

## **Grossesse normale. Besoins nutritionnels d'une femme enceinte.** (item 16)

### **Objectifs officiels :**

- Diagnostiquer une grossesse et connaître les modifications physiologiques l'accompagnant.
- Énoncer les règles du suivi (clinique, biologique, échographique) d'une grossesse normale.
- Déterminer lors de la première consultation prénatale les facteurs de risque de complications durant la grossesse qui entraînent une prise en charge spécialisée.
- Expliquer les particularités des besoins nutritionnels d'une femme enceinte.

### **Objectifs supplémentaires:**

- Savoir prescrire, expliquer et interpréter les examens utiles au dépistage de la trisomie 21.
- Connaître la réglementation concernant la grossesse normale

### **I. Diagnostiquer une grossesse.**

Le diagnostic de grossesse est le plus souvent clinique. Lorsque la grossesse est très jeune ou que la symptomatologie est atypique, il est nécessaire pour affirmer le diagnostic de grossesse d'utiliser les tests de grossesse et/ou l'échographie.

#### **a) Clinique**

Le diagnostic est suspecté sur l'association :

- d'un retard de règles
- d'une augmentation de la taille de l'utérus

Le retard de règles n'est pas évident (1/3 des cas) lorsque les cycles sont longs ou irréguliers, la patiente ne se souvient plus de sa date de dernières règles (DDR) ou si elle vient d'interrompre une contraception orale ou un allaitement.

L'augmentation de la taille de l'utérus n'est pas évidente chez la patiente obèse, pusillanime ou ayant un utérus fibromateux.

La taille de l'utérus est comparable à 8 semaines à une orange, à 10 semaines à un pamplemousse; à 15 semaines, le fond utérin est à mi-chemin entre la symphyse et l'ombilic.

Les signes sympathiques de grossesse sont inconstants et peu spécifiques (augmentation de la tension des seins, nausées matinales, parfois vomissements, pollakiurie). Lors de retard de règles, ils sont insuffisants pour porter le diagnostic de grossesse.

Les autres signes cliniques sont :

- à l'examen au spéculum : un col violacé avec une glaire cervicale absente ou coagulée,
- des seins augmentés de volume avec bombement de l'aréole et saillie des glandes sébacées,
- au toucher vaginal : un ramollissement de l'utérus, assez net au niveau de l'isthme,
- le maintien du plateau thermique après 12 jours sur une courbe ménothermique (courbe de température)
- la perception des bruits du coeur foetal au détecteur ultrasonique est plus tardive (13<sup>e</sup> semaine).

b) Diagnostic biologique.

Tests de grossesse de pharmacie :

- basés sur la détection colorimétrique de l'hormone gonadotrophine chorionique (hCG) dans les premières urines du matin.
- moins fiables que le dosage qualitatif ou quantitatif de l'hCG dans le plasma ( $\beta$ -HCG sanguin).

c) Diagnostic échographique.

Réalisé par voie abdominale (vessie pleine) ou par voie vaginale (qui permet de voir des sacs plus petits), on recherche :

- le sac ovulaire visible dès 5 - 6 SA sous la forme d'une image anéchogène (liquidienne) intra-utérine, entourée d'une couronne échogène (le trophoblaste)
- l'embryon et son activité cardiaque visibles à partir de 6 - 7 SA.

d) Calcul du terme.

On se base sur la date présumée de l'ovulation, qui survient normalement 14 jours après le début des dernières règles chez une femme aux cycles réguliers de 28 jours. Une méthode de calcul simple est la méthode de Naegele : on ajoute 14 jours à la date du début des dernières règles et l'on retranche 3 mois.

L'échographie du 1<sup>e</sup> trimestre permet de donner un terme précis à  $\pm$  3-4 jours. Celle du 2<sup>e</sup> trimestre donne un terme à  $\pm$  7-10 jours.

L'importante variabilité du taux de  $\beta$ HCG pour une semaine donnée rend toute valeur de  $\beta$ HCG impropre à l'établissement d'un terme.

|                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| <b>Terme</b>                | 41 semaines (soit 287 jours) |
| <b>Prématurité</b>          | < 37 semaines                |
| <b>Dépassement de terme</b> | > 42 semaines                |

## II. Modifications physiologiques au cours de la grossesse.

La caractéristique essentielle de l'adaptation cardiovasculaire est l'installation précoce d'une vasodilatation artérielle. Elle s'accompagne durant les 2 premiers trimestres d'une baisse de 8-15 % de la pression artérielle systolique et diastolique.

|                                    | En dehors de la grossesse | Pendant la grossesse |
|------------------------------------|---------------------------|----------------------|
| Débit cardiaque (l/mn)             | 4,3 $\pm$ 0,9             | 6,2 $\pm$ 1,0        |
| Fréquence cardiaque (b/mn)         | 71 $\pm$ 10               | 83 $\pm$ 10          |
| Volume d'éjection systolique (ml)  | 73,4 $\pm$ 9,0            | 88,3 $\pm$ 11,0      |
| Pression artérielle moyenne (mmHg) | 86,4 $\pm$ 7,5            | 90,3 $\pm$ 5,8       |

Données issues du Traité d'Obstétrique ed par Cabrol D, Pons J-C, Goffinet F ; Flammarion 2003.

La pression veineuse n'augmente qu'au niveau des membres inférieurs en raison de la compression de la veine cave inférieure. Ceci explique en partie le développement fréquent d'oedèmes des membres inférieurs et de varices et augmente le risque de thrombose veineuse.

Il survient au cours de la grossesse une expansion thoracique et une ascension précoce du diaphragme. Il en résulte :

- une baisse de 5% de la capacité pulmonaire,
- une baisse de 20% de la capacité résiduelle,
- sans modifications de la capacité vitale.

La ventilation par minute augmente (10 l/mn versus 7,5 l/mn) par :

- augmentation du volume courant (+40%)
- augmentation de la fréquence respiratoire (+10%).

La consommation d'O<sub>2</sub> augmente jusqu'à 33% à terme.

L'hyperventilation alvéolaire entraîne une hypocapnie aboutissant à une alcalose respiratoire partiellement compensée par une fuite des bicarbonates pour maintenir un pH à 7,47.

Certains paramètres biologiques sont toujours modifiés au cours de la grossesse. L'hémodilution, responsable de « l'anémie physiologique de la grossesse » explique certaines modifications. Il est essentiel de connaître ces modifications pour interpréter correctement les résultats.

|  | <b>En dehors de la grossesse</b> | <b>Pendant la grossesse</b> |
|--|----------------------------------|-----------------------------|
| Volume plasmatique                                 | 2600                             | 4000                        |
| Hématies (GR en 10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup> ) | 4,5                              | 3,7                         |
| Hématocrite %                                      | 40                               | 33                          |
| Hémoglobine (g/100 ml)                             | 12-16                            | 11-12                       |
| Leucocytes (GB) (/mm <sup>3</sup> )                | 6000-7000                        | > 10000                     |
| Plaquettes (/mm <sup>3</sup> )                     | 150 000-300 000                  | <b>Inchangé</b>             |
| Fibrinogène (g/l)                                  | 2-3                              | > 4                         |
| VS (mm à 1 H)                                      | 10                               | > 50                        |
| Protéine C réactive (ng/100 ml)                    | < 1,2                            | <b>Inchangé</b>             |
| Haptoglobine (g/l)                                 | 0,4-2                            | <b>Inchangé</b>             |
| Phosphatases alcalines (UI/l)                      | 80-220                           | 500-800                     |
| Cholesterol total (g/l)                            | 1,6-2                            | 2,6-3                       |
| Triglycérides (g/l)                                | 0,5-1,5                          | 2-3                         |
| Glycémie (g/l)                                     | 1                                | 0,7-0,8                     |
| (mmol/l)   | 5,5                              | < 5                         |
| Urée (g/l)   | 0,25-0,4                         | 0,15-0,3                    |
| Créatinine (mg/l)                                  | 8,3                              | 5,3-7,3                     |
| Uricémie (mg/l)                                    | 25-40                            | 18-25                       |
| Transaminases (UI/l)                               | ≤ 30                             | <b>Inchangé</b>             |
| Taux de prothrombine (%)                           | > 80                             | <b>Inchangé</b>             |
| Bilirubine totale (mg/l)                           | 3-8                              | <b>Inchangé</b>             |
| Alpha-foeto-protéine (ng/l)                        | < 10                             | 20-300                      |

Valeurs tirées d'Obstétrique pour le praticien Ed par Lansac J, Berger C, Magnin G. 1997.

### III. Facteurs de risque.

La recherche des facteurs de risque permet d'isoler des patientes à plus haut risque d'accouchement prématuré, de diabète gestationnel, de complications vasculaires ou de malformations fœtales.

Il faut les chercher dès la 1<sup>e</sup> consultation, car leur découverte peut conduire précocément à la demande de certains examens ou la mise en place de certains traitements (aspirine) ou précautions (repos ou arrêt de travail).

#### 1) Antécédents obstétricaux

- Fausse-couche (avec ou sans curetage), GEU (mode de traitement, CR opératoire)
- Pathologie durant la grossesse: diabète, HTA, hypotrophie, MAP, mort in utero.....
- Date et lieu des accouchements antérieurs:
  - terme,
  - mode : déclenché, extraction instrumentale, césarienne, hémorragie de la délivrance
  - poids de l'enfant
  - score d'Apgar

Compte-rendu opératoire de césarienne

#### 2) Antécédents gynécologiques

- Cycles irréguliers
- Type de contraception
- Infections gynécologiques
- Malformation utérine, fibrome
- Intervention gynécologique
- Stérilité, traitement de stérilité

#### 3) Familiaux

- HTA
- Diabète
- Enfant malformé, maladie héréditaire

#### 4) Terrain

- Groupe-rhésus-phénotype
- Age (< 18 ans ou > 40 ans)
- Poids, taille
- Tabagisme, alcool, drogues
- Conditions socio-économiques:
  - Grossesse illégitime
  - mariée, divorcée
  - profession: port de charges lourdes, position debout, déplacement quotidien....
  - conditions de vie: escaliers, nombre d'enfants.....
- Ethnie: drépanocytose, thalassémie, hépatite B, SIDA

5) Antécédents médico-chirurgicaux

- HTA ou hyperglycémie (sous pilule ?)
- Allergie
- Phlébite (déficit familial en protéine C, S ou anti-thrombine III)
- Infections urinaires
- Pathologie cardio-pulmonaire
- Appendicectomie
- Laparotomie

**IV. Suivi clinique et biologique d'une grossesse.**

1) Clinique.

En l'absence de facteurs de risque, la patiente sera revue 1 fois / mois.

A chaque consultation, il faut rechercher :

- des métrorragies,
- des douleurs pelviennes (contractions utérines)
- des signes d'infection urinaire

La présence de mouvements fœtaux (à partir de la 19<sup>e</sup> semaine)

On relève systématiquement :

- le poids (prise de poids normale : 1 kg/mois)
- la tension artérielle (< 14/9)

On mesure la hauteur utérine avec un mètre-ruban (terme en semaines = hauteur en cm + 4).

On recherche avec un appareil à ultrasons (effet doppler) les bruits du cœur fœtal audibles à partir de la 13<sup>e</sup>-15<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée (rythme cardiaque fœtal normal 120-160 batt/mn).

On effectue un toucher vaginal à la recherche d'un raccourcissement ou de l'ouverture du col utérin.

L'examen du 9<sup>e</sup> mois doit être réalisé par l'équipe obstétricale qui se chargera de l'accouchement :

- il précisera notamment la présentation fœtale, les possibilités d'accouchement par voie basse (pelvimétrie clinique, croissance fœtale).
- il s'assurera qu'une consultation anesthésique a été réalisée.
- il mettra en place la surveillance à terme et en cas de dépassement de terme.

En cas de dépassement de terme, il faut interrompre la grossesse en déclenchant le travail ou en réalisant une césarienne en raison de l'altération de la mortalité-morbidité périnatale après 42 semaines d'aménorrhée.

2) Biologique

a) Examens obligatoires lors de la déclaration de grossesse.

Albuminurie-glycosurie.

Groupe sanguin – rhésus – phénotype – Kell

Recherche d'agglutinines irrégulières (RAI)

Séro-diagnostics rubéole, toxoplasmose et syphilis (VDRL-TPHA)

La sérologie du SIDA est obligatoirement proposée, mais la patiente n'est pas obligée de la réaliser.

b) Examens biologiques obligatoires en cours de grossesse.

A chaque consultation de grossesse :

- Albuminurie-glycosurie.
- Séro-diagnostic toxoplasmose si la patiente est séro-négative

A l'examen du 6<sup>e</sup> mois :

- Séro-diagnostic de l'hépatite B
- NFS : elle est obligatoire au 6<sup>e</sup> mois, mais il paraît plus logique de la faire à la 1<sup>e</sup> consultation de grossesse pour dépister les patientes anémiques afin de les supplémenter suffisamment tôt.

Aux consultations du 6<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> mois, RAI si la patiente est rhésus négatif.

c) Examens biologiques en cours de grossesse.

Le dépistage d'une bactériurie asymptomatique au 4<sup>e</sup> – 5<sup>e</sup> mois est conseillée par certains groupements de gynécologues-obstétriciens.

- De même, le dépistage systématique du diabète gestationnel est recommandé par le Collège des Gynécologues Obstétriciens Français. Il repose sur le test de O'Sullivan :
  - dosage entre les 24<sup>e</sup> et 28<sup>e</sup> semaines d'aménorrhée de la glycémie veineuse une heure après l'ingestion de 50 grammes de glucose chez une patiente non à jeun.
  - Le test est positif si la glycémie est supérieure ou égale à 1,30 g/l (7,2 mmol/l).
  - Un test positif doit conduire à la réalisation d'une hyperglycémie provoquée per os (100 gr de glucose), qui seule permet de porter le diagnostic de diabète gestationnel à la vue de 2 valeurs ou plus sur les 4 glycémies réalisées à 0, 60, 120 et 180 mn.

**Critères de diagnostic du diabète gestationnel** (critères de O'Sullivan et Mahan, modifiés par Carpenter et Coustan).

|                 | Temps (mn) | 0    | 60   | 120  | 180  |
|-----------------|------------|------|------|------|------|
| <b>Glycémie</b> | g/l        | 0,95 | 1,80 | 1,55 | 1,40 |
|                 | mmol/l     | 5,3  | 10,1 | 8,7  | 7,8  |

## V. Surveillance échographique au cours de la grossesse.

En France, 3 échographies sont remboursées par grossesse.

1) Echographie du 1<sup>e</sup> trimestre.

Elle doit être réalisée entre 11 et 14 semaines d'aménorrhée pour permettre la mesure de la clarté nucale.

Elle comporte :

- une biométrie : longueur cranio-caudale (LCC), diamètre bipariétal (Bip), périmètres céphalique et abdominal, mesure de la longueur du fémur.
- la recherche de malformations importantes (anencéphalie, absence d'un segment de membre...)
- la mesure de la clarté nucale (voir dépistage de la trisomie 21)

La clarté nucale se définit comme une image liquidienne, donc anéchogène située au niveau de la nuque fœtale entre deux limites hyperéchogènes : les tissus mous se superposant au rachis cervical et la peau.

- le type de grossesse gémellaire : l'échographie du 1<sup>e</sup> trimestre permet de faire le diagnostic exact de chorionicité dans 100% des cas. La présence du signe de lambda affirme la nature bichoriale de la grossesse.



Fig. 1 : coupe échographique sagittale permettant la mesure de la clarté nucale (flèche) et celle de la longueur cranio-caudale (LCC).

## 2) Echographie du 2<sup>e</sup> trimestre (20-22 semaines).

Elle comprend :

- La biométrie : diamètre bipariétal (Bip), périmètres céphalique et abdominal, mesure de la longueur du fémur. Ces mesures sont analysées sur des courbes en fonction de l'âge gestationnel. Jusqu'à 24 semaines, il est possible de corriger un terme de grossesse sur les données d'une biométrie ; à partir de 24 semaines, les troubles de croissance (début d'hypotrophie ou de macrosomie) peuvent expliquer que des mesures soient en-dessous du 10<sup>e</sup> percentile (hypotrophie) ou au-dessus du 90<sup>e</sup> percentile (macrosomie).
- Recherche de malformations (échographie morphologique). À 22 semaines d'aménorrhée, la majorité des organes est bien individualisée. Le dépistage au cours de la grossesse trouve 60 % des malformations (80% des malformations létales).
- Localisation du placenta en sachant qu'un certain pourcentage de placenta ne seront plus praevia en fin de grossesse en raison de la croissance de l'utérus.

## 3) Echographie du 3<sup>e</sup> trimestre (30-32 semaines).

Elle va vérifier :

- La bonne croissance du fœtus sur la biométrie
- Vérifier la morphologie
- Préciser la présentation
- Confirmer l'insertion du placenta par rapport à l'orifice interne du col utérin
- Apprécier le bien-être fœtal sur les paramètres du score biophysique (Manning) : quantité de liquide amniotique, mouvements fœtaux, mouvements respiratoires fœtaux, tonus fœtal

## VI. Modalités du dépistage de la trisomie 21.

L'objectif d'un dépistage est d'isoler au sein de la population générale des patientes présentant un risque plus important d'avoir un enfant porteur de trisomie 21 (risque dans la population générale =  $1/770 = 1,3\%$ ). On propose chez ces patientes à risque la réalisation d'un prélèvement fœtal (amniocentèse, choriocentèse), dont le risque d'accident (avortement) est de 1-2%. Le prélèvement fœtal permet d'obtenir le caryotype fœtal, qui fait le diagnostic de trisomie. L'objectif final est de donner la possibilité aux couples qui le désirent d'interrompre la grossesse en cas de trisomie.

En 1998, a été introduit le dosage des marqueurs du 2<sup>e</sup> trimestre (BHCG + alpha-foeto-protéine + oestriol), qui est réalisé entre la 14<sup>e</sup> et la 17<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée.

La mesure échographique de la clarté nucale a été introduite plus récemment et se fait entre la 11<sup>e</sup> et la 14<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée (Fig 1).

Le dépistage de la trisomie 21 n'est pas obligatoire. Des feuilles de consentement sont à remplir pour celui basé sur les marqueurs du 2<sup>e</sup> trimestre.

Dans les années qui viennent, seront proposés les marqueurs du 1<sup>e</sup> trimestre, qui seront prélevés à 10 semaines d'aménorrhée.

Le tableau compare les performances des différents types de dépistage. Il faut souligner que les marqueurs du 2<sup>e</sup> trimestre ne vont permettre un diagnostic que vers 18-20 semaines, alors que la clarté nucale et les marqueurs du 1<sup>e</sup> trimestre donneront un diagnostic à 12-14 semaines. On pourra de ce fait réaliser une IMG plus précocément, donc plus facilement.

| Méthode   | Sensibilité | Faux positifs |
|---|-------------|---------------|
| Âge maternel  | 30 %        | 5 %           |
| Âge maternel + Marqueurs 2 <sup>e</sup> Trim.                 | 60-65 %     | 5 %           |
| Âge maternel + Clarté nucale                                  | 79 %        | 5 %           |
| Âge maternel + Clarté nucale + Marqueurs 1 <sup>e</sup> Trim. | 90%         | 5 %           |

Sensibilité : pourcentage des trisomiques dépistés si l'on réalise un caryotype chez 5% de la population générale.

## VII. Besoins nutritionnels au cours de la grossesse.

Dans les pays développés, l'alimentation maternelle couvre très largement les besoins nécessaires à une croissance fœtale harmonieuse. L'alimentation doit être variée, fractionnée dans la journée (3-5 fois) et riche en calcium (fromages, laitages), en fruits et légumes (vitamines et oligo-éléments) et en protéines. On limitera au maximum les sucres d'absorption rapide. On proscrit tabac et alcool (0 alcool).

1) Pour prévenir la listériose, on évitera : fromages non pasteurisés, charcuterie artisanale, viande et poissons crus.

2) Pour prévenir la toxoplasmose, lorsque la femme est séro-négative, on recommande la consommation de viande bien cuite, de laver soigneusement les fruits et légumes et d'éviter les contacts avec les chats (excréments notamment).

3) Fer : l'anémie ferriprive est corrélée avec des taux plus élevés de prématurité, de faible poids à la naissance et de mortalité périnatale. Par ailleurs, la prise de fer systématique au cours de la grossesse permet de réduire de façon significative chez la mère le risque de présenter des taux faibles

d'hémoglobine, de fer sérique ou de ferritine au moment de l'accouchement. Pour autant, on recommande aujourd'hui de ne supplémenter que les patientes présentant une anémie prouvée à la NFS.

4) Vitamine D : on recommande la prise de vitamine D au 7<sup>e</sup> mois sous forme d'une ampoule d'Uvedose®.

5) Acide folique : on recommande la prise d'acide folique avant la conception et pendant tout le 1<sup>er</sup> trimestre afin de prévenir le risque de malformation du tube neural. La quantité recommandée est de 0,4 mg/j en l'absence d'antécédent et de 5 mg/j en cas d'antécédent d'enfant porteur de malformation du tube neural.

6) Iode : on recommande la prise de 100-200 µg/j d'iode avant la conception et durant toute la grossesse afin d'assurer un développement optimal du cerveau. Plusieurs produits multivitaminés en contiennent (Gestarelle® 1 cp/j ; Gineservice® 1 cp/j ; Oligobs G® 2 cp/j).

7) Il n'est pas justifié à ce jour de supplémenter systématiquement en calcium, magnésium, fluor, sélénium ou vitamines C, B6, B12, A.

### VIII. Réglementation concernant la grossesse normale.

La déclaration doit être effectuée avant la fin de la 14<sup>e</sup> semaine de grossesse. Le formulaire comprend un feuillet pour la Caisse d'Allocation Familiale et autre pour la Caisse d'assurance maladie. Seront précisés sur ce formulaire la date de déclaration, la date présumée de début de grossesse et un engagement du médecin à prescrire les examens obligatoires

En retour, la patiente recevra un carnet de surveillance de la grossesse que son médecin remplira. Un système de feuilles dupliquées permet à la patiente de présenter son suivi de grossesse à l'équipe obstétricale qui prendra en charge son accouchement au 9<sup>e</sup> mois.

Les soins sont remboursés à la femme qui est personnellement assurée, qui est la conjointe légitime ou la concubine d'un assuré et à toute personne qui vit maritalement ou qui est à la charge effective, totale et permanente d'un assuré depuis un an au moins.

Les examens médicaux obligatoires sont en période prénatale au nombre de 7.

En période post-natale, un examen à caractère gynécologique et clinique obligatoirement effectué par un médecin doit avoir lieu 8 semaines après l'accouchement.

Le nouveau-né, quant à lui, doit être impérativement examiné dans les 8 jours qui suivent sa naissance, puis subir 9 examens au cours de la première année, 3 au cours de la seconde, et 2 au cours de chacune des années suivantes jusqu'à son 6<sup>e</sup> anniversaire.

|   | Congé prénatal<br>(semaines) | Congé postnatal<br>(semaines) |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| Grossesse simple                            |                              |                               |
| Ménage avec moins de 2 enfants à charge     | 6                            | 10                            |
| Ménage ayant la charge d'au moins 2 enfants | 8                            | 18                            |
| Grossesse gémellaire                        | 12                           | 22                            |
| Grossesse triple                            | 24                           | 22                            |

Le congé prénatal peut être augmenté en cas de grossesse pathologique de 2 semaines en cas de grossesse simple et de 4 semaines en cas de grossesse multiple.

En cas d'accouchement avant terme, la femme récupère les congés perdus en période postnatale. Si elle accouche après terme, elle conserve intact son congé postnatal.

### **IX. Réseau de périnatalité.**

Si plus de 90 % des grossesses et des naissances sont normales, parfois, des complications peuvent survenir et nécessiter un transfert pour une surveillance particulière. L'objectif principal du réseau est d'orienter les femmes enceintes en fonction de leur risque obstétrical vers les structures disposant des installations et du personnel nécessaires à sa sécurité et à celle de son enfant.

On distingue selon le niveau du service de pédiatrie :

- **les maternités de niveau 1**, où seules des femmes à terme (> 36 semaines d'aménorrhée) vont être accueillies
- **les maternités de niveau 2**, qui disposent d'une structure de néonatalogie, et seront de ce fait capables de gérer des enfants légèrement prématurés (> 32-33 semaines d'aménorrhée)
- **les maternités de niveau 3**, qui disposent d'une réanimation néonatale et d'une réanimation adulte et le plus souvent d'un service de chirurgie infantile. Ces maternités pourront donc prendre en charge les nouveau-nés de tout âge et de très faible poids de naissance, ceux nécessitant un geste chirurgical ou médical spécialisé ainsi que les mères dont l'état général est très altéré.

#### **Objectifs de la 1<sup>e</sup> consultation de grossesse.**

Confirmer le diagnostic de grossesse

Définir le terme

Demander les examens obligatoires

Etablir la déclaration de grossesse sur le formulaire prévu à cet effet

Prodiguer les conseils d'hygiène de vie

Dépister les facteurs de risques de :

- Prématurité
- Malformations foetales
- Pathologie de grossesse :
  - hypotrophie (souffrance foetale chronique)
  - macrosomie fœtale (diabète gestationnel)
  - infections
- Souffrance foetale aigüe

#### **Objectifs de l'échographie du 1<sup>e</sup> trimestre.**

Confirmer le caractère intra-utérin de la grossesse.

Confirmer son caractère évolutif (présence d'une activité cardiaque ou TM + (time motion))

Confirmer le terme (mesure du LCC (longueur cranio-caudale), du Bip (bipariétal))

Préciser le nombre d'embryons et en cas de grossesse multiple le type de chorionicité (signe du lambda si bichoriale)

Dépister des malformations foetales

Rechercher des signes d'appel de trisomie (mesure de la clarté nucale)

**Points essentiels.**

**Un diagnostic de grossesse repose sur l'association d'un retard de règles et d'une augmentation de la taille de l'utérus.**

**Le dosage de  $\beta$ HCG est la méthode de diagnostic la plus précoce.**

**L'échographie du 1<sup>e</sup> trimestre à 11-13 semaines permet de confirmer l'évolutivité de la grossesse, de donner le terme le plus précis, de mesurer la clarté nucale et de vérifier qu'il s'agit d'une grossesse unique.**

**La 1<sup>e</sup> consultation recherche les facteurs de risque, définit le terme de la grossesse, demande les examens obligatoires, déclare la grossesse et permet de donner les 1ers conseils d'hygiène et d'alimentation au cours de la grossesse.**

**Sur le plan alimentaire, il faudra prévenir les risques de contracter 2 infections : la listériose et la toxoplasmose (si séro-négative). Les suppléments recommandés sont : l'acide folique, l'iode, la Vit D (le Fer ne s'impose qu'en cas d'anémie).**

**Le dépistage de la trisomie 21 repose sur la mesure échographique de la clarté nucale. Celle basée sur les marqueurs du 1<sup>er</sup> Trim. remplacera bientôt celle basée sur les marqueurs du 2<sup>e</sup> Trim.**

**Les congés de grossesse comprennent 6 semaines en prénatal et 10 semaines en postnatal lors d'une 1<sup>e</sup> grossesse unique.**