Journée à thème du

CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

www.cnsf.asso.fr

Lundi 6 juin 2016

PARIS - ASIEM

PROGRAMME

RÉSUMÉ DES TRAVAUX

ÉDITORIAL

Depuis plusieurs années, le suivi de la grossesse s'organise suivant qu'elle s'inscrit dans des filières à bas ou haut risque.

La loi HPST, et plus récemment la loi de santé votée en 2016 renforcent les rôles et missions de chacun dans les champs de la prévention d'une part ou de la thérapeutique d'autre part.

C'est tout naturellement que la sage-femme retrouve sa place dans le suivi de la grossesse.

Cette journée à thème :

Le suivi de la grossesse : rôle et responsabilité de la sage-femme.

Vise précisément à mettre à jour vos connaissances afin d'être au plus proche des bonnes pratiques.

Je souhaite que cette journée soit riche d'enseignements et de partage d'expériences.

Bonne formation.

Sophie GUILLAUME
Présidente CNSF

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement les sociétés :

BAYLONIA
C.N.S.F. DE FRANCE
CADEAUX NAISSANCE
C.C.D
DANONE EAUX FRANCE
DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE
EXPANSCIENCE
FRANCE BÉBÉ NUTRITION
IPRAD
NATAL SERVICES
O.N.S.S.F
O.G.D.P.C
PETITE ÉMILIE
PHILIPS
PROFESSION SAGE FEMME
RIVADIS
SODILAC
SUCKLE
YSY MEDICAL

L'organisation matérielle est assurée par le **C.E.R.C.**

Christophe CASSAGNE
17 rue Souham 19000 TULLE
Tél. **05 55 26 18 87**
Email : **contact@cerc-congres.com**
www.cerc-congres.com

P R O G R A M M E

LE SUIVI DE LA GROSSESSE : RÔLE ET RESPONSABILITÉ DE LA SAGE-FEMME

8h30 — **ACCUEIL DES CONGRESSISTES**

9h00 — **OUVERTURE DES JOURNÉES**

- ***Sophie GUILLAUME*** *(Présidente du Collège National des Sages-Femmes de France - Paris)*

9h15 — **CONNAISSANCES ET ÉVALUATION**

Modérateur : Laurent GAUCHER (Lyon)

LA 1ÈRE CONSULTATION : ÉVALUATION DU NIVEAU DE RISQUE

- ***Adrien GANTOIS*** *(Pré-Saint-Gervais)*

ACTUALITÉS SUR LES SÉROLOGIES

- ***Olivier PICONE*** *(Suresnes)*

10h15 — **PAUSE ET VISITE DES STANDS**

10h45 — *Modératrice : Fabienne GALLEY-RAULIN (Verdun)*

ÉCHOGRAPHIE : LES CLICHÉS, LEUR LECTURE ET LES RESPONSABILITÉS PARTAGÉES

- ***Philippe VIOSSAT*** *(Grenoble)*

PRISE DE POIDS EXCESSIVE : LES FACTEURS DE RISQUES

- ***Béatrice MARQUET*** *(Angers)*

IMPACT ŒSTROGÈNES ET PROGESTÉRONE SUR LA MÈRE PENDANT LA GROSSESSE

- ***Nathalie BOURCIGAUX*** *(Paris)*

12h30 — **DÉJEUNER LIBRE**

14h00 — **LE 9ÈME MOIS**

Modératrice : Anne CHANTRY (Paris)

GROSSESSE PROLONGÉE : PEUT-ON DÉPASSER 41SA+5J ?

- ***Gabrielle AUBRY*** *(Colmar)*

LE DÉCOLLEMENT DES MEMBRANES :

- UNE PRATIQUE CONTROVERSÉE

- ***Norbert WINER*** *(Nantes)*

- QU'EN PENSENT LES USAGERS ?

- ***Marianne NIOSI*** *(Paris)*

15h30 — **PAUSE ET VISITE DES STANDS**

16h00 — *Modératrice : Michèle ZANARDI (Reims)*

L'EXAMEN DU BASSIN : PLACE DU PELVISCANNER

- ***Éric MOXHON*** *(Le Cateau-Cambrésis)*

DÉTERMINISME DE LA PARTURITION HUMAINE

- ***Céline MÉHATS*** *(Paris)*

16h45 — **CONCLUSION**

- ***Sophie GUILLAUME*** *(Présidente du Collège National des Sages-Femmes de France - Paris)*

17h00 — **FIN DE LA JOURNÉE**

La 1ère consultation : évaluation du niveau de risque

Adrien GANTOIS
Pré-Saint-Gervais

Première consultation, avec quel professionnel ?

La première consultation peut être faite avec :

- Une sage-femme ;
- Un gynécologue et/ou obstétricien ;
- Un médecin généraliste.

Les professionnels ayant effectué la déclaration de grossesse : 46 % (gynécologue et/ou obstétricien exerçant en ville) 28 % (en maternité), 26 % (médecin généraliste).

Les cadres (CSP) effectuent à 64 % leur première consultation avec un gynécologue, contre 21 % chez les femmes sans profession (chiffre la santé des femmes en France).

Quand effectuer la première consultation prénatale de grossesse ?

- Idéalement avant la grossesse, dans le cadre du suivi gynécologique quand la patiente exprime son désir de grossesse (Consultation préconceptionnelle).
- Avant 10 semaines d'aménorrhée.

Première consultation : disparités sociales (en fonction de la date de déclaration de grossesse)

Femmes n'ayant pas déclaré leur grossesse au 1er trimestre (7,8 %). Parmi elles :

En couple : 6,5 %	**Pas de vie de couple : 25,9 %**
Moins de 20 ans : 27,4 %	**20-24 ans : 12,3 %**
Au foyer : 17,3 %	**Étudiante : 19,9 %**
CMU/AME : 20 %	**Pas de couverture sociale : 39 %**

La première consultation de grossesse

- I - Age, situation professionnelle, tabac (score de fagerstrom), Consommation d'Alcool, et stupéfiants, identité du procréateur.
- II - ANTÉCÉDENTS
  - Antécédents médicaux, chirurgicaux, familiaux et obstétricaux
  - FCV à jour ?, vaccinations à jour ?
  - Antécédents de violence.

La première consultation prénatale

- **Examen Clinique**
  - Taille ;
  - Poids, TA ;
  - Morphologie, posture (boiteries...) ;
  - Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse (en fonction DDR, et Taux HCG sérique) ;
  - Examen cardio-pulmonaire.

- **Examen Gynécologique :**
  - Examen des seins ;
  - Inspection de l'abdomen (cicatrices) ;
  - Examen de la vulve et du périnée : condylomes, cicatrices (épisiotomie, mutilations sexuelles féminines), hémorroïdes ;
  - Examen au spéculum (non systématique), Frottis cervico- utérin si > 3 ans ;
  - Toucher vaginal (non systématique), taille de l'utérus et recherche de pathologies annexielles.

- **Examens paracliniques**
  - Prescription examens paracliniques obligatoires :
    - Groupe sanguin ;
    - Toxoplasmose, rubéole ;
    - Recherche d'agglutinines irrégulières ;
    - TPHA, VDRL ;
    - Glycémie à jeun ;
    - Bilan urinaire (albuminurie et nitrites) ;
    - Échographie du 1er trimestre entre 11 et 13 SA^{+6}.

- **Examens proposés systématiquement :**
  - Sérologie VIH 1 et 2 ;
  - Dépistage combiné du 1er trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et B-HCG libre) ;
  - Sérologie Hépatite C ;
  - NFS ;
  - Électrophorèse de l'hémoglobine.

Prévention

- Bilan bucco-dentaire (prise en charge assurance maternité) ;
- Information sur la Vaccination (Grippe) ;
- Violences faites aux femmes (Quelqu'un un jour vous a fait souffrir ?) ;
- Tabac, alcool, drogues, médicaments tératogènes ;
- Prévenir des anomalies du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates à raison de 400 ug/jour).

Statut social

- Si absence de couverture social :
  - Mettre en lien le couple avec le CCAS de la ville du domicile ;
  - Communiquer le dossier à la sage-femme de PMI.

Orientation - Parcours de santé de la femme enceinte

- Conditions :
  - Exercice dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et dans un réseau de périnatalité selon les possibilités locales ;
  - En libéral : Informer la patiente des différentes maternités aux environs et expliquer leurs organisations (Réseau ville hôpital ? Niveau 1, niveau 2, niveau 3 ?).

Orientation - Parcours de santé de la femme enceinte (HAS)

- Suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue obstétricien) selon le choix de la femme.

- Avis A 1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et /ou d'un autre spécialiste est conseillé.
  - COURRIER !

- Avis A 2 : l'avis d'un gynécologue obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
  - COURRIER !

Orientation - Parcours de santé de la femme enceinte

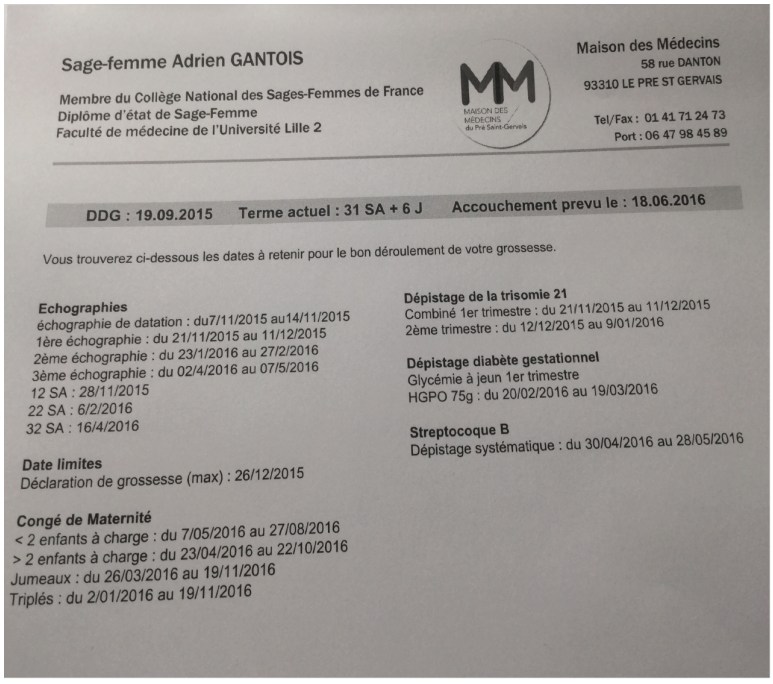
- Suivi B : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par gynécologue obstétricien.

Orientation en consultation d'accueil - exemple du CH intercommunal de Montreuil

- **Inscription à l'hôpital : consultation avec une sage-femme :**
  - Détermination du parcours (Physio, Intermédiaire, ou Patho) :
    - Physio : Aucun antécédent médical, aucun antécédent obstétrical pathologique, protection sociale, grossesse mono fœtale - suivi en ville - CS jusqu'à 35 SA.
  - Détermination du parcours :
    - Intermédiaire : dossier présenté au Staff Consultations (Staff CAO), suivi par médecin gynécologue obstétricien, interne, vacataire du Centre hospitalier. Intermédiaire : doute sur l'orientation, absence de protection sociale, patiente demandeuse de suivi à l'hôpital.
    - Patho : suivi par un médecin du centre hospitalier (antécédent médical, antécédent obstétricale pathologique, grossesse multiple). Consultation d'anesthésie.

- **Première consultation prénatale : exemple de la Maison des médecins.**

- **Calendrier personnalisé**



Sage-femme Adrien GANTOIS

Membre du Collège National des Sages-Femmes de France
Diplôme d'état de Sage-Femme
Faculté de médecine de l'Université Lille 2

Maison des Médecins
58 rue DANTON
93310 LE PRE ST GERVAIS

Tel/Fax : 01 41 71 24 73
Port : 06 47 98 45 89

DDG : 19.09.2015 Terme actuel : 31 SA + 6 J Accouchement prevu le : 18.06.2016

Vous trouverez ci-dessous les dates à retenir pour le bon déroulement de votre grossesse.

Echographies
échographie de datation : du7/11/2015 au14/11/2015
1ère échographie : du 21/11/2015 au 11/12/2015
2ème échographie : du 23/1/2016 au 27/2/2016
3ème échographie : du 02/4/2016 au 07/5/2016
12 SA : 28/11/2015
22 SA : 6/2/2016
32 SA : 16/4/2016

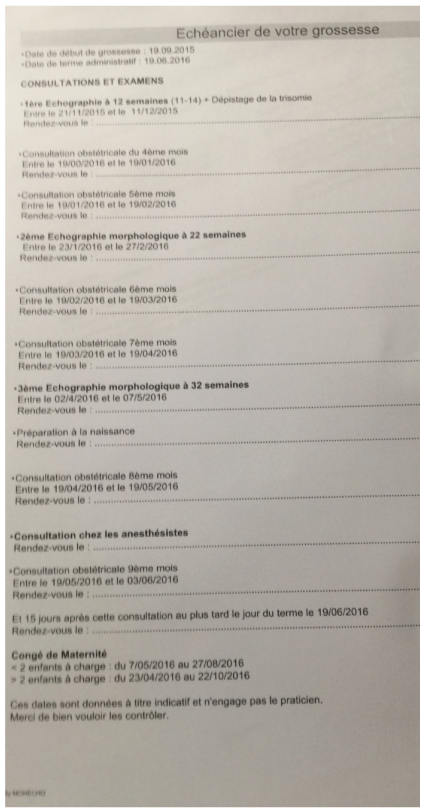
Date limites
Déclaration de grossesse (max) : 26/12/2015

Congé de Maternité
< 2 enfants à charge : du 7/05/2016 au 27/08/2016
> 2 enfants à charge : du 23/04/2016 au 22/10/2016
Jumeaux : du 26/03/2016 au 19/11/2016
Triplés : du 2/01/2016 au 19/11/2016

Dépistage de la trisomie 21
Combiné 1er trimestre : du 21/11/2015 au 11/12/2015
2ème trimestre : du 12/12/2015 au 9/01/2016

Dépistage diabète gestationnel
Glycémie à jeun 1er trimestre
HGPO 75g : du 20/02/2016 au 19/03/2016

Streptocoque B
Dépistage systématique : du 30/04/2016 au 28/05/2016



Echéancier de votre grossesse

•Date de début de grossesse : 19.09.2015
•Date de terme administratif : 19.06.2016

CONSULTATIONS ET EXAMENS

•**1ère Echographie à 12 semaines** (11-14) + Dépistage de la trisomie
Entre le 21/11/2015 et le 11/12/2015
Rendez-vous le :

•Consultation obstétricale du 4ème mois
Entre le 19/00/2016 et le 19/01/2016
Rendez-vous le :

•Consultation obstétricale 5ème mois
Entre le 19/01/2016 et le 19/02/2016
Rendez-vous le :

•**2ème Echographie morphologique à 22 semaines**
Entre le 23/1/2016 et le 27/2/2016
Rendez-vous le :

•Consultation obstétricale 6ème mois
Entre le 19/02/2016 et le 19/03/2016
Rendez-vous le :

•Consultation obstétricale 7ème mois
Entre le 19/03/2016 et le 19/04/2016
Rendez-vous le :

•**3ème Echographie morphologique à 32 semaines**
Entre le 02/4/2016 et le 07/5/2016
Rendez-vous le :

•Préparation à la naissance
Rendez-vous le :

•Consultation obstétricale 8ème mois
Entre le 19/04/2016 et le 19/05/2016
Rendez-vous le :

•**Consultation chez les anesthésistes**
Rendez-vous le :

•Consultation obstétricale 9ème mois
Entre le 19/05/2016 et le 03/06/2016
Rendez-vous le :

Et 15 jours après cette consultation au plus tard le jour du terme le 19/06/2016
Rendez-vous le :

Congé de Maternité
< 2 enfants à charge : du 7/05/2016 au 27/08/2016
> 2 enfants à charge : du 23/04/2016 au 22/10/2016

Ces dates sont données à titre indicatif et n'engage pas le praticien.
Merci de bien vouloir les contrôler.

Première consultation prénatale de grossesse

- Guide de l'inscription en maternité, avec descriptifs et modes de prise en charge ;
- Participation des sages-femmes cliniciens aux staffs de deux maternités du secteur ;
- Participation des sages-femmes échographistes au centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal.

Cotation Première consultation prénatale

- Il s'agit d'une consultation longue, n'ayant pas les mêmes objectifs que l'entretien prénatal ;
- Temps minimum : 35 minutes ;
- Cotation d'une consultation : C = 23 euros.

Actualités sur le suivi virologique des femmes enceintes

Dr Olivier PICONE

Service de gynécologie Obstétrique et Médecine de la reproduction du Pr Ayoubi
Hôpital Foch, Suresnes

Les examens médicaux obligatoires chez la femme enceinte dans le cadre général du suivi de la grossesse sont au nombre de sept (art. R. 2122-1 du CSP). L'article R. 2122-2 du CSP en fixe le contenu.

Nous allons nous attacher aujourd'hui regarder l'actualité concernant les sérologies virales.

Recommandations concernant la rubéole

Rappel : Ces recommandations concernent l'ensemble des femmes enceintes asymptomatiques se présentant aux consultations prénatales instituées dans le cadre du suivi de la grossesse, hors notion de contage et à l'exclusion de la survenue de signes cliniques évocateurs.

Selon l'OMS, il n'y a pas lieu de vacciner des femmes ayant reçu deux vaccinations préalables, quel que soit le résultat de la sérologie si elle a été pratiquée, ni de réaliser des sérologies de contrôle.

La vaccination doit être proposée à toute femme non immune en post partum immédiat : l'OMS insiste sur l'importance que cette vaccination soit proposée avant la sortie de la maternité et, dans ces conditions, que les pharmacies des établissements de santé puissent délivrer le vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole. Elle rappelle que l'allaitement et l'injection d'immunoglobulines anti D ne constituent pas des contre indications à cette vaccination.

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

Chez les femmes enceintes séronégatives, une nouvelle sérologie rubéolique devra être proposée uniquement à 20 SA, à la recherche d'une éventuelle séroconversion.

DONC : 2 Sérologies 1er rendez vous et 20 SA, IgG seules

Recommandations concernant l'hépatite B

Le dépistage de l'Ag HBs au cours de la grossesse a pour objectif principal de permettre une sérovaccination des nouveau nés de mères porteuses du virus de l'hépatite B, afin de prévenir la transmission périnatale du VHB.

Le dépistage maternel biologique de l'hépatite B est obligatoire et repose la recherche de l'Ag HBs au 6ème mois. Cependant, les recommandations de 2014 concernant la prise en charge des hépatites recommande de faire un dépistage chez la femme enceinte comme en population générale, c'est-à-dire avec la triple sérologie Ag HbS, Ac anti HbS, Ac anti Hbc et ce dès le premier trimestre afin de permettre une prise en charge adaptée et précoce d'une éventuelle découverte d'une hépatite.

Recommandations concernant l'hépatite C

Selon les recommandations de 2014 sur la prise en charge des hépatites, le dépistage de l'hépatite C n'est pas recommandé et ne doit être fait que si un facteur de risque est retrouvé. Cependant, au vu des progrès de la thérapeutique, un dépistage systématique devra être évalué à l'avenir.

Facteurs de risques d'hépatite C (HAS) :

- sujets ayant reçu des produits sanguins stables avant 1988 ou des produits sanguins labiles avant 1992 ou une greffe de tissu, de cellules ou d'organe avant 1992. La transfusion n'étant pas toujours connue, il convient de dépister le VHC chez les sujets ayant pu être transfusés du fait de la gravité des traitements médicaux ou chirurgicaux effectués : intervention chirurgicale lourde, séjour en réanimation, accouchement difficile, hémorragie digestive, etc. Une attention particulière doit être portée à repérer les sujets qui ont pu être transfusés du fait de soins en néonatalogie ou en pédiatrie : anciens grands prématurés, enfants nés avec une pathologie grave, antécédents d'exsanguinotransfusion, etc. ;
- sujets ayant utilisé au moins une fois dans leur vie des drogues par voie intraveineuse, quelle que soit la date d'utilisation. De plus, les toxicomanes qui restent actifs doivent être dépistés régulièrement ;
- enfants nés de mère séropositive pour le VHC ;
- patients hémodialysés ;
- sujets découverts séropositifs pour le VIH.

Recommandations concernant le VIH

La réalisation du dépistage de l'infection par le VIH en début de grossesse n'a pas été rendu obligatoire par la loi mais il est obligatoire de le proposer. En cas de négativité, il faut répéter la sérologie en fin de grossesse dans les populations à risque.

Informations sur le CYTOMÉGALOVIRUS

Le dépistage systématique et généralisé du CMV comme c'est le cas pour la toxoplasmose et la rubéole n'est pas recommandé en France. Cependant, les

recommandations de la HAS de 2004 et le CNGOF en 2015 mentionnent qu'il faut informer les patientes de l'existence de ce virus et des mesures de prévention qui existent, en particulier chez la patientes à risques : Professionnelles de santé, Professeur des écoles, Mères d'enfant en bas âge.

La sérologie CMV peut donc être prescrite, de préférence le plus tôt possible pendant la grossesse.

La présence d'anticorps signifie que la patiente a déjà été en contact avec le CMV (ce qui est le cas d'environ 50 % des adultes). Le risque d'un problème lié a ce virus est pendant la grossesses est extrêmement faible.

L'absence d'anticorps indique que la patiente n'a jamais été en contact avec le CMV et qu'elle risque d'être contaminée pendant la grossesse, particulièrement si elle est en contact, en milieu professionnel ou familial, avec des jeunes enfants.

Dans ce cas, Il convient de prendre des précautions d'hygiène, à respecter pendant toute la grossesse *(voir ci dessous).*

Un deuxième prélèvement sera alors pratiqué vers 20 SA puis au cours du dernier mois de la grossesse afin de faire un diagnostic de séroconversion.

Si le deuxième prélèvement pratiqué s'avère positif, un médecin spécialiste doit être contacté pour informer des modalités de prise en charge.

Le dépistage sérologique n'a de sens que s'il est accompagné d'une information claire du couple et un rappel des conseils d'hygiène.

<u>Les précautions à prendre en cas d'absence d'immunité vis-à-vis du cytomégalovirus sont :</u>

- Lavez-vous fréquemment les mains.
- Si vous êtes en contact avec un enfant en bas âge, il est souhaitable de prendre des précautions particulières. En effet, surtout s'il fréquente une collectivité (crèche, garderie), celui-ci a pu être contaminé par d'autres enfants. Dans ce cas le virus reste présent dans sa salive, ses larmes et dans ses urines pendant plusieurs mois :
  - Abstenez-vous de «goûter» les biberons ou les cuillerées d'aliments et de sucer sa tétine.
  - N'utilisez pas ses affaires de toilette (gant, serviette, brosse à dents) qui doivent lui être personnelles,
  - Évitez de l'embrasser sur la bouche,
  - Lavez-vous soigneusement les mains après chaque change et les repas.

Ces précautions s'appliquent aussi si vous êtes professionnellement en contact avec un ou plusieurs jeunes enfants. Elles sont à respecter jusqu'à l'accouchement. Elles doivent de toute façon aussi s'appliquer à toutes les femmes enceintes, même ayant déjà des anticorps contre le CMV. Votre mari doit lui aussi prendre ces mesures mais il est inutile de lui faire une sérologie.

Actualités concernant le virus Zika

Ce virus est maintenant reconnu comme responsable de fœtopathies infectieuses sévères. Il est recommandé aux patientes de ne pas se rendre en zone d'épidémie. Pour les patientes revenant de zone d'épidémie il est conseillé de faire une sérologie Zika, qui si elle est négative pourra permettre d'être rassurant. Cette sérologie n'est valable que pour les voyageurs en raison du risque de réaction croisée du test avec d'autres agents infectieux qui peuvent être contractés là où l'épidémie sévit.

EN RÉSUMÉ

En l'absence de symptomatologie, d'éruption ou de contage :

➢ **AVANT 12 SA :**

- Obligatoire : HIV, TOXO (si positif à contrôler 3 semaines après dans le même labo), RUBEOLE (IgG seuls), TPHA VDRL.
- À Discuter : CMV, VZV.

➢ **TOUS LES MOIS :**

Obligatoire : Toxoplasmose si négative.

➢ **À 20 SA :**

- Obligatoire : Rubéole si négatif (IgG seuls).
- À discuter : CMV si patiente à risque et négatif en début de grossesse.

➢ **32 SA**

- Obligatoire : -
- À discuter : TPHA VDRL, VIH si facteurs de risques, CMV si négatif en début de grossesse.

En cas de fièvre chez une patiente enceinte, en deuxième intention : sérologies CMV, Erythrovirus, PCR enterovirus, Zika...

Échographie, les clichés, leur lecture et les responsabilités partagées

Philippe VIOSSAT
Grenoble

La pratique de l'échographie obstétricale est devenue une spécialité à part entière et cela s'accompagne d'une bipartition des rôles (le demandeur et celui qui réalise l'examen). Ceci s'accompagne d'une répartition, d'un partage des responsabilités concernant la mission de dépistage prénatal. Il convient de discuter et caractériser les connaissances nécessaires au praticien demandeur sur le contenu de l'examen échographique afin qu'il puisse remplir son rôle en vérifiant sa cohérence.

① Les obligations de l'échographiste :

Concernant la production de clichés d'échographie lors des trois échographies de dépistage de la grossesse, des obligations incombent à l'échographiste.

En termes réglementaires, l'échographiste doit connaître et respecter l'Arrêté du 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21. Cet Arrêté insiste sur la nécessité d'une qualité suffisante de la mesure de la clarté nucale et de la longueur crânio-caudale. Pour le calcul du risque combiné, on « prend notamment en compte les résultats de l'échographie prénatale du premier trimestre, lorsque ces résultats sont disponibles et que les critères de mise en oeuvre en matière de mesures échographiques sont satisfaits ».

Il est très explicite en précisant que l'échographiste doit produire des « images documentant la qualité des mesures ; deux clichés explicites figurent dans le dossier médical et permettent de juger :

– de la qualité du plan sagittal, de la position des curseurs, de l'agrandissement pour le cliché de la clarté nucale ;
– de la qualité du cliché de la longueur crânio-caudale. ».

Il indique également que s'il n'est pas possible d'obtenir une image satisfaisante, la mesure de la clarté nucale n'est pas rendue par l'échographiste. Et, que Le calcul du risque combiné du 1er trimestre ne sera pas réalisé si, une ou plusieurs données sont manquantes ; s'il y a un doute sur la qualité d'au moins une des données ; une impossibilité technique d'obtenir une mesure adéquate de la clarté nucale ou de la longueur crânio-caudale ; ou encore une absence d'identification de l'échographiste au sein d'un réseau de périnatalité.

Cet Arrêté rend donc obligatoire la production de deux clichés lors de l'échographie du premier trimestre qui permet de juger de leur qualité. Il donne également des clés pour évaluer cette qualité en énonçant les critères majeurs.

Sur un plan réglementaire, les sages-femmes échographistes doivent respecter les termes de la convention de la profession avec l'UNCAM. Depuis la Décision du 14 février 2013 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, il est stipulé que la sage-femme échographiste doit accompagner l'examen d'un compte rendu détaillé et d'une iconographie appropriée portant sur chacun des organes étudiés.

Depuis mars 2016, les sages-femmes ont accès à la codification CCAM pour les actes à compétences partagées avec les médecins, comme l'échographie. Ainsi, les sages-femmes, comme les médecins, doivent observer les règles des Dispositions générales et dispositions diverses de la CCAM. Dans le Livre 1, Article I-5, il est précisé que « Pour l'application de l'article I-4, chaque acte doit faire l'objet d'un compte-rendu écrit et détaillé qui sert de document de liaison afin de faciliter la continuité des soins. Le compte-rendu doit comporter notamment : les renseignements d'ordre administratif, les renseignements d'ordre médical, l'indication de l'acte, les modalités techniques précises quand cela est nécessaire, les résultats quantitatifs et qualitatifs pertinents, les conclusions motivées. Il est accompagné éventuellement d'un tracé ou d'une iconographie approprié. Il est réalisé et signé par le médecin ou la sage-femme ayant pratiqué l'acte et peut être adressé au contrôle médical sur sa demande ».

L'échographiste doit, conformément à l'Article R. 4127-304 du Code de la Santé Publique, entretenir et perfectionner ses connaissances. Il devra donc observer de près les recommandations scientifiques.

Dans notre propos, il convient de faire allusion au guide des bonnes pratiques de la HAS publié en mai 2016 concernant la Démarche d'assurance qualité des pratiques professionnelles en matière de dépistage combiné de la trisomie 21. Celui-ci a fait appel aux différentes sociétés savantes dans le domaine. Parmi les points retenus pour améliorer la qualité du dépistage, la qualité des clichés échographiques est évoquée.

Il est précisé à nouveau la nécessité de produire les clichés et qu'en cas de mesure de la clarté nucale ne répondant pas aux critères de qualité décrits dans la note technique des recommandations, on ne doit pas inscrire la mesure de la clarté nucale dans le compte-rendu (conformément à l'arrêté du 23 juin 2009) puis ; renouveler l'examen (LCC + CN) si l'âge gestationnel le permet et si la femme, après information, le souhaite.

Les différents critères de qualité sont décrits avec une grande précision, de façon consensuelle dans la charte des organismes qui sera révisée et actualisée au besoin (annexe 2 de ces recommandations). L'échographiste doit les connaître et y répondre dans le cadre de l'EPP.

Les autres recommandations que l'échographiste doit appliquer sont celles de la Conférence Nationale de l'Échographie Obstétricale et Fœtale.

En 1998, un rapport de l'ANAES recommande la pratique de trois échographies de surveillance de la grossesse.

À la suite de l'arrêt de la Cour de Cassation dit "Perruche", est né un mouvement de réflexion sur le diagnostic prénatal, ses conditions d'application, ses objectifs, ses limites et sa perception par le public. La préoccupation a plus particulièrement touché le monde de l'échographie obstétricale et fœtale du fait de sa position

centrale dans le dispositif de la médecine fœtale, de son extrême diffusion, de sa relative fragilité due à son apparition récente et de la disparité parfois observée entre les espoirs qu'elle pouvait faire naître et la réalité sur le terrain.

C'est dans ce contexte que fut installé, en 2001, par le Secrétaire d'État à la Santé, Monsieur Bernard Kouchner, le Comité National Technique de l'Échographie de Dépistage Prénatal (CNTEDP). Ses deux objectifs principaux étaient de promouvoir une politique d'assurance de qualité de l'échographie de dépistage et développer une stratégie d'information du public sur l'intérêt et les limites de l'échographie fœtale. Furent nommés présidents, les Professeur Claude Sureau, Roger Henrion puis Jacques Lansac. En 2010, la dénomination change et devient la Commission Nationale de l'Echographie de Obstétricale et Fœtale.

En février 2013, la Commission est dissoute en raison de la démission collective de ses membres et poursuit ses travaux en se réunissant désormais de façon autonome, hors de la tutelle ministérielle. Ce groupe multidisciplinaire d'audience nationale a en charge de définir collectivement les conditions d'application de l'échographie Obstétricale et Fœtale en France et de publier un référentiel consensuel opposable. Il regroupe des représentant des sociétés savantes (CNSF, CNGOF, CFEF, SFR), l'ABM, la HAS, l'ANSM, le Fédération des CPDPN, le Conseil pédagogique national du DIU d'échographie en Gynéco-obstétrique, Fédération Nationale des Réseaux de santé Périnatale les Conseils de l'Ordre, les syndicats professionnels, les usagers. Désormais, l'appellation est Conférence Nationale d'Échographie Obstétricale et Fœtale (CNEOF) dont les membres sont désignés par les instances qu'ils représentent. Les président et secrétaire général actuels élus depuis juin 2015, sont le D^{r} Roger Bessis et M. Philippe Viossat. Les objectifs actuels de cette commission sont de promouvoir une politique d'assurance qualité des examens d'échographie obstétricale et fœtale, favoriser l'accès homogène à une offre de soins de qualité à travers le territoire, constituer les nouveaux référentiels professionnels en matière d'échographie obstétricale et fœtale.

Dans son rôle d'élaboration des règles de bonnes pratiques, la CNEOF a publié en 2005 un rapport définissant les recommandations sur le contenu de l'examen échographique obstétrical de dépistage. Cette commission a poursuivit son travail et a élaboré en 2010 un rapport équivalent et concernant cette fois-ci les échographies dites de diagnostic ou de deuxième intention. Les membres de la CNEOF se sont attachés à faire une lecture critique du rapport de 2005 du CNTEDP afin d'en faire une nécessaire mise à jour, tenant compte de l'évolution des dix années écoulées, sur le plan technique, réglementaire et des recommandations... Elle s'inscrit ainsi dans la même démarche de double sécurité ; sécurité sanitaire pour les familles, sécurité de la pratique pour les professionnels.

La version réactualisée des recommandations sur le contenu de l'échographie de dépistage voit ainsi le jour en juin 2016. Dans celles-ci figurent, entre autres choses, les items que le compte-rendu doit renseigner et des schémas représentant des appels à images, aux clichés que doit fournir l'échographiste pour accompagner le compte-rendu. Ils sont au nombre de trois au premier trimestre, treize au deuxième trimestre et neuf au troisième trimestre.

② Les obligations du demandeur de l'examen :

Dans son dernier rapport, la CNEOF a élaboré et recommande l'utilisation d'un formulaire type de demande d'examen. Même s'il s'agit d'une demande d'examen et non d'une prescription, la sage-femme ou le médecin demandant une échographie obstétricale doit répondre à une obligation réglementaire, l'Article R. 4127-334 du code de la santé publique (pour les sages-femmes)

« La sage-femme doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté nécessaire. Elle doit veiller à la bonne compréhension de celles-ci par la patiente et son entourage. Elle doit s'efforcer d'obtenir la bonne exécution du traitement. »

ou R.4127-34 pour les médecins :

« Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution. »

Le demandeur de l'examen se voit donc chargé d'une mission d'audit dans ce cadre, il y a une relation de maître d'œuvre – maître d'ouvrage. Certes, le pratIcien demandeur n'a pas les compétences de l'échographiste mais doit veiller à la cohérence du contenu du compte-rendu de l'examen échographique ainsi que des clichés fournis. Il est de son devoir de connaître les textes réglementaires incombant à l'échographiste. Il en est de même pour les recommandations puisqu'il doit respecter également son obligation d'entretien et perfectionnement des connaissances (Article R. 4127-304 du CSP).

On attend du demandeur de l'examen une relecture du compte-rendu et des clichés fournis. Il vérifiera le nombre de clichés, la présence de chaque cliché recommandé et une erreur grossière.

En effet, une faute caractérisée est entendue comme « une faute qui, par son intensité et son évidence, dépasse la marge d'erreur habituelle d'appréciation, compte tenu des difficultés inhérentes au diagnostic anténatal » (Cass. civ. 1ère, 16 janvier 2013, n° 12-14.020).

Des condamnations ont eu lieu en s'appuyant sur l'incohérence entre le contenu du compte-rendu et une anomalie révélée à la naissance. Dans ces cas, les assurances en responsabilité civile et/ou pénale cherchent à partager les responsabilités pour partager les indemnités versées à la famille plaignante, à l'instar des assureurs automobile cherchant à obtenir le statut de « torts partagés » où chacun prendra en charge ses dégâts.

La responsabilité du demandeur d'examen sera alors recherchée systématiquement puisqu'il a la responsabilité de la relecture du rapport d'examen échographique.

Pour les clichés du premier trimestre (clarté nucale et longueur crânio-caudale), l'exigence est encore plus haute puisque des critères de qualités sont énoncés réglementairement. Le défaut de qualité devant conduire le praticien à demander un nouvel examen.

Il est donc essentiel que les praticiens demandeurs de ces examens aient connaissance du contenu du rapport de la CNÉOF sur les recommandations de l'échographie obstétricale de dépistage.

③ Les clichés recommandés :

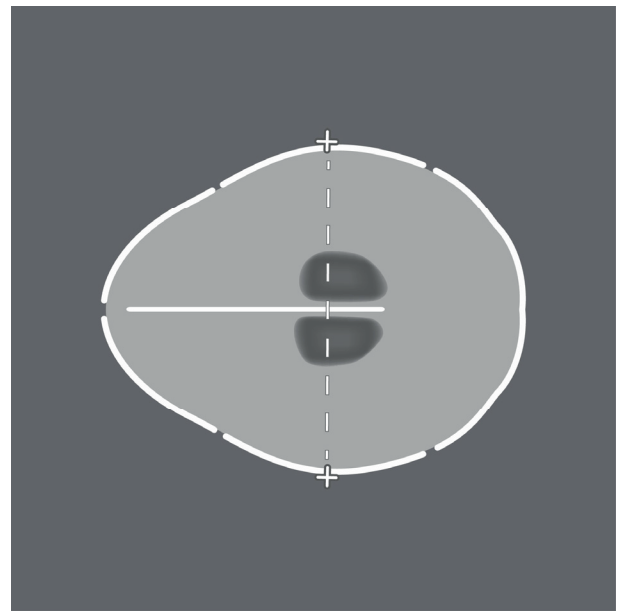
Les clichés recommandés par la CNÉOF selon le rapport de juin 2016 sont :

Lors de l'échographie du premier trimestre, qui doit se réaliser entre 11 SA + 0 jour et 13 SA + 6 jours (LCC entre 45 et 84 mm), trois clichés sont recommandés : coupe sagittale du fœtus avec mesure de la longueur crânio-caudale (LCC), coupe sagittale su tiers crânial du fœtus avec mesure de la clarté nucale et coupe transversale du crâne fœtal avec mesure du diamètre bipariétal. Les deux premiers étant également une obligation réglementaire. Le lecteur du cliché de la clarté nucale devra vérifier la qualité de la "sagittalité" du plan de coupe, si le zoom est suffisant et les calipers bien en place. Il devra vérifier également la bonne qualité du cliché de la LCC.

Longueur Crânio-caudale

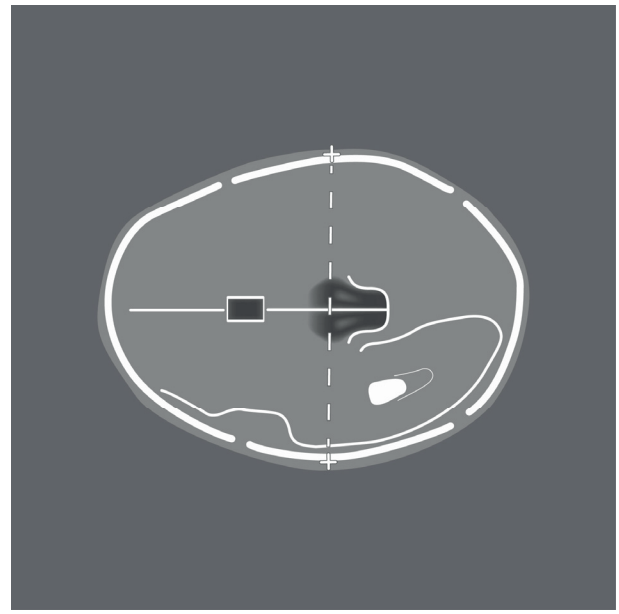
Clarté Nucale

Diamètre bipariétal

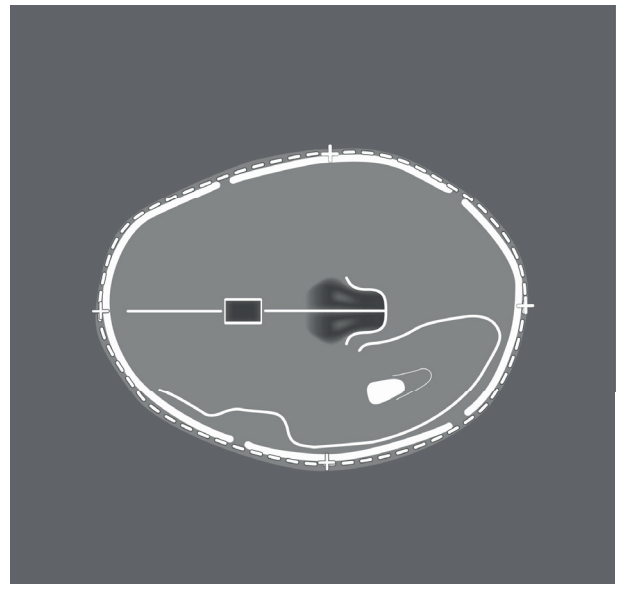


Lors de l'échographie du deuxième trimestre (entre 20 et 25 SA), treize clichés sont recommandés :

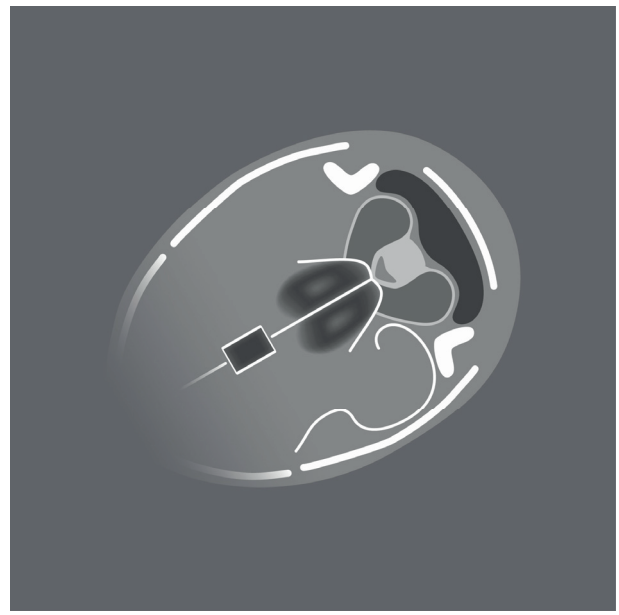
Diamètre bipariétal



Périmètre céphalique

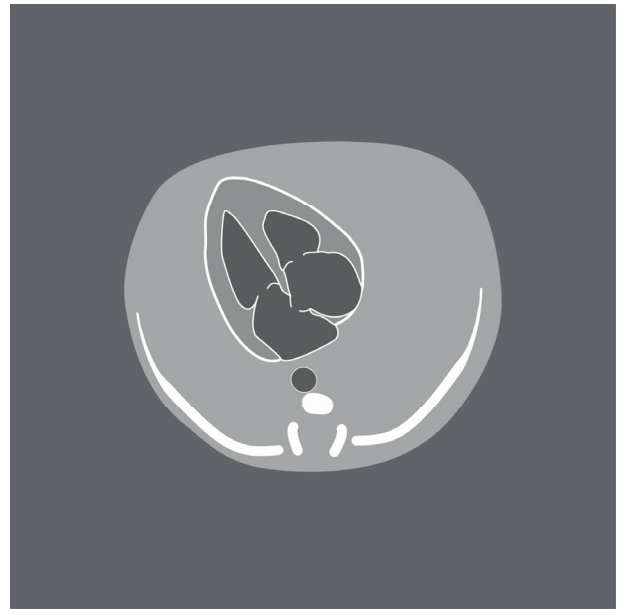


Cervelet



Nez-bouche

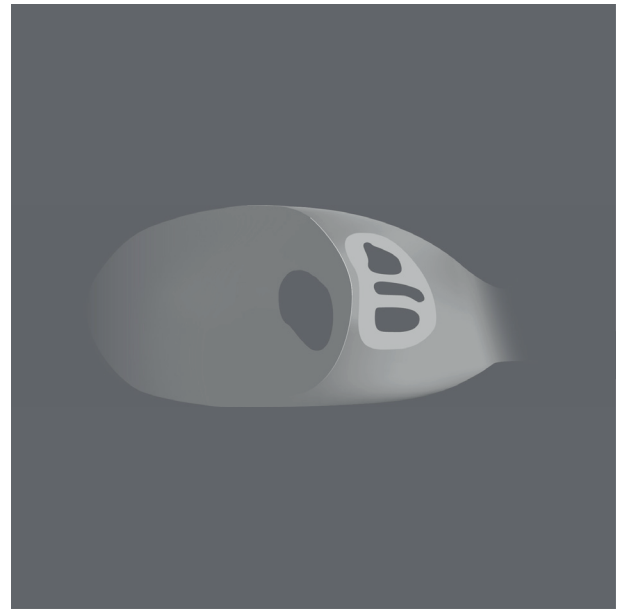
4 Cavités cardiaques



Aorte

Artère Pulmonaire

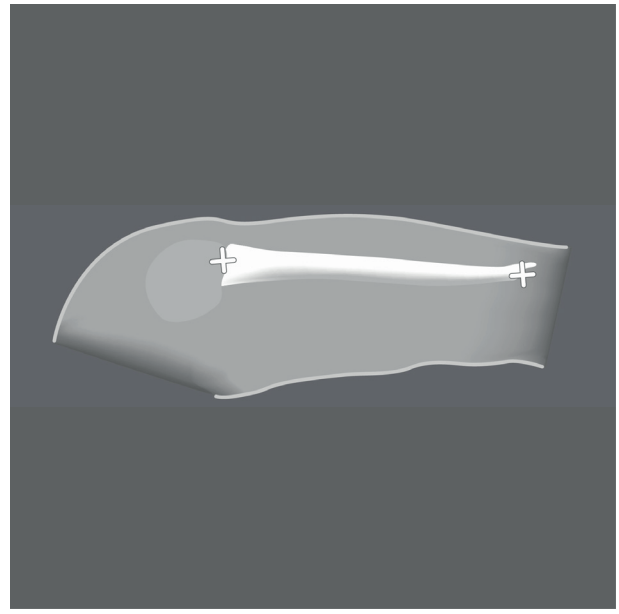
Interface thoraco-abdominale



Périmètre abdominale

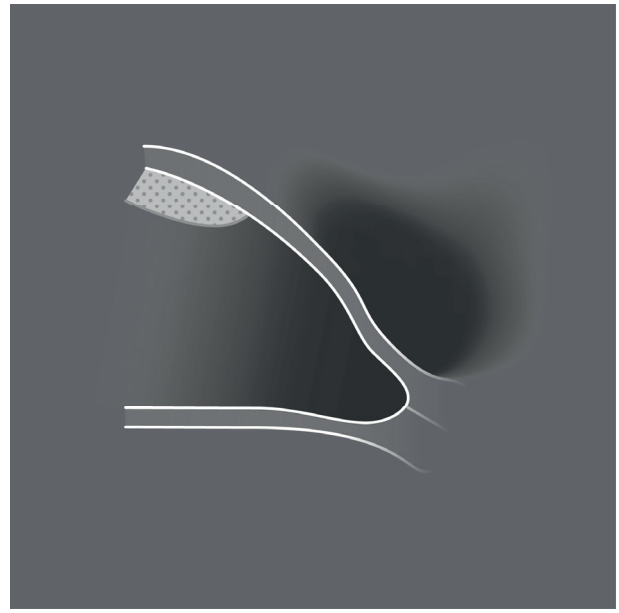
2 Reins

Fémur



Rachis

Insertion Placentaire



Lors de l'échographie du troisième trimestre, les clichés recommandés seront les mêmes exceptions faites des clichés : du cervelet, nez-bouche, interface thoraco-abdominale et insertion placentaire qui sont retirés de la liste.

Enfin, concernant l'échographie dite de diagnostic (rapport de la CNÉOF de 2010), certains clichés supplémentaires sont demandés en plus de ceux décrits pour l'échographie de dépistage au deuxième trimestre : coupe sagittale avec corps calleux, coupe sagittale avec vermis, coupe transversale du cervelet, coupe transversale avec mesure d'un carrefour ventriculaire, coupe coronale à l'étage sus-tentoriel, coupe de profil avec front-nez- menton, coupe des trois vaisseaux ou trois coupes documentant ventricule droit/artère pulmonaire/ventricule gauche/aorte/crosse de l'aorte, image de la vessie entourée de ses artères ombilicales.

La production de clichés illustrant les structures examinées peut être considérée comme un moyen simple d'autocontrôle de la qualité de l'examen. À l'instar de certaines sociétés savantes, le Comité National Technique avait proposé dès 2005

une liste d'images à fournir en accompagnement du rapport d'examen. Volontairement, le rapport du CNTE a fait appel à des coupes stylisés, schématiques, constituant plutôt un "appel à image", une "silhouette", qu'un modèle parfait à reproduire à l'identique. Ces schémas ne servent qu'à indiquer la (ou les) structure(s) dont l'image doit être produite. Il ne s'agit pas de modèles anatomiques parfaits à reproduire strictement même s'ils représentent un support récurrent dans l'enseignement et sont en accord avec les recommandations internationales.

La définition précise des plans de coupe et de leur contenu est susceptible d'évoluer en fonction des acquisitions scientifiques et des progrès technologiques, de ce qu'il est convenu d'appeler "l'état de l'Art". Elle ne saurait donc être figée dans un rapport, par définition statique. Cette définition évolutive relève des sociétés savantes.

En cas d'impossibilité de produire l'une de ces images un contrôle secondaire est recommandé.

Chaque praticien est cependant libre d'inclure plus d'items ou d'iconographies dans son rapport d'examen. Par ailleurs, il parait préférable que toute affirmation d'importance du compte-rendu soit illustrée par un ou plusieurs clichés significatifs.

Bibliographie :

- Arrêté du 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21 - NOR : *SASP0907157A.*

- Article R. 4127-34 du code de la santé publique (code de déontologie médecins).

- Article R. 4127-334 du code de la santé publique (code déontologie sages-femmes).

- Article R. 4127-304 du code de la santé publique.

- Dommergues M, Bessis R, Henrion R. Report of the French Comité national technique de l'échographie de dépistage prénatal (prenatal ultrasound): what are the practical consequences? *Gynecol Obstet Fertil 2006; 34: 1090–5.*

- Viossat P, Dommergues M, Lansac J. - Report of the French ''conférence nationale de l'échographie obstétricale et fœtale'' (CNEOF) – recommendations for focused prenatal ultrasound. *Gynecol Obstet Fertil 2015; 43: 469-471.*

- Viossat P et coll. – Report of the French « Comité national technique de l'échographie de dépistage prénatal » (CNTEDP) – Recommendations for second line prenatal ultrasound. *Gynecol Obstet Fertil 2014; 42: 51-60.*

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES RENÉ ROUCHY

Région PAYS DE LA LOIRE

CHU ANGERS CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Caractéristiques des patientes présentant une prise de poids excessive au cours de la grossesse : Étude Cas-Témoins rétrospective monocentrique, réalisée au CHU d'Angers (type III) entre le 1er juillet 2014 et le 3 août 2014

Béatrice MARQUET

étudiante sage-femme

Sous la direction du Docteur SALLÉ Agnès et de Madame ROUILLARD Cécile.

Contexte :

Selon l'OMS, chaque année 2,8 millions de personnes meurent des conséquences du surpoids ou de l'obésité dans le monde. 40 à 50 % des femmes évoquent la grossesse comme un facteur déclenchant de l'obésité. Au delà des conséquences connues obstétricales et néonatales néfastes d'une prise de poids excessive pendant la grossesse, le CNGOF note qu'il existe un risque accru à long terme d'obésité et de syndrôme métabolique pour les fœtus de mères obèses. Existe-il une population dite « à risque » de prise de poids excessive au cours de la grossesse auprès de laquelle accentuer les conseils prophylactiques ? Les recommandations de l'Institute of medecine ont été utilisées pour définir une prise de poids excessive. La prise de poids maximale tolérée au cours de la grossesse dépendait de l'indice de masse corporelle initial. Le critère de jugement principal était la prise de poids au cours des 9 mois.

Objectif :

Définir des caractéristiques propres aux patientes présentant une prise de poids excessive pendant la grossesse en comparant une population présentant une prise de poids excessive à une population respectant la prise de poids maximale recommandée.

Schéma d'étude :

Étude cas-témoins, rétrospective, monocentrique réalisée au CHU d'Angers (maternité de type III) entre le 1er juillet 2014 et le 3 août 2014.

Matériel et méthode :

Les patientes étaient des accouchées recrutées en suites de couches au CHU d'Angers du 1er juillet 2014 au 3 août 2014. Nous n'avons pas effectué d'appariement entre le groupe des cas et celui des témoins. La sélection des cas et des témoins a été effectuée sur la même période. Deux témoins étaient sélectionnés pour un cas. Au total 59 cas ont été recrutés pour 118 témoins.

Le recueil de données a été effectué par l'intermédiaire d'auto-questionnaires. Le questionnaire papier était proposé aux patientes en suites de couches après des explications sur l'étude, sur la garantie de l'anonymat et sur le caractère facultatif de la participation. Les distributions étaient effectuées par le même opérateur du 1er juillet au 3 août 2014. Chaque patiente était libre de refuser la participation à l'étude et de ne pas remplir ou rendre le questionnaire par la suite.

Afin de pouvoir calculer le pourcentage des prises de poids excessives relevées et notées dans les dossiers par les praticiens, il a été nécessaire de reprendre les dossiers de toutes les accouchées hospitalisées en suites de couches du 1er juillet au 3 août 2014. Nous avons recalculé l'ensemble des prises de poids et répertorié le nombre des prises de poids excessives diagnostiquées et notées au cours des consultations.

Les variables étudiées étaient les caractéristiques familiales et sociales, les antécédents personnels et familiaux, les habitudes alimentaires et l'activité physique, le déroulement de la grossesse.

Le masque de saisie des données a été réalisé avec le logiciel Épidata.

L'analyse statistique a été effectuée avec le logiciel d'analyse de données épianalysis.

Les variables qualitatives des 2 groupes ont été comparées avec le test du Chi^2. Lorsque l'un des effectifs était inférieur à 5, le test exact de Fisher était utilisé.

Le test de Student a été effectué pour comparer les variables quantitatives.

Le risque de 1ère espèce à 95 % a été choisi.

Afin d'évaluer le degré de dépendance entre des variables aléatoires qualitatives, l'Odds Ratio et son indice de confiance à 95 % ont été utilisé. Lorsque l'intervalle de confiance contenait la valeur 1, l'augmentation du risque évalué par l'Odds ratio était jugée « non significative ».

Résultats principaux :

63,6 % de taux de réponse aux questionnaires ont été obtenu pour le groupe des cas versus 74,2 % pour le groupe des témoins.

Sur l'ensemble des dossiers, le pourcentage de patientes présentant une prise de poids excessive était de 38,4 %. Un tiers de ces prises de poids excessives était noté dans le dossier au sein de la partie « diagnostic ».

Caractéristiques propres à la population présentant une prise de poids excessive pendant la grossesse :

- Indice de masse corporelle initial élevé (moyenne = 25,81 vs 22,91 kg/m^2, p=0,0002) ;
- Inactivité professionnelle (30,5 % vs 17,1%, p=0,0412) ;
- Antécédent personnel de régime afin de perdre du poids (44,1 % vs 26,3 %, p= 0,0169) ;
- Antécédent de prise de poids excessive pendant la grossesse (59,4 % vs 25,8 %, p=0,0014) ;
- Présence de nausées et/ou vomissements au premier trimestre (76,3 % vs 59%, p=0,0233).

Il n'existait aucune différence significative concernant les habitudes alimentaires avant la grossesse entre le groupe des cas et celui des témoins. Une femme sur quatre déclarait sauter des repas de manière régulière, un peu moins de la moitié consommait 5 fruits et légumes par jour, plus de 4 femmes sur 10 répondaient grignoter régulièrement...

Plus de 90 % des femmes incluses répondaient ne pas effectuer l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour.

En l'absence de différence significative entre nos deux groupes, l'arrêt du tabac pendant la grossesse ne paraît pas être un facteur de risque de prise de poids excessive.

Biais/limites :

63,6 % de taux de réponse aux questionnaires ont été obtenu pour le groupe des cas versus 74,2 % pour le groupe des témoins. Cette différence était non significative mais nous pouvons tout de même relever une tendance : de manière générale, les femmes ayant eu une prise de poids excessive pendant la grossesse étaient plus réticentes à aborder ce sujet. Cela constituait un biais de sélection et il s'agissait donc d'une première limite à la mise en œuvre de l'étude.

Le recours à l'auto-questionnaire a induit les biais suivants connus : biais lié à l'estime de soi, effet de contamination, biais de compréhension.

Avant la mise en place définitive de l'étude, nous avions testé notre questionnaire en suites de couches sur une quinzaine de patientes ce qui nous avait permis d'améliorer la pertinence de nos questions.

Il n'existait pas de différence significative pour l'âge et la parité entre les groupes cas et témoins, nos deux populations étaient donc comparables.

Conclusion

En conclusion, notre étude a permis de relever quelques caractéristiques propres aux patientes présentant une prise de poids excessive pendant la grossesse. Dans une époque où la prévention et l'éducation thérapeutique sont des enjeux clés, il est intéressant de savoir auprès de quelle population accentuer les conseils prophylactiques. Il pourrait s'agir d'une étude préliminaire à une étude plus puissante permettant de faire ressortir un plus grand nombre de critères et d'étudier des liens de causalité.

L'enjeu se résume en trois mots-clés que sont : éducation alimentaire, prévention et... femmes.

Concrètement quelques conseils simples peuvent être proposés :

- Dispenser des conseils et prospectus dès la première consultation de grossesse. Ne pas hésitez à s'appuyer sur « Le guide nutrition pendant et après la grossesse » rédigé par l'INPES ;
- Proposer une diététicienne face aux situations à risque de prise de poids excessive ;
- Organiser une pesée chaque mois sur la même balance ;
- Noter systématiquement la prise de poids dans le dossier ;
- Donner aux professionnels de santé les recommandations de prise de poids par trimestre, en fonction de l'IMC de départ ;
- Encourager l'activité physique et rassurer les patientes concernant la pratique sportive durant la grossesse.

Impact des estrogènes et de la progestérone chez la mère pendant la grossesse

Dr Nathalie BOURCIGAUX
(Paris)

Les estrogènes et la progestérone sont synthétisés initialement par le corps jaune sous l'action de l'hCG puis par le placenta. Leurs actions peuvent être similaires pour favoriser l'implantation, le métabolisme maternel (stockage de graisses) et la préparation de la glande mammaire à la lactation, opposées sur la contractilité du myomètre ou spécifiques.

La progestérone est synthétisée par le corps jaune jusqu'à la 6-8 semaine de grossesse puis par le placenta à partir du cholestérol maternel dans les mitochondries du syncythiotrophoblaste. La translocation du cholestérol maternel dans les mitochondries est permise par une protéine endosomale MLN64 (metastatic lymph nod 64) spécifique du syncythiotrophoblate. La progestérone exerce des actions génomiques et non génomiques en se liant soit à son récepteur nucléaire soit en interagissant avec des récepteurs membranaires.

Son rôle principal est le maintien de la grossesse « pro gestare » par son action sur l'utérus.

Initialement, la progestérone favorise l'implantation de l'embryon en bloquant l'action proliférative des estrogènes sur les cellules épithéliales, modulant le système immunitaire et favorisant la transcription de gènes pour une meilleure réceptivité utérine à l'embryon. Elle inhibe ensuite la contractilité du myomètre permettant le maintien de la grossesse jusqu'au travail.

La progestérone permet également :

- de préparer la glande mammaire à la lactation mais bloque la lactation durant la grossesse par son action antagoniste sur la prolactine
- favorise le stockage des graisses (hyperphagie maternelle), l'insulinoresistance.

La synthèse de progestérone par le placenta est régulé par de multiples facteurs : stimulée par l'estradiol, l'insuline, l'IGF1 et la calcitriol, inhibée par la leptine et le CRH.

Les estrogènes : Estrone (E1), 17b estradiol (E2), estriol (E3), estetrol (E4) sont secrétés par le placenta à partie des androgènes surrénaliens maternels et fœtaux sauf E4 spécifiquement par le foie fœtal. Ils ont un rôle dans le déclenchement du travail en favorisant les contractions utérines mais aussi dans le stockage des graisses et la préparation de la glande mammaire à la lactation. Ils participent

positivement aux échanges foeto-placentaire en favorisant la vasodilatation des artères utérines et placentaires.

Ainsi, l'impact des estrogènes et de la progestérone secrétés par le placenta est manifeste tout au long de la grossesse en participant avec d'autres hormones placentaires à son bon déroulement.

Références

- The endocrine function of human placenta: an overview. Mariana A Costa Reproductive BioMedicine Online (2016) 32, 14-43.
- Endocrine regulation of placental phenotype A.L. Fowden [a], *, A.J Forhead [a, b], A.N. Sferruzzi-Perri [a], G.J. Burton [a], O.R. Vaughan [a]
  Placenta 36, Supplement 1, Trophoblast Research, Vol. 29 (2015) S50eS59
- Endocrine Regulation of Feto-Placental Growth. Abigail L. Fowden Alison J. Forhead. Horm Res 2009; 72: 257-265.

Grossesse prolongée : doit-on dépasser 41^{+5} SA ?

Gabrielle AUBRY
Colmar

Pourquoi le choix de « 41^{+5} SA » ?

Chez la femme, la durée de la gestation varie entre 280 et 290 jours à partir du premier jour de la date des dernières règles (en supposant des cycles réguliers de 28 jours), soit entre 40^{+0} et 41^{+3} SA. C'est de manière arbitraire qu'il a été établi que la grossesse est dite « prolongée » au–delà de 287 jours soit 41^{+0} SA et que le terme est dit « dépassé » au-delà 294 jours soit 42^{+0} SA. Ainsi, le terme est la période qui s'étend de 37^{+0} SA à 41^{+6} SA.

Au-delà de 41^{+6} SA la grossesse dépasse donc le terme et c'est ce seuil qui a été choisi par l'HAS pour recommander un déclenchement. Le choix de « 41^{+5} SA » est donc aussi arbitraire, mais c'est en fait très souvent cette date qui est choisie dans les protocoles de déclenchement des maternités.

Quelle est la fréquence des grossesses qui dépassent 41^{+5} SA ?

Actuellement, la prévalence de la grossesse prolongée est très hétérogène en Europe et aux États-Unis, variant de 0,4 à 10 % selon les pays. En France d'après les données de l'enquête périnatale de 2010, elle concernerait 18 % des femmes enceintes et 0,33% pour les grossesses en dépassement de terme.

Pourquoi une grossesse « dépasse » 41^{+5} SA ?

Dans la plupart des cas, l'étiologie du prolongement de la grossesse au delà du terme n'est pas bien comprise.

Les facteurs de risque connus sont un antécédent de grossesse prolongée, la nulliparité, un âge supérieur à 30 ans et l'obésité. Une probable prédisposition génétique aux grossesses prolongées a aussi été retrouvée : une femme elle-même née « post terme » aurait un risque augmenté de 49 % de donner naissance à un enfant « post terme » et le risque est de 23 % si c'est le père qui est né « post terme ». Enfin, l'anencéphalie fœtale et le déficit en surfactant placentaire sont de rares causes de grossesse post terme.

Comment être sûr que la grossesse est à 41^{+5} SA ?

On ne peut être certain de savoir à quel moment précis le spermatozoïde a franchi la zone pellucide ovocytaire. Cependant, la datation de la grossesse reste

une étape clé pour réduire la fréquence des termes considérés à tort comme dépassés. Elle doit donc se faire de la manière la plus précise possible.

En France, depuis les Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF en 2011, les modalités de datation de la grossesse ont été standardisées.

La datation de la grossesse doit être effectuée de manière échographique au 1er trimestre de grossesse, idéalement entre 11 SA et 13^{+6} SA (afin de proposer en même temps la mesure de la clarté nucale dans le cadre du dépistage de la trisomie 21). L'objectif est la mesure de la longueur crânio-caudale –LCC- sur une coupe sagittale embryonnaire. Si la LCC est valide (on peut s'aider des critères du score de Herman utilisé pour la validité de la clarté nucale), c'est elle seule qui permettra de déduire le début de grossesse avec une précision de +/- 5 jours dans 95 % des cas. Si la LCC n'est pas valide, la date de début de grossesse sera déterminée à partir de la date des dernières règles et d'après le durée habituelle des cycles menstruels.

À partir de 14 SA, le terme de « datation » n'est plus exactement adapté puisque la marge d'erreur devient plus importante (+/- 2 semaines à 22 SA et +/-3 semaines à 32 SA) : il s'agit plutôt d'établir un ordre de grandeur de l'âge de la grossesse. Ainsi entre 14 et 22 SA, la mesure échographique reste plus performante que la date des dernières règles : le périmètre crânien est le critère le plus fiable, que l'on reportera sur les courbes des biométries standard. Après 22 SA, les biométries usuelles (périmètre abdominal, périmètre crânien et longueur fémorale) donneront une idée de l'âge de la grossesse, puis leur réévaluation 15 jours plus tard permettra d'en améliorer la précision d'après la cinétique de croissance.

Pourquoi se pose-t-on la question de dépasser ou non 41^{+5} SA?

1) <u>« Enjeux » du dépassement</u>

À partir de 37 SA, le risque de complications néonatales et maternelles augmente régulièrement et ce, particulièrement à partir de 42 SA.

En ce qui concerne les complications périnatales

« Le fœtus présente un risque augmenté d'oligoamnios, d'anomalies du rythme cardiaque fœtal et d'émission méconiale in utero. De la même façon, les risques d'acidose néonatale, de score d'Apgar < 7 à cinq minutes ou d'admissions en unité de soins intensifs néonatals augmentent progressivement entre 38 SA et 42^{+6} SA. Les nouveau-nés post-terme présentent un risque majoré de complications neurologiques sans que l'on puisse affirmer que ces complications soient directement attribuables au dépassement de terme. Les nouveau-nés post-terme ont un risque cinq fois plus élevé d'être macrosomes que les nouveau-nés à terme et la macrosomie (y compris chez les nouveau-nés de mère non diabétique) augmente le risque d'hypoglycémie. Même si leur prévalence reste faible (inférieure à 1 %), les nouveau-nés post-terme présentent une augmentation du risque de traumatismes obstétricaux à type de dystocie des épaules et de fractures osseuses. Enfin, il existe un risque accru de sepsis néonatal (multiplié par 1,3). » Cependant, l'incidence de ces risques reste cependant faible en valeur absolue.

En ce qui concerne les complications maternelles

Les grossesses prolongées seraient associées à des travails plus longs et dystociques, ayant pour conséquence une augmentation du risque d'hémorragie du post partum, de dystocie, d'infections maternelles (chorio-amniotite et endométrite) et de lésions périnéales des troisième et quatrième degrés. Enfin, parmi les conséquences directes, la plus fréquente serait la césarienne dont le risque serait multiplié par 1,5. Cependant, le manque de précision des études ne permet pas toujours de différencier l'augmentation du taux de césarienne lié directement aux risques du dépassement de terme de celui liés à des politiques interventionniste différentes.

2) Enjeux du « non dépassement »

Ne pas dépasser 41^{+5} SA implique que l'on déclenche artificiellement le travail. Or, certaines études suggèrent que le taux de césarienne après déclenchement serait majoré en cas de conditions locales défavorables, en particulier chez la nullipare. Or comme nous l'avons vu, la nulliparité est un facteur de risque de grossesse prolongée et est donc relativement fréquent dans cette population de patientes. D'autre part, une étude rapporte une fréquence et une intensité accrues des contractions chez les patients ayant bénéficié d'un déclenchement, ce qui est à prendre en considération chez les patients particulièrement sensibles à la douleur.

Qu'en dit la littérature?

Trois grandes méta-analyses ont tenté de déterminer quelle attitude était la moins délétère en terme de morbidité maternelle et fœtale : ne pas dépasser 41 SA en effectuant un déclenchement ou adopter une attitude expectative jusqu'à 42 SA (voire bien au-delà). Les résultats sont discordants : pour deux d'entre elles le taux de césarienne était significativement diminué en cas de déclenchement et la morbidité périnatale comparable, tandis que la troisième méta-analyse observait exactement l'inverse. Aucune des trois ne permet alors vraiment de conclure.

Lorsque l'on regarde au sein des principaux pays, aucune recommandation n'est vraiment tranchée. Aux États-Unis, l'ACOG recommande quand même un déclenchement en cas de grossesse prolongée et de col favorable, en Grande-Bretagne le NICE propose le déclenchement aux patientes entre 41 SA et 42 SA mais s'il n'est pas souhaité par la patiente, son choix doit être respecté. Au Canada, le SOGC recommande *« d'offrir »* un déclenchement aux femmes entre 41 et 42 SA et les pays Nordiques ne se prononcent pas mais recommandent un type de surveillance, sans préciser le terme ultime jusqu'à laquelle on peut la faire. On peut alors en conclure que pour ces pays, il est raisonnable de poursuivre une grossesse jusqu'à une date limite de 42 SA.

Enfin, en France, si l'HAS recommande un déclenchement à 41^{+6} SA, le CNGOF va un peu plus loin dans le terme puisqu'il recommande de *proposer* un déclenchement entre 41^{+0} et 42^{+6} SA. Le moment sera à déterminer en fonction des caractéristiques maternelles, de la préférence de la patiente et de l'organisation des soins en maternité, sous couvert d'une surveillance rapprochée, intensifiée à partir de 42 SA et après information du couple sur les risques de la grossesse prolongée.

Notre expérience à Colmar

Nous avons réalisé à la Maternité du Parc à Colmar, une étude rétrospective observationnelle qui avait pour objectif d'évaluer l'impact sur la voie d'accouchement et sur les morbidités maternelle et fœtale des recommandations de 2011 du CNGOF concernant les grossesses prolongées et en dépassement de terme.

Le critère d'inclusion était : toute grossesse se prolongeant au-delà 41 SA (c'est-à-dire les grossesses prolongées et en dépassement de terme). Le critère d'exclusion était une pathologie obstétricale intercurrente.

Nous avons donc comparé 2 groupes de patientes :

- Groupe 1 : les patientes suivies en 2010-2011. Pour ces patients, un enregistrement du rythme cardiaque fœtal (ERCF)était réalisé toutes les 48 h à partir de 41 SA. En l'absence d'accouchement, un déclenchement artificiel était effectué à 41^{+6} SA ;
- Groupe 2 : celles suivies en 2012 et 2013. Les modalités de prise en charge étaient celles recommandées par le CNGOF : un ERCF et une échographie (évaluation de la plus grande citerne de liquide amniotique, norme > 2 cm), 2 à 3 fois par semaine. Le déclenchement était proposé aux patientes à 41 SA. Si la patiente le souhaitait et en l'absence d'anomalies de l'un ou des 2 critères de surveillance, la poursuite de la grossesse était possible au-delà de 41 SA après une information éclairée du couple sur les risques associés, et plus particulièrement ceux au-delà de 42 SA. En l'absence d'accouchement, un déclenchement artificiel était réalisé à 42^{+6} SA de manière systématique.

Dans les deux groupes, le déclenchement artificiel du travail était réalisé par administration d'un gel de prostaglandines en intravaginal (laissé aux choix du médecin et selon le status cervical de la patiente : Propess ou Prostine).

Les morbidités maternelle et fœtale étaient comparées entre chacun des deux groupes par le test du Chi2 (ou de Fischer en fonction des effectifs), avec un seuil de significativité $p < 0,05$.

Résultats

Dans le groupe 1 (2010-2011), 877 patientes (20,3 % du nombre d'accouchement total annuel) ont été incluses dont 106 (2,4 % du nombre d'accouchement total annuel) étaient en dépassement de terme. Dans le groupe 2 (2012-2013), 829 patientes (20,5 %) ont été incluses dont 161 (4 %) en dépassement de terme. On observe donc une augmentation statistiquement significative ($p < 0,01$) du nombre de patientes suivies pour dépassement de terme après l'application des RPC de 2011. 66% (groupe 1) et 52 % (groupe 2) respectivement étaient nullipares.

En ce qui concerne la voie d'accouchement, on retrouvait globalement plus de mise en travail spontanée chez les patientes du groupe 2 et plus particulièrement chez les patientes en dépassement de terme (55,9% vs 11,3%, $p < 0,01$). On retrouvait aussi une tendance mais non significative à une diminution du taux de césarienne dans le groupe 2 (15,1% vs 16,4% $p = 0,44$).

Concernant la morbidité maternelle, on retrouvait significativement plus de déchirures périnéales du $3^{ème}$ et $4^{ème}$ degré (1,98 % vs 0,54 % $p = 0,01$) mais chez les patientes en dépassement de terme cette différence n'était plus significative.

Par ailleurs, on ne retrouvait pas de différence entre les 2 groupes sur le taux d'hémorragie de la délivrance (5,6 % vs 7,3 % p=0,13)

Concernant la morbidité néonatale :

- chez les patientes présentant une grossesse prolongées : moins de ph < 7,10 (0,8 % versus 2 %, p=0,038) et moins de transfert néonatal (0,6 % versus 2,4 % p < 0,01) ;
- chez les patientes en dépassement de terme: plus d'enfants macrosomes (23 % versus 9,4 % p < 0,01) ;
- aucune différence significative sur le nombre d'Apgar < 7 à 5 minutes.

Par ailleurs, aucune mort fœtale in utero n'a été retrouvée dans aucun des 2 groupes.

Ces résultats sont donc en faveur d'une application des nouvelles recommandations du CNGOF sur les grossesses prolongées et en dépassement de terme. En laissant la possibilité aux patientes de dépasser 41^{+5} SA dans des conditions strictes de surveillance, nous n'avons pas retrouvé d'effets délétères sévères sur la morbidité maternelle ni sur la morbidité fœtale.

En conclusion, que faut-il faire ?

Lorsqu'une grossesse atteint 41 SA et en l'absence d'indication médicale de déclenchement, la patiente doit être informée des bénéfices et risques de l'induction en comparaison à l'expectative, afin de choisir l'attitude qui lui semble la plus appropriée.

Cette information éclairée doit inclure :

- la discussion sur les risques maternels et périnataux ;
- la possibilité d'attendre une mise en travail spontanée (60 % de chance d'accoucher spontanément à 41^{+6} SA), avec ses modalités de surveillance ;
- la description des différentes méthodes de déclenchement: la « prédiction » de bonne réussite (score de Bishop > 6) du déclenchement ainsi que la possibilité de césarienne si le déclenchement échoue ou si les conditions maternelles ou fœtales se détériorent.

Il semble raisonnable de dépasser 41^{+5} SA et de poursuivre jusqu'à 42 SA.

Au-delà de 42 SA il est établi que les risques de morbidité maternelle et fœtale sont accrus. Les données de la littérature sont insuffisantes et résultent de pratiques trop hétérogènes (que ce soit pour la détermination du début de grossesse comme pour les modalités de surveillance) pour déterminer jusqu'à quel terme aller. Cependant, la plupart des recommandations internationales fixent la limite de 42 SA. De plus, il semblerait qu'une majorité des patientes préféreraient une politique de déclenchement à une politique expectative même si elles ont le sentiment qu'il n'est pas dangereux de poursuivre la grossesse. Notre expérience et les recommandations du CNGOF suggèrent des résultats plutôt rassurants jusqu'à 42^{+6} SA. La poursuite de la grossesse au-delà de 42 SA concernerait donc un faible pourcentage de patientes et dans ce cas, aussi bien l'information que la surveillance devront être intensifiées et ce, jusqu'à 42^{+6} SA.

Le décollement des membranes

Dr Norbert WINER

Service de Gynécologie Obstétrique

CHU Nantes

La plupart des études évaluent le décollement des membranes entre 37 à 38 SA et 400-6 SA pour raccourcir la durée de la grossesse et faciliter la mise en travail spontanée sans avoir à recourir au déclenchement du travail au-delà de 41 SA. Il s'agit d'un décollement digital du pôle inférieur de l'œuf ayant pour effet supposé - par des actions mécaniques et biochimiques conjuguées - la libération d'endoprostaglandines locales. Il s'agit d'une procédure permettant, dans un certain nombre de cas, d'éviter le déclenchement pour grossesse prolongée ou terme dépassé. Une méta-analyse sur le sujet porte sur 22 essais et près de 2 800 femmes, dont la plupart compare le décollement des membranes à l'abstention, et plus rarement aux prostaglandines (trois essais) et à l'ocytocine (deux essais) [15].

Cette procédure éventuellement répétitive n'augmente pas le taux de césarienne comparé à l'expectative (RR 0,90, 95 % CI 0,70—1,15), réduirait de 41 % le recours au déclenchement pour terme (41 SA) (RR 0,59, 95 % CI 0,46—0,74) et de 72 % pour terme dépassé (42 SA) (RR 0,28, 95 % CI 0,15—0,50). Le décollement des membranes ne laisse que 3 % des patientes qui n'ont pas accouché à 42 SA contre 12 % pour celles qui n'ont pas eu cette procédure. Il faut faire un décollement des membranes à huit femmes pour éviter un déclenchement pour terme dépassé (41 + 6 SA). La crainte théorique du risque de rupture des membranes n'est pas retrouvée sur 10 essais regroupant 1525 patientes (RR 1,14, 95 % CI 0,89—1,45), ni l'augmentation du risque infectieux maternel (RR 1,05, 95 % CI 0,68—1,65) ou néonatal (RR 0,92, 95 % CI 0,30—2,82). Le décollement des membranes permet de diminuer de près de 30 % le nombre de patientes qui n'ont pas accouché dans la semaine qui suit la procédure (RR 0,71, 95 % CI 0,65—0,78), soit 46 % des patientes n'ont pas accouché dans la semaine suivant le décollement contre 63 % des patientes qui ne l'ont pas eu ($p < 0,05$). Les effets secondaires du décollement sont plus fréquents comme les contractions inefficaces non suivies de mise en travail (RR 3,20, 95 % CI 1,63, 6,28), les douleurs ou l'inconfort qui en résultent (RR 2,83, 95 % CI, 2,03—3,96) ou encore l'existence de métrorragies (RR 1,75, 95 % CI 1,08—2,83). En 2001, les experts du NICE ont conclu que le décollement des membranes permet de diminuer la fréquence du recours à d'autres moyens utérotoniques pour déclencher le travail. Cette réduction était de 41 % (RR 0,59 ; IC 95 % 0,50—0,70).

Cette méta-analyse regroupe des essais dont les effectifs restent toutefois assez faibles pour chacun d'entre eux et dont la méthodologie est hétérogène (âge gestationnel du décollement, répétition des gestes et fréquence des procédures, homogénéité des protocoles, groupe témoin, parité, score de Bishop...). Le

décollement des membranes apporterait ainsi des bénéfices modérés potentiels au prix d'un inconfort maternel possible. Cette procédure est recommandée par les canadiens avec l'information préalable qui en découle [16]. En ce qui concerne la comparaison avec les prostaglandines E2 (PGE2) ou l'ocytocine, les effectifs sont trop restreints et les études trop rares pour en tirer des conclusions fiables. Depuis la publication en 2005 de la métaanalyse issue de la base Cochrane [15], la revue de la littérature retrouve une étude randomisée qui confirme que dans une population avec col défavorable (score de Bishop≤4) entre 38 et 40 SA [17], le décollement des membranes réduit la durée de la grossesse par une diminution significative du nombre de patientes n'ayant pas eu une induction spontanée du travail dans la semaine suivant le décollement (OR 0,2, 95 % CI 0,18—0,46). On ne retrouve pas plus d'effets délétères ni pour la mère ni pour le foetus. En revanche, pour une population de femmes ayant un utérus cicatriciel, le décollement de membranes hebdomadaire à partir de 37 SA (n = 108) comparé au simple TV sans décollement (n = 105) ne raccourcirait pas la durée de la grossesse ni le taux de césarienne [18]. Cette étude manque toutefois de puissance d'autant que plus de 30 % des césariennes l'ont été par choix maternel après l'acceptation de l'accouchement par voie naturelle diminuant encore l'entrée possible en travail des patientes. Ce procédé est par ailleurs indépendant du raccourcissement cervical confirmé par l'évaluation échographique cervicale avant et après décollement des membranes [19]. Deux autres études également randomisées retrouvent des résultats différents. Hill et al. en 2008 rapportent un essai randomisé sur 300 patientes bénéficiant ou non d'un décollement des membranes une fois par semaine à partir de 38 SA [20]. Il n'y a pas de différence sur la réduction de la postmaturité, ni sur l'incidence globale des ruptures des membranes sauf si le col était ouvert à plus de un doigt (RR 1,10, 95 % IC 1,03—1,18). Inversement en débutant le décollement à 41 SA toutes les 48 heures jusqu'à 42 SA (versus pas d'intervention), De Miranda et al. dans un essai randomisé multicentrique rapportent une diminution globale des patientes qui arrivaient à ce terme grâce au décollement des membranes (RR 0,57, 95 % CI 0,46—0,71) aussi bien chez les patientes nullipares (RR 0,62 95 % CI 0,48—0,81) que chez les multipares (RR 0,49 95 % CI 0,34—0,73). Ces auteurs soulignent à nouveau l'augmentation des métrorragies même sans gravité liées à cette technique [21].

Au total, le décollement des membranes peut réduire la durée de la grossesse par une augmentation du nombre de patientes entrant en travail spontanément dans la semaine suivant le décollement (NP2). Comparé à l'expectative, il n'augmente pas le taux de césarienne (NP1) et réduit le recours au déclenchement de 41 % à 41+0 SA et de 72 % à 42+0 SA (NP2). Il n'augmente ni le risque de rupture des membranes, ni les risques infectieux maternel et néonatal (NP2), mais ses désagréments (contractions, métrorragies, douleurs) doivent être clairement exposés et acceptés avant son éventuelle réalisation. Compte tenu de ses inconvénients, le décollement des membranes ne doit pas être réalisé lors d'un examen systématique sans information et sans accord préalable de la patiente.

Références accessibles

1. Different methods for the induction of labour in postterm pregnancy. Guidelines CNGOF: **Winer N,** J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2011, 40: 796-811

2. Vayssière C, Haumonte JB, Chantry A, Coatleven F, Debord MP, Gomez C, Le Ray C, Lopez E, Salomon LJ, Senat MV, Sentilhes L, Serry A, **Winer N**, Grandjean H, Verspyck E, Subtil D. Prolonged and post-term pregnancies: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013, S0301-2115

Déclenchement : l'importance cruciale de l'information et du consentement

Marianne NIOSI
Paris

Le CIANE publie un dossier consacré au déclenchement à partir de son enquête permanente sur l'accouchement[1].

Le point le plus remarquable de cette étude est qu'elle permet de mettre en relation le **vécu de l'accouchement déclenché** avec le **respect** (ou non) des obligations **d'information** et de **consentement**. En effet, les femmes qui ont reçu une information sur le déclenchement ont vécu leur accouchement déclenché de manière très similaire aux femmes dont l'accouchement a été spontané : **22 %** l'ont mal ou très mal vécu contre **19 %** pour les accouchements spontanés. A l'opposé, celles qui n'ont pas été informées sont **44 %** à l'avoir mal ou très mal vécu. Les résultats sont similaires sur la question du **consentement**.

Sur ce point, force est de constater que, malgré quelques progrès ces dernières années, on est encore loin du compte : seules **58 %** des femmes dont l'accouchement a été déclenché entre 2008 et 2014 disent avoir reçu une information préalable et s'être vu demander leur **consentement**. 15 % n'ont pu bénéficier ni d'information, ni d'une demande de consentement, 14 % ont seulement reçu de l'information et 14 % ont seulement pu donner leur consentement.

L'information préalable, la demande de consentement et le respect des souhaits exprimés demeurent des priorités pour les années à venir : non seulement parce que c'est la loi (ce qui devrait être suffisant), mais parce que cela a un fort impact sur le vécu des femmes !

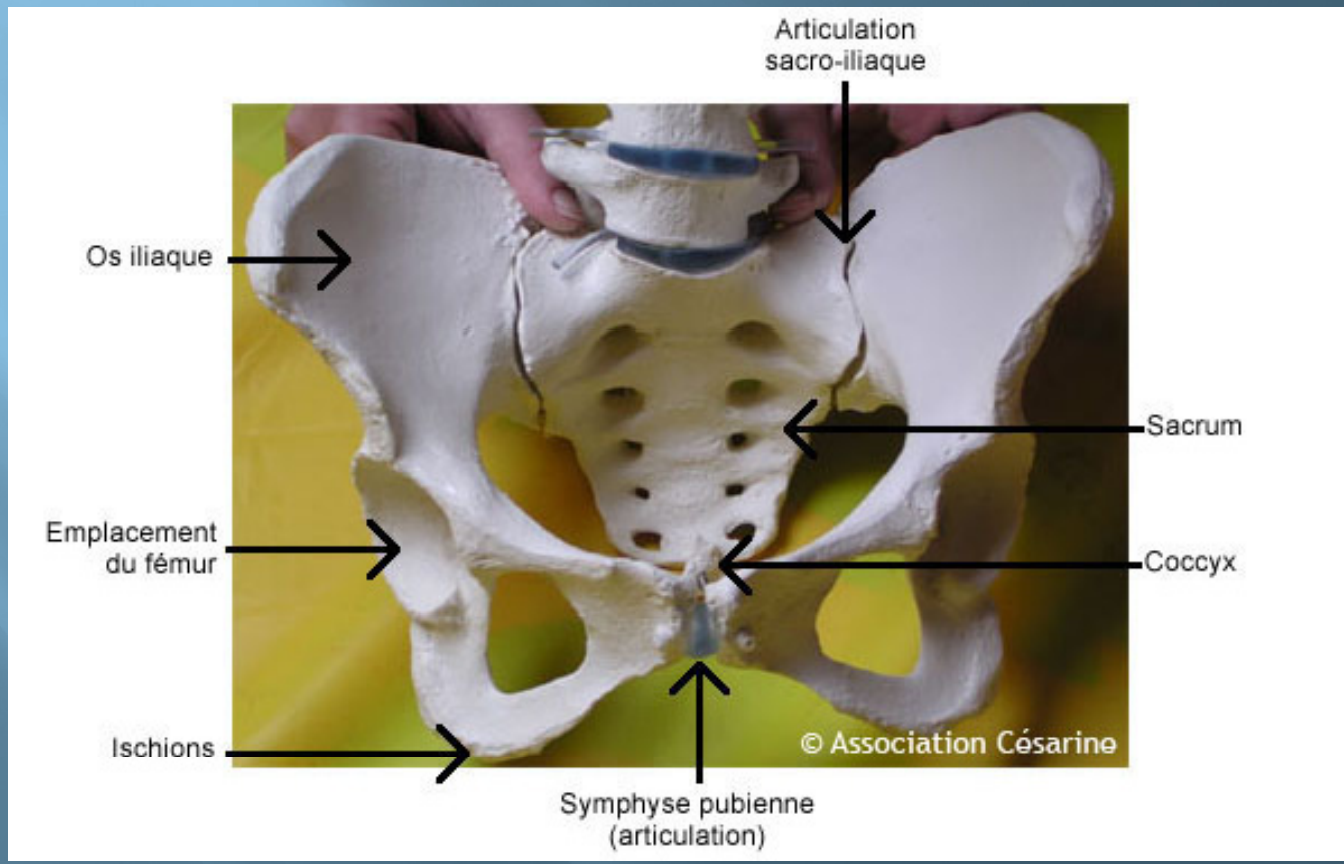
---

(1) 18648 réponses ont été analysées qui concernent des accouchements ayant eu lieu en milieu hospitalier entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2014 et pour lesquels une voie basse a été tentée (pas de césarienne programmée).

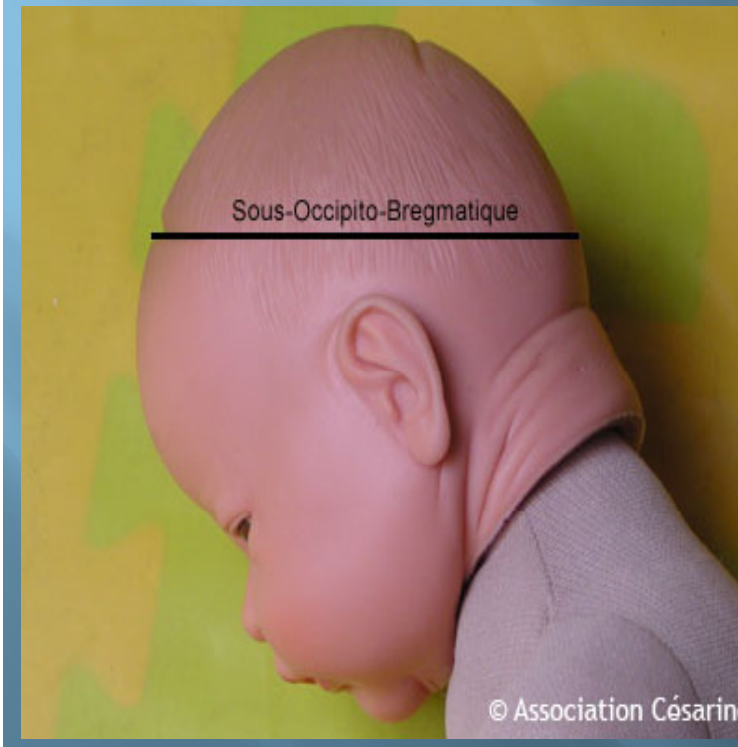
PLACE DU PELVISCANNER POUR LE CHOIX DE LA VOIE D'ACCOUCHEMENT EN 2016 ?

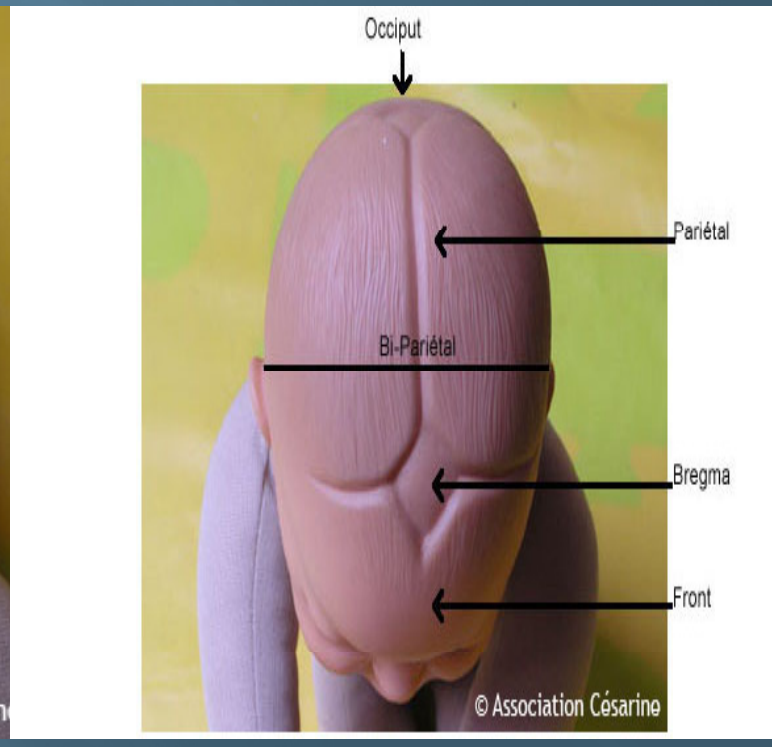
Eric Moxhon
CH
Le Cateau/Cambrai

Rappel sur le bassin

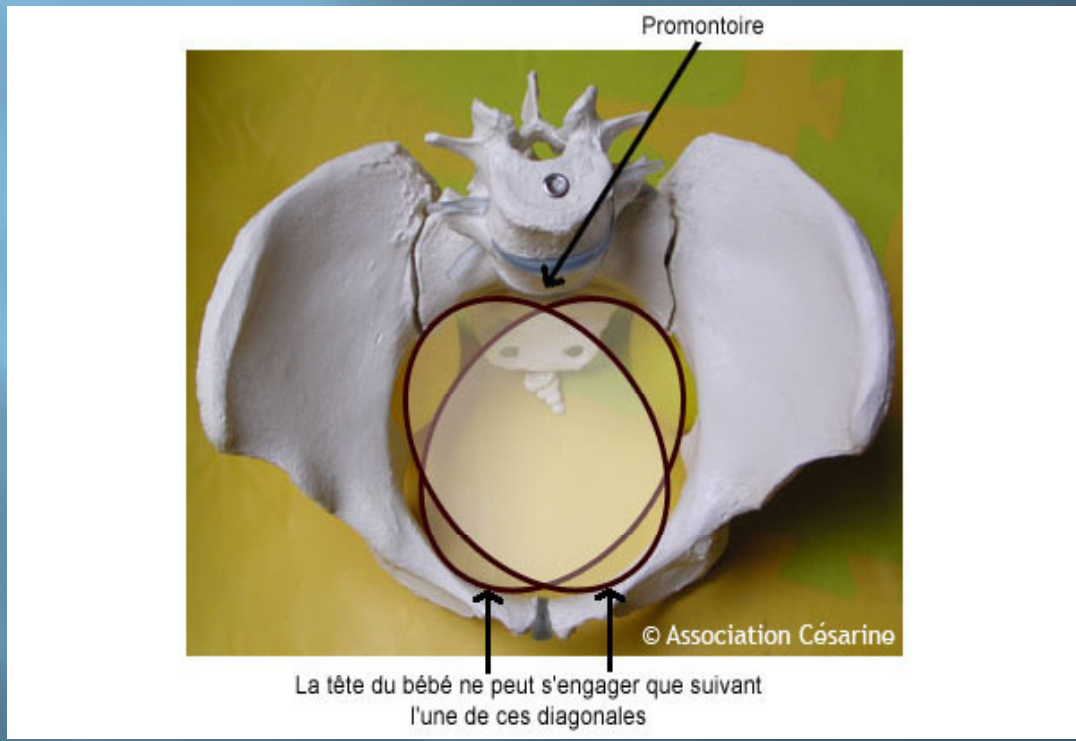


Rappel sur la tête du foetus

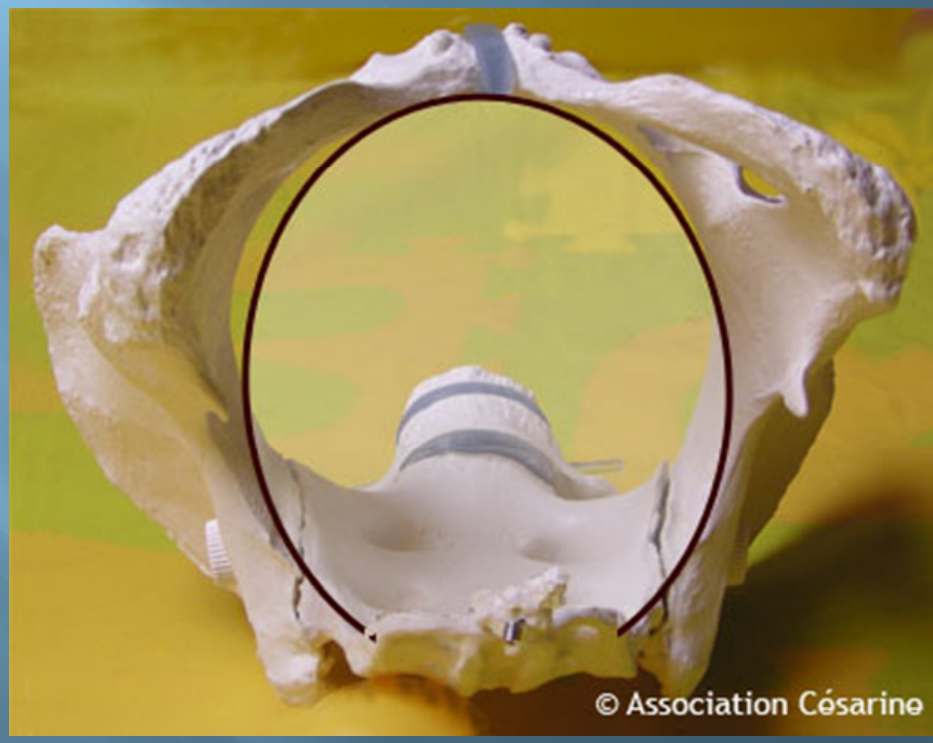




Progression de la tête fœtale dans le bassin maternel



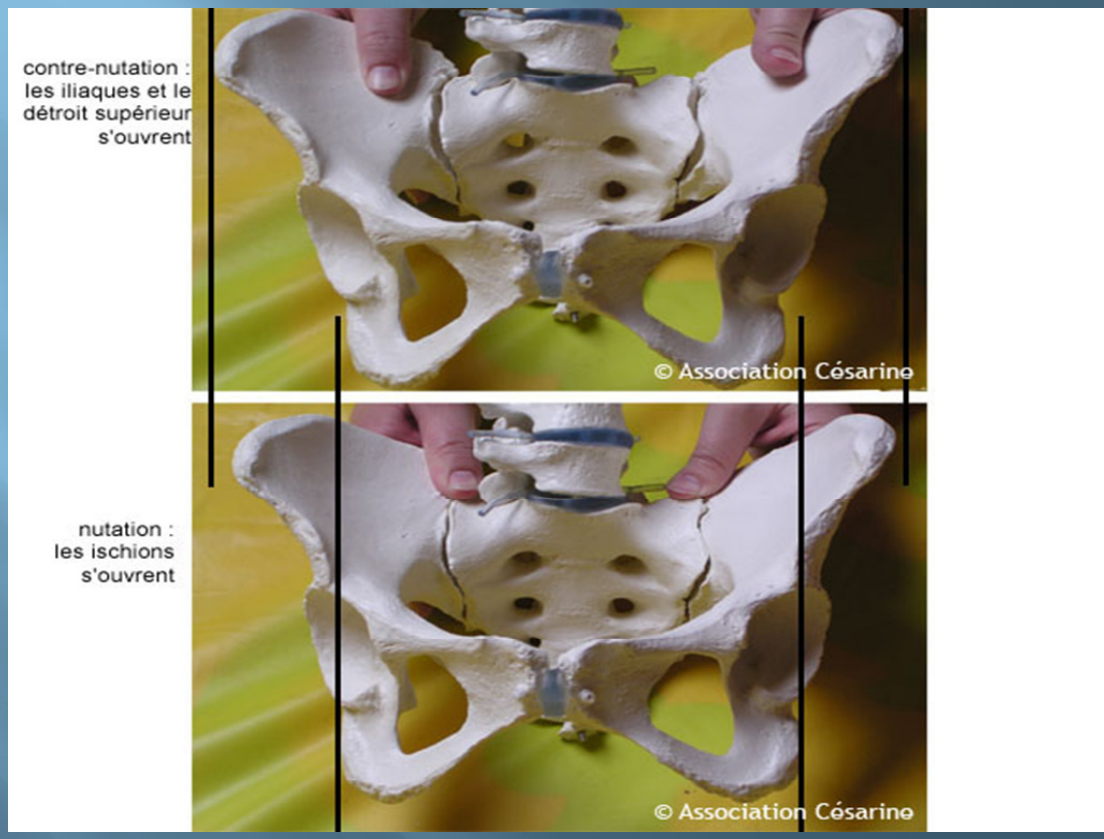
Progression (suite)



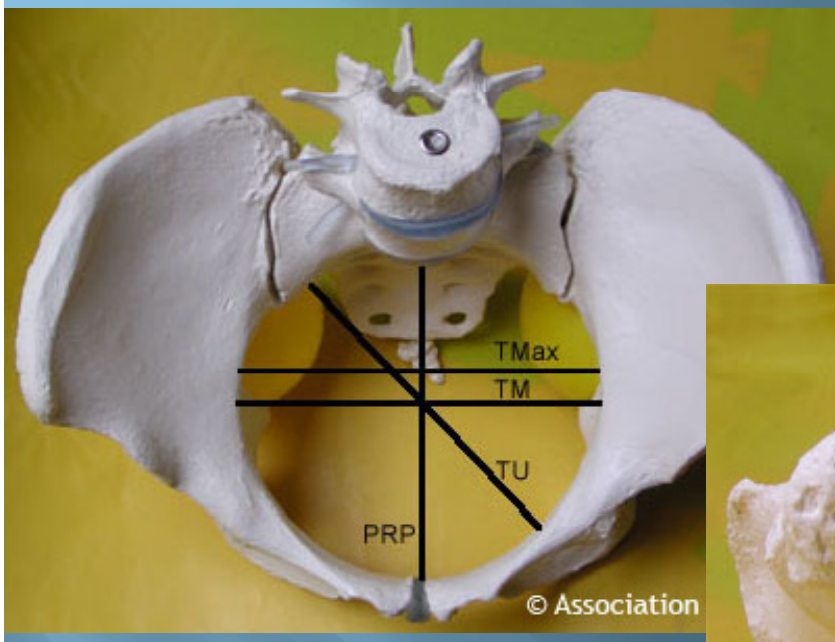
Adaptation du bassin au fœtus (et vice-versa)

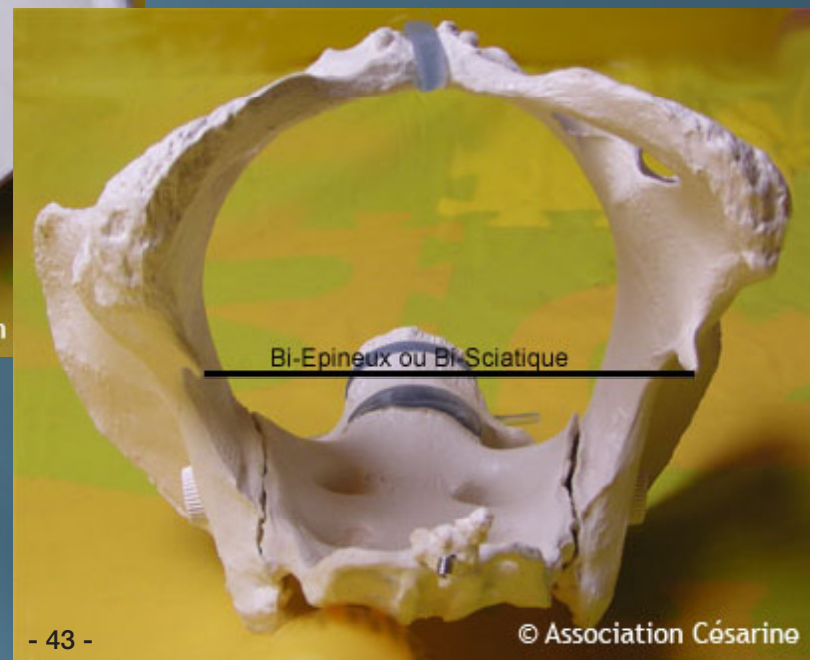
- Un certain nombre de mécanismes permettent de faciliter la progression du mobile fœtal dans la filière génitale:
- Les mouvements du bassin (contre-nutation puis nutation) facilitent le passage du fœtus dans le détroit supérieur puis inférieur
- Le modelage des os du crâne fœtal et, parfois, l'asynclitisme permettent de diminuer le diamètre céphalique qui se présente aux détroits.

Contre-nutation et nutation



Les mesures de la pelvimétrie





Principales mesures utiles en pelvimétrie

- PRP: > 105mm
- TM : = ou > 125mm
- INDICE DE MAGNIN : (PRP + TM)
  - normal > 230mm
  - favorable > 220mm
  - incertain entre 210 et 220mm
  - médiocre entre 200 et 210mm
  - mauvais < 200mm
- BI-EPINEUX en moyenne 100 à 105mm

Techniques de pelvimétrie

- ***Radiopelvimétrie conventionnelle***
  - peu précis
  - mensurations parfois difficiles à réaliser en raison d'une mauvaise visualisation des structures osseuses
  - irradiation foeto-maternelle non négligeable
- ***Pelvimétrie par scanner***
  - mesure directe, en principe plus précise.
    (Anderson, dans une publication en 2005, note une erreur aléatoire possible pouvant aller jusqu'à 6mm)
  - réduction considérable de l'irradiation
- ***Pelvimétrie par IRM***
  - très coûteux
  - mesure directe
  - non irradiant

Fiabilités des mesures de la pelvimétrie

- Tous les praticiens de l'obstétrique ont déjà eu l'expérience de femmes accouchant sans problème par voie basse malgré un bassin dit chirurgical et d'autres ayant été césarisées pour non engagement du fœtus malgré un bassin large.
- La pelvimétrie comporte, en effet, plusieurs biais:

- la mesure elle-même n'est pas parfaitement précise.

- la pelvimétrie est effectuée avec la parturiente allongée sur le dos, jambes tendues. Nous savons tous que les changements posturaux affectent les dimensions du bassin.

- L'impact des changements hormonaux, qui détendent les ligaments et augmentent donc la mobilité du bassin, n'est pas non plus évalué.

Quelles indications pour la radiopelvimétrie ?

- Utérus cicatriciels
- Disproportion foeto-pelvienne
- Grossesse gémellaire
- Présentation de siège

UTERUS CICATRICIELS

- Il y a quelques années, de nombreux services de maternité recommandaient la pratique d'une radiopelvimétrie en cas d'utérus cicatriciel.
- Idée sous-jacente: ne pas proposer inutilement une épreuve de travail à des femmes présentant un bassin rétréci et leur faire courir le risque d'une rupture utérine évitable.
- A une époque plus ancienne, de nombreux praticiens étaient même adeptes du slogan: « césarienne un jour, césarienne toujours ».

UTERUS CICATRICIELS -suite-

- Fin des années 80, Flamm et coll aux USA ont mené une étude multicentrique sur plus de 5000 grossesses sur utérus cicatriciel avec épreuve de travail qui se sont conclues par 75% d'AVB. Aucune sur-morbimortalité foeto-maternelle n'a été retrouvée.
- Une étude prospective randomisée, conduite en Afrique du Sud sur 306 parturientes avec utérus cicatriciel, concluait en l'inutilité de la RPM avec, de surcroit, une augmentation du nombre de césariennes sans bénéfice maternel ou néonatal. (Thubisi et coll, BJOG-5/1993). Les parturientes avaient été réparties en 2 groupes: le premier avec RPM à 36SA avant d'autoriser l'épreuve du travail, le 2ème avec épreuve du travail systématique. Toutes subissaient ensuite une RPM dans le post-partum.
- Une étude publiée en 1990 (Krishnamurthy) a étudié l'intérêt d'une RPM après une césarienne pour la gestion d'une grossesse ultérieure. 331 patientes ont été étudiée. 248 (75%) avaient un bassin considéré comme rétréci. 172 ont eu une césarienne élective. 76 ont été acceptées en épreuve du travail, parmi lesquelles, 61 ont accouché par VB. Des 83 patientes à bassin « normal », 61 ont accouché par VB. Dans l'étude, il y a eu 3 ruptures utérines, toutes dans le groupe « bassin normal ».

UTERUS CICATRICIELS -suite-

- Certes, ces études sont anciennes et portent sur des cohortes peu importantes mais (comme d'autres études) elles vont toutes dans le même sens: LA RPM DANS LE CAS D'UTERUS CICATRICIEL NE PREDIT NI L'ISSUE DU TRAVAIL, NI LE RISQUE DE RUPTURE UTERINE ET N'AMELIORE PAS NON PLUS LA MORBIMORTALITE MATERNO-FŒTALE.

DISPROPORTION FOETO-PELVIENNE

L'intérêt de la RPM pour prédire le succès d'une épreuve de travail dans le cas d'une suspicion de disproportion foeto-pelvienne a fait l'objet de nombreuses études avec des conclusions contradictoires. Ces études sont cependant peu exploitables portant sur des effectifs faibles, rétrospectives, et sans randomisation.

Une étude intéressante, cependant, même si elle n'a été effectuée que sur 100 patientes pointe la variété postérieure de la présentation plus que les dimensions du bassin maternel comme source de dystocie.

Fremondiere, dans une étude rétrospective publiée en 2011, note que seules 55% des patientes césarisées pour DFP avaient un indice de Magnin< à 23cm.

De ces études, il ressort surtout que la RPM effectuée en cas de suspicion de DFP ne modifie pas l'état néonatal, et doit être évitée en cas de présentation céphalique car elle tend plutôt à augmenter le taux de césarienne sans bénéfice materno-foetal.

DISPROPORTION FOETO-PELVIENNE -suite-

- …Alors, RPM OR NOT RPM ?
- Il faut ici comme ailleurs revenir à l'EBM et proposer la RPM au cas par cas, en fonction de son expérience, des attentes de la patiente, lorsque certains éléments du dossier peuvent le justifier comme des antécédents de dystocie des épaules, d'échec de forceps, de petite taille maternelle avec macrosomie fœtale,…

GROSSESSES GEMELLAIRES

- Le problème posé par l'accouchement par VB des jumeaux est surtout le risque accru d'asphyxie du deuxième jumeau (cf. étude de Smith en 2002).
- Les jumeaux étant de poids plus faible que les singletons et naissant en général plus tôt, le risque de DFP est très faible.
- La RPM n'a pas fait la preuve de son intérêt dans l'amélioration du pronostic maternel ou fœtal.
- Les RPC du CNGOF en 2009 sur les grossesses gémellaires ne recommandent pas la RPM.
- Sauf cas particulier (certaines primigestes), la RPM ne devrait plus être effectuée systématiquement.

PRESENTATION DE SIEGE

- Publication de Hannah en 2000, étude randomisée sur 2088 patientes avec fœtus en siège : césarienne élective ou VB: morbimortalité fœtale + importante pour VB, mais…
- Etude PREMODA observationnelle en France et Belgique (2001-2002): si respect de critères stricts d'acceptabilité (notamment RPM), VB reste une option sécuritaire.
- Etude de Van Loon en 1997: 2 groupes randomisés avec pelvimétrie par IRM en prénatal, 1 groupe (n=118) avec résultats transmis à l'obstétricien avant le terme, 1 groupe (n=117) avec résultats transmis en post-partum. Taux de césariennes équivalent dans les 2 groupes mais plus de césariennes en urgence dans le 2ème groupe. Morbidité équivalente pour les 2 groupes.

PRESENTATION DE SIEGE -suite-

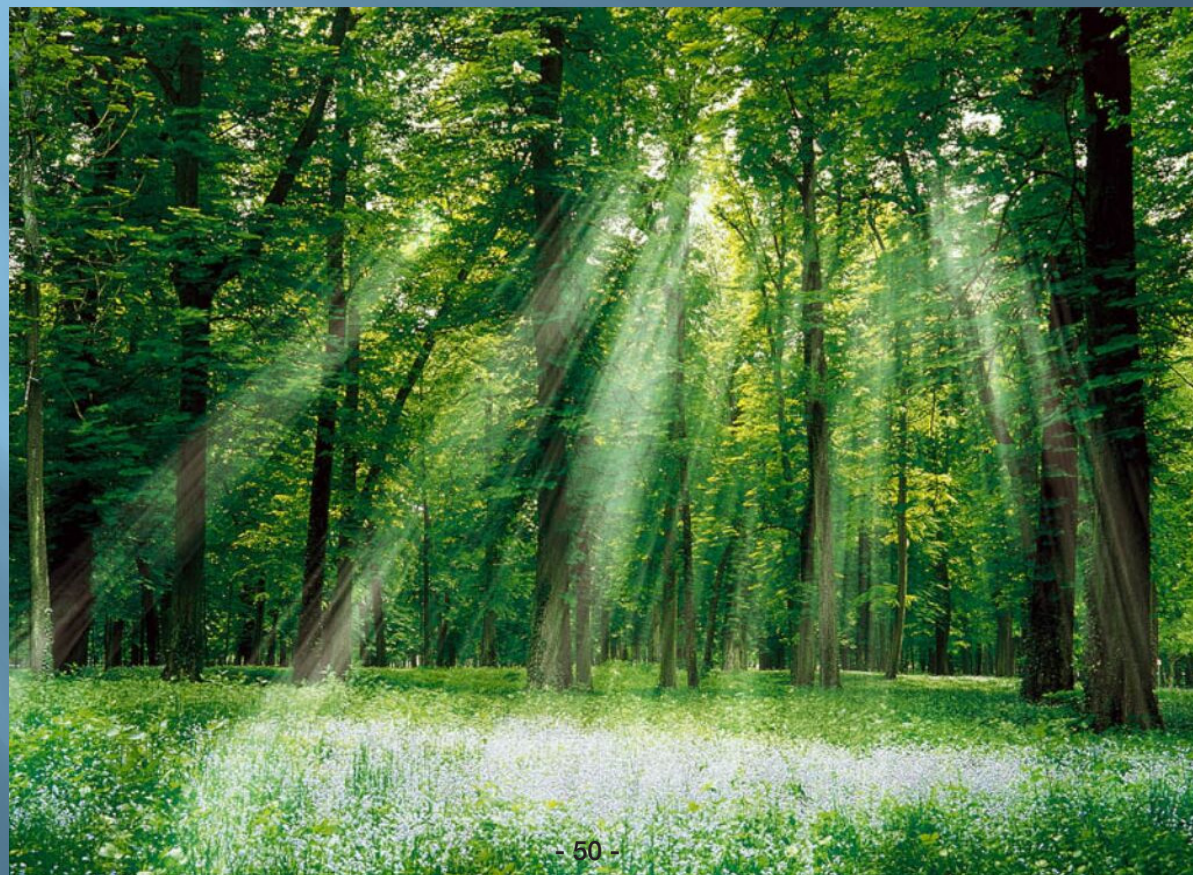
Une RPM correcte n'est pas un critère suffisant pour accepter une VB pour une présentation de siège.

Consensus sur avis d'experts de la recommander chez la primigeste.

Importance de l'expérience du praticien, d'une relation de confiance avec la patiente et d'une équipe homogène et efficace…

Et le médico-légal?

MERCI POUR VOTRE ATTENTION



Déterminisme de la parturition humaine

Céline MÉHATS
Paris

Chez les rongeurs et les ruminants, la parturition est déclenchée par un signal hormonal systémique : la chute de la concentration en progestérone. Cette chute n'a jamais été observée chez la femme et il est actuellement admis que la parturition humaine s'accompagne d'un processus inflammatoire local au niveau des tissus gestationnels myomètre, col et membranes fœtales. Des données très récentes suggèrent qu'un phénomène apparenté à une signature « rejet de greffe » précède cet état inflammatoire à l'interface fœto-maternelle.

Mougeon Imprimeurs - R.C.S. B 825 680 119