des patientes sous HBPM*

Plaquettes *deux fois par semaine pendant trois semaines*, puis *une fois par mois*.

Lorsqu'une mesure de l'anti-Xa est nécessaire le prélèvement est fait 4 à 6 heures après l'injection

☞ *D Dimères*

En dehors de thrombose suspectée et d'indications particulières, il n'y a pas d'indication à demander un dosage de D dimères pendant la grossesse.

☞ *Frottis cervico-utérin (FCU)*

A réaliser *en consultation prénatale - uniquement chez les femmes de plus de 25 ans* – quel que soit l'âge de la grossesse - chez les patientes non à jour (HAS : deux FCU normaux à un an d'intervalle puis tous les 3 ans entre 25 et 65 ans).

En cas de *frottis ASCUS (Atypical Squamous Cells of Undetermined Signification)*, le risque de lésion histologique de type CIN 2 ou CIN 3 concerne 5 à 10 % des patientes. Prévoir un nouveau FCU 6 mois après. S'assurer que la patiente a bien compris cette nécessité.

En cas de *CIN (dysplasie)*, adresser systématiquement la patiente *dans les 3 mois* pour examen spécialisé (colposcopie). Si la découverte est tardive au cours de la grossesse, prendre RV *après l'accouchement* (pas avant deux mois du post-partum car la colposcopie est difficile pendant les 8 premières semaines).

☞ *Hépatite C*

Pas de dépistage systématique, sauf groupes à risques (*antécédent de transfusion avant 1992, toxicomanie intraveineuse, hémodialysés, HIV+, AgHBS+, conjoint VHC +, comportements à risques, patiente incarcérée ou ayant été incarcérée, piercing-tatouage-mésothérapie-acupuncture sans matériel à usage unique*).

En cas d'hépatite C +, demander une *charge virale + TGO-TGP*, montrer les résultats au Dr Yamina HAMMOU qui orientera éventuellement vers une consultation spécialisée en gastro-entérologie.

C.H.R.U. de LILLE Pôle d'Obstétrique Hôpital Jeanne de Flandre	EXAMENS ET SUIVI DES PATIENTES EN CONSULTATION PRENATALE	Numéro : Version : 4 / 4 Date : 4 juin 2010 Page 6 sur 8
---	---	---

☞ *Dépistage de la trisomie 21*

Ce dépistage doit être proposé à toutes les patientes (document d'information du CNGOF), qui sont libres de le réaliser ou non (en cas de refus, le noter sur le dossier médical de la patiente ; si non proposé, noté « non proposé »).

- la **clarté nucale se mesure entre 11⁺⁰ et 13⁺⁶ SA** (LCC : 45 à 84 mm) par un échographiste ayant son numéro d'agrément
- les **marqueurs sériques** sont réalisés après la mesure de clarté nucale **avant 13⁺⁶ SA (MST1) ou 18⁺⁶ SA (MST2)**
 - NB : possibilité de doser les marqueurs jusqu'à 19 SA+6 jours à l'Hôpital Jeanne de Flandre.
 - ☞ Après 19⁺⁶ SA, le dosage n'est **plus possible**
- les **différents risques parviennent sous forme de résultats aux sages-femmes**
 - o **Risque combiné** = clarté nucale + MST1
 - o **Risque séquentiel (intégré)** = clarté nucale + MST2
 - o **Marqueurs isolés du 2^e trimestre** (clarté nucale impossible à mesurer, ou non mesurée, ou Herman ≤ 3)
- **Indications de vérification de caryotype (BT ou amniocentèse)**
 - o Nuque ≥ 3.5 mm (*faire les marqueurs tout de même, pour information*)
 - o Risque de trisomie $> 1/250$
 - o ATCD d'anomalie chromosomique aux grossesses précédentes
- **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

☞ *Examen Cyto- Bactériologique des Urines*

Pas d'E.C.B.U. systématique.

Bandelette urinaire conseillée à chaque consultation. Si leucocytes seuls positifs, pas d'indication d'ECBU.

E.C.B.U. si **signes fonctionnels urinaires**, présence de **nitrites** ou **hématurie** à la bandelette.

Dépistage du diabète gestationnel :**Uniquement si facteurs de risque**

- Antécédent de diabète de type 2 (père, mère, fratrie), ou de diabète gestationnel
- Age \geq 35 ans
- BMI \geq 25
- ATCD de macrosomie fœtale \geq 90 e p (4000g à 41 SA)

1. Glycémie à jeun < 24 SA : dès que possible

Si glycémie à jeun \geq 0.92 g/L , faxer demande d'hospitalisation de jour à l'Hôpital Huriez (03 20 44 47 89) afin que la patiente reçoive rapidement une information sur le **diabète gestationnel**, sa surveillance et sa prise en charge

Si glycémie à jeun \geq 1.26 g/L , diabète préexistant à la grossesse. Consultation spécialisée (Pr DERUELLE 46307)

2. HPO 75 g 24-28 SA (ou au delà si non réalisée)

0 :	0.92 g/l	Si une valeur perturbée, faxer demande d'hospitalisation de jour à l'Hôpital Huriez
1h :	1.80 g/l	(03 20 44 47 89) afin que la patiente reçoive rapidement une information
2h :	1.53 g/l	sur le diabète gestationnel , sa surveillance et sa prise en charge

☞ Hépatite B**Se limiter à l'Ag HbS**

Dépistage obligatoire au cours du 6^{ème} mois (à réaliser au-delà si non fait). Si fait au 1^{er} trimestre : ne pas refaire.

☞ Prélèvement vaginal

A la première consultation en cas d'antécédent d'avortement tardif, d'accouchement prématuré ou de rupture prématurée des membranes avant 37 SA (recherche de vaginose bactérienne par score de Nugent).

Si score de Nugent \geq 7 avant 24 SA = vaginose

☞ ttt par DALACINE 300mgx2 pdt 5 jours ou FLAGYL 500mgx2/j pendant 7 jours

En cas de signes d'appel : leucorrhées anormales, menace d'accouchement prématuré **symptomatique**, rupture prématurée des membranes...

Entre 34 et 38 SA à la recherche de Streptocoque B pour toutes les femmes enceintes.

☞ Ne pas traiter les patientes, mais noter le résultat dans le dossier (endroits prévus à cet effet). Les patientes « positives » seront traitées au moment du début de travail (ou en cas de RPM). Signaler les patientes **allergiques à la pénicilline** (un antibiogramme sera réalisé).

Attention : ne pas réaliser ce prélèvement chez les patientes qui ont un antécédent **d'infection materno-fœtale** à Streptocoque B lors d'une précédente grossesse, ou bien si le streptocoque B a déjà été retrouvé au cours de la grossesse actuelle : elles sont considérées comme porteuses du streptocoque B. Le noter dans le dossier.

Pas d'ECBU systématique en cas de PV positif à Streptocoque B.

Si mycose (*Candida albicans*), ne traiter que si il existe des symptômes.

Remarque : Si **streptocoque A vaginal** (exceptionnel), **le noter sur la première page et présenter le dossier pour conduite à tenir.**

☞ Uricémie

INUTILE, sauf dans le cas d'une suspicion de prééclampsie (HTA \geq 140/90 mmHg + protéinurie \geq 0.3 g/l). N < 60 mg/l.

☞ Bilan hépatique

Le bilan hépatique comporte TGO-TGP-Bilirubine.

Il est intéressant de rechercher une anomalie du bilan hépatique en cas :

- de prééclampsie (HTA \geq 140/90 mm Hg+, protéinurie \geq ++)
- de suspicion de HELLP syndrome (nausées, douleur épigastrique, HTA, protéinurie, thrombopénie)
- de prurit (protocole cholestase : sels biliaires seulement si prurit + TGO et TGP $\uparrow\uparrow$ x 2,5 N)

NOTA BENE : En dehors des cas - rares - d'antécédent d'intervillite histiocytaire, il n'y a pas d'indication à demander le dosage des phosphatases alcalines (PAL), physiologiquement très augmentées (x 2,5) pendant la grossesse.

☞ Numération globulaire + plaquettaire

Obligatoire au 6e mois. Si anémie < 11 g/dL, traitement ferreux et par folates (vitB9) per os.

Si < 10 g/dl, contrôle un mois plus tard. Si persistance d'une anémie < 10 g/dl, vérifier observance (envisager traitement ferreux IV). Eventuellement doser ferritinémie (folates, vitamine B12, électrophorèse de l'hémoglobine selon contexte).

☞ Bilan de coagulation (après 32SA) : Plaquettes TP-TCA

Demandé en vue de l'analgésie péridurale. **Demandé après 32 SA car valide pendant 2 mois.**

☞ Consultation d'anesthésie

Elle est obligatoire et généralement organisée entre 32 et 37 SA.

☞ Le Pelviscanner

Consensus du Collège d'Obstétrique de l'Hôpital Jeanne de Flandre :

⇒ On retient l'indication de pelviscanner pour

- les **femmes de taille < 1 m 50**
- les présentations du **siège** (vers 36 SA, voir protocole siège)
- en cas de **grossesse gémellaire**, si le deuxième jumeau est en présentation non-céphalique et a un poids fœtal estimé > 2500 g.
- les antécédents de **fracture du bassin** (à discuter avec le chirurgien qui a pris en charge la fracture et selon le type de fracture). Dans de rares cas, intérêt d'une radiopelvimétrie classique à discuter (obliques)

⇒ En cas d'antécédent de césarienne, la réalisation d'un pelviscanner n'a pas d'intérêt.