

Examen prénuptial

Objectif de l'item

- ▶ Préciser les dispositions réglementaires et les objectifs de l'examen prénuptial.

INTRODUCTION

Le certificat prénuptial est un certificat pour le mariage civil qui **n'est plus obligatoire** depuis 2008. La **suppression de la présentation du certificat médical prénuptial** est intervenue dans le but de simplifier les démarches administratives.

La **consultation préconceptionnelle** est proposée aux couples qui ont un projet de grossesse. Cette consultation a remplacé la consultation prénuptiale.

CERTIFICAT PRÉNUPTIAL

Le certificat prénuptial est supprimé de manière définitive depuis la loi du 20 décembre 2007. Ce certificat ne concernait que les couples qui souhaitaient se marier.

CONSULTATION PRÉCONCEPTIONNELLE

Les buts de cette consultation sont :

- de s'assurer que les femmes bénéficient de soins ou de conseils leur permettant de débiter une grossesse dans les meilleures conditions ;
- d'établir avec chaque patiente une programmation des conceptions et de discuter de l'espacement des grossesses ;
- de réduire les risques de grossesses non évolutives, de complications obstétricales ou néonatales ainsi que les disparités de prise en charge.

CONSULTATION PRÉ-CONCEPTIONNELLE – SITUATIONS À RISQUE

<p>FDR infectieux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hépatite B : la vaccination est recommandée chez les sujets à risque. • Infection HIV : traitement antiviral en cas d'infection diagnostiquée avant la conception • Rubéole : vaccination en période pré-conceptionnelle des femmes non immunisées. • Syphilis : traitement en fonction du test si positif
<p>Addictions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tabagisme : favorise l'infertilité, les FCS, les GEU, l'accouchement prématuré, l'hypotrophie, les hématomes rétroplacentaires. • Toxicomanie : toute prise de drogue doit être interrompue • Alcoolisme : risque de syndrome d'alcoolisme fœtal : arrêt total de l'alcool tout au long de la grossesse.
<p>Pathologies chroniques et environnementales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédent de pré-éclampsie, MFIU et RCIU : risque de récurrence. • Obésité : risque d'anomalies de fermeture du tube neural, de diabète gestationnel, d'HTA, MAP, pathologies thrombo-emboliques. • Diabète : risque de malformation congénitale ou de fausse couche. • Hypothyroïdie : les besoins en L-Thyroxine (LÉVOTHYROX®) sont accrus en début de grossesse. • Phénylcétonurie : les nouveau-nés dont la mère est atteinte de phénylcétonurie ont un risque augmenté de retard mental. • Recherche d'exposition au plomb • Recherche de CI à la grossesse : cardiopathie, insuffisance rénale sévère, diabète compliqué, insuffisance hépatique, cancer.
<p>Traitements</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Traitements anticoagulants : utiliser une HBPM ou une héparine fractionnée. Les AVK entraînent un syndrome polymalformatif. • Traitements antiépileptiques : l'acide valproïque (DÉPAKINE®) est tératogène, à l'origine de défauts de fermeture du tube neural, et est CI pendant la grossesse.

- Le dosage **d'acide folique** recommandé en France par la HAS est de **0,4 mg/j** en l'absence d'antécédent, et de **5 mg/j** pour les femmes à risque élevé (ATCD de malformation du tube neural patiente épileptique, ...).
- La supplémentation débutée **28 jours avant la conception** sera poursuivie **jusqu'à 12 semaines de gestation**.

QCM

- 1. QCM à choix simple. Quelle est la proposition fautive parmi les suivantes ?**
 - A. Le but de la consultation préconceptionnelle est d'améliorer le comportement des femmes ayant un désir de grossesse
 - B. La consultation préconceptionnelle permet de réduire les risques de fausse couche
 - C. La consultation préconceptionnelle permet de débuter la supplémentation en acide folique
 - D. Le certificat médical prénuptial obligatoire avant le mariage
 - E. Le certificat médical prénuptial est rédigé par un médecin
- 2. QCM à choix simple. En début de grossesse, quel est le dosage d'acide folique recommandé pour la supplémentation des femmes enceintes sans antécédent particulier ?**
 - A. 0,4 mg/j débutée 28 jours avant la conception
 - B. 0,4 mg/j débutée après la conception
 - C. 0,4 mg/j en débutée 6 mois avant la conception
 - D. 5 mg/j débutée 28 jours avant la conception
 - E. 5 mg/j débutée après la conception
- 3. QCM à choix multiple. Quels sont les examens biologiques obligatoires en début de grossesse ?**
 - A. Sérologie Rubéole
 - B. NFS
 - C. Sérologie Toxoplasmose
 - D. Groupe sanguin, rhésus, RAI
 - E. Sérologie CMV
- 4. QCM à choix multiple. Le tabagisme est un facteur de risque de.**
 - A. Fausse couche spontanée
 - B. Infertilité primaire et secondaire
 - C. Grossesses extra utérine
 - D. Accouchement prématuré
 - E. Hématomes rétro placentaires
- 5. QCM à choix multiple. Le certificat prénuptial comporte.**
 - A. Le nom du médecin
 - B. La date de l'examen
 - C. Les antécédents de la patiente
 - D. Le résultat de l'examen clinique
 - E. Les résultats des examens biologiques

RÉPONSES

QCM1 : D • QCM2 : A • QCM3 : A, C, D • QCM4 : A, B, C, D • QCM5 : A, B

Grossesse normale

Objectifs de l'item

- ▶ 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

LE CONSEIL AVANT D'ABORDER LA QUESTION

- Surveillance de la grossesse « dite à bas risque » repose essentiellement sur du dépistage et de la prévention.
- Connaître les facteurs de risque de pathologies materno-fœtales
- savoir les dépister par l'examen clinique et les examens complémentaires obligatoires et recommandés.

INTRODUCTION

- Grossesse = phénomène **physiologique** qui se déroule sans complication dans la majorité des cas, et dont l'issue est un accouchement, le plus souvent normal lui aussi, d'un enfant en bonne santé.
- Objectif du suivi de la grossesse = **dépistage et prévention** des complications maternelles et fœtales afin de réduire la morbidité et la mortalité materno-fœtales :
- mortalité périnatale : estimée à 8 pour 1 000 naissances (principales causes : prématurité, malformations, RCIU, infections et l'asphyxie périnatale)
- mortalité maternelle : estimée entre 9 et 13 décès pour 100 000 naissances (principales causes : éclampsies, hémorragies, infections sévères et les accidents thromboemboliques).

Ce suivi repose sur :

- Notion de niveau de risque établi en fonction de facteurs de risque médicaux, psychologiques et sociaux, qui permettra une adaptation du suivi de la grossesse



- Prescription d'examens systématiques de dépistage
- Accompagnement de la patiente aussi bien sur le plan médical que psychologique et sociale, en veillant à lui fournir conseils et soutien tout au long de sa grossesse.
- Principaux acteurs de ce suivi : le médecin généraliste, le gynécologue médical, l'obstétricien et la sage-femme : choix de l'intervenant principal dépend du niveau de risque de la grossesse (on peut être amené à orienter la patiente vers un spécialiste dans le cadre d'une pathologie spécifique).
- La structure : suivi possible en ville au cabinet (généralement jusqu'au 6^e mois) ou à l'hôpital ou en clinique en fonction du niveau de risque et/ou du choix de la patiente.
- 7 consultations médicales prénatales **obligatoires** sont prévues : 1^{re} consultation dans les 3 premiers mois de la grossesse, **puis** consultations mensuelles avec prescription des examens obligatoires
- le suivi est clôturé par un examen postnatal 8 semaines après l'accouchement.

SUIVI AU 1^{er} TRIMESTRE : OBJECTIFS ET MÉTHODE

- Surveillance de la grossesse « dite à bas risque » : repose essentiellement sur du **dépistage** et de la **prévention**.
- Importance de la connaissance des facteurs de risque de pathologies materno-fœtales, de savoir les dépister par l'examen clinique et les examens complémentaires obligatoires et recommandés.

A. Objectifs du premier examen prénatal (effectué dans les 3 premiers mois de la grossesse)

- confirmer la grossesse
- affirmer son caractère intra-utérin
- confirmer son évolutivité
- déterminer précisément son terme
- prescrire les examens complémentaires obligatoires
- effectuer la **déclaration** de grossesse
- évaluer le contexte psychologique et social de la patiente
- donner les conseils hygiéno-diététiques et les informations relatives à la grossesse et à l'accouchement
- faire le bilan des facteurs de risque pour déterminer les grossesses à risque justifiant d'un suivi spécialisé et prévenir les complications : évaluation du **niveau de risque** +++ pour adapter le suivi

Interrogatoire minutieux +++ : permet de cibler les patientes présentant des facteurs de risque et des pathologies pouvant interférer avec le déroulement de la grossesse, et inversement.

DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUES

<p>Facteurs de risque d'anomalie chromosomique : rechercher les indications de prélèvement ovulaire, amniocentèse ou biopsie de trophoblaste</p>	<ul style="list-style-type: none"> • âge maternel ≥ 38 ans : risque d'aneuploïdie à pondérer avec clarté nucale et marqueurs sériques 1^{er} ou 2^e trimestre (cf. item 43) • signes d'appel échographiques (fémur court, hyper clarté nucale à l'échographie du 1^{er} trimestre ...) • ATCD familial d'aneuploïdie (conseil génétique).
<p>Facteurs de risque liés à des ATCD familiaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • maladie héréditaire justifiant d'un conseil génétique voire d'un diagnostic prénatal (drépanocytose, mucoviscidose) • pathologie médicale ou chirurgicale ayant un impact pour la patiente ou sa descendance (ex : exposition au DES in utero) • état de santé du père ; • notion de consanguinité : augmentation du risque de transmission des pathologies autosomiques récessives.
<p>Facteurs de risque liés au mode de vie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • habitat, nombre d'enfants à charge, • environnement social et professionnel (trajet, pénibilité, exposition à des toxiques), • toxicomanie, tabac, alcool, médicaments et leur impact sur les risques de RCIU, MAP, tératogénicité (cf. itemsv 26 et 28)

Facteurs de risque liés à des ATCD gynécologiques	<ul style="list-style-type: none"> • infertilité, recours à la PMA, malformation cervicale ou utérine *ATCD de salpingite (Chlamydiae Trachomatis) • ATCD de chirurgie utéro-annexielle : conisation, myomectomie • ATCD carcinologiques
Facteurs de risque liés à des ATCD obstétricaux	<ul style="list-style-type: none"> • parité, gestité, IVG, FCS, GEU et leur traitement • notion de béance cervicale (cerclage, fausses couches tardives à répétition ou accouchements prématurés) • âge gestationnel d'accouchement des précédentes grossesses (risque de prématurité), modalités d'accouchement (voie basse spontanée ou instrumentale, lésion périnéale, césarienne, présentation fœtale) et poids de naissance • ATCD d'HRP, pré-éclampsie, incompatibilité fœto-maternelle, etc.
Facteurs de risque médicaux	<ul style="list-style-type: none"> • allergie, ATCD de transfusion, HTA, diabète préexistant ou diabète gestationnel, anomalies de la coagulation, néphropathie, maladie de système...
Facteurs de risque liés à des pathologies infectieuses	<ul style="list-style-type: none"> • toxoplasmose, rubéole, syphilis, HIV 1 et 2, herpès génital...

B. Diagnostic clinique

- Aménorrhée secondaire (attention aux fausses aménorrhées ou aux « règles anniversaires »)
- Présence de « **signes sympathiques** de grossesse » : non spécifiques, inconstants, variables : nausées, vomissements (attention : chercher des signes de gravité et éliminer une cause organique avant de conclure à des vomissements gravidiques simples) hyper sialorrhée, hypersomnie, tension mammaire, pollakiurie.

VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES

Signes de gravité :

- vomissements incoercibles avec perte de poids de plus de 5 %
- signes cliniques de déshydratation et troubles ioniques (hypokaliémie, hyponatrémie, hypochlorémie, cétonurie) ;
- syndrome de Mallory-Weiss
- cytolysse, hyperbilirubinémie
- encéphalopathie de Gayet Wernicke.

Étiologies des vomissements pendant la grossesse :

- grossesse gémellaire
- grossesse molaire
- hyperthyroïdie

- hépatite (virale, médicamenteuse, auto-immune)
- cause médicale (gastro-entérite, acidocétose diabétique) ou chirurgicale (occlusion, appendicite, torsion d'annexe), cause neurologique, cause urinaire (colique néphrétique, pyélonéphrite aiguë), etc.

Bilan et prise en charge thérapeutique :

- **en 1^{re} intention et en l'absence de signes de gravité :**
 - traitement symptomatique ambulatoire par antiémétique comme Primpéran® (métoclopramide) ou Vogalène® (métopimazine) ou Motilium® (dompéridone) +/- associé à un antiacide (Gelox®, Maalox®)
 - conseils hygiéno-diététiques : réhydratation, repos au calme, fractionner les repas, arrêt du tabac
 - AT
 - pas de bilan paraclinique systématique en 1^{re} intention ou ionogramme sanguin et échographie obstétricale.
- **en cas de signes de gravité :**
 - hospitalisation
 - voie d'abord veineuse, réhydratation parentérale, correction des désordres hydro électrolytiques, poly vitamines
 - Primpéran® (métoclopramide) ou Largactil® (chlorpromazine) voire exceptionnellement Zophren® (ondansétron) par voie veineuse ou intramusculaire +/- antiacide
 - patiente à jeûn avec isolement thérapeutique ou à l'inverse luminothérapie (selon les protocoles), réalimentation progressive après 48 h
 - consultation avec la psychologue
 - bilan paraclinique de 2^e intention :
 - > ionogramme sanguin avec créatinémie (rechercher déshydratation, hypokaliémie, insuffisance rénale fonctionnelle...)
 - > bilan hépatique complet, AgHBs,
 - > NFS CRP
 - > bilan thyroïdien (T4, TSH)
 - > échographie obstétricale (âge gestationnel, vitalité, liquide amniotique, placenta)
 - > échographie hépatovésiculaire
 - > consultation gastroentérologique si persistance ou suspicion de pathologie organique (fibroscopie)
 - > surveillance : poids, TA, diurèse/24 h, ionogramme sanguin.

- Spéculum : col violacé ou coloration « lilas », glaire cervicale peu abondante coagulée
- TV : utérus augmenté de volume, mou, antéfléchi, sphérique : taille d'une orange à 10 SA et d'un pamplemousse à 14 SA ; comblement des culs-de-sac vaginaux par sa forme sphérique (signe de Noble) ; col long, tonique, fermé à l'OI, postérieur
- OGE : vulve œdématisée, plus souple et hyper pigmentée, augmentation des sécrétions