

# Table des matières

	<b>Avant-propos</b> .....	IX
	<b>Abréviations</b> .....	X
<b>1</b>	<b>Consultations prénatales</b> .....	1
	Législation et droits de la femme enceinte .....	1
	Congés de maternité .....	2
	Datation et terme de grossesse .....	3
	Consultations prénatales .....	5
	Bilans de consultations prénatales .....	10
	Évaluation du risque de T21 (HT21 ou FRT21) .....	11
	Rubéole .....	16
	Toxoplasmose .....	18
	Syphilis .....	21
	Hépatite B .....	23
	Recherche d'agglutinines irrégulières et groupe rhésus phénotype ...	26
	Dépistage du diabète gestationnel .....	28
	Infections à streptocoque B .....	29
<b>2</b>	<b>Surveillance maternelle et foetale</b> .....	31
	Échographies obstétricales .....	31
	Rythme cardiaque foetal .....	49
	Diagnostic anténatal .....	54
	Test de Kleihauer sur sang maternel .....	62
	Électrophorèse de l'hémoglobine .....	63
	Pelvimétrie .....	64
<b>3</b>	<b>Pathologie de la grossesse – grossesse à haut risque</b> .....	66
	Menace d'accouchement prématuré (MAP) .....	66
	Protocoles thérapeutiques tocolytiques .....	70
	Corticothérapie anténatale (CTAN) .....	72
	Sulfate de magnésium en obstétrique .....	75
	Rupture prématurée des membranes (RPM) .....	78
	Hypertension artérielle (HTA) et grossesse .....	82
	Diabète gestationnel (DG) .....	90
	Allo-immunisation foetomaternelle .....	98
	Drépanocytose .....	109
	Thalassémie .....	111
<b>4</b>	<b>Maladies infectieuses</b> .....	113
	Condylomes et grossesse .....	113
	<i>Coronavirus disease-19</i> (COVID-19) .....	113
	Cytomégalovirus (CMV) .....	113
	Grippe .....	120
	Hépatites C .....	122
	Hépatites A .....	122
	Herpès .....	123

	Parvovirus B19 . . . . .	123
	Sida et grossesse . . . . .	125
	Varicelle . . . . .	129
	Bactéries, parasites et grossesse . . . . .	133
	Infection à <i>Chlamydia</i> . . . . .	134
	Coqueluche . . . . .	134
	Listériose . . . . .	138
	Infection à mycoplasme . . . . .	138
	Paludisme . . . . .	139
	Tuberculose . . . . .	140
	Vaccins . . . . .	140
<b>5</b>	<b>Cardiologie</b> . . . . .	144
	Électrocardiogramme (ECG) . . . . .	144
	Cardiopathies . . . . .	151
	Médicaments en cardiologie . . . . .	154
	Prévention de l'endocardite . . . . .	156
	Phéochromocytome . . . . .	157
<b>6</b>	<b>Neurologie</b> . . . . .	158
	Céphalées . . . . .	158
	Épilepsie . . . . .	158
	Pathologies neuro-inflammatoires et neuromusculaires . . . . .	160
	Pathologies neurotumoraux . . . . .	165
	Pathologies neurovasculaires . . . . .	165
<b>7</b>	<b>Urologie</b> . . . . .	168
	Bactériuries asymptomatiques . . . . .	168
	Colonisation urinaire chez la femme enceinte . . . . .	168
	Infection urinaire basse ou cystite . . . . .	169
	Cystite aiguë de la femme enceinte . . . . .	169
	Pyélonéphrite aiguë . . . . .	170
	Colique néphrétique . . . . .	171
	Incontinences . . . . .	172
<b>8</b>	<b>Hépto-gastro-entérologie</b> . . . . .	181
	Foie et grossesse . . . . .	181
	Vomissements gravidiques du 1 <sup>er</sup> trimestre . . . . .	184
	Reflux gastro-œsophagien (pyrosis) . . . . .	184
	Constipation . . . . .	185
	Maladies inflammatoires de l'intestin . . . . .	185
<b>9</b>	<b>Dermatologie – Endocrinologie – Médecine interne</b> . . . . .	186
	Dermatologie . . . . .	186
	Lupus-Syndrome des antiphospholipides (SAPL) et grossesse . . . . .	191
	Syndrome des antiphospholipides (SAPL) . . . . .	195
	Thyroïde et grossesse . . . . .	197
<b>10</b>	<b>Bilans et conduites à tenir</b> . . . . .	201
	Fièvre . . . . .	201
	Retard de croissance intra-utérin (RCIU) et petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) . . . . .	202

	Hydramnios . . . . .	204
	Mort foetale <i>in utero</i> (MFIU) et interruption médicale de grossesse (IMG) : conduite à tenir . . . . .	205
	Devenir des foetus et nouveau-nés mort-nés . . . . .	208
	Version par manœuvre externe (VME) . . . . .	212
	Siège . . . . .	212
	Baisse des mouvements actifs (BMA). . . . .	214
	Thrombopénie gravidique . . . . .	216
	Thrombophilie . . . . .	217
	Traitements anticoagulants HBPM . . . . .	217
	Antibiotiques et grossesse . . . . .	218
	Antipaludiques . . . . .	222
	Antifongiques . . . . .	222
	Antibiothérapie maternelle . . . . .	222
	Antibioprophylaxie per-partum . . . . .	223
	Protocole Nitronal® (trinitrine). . . . .	225
<b>11</b>	<b>Surveillance du travail et accouchement . . . . .</b>	<b>226</b>
	Déclenchement du travail . . . . .	226
	Déclenchement « direct » par oxytocine (Syntocinon®) . . . . .	227
	Maturation cervicale . . . . .	228
	Souffrance foetale aiguë (SFA) – physiologie de l’hypoxie foetale . . . .	233
	Souffrance foetale aiguë (SFA) – diagnostic clinique . . . . .	235
	Souffrance foetale aiguë (SFA) – analyse du rythme cardiaque foetal (RCF) . . . . .	236
	Valeur diagnostique de l’analyse visuelle du rythme cardiaque foetal . . . . .	240
	Classification de Melchior – rythme cardiaque foetal d’expulsion . . .	240
	Souffrance foetale aiguë (SFA) – pH <i>in utero</i> . . . . .	241
	pH <i>in utero</i> : conduite à tenir . . . . .	244
	Amnio-infusion pendant le travail . . . . .	246
	Présentations céphaliques . . . . .	248
	Dystocie des épaules . . . . .	249
	Grossesse gémellaire . . . . .	253
	Césarienne . . . . .	256
	Utérus cicatriciel . . . . .	259
	Hémorragies du post-partum . . . . .	260
<b>12</b>	<b>Post-partum . . . . .</b>	<b>263</b>
	Consultation postnatale . . . . .	263
	Allaitement . . . . .	263
	Initiative hôpital ami des bébés (IHAB). . . . .	267
	Traitements en suites de couches . . . . .	267
	Trousseau de naissance . . . . .	270
<b>13</b>	<b>Gynécologie . . . . .</b>	<b>271</b>
	Urgences gynécologiques . . . . .	271
	Grossesse extra-utérine . . . . .	273
	Traitement de la GEU . . . . .	273
	Fausse couche spontanée . . . . .	274
	Conduite à tenir en cas de fausse couche spontanée . . . . .	274

Grossesse intra utérine évolutive . . . . .	275
CAT aux urgences : femme « non-enceinte » ( $\beta$ -hCG négatifs) . . . . .	277
Consultation de gynécologie médicale : « consultation de routine » . . . . .	279
Métrorragies en gynécologie . . . . .	281
Métrorragies de la femme ménopausée : conduite à tenir . . . . .	283
Douleurs pelviennes en gynécologie . . . . .	284
Frottis du col de l'utérus (FCU) . . . . .	289
Pilule – contraception orale . . . . .	294
Contraception d'urgence . . . . .	295
Fausse couches à répétition ( $\geq 3$ FCS) . . . . .	299
Traitement hormonal de la ménopause (THM) . . . . .	300
Accident d'exposition au sang (AES) . . . . .	302
<b>14 Violences faites aux femmes . . . . .</b>	<b>304</b>
Mutilations sexuelles féminines . . . . .	304
La sage-femme face à une femme victime de MSF ou susceptible de l'être . . . . .	304
Violences conjugales . . . . .	320
Viol et agressions sexuelles . . . . .	333
Sage-femme en humanitaire – Gynécologie Sans Frontières . . . . .	336
<b>Index . . . . .</b>	<b>338</b>

# 1 Consultations prénatales

## Législation et droits de la femme enceinte

### Droit du travail

Les femmes n'ont pas le droit de travailler plus de 10 heures par jour, et de nuit entre 22 heures et 5 heures. Les exceptions sont nombreuses. Une surveillance médicale spéciale doit être instituée pour les femmes enceintes et les mères d'enfants de moins de 2 ans. La femme enceinte bénéficie d'une protection particulière.

### Déclaration de grossesse

Pour bénéficier des avantages socio-économiques, il faut déclarer la grossesse avant la fin de la 14<sup>e</sup> semaine de grossesse (< 16 semaines d'aménorrhée ou SA) à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et à la caisse d'allocations familiales (CAF).

- Si la femme bénéficie de la Sécurité sociale (personnellement ou par son conjoint, concubin ou tuteur), elle envoie un volet de l'imprimé de déclaration de grossesse à sa CPAM (couleur rose) qui lui renverra alors un carnet de maternité. Les deux autres volets (couleur bleue) sont à envoyer à la CAF correspondant à la résidence habituelle pour ouverture des droits à l'allocation pour jeune enfant (APJE).
- Si la femme ne bénéficie pas de la Sécurité sociale, les trois volets de déclaration de grossesse sont à envoyer à la CAF.
- Si la femme est d'accord et possède une carte Vitale, le médecin ou la sage-femme peuvent remplir la déclaration de grossesse « en ligne » et la télétransmettre directement à la CPAM et à la CAF.

### Examens médicaux – surveillance de la grossesse

Pendant la grossesse, la femme doit avoir sept examens médicaux obligatoires. Le 1<sup>er</sup> examen médical prénatal doit avoir lieu avant la fin du 3<sup>e</sup> mois de grossesse. Les autres doivent avoir une périodicité mensuelle à partir du 1<sup>er</sup> jour du 4<sup>e</sup> mois jusqu'à l'accouchement.

### Indemnisation pendant les congés de maternité

Pendant la durée légale de congé, la femme enceinte ou récemment accouchée ne peut prétendre au paiement intégral de son salaire, sauf stipulation

particulière du contrat de travail. Elle a droit aux indemnités journalières de l'assurance maternité (84 % du gain journalier de base).

- *Congé de naissance* : réservé au père, il est de 11 jours consécutifs au maximum (18 jours pour les naissances multiples). Il s'ajoute aux 3 jours d'absence autorisés prévus par le Code du travail. Il peut débiter immédiatement après ces 3 jours ou à un autre moment, mais impérativement dans les 4 mois qui suivent la naissance de l'enfant. À noter que ce congé n'est pas fractionnable mais qu'on peut choisir d'en raccourcir la durée.
- *Lettre à l'employeur* : la femme qui prend ses congés pré- ou postnatals doit avertir son employeur par lettre recommandée AR. Elle doit indiquer le motif de son absence et la date prévue de reprise du travail.

## Protection contre les licenciements

Les femmes enceintes peuvent rompre leur contrat de travail sans délai-congés et sans payer d'indemnité de rupture. En revanche, aucun employeur ne peut résilier le contrat de travail d'une salariée enceinte, et ce jusqu'à 4 semaines après la reprise du travail. Un licenciement est annulé si, dans un délai de 15 jours, à compter de sa notification, l'intéressée envoie un certificat médical justifiant qu'elle est enceinte.

## Congés de maternité (tableau 1.1)

- *En cas d'accouchement avant la date présumée*, lorsque la femme n'a pu bénéficier de l'intégralité du congé prénatal, la part non prise est reportée après l'accouchement. La durée totale du congé pré- et postnatal n'est donc pas diminuée. Le plan périnatalité 2005 allonge le congé maternité pour les mères d'enfants très prématurés (plus de 6 semaines avant le terme) et d'enfants handicapés à la naissance nécessitant des soins. Les congés sont prolongés du nombre de jours courant entre la date effective de la naissance et la date prévue. La salariée peut ainsi participer, chaque fois que possible, aux soins dispensés à son enfant et bénéficier d'actions d'éducation de santé préparant le retour à domicile.
- *En cas d'accouchement tardif après la date présumée*, le congé prénatal est prolongé jusqu'à la date de l'accouchement effective, et la durée du congé postnatal reste identique.
- *Repos supplémentaire (14 jours) pour grossesse pathologique* : si un état pathologique attesté par un certificat médical comme résultant de la grossesse ou des suites de couches le rend nécessaire, les congés sont augmentés de la durée de cet état pathologique dans la limite de 2 semaines avant la date présumée de l'accouchement et de 4 semaines après la date de celui-ci.
- *Congé d'allaitement* : parfois demandé après la période postnatale du congé de maternité par les patientes allaitantes, il n'existe pas en dehors de dispositions particulières propres à l'employeur (conventions collectives).

- *En cas d'hospitalisation de l'enfant au-delà de la 6<sup>e</sup> semaine après sa naissance*, la mère a la possibilité de reprendre son travail et de reporter le reliquat de son congé postnatal à la fin de cette hospitalisation.
- *En cas de décès de l'enfant*, la mère peut bénéficier de la totalité de son congé postnatal.

**Tableau 1.1.** Congés de maternité.

	Nombre de semaines avant la date prévue d'accouchement (DPA)		Nombre de semaines après la date prévue d'accouchement
1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> naissances viables ou < 2 enfants déjà à charge	6 semaines		10 semaines
> 2 naissances viables ou ≥ 2 enfants déjà à charge	8 semaines	(1)	18 semaines
	(8 + 2) semaines	(2)	(18 – 2) semaines
Grossesse multiple avec 2 naissances prévues (gémellaire)	12 semaines		22 semaines
	(12 + 4) semaines	(3)	(22 – 4) semaines
Grossesse multiple avec > 2 naissances prévues	24 semaines		22 semaines

(1) Lorsque avant l'accouchement, la salariée elle-même ou le ménage assume déjà la charge de 2 enfants au moins dans le foyer familial, ou lorsque la salariée a déjà accouché d'au moins 2 enfants nés viables, les congés de maternité commencent alors 8 semaines avant la date présumée de l'accouchement et se terminent 18 semaines après la date prévue de l'accouchement.

(2) Les 8 semaines antérieures à la DPA peuvent être augmentées d'une durée maximale de 2 semaines, la période de 18 semaines postérieure à la date prévue de l'accouchement étant alors réduite d'autant.

(3) En cas de naissance de 2 enfants (gémellaire), la période antérieure à la date présumée d'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de 4 semaines ; la période de 22 semaines postérieure à la date prévue l'accouchement est alors réduite d'autant.

## Datation et terme de grossesse

### Définitions des abréviations

- **DDR** : date du 1<sup>er</sup> jour des dernières règles.
- **DDG** : date de début de grossesse = date de fécondation.
- **DDRc** = DDR calculée d'après la DDG = DDG – 2 sem.
- **DFG** : date de fin de grossesse = date du terme.
- **SG** : semaines de gestation depuis la DDG.
- **SA** : semaines d'aménorrhée = SG + 2.
- **MG** : mois de grossesse révolus depuis la DDG.
- **DFG** = DDG + 9 MG = DDRc + 41 SA.

## Déterminer la date de début de grossesse

La date de début de grossesse (DDG) est la date primordiale à déterminer.

### Si assistance médicale à la procréation

- DDG = date de l'insémination.
- DDG = date de remplacement *in utero* de l'embryon.

### Échographie de datation

- Mesures :
  - longueur craniocaudale (LCC) : entre 7 et 11 SA ;
  - diamètre bipariétal (BIP) : à partir de 10 SA jusqu'à 20 SA ;
  - longueur du pied : à partir de 10 SA ;
  - longueur fémorale : à partir de 12 SA.
- Précision :
  - $\pm 3$  jours entre 8 et 14 SA ;
  - $\pm 1$  semaine entre 15 à 20 SA ;
  - au-delà de 20 SA : précision  $> \pm 1$  semaine :
    - utiliser surtout le BIP ( $< 24$  SA)  $\pm 10$  j,
    - la mesure du cervelet ( $< 28$  SA)  $\pm 8$  j,
    - la mesure fémorale ( $< 24$  SA)  $\pm 10$  j.

### Si cycles réguliers sans pilule

- $DDG = DDR + x$  jours ( $x = \text{durée du cycle} - 14$  j).
- Exemples :
  - si cycle normal de 28 jours,  $DDG = DDR + 14$  j ;
  - si cycle court de 24 jours,  $DDG = DDR + 10$  j ;
  - si cycle long de 32 jours,  $DDG = DDR + 18$  j.

## Déterminer la date du terme

Si pas de détermination de DDG.

- *Présence des points d'ossification échographiques* :
  - fémoral inférieur à partir de 32 SA :
    - fémoral inférieur = 3 mm à partir de 36 SA,
    - fémoral inférieur = 5 mm à partir de 37 SA,
    - fémoral inférieur = 7 mm à partir de 38 SA ;
  - tibial supérieur à partir de 34 SA :
    - tibial supérieur = 3 mm à partir de 37 SA.
- *Présence des points d'ossification radiologiques* :
  - point d'ossification de Béclard : fémoral inférieur à partir de 36 SA ;
  - point d'ossification de Tood : tibial supérieur à partir de 37 SA.

## Maturation fœtale

- *Critères échographiques de maturité fœtale* :
  - BIP  $> 92$  mm ;

- grade III placentaire (Grannum)  $\Leftrightarrow$  rapport L/S  $\geq$  2 (L/S = lécithine/sphingomyéline) ;
- point d'ossification fémoral inférieur > 5 mm ;
- point d'ossification tibial supérieur > 3 mm.
- *Critères radiologiques de fœtus à terme* :
  - point fémoral inférieur qui apparaît à 36 SA : présent chez 95 % des fœtus à terme ;
  - point tibial supérieur qui apparaît après la 38 SA : présent chez 60 % des fœtus à terme.

## Consultations prénatales

Le nombre de consultations prénatales (CPN) est fixé à sept examens obligatoires pour une grossesse normale évoluant jusqu'à son terme. Chaque examen prénatal comporte un examen clinique et la recherche de glycosurie et d'albuminurie. Les examens complémentaires qui entourent la surveillance prénatale sont obligatoires ou doivent être proposés systématiquement avec une information.

## Consultation préconceptionnelle

Avant la grossesse en cas de désir de grossesse.

- Recherche des facteurs de risque : diabète, hypertension artérielle (HTA), pathologies à risque, tabac, alcool, drogue, médicaments tératogènes, antécédents de malformations, d'anomalies chromosomiques, etc.
- Examens biologiques :
  - frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans) ;
  - groupe sanguin, phénotype ;
  - toxoplasmose et rubéole ;
  - recherche des agglutinines irrégulières (RAI) ;
  - virus de l'immunodéficience humaine (VIH), virus de l'hépatite C (VHC) si facteur de risque.
- Expliquer le suivi de grossesse.
- Possibilité de prévenir par 400  $\mu\text{g}/\text{j}$  de folates en cas de risque de spina bifida (systématique pour certains).

## 1<sup>re</sup> CPN : « déclaration de grossesse »

- Dépistage des grossesses à risque.
- Avant 14 SA, si possible après l'échographie de datation (12 SA).
- Informations sur le suivi de grossesse.
- Formalités de déclaration de grossesse.
- Auscultation maternelle cardiaque et pulmonaire.
- Examen du col utérin  $\pm$  frottis.
- Examen des seins.

## Examens obligatoires de déclaration de grossesse

- Groupe, rhésus, phénotype, RAI.
- Toxoplasmose (sauf si sérologie positive connue avant la grossesse).
- Rubéole (même si déjà positive, apprécie le statut immunitaire).
- Syphilis avec deux typages obligatoires : *treponema pallidum hemagglutinations assay* (TPHA) et *venereal disease research laboratory* (VDRL).
- Hépatite B (AgHBs) (si vaccinée ajouter Ac HBs pour évaluer le statut immunitaire). Depuis 2016, la Haute Autorité de santé (HAS) recommande de faire la sérologie HBs en début de grossesse plutôt qu'au 6<sup>e</sup> mois de grossesse auparavant (depuis 1992).
- Glycosurie et albuminurie (bandelette urinaire ou BU).

## Examens systématiques non obligatoires mais obligatoirement proposés

- VIH (virus du Sida).
- HT21 évaluation du risque de trisomie 21 (T21) par les marqueurs sériques du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>e</sup> trimestre.
- Diagnostic de rhésus foetal si femme rhésus négatif.
- Échographies obstétricales du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>e</sup> trimestre vers 12 et 22 SA.

## Examens systématiques non obligatoires

- VHC (hépatite C).
- Glycémie à jeun si facteur de risque de diabète gestationnel.
- Hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) 75 g vers 24–28 SA si nécessité.
- Numération-formule sanguine (NFS), plaquettes. Seule la numération est utile, la formule sanguine avec les pourcentages des différents leucocytes est sans intérêt. On devrait demander une simple numération des hématies et leucocytes.
- Frottis du col utérin chez une femme de plus de 25 ans non suivie, ou si le dernier date de plus de 2 ou 3 ans.

## Interrogatoire lors de la 1<sup>re</sup> CPN

- **Statut social de la mère** : identité, ethnie, lieu de naissance, adresse, téléphones, profession, mode de vie (seule, famille, foyer...), transports (durée, fréquence).
- **Père de l'enfant** (si la patiente accepte d'en faire état) : identité, profession, taille, groupe sanguin, maladies génétiques, consanguinité, mode de vie, ethnie, lieu de naissance, enfants d'autres « lits » et leur devenir.
- **Antécédents familiaux** : diabète, HTA, thromboses, cancers (seins) et toutes maladies héréditaires pouvant bénéficier d'un diagnostic anténatal.
- **Antécédents médicaux et chirurgicaux non obstétricaux** : HTA, diabète, infections urinaires, épilepsie, phlébite, asthme, vascularites, interventions chirurgicales et modes d'anesthésie, transfusions et allergies.