3e édition

Protocoles en Gynécologie Obstétrique

Collège national
des gynécologues et
obstétriciens français

CNGOF

Conférence nationale
des PU-PH en
gynécologie-obstétrique

ELSEVIER
MASSON

Chez le même éditeur

Gynécologie pour le praticien, par J. Lansac, P. Lecomte, H. Marret, 2012, 624 pages.

Obsétrique pour le praticien, par J. Lansac, G. Magnin, L. Senthiles, 2013, 584 pages.

Avant-propos de la première édition

Ce livret de poche est un guide pour les internes de garde en gynécologie obstétrique. Il peut être utile aux étudiants en médecine, aux sages-femmes et parfois aux seniors.
Il a été réalisé à partir des protocoles de nombreux services, puis corrigé par le CNGOF, les PU-PH en gynécologie obstétrique et l'association des gynécologues obstétriciens en formation (AGOF), afin qu'il puisse être utilisé dans la grande majorité des situations.
Des espaces libres permettent des annotations personnelles et permettront de mentionner des contacts ou des commentaires propres à chaque service.
Bonne garde.

Pr. G.Body, Pr. P. Marès, coordinateurs de l'ouvrage, CNGOF
Pr. F. Puech, président du CNGOF
Pr. S. Uzan, président du conseil national des universités
Dr. S. Bendifallah, président de l'AGOF

Remerciements

Les coordinateurs et les auteurs de cet ouvrage souhaitent remercier les praticiens qui ont apporté leur contribution à la rédaction d'un certain nombre de protocoles :

Yannick Bacq (praticien hospitalier, CHU Tours)
Paul Chatel (chef de clinique assistant, AP-HP)
Élodie Clouqueur (praticien hospitalier, CHU Lille)
Marion Cornuau (assistant spécialiste, CHU Tours)
Carine Crochet (chef de clinique, CHU Tours)
Brigitte Fatton (praticien hospitalier, CHU Nîmes)
Marion Guckert (interne, CHU Lille)
Iris Kellal (chef de clinique CHU, Tours)
Vincent Letouzey (chef de clinique, CHU Nîmes)
Laurent Mandelbrot (PU-PH, AP-HP)
Florent Masia (chef de clinique, CHU Nîmes)
Eve Mousty (chef de clinique, CHU Nîmes)
Lobna Ouldamer (chef de clinique, CHU Tours)
Vincent Pez (interne, CHU Lille)
Olivier Pouget (chef de clinique, CHU Nîmes)
Emilie Raimond (chef de clinique, CHU Reims)
Thameur Rakza (praticien hospitalier, CHU Lille)
Sylvie Ripart-Neveu (praticien hospitalier, CHU Nîmes)
Emmanuel Simon (chef de clinique, CHU Tours)
Nathalie Trignol-Viguier (praticien hospitalier, CHU Tours)

Abréviations

ABP	antibioprophylaxie
AC	anticorps
ACE	antigène carcino-embryonnaire
AINS	anti-inflammatoire non stéroïdien
ALAT	alanine aminotransférase
AMM	autorisation de mise sur le marché
AMP	assistance médicale à la procréation
ARCF	anomalie du rythme cardiaque fœtal
ASA	*American Society of anesthesiologists*
ASAT	aspartate aminotransférase
ASMR	amélioration du service médical rendu
ASP	abdomen sans préparation
AT	antithrombine
ATB	antibiotique
AVAC	accouchement vaginal après césarienne
AVB	accouchement voie basse
AVK	antivitamine K
AVP	accident de la voie publique
BAT	bas anti-thrombose
BAV	bloc atrioventriculaire
BDC	bruit du cœur
BH	bilan hépatique
BIP	diamètre bipariétal
BU	bandelettes urinaires
CA	*cancer antigen*
CCIS	carcinome canalaire *in situ*
CFA	compte des follicules antraux
CIG	cholestase intra-hépatique gravidique
CISIH	centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine
CIV	communication interventriculaire
CIVD	coagulation intravasculaire disséminée
CMV	cytomégalovirus
COP	contraception œstroprogestative
CPAC	césarienne programmée après césarienne
CPDPN	centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
CRAT	Centre de renseignements sur les agents tératogènes
CRP	*C reactive protein*
CT	*Chlamydiae trachomatis*
CU	contraceptions d'urgence
DA	délivrance artificielle
DAN	diagnostic anténatal
DC	dilatation complète
DES	diéthylstilbestrol

DG	diabète gestationnel
DIU	dispositif intra-utérin
DLG	décubitus latéral gauche
DMPA	*depot medroxyprogesterone acetate*
DO	doppler ombilical
EBV	*Epstein-Barr virus*
ECBLA	examen cytobactériologique du liquide amniotique
ECBU	examen cytobactériologique des urines
ECBV	examen cytobactériologique du vagin
ECG	électrocardiogramme
EG	état général
EN	échelle numérique
EP	embolie pulmonaire
EPF	estimation du poids fœtal
ERCF	enregistrement du rythme cardiaque fœtal
EVA	échelle visuelle analogique
FC	fausse couche
FC	fréquence cardiaque
FCS	fausse couche spontanée
FCT	fausse couche tardive
FR	fréquence respiratoire
FIV	fécondation *in vitro*
FV	facteur V Leiden
GEU	grossesse extra-utérine
GIU	grossesse intra-utérine
GnRH	*gonadotropin releasing hormone*
HAS	Haute Autorité de santé
HBPM	héparine de bas poids moléculaire
hCG	*human chorionic gonadotropin*
HGPO	hyperglycémie *per os*
HNF	hyperplasie nodulaire focale
HNPCC	*hereditary non-polyposis colorectal cancer*
HSO	hyperstimulation ovarienne
HRP	hématome rétroplacentaire
HSV	*Herpes simplex virus*
HT	hystérectomie totale
HTA	hypertension artérielle
HU	hauteur utérine
IADE	infirmier anesthésiste diplômé d'État
IDR	intradermoréaction
IEC	inhibiteur de l'enzyme de conversion
IGH	infection génitale haute
IM	(voie) intramusculaire
IMC	indice de masse corporelle
IMG	interruption médicale de grossesse
INTI	inhibiteur de la transcriptase inverse
IP	inhibiteur de la protéase
IRM	imagerie par résonance magnétique
IRS	inhibiteur de la recapture de la sérotonine
ISCI	*intra cytoplasmic sperm injection*

IST	infection sexuellement transmissible
ITT	interruption temporaire de travail
IV	(voie) intraveineuse
IVD	(voie) intraveineuse directe
IVG	interruption volontaire de grossesse
IVL	(voie) intraveineuse lente
IVSE	(voie) intraveineuse à la seringue électrique
LA	liquide amniotique
LCC	longueur cranio-caudale
LCR	liquide céphalo-rachidien
LDH	lactate déshydrogénase
LF	longueur fémorale
LHRH	*luteinizing hormone releasing hormone*
MAF	mouvements actifs fœtaux
MAP	menace d'accouchement prématuré
MAVU	malformation artérioveineuse utérine
MFIU	mort fœtale *in utero*
MICI	maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
MIU	mort *in utero*
MLU	masse latéro-utérine
MRIDTI	*magnetic resonance direct thrombus imaging*
MS	marqueurs sériques
MTEV	maladie thromboembolique veineuse
NFS	numération formule sanguine
NP	numération plaquettaire
OAP	œdème aigu pulmonaire
OATS	oligoasthénotératospermie
OMS	Organisation mondiale de la santé
PA	pression artérielle
PAD	pression artérielle diastolique
PAG	petit poids pour l'âge gestationnel
PAM	plaque aréolo-mamelonnaire
PAS	pression artérielle systolique
PC	périmètre céphalique
PCA	*patient control analgesia*
PCR	*polymerase chain reaction*
PCT	procalcitonine
PDF	produit de dégradation du fibrinogène
PE	pré-éclampsie
PFE	poids fœtal estimé
PG5	polyionique G5
PLA	ponction de liquide amniotique
PMI	protection maternelle infantile
PSF	ponction de sang fœtal
PTAI	purpura thrombopénique auto-immun
PTI	purpura thrombopénique immunologique
PV	prélèvement vaginal
RAI	recherche d'agglutinines irrégulières
RCF	rythme cardiaque fœtal
RCIU	retard de croissance intra-utérin

RCP	recommandations de pratiques cliniques
RCP	réunion de concertation pluridisciplinaire
ROT	réflexe ostéotendineux
RPCA	résistance à la protéine C activée
RPDE	rendez-vous de consultation rapide
RPM	rupture prématurée des membranes
RS	rapport sexuel
RSM	rupture spontanée des membranes
RTE	radiothérapie externe
RU	révision utérine
SA	semaine d'aménorrhée
SAP	seringue auto-pulsée
SAPL	syndrome des antiphospholipides
SBR	Scarff Bloom et Richardson
SC	(voie) sous-cutanée
SCC	*squamous cell carcinoma*
SDRA	syndrome de détresse respiratoire aiguë
SFAR	Société française d'anesthésie réanimation
SFU	signes fonctionnels urinaires
SGA	streptocoque du groupe A
SGB	streptocoque du groupe B
SIU	système intra-utérin hormonal
SOB	salpingo-ovariectomie bilatérale
SOPK	syndrome des ovaires polykystiques
SPRM	modulateurs sélectifs des récepteurs à la progestérone
STT	syndrome transfuseur–transfusé
TA	tension artérielle
TAAN	technique d'amplification des acides nucléiques
TCA	temps de céphaline activée
THM	traitement hormonal de la ménopause
TIU	*tomographic ultrasound imaging*
TNM	*tumor node metastasis*
TOT	*trans obturator tape*
TP	taux de prothrombine
TPE	traitement de prophylaxie post-exposition
TPHA-VDRL	*treponema pallidum hemagglutinations assay- venereal disease research laboratory*
TR	toucher rectal
TSH	*thydroïd stimulating hormone*
TSHus	*thydroïd stimulating hormone ultra sensitive*
TTG	tumeur trophoblastique gestationnelle
TV	toucher vaginal
TVBAC	tentative de voie basse après césarienne
TVP	thrombose veineuse profonde
TVT	*tension free vaginal tape*
VCT	variation à court terme
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VME	version par manœuvres externes
VMI	version par manœuvres internes
VS	vitesse de sédimentation

Table des matières

Gynécologie

1 Accueil des patientes aux urgences gynécologiques 3
2 Douleurs pelviennes aiguës 5
3 Douleurs pelviennes chroniques 7
4 Antalgiques 12
5 Demande de traitement de myome utérin 15
6 Échographie en gynécologie 19
7 Infections génitales basses 24
8 Infections génitales hautes (salpingites) 27
9 Vomissements gravidiques 31
10 Prise en charge des grossesses arrêtées et des fausses couches spontanées (FCS) du 1er trimestre 33
11 Fausses couches à répétition 36
12 Grossesse extra-utérine 37
13 Maladies trophoblastiques 41
14 Interruption volontaire de grossesse (IVG) 43
15 Interruption médicale de grossesse (>15 SA) 46
16 Contraception 49
17 Contraception d'urgence 51
18 Demande de stérilisation tubaire 55
19 Bilan pré-FIV (fécondation *in vitro*) et infertilité 57
20 Syndrome d'hyperstimulation ovarienne (HSO) 59
21 Accueil des femmes victimes de violences sexuelles 62
22 Accidents d'exposition au VIH 67
23 Examens préopératoires systématiques 72
24 Préparations préopératoires 74
25 Antibioprophylaxie en chirurgie gynécologique 76
26 Prévention des thromboses en gynécologie 78
27 Classifications et scores en gynécologie 80
28 Cancers gynécologiques et mammaires 96

Obstétrique

29 Prise en charge d'une menace d'accouchement prématuré (MAP) 113
30 Prévention en cas d'antécédent d'accouchement prématuré ou de fausse couche tardive 115
31 Rupture prématurée des membranes entre 24 et 34 SA 116
32 Hyperthermie au cours de la grossesse 118
33 Infections urinaires 121
34 Colique néphrétique 123
35 Streptocoque B 124
36 Infection invasive à streptocoque du groupe A 125
37 Retard de croissance intra-utérin 126
38 Pré-éclampsie 131
39 Hématome rétroplacentaire 134
40 Mort *in utero* 137
41 Cholestase intra-hépatique gravidique (CIG) 140
42 Thrombophilies et grossesse 142
43 Prévention de la maladie thromboembolique veineuse et grossesse 144
44 Maladies thromboemboliques et grossesse 146
45 Thrombopénie et grossesse 148
46 Diabète gestationnel 150
47 Diabète antérieur et grossesse 152
48 Hydramnios 154
49 Toxicomanie 156
50 Traumatisme et grossesse 158
51 Prophylaxie de l'endocardite infectieuse 159
52 Hépatites B et C 160
53 Herpès génital et grossesse 162
54 Varicelle 164
55 VIH – Conduite à tenir à l'accouchement 166
56 Rubéole 170
57 Syphilis 172
58 Coqueluche 174
59 Toxoplasmose 176
60 Grippe et grossesse 179
61 Médicaments et grossesse 181
62 Version par manœuvre externe 186
63 Siège 188
64 Dystocie des épaules 191
65 Interprétation du rythme cardiaque fœtal et asphyxie fœtale 193

66 Utérus cicatriciel 198
67 Procidence du cordon 200
68 Rupture prématurée de la poche des eaux à terme 202
69 Maturation – déclenchement du travail 204
70 Prise en charge d'un placenta prævia hémorragique 207
71 Grossesse prolongée 209
72 Grossesse et accouchement gémellaire 210
73 Mort-nés – formalités 213
74 Fièvre pendant le travail 216
75 Antibioprophylaxie 217
76 Indications des prélèvements néonataux 219
77 Délivrance dirigée 221
78 Révision utérine 222
79 Délivrance artificielle 223
80 Hémorragie de la délivrance 224
81 Traitement de l'anémie du post-partum 226
82 Prévention de l'allo-immunisation 227
83 Complications de l'allaitement 230
84 Inhibition de la lactation 232
85 Contraception du post-partum 234
86 Examens systématiques à la sortie de la maternité 239

This page intentionally left blank

I

Gynécologie

1 Accueil des patientes aux urgences gynécologiques

- Les services d'accueil des urgences gynécologiques ont pour vocation d'accueillir en continu (24 h/24) et toute l'année toute patiente susceptible de présenter une pathologie gynécologique et/ou obstétricale précoce (moins de 22 SA)
- De façon générale, les services d'urgence voient leur fréquentation augmenter d'année en année ce qui nécessite une organisation du personnel (infirmières et secrétaires dédiées) et des locaux (salle d'attente dédiée, bureau d'accueil, salles d'examens dédiées avec matériel d'urgence et chariot de réanimation à proximité, salle d'échographie dédiée)
- Le tableau de garde doit toujours être à jour et rapidement accessible pour faciliter la communication : externe, interne et chef de garde de gynécologie obstétrique, IADE, interne et chef de garde d'anesthésie avec leurs numéros de poste respectifs
- Les prises en charge seront idéalement protocolisées dans un classeur, rendues facilement accessibles pour tout personnel « novice » (externes, nouveaux internes...) et standardisées pour certains points. Ex. : β-hCG chez toute femme en âge de procréer, Rhésus chez toute femme présentant des métrorragies du 1er trimestre...
- La règle d'or de l'équipe médicale doit être : ne pas confondre **vitesse** et **précipitation** et **rester courtois** face à des patientes et/ou des conjoints pouvant, selon les circonstances, être très angoissé(e)s et parfois faire preuve d'une authentique agressivité

1. Identifier le motif de consultation

Le but d'une structure d'urgence est d'assurer un diagnostic rapide et proposer une prise en charge adaptée en réalisant une consultation spécialisée exhaustive de gynécologie associée, si nécessaire, à la réalisation d'examens paracliniques adéquats : bilans sanguins, échographie pelvienne et/ou endovaginale...

- **Motifs de prise en charge prioritaire :** hémorragie importante et/ou signes de choc, douleur aiguë (EVA > 8), agression sexuelle récente
- **Motifs moins prioritaires :** patientes adressées par un médecin (courrier ou appel téléphonique) et patientes revenant dans le cadre d'un suivi
- **Motifs autres :** les patientes sont vues dans l'ordre d'arrivée

2. Réorienter dans certaines conditions

Au calme, dans le bureau d'admission ou dans la salle de consultation :

- clarifier la demande
- confirmer l'absence de signe de gravité ou d'urgence
- demander un avis médical

Les situations peuvent être différentes :

- demande spécifique avec erreur d'orientation manifeste : réorienter la patiente vers le service ou l'unité adéquate en expliquant le motif de la réorientation pour une prise en charge adaptée. Ex. : demande d'échographie morphologique, demande d'IVG...

- demande ou plainte sans aucun critère de gravité ni d'urgence et sans consultation préalable chez un médecin traitant. Si le délai d'attente est long, il peut être proposé de réorienter vers le médecin traitant ou la consultation programmée de gynécologie. Cette réorientation se fait en accord avec la patiente. Ex. : demande de test de grossesse sans douleur ni métrorragie, demande d'une échographie en début de grossesse par anxiété...

3. Éléments de la prise en charge immédiate

- En cas d'hémorragie importante, voire de signes de choc :
  - prise des constantes : pouls, tension artérielle, température, fréquence respiratoire
  - mise en place d'une voie veineuse de bon calibre (16 G)
  - réaliser un prélèvement sanguin :
    - NFS, plaquettes, TP, TCA, fibrinogène
    - groupe Rhésus, phénotype, recherche d'agglutinines irrégulières
    - β-hCG, CRP
    - ± tube vert « en réserve » pour un éventuel complément de bilan (bilan hormonal, ionogramme, urée, créatininémie)
  - perfuser par :
    - Ringer-lactate : 500 cc
    - ± PG5 (Plasmalyte® 500 cc)
  - appel urgent de l'équipe de garde, anesthésiste compris
- En cas de douleur importante (EVA > 8) :
  - prélèvement sanguin : NFS, plaquettes, TP, TCA, fibrinogène, β-hCG, groupe Rhésus, RAI + tubes en réserve pour complément de bilan (CRP, bilan hépatique, ionogramme sanguin, urée, créatininémie, bandelette urinaire)
  - débuter Perfalgan® en IVL
  - laisser la patiente à jeun
  - appeler l'équipe de gynécologie de garde

4. Et ensuite...

- Le service doit disposer d'une « main courante » recensant chaque passage dans un souci de traçabilité avec les coordonnées de la patiente, le motif de consultation, les examens réalisés (cotation des actes) et la prise en charge proposée
- Au décours de la prise en charge de la patiente, un courrier relatant la consultation et la prise en charge proposée à la patiente sera adressé à son médecin traitant et/ou son gynécologue pour assurer la continuité des soins et la collaboration public/privé
- L'ensemble des dossiers est révisé par un médecin senior le lendemain de la garde pour valider les prises en charge proposées et revoir les patientes hospitalisées dans la nuit pouvant être en attente de conduite à tenir
- Le cas échéant, ne pas hésiter à reconvoquer une patiente pour complément d'investigation

2 Douleurs pelviennes aiguës

Deux objectifs principaux

- *Faire le diagnostic le plus rapidement possible car :*
  - *seul moyen efficace pour traiter la douleur*
  - *évite l'apparition de complications (nécrose de l'ovaire en cas de torsion d'annexe, péritonite en cas d'appendicite...).*
- *Soulager la douleur dans l'intervalle.*

1. Interrogatoire et examen clinique (avec pouls, TA, T °C, bandelette urinaire)

Complétés systématiquement par une **échographie pelvienne** (par voie abdominale et endovaginale).

2. Évaluation de la douleur

Par EVA (échelle visuelle analogique) ou à défaut EN (échelle numérique) :

- 0 < EVA < 6 : Paralyoc® 1 g
- EVA > 6 : voie veineuse + Ringer 500 mL + paracétamol (Perfalgan®) 1 g IVL
- adapter ensuite antalgiques en fonction de : l'évolution de la douleur, la pathologie suspectée (infection ? colique néphrétique ? nécrobiose de fibrome ?), le contexte de grossesse ou non
- attention : pas de nalbuphine (Nubain®), ni AINS si intervention/anesthésie (et pas d'AINS si infection), préférer néfopam (Acupan®) si patiente non enceinte (IVSE 4 ampoules de 20 mg dans 48 cc de sérum physiologique administré à la dose de 2 mL/h), ou morphine.

3. Voie veineuse périphérique systématique si

- TA ≤ 9/4 + Ringer lactate 500 mL
- EVA ≥ 6
- T °C > 38,5 °C + paracétamol (Perfalgan®) 1 g IVL

4. Examens biologiques systématiques

- **Bandelette urinaire et ECBU** si bandelette urinaire positive (leucocytes +, ou nitrites +, ou hématies +)
- Dosage quantitatif des β-hCG plasmatiques (sauf en cas de ménopause)
- NFS plaquettes
- CRP
- **Recherche de *Chlamydiae* par TAAN** (technique d'amplification des acides nucléiques) sur l'ECB vaginal ou à défaut dans les urines (1er jet)

5. Examens complémentaires éventuels

- Bilan préopératoire (TP, TCA, NFS plaquettes, fibrinogène, RAI et groupe sanguin Rhésus phénotypé avec double détermination)
- Hémocultures si T °C ≥ 38,5 °C
- Prélèvement vaginal et endocol pour examen bactériologique si leucorrhées pathologiques (bactériologie standard et germes des IST)
- ASP
- Échographie abdomino-pelvienne/rénale
- Avis spécialisés
- Scanner/IRM
- Cœlioscopie diagnostique

6. Traitement selon orientation étiologique et traitement antalgique

Grossesse extra-utérine : voir fiche 12, Grossesse extra-utérine
Salpingite : voir fiche 8, *Infections génitales hautes*
Torsion d'annexe = trois éléments d'orientation :

- douleur brutale en coup de poignard
- signes digestifs (nausées et vomissements)
- notion (connue ou pas) de kyste de l'ovaire

Le diagnostic repose sur le TV (masse hyperalgique latéro-utérine) et l'échographie (image de kyste ovarien hétérogène non vascularisé ou plus rarement de fibrome pédiculé tordu).
Traitement cœlio-chirurgical urgent permettant le plus souvent une conservation ovarienne, cette possibilité étant d'autant plus grande que le délai entre le début des symptômes et le moment de l'intervention est plus court.
Kyste hémorragique de l'ovaire = deux éléments d'orientation :

- douleur brutale
- douleur provoquée, parfois secondaire à un rapport sexuel

Le diagnostic repose sur le TV (masse hyperalgique latéro-utérine) et l'échographie (image de kyste ovarien hétérogène avec parfois des cloisons ou un niveau liquide et souvent un épanchement dans le cul-de-sac de Douglas d'abondance variable).
Le traitement est essentiellement antalgique avec du repos et une surveillance étroite.
Par contre, en cas d'hémopéritoine majeur, d'aggravation de la symptomatologie ou de doute diagnostique, une intervention cœlio-chirurgicale s'impose.
Autres causes non gynécologiques :

- causes urinaires : colique néphrétique, infection urinaire
- causes digestives : appendicite aiguë, occlusion intestinale

Elles relèvent d'un traitement spécifique.

3 Douleurs pelviennes chroniques

La principale erreur à ne pas commettre devant une symptomatologie à début plus ou moins ancien et pouvant, de ce fait, avoir un retentissement psychologique, est de s'orienter trop rapidement vers une origine psychologique ; celle-ci doit toujours rester un diagnostic d'élimination.
Les grandes lignes de la conduite à tenir reposent sur :

- **interrogatoire :** périodicité de la douleur par rapport aux règles, évolutivité, position antalgique, efficacité des antalgiques, type de douleur, facteurs déclenchants, signes d'accompagnement, antécédents, profil psychologique et socio-économique
- **examen clinique** +++
- **évaluation de la douleur** par EVA (échelle visuelle analogique) ou EN (échelle numérique)
- **examens complémentaires en fonction du contexte et des éléments d'orientation :** (NFS plaquettes, CRP, dosage quantitatif des β-hCG plasmatiques, échographies pelviennes...)
- **traitement selon l'orientation étiologique**

Douleurs pelviennes chroniques cycliques

1. Syndrome intermenstruel

- Survient vers J14
- Pesanteur pelvienne diffuse de courte durée (1 j en général)
- Parfois métrorragie intermenstruelle
- Gonflement abdomino-pelvien
- Signes d'imprégnation œstrogénique
- Examens complémentaires inutiles (voire échographie)
- Prise en charge symptomatique par un traitement antalgique

2. Syndrome prémenstruel

- Dans la seconde phase de cycle, précédant les règles et disparition avec l'apparition de celles-ci
- Mastodynies, congestion pelvienne
- Irritabilité et anxiété
- Céphalées, migraines cataméniales, œdèmes
- Examen gynécologique normal
- Prise en charge symptomatique (antalgique) ou progestatifs en seconde partie de cycle ou œstro-progestatifs afin de régulariser le cycle et éventuellement d'assurer la contraception

3. Dysménorrhées, algoménorrhées

Primaires (le plus souvent fonctionnelles)

- Hypercontractilité du myomètre
- Troubles hormonaux
- Facteurs psychologiques

- Examen gynécologique normal mais rechercher une malformation génitale responsable d'une rétention menstruelle (imperforation hyménéale, diaphragme vaginal, hémivagin borgne...)
- Traitement : abstention ou AINS ou œstro-progestatifs

Secondaires ou organiques

- Endométriose :
  - douleurs chroniques à recrudescence prémenstruelle, parfois associées à une dyspareunie profonde, une dyschésie, des troubles urinaires, une infertilité
  - diagnostic orienté par la clinique (nodule de la cloison recto-vaginale, ligaments utéro-sacrés tendus voire nodulaires, masse latéro-utérine)
  - examens complémentaires :
    - échographie : recherche de kyste(s) annexiel(s) évocateur(s) d'endométriome
    - IRM (en cas de forte suspicion clinique après échec d'un test thérapeutique par AINS, œstroprogestatif, progestatif) : topographie des lésions profondes sous-péritonéales, ovariennes voire péritonéales
  - cœlioscopie à visée thérapeutique et non pas uniquement diagnostique. Le diagnostic d'endométriose et la topographie des lésions doivent être établis avant la chirurgie

La prise en charge est adaptée en fonction de la symptomatologie présentée (douleur, infertilité ou les deux). Le traitement chirurgical visera à réaliser l'ablation des lésions péritonéales, profondes et ovariennes en veillant à épargner au maximum le cortex ovarien.

Kystes ovariens : le traitement de référence est la kystectomie intrapéritonéale (en cas de volumineux kyste symptomatique) après décollement du kyste de la fossette ovarienne. Certains privilégient la vaporisation laser de la paroi du kyste qui épargnerait au maximum la réserve folliculaire.

Endométriose péritonéale : coagulation des lésions, exérèse ou vaporisation laser.

Endométriose sous-péritonéale : qu'elle soit située dans la cloison recto-vaginale ou au niveau des ligaments utéro-sacrés, le traitement doit être réservé à des centres de référence car la dissection peut parfois être difficile et les complications non négligeables. Certaines écoles réalisent d'emblée des résections recto-sigmoïdiennes, d'autres préfèrent le traitement conservateur avec préservation du rectum *(shaving rectal)*, les lésions n'infiltrant pas la muqueuse (périviscérite). Le traitement préopératoire par agoniste de la GnRH donne aussi lieu à controverses. Il peut être utile pour diminuer les phénomènes inflammatoires et éventuellement avant FIV (amélioration des résultats). En période postopératoire, le traitement visera à obtenir une hypo-œstrogénie et en l'absence de désir de grossesse, un traitement par progestatif ou œstroprogestatif pourra être proposé.

- Adénomyose utérine :
  - il s'agit d'une maladie classiquement de la périménopause de diagnostic parfois difficile :
    - ménométrorragies et/dysménorrhée
    - utérus globuleux, mou, sensible
  - examens complémentaires :
    - échographie : utérus globuleux, augmenté de volume; asymétrie d'épaisseur entre le mur postérieur et le mur antérieur, myomètre hétérogène

- hystéroscopie : orifices des diverticules, zones d'hypervascularisation focale, cornes utérines dilatées
- IRM : adénomyome, parfois épaississement de la zone jonctionnelle
- prise en charge thérapeutique

Traitement médical peu efficace, en dehors du SIU au lévonorgestrel (Mirena®), réservé aux femmes jeunes. Progestatifs des groupes prégnane et surtout norprégnane (J5–J25), Ag GnRH seulement en préopératoire pour diminuer le risque d'anémie postopératoire.

Traitement généralement chirurgical : endométrectomie ou destruction de l'endomètre (Thermachoice®, Novasure®) en connaissant le risque de récidive (risque plus important si adénomyose profonde), hystérectomie (traitement radical constamment efficace).

- Malformations utéro-vaginales, sténoses organiques du col :
  - douleur croissante pendant les règles, devenant aiguë, à type de colique expulsive
  - étiologies :
    - congénitales : malformations utéro-vaginales, imperforation hyménéale
    - acquises : antécédents de chirurgie du col (essentiellement conisation), antécédents de curetage avec synéchies cervico-isthmiques
  - clinique : aspect de l'hymen, du col, diaphragme hyménéal complet bombant sous la pression d'un hématocolpos
  - échographie : recherche d'une hématométrie
  - traitement en fonction de l'étiologie

Douleurs pelviennes chroniques non cycliques

1. Infections génitales chroniques

- Rechercher des antécédents de gestes intra-utérins, de salpingites
- Pesanteur pelvienne, leucorrhées, métrorragies
- Évolution marquée par des poussées sub-aiguës fébriles
- Examen clinique : rechercher une douleur à la mobilisation utérine et/ou annexielle, voire une masse annexielle
- Examens complémentaires :
  - syndrome inflammatoire biologique
  - prélèvement bactériologique vaginal et de l'endocol avec recherche de *Chlamydiae* et *Neisseria*
  - échographie : normale ou hydrosalpinx, abcès tubo-ovariens, épanchement intrapéritonéal
- Traitement : drainage sous contrôle radiologique (échographie ou scanner) ou cœlioscopie avec drainage de l'abcès, voire salpingectomie ou annexectomie
- Antibiothérapie probabiliste par voie IV, puis orale pendant 2 semaines, secondairement adaptée au germe (voir fiche 8, *Infections génitales hautes*)

2. Endométriose pelvienne

Voir plus haut.

3. Fibrome utérin

- Plutôt pesanteur pelvienne si utérus volumineux
- Examen clinique : augmentation de volume de l'utérus au TV

- Examens complémentaires :
  - échographie : confirme le diagnostic, taille, nombre et topographie des fibromes
  - hystérosonographie ou hystéroscopie : en complément de l'échographie, confirment le caractère intracavitaire d'un fibrome
  - IRM : intérêt en préopératoire avant myomectomie sur utérus polymyomateux, ou en cas de traitement par embolisation des artères utérines. Précise le nombre, la taille et la topographie exacte des myomes
- Traitement : en fonction de l'âge et du désir de grossesse :
  - abstention si asymptomatique et si taille < 10 cm
  - traitement médical : efficacité importante des SPRM (modulateurs sélectifs des récepteurs à la progestérone – Esmya®) sur les saignements et plus rapide que les analogues de la LHRH, obtenue dans les 8 jours qui suivent le début du traitement. Les progestatifs (prégnanes et surtout norprégnanes) sont moins efficaces pour diminuer les saignements liés aux anomalies endométriales associées
  - traitement chirurgical : myomectomie unique ou multiple, hystérectomie par voie cœlioscopique (totale ou sub-totale), par voie vaginale ou par laparotomie (réservée aux volumineux utérus non accessibles par une autre voie). La réduction du volume obtenue par les SPRM peut permettre d'améliorer l'accessibilité opératoire

4. Tumeurs ovariennes bénignes ou malignes

- Pesanteur pelvienne si kystes volumineux, mais aussi parfois en cas de complications douloureuses telles que torsion ou rupture
- Examen clinique à la recherche d'une masse latéro-utérine
- Examens complémentaires :
  - échographie pelvienne : recherche de critères de malignité
    - taille > 5 cm
    - cloisons
    - végétations endo- ou exokystiques
    - tumeur mixte (composante liquidienne + composante solide)
    - épanchement intrapéritonéal
  - CA125, CA19-9

En l'absence de critère de malignité, un contrôle pourra être réalisé à 3 mois.
Stratégie thérapeutique en cas de kyste organique :

- on pourra proposer la cœlioscopie avec kystectomie intrapéritonéale ou l'annexectomie après cytologie péritonéale première en fonction de l'âge
- en cas de suspicion de cancer de l'ovaire : voir fiche 28.

5. Malpositions utérines

Douloureuses uniquement dans deux cas :

- rétroversion utérine fixée par des adhérences (endométriose, infection, antécédents chirurgicaux)
- rétrodéviation du syndrome de Master et Allen (notion d'accouchement traumatique, douleur pelvienne orthostatique, exagérée à la fatigue, soulagée par le décubitus, dyspareunie profonde, utérus rétroversé douloureux et très mobile)

Il s'agit de situations très rares : les indications de traitement chirurgical sont exceptionnelles, voire discutables.

6. Causes extragynécologiques

- Digestives : maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), troubles du transit, colites fonctionnelles
- Urologique : cystite chronique
- Névralgie pudendale : le diagnostic de syndrome canalaire du nerf pudendal est un diagnostic avant tout clinique. Il n'y a aucun marqueur clinique ou paraclinique spécifique de cette pathologie. Un faisceau d'argument permet cependant d'évoquer le diagnostic. Les critères indispensables au diagnostic sont : l'existence d'une douleur située dans le territoire anatomique du nerf pudendal, aggravée en station assise, ne réveillant pas la nuit, sans hypoesthésie objective à l'examen clinique mais avec un bloc anesthésique du tronc du nerf pudendal positif.

Elles relèvent d'un traitement spécifique.

7. Douleurs dites essentielles

- Sans substratum organique
- Diagnostic d'élimination à poser avec la plus grande prudence après un bilan complet
- Nécessité d'une prise en charge psychologique

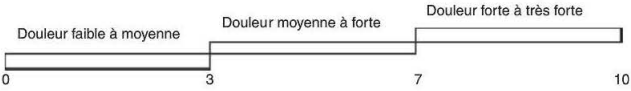
4 Antalgiques

Quelques règles d'or

Le mode d'expression d'une douleur est variable, différent et propre à chaque patient.
L'objectif n'est pas d'atteindre 0/10 à l'échelle visuelle analogique (EVA) mais un score acceptable par le patient.
Il est plus facile de prévenir la douleur que de la traiter une fois installée.

Principes thérapeutiques

- Évaluer la douleur en s'aidant des échelles globales (EVA)
- Traiter selon l'évaluation, le type de douleur et la demande du patient
- Évaluer rapidement les effets du traitement avec la même échelle d'évaluation
- Prévenir et traiter les effets secondaires
- Réévaluer au quotidien les besoins du patient
- À titre indicatif :
  - raisonnement d'utilisation des antalgiques dans les douleurs par excès de nociception selon trois paliers (EVA) :



  - palier I : paracétamol
  - palier II : néfopam (Acupan®) et tramadol (ex. : Topalgic®) en association avec le paracétamol ou codéine seule ou en association avec le paracétamol, dihydrocodéine
  - palier III : morphine, fentanyl, hydromorphone, oxycodone, agonistes purs... après avis spécialisé.

Les AINS peuvent être utilisés comme co-analgésiques à tous les niveaux avec leurs risques d'effets indésirables digestifs et rénaux habituels.

Surveillance de la douleur

Moyens

- Échelle numérique cotée de 0 à 10

Quand ?

- À l'arrivée du patient pour tout patient
- Et, chez le patient douloureux, tous les jours au repos et à la mobilisation, avant et après administration d'antalgique, avec la même échelle

Principaux antalgiques – paliers OMS

	Posologie par 24 h	Rythme
	Palier 1	
Paracétamol	1,5 à 4 g	4 à 6 h
	Palier 2	
Codéine	100 à 300 mg	4 à 6 h
	Palier 3	
Morphine IV bolus ou PCA	pas de dose maximum	
Actiskénan®/Sevredol®		4 h
Nubain® 20 mg IV	40 à 80 mg	4 à 6 h
AINS		
Kétoprofène (Profénid®) IV	100 à 300 mg	8 à 12 h
Antalgiques purs		
Acupan® 20 mg IV	80 à 120 mg	4 à 6 h

Exemples de tableaux cliniques

- Colique néphrétique : paracétamol, AINS ou Nubain® si grossesse
- GEU avec indication chirurgicale : paracétamol IV ou, si inefficace, Nubain®
- GEU sans indication chirurgicale : paracétamol *per os*

Effets indésirables

1. Morphine

- Constipation (95 %) : prévention et traitement (laxatifs osmotiques et/ou stimulants)
- Nausées, vomissements : Primpéran®, Motilium®, Droleptan® (0,5 mg IVL)
- Hallucinations, confusion : Haldol® ; si inefficace : arrêt de la morphine

2. Signes de surdosage

- Somnolence avec chute de langue en arrière
- Dépression respiratoire (FR < 8) :
  - **arrêt du traitement** et réévaluation avec reprise de la morphine à des doses plus faibles
  - **en urgence**, en cas de dépression respiratoire sévère : Narcan® 1/2 à 1 amp en IVL (le Mucomyst® n'est plus utilisé)

Exemples

Analgésiques par voie parentérale en postopératoire immédiat ou en phase aiguë

Analgésiques non morphiniques

Recommandés en cas de chirurgie de surface peu douloureuse ou en cas de contre-indication à d'autres analgésiques :

- paracétamol (Perfalgan®) :
  - 1 g 3 à 4 fois/24 h (sauf insuffisance hépatocellulaire)
  - Relais par voie orale dès que possible (efficacité identique)

Contre-indications	Effets secondaires
Allergie Hépatopathie Alcoolisme Dénutrition Insuffisance rénale	Érythème Urticaire Hépatite Thrombopénie

- ± AINS : 50 mg 4 fois/j pendant 72 h maximum

Contre-indications	Effets secondaires
Ulcère gastroduodénal Déshydratation Traitement par AVK Allergie Grossesse Insuffisance rénale fonctionnelle Association avec IEC	Nausées Douleurs abdominales Diarrhée Ulcération gastrique Hémorragie digestive Insuffisance rénale Syndrome néphrotique Bronchospasme Anémie, agranulocytose Hépatite

- En cas de chirurgie très algique, on peut y ajouter :
  - Néfopam (Acupan®) : IV à la seringue électrique 4 amp de 20 mg dans 48 cc de sérum physiologique, administré à la dose de 2 mL/h
  - ± Nubain® 1/2 amp (IVL) 6 fois/j ou des antalgiques morphiniques
- Voie SC :
  - le pic d'action survient environ 1 h après l'injection, qui doit être programmée toutes les 4 à 6 h
  - chez les patients âgés, les posologies seront réduites de 50 % et devront être prudentes chez l'insuffisant rénal grave
- Voie IV :
  - posologie et mode d'administration selon prescription du médecin anesthésiste (ou du chirurgien)
  - titration morphinique par doses fractionnées de 2 mg IVD, en tenant compte de l'EVA, et sous surveillance de la conscience, de la coloration et de la FR

5 Demande de traitement de myome utérin

Il n'y a pas d'indication à traiter un ou des myomes non symptomatiques, y compris chez la femme infertile, sauf en présence d'un myome sous-muqueux de type 0–1.

Consultation initiale

Réalisable par tout médecin qui recherche :

- motifs de consultation :
  - parfois consultation en urgence pour hémorragie ou douleur pelvienne
  - dans les autres cas : troubles des règles (principalement ménorragies ou ménométrorragies), douleur, gêne et pesanteur, compression avec pollakiurie diurne ou nocturne, constipation, rétention d'urines, phlébite
- antécédents obstétricaux, fertilité de la patiente, désir de grossesse
- retentissement sur l'état général de la patiente (anémie) et sa qualité de vie
- facteurs de risque et traitements hormonaux suivis

Bilan

- Échographie pelvienne : endovaginale et transpariétale avec Doppler :
  - important : préciser les principaux symptômes cliniques et les informations attendues
  - objectifs : préciser la cartographie des myomes (nombre, taille, localisation) et rechercher une pathologie associée (hypertrophie de l'endomètre, adénomyose, polype utérin, kyste de l'ovaire, voire cancer de l'endomètre surtout après la ménopause)
- NFS : recherche d'une anémie
- Frottis du col utérin : à contrôler ou à refaire

Traitement

- Traiter les symptômes : acide tranexamique pour les hémorragies, antalgiques pour la douleur, fer pour l'anémie
- Modulateurs sélectifs des récepteurs à la progestérone (SPRM – Esmya®) et analogues de la LHRH, pendant 3 mois, pouvant se discuter pour corriger une anémie, arrêter des saignements, ou réduire le volume utérin dans le but de changer de voie d'abord et de méthode de traitement. Efficacité plus rapide et meilleure tolérance des SPRM par rapport aux analogues de la LHRH

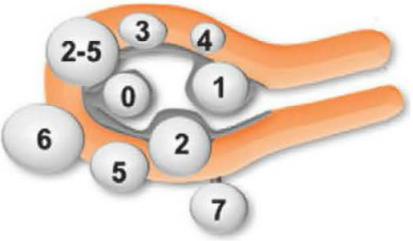
Seconde consultation

Avec les résultats de l'échographie et de la biologie :
Complément de bilan éventuel

- IRM pelvienne avec coupes en T1, T2, injection de gadolinium en sagittal, coronal et transversal : si l'échographie n'apporte pas toutes les informations attendues, ou systématiquement lorsqu'un traitement conservateur du type embolisation des artères utérines est envisagé
- Hystéroscopie ± biopsies dirigées : au moindre doute pour éliminer un cancer de l'endomètre (rarissime leiomyosarcome), surtout après la ménopause

- La classification FIGO 2011 des myomes utérins (PALM-COEIN) permet une description plus objective de la localisation des fibromes utérins (cartographie) et par conséquent une meilleure transmission des données entre le radiologue, le gynécologue et le chirurgien :

Sous-muqueux	0	Pédiculé intracavitaire
	1	< 50 % intramural
	2	≥ 50 % intramural
Intramural ou interstitiel	3	100 % intramural, au contact de l'endomètre
	4	Intramural
Sous-séreux	5	Sous-séreux, ≥ 50 % intramural
	6	Sous-séreux, < 50 % intramural
	7	Sous-séreux pédiculé
Autres	8	Autre, parasite (cervical, ligament rond, ligament large)
Hybride (touchant à la fois l'endomètre et la séreuse)	2–5	Deux chiffres séparés d'un trait d'union, le premier, précisant le rapport avec l'endomètre, le second avec la séreuse Ex. : hybride, sous-muqueux de classe 2 et sous-séreux de classe 5



Prise en charge thérapeutique

- Information de la patiente concernant les résultats du bilan et les indications thérapeutiques qui en découlent
- Paramètres sur lesquels reposent les indications thérapeutiques : âge, désir de grossesse, taille, nombre et localisation des myomes, et bien sûr avis de la patiente (il s'agit d'une pathologie bénigne pour laquelle existent de nombreuses possibilités thérapeutiques)

- Indications thérapeutiques selon le type de traitement :
  - embolisation des artères utérines :
    - absence de désir de grossesse, multipare
    - myome unique ou myomes multiples de localisation interstitielle
    - volume global ne dépassant pas l'ombilic cliniquement, ou 12 cm de plus grand diamètre pour un myome, 15 cm pour deux myomes
    - pas de myome sous-séreux ou sous-muqueux pédiculé
    - pas de myome nécrobiosé
  - myomectomie cœlioscopique :
    - myome interstitiel ou sous-séreux de moins de 8 cm, nombre de myomes à retirer ne dépassant pas 1-3
    - utilisation du morcellateur pour extraire le(s) fibrome(s) et suture en deux plans ; possibilité de ligature chirurgicale des artères utérines associée pour diminuer le saignement peropératoire
  - hystérectomie par voie basse :
    - utérus ne dépassant pas la mi-distance entre la symphyse pubienne et l'ombilic, ou poids estimé inférieur à 500 g, ou largeur inférieure à 11 cm
    - bonne perméabilité vaginale
    - pas de pathologie annexielle ou de risque d'adhérences pelviennes
  - hystérectomie cœlioscopique :
    - utérus ne dépassant pas la mi-distance entre la symphyse pubienne et l'ombilic, ou poids estimé inférieur à 500 g
    - bonne perméabilité vaginale ou utilisation du morcellateur
    - pathologie annexielle ou risque d'adhérences pelviennes
- Indications thérapeutiques selon les caractéristiques du (des) myome(s) :
  - myome sous-muqueux de type 0 ou 1 et de diamètre < 4 cm : myomectomie par hystéroscopie
  - myome sous-muqueux de type 2 ou de gros volume, myomes interstitiels ou sous-séreux non pédiculé : soit traitement conservateur (chirurgical : myomectomie ; non chirurgical : embolisation des artères utérines, myolyse, traitement médicamenteux), soit traitement radical (hystérectomie, en privilégiant les voies vaginale, cœlioscopique ou cœlio-vaginale, et en limitant la laparotomie aux utérus très volumineux)
  - myome sous-séreux pédiculé si symptomatique et donc volumineux : myomectomie par cœlioscopie avec morcellation du myome

Il y a souvent plusieurs types de myomes et il est possible d'associer plusieurs thérapeutiques entre elles comme, par exemple, myomectomie par hystéroscopie + myomectomie par cœlioscopie ou myolyse.

Classification hystéroscopique des myomes sous-muqueux selon la Société européenne d'hystéroscopie*

Type 0	Fibrome sous-muqueux pédiculé
Type 1	Fibrome sous-muqueux sessile dont la composante intramurale est < 50 %
Type 2	Fibrome sous-muqueux sessile dont la composante intramurale est > 50 %

* Wamsteker *et al. Obstet Gynecol* 1993 ; 85, 5 : 736–40.

La veille de l'intervention

- S'assurer de l'absence de grossesse en cas de doute (test β-hCG)
- S'assurer de l'absence de nouveaux éléments pouvant influer sur la décision thérapeutique
- Vérifier la bonne compréhension des informations données en préopératoire
- Vérifier que l'iconographie qui a permis la décision thérapeutique est disponible pour la réalisation de l'intervention

En postopératoire

- Traitement antalgique : surtout après embolisation des artères utérines et après laparotomie
- Traitement anticoagulant après intervention chirurgicale (myomectomie ou hystérectomie)
- Après résection hystéroscopique (selon les équipes et les résultats) : prévenir la patiente d'une possibilité de seconde intervention ou d'une éventuelle hystéroscopie de contrôle (vérification de la cicatrisation et de l'absence de synéchies)
- Après myomectomie :
  - NFS : selon l'importance du saignement peropératoire
  - informer la patiente de la qualité de la cicatrice utérine dans l'optique d'une future grossesse et de la nécessité ou non d'une césarienne
  - récupérer les résultats histologiques
- Après hystérectomie :
  - vérifier éventuellement l'absence de retentissement ovarien, urinaire ou digestif
  - récupérer les résultats histologiques
  - arrêter toute contraception

6 Échographie en gynécologie

La sonde d'échographie est souvent considérée comme la «troisième main» du gynécologue, cependant l'échographie reste un examen complémentaire devant venir trouver sa place uniquement après un examen clinique et un interrogatoire attentifs.
Toute échographie, y compris pratiquée aux urgences gynécologiques, doit donner lieu à la rédaction d'un compte rendu dont un exemplaire sera remis à la patiente. Celui-ci doit comporter : la date, l'identité de la patiente, l'indication, la réponse aux objectifs de l'examen ainsi que l'iconographie illustrant ces objectifs. Il doit également comporter l'identité et la signature de l'opérateur ainsi que les informations concernant l'appareil d'échographie et sa date de mise en service.
Les clichés réalisés doivent permettre une relecture facile par une tierce personne. Ceci ne peut être obtenu qu'en systématisant au maximum les différentes coupes.

Urgences gynécologiques

1. Hémopéritoine

À l'échographie, on voit une lame liquidienne soit hypoéchogène, soit finement échogène du cul-de-sac de Douglas, dont on peut mesurer la hauteur en coupe sagittale. Les images peuvent être plus hétérogènes en présence de caillots sanguins.
Si l'épanchement dépasse le fond utérin en coupe sagittale, le volume de l'hémopéritoine est d'environ 300–400 mL.
Si l'épanchement atteint l'espace de Morisson, les pertes sont > 1 L et il s'agit d'une urgence chirurgicale.



2. GEU

Signes directs	Signes indirects
• Masse latéro-utérine (MLU) échogène, sensible et fixe • ± image liquidienne en son sein, ± vésicule vitelline, ± activité cardiaque	• Vacuité utérine ou pseudo-sac • Corps jaune homolatéral à la MLU • Épanchement du cul-de-sac de Douglas

=> S'aider des repères vasculaires iliaques et du Doppler sur le corps jaune : couronne hypervasculaire du corps jaune. La MLU n'a pas de couronne vasculaire au Doppler.



=> On doit pouvoir distinguer sur le même cliché : l'utérus, la MLU et le corps jaune ovarien.

3. Torsion d'annexe

Le diagnostic et l'indication chirurgicale restent cliniques, cependant l'échographie retrouvera une masse annexielle ovarienne ou tubaire.
Le Doppler a un intérêt limité, plus pronostique que diagnostique puisque la vascularisation annexielle est double (pédicule lombo-ovarien et utérin).

Pathologies ovariennes

1. Kyste ovarien

On s'attachera à définir : sa taille, la présence de septa, la présence de structures solides, la présence de végétations de plus de 3 mm (projections papillaires), l'épaisseur de la paroi, le contenu du kyste, la vascularisation.
Attention aux kystes lutéiniques et hémorragiques qui peuvent mimer tous ces aspects.

2. Ovaire polykystique et syndrome des ovaires polykystiques

On parle d'ovaire polykystique s'il est porteur de ≥ 12 follicules de 2 à 9 mm par ovaire et/ou que son volume est > 10 mL.

Le SOPK associe :

- les critères échographiques
- une oligo-anovulation
- une hyperandrogénie clinique et/ou biologique

Pathologies de l'endomètre

1. Hypertrophie de l'endomètre

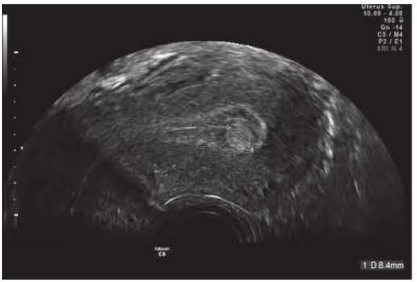
L'échographie met en évidence un épaississement diffus de l'endomètre d'épaisseur > 15 mm en coupe sagittale. La jonction avec le myomètre reste nette et la ligne endocavitaire reste centrale. Elle signe une hyperœstrogénie dont l'origine peut être multiple.



2. Polypes

Les polypes sont des structures intra-utérines de petite taille arrondies ou ovalaires, hyperéchogènes. Le Doppler peut permettre d'identifier son pédicule vasculaire.

Ils sont au mieux observés en début de cycle lorsque l'endomètre est hypoéchogène.



Pathologie du myomètre

1. Myomes

Il faudra préciser : leur nombre, leur taille, leur localisation et l'épaisseur de la paroi utérine en arrière du fibrome (mur postérieur) en vue d'un traitement hystéroscopique.
Le fibrome sous-muqueux fibreux est souvent plus volumineux qu'un polype et hypoéchogène. Leur examen est également idéal en première partie de cycle.



2. Atrophie de l'endomètre

L'endomètre chez la femme ménopausée en l'absence de traitement hormonal substitutif est normalement inférieur à 5 mm en coupe sagittale. Dans le cas contraire, une hystéroscopie et une biopsie peuvent s'avérer nécessaires.



3. Adénomyose

Il s'agit de la présence de glandes endométriales au sein du myomètre. Les symptômes en sont peu spécifiques : ménométrorragies, dysménorrhée.
À l'échographie, on observe des images anéchogènes kystiques intramyométriales. Les parois utérines sont asymétriques en coupe sagittale.

Autre

Stérilet

Lorsqu'il est bien placé, la distance entre le haut du stérilet et le contour externe du fond utérin doit être inférieure à 2 cm.

7 Infections génitales basses

Mycose vulvo-vaginale aiguë

- Correspond à un déséquilibre de la flore vaginale
- Ne fait pas partie des infections sexuellement transmissibles (IST)

Examens complémentaires

- Non systématiques si clinique évocatrice et aspect évocateur (filaments mycéliens le plus souvent) à l'examen direct au microscope
- Prélèvement vaginal (PV) si doute

Traitement

Traitement topique (associant ovule vaginal et application de crème vulvaire) :

- Par nitro-5-imidazolés : sertaconazole (Monazol®) ou fenticonazole (Lomexin®) : 1 ovule unique le soir au coucher et application de crème pendant 7 j
- règles hygiène-diététiques

Mycoses récidivantes

- Plus de six épisodes par an, avant/après les règles
- Éliminer une autre pathologie vulvo-vaginale (+++) et en particulier une dermatose

Examens complémentaires

PV avec recherche parasitologique avec antifongigramme (intérêt ++, surtout si de nombreux traitements ont déjà été tentés)

Traitement

Per os : fluconazole 150 mg (Béagyne®) : 1 gélule/semaine au début, puis toutes les 2 semaines, puis 1 fois/mois sur 4 à 6 mois (protocole de Sobel)

Vaginose bactérienne

- Situation fréquente (10–20 % femmes adultes) caractérisée par un déséquilibre de la flore vaginale avec prolifération anormale de diverses espèces microbiennes, surtout anaérobies
- Il ne s'agit pas d'une vaginite et ce n'est pas une IST

Examens complémentaires

PV : évaluation du score de Nugent (test de référence, utilisant la coloration de Gram pour évaluer la composition de la flore. Un test ≥ 7 traduit une vaginose).

Traitement

- Métronidazole 500 mg : 1 cp 2 fois/j pendant 7 j (traitement local moins efficace)
- Ou secnidazole (Secnol®) : 1 sachet de 2 g en une prise unique *per os* (hors AMM)

Infection à *Trichomonas*

- IST due à *Trichomonias vaginalis*, fréquente et très contagieuse (leucorrhées verdâtres bulleuses)

Examens complémentaires

- Aspect typique à l'examen direct au microscope
- ECBV

Traitement

- Secnidazole (Secnol®) : 1 sachet de 2 g en une prise orale unique
- Ou métronidazole (Flagyl® 500 mg) : 4 cp en une prise unique *per os*
- Traitement du partenaire systématique, identique

Cervicite ou urétrite à *Chlamydia trachomatis*

IST assez fréquente chez les 15–25 ans, souvent asymptomatique.

Examens complémentaires

Prélèvement vaginal sur milieu spécial (technique d'amplification PCR ou LCR).

Traitement

- Azithromycine (Zithromax® monodose) 250 mg : 4 cp (1 g) en une seule prise unique *per os*
- Traitement du partenaire systématique, identique
- Si touchers pelviens douloureux, attention de ne pas méconnaître une infection génitale haute (IGH)

Infection à gonocoque

- IST assez peu répandue en France, mais en constante augmentation, pouvant entraîner une cervicite ou une urétrite
- Augmentation préoccupante des souches résistantes à la plupart des antibiotiques

Examens complémentaires

Prélèvement vaginal et endocervical soit par cultures (écouvillon standard), soit sur milieu spécial (technique d'amplification PCR ou LCR)

Traitement

- Céphalosporine 3G en traitement minute : ceftriaxone 500 mg IM (à préférer à la céfixime 400 mg *per os* car apparition de résistances)
- Si allergie avérée : Zithromax® monodose 1 g
- Même traitement par ceftriaxone pour le partenaire

Infection à *Herpes simplex virus* (HSV)

IST virale fréquente, souvent asymptomatique ou non diagnostiquée due aux virus HSV-1 et HSV-2.

Examens complémentaires

Prélèvement vésiculaire avec milieu spécifique : techniques d'immunofluorescence ou PCR, ou cultures (qui impliquent un transfert rapide au laboratoire).

Traitement

- En cas de primo-infection :
  - valaciclovir 500 mg 2 fois/j pendant 10 j
  - forme sévère :
    - hospitalisation
    - aciclovir 5 mg/kg/8 h, IV pendant 8–10 j
    - pose d'une sonde urinaire à demeure
    - anesthésiques locaux type xylocaïne gel
- En cas de récurrence : valaciclovir 500 mg 2 fois/j *per os* pendant 5 j
- Récurrences fréquentes (≥6/an) : proposer un traitement prophylactique par valaciclovir 500 mg : 1 cp/j pendant 6 à 12 mois

8 Infections génitales hautes (salpingites)

Comprend les infections utérines (endométrites) et utéro-annexielles (salpingites) ainsi que les formes compliquées : abcès tubo-ovariens et pelvi-péritonites.
Infections généralement plurimicrobiennes.
Pathogènes habituels :
- *Chlamydia trachomatis : 10 à 30 %*
- *Gonocoques : 1 à 10 % devenus multirésistants, à traiter avec céphalosporines 3G exclusivement*
- *Mycoplasmes : seul M. genitalium est pathogène (pas de kit de détection disponible), M. hominis et Ureaplasma probablement non pathogènes en dehors gestation*
- *Anaérobies : 20 à 50 % (difficiles à mettre en évidence)*
- *Germes issus de la flore vaginale : entérobactéries (E. coli : 20 à 30 %, klebsielles), streptocoques, entérocoques...*

Clinique

Les critères suivants doivent être utilisés pour faire le diagnostic d'infection génitale haute (IGH). La présence des critères majeurs (en l'absence d'autre diagnostic) est suffisante pour la mise en route du traitement :

Critères majeurs proposés (l'absence des critères tend à éliminer le diagnostic d'IGH)

- Douleur pelvienne spontanée (en l'absence d'autre pathologie)
- ET :
  - douleur annexielle provoquée
  - et/ou douleur à la mobilisation utérine

Critères additifs (chaque critère présent augmente d'autant la probabilité d'une IGH)

- Interrogatoire :
  - antécédent d'IST
  - contexte de post-partum, post-abortum, manœuvre endo-utérine récente
  - métrorragies
  - syndrome rectal (ténesme, épreinte)
- Examen clinique :
  - T > 38 °C
  - leucorrhées purulentes
- Examens complémentaires :
  - élévation de la CRP et hyperleucocytose
  - présence de *Chlamydia trachomatis*, gonocoque ou *Mycoplasma genitalium* à l'examen bactériologique
  - histologie :
    - endométrite à la biopsie endométriale
    - salpingite à la biopsie fimbriale
  - présence de signes échographiques spécifiques :
    - épaississement pariétal tubaire > 5 mm ;
    - OU signe de la roue dentée (franges tubaires épaissies donnant un aspect de septa incomplets)
    - OU masse hétérogène latéro-utérine ± cloisonnée avec de fins échos

- Absence d'autre pathologie (GEU, appendicite, endométriose, kyste compliqué, infection urinaire...)

Explorations

Prélèvements microbiologiques (indispensables)

- Au niveau vaginal (bonne performance des tests bactériologiques à ce niveau pour la recherche des IST) puis de l'endocol (après désinfection de l'exocol) :
  - recherche de *Chlamydia* et gonocoque par technique d'amplification (PCR...)
  - recherche de germes banals (écouvillon standard ou type Portagerm®)
- Si femme porteuse d'un DIU : retrait conseillé et mise en culture

Échographie pelvienne

Pour éliminer un autre diagnostic (appendicite, GEU, kyste ovarien...) et rechercher une complication : abcès tubaire (pyosalpinx) ou ovarien, voire du Douglas.

En cas de doute diagnostique

- Scanner abdomino-pelvien (voire IRM en seconde intention), cœlioscopie (en documentant l'exploration, avec prélèvements microbiologiques)
- D'autres prélèvements sont à effectuer en fonction du contexte :
  - NFS + plaquettes et dosage de la CRP : ils sont peu perturbés dans les IGH non compliquées
  - β-hCG pour éliminer une grossesse
  - Sérologies VIH, hépatites B et C, TPHA-VDRL : à ne faire qu'en fonction du contexte de risque d'IST
  - Bandelette urinaire ± ECBU : si diagnostic de pyélonéphrite possible
  - Hémocultures si fièvre ≥ 38,5 °C

Conduite à tenir

- IGH non compliquée : traitement ambulatoire, durée habituelle de 14 j
- IGH sévère ou compliquée : hospitalisation et initiation du traitement par voie parentérale (associant des antalgiques type Perfalgan® et/ou AINS)
- Principe : antibiothérapie à large spectre probabiliste
- Si gonocoque suspecté ou confirmé : ajouter de principe une injection IM de ceftriaxone 500 mg (préférable à la céfixime orale – 400 mg car apparition de résistances)

IGH non compliquée (antibiothérapie orale, 14 j)

- Ofloxacine 400 mg 2 fois/j et métronidazole 500 mg 2 fois/j
- OU moxifloxacine (Izilox®) 400 mg 1 fois/j en monothérapie
- OU doxycycline 100 mg 2 fois/j et métronidazole 500 mg 2 fois/j

Forme sévère ou compliquée (hospitalisation)

Critères d'hospitalisation :

- Formes d'IGH ne répondant pas à l'ATB
- Altération de l'EG, nausées, vomissements

- Syndrome chirurgical ou pathologie chirurgicale ne pouvant pas être exclus
- Abcès tubo-ovarien
- Patiente non compliante à un traitement ambulatoire en cas d'IGH non compliquée, adolescentes
- Immunodéficience

Forme sévère ou pelvi-péritonite (scanner abdomino-pelvien pour éliminer une pathologie digestive) :

- Débuter antibiothérapie par voie IV :
  - protocole identique à celui de la forme non compliquée mais par voie IV
  - ou ceftriaxone 1 à 2 g 1 fois/j, métronidazole 500 mg 3 fois/j et doxycycline 100 mg 2 fois/j
  - ou pipéracilline–tazobactam 4 g 3 fois/j et ofloxacine 400 mg 2 fois/j
- Relais par voie orale 24 h après amélioration clinique (durée totale : 14–21 j)
- Pelvi-péritonite : en l'absence d'amélioration clinique, discuter exploration chirurgicale

Abcès pelvien :

- Débuter antibiothérapie par voie IV :
  - protocole identique à celui de la forme non compliquée mais par voie IV
  - ou ceftriaxone 1 à 2 g 1 fois/j, métronidazole 500 mg 3 fois/j et doxycycline 100 mg 2 fois/j
  - ou pipéracilline–tazobactam 4 g 3 fois/j et ofloxacine 200 mg 2 fois/j
- Mise à plat–drainage de l'abcès (par voie radiologique ou cœliochirurgie) après 24 à 72 h d'antibiothérapie selon l'état clinique
- Surveillance régulière clinique + NFS + CRP
- Relais par voie orale 24 h après amélioration clinique (durée totale : 14–21 j)

Cas particulier de l'abcès pelvien à *Actinomyces*

Tableau très rare, simulant parfois une tumeur pelvienne, il s'agit d'une infection à *Actinomyces* spp., bactérie à Gram positif anaérobie. Y penser chez une patiente porteuse d'un DIU présentant un abcès sans signes inflammatoires importants. Le traitement prolongé repose sur la pénicilline G IV : 6 à 12 millions d'unités par jour.

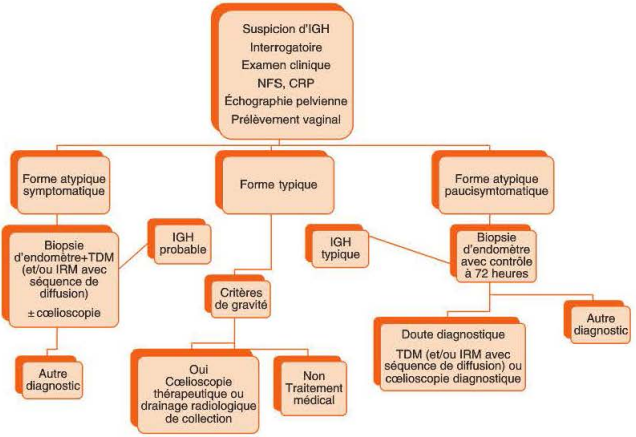
Prise en charge du (des) partenaire(s)

- Si gonocoque : ceftriaxone 500 mg une injection IM
- Si *C. trachomatis* : Zithromax Monodose® 1 g en 1 seule prise
- Rapports sexuels protégés pendant 10 j au minimum

Surveillance

- Consultation 3 à 5 j après le début du traitement ambulatoire dans les formes non compliquées (adaptation des traitements, vérification de la bonne évolution) puis 3–4 semaines après la fin du traitement (examens microbiologiques non systématiques à 3 mois sauf si IST pour dépistage des réinfections)
- Discuter une cœlioscopie si rechute ou guérison incomplète, mais pas de *second look* systématique en l'absence de symptômes

Hiérarchie des examens complémentaires devant une suspicion d'infection génitale haute



9 Vomissements gravidiques

Recherche d'une étiologie

- Grossesse gémellaire ou grossesse molaire, hyperthyroïdie, pathologie digestive (occlusion, appendicite, ulcère, etc.) et urinaire, hypertension intracrânienne, hépatopathie (hépatites virales), pré-éclampsie

=> Échographie, TSHus, ionogramme, BH, BU

=> Vérifier sérologies de la grossesse

- Facteurs environnementaux : problèmes de couple, conflits familiaux...

Recherche de signes de gravité

- Vomissements incoercibles, toute la journée, au-delà de 3 mois
- Ou complications :
  - déshydratation (cétonurie, hyponatrémie, hypokaliémie, hypochlorémie)
  - amaigrissement > 5 %
  - insuffisance rénale, hypercalcémie
  - cytolyse, hyperbilirubinémie
  - encéphalopathie de Gayet-Wernicke (carence en vit. B1)

En l'absence de signes de gravité

Traitement

- Repos (arrêt de travail)
- Rassurer
- Repas fractionnés et en petites quantités
- Éviter les boissons en dehors des repas
- Favoriser les graisses et le sel
- Arrêter tabac, fer, exclure les odeurs fortes
- Anti-émétiques à proposer :
  - métoclopramide (Primpéran®) 1 cp avant les repas ou en suppositoire
  - ou : métopimazine (Vogalène®) 1–2 cp ou en suppositoire
  - ou : dompéridone (Motilium®, Peridys®) 3–6 cp/j
- Associer facilement un anti-acide : Gelox®, Maalox® ou Gaviscon® ± Azantac®

En cas de signes de gravité

Vomissements incoercibles, compliqués, toute la journée, ou au-delà de 3 mois avec une perte de poids supérieure à 5 % : hospitalisation.

1. Bilan

- Clinique : fréquence, retentissement, HU (môle ?), TR (appendicite), orifices herniaires (occlusion ?)...
- NFS, CRP, ionogramme, uricémie, créatininémie, bilan hépatique, Ag HBS, TSHus, T3, T4
- Échographie obstétricale : vitalité, liquide amniotique, placentation
- Poids, diurèse

- Échographie hépatovésiculaire
- Si persistance ou soupçon de pathologie organique : consultation gastroentérologique (fibroscopie)

2. Traitement

- Hospitalisation en chambre seule, dans le calme, en limitant les visites si besoin
- Arrêt de l'alimentation
- Entretien avec un psychologue ± assistante sociale selon les cas
- Perfusion :
  - G5 2 L/j + NaCl 4 g/L, KCl 2 g/j (ou PG5 % 2 L/j) et polyvitamines : 2 amp/j **(prévention des complications neurologiques +++)**
  - ou métoclopramide (Primpéran®) 30–40 mg/j (3–4 amp/j)
  - ou métopimazine (Vogalène®) 10–20 mg/j (1–2 amp/j)
  - ± chlorpromazine (Largactil®) 15 gouttes, 3 fois/j
- Associer facilement anti-acide : Gelox®, Maalox® ou Gaviscon® ± Azantac®
- Une sonde nasogastrique peut être exceptionnellement nécessaire

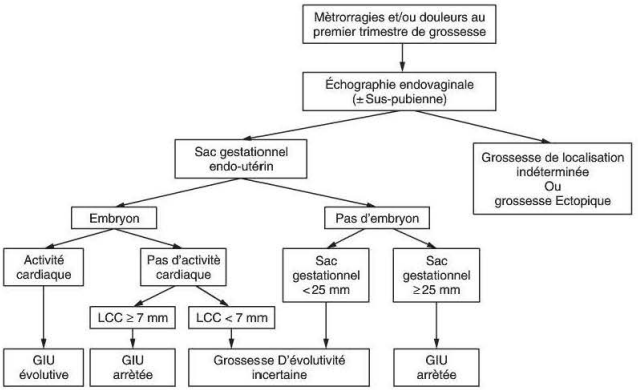
3. Évolution

- Surveillance : poids, hydratation, diurèse/24 h, ionogramme en fonction des troubles
- Réalimentation progressive après 48 h sans vomissements, d'abord légère, solide, puis normale 24 h après si RAS
- Arrêt de perfusion si pas de vomissements et bonne alimentation
- Relais par :
  - métoclopramide (Primpéran®) 1 cp avant les repas ou en suppositoire
  - ou métopimazine (Vogalène®) 1–2 cp ou en suppositoire
  - ou dompéridone (Motilium®, Peridys®) 3–6 cp/j
  - associer facilement anti-acide : Gelox®, Maalox® ou Gaviscon® ± Azantac®
  - si nécessaire, contact avec la famille
  - sortie à la demande
  - échographie <=> perception de la grossesse

10 Prise en charge des grossesses arrêtées et des fausses couches spontanées (FCS) du 1er trimestre

Deux principes à ne pas oublier

- Être sûr de l'arrêt de la grossesse : au besoin 2e écho à 8 j
  - GIU arrêtée :
    - sac gestationnel intra-utérin, embryon visualisé avec LCC > 7 mm, sans activité cardiaque
    - sac gestationnel intra-utérin ≥ 25 mm, sans embryon visualisé
  - GIU d'évolutivité incertaine :
    - sac gestationnel intra-utérin, embryon visualisé avec LCC < 7 mm, sans activité cardiaque
    - sac gestationnel intra-utérin < 25 mm, sans embryon visualisé
    - contrôler l'évolutivité à 10 j



- Après 2 ou 3 FCS, nécessité d'un bilan complet :
  - il faut rechercher :
    - diabète
    - SAPL
    - hypothyroïdie avec présence d'Ac anti-TPO et anti-TG
    - carence vitaminique (B9, B12)
    - hyperprolactinémie
    - altération de la réserve ovarienne
    - malformation utérine

- anomalie utérine acquise (les anomalies utérines s'investiguent par l'échographie, l'hystérosalpingographie ou l'hystéroscopie)

– il faut réaliser un caryotype du couple

Trois types de traitement

Expectative

En cas de grossesse arrêtée, l'expectative n'est pas conseillée.

Traitement médical

Il peut être proposé pour traiter une grossesse arrêtée < 14 SA quelle que soit la taille du sac et de l'embryon :

- misoprostol (Cytotec®) : le misoprostol doit être administré par voie vaginale à la dose unique de 800 µg (4 capsules), éventuellement renouvelée au bout de 24–48 h (taux de succès le plus souvent supérieur à 80 %). L'administration préalable de mifépristone n'est pas recommandée
- contrôle échographique 10 à 15 j plus tard. En cas de persistance du sac gestationnel après la prise de misoprostol, il semble raisonnable de respecter un certain délai (2 j à 2 semaines) avant d'envisager une autre alternative thérapeutique. Si expulsion incomplète : nouveau traitement médical ou aspiration

Traitement chirurgical

=> Conditions opératoires habituelles avec consultation d'anesthésie :

- 1 capsule de misoprostol (Cytotec®) de 200 µg par voie orale dans les 2 h qui précèdent le geste
- sous anesthésie générale ou locale (bloc cervical) : aspiration douce à la canule transparente
- antibioprophylaxie conseillée par : C1G Cefacidal® : 1 dose de 2 g IVD ou C2G Mefoxin®

En cas de fausse couche incomplète, le traitement médical par misoprostol n'est pas recommandé, car il n'améliore pas le taux d'évacuation utérine complète à 2 semaines par rapport à une simple expectative et ne réduit pas les risques de complications hémorragiques et infectieuses.

En cas de suspicion de rétention trophoblastique prolongée, une hystéroscopie diagnostique est recommandée. La résection de résidu trophoblastique par hystéroscopie est plus efficace que le curetage à l'aveugle, moins responsable de synéchies postopératoires et permet des délais de conception plus courts.

Prise en charge globale

Le choix revient à la patiente.

Traitement médical	Traitement chirurgical
Temps d'expulsion plus long	Anesthésie générale
Risque hémorragique	Risque de perforation 1 %
Risque d'échec	Risque infectieux
Nécessité d'une surveillance	Risque de synéchies ≈ 10 %
Contre-indication FCS hémorragique	

Bilan biologique

- Groupe sanguin, Rhésus : à vérifier ou à prélever
- RAI pour les patientes Rhésus négatif et/ou aspiration envisagée
- TP, TCA, fibrinogène si aspiration envisagée

Traitement antalgique systématique

- Paracétamol (Dafalgan®, Doliprane®) 4 gélules/j (max. 6/j)
- Ibuprofène (Advil®, Brufen®) :
  - 400 mg 3 fois/j
  - contre-indications : ulcère gastroduodénal, insuffisance hépatique ou rénale sévère, allergie à l'ibuprofène

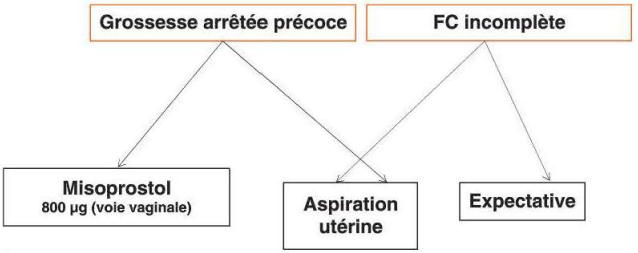
Indications de la prévention de l'allo-immunisation anti-D

Pour toute patiente Rhésus D négatif :

- après prélèvement préalable pour RAI
- 1 injection IV directe ou IM de Rhophylac® 200 µg
- pas de contrôle RAI après l'injection

Soutien psychologique

- Vérification de la vaccination rubéolique.
- Information pour la prise d'acide folique.

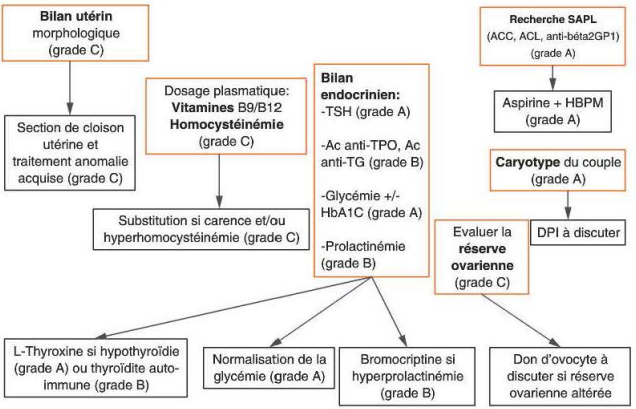


Évacuation utérine en cas de fausse couche précoce

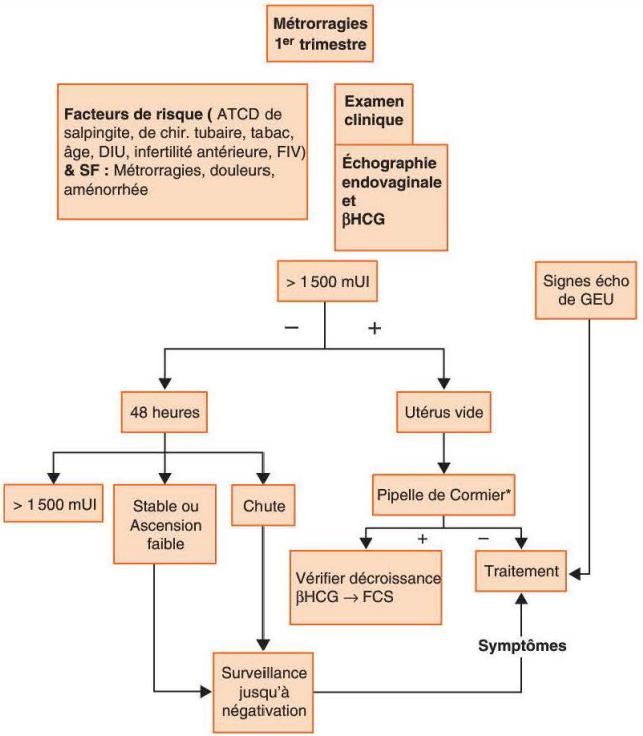
11 FAUSSES COUCHES À RÉPÉTITION

Après deux FCS, nécessité d'un bilan complet.

- Il faut rechercher :
  - un diabète
  - un syndrome des antiphospholipides (SAPL)
  - une hypothyroïddie avec présence d'AC anti-thyroperoxydase et anti-thyroglobuline
  - une carence vitaminique (B9, B12)
  - une hyperhomocystéinémie
  - une hyperprolactinémie
  - une altération de la réserve ovarienne
  - une malformation utérine
  - une anomalie utérine acquise (les anomalies utérines s'investiguent par l'échographie, l'hystérosalpingographie ou l'hystéroscopie)
- Il faut réaliser un caryotype du couple



Stratégie diagnostique



* La mise en évidence de villosités choriales intra-utérines présente une sensibilité moyenne de 70 %, donc l'absence de tissu chorial intra-utérin ne permet pas le diagnostic formel de GEU mais la présence permet de l'éliminer.

Traitement

1. Traitement chirurgical : radical ou conservateur

Voie d'abord

- Cœliochirurgicale
- Laparotomie si contre-indication à la cœlioscopie (état de choc hémodynamique, abdomen adhérentiel ou contre-indication anesthésique)
- Incision de la trompe sur le bord antimésial (césarienne tubaire) avec aspiration du trophoblaste après manœuvre d'hydrodissection par aspirateur de 10 mm
- Injection de méthotrexate en postopératoire immédiat possible (1 mg/kg en IM) : améliore le taux de succès du traitement conservateur
- Salpingectomie selon état de la trompe, âge, antécédents obstétricaux...

Surveillance après traitement conservateur

- Dosage β-hCG 48 h après l'intervention (par rapport au taux initial) :
  - si taux < 15 %, succès => contrôle hebdomadaire de la β-hCG jusqu'à négativation
  - si taux 15–35 % => contrôle hebdomadaire de la β-hCG jusqu'à négativation
  - si taux > 35 %, échec probable => traitement par méthotrexate 1 mg/kg en IM (si non réalisé au préalable) puis contrôle hebdomadaire de la β-hCG jusqu'à négativation
- Alternative : 1er dosage à J7 :

R = (taux hCG J7 – taux hCG J0 / taux hCG J0) x 100

J7 correspond au jour où le dosage est fait et J0 au taux initial le jour du traitement

  - si R < –80 => injection méthotrexate 1 mg/kg IM
  - si mauvaise évolution de la cinétique des β-hCG : discuter reprise chirurgicale

2. Traitement médical

Il concerne les formes asymptomatiques ou paucisymptomatiques de GEU considérées comme pas ou faiblement évolutives.

Contre-indications du traitement médical par méthotrexate

- Refus de la patiente
- Difficultés de surveillance en ambulatoire (patiente non compliante, éloignement géographique, solitude)
- État hémodynamique instable
- Épanchement intra-abdominal de grande abondance
- Douleurs abdominales importantes
- GEU ≥ 4 cm
- Activité cardiaque visible
- β-hCG > 5000 (discutable ++ entre 5000 et 10 000)
- Thrombopénie < 100 000/mm^3
- Leucopénie < 2000/mm^3
- Élévation de la créatinine > 130 µmol/L
- Élévation des enzymes hépatiques (ALAT ou ASAT > 2 × normale)
- Score de Fernandez > 13

Score de Fernandez

	1	2	3
Âge gestationnel	>49	>42<49	<42
Taux d'hCG (mUI/mL)	<1000	1 500–5000	>5000
Taux de progestérone (ng/mL)	<5	5 à 10	>10 ou non connu
Douleurs abdominales	Absentes	Provoquées	Spontanées
Hématosalpinx (cm)	<1	1–3	>3
Hémopéritoine	0	1–100	>100

Bilan préthérapeutique

- β-hCG, progestérone (si GEU jugée active, ou score de Fernandez utilisé)
- NFS + plaquettes, TP, TCA, fibrinogène
- Créatinine, bilan hépatique (ASAT et ALAT)

Modalités du traitement médical par méthotrexate (habituellement réalisé en ambulatoire)

- 1 mg/kg en IM, ou même dose par injection *in situ* (après ponction du sac ou de l'hématosalpinx)
- Prescription d'un traitement antalgique à la demande :
  - prévenir la patiente de l'exacerbation des douleurs pelviennes pouvant être notée dans les 24 h suivant l'injection et pouvant persister jusqu'au 4e jour
  - proposer un arrêt de travail si travail non sédentaire (pour les 8 premiers jours)
  - en cas de traitement médical réalisé avec un taux de progestérone > 10 ng/mL, possibilité d'ajouter 600 mg de mifépristone

Surveillance après traitement médical

- Dosage de la β-hCG à J7 puis 1 fois/semaine jusqu'à négativation (en moyenne 30 j)
- L'indication, d'une ré-injection est posée quand : à J4, R est ≥ 50 ; à J7, R ≥ 15 ; à J14, R < 25

=> 2e injection IM de méthotrexate à la même dose
=> Poursuite de la surveillance de la β-hCG 1 fois/semaine

- En cas d'algies intenses, rupture tubaire avec hémopéritoine, ou échec après deux ou trois injections de méthotrexate

=> Cœlioscopie « de rattrapage »

- ± Hystérosalpingographie : 3 mois après la fin du traitement médical (c'est-à-dire 3 mois après négativation de la β-hCG) dans le contexte d'un bilan d'infertilité

3. Abstention thérapeutique

Indications

- Patiente asymptomatique ET évolution spontanément décroissante de la β-hCG

Contre-indications

- Difficultés de surveillance en ambulatoire (patiente non compliante, éloignement géographique, solitude)
- β-hCG > 1500
- Hémopéritoine > 2 cm

Surveillance

- β-hCG 1 fois/semaine jusqu'à négativation

4. Pour toute patiente

- Groupe sanguin, Rhésus
- Recherche de *Chlamydiae* par PCR dans les urines (ou ECB vaginal et endocol)
- **Pour toute patiente Rhésus négatif**, prévention de l'allo-immunisation Rhésus :
  - Rhophylac® 200 µg : 1 injection IV directe après contrôle des RAI
  - Pas de contrôle après injection

Cas particuliers

- Si GEU cornuale, ovarienne, abdominale, préférer le traitement médical, même si le diagnostic est fait pendant la cœlioscopie, par ponction évacuatrice et injection de méthotrexate *in situ* sous contrôle de la vue. Si la progestérone est > 10 ng/mL, possibilité d'adjoindre 600 mg de mifépristone
- De la même manière, préférer un traitement médical à une laparoconversion si l'abdomen est adhérentiel, rendant la chirurgie cœlioscopique difficile
- En cas de grossesse dans la cicatrice de césarienne, proposer un traitement médical avec ponction directe *in situ* sous contrôle échographique
- En cas de grossesse cervicale, traitement médical avec discussion d'une embolisation hypersélective des artères utérines
- En cas de traitement cœlioscopique conservateur avec GEU active (activité cardiaque positive, et/ou progestérone > 10 ng/mL) ou avortement tubo-abdominal, il est possible d'adjoindre systématiquement une injection de méthotrexate à 1 mg/kg en IM systématique

Résultats

- Le taux de succès du traitement radical est proche de 100 %
- Le taux de succès du traitement conservateur est de 90 % et proche de 100 % si méthotrexate systématiquement associé
- Le taux de succès du traitement médical est de 85 %

Fertilité

Elle semble quasi identique, quel que soit le traitement proposé.

13 Maladies trophoblastiques

Le diagnostic de môle hydatiforme est en général fait au 1er trimestre de la grossesse.

En cas de suspicion échographique de môle hydatiforme

- β-hCG quantitatifs
- Bilan préopératoire
- Évacuation du contenu utérin (traitement de référence) : aspiration à la canule sous contrôle échographique pour limiter le risque de perforation et en contrôlant la vacuité +++
- Voie veineuse de bon calibre, Syntocinon® IV en fin d'intervention, injection d'immunoglobulines anti-D chez les femmes Rhésus négatif
- Pas de traitement des kystes lutéiniques ovariens en l'absence de complications
- Anatomopathologie (avec relecture par un centre référent)
- Aucun bilan d'extension
- Si môle confirmée :
  - contrôle échographique de la vacuité vers J14 : 2e aspiration si rétention (image de diamètre antéropostérieur > 17 mm)
  - jamais de 3e aspiration :
    - surveillance des β-hCG 1 fois/semaine (dans le même laboratoire ++) jusqu'à négativation confirmée sur 3 dosages successifs
    - puis si môle complète : surveillance mensuelle des β-hCG pendant 12 mois (6 mois si négativation dans un délai < 8 semaines)
    - puis si môle partielle : surveillance mensuelle des β-hCG pendant 6 mois
    - contraception efficace (œstroprogestatifs) pendant la période de surveillance

En cas de tumeur trophoblastique gestationnelle (TTG) post-môlaire

- Environ 15 % des môles complètes évoluent vers une TTG et 3 % des môles partielles
- Critères de diagnostic de TTG après aspiration d'une môle :
  - réascension des β-hCG (accroissement d'au moins 10 %) sur au moins 3 dosages hebdomadaires consécutifs, sur au moins 2 semaines (J0, J7, J14)
  - stagnation des β-hCG sur au moins 4 dosages hebdomadaires consécutifs, sur au moins 3 semaines (J0, J7, J14, J21)
  - persistance d'hCG positifs à 6 mois de l'évacuation utérine
  - diagnostic histologique de choriocarcinome
- Si diagnostic de TTG posé, bilan d'extension avec écho-Doppler pelvienne, IRM pelvienne et cérébrale,TDM thoraco-abdominal (± dénombrement des métastases pulmonaires par radiographie pulmonaire simple)
- Calcul du score FIGO (voir fiche 28) avec le bilan d'extension (≤6 = bas risque ; ≥ 7 = haut risque)

- Bilan biologique : NFS plaquettes, ionogramme, urée, créatinine, bilan hépatique
- Monochimiothérapie par méthotrexate si bas risque et polychimiothérapie (EMA-CO, BEP) si haut risque

En cas de métrorragies persistantes inexpliquées après un accouchement normal

- Toujours penser au diagnostic de tumeur trophoblastique gestationnelle du post-partum
- Dosage d'hCG quantitatif (très élevé, souvent > 100 000 UI/L)

En cas de « triploïdie » à l'anatomopathologie d'une grossesse arrêtée

- Faire relire les lames pour affirmer ou infirmer la môle hydatiforme

Pour toute patiente

- Proposer de transmettre son dossier au Centre de référence des maladies trophoblastiques de Lyon
- Contacter le Centre de référence des maladies trophoblastiques (Pr Raudrant, Pr Golfier, Dr Massardier) :
  - CHU Lyon-Sud, 69495 Pierre-Bénite cedex
  - attachée scientifique : Touria HAJRI, touria.hajri@chu-lyon.fr, tél. 04 78 86 66 78
- Ou contacter le centre d'expertise de votre région (un centre expert par région : demander coordonnées au centre de Lyon)
- Le centre envoie deux documents :
  - formulaire de consentement à signer par la patiente
  - formulaire de renseignement à renvoyer par le médecin
- La patiente recevra ensuite un document d'information sur le type de maladie trophoblastique dont elle est porteuse (môle ou TTG)
- Le centre récupère directement les résultats des β-hCG au niveau du laboratoire, envoie régulièrement la courbe de décroissance des β-hCG, alerte le médecin en cas d'évolution anormale des β-hCG, organise la relecture par un pathologiste référent et renvoie des documents de suivi au médecin

14 Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Législation

- IVG = mission d'État
- Terme limite : 14 SA
- Délai de réflexion : était de 7 j ou délai d'urgence de 48 h pour ne pas dépasser 14 SA. Suppression du délai de réflexion (loi 2015)
- Entretien psychosocial proposé systématiquement, OBLIGATOIRE si femme mineure
- Autorisation parentale ou adulte référent si mineure
- Choix entre aspiration (anesthésie générale ou locale) et méthode médicamenteuse (avec ou sans hospitalisation) sous réserve du terme et des contre-indications
- Groupe Rhésus, RAI, injection de Rhophylac® 200 µg si Rhésus négatif
- Bulletin statistique national anonyme
- Clause de conscience possible (comme pour tout acte médical) mais obligation d'adresser à un médecin qui pourra pratiquer l'IVG ; sinon il s'agit d'un délit d'entrave à l'IVG (loi Neiertz)

Parcours de la femme en demande d'IVG

- Consultation pré-IVG précédée d'un accueil par une conseillère conjugale et familiale
- Échographie de datation systématique conseillée (non obligatoire dans la loi) : permet aussi de repérer les grosesses arrêtées, les GEU...
- Si décision prise : rendez-vous d'IVG fixé 7 j plus tard
- Si ambivalence, la patiente sera revue une ou plusieurs fois si besoin + proposition d'un entretien +++
- Rendez-vous avec une assistante sociale si besoin de prise en charge
- Rendez-vous pour une visite de contrôle entre J14 et J21 ± entretien psychosocial post-IVG

1. IVG chirurgicale

- ASPIRATION uniquement (jamais de curetage) jusqu'à 14 SA (Bip 32 mm soit 97e percentile de 14 SA)
- Exemple de protocole (pas de consensus) :
  - mifépristone : 1 cp la veille au soir
  - misoprostol le matin au réveil : 2 cp si pas de saignement, 1 seul si saignement post-mifépristone
  - Xanax® et Stilnox® facultatifs la veille au soir
- Si aspiration sous anesthésie locale :
  - Profénid® suppositoire + Xanax® 0,5 mg à l'arrivée
  - Xylocaïne® 1 % 10 cc dans le col ou culs-de-sac
  - Kalinox®

- si terme > 12 SA :
  - perf. G 5 % + 1 g Perfalgan® + guidage échographique conseillé
  - Antibioprophylaxie systématique :

  patientes de moins de 25 ans (prévalence élevée de *Chlamydiae trachomatis* ou CT, absence de politique de dépistage du CT) ou autre groupe à risque de MST : doxycycline, azithromycine (1 g *per os*)

  patientes de plus de 25 ans : métronidazole 500 mg *per os* au moment de l'IVG puis 500 mg *per os* 4 et 8 h après
- durée d'hospitalisation : 4 h

- Si aspiration sous anesthésie générale :
  - consultation pré-anesthésique avec bilan préopératoire
  - utérus moins tonique, risque de perforation utérine per-IVG plus important
  - le choix de l'anesthésie devrait être laissé à la femme mais dépend de chaque centre
  - le vécu de l'IVG ne dépend pas de la méthode mais du choix de la femme

2. IVG médicamenteuse

- Terme : jusqu'à 7 SA (certains centres jusqu'à 9 SA)
- Deux temps : mifépristone 600 mg (3 cp) suivie 48 h après de misoprostol 400 µg (2 cp *per os* ou sublingual, jamais en intravaginal)
- Si hospitalisation : surveillance 3 h après le misoprostol
- Si IVG à domicile : donner les consignes de surveillance ++ et prendre le numéro de téléphone
- Expulsion :
  - 2–5 % après mifépristone
  - 90–95 % après misoprostol, dans les 48 h (pic de fréquence : H3-H12)
  - échec : 2–5 %
- En cas d'IVG médicamenteuse à domicile :
  - consultation pré-IVG en établissement ou avec médecin libéral
  - par qui ? Un gynécologue ou un médecin généraliste (expérimenté) ayant signé une convention avec le centre référent
  - conditions : < 7 SA, domicile à moins d'une heure du centre référent avec plateau technique, patiente accompagnée
  - rôle du centre référent : accueillir les patientes si prise en charge impossible par le médecin prescripteur en cas de complications (conseils, urgence hémorragique, échec de la méthode)

3. Complications à court terme les plus fréquentes

Hémorragie

- Quantifier le saignement
- Rassurer ou réagir +++, car l'importance du saignement peut justifier une aspiration en urgence
- En cas de fièvre : elle ne doit pas dépasser 24 h
- Douleurs : elles doivent céder aux antalgiques de niveau 1 ou 2, s'étalent sur plusieurs jours, sans dépasser 8 à 10 j
- Leucorrhées : elles ne doivent pas être malodorantes ou purulentes
- Cas particulier de l'hématométrie :
  - survient précocement, dans les heures qui suivent l'IVG
  - douleur intense avec palpation abdomino-pelvienne retrouvant une hauteur utérine anormalement élevée

- un seul geste à réaliser : RÉASPIRER en URGENCE pour un soulagement immédiat de la patiente

Syndrome du 3e–5e jour

- Survient entre J3 et J5 d'une IVG
- Associe :
  - fièvre à 39° pendant 24 h
  - expulsion de caillots pouvant être volumineux
  - douleurs pelviennes réactivées :
    - RASSURER +++ la patiente
    - ne pas hospitaliser ni ré-intervenir
    - syndrome cédant spontanément dans un délai de 24 à 48 h : revoir le diagnostic si les symptômes persistent au-delà de 48 h

Rétention post-IVG

- Il s'agit d'une urgence relative : ne pas se précipiter
- Rétention ovulaire complète, que la grossesse soit évolutive ou non : elle justifie une aspiration ou une hystéroscopie
- Rétention trophoblastique ou hématique
- Nuance pas toujours évidente à l'échographie
- Dosage des β-hCG : décroissance < 10 % à J14
- Réaspiration ou hystéroscopie non urgente
- Traitement médicamenteux par misoprostol : non consensuel
- Réaliser une échographie Doppler pour éliminer le diagnostic de malformation artério-veineuse uterine (MAVU) contre-indiquant l'aspiration et le traitement médical par Cytotec®

Aspects psychologiques

L'IVG est toujours une épreuve dans la vie d'une femme. Cependant, la réalisation d'une IVG n'expose pas systématiquement à des complications psychiques : les complications à type de dépression sont moins fréquentes en post-abortum qu'en post-partum. La prise en charge des femmes, dans le respect de leur choix et de leur histoire de vie, doit être bienveillante, pluridisciplinaire si nécessaire (médecin, assistante sociale, conseillère conjugale, psychologue) et être l'occasion pour la femme d'une réflexion sur elle-même.

Contraception post-IVG

Elle n'a aucune spécificité, si ce n'est de comprendre avec la femme les circonstances de survenue de sa grossesse pour lui proposer les moyens de contraception qui existent et lui permettre de choisir celui qui est le mieux adapté à sa situation. La meilleure contraception est celle que la femme choisit sous réserve des contre-indications.

Les différentes modalités :

- contraception hormonale orale, percutanée, sous-cutanée, retard ou intravaginale : à commencer le jour même
- DIU (cuivre ou lévonorgestrel) : peut être posé en per-IVG par aspiration, ou à la visite de contrôle en cas d'IVG médicamenteuse
- avec réévaluation contraceptive lors de la consultation de contrôle et bilan vaccinal (rubéole)

15 Interruption médicale de grossesse (>15 SA)

Principes généraux

- Certificat anténatal rempli et signé par le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal ou CPDPN (deux médecins référents)
- Demande d'interruption médicale de grossesse (IMG) signée par la patiente
- Consultation pré-IMG avec le médecin, ou sage-femme de DAN et proposition de rencontre avec le psychologue
- Médecin ou sage-femme référent
- Bilan préopératoire (carte de groupe à jour, RAI < 72 h) avec consultation d'anesthésie
- Programmation de l'IMG (par la cadre du bloc obstétrical ou par la secrétaire)
- Anticiper le besoin, ou non, d'un fœticide

Étapes

1. 48 h avant l'hospitalisation

Mifépristone 200 mg : 3 cp *per os* sauf si conditions locales très favorables.

2. Hospitalisation

- Le soir : mise en place de Dilapan® dans le col utérin
- Le jour même :
  - à jeun
  - transfert en salle d'accouchement
  - pose d'une voie veineuse
  - mise en place de l'analgésie péridurale
  - retrait des Dilapan®
  - rupture des membranes (ou, sinon, dès que possible)

Fœticide

Uniquement pour grossesse > 22 SA par un praticien du DAN (selon protocole)

Déclenchement

- 1er examen clinique de référence
- 2 cp misoprostol (Cytotec®)/4 h par voie intravaginale (max : 8 cp/24 h). En cas d'utérus cicatriciel, si la voie basse est acceptée : 100–200 µg/4–6 h (voie vaginale), à réévaluer en fonction de la réponse
- Après 34 SA, attention au risque de déclenchement du travail après la prise de Mifégyne®
- Possibilité de renouveler le même protocole le lendemain
- Examen des conditions locales/4 h (sauf si intensification des contractions utérines)
- Sous péridurale
- Si péridurale contre-indiquée :
  - si douleurs : Perfalgan® 1 g 3 fois/j
  - si insuffisant : Nubain® 1 amp 20 mg IV diluée dans un flacon de 100 mL de G5 sur 30 min, peut être à renouveler 1 fois/4 h

Expulsion

- Contrôle échographique systématique de la vacuité utérine ± révision utérine si < 18 SA
- Surveillance classique de l'hémorragie du post-partum

Après expulsion

- S'assurer de l'accompagnement psychologique (psychologue, sage-femme formée, etc.)
- S'assurer que les démarches administratives sont mises en place
- Prévenir la montée laiteuse dès 18 SA : Dostinex® 2 cp
- **Prévention allo-immunisation si Rhésus négatif :** Rhophylac®

3. Visite post-IMG à prévoir

Selon étiologie (voir consultation pré-IMG).
Il est toujours souhaitable que le praticien soit accompagné par un autre soignant afin d'assurer la cohérence du discours, la diversité de l'écoute et la continuité dans le soutien.
Inscrire tous les actes et informations pratiqués dans le dossier, idéalement via un sous-dossier « IMG » structuré pour tracer chaque étape.
Après la sortie = rassembler les éléments d'exploration (autopsie, biologie, radiographies...) nécessaires au staff de synthèse du CPDP.

IMG : procédure de prise en charge

Étapes	Opérations	Oui/Date	Non/ Explications
Diagnostic • Annonce • Aménager les conditions de l'annonce initiale • Choisir le moment et le lieu de l'annonce • Suivi individualisé et privilégié	Écho : découverte d'une anomalie		
	Écho de contrôle – confirmation de l'anomalie		
	Entretien avec le médecin référent		
	Examens complémentaires éventuels		
	Entretien avec la cadre		
	Liaison avec la psychologue		
Décision • Communiquer autour des certitudes et incertitudes • Préserver l'avenir	Présentation du dossier en staff anténatal pluridisciplinaire		
	Présentation des conclusions du staff au couple lors d'un entretien individualisé		
	Décision d'IMG		
	Rendez-vous avec la cadre pour informations administratives		
	Décision concernant le corps		

Étapes	Opérations	Oui/Date	Non/ Explications
Hospitalisation • Accompagner les parents • Écoute • Objectivation du deuil	Présentation du dossier au staff		
	Application du protocole thérapeutique obstétrical		
Acte médical • Entourer l'enfant comme identité • Accompagner les parents • Organiser le travail en équipe	Expulsion en présence du médecin référent		
	Réalisation des photos (dans enveloppe)		
	Réalisation des prélèvements et radios du squelette selon protocole		
	Présentation du corps sur demande par la sage-femme + chef ou cadre		
	Finaliser les documents administratifs par le médecin référent ou la SF		
	Dépôt du corps en anatomopathologie ou à la chambre mortuaire		
Séjour en hospitalisation • Préparer la sortie	Explications médicales Présentation des associations de parents endeuillés, groupes de parole...		
	Proposition de suivi ± conseil génétique = traçabilité		
	Clôture du dossier avec compte rendu d'hospitalisation		

16 Contraception

La méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie par et avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne et des éventuelles contre-indications. Pour une information complète sur les moyens de contraception : site Internet de la HAS http://www.has-sante.fr (contraception chez la femme adulte en âge de procréer hors post-partum et post-IVG)

1. Hormonale

Contraceptions œstroprogestatives les plus courantes

- 35 gammas : Diane® 35 – Holgyeme®– Cilest®– Effiprev®
- 30 gammas : Trinordiol®– Daily-Gé®– Varnoline®– Jasmine®
- 20 gammas : Leeloo®–Lovavulo®– Cycleane® 20 – Meliane®–Jasminelle®–Yaz®– patch (Evra®)
- 15 gammas : Melodia®– Minesse®– anneau vaginal (Nuvaring®)
- Méthodes de choix : jeune fille nullipare
- Primo-prescription : prescrire une COP contenant un progestatif de 2e génération (lévonorgestrel) car le risque thromboembolique est plus faible qu'avec les pilules de 3e et 4e générations (contenant un progestatif type désogestrel ou gestodène)
- Contre-indications absolues :
  - antécédents thrombœmboliques veineux ou artériels
  - antécédents cancers hormono-dépendants
  - tabac après 35 ans
  - diabète/dislipidémie sévère
  - lupus
  - affections hépatiques
  - migraines avec aura
- Pour Diane® 35, l'efficacité est modérée dans le traitement de l'acné. Les indications sont :
  - femmes en âge de procréer
  - acné modérée à sévère
  - après échec d'un traitement de première intention (topiques et antibiothérapie par voie générale)
- Surveillance :
  - clinique : 1 fois/an
  - biologique : glycémie, cholestérol, triglycérides dans les 3 à 6 mois après début de prise sauf antécédent puis tous les 5 ans

Prescrire contraception d'urgence sur la même ordonnance

Les progestatifs

Microprogestatifs (micro-pilule) :

- Désogestrel (Cerazette®)
- Lévonorgestrel (Microval®)
- À prendre en continu à heures fixes (maximum 3 h de retard pour Microval®)
- Contre-indications :
  - antécédents thromboemboliques évolutifs
  - tumeurs sensibles aux progestatifs
  - pathologies hépatiques sévères
  - effets secondaires *(spottings)*

Nexplanon® (étonogestrel) :

Implant contraceptif sous-cutané, efficace 3 ans (à moduler en fonction de l'IMC de la patiente)

Macroprogestatifs :

- Lutényl® – Lutéran® – Androcur® : 20 ou 21 j/28
- Contre-indications :
  - antécédents thromboemboliques veineux récents
  - pas d'AMM comme contraceptif

2. DIU ou stérilet

- Méthodes de choix : chez la femme multipare (mais possible chez la nullipare)
- Efficace 5 ans (cuivre et Mirena®), 3 ans pour Jaydess®
- Cuivre *versus* progestérone (Mirena®/Jaydess® : permet de lutter contre les hémorragies fonctionnelles et renforce l'efficacité contraceptive)
- Contre-indications :
  - grossesse soupçonnée
  - infections génitales hautes récentes
  - malformations utérines
  - saignements utérins non explorés
- Contre-indications du stérilet progestatif : les mêmes que pour la micro-pilule
- Effets indésirables :
  - malaise vagal à l'insertion
  - perforation à l'insertion
  - endométrite
  - ménorragies (pour les DIU au cuivre)

3. Locale

- Préservatifs masculins : contraception de choix si partenaires occasionnels ou multiples :
  - ± couplés avec une pilule contraceptive
  - seul moyen de prévention des IST
- Diaphragmes, spermicides : pas de prévention des IST

17 Contraception d'urgence

Objectif

Permettre à toute femme exposée à la grossesse, à la suite d'un rapport sexuel mal protégé, d'en diminuer le risque.

Quelles situations exposent au risque de grossesse ?

- Tout rapport sexuel (RS) non ou mal protégé, quel que soit le jour du cycle, y compris les « rapports incomplets » avec éjaculation à la vulve
- Tout oubli de contraception œstroprogestative (COP) ou microprogestative (Cerazette®) supérieur à 12 h (si RS dans les 5 j qui précèdent) ou microprogestatif dans les 3 h
- Vomissement de CO ou forte diarrhée : si RS dans les 5 j précédents

Trois contraceptions d'urgence (CU) sont à notre disposition :

- deux hormonales: Norlevo®, EllaOne®
- une mécanique : stérilet

Norlevo®

- 1,5 mg de lévonorgestrel, progestatif de référence de 2e génération
- Excellente tolérance
- Aucune contre-indication : en vente libre en officine (6,18 euros, remboursé sur ordonnance, gratuit pour les mineures)
- Prise unique facile
- Efficacité : d'autant plus grande qu'elle est prise tôt : l'idéal étant dans les 24 premières heures après le RS et jusqu'à 3 j
- En cas de doute sur l'utilité de prendre une CU : mieux vaut la prendre pour rien que de prendre un risque de grossesse non désirée... pouvant aboutir à l'IVG

Messages importants

- Aucun risque à prendre plusieurs comprimés de Norlevo® sur le même cycle
- Pointer l'importance d'un test de grossesse (urinaire) à partir de J15 au moindre doute :
  - retard de règles
  - règles d'aspect, durée ou quantité inhabituels
  - signes sympathiques de grossesse
  - besoin de réassurance
- Renouveler le test de grossesse si négatif et persistance du doute, ou passer à un test sanguin de β-hCG
- Expliquer l'importance d'un recours à la CU mais l'utilité aussi d'en profiter pour prendre une contraception limitant la prise de risque (COP, patch, anneau, implant, DIU)

Cas particulier des « récidivistes »

- Récidivistes : terme extrêmement péjoratif, dans le jugement. Ces femmes, qui ont recours à plusieurs reprises à la CU sont d'autant plus exposées au risque de grossesse
- Se poser la question de la qualité du dialogue précédent pour que la situation ne se représente pas
- Reprendre les explications, sensibiliser de nouveau au risque de grossesse, mais toujours redire que, en cas de nouveau besoin, il ne faut pas hésiter à revenir

EllaOne®

- 30 mg d'ulipristal
- L'ulipristal est un agoniste antagoniste du récepteur à la progestérone (modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone)
- AMM à J5 en contraception post-coïtale
- ASMR 4
- Sur ordonnance uniquement, remboursée depuis septembre 2010, prix public conseillé 24,15 euros, RSS 65 %

Quelle CU privilégier entre Norlevo® et EllaOne® ?

- Âge, prescription et habitudes contraceptives à prendre en compte
- Ne pas perdre de vue qu'avec EllaOne® :
  - pas plus de 1 cp par cycle (pour Norlevo®, pas de limite)
  - rapports protégés jusqu'aux règles suivantes (pour Norlevo®, règle des 5 jours)
  - pas d'utilisation simultanée d'EllaOne® et de Norlevo®
  - ordonnance obligatoire
  - mineures : pas de délivrance gratuite et anonyme

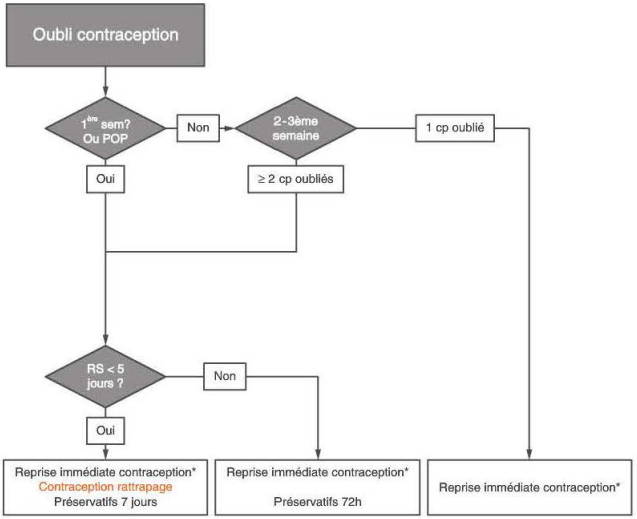
Stérilet ou dispositif intra-utérin (DIU)

- Ne peut être délivré que sur prescription médicale
- Indication : quand le RS à risque de grossesse est supérieur à 3 j
- Peut compléter une prise de CU au-delà de 3 j
- Peut être posé jusqu'à 5 j après l'ovulation théorique
- N'est pas contre-indiqué chez la nulligeste
- Peut faire « d'une pierre deux coups » : contraception post-coïtale et contraception au long cours
- Efficace à 99 %

	Lévonorgestrel (LNG) *per os* (dose unique de 1,5 mg)	Ulipristal acétate (UPA) *per os* (dose unique de 30 mg)	Dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre
Mode d'action	Progestatif agissant principalement en inhibant ou en retardant l'ovulation	Modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone agissant principalement par inhibition ou retardement de l'ovulation	→ Effet cytotoxique du cuivre sur les gamètes inhibant ainsi la fécondation → Inflammation locale de l'endomètre empêchant l'implantation dans l'utérus de l'ovocyte fécondé
Délai d'utilisation possible	**D'autant plus efficace qu'elle est utilisée précocement après le rapport non ou mal protégé**		→ **Jusqu'à 120 h (5 j)** après un rapport sexuel non ou mal protégé
	→ **Jusqu'à 72 h (3 j)** après un rapport sexuel non ou mal protégé (indication de l'AMM) **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	→ **Jusqu'à 120 h (5 j)** après un rapport sexuel non ou mal protégé, à n'importe quelle période du cycle menstruel, sauf en cas de retard des règles	→ Jusqu'à 120 h (5 j) après un rapport sexuel non ou mal protégé
Principales contre-indications	→ Hypersensibilité au LNG	→ Hypersensibilité à l'UPA → Grossesse	→ Celles des DIU (en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexpliqués) → **La nulliparité/ nulligestité n'est pas une contre-indication**

Source : HAS. *Fiche Mémo contraception d'urgence.* Décembre 2013. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf

Schéma simplifié de gestion des oublis de pilule (d'après C. Jamin)



* S'il reste moins de 7 comprimés actifs sur la plaquette en cours, enchaîner avec la plaquette suivante sans interruption en jetant, s'il y en a, les éventuels comprimés inactifs

18 Demande de stérilisation tubaire

Consultation initiale

Réalisable par tout médecin chez une patiente majeure, dûment informée et en respectant le délai légal de 4 mois (loi de 2001), ses objectifs sont les suivants :

- s'assurer du motif de la demande et de son bien-fondé (âge, tuteur éventuel, absence de stérilité définitive préexistante...)
- retracer l'historique de la contraception et des grossesses chez la patiente justifiant sa demande
- rechercher les facteurs de risque de complications liées à la contraception
- informer et recueillir l'avis de la patiente concernant l'alternative possible que constitue la stérilisation masculine
- rechercher des contre-indications relatives ou définitives aux méthodes de stérilisation : contre-indication à l'anesthésie générale, allergie au nickel, antécédents de laparotomie(s) obstruction tubaire potentielle (antécédent de GEU, chirurgie tubaire, infertilité tubaire connue...)
- donner l'information sur les différentes techniques de stérilisation avec leur voie d'abord (cœlioscopie, hystéroscopie, mini-laparotomie ou voie basse)
- exposer la balance bénéfices/risques à la patiente et le caractère définitif et irréversible de la stérilisation
- informer du délai de réflexion légal de 4 mois à dater de la première consultation
- remplir le formulaire justifiant la consultation en précisant la date
- confier la patiente à un chirurgien réalisant ce type d'intervention

Seconde consultation

Réalisée par le chirurgien responsable de l'intervention, elle a pour but de :

- s'assurer que lors de la première consultation tous les éléments décrits ci-dessus ont été respectés et compris
- renouveler l'information sur les différentes techniques
- recueillir le choix de la technique par la patiente ou effectuer le choix de la technique selon les contre-indications et recommandations en cours :
  - pour la cœlioscopie et la pose de clip de Filshie, sur chaque trompe :
    - avantages : exceptionnel échec de réalisation, efficacité immédiate, pas d'interférence sur le cycle utérin en l'absence de répercussion sur la fonction ovarienne
    - inconvénients : nécessité d'une anesthésie générale, risques de la cœlioscopie

- pour l'hystéroscopie et la pose d'implants Essure® dans chaque trompe :
  - avantages : rare échec de réalisation (< 5 %) lié à l'impossibilité de voir les orifices tubaires, pas d'interférence sur le cycle utérin ni sur la fonction ovarienne, pas d'anesthésie générale (prémédication souvent suffisante), geste réalisé en ambulatoire
  - inconvénients : expulsion possible de l'implant, risque de perforation tubaire, délai d'efficacité de 3 mois (imposant le maintien d'une contraception jusqu'au contrôle radiologique à 3 mois)
- prévoir consultation d'anesthésie si besoin et bilan préopératoire selon les habitudes de l'équipe
- récupérer le consentement signé par la patiente (ou son tuteur)

Le jour de la procédure

- S'assurer de l'absence de grossesse (β-hCG urinaires)
- S'assurer de la prémédication pour la cœlioscopie et de la prise d'un AINS pour les implants Essure®
- Vérifier que le consentement de la patiente figure bien dans le dossier

Conduite à tenir en postopératoire

- En cas de pose d'implants Essure® :
  - sortie dans les heures qui suivent (hospitalisation ambulatoire)
  - ordonnance de contraception pour 3 mois + ordonnance d'antalgique pour quelques jours
  - rendez-vous pour un contrôle radiologique par ASP ou par échographie 3D (selon les habitudes de l'équipe) à 3 mois
  - selon le résultat de l'imagerie initiale [implant(s) en position trop distale] : **échographie** et hystérosalpingographie pour s'assurer de l'obturation tubaire
- En cas de pose de clips :
  - sortie le soir même souvent possible (acte prévu en ambulatoire)
  - pas de contrôle particulier ni de contraception
  - ordonnance pour l'ablation des fils + prescriptions d'antalgiques
  - éventuelle prescription d'anticoagulant adaptée selon les facteurs de risque thromboemboliques de la patiente

19 Bilan pré-FIV (fécondation *in vitro*) et infertilité

Plan administratif

- Autorisation de l'assistance médicale à la procréation ou AMP (formulaire orange) avec :
  - deux photos d'identité (Monsieur et Madame)
  - photocopie des pièces d'identité (Monsieur et Madame)
  - certificat de mariage ou certificat de vie commune de plus de 2 ans
- 100 % de la patiente en cours de validité (formulaire violet, art. 322.3-12)

Bilan

1. Chez la femme

- Poids, taille (IMC)
- Notion de durée et régularité des cycles
- Hystérosalpingographie (ou cœlioscopie avec épreuve au bleu)
- Échographie pelvienne avec compte des follicules antraux (CFA)
- Bilan hormonal à J3 : FSH, LH, estradiol (E2), AMH
- Sérologies datant de moins d'un an : VIH-1 et 2, AgHBs, Ac anti-HBS, Ac anti-HBc, hépatite C, TPHA-VDRL, toxoplasmose, rubéole
- Et, accessoirement, en fonction du dossier :
  - hystéroscopie, biopsie d'endomètre, compte rendu de cœlioscopie
  - prolactinémie, TSHus, testostérone, $\Delta 4$ androstènedione, SDHA, 17 OH-P
  - échographie-Doppler (compte des follicules antraux en début de phase folliculaire, endomètre, index de pulsatilité des artères utérines en phase lutéale)

2. Chez l'homme

- Spermogramme, spermocytogramme et test de migration survie
- Spermoculture
- Sérologies datant de moins d'un an : VIH-1 et 2, AgHBs, Ac anti-HBS, Ac anti-HBc, hépatite C, TPHA-VDRL
- Et, accessoirement, en fonction du dossier :
  - dosages hormonaux (FSH, testostérone, LH), prolactine
  - consultation avec urologue
  - caryotype et recherche des microdélétions de l'Y si ICSI envisagée avec recherche de microdélétion si OATS très sévère ou azoospermie et prélèvement testiculaire

Modalités pratiques

- Couple prévenu (tél. .....) pour :
  - entretien
  - réunion d'information des couples
  - consultation d'anesthésie
- Se référer aux procédures de l'unité de médecine de la reproduction

20 Syndrome d'hyperstimulation ovarienne (HSO)

Complication fréquente des traitements de FIV et d'induction de l'ovulation (1–10 %), le syndrome d'hyperstimulation ovarienne peut être grave (1 décès/500 000 stimulations).
Facteurs de risque :
- *âge jeune*
- *faible poids*
- *antécédent d'HSO*
- *dose élevée de gonadotrophines*
- *augmentation rapide et importante des taux d'estradiol (risques d'hyperstimulation modérée pour des taux supérieurs à 3500 pg/mL et d'hyperstimulation sévère au-delà de 6000 pg/mL*
- *compte de follicules antraux (CFA) > 14*
- *syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)*

La prévention passe par l'identification dse facteurs de risque et l'adaptation/optimisation des protocoles de stimulation.
Le traitement est fonction de la sévérité de l'HSO et de la survenue de complications.
Le traitement est principalement symptomatique et préventif.

Forme minime – grade I

1. Diagnostic (signes principaux)

- Augmentation du volume abdominal
- Douleurs abdominales modérées
- Nausées
- Échographie : gros ovaires multikystiques < 8 cm, pas d'ascite

2. Bilan biologique

- NFS, plaquettes, ionogramme sanguin, urée, créatininémie, protidémie, albuminémie
- β-hCG plasmatiques quantitatifs

3. Traitement

- Repos non strict à domicile
- Antalgiques, antispasmodiques
- Bas de contention
- Suivi bi-hebdomadaire (poids, périmètre abdominal, hCG)

Forme modérée – grade II

1. Diagnostic

- Nausées, vomissements, diarrhée, ascite, dyspnée, hydrothorax
- Échographie : ovaires de 8 à 12 cm de grand axe avec ascite
- Biologie : troubles hydroélectrolytiques, hématocrite 45–55 %, GB > 15 000/mm^3 => **hospitalisation**

2. Bilan d'entrée en hospitalisation

- NFS, plaquettes
- TP, TCA, fibrinogène
- Ionogramme sanguin et urinaire, urée, créatininémie, protidémie, albuminémie
- Bilan hépatique
- β-hCG plasmatiques quantitatifs
- Échographie pelvienne
- Radiographie de thorax en fonction des signes d'appel
- Contacter le néphrologue si troubles hydroélectrolytiques

3. Surveillance

- TA
- Entrées et diurèse/24 h
- Poids/24 h
- Périmètre abdominal/24 h ; auscultation pulmonaire/24 h
- Échographie pelvienne et cardiothoracique si suspicion d'épanchement pleural ou péricardique/48 h
- Surveillance biologique/24 h (NFS, créatininémie, protidémie, albuminémie, ionogramme sanguin, bilan hépatique)

4. Traitement

- Hospitalisation
- Repos au lit non strict
- Restriction hydrique (1000 mL/j)
- Régime normosodé, hyperprotidique
- Antalgiques
- Bas de contention
- Anticoagulation préventive : Lovenox® 40 mg/j ou Innohep® 3500 UI/j SC pendant 6 semaines
- ± Albumine (avis du néphrologue) :
  - albumine 20 % : 1 flacon de 125 mL sur 1 h avec diurèse horaire
  - à renouveler jusqu'à 3 flacons/j en fonction de la situation
- Surveillance d'apparition de signes faisant évoquer le passage vers une forme sévère

Forme sévère – grade III

- Douleurs abdominales, nausées, vomissements
- Collapsus cardiovasculaire (hypotension, tachycardie)
- Insuffisance rénale aiguë (clairance créatinine < 50 mL/min) et oligurie
- Troubles respiratoires (dyspnée, SDRA)
- Thrombose profonde (fréquence augmentée des thromboses dans les territoires inhabituels : membres supérieurs), embolie pulmonaire
- Échographie : ovaires > 12 cm de grand axe, ascite +++

21 Accueil des femmes victimes de violences sexuelles

Six temps

1. *Accueillir et informer*
2. *Examiner avec soin afin d'éviter la répétition des examens. Remplir le dossier*
3. *Prélever afin d'identifier l'agresseur (cf. infra)*
4. *Prévenir les complications :*
   - *risques infectieux et grossesse*
   - *risques de séquelles psychologiques*
5. *Rédiger un certificat médical*
6. *Évaluer l'opportunité d'un signalement (mineurs, femmes enceintes)*

Information

- Une prise en charge médicale, si elle est souhaitée par la patiente, est toujours possible et doit être réalisée avec ou sans réquisition
- Qu'il y ait ou non une réquisition : les prélèvements à visée médico-judiciaire (identification génétique, recherche de spermatozoïdes) seront réalisés, y compris à titre conservatoire (cette attitude est bien évidemment discutable, mais ne pas réaliser de prélèvements chez une femme agressée qui porterait plainte secondairement serait reprochable – point à discuter donc)
- Un certificat médical descriptif simple sera remis dans tous les cas à la patiente en cas d'agression physique. En cas de violences sexuelles, le certificat sera remis à l'autorité judiciaire

Entretien et examen

- Présence d'un senior obligatoire si réquisition (doit être prévenu dans tous les cas)
- Après explication des objectifs de l'examen médical, celui-ci doit être réalisé dans une salle accueillante, bien éclairée avec un témoin à l'examen professionnel du service
- L'entretien et l'examen médicaux doivent suivre les étapes figurant dans le dossier structuré

Prélèvements à visée médico-judiciaire

- À mentionner obligatoirement sur la réquisition
- À remettre aux autorités de police qui, après pose des scellés, les transmettront aux laboratoires (éventuellement laboratoires de police scientifique) :
  - biologie de la reproduction pour recherche de spermatozoïdes
  - empreintes génétiques pour l'identification génétique
- À réaliser avec des gants, le plus tôt possible après l'agression, dans les 72 h, sans toilette préalable
- Tous les prélèvements seront étiquetés

- Le site sera notifié sur chaque prélèvement
- Le nombre, le type de prélèvements et les sites prélevés seront précisés sur le dossier et sur le certificat médical

1. Prélèvements pour identification génétique

- Sur écouvillons de coton sec (écouvillon de bactériologie) à conserver au congélateur
- Le nombre de prélèvements sera pair pour permettre les contre-expertises
- Deux prélèvements minimum par site
- Les sites possibles sont le vagin (avec spéculum non lubrifié), l'anus, la bouche ou au niveau de taches
- Prélèvements de poils ou de cheveux de l'agresseur, si possible avec le bulbe, à conserver dans une enveloppe en papier Kraft à température ambiante
- Si la victime a griffé l'agresseur :
  - prélèvements en raclant sous les ongles de la victime : prélever sous chaque ongle des doigts en précisant le côté de la main
  - si les ongles sont longs, il faut les couper
  - conservation dans une enveloppe en papier Kraft à température ambiante
- Si l'agresseur a mordu la victime : écouvillonnage pour prélever la salive ; utiliser des écouvillons humides puis secs
- Et, systématiquement, prélèvement sanguin chez la victime (2 tubes EDTA) à conserver au congélateur avec les écouvillons

2. Prélèvements pour recherche de spermatozoïdes

- Pour chaque site de prélèvement, réaliser deux étalements sur lame (non fixés) et deux écouvillons secs
- Faire sécher à l'air libre les écouvillons avant de les replacer dans les tubes
- Ne pas faire de toilette au préalable
- Utiliser un spéculum ou anuscope non lubrifié
- Prélèvements à conserver à température ambiante
- Remplir le bon spécifique

Prévenir les complications (prélèvements acheminés sous scellés avec feuille de traçabilité)

- Recherche d'IST (à réaliser avec ou sans réquisition)
- Prévention de la grossesse (contraception d'urgence)

Prélèvements locaux

En fonction des dires de la victime et de l'examen :

- prélèvement vaginal et d'endocol pour bactériologie standard et recherche d'IST (kits spécifiques, techniques d'AAN, *gonocoques*, *Chlamydiae*, *Trichomonas*)
- autres sites de prélèvement possibles : urètre, anus, gorge

Bilan sérologique

Chlamydiae, TPHA et VDRL, hépatites B et C, VIH-1 et 2 :

- en cas d'agression récente :
  - sérologie initiale

- + contrôle à 1 mois pour TPHA et VDRL, hépatites B et C, VIH
- + contrôle à 3 mois pour TPHA et VDRL, hépatites B et C, VIH
- + contrôle à 6 mois pour l'hépatite C

- en cas d'agression ancienne (plus de 6 mois) : sérologie unique

Recherche d'une éventuelle grossesse

Dosage des β-hCG

Recherche de toxiques (±)

- Selon les déclarations de la patiente ou en cas de troubles du comportement (confusion, amnésie, ivresse, hallucination, hébétude)
- Prélever 2 tubes EDTA (tubes spécifiques 10 mL dans tiroir « Agression ») et 2 flacons d'urines (les urines sont essentielles quels que soient les toxiques recherchés), 2 mèches de cheveux à couper à 2 cm de la racine et à placer dans une enveloppe Kraft
- Dans le cadre d'une réquisition, mentionner dans la réquisition les prélèvements demandés

Mesures préventives

- Dans tous les cas => donner coordonnées de la psychologue de l'unité médico-judiciaire
- Si problème psychologique ou psychiatrique urgent : prendre contact et adresser si besoin la patiente aux urgences médico-psychologiques
- En fonction des situations => arrêt de travail (N.B. : arrêt de travail et ITT peuvent être différents)
- En cas de risque d'IST => antibiothérapie présomptive, azithromycine (Zithromax®) 1 g en prise unique
- En cas de risque de VIH ± contacter le médecin du CISIH :
  - un kit de traitement pour 3 à 4 j est disponible dans la pharmacie (prescription par un senior)
  - réaliser un bilan de référence (NFS, transaminases, créatininémie qui pourra être récupéré par le CISIH)
  - la personne devra ensuite être revue en consultation au CISIH dans les 72 h (lettre type à lui remettre avec le kit de médicaments)
  - dans quel délai faut-il commencer la trithérapie ? Si possible dans les 4 h qui suivent l'exposition au risque et jusqu'à 48 h après (dans les 72 h, voir circulaire du 9 avril 1998)
- En cas de risque de grossesse => prescription facile de la pilule du lendemain (Norlevo®) et réaliser un dosage de β-hCG en cas de retard de règles > 5 j (plutôt que de remettre l'ordonnance)
- Discuter la mise à jour de la vaccination antitétanique et la vaccination anti-hépatite B

Rédaction du certificat

- Ce certificat doit rapporter les constatations médicales ; ne doit y figurer aucune interprétation personnelle, ni le terme de viol
- Il répond aux missions et questions posées dans la réquisition
- Certificat remis aux autorités judiciaires s'il s'agit d'une réquisition
- Certificat remis à la patiente si hors réquisition (pour agression physique uniquement)

Annexe I

Certificat médical

Je, soussigné(e), Dr .....
dans le Service de .....,
prête serment d'apporter mon concours à la Justice en mon honneur et conscience et certifie avoir examiné le ..... à .....
M ....., né(e) le .....
en présence de .....
sur réquisition de ....., officier de police judiciaire.
– La victime dit : ....
.....
– Examen somatique :
– Examen génital :
• vulve :
• hymen :
– Examen anal :
Il a été pratiqué des prélèvements :
– À visée médico-judiciaire ..... Remis aux autorités judiciaires ce jour [ou] conservés à disposition des autorités judiciaires. À défaut de mise sous scellés, seront détruits dans les 2 mois (prélèvements conservés à l'unité médico-judiciaire jusqu'aux délais de prescription de l'action publique)
– À visée médicale ..... envoyés aux laboratoires.

Conclusion :

M ..... présente [ou non] des traces de violences récentes et une réaction psychique compatible [ou non] avec l'agression qu'elle dit avoir subie. (L'absence de lésion ne permet pas de conclure à l'absence d'agression sexuelle.)
.....
L'incapacité totale de travail pourrait être de ..... jours sous réserve de complications.
Dr .....
Certificat établi pour servir et faire valoir ce que de droit, remis aux autorités requérantes.

Annexe II – kit de constat d'agression sexuelle

1. Pour le laboratoire Empreintes génétiques

- 4 écouvillons secs
- 2 tubes EDTA (mauve) :
  - prélèvements à conserver au **congélateur**
  - pas de bon spécifique

2. Pour le laboratoire de biologie

- Une plaque avec 2 lames pour étalement
- 2 écouvillons :
  - prélèvements à conserver à **température ambiante**
  - bon disponible dans le dossier structuré

3. Prélèvements vaginaux non médico-légaux

- 1 écouvillon sec pour bactériologie ;
  - bon labo « Bactériologie »
- 1 écouvillon spécifique culturette pour parasitologie :
  - bon « Parasitologie »
- le tube de prélèvement et l'écouvillon de prélèvement pour endocol *Chlamydiae* est conservé au **frigo** :
  - bon « Virologie » : *Chlamydiae trachomatis*

4. Prélèvements sanguins non médico-légaux

- 2 grands tubes secs (10 mL) rouges :
  - bon « Virologie » (sérologies) : hépatites B, C, VIH dépistage, *Chlamydiae*
- 1 grand tube sec (10 mL) rouge :
  - bon « Sérologie bactérienne » : syphilis dépistage
- 1 petit tube :
  - bon « Dosage β-hCG » (pas d'envoi systématique)
- 1 petit tube vert et 1 petit tube violet :
  - bon « NFS, transaminases, créatininémie » (pas d'envoi systématique à réaliser si administration du kit antirétroviral)

22 Accidents d'exposition au VIH

Principes

- En cas d'exposition au VIH, le traitement de prophylaxie post-exposition (TPE) par antirétroviraux diminue le risque de transmission de l'ordre de 80 %, sans toutefois le rendre nul
- Parmi les circonstances d'exposition, celles qui concernent la maternité sont :
  - exposition professionnelle à du sang ou à un liquide biologique par effraction cutanée (blessure, piqûre, coupure...) ou projection sur une peau lésée ou sur les muqueuses
  - rapport sexuel non protégé à risque
- Le TPE doit être réservé aux situations à risque identifiable de transmission du VIH, en prenant en compte le rapport entre le bénéfice escompté et le risque d'effets indésirables liés au traitement
- Si le statut sérologique VIH du sujet source n'est pas connu, il faut, avec son accord (hormis les cas où ce consentement ne peut être exprimé), réaliser une sérologie VIH en urgence
- Dans le doute, il faut débuter immédiatement un traitement puis évaluer le risque au cas par cas en fonction du type d'exposition et de l'obtention du statut sérologique, voire du bilan immuno-virologique, du contact

Conduite à tenir après un accident exposant au sang

- Nettoyage de la plaie :
  - après piqûre ou blessure cutanée, ne pas faire saigner, nettoyer immédiatement la plaie à l'eau courante et au savon, rincer, puis réaliser l'antisepsie avec un dérivé chloré (soluté de Dakin® ou éventuellement eau de Javel à 12° chlorométrique diluée à 1/10e) ou, à défaut, à l'alcool à 70° ou à la polyvidone iodée en solution dermique, en assurant un temps de contact d'au moins 5 min
  - en cas de projection sur les muqueuses, en particulier au niveau de la conjonctive, rincer abondamment, de préférence au sérum physiologique ou sinon à l'eau au moins 5 min
- Appréciation du risque, selon :
  - la sérologie du patient contact
  - le type d'accident
  - le délai
- Prescription ou non du traitement
- Déclaration dans les 24 h comme accident du travail et suivi sérologique

Délai

- Le traitement doit être débuté dans les 4 premières heures qui suivent l'exposition. Il peut être initié au plus tard jusqu'à 48 h après l'exposition, mais son efficacité en est réduite

- Une personne consultant au-delà de 48 h sera orientée vers une démarche visant à un diagnostic précoce de l'infection

Modalités de prescription

Quel traitement ?

Une trithérapie (2 INTI et 1 IP/r) :

- généralement ténofovir/emtricitabine (Truvada®) 1 cp/j + lopinavir/r (Kaletra®) 2 cp matin et soir
- en cas de grossesse, remplacer le Truvada® par zidovudine + lamivudine (Combivir®) 1 cp 2 fois/j
- lorsque le sujet source connu est infecté par le VIH, choix du traitement antirétroviral au cas par cas selon la notion de résistance. On peut prescrire le traitement du patient source si celui-ci est en succès virologique

Quelle prise en charge ?

Le traitement est remboursé à 100 % par la Sécurité sociale

Qui prescrit ?

- Adresser en urgence à un médecin référent de l'hôpital aux heures ouvrables, sinon aux urgences adultes générales
- Si besoin, l'obstétricien de garde peut prescrire
- Un kit de traitement pour 3 j doit être disponible dans la pharmacie d'urgence
- La personne sera alors adressée à un référent dans les 48 h
- Si la sérologie de la patiente contact n'est pas disponible, lui proposer de faire un test VIH (en expliquant pourquoi et en s'assurant de sa non-opposition)
- Dans tous les cas d'accident d'exposition au sang (AES), proposer un dépistage des hépatites C et B, qui sont respectivement 10 et 100 fois plus transmissibles que le VIH
- S'assurer de la vaccination du sujet contact contre l'hépatite B : en l'absence de vaccination, sérovaccination
- En cas d'exposition sexuelle, ne pas oublier la contraception d'urgence (Norlevo® 1 cp)
- Recommander une protection (rapports protégés) et exclure les dons de sang jusqu'au contrôle sérologique à 3 mois

Quels examens complémentaires pour la personne en contact ?

- Aucun examen complémentaire n'est nécessaire en urgence
- Le bilan comportera les sérologies VIH, VCH et VHB (AgHBs et anticorps anti-HBs avec titrage), ainsi qu'un bilan préthérapeutique (NFS plaquettes, transaminases)
- Si l'indication du traitement est maintenue après la consultation du référent, le traitement sera prescrit pour 4 semaines

Estimation du risque de contamination

Risque post-exposition (par ordre décroissant) après contact avec une personne infectée par le VIH :

- rapport anal réceptif non protégé : 0,5 à 3,2 %
- partage de seringues (toxicomanes) : 0,67 %
- piqûre par aiguille (soignant) : 0,32 %
- rapport vaginal réceptif non protégé : 0,05 à 0,15 %
- rapport vaginal ou anal insertif : 0,03 à 0,09 %
- rapport oral : pas de quantification (risque non nul)
  - si le patient source est connu comme infecté par le VIH, traité et avec une charge virale indétectable depuis plusieurs mois, le risque de transmission par voie sanguine et sexuelle est très faible, voire nul. Cependant, la certitude que la charge virale est toujours inférieure au seuil de détection le jour de l'accident est une information qui n'est disponible qu'*a posteriori*. L'initiation d'un TPE dans l'attente de disposer de cette information est donc légitime
  - les situations d'exposition à faible risque (sanguin ou sexuel) au contact de patients traités et à charge virale indétectable peuvent faire discuter l'arrêt du traitement antirétroviral

Exposition professionnelle : comment décider s'il faut traiter ?

Si la personne source est connue comme infectée par le VIH ou si son statut est en attente, la décision de prophylaxie repose sur la sévérité de la blessure.
Traitement recommandé : en cas d'exposition massive, à haut risque (piqûre profonde, par aiguille creuse souillée), mais aussi en cas d'exposition à risque intermédiaire (coupure avec un bistouri à travers des gants), de piqûre superficielle avec une aiguille creuse souillée (dans ce cas le référent pourra éventuellement arrêter le TPE selon le bilan du sujet source).
Traitement à discuter : en cas d'exposition minime, à risque faible (simple érosion épidermique superficielle avec une aiguille pleine – aiguille à suture – ou creuse et de petit calibre – IM ou SC).
Traitement généralement inutile : en cas de contact cutanéo-muqueux sans blessure, (sauf si contact prolongé et important d'une projection de sang sur une muqueuse ou une peau lésée).
Seul le sang ou des liquides biologiques contenant du sang ont été à l'origine de cas prouvés de contaminations professionnelles par le VIH. Si le VIH a également été retrouvé dans le sperme, les sécrétions vaginales, le lait, le liquide amniotique, aucun cas de séroconversion après exposition à de tels liquides n'a jamais été rapporté. Dans la salive, les larmes, l'urine, les selles, les sécrétions nasales, la sueur, le virus est habituellement indétectable ou en concentration trop faible pour entraîner une contamination.

Exposition sexuelle : comment décider s'il faut traiter ?

- Le statut par rapport au VIH est connu et positif. L'évaluation du risque est réalisable : pratiques sexuelles, stade de l'infection du partenaire, charge virale
- Le cas du viol est une indication au TPE
- Le statut par rapport au VIH est inconnu. Il faut réaliser une sérologie en urgence. Dans l'attente du résultat, ou en cas d'impossibilité de l'obtenir :
  - un TPE doit être systématiquement proposé s'il appartient à un groupe à haute prévalence VIH : homo/bisexuel, usager de drogues, hétérosexuel

multipartenaire, originaire d'une zone à prévalence élevée (Afrique subsaharienne, Caraïbes)
  - s'il n'existe pas de facteurs de risque particuliers, on peut rassurer la patiente et proposer un suivi de routine. En cas d'angoisse et de forte demande d'un TPE, il peut être prescrit en attendant la discussion avec un référent
  - à noter qu'un test rapide, fait chez un patient source en primo-infection, peut être pris en défaut
- Ne pas oublier de dépister les autres IST (*Chlamydiae*, gonocoques, syphilis...)

Facteurs augmentant le risque de transmission :

- 1. Stade avancé de l'infection ou primo-infection récente du partenaire
- 2. Infection/lésion génitale
- 3. Rapport(s) sexuel(s) (RS) pendant les règles
- 4. Saignement au cours du RS

Risque et nature de l'exposition	Patient source	
	Infecté par le VIH	Sérologie VIH inconnue
Accident exposant au sang		
Important : – piqûre profonde, aiguille creuse et intravasculaire (artériel ou veineux)	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée si arguments épidémiologiques
Intermédiaire : – coupure avec bistouri – piqûre avec aiguille IM ou SC – piqûre avec aiguille pleine – exposition cutanéo-muqueuse avec temps de contact > 15 min – morsures profondes avec saignement	Prophylaxie recommandée[1]	Prophylaxie non recommandée
Minime : – autres cas – piqûres avec seringues abandonnées – crachats, morsures légères ou griffures	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée

Risque et nature de l'exposition	Patient source	
	Infecté par le VIH	Sérologie VIH inconnue
	Exposition sexuelle	
– Rapports anaux	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation à risque
– Rapports vaginaux	Prophylaxie recommandée[1]	Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation à risque[1, 2]
– Fellation réceptive avec éjaculation	Prophylaxie recommandée[1]	Prophylaxie discutée si personne source ou situation à risque[1, 2]

[1] AES ou exposition sexuelle (rapport vaginal ou fellation). Dans le cas d'un patient source connu comme infecté par le VIH, suivi et traité, dont la charge virale plasmatique est indétectable depuis plusieurs mois, le TPE pourra être interrompu à 48–96 h lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale du patient source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).
[2] *Notion de personne source à risque :* • usager de drogue par voie intraveineuse ; • homme homosexuel ou bisexuel ; • personne appartenant à un groupe dans lequel la prévalence de l'infection est supérieure à 1 %. *Notion de situation à risque :* • prise de substances psychoactives ; • partenaires sexuels multiples. Dans les autres cas d'exposition, les experts considèrent que le rapport bénéfice/risque d'un TPE est insuffisant pour justifier de sa prescription.
Références : circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98/228 du 9 avril 1998. Rapport d'experts coordonné par P. Yéni. *Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH* (en ligne : http://www.sante.gouv.fr)

Pour en savoir plus : http://www.sante.gouv.fr

23 Examens préopératoires systématiques

Ces recommandations concernent les examens préopératoires dits de routine prescrits « à titre systématique », sans signe d'appel, chez des patients âgés de plus de 30 ans, de classe ASA I ou II, pratiqués en dehors de l'urgence, pour une anesthésie programmée (générale ou locorégionale) en vue d'une intervention chirurgicale ou d'une procédure non chirurgicale, diagnostique ou thérapeutique. Sont exclus les examens préopératoires prescrits en vue d'une chirurgie cardiaque, intracrânienne, pulmonaire, obstétricale.
Les patients concernés par ces recommandations sont supposés maîtriser la langue française et posséder des fonctions intellectuelles compatibles avec un interrogatoire médical.

1. Radiographie thoracique

Malgré l'absence d'études contrôlées mais grâce au recul de l'impact des recommandations étrangères, il est possible de conclure que :

- la radiographie thoracique préopératoire en routine n'est plus justifiée dans la population précédemment définie
- cependant, elle peut être souhaitable chez des patients entrant dans l'une des catégories suivantes : les sujets en provenance récente de zone d'endémie tuberculeuse et sans contrôle radiologique depuis 1 an, les patients impotents ou, d'une façon générale, chez lesquels il n'est pas possible d'apprécier cliniquement la fonction cardiaque ou respiratoire.

2. ECG

Il n'existe aucune justification scientifique pour réaliser un ECG systématique préopératoire chez les sujets de moins de 40 ans, asymptomatiques, sans facteur de risque, de classe ASA I ou II. Au contraire, le risque de faux positifs peut excéder le bénéfice potentiel d'un ECG réalisé dans ces conditions.
La probabilité de méconnaître une anomalie asymptomatique croît exponentiellement avec l'âge, sans que les conséquences de cette méconnaissance aient été convenablement évaluées.
La notion d'un ou plusieurs facteurs de risque (diabète, dyslipidémie, tabagisme, hypertension artérielle), une évaluation clinique impossible ou non fiable, une prise de médicaments pouvant être associés à des anomalies électrocardiographiques incitent à réaliser un ECG de dépistage indépendamment de l'âge.
Une évaluation cardiologique complémentaire peut être nécessaire en fonction de l'intervention programmée. Dans ce cas, elle doit être réalisée en temps utile pour permettre une éventuelle modification de la stratégie diagnostique ou thérapeutique.

3. Hémogramme

Il n'existe pas d'études démontrant l'utilité de la réalisation systématique de l'hémogramme. En l'absence de signes d'appel ou de facteurs de risque d'anémie, l'hémogramme n'est proposé à titre systématique que chez les patients programmés pour un acte hémorragique.
Il n'existe pas d'études abordant l'intérêt de la recherche d'une hyperleucocytose en l'absence de signe d'appel.

4. Examens d'hémostase

L'interrogatoire et l'examen clinique sont de première importance dans la recherche d'une anomalie de la coagulation.
Sous réserve que l'interrogatoire et l'examen clinique aient permis de s'assurer de l'absence d'une telle anomalie, il n'apparaît pas utile de prévoir des examens d'hémostase, sauf condition chirurgicale à risque hémorragique particulier.
Si des examens sont prescrits, le temps de céphaline activée (TCA) et la numération plaquettaire (NP) sont les tests les plus utiles. Le groupe de travail a estimé que les résultats des examens d'hémostase, lorsqu'ils sont demandés, doivent être fournis à distance de l'intervention de façon à permettre des ajustements diagnostiques ou thérapeutiques.

5. Examens biochimiques sanguins

Il s'agit de l'ionogramme, de la créatinine (de préférence à l'urée) et de la glycémie.
Aucune étude contrôlée n'a mis en évidence l'intérêt de ces examens biochimiques pour une anesthésie. Les anomalies sont rares et ne conduisent qu'exceptionnellement à une modification. Ils ne sauraient donc être recommandés chez les sujets ASA I et II sans signe d'appel.

6. Examens immuno-hématologiques

Ils sont prescrits pour ne pas retarder une transfusion sanguine peropératoire tout en respectant les conditions maximales de sécurité dans ce domaine. Leur prescription dépend en conséquence de l'évaluation de la probabilité d'une telle transfusion. Leur nature et leur réalisation font l'objet d'une réglementation spécifique. Sont notamment nécessaires la détermination du groupe sanguin ABO, Rhésus, le phénotypage et la recherche récente d'agglutinines irrégulières. Ces examens ne sont pas justifiés si le risque de transfusion peropératoire est faible.

7. Contrôle échographique

Il faut contrôler la veille d'une intervention pour kystectomie, la persistance du kyste ovarien et sa taille.

8. Test de grossesse

Il apparaît judicieux de faire un test urinaire de grossesse préopératoire aux patientes programmées pour une hystéroscopie dans le cadre d'une infertilité ou en vue d'une stérilisation tubaire.

24 Préparations préopératoires

Préparation cutanée

- Douche avec utilisation d'un savon antiseptique : Bétadine® scrub (sauf contre-indication)
- Savonnage complet du corps de haut en bas. Elle est complétée par un brossage des dents. Il faut attacher un soin particulier à la toilette de l'ombilic en cas de cœlioscopie
- Il est recommandé une 1re douche la veille au soir et une 2e le matin de l'intervention
- La douche est sous la responsabilité de l'infirmière

Préparation cervicale avant hystéroscopie et avant aspiration

- Hystéroscopie opératoire => pas de préparation systématique. Au cas par cas : misoprostol (Cytotec®) 2 cp sublinguaux 2 h avant le geste
- Hystéroscopie diagnostique => pas de préparation systématique. Selon prescription médicale uniquement
- Aspiration endo-utérine => pas de préparation systématique. Au cas par cas : misoprostol (Cytotec®) 2 cp sublinguaux 2 h avant le geste

Préparation digestive

Son but est de vider la partie terminale du tube digestif pour faciliter l'exploration chirurgicale. Elle n'a pas montré son efficacité dans la diminution du risque infectieux peropératoire.

- Cœlioscopie diagnostique ou opératoire simple (stérilisation tubaire, kyste de l'ovaire, chirurgie tubaire) => pas de préparation
- Cœlioscopie opératoire avancée (colpohystérectomie élargie, lymphadénectomie lombo-aortique ± pelvienne, endométriose sévère, prolapsus) => régime sans résidu 3 à 5 j avant l'intervention et/ou lavement rectal selon prescription médicale. Normacol® la veille au soir (18 h).
- Hystérectomie par voie haute ou voie basse => pas de préparation spécifique, mais souvent, administration de Normacol® la veille au soir (18 h).

Tonte pubienne ou vulvaire

- Elle n'a pas démontré son efficacité en termes de diminution des infections du site opératoire. Elle est réalisée dans un but de confort opératoire
- Elle doit être pratiquée au plus près de l'intervention mais pas au bloc opératoire

- Elle comporte :
  - pour les gestes sus-pubiens (laparotomie, cœlioscopie, TVT) => tonte sus-pubienne simple
  - pour les gestes simples par voie basse (hystéroscopie, curetage, conisation, stérilisation tubaire) => ébardage si les poils sont trop longs
  - pour la chirurgie vulvaire (vulvectomie partielle ou totale, bartholinite, abcès, plastie des petites lèvres...) => tonte vulvaire
  - pour la chirurgie vaginale du type hystérectomie, cure de prolapsus, bandelette sous urétrale (TOT, TVT) => tonte vulvaire et sus-pubienne

25 Antibioprophylaxie en chirurgie gynécologique

Quelques remarques générales

- L'indication de l'ABP est posée lors de la consultation pré-interventionnelle et tracée dans le dossier
- 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
- Bactéries cibles : *Staphylococcus aureus* et flore digestive en cas d'incision cutanée, et/ou flore vaginale (polymicrobienne aéro- et anaérobies) en cas d'incision de l'utérus et/ou du vagin
- En l'absence de recommandations pour un sujet spécifique, les praticiens peuvent, ou non, choisir de prescrire une antibiothérapie en se rapprochant au plus près de pathologies ou techniques similaires
- L'antibioprophylaxie diminue d'environ 50 % le risque d'infection du site opératoire. Elle doit précéder le début de l'intervention d'environ 30 min
- Chez les patientes obèses (IMC > 35 kg/m²), les doses de β-lactamines doivent être doublées
- Les dérogations aux protocoles habituels doivent rester exceptionnelles et être argumentées

Antibioprophylaxie selon la nature de l'acte chirurgical d'après les RPC de la Société française d'anesthésie réanimation (SFAR) 2010

	Produit	Posologie	Durée
Hystérectomie (voie abdominale et vaginale) Cœliochirurgie Autres chirurgies/voie vaginale	Céfazoline	2 g préop. IV lente	Dose unique (réinjection 1 g si durée > 4 h)
	Allergie : clindamycine + gentamicine	600 mg	Dose unique
		5 mg/kg	Dose unique
Prolapsus	Céfoxitine (allergie : gentamicine 5 mg/kg 1 fois + métronidazole 1 g, 1 fois)	2 g IV lente	Dose unique (réinjection 1 g si durée > 2 h)
Cœlioscopie diagnostique, exploratrice, sans incision vaginale ou digestive	Pas d'ABP		

Hystéroscopie	Pas d'ABP		
Hystérosalpingographie	ABP si notion d'hydrosalpinx		
Biopsie endomètre	Pas d'ABP		
Pose de stérilet	Pas d'ABP		
FIV	Pas d'ABP		
IVG chirurgicale	Flagyl® si > 25 ans, cyclines ou azithromycine si < 25 ans (*cf.* protocole IVG)		
Césarienne	Céfazoline	2 g IV	Dose unique après clampage du cordon
Mastectomie Reconstruction et/ou plastie mammaire	Céfazoline	2 g préop. IV lente	Dose unique (réinjection de 1 g si durée > 4 h)
	Allergie : clindamycine + gentamicine	600 mg	Dose unique
		5 mg/kg	Dose unique
Tumorectomie mammaire simple Plastie plaque aréolomamelonnaire (PAM)	Pas d'ABP		
Curage axillaire	Céfazoline	2 g préop. IV lente	Dose unique
Procédure du ganglion sentinelle	Pas d'ABP		

26 Prévention des thromboses en gynécologie

Rappel : facteurs de risque de thrombose propres au patient

- *Immobilité, alitement, paralysie des membres*
- *Cancer et traitement du cancer (hormonal, chimiothérapie ou radiothérapie)*
- *Antécédents d'événement thromboembolique veineux*
- *Âge > 40 ans*
- *Contraception orale contenant des œstrogènes ou hormonothérapie substitutive*
- *Traitements modulateurs des récepteurs aux œstrogènes*
- *Pathologie médicale aiguë*
- *Insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire*
- *Maladies inflammatoires de l'intestin*
- *Syndrome néphrotique*
- *Syndrome myéloprolifératif*
- *Hémoglobinurie paroxystique nocturne*
- *Obésité (IMC > 30)*
- *Tabagisme*
- *Varices*
- *Cathéter veineux central*
- *Thrombophilie congénitale ou acquise*

Se conformer aux prescriptions écrites en postopératoire immédiat sur la feuille d'anesthésie par le médecin anesthésiste.
Sinon, prescription à la sortie des patientes en postopératoire (en l'absence d'autres facteurs de risque) selon les recommandations de la Société française d'anesthésie réanimation (SFAR) 2005 :

Niveau de risque	Risque faible : TVP < 5 % EP < 0,1 %	Risque modéré TVP entre 5–20 % EP < 0,8 %	Risque élevé TVP entre 20–40 % EP < 2 %
Type de chirurgie	IVG Curetage, bartholinite Conisation Hystéroscopie opératoire Ponction d'ovocytes Fertiloscopie Fronde sous-uréthrale type TVT Cœlioscopie diagnostique Cœlioscopie opératoire < 60 min Chirurgie bénigne du sein	Hystérectomie vaginale Hystérectomie/ cœlio-préparée Cœlioscopie opératoire > 60 min Chirurgie carcinologique du sein Laparotomie exploratrice	Hystérectomie par voie haute Chirurgie du prolapsus Chirurgie pour cancer (utérus, col utérin, ovaires)
Prise en charge	Pas de prévention Bas de contention si risque lié au patient	Bas de contention maintenus jusqu'à déambulation normale ± kiné membres inférieurs (compression pneumatique intermittente) et anticoagulants (7 à 14 j)	Bas de contention kiné membres inférieurs et anticoagulants pendant 4 semaines

La dose d'anticoagulant sera adaptée en fonction des antécédents thromboemboliques et du poids de la patiente. Le protocole d'anticoagulant est :

- Lovenox® 0,4 mg/j en une injection en SC
- Innohep® 3500 UI/j en SC

Pendant toute la durée du traitement anticoagulant, il sera effectué une numération de plaquettes 2 fois/semaine pendant 21 j puis 1 fois/semaine.

Modalités de surveillance biologique de l'efficacité du traitement préventif et des principaux effets secondaires

	Efficacité thérapeutique	Surveillance
HNF	Ratio TCA patient/témoin et/ou héparinémie	Numération plaquettaire avant traitement puis 2 fois/semaine pendant 21 j puis 1 fois/semaine
HBPM	Aucune surveillance ou exceptionnellement activité anti-Xa à la 4e heure devant un risque hémorragique important (IR modérée, âge > 75 ans, traitement curatif, poids < 50 kg)	Numération plaquettaire avant traitement puis 2 fois/semaine pendant 21 j puis 1 fois/semaine

Lésions précancéreuses du col utérin (Bethesda 2001, ANAES 2002)

Cytologie (frottis)

- **NIL/M :** absence de lésion malpighienne intra-épithéliale ou de signe de malignité
- **ASC-US :** atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée
- **ASC-H :** atypie des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade
- **LSIL :** lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade
- **HSIL :** lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade
- **AGC :** atypies glandulaires
- **AIS :** adénocarcinome *in situ*

Histologie des lésions malpighiennes intra-épithéliales (biopsie)

- **CIN1 :** atypies cellulaires limitées au tiers inférieur de l'épithélium
- **CIN2 :** atypies cellulaires limitées aux deux tiers inférieurs de l'épithélium
- **CIN3** ou **cancer *in situ* (CIS)** : atypies cellulaires concernant tout l'épithélium

Colposcopie

- **TAG 1** (transformation atypique de grade 1) :
  - sans préparation, col rose
  - après acide acétique, zone blanche non congestive à distance de l'orifice externe
  - après lugol, zone iodo-négative à contours nets
- **TAG 2** (transformation atypique de grade 2) :
  - sans préparation, col rouge
  - après acide acétique, zone blanche congestive à proximité de l'orifice externe, orifices glandulaires cernés
  - après lugol, zone iodo-négative à contours flous

Cancer du col utérin (TNM/FIGO)

- **Tis/Stade 0 :** *in situ*
- **T1/Stade I :** limitée à l'utérus
  - **T1a/IA :** micro-invasif (diagnostic uniquement histologique)
    - **T1a1/IA1 :** invasion du stroma ≤3 mm en profondeur, et ≤7 mm en surface
    - **T1a2/IA2 :** invasion du stroma >3 mm en profondeur mais <5 mm, et ≤7 mm en surface
  - **T1b/IB :** lésion cliniquement visible (ou préclinique >5 mm en profondeur, ou >7 mm en surface), limitée au col
    - **T1b1/IB1 :** lésion ≤4 cm
    - T1b2/IB2 : lésion >4 cm
- **T2/Stade II :** extension au-delà de l'utérus, sans atteinte de la paroi pelvienne ni du tiers inférieur du vagin

  - **T2a/IIA :** pas d'invasion paramétriale
  - **T2b/IIB :** invasion paramétriale
- **T3/Stade III :** atteinte de la paroi pelvienne (sans espace entre la tumeur et la paroi à l'examen rectal), ou du tiers inférieur du vagin, ou hydronéphrose, ou rein non fonctionnel
  - **T3a/IIIA :** atteinte du tiers inférieur du vagin, sans atteinte de la paroi pelvienne
  - **T3b/IIIB :** atteinte de la paroi pelvienne, et/ou hydronéphrose ou rein non fonctionnel
- **T4/Stade IVA :** atteinte de la muqueuse rectale ou vésicale (prouvée par biopsie)
- **M1/Stade IVB :** extension au-delà du pelvis
- **N1 :** adénopathies régionales

Cancer de l'endomètre (TNM/FIGO 2009)

- **T1/Stade I :** tumeur limitée au corps utérin
  - **T1a/IA :** tumeur limitée à l'endomètre ou ne dépassant pas la moitié du myomètre
  - **T1b/IB :** envahissement du myomètre ≥ 50 %
- **T2/Stade II :** tumeur envahissant le stroma cervical sans extension au-delà de l'utérus
- **T3 ou N1/Stade III :** extensions locales ou régionales
  - **T3a/IIIA :** envahissement de la séreuse utérine ou des annexes
  - **T3b/IIIB :** envahissement vaginal ou paramétrial
  - **N1/IIIC :** métastases ganglionnaires pelviennes (IIIC1 FIGO) ou lombo-aortiques (IIIC2 FIGO)
- **T4/Stade IVA :** extension à la muqueuse vésicale ou intestinale
- **M1/Stade IVB :** métastases à distance, incluant les métastases intra-abdominales et les métastases ganglionnaires inguinales

Le type histologique, le grade histologique (OMS) et la cytologie péritonéale sont indiqués à part :

- **type 1 :** tumeurs endométrioïdes
  - **grade 1 :** ≤ 5 % de contingent indifférencié
  - **grade 2 :** 6–50 % de contingent indifférencié
  - **grade 3 :** > 50 % de contingent indifférencié
- **type 2 :** carcinomes à cellules claires, carcinomes papillaires/séreux et carcinosarcomes

Les stades I sont classés en fonction du type histologique, du grade, de la présence d'emboles lymphatiques et de l'envahissement myométrial en trois niveaux de risque de récidive (ESMO 2009, INCa 2010) :

- **bas risque :** T1a/IA, grade 1 ou 2 du type 1 histologique
- **risque intermédiaire :** T1a/IA grade 3 du type 1 histologique ; T1b/IB grade 1 ou 2 du type 1 histologique)
- **risque élevé :** T1b/IB grade 3 du type 1 histologique ; T1/IA-B type 2 histologique ; T1/I présentant des emboles lymphatiques

Cancer de l'ovaire (TNM/FIGO)

- **T1/Stade I :** tumeur limitée aux ovaires
  - **T1a/IA :** tumeur limitée à un seul ovaire, pas d'ascite tumorale, pas de végétation à la surface de l'ovaire, ni de rupture capsulaire
  - **T1b/IB :** tumeur limitée aux deux ovaires, pas d'ascite tumorale, pas de végétation à la surface des ovaires, ni de rupture capsulaire
  - **T1c/IC :** tumeur au stade IA ou IB, mais avec végétation à la surface d'un ou des deux ovaires, ou rupture capsulaire, ou ascite cytologiquement positive, ou cytologie péritonéale positive
- **T2/Stade II :** tumeur atteignant un ou deux ovaires, avec extension au pelvis
  - **T2a/IIA :** extension ou métastases à l'utérus ou aux trompes, cytologie péritonéale négative
  - **T2b/IIB :** extension à d'autres tissus pelviens, cytologie péritonéale négative
  - **T2c/IIC :** tumeur au stade IIA ou IIB, mais avec végétation à la surface d'un ou des deux ovaires, ou rupture capsulaire, ou ascite cytologiquement positive, ou cytologie péritonéale positive
- **T3/Stade III :** tumeur atteignant un ou deux ovaires avec implants péritonéaux histologiquement prouvés au-delà du pelvis et/ou adénopathies inguinales ou rétropéritonéales. Les métastases à la surface du foie sont des stades III. Tumeur limitée au pelvis, avec extension histologiquement prouvée à l'intestin grêle ou à l'épiploon
  - **T3a/IIIA :** tumeur globalement limitée au pelvis, sans atteinte ganglionnaire, mais avec atteinte microscopique du péritoine abdominal, ou extension histologiquement prouvée à l'intestin grêle ou au mésentère
  - **T3b/IIIB :** tumeur atteignant un ou deux ovaires, sans atteinte ganglionnaire, mais avec implants à la surface du péritoine abdominal confirmés histologiquement, ne dépassant pas 2 cm
  - **T3c ou N1/IIIC :** implants péritonéaux de plus de 2 cm **(T3c)**, adénopathies inguinales ou rétropéritonéales **(N1)**
- **M1/Stade IV :** tumeur atteignant un ou deux ovaires, avec métastases à distance. En cas d'épanchement pleural, la cytologie doit être positive. Les métastases parenchymateuses hépatiques sont classées stade IV

N.B. : pour les stades IC ou IIC, il faut préciser si la rupture capsulaire est spontanée ou causée par le chirurgien, et s'il s'agit d'ascite ou d'un lavage péritonéal.

Cancer de la vulve (TNM/FIGO)

- **Tis/Stade 0 :** carcinome *in situ*, néoplasie intra-épithéliale de grade III
- **T1/Stade I :** lésion ≤2 cm, limitée à la vulve ou au périnée, sans métastase ganglionnaire
  - **T1a/IA :** lésion ≤2 cm, limitée à la vulve ou au périnée, avec invasion stromale ≤ 1 mm, sans métastase ganglionnaire
  - **T1b/IB :** lésion ≤2 cm, limitée à la vulve ou au périnée, avec invasion stromale >1 mm, sans métastase ganglionnaire
- **T2/Stade II :** tumeur limitée à la vulve ou au périnée, >2 cm dans sa plus grande dimension, sans métastase ganglionnaire
- **T3 ou N1/Stade III :** tumeur de toute taille, avec extension locale au bas urètre, au vagin, ou à l'anus, métastase ganglionnaire unilatérale **(N1)**

- **T4/Stade IVA :** tumeur envahissant un des éléments suivants : haut urètre, muqueuse vésicale, muqueuse rectale, os pelvien, ou métastase ganglionnaire bilatérale **(N2)**
- **M1/Stade IVB :** métastase à distance incluant les atteintes ganglionnaires pelviennes

Cancer du vagin (TNM/FIGO 1994)

- **Tis/Stade 0 :** carcinome *in situ*, néoplasie intra-épithéliale de grade III
- **T1/Stade I :** extension limitée à la paroi vaginale
- **T2/Stade II :** envahissement au tissu sous-vaginal, mais sans extension à la paroi pelvienne
- **T3/Stade III :** atteinte de la paroi pelvienne
- **T4/Stade IVA :** envahissement de la muqueuse rectale ou vésicale ou extension directe au-delà du pelvis
- **M1/Stade IVB :** extension à d'autres organes

Cancer du sein (TNM 2002)

T – Tumeur

- **Tx :** détermination de la tumeur primitive impossible
- **T0 :** tumeur non palpable
- **Tis :** carcinome *in situ*, ou maladie de Paget du mamelon sans tumeur décelable
- **T1 :** tumeur ≤ 20 mm dans sa plus grande dimension
  - **T1mic :** micro-invasion jusqu'à 1 mm inclus
  - **T1a :** au-delà de 1 mm et jusqu'à 5 mm inclus
  - **T1b :** au-delà de 5 mm et jusqu'à 10 mm inclus
  - **T1c :** au-delà de 10 mm et jusqu'à 20 mm inclus
- **T2 :** tumeur au-delà de 20 mm et jusqu'à 50 mm inclus
- **T3 :** tumeur supérieure à 50 mm
- **T4 :** tumeur mammaire quelle qu'en soit la taille avec :
  - **T4a :** extension à la paroi thoracique : côtes, muscles intercostaux et grand dentelé (muscle grand pectoral exclu)
  - **T4b :** œdème (y compris peau d'orange) ou ulcération cutanée du sein malade ou nodules sous-cutanés périlésionnels
  - **T4c :** à la fois T4a et T4b
  - **T4d :** tumeur inflammatoire

N – Atteinte ganglionnaire

- **Nx :** appréciation ganglionnaire impossible
- **N0 :** pas d'adénopathie perceptible cliniquement
- **N1 :** présence d'une ou de plusieurs adénopathies axillaires homolatérales mobiles
- **N2 :** adénopathies axillaires homolatérales fixées entre elles ou à d'autres structures
- **N3 :** atteinte mammaire interne homolatérale
  - **3a :** rétroclaviculaire homolatérale
  - **3b :** interne homolatérale
  - **3c :** sus-claviculaire homolatérale

M – Atteinte métastatique

- **Mx :** détermination impossible de l'extension métastatique
- **M0 :** absence de métastase
- **M1 :** présence d'une métastase ou d'une adénopathie axillaire controlatérale ou sus-claviculaire homolatérale fixée

Imagerie du sein (BIRADS/ACR, ANAES 2002)

	Anomalies d'imagerie du sein	Interprétation – Attitude
ACR 0	Il s'agit d'une classification « d'attente », qui s'utilise en situation de dépistage ou dans l'attente d'un second avis, avant que le second avis soit obtenu ou que le bilan d'imagerie soit complété et qu'ils permettent une classification définitive	Des investigations complémentaires sont nécessaires : comparaison avec les documents antérieurs, incidences complémentaires, clichés centrés comprimés, agrandissement de microcalcifications, échographie, etc.
ACR 1		Mammographie normale
ACR 2	• Opacité ronde avec macrocalcifications (adénofibrome ou kyste) • Opacité ovale à centre clair (ganglion intramammaire) • Opacité ronde correspondant à un kyste typique en échographie • Image de densité graisseuse ou mixte (lipome, hamartome, galactocèle, kyste huileux) • Cicatrice connue et calcifications sur matériel de suture • Macrocalcifications sans opacité (adénofibrome, kyste, adiponécrose, ectasie canalaire sécrétante, calcifications vasculaires) • Microcalcifications annulaires ou arciformes, semi-lunaires, sédimentées, rhomboédriques • Calcifications cutanées et calcifications punctiformes régulières diffuses	Anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen supplémentaire
ACR 3	• Microcalcifications rondes ou punctiformes régulières ou pulvérulentes, peu nombreuses, en petit amas rond isolé • Petit amas rond ou ovale de calcifications amorphes, peu nombreuses, évoquant un début de calcification d'adénofibrome • Opacité bien circonscrite ronde, ovale, ou discrètement polycyclique non calcifiée, non typiquement liquidienne en échographie • Asymétrie focale de densité à limites concaves ou mélangée à la graisse	Forte probabilité de bénignité (valeur prédictive positive de cancer < 5 %) Une surveillance à court terme est conseillée

ACR 4	• Microcalcifications punctiformes régulières nombreuses ou groupées en amas aux contours ni ronds ni ovales • Microcalcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires peu nombreuses • Microcalcifications pulvérulentes groupées et nombreuses • Opacité spiculée sans centre dense • Asymétrie ou surcroît de densité localisé à limites convexes ou évolutif • Opacité non liquidienne ronde ou ovale, à contour lobulé ou masqué, ou ayant augmenté de volume • Distorsion architecturale en dehors d'une cicatrice connue et stable	Anomalie indéterminée ou suspecte (valeur prédictive positive de cancer entre 5 et 50 %) Indication d'une vérification histologique
ACR 5	• Microcalcifications vermiculaires, arborescentes ou microcalcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires, nombreuses et groupées • Groupement de microcalcifications quelle que soit leur morphologie dont la topographie est galactophorique • Microcalcifications groupées ayant augmenté en nombre ou microcalcifications dont la morphologie ou la distribution sont devenues suspectes • Microcalcifications associées à une anomalie architecturale ou à une opacité • Opacité spiculée à centre dense • Opacité mal circonscrite aux contours flous et irréguliers	Forte probabilité de malignité (valeur prédictive positive de cancer > 95 %)

Tumeurs trophoblastiques gestationnelles (TTG) : score pronostique (FIGO 2000)

Score	0	1	2	4
Âge (ans)	<40	≥40		
Grossesse précédente	Môle hydatiforme	Avortement	Accouchement	
Intervalle grossesse précédente – début de chimiothérapie	<4 mois	4–6 mois	7–12 mois	>12 mois

Score	0	1	2	4
hCG sérique (UI/L)	$<10^3$	$10^3 - <10^4$	$10^4 - <10^5$	$\geq 10^5$
Nombre de métastases	0	1–4	5–8	>8
Sites métastatiques	Poumon	Rate, rein	Tube digestif	Cerveau, foie
Diamètre de la plus grande tumeur (dont tumeur utérine)	<3 cm	3– <5 cm	≥5 cm	
Échec chimiothérapie préalable	Non	Échec de monochimiothérapie	Échec de polychimiothérapie	

Les tumeurs du site d'implantation sont exclues de ce score.
Le score total est obtenu en additionnant les scores individuels de chaque variable pronostique.
L'intervalle est le temps (en mois) séparant la date de l'avortement (môlaire ou non) ou de l'accouchement précédent (normal ou non) et la date de début de chimiothérapie.
Compter toutes les métastases et non les sites.
Seules les métastases pulmonaires visibles à la radiographie pulmonaire sont comptabilisées.
Si score ≤6 : TTG à bas risque et si ≥ 7 : TTG à haut risque.

Prolapsus génital

Classification classique

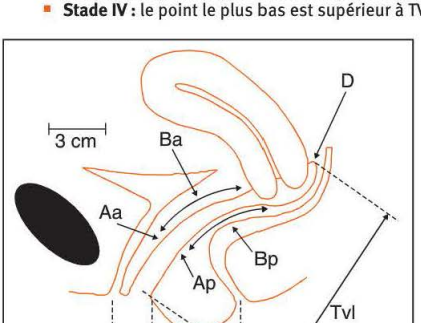
Chaque élément du prolapsus (cystocèle, rectocèle, hystéroptose, élytrocèle, urétrocèle) est gradé de 1 à 3 lors d'un effort maximal de poussée à vessie vide :

- **degré 0 :** pas de prolapsus
- **degré 1 :** le viscère descend mais reste intravaginal
- **degré 2 :** le viscère affleure la vulve
- **degré 3 :** le viscère s'extériorise au-delà de la fente vulvaire

Classification moderne (POP-Q)

L'examen clinique est décrit par 9 mesures en centimètres (voir figure ci-dessous) : les 6 premières mesures portent sur la descente maximale en poussée de 6 points vaginaux définis de la manière suivante : Aa (point antérieur à 3 cm du méat urinaire), Ba (point antérieur situé entre Aa et C), C (col utérin qui se confond avec D en cas d'hystérectomie totale), D (cul-de-sac vaginal postérieur), Ap (point postérieur situé à 3 cm de l'hymen), Bp (point postérieur situé entre Bp et D), la référence est l'hymen, les mesures sont négatives quand le point reste intravaginal et positives quand le point est extériorisé à la poussée ; les 3 autres mesures portent sur le hiatus génital antéro-postérieur (gh), la distance ano-vulvaire (pb), et la longueur vaginale totale (tvl).

- **Stade 0 :** Aa, Ap, Ba et Bp sont 3 cm au-dessus de l'hymen, C et D descendent de moins de 2 cm (inférieurs à TVL – 2 cm)
- **Stade I :** le point le plus bas est inférieur à – 1 cm
- **Stade II :** le point le plus bas est entre – 1 cm et + 1 cm
- **Stade III :** le point le plus bas est supérieur à + 1 cm
- **Stade IV :** le point le plus bas est supérieur à TVL – 2 cm



Incontinence urinaire

On distingue l'incontinence urinaire d'effort (IUE), l'incontinence urinaire par urgenturie (IUU) et l'incontinence urinaire mixte (IUM) qui associe des fuites d'effort et par urgenturie.
L'incontinence urinaire est décrite en fonction des circonstances des fuites, de la fréquence des fuites, de l'abondance des fuites et de la gêne provoquée. Le score de l'ICIQ-SF rassemble ces quatre aspects, le score est la somme des trois premières questions.

À quelle fréquence avez-vous ces fuites d'urine ? (une seule réponse)	jamais 0 une fois par semaine au maximum 1 2 à 3 fois par semaine 2 environ une fois par jour 3 plusieurs fois par jour 4 tout le temps 5
Selon votre estimation, quelle est la quantité habituelle d'urine perdue à chaque fois ? (une seule réponse)	nulle 0 une petite quantité 2 une quantité moyenne 4 une grande quantité 6
De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Cochez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Dans quelles circonstances avez-vous des fuites d'urine ? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent à votre cas)	vous ne perdez jamais d'urine vous avez des pertes d'urine avant de pouvoir arriver aux toilettes vous avez des pertes d'urine quand vous toussez ou éternuez vous avez des pertes d'urine quand vous avez une activité physique ou vous faites de l'exercice vous avez des pertes d'urine quand vous avez fini d'uriner et vous êtes rhabillée vous avez des pertes d'urine tout le temps

Troubles urinaires

À côté des fuites, il faut décrire les troubles urinaires associés (urgenturie, pollakiurie, nycturie, dysurie). Le score de qualité de vie DITROVIE est utilisé dans le syndrome d'hyperactivité vésicale.

1. Au cours des quatre dernières semaines, vos troubles urinaires vous ont-ils gênée lorsque vous étiez à l'extérieur de chez vous ?				
1 : Pas du tout	2 : Un peu	3 : Moyennement	4 : Beaucoup	5 : Énormément
2. Au cours des quatre dernières semaines, vos troubles urinaires vous ont-ils gênée pour faire les courses ou les achats ?				
1 : Pas du tout	2 : Un peu	3 : Moyennement	4 : Beaucoup	5 : Énormément
3. Au cours des quatre dernières semaines, vos troubles urinaires vous ont-ils gênée pour porter quelque chose de lourd ?				
1 : Pas du tout	2 : Un peu	3 : Moyennement	4 : Beaucoup	5 : Énormément
4. Au cours des quatre dernières semaines, vos troubles urinaires ont-ils nécessité que vous interrompiez fréquemment votre travail ou vos activités quotidiennes ?				
1 : Pas du tout	2 : Un peu	3 : Moyennement	4 : Beaucoup	5 : Énormément
5. Au cours des quatre dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence avez-vous éprouvé un sentiment de honte, de dégradation ?				
1 : Jamais	2 : Rarement	3 : De temps en temps	4 : Souvent	5 : En permanence
6. Au cours des quatre dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence avez-vous craint de sentir mauvais ?				
1 : Jamais	2 : Rarement	3 : De temps en temps	4 : Souvent	5 : En permanence
7. Au cours des quatre dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence avez-vous perdu patience ?				
1 : Jamais	2 : Rarement	3 : De temps en temps	4 : Souvent	5 : En permanence
8. Au cours des quatre dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence avez-vous craint de sortir de chez vous ?				

1 : Jamais	2 : Rarement	3 : De temps en temps	4 : Souvent	5 : En permanence
9. Au cours des quatre dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence avez-vous été obligée de vous lever plusieurs fois pendant votre sommeil ?				
1 : Jamais	2 : Rarement	3 : De temps en temps	4 : Souvent	5 : En permanence
10. Compte tenu de vos troubles urinaires, comment évaluez-vous actuellement votre qualité de vie ?				
1 : Excellente	2 : Bonne	3 : Moyenne	4 : Mauvaise	5 : Très mauvaise

Endométriose

Score de l'AFS (American Fertility Society) révisé en 1985

1. Lésions péritonéales		
Ne coter que la lésion la plus sévère (superficielle ou profonde)		
Péritoine	*Superficielles*	*Profondes*
<1 cm	1	2
1 à 3 cm	2	4
>3 cm	4	6
2. Lésions ovariennes		
Ne coter que la lésion la plus sévère et ajouter les scores des ovaires droit et gauche		
Ovaire droit	*Superficielles*	*Profondes*
<1 cm	1	4
1 à 3 cm	2	16
>3 cm	4	20
Ovaire gauche	*Superficielles*	*Profondes*
<1 cm	1	4
1 à 3 cm	2	16
>3 cm	4	20
3. Adhérences annexielles selon la circonférence		
Ajouter les scores des ovaires droit et gauche et des trompes droite et gauche		
Ovaire droit	*Superficielles (ou transparentes)*	*Profondes (ou opaques)*
<1/3	1	4
1/3 à 2/3	2	8

>2/3	4	16	
Ovaire gauche	*Superficielles (ou transparentes)*	*Profondes (ou opaques)*	
<1/3	1	4	
1/3 à 2/3	2	8	
>2/3	4	16	
Trompe droite	*Superficielles (ou transparentes)*	*Profondes (ou opaques)*	
<1/3	1	4*	
1/3 à 2/3	2	8*	
>2/3	4	16	
Trompe gauche	*Superficielles (ou transparentes)*	*Profondes (ou opaques)*	
<1/3	1	4*	
1/3 à 2/3	2	8*	
>2/3	4	16	
4. Oblitération du Douglas			
Partielle	4	Totale	40
Stade de l'endométriose	**Degré de sévérité**	**Score AFS**	
Stade I	Endométriose minime	1–5	
Stade II	Endométriose modérée	6–15	
Stade III	Endométriose moyenne	16–40	
Stade IV	Endométriose sévère	>40	

* Si le pavillon de la trompe est complètement immobilisé (adhèrent sur toute la circonférence), compter 16.

Classification FOATI

FOATI	Description et score		
F (foyer)	Diamètre cumulé des foyers profonds ou superficiels	0	Absence
		1	<1 cm
		2	2 à 5 cm
	Lésions typiques (noires)	%	
	Lésions blanches	%	
	Lésions rouges	%	
O (ovaire)	0	Normal	
	1	<1 cm	
	2	1 à 3 cm	
	3	3 à 5 cm	
	4	>5 cm	
A (adhérences)	0	Absence	
	1	Mobilité de la trompe et l'ovaire conservé	
	2	Conservation partielle de la mobilité de la trompe et/ou l'ovaire	
	3	Absence de la mobilité de la trompe et/ou l'ovaire	
	4	Comblement du cul-de-sac de Douglas	
T (trompes)	0	Normal	
	1	Occlusion partielle	
	2	Occlusion totale	
	3	Bi- ou multifocale	
I (inflammation)	Moins (–)	Plus (+)	

Développement pubertaire selon Tanner

- **Pilosité pubienne :**
  - **P1 :** absence de pilosité
  - **P2 :** quelques poils longs pigmentés surtout sur les grandes lèvres
  - **P3 :** poils plus denses, plus épais, dépassant la symphyse pubienne
  - **P4 :** pilosité de type adulte n'atteignant pas les cuisses
  - **P5 :** pilosité de type adulte atteignant la partie interne des cuisses

- **Pilosité axillaire :**
  - **A1 :** absence
  - **A2 :** quelques poils
  - **A3 :** nombre de poils > 10
  - **A4 :** pilosité assez fournie
  - **A5 :** pilosité fournie
- **Seins :**
  - **S1 :** saillie simple du mamelon
  - **S2 :** bourgeon mammaire, élargissement de l'aréole, la glande ne dépassant pas l'aréole
  - **S3 :** élargissement de la saillie du sein et de l'aréole, avec des contours peu distincts, la glande dépassant l'aréole
  - **S4 :** seins bien développés, œdème de l'aréole qui se projette en avant du plan du sein
  - **S5 :** sein adulte avec œdème de l'aréole ayant disparu (il se confond avec le plan du sein) et seul le mamelon fait saillie
- **Vulve :**
  - **G1 :** vulve verticale
  - **G2 :** début d'horizontalisation de la vulve
  - **G3 :** développement des grandes et des petites lèvres
  - **G4-5 :** vulve de type adulte

Malformations utérines (Musset 1964, AFS 1988)

Aplasies utérines

- Aplasies bilatérales des canaux de Müller (type I AFS) :
  - aplasie complète de l'utérus
  - aplasie partielle de l'utérus, syndrome de Rokitansky-Kuster-Hauser (Ic)
- Aplasies müllériennes unilatérales :
  - aplasie müllérienne unilatérale complète, utérus unicorne vrai (IId)
  - aplasie müllérienne unilatérale incomplète, utérus pseudo-unicorne avec corne rudimentaire controlatérale avec cavité endométriale (IIb) ou sans (IIc)

Hémi-utérus

- Bicorne bicervical sans ou avec rétention menstruelle unilatérale (hémivagin borgne ou atrésie du col)
- Bicorne unicervical partiel (IVa), complet (IVb), ou asymétrique (IIa)

Utérus cloisonnés

- Cloisonné total (Vb)
- Cloisonné partiel (Va)
- À fond arqué (VI)
- Cloisonné asymétrique de Robert

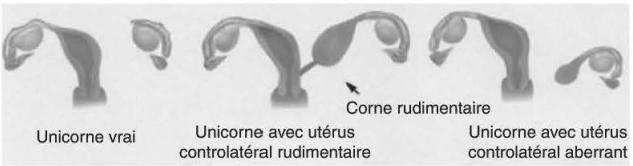
Utérus communicants

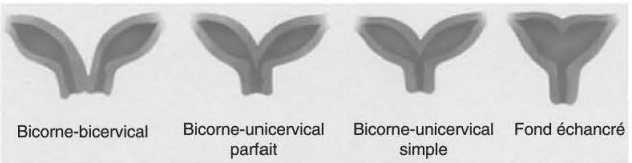
- Cloisonné communiquant
- Bicorne bicervical communiquant sans ou avec rétention menstruelle

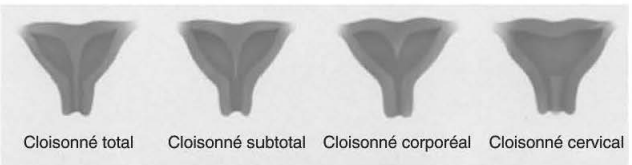
Autres malformations utérines

- Hypoplasie utérine, utérus DES (VII)
- Malformations congénitales du col et de l'isthme

Schématisation







Hirsutismes, score selon Abraham

Lèvre supérieure	**1.** Quelques poils sur le bord externe
	2. Une petite moustache sur le bord externe
	3. Une moustache s'étendant sur la moitié externe
	4. Moustache complète
Menton	**1.** Quelques poils disséminés
	2. Poils disséminés avec des zones de concentration **3. et 4.** Barbe légère ou importante
Poitrine	**1.** Quelques poils péri-aréolaires
	2. Avec quelques poils médians en plus
	3. Les trois quarts de la surface sont recouverts
	4. Pilosité recouvrant toute la poitrine

Partie supérieure du dos	**1.** Quelques poils disséminés
	2. Un peu plus mais encore disséminés **3. et 4.** Recouvrant complètement la moitié supérieure du dos, toison légère ou épaisse
Moitié inférieure du dos	**1.** Touffe de poils sacrée
	2. La même avec extension latérale
	3. Les trois quarts de la surface sont recouverts
	4. Pilosité diffuse sur toute la surface
Moitié supérieure de l'abdomen	**1.** Quelques poils médians
	2. Plus fournis et toujours médians **3. et 4.** Partie supérieure complètement recouverte
Moitié inférieure de l'abdomen	**1.** Quelques poils médians
	2. Une raie médiane de poils (traînée)
	3. Une bande médiane de poils
	4. Pilosité en losange
Bras, cuisses, jambes	**1.** Pilosité clairsemée ne touchant pas plus du quart de la surface du segment de membre
	2. Un peu plus étendue : la couverture reste incomplète **3. et 4.** Couverture complète légère ou dense
Interprétation	**Valeur du score**
Normal	<8
Hirsutisme léger	8 à 16
Hirsutisme modéré	17 à 25
Hirsutisme sévère	>25
S'il est supérieur à 15 : une cause organique est suspectée et les bilans biologiques sont nécessaires	

Complications chirurgicales (Clavien-Dindo 2004)

- **Grade I :** toute déviation des suites opératoires normales sans nécessité de traitement pharmacologique ou chirurgical, endoscopique, et radiologie interventionnelle. Les traitements autorisés sont : les médicaments anti-émétiques, antipyrétiques, antalgiques, diurétiques, les électrolytes et la kinésithérapie. Ce grade comprend aussi les infections de paroi ouvertes au lit du malade
- **Grade II :** nécessité de traitement pharmacologique avec des médicaments autres que ceux autorisés dans le grade I. Ce grade comprend les transfusions et la nutrition parentérale totale

- **Grade III :** nécessité d'une intervention chirurgicale, endoscopique ou de radiologie interventionnelle
  - grade IIIa : intervention sans anesthésie générale
  - grade IIIb : intervention avec anesthésie générale
- **Grade IV :** complication avec risque vital (y compris du système nerveux central) avec prise en charge en soins continus ou en réanimation :
  - grade IVa : défaillance d'un organe (y compris dialyse)
  - grade IVb : défaillance multiviscérale
- Grade V : décès du patient

Suffixe « d » : si le patient souffre d'une complication lors de la sortie, le suffixe « d » (pour *disability*) est ajouté au grade de la complication correspondante. Ce suffixe indique la nécessité d'un suivi pour évaluation complète de la complication.

28 Cancers gynécologiques et mammaires

Cancer du sein

1. Bilan préthérapeutique

Bilan clinique et imagerie

Bilan clinique

- Âge, statut ménopausique, prise d'un traitement hormonal (contraception, THM), IMC
- Évaluation de l'état général selon indice reconnu (OMS, Karnofsky)
- Examen des deux seins : volume des seins (bonnet du soutien-gorge), caractéristiques de la tumeur (côté, quadrant, taille, mobilité)
- Examen des aires ganglionnaires : axillaires, sus-claviculaires et cervicales
- Examen général : poumons, foie, utérus et ovaires
- Stadification TNM

Bilan sénologique

- Mammographie, échographie mammaire
- IRM mammaire si : discordance clinique/mammographie, mammographie/échographie ; lésion multifocale ou inflammatoire ; carcinome lobulaire infiltrant prouvé histologiquement

Microbiopsies (ou macrobiopsies pour les lésions infracliniques)

- Systématique avant tout traitement
- Mise en place d'un clip lors de la réalisation de macrobiopsies en cas d'exérèse complète d'un foyer de microcalcifications, de lésions multifocales ou dans la perspective d'un traitement médical néo-adjuvant

Bilan d'extension (uniquement pour les cancers invasifs)

- Marqueurs tumoraux : CA15-3, ACE
- Imagerie :
  - selon les centres : scanner thoraco-abdomino-pelvien ou radiographie pulmonaire de face, échographie abdomino-pelvienne (foie, ovaires)
  - selon les facteurs de risque : scintigraphie osseuse, TDM ou IRM cérébrale chez les patientes symptomatiques, surtout si « triple négatif » ou HER2 +++
- Si signes d'appel : bilan orienté

2. Stratégie thérapeutique

Elle repose sur le type histologique (carcinome *in situ* ou carcinome invasif) et sur la stadification.

Les grands principes du traitement énoncés ici sont issus des données de la littérature internationale, des recommandations de Nice–Saint-Paul-de-Vence, des réunions de consensus de Saint-Gallen et de l'Institut national du cancer (INCa). Toutes les décisions thérapeutiques sont prises en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), les patientes ayant été informées de leur passage et ayant donné leur consentement.

Chirurgie

- Tumeur infiltrante opérable (voir arbre 1, p. 109)
- Si rapport taille tumorale/volume du sein élevé ou tumeur inflammatoire : une chimiothérapie ou une hormonothérapie néo-adjuvante peuvent être indiquées
- Carcinomes intracanalaires (voir arbres 2 et 3, p. 110) et si infiltrants associés (voir arbre 1, p. 109)
- Dans tous les cas, l'exérèse tumorale doit être complète avec des marges d'exérèse saines ≥ 2 mm
- Maladie de Paget :
  - si atteinte isolée de la plaque aréolo-mamelonnaire ou PAM (imagerie complète normale) : ablation de la PAM, pas de curage, ni de radiothérapie
  - si maladie de Paget + foyer(s) de microcalcifications et/ou masse tumorale :
    - attitude standard : mammectomie
    - traitement conservateur avec ablation de la PAM si critères de conservation mammaire tous présents (intérêt de la chirurgie oncoplastique)
    - dans tous les cas : exploration ganglionnaire adaptée au caractère *in situ* (taille et grade histologique) ou infiltrant (taille) du carcinome mammaire

Radiothérapie

- Champs d'irradiation :
  - au niveau du sein :
    - en cas de conservation mammaire = lit tumoral si au moins un des facteurs suivants : pT > 10 mm, composante intracanalaire extensive associée, emboles vasculaires ou lymphatiques
    - en cas de mammectomie = paroi thoracique si : pN0 et un des critères suivants : pT2 avec emboles, pT3 ou pT4 ou exérèse limite, lésions multicentriques, pN1, complément de cicatrice si atteinte pectorale
  - au niveau des aires ganglionnaires :
    - sommet du creux axillaire si pN1
    - creux sus-claviculaire si pN1 ou pT3 ou pT4
- Dose totale :
  - sein, paroi thoracique : 50 Gy
  - complément/lit tumoral ou cicatrice de mammectomie : 10–20 Gy

Chimiothérapie

Adjuvante

- Délai : 3 à 5 semaines maximum après le traitement chirurgical
- Type de chimiothérapie et indications :
  - si pN1 : chimiothérapie adjuvante avec 3 FEC 100 et 3 Taxotère®
  - si pN0 : il peut y avoir indication à une chimiothérapie adjuvante (6 FEC 100) en fonction de la présence ou non des facteurs de risque suivants : âge < 35 ans, RH (récepteurs hormonaux) négatifs, SBR II ou III, HER2 +++, taille tumorale > 20 mm et présence d'emboles vasculaires

Néo-adjuvante

- Schéma général :
  - en l'absence de tests prédictifs d'efficacité de la chimiothérapie, schéma séquentiel alternant FEC 100 puis Taxotère®

- réévaluation après le 3e cycle (clinique + imagerie/échographie ou mieux IRM)
- en cas de réponse tumorale satisfaisante :
  - mise en place d'un clip dans la tumeur (si non fait lors des microbiopsies initiales), dans l'éventualité d'une réponse tumorale complète en fin de chimiothérapie
  - poursuite de la chimiothérapie jusqu'à un nombre total de 6 à 8 cycles
- en cas de régression insuffisante ou de progression tumorale, le protocole de chimiothérapie pourra être modifié

- Patientes HER2 +++, association du traitement à du trastuzumab

Hormonothérapie

Adjuvante

- Produits utilisés :
  - anti-œstrogènes : tamoxifène (Nolvadex®, génériques) : 20 mg/j (soit 1 cp/j), pendant 5 ans
  - analogues de la LHRH : Décapeptyl® 11,25, une injection trimestrielle pendant 2 ans
  - anti-aromatases (Femara®, Arimidex®, Aromasine®) : 1 cp/j
- Indications :
  - uniquement pour les cancers infiltrants, RE+ et/ou RP+
  - avant la ménopause :
    - tamoxifène
    - tamoxifène + analogue de la LHRH en cas de kystes ovariens bilatéraux et/ou symptomatiques, ou chez les femmes à haut risque non ménopausées par la chimiothérapie (<35 ans)
  - après la ménopause :
    - anti-aromatases
    - le tamoxifène reste une option possible chez les femmes ayant un cancer de très bon pronostic, en cas de contre-indication aux anti-aromatases, ou encore en cas de mauvaise tolérance aux anti-aromatases après 2 ans de traitement
- Adaptations possibles :
  - après 2 ans de traitement, le passage du tamoxifène à une anti-aromatase est une option
  - après 5 ans de tamoxifène, relais possible par une anti-aromatase pendant au moins 2 ans chez les femmes à haut risque métastatique

Néo-adjuvante

- Par anti-œstrogène ou anti-aromatase (selon le statut ménopausique) pendant 4 à 6 mois avec surveillance de la régression tumorale par examen clinique et imagerie
- Réalisation du traitement locorégional (chirurgie, radiothérapie)
- Reprise de l'hormonothérapie en adjuvant selon la réponse tumorale initiale

Thérapies ciblées

- Trastuzumab (Herceptin®) : utilisé en adjuvant seulement en cas de tumeur HER2 +++
- Le trastuzumab est prescrit en association avec la chimiothérapie, si possible poursuivi pendant la radiothérapie, et après la radiothérapie pour une

durée totale du traitement qui reste actuellement de 1 an après la fin du traitement local
- Surveillance par échographie cardiaque avant le début du traitement et ensuite à la demande, en fonction des résultats et de la symptomatologie

Surveillance

Surveillance locorégionale

- Clinique, tous les 6 mois jusqu'à 5 ans (si mammectomie pour CCIS : examen annuel)
- Alternance recommandée et à organiser entre les différents médecins (chirurgien, radiothérapeute, oncologue médical) et médecins de ville (médecin traitant et gynécologue) ; remise à la patiente d'un calendrier de surveillance
- Mammographie à 6 mois de la fin du traitement local pour le sein traité (si conservation), puis à 1 an, et ensuite annuellement. L'échographie est un examen de deuxième intention
- L'IRM n'est pas un examen systématique, indiquée seulement pour :
  - différencier séquelles thérapeutiques et récidive locale (délai minimum : 6 mois après chirurgie, 12 mois après radiothérapie)
  - la surveillance des carcinomes lobulaires infiltrants
  - la surveillance des patientes porteuses de mutation BrCa

Surveillance générale

- Pas d'examen systématique ; examens uniquement sur signes d'appel cliniques
- Pas de dosage systématique des marqueurs tumoraux

Surveillance en cas d'hormonothérapie

- Par tamoxifène (risque de cancer de l'endomètre) : échographie pelvienne avant le début du traitement ; pas d'examen complémentaire si asymptomatique ; si métrorragies, échographie pelvienne ou hystéro-sonographie, ± hystéroscopie curetage
- Par anti-aromatase (risque de perturbations du bilan lipidique et risque d'ostéoporose) : bilan lipidique (cholestérol, triglycérides) à l'initiation du traitement puis 1 fois/an ; ostéodensitométrie recommandée au début du traitement

Contraception

- Deux méthodes principales : stérilet au cuivre (privilégier ceux dont l'efficacité s'étale sur une période d'au moins 5 ans) ou stérilisation tubaire définitive (Essure®+++)
- À éviter (manque d'efficacité) : méthodes locales (préservatifs, diaphragmes vaginaux, spermicides)
- Méthodes contre-indiquées : toutes les méthodes hormonales (œstroprogestatifs, progestatifs, anneau vaginal Nuvaring®, patch Evra®, y compris stérilet à la progestérone Mirena®)

Cancer de l'endomètre

1. Bilan préthérapeutique

L'examen anatomopathologique de la biopsie endométriale permet de confirmer le type de cancer (type I : endométrioïde, type II : carcinomes à cellules claires, papillaires séreux ou carcinosarcomes) et déterminer le grade (1 à 3).

Bilan clinique

- Examen clinique abdomino-pelvien et ganglionnaire (ganglions inguinaux et Troisier)
- Examen général

Bilan d'extension

- IRM abdomino-pelvienne systématique : évaluation du volume tumoral, de l'infiltration myométriale, d'une atteinte du stroma cervical, d'une atteinte ovarienne et de l'atteinte ganglionnaire pelvienne et lombo-aortique
- Le scanner abdomino-pelvien ne fait pas partie du bilan d'extension sauf dans les types 2 histologiques ou en cas de contre-indication à l'IRM où il doit être associé à une échographie abdomino-pelvienne
- Dosage du CA125 discuté en cas de suspicion d'extension régionale, d'atteinte ovarienne ou de type 2 histologique

2. Stratégie thérapeutique

Les grands principes du traitement énoncés ici sont issus des données des référentiels internationaux et des recommandations professionnelles (novembre 2010).

Méthodes thérapeutiques

La chirurgie

- Traitement de référence tant que le stade et l'état de la patiente le permettent
- Le standard est une hystérectomie totale (HT) totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale (SOB) et cytologie péritonéale
- La voie d'abord recommandée pour les stades précoces est la voie cœlio-vaginale sauf contre-indication (gros volume utérin, atteinte de la séreuse, extension extra-utérine)
- La réalisation d'une lymphadénectomie pelvienne ± lombo-aortique et d'une omentectomie dépend du stade clinique, du type histologique, du grade ainsi que de la balance bénéfice/risque (âge, comorbidités, obésité morbide)

La radiothérapie

- La radiothérapie externe :
  - dose totale : 45 à 50 Gy (25 fractions de 1,8 à 2 Gy)
  - le volume d'irradiation dépend de l'extension tumorale : elle se limite au pelvis, en l'absence d'atteinte ganglionnaire iliaque commune ou lombo-aortique. En cas d'atteinte ganglionnaire lombo-aortique, le volume d'irradiation inclut la région lombo-aortique
- La curiethérapie :
  - vaginale postopératoire, préférentiellement à haut débit de dose, 4 séances de 6 Gy
  - si curiethérapie pulsée ou bas débit de dose, une dose de 50 Gy est délivrée
  - si curiethérapie de surimpression (après RTE), une dose de 10 Gy est délivrée en 2 séances

La chimiothérapie

- Si adénocarcinome : cisplatine/doxorubicine
- Si carcinosarcome : protocoles associant de l'isofosfamide
- Elle doit être administrée avant ou après la radiothérapie de façon séquentielle

L'hormonothérapie (indications limitées)

- Progestatifs principalement : acétate de médroxyprogestérone (MPA) par voie orale 500 mg/j
- En cas de contre-indications, des anti-œstrogènes peuvent être utilisés

Indications thérapeutiques

Stade I

- Bas risque (IA, grade 1 ou 2) : HT avec SOB, et curiethérapie si envahissement myométrial
- Risque intermédiaire (IA grade 3, IB grade 1 ou 2) : HT avec SOB, et lymphadénectomie si IB grade 2 ou IA grade 3 avec envahissement myométrial, suivie de curiethérapie
- Risque élevé (IB grade 3, IB avec emboles lymphatiques, type histologique de mauvais pronostic – adénocarcinomes à cellules claires, carcinomes séro-papillaires, carcinosarcomes) : HT avec SOB et lymphadénectomie lombo-aortique (pelvienne à discuter), RTE ± curiethérapie

Cancer de l'endomètre : classification des stades précoces en fonction du risque de récidive

Risque bas	Risque intermédiaire	Risque élevé
Stade IA sans envahissement myométrial, grade 1 ou 2 Stade IA myométral ne dépassant pas la moitié du myomètre, grade 1	Stade IA avec envahissement myométrial ne dépassant pas la moitié du myomètre, grade 2 Stade IB, grade 1 ou 2	Stade IA ou IB, grade 3 Stades I (type 2 histologique)

Stade II

- HT (peut être élargie) avec SOB et lymphadénectomie pelvienne ± lombo-aortique
- Si type 2 histologique : omentectomie infracolique, cytologie et biopsies péritonéales compléteront le traitement chirurgical
- RTE ± chimiothérapie

Stade III

- IIIA : HT + SOB, omentectomie infragastrique, lymphadénectomie pelvienne et lombo-aortique, RTE et curiethérapie, chimiothérapie si atteinte annexielle
- IIIB : RTE exclusive privilégiée ± chimiothérapie concomitante, une stadification ganglionnaire lombo-aortique peut être discutée, curiethérapie
- IIIC : HT, SOB, curage pelvien et lombo-aortique, RTE, curiethérapie ± chimiothérapie

Stades IV

- Stades IVA :
  - RTE, suivie de curiethérapie
  - une chimiothérapie concomitante peut être discutée par analogie au cancer du col utérin

- une exentération pelvienne à visée curative peut être discutée en cas d'échec de l'irradiation
- Stades IVB :
  - chirurgie de cytoréduction complète à visée curative identique à celle réalisée dans le cancer de l'ovaire en cas de carcinose péritonéale résécable sans métastases à distance
  - une chimiothérapie est recommandée
  - une hormonothérapie est recommandée en cas de récepteurs positifs ou de maladie lentement évolutive
  - une radiothérapie externe conformationnelle sur la tumeur primitive est recommandée selon la localisation des lésions
  - en cas de stade IVB défini par une atteinte inguinale isolée, une adénectomie complémentaire est recommandée

Surveillance

- Rythme : tous les 4 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans, tous les ans ensuite
- Par le médecin généraliste ou le gynécologue en alternance avec l'équipe référente du traitement les premières années
- Questionnaire orienté : signes de complications du traitement, signes de récidive
- Examen clinique seul : examen gynécologique complet avec TV et TR, aires ganglionnaires, examen général
- Examens complémentaires seulement en cas de symptômes
- Recherche d'une instabilité des microsatellites si elle n'a pas été effectuée avant, pour identifier un syndrome HNPCC/Lynch chez toutes les patientes présentant un cancer de l'endomètre avant 50 ans ou quel que soit l'âge chez une patiente dont un apparenté au premier degré a été atteint d'un cancer colorectal ou du spectre HNPCC

Cancer du col utérin

1. Bilan préthérapeutique

Bilan clinique

Examen clinique abdomino-pelvien et des aires ganglionnaires (option : examen sous anesthésie générale si discordance examen clinique et IRM ou si stade avancé, cystoscopie, rectoscopie).

Bilan paraclinique

- IRM abdomino-pelvienne : évaluation du volume tumoral, de l'extension locorégionale (utérus, paramètres, paroi pelvienne, rectum, vessie, uretères) et évaluation de l'extension ganglionnaire
- Tomodensitométrie abdominale en option pour l'évaluation de l'extension ganglionnaire
- TEP-TDM recommandé à partir des stades IB1
- Évaluation radiologique thoracique à partir des stades IB1
- Dosage du SCC pour les formes épidermoïdes
- Une conisation peut être un préalable à la prise en charge pour les formes infracliniques et les cancers micro-invasifs

2. Stratégie thérapeutique

Les grands principes du traitement énoncés ici sont issus des données des référentiels internationaux et des recommandations de la Société française d'oncologie gynécologique (SFOG).

Méthodes thérapeutiques

Reposant sur la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie, les modalités du traitement sont très proches de celles du cancer de l'endomètre et sont précisées dans les indications thérapeutiques.

Indications thérapeutiques

Carcinome in situ

Conisation (à l'anse de préférence) avec exérèse en tissu sain ou hystérectomie totale simple.

Stade IA sans emboles

- Le diagnostic nécessite une conisation
- Prise en charge par conisation avec exérèse en tissu sain ou hystérectomie totale simple

Stade IA avec emboles, IA2 et IB1 sans atteinte ganglionnaire à l'imagerie (et II proximaux)

- Soit lymphadénectomie pelvienne cœlioscopique première :
  - si pN0 : colpo-hystérectomie élargie (PIVER II) ou curiethérapie utéro-vaginale suivie d'hystérectomie extrafasciale ou élargie
  - si pN1 : radiochimiothérapie concomitante et curiethérapie utéro-vaginale
  - option : stadification lombo-aortique cœlioscopique (pour définir l'étendue des champs d'irradiation) et hystérectomie complémentaire en cas de tumeur résiduelle après l'irradiation (clinique et IRM)
- Soit curiethérapie utéro-vaginale suivie d'une colpo-hystérectomie avec lymphadénectomie pelvienne :
  - si pN0 : pas de traitement complémentaire
  - si pN1 : radiochimiothérapie concomitante et curiethérapie utéro-vaginale
  - option : stadification lombo-aortique cœlioscopique pour définir l'étendue des champs d'irradiation
- Soit radiothérapie externe et curiethérapie en traitement exclusif
- Une trachélectomie élargie peut être proposée aux patientes jeunes avec désir de grossesse si la plus grande taille tumorale est <20 mm, sans emboles, N– avec une marge endocervicale de 8 mm ou plus

Stades IA2, IB1 avec atteinte ganglionnaire à l'imagerie et II proximaux

- TEP-TDM :
  - si uniquement suspicion d'atteinte ganglionnaire pelvienne, stadification ganglionnaire lombo-aortique par cœlioscopie rétropéritonéale
  - si uniquement suspicion d'atteinte ganglionnaire lombo-aortique : celle-ci doit être prouvée histologiquement
  - si suspicion d'atteinte massive pelvienne et lombo-aortique, la stadification chirurgicale ganglionnaire est abandonnée
- Radiochimiothérapie concomitante et curiethérapie
- Une exérèse chirurgicale complémentaire peut être discutée en fonction de la régression tumorale et des facteurs de risque de complications postopératoires

Stades IB2, II distaux et III

- Radiochimiothérapie concomitante et curiethérapie utéro-vaginale
- Stadification ganglionnaire lombo-aortique chirurgicale sauf en cas d'adénopathies caractérisées à l'imagerie
- Une exérèse chirurgicale complémentaire peut être discutée

Stade IVA

- Radiochimiothérapie concomitante et curiethérapie utéro-vaginale
- Stadification ganglionnaire lombo-aortique chirurgicale sauf en cas d'adénopathies caractérisées à l'imagerie
- Exentération pelvienne si tumeur non fixée à la paroi et absence d'envahissement ganglionnaire lombo-aortique

Stade IVB

Chimiothérapie et/ou radiothérapie

Surveillance

- Rythme : tous les 4 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans, tous les ans ensuite
- Par le médecin généraliste ou le gynécologue en alternance avec l'équipe référente du traitement les premières années
- Questionnaire orienté : signes de complications du traitement, signes de récidive
- Examen clinique seul : examen gynécologique complet avec TV et TR, aires ganglionnaires, examen général
- Examens complémentaires seulement en cas de symptômes
- SCC à discuter en cas d'élévation initiale pour le type épidermoïde

Cancer de l'ovaire

1. Bilan préthérapeutique

Bilan clinique

- Examen clinique abdomino-pelvien et ganglionnaire (ganglions inguinaux et Troisier)
- Examen général
- État nutritionnel (dont taux d'albumine sérique)
- Évaluation oncogériatrique (selon âge et questionnaire G8)

Bilan d'extension

- Scanner thoraco-abdomino-pelvien ± IRM pelvienne :
  - option : TEP scanner si stade évolué ou doute sur extension supra-diaphragmatique
- Biopsie sous scanner ou sous cœlioscopie si chimiothérapie néo-adjuvante envisagée
- Dosage des marqueurs tumoraux : CA125, CA19-9, et ACE ; α-FP et β-hCG si suspicion de tumeur germinale ; E2 et inhibine B si suspicion de tumeur des cordons sexuels

2. Stratégie thérapeutique

Méthodes thérapeutiques

La chirurgie

- Son objectif : la résection tumorale complète (absence de résidu macroscopique)
- Type d'incision : médiane xyphopubienne
- L'intervention standard minimale est une HT avec SOB, omentectomie infragastrique, appendicectomie, lymphadénectomie pelvienne et aortique infrarénale, cytologie et biopsies péritonéales
- Autres gestes possibles : péritonectomies étendues, résections digestives, splénectomie

La chimiothérapie

Association carboplatine–paclitaxel indiquée à partir du stade IC ou grade 3 ou histologie de mauvais pronostic (adénocarcinomes à cellules claires).

Indications thérapeutiques

- Si la résection complète est envisagée, traitement chirurgical complet suivi d'une chimiothérapie adjuvante à partir du stade IC ou grade 3 ou histologie de mauvais pronostic pour un minimum de 6 cures
- Si la résection complète ne peut être obtenue d'emblée, la chimiothérapie néo-adjuvante est indiquée. Une chirurgie d'intervalle (après la 3e cure en fonction de la réponse) est envisagée en cas de réponse (clinique, marqueurs, imagerie) avec toujours le même objectif, la résection tumorale complète. Une cœlioscopie peut être utile pour juger de la résécabilité complète

Surveillance

- Clinique avec dosage des marqueurs initialement élevés à discuter tous les 4 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans, puis annuelle
- Une IRM abdomino-pelvienne de référence à la fin des traitements
- Pas d'examen radiologique systématique en l'absence de signe d'appel

La récidive

- Évaluation avec TDM-TAP, TEP-TDM, chirurgie envisagée si la récidive a lieu plus de 12 mois après la fin du traitement initial et si forme localisée
- Reprise de chimiothérapie à base de sels de platine en cas de récidive à plus de 6 mois de la fin du traitement initial, sinon 2e ligne de chimiothérapie

Cancer de la vulve

1. Bilan préthérapeutique

Bilan clinique et imagerie

- Examen soigneux de la vulve (avec schéma) : localisation (tumeur médiane = tumeur située à moins de 1 cm de la ligne médiane, ou touchant la petite lèvre ou la glande de Bartholin), taille, extension (urètre, anus, vagin) ; examen sous anesthésie générale si douleur
- Examen des aires ganglionnaires inguinales
- Bilan cervical : frottis ± colposcopie et biopsies si nécessaire

Bilan d'extension

- TDM thoraco-abdominopelvien
- Dosage de l'antigène SCC (si carcinome épidermoïde)
- IRM pelvienne
- Échographie des aires ganglionnaires inguinales ± cytoponction si adénopathies suspectes
- TEP-scanner dans les formes localement avancées

2. Stratégie thérapeutique

Les grands principes du traitement énoncés ici sont issus des données des référentiels internationaux et des recommandations de la Société française d'oncologie gynécologique (SFOG).

Méthodes thérapeutiques

Chirurgie

C'est la base du traitement.

- Vulve :
  - vulvectomie superficielle (*skinning vulvectomy* des Anglo-Saxons) : ablation de la peau seule ± une petite épaisseur de tissu sous-cutané ne dépassant pas 5 mm
  - exérèse radicale vulvaire (emportant la lésion, une quantité de peau saine environnante suffisamment importante et les tissus profonds jusqu'à l'aponévrose périnéale superficielle) : vulvectomie partielle, vulvectomie radicale. Dans tous les cas marges d'exérèse > 10 mm minimum, idéalement 20 mm
  - chirurgie de réparation : lambeaux cutanés ou myocutanés (lambeau de droit interne, lambeau de grand fessier, lambeau de grand droit abdominal)
  - la conservation du clitoris est possible chaque fois qu'elle est compatible avec une exérèse satisfaisante sur le plan carcinologique
- Aires ganglionnaires : prélèvement du ganglion sentinelle, curage inguinal superficiel ou total

Radiothérapie

- Radiothérapie inguinale ou inguino-pelvienne si curage positif (≥2 ganglions positifs et/ou un ganglion positif avec rupture capsulaire) dans les stades I et II
- Radiochimiothérapie à discuter à partir du stade III

Indications thérapeutiques

Carcinome in situ

Culvectomie partielle superficielle ; pas d'exploration ganglionnaire.

Stade I

- Stade IA : comme pour un carcinome *in situ*
- Stade IB :
  - traitement conservateur : hémivulvectomie latérale (si tumeur latérale), antérieure ou postérieure (si tumeur médiane)
  - prélèvement du ganglion sentinelle (ou, à défaut, lymphadénectomie inguinale superficielle) et lymphadénectomie inguinale profonde si pN1, homolatérale si tumeur latérale, bilatérale si tumeur médiane. En cas de

tumeur latérale avec exploration ganglionnaire positive, la lymphadénectomie est systématiquement bilatéralisée
- radiothérapie externe inguino-fémorale et iliaque à discuter en cas d'envahissement ganglionnaire (même si un seul ganglion atteint). Par contre, la balance bénéfice/risque en cas de micrométastase unique ne plaide pas en faveur de la radiothérapie

Stade I multifocal et stade II

- Vulvectomie totale radicale modifiée
- Lymphadénectomie inguinale bilatérale superficielle (par des incisions indépendantes de celle de la vulvectomie) ± profonde si envahissement ganglionnaire à l'examen histologique extemporané
- Radiothérapie externe en fonction des résultats histologiques (ganglions et état des berges d'exérèse)

Stade III

- Vulvectomie totale radicale modifiée, élargie à l'urètre inférieur ou à la muqueuse anale
- Lymphadénectomie inguinale bilatérale superficielle, ± profonde soit systématique soit selon le résultat histologique extemporané, ± simple adénectomie pelvienne (par cœlioscopie) si adénomégalie visible au TDM préopératoire
- Radiothérapie externe selon les résultats histologiques (ganglions et état des berges d'exérèse)
- Option : radiochimiothérapie concomitante ± chirurgie du reliquat tumoral

Stade IV

- Stade IVA :
  - examen sous anesthésie générale ; concertation multidisciplinaire ; avis de la patiente
  - deux options :
    - chirurgicale : exentération pelvienne (si T4, N0-1, M0), ± radiothérapie externe selon état des berges d'exérèse et des ganglions
    - radiochimiothérapie concomitante ± chirurgie du reliquat tumoral
- Stade IVB, selon la symptomatologie et l'état général de la patiente :
  - chimiothérapie
  - traitement palliatif et soins de support

Surveillance

Idem cancer du col.

Cancer du vagin

1. Bilan préthérapeutique

- Examen clinique pelvien (col +++, vulve) et aires ganglionnaires inguinales
- IRM abdomino-pelvienne : volume tumoral, atteinte paravaginale et/ou paramétriale, atteinte ganglionnaire pelvienne et/ou lombo-aortique
- Radiographie pulmonaire
- En option : empreinte vaginale (visualisation de l'extension locale), échographie endovaginale, rectosigmoïdoscopie, marqueurs tumoraux (SCC pour les carcinomes épidermoïdes ; CA125 pour les adénocarcinomes), examen pluridisciplinaire sous anesthésie générale, PET-scan

2. Stratégie thérapeutique

Les grands principes du traitement énoncés ici sont issus des données des référentiels internationaux et des recommandations de la Société française d'oncologie gynécologique (SFOG).

Méthodes thérapeutiques

- Le traitement de référence reste la radiothérapie
- La chirurgie est principalement indiquée dans les stades de début

Indications thérapeutiques

Les indications thérapeutiques dépendent de l'âge, de l'état général, de l'existence de comorbidités, mais aussi de la localisation de la tumeur, du stade de la maladie, sans oublier l'avis de la patiente (activité sexuelle, niveau de soins souhaité).

Carcinome in situ

Colpectomie partielle superficielle ou éventuellement traitement destructeur par vaporisation au laser CO_2.

Stades I N0, taille tumorale < 2 cm

Deux options :

- chirurgie : lymphadénectomie pelvienne/cœlioscopie (cancers des 2/3 supérieurs du vagin), ou ganglion sentinelle et/ou lymphadénectomie inguinale superficielle bilatérale (cancer du 1/3 inférieur du vagin), totale si pN1 à l'étage superficiel
  - pN0 : chirurgie exclusive (colpectomie partielle ou colpo-hystérectomie élargie), ou curiethérapie vaginale exclusive, ou chirurgie + curiethérapie
  - pN1 : radiothérapie externe pelvienne + curiethérapie vaginale ou utéro-vaginale
- radiothérapie : radiothérapie externe pelvienne + curiethérapie vaginale ou utéro-vaginale

Stades I, taille tumorale > 2 cm, stades I N1, stades II et III

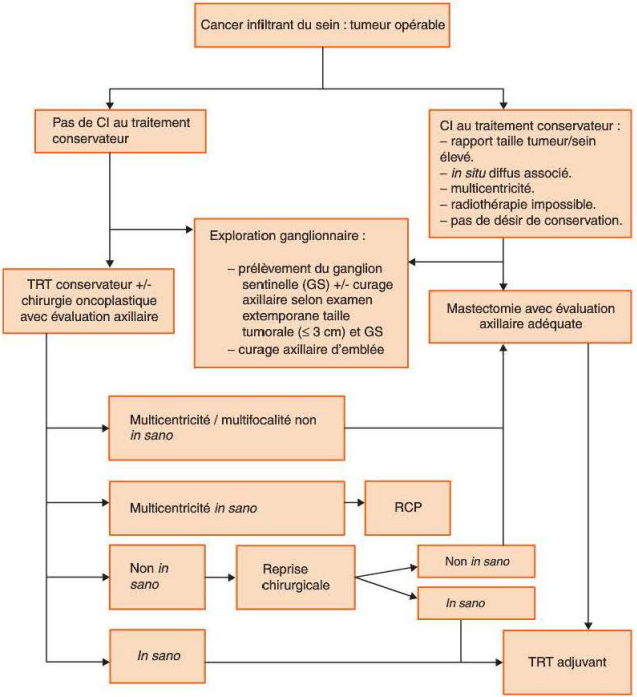
Radiothérapie externe (niveau supérieur fonction du niveau de l'extension ganglionnaire déterminé par TDM, IRM, PET-scan, ou lymphadénectomie) + curiethérapie vaginale ou utéro-vaginale ± chimiothérapie concomitante.

Stades IV

- IVA : en l'absence d'envahissement ganglionnaire, pelvectomie (antérieure, postérieure, totale)
- IVB : traitement palliatif

Surveillance

Idem cancer du col.


Cancer infiltrant du sein : tumeur opérable
Pas de CI au traitement conservateur
CI au traitement conservateur :
– rapport taille tumeur/sein élevé.
– *in situ* diffus associé.
– multicentricité.
– radiothérapie impossible.
– pas de désir de conservation.
Exploration ganglionnaire :
– prélèvement du ganglion sentinelle (GS) +/- curage axillaire selon examen extemporane taille tumorale (≤ 3 cm) et GS
– curage axillaire d'emblée
TRT conservateur +/- chirurgie oncoplastique avec évaluation axillaire
Mastectomie avec évaluation axillaire adéquate
Multicentricité / multifocalité non *in sano*
Multicentricité *in sano*
RCP
Non *in sano*
Reprise chirurgicale
Non *in sano*
In sano
In sano
TRT adjuvant

Chirurgie CONSERVATRICE du sein

– sans examen extemporané

– sans curage axillaire

– si lésion palpable ou suspicion de micro-invasion sur limage radiologique ou sur la biopsie : ganglion sentinelle

Marge de tissu sain ≥ 2 mm → Radiothérapie

Marge de tissu sain < 2 mm → Reprise chirurgicale :

– Ré-excision avec obtenton de marges ≥ 2 mm puis radiothérapie
– Mammectomie de 2e intention
– Mammectomie de 3e intention si ré-excision toujours non satisfaisante

Chirurgie CONSERVATRICE du sein NON REALISABLE du fait de :

– raisons techniques : lésion étendue ou foyers multiples

– choix de la patiente

Mammectomie totale simple

Reconstruction mammaire, immédiate ou différée, à discuter en RCP en fonction de :
– imagerie pré-opératoire
– évaluation histologique complète

Pas de curage axillaire

Prélèvement du **ganglion sentinelle** uniquement en cas de :
– lésion palpable
– suspicion de micro-invasion sur l'image radiologiue
– suspicion de micro-invasion sur la biopsie
– lésion etendue de haut grade

Carcinome *in situ*

Pour en savoir plus : http://www.oncolor.org/espace-professionnels/

II

Obstétrique

2. Tractocile® (atosiban)

- Bolus IV lente initial : 6,75 mg (0,9 mL) sur 1 min
- Dose de charge : 300 µg/min (flacon de 5 mL d'atosiban à diluer dans 45 mL de sérum physiologique, Ringer ou SG5 %), vitesse : 24 mL/h pendant 3 h
- Dose d'entretien : 100 µg/min, vitesse : 8 mL/h jusqu'à 48 h
- Possibilité de nouvelles cures si récidive des contractions utérines

3. Points importants

- Contre-indications générales à la tocolyse : chorioamniotite, ARCF
- Pas d'association de tocolytiques
- Si inefficace, possibilité de changer de classe thérapeutique
- Si efficace, pas d'arguments à prolonger le traitement plus de 48 h
- En cas d'accouchement imminent de 24 à 33 SA, **sulfate de magnésium**

30 Prévention en cas d'antécédent d'accouchement prématuré ou de fausse couche tardive

Bilan

- Réaliser une analyse précise :
  - des antécédents médicaux
  - du déroulement de la (ou des) grossesse(s) précédente(s)
  - des facteurs de risque
- Rechercher une malformation utérine par échographie pelvienne :
  - si cloison = section
  - utérus en T = métroplastie d'aggrandissement
  - correction d'anomalies acquises (polype, myome, synéchie) si trois antécédents de fausse couche précoce (<14 SA) ou fausse couche tardive (14–22 SA)
- Une IRM peut être proposée en cas de doute diagnostic
- L'hystérosalpingographie n'est plus recommandée

Prévention en cas de grossesse

- La recherche et le traitement d'une vaginose ou d'une infection bactérienne en début de grossesse sont controversés
- Traitement par progestérone vaginale : 100 à 200 mg/j à partir de 16–18 SA jusqu'à 37 SA
- Un antécédent isolé d'accouchement prématuré ou de chirurgie cervicale n'indique pas la réalisation d'un cerclage à but préventif
- Le repos et l'arrêt de travail systématiques n'ont pas fait la preuve de leur efficacité
- Cerclage prophylactique en cas d'antécédents de 3 FCT ou d'accouchement(s) prématuré(s).
- Surveillance échographique de la longueur du col utérin (voie vaginale) entre 15 et 24 SA
- En cas d'antécédent de FCT après 16 SA ou d'accouchement prématuré (<34 SA), si la grossesse ultérieure est une grossesse singleton, cerclage uniquement en cas de col court (moins de 25 mm) à l'échographie avant 24 SA
- En cas de grossesse multiple, il n'existe pas d'intervention efficace

31 Rupture prématurée des membranes entre 24 et 34 SA

Hospitalisation systématique (au minimum 48 h)

Le pronostic dépend de :
- l'âge gestationnel à la rupture
- l'existence ou non d'un oligoamnios
- la durée de latence
- l'âge gestationnel à l'accouchement
- l'existence ou non d'une chorioamniotite

1. Éléments à surveiller cliniquement

- Mouvements actifs fœtaux, contractions utérines, pertes vaginales, métrorragies
- Température, pouls

2. Explorations

Maternelle

- À l'admission : examen clinique (dont spéculum). Pas de TV sauf si activité contractile ressentie par la patiente, les limiter ++
- En cas de doute, test de dépistage de protéines du liquide amniotique
- Prélèvement vaginal, ECBU, à renouveler 1 fois/semaine
- NFS, CRP à renouveler 2 fois/semaine
- Sérologies à vérifier, groupe Rhésus, phénotype (carte de groupe dans le dossier)
- Bilan préopératoire avec consultation d'anesthésie
- Consultation obstétrico-pédiatrique pour expliquer la prise en charge néonatale et discuter d'une réanimation aux âges limites de la viabilité (entre 24 et 26 SA)

Fœtale

- ERCF, 1 fois/j
- Échographie par voie abdominale (quantité de liquide +++ présentation, biométrie, vitalité, placenta) à l'entrée puis 1 fois/15 j. Estimation du poids fœtal aux âges limites de la viabilité (24–26 SA) afin de discuter la prise en charge néonatale

3. Schéma thérapeutique

- En hospitalisation
- Repos sans alitement
- Bas de contention grade 2 si facteurs de risque thromboembolique modérés (si sévères, anticoagulation)
- **Corticothérapie :** à partir de 24 SA, bétaméthasone (forme chronodose) 12 mg en IM à renouveler à 24 h d'intervalle ± transfert *in utero* selon le niveau de soin du centre de la prise en charge initiale

- **Tocolyse** pendant 48 h si contractions utérines et absence d'élément en faveur d'une chorioamniotite (voir fiche 29, *Prise en charge d'une menace d'accouchement prématuré*)
- **Antibioprophylaxie :**
  - amoxicilline ou amoxicilline + acide clavulanique ou C3G ou macrolides pendant 5 à 7 j
  - si résultat PV positif : adapter à l'antibiogramme
- Hospitalisation à domicile envisageable si situation stable après 5 j d'hospitalisation conventionnelle : possible entre 24 et 34 SA
- **Naissance :**
  - déclenchement entre 34 et 36 SA
  - sans attendre en cas de suspicion de chorioamniotite dont le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments dont la présence des signes suivants : hyperthermie, contractilité utérine, tachycardie fœtale, élévation de la CRP et des globules blancs, liquide teinté
- Antibiothérapie pendant le travail :
  - amoxicilline ou amoxicilline + acide clavulanique 2 g puis 1 g/4 h ou clindamycine 600 mg/6 h
  - ou si antécédent d'*E. coli* résistante : ceftriaxone 1 g/24 h
  - en cas de chorioamniotite clinique : ceftriaxone 1 g/24 h + gentamicine 3 mg/kg/24 h

En cas de chorioamniotite, il est important pour la mère et pour l'enfant de traiter rapidement. Le traitement doit être institué même si l'accouchement est imminent.

4. En post-partum

- Immédiat : prélèvement gastrique et CRP (ou procalcitonine) chez le nouveau-né, et anatomopathologie placentaire (recherche de signes de chorioamniotite)
- Poursuite de l'antibiothérapie chez la mère pendant 5 j pour réduire le risque d'endométrite

32 Hyperthermie au cours de la grossesse

Température > 38 °C pendant plus de 12 à 24 h.

Bilan initial systématique

1. Interrogatoire

- Antécédents : urinaires, hépato-vésiculaires, fausse couche tardive, accouchement prématuré, appendicectomie...
- Sérologies : toxoplasmose, rubéole, CMV, hépatites
- Notion de contage infectieux ?
- Voyage en pays tropical ?
- Date et mode de début de la fièvre : intensité, aspect de la courbe thermique
- Signes associés : frissons, céphalées, signes fonctionnels urinaires, douleurs lombaires, contractions utérines, signes digestifs, ORL, méningés...
- Perte de liquide amniotique, métrorragies
- Prise médicamenteuse ?

2. Examen clinique

- Auscultation cardiopulmonaire
- Palpation des fosses lombaires, abdomen (appendicite ? cholécystite ?), aires ganglionnaires, état cutané
- Sphère ORL, sub-ictère conjonctival
- Examen gynécologique et obstétrical : HU, bruits du cœur fœtal, spéculum (écoulement de liquide amniotique ? métrorragies ? cervicite ? leucorrhées ?), toucher vaginal (modifications cervicales ?)

3. Examens complémentaires

Bilan maternel

- NFS (hyperleucocytose), CRP, ASAT, ALAT, bilirubine, ionogramme sanguin, ECBU, pH vaginal et PV si écoulement de liquide au spéculum
- Hémocultures si température > 38,5 °C ou < 36 °C ou si frissons en précisant « avec recherche de *Listeria monocytogenes* »
- Rubéole, toxoplasmose si non immunisée
- Et en fonction des symptômes :
  - échographie rénale
  - échographie abdominale (examen vésicule, voies biliaires, appendice)
  - sérologies (hépatites virales A, B, C, VIH, CMV, parvovirus B19, herpès, etc.)
  - grattage d'une lésion évocatrice d'herpès
  - radiographie pulmonaire, IDR, si fièvre prolongée
  - ponction lombaire, si signes méningés
  - goutte épaisse, frottis (paludisme), si voyage en zone impaludée dans les 2 mois précédents

Remarques :

- VS et sérodiagnostic de listériose : **inutiles**
- appendicite : diagnostic difficile, douleur atypique, plus haute qu'en dehors de la grossesse, du flanc ou de l'hypochondre droit avec hyperthermie

souvent modérée et dissociation pouls/température ; forme souvent plus grave d'emblée, d'évolution rapide et aiguë : plastron appendiculaire ou péritonite localisée ; intérêt de l'échographie abdominale
- recherche d'une MAP : monitoring à la recherche de contractions utérines, échographie du col, éventuellement TV si CU douloureuses

Bilan fœtal

- ERCF après 26 SA
- Échographie : vitalité fœtale (+++), quantité de liquide amniotique, longueur et ouverture du col (échographie endovaginale)

Traitement initial

1. En l'absence d'orientation et en attente des résultats bactériologiques

- Amoxicilline 3 g/j en l'absence d'allergie (sinon érythromycine)
- Paracétamol 1 g × 4/24 h maximum, délai minimum 4 h entre 2 prises

2. En fonction de l'étiologie

- Si infection ORL/gastroentérite : traitement en externe
- Si altération de l'état général et/ou T° > 38,5 °C inexpliquée et/ou altération ERCF (dont tachycardie fœtale) :
  - hospitalisation
  - ± avis d'un interniste en l'absence de diagnostic ou d'évolution favorable rapide
- Si chorioamniotite :
  - tocolyse formellement contre-indiquée
  - en fonction du terme, discuter extraction
  - corticothérapie maturative pulmonaire si doute diagnostic décalant l'extraction
- Si listériose :
  - **urgence :** débuter un traitement par amoxicilline 3 g/j (érythromycine si allergie) dès que le bilan infectieux est pratiqué
  - dès que le diagnostic est confirmé : amoxicilline 6 g/j intraveineux pendant 5 à 10 j, associé à nétromycine 4 mg/kg/j pendant 2 à 5 j ; le traitement doit être prolongé *per os* (amoxicilline 3 g/j) (au minimum 4 semaines)
  - accouchement sans délai après corticothérapie maturative pulmonaire en l'absence de signes de souffrance fœtale ou directement à partir de 34 SA
- Si pyélonéphrite : 1re cause de fièvre chez la femme enceinte (voir fiche 33, *Infections urinaires*)
- Si hépatite virale aiguë (fièvre modérée, douleurs de l'hypochondre droit, nausées et vomissements, prurit puis secondairement ictère, cytolyse importante, cholestase variable) :
  - échographie hépato-biliaire pour éliminer un obstacle
  - sérologies hépatites A, B (Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc), C, MNI test = EBV, CMV, herpès. Si visite récente en pays d'endémie : sérologie hépatite E
  - bilan de coagulation (TP < 50 % : risque ++ d'insuffisance hépatocellulaire, d'hépatite fulminante)

- en cas d'hépatite B : l'antigène Hbs sera recherché tous les mois jusqu'à l'accouchement. S'il persiste : sérovaccination du nouveau-né (voir fiche 52, *Hépatites B et C*)

- Si appendicite : traitement chirurgical avec couverture antibiotique et si besoin tocolyse
- Si cholécystite : traitement médical ; traitement chirurgical si échec du traitement médical ou ictère ; la grossesse ne contre-indique pas la cholécystectomie, si ce n'est le développement de l'utérus qui pourra rendre le geste chirurgical difficile, surtout au 3e trimestre

33 Infections urinaires

Adapté des recommandations 2015.

Colonisation urinaire gravidique

= bactériurie > 10^5/mL, absence de SFU

- Mesures hygiéno-diététiques (bénéfice non prouvé) : boissons abondantes, uriner après rapports sexuels
- Antibiothérapie *per os* **adaptée aux résultats de l'antibiogramme.** Choix de l'antibiotique ayant le spectre le plus réduit :
  - 1re intention : amoxicilline
  - 2e intention : pivmécillinam (Selexid®)
  - 3e intention : fosfomycine–trométamol (Monuril®)
  - 4e intention (hiérarchie selon l'impact écologique, l'efficacité étant comparable) :
    - nitrofurantoïne (traitements itératifs contre-indiqués)
    - sulfaméthoxazole–trimétoprime (Bactrim®) (à éviter les deux premiers mois)
    - amoxicilline–acide clavulanique (Augmentin®)
    - céfixime (Oroken®) ou ciprofloxacine (Ciflox®)
- Traitement de 7 j sauf fosfomycine–trométamol (monodose)
- ECBU de contrôle 8–10 j après l'arrêt du traitement, puis tous les mois
- Si infection urinaire à streptocoque B, prophylaxie antibiotique en per-partum

Cystite

= SFU et ECBU avec leucocyturie > 10^4/mL et bactériurie > 10^3/mL pour E. *coli* et *S. saprophyticus*, > 10^4/mL pour les autres bactéries.

- Antibiothérapie probabiliste débutée **avant résultats de l'antibiogramme** :
  - 1re intention : fosfomycine–trométamol (Monuril®)
  - 2e intention : pivmécillinam (Selexid®)
  - 3e intention : nitrofurantoïne ou céfixime (Oroken®) ou ciprofloxacine (Ciflox®)
- **Secondairement adaptée aux résultats de l'antibiogramme :**
  - 1re intention : amoxicilline
  - 2e intention : fosfomycine–trométamol (Monuril®) ou pivmécillinam (Selexid®)
  - 3e intention (hiérarchie selon impact écologique) :
    - nitrofurantoïne (traitements itératifs contre-indiqués)
    - sulfaméthoxazole–trimétoprime (Bactrim®) (à éviter les deux premiers mois)
    - amoxicilline–acide clavulanique (Augmentin®)
    - céfixime (Oroken®) ou ciprofloxacine (Ciflox®)

- Traitement de 7 j sauf fosfomycine–trométamol (monodose)
- ECBU de contrôle 8–10 j après l'arrêt du traitement, puis tous les mois
- Si infection urinaire à streptocoque B, prophylaxie antibiotique en per-partum

Pyélonéphrite aiguë

=> **Hospitalisation**

1. Éléments à surveiller cliniquement

- Frissons, douleurs, MAF, contractions utérines
- T°, diurèse

2. Explorations

- NFS, CRP, fonction rénale, ionogramme sanguin, ECBU, PV
- Hémocultures si température > 38,5 °C ou < 35,5 °C ou frissons
- MAP : TV et/ou échographie du col utérin, monitoring
- Échographie (biométrie fœtale, vitalité et col utérin)
- Échographie rénale : dilatation, obstacle, lithiase

3. Schéma thérapeutique

- Antibiothérapie : C3G injectable (ex. : ceftriaxone – Rocéphine® 2 g/j en 1 injection IV ou IM) pendant 48 h après apyrexie ; à adapter secondairement si besoin à l'antibiogramme, relais par voie orale en fonction de l'antibiogramme pour compléter 14 j de traitement
- Ajouter amikacine (15 mg/kg/j, IV ou IM) en cas de signe de gravité (sepsis grave, choc septique, indication de drainage chirurgical)
- Antipyrétiques : paracétamol, maximum 1 g 4 fois/24 h (*per os* ou IV)
- Tocolyse (+ corticothérapie et TIU si nécessaire) si signes de MAP

4. Surveillance

- En cas de douleurs, hyperthermie persistantes => avis urologique
- ECBU 8 à 10 j après arrêt du traitement puis 1 fois/mois
- Si infection urinaire à streptocoque B, prophylaxie antibiotique en per-partum

5. En post-partum

Si récidive au cours de la grossesse, proposer une consultation avec un urologue.

34 Colique néphrétique

Évaluation visuelle analogique de la douleur dès l'arrivée

Objectifs :
- soulager la douleur
- évaluer le retentissement

Hospitalisation généralement de courte durée

1. Éléments cliniques
- Examen obstétrical
- T°, diurèse, tamisage des urines si pas d'expulsion du calcul

2. Bilan paraclinique
- ECBU, ionogramme sanguin, urée, créatininémie
- Échographie fœtale et ERCF
- Échographie rénale (non urgente ! recherche de dilatation pyélo-calicielle, obstacle, lithiase...)

3. Schéma thérapeutique
- En 1re intention : antispasmodiques de type Spasfon® (phloroglucinol) 6 ampoules dans 1 L de SG5 % sur 24 h + antalgiques de palier 1 de type Perfalgan® (paracétamol) 1 g/6 h
- En 2e intention si pas d'amélioration antalgique au bout de 1 h : antalgiques de palier 3 de type Nubain® (nalbuphine) 1 amp de 20 mg/6 h dans 50 cc de sérum physiologique à passer en 20 min
- En 3e intention : AINS de type Profénid® (kétoprofène) 1 amp de 100 mg/8 h dans 100 cc de sérum physiologique à passer en 20 min à poursuivre 48 h au maximum et seulement au 2e trimestre de grossesse
- Avis urologique si :
  - colique néphrétique fébrile
  - anurie
  - colique néphrétique résistante
  - rein unique fonctionnel ou anatomique
  - insuffisance rénale
  - rein transplanté
  - uropathie préexistante
  - calcul ≥ 6 mm ou calculs bilatéraux
  - rupture de la voie excrétrice
- Sortie si disparition ou nette diminution de la douleur

4. En post-partum
Prévoir consultation avec un urologue à 3–6 mois.

35 Streptocoque B

Modalités de dépistage de streptocoque B *(Streptococcus agalactiae)*

Le dépistage systématique du portage est recommandé entre 34 et 38 SA.
Demander un antibiogramme en cas d'allergie à la pénicilline.
Le prélèvement est réalisé à l'écouvillon sur l'ensemble de la cavité vaginale, incluant le balayage des parois de la moitié inférieure du vagin jusqu'au vestibule et la vulve.
Il est inutile si :

- antécédent d'infection néonatale à streptocoque B (on exclut le portage lors d'une grossesse antérieure sans infection transmise)
- Présence de streptocoque B urinaire pendant la grossesse (traité ou non)
- Présence de streptocoque B vaginal pendant la grossesse

Antibioprophylaxie pendant le travail[1]

1. Indication

Elle est recommandée en cas de :

- diagnostic du portage de SGB pendant la grossesse, à distance ou non de l'accouchement
- bactériurie à SGB au cours de la grossesse
- antécédent d'infection néonatale à SGB
- absence de prélèvement vaginal de dépistage du SGB ET si des facteurs de risque sont présents :
  - travail spontané < 37 SA
  - rupture des membranes > 12 h
  - T° maternelle > 38 °C au cours du travail
  - tachycardie fœtale avérée
- en cas de césarienne programmée : pas d'antibiothérapie avant la césarienne (sauf en cas de RPM ou de contexte infectieux avéré) mais bilan infectieux systématique pour le nouveau né

2. Modalités

- Prophylaxie antibiotique à débuter dès le début du travail ou dès que possible si les membranes sont rompues car son efficacité n'est optimale qu'à partir de la 2e injection
- **Pénicilline G** (benzylpénicilline) IV 5 millions UI flash puis 2,5 millions toutes les 4 h ou, à défaut, amoxicilline IV 2 g, puis 1 g toutes les 4 h jusqu'a la naissance, maximum 4 injections en tout
- Si allergie : érythromycine ou céphalosporine malgré le risque d'allergie croisée
- Pratiquer : placentoculture, prélèvement gastrique et procalcitonine (OU CRP) au cordon
- Fiche de liaison pédiatrique : préciser le type d'antibiotique et le nombre d'injections

[1] *Référence :* prévention anténatale du risque infectieux bactérien néonatal précoce. Recommandations pour la pratique clinique. http://www.has-sante.fr/

36 Infection invasive à streptocoque du groupe A

1. Alerte par le laboratoire de bactériologie sans délai

- Un médecin senior, l'obstétricien de garde ou un cadre sage-femme
- Et l'équipe opérationnelle d'hygiène qui se déplacera dans le service pour étude du cas et mise en place d'une « réunion de crise » en cas de survenue de cas groupés

2. Mesures d'urgence

- Antibiothérapie par bêtalactamine (amoxicilline – Clamoxyl®)
- Isolement en chambre seule, précautions vis-à-vis des contacts
- Établir la liste des sujets « contacts » participant à l'accouchement ou la chirurgie, rechercher la notion de lésion muqueuse ou cutanée évolutive, d'infection pharyngée pour écouvillonnage
- Rappel des règles d'hygiène dont le port de masque, de la recherche d'une infection pharyngée à l'interrogatoire de la patiente

3. Mesures complémentaires

- **Pour les futures accouchées :** protocole de sécurité pendant les 4 j à partir du résultat de SGA : amoxicilline (Clamoxyl®) 2 g à l'expulsion, à H + 4 et H + 8 si délivrance artificielle, révision utérine, forceps, épisiotomie ou césarienne
- **Pour les femmes accouchées** : vigilance renforcée en cas d'hyperthermie, faire bilan biologique (hémoculture, ECBU, prélèvement vaginal, prélèvement de gorge)

- Gynécologiques (FC précoces à répétition, malformation utérine)
- Obstétricaux (RCIU, malformations, accouchement prématuré, MFIU, anomalie chromosomique)

3. Déroulement de la grossesse

- Notion d'épisode infectieux
- Pathologie hypertensive de la grossesse
- MS 1er trimestre : PAPP-A < 0,4 MoM ou β-HCG < 0,5 MoM
- MS 2e trimestre : β-HCG > 2,5 MoM
- Terme certain +++

4. Examen clinique

- Signes fonctionnels d'HTA
- Examen clinique : TA, poids, œdèmes, BU (protéinurie ?)
- Hauteur utérine et évolution depuis la consultation précédente
- BDC
- Examen au spéculum (malformation utérine repérée par une traduction cervicale ?)

5. Échographie

- Vérification du terme (écho T1 ++++)
- Étude morphologique du fœtus
- Biométrie et courbes de croissance : BIP, PC, PA, LF et poids fœtal
- Quantité de liquide amniotique
- Position et aspect du placenta
- Doppler (artères utérines, ombilicale, cérébrale moyenne, ± Arantius et veine ombilicale)
- Vitalité fœtale (score de Manning)

Synthèse et bilan de 2e intention

1. RCIU/PAG précoce

- **Étiologies principales :** anomalies fœtales (chromosomiques ou morphologiques), infection fœtale et petit poids constitutionnel
- **Arguments en faveur :**
  - absence de pathologie vasculaire placentaire personnelle ou familiale
  - anomalie morphologique ou signe d'appel d'anomalie chromosomique
  - dépistage de la trisomie 21 au 1er ou 2e trimestre anormal

Faire :

- caryotype fœtal (avec recherche de 4p-) couplé à une recherche de virus dans le LA (principalement CMV)
- échographie de 2e niveau
- sérologies avant le stade de la PLA :
  - CMV en première intention
  - rubéole, toxoplasmose, syphilis, si orientation
  - éventuellement herpès, varicelle, EBV, entérovirus, parvovirus

2. RCIU/PAG tardif

- **Étiologies principales :** pathologies vasculaires placentaires et pathologies maternelles chroniques

- **Arguments en faveur :**
  - contexte familial ou personnel de RCIU, pré-éclampsie, pathologie maternelle chronique
  - présence d'une pathologie vasculaire de la grossesse
  - MS pathologiques (*cf.* ci-dessus)
  - échographie : un ou plusieurs Dopplers pathologiques, oligoamnios, placenta calcifié, absence de malformation fœtale

Faire :

- bilan vasculo-rénal
- examen anatomopathologique placentaire

3. RCIU précoce et sévère avec hémodynamique pathologique

Étiologies principales : pathologie vasculaire placentaire dans un contexte de pré-éclampsie sévère, lupus, thormbophilie (SAPL +++)
Idem ci-dessus.

Conduite à tenir devant un RCIU d'origine vasculaire

1. Prise en charge en fonction du bilan initial

Bilan initial si terme > 25 SA
Dopplers ombilical, cérébral ± Arantius + LA + RCF
Avant 32 SA :

- DO normal : EPF + DO toutes les 2–3 semaines
- DO diastole > 0 Résistance :
  - D cérébral (DC) normal : DO + DC + RCF ± VCT 1 fois/semaine
  - DC pathologique : DO + DC + RCF ± VCT ≥ 2 fois/semaine
- DO diastole = 0 ou *reverse flow* :
  - hospitalisation niveau adapté
  - corticothérapie
  - RCF + VCT + DV normaux : expectative
  - ARCF ± VCT < 3 ms ± DV onde a = 0 ou inversée : extraction

Après 32 SA :

- DO diastole = 0 ou *reverse flow* : expectative ou extraction
  - si > 34 SA naissance

Une naissance peut être envisagée à partir de 37 SA en fonction de l'estimation pondérale, de la quantité du liquide amniotique et de la mesure des Doppler.

2. Mode d'extraction

- Si ARCF = le plus souvent césarienne
- Terme précoce ± DO = 0 ou *reverse flow* = césarienne
- Déclenchement/maturation possible mais surveillance +++ (>2 h après prostaglandines)
- Intervention obstétricale précoce car risque d'acidose augmenté

3. Conditions d'abandon fœtal

Toujours discuté au cas par cas (antécédents, nombre d'enfants, âge de la mère, autre grossesse possible ?)
L'abandon peut être discuté si :

- RCIU sévère et précoce et anomalies hémodynamiques majeures < 25 SA

- ARCF majeures au moment du diagnostic et/ou à un terme précoce (RCF plat avec décélérations)
- Pour sauvetage maternel : pré-éclampsie sévère

4. Délai d'altération du bien-être fœtal (gravité croissante)

L'altération du bien-être fœtal correspond à l'apparition d'une acidose fœtale qui conduit aux lésions cérébrales puis au décès en l'absence d'extraction fœtale.
L'aggravation peut être plus ou moins rapide, sans que cela soit prévisible, justifiant un bilan et une surveillance initiale en hospitalisation lorsque des anomalies Doppler existent.
On observe une dégradation progressive des différents paramètres de surveillance, qui survient, le plus souvent, dans l'ordre indiqué ci-dessous (délai avant apparition d'une acidose fœtale).

Doppler	Manning	RCF
– Utérin (mois) – Ombilical (semaines) – Cérébral = vasodilatation (jours) – Arantius (jours) – Cérébral = disparition vasodilatation (heures) – Veine ombilicale (heures)	Oligoamnios (jours) Mouvements respiratoires (jours) Mouvements fœtaux (heures) Perte du tonus fœtal (heures)	RCF aréactif (jours) Variabilité réduite (heures) Variabilité absente ou VCT < 3 ms (minutes) Décélérations (minutes)

Visite postnatale avec l'obstétricien

1. Objectifs

- Évaluation du risque de récidive
- Mise en place de mesures préventives

2. En cas de pathologie fœtale

- Conseil génétique
- Examen anatomopathologique du fœtus et du placenta
- Recherche de pathologie génétique ou métabolique
- Grossesse suivante : consultation dans un CPDPN si diagnostic anténatal possible

3. En cas de pathologie vasculaire placentaire

- Authentifier la nature vasculaire sur l'évolution de la grossesse (pré-éclampsie, anomalies Doppler) et l'examen anatomopathologique placentaire
- Recherche d'une pathologie maternelle chronique sous-jacente (si non fait pendant la grossesse, sauf néphropathie à refaire) :
  - néphropathie : créatininémie, clairance de la créatinine, protéinurie
  - lupus : ACAN, Ac anti-DNA natifs
  - thrombophilie : SAPL, fibrinogène, protéine C, résistance protéine C activée, protéine S, mutation du gène de la prothrombine (G20210A), antithrombine III
  - diabète : HGPO à 3 mois

38 Pré-éclampsie

Rappel : critères définissant la pré-éclampsie sévère

Une pression artérielle systolique ≥ 160 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique ≥ 110 mmHg associée à une protéinurie supérieure à 300 mg/24 h.
Les facteurs de gravité d'une pré-éclampsie sont :

- *critères maternels :*
  - *une éclampsie*
  - *un OAP*
  - *des céphalées persistantes, des troubles visuels*
  - *une barre épigastrique ou une douleur de l'hypochondre droit*
  - *une oligurie inférieure à 500 mL/24 h*
  - *une créatinine sérique élevée (100 µmol/L)*
  - *HELLP syndrome (en particulier si plaquettes < 100 000 et ASAT supérieure à 3 fois la norme du laboratoire)*
- *critères fœtaux :*
  - *un RCIU sévère*
  - *un oligoamnios*

Conduite à tenir en cas de pré-éclampsie

=> Hospitalisation

1. Surveillance clinique

Patiente à jeun tous les matins (en cas de PE sévère) :

- Contractions utérines, MAF, recherche quotidienne des signes fonctionnels : céphalées, troubles visuels, acouphènes, douleurs épigastriques ou de l'hypochondre droit, métrorragies
- Contrôle de la PA initiale toutes les 4 h (en cas de PE sévère sinon 3 cycles/24 h)
- HU, périmètre ombilical, poids, œdème
- ROT 2 fois/j (en cas de PE sévère)
- Contrôle quotidien du poids
- Mesure quotidienne de la diurèse, sondage si inférieure à 30 mL/h (<350 cc/12 h)
- Bilan liquidien entre les entrées (absorption de liquide) et les sorties (diurèse)

2. Examens complémentaires

Maternels

(Quotidiens ou plus si bilan anormal)

- Vérifier sérologies, groupe sanguin Rh (2e détermination), RAI
- Hémoglobine, plaquettes, schizocytes, uricémie, TP, TCA, fibrinogène, PDF, ASAT, ALAT, LDH, bilirubine, ionogramme sanguin, haptoglobine
- Protéinurie toutes les 48 h ou quotidienne si PE sévère
- Pression oncotique
- Bilan de thrombophilie à discuter si PE sévère ou précoce (<32–34 SA)

- Radiographie pulmonaire à discuter si dyspnée, en fonction de l'auscultation cardiopulmonaire
- Échographie abdominale si douleur épigastrique
- IRM cérébrale à discuter si crise d'éclampsie (à réaliser après l'extraction fœtale)

Fœtaux

- Évaluation quotidienne des MAF
- ERCF 3 fois/j avec courbe d'évolution de la VCT
- Estimation biométrique par échographie toutes les 2–3 semaines
- Si RCIU : voir fiche 37, *Retard de croissance intra-utérin*.

3. Stratégie thérapeutique

Critères d'extraction

- PE sévère > 34 SA
- PE non sévère > 36 SA
- Contre-indications à l'expectative
- Extraction immédiate :
  - maternelle :
    - HTA sévère non contrôlée, hématome sous-capsulaire du foie, OAP, plaquettes < 50 000, CIVD
    - extraction après corticothérapie pour maturation pulmonaire (si les conditions maternelles et fœtales permettent de prolonger la grossesse de 48 h) ; insuffisance rénale d'aggravation rapide et/ou oligurie (<100 mL/4 h) persistante malgré un remplissage vasculaire adapté, signes persistants d'imminence d'une éclampsie (céphalées ou troubles visuels), douleur épigastrique persistante, HELLP syndrome évolutif
  - fœtale : rythme cardiaque fœtal pathologique, HRP

Traitement conservateur

- Repos, DLG
- Régime normosodé
- Transfert *in utero* dans un centre de niveau III entre 24 et 32 SA, de niveau II entre 32 et 36 SA.
- Corticothérapie fœtale : Célestène® chrono-dose (bétaméthasone) 12 mg, soit 2 amp en IM à renouveler une fois à 24 h d'intervalle entre 24 et 34 SA (1 seule cure)
- Remplissage modéré par Ringer lactate 30 mL/kg/24 h si la patiente reste à jeun, sinon simple garde-veine
- Si PAS supérieure strictement à 160 mmHg et/ou PAD supérieure strictement à 110 mmHg :
  - PAM > 125 nicardipine (Loxen®) IVSE amp de 10 mg pour 10 mL : 2 amp diluées avec 20 mL de sérum physiologique (0,5 mg/mL) débuter à 2 mg/h vitesse 4, maximum 6 mg/h vitesse 8
  - But : maintenir PAD entre 90 et 105 mmHg avec pression artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mm. PAM entre 105 et 125 mmHg

- Si nécessité d'un 2e traitement antihypertenseur, utiliser labétalol (Trandate®) (contre-indications : asthme, BAV), amp de 100 mg pour 20 mL, diluer 2 amp avec 10 mL soit 4 mg/mL IVSE, débuter à 6 mg/h sous surveillance par Dynamap® (PA et FC), augmenter la posologie toutes les heures sans dépasser 20 mg/h (maintenir la FC au-dessus de 70/min)
- En cas de PE sévère, la prévention de la crise d'éclampsie par du sulfate de magnésium est recommandée devant l'apparition de signes neurologiques (céphalées rebelles, ROT polycinétiques, troubles visuels) et en l'absence de contre-indications (insuffisance rénale, maladies neuromusculaires) :
  - le schéma thérapeutique initial comporte un bolus (4 g) de sulfate de magnésium puis une perfusion IV continue de 1 g/h
  - et pour certaines équipes, l'utilisation de sulfate de magnésium est systématique

Transfert en réanimation chirurgicale

En cas de sulfate de magnésium ou de nécessité de plus d'un hypertenseur (ne pas associer Loxen® et sulfate de magnésium).

4. En post-partum

- Surveillance clinique et biologique à maintenir pendant au moins 48 h
- Traitement antihypertenseur à adapter

5. Bilan à 3 mois

- Consultation néphrologique, ECBU, ionogramme plasmatique, protéinurie sur 24 h, échographie rénale
- Protéine S si bilan de thrombophilie fait lors de l'hospitalisation (soit uniquement en cas de PE sévère et précoce)
- Consultation avec un obstétricien

39 Hématome rétroplacentaire

=> Urgence fœtale

Données cliniques

1. Forme typique

- Symptomatologie :
  - douleur abdominale aiguë. Typiquement en coup de poignard, de siège diffus (douleur utérine)
  - métrorragies brunâtres ou rouges
  - diminution des MAF d'apparition récente
- Examen :
  - hypertonie utérine : utérus de bois
  - augmentation de la hauteur utérine
  - anomalies du RCF ou mort *in utero*
  - au toucher vaginal : **segment inférieur tendu** avec présentation fixée ou appliquée et mise en évidence de métrorragies
- Échographie :
  - faible sensibilité de cet examen pour le diagnostic (20 à 50 %)
  - il peut s'agir de la mise en évidence d'une zone hypoéchogène ou d'une masse hétérogène rétroplacentaire
  - sert surtout à vérifier la vitalité fœtale

2. En dehors du travail

- **Métrorragies** (moins de 2/3 des cas) : typiquement brunâtres, mais en fait de couleur variable, parfois sang frais
- **Douleurs utérines :**
  - typiquement à type de contracture utérine, parfois confondues avec des contractions
  - dans certains cas, anomalie de la contractilité utérine : mauvais relâchement ou hypertonie
- **Anomalies isolées du RCF** : traduisant la réduction des échanges transplacentaires
- **Tableau de MAP** : l'hématome collecté est un puissant irritant du muscle utérin responsable d'un travail prématuré peu accessible aux tocolytiques
- **MFIU inexpliquée** : l'HRP serait la première cause de ce type d'accident et doit donc être systématiquement recherché en pareil cas

3. Pendant le travail

- Anomalies de la dynamique utérine : hypertonie, mauvais relâchement, hypercinésie
- Anomalies du RCF : tachycardie ou ralentissements tardifs
- Liquide amniotique sanglant ; parfois l'évolution peut se faire vers une coloration verdâtre témoignant de l'issue de méconium

Principes de base de la prise en charge

L'HRP symptomatique ayant pour tendance à s'aggraver au fil des heures, le seul geste thérapeutique essentiel est son évacuation. Seul ce geste peut permettre d'éviter ou de minimiser les complications fœtales et maternelles. La prise en charge doit faire intervenir :

- obstétricien
- anesthésiste réanimateur
- pédiatre

1. Mise en condition de la patiente

- Voie veineuse : de calibre suffisant ; au mieux, dans les formes symptomatiques, deux voies seront posées
- Sonde urinaire : permettant une surveillance de la diurèse horaire et la recherche d'une protéinurie sur bandelette urinaire (non souillée par les métrorragies), faisant suspecter fortement un HRP face à des métrorragies (diagnostic différentiel avec placenta prævia)
- Feuille de surveillance horaire ou bi-horaire de la pression artérielle, de la température, du pouls, de la conscience, de la fréquence respiratoire, des saignements, de la diurèse, des apports liquidiens et des paramètres biologiques

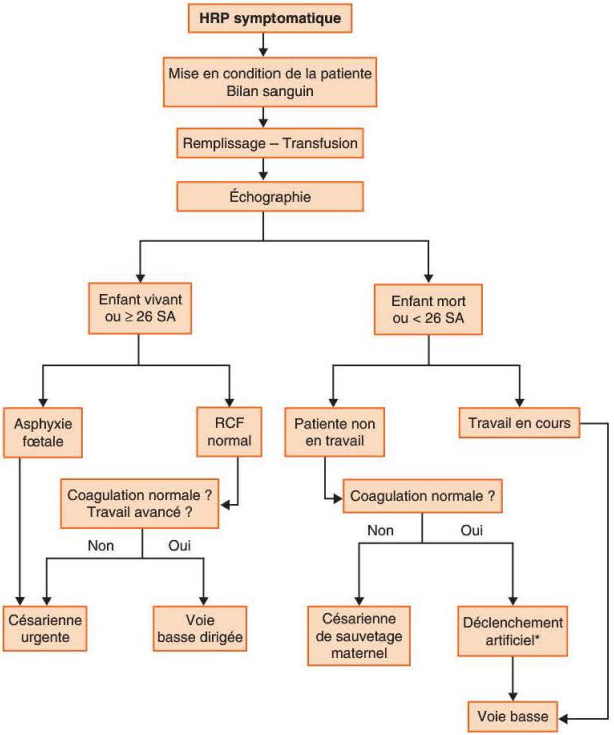
2. Bilan initial et ultérieur

- Groupe sanguin
- RAI
- NFS, plaquettes
- Protéinurie sur bandelette urinaire, à partir d'un sondage évacuateur
- TP, TCA, fibrinogène, D-dimères, PDF
- Ionogramme sanguin
- Créatininémie, uricémie (pas d'intérêt immédiat)
- Anticiper facilement sur la commande de culots globulaires en fonction de la situation clinique et de la maternité
- À réaliser à distance :
  - bilan immunologique :
    - AC circulant, AC antinucléaires solubles
    - AC anti-phospholipides, AC anti-cardiolipine
  - bilan thrombophilie (PC, AT III, RPCA, mutations FII)
    - le dosage de protéine S sera à programmer à distance à 3 mois
    - la mutation du facteur V Leiden sera recherchée en cas d'anomalie de RPCA

3. Prise en charge obstétricale

Extraction fœtale par césarienne en urgence, sauf en cas de travail rapide, spontané, en l'absence d'anomalies du RCF. En cas de fœtus mort, privilégier l'accouchement par les voies naturelles, en étant attentif à la survenue possible de troubles de la coagulation maternelle.

4. Conduite à tenir en cas de suspicion d'HRP



* Maturation préalable par Mifégyne© et déclenchement par misoprostol ou ocytocine.

40 MORT *in utero*

À l'admission en urgence

- Vérification échographique (biométrie, LA, morphologie, date MFIU, placenta)
- NFS, plaquettes, CRP, hémostase (TP, TCA, fibrinogène, D-dimères, PDF, complexes solubles)
- Groupe, RAI, test de Kleihauer
- Ionogramme sanguin, uricémie, créatinémie, bilan hépatique
- Bilan glycémique (surtout si macrosomie ou MFIU à terme)
- Sérologies : CMV, toxoplasmose, rubéole, parvovirus B19, herpès, EBV, TPHA-VDRL (à moduler en fonction du contexte)
- Bilan infectieux avant antibiothérapie : PV, ECBU, hémoculture (T > 38 °C) ± goutte épaisse
- BU
- Albuminurie des 24 h à mettre en route
- Bilan immunologique :
  - AC circulant, AC antinucléaires solubles
  - AC anti-phospholipides, AC anti-cardiolipine
  - bilan thrombophilie (PC, AT III, RPCA, mutations FII)
  - le dosage de protéine S sera à programmer à distance à 3 mois
  - la mutation du facteur V Leiden sera recherchée en cas d'anomalie de RPCA
- Électrophorèse hémoglobine dans les populations à risque
- Bilan préopératoire (consultation d'anesthésie)

En hospitalisation

- Proposer un entretien avec le ou la psychologue
- Information des parents sur les formalités administratives (par le cadre du service) :
  - autorisation d'autopsie selon le souhait des parents
  - procédure d'abandon de corps ou de prise en charge de celui-ci (joindre au dossier les formulaires déjà signés)
  - renseigner sur l'aspect administratif (déclaration, report sur le livret de famille, droit sociaux...)
- Rechercher des contre-indications :
  - aux prostaglandines (Nalador®, Cytotec®) : tabagisme et âge > 35 ans (pour Nalador®), asthme sévère, insuffisance cardiaque décompensée, antécédents vasculaires, insuffisance rénale ou hépatique, ulcère gastrique, colite ulcéreuse, thyrotoxicose, anémie par drépanocytose, thalassémie, glaucome
  - à la Mifégyne® : insuffisance surrénale, corticothérapie, allergie

1. Protocole

- **J0 :** 1 à 3 cp Mifégyne® (mifépristone)
- **J1 :** 1 à 3 cp Mifégyne®

- **J2 :** rien ou laminaires (utérus cicatriciel ++)en fonction de l'état du col
- **J3 :** à jeun, Cytotec® (misoprostol) 1–2 cp en intravaginal toutes les 4 h, maximum 3 prises

Cas particulier : utérus cicatriciel :

- **J3 :** Nalador® demi-dose, soit 1 amp sur 10 h, ou Cytotec® demi-dose, soit 1 cp toutes les 4 h, max 3 prises ; la préparation préalable du col est indispensable

2. Après expulsion du fœtus

- Examen anatomopathologique du fœtus (autopsie + photos) et du placenta (placenta dans formol) : feuille de renseignement à remplir soigneusement (photographies réalisées par le service de fœtopathologie)
- Prélèvement pour analyse chromosomique (à faire par interne + chef) : ponction intracardiaque (5 mL dans tube à bouchon vert, seringue héparinée) ou prélèvement de cordon non fixé
- Radiographie (squelette) : en radiologie si > 15 SA
- Formalités administratives (+++) (voir protocole)

3. Post-partum

- Vérifier si le bilan a été réalisé
- Dostinex® (cabergoline) 2 cp si > 17 SA
- Visite systématique 2–3 mois après pour synthèse du dossier

Bilan de mort i*n utero*

Madame : .....
Geste : ..... Pare : .....Terme : .....
Poids : ..... Taille : .....

	Demande	Résultat
	Bilan maternel	
NFS		
Hémostase (TP, TCA, CS, PDF, fibrinogène)		
Groupe		
RAI		
Kleihauer		
Ionogramme, glycémie		
Uricémie, créatininémie		
BU ± protéinurie, ECBU		
Bilan hépatique		
CRP		
Toxoplasmose (si – ou inconnue)		

Rubéole (si – ou inconnue)		
CMV		
TPHA-VDRL		
Parvovirus		
VIH		
Hépatite B/C		
Anticorps anti-cardiolipines		
Anticorps anti-phospholipides		
Facteurs antinucléaires		
Anticoagulant circulant		
AT		
Protéine C		
Protéine S (en post-partum > 2 mois)		
Mutation facteur II		
RPCA/mutation facteur V Leiden		
± Électrophorèse de l'Hb (en fonction du contexte)		
Homocystéinémie		
	Examen postnatal	
Examen clinique		
Examen macroscopique du placenta		
Radiographie corps entier		
Anatomopathologie placentaire		
Anatomopathologie fœtale (après accord signé des parents)		
Caryotype fœtal (prélèvement intracardiaque ou morceau de cordon NON fixé)		

41 Cholestase intra-hépatique gravidique (CIG)

CIG : cholestase liée à la grossesse
Éliminer les autres causes de prurit gravidique : hépatite médicamenteuse, hépatite virale, infection bactérienne (voir examens complémentaires).

1. Manifestations cliniques

- Prurit généralisé (sans lésions spécifiques)
- Ictère rare
- Si douleurs ou fièvre : rechercher une autre cause à la cholestase

2. Explorations complémentaires

- NFS plaquettes, créatinine, uricémie : normaux dans la CIG
- Tests hépatiques :
  - transaminases (ALAT, ASAT) : le plus souvent élevées
  - acides biliaires sériques à jeun (test hors nomenclature non remboursable) : également le plus souvent élevés
  - bilirubine : normale ou augmentée
  - TP : le plus souvent normal (si diminué, doser le facteur V)
- Sérologies des hépatites virales B et C et du CMV systématiques
- Sérologies du VHA, HSV, EBV si contexte évocateur
- ECBU systématique
- Échographie du foie et des voies biliaires, surtout si douleurs ou fièvre

3. Complications

- Hémorragie de la délivrance (si diminution du TP)
- Menace d'accouchement prématuré
- Prématurité
- Mort fœtale *in utero* (rare : risque d'environ 2 %)
- Détresse respiratoire néonatale

4. Surveillance

- Intensité du prurit (voir tableau ci-dessous)
- Tests hépatiques + TP
- Enregistrement du rythme cardiaque fœtal
- Échographie obstétricale (étude du bien-être fœtal)

Score semi-quantitatif d'évaluation du prurit
Score 0 : absence de prurit
Score 1 : prurit non quotidien
Score 2 : prurit quotidien, moins de 50 % du temps
Score 3 : prurit quotidien, plus de 50 % du temps
Score 4 : prurit permanent

5. Traitement médical

- Hydroxyzine (Atarax®) : 25–50 mg le soir (actif sur le prurit)
- Acide ursodésoxycholique (Délursan®, Ursolvan®, Cholurso®) : 10 à 20 mg/kg/j en traitement continu jusqu'à l'accouchement, sans dépasser 1000 mg/j. Répartir en deux prises, matin et soir, au moment des repas.
- Vitamine K parentérale (10 mg à 20 mg) si diminution du TP

6. Conduite à tenir obstétricale

- Selon la sévérité de la cholestase (ictère, bilirubine, acides biliaires sériques), accouchement entre 36 et 38 SA
- À savoir : le seuil de gravité de concentration d'acide biliaire retenu dans la littérature est de 40 µmoles/L

7. En période postnatale

- Disparition du prurit en quelques jours après l'accouchement
- Contrôle des tests hépatiques à distance de l'accouchement (1 à 3 mois après l'accouchement)
- Contraception hormonale prudente seulement après normalisation des tests hépatiques
- Consultation en hépatologie indispensable si absence de normalisation des tests hépatiques
- Contrôle des tests hépatiques sous contraception (risque de récidive, surtout avec les œstrogènes)

- Un **bilan de thrombophilie** doit être demandé par un médecin et doit être lu et interprété avec pour objectif de modifier le suivi du patient avec des bénéfices individuels. La découverte d'une anomalie peut justifier des mesures de prévention ou avoir un impact sur la durée d'un traitement anticoagulant. Une attention particulière doit être portée aux femmes enceintes car la connaissance des résultats d'un bilan de thrombophilie peut modifier leur prise en charge.
- Un **consentement** est obligatoire pour toute biologie moléculaire et le nom du médecin mentionné est celui qui recevra les résultats.
- **Le coût est non négligeable** => chaque prescription doit être réfléchie, interprétée et classée dans le dossier. Les explorations de thrombophilie doivent être effectuées dans des centres spécialisés, cela afin de limiter les bilans et, si un tel bilan s'avère justifié, de l'effectuer dans les meilleures conditions, en particulier pour diminuer le nombre de faux positifs.

Quel bilan ?

- Recherche d'une thrombophilie constitutionnelle :
  - déficit en inhibiteurs (antithrombine III, protéine C, protéine S)
  - résistance à la protéine C activée par mutation du facteur V Leiden (R506Q)
  - mutation G20210A du gène de la prothrobine
- Recherche d'une thrombophilie acquise :
  - anticoagulant circulant de type lupique
  - anti-cardiolipine IgG et IgM
  - anti-β2GP1 IgG et IgM
  - antiphosphatidyléthanolamine

Les dosages de la protéine S et la recherche d'anti-cardiolipine ne sont pas souhaitables à la phase aiguë d'un événement thrombotique (risque élevé de faux positifs, mais aussi parfois de faux négatifs). Le dosage de l'antithrombine III peut être modifié sous héparine. Le dosage des protéines C et S est fortement déconseillé lorsqu'un patient est sous AVK. Le dosage de protéine C n'est pas interprétable chez la femme enceinte (diminution physiologique).

Pour qui ?

Personnes de moins de 50 ans :

- ayant fait une MTEV idiopathique
- ou ayant une histoire familiale de MTEV
- ou une histoire personnelle suggestive d'un SAPL
- ou encore ayant des épisodes récidivants de MTEV

(Pour autant que cette découverte modifie la prise en charge pour elle-même ou un membre de sa famille.)

Une étude familiale chez des personnes asymptomatiques doit être discutée en cas de déficit en antithrombine ou d'autres facteurs de risque forts, tels que les déficits sévères en protéine C ou protéine S, les anomalies multiples de

type homozygotie pour le FVL ou G20210A, ainsi que chez les hétérozygotes composites.
L'intérêt de la recherche d'une thrombophilie constitutionnelle en cas de pathologie vasculaire de la grossesse (pré-éclampsie, RCIU, mort *in utero*) est controversé.

43 Prévention de la maladie thromboembolique veineuse et grossesse

Adapté des RPC de la SFAR 2005 avec mise à jour en 2010.

Sur quels critères peut-on évaluer le risque thrombotique veineux en post-partum ?

La grossesse représente un facteur de risque multipliant par 5 le risque de MTEV par rapport à la population générale. La césarienne, particulièrement lorsqu'elle est réalisée en urgence, s'accompagne d'un risque 2 à 5 fois supérieur de MTEV. S'y ajoutent un certain nombre de facteurs de risque additionnels permettant de catégoriser le risque de MTEV en faible, modéré, élevé ou majeur :

Risque majeur	– Antécédent de MTEV multiples – Malades traitées au long cours par anticoagulants avant la grossesse pour un épisode de MTEV en rapport avec une thrombophilie
Risque élevé	– Antécédent de MTEV, sans facteur de risque retrouvé – Antécédent de MTEV associé à l'un des facteurs biologiques de risque suivants : • déficit en AT*, SAPL* • mutation homozygote isolée 20210A ou FV Leiden • anomalies hétérozygotes combinées* (surtout mutation 20210A + Leiden hétérozygote) – Antécédent de MTEV lors d'une grossesse antérieure ou au cours d'un traitement œstrogénique
Risque modéré	– Antécédent de MTEV, avec facteur déclenchant temporaire lors de l'épisode antérieur – Antécédent de MTEV avec facteur biologique de risque (autre que ceux cités ci-dessus) – Présence d'un des facteurs biologiques de risque, asymptomatique et dépisté dans le cadre d'une MTEV familiale, surtout si : • déficit en AT*, SAPL* • mutation homozygote isolée 20210A ou FV Leiden • anomalies hétérozygotes combinées* (surtout mutation 20210A + Leiden hétérozygote) – Césarienne en urgence – Césarienne et chirurgie pelvienne majeure associée – Présence de ≥ 3 facteurs de risque faible
Risquez faible	– Aucun facteur de risque – ou présence de < 3 facteurs suivants : • âge > 35 ans, obésité (IMC > 30 ou poids > 80 kg), varices, HTA • facteurs obstétricaux : césarienne, multiparité > 4, pré-éclampsie, alitement strict prolongé, hémorragie du post-partum, etc. • maladie thrombogène sous-jacente : syndrome néphrotique, MICI en poussée, infection intercurrente systémique, etc.

* Pour les formes asymptomatiques de SAPL et de déficit en antithrombine, l'évaluation du risque est établie au cas par cas selon notamment l'importance des antécédents familiaux.

Quelle prévention antithrombotique (doses et durée) en période du post-partum selon les catégories de risque ?

En fonction des catégories de risque, la stratégie prophylactique suivante a été proposée :

	Pendant la grossesse	Post-partum et post-césarienne
Risque faible	Pas de traitement anticoagulant	Pas de traitement anticoagulant BAT
Risque modéré	Pas de traitement anticoagulant BAT	HBPM à dose prophylactique forte (énoxaparine 4000 UI/j ou daltéparine 5000 UI/j) pendant 6 à 8 semaines La dose peut être réduite et la durée peut être plus courte lorsque le risque est moins important (ex. : césarienne en urgence sans autre facteur de risque associé : énoxaparine 20 mg ou daltéparine 2500 UI pendant 7–14 j) + BAT
Risque élevé	HBPM à dose prophylactique forte (énoxaparine 4000 UI/j ou daltéparine 5000 UI/j) ou intermédiaire (énoxaparine 4000 UI 2 fois/j ou daltéparine 5000 UI 2 fois/j) au 3e trimestre voire pendant toute la grossesse BAT	HBPM à dose prophylactique forte (énoxaparine 4000 UI/j ou daltéparine 5000 UI/j) pendant 6 à 8 semaines BAT
Risque majeur	Traitement curatif par HNF au 1er trimestre puis HBPM à dose curative (adaptée au poids ou à l'anti-Xa) aux 2e et 3e trimestres BAT	Antivitamine K 3 mois minimum + BAT

BAT : bas anti-thrombose.

44 Maladies thromboemboliques et grossesse

Adapté des RPC SFAR 2005 – mise à jour en 2010.

Thrombose veineuse

- Tableau clinique évocateur : gonflement, rougeur et température accrue d'un membre inférieur
- En première intention = échographie-Doppler
- Si échographie-Doppler négatif = abstention ou arrêt thérapeutique
- Si échographie-Doppler négatif et forte suspicion clinique = poursuite du traitement et nouvel examen dans les 7 j
- D-dimères = pas contributifs
- Autres examens : phlébographie, vénographie par CT-scan et visualisation directe du thrombus par résonance magnétique (*magnetic resonance direct thrombus imaging* ou MRIDTI)

Embolie pulmonaire

- Dyspnée, tachypnée, douleur thoracique, hémoptysie et tachycardie
- Caractère massif si cyanose, état de choc ou arrêt cardiorespiratoire
- S1Q3 à l'ECG
- Hypoxie et hypocapnie prononcée à l'analyse des gaz du sang (l'hypocapnie modérée est physiologique avec le développement de la grossesse)
- Échographie cardiaque = signes de cœur droit aigu et d'HTAP
- D-dimères = pas contributifs

En cas de forte suspicion clinique et en l'absence de contre-indications = traitement anticoagulant avant la confirmation du diagnostic
Confirmation par scintigraphie de ventilation/perfusion ou angioscanner (souvent plus facile à obtenir en urgence).
En cas de coexistence de signes cliniques de TVP et d'EP, le premier examen à réaliser est l'échographie-Doppler des membres inférieurs. Sa positivité permet d'affirmer le diagnostic d'embolie pulmonaire.

Peut-on faire une scintigraphie et un angioscanner et/ou utiliser des produits de contraste iodés en cas d'allaitement maternel ?

La scintigraphie ventilation/perfusion est possible chez la femme enceinte et chez la femme qui allaite. Il n'est pas nécessaire d'interrompre l'allaitement car le marqueur se bloque dans la circulation pulmonaire ; 2 % seulement passent dans la circulation générale et ne sont pas excrétés dans le lait. Sa seule contre-indication est le shunt droit-gauche massif.
L'angioscanner est possible chez la femme enceinte et chez la femme qui allaite sans restriction car l'irradiation est inférieure à 2 mSv. L'effet des marqueurs iodés est plus discuté : il a été démontré un passage transplacentaire avec diffusion à l'ensemble des tissus fœtaux dont la thyroïde et donc un risque d'hypothyroïdie transitoire et d'augmentation de la TSH. Mais ces incidents concernent

surtout les angiographies où la charge iodée est importante. En post-partum, la glande mammaire concentre le produit avec passage à l'enfant allaité, mais les conséquences sont infracliniques.

Devant quels signes doit-on penser à la thrombophlébite pelvienne ?

- Douleur pelvienne et/ou fièvre récurrente rebelle au traitement antibiotique
- Confirmation diagnostic = scanner abdominal ou IRM
- Traitement en urgence :
  - pour éviter les complications graves que sont l'extension à la veine cave, aux veines rénales et aux veines iliofémorales, l'infarctus ovarien, l'embolie pulmonaire et le choc toxi-infectieux avec défaillance multiviscérale
  - antibiothérapie par voie intraveineuse à large spectre intégrant le staphylocoque et anticoagulation efficace

Quelles thérapeutiques pour le traitement de l'embolie pulmonaire cruorique ?

Le traitement curatif initial des TVP et/ou des EP non massives sera : HBPM 2 × 100 UI/kg par voie SC.
En cas d'embolie pulmonaire massive chez une femme enceinte ou en post-partum :

- **protocole de thrombolyse** = actilyse : 100 mg en 2 h : 10 mg IV lente en 2 min puis 90 mg en SAP en 2 h (si < 65 kg, ne pas dépasser 1,5 mg/kg = 75 mg pour 50 kg). Si accouchement dans les 6 h précédentes ou qui suivent = **préférer l'embolectomie chirurgicale ou la thrombolyse *in situ***
- **Héparinothérapie :** à débuter en première intention ou après la thrombolyse dès que le TCA est inférieur à 2 fois le témoin
- Héparine non fractionnée: 100 UI/kg en bolus puis 300 à 500 UI/kg/j (ex. : chez une femme de 100 kg, 10 000 UI en bolus, puis 30 000 à 50 000 UI/j)
- Contrôle TCA 4 h après le début de la SAP pour un TCA entre 2 et 3 fois le témoin. Adaptation posologie selon TCA
- **Traitement de la décompensation cardiaque droite :** par dobutamine 5 mcg/kg/min

45 THROMBOPÉNIE ET GROSSESSE

Définitions et risques :

- *Taux de plaquettes < 150 000/mm³*
- *Baisse physiologique pendant la grossesse > 100 000*
- *Fréquence de 6 à 12 %*
- *Risque hémorragique < 20 000*

Conduite à tenir en cas de thrombopénie

Anamnèse : antécédents personnels (PTI, autres maladies auto-immunes), familiaux (notion de thrombopénie familiale) et obstétricaux (thrombopénie lors d'une grossesse précédente), prise médicamenteuse (héparine, quinine, rifampicine, α-méthyldopa) ou toxique (cocaïne).

1. Conduite à tenir en cas de thrombopénie découverte pendant la grossesse

En fonction de la numération plaquettaire (NP) :

75 000 < NP < 150 000/mm³

- Pas de bilan. Surveillance NP 1 fois/mois
- Pas de traitement
- Pas de PSF
- Accouchement : contrôle NP
  - enfant à la naissance
  - mère J2 post-partum à l'occasion de la numération globulaire
- Si thrombopénie persistante à 1 mois = cs Hémato

50 000 < NP < 75 000/mm³

- Exclusion des causes obstétricales (HELLP syndrome), infectieuses (VIH, CMV, parvovirus, herpès, hépatite B et C), immunoallergiques (HBPM, pénicillines) + bilan d'hémolyse
- Surveillance NP 1 fois/mois. Pas de traitement. Pas de PSF
- Accouchement : contrôle NP
  - enfant à la naissance
  - mère J2 post-partum à l'occasion de la numération globulaire
- Si thrombopénie persistante à 1 mois = cs Hémato

NP < 50 000/mm³

- cs Hémato+++
- Traitement si NP <30 000, ou 30 000 <NP <50 000 et syndrome hémorragique
- Corticoïdes : prednisolone (Solupred®), 1 mg/kg/j pendant 3 semaines, puis arrêt progressif sur 8 j
- Si contre-indication ou échec des corticoïdes : immunoglobulines IV 1 g/kg
- Vérification créatininémie
- Contrôle NP et créatininémie à J4
- Si échec (NP < 30 000 à J4) : nouvelle cure immunoglobulines intraveineuses 1 g/kg
- ± traitement d'entretien : 400 mg/kg (1 fois/semaine ou 2 fois/mois) pour maintenir NP > 30 000 pendant toute la grossesse

- Si échec immunoglobulines IV et syndrome hémorragique : prednisolone 0,5 mg/kg/j en continu
- PSF à discuter : fonction des antécédents (voir plus bas)
- Surveillance NP 1 fois/15 j

2. Conduite à tenir en fin de grossesse en cas de PTAI chronique

En fonction de la numération plaquettaire (NP) :

NP > 50 000/mm³ et pas d'antécédent de splénectomie

- Accouchement : pas de précautions particulières
- Surveillance de l'enfant : NP à la naissance, J1, J3, J5

NP > 50 000/mm³ avec antécédent de splénectomie

Accouchement : indication de PSF (voir plus bas pour la conduite à tenir en fonction du résultat)

NP < 50 000/mm³ avec ou sans splénectomie

- < 50 000 révélée en cours de grossesse
- Accouchement : pas de PSF
- Manœuvres obstétricales : pH au scalp autorisé
- Ventouse contre-indiquée (plutôt forceps)
- Surveillance de l'enfant : NP à la naissance, J1, J3, J5

< 50 000 avec antécédent de PTAI chronique

- Accouchement : indication de PSF sauf chez la multipare sans antécédent de thrombopénie néonatale sévère
- Immunoglobulines IV 1 g/kg à J–4 de la PSF ± 2e injection à J0 si NP < 50 000
- Groupe le plus à risque : patientes avec antécédents de splénectomie ++++
- Après la PSF, le déclenchement doit avoir lieu dans les 48 h. Modalités selon la NP fœtale :
  - > 50 000 : voie basse
  - 30 000 < NP fœtale < 50 000 : voie basse si conditions obstétricales favorables
  - < 30 000 : césarienne
- Surveillance de l'enfant : NP à la naissance, J1, J3, J5

46 Diabète gestationnel

Définition

Toute hyperglycémie découverte pendant la grossesse quelle que soit son évolution dans le post-partum

Facteurs de risque retenus

- Âge ≥ 35 ans
- IMC ≥ 25 kg/m²
- Antécédent familial au premier degré de diabète (quel que soit le type de diabète)
- Antécédent de diabète gestationnel (DG) lors d'une grossesse précédente ou de nouveau-né macrosome

Modalités pratiques du dépistage

- Glycémie à jeun au 1er trimestre :
  - si > 1,26 g/L (7 mmol/L) : diabète de type 2 antérieur à la grossesse
  - si > 0,92 g/L (5,1 mmol/L) : diabète gestationnel
- **HGPO avec une charge glucidique de 75 g**, réalisée entre 24 et 28 SA (à réaliser si le dépistage du 1er trimestre est négatif, ou si celui-ci n'a pas été réalisé)
- Seuils retenus :
  - glycémie à jeun = 0,92 g/L (5,1 mmol/L)
  - glycémie à 1 heure = 1,80 g/L (10,0 mmol/L)
  - glycémie à 2 heures = 1,53 g/L (8,5 mmol/L)

Si une seule de ces valeurs est pathologique = DG

Prise en charge

- Prise en charge multidisciplinaire en ambulatoire
- Éducation et information de la patiente de l'intérêt de la prise en charge
- Autosurveillance par glycémies capillaires pluriquotidiennes pré- et post-prandiales
- Prise en charge diététique. Environ 1600 à 2000 kcal/j reparties en 3 repas et 2 collations avec 50 % de glucides en favorisant les sucres lents
- Maintien d'une activité physique adaptée à la grossesse
- Instauration d'une insulinothérapie si les objectifs glycémiques ne sont pas atteints après 7 à 10 j de règles hygiéno-diététiques
- Les antidiabétiques oraux n'ont pas l'AMM pendant la grossesse et ne sont pas recommandés

Objectifs glycémiques

- Glycémie à jeun = 0,95 g/L (5,3 mmol/L)
- Glycémie à 2 heures = 1,20 g/L (6,7 mmol/L)

Surveillance

- Si DG bien équilibré, en l'absence d'autres pathologies ou facteurs de risque associés : surveillance habituelle
- Si présence d'un autre facteur de risque (obésité, mauvais équilibre glycémique, HTA chronique) : surveillance plus rapprochée (pression artérielle et protéinurie)
- Une échographie supplémentaire de fin de grossesse peut être proposée si suspicion de macrosomie à l'écho T3
- L'ERCF systématique n'a pas d'utilité démontrée en cas de DG bien équilibré
- En cas de DG déséquilibré ou de diabète de type 2 découvert au cours de la grossesse, la surveillance fœtale doit être renforcée à partir de 32 SA (échographie supplémentaire, surveillance du RCF)
- La réalisation d'un pelviscanner n'est pas nécessaire, même en cas de suspicion de macrosomie

Accouchement

- En cas de diabète gestationnel bien équilibré, par régime seul ou par insuline : accouchement normal à terme
- En cas de diabète gestationnel mal équilibré ou avec retentissement fœtal, déclenchement avant terme : idéalement à 39 SA
- Si insulinothérapie : arrêt au cours du travail sauf doses élevées. À discuter avec diabétologue
- Césarienne programmée si estimation échographique du poids fœtal > 4250 g ou 4500 g en tenant compte des antécédents obstétricaux

En post-partum

- En cas d'insulinothérapie : arrêt et surveillance des glycémies capillaires pendant 48 h
- Dépistage du diabète de type 2 : glycémie à jeun ou HGPO à 3 mois après l'accouchement. Ne pas différer ce dépistage en raison de l'allaitement ou de la contraception
- Renouveler la glycémie à jeun ou l'HGPO tous les 1 à 3 ans
- Glycémie à jeun lors d'une prochaine grossesse en début de grossesse
- Pas de contre-indications à une contraception hormonale, œstroprogestative ou progestative. Si obésité, hypertension artérielle ou dyslipidémie, choisir une contraception sans impact cardiovasculaire (DIU conseillé)

Situation particulière : MAP et diabète insulino-traité

- Préférer les inhibiteurs calciques ou l'atosiban aux β2-mimétiques
- Si prescription de corticoïdes pour maturité pulmonaire : surveillance glycémique et ajustement de l'insulinothérapie si nécessaire (risque d'acidocétose)
- En cas de MAP justifiant une maturation par corticoïdes, le dépistage du diabète gestationnel devra être réalisé quelques jours après la dernière injection

47 Diabète antérieur et grossesse

Adapté des RPC de la Société francophone de diabète 2010.

Rappel

Diminution des besoins en insuline au 1er trimestre puis insulinorésistance et augmentation progressive des besoins jusque 30–34 SA. Stabilisation ensuite voire diminution. Après l'accouchement, les besoins reviennent au niveau antérieur. Idéalement, une femme diabétique souhaitant une grossesse doit avoir un équilibre glycémique le plus optimal pendant 12 mois (3 mois avant la grossesse, 9 mois pendant). La grossesse doit être programmée avec une hémoglobine glyquée le plus proche possible de 6,5 %.

Programmer la grossesse

=> Avis d'un endocrinologue.

- Contraception efficace : accord pour conception si HbA1c < 6,5 %
- Planifier la conception et l'identifier (réellement fait dans 18 à 40 % des cas) : diminue la mortalité fœtale, périnatale et néonatale ainsi que la morbidité (moins de malformations)
- Acide folique en préconceptionnel (5 mg/j)
- Évaluer les complications associées au diabète (HTA, cardiopathie, néphropathie, neuropathie, rétinopathie). À défaut en début de grossesse
- Si diabète multicompliqué = avis préconceptionnel
  - en cas d'hypertension artérielle = évaluer le traitement anti-hypertenseur
  - si néphropathie = doit être stable. Informer du risque accru d'HTA et de pré-éclampsie
  - contrôle d'une rétinopathie
  - cardiopathie : grossesse à très haut risque voire déconseillée

Prise en charge de la grossesse

- Optimiser l'insulinothérapie en cas de diabète de type 1
- Arrêt des antidiabétiques oraux et éducation à l'insulinothérapie en cas de diabète de type 2
- Autosurveillance par glycémies capillaires (6/j) :
  - objectifs glycémiques à jeun : 0,6 à 1 g/L (3,3 à 5,6 mmol/L)
  - objectifs glycémiques en postprandial :
    - <1,4 g/L (7,9 mmol/L)
    - <1,2 g/L (6,7 mmol/L)
- Prévenir les risques d'hypoglycémies en début de grossesse (1er trimestre)
- Adapter les besoins nutritionnels à la grossesse et à l'équilibre glycémique. Aide d'une diététicienne si besoin

Surveillance de la grossesse

- Consultation mensuelle par un obstétricien et un diabétologue
- Suivi téléphonique ou transmission de l'autosurveillance (télémonitoring)
- Adaptation de l'insulinothérapie

- Signes fonctionnels, PA, poids, bandelette urinaire
- Carnet de diabète (glycémies capillaires, doses d'insuline, adaptation)
- HbA1c tous les mois (si > 4 % de la valeur normale en début de grossesse, risque de 25 % de malformation)
- Examen ophtalmologique : 1 fois/trimestre
- Surveillance échographique 12, 22 et 32 SA
- Surveillance renforcée à partir de 32 SA. Échographie vers 36–37 SA pour estimation du poids fœtal
- Pas d'hospitalisation systématique. Discuter une surveillance renforcée ou une hospitalisation avec l'endocrinologue en cas de diabète déséquilibré ou compliqué

En cas de menace d'accouchement prématuré =

- Pas de β2-mimétiques. Préférer les inhibiteurs calciques ou l'atosiban
- Cure de corticoïdes en hospitalisation sous insulinothérapie IV (risque d'acidocétose)

Pour l'accouchement

- Accouchement dans un environnement adapté, encadré par un protocole anesthésique et diabétologique préétabli, comportant une perfusion de glucose et une insulinothérapie IV à la seringue électrique dont le débit est adapté sur une surveillance horaire de la glycémie. Protocole inscrit dans le dossier au cours du 8e mois
- Pas de césarienne systématique. À discuter si PFE > 4500 g
- Déclenchement à proposer vers 38–39 SA

En post-partum

- Prévention de l'hypoglycémie néonatale. Mise au sein précoce. Glycémie capillaire à 1 h puis toutes les 3 h pendant 48 h.
- Diabète de type 1 = reprise des doses d'insuline antérieure à la grossesse après la naissance
- En cas de diabète de type 2, surveillance des glycémies capillaires sans traitement ± insuline (avis diabéto)
- Allaitement encouragé
- Suivi par le diabétologue

48 Hydramnios

Définitions

- grande citerne de liquide amniotique > 80 mm (méthode de Chamberlain)
- ou somme des 4 quadrants > 95e percentile (courbes de Phélan)

Deux grands types d'étiologies

- **Excès de production par hyperdiurèse fœtale :**
  - métabolique : diabète maternel, diabète insipide fœtal, syndrome finlandais, méga-vessie–microcôlon, diarrhée chlorée, augmentation du débit cardiaque fœtal
  - toutes les anémies, en particulier l'iso-immunisation Rhésus ; arythmies, chorio-angiome, anomalies funiculaires ; STT
- **Défaut de résorption :**
  - obstructions digestives hautes (atrésie de l'œsophage/du grêle, sténose duodénale)
  - compression gênant la déglutition (goitre, tumeur ORL) ou la vidange de l'estomac, en particulier dysplasie rénale gauche
  - anomalie de la déglutition fœtale d'origine neurologique et/ou musculaire
  - infections, anomalies cérébrales, maladie de Steinert, myasthénie, autres causes d'immobilisme fœtal
- **Divers**
  Chromosomiques pouvant combiner plusieurs étiologies

Bilan

- Diabète : glycémie à jeun avant 24 SA, HGPO 75 g après 24 SA si non réalisée
- Iso-immunisation/anémie : RAI si non récente
- Bilan infectieux maternel/sérologies : cytomégalovirus, parvovirus B19, herpès
- Recherche d'une malformation : échographie ± de référence : morphologie, recherche de signes d'anasarque
- Anomalie chromosomique = à discuter au CPDPN : amniocentèse pour caryotype fœtal et bilan infectieux dans le liquide amniotique

Conduite à tenir

=> Hospitalisation si mauvaise tolérance maternelle ou fœtale ou MAP associée et bilan
=> sinon prise en charge en externe dans la semaine

- Traitement d'une étiologie
- Traitement symptomatique :
  - drainage (après avis du CPDPN)
  - traitement de la MAP
  - corticothérapie anténatale

- tocolyse (attention au risque d'OAP dans les contextes d'hydramnios sévères)
- IMG si pathologie fœtale grave, demande par la patiente et recevable par le CPDPN

Pour l'accouchement

Risque de :

- présentation dystocique (au moindre doute au TV, vérifier à l'échographie)
- rupture prématurée des membranes
- hématome rétroplacentaire *a vacuo*
- procidence du cordon ou d'un membre
- dystocie cervicale
- hémorragie de la délivrance

49 TOXICOMANIE

Rappel

Mode d'action :

– *les stupéfiants traversent facilement la barrière hématoplacentaire*

– *effets directs sur fœtus :*

• *vasoconstriction de la circulation fœtale (cocaïne ++), source de RCIU et de malformations*

• *pharmacologique sur neurotransmetteurs et neuropeptides cérébraux*

Conséquences : *effets spécifiques, souvent difficiles à individualiser du fait de la polytoxicomanie fréquente*

	RCIU	Malformation	Prématurité	Sevrage
Marijuana	Possible	Non	Possible	Non
Opiacés	Oui	Non	Oui (18–25 %)	Oui (sévère ++)
Cocaïne	Oui	Oui (10 %)	Oui (30–50 %)	Oui (modéré)
Amphétamines	Oui	Oui	Oui	Oui (modéré)

Exposition générale in utero *=> syndrome de sevrage du nouveau-né :*

– *apparaît dans les 24–48 h (8–15 j avec la méthadone)*

– *irritabilité (++), trémulations, agitation, impression d'inconfort ; cri fréquent, aigu, entrecoupé de geignements, tachypnée, troubles du sommeil ; hypertonie musculaire, convulsions parfois (surtout après prise de méthadone) ; envie de sucer frénétique mais désordonnée ; régurgitations, vomissements : risque de déshydratation*

– *à long terme : dépendance de l'environnement, impulsivité, troubles émotionnels, difficultés de communication, retard au langage, difficultés de concentration*

1. Suivi de la grossesse

Toxicomanie = grossesse à haut risque

La toxicomanie doit être reconnue par l'équipe obstétricale en collaboration avec une équipe spécialisée dans les conduites addictives : obstétricien, sage-femme, psychologue, assistante sociale, médecin traitant, centre de substitution, pédiatre, et anesthésiste.

Service d'addictologie de liaison :

- interrogatoire adapté, climat de confiance
- prendre contact avec le médecin prescripteur du traitement de substitution
- présenter le dossier au staff de parentalité, mettre en place les contacts avec la PMI...
- faire un bilan médical des différentes complications maternelles et fœtales
- rechercher des pathologies associées avec dépistage des maladies infectieuses (VIH, hépatite B et C, syphilis, PV pour recherche vaginose bactérienne, FCV)

2. En cas d'hospitalisation

- Prévenir les différents intervenants rapidement pour éviter de déstabiliser la femme avec des interrogatoires itératifs sur son histoire médicale
- Suivre le protocole de soins préétabli ou en référer au médecin prescripteur

3. En post-partum

- Couple mère–enfant en unité Kangourou ou enfant hospitalisé en néonatologie
- Prise en charge du syndrome de sevrage :
  - privilégier les interactions mère–enfant : nursing +++
  - alimentation à la demande
  - éviter les stimulis
  - si échec des mesures précédentes : chlorydrate de morphine Largactil®
  - favoriser l'allaitement (possible si faible dose d'héroïne ou substitution ; contre-indiqué si cocaïne, amphétamines, LSD en cours)
- Recontacter les différents intervenants

4. Au moment de la sortie

- Réunion de synthèse au sein du service
- Mise en place de relation avec la PMI, les assistantes sociales...
- Éventuel recours à la justice
- Suivi médical pour le traitement de substitution
- Suivi psychosocial et consultations avec un pédiatre

5. Le traitement substitutif

- La patiente consomme de l'héroïne, de la codéine sans prise en charge médicale : substitution par méthadone (+++)
- La patiente prend du Subutex® (buprénorphine) :
  - le Subutex® est pris de manière satisfaisante : voie sublinguale, dose stabilisée, prescrit par un médecin bien identifié => poursuivre ce traitement
  - il n'est pas bien pris : injection, dose fluctuante, prise en charge médicale aléatoire => indication de méthadone
- La patiente prend de la cocaïne => nécessité d'arrêter en raison des effets vasoconstricteurs et risque de malformations, RCIU, HRP, pré-éclampsie
- Traitement substitutif par méthadone :
  - éviter le 1er trimestre (FCS) et le dernier trimestre (AP)
  - suivi médical et psychologique (++)
  - dose moyenne : 80 mg/j

50 Traumatisme et grossesse

1. Examen maternel aux urgences et appréciation de l'état fœtal

Gravité

- Traumatisme abdominal perforant
- Traumatisme direct sur le ventre
- AVP avec syndrome de décélération brutale
- AVP avec choc frontal (les vitesses s'additionnent)
- AVP avec conflit violent ceinture de sécurité/abdomen

Examen obstétrical

- En fonction du terme
- MAF+, contractions utérines, métrorragies
- BDC, col utérin
- ERCF
- Échographie (col, vitalité, croissance, morphologie, placenta ++)
- Hématurie, protéinurie
- Test de Kleihauer (++) (à réaliser au-delà de 20 SA pour toute patiente quel que soit le Rhésus)
- Si patiente RH négatif, RAI préalable et sans attendre : Rhophylac® 200 µg, IV de préférence

2. En cas de critères de gravité

=> Hospitalisation systématique à partir de 24 SA, minimum 24 h

Surveillance clinique spécifique

- MAF
- Contractions utérines

Explorations

- ERCF : 2/j
- Échographie par référent à renouveler 21 j plus tard (porencéphalie)
- En cas test de Kleihauer positif :
  - vélocimétrie cérébrale fœtale
  - poursuite de la surveillance fœtale

Traitement

- En cas de MAP : tocolyse et corticothérapie
- Immunoglobulines anti-D si Rhésus négatif

3. En l'absence de critères de gravité

- Retour à domicile
- Contrôle échographique (en externe) si > 24 SA ou si Kleihauer positif

4. Certificat initial descriptif

- Pour tout AVP ou traumatisme par un tiers
- À remettre à toute patiente (hospitalisée ou non)

51 Prophylaxie de l'endocardite infectieuse

Rappel

Toute pathologie cardiaque ante- ou pergravidique doit être vue par le cardiologue. Fréquence des bactériémies per-partum : 0,5 % (streptocoques, colibacilles, staphylocoques).

1. Cas à haut risque

- Valve prothétique ou matériel prothétique utilisé pour une réparation valvulaire
- Antécédent d'endocardite infectieuse
- Cardiopathies congénitales :
  - cyanogène non opérée, ou avec une fuite résiduelle, ou avec mise en place d'une dérivation chirurgicale
  - avec réparation prothétique (chirurgicale comme percutanée), jusqu'à 6 mois après la mise en place
  - avec fuite résiduelle au site d'implantation d'un matériel prothétique, mis en place chirurgicalement ou par voie percutanée

2. Antibioprophylaxie

Seuls ces cas à haut risque relèvent d'une antibioprophylaxie spécifique, comparable à celle proposée dans les procédures de chirurgie dentaire.
En milieu obstétrical ou dans le cadre de la chirurgie gynécologique, il y a très peu de circonstances spécifiques dans lesquelles une antibioprophylaxie ne soit pas requise, et les recommandations spécifiques aux maladies cardiaques sont identiques ou équivalentes à cette antibioprophylaxie.
Les situations à risques élevés sont :

- la rupture des membranes, de plus de 6 h
- un travail long, de plus de 6 h

Dans ces cas, une antibiothérapie par Clamoxyl® est requise : 2 g à la 1re heure puis 1 g/h.
Les recommandations de l'*European society of cardiology* (www.escardio.org) sont d'employer :

- en l'absence d'allergie aux β-lactamines : amoxicilline ou ampicilline, à raison de 2 g *per os* ou en IV
- en présence d'une telle allergie : clindamycine, 600 mg *per os* ou IV

52 Hépatites B et C

Rappel

Virus B : 40 % des hépatites pendant la grossesse.
Facteurs de risque associés : VIH, hépatite C, toxicomanie.
Risque de transmission (transmission verticale) :
- *si grossesse chez la femme immunisée, pas de risque néonatal*
- *quasi inexistant pendant la grossesse*
- *surtout per- et post-partum : dépend de la contagiosité de la mère*
- *importance de la présence de l'AG HBe et des séquences génomiques de l'ADN viral dans le sérum maternel : réplication élevée, contagiosité +*
- *risque d'infection : si Ag HBe + = 90 % ; si Ag Hbe – = 20 %*

Statut	Ag HBs	Ac Anti-HBs	Ag HBe	Anti-HBc Ig totaux	Anti-HBc IgM	ADN VHB
H. aiguë récente	+	–	–	–	–	+
H. aiguë phase d'état*	+	–	+	+	+	+
Fenêtre sérologique**	–	–	–	+	+	–
Hépatite guérie	–	+	–	+	–	–
Vaccination	–	+	–	–	–	–
Infection chronique	+	–	±	+	–	+

* 3 à 6 semaines après l'inoculation, présence isolée de l'Ag Hbs précédant la réponse immune.
** 6 à 8 mois après l'inoculation, disparition de l'Ag Hbs, persistance d'anti-HBc IgM.

Conséquences chez le nouveau-né :
- infection du nouveau-né symptomatique (ictère) : rare
- surtout : transmission de l'état porteur chronique d'Ag HBs (90 % si Ag HBe+ ; < 20 % si Ag HBe–)
- évolution vers fibrose hépatitique (50 %), cirrhose (20 %)
- 5 % des cirrhoses post-hépatiques évoluent vers un carcinome

Dépistage systématique pendant la grossesse par recherche d'Ag HBs au 6e mois

En cas de dépistage positif de l'Ag Hbs :
- préciser le statut infectieux : Ag HBe, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc+
- vérifier sérologies : hépatite C, VIH, TPHA-VDRL
- vérifier les transaminases
- prévoir consultation en hépatogastroentérologie
- vérification des sérologies de la famille

Chez le nouveau-né en cas d'Ag HBs + (quelle que soit la réplication virale) :

- HBIg 30 UI/kg avant H12 (IM à injecter dans la partie supéro-externe de la cuisse après application de crème ou de pansement adhésif EMLA®)
- vaccin le lendemain (un point différent)
- 2e vaccin à M1, 3e vaccin à M2, rappel à 12 mois

Chez le nouveau-né en cas d'Ag HBs négatif et Ac anti-HBs et anti-HBc + (en faveur d'une infection ancienne) :

- vaccin à J15 si l'enfant risque d'être mal suivi ou non suivi
- sinon : intégrer au schéma vaccinal classique à partir de 2 mois (schéma à trois injections)

Allaitement : allaitement maternel possible même si ADN+, dans la mesure où la séroprophylaxie et la vaccination ont été réalisées.

Concernant l'hépatite C

- Risque de transmission maternofœtale : < 5 %, mais augmenté en cas de co-infection VIH (20 %) et de charge virale élevée (>100 copies/mL)
- Allaitement non contre-indiqué

53 Herpès génital et grossesse

Quatre situations sont à considérer.

1. Primo-infection en pré-partum (ou le mois précédent)

=> 75 % de risque néonatal (fréquence : rare).

N.B. : les lésions apparaissent le plus souvent entre J5 et J15

- Prélèvement virologique (+++) au niveau des lésions sur milieu spécifique
- Traitement maternel :
  - si > 36 SA : aciclovir (Zovirax®) 200 mg 5 fois/j ou valaciclovir (Zelitrex®) 500 mg 2 fois/j jusqu'à l'accouchement
  - si < 36 SA : aciclovir (Zovirax®) 200 mg 5 fois/j ou valaciclovir (Zelitrex®) 500 mg 2 fois/j pendant 10 j et reprise de 36 SA jusqu'à terme
- Mode d'accouchement :
  - césarienne :
    - si lésions pendant le travail et poche des eaux intacte
    - avec RSM < 6 h
  - voie basse autorisée si infection supérieure à un mois ou RSM > 6 h (et dans ce cas, *idem Conduite à tenir pendant le travail – Situation 3*)
  - décision au cas par cas si infection inférieure à un mois et traitée
- Conduite à tenir chez le nouveau-né :
  - prévenir le pédiatre
  - examen clinique soigneux
  - prélèvements virologiques (yeux, gorge, urines ± vésicules)
  - NFS, CRP, transaminases, bilirubine
  - PCR herpès dans le sang ± LCR
  - isolement du nouveau-né (chambre seule, canadienne, port de gants d'examen, lavage antiseptique des mains)
  - bain bétadiné (1/3 de Bétadine® ; 2/3 sérum physiologique, bien rincer)
  - discuter traitement par voie parentérale : aciclovir (Zovirax®) 20 mg/kg 3 fois/j IV lente sur 1 h, à prolonger pendant 21 j si atteinte systémique ou neurologique et pendant 14 j si atteinte cutanéomuqueuse

2. Récurrence en pré-partum ou les 7 jours précédents

=> 2–5 % de risque néonatal (fréquence : +).

- Prélèvement virologique (+++) au niveau des lésions sur milieu spécifique par écouvillon ; technique de prélèvement : gratter l'ulcération ou une vésicule
- Traitement maternel :
  - si > 36 SA : aciclovir (Zovirax®) 200 mg 5 fois/j ou valaciclovir (Zelithrex®) 500 mg 2 fois/j jusqu'à l'accouchement
  - si < 36 SA : aciclovir (Zovirax®) 200 mg 5 fois/j ou valaciclovir (Zelithrex®) 500 mg 2 fois/j pendant 5 j et reprise de 36 SA jusqu'à terme
- Mode d'accouchement :
  - césarienne : en présence de lésions génitales en début de travail ou si RPM < 6 h
  - voie basse si RPM > 6 h ou en cas de lésions extragénitales : badigeonnage + pansement occlusif (et, dans ce cas, *idem Conduite à tenir pendant le travail – Situation 3*).

- Conduite à tenir chez le nouveau-né :
  - prévenir le pédiatre
  - examen clinique soigneux
  - prélèvements virologiques (yeux, gorge, urines ± vésicules)
  - NFS, CRP, transaminases, bilirubine
  - PCR herpès dans le sang ± LCR
  - isolement nouveau-né (chambre seule, canadienne, port de gants d'examen, lavage antiseptique des mains)
  - bain bétadiné (1/3 de Bétadine® ; 2/3 sérum physiologique, bien rincer)
  - discuter traitement par voie parentérale : aciclovir (Zovirax®) 20 mg/kg 3 fois/j IV lente sur 1 h, à prolonger pendant 21 j si atteinte systémique ou neurologique et pendant 14 j si atteinte cutanéomuqueuse

3. Antécédents isolés d'herpès en dehors de la grossesse (mère)

=> 1/1000 de risque néonatal (fréquence : ++).

- Envisager une prophylaxie à la mère après 36 SA (ou avant en cas de MAP sévère) : aciclovir (Zovirax®) 200 mg 5 fois/j ou valaciclovir (Zelitrex®) 500 mg 2 fois/j jusqu'à l'accouchement
- En début de travail :
  - examen du col, du périnée
  - prélèvement viral local (col, vulve, péri-anal)
- Conduite à tenir pendant le travail :
  - limiter le nombre de TV
  - RAM tardive
  - désinfection vaginale (Bétadine® ou chlorhexidine)
- Conduite à tenir chez le nouveau-né :
  - prévenir le pédiatre
  - examen clinique soigneux
  - prélèvements yeux, gorge avec cultures virales à J3 (écouvillonnage à placer dans un milieu de transport spécifique) => résultats en 48 h
  - surveillance du nouveau-né pendant 5 j (vésicules, comportement, etc.)
- Conseils de sortie à donner aux parents pour la surveillance pendant les premiers mois de vie

En cas de MAP sévère ou d'accouchement prévu avant terme (grossesse gémellaire) : démarrer le traitement prophylactique avant 36 SA => dans le mois précédent l'accouchement.

4. Aucune manifestation d'herpès génital

=> 1/10 000 de risque (situation de 2/3 des cas).

- Pas de dépistage systématique
- Interroger le partenaire
- Éviter IST
- Surveiller l'apparition de lésions en périnatal par un examen systématique du col et du périnée en début de travail

54 Varicelle

Rappel

Risque maternel (< 3 %) : pronostic maternel = pneumopathie varicelleuse (fréquence : 13 à 19 %) dont 2 % à traduction clinique ; gravité dans 50 %, mortalité dans 18 %.
Risque fœtal :
- *si varicelle clinique* **avant 20 SA** *: transmission au fœtus d'environ 6 % (fœtus contaminé) mais fœtopathie dans 1 à 2 % (fœtus malade = varicelle congénitale)*
- *si varicelle clinique* **après 20–24 SA** *: transmission 25 % mais malformation proche de zéro, risque de zona postnatal dans la première année*
- *pas de varicelle congénitale* **après 24 SA**
- *si varicelle* **proche du terme** *: varicelle néonatale qui apparaîtra dans les 10 j après la naissance. Au-delà il s'agit d'une contamination postnatale*

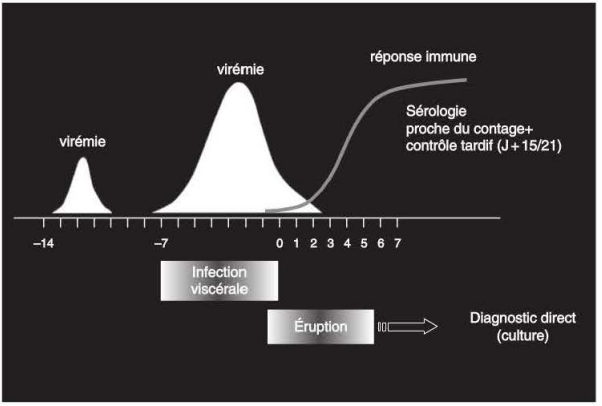
Varicelle congénitale :
- *RCIU, hydramnios*
- *lésions cutanées (100 %) : cicatrices, pigmentation*
- *lésions neurologiques (75 %) : microcéphalie, hydrocéphalie, dilatation V4, atrophie cérébrale*
- *lésions ophtalmologiques (60 %) : choriorétinite, microphtalmie, cataracte, lésions systématiques*
- *atteintes musculosquelettiques (60 %) : hypotrophie musculaire, malpositions des membres*

Varicelle néonatale :
- *grave : si varicelle maternelle survenant entre 5 j avant et 2 j après l'accouchement, risque de 25 % de varicelle (exanthème néonatal J5–J10 post-partum) disséminée (atteinte polyviscérale) du nouveau-né. Grave (surtout si prématurité), parfois létale (10 à 20 %)*
- *bénigne : si varicelle maternelle 5–21 j avant naissance, exanthème néonatal à J0–J4 post-partum. Pronostic bon sans traitement spécifique ; isolement néonatal simple*

Si zona maternel : pas d'atteinte fœtale.

Contage pendant la grossesse

Chez toute femme s'estimant séronégative, un contrôle sérologique doit être prescrit :
- pas de visite en maternité : adresser la patiente à son médecin traitant
- sérologie positive => patiente protégée
- sérologie négative => un traitement post-exposition peut être envisagé (diminue le risque maternel, quel que soit le terme, mais effet non démontré sur l'atteinte fœtale) :
  - injection de gammaglobulines polyvalentes (Tégéline®) :
    - avant 48 voire 72 h post-contage
    - à la dose de 25 UI à 30 UI/kg soit 0,3 g/kg Tégéline® (1 flacon de 10 g = 200 mL, contient 900 UI d'AC anti-VZ)
    - injection en une perfusion lente, sous surveillance (risque de réaction anaphylactique) à prévoir en hôpital de jour
  - aciclovir (Zovirax®) 800 mg 5 fois/j, ou valaciclovir (Zelitrex®) 1 g 3 fois/j : débuté 7 j après le contage (action sur 2e pic virémique) pendant 7 j



En cas d'éruption

Au cours de la grossesse

- Éviter tout contact avec maternité et service de pédiatrie
- Surveiller survenue de complications pulmonaires
- Antiprurigineux, désinfection
- Traitement par :
  - aciclovir (10 mg/kg/8 h en IV) en cas de forme grave (service de médecine interne)
  - ou à discuter si proche du terme : aciclovir ou valaciclovir *per os*
- Avant 24 SA, prévoir une surveillance échographique mensuelle (les prélèvements fœtaux ne permettent pas toujours d'affirmer la contamination et ne donnent pas le degré d'atteinte fœtale)

Au terme (ou contexte de MAP sévère)

- Si l'accouchement ne peut être différé (<6 j) :
  - hospitalisation avec isolement, aciclovir IV (10 mg/kg/8 h)
  - pour le nouveau-né : isolement + poursuite traitement antiviral + désinfection cutanée
- Allaitement possible sauf en période contagieuse (tire-lait)

55 VIH – Conduite à tenir à l'accouchement

Chez la mère

1. Objectif

Diminuer le risque de transmission mère–enfant du VIH pendant l'accouchement, qui est un moment à risque d'exposition.

2. Pendant la grossesse

Examens

- Bilan initial : CD4, charge virale, NFS-plaquettes, recherche de co-infections (sérologies VHC, AgHBs/AC-HBs/AC-HBc, VDRL-TPHA, toxoplasmose, CMV), frottis cervical
- Surveillance du traitement mensuelle : clinique, charge virale, tolérance (NFS, ALAT, glycémies, créatininémie, autres examens selon les molécules utilisées)

Traitement antirétroviral

Un traitement est toujours nécessaire, pour la santé de la femme et/ou pour prévenir la transmission mère–enfant.
Il s'agit le plus souvent d'une trithérapie, qui est débutée le plus tôt possible avant ou pendant la grossesse.

3. Traitement à l'accouchement

- Ne pas oublier la prise du traitement usuel pendant le travail ou avant une césarienne, même si la femme est à jeun
- Perfusion d'AZT (Rétrovir®) IV pendant le travail et l'accouchement ou avant et pendant la césarienne

Indications

- Charge virale détectable > 50 copies/mL
- Ou facteur de risque obstétrical (par ex. : rupture prématurée des membranes, métrorragies, fièvre)

Contre-indication

- Anémie sévère

Quand débuter ?

- Dès le diagnostic d'entrée en travail ou au début d'un déclenchement
- En cas de césarienne programmée : 4 h avant le passage au bloc

Quand arrêter ?

- Au clampage du cordon
- En cas de faux travail, arrêter la perfusion et reprendre le traitement oral

Modalités

- Perfusion à la pompe
- Préparation :
  - AZT (Rétrovir®), amp 20 mL
  - Aspirer 2 amp, soit 40 mL à diluer dans 500 mL de G5

- la concentration obtenue est de 400 mg/500 mL, soit **0,8 mg/mL**
- la préparation doit être utilisée dans les 8 h, à température ambiante

- Noter l'heure de début de la perfusion
- Dose de charge : 2 mg/kg à passer en 1 h (soit 2,5 mL de perfusion × poids)
- Dose d'entretien : 1 mg/kg/h (soit 1,25 mL de perfusion × poids/h)
- Ex. : 50 kg => dose de charge 125 mL en 1 h et dose d'entretien 62 mL/h
- **Névirapine** (Viramune®) :
  - indication : uniquement chez les femmes non traitées pendant la grossesse, prophylaxie de rattrapage en association avec la perfusion d'AZT et une trithérapie débutée chez la mère
  - posologie : 1 cp de 200 mg à l'arrivée en travail ou avant césarienne (associée à une trithérapie chez le nouveau-né)

4. Mode d'accouchement

La discussion d'une éventuelle césarienne programmée a lieu vers 36 SA, en fonction du contrôle de la charge virale et des conditions obstétricales. Il est parfois nécessaire de la reconsidérer ultérieurement.

Voie basse autorisée

Dernière charge virale indétectable < 50 copies/mL (par extension < 400 copies/mL)

Manœuvres

- Contre-indication du pH ou électrode de scalp, éviter tocométrie interne
- Forceps, ventouse et épisiotomie possibles (éviter les excoriations)

Césarienne

- Programmée à 38–39 SA si charge virale non contrôlée > 50 copies/mL
- Discussion au cas par cas (staff) sur le mode d'accouchement lorsque charge virale (CV) entre 50 et 400 copies à 36 SA, selon le taux et la trajectoire, le contexte, l'avis de la femme)
- Si entrée en travail ou rupture des membranes alors qu'une césarienne était prévue : faire rapidement la césarienne si la femme est en tout début de travail ou si la rupture des membranes est récente, et autoriser la voie basse lorsque le travail est déjà avancé

Rupture prématurée des membranes

- Antibiothérapie systématique
- À terme (>34 SA) : déclenchement rapidement ou césarienne si conditions défavorables
- Avant terme (<34 SA) : décision pluridisciplinaire souhaitable, généralement corticothérapie de maturation et expectative à moduler selon terme et charge virale (attitude plus active si VIH non contrôlée et surveillance si CV élevée ou femme non traitée)

Terme dépassé

- En cas d'indication, déclenchement possible si conditions favorables
- Éviter les maturations–déclenchements avec conditions défavorables (en raison du risque de DOO et travail longs, fièvre, dystocie) sauf si CV maternelle < 50 copies/mL pendant plus de 6 mois

5. En post-partum

- Allaitement maternel contre-indiqué
- Poursuite du traitement antirétroviral oral

- Anomalie biologique si constatée à deux reprises à 24 h d'intervalle : neutropénie < 750/mm³, thrombopénie < 50 G, cytolyse SGPT > 5 N

Soins du nouveau-né en salle d'accouchement

- Un bain est souvent proposé, bien que son intérêt n'ait jamais été démontré. On peut utiliser de l'eau savonneuse ou un antiseptique virucide dans le bain, tel qu'une solution aqueuse d'hypochlorite de sodium à 0,06 % diluée au 1/2e pour un bain d'environ 1 à 2 min : à discuter. La Bétadine® est proscrite
- La désinfection oculaire est à réaliser
- L'aspiration gastrique doit être le moins traumatique possible
- La séro-vaccination de l'hépatite B est indiquée si la mère est porteuse de l'AgHBs (vaccination néonatale simple dans les autres cas)
- Suivi après la sortie : rendez-vous pédiatre à 1 mois

Pour aller plus loin, voir les recommandations du rapport Morlat.

56 Rubéole

Rappel

- *Maladie virale cosmopolite endémique, à transmission interhumaine directe par voie respiratoire, surtout au printemps*
- *Contagiosité de la rubéole : de J–8 à J+8 après le début de l'éruption*
- *Trois organes cibles embryologiques : cœur, oreille interne, œil*
- *Taux de femmes enceintes non immunisées en France : 10 %*
- *Incidence annuelle des infections rubéoliques pendant la grossesse : 1,64/100000 naissances (réseau Renarub)*
- *Prévention : vaccin dans l'enfance (séroconversion dans 95 % des cas ; seuil d'immunité : 10 UI/mL)*
- *Vaccin ROR (rougeole–oreillons–rubéole) par voie SC, à tracer dans le carnet de santé ou de vaccination :*
  - *inutile si 2 vaccinations réalisées préalablement*
  - *contre-indications : infection fébrile, allergie aux constituants, déficits immunitaires, intolérance au fructose*
  - *mises en garde : allergie aux protéines d'œuf, convulsions*
- *Si pas d'immunité constatée :*
  - *en l'absence de grossesse : vaccination sous contraception orale pour une durée de 3 mois*
  - *SI grossesse : vaccination en suites de couche sous contraception*

Cinétique d'évolution du taux d'anticorps maternels après séroconversion

Cas cliniques	Sérologie			
	Ac totaux	IgG Elisa	IgM Elisa indirect	IgA
Incubation: 15 j (14–21 j)	–	–	–	–
Éruption dans 50 % cas, durée 3 j	+	–	+	+
<8 semaines après éruption	+	+	+	+
8–15 semaines après éruption	+	+	±	+
>15 semaines après éruption	+	+	–	+ puis –
Réinfections (± symptomatiques)	Rapide	Rapide	– ou +	+ fréquent
Vaccination dès J28 (contrôle 6–8 semaines)	+	+	+ jusqu'à 6 mois	±

En pratique

- Pendant la grossesse :
  - dépistage obligatoire (décret n° 92–143 du 14/02/1992) sauf si la patiente peut être considérée comme immunisée grâce à un résultat écrit prouvant une immunité datant de moins d'un an (HAS 2005)
  - si femme séronégative en début de grossesse : contrôle mensuel jusqu'à 20 SA

- En post-partum immédiat : vaccination possible même si allaitement ou injection de Rhophylac®

Primo-infection rubéolique au cours de la grossesse

- Transmission materno-fœtale :
  - au 1er trimestre : 57 à 90 %
  - au 2e trimestre : 25 à 50 %
  - au 3e trimestre : 35 à 60 %
  - fin de grossesse : 100 %
- Confirmer une primo-infection quand les IgM sont détectés :
  - mesure de l'avidité des IgG spécifiques :
    - avidité faible (infection < 1 mois
    - avidité forte (>70 %) pour l'antigène => réactivation ou infection > 2 mois
  - recherche d'IgA spécifiques :
    - négative : pas de primo-infection
    - positive : primo-infection ou réactivation
- Rubéole congénitale : l'incidence malformative dépend du terme :

Terme	Rubéole congénitale	Atteinte biologique seule	Total
<14 SA	Atteinte malformative: 16 % (<6 SA : 100 %)	26 %	42 %
14–18 SA	Atteinte surtout auditive : 5 %	11 %	16 %
>18 SA	Surdité : 1 %	7 %	8 %

- Atteintes : RCIU sévère, ophtalmologiques (cataracte, glaucome), cardiovasculaires (CIV, canal artériel, artère pulmonaire), neurologiques, auditives, hépatiques, psychiques, diabète(triade de GREGG : surdité de perception, malformations oculaires, retard mental)
- Infection maternelle < 11 SA => IVG proposée sans preuve de l'infection de l'embryon
- Infection maternelle > 18–20 SA : diagnostic anténatal inutile car risque fœtal quasi nul (surveillance échographique et bilan néonatal)
- Infection maternelle entre 12 et 18 SA, PSF à 22 SA : IgM, NFS, PLA/génome viral par PCR :
  - si positif + anomalies échos => CPDPN => IMG souvent recevable
  - si négatif (infection fœtale ≠ atteinte fœtale) => surveillance écho, bilan néonatal (FO, crâne, cœur, ORL)

57 Syphilis

Rappel

- *Association syphilis/grossesse rare : 0,5–2,5 % en France mais recrudescence depuis les années 2000*
- *Treponema pallidum traverse la barrière placentaire mais pas d'effet sur le fœtus < 16 SA*
- *Après 16 SA : fausse couche tardive ; accouchement prématuré ; MIU (25 % des cas) ; anasarque fœtoplacentaire ; syphilis congénitale*
- **Dépistage sérologique obligatoire au 1er trimestre**
- *Attention plus d'Extencilline® disponible sur le marché relais par une autre pénicilline G Sigmacillina®*

Diagnostic

1. Clinique

- Période primaire :
  - chancre ulcéreux indolore de 5 à 15 mm de diamètre, le plus souvent unique, à base indurée + ganglions (cicatrisation en 3–6 semaines)
  - survient en moyenne 3 semaines après le contage
- Période secondaire : polyadénopathies, éruptions cutanées variables (roséole syphilitique/syphilides) 2 à 12 semaines après le chancre
- Période latente (asymptomatique) : diagnostic sérologique
- Période tertiaire : manifestations neurologiques, osseuses, cardiovasculaires, cutanées (gomme syphlitique)

2. Prélèvement des sérosités

- Avant tout traitement sur chancre ou lésions cutanées
- Examen direct : recherche du tréponème
- Toujours à compléter par un examen sérologique

3. Sérologie

À interpréter en fonction du contexte clinique :

- TPHA (*Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay*) intérêt qualitatif
- VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*) intérêt quantitatif

VDRL–/TPHA–	Pas de syphilis ou période très précoce biologiquement muette de la phase primaire	Si forte suspicion : – prélèvement cutané – renouveler sérologie à J8 demander FTA *(Fluorescent Treponemal Antibody Absorption* ou FTA-ABS Test) avec IgM
VDRL+/TPHA+	Diagnostic de tréponématose active vénérienne ou non	

VDRL–/TPHA+	Soit : – cicatrice sérologique de syphilis ancienne – syphilis très récente – syphilis traitée (TPHA longtemps > 0)	En l'absence d'antibiothérapie, refaire sérologie quantitative 15 j après
VDRL+/TPHA–	Syphilis ancienne Faux positifs (collagénoses, parasitoses, dysglobulinémie, hépatite, lèpre, tuberculose...)	Refaire sérologie quantitative

Traitement

- Curatif :
  - syphilis primaire, secondaire ou latente depuis moins de 1 an : traitement minute Sigmacillina® 2,4 MUI IM, une injection IM unique
  - si co-infection VIH, discuter avec CISIH pour éventuel renforcement du traitement : 3 injections à une semaine d'intervalle
  - syphilis latente tardive ou d'ancienneté inconnue ou tertiaire : Sigmacillina® 2,4 MUI/j IM, 3 injections à une semaine d'intervalle
  - neurosyphilis : Pénicilline G® IV 14 j
- **Prévention du phénomène d'Herxheimer :** prednisone : 1/4–1/2 mg/kg/j les 48 premières heures
- **En cas d'allergie** (clairement documentée) : conduite à tenir peu codifiée, alternative à la pénicilline hors cycline peu documentée ; érythromycine 2 g/j pendant 15 j (mais mauvaise absorption digestive et mauvaise diffusion transplacentaire) + traitement systématique dans ce cas du nouveau-né à la naissance
- Proposer dépistage des autres IST (VIH, hépatites B et C, *Chlamydiae*)
- Surveillance après traitement : suivi du VDRL quantitatif à 3 et 6 mois, 1 et 2 ans :
  - diminution des AC, négativation possible si syphilis primaire (rare si syphilis secondaire)
  - en cas de ré-ascension du VDRL : réinfection ou échec thérapeutique
- **Dans tous les cas :** déclaration obligatoire et traitement systématique du partenaire (Sigmacillina® 2,4 MUI/j IM, une injection IM unique)
- À la naissance :
  - examen anatomopathologique du placenta
  - sérologie au sang du cordon (atteinte fœtale ?)
  - traitement du nouveau-né si la mère n'a pas été traitée ou si elle a été traitée par l'érythromycine ou diagnostic de syphilis congénitale après la naissance

58 Coqueluche

Rappel

- *Maladie infectieuse très contagieuse, malgré une couverture vaccinale très élevée depuis plus de 30 ans avec un vaccin efficace*
- *Transmission de la maladie non interrompue (immunité non définitive après maladie ou vaccination)*
- *Population à risque : nourrisson < 2 mois (mortalité possible), femme enceinte, sujets atteints de pathologie respiratoire chronique (asthme, BPCO...)*
- *Chez la femme enceinte : pas de morbidité accrue, pas de transmission intra-utérine, pas de risque particulier sauf en début de grossesse (induction de CU par la toux avec risque de fausse couche) et en fin de grossesse (> 30 SA) car risque de transmission au nouveau-né à la naissance*
- *Risque de contamination nosocomiale des nouveau-nés*
- *Agents pathogènes = BGN :* Bordetella pertussis *(bacille de Bordet-Gengou)*/B. parapertussis
- *Réservoir : homme malade*
- *Transmission : aérienne (sécrétion des voies aériennes supérieures) par gouttelettes au contact du sujet malade*
- *Incubation : 5 j à 3 semaines*
- *Contagiosité : forte, maximale pendant les 3 premières semaines sans traitement et jusqu'à 5 j après le début d'une antibiothérapie*

Définition d'un cas de coqueluche

- Cas suspect : toux nocturne avec quintes évocatrices depuis plus de 8 j en l'absence d'autre étiologie ou avec notion de contage
- Cas probable : toux depuis plus de 3 semaines, avec notion de contage
- Cas confirmé : aspiration nasopharyngée ou écouvillon en dacron avec PCR positive ou culture positive sur milieux spécifiques (Bordet-Gengou ou Regan Lowe) si toux < 21 j

Prévention vaccinale

- Vaccin anticoquelucheux acellulaire à 4 valences associé à l'anatoxine diphtérique, à l'anatoxine tétanique et au vaccin poliomyélite inactivé
- Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France recommande depuis 2004 la revaccination avec vaccin acellulaire des personnels des maternités mais aussi de l'ensemble des personnels des établissements hospitaliers (si pas de rappel depuis 10 ans)
- Il est aussi recommandé de vacciner :
  - les adultes ayant un projet parental
  - l'entourage familial, les proches du couple (HCSP 19/03/2008)

Premières mesures en cas de suspicion chez un professionnel

- Porter un masque anti-projection
- Bilan : prélèvements + radiographie pulmonaire

- Traitement par macrolides (azithromycine 3 j) avec suivi chez le médecin traitant
- Éviction de 5 j sous traitement

59 Toxoplasmose[2]

Rappels

- *Dépistage et information des patientes sur la toxoplasmose obligatoires*
- *65 % des femmes enceintes en France ont une sérologie négative*
- *Taux de séroconversion : 1 pour mille naissances*
- *La transmission augmente avec le terme : périconceptionnelle 1 %, vers 8–12 SA 10 %, vers 33 SA 60 % ; dans la semaine précédant l'accouchement 70 %*
- *Toxoplasmose congénitale : incidence 3 pour 10 000 naissances. Le risque de lésions cérébrales diminue avec le terme (30 % au 1er trimestre, très rare au 3e trimestre), mais le risque de choriorétinite varie peu (de l'ordre de 20 % à l'âge de 3 ans)*
- *Référentiel : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_890769/toxoplasmose-et-rubeole*

Interprétation de la sérologie du 1er trimestre

- **IgG positifs et IgM négatifs :** pas de contrôle, suivi de grossesse standard
- **IgG positifs et IgM positifs : dater l'infection**
  - clinique, anamnèse, sérologies antérieures
  - contrôler dans un laboratoire expert avec index d'avidité (IA) des IgG : si élevé, infection > 2–3 mois ; si faible, suivi nécessaire pour conclure
  - 2e sérologie à 3 semaines (voire avant selon l'avis du biologiste), sans traiter : profil évolutif, soit infection datant d'au moins 2 à 3 mois, soit infection récente
- **IgG négatifs et IgM négatifs : femme non immunisée**
  - conseils d'hygiène : viandes cuites à cœur, crudités et fruits lavés, pas de manipulation sans gants de litière de chat, lavage des mains
  - surveillance mensuelle de la sérologie

Conduite en cas de séroconversion

- **Règles générales :**
  - toujours confirmer la séroconversion avec un laboratoire expert
  - prendre en charge et traiter rapidement en cas de diagnostic confirmé
  - moduler la conduite à tenir selon le terme de la grossesse
- **Traitement** prophylactique : spiramycine (Rovamycine®) 9 MUI/j (3cp/j à 3 MUI)
- **Surveillance échographique** mensuelle
- **Amniocentèse :**
  - réalisable après 18 SA avec un délai de 4 semaines après la date présumée de primo-infection
  - recherche du génome de *Toxoplasma gondii* par PCR
  - toujours discuter risques/bénéfices avec la patiente (couple) pour un choix éclairé

[2] L'auteur remercie Martine Wallon, parasitologue du centre de référence de Lyon, qui a eu la gentillesse de relire et corriger cette fiche.

Situations pratiques

1. Séroconversion périconceptionnelle

- Définition : sérologie avec IgG+ et IgM+ pour laquelle la cinétique permet de conclure à une infection récente, entre 1 mois avant et 1 mois après la conception
- Conduite à tenir : suivi échographique systématique, proposer spiramycine et amniocentèse, en sachant que le risque de transmission est faible (de l'ordre de 1 %), mais le risque d'atteinte fœtale sévère est important en cas de toxoplasmose congénitale
- Dans les cas où la datation n'est pas possible et le laboratoire conclut qu'il n'est pas possible d'exclure une infection maternelle périconceptionnelle, un simple suivi échographique et postnatal est conseillé ; les rapports risque/bénéfice de l'amniocentèse et du traitement sont globalement défavorables

2. Séroconversion en cours de grossesse

- Définition : sérologie positive (avec présence d'IgG spécifiques de toxoplasmose), alors que la sérologie précédente était négative. En cas d'IgM+ avec IgG–, suivi hebdomadaire jusqu'à conclusion par laboratoire expert
- Conduite à tenir : proposer prophylaxie par spiramycine et amniocentèse 4 semaines après la date présumée de primo-infection (à mi-chemin entre la dernière sérologie négative et la première positive, à moins d'une estimation plus précise fournie par le laboratoire)

3. Séroconversion de fin de grossesse

- Pas d'indication à provoquer la naissance avant terme
- Autant que possible, proposer un DAN par amniocentèse, envisageable jusqu'au moment de l'accouchement, ne serait-ce que pour guider la prise en charge néonatale
- Si l'amniocentèse n'est pas possible (terme trop tardif au vu du délai de 4 semaines après la date présumée de primo-infection, refus de la patiente, conditions techniques défavorables), discuter selon le terme la spiramycine ou un traitement probabiliste par pyriméthamine et sulfadiazine (risque élevé de toxoplasmose congénitale, bénéfice du traitement précoce pour le pronostic ophthalmologique)

Conduite selon le résultat de l'amniocentèse

1. Diagnostic prénatal négatif (PCR–)

- Risque faible de toxoplasmose congénitale malgré une amniocentèse négative
- Poursuite de la spiramycine 9 MUI/j jusqu'à l'accouchement
- Échographie mensuelle

2. Diagnostic prénatal positif (PCR+) : fœtus infecté

- Traitement jusqu'à la naissance
- Pyriméthamine (Malocide®) 50 mg/j (1 cp/j) + sulfadiazine (Adiazine®) 3 g/j (3 cp matin et soir) + acide folinique (Folinoral®) 50 mg (2 gélules) tous les 7 j (N.B. : l'acide folique –Spéciafoldine® n'est pas efficace)

- Surveillance bimensuelle NFS-plaquettes
- Hyperdiurèse alcaline (obtenir un volume urinaire par 24 h d'au moins 2 L avec un pH urinaire > 6,5)
- Échographie bimensuelle

Évaluation pronostique en cas de signes échographiques

- L'échographie itérative est l'examen déterminant pour évaluer le pronostic
- La dilatation ventriculaire cérébrale est de mauvais pronostic, faisant discuter l'interruption de grossesse dans le cadre d'un CPDPN. Les densités cérébrales sont associées à un risque de choriorétinite mais quand elles sont isolées, ne suffisent pas pour affirmer un mauvais pronostic neurologique, de même que la présence de signes extracérébraux

Conduite à tenir pour l'enfant en suites de couches après séroconversion pendant la grossesse

1. Enfant présumé non infecté (amniocentèse négative)

- **Sérologie toxoplasmique** mère–enfant dans le sang du cordon ou à J3. Les sérologies sont à adresser à un laboratoire spécialisé utilisant des techniques validées chez le nouveau-né
- **Suivi sérologique** indispensable pour confirmer l'absence de toxoplasmose congénitale : à 1 mois puis tous les 2 mois jusqu'à négativation complète

2. Toxoplasmose congénitale (diagnostic anténatal positif)

- Traitement : pyriméthamine et sulfadiazine ou pyriméthamine/sulfadoxine (Fansidar®) + acide folinique
- Bilan initial : échographie transfontanellaire, fond d'œil

3. Amniocentèse non réalisée

- Même en cas de contamination maternelle tardive, **pas de traitement présomptif** pour éviter de masquer des marqueurs diagnostiques, mais surveillance sérologique (même si IgM et IgA négatifs à la naissance) jusqu'à l'âge de 4 mois
- Que l'enfant soit contaminé ou non, il n'y a **aucune contre-indication à l'allaitement maternel** ni aux vaccinations
- **Si sérologie négative pendant la grossesse : contrôler la sérologie chez la mère à l'accouchement ou en suites de couches**

60 Grippe et grossesse

Rappels

Infection respiratoire aiguë qui évolue par épidémies :
- *due à* Myxovirus influenza *dont il existe trois types majeurs (A, B et C), le type A étant le plus virulent et le plus épidémiogène*
- *début brutal associant une fièvre élevée, des frissons, des myalgies et des signes respiratoires tels que la toux*

Femme enceinte = population à risque :
- *augmentation du risque de FCS et de menace d'accouchement prématuré*
- *risque de mort* in utero *controversé*
- *sur-risque d'hospitalisation en particulier aux 2e et 3e trimestres avec plus de complications respiratoires et cardiovasculaires*
- *mortalité maternelle augmentée surtout si obésité*

Prévention

- Vaccination antigrippale quel que soit le terme de la grossesse
- Traitement par inihibiteur de la neuroaminidase (oseltamivir 75 mg *per os*/j pendant 10 j) en cas de contact étroit – même lieu de vie, contact à moins de 1 m (toux, éternuement ou discussion) – datant de moins de 48 h avec un cas confirmé ou cliniquement typique de grippe quel que soit le statut vaccinal
- Mesures d'hygiène en cas de symptômes grippaux :
  - limiter les contacts avec d'autres personnes et en particulier les personnes à risque
  - se couvrir la bouche à chaque toux
  - se couvrir le nez à chaque éternuement
  - se moucher dans des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle recouverte d'un couvercle
  - ne cracher que dans un mouchoir en papier à usage unique jeté dans une poubelle recouverte d'un couvercle
  - se laver les mains après chacun de ces gestes et régulièrement tout au long de la journée

Prise en charge de la grippe chez la femme enceinte

1. Signes cliniques évocateurs de grippe en phase d'épidémie

- Signes généraux (fièvre > 38 °C ou courbatures ou asthénie) + signes respiratoires (toux ou dyspnée)
- Recherche des signes de gravité :
  - atteinte des fonctions supérieures (confusion, trouble de vigilance, désorientation)
  - fréquence respiratoire > 30/min
  - TA systolique < 90 mmHg
  - fréquence cardiaque > 120/min

2. Bilan

- Diagnostic virologique non recommandé de façon systématique en contexte épidémique saisonnier
- Évaluation du bien-être fœtal (ERCF et échographie)
- Examen obstétrical
- NFS, CRP, hémocultures sur milieu aérobie et anaérobie et ECBU

3. Traitement

- Traitement symptomatique antipyrétique (paracétamol)
- Antibiothérapie probabiliste dirigée contre la listériose (amoxicilline ou érythromycine en cas d'allergie à la pénicilline)
- Traitement spécifique par inhibiteur de la neuroaminidase (oseltamivir, Tamiflu® 75 mg 2 fois/j *per os* pendant 5 j)
- Hospitalisation en cas de signes respiratoires sévères ou de comorbidité. Une mauvaise tolérance peut nécessiter un transfert en réanimation

61 Médicaments et grossesse

Information et conseils sur les risques des divers agents en cours de grossesse auprès du Centre de renseignements sur les agents tératogènes (CRAT) : www.lecrat.org

Médicaments à risque

Médicaments courants présentant un risque tératogène important, avec des possibilités de diagnostic anténatal limitées

Médicaments	Risques tératogènes	Conduite à tenir
Roaccutane® (isotrétinoïne)	Chez l'animal et en clinique, malformations prédominantes : système nerveux central, oreille externe et cœur	– Grossesse : contre-indication absolue – Contraception rigoureusement suivie
Soriatane® (acitrétine)	Beaucoup moins de données chez l'animal et en clinique : quelques malformations prédominantes au niveau du squelette	– En cas d'exposition en début de grossesse, discussion d'interruption de grossesse justifiée – À l'arrêt du traitement : ⇒ Roaccutane® : grossesse à éviter dans le mois suivant l'arrêt du traitement ⇒ Soriatane® : grossesse à éviter dans les 2 années suivant l'arrêt du traitement, en raison de l'accumulation tissulaire

Médicaments à risque tératogène et diagnostic anténatal possible

Médicaments	Risques tératogènes	Conduite à tenir
Lithium : Neurolithium®, Téralithe®	Malformation cardiaque dans environ 4 à 8 % des cas (CIV, canal artériel et maladie d'Ebstein)	En cas de grossesse débutée sous lithium ⇒ Diagnostic anténatal possible par une équipe spécialisée en échographie cardiaque fœtale à partir de la 20e semaine d'aménorrhée
Certains anti-épileptiques : Dépakine® (valproate de sodium), Tégrétol® (carbamazépine)	Anomalie de fermeture du tube neural ou AFTN (spina bifida, myéloméningocèle) : 1 à 2 % des cas pour le valproate de sodium ; ce risque semble équivalent pour la carbamazépine De plus, des anomalies des membres et de la face sont rapportées avec le valproate de sodium	⇒ Prévention par acide folique, 2 mois avant et 1 mois après la conception, sans dépasser 5 mg/24 h ⇒ Diagnostic anténatal par échographies du tube neural, éventuellement alpha-fœtoprotéine maternelle sanguine

Médicaments	Risques tératogènes	Conduite à tenir
Anticoagulants oraux	*Warfarin fetal syndrom* dans 4 à 6 % des cas : dysmorphie faciale (os propres du nez hypoplasiques ou absents), hypoplasie des dernières phalanges des mains et des pieds, calcifications osseuses, atrésies des choanes inconstantes Période à risque estimée entre 6 et 9 SA, voire 12 SA Anomalies cérébrales dans environ 2 % des cas pour les expositions au cours des 2e et/ou 3e trimestres (hydrocéphalies, microcéphalies, atrophie optique)	Échographie du massif facial (os propres du nez), squelette, cerveau IRM cérébrale fœtale en fonction de la période d'exposition et des résultats de l'échographie ⇒ Dès le diagnostic de la grossesse, relais par héparine pendant toute la grossesse si l'efficacité est comparable Ce relais est impératif pour l'accouchement
Anticancéreux, radiothérapie	Les médicaments anticancéreux sont de nature chimique diverse et possèdent des mécanismes d'action différents ; leur incidence sur la grossesse est donc variable. L'indication des anticancéreux et/ou de la radiothérapie pose le problème de l'évaluation du rapport bénéfice/risque qui ne peut être étudié qu'au cas par cas	

Médicaments à risque fœtal et/ou néonatal

Médicaments	Risques fœtaux et/ou néonataux rapportés	Conduite à tenir
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) Inhibiteurs de Cox2 (Célébrex®)	**Toxicité de classe :** concerne tous les AINS Mort *in utero*, détresse respiratoire et insuffisance cardiaque droite néonatales par hypertension artérielle pulmonaire et fermeture prématurée du canal artériel Oligoamnios, oligoanurie, voire insuffisance rénale définitive chez le nouveau-né par toxicité rénale fœtale Risque hémorragique : par modification de l'agrégation plaquettaire	Contre-indication absolue dès le 6e mois, même en prise brève et prévenir l'automédication Éviter toute prise chronique au 2e trimestre (même pour la spondylarthrite ankylosante) En cas de prescription pour une situation obstétricale particulière sans alternative, surveillance fœtale spécialisée : écho-Doppler (fonction cardiaque, épaisseur myocarde, valve triscupide, canal artériel, diurèse) En dehors de ces situations obstétricales exceptionnelles, il n'y a aucune justification à prescrire ce type de médicament dangereux en cours de grossesse

Médicaments	Risques fœtaux et/ou néonataux rapportés	Conduite à tenir
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) : captopril, énalapril **Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II** (Losartan®)	**Toxicité de classe concernant tous ces médicaments :** mécanisme d'action commun évoqué (hémodynamique) Oligoamnios, oligoanurie, voire insuffisance rénale Quelques cas d'anomalies d'ossification des os du crâne	Contre-indication aux 2e et 3e trimestres En cas de grossesse chez une femme traitée : relais le plus tôt possible par un autre antihypertenseur (la diurèse fœtale commence vers la 10e–12e semaine de vie embryonnaire)
Antituberculeux inducteurs enzymatiques : rifampicine **Anticonvulsivants inducteurs enzymatiques** : phénobarbital, carbamazépine, primidone, phénytoïne	Syndrome hémorragique précoce pendant le travail et/ou dans les 24 premières heures de vie par déficit en vit. K Anomalies du bilan phosphocalcique par déficit en vit. D Pour phénobarbital et primidone : somnolence, hypotonie, difficultés de succion et syndrome de sevrage non constant	Chez la mère : vit. K1 (20 mg/j) par voie buccale dans le dernier mois de grossesse et vitamine D, sous forme de vit. D2 : ergocalciférol 1000 à 1500 UI/j dans le dernier trimestre de la grossesse Chez le nouveau-né : vit. K1 à la naissance (posologie « enfant à risque ») Pour phénobarbital et primidone : dosages dans le sang de cordon
Anticonvulsivants non inducteurs enzymatiques hépatiques : acide valproïque (Dépakine®)	Non inducteur enzymatique (pas d'action sur le métabolisme des vitamines D et K) Mais risque de thrombopénie, de diminution de l'agrégation plaquettaire, du fibrinogène et des facteurs de coagulation	Dosage du fibrinogène, TCK, numération plaquettaire chez la mère avant accouchement et chez le nouveau-né à la naissance Éviter un accouchement traumatique
Neuroleptiques : – phénothiazines : chlorpromazine (Largactil®) – butyrophénones : halopéridol (Haldol®) **Correcteurs antiparkinsoniens souvent associés :** trihéxyphénidyle (Artane®), tropatépine (Lepticur®)	Syndrome extrapyramidal mais clinique différente de celle de l'adulte : dystonie, rarement opisthotonos Imprégnation atropinique pour les phénothiazines, majorée par les correcteurs antiparkinsoniens : tachycardie, rétention urinaire, hyperexcitabilité ; rarement : retard d'émission du méconium, distension abdominale, syndrome du petit côlon gauche	Pour tous les psychotropes : possibilité de prévenir ou de diminuer la toxicité chez le nouveau-né par une monothérapie quand elle est possible, ou une diminution des posologies maternelles, très progressive lors des deux derniers mois de grossesse, en évitant un arrêt brutal et sous couvert d'un soutien psychothérapique (+++) Prévoir l'accueil du nouveau-né par l'équipe pédiatrique

Médicaments	Risques fœtaux et/ou néonataux rapportés	Conduite à tenir
Antidépresseurs : 1. imiprimaniques, type clomipramine (Anafranil®) 2. IRS : fluoxétine (Prozac®) et dérivés **Benzodiazépines :** 1. groupe d'élimination lente : diazépam (Valium®, Tranxène®) 2. groupe d'élimination intermédiaire : oxazépam (Séresta®)	Imipraminiques : détresse respiratoire sans anomalie de la radiographie pulmonaire (polypnée, respiration irrégulière), acidose possible Imprégnation atropinique, hyperexcitabilité au 1er plan IRS : détresse respiratoire, hyperexcitabilité Pauses respiratoires, hypotonie, hypothermie, difficultés de succion, mauvaise courbe pondérale, syndrome de sevrage possible	Pour fluoxétine (Prozac®) : prendre en compte la demi-vie d'élimination très longue du principe actif et de son métabolite Éviter l'automédication maternelle par les benzodiazépines et éviter la prolongation des traitements
Bêtabloquants : acébutolol (Sectral®), aténolol (Tenormine®, Xaten®), labétalol (Trandate®), métoprolol (Lopressor®), oxprénolol (Trasicor®), propranolol (Avlocardyl®)...	Bon passage placentaire Persistance du bêtabloquage plusieurs jours après la naissance En général sans conséquence clinique majeure : hypoglycémie, bradycardie Rarement : insuffisance cardiaque aiguë par inadaptation du cœur à l'effort Facteurs de risque mal connus (accouchement difficile, souffrance fœtale aiguë associée...) Risques possibles également avec les formes locales (collyres)	Prévoir l'accueil du nouveau-né par l'équipe pédiatrique Surveillance des premiers jours : glycémie, cœur, capacité de tachycardie à la stimulation En cas de défaillance cardiaque, éviter le remplissage car risque d'OAP : glucagon voire isoprénaline à très forte dose

Classe de médicaments ne posant pas de problèmes majeurs en cours de grossesse

1. Antibiotiques

De principe, aucun antibiotique n'est formellement contre-indiqué en cours de grossesse car la priorité revient au bénéfice maternel attendu.

- Coloration des dents de lait avec les cyclines (à condition que le traitement ait été pris au-delà de 14 SA)
- Risque d'atteinte cochléo-vestibulaire avec la streptomycine et la kanamycine (aucun effet auditif n'a été décrit pour les autres aminosides, en particulier la gentamycine)

- Risques d'ictère avec les sulfamides : ne sont plus d'actualité
- Risques d'atteintes articulaires transplacentaires pour les quinolones (fluorées ou non), théoriques chez l'homme

2. Traitements hormonaux

Risques de virilisation du fœtus de sexe féminin : dérivés de la testostérone ou à de très fortes doses de progestatifs androgénomimétiques (Danatrol® ou 500 mg de dérivés 19-nor) pendant la période de différenciation sexuelle.

3. Vaccins

Toute prévention vaccinale nécessaire chez une femme enceinte doit être pratiquée à défaut de pouvoir l'écarter du risque de contamination.

Vaccins	Administration pendant la grossesse
Hépatite B	Oui
Grippe	Oui
Méningocoque	Oui
Poliomyélite inactivée	Oui
Rage	Oui
Tétanos	Oui
BCG	Non
Choléra	Non (innocuité non déterminée)
Hépatite A	Non (innocuité non déterminée)
Encéphalite japonaise	Non
Rougeole	Non
Rubéole	Non (vaccination après l'accouchement sous contraception)
Diphtérie	Non (réactions fébriles importantes), possible si indication
Typhoïde	Non (innocuité non déterminée)
Varicelle	Non
Coqueluche	Non (réactions fébriles importantes) mais à proposer à la sortie de la maternité
Fièvre jaune	À éviter sauf en cas de risque élevé

Mise à jour du calendrier vaccinal disponible sur le site de l'Institut national de veille sanitaire (www.invs.sante.fr/beh)

62 Version par manœuvre externe

1. Indication

Fœtus en présentation du siège à partir de 36 SA.

2. Contre-indications

- Refus de la patiente malgré information (+++)
- Placenta prævia
- RCIU
- Sérologie VIH+
- Sérologie hépatite C+ avec PCR+
- Traitement anticoagulant
- HTA sévère (risque d'HRP)
- Anomalies du RCF
- Contre-indication à la voie basse
- Malformation utérine (utérus bicorne, cloison...)
- Rupture prématurée des membranes

3. Mise en œuvre

- Programmation entre 36 et 37 SA idéalement mais peut être réalisée après si non faite avant (pas de limite d'âge gestationnel)
- **Information de la patiente** (technique, bénéfices et risques associés +++)
- Ne pas oublier les anti-D si Rhésus négatif
- **Vérifications préalables :** vérification par échographie de la présentation, vitalité fœtale, biométrie fœtale (pour éliminer un RCIU), de l'index amniotique et de la localisation placentaire
- **Tentative de version par manœuvre externe par un obstétricien :**
  - vessie vide
  - Spasfon® (6 amp dans 500 cc) IV 30 min avant la VME
  - enregistrement du RCF durant 30 min avant la version
  - technique :
    - mobilisation du pôle inférieur vers le haut
    - rotation en mobilisant le pôle inférieur et en accompagnant le pôle supérieur du fœtus en appliquant une pression continue prioritaire sur le pôle inférieur vers le côté du dos
    - vérification régulière par échographie de l'activité cardiaque lors de la manœuvre et vérification du succès en fin de version
  - contrôle du RCF durant 30 à 60 min juste après la version puis 6 h après la VME
- Revoir systématiquement la patiente le lendemain pour vérification de la présentation fœtale clinique ± échographique, enregistrement de 30 min du RCF et réalisation d'un test de Kleihauer
- Si succès : prévoir la visite du 9e mois dans les 10 j pour vérifier la présentation
- Si échec :
  - faire biométrie fœtale si non faite au préalable
  - scannopelvimétrie ou radiopelvimétrie

- décider du mode d'accouchement en confrontant les mesures du bassin et la biométrie fœtale, idéalement de façon collégiale
- prévoir visite du 9e mois dans les 10 j

N.B. : d'autres techniques existent (pont indien, acupuncture...) mais reposent sur peu de données scientifiques.

63 Siège

Rappel

3 à 5 % des accouchements
Décomplété = « mode des fesses » 2/3 des cas, primipare
Complet = « en tailleur » < 1/3 des cas, multipare
Discuter avec la femme et son conjoint <=> information et consentement éclairé
Encourager version par manœuvre externe entre 36 et 37 SA ++
Si échec VME : pelvimétrie +++
La présentation par le siège n'est pas en elle-même une indication de césarienne programmée

Contre-indications à la voie basse

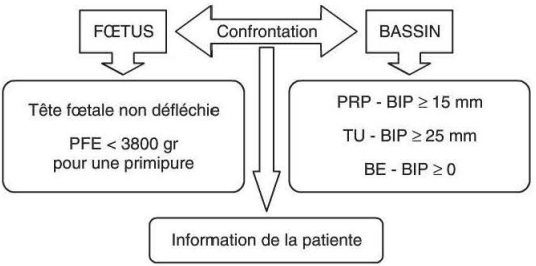
- Contre-indications absolues maternelles :
  - disproportion fœtopelvienne
  - refus d'AVB du couple parental
- Contre-indications absolues fœtales :
  - EPF > 3800 g chez une primipare
  - déflexion céphalique permanente

Décision de la voie d'accouchement pour le siège

- Bilan obligatoire pour la décision :
  - échographie fœtale récente pour biométrie et degré de flexion de la tête (réévaluation avant l'entrée en salle de naissance)
  - pelvimétrie
- Conditions nécessaires pour la voie basse : algorithme de décision (fœtus/bassin/confrontation)
- cas particulier :
  - siège arrivant en travail sans pelvimétrie : voie basse possible si EPF < 2500 g ou en cas d'antécédent d'accouchement par voie basse d'un enfant de plus de 3800 g
  - pour le second jumeau en présentation non céphalique : pelvimétrie à partir d'une EPF > 2500 g
- Proposition d'algorithme décisionnel[3] :

[3] D'après Michel S. *Eur J Obstet Gynecol* 2011.

CONDITIONS NECESSAIRES POUR LA VOIE BASSE



1. Déclenchement du travail

Possible, sous réserve :

- de conditions locales favorables (Bishop ≥ 6)
- d'une indication médicale

2. Conduite du travail

« À bonne dilatation = bon siège » (Lacomme)

- La présentation du siège ne doit pas être accusée d'entraîner une dilatation plus lente, elle doit se dérouler normalement (1 cm/h)
- Chef de garde prévenu dès l'entrée en salle de travail
- Laisser entrer en travail spontanément
- Péridurale recommandée (en raison de la possibilité de manœuvres obstétricales)
- Respecter la poche des eaux : facteur mécanique important pour la dilatation ++
- Utilisation d'oxytocine en cas de stagnation de la dilatation, en rapport avec une hypocinésie de fréquence ou d'intensité

3. À l'accouchement

Préparation

- Équipe au complet : obstétricien, sage-femme, pédiatre et anesthésiste présents
- Forceps ou spatules sur la table d'accouchement
- Trinitrate de glycérol dans la salle
- Installation pour le début des efforts expulsifs partie basse
- Efforts expulsifs limités à 30 min
- Épisiotomie non systématique, à l'appréciation du clinicien

Manœuvres à l'accouchement

- NE JAMAIS TIRER SUR UN SIÈGE : sinon risque de relèvement des bras
- Abstention totale : la méthode de Vermelin => observateur attentif dont le rôle principal est d'empêcher la rotation du fœtus dos en arrière

- Manœuvres de Lovset ou manœuvre d'abaissement des bras : prise par les hanches à l'apparition des pointes des omoplates avec double rotation axiale et abaissement du mobile fœtal

Manœuvre au dégagement de la tête

- Manœuvre de Bracht : renversement de l'enfant sur le ventre de la mère, sans aucune traction
- Manœuvre de Mauriceau : index de l'opérateur dans la bouche, flexion de la tête solidarisée au tronc puis renversement du fœtus sur le ventre de la mère

Délivrance

- RU non systématique
- Trinitrate de glycérol (Nitronal®) :
  - ampoule de 5 mg dans 5 mL (1 mg/mL)
  - dilution à 100 µg/mL (prélever 1 mL dans seringue de 10 mL, compléter avec 9 mL de sérum physiologique)
  - en cas de rétraction utérine, bolus de 100 µg
  - si le relâchement n'est pas obtenu, réaliser des bolus complémentaires de 100 µg
  - effets secondaires : hypotension, céphalées

64 Dystocie des épaules

Définition

- Difficulté à l'engagement des épaules nécessitant la réalisation de manœuvres
- La tête apparaît comme aspirée à la vulve

Facteurs de risque

Anténataux	Per-partum
Antécédent de DE Macrosomie suspectée Diabète prégestationnel +++ ou gestationnel Obésité Déclenchement Grossesse prolongée/terme dépassé	Travail long Recours à l'oxytocine durant le travail Extraction instrumentale

Éléments clés

Attitude

- Dire qu'il s'agit d'une dystocie des épaules
- Personnel en nombre suffisant = faire appeler obstétricien, sage-femme, pédiatre et anesthésiste. Appeler la personne la plus expérimentée de l'équipe
- Rester calme +++. Rassurer la patiente et l'équipe
- Ne pas tirer sur la tête. Ne pas réaliser de rotation paradoxale
- Il est possible de réaliser une épisiotomie pour faciliter les manœuvres, mais celle-ci ne doit pas être systématique
- Ne pas faire d'expression fundique

Manœuvres

1. Manœuvre de Mac Roberts (hyperflexion des jambes) + pression sus-pubienne avec le poing (par une personne placée latéralement à la patiente)
2. Si échec =
   - l'épaule postérieure est perçue dans la cavité pelvienne :
     - manœuvre de Wood « inversé » : utiliser la main du côté de l'épaule postérieure et imprimer un mouvement de rotation de 180° en appuyant sur la face postérieure de l'épaule. Il peut être nécessaire de changer de main pour terminer la rotation après le franchissement de la ligne médiane
     - manœuvre de Letellier : utiliser la main du côté de l'épaule postérieure et imprimer un mouvement de rotation vers l'avant et le haut

- l'épaule postérieure n'est pas perçue ou les manœuvres précédentes ont échoué :
  - manœuvre de Jacquemier : utiliser la main opposée du côté du dos ; saisir la main du membre supérieur postérieur et enrouler le bras vers le visage et le haut ; il est également possible de saisir le coude et le bras (Jacquemier « bas »)

Débriefer après le geste avec l'équipe pour homogénéiser les informations notées dans le dossier et dans un souci d'amélioration de la prise en charge pour des situations futures.

Discuter avec le couple immédiatement et à distance. Un accouchement difficile peut être source de dépression du post-partum.

65 Interprétation du rythme cardiaque fœtal et asphyxie fœtale

Adapté des RPC du CNGOF 2007.

Objectif

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF) a pour but de dépister une hypoxie fœtale et d'éviter la survenue d'une asphyxie fœtale et ses conséquences (acidose métabolique, encéphalopathie post-anoxique, décès périnatal).

Les 4 critères d'analyse du rythme cardiaque fœtal

- La fréquence (ou rythme) cardiaque de base : elle est évaluée sur une période de 10 min
- La variabilité : il s'agit de la différence entre la fréquence la plus haute et celle la plus basse (en dehors des accélérations et décélérations) sur une période de 10 min
- Les accélérations : il s'agit de l'augmentation de la fréquence cardiaque, souvent en réponse à des mouvements fœtaux ou à une contraction utérine, de plus de 15 bpm au-dessus de la ligne de base, pendant plus de 15 secondes et < 2 min. Au-delà de 2 min, il s'agit d'une accélération prolongée et au-delà de 10 min, d'un changement de la fréquence de base
- Les décélérations ou ralentissements : il s'agit d'une diminution de plus de 15 bpm au-dessous de la ligne de base pendant plus de 15 secondes et < 2 min. Au-delà de 2 min, il s'agit d'une décélération prolongée et au-delà de 10 min, d'un changement de la fréquence de base.

Il existe différents types de décélérations qui sont définis en fonction de leur morphologie, leur profondeur, leur durée, leur chronologie par rapport aux contractions utérines

Le rythme cardiaque fœtal normal

- La fréquence cardiaque de base est située entre 110 et 160 bpm
- La variabilité est comprise entre 5 et 25 bpm
- Le rythme est réactif : il y a au moins deux accélérations par période de 30 min
- Pas de décélération

Particularités du RCF chez le prématuré :

- La fréquence cardiaque de base est légèrement plus élevée
- La variabilité est plus faible, mais toujours > 2 bpm
- L'accélération est de plus faible amplitude (>10 bpm) et de plus courte durée > 10 sec
- Les décélérations variables sporadiques sont possibles, généralement de très courte durée

Les anomalies du rythme cardiaque fœtal

1. Anomalies de la fréquence

- Bradycardie = fréquence cardiaque < 110 bpm, pendant plus de 10 min :
  - une bradycardie permanente, souvent comprise entre 100 et 110 bpm, peut être secondaire à une prise médicamenteuse maternelle ou être physiologique (dans ce cas, les autres critères d'analyse du RCF sont normaux)
  - une bradycardie qui débute brutalement est le signe d'une hypoxie fœtale majeure : compression cordonale, hématome rétroplacentaire, rupture utérine...
- Tachycardie = fréquence cardiaque > 160 bpm, pendant plus de 10 min :
  - une tachycardie permanente peut correspondre à une agitation fœtale (cumul d'accélérations), à une infection maternofœtale ou une prise médicamenteuse maternelle...
  - après un ralentissement, on peut observer une tachycardie compensatrice, qui n'est pas péjorative si elle est de durée proportionnelle à l'agression

2. Anomalie de la variabilité

- Variabilité réduite :
  - variabilité réduite : 5bpm 2 bpm
  - rythme plat ou absence de variabilité : < 2 bpm
  - rythme sinusoïdal : absence de variabilité associée à des ondulations régulières et symétriques de la ligne de base
  - rythme pseudo-sinusoïdal : ondulations asymétriques de moindre amplitude avec une fréquence supérieure

Une variabilité diminuée peut être physiologique lorsque la diminution est isolée (tous les autres critères sont normaux) ou au cours des périodes de sommeil calme (durée maximum de 40 min).
Une variabilité réduite peut être secondaire à une prise médicamenteuse : benzodiazépines, morphine, corticothérapie anténatale (Célestène®) pendant 48 h.
Un rythme sinusoïdal peut témoigner d'une anémie fœtale ou plus rarement d'une hypoxie sévère (ondulations d'amplitude > 20 bpm à une fréquence de 1 à 2 cycles/min). Comme le rythme pseudo-sinusoïdal, il pourrait également correspondre à des mouvements de succions du fœtus (visible en échographie et de durée < 30 min).

- Variabilité augmentée :
  - rythme saltatoire : > 25 bpm
  - il est d'interprétation difficile et pourrait être dû à :
    - des mouvements fœtaux importants (signe de bonne vitalité)
    - une hypoxie débutante

3. Anomalie de la réactivité

Le rythme non réactif (absence d'accélération spontanée ou stimulée) est un signe défavorable à considérer en fonction du contexte et des anomalies du RCF associées.

4. Les décélérations ou ralentissements

Les décélérations uniformes sont :

- symétriques
- progressives (>30 secondes entre le début et le nadir)
- d'amplitude identique d'une contraction à l'autre

Elles sont précoces si elles sont «en miroir» de la contraction utérine (début, nadir et fin correspondent). Les décélérations précoces isolées sont à très faible risque d'acidose fœtale. Elles sont dues à une compression de la tête fœtale au moment de la contraction.

Elles sont tardives si le nadir de la décélération est atteint plus de 15 secondes après le pic de la contraction. Elles se rencontrent classiquement lorsque surviennent des contractions dans les situations d'insuffisance placentaire chronique (RCIU, pré-éclampsie...). Elles sont à risque d'acidose fœtale, d'autant plus qu'elles sont associées à d'autres anomalies du RCF (diminution de la variabilité +++).

Les décélérations variables (les plus fréquentes) sont :

- les décélérations variables : elles ont une descente rapide (<30 secondes entre le début et le nadir) et peuvent être classées en fonction de leur morphologie (typique ou atypique) ou de leur durée et de leur amplitude (compliquées ou non compliquées)
- les décélérations variables typiques : elles ont une descente et une remontée rapides. Elles sont précédées et suivies d'une accélération (épaulement) et la variabilité est conservée. La fréquence de base est identique avant et après la décélération. Elles traduisent une compression funiculaire
- les décélérations variables atypiques : elles sont variables dans leur forme, leur durée, leur amplitude et leur position par rapport à la contraction. Classiquement, elles sont dites atypiques lorsqu'il manque un ou plusieurs des signes ci-dessus ou qu'il existe un des signes ci-dessous :
  - perte de l'accélération initiale ou finale, remontée lente à la ligne de base
  - accélération secondaire prolongée = tachycardie compensatrice dont la durée est fonction de l'anoxie
  - décélération biphasique en «W»
  - perte de la variabilité durant la décélération
  - fréquence de base différente avant et après la décélération
- les décélérations variables atypiques : elles sont associées à un risque d'acidose fœtale, d'autant plus qu'elles sont associées à d'autres anomalies du RCF

La sévérité de l'acidose fœtale est proportionnelle à la durée et à l'amplitude des décélérations. Le ralentissement est modéré (ou non compliqué) si leur amplitude est inférieure à 60 bpm et leur durée inférieure à 60 secondes et sévère (ou compliqué) si leur amplitude est supérieure à 60 bpm et leur durée supérieure à 60 secondes.

5. Classification du CNGOF

Dénomination CNGOF	RDB (bpm)	Variabilité	Accélérations*	Ralentissements
Normal	110–160 bpm	6–25 bpm	Présentes	Pas de ralentissements
Quasi normal Faible risque d'acidose	• 160–180 bpm • 100–110 bpm	• 3–5 bpm • < 40 min	Présentes ou absentes	• Précoces • Variables (< 60 sec et < 60 bpm d'amplitude) • Prolongé isolé < 3 min
	L'association de plusieurs critères fait passer à un RCF intermédiaire			
Intermédiaire Risque d'acidose	• > 180 bpm isolé • 90–100 bpm	• 3–5 bpm • > 40 min • > 25 bpm	Présentes ou absentes	• Tardifs non répétés • Variables (< 60 sec et ≥ 60 bpm d'amplitude) • Prolongé > 3 min
	L'association de plusieurs de ces critères fait passer à un RCF pathologique			
Pathologique Risque important d'acidose	• > 180 bpm si associé à autre critère • < 90 bpm	• 3–5 bpm > 60 min • Sinusoïdal	Présentes ou absentes	• Tardifs répétés • Variables > 60 sec ou sévères • Prolongés > 3 min répétés
Préterminal Risque majeur d'acidose	Absence totale de variabilité (< 3 bpm) et de réactivité avec ou sans ralentissements ou bradycardie			

* La présence d'accélérations a un caractère rassurant. L'absence isolée d'accélération n'est pas considérée en soi comme pathologique.

6. Gazométrie néonatale

À la naissance, il convient de réaliser systématiquement une analyse gazométrique au cordon.

	Valeurs Normales	5e p	Valeurs Normales	5e p
pH	7,26 ± 0,07	7,13	7,34 ± 0,06	7,23
PCO_2	54,5 ± 10,0	74	41 ± 7	57
PO_2	15,1 ± 5,3	9	28,5	17
Déficit de base	2,7 ± 2,8	−10	−3 ± 3	−8
Lactates	4,63 ± 2,33	8		

- Acidose respiratoire = pH faible avec PCO_2 élevée
- Acidose métabolique = pH faible avec PCO_2 normale et élévation du déficit de base
- Acidose mixte = pH faible avec PCO_2 élevée et élévation du déficit de base

7. Consensus multidisciplinaire définissant les critères permettant d'attribuer une encéphalopathie néonatale ou une paralysie cérébrale à une asphyxie per-partum de l'*International Cerebral Palsy Task Force* (1999), revisités par l'*American College of Obstetricians and Gynecologists et l'American Academy of Pediatrics* (2003)

Critères essentiels (devant être tous présents) :

1. Mise en évidence d'une acidose métabolique fœtale per-partum, au cordon sur l'artère ombilicale ou précocement chez le nouveau-né (moins d'une heure de vie) : pH < 7,00 et déficit de base ≥ 12 mmol/L
2. Encéphalopathie précoce modérée à sévère chez un enfant ≥ 34 semaines d'âge gestationnel
3. Paralysie cérébrale de type quadriplégie spastique ou de type dyskinétique
4. Exclusion des autres causes : traumatisme, troubles de coagulation, pathologie infectieuse, problème génétique

Critères suggérant ensemble une origine per-partum mais non spécifiques en eux-mêmes (si certains des critères suivants sont absents ou contradictoires, l'origine per-partum du processus demeure incertaine) :

5. Événement hypoxique sentinelle survenant avant ou pendant le travail
6. Altération brutale et prolongée du rythme cardiaque fœtal faisant suite à l'événement sentinelle, le tracé précédant l'événement étant normal ; les anomalies du rythme cardiaque fœtal évocatrices étant une bradycardie ou une disparition de la variabilité ou des décélérations tardives ou variables prolongées
7. Score d'Apgar entre 0 et 3 au-delà de 5 min
8. Altérations multi-organiques précoces (début avant 72 h de vie)
9. Imagerie néonatale précoce montrant des anomalies non focales

66 Utérus cicatriciel

Adapté des RPC du CNGOF 2012.

Rappel

- *AVAC : accouchement vaginal après césarienne*
- *CPAC : césarienne programmée après césarienne*
- *TVBAC : tentative de voie basse après césarienne*
- *Risque de rupture utérine sur utérus cicatriciel :*
  - *si travail spontané, prévalence = 0,2 à 0,8 %*
  - *si déclenchement par ocytocine, prévalence = 5,4 à 7,7 ‰*
  - *si déclenchement par prostaglandines, prévalence = 6,8 à 24,5 ‰*
  - *encore plus accentué en cas d'association successive de prostaglandines et ocytocine*
- *Mortalité néonatale : 0,5 à 2,3 ‰*

Exploration pendant la grossesse

1. Analyser les conditions de la première césarienne

- Compte rendu opératoire :
  - motif de l'indication de césarienne et terme
  - type d'hystérotomie
- Complications de l'intervention : hémorragique ou non, infection ou non, abcès, suites opératoires...
- Intervalle entre les grossesses (après une césarienne, informer d'attendre 1 an avant une nouvelle conception)

2. Apprécier la qualité de la cicatrice utérine

Analyse des antécédents : nature des cicatrices, myomectomies nombre et taille, perforation utérine

3. Rechercher un placenta accreta (si placenta prævia)

- **Décision de la voie d'accouchement validée par un obstétricien durant le 8e mois**
- **L'option retenue doit être motivée et notée dans le dossier avec date et nom de l'obstétricien**
- **L'information doit mentionner la présence ou non sur place de l'obstétricien et de l'anesthésiste**

Conduite pratique pendant le travail

1. Indications spécifiques de césarienne systématique

- Utérus pluricicatriciel (≥ 3)
- Césarienne corporéale
- Antécédent de rupture utérine
- Indice de masse corporelle ≥ 50 kg/m^2

2. Déclenchement

- Utilisation prudente de l'oxytocine
- Utilisation des prostaglandines avec grande prudence en tenant compte des facteurs obstétricaux et maternels pouvant influencer le succès d'une TVBAC
- Utilisation d'une sonde à ballonnet avec prudence
- Pas de déclenchement par misoprostol ou ≥ 2 cicatrices

3. Pendant le travail

- Informer l'obstétricien en début de travail
- Analgésie péridurale non contre-indiquée même recommandée
- Tocographie interne non systématique
- Direction du travail par oxytocine possible mais se rappeler de l'augmentation du risque de rupture
- Révision utérine en cas d'anomalies du RCF pendant le travail, de métrorragies en phase d'expulsion, d'hémorragie du post-partum ou de douleurs persistantes
- En cas de simple déhiscence de la cicatrice, aucun geste n'est nécessaire ; en cas de rupture utérine, envisagez une réparation par voie vaginale ou par laparotomie (selon les cas)

4. Accouchement par voie basse après deux césariennes

Critères d'acceptation	Critères de refus
– Souhait de la patiente – Comptes rendus opératoires des précédentes césariennes = 2 fois incision segmentaire – Conditions non défavorables : • examen clinique du bassin • morphologie de la patiente – Information par un gynécologue obstétricien – Travail spontané	– Absence d'un des critères d'acceptation – Grossesse multiple – Présentation non céphalique – Macrosomie fœtale (> 4000 g)

67 Procidence du cordon

1. Prévenir la procidence

Avant une rupture artificielle des membranes, il est important de s'assurer de l'absence de procubitus du cordon. Elle doit s'effectuer sur une présentation autant que possible bien appliquée. La rupture des membranes devra être prudente en cas d'excès de liquide amniotique et éventuellement être réalisée sous spéculum à l'aide d'une aiguille.

2. Reconnaître la procidence

Le diagnostic est évoqué devant un ralentissement prolongé, voire une bradycardie ou devant la constatation fortuite du cordon dans le vagin ou à l'extérieur. Le diagnostic est d'autant plus facilement évoqué lorsque les anomalies du RCF apparaissent dans les suites d'une rupture spontanée ou artificielle des membranes.

Le diagnostic est posé lors du toucher vaginal qui permet de palper un segment de cordon dans le vagin sous la forme d'une tige turgescente pulsatile, synchrone au pouls fœtal, située en avant de la présentation.

3. Apprécier la vitalité fœtale

Il importe alors d'apprécier la vitalité fœtale sans retarder la réalisation d'une césarienne :

- battements du cordon
- enregistrement du rythme cardiaque fœtal

Si le diagnostic est porté à l'admission d'une patiente qui consulte pour une rupture spontanée, il conviendra de vérifier à l'échographie l'activité cardiaque fœtale.

4. Choisir la voie d'accouchement

La conduite à tenir est fonction de l'état fœtal, du degré de dilatation et du type de présentation :

- si l'enfant est vivant, l'accouchement par les voies naturelles ne peut se concevoir que si la dilatation est complète et la présentation engagée chez une multipare. L'accouchement par voie vaginale peut également s'envisager en cas de présentation du siège à dilatation complète en l'absence d'anomalies du RCF
- si l'enfant est mort ou non viable, l'accouchement par voie basse sera préféré

Dans toutes les autres situations avec enfant vivant, une césarienne s'impose en urgence.

5. Gestes à réaliser en vue d'une césarienne

- Gestes à réaliser immédiatement :
  - si la présentation est haute, tenter, sans forcer et sans retarder la préparation d'une césarienne, de refouler le segment de cordon
  - faire procéder au refoulement manuel de la présentation (et non du cordon) par une sage-femme. Le refoulement de la présentation devra être maintenu jusqu'à l'extraction fœtale par césarienne

- pose d'une sonde vésicale avec éventuellement un remplissage vésical par du sérum permettant de refouler transitoirement la présentation. La sonde devra être déclampée avant l'hystérotomie (ceci ne doit pas se substituer au refoulement manuel)

Dans le même temps :

- faire appeler un anesthésiste en urgence, ainsi que le reste de l'équipe obstétricale et le pédiatre de garde
- transfert en urgence vers le bloc opératoire
- faire préparer une table pour la césarienne en urgence

68 Rupture prématurée de la poche des eaux à terme

La rupture prématurée des membranes (RPM) se définit comme une rupture spontanée survenant avant l'entrée en travail.

Hospitalisation pour surveillance

1. Clinique

- Analyse du dossier + statut par rapport au streptocoque B vaginal
- MAF, contractions utérines, caractéristiques du LA (abondance, couleur)
- T°, pouls, PA
- Pas de TV en l'absence de contraction

2. Explorations

- Si doute diagnostic : test de dépistage ± échographie de quantité de liquide amniotique
- ERCF
- Bilan infectieux : PV ou ECBLA, NFS et CRP
- Vérifier les bilans biologiques de la grossesse

3. Stratégie de prise en charge

- Antibiothérapie d'emblée si portage de streptocoque B, sinon à 12 h de rupture :
  - amoxicilline 1 g/8 h en dehors du travail
  - amoxicilline 1 g/4 h pendant le travail
  - amoxicilline– acide clavulanique pour certaines équipes
  - si allergie : clindamycine 600 mg/8 h
- Si CRP élevée ou signes francs de chorioamniotite (hyperthermie, contractions utérines, douleurs abdominales, anomalies du RCF...) : initier le déclenchement dès l'admission
- Sinon, en cas de conditions locales favorables : déclenchement à débuter entre la 12e et la 36e heure de rupture
- En cas de conditions locales défavorables : maturation cervicale puis déclenchement à débuter entre la 12e et la 36e h de rupture

4. En post-partum

Si RPM > 12 h

- Pratiquer : prélèvement gastrique ± placentoculture selon les équipes
- Poursuite de l'antibiothérapie jusqu'aux résultats de la placentocultures selon les équipes

Pour le nouveau-né

Si tableau septique clinique d'emblée en salle de naissance : prise en charge et transfert en néonatalogie, bilan et discuter l'antibiothérapie systématique.
En dehors de ce contexte, pratiquer un prélèvement gastrique = examen direct :

- si négatif : surveillance clinique

- si positif : faire CRP à H12 :
  - si CRP > 20 mg/L : antibiothérapie guidée par l'analyse bactériologique du liquide gastrique
  - si CRP < 20 mg/L : surveillance clinique

Certaines équipes pratiquent le prélèvement gastrique et la PCT au cordon :

- si PCT au cordon positive : antibiothérapie guidée par l'analyse bactériologique du liquide gastrique
- si PCT négative : surveillance clinique

69 Maturation – déclenchement du travail

Rappel

Information et consentement de la patiente
Indication et modalités à noter dans le dossier

1. Indications médicales

- RPM à partir de 36 SA, absence de consensus entre 34 et 36 SA
- RPM à terme (voir fiche 68)
- Grossesse prolongée
- Pathologie maternelle indiquant la naissance sans contre-indiquer l'accouchement par voie vaginale
- Pathologie fœtale nécessitant la terminaison de la grossesse sans contre-indiquer l'accouchement par voie vaginale (arrêt de croissance)
- Grossesse gémellaire au plus tard à 40 SA pour les bichoriales biamniotiques et au plus tard à 38 + 6 SA pour les monochoriales biamniotiques
- Diabète prégestationnel au plus tard à 39 SA
- Diabète gestationnel mal équilibré à partir de 39 SA
- Col favorable (score de Bishop ≥ 6) chez une patiente habitant à distance de la maternité ou ayant un antécédent d'accouchement rapide (terme ≥ 39 SA et accord de la patiente)

N.B. : le diabète gestationnel bien équilibré, l'HTA ou la protéinurie isolées ne sont pas des indications de déclenchement.

2. Indications non médicales (déclenchement de convenance)

Ne peut être envisagé que si les conditions suivantes sont réunies :

- pas d'utérus cicatriciel
- terme précis
- à partir de 39 SA + 0 j (273 j)
- col favorable : score de Bishop ≥ 6
- demande ou accord de la patiente et informée des modalités et des risques potentiels

3. Choix de la technique

- Maturité du col :
  - utiliser le score de Bishop
  - score favorable à partir d'un seuil de 6 pour une primipare et 5 pour une multipare :
    - à partir de ce seuil, privilégier le déclenchement par rupture artificielle des membranes et oxytocine intraveineuse
    - en dessous de ce seuil, privilégier les prostaglandines ou le ballon intracervical (garder à l'esprit que le risque de césarienne augmente)
- Un décollement des membranes peut être proposé quand un déclenchement sans raison médicale urgente est envisagé

4. Maturation cervicale

- Prostaglandines (PGE2) intravaginales par gel ou par dispositif intravaginal
- Maturation par ballonnet cervical

- Un monitorage fœtal doit être réalisé immédiatement avant le déclenchement et poursuivi en continu pendant au moins 2 h. En l'absence d'anomalie, le monitorage peut être ensuite intermittent jusqu'au début du travail

Prostaglandines

Bien évaluées dans la littérature.

- Contre-indications :
  - hypersensibilité aux prostaglandines
  - présentation fœtale autre que céphalique
  - placenta prævia
  - relatives : glaucome, asthme, troubles rénaux et/ou hépatiques
- Surveillance :
  - ERCF pendant 2 h
  - réévaluation à 6 h (TV + ERCF)
  - passage de la patiente en salle de naissance si anomalies du RCF, hypertonie utérine, Bishop ≥ 6
- Gel = nouvelle application possible à 6 h si pas de contractions
- Dispositif vaginal à laisser en place 24 h

Ballonnet cervical

Double ballonnet ou sondes de Foley/Dufour.
De plus en plus utilisé, même si évaluation moins importante que pour les prostaglandines.

- Contre-indications :
  - placenta prævia
  - présentation transverse ou inconnue
  - infection à HSV évolutive
  - néoplasie cervicale
- Avant la pose :
  - préparation : VVP/consultation d'anesthésie faite/carte de groupe et RAI à jour/ERCF normal pendant 30 min
- Pose :
  - possible le matin ou le soir
  - laisser en place 12 h environ
  - si chute spontanée : TV
    - si bishop ≥ 6 : passage en salle de travail pour suite du déclenchement
    - si bishop < 6 pose possible de prostaglandines intravaginales

Cas particulier de l'utérus cicatriciel

- Information de la patiente sur le risque de rupture utérine (environ 2 %)
- Possibilité d'utiliser les prostaglandines vaginales avec prudence
- Par la suite une tentative de déclenchement par oxytocine est possible si le score de Bishop ≥ 6

5. Technique de déclenchement par oxytocine intraveineuse

ERCF 30 min avant la mise en route du traitement.

- Col favorable
- 5 UI dans 500 cc
- Administrer l'oxytocine à l'aide d'une pompe à perfusion électrique avec valve antireflux ou d'une seringue électrique avec valve antireflux

- Commencer par 2,5 mUI/min ; augmenter progressivement la dose toutes les 20 à 30 min. Il faut employer la dose d'oxytocine la plus faible possible en visant à obtenir au maximum 3 à 4 contractions par 10 min
- La dose maximum recommandée d'oxytocine est de 20 mUI/min. Si des doses plus importantes sont nécessaires, elles ne doivent en aucun cas excéder 32 mUI/min
- Amniotomie dès que possible
- La survenue d'une hypercontractilité utérine (>6 CU/10 min), associée à un tracé cardiotocographie pathologique, doit faire interrompre la perfusion

6. Organisation

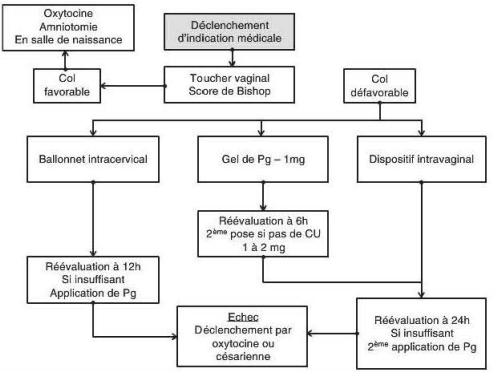
Pour tout déclenchement

- Avant de procéder à un déclenchement, il faut s'assurer de la disponibilité des moyens nécessaires à la surveillance maternelle et au monitorage de la fréquence cardiaque fœtale et de la contractilité utérine
- Un monitorage fœtal doit être réalisé immédiatement avant le déclenchement
- Si l'oxytocine est utilisée pour initier le travail, un monitorage fœtal électronique continu doit être mis en place
- En cas de déclenchement par les prostaglandines E2 en application vaginale, un monitorage fœtal continu doit être réalisé pendant au moins 2 h. En l'absence d'anomalie, le monitorage peut être ensuite intermittent jusqu'à début du travail

En cas d'hypertonie

- Sous perfusion d'oxytocine, la survenue d'une hypercontractilité utérine, associée à un tracé cardiotocographie pathologique, doit faire interrompre la perfusion
- En cas de prostaglandines intravaginales, le dispositif ou le gel doivent être retirés
- En présence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal et d'hypercontractilité utérine sans relation avec la perfusion d'oxytocine, une tocolyse peut être envisagée

Le déclenchement artificiel du travail, quelle que soit la méthode, doit être réalisé à proximité d'une salle de césarienne.



70 Prise en charge d'un placenta prævia hémorragique

1. Évaluation rapide du retentissement maternel et fœtal : préciser le degré d'urgence

- Évaluation de l'abondance des saignements (notamment par l'examen sous spéculum)
- État hémodynamique maternel (PA, FC)
- HemoCue® (mesure du taux d'hémoglobine)
- Enregistrement du cardiaque fœtal et tocométrie

2. Évaluation étiologique

- Échographie (abdominale et voie vaginale) qui permettra notamment de déterminer l'insertion placentaire (marginal, latéral, recouvrant). Cette échographie permettra en outre d'évaluer la vitalité fœtale. En cas d'utérus cicatriciel et d'une insertion antérieure, une attention particulière sera accordée au risque de placenta accreta
- Pas de toucher vaginal en cas de suspicion de localisation prævia

3. Explorations complémentaires

- En urgence : groupe, Rhésus, RAI, NFS, plaquettes, bilan de coagulation, test de Kleihauer
- ECRF : 1/j

4. Stratégie thérapeutique

Celle-ci sera adaptée à l'abondance des saignements et au degré d'urgence.

- Mise en place d'une voie veineuse
- Césarienne en urgence si hémorragie massive ou persistante et/ou anomalies du RCF (sauf si poche des eaux accessible à une rupture qui permettra souvent d'arrêter les saignements)
- Si pas d'indication urgente à faire naître :
  - maturation pulmonaire par bétaméthasone si terme < 34 SA
  - repos non strict
  - tocolyse par inhibiteurs calciques ou Tractocile® (atosiban) (voir fiche 29, *Prise en charge d'une MAP*)
  - Rhophylac® si femme de Rhésus négatif
  - supplémentation par fer et vitamine D
  - n'envisager un retour au domicile (avec repos) qu'après au moins 2 j consécutifs sans métrorragies
- Programmer césarienne à 39 SA en cas de placenta prævia recouvrant. La distance entre le placenta et l'orifice interne du col pouvant augmenter avec l'ampliation du segment inférieur de l'utérus, la localisation placentaire devra être vérifiée vers 36–37 SA avant de confirmer l'indication
- Risque augmenté d'hémorragie du post-partum devant conduire à anticiper ce risque au moment de l'entrée en salle de naissance où au bloc opératoire (commande prévisionnelle de culot globulaire, délivrance dirigée, surveillance rapprochée...)

- Indications de césarienne :
  - placenta recouvrant
  - présentation non céphalique
  - procidence du cordon
  - vaisseaux prævia (échographie par voie vaginale +++)
  - placenta prævia non recouvrant hémorragique malgré la RPM

71 Grossesse prolongée

Adapté des RPC du CNGOF 2011.

1. Définitions

- « Prolongée » au-delà de 41 SA (en France 15 à 20 % des femmes enceintes)
- « Dépassée » au-delà de 42 SA (en France 1 % des femmes enceintes)

2. Surveillance clinique

- Consultation pour toute grossesse à 41 SA
- Vérifier le terme si doute (idéalement cliché de LCC du 1er trimestre)
- Analyse du dossier (complications, antécédents...)
- PA, poids, protéinurie
- Mouvements actifs fœtaux (MAF)
- TV ± décollement des membranes après accord préalable de la patiente
- Amnioscopie inutile

3. Explorations

- ERCF
- Échographie : vitalité fœtale, biométries avec estimation du poids fœtal, mesure de la grande citerne de liquide amniotique, placenta (pas d'intérêt au Doppler fœtal ou au score de Manning)

4. Stratégie

RPC CNGOF 2011 : un déclenchement du travail devrait être proposé aux patientes entre 41 + 0 SA et 42 + 6 SA. Le moment du déclenchement sera déterminé en fonction des caractéristiques maternelles (conditions cervicales locales, cicatrice utérine, parité, indice de masse corporelle, âge), de la préférence des patientes et de l'organisation des soins de la maternité. Si une poursuite de la surveillance est choisie, elle se fera 2 à 3 fois par semaine (clinique, écho et ERCF).

5. Prise en charge « classique »

- Col favorable (Bishop ≥ 5) : proposition de déclenchement par Syntocinon® + amniotomie + péridurale en salle de naissance
- Si col non favorable :
  - surveillance/48 h jusqu'à terme + 5 j
  - puis hospitalisation pour pose de prostaglandines ou méthode mécanique si Bishop < 5

- Traitement + conseil dans un centre pouvant proposer une coagulation laser fœtoscopique des anastomoses placentaires

6. Traitement et terme d'accouchement

- Pas de traitement spécifique pour améliorer le pronostic des gémellaires, en particulier pas de moyen de lutte efficace contre la prématurité
- Faire appel à un centre de compétence pour le traitement des complications spécifiques des grossesses monochoriales (STT, transfusion fœto-fœtale aiguë)
- Pour les grossesses bichoriales, envisager l'accouchement à partir de 38 SA et avant 40 SA en l'absence de complication
- Pour les grossesses monochoriales biamniotiques, envisager l'accouchement à partir de 36 SA et avant 38 SA + 6 j en l'absence de complication
- Pour les grossesses monochoriales monoamniotiques, un accouchement prématuré par césarienne doit être envisagé le plus souvent du fait du risque d'enroulement des cordons. Celle-ci doit être réalisée entre 32 et 36 SA

Accouchement

1. Principes

La patiente doit avoir une information sur les risques de la voie basse et de la césarienne. Il est souhaitable que les femmes ayant une grossesse gémellaire puissent bénéficier d'une analgésie péridurale.

2. Choix de la voie d'accouchement

Il n'y a pas lieu de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre en cas de grossesse gémellaire quels que soient son terme ou la présentation des fœtus.

- Si jumeau 1 en présentation céphalique : voie basse possible
- Si jumeau 1 en présentation podalique et poids > 1500 g : voie basse possible (pas d'augmentation morbidité ni mortalité)
- Si jumeau 1 en présentation transverse : césarienne programmée
- Si utérus cicatriciel : voie basse possible

Dans tous les cas, si la voie basse est choisie, faire une pelvimétrie avec confrontation fœtopelvienne quelle que soit la présentation de jumeau 1 et jumeau 2 (risque de VMI et grande extraction de siège).
L'accouchement par voie basse devra être réalisé par un obstétricien ayant une bonne pratique de l'accouchement gémellaire par voie basse.

3. Lorsque la voie basse est acceptée

Pendant le travail

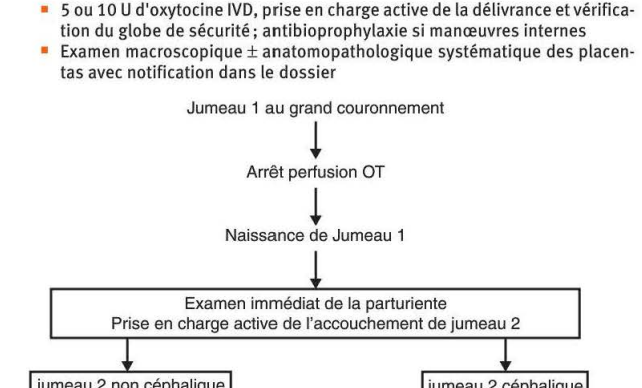
- Senior prévenu dès l'arrivée de la femme
- Péridurale recommandée
- Enregistrer séparément les jumeaux

Pour l'accouchement

- Présence de :
  - deux médecins (1 senior et 1 junior)
  - équipe d'anesthésie

- équipe de sages-femmes (ESF)
- équipe de pédiatrie
- appareil d'échographie
- seringue de dérivés nitrés préparée (voir fiche 63, *Siège*)

- 1er temps : accouchement du 1er jumeau
  - lorsque jumeau 1 est au grand couronnement : arrêt de l'oxytocine
  - procéder à la naissance de jumeau 1
- 2e temps : la phase de rémission
  - examen immédiat de la parturiente
  - arrêt de l'oxytocine
  - prise en charge active de l'accouchement de jumeau 2 (intervalle de temps écoulé entre la naissance de jumeau 1 et celle de jumeau 2 influence le pronostic néonatal ++)
- 3e temps : accouchement du second jumeau
  - en cas de difficulté pour les manœuvres, possibilité d'administrer des dérivés nitrés ou anesthésie générale avec isoflurane pour faciliter le relâchement utérin
    - 4e temps : la délivrance
      Attention, risque hémorragique lié à la distension utérine et l'insertion basse du(des) placenta(s)
    Dès la naissance
- 5 ou 10 U d'oxytocine IVD, prise en charge active de la délivrance et vérification du globe de sécurité ; antibioprophylaxie si manœuvres internes
- Examen macroscopique ± anatomopathologique systématique des placentas avec notification dans le dossier



GES : grande extraction de siège ; VMI : version par manœuvres internes ; EE : efforts expulsifs ; OT : oxytocine ; RAM : rupture artificielle des membranes

73 Mort-nés – formalités

Attention : certificat d'accouchement ≠ certificat enfant mort-né

Enfant mort-né < 22 SA

Il n'y a pas d'obligation à déclarer le fœtus à l'état civil. Un certificat médical d'accouchement peut être délivré par la sage-femme ou le médecin (décret n° 2008-798 du 20/08/2008). Ce certificat permet à l'officier d'état civil d'établir un acte d'enfant sans vie :

- ainsi l'inscription sur le livret de famille devient possible et un livret de famille peut être délivré si les parents en sont dépourvus
- des obsèques seront possibles
- reconnaissance symbolique de l'existence de l'enfant (sans modifier la réglementation vis-à-vis des droits sociaux)

Le fœtus doit être enregistré sur un cahier dédié avec un numéro d'identification (nom de la mère, date, âge gestationnel, poids, sexe si identifiable). Ces dispositions ne concernent pas les fœtus issus d'IVG ou de fausse couche < 15 SA.
Les examens complémentaires à prévoir dépendent du contexte et des protocoles de service (bactériologie, anatomopathologie placentaire, caryotype fœtal, radiographie fœtale...).
Le fœtus est ensuite acheminé selon la demande au dépôt mortuaire ou en anatomopathologie.
Si un examen foetopathologique est demandé, les renseignements cliniques, l'autorisation parentale et les documents institutionnels doivent être transmis.
Le choix des parents pour le devenir du corps après information claire doit être précisé :

- prise en charge familiale des obsèques (à la charge de la famille)
- crémation ou inhumation auprès de l'établissement

Pour toute grossesse déclarée, deux lettres types d'arrêt de grossesse sont à fournir aux parents (pour information auprès de la CAF et de la CPAM).

Enfant mort-né > 22 SA ou enfant né vivant et viable (> 500 g) puis décédé

1. Dans le bloc obstétrical

- Les sages-femmes remplissent le cahier d'accouchement en spécifiant « mort-né » s'il y a lieu, font la déclaration de naissance et les cotations
- Le certificat médical d'enfant sans vie doit être rempli
- Le corps identifié avec un bracelet bébé doit pouvoir être présenté aux parents selon leurs vœux. Puis habillage et acheminement vers la chambre mortuaire avec les documents
- Le certificat de décès néonatal n'est rempli que si le bébé est né vivant puis décédé
- Les informations sont notées dans le dossier de la patiente, la suite des formalités sera effectuée dans le service d'hospitalisation

2. Dans le service d'hospitalisation

- En cas de demande d'autopsie :
  - prévenir le service responsable
  - l'autorisation écrite et signée de la mère est nécessaire
  - l'autorisation administrative est délivrée par un directeur
- Devenir du corps :
  - prise en charge familiale des obsèques (à leur charge) ou prise en charge par l'établissement (inhumation ou crémation)
  - les parents signent le document précisant leur choix
  - si prise en charge familiale, les parents contactent le service de pompes funèbres de leur choix qui prend le relais pour l'organisation de la sépulture, la copie de l'acte d'enfant sans vie (état civil) est nécessaire
- La déclaration à l'état civil est faite selon l'organisation de l'établissement
- Que laisser aux parents qui le souhaitent ?
  - le document d'information
  - les photos qui leur sont destinées
  - un bracelet d'identité
  - les empreintes de l'enfant

L'équipe soignante se doit de tout faire pendant l'hospitalisation pour accompagner le deuil périnatal et mettre en place le relais nécessaire à la sortie (médecin de famille, psychologue, associations de parents endeuillés).

	Curetage	IMG ou MIU < 15 SA	IMG > 15 SA ou MIU < 22 SA et < 500 g	Né sans vie viable ≥ 22 SA ou ≥ 500 g	Né en vie puis décédé ≥ 22 SA ou ≥ 500 g
Fiche liaison bloc - PMF	–	+	+	+	+
Cahier de déclaration	–	–	+ si souhait parental	+	+
Triptyque (anatomopathologie)	+ si pas autopsie	+ si pas autopsie	– si > 17/+ si < 17 et non déclaré	–	–
Certificat médical d'accouchement	–	–	+	+	+
Certificat médical enfant né sans vie	–	–	+	+	–
Enveloppe suivi défunt	–	–	– si tryptique/+ si déclaré	+	+
Certificat de décès – fiche verte	–	–	+ si déclaré	+	+

Autorisation d'autopsie	±	±	±	±	±
Examen pédiatrique	–	–	+	+	+
Feuille de cytogénétique	±	±	±	±	±
Étiquette fœtus	–	–	+	+	+
Tracer cahier liaison	+	+	+	+	+
Anatomopathologie placentaire	± + si autopsie	± + si autopsie	± + si autopsie	± + si autopsie	± + si autopsie
Certificat médical d'enfants nés vivants et viables décédés avant leur déclaration à l'état civil	–	–	–	–	+

74 Fièvre pendant le travail

Rappel

Définition : T° > 38,5 °C avec analgésie péridurale et T° > 38,2 °C sans analgésie péridurale

1. Surveillance clinique

- T°, pouls, TA/h, diurèse
- LA (couleur)

2. Explorations

- NFS, CRP, ECBU, PV ou prélèvement de liquide amniotique, hémocultures
- ERCF ± oxymétrie

3. Stratégie thérapeutique

- D'emblée **ceftriaxone (Rocéphine®) 1 g IVL/24 h** (30–40 % de résistance d'*E. coli* à l'amoxicilline)
- Si allergie aux lactamines/céphalosporines : Dalacine® (clindamycine) 600 mg/8 h
- Paracétamol 1 g/6 h IV puis relais *per os* dès que possible
- À la naissance :
  - examen clinique par pédiatre
  - liquide gastrique et procalcitonine au cordon
  - placentoculture et anatomopathologie placentaire
  - antibiothérapie à poursuivre jusqu'aux résultats des examens complémentaires, relais par amoxicilline (Clamoxyl®) 1 g 3 fois/j ou céfixime (Oroken®) 200 mg 2 fois/j en fonction des résultats et antibiogrammes

75 ANTIBIOPROPHYLAXIE

Antibioprophylaxie et accouchement

1. Césarienne (Recommandations SFAR, 1999)

- **Sans facteur de risque :**
  - césarienne programmée et RPDE < 12 h :
  - céfazoline 2 g IV si allergie : clindamycine 600 mg IV ; 1 injection après clampage du cordon
- **En cas de facteur de risque :**
  - césarienne en urgence
  - césarienne dans un tableau hémorragique (HRP, placenta prævia, procidence...)
  - RPDE > 12 h
  - phase active > 12 h ou ≥ 3 maturations
  - céfazoline 2 g/8 h pendant 24 h
- **En post-partum, en cas de traitement antibiotique pendant le travail :** poursuivre en attendant les résultats de placentoculture :
  - si positif = antibiothérapie 7 j
  - si négatif = arrêt des antibiotiques

2. Voie basse

- Pendant le travail (recommandations ANAES, septembre 2001) : la seule indication d'antibioprophylaxie concerne le streptocoque B **(et uniquement ce germe)** dépisté entre 34 et 38 SA (voir fiche 35, *Streptocoque B*)
- En cas de manœuvres :
  - RU sans facteur de risque : rien
  - RU avec facteur de risque (voir fiche 78, *Révision utérine*) : céfazoline 2 g IV ou clindamycine 600 mg ou amoxicilline et acide clavulanique 1 g
  - Délivrance artificielle avec révision utérine : amoxicilline et acide clavulanique 2 g IVL si allergie clindamycine
- Hémorragie de la délivrance : amoxicilline et acide clavulanique 2 g IVL à poursuivre si corps étranger (méchage, ballon), si allergie clindamycine
- Périnée complet : amoxicilline et acide clavulanique 2 g IVL, si allergie Flagyl® 1 g, si périnée complet compliqué, antibiothérapie poursuivie 8 j

3. Autres gestes au bloc obstétrical

- Curetage : pas d'antibiothérapie
- Cerclage : pas d'antibothérapie sauf si contexte infectieux
- Laser/STT/drain thoracoamniotique : céfazoline 2 g IVL si allergie clindamycine 600 mg
- Amniodrainage/exsanguino-transfusion : pas d'antibiothérapie

Remarque : attention aux patientes obèses (IMC > 35) adapter les posologies ++++ :

- céfazoline 4 g : perfusion 30 min ; réinjection 2 g si > 2 h
- clindamycine 900 mg : dose unique
- gentamicine : dose unique (max 500 mg)

- **En cas de fièvre pendant le travail :** ceftriaxone 1 g/24 h
- **En cas de chorioamniotite clinique :** ceftriaxone 1 g/24 h + gentamicine 3 mg/kg/24 h. En cas de chorioamniotite, il est important pour la mère ET pour l'enfant de traiter rapidement. Le traitement doit être institué même si l'accouchement est imminent

76 Indications des prélèvements néonataux

Prélèvements et indications

Liquide gastrique, placentoculture et procalcitonine au cordon (+++) :

- tout prématuré < 37 SA
- tout nouveau-né symptomatique (fièvre > 38 °C, mauvaise adaptation à la vie extra-utérine, détresse respiratoire)
- nouveau-né asymptomatique avec facteur de risque d'infection maternofœtale :
  - température maternelle :
    - >38 °C en début de travail
    - >38,5 °C en fin de travail sous-péridurale
    - >38,2 °C en fin de travail et sans péridurale
  - infection génitale ou urinaire en cours traitée ou non
  - travail prolongé avec phase active > 12 h
  - à partir de trois maturations
  - rupture de la poche des eaux ≥ 12 h
  - anoxie périnatale aiguë sans cause obstétricale (Apgar < 7 à 5 min)
  - tachycardie fœtale ≥ 160/mn pendant > 10 min et persistante
  - liquide amniotique méconial (ou liquide teinté + autre facteur de risque) sans cause obstétricale
  - chorioamniotite avérée
  - naissance en dehors d'une salle de naissance dédiée
  - prélèvement vaginal de dépistage du 3e trimestre positif à streptocoque B sauf si la mère a reçu 2 doses d'antibioprophylaxie espacées de 4 h avant la naissance du bébé
  - grossesse non suivie

Appel du pédiatre

1. Appel anténatal (information du pédiatre)

- Naissance d'un enfant d'âge gestationnel compris entre 23 et 34 semaines + 6 j et/ou de poids fœtal estimé compris entre 500 et 1800 g
- Césarienne sous anesthésie générale
- Césarienne code rouge
- Siège chez une primipare
- Grossesse gémellaire avec une présentation non céphalique ou risque de VMI
- Diagnostic anténatal d'une pathologie nécessitant une prise en charge immédiate (cardiopathie, malformation intrathoracique, allo-immunisation RH...)
- Réanimation néonatale prévisible (hématome rétroplacentaire, procidence, extraction difficile, anomalies importantes du RCF)
- Soins palliatifs validés en prénatal

2. En postnatal immédiat

- Toute détresse vitale

- Naissance avec pH < 7 : appel immédiat après la naissance pour évaluation et protocole hypothermie
- pH < 7,10 : appel avant de remonter le bébé dans sa chambre pour évaluation (et hypothermie ?)
- Allo-immunisation anti-RH (possibilité de photothérapie précoce)
- IMG
- Soins palliatifs validés en anténatal
- Détresse respiratoire
- Tout enfant qui inquiète ! (pâleur, cyanose, malformations)

77 Délivrance dirigée

Rappel

La prise en charge active de la délivrance diminue par 2 à 3 le risque de survenue d'une hémorragie du post-partum.
Elle raccourcit le délai de la délivrance.
2/3 des hémorragies sévères surviennent en l'absence de facteur de risque.

1. Indications

Sa réalisation est préconisée pour tous les accouchements et, tout particulièrement, en cas de risque hémorragique :

- surdistension utérine : grossesse multiple, macrosomie fœtale, hydramnios
- utérus polymyomateux
- zntécédents d'hémorragie de la délivrance (récurrence : 20 à 25 %)
- contexte infectieux (chorioamniotite)
- travail prolongé ou trop rapide (dystocie dynamique ou mécanique)
- allongement de la 3e phase du travail (>30 min)
- césarienne (surtout en cours de travail)
- HRP, MFIU
- anomalies de la coagulation
- âge maternel > 39 ans, obésité
- causes iatrogènes favorisant l'inertie utérine (β-mimétiques)
- autres facteurs (discutés) :
  - pré-éclampsie sévère
  - grande multiparité
  - utérus malformé

2. Technique

- Oxytocine (Syntocinon®) 5–10 UI (1–2 amp) en IVL ou IM
- IVD possible en l'absence d'antécédent cardiovasculaire
- Injecté au moment du dégagement de l'épaule antérieure
- Associé à une traction douce sur le cordon
- Une délivrance artificielle (voir fiche 79) est licite si la délivrance n'est pas obtenue après 15 min
- Respect scrupuleux de la technique (+++) :
  - pas d'injection après l'expulsion (risque d'enchatonnement)
  - pas de traction intempestive sur le cordon (risque d'inversion utérine)

78 Révision utérine

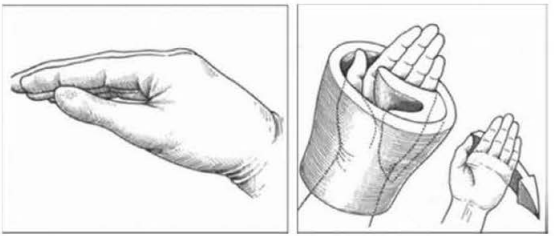
1. Indications

- Rétention placentaire partielle (délivrance incomplète)
- Doute sur l'intégrité du placenta lors de son examen systématique
- Hémorragie de la délivrance (1er geste, même si placenta complet)
- Contrôle de cicatrice si douleurs, métrorragies, anomalies du RCF

2. Modalités

- Vidange vésicale
- Anesthésie (ré-injection péridurale ou anesthésie générale)
- Désinfection du périnée à la polyvidone iodée (Bétadine® 10 %) en l'absence d'allergie ou chlorhexidine (Hibitane® 0,5 %) et badigeonnage de la main dominante gantée à la solution antiseptique
- Introduction intra-utérine de la main dominante permettant l'exploration de la cavité utérine, la 2e main bloquant le fond utérin
- En fin de geste, massage utérin et injection de 5 UI d'oxytocine (Syntocinon®) IV, alors que la main est encore *in utero*
- Antibioprophylaxie systématique en flash IV :
  - céfazoline (Céfacidal®) 2 g IVL ou amoxicilline + acide clavulanique (Augmentin®) 2 g IVL
  - en cas d'allergie aux β-lactamines : clindamycine (Dalacine®) 600 mg en perfusion IV sur 20 min

Position de la main lors de la révision utérine



79 Délivrance artificielle

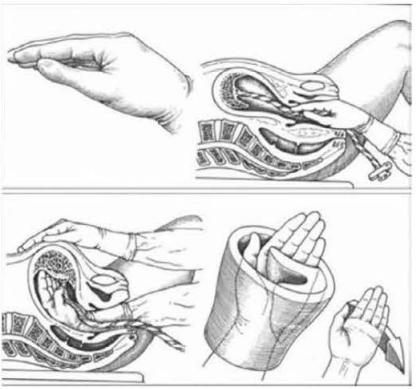
1. Indications

- Rétention placentaire complète ou partielle, 30 min après l'expulsion, en l'absence de saignement (15 min après une délivrance dirigée ou si facteurs de risque d'hémorragie)
- Hémorragie de la délivrance en l'absence de délivrance spontanée

2. Modalités

- Vidange vésicale (+++)
- Anesthésie satisfaisante (en dehors d'une urgence extrême) :
  - ré-injection dans le cathéter de péridurale
  - anesthésie générale
- Désinfection du périnée à la polyvidone iodée (Bétadine® 10 %) en l'absence d'allergie ou chlorhexidine (Hibitane® 0,5 %) et badigeonnage de la main dominante gantée à la solution antiseptique
- Insertion de la main dans l'utérus et décollement progressif de la masse placentaire, la 2e main bloquant le fond utérin (voir figure ci-dessous)
- Révision utérine systématique
- Massage utérin
- Oxytocine (Syntocinon®) 5 UI en IVD juste après la délivrance, alors que la main est encore *in utero*
- Antibioprophylaxie systématique en flash IV :
  - céfazoline (Céfacidal®) 2 g IVL ou amoxicilline + acide clavulanique (Augmentin®) 2 g IVL
  - en cas d'allergie aux β-lactamines : clindamycine (Dalacine®) 600 mg en perfusion IV sur 20 min

Technique de la délivrance artificielle



80 HÉMORRAGIE DE LA DÉLIVRANCE

Rappel

Définition : saignements après l'accouchement > 500 cc (grave si > 1000 cc).

Pour tout accouchement

- Immédiatement après le clampage du cordon, un sac de recueil doit être glissé sous l'accouchée pour quantifier ses pertes sanglantes
- Traitement prophylactique systématique :
  - oxytocine (Syntocinon®) 5–10 UI (1–2 amp) en IVL ou IM
  - IVD possible en l'absence d'antécédent cardiovasculaire
  - surveillance par la mise en place d'un sac à sang pour évaluer les pertes + surveillance des constantes avec (TA, pouls) et de la rétraction utérine

En cas d'hémorragie : traitement curatif

1. Hémorragie ≥ 500 cc

- DA + RU, ± examen sous valves du col et du vagin
- **Sondage à demeure**
- Massage utérin, réfection de l'épisiotomie
- Voie d'abord (+++) (2 voies d'abord de bon calibre)
- Remplissage, Syntocinon® IVD, IVL (5 UI IVD et 10 UI en perfusion relais) sans dépasser 40 UI
- Oxygénothérapie
- Obstétricien présent
- Anesthésiste présent
- Antibioprophylaxie (pour DA, RU)
- Monitorage, pouls, TA
- Vérifier RAI à jour (en théorie fait d'emblée pour tout accouchement)
- Bilan de coagulation (++) + numération plaquettaire + HémoCue®

=> Arrêt ou, si inefficacité, passer au « 2 »

2. Hémorragie ≥ 1000 cc ou cataclysmique ou inefficacité après 15 min ou persistance des saignements

- En plus de la prise en charge anesthésique, faire préparer le bloc opératoire
- Arrêt du Syntocinon®
- Nalador® : 1 amp/50 cc NaCl, vitesse 50 pendant 1 h puis vitesse minimale, 1 amp sur 5 h
- Commander dérivés sanguins (CG, PFC, fibrinogène ± plaquettes)
- Méthode de tamponnement intra-utérin : ballon de Bakri + méchage vaginal

=> Arrêt ou, si inefficacité, passer au « 3 »

3. Persistance des saignements après 15–30 min

- Acide tranexamique 1 g IVL renouvelable 1 fois
- Geste hémostatique :
  - embolisation => prévenir la radio si hémodynamique stable
  - transférer au bloc opératoire

- ligature vasculaire (sinon VH : technique de plicature ± hystérectomie)
- laparotomie transverse :
  - ligature vasculaire → triple ligature étagée : ligament rond + artères utérines + ligament utéro-ovarien → artères hypogastriques (équipe entraînée : risque de plaie de la veine iliaque interne)
  - capitonnage utérin : points de Cho en cadre → plicature utérine : B-Lynch
  - hystérectomie d'hémostase en cas d'échec

- Transfusion (anesthésistes)
- Objectifs : Hb > 8 g/DL, fibrinogène > 2 g/L
- Prophylaxie thrombo-embolique par HBPM 7 à 14 j en cas de polytransfusion

Dans les hémorragies sévères, penser au maintien de la température corporelle (risque d'hypothermie élevée avec un effet délétère sur la coagulation).

81 Traitement de l'anémie du post-partum

NFS à J3.

Hémoglobine	
<10,5 g/dL	Tardyféron B9® 1 cp/j pendant 6 semaines
Entre 9 et 10 g/dL	Tardyféron B9® 2 cp/j pendant 6 semaines
Inférieure à 9 g/dL	Fumafer® 1 cp 3 fois/j pendant 6 semaines
	Spéciafoldine® 1 cp 2 fois/j pendant 6 semaines
	Vitamine C 500 mg 1 cp/j pendant 6 semaines
	Contrôle de NFS + ferritinémie à 6 semaines
Inférieure à 7–8 g/dL	En fonction de la tolérance clinique
	Traitement par fer intraveineux : Venofer®, Ferinject®... (de préférence, posologie en fonction des tables)
	Exceptionnellement : transfusion

82 Prévention de l'allo-immunisation

Basée sur les RPC de 2005.

Durant la grossesse

- Double détermination du groupe Rhésus et RAI au 1er trimestre
- Si **Rhésus négatif** : information sur risque allo-immunisation, groupage du conjoint, éventuellement groupage Rhésus fœtal après 15 SA (non remboursé par SS)
- Contrôle RAI à 6 mois de grossesse (26–28 SA)
- Injection IV/IM de Rhophylac® 300 à 28 SA

N.B. : si conjoint Rhésus négatif et paternité certaine, la prophylaxie anti-D peut être évitée.

- Contrôle RAI à 8 mois sauf si Rhophylac® 300 fait
- RAI dernier mois pour sécurité transfusionnelle

Réaliser la prophylaxie dans les situations à risque

- Avant toute injection de Rhophylac®, faire une RAI pour s'assurer de l'absence d'immunisation
- Réaliser l'injection de Rhophylac® dans les situations à risque dans les 72 h (peut être rattrapé dans les 30 j)
- Si injection Rhophylac® antérieure : abstention possible en fonction dose initiale injectée dans les situations à risque modéré et si Kleihauer négatif dans situations à risque élevé (Rhophylac® 200 : durée efficacité 9 SA/ Rhophylac® 300 : durée efficacité 12 SA)

Liste des situations à risque de passage d'hématies fœtales

Au 1er trimestre (risque modéré de passage d'hématies fœtales)

- Toute FCS ou menace de FCS du 1er trimestre
- Toute interruption de grossesse (IVG ou IMG), quels que soient le terme et la méthode utilisée
- Grossesse môlaire
- Grossesse extra-utérine (GEU)
- Métrorragies
- Choriocentèse (biopsie de villosités choriales), amniocentèse
- Réduction embryonnaire
- Traumatisme abdominal
- Cerclage cervical

Aux 2e et 3e trimestres

Risque important de passage d'hématies fœtales

- Interruption médicale de grossesse
- FCS tardive
- Mort fœtale *in utero* (MFIU)
- Version par manœuvres externes (VME)

- Traumatisme abdominal ou pelvien (quel que soit le terme de la grossesse)
- Intervention chirurgicale abdominale ou pelvienne (quel que soit le terme de la grossesse)
- Prélèvement ovulaire : amniocentèse, cordocentèse, placentocentèse
- Accouchement, quelle que soit la voie

Risque modéré de passage d'hématies fœtales

- Métrorragies
- Cerclage du col utérin
- Menace d'accouchement prématuré (MAP) nécessitant un traitement

Adaptation de la dose du Rhophylac® en fonction du Kleihauer

Kleihauer HF/10 000 HA	Dose de 100 µg		Dose de 200 µg		Dose de 300 µg		Voie d'administration
Doses	Doses	µg	Doses	µg	Doses	µg	**IV directe**
0–4	1	100	1	200	1	300	
5–24	2	200	1	200	1	300	
25–44	3	300	2	400	1	300	
45–64	4	400	2	400	2	600	**Perfusion** sur 4 h Dilué dans 250 mL de NaCl à 9 pour mille
65–84	5	500	3	600	2	600	
85–104	6	600	3	600	2	600	
105–124	7	700	4	800	3	900	
125–144	8	800	4	800	3	900	
145–164	9	900	5	1000	3	900	
165–184	10	1000	5	1000	4	1200	
185–204	11	1100	6	1200	4	1200	
205–224	12	1200	6	1200	4	1200	
225–244	13	1300	7	1400	5	1500	
245–264	14	1400	7	1400	5	1500	
265–284	15	1500	8	1600	5	1500	
285–304	16	1600	8	1600	6	1800	

HF : hématies fœtales ; HA : hématies adultes.
La dose la plus basse actuellement commercialisée en France est de 200 µg. Dans les cas où une dose de 100 µg serait suffisante, il est recommandé de ne pas fractionner les doses.

Après l'accouchement

- Faire groupe sanguin fœtal au cordon
- **Si enfant RH+ :**
  - prélever Kleihauer 30 min minimum après la délivrance
  - faire injection Rhophylac® dont la dose est adaptée au Kleihauer dans les 72 h (rattrapage dans les 30 j)

83 Complications de l'allaitement

Prévention

- Accompagner +++
- Bien positionner le bébé
- Informer
- Grande souplesse dans la gestion de l'allaitement
- Importance d'un bon drainage des seins

Engorgement mammaire

Œdème par stase capillaire et augmentation du volume de lait produit. Il doit rapidement rentrer dans l'ordre avec des tétées efficaces et fréquentes. Un engorgement mammaire contemporain de la montée laiteuse est la conséquence d'un asynchronisme entre la lactogenèse, déjà opérationnelle, et les mécanismes d'éjection du lait, encore inefficaces. Il existe un sein douloureux, très dur globalement.

Prise en charge :

- douches chaudes sur les seins
- bien vider le(s) sein(s). Tétées fréquentes ou drainage (manuel ou par tire-lait)
- massage circulaire des seins avant les tétées
- pansements antiphlogistiques
- rassurer et accompagner +++

Crevasse

- Mamelon douloureux sans signes cutanés puis rouge, irrité et enfin apparition des fissures et érosions cutanées
- Favorisées par une mauvaise prise du sein ou plus rarement des troubles de succion
- Prévention par positionnement correct
- Traitement par correction de la technique de succion
- Topiques locaux

Lymphangite

L'association fièvre, douleur mammaire unilatérale oriente vers une complication de l'allaitement. La plus fréquente à ce stade est la lymphangite mammaire avec :

- accident précoce, souvent 5 à 10 j après l'accouchement
- début brutal, d'un jour à l'autre
- fièvre élevée à 39–40 °C avec frissons
- placard rouge, chaud, douloureux de la face externe du sein avec traînée rosâtre vers l'aisselle et adénopathie axillaire douloureuse
- le lait recueilli sur un coton est propre, sans trace de pus

On peut proposer :

- repos
- drainer le sein atteint : poursuivre si possible l'allaitement même du côté atteint, extraction du lait si la tétée est difficile (manuelle, tire-lait)
- paracétamol, chaud–froid, AINS (ibuprofène autorisé), massages
- antibiotiques à discuter selon les équipes

Galactophorite pré-suppurative

- accident plus tardif, au moins 10–15 j après l'accouchement
- début progressif, sur plusieurs jours
- fièvre modérée à 38–38,5 °C
- douleurs de l'ensemble du sein, qui est plus ferme que l'autre
- signe de Budin : le lait recueilli sur un coton est mélangé à du pus
- on peut proposer :
  - antibiothérapie *per os* active sur le staphylocoque et compatible avec l'allaitement, type pénicilline M pendant 8 j
  - suspension temporaire de l'allaitement avec le sein douloureux ; mais le lait doit être tiré et jeté pour bien vider le sein (location d'un tire-lait)

Abcès du sein

Devenu rare, il complique une galactophorite.

1. Diagnostic

- Début progressif par un tableau de galactophorite
- Puis majoration des douleurs et fièvre élevée (40 °C), parfois oscillante
- À l'examen, le sein est volumineux, rouge, tendu, très douloureux
- Dans ce contexte, la palpation d'une tuméfaction fluctuante est souvent difficile
- En cas de doute, s'aider d'une échographie mammaire

2. Conduite à tenir

- Hospitalisation, consultation d'anesthésie et bilan préopératoire, hémocultures
- Le traitement classique est chirurgical, incision–drainage, suivi d'une antibiothérapie adaptée au germe
- Aujourd'hui, on propose parfois un traitement par ponctions évacuatrices + antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme permettant dans la grande majorité des cas d'éviter l'incision–drainage
  - la poursuite de l'allaitement n'est pas contre-indiquée mais certaines femmes sont réticentes, surtout s'il y a du pus ou si la cicatrice est proche du mamelon. Dans ce cas, suspension temporaire de l'allaitement du côté du sein atteint ; mais le lait doit être tiré et jeté pour bien vider le sein (location d'un tire-lait). L'allaitement avec l'autre sein est poursuivi
  - aspirine ou AINS
  - pansements antiphlogistiques
  - antibiothérapie *per os* active sur le staphylocoque et compatible avec l'allaitement, type pénicillines M (pendant 8 j à adapter secondairement à l'antibiogramme
- Surveillance de la fièvre et des douleurs

Évolution généralement favorable avec régression en 24 à 48 h, autorisant la reprise de l'allaitement.

84 Inhibition de la lactation

Rappel

La montée laiteuse = processus physiologique.
Si la femme n'allaite pas, la lactation s'interrompt en 1 à 2 semaines.
Inconfort ou douleurs transitoires (quelques jours) chez 30 à 40 % des femmes.

Prise en charge d'une demande d'inhibition de la lactation

- Accompagnement et explications +++
- Pas de bandage des seins
- Si inconfort important = antalgiques (paracétamol)
- Si engorgement = anti-inflammatoire

Méthodes médicamenteuses

1. Bromocriptine

- Effets indésirables rares mais parfois graves :
  - cardiovasculaires (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde et hypertension artérielle)
  - neurologiques (principalement convulsions)
  - psychiatriques (hallucinations, confusion mentale)
- **Position de l'Agence européenne du médicament :** rapport bénéfice/risque de la bromocriptine favorable dans l'indication « inhibition de la lactation », indication restreinte uniquement aux situations où l'allaitement doit être arrêté pour raison médicale : fausse couche, interruption thérapeutique de grossesse, décès du nouveau-né ou infection VIH de la mère
- **Position de l'Agence national de sécurité du médicament :** le rapport bénéfice/risque de ces médicaments n'est plus favorable dans la prévention ou l'inhibition de la lactation physiologique
- Contre-indications de la bromocriptine :
  - HTA non équilibrée
  - hypertension du post-partum ou puerpérale
  - troubles hypertensifs de la grossesse : éclampsie, pré-éclampsie, HTA liée à la grossesse
  - antécédents cardiovasculaires graves dont maladie coronaire
  - troubles ou antécédents de troubles psychiatriques sévères

2. Lisuride ou cabergoline

Bien que ces deux médicaments soient également des agonistes dopaminergiques, les données de pharmacovigilance et de la littérature ne montrent pas d'effets indésirables graves cardiovasculaires ou neuropsychiatriques lors de leur utilisation après un accouchement ou une interruption de grossesse.

Contre-indications :

- hypersensibilité au maléate de lisuride ou à d'autres alcaloïdes de l'ergot de seigle.
- association aux neuroleptiques anti-émétiques et neuroleptiques antipsychotiques (sauf clozapine

- troubles circulatoires artériels sévères au niveau périphérique et cardiaque (insuffisance coronarienne)
- toxémie gravidique, hypertension du post-partum ou puerpérale
- antécédents de troubles psychiques (détérioration intellectuelle, accès confusionnels, hallucinations visuelles) ou psychiatriques, association avec la phénylpropanolamine

3. Dihydroergocryptine

La dihydroergocryptine (Vasobral®), utilisée hors AMM, n'est pas indiquée dans l'inhibition de la lactation et ne doit donc pas être utilisée.

4. Diurétiques

L'utilisation des diurétiques est à proscrire.

L'utilisation d'un médicament inhibant la lactation doit être réservée aux situations où l'inhibition de la lactation est souhaitée pour raison médicale (ANSM). 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.

Si une méthode médicamenteuse est choisie :

- lisuride (cp à 0,2 mg, 2 cp/j pendant 14 j)
- cabergoline (cp à 0,5 mg, 2 cp en une seule prise)

85 Contraception du post-partum

Rappels

Post-partum = moment privilégié pour recevoir une bonne information sur la contraception. Choix de la méthode contraceptive en fonction du désir de reprise de vie sexuelle et de l'existence d'une pathologie gravidique (diabète, HTA, hépatopathie...). Chez une femme qui allaite, même en cas d'aménorrhée, une ovulation est possible. Soixante pour cent des couples ont repris une activité sexuelle dans le mois suivant l'accouchement. Toutes les contraceptions hormonales passent dans le lait maternel.
Risque thromboembolique majeur pendant les 21 premiers jours. Normalisation des paramètres de l'hémostase dès J21 post-partum mais persistance d'un sur-risque thromboembolique veineux modéré jusqu'à 6 semaines après l'accouchement.

Méthodes

1. Contraception locale

- Spermicides à base de chlorure de benzalkonium (Pharmatex®, unidoses de préférence) : ne traversent pas la barrière vaginale, autorisés pendant l'allaitement
- Préservatifs masculins ou féminins

2. Microprogestatifs

- Désogestrel (Cerazette® et ses génériques remboursés Antigone®, Desopop®, Claréal®, Optimizette®... : effet «anti-glaire» + anti-ovulatoire) ou lévonorgestrel (Microval® : «anti-glaire»). Ces contraceptions induisent également un certain degré d'atrophie endométriale
- Mode d'administration : à prendre en continu à heures fixes (max. 3 h de retard pour Microval®)
- Effets secondaires : troubles du cycle (spottings, métrorragies environ 20–30 % des cas, voire aménorrhée) ; syndrome prémenstruel, hyperandrogénie modérée (séborrhée, acné)
- Contre-indication (relative) en cas d'hépatopathie gravidique ou d'accident thromboembolique veineux datant de moins de 3 mois

3. Œstroprogestatifs minidosés (EE ≤ 30 µg ou œstrogènes naturels)

- Formes orales :
  - 2e génération : Minidril®, Leeloo®...
  - 3e génération : Harmonet®, Mercilon®, Mélodia®...
  - Autres : Jasmine®, Yaz®, Belara®, Qlaira®, Zoely®
- Formes extra-orales (3e génération) : patch Evra® et anneau vaginal Nuvaring®
- Contre-indication en post-partum immédiat si pathologie gravidique : diabète, HTA, hépatopathies, tabagisme...

- Contre-indication absolue comme tout OP si antécédent thromboembolique veineux ou thrombotique artériel
- Attendre la rééducation périnéale pour l'anneau vaginal Nuvaring®

4. DIU (cuivre ou hormonal) et implant contraceptif Nexplanon®

Visite postnatale ou avant si cas particuliers

Choix = information – adaptation

- En cas de pathologie gravidique ou du post-partum immédiat → discussion avec le médecin référent (voir tableau ci-dessous)
- En cas d'allaitement maternel :
  - allaitement exclusif (c'est-à-dire plus de 6 tétées d'au moins 10 min et une tétée nocturne) : risque moins élevé d'ovulation mais 5 % de grossesses spontanées à 6 mois...
  - allaitement incomplet : ovulations possibles +++
  - ce qui est possible sans restriction :
    - la contraception locale (préservatifs, spermicides) → éducation des patientes +++
    - les microprogestatifs à initier entre J10 et J15 post-partum
- En l'absence d'allaitement maternel :
  - les œstroprogestatifs :
    - ils peuvent être prescrits à partir de J42 post-partum (en l'absence des contre-indications habituelles ou liées à certaines pathologies gravidiques)
    - selon l'OMS, ce délai peut être raccourci à J21 post-partum chez les patientes de moins de 35 ans, non fumeuses, non obèses (IMC < 30 kg/m^2) et qui n'ont pas accouché par césarienne
  - les microprogestatifs à initier en entre J10 et J15 post-partum

	Contraception œstroprogestative (pilule, patch, anneau vaginal)	Microprogestatifs	Implant sous-cutané progestatif	DIU au cuivre	DIU au lévonorgestrel	DMPA intramusculaire ou sous-cutané
Diabète gestationnel	Attendre la normalisation de la glycémie (consultation postnatale)	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Attendre la normalisation de la glycémie (consultation postnatale)
Syndrome pré-éclamptique	Attendre normalisation de la TA (consultation postnatale) S'assurer de l'absence de thrombophilie en cas de forme sévère Surveillance tensionnelle sous COP	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Attendre normalisation de la TA (consultation postnatale) S'assurer de l'absence de thrombophilie en cas de forme sévère Surveillance tensionnelle sous DMPA
HTA gravidique	Attendre normalisation de la TA (consultation postnatale) Surveillance tensionnelle sous COP	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Attendre normalisation de la TA (consultation postnatale) Surveillance tensionnelle sous DMPA

	Contraception œstroprogestative (pilule, patch, anneau vaginal)	Microprogestatifs	Implant sous-cutané progestatif	DIU au cuivre	DIU au lévonorgestrel	DMPA intramusculaire ou sous-cutané
Hépatopathies gravidiques hors stéatose hépatique aiguë gravidique	Attendre normalisation du bilan hépatique (consultation postnatale) Surveillance du bilan hépatique après l'initiation	Attendre normalisation du bilan hépatique (consultation postnatale) Surveillance du bilan hépatique après l'initiation	Attendre normalisation du bilan hépatique (consultation postnatale) Surveillance du bilan hépatique après l'initiation	Oui, sans restriction	Attendre normalisation du bilan hépatique (consultation postnatale) Surveillance du bilan hépatique après la pose	Attendre normalisation du bilan hépatique (consultation postnatale) Surveillance du bilan hépatique après l'initiation
Stéatose hépatique aiguë gravidique	Contre-indication de principe en attendant l'avis d'un hépatologue	Contre-indication de principe en attendant l'avis d'un hépatologue	Contre-indication de principe en attendant l'avis d'un hépatologue	Oui, sans restriction	Contre-indication de principe en attendant l'avis d'un hépatologue	Contre-indication de principe en attendant l'avis d'un hépatologue
Accidents thromboemboliques veineux de la grossesse et du post-partum	Contre-indication définitive	Possible si l'accident thromboembolique veineux date d'au moins 3 mois	Possible si l'accident thromboembolique veineux date d'au moins 3 mois	Oui, sans restriction en théorie, mais risque de ménorragies sous anticoagulants	Possible si l'accident thromboembolique veineux date d'au moins 3 mois	Contre-indication définitive

	Contraception œstroprogestative (pilule, patch, anneau vaginal)	Microprogestatifs	Implant sous-cutané progestatif	DIU au cuivre	DIU au lévonorgestrel	DMPA intramusculaire ou sous-cutané
Chorioamniotite et/ ou endométrite du post-partum	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Attendre d'être à au moins 3 mois de la phase aiguë	Attendre d'être à au moins 3 mois de la phase aiguë	Oui, sans restriction
Césarienne	Oui, mais initiation au moins 6 semaines après la césarienne	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Oui, pose lors de la consultation postnatale (possible également en cours de césarienne)	Oui, pose lors de la consultation postnatale (possible également en cours de césarienne)	Oui, mais initiation au moins 6 semaines après la césarienne

86 Examens systématiques à la sortie de la maternité

Avant la sortie de la maternité

Information et éducation des patientes concernant :

- l'évolution spontanée du risque au niveau pelvi-périnéal, rachidien et abdominal
- au niveau périnéo-sphinctérien : prise de conscience de la contraction des releveurs de l'anus, information sur la prévention de l'incontinence d'urines...
- au niveau pelvi-rachidien : prévention des rachialgies par des conseils ergonomiques (allaitement, port de l'enfant, matériel de puériculture)
- au niveau abdominal : prise de conscience des risques d'un renforcement musculaire intempestif et rôle de la sangle abdominale dans la prévention des rachialgies
- information sur la contraception

Visite du post-partum

Entre 6 et 8 semaines après l'accouchement.

Aborder :

- Vécu de l'accouchement
- État psychologique
- Allaitement
- Lien avec le nouveau-né
- État de santé du nouveau-né
- Contraception
- Douleurs périnéales, sécheresse vaginale
- Reprise des rapports sexuels, dyspareunies secondaires
- Continence sphinctérienne

Examen clinique :

- Poids, TA
- Seins
- Vulve–périnée : cicatrisation, zones douloureuses
- Spéculum : cicatrisation, leucorrhées, col, FCV si supérieur à 3 ans
- Toucher vaginal : utérus, annexes, sensibilité, testing musculaire
- Abdomen : cicatrisation, zones douloureuses, diastasis des grands droits
- Rachis

Prescriptions :

- Séances de rééducation post-partum, non systématiques ; 10 à 20 séances au maximum, en fonction du tableau clinique et des dominantes à traiter (dominantes périnéale, pelvi-rachidienne, abdominale)
- Contraception
- Avis spécialisés (situations particulières)

Déchirures périnéales sévères, césarienne

- Rendez-vous avec obstétricien à l'hôpital ou en clinique (consultant pendant la grossesse, sinon opérateur pendant l'accouchement)
- Revenir sur l'indication de la césarienne, le vécu, sur le délai de sécurité pour envisager une prochaine grossesse

Pré-éclampsie

Prévoir à 3 mois de l'accouchement :

- rendez-vous avec obstétricien à l'hôpital ou obstétricien en privé qui l'a suivie
- bilan avec un néphrologue ou un cardiologue orienté sur les problèmes de pré-éclampsie et grossesse
- échographie rénale
- bilan comportant : protéinurie des 24 h, ECBU, ionogramme sanguin avec urée et créatinine, recherche des anticorps anti-phospholipides (uniquement si PE sévère et précoce), recherche de thrombophilie héréditaire (uniquement si antécédents personnels ou familiaux de maladie thromboembolique veineuse, PE précoce, association à un RCIU sévère, un HRP ou une MFIU)

Une consultation de néphrologie sera srecommandée : si PE sévère et précoce, si persistance d'une protéinurie et/ou d'une HTA 3 mois post-partum

HRP ou RCIU vasculaire

Prévoir à 3 mois de l'accouchement :

- rendez-vous avec obstétricien à l'hôpital ou en clinique ayant suivi la grossesse
- bilan comportant : protéinurie des 24 h, ECBU, ionogramme sanguin avec urée et créatinine, recherche de thrombophilie héréditaire

Mort *in utero*

Prévoir à 3 mois de l'accouchement :

- rendez-vous avec obstétricien à l'hôpital ou obstétricien en privé qui a suivi la patiente
- bilan comportant : protéinurie des 24 h, ionogramme sanguin avec urée et créatinine, recherche de thrombophilie héréditaire
- consultation génétique en fonction du contexte
- HSG 3 à 6 mois après l'accouchement

Accouchement prématuré, menace sévère d'accouchement prématuré ou rupture précoce des membranes < 37 SA durant la grossesse

- Prévoir une hystérosalpingographie ou une hystéroscopie avec test à la bougie 3 à 6 mois après l'accouchement
- Recherche de vaginose bactérienne < 16 SA lors d'une prochaine grossesse
- Consultation dentaire

Diabète gestationnel durant la grossesse

- Prévoir à 3 mois en post-partum une glycémie à jeun ou une HGPO, avec double du résultat au diabétologue. L'allaitement ou la contraception ne justifient pas de différer les tests
- Glycémie à jeun annuelle tous les 1 à 3 ans, selon FDR, pendant 25 ans

Pyélonéphrites récidivantes ou coliques néphrétiques

- Prévoir une consultation d'urologie