



HAL
open science

Pathologies suspectées et devenir materno-foetal suite à la consultation de 39SA à l'HCE de Grenoble

Marion Serra Morvant

► **To cite this version:**

Marion Serra Morvant. Pathologies suspectées et devenir materno-foetal suite à la consultation de 39SA à l'HCE de Grenoble. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00854888

HAL Id: dumas-00854888

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00854888v1>

Submitted on 28 Aug 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENoble
MEDECINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Pathologies suspectées
et devenir materno-fœtal
suite à la consultation de 39SA
à l'HCE de Grenoble.**

Mémoire soutenu le : 15 Mai 2013

Par SERRA MORVANT Marion

Née le : 8 Mars 1989

En vue d'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2013

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Pathologies suspectées
et devenir materno-fœtal
suite à la consultation de 39SA
à l'HCE de Grenoble.**

Mémoire soutenu le : 15 Mai 2013

Par SERRA MORVANT Marion

Née le : 8 Mars 1989

En vue d'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2013

Je remercie les membres du jury :

Mr le Dr Thierry MICHY, PH en gynécologie Obstétrique au CHU de Grenoble, Président de ce jury ;

Mme le Dr Clémentine VIDAL Assistante de Chef de Clinique au CHU de la Tronche ;

Mme Nadine VASSORT Sage-Femme Enseignante cadre supérieure – Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble ;

Mme Mélanie HEINEN, sage-femme au CHU de Grenoble ;

Je remercie plus particulièrement :

Mme le Dr Caroline CERES-TOURNOIS, Assistante des Hôpitaux au CH d'Albertville, directrice de ce mémoire ;

Pour l'intérêt qu'elle a porté à ce travail, ainsi que ses conseils ;

Mr Lionel DI MARCO, Sage-Femme cadre Enseignant à l'école de Sages-Femmes de Grenoble, Guidant de ce mémoire ;

Pour son investissement, sa pertinence, son écoute, son soutien et surtout sa patience lors de ce long et laborieux parcours ; sans qui la réalisation de ce projet aurait été bien plus difficile encore ;

Mme Laurence COMBET BLANC, Sage-Femme cadre Enseignante à l'école de Sages-Femmes de Grenoble ;

Pour son implication, l'accompagnement et l'appui qu'elle a su apporter à cette promotion d'étudiants parfois un peu trop dissipés. Un immense Merci.

Table des matières

1.	Introduction :	9
2.	Matériel et méthode :	12
3.	Résultats :	15
3.1.	Description de la population :	15
3.2.	Résultat de l'objectif principal.....	17
3.3.	Résultats des objectifs secondaires :	19
3.3.1.	Devenir des patientes : Déclenchement ou travail spontané ?	19
3.3.2.	Devenir des patientes : Accouchement eutocique ou dystocique ?	20
3.3.3.	Devenir néonatal :	21
4.	Discussion :	22
4.1.	Les limites :	22
4.1.1.	Défaut de puissance :	22
4.1.2.	Deux mémoires dont les frontières sont proches :	22
4.2.	Discussion des Résultats :	23
4.2.1.	Les retards de prise en charge	23
4.2.2.	Les Anomalies de Rythme Cardiaque Fœtal :	26
4.2.3.	Le mode d'accouchement :	28
5.	Conclusion :	29
6.	Annexes :	30
	Annexe I : Mortalité maternelle et fœtale dans 5 pays d'Europe [5] :	30
	Annexe III : Arbre décisionnel des deux pathologies les plus rencontrées :	32
	Annexe IV : Détail du devenir des patientes selon leur orientation et leur mode de mise en travail : .	33
	Annexe V : Poids de naissance en fonction de l'âge gestationnel :	34
7.	Bibliographie :	35
8.	Résumé :	39

Abréviations :

SA : Semaines d'Aménorrhées

HCE : Hôpital Couple Enfant

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

HTA : HyperTension Arterielle

PE : Pré-Eclampsie

DG : Diabète Gestationnel

ERCF : Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal

ARCF : Anomalie du Rythme Cardiaque fœtal

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

HAS : Has Autorité de Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France

DMO : Dossier Médical et Obstétrical

CAT : Conduite à tenir

Accc : Accouchement

RAD : Retour À Domicile

SAUGO : Service d'Accueil des Urgences Gynécologiques et Obstétricales

LA : Liquide Amniotique

LAC : Liquide Amniotique Claire

LAT : Liquide Amniotique Teinté

LAM : Liquide Amniotique Méconial

TD : Terme Dépassé

RPM : Rupture Prématuration Des Membranes

CIV : Communication inter-Ventriculaire

1. Introduction :

Au cours de mes stages à l'Hôpital Couple Enfant (HCE) du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Grenoble et notamment celui effectué dans le service des consultations de suivi de grossesse, j'ai appris qu'une consultation supplémentaire pendant la 39^{ème} Semaine d'Aménorrhée (SA) avait été mise en place depuis Avril 2010. Or depuis sa mise en place, aucune évaluation n'a été effectuée.

La consultation de 39 SA a été mise en place essentiellement pour les grossesses à faible risque comme définies par la Haute Autorité de Santé (HAS), et ne nécessitant qu'un suivi de Type A [1]. Son but est d'effectuer une surveillance entre la dernière consultation du suivi de grossesse (qui a lieu vers 37 SA) et le jour de l'accouchement (situé entre la 37^{ème} et la 41^{ème} SA). Elle a pour objectif également de dépister d'éventuelles pathologies de fin de grossesse : Hypertension Artérielle (HTA), protéinurie, Pré-éclampsie à terme (PE), Retentissement fœtal d'un Diabète Gestationnel (DG), Anomalie du Rythme Cardiaque fœtal (ARCF), Retard de Croissance Intra-Utérin tardif (RCIU)...

Dans ce cadre, un Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal (ERCF) est effectué, qualifié d'ERCF de référence avant la mise en travail. L'intégralité du dossier est vérifiée. Si le temps le permet, un questionnaire pour le Don de Sang Placentaire est complété.

La HAS recommande une consultation pré-conceptionnelle afin d'identifier les facteurs de risque de la future grossesse, prescrire les premiers examens, prévenir des pathologies (anomalies de fermeture du tube neural par exemple), effectuer un examen gynécologique et donner des informations sur le suivi de la grossesse.

Puis une première consultation prénatale avant 10 SA pour établir le diagnostic de la grossesse, une consultation avant 15 SA afin de déclarer la grossesse, enfin six consultations (une par mois) à partir premier jour du quatrième mois de grossesse jusqu'à l'accouchement permettant le suivi adéquat de la grossesse [1]. Soit huit consultations prénatales au total, alors que le calendrier actuel des consultations prénatales n'en comporte que sept obligatoires [2].

D'autre part, d'après le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF),
« De 37 à 43 SA, le risque de mortalité périnatale augmente régulièrement et il n'y a pas de

seuil à partir duquel il existerait une augmentation franche de la mortalité périnatale. Initier une surveillance fœtale dès 40+0 SA nécessiterait d'organiser la surveillance de près de la moitié des femmes enceintes et rien n'indique qu'une telle politique s'accompagnerait d'une diminution de la morbi-mortalité néonatale. En revanche, une surveillance fœtale instaurée à partir de 41+0 SA concerne environ 20 % des femmes et permet de réduire la morbidité périnatale par rapport à une surveillance à partir de 42+0 SA» [3].

Dans d'autres pays européens (l'Allemagne, le Royaume Uni, l'Italie et la Suède), selon le mémoire de MARIE-JEANNE J. [4], le nombre de consultations prénatales est similaire à celui de la France (à plus ou moins 2 consultations près en fonction du pays et de la parité), mais leur répartition est différente. Elle montre que les consultations sont plus espacées en début de grossesse (il y a plus d'un mois et demi entre chacune d'entre elles) et se rapprochent vers la 30^{ème} SA (toutes les deux à trois semaines) du fait de l'augmentation des risques fœto-maternels en fin de grossesse.

Malgré cette différence de suivi, la mortalité néonatale dans ces 4 autres pays n'est pas moins importante qu'en France. En revanche, la mortalité maternelle est moins élevée en Allemagne, Italie et Suède [5] [Annexe I].

Ce constat ne peut être associé à la seule différence d'organisation des soins prénataux. Trop de facteurs peuvent entrer en compte (environnementaux, économiques et sociaux, culturels,...) et intervenir sur ce critère. Mais nous pouvons tout de même penser que cette distribution des consultations prénatales pourrait avoir une influence positive sur l'état maternel grâce au suivi plus régulier et plus rapproché en fin de grossesse.

Cette consultation de 39 SA se rapproche ainsi :

D'une part, des recommandations de la HAS quant à l'augmentation du nombre des consultations prénatales du calendrier de suivi.

D'autre part, des suivis plus réguliers en fin de grossesse retrouvés dans ces pays d'Europe afin de permettre une surveillance accrue à l'approche du terme,

Elle semble, de plus, justifiée par l'augmentation du risque de mortalité périnatale décrite par le CNGOF.

Nous nous sommes donc demandées :

- Quelles pouvaient-êtré les pathologies mises en évidence lors de la consultation de 39 SA ayant nécessité une conduite à tenir particulière ?
- Ces patientes ont-elles été déclenchées, si oui par quelle méthode ?
- Comment ont-elles accouché ?
- Quel sont les états néonataux suivant les différentes prises en charge ?

Nous pouvons poser l'hypothèse que les pathologies diagnostiquées ou suspectées à ce terme sont peu nombreuses. Cependant leur mise en évidence permettrait une prise en charge rapide et appropriée, anticipant ainsi des conséquences materno-fœtales susceptibles d'être graves.

Pour répondre à cette hypothèse, nous avons mené une étude afin de décrire les pathologies diagnostiquées ou suspectées lors de la consultation de 39 SA à l'HCE de Grenoble ; objectif principal de ce mémoire.

Les objectifs secondaires sont de décrire le devenir de ces couples Mères/Enfants comprenant : le mode de début de travail, la voie d'accouchement et l'état néonatal à l'issu de l'accouchement.

2. Matériel et méthode :

Il s'agit d'une **étude descriptive**, rétrospective, monocentrique, avec une population dynamique fermée.

Elle s'est déroulée à l'**HCE du CHU de Grenoble, maternité de Type 3**, dans le service des consultations de grossesse.

Le Recueil des données a été effectué sur les mois d'**Octobre, Novembre et Décembre 2011**, à partir de la liste de cotation des actes, des patientes ayant été vues à 39 SA par les sages-femmes de consultation. Il a été commun avec Anne-Charlotte CANNIE dont le mémoire est une étude descriptive sur l'Orientation des femmes après la consultation de 39 SA.

Une fois la liste des patientes ayant bénéficié de la consultation de 39 SA obtenue, nous avons pu accéder au Dossier Médical et Obstétrical (DMO) informatisé, et recueillir :

- Les **diagnostics** suspectés ressortis de cette consultation,
- La manière dont les patientes se sont **mises en travail**,
- Le déroulement de leur **accouchement**,
- Ainsi que de **l'état néonatal** pour chacun des deux sous-groupes de population suivant.

La population a été composée des patientes pour qui une conduite à tenir (CAT) a été nécessaire, suite à un diagnostic ou à sa suspicion à l'issue de la consultation de 39 SA pendant les trois mois de recueil, et qui ont ainsi bénéficié d'une prise en charge et/ou d'une orientation particulière.

Ces patientes ont été divisées en 2 groupes en fonction des suites données à la consultation :

- Groupe 1 : Celles qui sont rentrées à **domicile (RAD)** avec une **CAT** particulière,
- Groupe 2 : Et celles qui ont été envoyées au Service d'Accueil des Urgences Gynécologiques et Obstétricales (**SAUGO**).

Les patientes **exclues** de cette étude ont été celles pour qui :

- La grossesse était multiple
- Le DMO était inaccessible, ou dont les données n'étaient pas exploitables (dossiers incomplets, ou dossier dont le DMO n'a pas pu être ouvert).
- Aucun diagnostic n'avait été fait ou suspecté.

Variables :

- Critère de jugement principal :
 - Toute pathologie mise en évidence ou suspicion soulevée ayant nécessité une CAT particulière et/ou une orientation.

- Critères de jugement secondaire :
 - Mode de mise en travail :
 - Spontané,
 - Déclenché (Propess[®] ou Syntocinon[®]).
 - Mode d'accouchement :
 - Eutocique,
 - Dystocie des épaules,
 - Extraction instrumentale,
 - Césarienne.
 - Etat néonatal :
 - Apgar < à 7 à 5min de vie,
 - pH artériel ombilical < 7,00,
 - pH artériel ombilical >7 et <7,20,
 - Qualité du Liquide Amniotique (LA) [LA Clair (LAC), LA Teinté (LAT), LA Méconial (LAM)],
 - Réanimation,
 - Transfert en néonatalogie,
 - Poids de naissance.

Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage, et les variables quantitatives continues ont été décrites par la moyenne et l'écart-type ou la médiane et les 25-75° percentiles en cas d'écart à la normalité.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Stat View.

3. Résultats :

3.1. Description de la population :

Figure n°1 : Flux de patients :

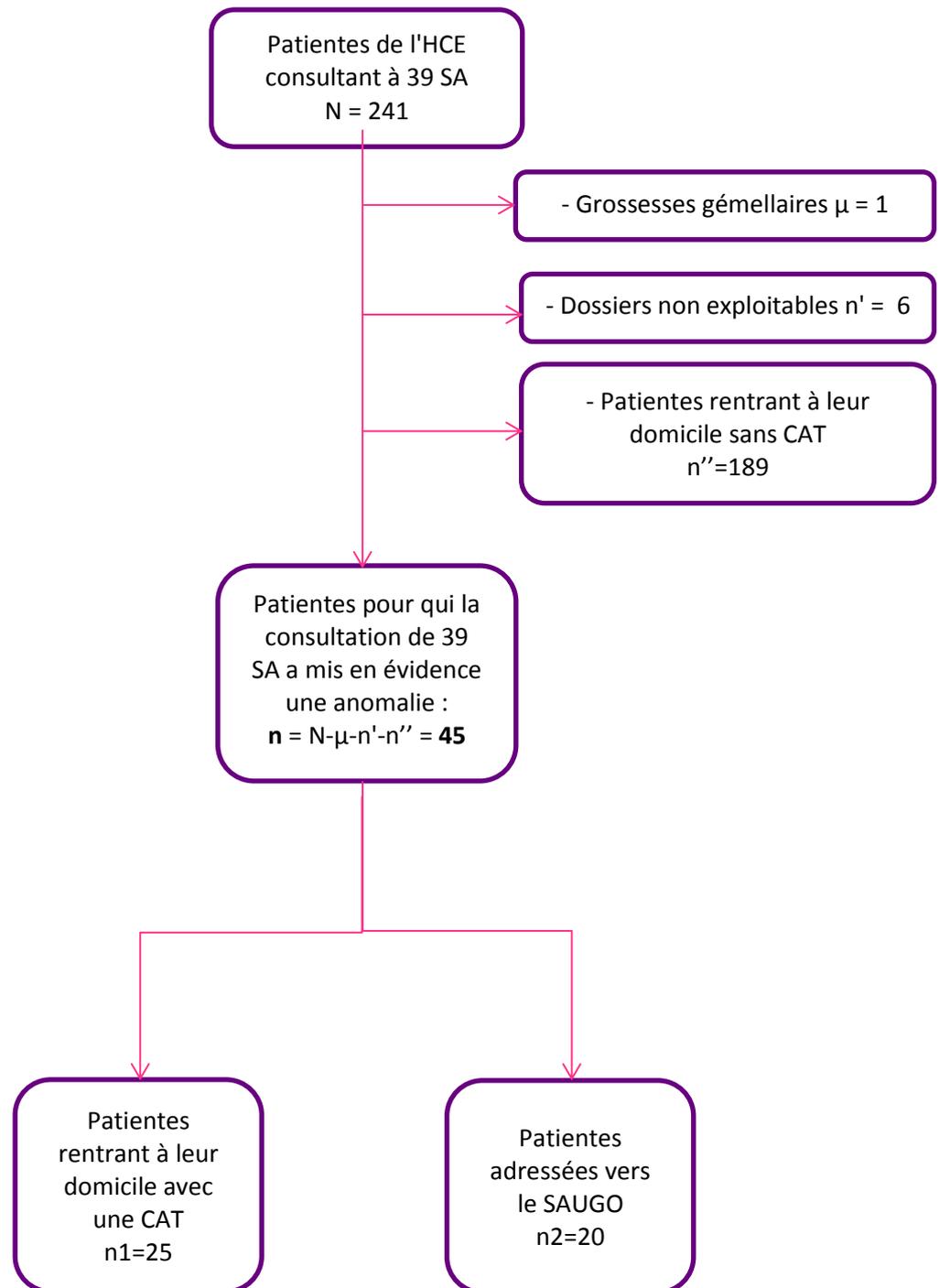
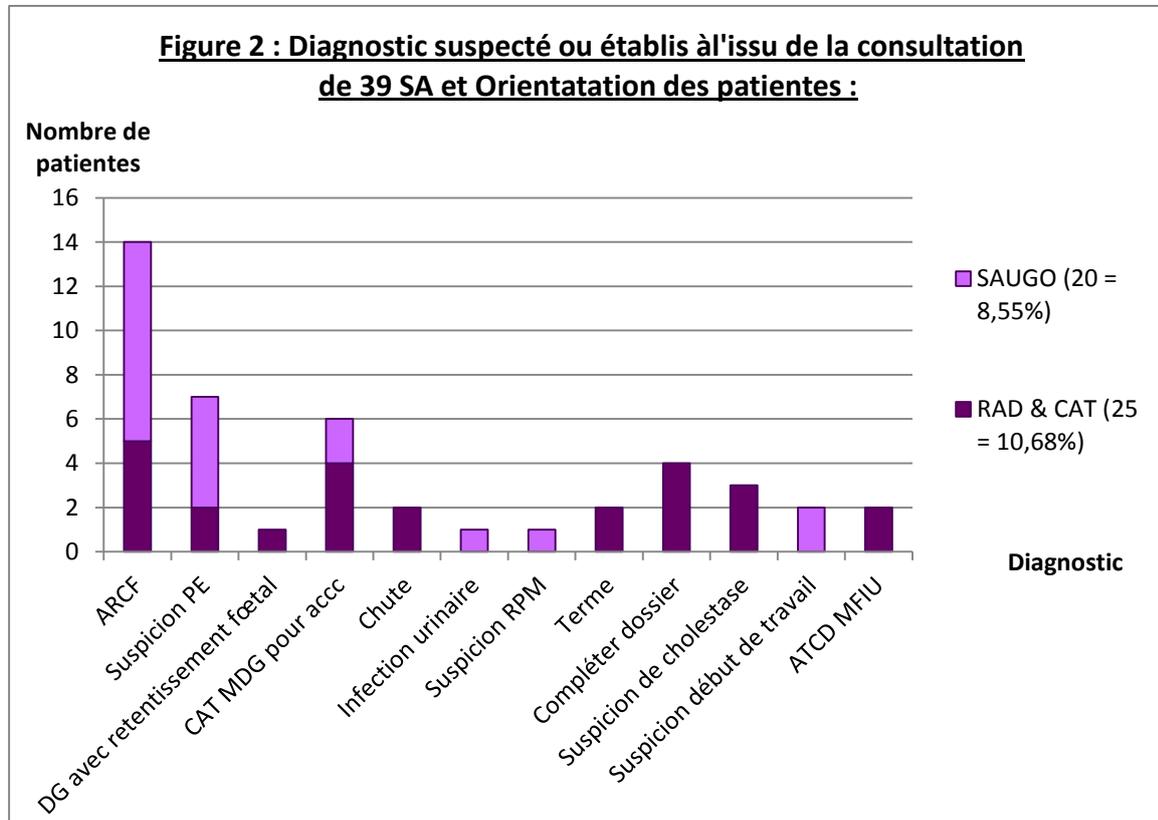


Tableau n°1 : Description des populations :

Caractéristiques de la population n (%) = n1 + n2 :		n1 = 25 (55,56)	n2 = 20 (44,44)
Age m (e.t.)		29,96 (6,51)	29,85 (6,72)
Parité (P) n(%) :	IP	12 (26,67)	12 (26,67)
	IIP & +	13 (28,89)	8 (17,78)
Gestité (G) :	IG	8 (17,78)	8 (17,78)
	IIG & +	17 (37,78)	12 (26,67)
IMC : (1 manquant) : [1 dans groupe n2]	IMC < 18,5	2 (4,44)	0
	18,5 < IMC < 25	16 (35,56)	5 (11,11)
	25 > IMC	7 (15,56)	8 (17,78)
Tabac pdt la grossesse :		4 (8,89)	5 (11,11)
Alcool pdt la grossesse :		0	1 (2,22)
Drogue pdt la grossesse :		0	0
Antécédents :			
Familiaux	Maladie héréditaire	2 (4,44)	1 (2,22)
	Maladie Génétique	0	0
	Maladie thromboembolique	2 (4,44)	0
	Maladie de la Coagulation	2 (4,44)	2 (4,44)
	HTA/PE	6 (13,33)	6 (13,33)
	Diabète	8 (17,78)	5 (11,11)
	Cancers	2 (4,44)	5 (11,11)
	Malformations	1 (2,22)	1 (2,22)
	Luxation de la hanche	1 (2,22)	1 (2,22)
Personnels	Maladie héréditaire	1 (2,22)	2 (4,44)
	Maladie thromboembolique	1 (2,22)	0
	Maladie de la Coagulation	0	1 (2,22)
	HTA	0	0
	PE	0	0
	Pathologie Endocrinologique (hors diabète gestationnel)	1 (2,22)	2 (4,44)
	Diabète Gestationnel	1 (2,22)	1 (2,22)
	Chirurgie	12 (26,67)	10 (22,22)
	Utérus cicatriciel	3 (6,66)	3 (6,66)
	IVG	3 (6,66)	4 (8,89)
	IMG	0	1 (2,22)
	Fausses-couches	7 (15,56)	2 (4,44)
	Rh -	2 (4,44)	2 (4,44)
	PMA	0	0
	MAP pdt G actuelle	2 (4,44)	1 (2,22)
	DG PDT G actuelle	3 (6,66)	1 (2,22)
	HTA/PE pdt G actuelle	1 (2,22)	1 (2,22)
	Œdèmes pdt G actuelle	3 (6,66)	1 (2,22)
	Pyélonéphrite pdt G actuelle	1 (2,22)	0
	Pathologie Hématologique pdt G actuelle	3 (6,66)	1 (2,22)

3.2.Résultat de l'objectif principal

Figure n°2 : Diagnostics suspectés ou établis :



Au total, **45 (19,23%) patientes sur 234** (n + n'') ont bénéficié d'une CAT et/ou d'une orientation à l'issue de la consultation de 39 SA (dont 10,68% sont rentrées chez elles avec une conduite à tenir, et 8,55% ont été adressées au SAUGO).

L'**ERCF** de la consultation s'est révélé **pathologique** pour **14** patientes (31,11%).

Ensuite **7 Pré-éclampsies (PE)** (15,56%) ont été suspectées. Pour 2 d'entre elles, les signes qui ont motivés la suspicion sont apparus entre la consultation du neuvième mois et celle de 39 SA. Pour les 5 autres, ils avaient déjà été explorés ou étaient déjà connus et surveillés.

Pour **trois** patientes il a été suspecté une **cholestase gravidique**. Une patiente était déjà suivie suite à un bilan hépatique perturbé (transaminases limites) et les 2 autres suspicions ont été levées après l'exploration et les résultats de la conduite à tenir médicale.

Parmi les 6 patientes pour qui une conduite à tenir pour l'accouchement (ou pour la fin de la grossesse) a été demandée au Médecin de garde (ou Interne de garde) :

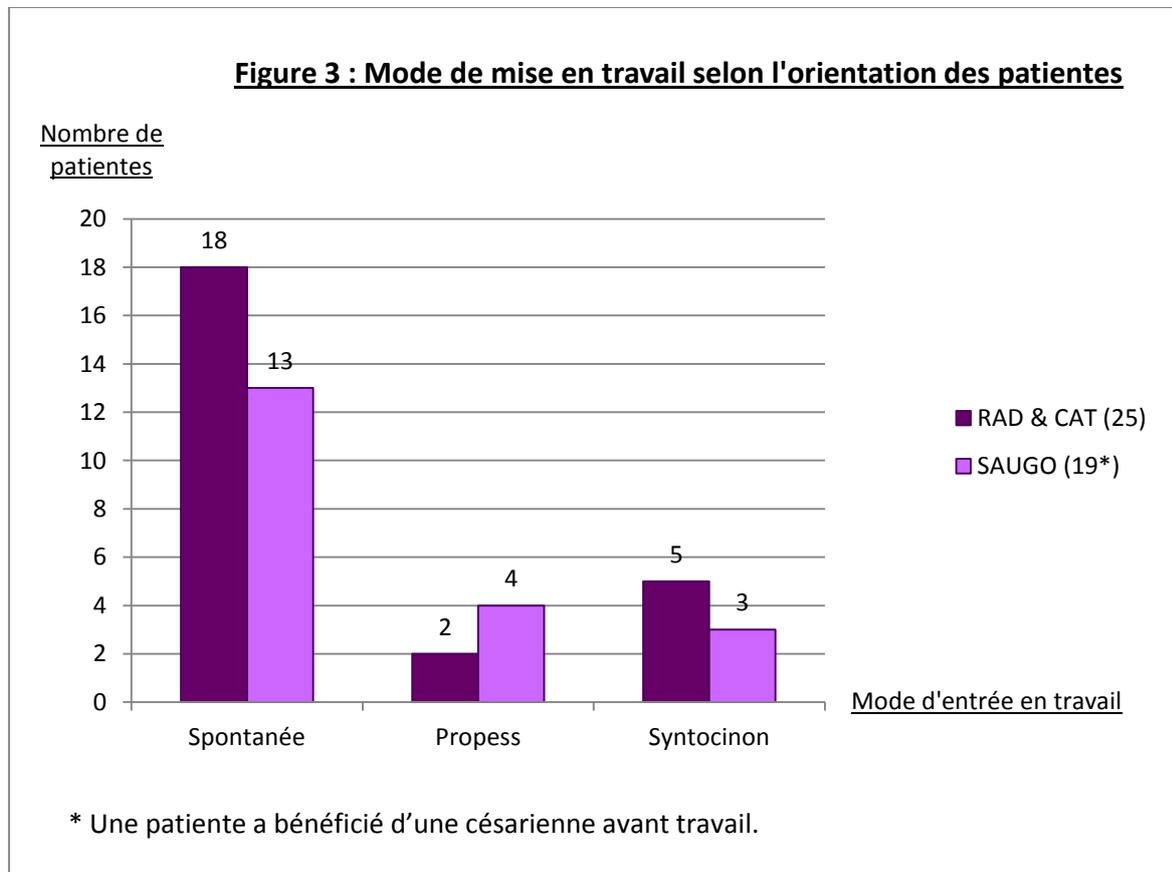
- **Trois** ont été demandées pour présentation (ou suspicion de présentation) par le **siège** : deux déjà diagnostiquées avant la consultation de 39 SA et une qui s'est révélée être une présentation céphalique.
- **Trois** autres ont été données liées à la présence d'une **pathologie maternelle ou fœtale**, toutes étaient déjà diagnostiquées.

Pour **2** patientes il a été suspecté un **début de travail**. L'une a été orientée directement en Salle d'Accouchement (SA), l'autre est rentrée chez elle après avoir été adressées vers le SAUGO.

Une patiente ayant bénéficié d'une CAT pour **diabète gestationnel avec retentissement fœtal** présentait des biométries fœtales supérieures au 97^{ème} percentile depuis 20 SA.

3.3.Résultats des objectifs secondaires :

3.3.1. Devenir des patientes : Déclenchement ou travail spontané ?



Chez les 31 patientes qui se sont spontanément mise en travail, une avait été orientée vers le SAUGO à l'issue de la consultation de 39 SA, pour suspicion de début de travail.

Sur les 14 décisions de déclenchements, **dix** ont été prises à l'issue de la consultation de 39 SA [annexe II].

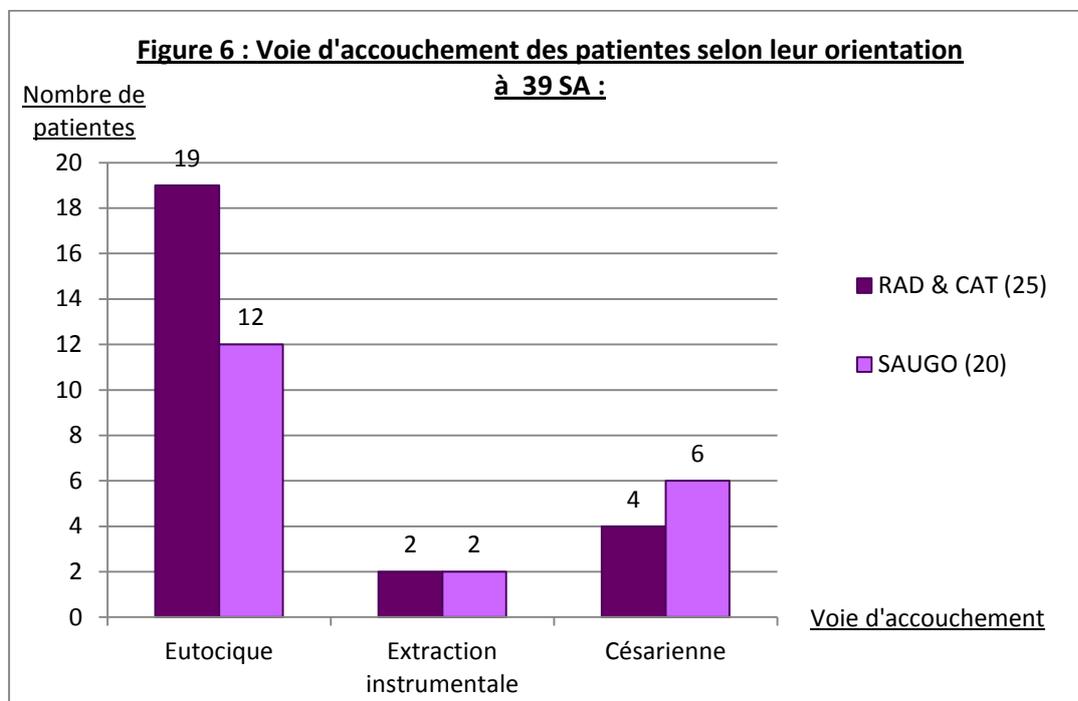
Au cours de la consultation de 39 SA, il a été décidé pour 11 patientes de ne pas poursuivre la grossesse : Une décision de césarienne avant mise en travail pour **ARCF** et dix décisions et programmations de déclenchements (dans les 24-72h).

Les décisions de déclenchements ont été motivées par diverses raisons :

- Deux **ATCD de MFIU à terme** (dont l'un se compliquait d'un Diabète Gestationnel),
- Un **Diabète Gestationnel** avec retentissement foetal,
- Un déclenchement pour la création d'une **fenêtre thérapeutique**,
- **Trois ARCF**,

- **Trois** suspicions de **Pré-Eclampsie**. Pour l'une d'entre elles, un Diabète Gestationnel antérieurement connu, avec répercussion fœtale mise en évidence à 36 SA (biométries au 97° percentile) se surajoutait au risque de PE. Ces trois déclenchements ont concerné des patientes pour qui le diagnostic de pré-éclampsie avait déjà été posé. Pour les patientes qui ont vu leur état général se modifier entre la consultation du neuvième mois et celle de 39 SA, l'expectative a été préconisée [Annexe III].

3.3.2. Devenir des patientes : Accouchement eutocique ou dystocique ?



Sur les 20 patientes orientées vers le **SAUGO** lors de la consultation de 39 SA, **10%** ont subi une **extraction instrumentale**, **30%** ont eu une **césarienne** le jour de l'accouchement, contre respectivement **8%** et **16%** pour les patientes qui sont rentrées à domicile [Annexe IV].

La décision de césarienne avant la mise en travail a été prise car le déclenchement de cette patiente n'était pas recommandé. En effet un antécédent d'utérus cicatriciel associé à un col non favorable ne permettait pas l'utilisation d'ocytociques. Elle a été programmée au lendemain de la consultation.

3.3.3. Devenir néonatal :

Tableau n°II : Etat néonatal en fonction de l'orientation des patientes :

Etat néonatal n = 45								
	<u>Apgar < 7</u> <u>à 5min</u> <u>n(%)</u>	<u>pHa< 7</u> <u>n(%)</u>	<u>7<pHa<7,5</u> <u>n (%)</u>	<u>Réanimation</u> <u>n(%)</u>	<u>Qualité du LA n(%)</u>		<u>Transfert</u> <u>n(%)</u>	<u>Poids</u> <u>m(e.t)</u>
Orientation					<u>LAT</u>	<u>LAM</u>		
RAD & CAT n(%)	0	0	2(4,44)	2(4,44)	3 (6,67)	3 (1,28)	1 (2,22)	3470,00 (503,33)
AUGO n (%)	1 (2,22)	0	3 (6,67))	2(4,44)	1 (2,22)	1 (2,22)	1 (2,22)	3334,50 (558,13)

Un des enfants avait un **Apgar inférieur à sept à cinq minutes de vie**, il faisait également partie des enfants pour qui une réanimation a été nécessaire.

Pour **cinq** enfants le **pH artériel** était compris entre **7 et 7,20**.

Quatre enfants ont dû bénéficier d'une **réanimation**.

Deux enfants ont dû être **transférés** dans le service de néonatalogie : un enfant hypotrophe et un enfant présentant une trisomie 21 avec tétralogie de falot.

Quatre enfants étaient **hypotrophes** (Annexe V).

4. Discussion :

4.1. Les limites :

4.1.1. Défaut de puissance :

Tout d'abord, dans un établissement comptant en moyenne 240 accouchements mensuels, nous pensions pouvoir recueillir une population plus importante en l'espace de 3 mois. Par conséquent, la taille réduite de l'échantillon observé nous confronte à un défaut de puissance.

Ceci peut s'expliquer par le fait :

- Que toutes les patientes n'atteignent pas le terme de 39 SA,
- Qu'il n'existe pas assez de plages de consultations dédiées à celle de 39SA afin de pouvoir accueillir toutes les patientes,
- Que toutes les patientes, même suivie à l'HCE, ne sont pas toujours au courant de la mise en place de cette nouvelle consultation,
- Que toutes les patientes accouchant à l'HCE n'y effectuent pas forcément leur suivi,
- Que certaines cotations des actes aient été oubliées réduisant d'avantage la taille de l'échantillon et augmentant le défaut de puissance de cette étude.

Si le recueil avait été effectué sur plus de 3 mois l'éventail du « type » et du « nombre » de pathologies suspectées ou diagnostiquées auraient peut-être été plus diversifié et/ou plus important.

4.1.2. Deux mémoires dont les frontières sont proches :

Nous sommes 2 étudiantes à effectuer cette année leur mémoire sur le même thème. Celui d'Anne-Charlotte CANNIE s'intitule Orientation des femmes après la consultation de 39SA - Etude descriptive dans un CHU. La contiguïté de nos sujets a pu rendre les bornes des mémoires difficiles à distinguer et à respecter. La volonté d'exploiter certains résultats de façon plus approfondie et plus poussée nécessitait de franchir ces bornes et d'empiéter sur le mémoire de l'une ou de l'autre. Ainsi certains résultats n'ont pas pu être interprétés dans leur totalité. Pour cette étude, il ne fallait pas remonter trop en amont du diagnostic suspecté. Par exemple pour certaines pathologies, décrire ce qui a justifié l'orientation aurait pu être intéressant. De même que certaines conduites à tenir ne concernaient pas réellement des

pathologies mais plutôt des « motifs d'orientation ou de conduite à tenir ». Par exemple une présentation autre que céphalique ou un dossier incomplet ne sont pas des pathologies, mais cette découverte lors de la consultation de 39 SA a permis qu'une conduite à tenir soit donnée aux patientes concernées.

4.2. Discussion des Résultats :

4.2.1. Les retards de prise en charge

4.2.1.1. Pré-éclampsies :

Deux situations ont été observées. Dans la majorité des cas le diagnostic a été fait avant la consultation de 39 SA. D'après la littérature, il apparaît que la conduite à tenir aurait pu être d'avantage anticipée : le seul traitement efficace de l'HTAG et/ou de la PE est l'arrêt de la grossesse [6,8]. Ainsi quelle que soit la sévérité de la PE, la naissance après 37 SA n'a aucun intérêt [8, 9, 10]. Pour les PE non sévères, il est de même recommandé d'organiser la naissance avant son aggravation, donc d'interrompre la grossesse au-delà de 36 SA par un déclenchement artificiel du travail. Si cela n'a pas été effectué, il doit être mis en place une organisation rapide de la naissance devant l'aggravation de la PE [6, 11]. Dans les cas concernant notre étude, la naissance aurait pu être organisée avant la consultation de 39 SA étant donné qu'il n'y avait pas de bénéfice à poursuivre la grossesse à ce terme.

La deuxième situation a été observée lorsque la suspicion de pathologie était posée à l'issue de la consultation de 39 SA. Elle a concerné deux patientes.

Aussi, nous avons jugé important de décrire de façon un peu plus approfondie l'un de ces cas. Parmi les 7 suspicions de pré-éclampsies, une patiente a vu son état général s'aggraver entre la consultation de 37 SA et celle de 39. Rien n'avait été mis en évidence auparavant.

Or l'objectif premier de cette consultation est de diagnostiquer des pathologies apparaissant au cours du 9^{ème} mois, chez des patientes pour qui la grossesse s'est déroulée de façon physiologique. Ceci pour pouvoir prendre une décision adaptée afin d'anticiper d'éventuelles répercussions materno-fœtales. Et cette patiente satisfaisait à ces critères.

La consultation de 39 SA a été marquée par une altération de l'état général de cette patiente. En effet nous avons répertorié l'apparition :

- De signes fonctionnels d'hypertension artérielle (œdèmes des membres inférieurs, œdèmes visage et phosphène),
- D'une tension artérielle labile oscillant entre 151/87 à 118/61,
- Ainsi qu'une protéinurie à la bandelette urinaire > 1g/l,
- L'ERCF était tachycarde en l'absence d'hyperthermie maternelle.

Orientée vers le SAUGO, un bilan d'hypertension ainsi qu'une numération formule sanguine ont été prélevés. Leurs résultats se sont avérés normaux, de même que l'ERCF de contrôle. Par la suite la patiente a été autorisée à repartir avec une prescription de l'interne de garde stipulant de renouveler ces mêmes prélèvements et d'instaurer une surveillance du rythme cardiaque fœtale et de la tension artérielle 2 fois par semaine.

A 40 SA + 5 jours la patiente s'est spontanément mise en travail, mais une césarienne** (annexe IV) a dû être pratiquée avant dilatation complète du fait de la présence d'ARCF. L'état néonatal a nécessité une ventilation au masque en salle de naissance et le pH artériel était de 7,09.

Ici la conduite à tenir n'est pas en accord avec les recommandations de la littérature qui préconiseraient l'organisation rapide de la naissance devant l'aggravation fulgurante d'une PE [6, 11].

4.2.1.2. Le diabète gestationnel :

D'après le CNGOF, en cas de diabète gestationnel non équilibré ou avec un retentissement fœtal, il est recommandé qu'un déclenchement avant terme soit organisé, idéalement à 39 SA (diminution du risque de détresse respiratoire à partir de ce terme) [12, 13, 14].

Dans le cas isolé décrit dans notre étude, les répercussions biométriques avaient été diagnostiquées dès 20 SA. Et pour celui associé à la suspicion de pré-éclampsie le diagnostic de biométries au 97^{ème} percentile avait été posé dès 36 SA. D'après certaines études, il existe une corrélation entre l'hyperglycémie maternelle, l'HTAG et la pré-éclampsie [14].

4.2.1.3. Cholestase gravidique

La même situation est retrouvée lors de la suspicion de cholestase intra-hépatique gravidique. La littérature a prouvé que le taux de morts fœtales in-utéro était plus important dans ce cadre que dans celui d'une grossesse normale ; et que ce risque augmentait considérablement à partir de 37 SA. Ici aussi les recommandations sont en faveur d'un accouchement entre 36 et 38 SA selon la sévérité de la cholestase, sans dépasser le terme de 39 SA [13, 15].

4.2.1.4. Présentations du siège :

Lors du diagnostic de présentations podaliques, une version par manœuvre externe (VPME) est proposée aux patientes. Si elles l'acceptent, selon la littérature toujours, la date la plus opportune pour qu'elle soit pratiquée est entre 36 et 37 SA, soit avant la consultation du neuvième mois. Que l'issue soit un succès ou un échec, la consultation du neuvième mois doit être programmée dans les huit à dix jours suivant la VPME. En cas d'échec la patiente devra réaliser au préalable une Scannopelvimétrie. C'est au moment de la consultation du neuvième mois que la décision du mode d'accouchement doit être prise [13, 17].

4.2.1.5. Autre :

Cette anticipation aurait pu se retrouver concernant l'organisation des deux déclenchements liés à un antécédent de mort fœtale in-utéro ou encore lors de l'organisation des suivis de fin grossesse

L'objectif de la consultation de 39 SA est de pouvoir dépister des pathologies. Mais nous voyons ici, que les pathologies préexistantes ne bénéficient parfois pas de prise en charge spécifique. La consultation de 39 SA devient donc un moyen de palier à cette absence de conduite à tenir.

Malgré tout, il est indéniable que cette consultation de 39 SA a permis de prendre en charge ces cas qui ne l'auraient peut-être pas été avant le terme. Mais notre étude, de par sa méthodologie et ses limites, ne permet pas de savoir s'il existe une réelle perte de chance pour ces mères et ces nouveau-nés.

4.2.2. Les Anomalies de Rythme Cardiaque Fœtal :

D'après le CNGOF le risque de mortalité périnatale augmente progressivement de 37 à 42 SA, motivant la mise en place de cette consultation et la réalisation d'un enregistrement du rythme cardiaque fœtal.

Le CNGOF a aussi montré que « mettre en place une surveillance fœtale entre 39 et 39+6 SA ou 40+0 et 40+6 SA obligerait à surveiller respectivement 75 % et 50 % des femmes enceintes pour tenter de prévenir moins d'un cas de mort périnatale pour 1000 grossesses évolutives » [18].

Parmi les pathologies mises en évidence, 14 patientes ont présenté des ARCF lors de la consultation de 39 SA. Il s'agit quasiment de la seule catégorie de pathologies diagnostiquées à l'issue de cette consultation.

D'après la littérature, il apparaît que l'interprétation des ERCF effectués, de façon isolée, en dehors d'une situation bien particulière serait difficile et peu fiable : l'ERCF a été qualifié comme un mauvais outil diagnostique [13, 16].

Ainsi il a été prouvé que l'analyse du RCF doit toujours tenir compte d'une situation clinique associée ou suspectée (RCIU, PE, fièvre maternelle, diabète gestationnel avec macrosomie fœtale, travail, terme dépassé ...) ou tenir compte de la prise de médicaments. Dans ces cas l'ERCF s'inscrit dans un faisceau de critères de décision comprenant entre autre l'échographie, et le Doppler. Et pour des situations données l'utilisation d'outils dits de 2^{ème} ligne est nécessaire [13, 16, 17], or la consultation de 39 SA, de par son terme et l'absence de situation clinique associée, ne permet pas l'utilisation d'outils de deuxième ligne [16, 17]. La Cochrane Data Base ne retrouve pas suffisamment d'études correctement menées permettant de valider l'intérêt de l'ERCF dans l'appréciation du bien-être fœtal en dehors du travail c'est-à-dire sans activité utérine [13, 16, 17].

Malgré tout, la littérature nous démontre que la sensibilité et la valeur prédictive négative d'un ERCF normal sont excellentes. Il n'y a pas de faux négatif [13] ou très peu (5%₀ [16]).

En revanche, un RCF anormal n'est associé à une acidose néonatale que dans 30% des cas [13] (95% de faux positif en cas d'ERCF non réactif [16]). Par conséquent la spécificité et la valeur prédictive positive du RCF sont médiocres.

Cette observation a été confirmée chez dix de nos patientes (71% des ARCF mise en évidence) pour qui l'ERCF de contrôle s'est normalisé.

Cette mauvaise valeur prédictive positive a été confirmée par les situations où une décision plus radicale a été prise. En effet, les anomalies de rythme qui ont justifié les déclenchements sont classés d'après le CNGOF comme des anomalies de rythme à risques ou risques important d'acidose.

Rythmes plats ou silencieux, ralentissements sévères et répétés, ralentissements prolongés, ralentissements variables et répétés sont les anomalies qui ont motivé les quatre décisions de mettre fin aux grossesses (par césarienne ou déclenchement artificiel du travail). Le risque d'acidose fœtale augmente si les anomalies s'additionnent entre elles ou avec d'autres (absences de mouvements fœtaux globaux, anomalies de la quantité de liquide amniotique) [13, 16]. Cette situation a été retrouvée dans nos 4 cas. Mais à l'issue des accouchements l'état néonatal était satisfaisant (LAC, pH >7,20, pas de réanimation...) ce qui concorde avec la mauvaise valeur diagnostic de l'ERCF.

En revanche pour trois des enfants dont l'ERCF a été pathologique lors de la consultation de 39 SA, le pH artériel à la naissance était compris entre 7 et 7,20. Mais pour ces trois patientes les anomalies de rythme cardiaque fœtal n'ont pas entraîné de décision de déclenchement alors qu'eux aussi étaient annonceurs de risque d'acidose (tachycardie, absence de variabilité, ralentissements variables répété, absence de réactivité).

On se rend alors compte ici de la réelle mauvaise valeur prédictive négative de l'ERCF et de la difficulté de son interprétation. En effet la décision d'arrêter la grossesse suite aux anomalies de rythme découverts à l'ERCF de 39 SA n'a pas concerné les fœtus pour qui l'état néonatal concordait avec les facteurs de risque d'acidose relevés. Pareillement, pour les mêmes types d'ARCF les 3 cas sans conduite à tenir ont présenté des signes d'acidose ; et les 4 cas avec décision de déclenchement ont présenté des états néonataux satisfaisants [16].

Nous avons aussi constaté que pour trois des quatre nouveau-nés hypotrophes, l'ERCF à 39 SA a présenté des anomalies alors que le diagnostic de retard de croissance intra-utérin n'était pas posé. La volonté de la consultation de 39 SA quant à dépister des pathologies de fin de grossesse n'a pas été atteinte pour ces enfants. Il aurait été intéressant de voir si ce diagnostic aurait pu être suspecté plus tôt en confrontant les données échographiques aux mesures des

hauteurs utérines prises lors de la grossesse et surtout pendant la consultation de 39 SA, le mémoire d'Anne-Charlotte CANNIE, en cours de rédaction, pourra peut-être donner des pistes de réflexion sur ce sujet.

4.2.3. Le mode d'accouchement :

Nous avons remarqué que le taux d'extractions instrumentales et de césariennes a été plus important dans la population qui a été adressée au SAUGO (respectivement 10 et 30%) par rapport à celle qui ne l'a pas été (idem 8 et 16%).

La connaissance d'une fragilité fœtale et/ou maternelle suite à la suspicion d'un diagnostic a laissé moins de place à l'expectative. La présence d'anomalies de rythme pendant le travail ou la stagnation du travail surajouté à la relative urgence du diagnostic suspecté a pu expliquer le plus grand taux de naissances dystociques dans le groupe des patientes ayant été adressées au SAUGO.

5. Conclusion :

Cette consultation a été mise en place pour les grossesses « à faible risque » afin de mettre en évidence ou non des perturbations.

Or nous avons remarqué que la plupart des diagnostics retrouvés étaient préalablement connus et que rares ont été les pathologies diagnostiquées au moment de la consultation.

Malgré tout cette consultation a permis à ces patientes de bénéficier d'une conduite à tenir adaptée avant d'arriver à terme.

Nous pouvons tout de même nous demander s'il est judicieux de proposer cette consultation à des patientes ayant déjà un suivi particulier pour leur grossesse. En effet, il sera forcément demandé une conduite à tenir à la sortie de cette consultation du fait de la pathologie préexistante. Dans ces situations-là, nous pourrions penser que la notion de « dépistage » des pathologies de fin de grossesse a été alors remplacée par celle de « suivi de grossesse pathologique ».

Cette consultation semble pouvoir être un atout pour les grossesses physiologiques suivies à l'Hôpital couple-enfant. Mais elle semble aussi palier à l'absence de conduite à tenir anticipée dans le cadre de certaines pathologies. Aussi la rédaction d'un protocole de service rappelant les critères d'inscription à cette consultation pourrait être effectuée afin de l'exploiter au mieux.

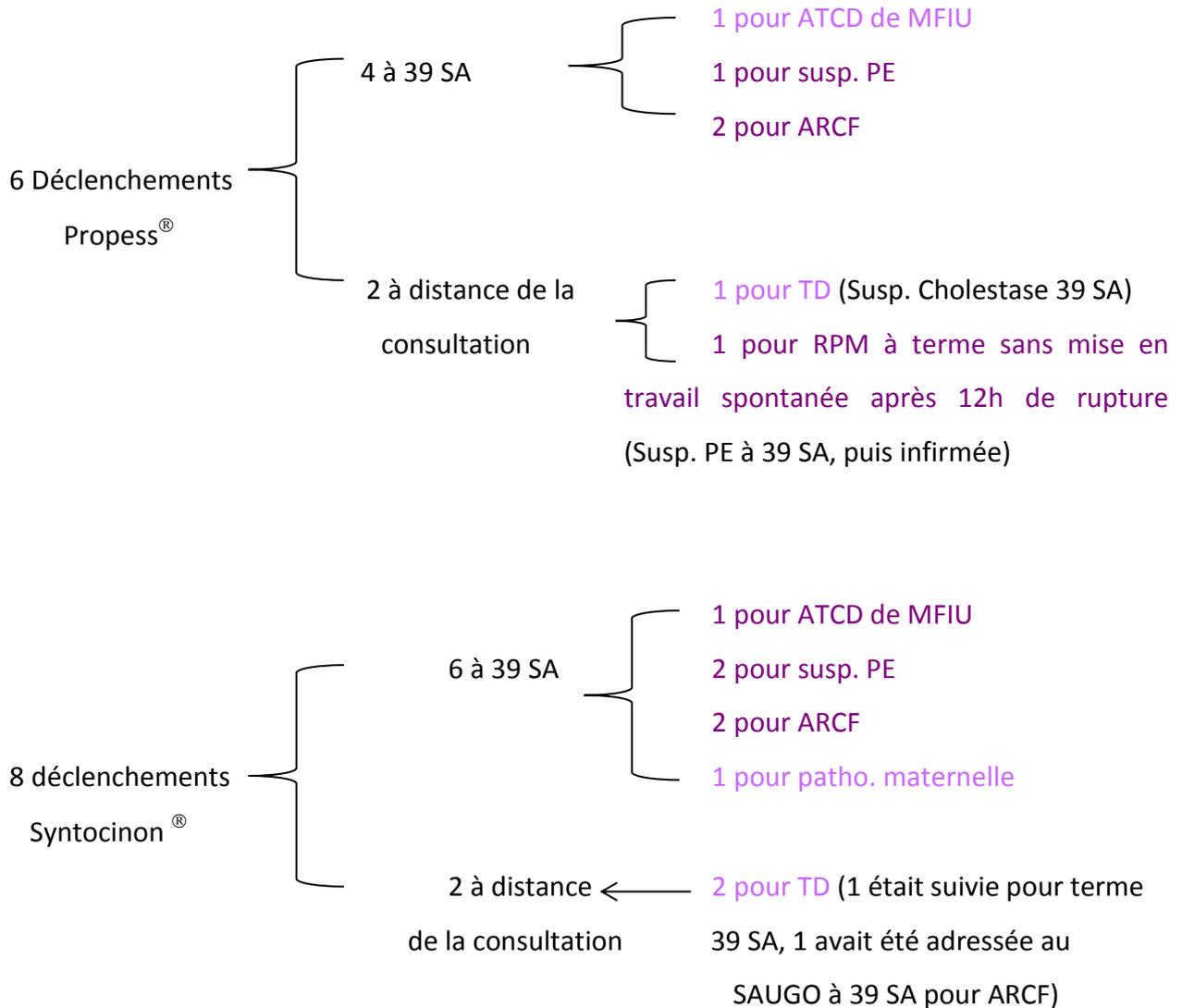
L'étude du contenu de la consultation de 39 SA pourrait permettre de compléter cette procédure de service en précisant les gestes et actions qui peuvent être réalisés, tout en respectant l'indépendance professionnelle de la sage-femme et ses compétences dans le suivi des grossesses physiologiques et le dépistage des pathologies gravidiques.

6. Annexes :

Annexe I : Mortalité maternelle et fœtale dans 5 pays d'Europe [5] :

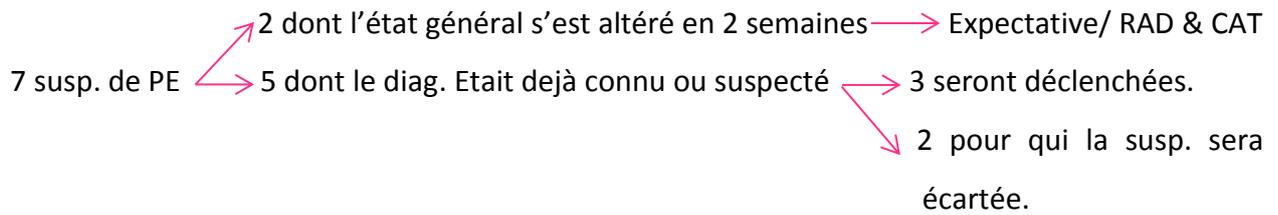
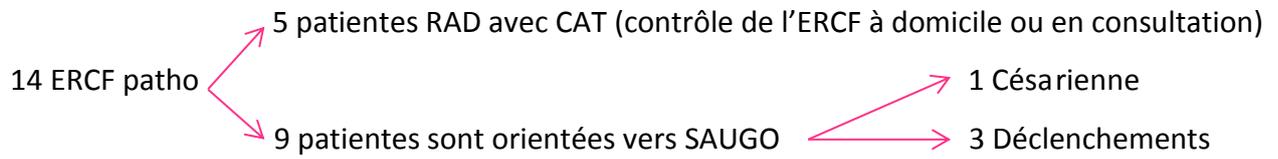
		Pour 1000 naissances vivantes			
		Mortalité maternelle	Mortalité néonatale		
France	81	8	2	98	3,1 (34,4)
Royaume-Uni	80	12	2	?	101,3 (27,4)
Allemagne	80	7	2	99	111 (36)
Italie	82	4	2	100	2,9 (34,9)
Suède	81	4	2	?	118,6 (37,7)

Annexe II : Justification et origine des décisions de déclenchement :



Annexe III : Arbre décisionnel des deux pathologies les plus rencontrées :

Ce sont également celles qui ont nécessité le plus de conduites à tenir.

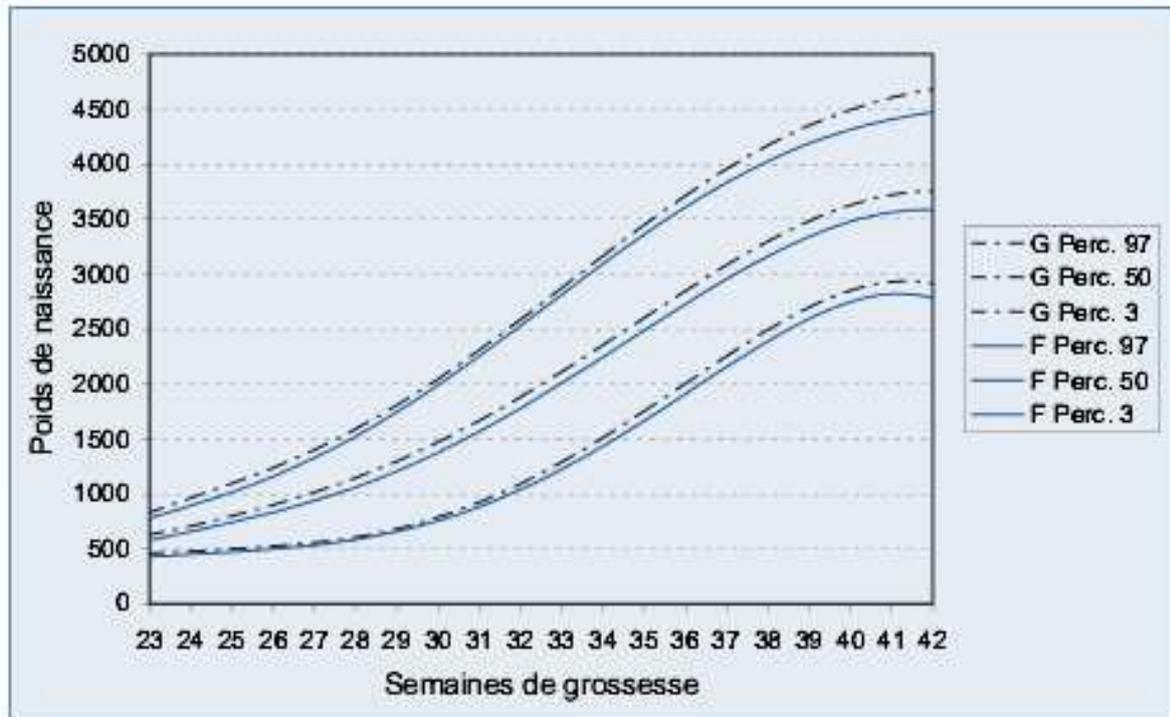


Annexe IV : Détail du devenir des patientes selon leur orientation et leur mode de mise en travail :



** Comprend la patiente dont il avait été suspecté une PE et qui est rentrée à domicile après avoir été adressée au SAUGO (correspond au cas détaillé 4.2.2.1. Pré-éclampsie).

Annexe V : Poids de naissance en fonction de l'âge gestationnel :



7. Bibliographie :

[1] : Service des recommandations professionnelles

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.

Collège de la Haute Autorité de Santé (HAS) - Mai 2007.p. 5, 12, 13

[2] : Conseil National de l'ordre des Sages-Femmes

Les compétences des sages-femmes eet le code de déontologie

Article R .2122-1 du code de la santé publique. Septembre 2012. p. 26

[3] : Professeur PUECH F.

Trente-Cinquième journée nationales, Paris 7-8-9 Décembre 2011

Recommandations pour la pratique clinique Grossesse prolongée et terme dépassé - Prolonged and postdates pregnancies.

Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)7-9 Décembre 2011. p. 700, 702.

[4] : MARIE-JEANNE J.

Une grossesse physiologique... ..des suivis européens.

Etude comparative des suivis de grossesse physiologique dans différents pays d'Europe (Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni, Suède) - – 2009.

Diplôme de Sage-Femme, Université Henry Point-Carré, Nancy I, Soutenu en 2009

[5] : Organisation Mondiale de la Santé

Statistique Sanitaires Mondiales 2012

2012. p. 52 à 105. Disponible sur :

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/FR_WHS2012_Full.pdf

[6] : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Item 17 : Principales complications de la grossesse – HyperTension Artérielle (HTA) gravidique.

éd. : Université Virtuelle Médicale Francophone. 2010-2011. p. 5 à 8.

[7] : AUMONT MC

Hypertension artérielle et grossesse.

Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, Faculté de médecine Paris-Ouest, Collège des Enseignants de Cardiologie et Maladies vasculaires (CEC-MV).

[8] : UZAN J., and all

Dovepress; Vascular Health and Risk Management 2011, 7

Pre-eclampsia: pathophysiology, diagnosis, and management

p. 469 col. 2 et p. 470 col.1

[9] : HADDAD B., KAYEM G., DEIS S., SIBAI BM.

Are perinatal and maternal outcomes different during expectant management of severe preeclampsia in the presence of intrauterine growth restriction?

Department of gynecology and Obstetrics, University Paris XII, Creteil, France

American Journal of Obstetrics & Gynecology

Vol. 196, Issue 3 , p. 196-237, March 2007

[10] : HADDAD B., SIBAI BM

Expectant management in pregnancies with severe pre eclampsia.

Department of gynecology and Obstetrics, University Paris XII, Creteil, France

Seminars in Perinatology Volume 3, Issue3, p. 143-151 Juin 2009;

[11] : SFAR / CNGOF / SFMP / SFNN.

Prise en charge multidisciplinaire des formes graves de prééclampsie

Recommandations formalisées d'experts communes ; 27 janvier 2009. p. 3 à 7.

[12] : Professeur PUECH F.

Trente-quatrième journées nationales

Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique-Recommandation pour la pratique clinique

Le Diabète gestationnel.

Collège National des gynécologues et obstétriciens français, 8 au 11 Décembre 2010. p.11

[13] : Protocoles en gynécologie obstétrique 2° édition.

Pré-éclampsie

Cholestase intra-hépatique gravidique

Version par manœuvre externe

Siège

Interprétation du rythme cardiaque fœtal

Collège national des gynécologues et obstétriciens français

éd. : Elsevier Masson, 2012. p.120, 130, 177, 179, 181.

[14] : C. d'ERCOLE

40^{ème} Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale (Deauville 2010)

Ensemble de la Société Française de médecine périnatale

Introgénie en périnatalité - Diabète gestationnel – Asphyxie périnatale.

Deauville 20-21-22 Octobre 2010

éd. : Arnette, 2010. p. 110 et 111

[15] : J. FAIDHERBE

La Cholestase intra-hépatique de grossesse – Conduite à tenir

Syndicat National de Gynécologues Obstétriciens de France. 20 Juin 2012. Disponible sur :

http://www.syngof.fr/site/pages/?idl=21&page=283&id_page=1443

[16] : Mécanique et techniques obstétricales.

J.-P. SCHALL, D. RIETHMULLER, R. MAILLET, M. UZAN

Souffrance fœtale chronique

Analyse informatisée du rythme cardiaque fœtal

éd. : Sauramps médical ; 2007 ; p. 92, 117

[17] : Traité d'obstétrique.

Rythme cardiaque fœtal et nouvelles techniques de surveillance fœtale pendant le travail- Le

RCF en dehors du travail

D. CABROL, J.-C. PNS, F. GOFFINET

éd. : Flammarion ; 2003 ; p. 105

[18] : J.-B. HAUMONTE*, C. d'ERCOLE

Grossesses prolongées (termes dépassés) : à partir de quand doit-on surveiller et à quelle fréquence ?

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction n°4, p. 741 à 744

éd. : Elsevier Masson. 2011 [5 Novembre 2011]. Disponible sur : www.em-consulte.com

8. Résumé :

Suite à la mise en place d'une consultation spécifique à 39 Semaines d'Aménorrhées (SA), nous avons réalisé une étude descriptive, rétrospective monocentrique à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble chez des patientes en ayant bénéficié afin d'analyser les pathologies retrouvées ou suspectées ainsi que les issues des grossesses.

Les critères de jugement (types de diagnostics et issues des grossesses) ont été recueillis à partir du dossier médical et obstétrical des patientes ayant consulté à 39 SA durant les mois d'Octobre, Novembre et Décembre 2011.

Notre étude a permis de mettre à jour 2 groupes : celui des patientes rentrées à leur domicile avec une conduite à tenir, et celui des patientes adressées au Service d'Accueil des Urgences Gynécologiques et Obstétricales (SAUGO).

Quarante-cinq patientes ont bénéficié d'une conduite à tenir. Douze types de diagnostics suspectés sont ressortis. Les plus importants ont concernés, pour 14 patientes, des anomalies de rythme cardiaque fœtal ; et pour 7 une Pré-éclampsie. Une patiente a été adressée au SAUGO pour début de travail, une décision de césarienne et dix de déclenchements ont été prises. Ils se sont soldés par deux extractions instrumentales et trois césariennes. L'état néonatal de ces enfants était satisfaisant.

Au total peu de diagnostics ont été réalisés au cours de cette consultations de 39 SA. Et la plupart étaient des pathologies connues avant cette consultation.

Mots Clés : Consultation prénatale – Fin de grossesse - Diagnostic - ERCF - Déclenchement du travail - Accouchement – Etat néonatal.