

# Le suivi de la grossesse

EPU B

Le 24 Février 2010

Expert : Dr Catherine VERGNE

Animateur : Dr Franck BEAUDOIN

# « *docteur, je crois être enceinte* »

## le diagnostic de grossesse (1/2)

- **Interrogatoire**
  - Contraception – désir de grossesse
  - Date des dernières règles
  - Longueur et régularité des cycles
  - Signes sympathiques de grossesse (nausées, vomissements, mastodynies, constipation, irritabilité, asthénie, pollakiurie,..)
- **Examen clinique : Positif après 8 SA**
  - Augmentation du volume des seins, tubercules de Montgomery sur l'aréole
  - Col couleur lilas et sec (sans glaire)
  - Signe de Noble ++ (8 SA) : (corps utérin gros lourd et globuleux, perçu dans les cul-de-sac latéraux)
  - Signe de Hégar : ramollissement du corps utérin prédominant au niveau de l'isthme
  - Doppler fœtal : positif à partir de 11 -12 SA

# « *docteur, je crois être enceinte* »

## le diagnostic de grossesse (2/2)

- Examens complémentaires
  - Test urinaire : fiabilité
  - $\beta$  HCG plasmatique : quantitatif – qualitatif

# « *De combien suis-je enceinte ?* »

## Datation de la grossesse (1/2)

### **Si datation évidente (cycles réguliers , etc.)**

On recherche la date de début de grossesse (DDG) à laquelle on rajoute 9 mois , ce qui amène à 41 SA

- Si cycles de 28 jours : 1<sup>er</sup> jour des dernières règles (DDR) + 14 j + 9 mois : 41 SA
- Si cycles de 30 jours : DDR +16 j + 9 mois : 41 SA

*Par exemple : DDR le 1<sup>er</sup> février, cycles de 28 jours*

*DDG le 14 février + 9 mois : 41 SA le 14 novembre 2010*

On sera en dépassement de terme après 41 SA (surveillance obstétricale tous les 2 jours durant 8 jours ). Après ces 8 jours : post terme.

# « *De combien suis-je enceinte ?* »

## Datation de la grossesse (2/2)

### Si datation imprécise : échographie de datation

AVANT 6 SA : l'échographie est peu pertinente.

A 6 SA RÉVOLUES : la mesure du sac embryonnaire (il passe de 10 à 20 mm de 5 à 6 SA) est peu précise.

DE 6 A 12 SA RÉVOLUES (précision  $\pm 3$  jours)

APRÈS 12 SA RÉVOLUES (précision  $\pm 5$  jours) : la confrontation entre la mesure du diamètre bipariétal et la longueur du fémur détermine l'âge gestationnel.

AU-DELÀ DE 22 SA (précision  $\pm 7$  jours) : il existe des paramètres échographiques qui peuvent être encore très fiables parce que non modifiés lors de circonstances pathologiques.

# Elle est donc enceinte...

## la première consultation (1/4)

- *Objectifs de cette consultation :*
  - *isoler une population à risque :*
    - *Malformatif*
    - *De diabète*
    - *D'HTA*
    - *De « grossesse à risque »*
  - *Décider d'examens spécifiques*
  - *Organiser le plan de surveillance de la grossesse*
  - *Réaliser la déclaration avant la fin de la 14 ème SA*

# la première consultation (2/4)

- Déterminer si elle appartient à une population à risque
  - Atcd familiaux de maladie génétique (mucoviscidose , drépanocytose, phénylcétonurie, myopathie , Sd de l’X fragile ...)
  - Pathologie maternelle (Diabète , HTA, lupus, comitialité...)
  - Exposition médicamenteuse ( anti comitiaux, AVK, lithium, neuroleptiques ..)
  - Age maternel
  - Atcd obstétricaux de MFIU, abortums tardifs, etc...
- Examen clinique
  - Poids , taille , pression artérielle, auscultation cardio pulmonaire ,  
thyroïde , ex gynéco +/- **frottis si non récent (2 a 3 ans)**

# la première consultation (3/4)

- Prescription des examens obligatoires :
  - Examen sanguin :
    - Groupe sanguin , rhésus, phénotype complet
    - RAI
    - Sérologie syphilis, toxoplasmose, rubéole
  - Analyse d'urines
    - Protéinurie , glycosurie
- Propose les examens conseillés :
  - Sérologie HIV
  - NFS, Fer sérique, ferritine, glycémie à jeun
  - Proposer le dosage des marqueurs sériques du 1<sup>er</sup> trimestre ou du 2<sup>ème</sup> trimestre



# la première consultation (4/4)

- Etablir le calendrier de suivi :
  - Consultation mensuelle
  - Calendrier du suivi biologique
  - Date des échographies
  - Date d'accouchement
  - Date ultime de suivi en maternité : Cs du 7<sup>ème</sup> mois + CPA
- Expliquer
  - Protection contre la toxoplasmose , la listériose, avec remise d'une brochure
- Conseiller
  - Automédication , travail , diététique, voyages
- Proposer l'entretien prénatal du 4<sup>ème</sup> mois

# « *C'est quoi l'entretien du 4<sup>ème</sup> mois ?* »

## Quoi , pour qui , où ?

- Une consultation de début de grossesse pour celles qui le souhaitent où différents aspects peuvent être abordés:
  - Hygiène de la grossesse
  - Alimentation
  - Micronutrition
  - Aspect sociaux
- Où : à la maternité  
à la PMI

# Combien d'échographies pour une grossesse normale ?

## 3 échographies

- 1<sup>ère</sup> à **12 SA** (entre 11 et 13 SA + 6j)  
doit préciser l'âge gestationnel avec datation de la grossesse, la morphologie et la vitalité foétale, l'étude des annexes, la mesure de la clarté nucale, le nombre de foetus.
- La 2<sup>nde</sup> à **22 SA** (entre 20 et 25 SA) : morphologie , croissance.
- La 3<sup>ème</sup> à **32 SA** (entre 30 et 35 SA) : Croissance , présentation , placenta.

## Quand demander une écho supplémentaire ?

Si la hauteur utérine est supérieure ou inférieure à celle attendue (Hauteur utérine en cm = âge de la grossesse en SA – 4 = mois de grossesse \* 4

ou si une masse utérine ou latéro-utérine est palpée

ou si HTA, diabète gestationnel , maladie infectieuse, néphropathie, thrombophilie, grossesse gémellaire, comitialité sous traitement...

ou grossesse à risque (âge maternel sup a 38 ans, atdc de RCIU, macrosomie, malformations, ...

# la sérologie des tréponématoses

**Toujours obligatoire** à la déclaration de grossesse

- VDRL - TPHA - : sérologie négative ou infection très très récente : refaire un test en fin de grossesse si elle appartient à une population à risque
- VDRL- TPHA + : Syphilis traitée
- VDRL + TPHA +: Syphilis non traitée : **à traiter**
- VDRL+ TPHA - : Syphilis primaire , rechercher le chancre et faire FTA  
Ou faux positif des anti-cardiolipines

*VDRL : Venereal Disease Research Laboratory*

*TPHA : Treponema Palidum haemagglutination assay*

*FTA : Fluorescent Antibody Absorption*

# *Sa RAI est positive*

## Iso immunisation et grossesse

*Groupage sanguin et phénotypage rhésus et Kell au début de toute grossesse.  
RAI au début de toute grossesse, puis contrôle à 28 SA pour toutes les femmes.*

*Si rhésus négatif ou atcd de transfusion , RAI supplémentaire à 6, 8 et 9 mois.*

- D'abord , vérifier qu'elle n'a pas reçu d'injection anti D suite à un saignement gynécologique les semaines précédentes (la RAI restera positive durant 4 mois ), ce qui est le cas le plus fréquent de RAI positive
- Dans tous les cas , faire identification et titrage:
  - Anti corps sans incidence : antilewis, anti H , anti P1
  - -Anticorps responsable d'une hémolyse in utero:
    - Anti D : 45 % ; Anti c, anti E : 33%; Anti C, Cw, e, Kell 13%; Anti Duffy, Kidd , etc : 9 %
- Demander un avis spécialisé

# Marqueurs sériques :

## Qui , quand, comment ? (1/2)

- Qui : Marqueurs sériques à proposer à toutes les femmes , quel que soit leur âge . L'âge maternel n'est plus une indication d'amniocentèse (qui reste possible dans certains cas , ou payante à la demande de la mère). Le dosage est intéressant pour interpréter des anomalies échographiques en cas de refus d'amniocentèse.
- Quand :
  - **Marqueurs du 1<sup>er</sup> TM** (nouveau) entre 11 SA et 13 SA et 6 jours (dosage de la fraction libre du  $\beta$  HCG et de la protéine plasmatique placentaire de type A PAPP-A) en association avec une échographie mesurant la longueur cranio caudale ( LLC) et la clarté nucale par un échographiste certifié.
  - Ou **Marqueurs du 2<sup>nd</sup> TM** entre 14 et 18 SA, idéalement à la 16<sup>ème</sup> SA (d'où l'importance de la datation) , par le dosage de l' $\alpha$  foetoprotéine et des  $\beta$  HCG à la 16<sup>ème</sup> SA, possible jusqu'à 18<sup>ème</sup> SA , **voire plus tard** au CHU.

# Marqueurs sériques : Qui , quand, comment ? (2/2)

Comment :

Prescription sur un carnet à souche qu'il faut se procurer auprès du labo et qui permet la traçabilité du consentement éclairé de la patiente  
Seul le prescripteur reçoit le résultat (coordonnées de la patiente ++)  
Doit déboucher sur la proposition d'une amniocentèse si positif (seuil à 1/250) .

**NE PAS OUBLIER DE VERIFIER SOI-MEME LES COORDONNEES DE LA PATIENTE POUR POUVOIR LA JOINDRE FACILEMENT SI BESOIN**

# Elle n'est pas protégée contre la rubéole : quel suivi ??

*60 cas de séroconversion et 4 enfants nés atteints en 2000*

*Contamination interhumaine par voie respiratoire*

*Incubation de 16 jours , contagiosité de 10 jours avant et après l'éruption*

*Plus la contamination est précoce , plus l'atteinte est fréquente et grave,  
posant la question d'une interruption médicale de grossesse*

*Avant 11 SA, embryopathie sévère (cécité , surdité, cardiopathie)*

*De 13 à 18 SA , le risque est surtout la surdité fœtale*

**Sérologie initiale puis à 20 SA si était négative.** En cas de séroconversion ,  
une **prise en charge spécialisée est indispensable** (ref. HAS octobre  
2009)



## « J'ai peur de la listeria » (1/2)

*Listeria monocytogenes* est un bacille gram +, anaérobie facultatif

Présent dans l'environnement et dans le tube digestif des mammifères, oiseaux, crustacés

**Capacité à survivre et à se développer en milieu réfrigéré, mais détruite par la cuisson**

Transmission habituellement alimentaire

Pronostic grave : 1/4 de mort fœtale, 2/3 de naissances prématurées, 9 % de mortalité chez les enfants nés vivants... d'où **l'importance de la prévention**

**Aliments à éviter :**

- Fromage à pâte molle au lait cru, poissons fumés, graines germées crues. Enlever la croûte des fromages et préférer les fromages au lait pasteurisé, les fromages de la famille des gruyères
- Eviter les rillettes, langue en gelée, pâtés, etc..
- Préférer la charcuterie préemballée plutôt que les produits en vrac.
- Préférer les achats contrôlés en magasin aux achats en marchés

## « *J'ai peur de la listeria* » (2/2)

**Conservation séparée et lavage des mains** pour éviter les contaminations croisées d'un aliment à l'autre. Les aliments crus doivent être conservés séparément des aliments cuits ou prêts à consommer.

### **Règles d'hygiène :**

- Etre vigilant sur la chaine du froid
- Régler le réfrigérateur 0 à 6° , moins 18° pour le congélateur
- Nettoyer le réfrigérateur deux fois par mois avec de l'eau javellisée
- Bien laver les fruits , les légumes crus et les herbes aromatiques
- Ne jamais consommer un produit après sa date limite de consommation

# Que dire à une patiente enceinte non immunisée contre la Toxoplasmose

*Toxoplasma gondii est un parasite du chat*

*Contamination par voie orale:*

*a partir du réservoir tellurique(oocystes) par les mains souillées ou les aliments*

*A partir du réservoir alimentaire (viande insuffisamment cuite)*

*54 % des françaises sont immunisées contre la toxoplasmose , taux de contamination durant la grossesse 3.1%*

*En cas de séroconversion au 1<sup>er</sup> trimestre, le risque de transmission materno-fœtale est faible (<5%) mais les complications fœtales sont souvent gravissimes*

*En cas de séroconversion au 5<sup>ème</sup> mois , le risque de contamination fœtale est de l'ordre de 10 à 20 %*

*Dans les séroconversions du 3<sup>ème</sup> trimestre, , la transmission materno-foetale est > a 50 % mais les atteintes fœtales sont habituellement limitées (surtout oculaires)*

# Que dire a une patiente enceinte non immunisée contre la Toxoplasmose

## **Sérologie mensuelle si négative en début de grossesse**

- Eviter les contacts directs avec les objets qui pourraient être contaminés par les excréments de chats (litière, terre, etc..).
- Laver soigneusement les légumes et les plantes aromatiques , surtout s'ils sont consommés crus. Eplucher les légumes et les fruits.
- Eviter le contact direct avec la terre . Se laver les mains après les activités de jardinage.
- Bien cuire la viande (bœuf , mouton , cheval, porc), c'est à dire cuisson d'au moins 65° dans toute l'épaisseur de la viande . Eviter la viande marinée, fumée ou grillée.
- Un bonne hygiène des mains et des ustensiles de cuisine est importante pour éviter la transmission de la toxoplasmose durant la grossesse.

# Sa prise de sang se modifie pour la toxoplasmose

## Conduite à tenir face à une séroconversion

- La séroconversion est affirmée par une modification des anticorps anti IgG et IgM à trois semaines d'intervalle dans le même laboratoire.
- Il faut affirmer la séroconversion avant de prescrire de la spiramycine (*Rovamycine*®) (le toxoplasme met plusieurs semaines à franchir le placenta).
- Faire doser l'avidité anti Ig G : si cette avidité est forte, cela oriente sur une séroconversion de plus de 4 mois.
- **Ne pas oublier de demander un avis obstétrical spécialisé**

## « J'ai aussi peur des Salmonelles... »

*Les Salmonelles sont des bacilles gram -, de la famille des enterobacteriaceæ.*

*Réservoir animal (oiseaux , ruminants , rongeurs, etc...), transmission alimentaire par les œufs , laitages , aliments préparés, ...*

- Mêmes mesures préventives que contre la toxoplasmose avec en plus :
- Conserver les œufs au réfrigérateur.
- Ne pas consommer d'œufs crus ou mal cuits.
- Pour les aliments préparés à base d'œuf cru (mayonnaise, mousse au chocolats, etc.) , préparer au dernier moment et éviter de casser les œufs en bordure du récipient utilisé pour faire la préparation.

# Elle a eu un contact avec un enfant varicelleux et se sait non immunisée

*Incidence de 0.05 %, soit 500 cas par an*

*Contamination interhumaine par voie respiratoire ou contact direct avec les lésions dermatologiques*

*Contamination fœtale surtout avant 20 SA*

*Varicelle néonatale pouvant être sévère*

*Le zona maternel est sans risque pour le fœtus*

- D'abord , doser les Ig G et Ig M anti-varicelle
  - Si positif , elle a fait la varicelle et est protégée
  - Si négatif, contrôler a 15 jours
- On n'injecte des Immunoglobulines anti-varicelle qu'en cas de varicelle clinique
- Le vaccin antivarielleux est **contre indiqué** durant la grossesse

## « *Mon père est diabétique* »

# Dépistage du diabète gestationnel : Qui ?

- Dépistage dès la première consultation si facteur de risque (HAS 2005)
  - Antécédents familiaux de diabète
  - Obésité
  - Antécédent d'enfant mort-né, de mort fœtale in utero (MFIU), de malformation , de macrosomie (poids de naissance sup a 4000 g ou sup a 90<sup>ème</sup> percentile), de pré-éclampsie, d'éclampsie.
  - Age sup à 35 ans
  - Hydramnios
  - Glycosurie à deux reprises
  - Atcd de troubles de la glyco régulation sous contraception oestroprogestative ou corticothérapie



# Dépistage du diabète gestationnel : Comment ?

- Si facteur de risque, dès la première consultation et à renouveler entre la 24 et 26<sup>ème</sup> SA
  - **Test de O'sullivan** : glycémie 1 heure après l'absorption orale de 50 g de glucose

Positif si glycémie à 1 heure >1g 30

- réaliser alors une **HGPO à 100 g** de glucose sur 3 heures :

Diabète si deux valeurs supérieures à :

glycémie	à jeun	< 0.95 g/l
	à 1 H	<1.80 g/l
	à 2 H	<1.55 g/l
	à 3 h	<1.40 g/l

**Si le diagnostic de diabète est alors posé , à adresser a l'obstétricien**

# Diabète gestationnel (3/3)

Un fois le diagnostic posé , l'obstétricien proposera un régime diabétique strict (avec exclusions) pour une période de 15 jours

A l'issue : contrôle de glycémie post prandiale

Si celle-ci dépasse 1g 20 : insulinothérapie

**Cette grossesse à risque relève d'une surveillance particulière : passer la main**

# « *je suis enceinte et je saigne* » métrorragies et grossesse

- *Penser :*
  - *Fausse couche*
  - *Grossesse extra utérine*
  - *Puis après , hématome décidual , lésion du col, etc...*
- Une écho et un contrôle des  $\beta$  HCG sont donc nécessaires , il faut adresser la patiente aux urgences, en recherchant les critères de gravité (hémorragie importante, douleurs vives , troubles hémodynamiques, ..)
- **Ne pas oublier la prévention par les immunoglobulines anti D chez les femmes rhésus négatif (dans les 72 heures au plus tard)**

# Tension artérielle limite : quel chiffre, comment , que faire faire ?

- Pression artérielle limite : 14/9
- Comment : contrôler le qualité de la mesure :
  - Brassard adapté
  - Repos assise, après 10 minutes de repos au calme
  - Répéter les mesures
  - Mettre au repos pendant deux semaines avec contrôle régulier de la PA
- Que faire : **ne pas traiter d'emblée** , à confier à l'obstétricien si l'élévation de la PA se confirme (recherche d'un RCIU, d'anomalie des flux dans les artères utérine et du cordon ,...).

## « *Et mes vitamines ???* »

### La supplémentation durant la grossesse (1/2)

- Acide folique
  - Pour toutes les femmes , durant le premier trimestre, action préventive contre la non fermeture du tube neural
  - *Speciafoldine*® 0.4 mg : 1/jour, 4 semaines avant la conception et 8 après
- Fer
  - Numération obligatoire au 6<sup>ème</sup> mois , mais fréquemment demandée aussi en début de grossesse . Supplémenter si Hb < 11 g en début de grossesse et si < a 10.5 g au 6<sup>ème</sup> mois
  - *Tardyferon B9*®: 2 par jour
- Iode
  - La Somme est modérément carencée en Iode . Une supplémentation peut être proposée , elle est non remboursée.
  - Iode 150 µg par jour

## « *Et mes vitamines ???* »

### La supplémentation durant la grossesse (2/2)

- Vitamine D (durant l'hiver)
  - Prévention de l'hypocalcémie du nouveau né
  - *Uvedose*<sup>®</sup> : 1 ampoule 100.000 UI au 7<sup>ème</sup> mois
- Pas de Fluor ni de Zinc , quant à la Vitamine A , elle est tératogène aux doses supérieures aux apports quotidiens conseillés ( 700 microgrammes par jour )

# « j'ai droit à quoi , comme médicament ? »

- Le médicament , ce n'est pas un droit. Le médecin (et la patiente) doivent se demander si un traitement médicamenteux est vraiment utile ou nécessaire....
- L'automédication sous forme orale, collyre , pommade, crème ou gel pour application locale doit être évitée durant la grossesse.
- Sans danger : Paracétamol , phloroglucinol
- En cas de prise médicamenteuse inopportune, prendre conseil si besoin auprès du Centre de Pharmacovigilance (Service du Pr ANDREJACK au CHU). Cet avis laissera en outre une trace écrite de nos démarches...

# « j'ai de la fièvre » spécificité de la grossesse

*Penser Listeria et Infection urinaire asymptomatique*

- Il faut avoir l'ECBU « facile » durant la grossesse
- S'il on pense a une possible Listériose avec signe de gravité , il faut hospitaliser la patiente pour lui prélever une série d'hémocultures
- Reste le délicat problème des sd pseudo grippaux peu sévères qui relèvent d'une antibiothérapie de 3 g d'amoxicilline durant 7 jours ...



*« Ma VS est a 70 a 24 SA !!! »*

*Que faire ?* La biologie durant la grossesse

Rien , la VS est ininterprétable durant la grossesse...

Ne pas réaliser de dosage inutiles et anxiogènes, tels que VS ,  
cholestérolémie, triglycéridémie , etc...

# Valeurs biologiques pendant la grossesse

- Hématocrite Chute de 40 % à 31-34 %
- Leucocytes Augmentation jusqu'à 15 Giga/l (prédominance de l'élévation des polynucléaires neutrophiles)
- Vitesse de sédimentation **intérêt** Augmentation (30-90 mm). **Aucun pendant la grossesse**
- Triglycérides Augmentation progressive jusqu'à 2-3 g/l
- Cholestérol Augmentation linéaire jusqu'à 3 g/l
- Phosphatases alcalines Augmentation progressive à partir de 20 SA en raison d'une iso enzyme placentaire
- Transferrine Très augmentée
- Urée Diminution progressive de 25%
- Créatininémie Diminution progressive de 25%
- Uricémie Baisse précoce de 30%, ré-ascension en fin de grossesse (de 180 à 350  $\mu\text{mol/l}$ )
- Etc....

# « *Quand dois-je voir l'obstétricien?* »

- A partir de l'examen mensuel du 7<sup>ème</sup> mois
- CPA au 7<sup>ème</sup> mois
- Préparation à l'accouchement au 8<sup>ème</sup> mois (visites des locaux , etc..)
  
- Mais aussi : Préparation spécifique (sophro, piscine, yoga , haptonomie) )  
à partir du 4<sup>ème</sup> mois

# « *Nous voulons un enfant* »

## la consultation pré-conceptionnelle (1/4)

- **Interrogatoire**
  - Atcd familiaux
    - Pouvant orienter vers un conseil génétique
    - HTA , diabète
  - Atcd personnels généraux
    - Addictions ( tabac, alcool, drogues)
    - Diabète , HTA , lupus, thrombophilie
    - Risque environnementaux (intox par le plomb)
    - Statut vaccinal : Rubéole et Coqueluche pour les deux parents

# « *Nous voulons un enfant* »

## la consultation pré-conceptionnelle (2/4)

- Atcd personnels gynéco obstétricaux
  - Abortum tardif
  - Accouchement prématuré
  - Pré éclampsie , HTA gravidique
  - Diabète gestationnel
  - Date du dernier frottis : a mettre à jour si plus de 2 a 3 ans
  - Régularité des cycles
- **Examen clinique**
  - Examen général : poids , pression artérielle, auscultation cardiaque et pulmonaire, palpation de la thyroïde , etc.

# « *Nous voulons un enfant* »

## la consultation pré-conceptionnelle (3/4)

### **Au terme de l'interrogatoire et de l'examen :**

- Prévoir un conseil génétique si besoin
- Prescription d'un bilan biologique avec groupe sanguin , RAI, sérologie toxoplasmose , rubéole, numération globulaire si facteur de risque
- Expliquer les règles d'hygiène contre la toxoplasmose , la listériose, les salmonelles.
- Vacciner si besoin contre la Rubéole (Vaccin trivalent de préférence : *PRIORIX*®)
- Revacciner si besoin contre la coqueluche (*BOOSTRIX TETRA*®) les deux parents

.../...

# « *Nous voulons un enfant* »

## la consultation pré-conceptionnelle (3/4)

- Prescrire une supplémentation systématique par acide folique dans le cadre de la prévention de la non fermeture du tube neural :
  - 0.4 mg d'acide folique/jour 28 jours avant la conception et jusqu'à la 8<sup>ème</sup> semaine après
  - 5 mg /jour si atcd de non fermeture du tube neural ou tt anti épileptique
- Orienter les grossesses à risque :
  - Age maternel avant 16 ans ou après 35 ans
  - Atcd de prématurité, de toxémie gravidique, de MFIU, de diabète gestationnel,
  - Atcd personnels de cardiopathie , de néphropathie, épilepsie, thrombophilie, auto immunité,...
- Modifier le terrain : conduites additives , obésité , risques sociaux

Contenu	3 <sup>e</sup> mois	4 <sup>e</sup> mois	5 <sup>e</sup> mois	6 <sup>e</sup> mois	7 <sup>e</sup> mois	8 <sup>e</sup> mois	9 <sup>e</sup> mois
<b>Examens obligatoires</b>							
Examen clinique	√	√	√	√	√	√	√
Entretien individuel ou en couple	√	Evaluation par une sage-femme des besoins de prévention et d'éducation : séances de préparation à la naissance et/ou orientation vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement					
HCG qualitatif	Si doute						
Diagnostic de grossesse	√						
Déclaration de grossesse	Avant 15 SA <sup>e</sup>						
Groupe sanguin	√					2 <sup>e</sup> détermination si non faite avant	
Recherche d'agglutinines irrégulières	√	Si Rhésus négatif ou si antécédent de transfusion, poursuite des recherches d'agglutinines irrégulières mensuelles au cours du 6 <sup>e</sup> , 8 <sup>e</sup> et 9 <sup>e</sup> mois.					
Identification et titrage des anticorps	si RAI <sup>+</sup> +			si RAI <sup>+</sup> +		si RAI <sup>-</sup>	
Sérologie rubéole	↯	Si résultat négatif : <b>Contrôle à 20 SA</b>					
Sérologie syphilis	√						
Sérologie toxoplasmose	↯	Si résultat - : mensuelle jusqu'au 9 <sup>e</sup> mois et après accouchement					
Recherche antigène HBs				√			
Glycosurie-Albuminurie	√	√	√	√	√	√	√
Hémogramme	X			√			



## « *et mes congés mater ??* »

- 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> grossesse :  
6 semaines avant et 10 semaines après la date théorique de l'accouchement.
- À partir de la 3<sup>ème</sup> grossesse :  
8 semaines avant et 18 semaines après
- Grossesse gémellaire :  
– 8 semaines avant et 22 semaines après
- En cas de grossesse pathologique , 14 j supplémentaires

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002, le père peut bénéficier de 11 jours ouvrables consécutifs de congé paternité. Ils s'ajoutent aux 3 jours employeurs. Le père est libre de prendre ses congés dans les 4 mois qui suivent la naissance de son enfant

[www.ameli.fr/174/DOC/717/dp.html](http://www.ameli.fr/174/DOC/717/dp.html) « autour de bébé »

# Messages

- Les BHCG ne datent pas une grossesse.
- Proposer systématiquement les marqueurs sériques à toutes les parturientes.
- Pas de biologie ininterprétable.