

Fixe : MGOP

LES COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE

I/- Hemorragies génitales au cours de la grossesse.

- Très fréquentes (25% des grossesses)
- Conduite à tenir :
 - Evaluer l'importance du saignement et la tolérance (pouls, TA, VVP)
 - Béta HCG quantitatif / bilan pré-op
 - Examen gynéco : origine du saignement (GEU) masse latéro-utérine
 - Echographie pelvienne : GIU, GEU, épanchement Abdo,....
 - Injection immunoglobuline Anti D et rhésus négatif
- Etiologies :
 - GEU : 2% des grossesses.
 - Grossesse intra utérine évolutive : grossesse normale, soit hématome décidual (décollement trophoblastique partiel), soit lyse d'un second sac gestationnel.
 - Grossesse intra utérine non évolutive : fausse couche spontanée, avortement provoqué, rétention trophoblastique, œuf clair.
 - Grossesse molaire : risque de cancer à la clé.
 - Autres causes gynécologiques (cancer du col de l'utérus, cervicite, plaie cervico vaginale, polype, ectropion).

II/- grossesses extra utérines :

- Fréquente : 2% des grossesses
- 10 % de décès maternels au 1^{er} trimestre
- Facteur de risques :
 - MST surtout à chlamydiae trachomatis
 - Tabac, âge, +/- DIU
 - Antécédents GEU
 - Chirurgie abdomino-pelvienne et PMA.

98% des grossesses sont ampullaire ou isthmique (autres : corne, col, ovaire....)

- Triade clinique :
 - Aménorrhée
 - Douleurs pelviennes (souvent unilatérales)
 - Métorragies sépia
- TV : douleur dans le cul de sac ou masse latérale
- Spéculum : saignements d'origine endocervical
- Formes cliniques : rupture cataclysmique (avec choc hémorragique, réanimation et intervention en urgence), forme pseudo-abortive, ou hétérotopique (rare, GIU+ GEU).

Dès la suspicion :

- Dosage quantitatif des B-HCG : si < 1000 UI/L contrôle à 48h (doit doubler sur une grossesse normale).
- Echographie pelvienne sus-pubienne et endovaginale
 - Si B-HCG >1500 UI/L on doit voir une GIU
 - Signes indirects : puceuse utérine gravine,
- TTT :
 - Chirurgical si GEU grave : Coelioscopie avec salpingotomie ou salpingectomie avec patiente prévenue du risque de la laparoconversion.
 - Médicale : méthotrexane 1mg/Kg en injection IM si GEU
 - Précoce, stable, sans signe d'épanchement important ou de rupture
 - Pas d'activité cardiaque et taille < 4-5 cm
 - Béta HCG < 5000 UI/L
 - Anti D si Rhésus

III/- Môle hydatiforme

Définition : dégénérescence kystique des villosités du trophoblaste. Il n'y a pas d'embryon, mais un développement tumoral du trophoblaste.

Le risque est la dégénérescence en choriocarcinome (tumeur maligne de mauvais pronostic)

Clinique :

- Métrorragies avec signes sympathiques de grossesse exacerbés par hyperproduction de HCG +++
- TV : gros utérus mou et ovaires augmentés de volume et sensibles.

Physiopathologie : production exagérée de la fraction alpha-HCG

- Action TSHlike sur la thyroïde : tachycardie, tremblements
- Action LH like sur les ovaires : gros ovaires polykystiques

Paraclinique :

- Taux de B-HCG anormalement élevé (> 100000)
- Echographie : pas d'embryon, images intra utérines en tempête de neige, gros ovaires polykystiques.

Prise en charge :

- Aspiration endo-utérine et anatomopathologie (confirmation)
- Surveillance décroissance HCG pendant 1 an minimum, contraception efficace et déclaration en centre de référence.

IV /- Hémorragies génitales du 2^{ème} et 3^{ème} trimestre :

- Prise en charge :
 - Interrogatoire : ATCD, histoire de la grossesse, contractions, douleurs, type et abondance des saignements, ...
 - Examen clinique et échographique (CI au TV si placenta praevia non écarté).

- Cardiotocométrie après 35-26 SA
- Anti D si rhésus négatif
- Etiologies : 5 à connaître, 2 à évoquer systématiquement.
 - Hématome rétro placentaire :
 - Clinique : hémorragie noirâtre, CU douloureuses brutales puis hypertonie utérine associé à un état de choc, anomalies du rythme cardiaque fœtal.
 - 30 à 50% de mort fœtale, pronostic maternel engagé avec CIVD et nécrose rénale corticale.
 - Traitement en urgence :
 - Réanimation
 - Extraction fœtale en urgence par césarienne si vivant ou vie basse envisagée si patiente stable et enfant décédé.
 - Placenta Praevie :
 - Correspond à un placenta inséré sur le segment inférieur au 3^{ème} trimestre (avant on parle de placenta bas inséré)
 - Clinique :
 - Hémorragie de sang rouge d'apparition brutale
 - Utérus souple et indolore avec Rythme Cardiaque Foetale normal.
 - Echographie décisive ++
 - Prise en charge : hospitalisation, surveillance, tocolyse, et césarienne vers 38SA si placenta praevia recouvrant.
 - Hématome décidual marginal :
 - Rupture d'une veine du pôle inférieur du placenta (sinus marginal)
 - Clinique idem praevia
 - Diagnostic d'élimination après recherche HTA, RCIU et dopplers pathologiques.
 - Rupture utérine (exeptionnelle) :
 - Utérus cicatriciel concerné
 - Tableau cataclysmique
 - Hémorragie de Benksinger
 - Rupture d'un vaisseau praevia sur insertion du cordon
 - Ecoulement de liquide amniotique sanglant après la rupture des membranes
 - Césarienne en urgence
 - Toujours écarter une cause gynécologique autre.

V/- HTA

5% à 10%. Pré-éclampsie dans 3 à 4% des grossesse. Première cause de morbidité materno-fœtale.

Physiopathologie :

Trouble précoce de la placentation= insuffisance placentaire, par défaut d'invasion trophoblastique. Défaut de la vascularisation placentaire.

Causes :

Immunitaire (mauvaise reconnaissance)

Conséquences : ralentissement fœtal.

Souffrance fœtale chronique (Retard Croissance Intra Utérine, Oligoamnios).

Retentissement maternel :

- Microangiopathie thrombotique : (altérations endothéliales)
 - Reins : lésions glomérulaires (protéinurie)
 - Foie : lésions péri-lobulaires (HELLP Sd)
 - Cerveau : ischémie irritative (éclampsie)
- Troubles de la coagulation (CIVD, thrombopénie)
- HTA : permet de préserver la

Diagnostic d'HTA :

TAS > 140mmHg- TAD < 90mmHg au repos sur une grossesse > 20 SA (sinon HTA chronique)

Prééclampsie : HTA + protéinurie (0,3g/24h)

Sévère si : PAS > 160 ou PAD > 110 mmHg

Examens :

- Biologique :
 - Bilan rénal et protéinurie des 24h
 - NFS, plaquettes, coagulation
 - Bilan hépatique, uricémie, LDH
 - Bilan immunologique et thrombophile (étiologie)
- Cardiotocographie
- Echographie : recherche RCIU et Oligoamnios, dopplers.

Complications graves :

- Maternelles :
 - Eclampsie : crise convulsive généralisée tonico-tonique
 - HELLP Sd : risque d'hématome sous capsulaire du foie
 - CIVD
 - HRP
 - Insuffisance rénale aiguë
 - Stéatose hépatique gravidique
- Fœtales
 - RCIU
 - ...

Traitement :

- Hospitalisation et surveillance étroite (cardiotocographie clinique, doppler hebdo).

VI/- Menace d'accouchement prématurée.

Epidémiologie et définition

- 6,88% des naissances sont prématurées
- 70% de prématurité spontanée, 30% induite
- Terminologie :
 - Terme normal : entre 37 et 42 SA
 - Prématurité moyenne : < 36 SA
 - Grande prématurité < 32 SA
 - Très grande prématurité : < 28 SA
- Viabilité légale > 25 SA ou 500g
- MAP = Contractions Utérines régulières et fréquentes (douloureuses) associées à une modification du cervicale.

Etiologies :

- Causes maternelles :
 - Facteurs de risques : Atcd accouchement prématuré ou d'avortement, âge <18 ou >35, travail pénible et trajets longs, enfant à charge et mère célibataires, grossesses rapprochées, bas niveau économique, toxiques (tabac).
 - Causes générales : Infections (urinaires, cervico-vaginale, chorio-amnionite, toute infection ou fièvre isolée), anémie maternelle, diabète gestationnel, traumatisme.
 - Causes locales : malformations utérines, bécance cervico-isthmique (acquise ou congénitales), fibrome endo-cavitaire volumineux.
- Causes ovulaires :
 - Causes fœtales (surdistension utérine) : grossesse multiples, hydramnios.
 - Causes liées à l'œuf : rupture prématurée des membranes, chorioamnionite, métrorragies 2^{ème} et 3^{ème} trimestre, placenta praevia et décollement placentaire.
 - Idiopathiques : aucune étiologie dans 40% des cas.

Conduite à tenir :

- Déclenchement du travail après 37SA si RPM (écoulement franc de liquide amniotique et/ou test à la fibronectine ou à la diamine-oxydase pour vérifier)
- Rechercher les étiologies et traitement
- Examens complémentaires
 - Bilan infectieux NFS-CRP-ECBU-PV- Hémoc si fièvre.
 - Bilan préop avec consultation anesthésie
 - Vérifier le status vis-à-vis du strepto B
 - Cardiographie (vérification)
 - Echographie.
- Repos et hospitalisation en maternité si sévère (Niveau 1 >36SA ; Niveau 2 > 32SA, Niveau 3 < 32 SA)
- Tocolyse 48h
- Corticothérapie prénatale pour maturation fœtale : bétamétasone (céléstène 2 cures 2 à 7 jours avant la naissance) prévention maladies des membranes hyalines.

- Antibiothérapie (si RPM et Strepto)

VII/- Diabète et grossesse.

- Diabète antérieur.
 - Conduite à tenir :
 - Préparer la grossesse : bilan complet, équilibre glycémique parfait, discuter la grossesse en fonction des complications ?
 - Pendant la grossesse : arrêt des antidiabétiques oraux (tératogènes) , +/- passage à l'insuline, surveillance étroite spécialisée, accouchement à la pompe à insuline.
- Diabète gestationnel :
 - Epidémiologie :
 - 1 à 6% des grossesses
 - FDR : > 35 ans, atcd familiaux de diabète, obésité, atcd obstétricaux de Mort Fœtale in Utéro, macrosomie, pré-éclampsie, malformation.
 - Physiopathologie :
 - Insulino-résistance accrue pendant la grossesse associée à une augmentation des besoins en insuline.
 - Complications similaires à celles du diabète antérieur.
 - Diagnostic :
 - Dépistage systématique entre 26 et 28 SA par test de O' Sullivan (50g de glucose – glycémie > 1,30 g/L)
 - Confirmation si dépistage positif par Hyper Glycémie Provoquée Orale HGPO.
 - Complications maternelles :
 - Traumatisme du partum avec des troubles de la statique pelvienne séquellaires.
 - HTA gravidique (néphropathies)
 - Infections
 - Infarctus du myocarde
 - Décollement de la rétine.
 - Complications fœtales :
 - Macrosomie et dystocie des épaules
 - Hydramnios
 - MFIU
 - Malformations (risque X2 – 4 ; cœur ++, squelette)
 - Prématurité
 - Troubles métaboliques néonataux : hypoglycémie, hyperbilirubinémie, hypocalcémie.
 - Prise en charge :
 - Multidisciplinaire
 - Diététique et activité physique adaptée
 - Insulinothérapie si nécessaire avec surveillances glycémiques +++
 - Accouchement à la seringue électrique d'insuline
 - Vérification en post partum et bilan du nouveau né.

VIII/- fièvre et grossesse.

➤ Evaluation :

- Listériose jusqu'à preuve du contraire.
- Clinique :
 - Interrogatoire et examen à la recherche d'une porte d'entrée
 - Evaluer la tolérance
 - Evaluer le retentissement fœtal
 - Examen complémentaire :
 - Bilan de MAP
 - Hyperleucocytose physiologique < 16000/mm³

➤ Etiologies :

- Listériose +++ :
 - 1/1000 grossesses dues à Listéria Monocytogène (BGP)
 - Incubation quelques jours à 2 mois
 - Fièvre triphasique + sd grippal entraînant l'expulsion ou accouchement
 - Hémocultures +++, anapath du placenta (mini abcès face maternelle)
 - Traitement :
 - Amoxicilline 6g/j pendant 2 semaines + +/- aminosides pendant 5 jours.
 - Puis Amox 3g/j jusqu'à accouchement
- Pyelonéphrite aigue +++ :
 - Prédisposition multifactorielle de la femme enceinte
 - Dépistage et traitement systématique des bactériuries asymptomatiques et des cystites.
 - ECBU +++, échographie rénale, 3 clichés d'Urographie Intra Veineuse si doute sur obstacle
 - Traitement
 - Mesures hygiéno-diététiques
 - C3G +/- aminosides IV
- Chorioamniotite
 - Infection de l'œuf souvent due à une RPM
 - Contraction utérines douloureuses, liquide amniotique teinté, tachycardie fœtale.
 - Hospitalisation, antibiothérapie et accouchement si possible
- Infections responsables d'embryofoetopathies
- Appendicite.
- Thrombophlébite
 - Prévention en fonction du risque :
 - Risque élevé

Toujours y penser :

En l'absence d'étiologie :

- Hospitalisation
- Antibiothérapie par amoxicilline.

IX/- Prévention

- Allo-immunisation foetomaternelle.
 - Physiologie
 - Immunisation de la femme Rhésus négatif sur un passage d'hématies fœtales rhésus positif dans son sang.
 - Le délai de réponse immunitaire n'expose que les fœtus Rhésus positif ultérieurs.
 - Conséquences :
 - Anémie hémolytique fœtale et ictère sévère du nouveau né
 - Anasarque (épanchement pleuropéricardique) foeto-placentaire.
 - Epidémiologie :
 - 3/1000 grossesses, ¾ avec Rhésus
 - 25% d'erreurs transfusionnelles, 75% immunisation par hémorragie materno-fœtale.
 - Conduite à tenir :
 - Transfusion compatibles et Immunoprophylaxie par Ig anti D
 - Dépistage RAI
 - Surveillance fœtale si immunisation et discuter exsanguino-transfusion in utéro ou extraction si grave.
- Infections bactériennes :
 - Infections vaginales :
 - Dépistage par PV en fin de grossesse, ou si MAP ou encore signes cliniques.
 - Penser au dépistage du strepto B (risque de chorio infection néonatale, endométrites,)
 - Syphilis :
 - 0,5% des grossesses, transmission après 16-18 SA.
 - Risque syphilis congénitale (20% mortalité), avortement à T2 prématurité.
 - Fièvre Q.
 - Tuberculose.
- Infections virales.
 - Effets tératogènes et transmission : Rubéole – varicelle- CMV- parvovirus B19.
 - Transmission en fin de grossesse et pendant l'accouchement VIH : hépatites B et C – Herpès génital.
 - Rubéole :
 - Avant 12 SA : 80% à 100% de malformations.
 - CMV :
 - Parvovirus B19
 - Varicelle
 - Herpès.
 - Hépatite B
 - Hépatite C
 - VIH.
 - Toxoplasmose
 - Paludisme.

- Médicaments :
 - Toxiques toujours :
 - Prématurité
 - RCIU
 - MFIU.
- Alcool :
 - Objectif zéro alcool
 - Prématurité et RCIU
 - HRP
 - Syndrome d'alcoolisme fœtal :
 - RCIU et dysmorphie Cranio-faciale
 - Malformation cardiaques, SNC et squelette
 - Retard psychomoteur.
- Tabac :
 - Conseiller et aider au sevrage
 - Prématurité et RCIU réversible
 - MFIU
 - Placenta praevia et HRP
 - GEU
- Drogues
 - Grossesse à haut risque : HIV, VHC, VHB, précarité, tabac et alcool associés.
 - Sevrage progressif après T1 (risque FCS) et substitution par méthadone
 - Prématurité, RCIU, MFIU, pas de malformations pour opiacés et HRP, convulsion et malformation pour cocaïnés
 - Sd de sevrage.
- Irradiations ;
 - Risques :
 - J0 à J9 = loi du tout ou rien
 - J9 à 9 SA = malformations si doses élevées
 - Jusqu'à M6= risque de carcinogénèse (leucémie).
 - Prévention :
 - Eviter les irradiations iatrogène
 - Professionnelle : déclaration précoce