Le plan du cours :

1. Introduction
2. Définition
3. Rappel physiologique
4. Le diagnostic positif :
5. Clinique :

* Interrogatoire
* Les modifications physiologiques de la grossesse :

+ La température

+ Le poids

+ Le métabolisme

+ Respiratoires

+ Circulatoires

+ Digestives

+ Urinaires

+ Cutanées

+ Vasculaires

+ Gynécologiques

1. Para-clinique :

* Les tests de grossesses

+ Le test urinaire

+ Les tests plasmatiques

* L’échographie

1. Datation de la grossesse :
2. La date des dernières règles
3. La courbe méno-thermique
4. L’échographie précoce
5. Le suivi de grossesse :
6. La première consultation prénatale
7. La deuxième consultation prénatale
8. La troisième consultation prénatale
9. La quatrième consultation prénatale
10. La consultation post natale
11. La grossesse pathologique :

La grossesse extra-utérine :

1. Définition
2. Les facteurs de risque
3. La localisation :

* Tubaire
* Ovarienne ou abdominale

1. Histoire naturelle de la GEU
2. Le diagnostic
3. Le traitement
4. Introduction :

La grossesse n’est pas une maladie : on estime que 95% des grossesses sont à ((bas risque)) de pathologie maternelle et / ou fœtale.

La qualité de la surveillance de la grossesse est importante pour permettre le dépistage précoce des grossesses à risque.

1. Définition :

Dite la gestation humaine, c’est l’état de la femme enceinte portant un embryon ou un fœtus humain.

Elle commence avec la fécondation et se termine par l’accouchement.

1. Rappel physiologique :

* Le cycle menstruel : Le pic de LH et l’ovulation :

C’est l’ovulation qui survient en général au 14e jour du cycle menstruel, le moment de l’ovulation peut être défini biologiquement, par la présence d’un taux élevé de LH (pic de LH) qui précède l’ovulation.

* La fécondation :

En cas de rapport sexuel non protégé, si les deux partenaires sont fertiles, il y aura souvent fécondation, dans les 48 h qui suivent l’ovulation. On peut dater ce moment comme le début d’un nouvel embryon et donc d’une nouvelle grossesse.

* L’implantation :

Après quelques jours de progression dans la trompe de Fallope, l’œuf pénètre dans la cavité utérine pour s’y implanter (vers le 21e jour du cycle en général).

1. Le diagnostic positif :

A/ clinique :

* L’interrogatoire :

Il s’établit selon les signes suivants :

● Aménorrhée (préciser la Date des Dernières Règles (DDR) et la durée des cycles habituels)

● Tension mammaire,

● Troubles digestifs (nausées, vomissements…),

● Troubles urinaires : pollakiurie, pesanteur pelvienne.

Les signes fonctionnels sympathiques de grossesse sont inconstants. Ils apparaissent très tôt à la fin du 1er mois et disparaissent au cours du 4ème mois.

* L’examen clinique :

Caractérisé par les modifications physiologiques de la grossesse :

* 1. La température :

Au premier trimestre plateau thermique≥37°C qui disparait ensuite laissant place à l’hypothermie en fin de grossesse.

* 1. Le poids :

La prise de poids progressive est témoin d’une bonne adaptation à l’augmentation des besoins énergétiques entrainés par la grossesse.

Pour une femme de poids normal la prise de poids est de 12 KG (+ 4 à 5 KG si grossesse gémellaire).

* 1. Le métabolisme :

Augmentation du métabolisme basal de 15 à 30%

Augmentation des TG

Augmentation du cholestérol

Diminution de la protidémie totale et l’albuminémie

Diminution de la glycémie au T1

Augmentation de la sécrétion d’insuline et la résistance à l’insuline

* 1. Les modifications respiratoires :

Augmentation des besoins en oxygène de 20 à 30 % avec :

Augmentation de la fréquence respiratoire avec une baisse de la Pa CO2

* 1. Modifications circulatoires :

Diminution de la PA au cours de la première moitié de la grossesse puis retrouve sa valeur normale au T3

Augmentation de la volémie

Augmentation du débit cardiaque

* 1. Les modifications digestives :

Les nausées vomissements sont fréquents au T1 et sont spontanément résolutifs.

Altérations de la fonction gastrique : réduction du tonus du sphincter inferieur de l’œsophage, pyrosis et reflux sont fréquents.

* 1. Les modifications urinaires :

Dilatation pyélo-calicielle souvent à droite

Augmentation du débit de la filtration glomérulaire et de la clearance de la créatinine

* 1. Modifications cutanées :

Hyperpigmentation : aréole mammaire, région génito-anale, péri-ombilicale, la ligne médiane de l’abdomen

Masque de grossesse : nappes maculeuses au niveau du visage et du cou.

* 1. Les modifications vasculaires :

Œdème du visage et des extrémités

Angiomes stellaires

Erythème palmaire

Varices par hyper-tension veineuse : membres inferieurs et les hémorroïdes.

* 1. Gynécologiques :
* Des seins :

Les seins sont tendus et augmentent de volume.

Les tubercules de Montgomery se développent au niveau des aréoles dont la pigmentation s’accentue. Ces dernières sont bombées en verre de montre.

Le réseau veineux sous-cutané est plus apparent sous la forme du « réseau de Haller ».

* De l’utérus :

Au spéculum : Le col est de couleur lilas, la glaire cervicale est épaisse, peu abondante.

Au toucher vaginal combiné au palper abdominal (toucher bi-manuel) sur plan dur :

● L’utérus est augmenté de volume et a un aspect globuleux. Il a la taille : d’une mandarine à 6 Semaine d'Aménorrhée (SA), d’une orange entre 8 et 10 SA, d’un pamplemousse à 12 SA.

Le signe de Hégar : le corps de l’utérus est ramolli, surtout au niveau de son isthme et change de consistance. Il y a dissociation col/corps utérin.

* De la vulve :

Elle devient gonflée, pigmentée. Des leucorrhées physiologiques apparaissent avec diminution du PH vaginal et modification de la flore.

* 1. Les modifications biologiques :

Augmentation du volume plasmatique avec hémodilution

Hyperleucocytose ne dépassant pas les 15000 el/mm3

Légère diminution des plaquettes

Augmentation des facteurs de coagulation et baisse de l’activité fibrinolytique

Rétention hydro-sodée par activation du système Rénine-Angiotensine

Vs accélérée

B/ para-clinique :

* Les tests de grossesse :

Test urinaire : dépistage colorimétrique qualitatif des métabolites de l’human Chorionic Gonadotropin (hormone gonadotrophine chorionique) dans les urines aux 36-37 ème jours.

Il est très fiable mais il n’est pas ni sensible, ni spécifique à 100%

Test hormonal plasmatique : dosage qualitatif et quantitatif des β-hCG dans le sang.

Ce sont des tests immunologiques

* Le diagnostic échographique :

● Permet d’éliminer :

- Une Grossesse Extra-Utérine (GEU)

- Une Grossesse Intra-Utérine (GIU) non évolutive,

- Une grossesse multiple,

- Une grossesse molaire

● Permet de repérer :

- Un fibrome utérin

- Un kyste ovarien

1. La datation de la grossesse :

Elle est très importante car elle permet le calcul de l’age gestationnel

L’âge gestationnel s’exprime en semaines d’aménorrhée révolues.

Le calcul de terme s’effectue selon les :

● Cycles réguliers :

○ À partir de la DDR :

■ DDR + durée de la phase folliculaire du cycle + 9 mois

○ À partir de la fécondation (courbe méno-thermique (cas particulier pour l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP)

■ 9 mois, 39 semaines.

● Cycles irréguliers :

○ Par la mesure échographique de la Longueur Cranio-Caudale (LCC) ou par la mesure du diamètre bipariétal qui prend le relais de la LCC après 14 semaines. La mesure se fait par voie vaginale jusqu’à 15 semaines, ensuite on préférera la voie abdominale.

Au total, il y a deux calculs de terme possibles :

● Terme théorique :

○ Règle de Naegele : Terme théorique = DDR + 14 j + 9 mois.

● Terme échographique :

○ Mesure de la Longueur Cranio-Caudale (LCC) (+/- 3 jrs).

1. Le suivi d’une grossesse normale :

Le suivi prénatal vise la prévention des complications maternelles et périnatales. Le suivi de la grossesse normale est mené par une sage-femme, un médecin généraliste ou un gynécologue-obstétricien. Si une anomalie ou des facteurs de risque sont diagnostiqués, il est nécessaire si besoin d’orienter la patiente vers une prise en charge adaptée.

1. La première consultation prénatale :

Elle doit avoir lieu entre 10 -15 SA , elle permet :

* La confirmation de l’état de grossesse et la datation du début de grossesse
* A l’examen clinique :

= on cherche les ATCD médicaux, chirurgicaux et gynécologiques

= les signes sympathiques de la grossesse

=Le poids, la taille et la tension artérielle

= le toucher vaginal

* Les examens para-cliniques :

= prescriptions des examens biologiques obligatoires

= le groupage –rhésus

=l’échographie du T1

= conseils hygiéno-diététiques

1. La deuxième consultation prénatale : 20 à 28 SA

= examen général

=  la hauteur utérine

= la chimie des urines(CDU)

= Les bruits cardiaques fœtaux

= Les mouvements actifs fœtaux

= le dépistage du diabète gestationnel au 6 ème mois

= l’échographie morphologique

1. La troisième consultation prénatale : 28 à 35 SA

= la prévention systématique de l’allo-immunisation foeto-maternelle chez toutes les femmes rhésus négatif : injection de gamma globulines anti-D à 28 SA

= prophylaxie des carences en vitamine D

= traitement d’une éventuelle carence martiale

= prélèvement vaginal pour le dépistage du portage du streptocoque B

= prévoir une consultation d’anésthésie

1. La quatrième consultation prénatale : à terme, à partir de 36 SA

= examen général : TA, le poids, la hauteur utérine

= la CDU

= le toucher vaginal : la formation du segment, les modifications cervicales et la présentation

= la biométrie fœtale, la position du fœtus et des annexes

= donner à la patiente un RDV si elle n’a pas accouché avant 41 SA

1. La consultation post-natale :

Elle est obligatoire et doit avoir lieu dans les 8semaines qui suivent l’accouchement

= évaluation de l’état psychologique de la mère

= un examen clinique général et plus particulièrement du périnée et des seins

= prescription d’un FCV

= prescription d’une rééducation périnéale

= prescription d’une contraception

1. La grossesse pathologique:

La grossesse extra-utérine :

* 1. Définition :

C’est l’implantation et le développement de l’œuf en dehors de la cavité utérine.

Elle peut mettre en jeu le pronostic vital maternel, à ce titre elle constitue une urgence thérapeutique.

* 1. Les facteurs de risque :
* **La lésion tubaire** : salpingite, chirurgie tubaire, chirurgie abdomino-pelvienne, endométriose tubaire, compression tubaire extrinsèque.
* **Le tabac** : dose – effet
* **Le dispositif intra-utérin**
* **La pilule micro-progestative**
  1. La localisation :
* Tubaire :
* Ampullaire dans 60 % des cas
* Isthmique 25%
* Pavillonnaire 10 %
* Interstitielle 2%
* Ovarienne et abdominale
  1. Histoire naturelle de la GEU :

Nidation ectopique⟶distension progressive de la trompe⟶hémato-salpinx⟶ rupture tubaire⟶hémo-péritoine⟶choc hypo-volémique⟶décès maternel

* 1. Le diagnostic : un trépied
* Clinique : retard de règle, douleurs pelviennes et métrorragies
* Biologique : dosage quantitatif des B Hcg
* Echographique : vacuité utérine+/- image latéro-utérine
  1. Le traitement :
* Chirurgical : par coelioscopie ou laparotomie
* Conservateur : salpingotomie
* Radical : salpingectomie
* Médical : la lyse chimique de la grossesse par le méthotréxate
* Surveillance post-opératoire des BHcg