

# Surveillance de la grossesse

Pr G. N. CHERFI

Service gynéco-obstétrique  
CHU Mustapha Bacha, Alger

## Résumé

Nous proposons de reprendre les principes de surveillance de la grossesse s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques de l'OMS 2009.

Les premiers intervenants pour ce suivi sont les médecins généralistes, les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens.

Cette surveillance permet de dépister les grossesses à risque et de les orienter vers les structures de suivi ou d'accouchement de niveau adapté.

Le but final est de réduire la morbidité et la mortalité materno-fœtale.

### >>> Mots-clés :

Grossesse, carnet de maternité, dépistage grossesses à risque, accouchement à risque, clinique, biologie, échographie.

## Abstract

We suggest to get back to the principles of pregnancy monitoring by relying recommendations of best practice of the WHO 2009 in order to standardise and optimise the genesis health. The first participants taking part in this follow up are the general practitioners and the midwives.

This monitoring would allow us to detect high risk pregnancies and to redirect them towards the appropriate level monitoring and birth centers.

The ultimate goal is to reduce maternal-foetal morbidity and mortality.

### >>> Key-words :

Pregnancy, maternity notes, screening high-risk pregnancies, childbirth at risk, clinical, biology, ultrasound.

## Introduction :

La couverture sanitaire pour le suivi prénatal s'est améliorée dans notre pays. Le taux de suivi prénatal à Alger est de 98,7% (au moins une consultation prénatale pendant leur grossesse) (enquête MICS3) [1]. Cependant dans les zones enclavées il ne dépasse pas les 21.64% (INSP 2010).

Le taux de mortalité maternelle en Algérie, estimé à 86,2/ 100 000 NV [2] reste encore élevé. Par ailleurs la fécondité générale estimée [2], et le taux de natalité [3] sont en ré-ascension. La mortalité infantile est en baisse, bien que marquée par une augmentation du taux de mortalité néonatale [4].

Redynamiser la surveillance des grossesses, uniformiser les pratiques médicales, permettra d'identifier précocement les situations à risque pour la mère et l'enfant à venir.

Cela passe par une remise à niveau de tous les acteurs concernés, sages-femmes, généralistes, gynécologues-obstétriciens, par la mise en place de protocoles adaptés aux conditions locales et par l'organisation des structures de soins primaires et de soins secondaires dans un réseau de périnatalité.

Le carnet de maternité permet une véritable coordination entre les différents professionnels. Ce carnet comporte aussi des messages de prévention spécifiques au contexte local et au suivi de la grossesse.

## Surveillance de la grossesse

La surveillance de la grossesse est une démarche continue et évolutive au fur et à mesure de la grossesse, et ce jusqu'à la consultation du 9<sup>ème</sup> mois ou l'accouchement.

Le niveau de risque doit être apprécié le plus précocement possible, idéalement avant la conception ou lors de la 1<sup>ère</sup> consultation de suivi de grossesse avant 10 semaines d'aménorrhée (SA).

Ainsi, pourront être recommandés précocement des changements dans les comportements à risque, prévenus certains risques, notamment infectieux, et adaptées les thérapeutiques éventuelles.

## Quel suivi, pour quelle grossesse ?

Les médecins généralistes et les sages-femmes ont la responsabilité d'évaluer le niveau de risque des femmes et de référer les gestantes, en cas de présence ou d'apparition de facteurs de risque, auprès des gynécologues-obstétriciens.

- Lorsque la consultation préconceptionnelle ou l'examen de début de grossesse ne détecte pas de situations à risque ou

lorsque ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin généraliste ou un gynécologue-obstétricien selon le choix de la femme.

- Lorsque la patiente présente un antécédent médical ou obstétrical à risque potentiel, l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé. A l'issue de la demande d'avis, si le risque est infirmé ou si le pronostic est favorable, la grossesse est maintenue dans le suivi d'origine.
- Lorsque l'examen permet de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Tous ces professionnels impliqués dans le suivi des grossesses doivent exercer dans la cadre d'un réseau de périnatalité selon les possibilités locales.

## Contenu de la consultation pré-conceptionnelle.

### Quelles informations recueillir ?

Apprécier les facteurs de risque individuels : (a) l'âge et son impact sur la fertilité et la survenue de complications obstétricales ; (b) un surpoids ; (c) les antécédents personnels ou familiaux tels qu'une maladie ou un problème de santé chronique ; des maladies génétiques ; les antécédents chirurgicaux ou gynécologiques ; (d) antécédents obstétricaux : accouchement prématuré, dystocie lors d'une grossesse précédente, ou anomalie chez le nouveau-né ; rechercher un diabète gestationnel, une hypertension artérielle gravidique, des troubles de l'hémostase...

En cas de maladie chronique ou de traitement au long cours, anticiper les éventuels ajustements thérapeutiques à effectuer, en collaboration avec le spécialiste de la maladie concernée (par exemple : antiépileptiques (prescrire des folates lors de la consultation préconceptionnelle et prolonger la prise jusqu'à la 12<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée à la dose de 400 microgrammes par jour, dans le but de prévenir une anomalie de fermeture du tube neural), antidiabétiques, anti-hypertenseurs, anticoagulants, psychotropes, etc).

Informé que le suivi de grossesse commence avant le troisième mois de la grossesse.

### Comment assurer la continuité du suivi ?

Il est nécessaire de souligner l'importance de la coordination et de la collaboration entre les professionnels.

- Centralisation des informations relatives au suivi de la grossesse dans un dossier médical personnel ou un carnet de suivi unique. Les compte-rendus écrits des examens biologiques et échographiques doivent être remis à la femme.
- Laisser le carnet de maternité à la gestante (en lui expliquant son importance afin qu'elle le présente d'elle-même à tous les professionnels, accompagné des compte-rendus).

### Première consultation

La première consultation doit avoir lieu avant 10 SA, cela va permettre (tableau 1) :

De donner une information orale sur le suivi général de la grossesse, l'accouchement et la naissance, établir le calendrier des consultations prénatales (après éventuelle correction de la date de début de grossesse) (carnet de maternité +). Expliquer les risques infectieux alimentaires (notamment toxoplasmose, listériose), contrôler les prises médicamenteuses et rechercher des conduites addictives.

- De programmer les examens à des dates déterminées, notamment la première échographie (entre 11 et 13 SA et 6 jours) ;

- De prescrire précocement un bilan prénatal.

Tableau 1 : Déroulement de la 1<sup>ère</sup> consultation avant 10 SA.

Établir le diagnostic de grossesse Dater le début de la grossesse	- Interrogatoire, examen clinique - β-hCG qualitatif en cas de doute -Échographie de datation dans les cas incertains
Réaliser un examen clinique général et gynécologique	EG, Prise de la pression artérielle, mesure de la taille, du poids, examen des seins, examen du col et frottis cervical (si date de plus de 2 à 3 ans), apprécier volume utérin.
Recherche des facteurs de risque, ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète)	Adaptation du traitement en cours
Proposer le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales (a)	Dépistage combiné du 1 <sup>er</sup> trimestre de la grossesse, associant mesure de la clarté nucale (échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre) <sup>(a,b)</sup> .
<b>Examens à prescrire</b>	
Examens à prescrire obligatoirement	Glycosurie et protéinurie. FNS Sérologies : Toxoplasmose <sup>(c)</sup> , rubéole <sup>(c)</sup> , Syphilis Groupe sanguin (ABO, phénotypes rhésus complet et Kell) (double détermination), RAI <sup>(d)</sup> .
Examens à proposer systématiquement	Échographie (entre 11 et 13 SA et 6 jours) Sérologie VIH 1 et 2 ; VHC
Examens à prescrire obligatoirement	Examen cytotabériologique des urines (ECBU)

- (a) Après information éclairée. Aucune disposition n'est recommandée à ce jour en Algérie par rapport à ce risque.
  - (b) Cf. Recommandations de santé publique en France « Évaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21 », HAS 2007.
  - (c) En l'absence de documents écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise.
  - (d) Recherche d'Agglutinines Irrégulières. Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires.
- Les objectifs de l'échographie systématiquement proposée au 1<sup>er</sup> trimestre (entre 11 et 13 SA et 6 jours) [5] sont:
- La datation de la grossesse
  - L'identification des grossesses gémeillaires et de leur

chorionicité ;

- L'évaluation du risque d'anomalie chromosomique ou le dépistage de certaines malformations (clarté nucale) (avec accord de la patiente, après une information éclairée).  
Recommandations hygiéno-diététiques jusqu'à l'accouchement, en cas de sérologie toxoplasmose négative, en expliquant de façon simplifiée le cycle du parasite.

**2<sup>ème</sup> consultation (avant 15 SA révolues)**

Est fixée après la première échographie (entre 11- 13 SA et 6 jours) mais avant la 15<sup>ème</sup> SA révolue, qui doit être la date limite pour déclarer la grossesse aux organismes de prestations familiales et d'assurance maladie.

Le déroulement de cette consultation comprend (tableau 2) :

**Tableau 2 :** Déroulement de la 2<sup>ème</sup> consultation avant 15 SA révolues.

Déclaration de grossesse et établir la date présumée de l'accouchement	Certificat de grossesse de trois mois
Réaliser un examen clinique	Prise de la pression artérielle, mesure du poids évaluer cliniquement le volume de l'utérus ; si possible recherche des bruits du cœur foetal (stéthoscope électronique)
Proposer le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales	Marqueurs du 2 <sup>ème</sup> trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1 <sup>er</sup> trimestre (a,6)

**Examens à prescrire**

- (a) aucune disposition n'est recommandée à ce jour en Algérie par rapport à ce risque

Systématiquement	Glycosurie et protéinurie Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent Sérologie de la rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA)
------------------	--

- (a) aucune disposition n'est recommandée à ce jour en Algérie par rapport à ce risque

**Consultations prénatales intermédiaires (du 4<sup>ème</sup> au 8<sup>ème</sup> mois)**

En complément de l'appréciation continue du niveau de risque, le déroulement des consultations prénatales suivantes ainsi que les examens à prescrire ou à proposer sont

décrits dans le tableau 3. Elles ont pour objectif de vérifier la bonne évolution de la grossesse, sur le plan clinique, biologique et échographique.

Les échographies seront réalisées par les médecins agréés, ou par les gynécologues obstétriciens.

Tableau 3 : Déroulement des consultations prénatales intermédiaires.

Consultation	3 <sup>ème</sup>	4 <sup>ème</sup>	5 <sup>ème</sup>	6 <sup>ème</sup>	7 <sup>ème</sup>
Mois de gestation	4 <sup>ème</sup> mois	5 <sup>ème</sup> mois	6 <sup>ème</sup> mois	7 <sup>ème</sup> mois	8 <sup>ème</sup> mois
Certificat de grossesse			X		X
Examen clinique (poids, prise de la tension artérielle ; mesure de la hauteur utérine ; recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux ; recherche des signes fonctionnels urinaires ; recherche des contractions utérines)	X	X	X	X	X
Évaluation de la présentation fœtale					X

**Examens à prescrire ou à proposer.**

Examens à prescrire obligatoirement					
• Glycosurie et protéinurie.	X	X	X	X	X
• Groupage sanguin 2 <sup>ème</sup> détermination (si non faite avant)	-	-	-	-	X
• RAI (a) : à toutes les femmes Rhésus D négatif, et aux femmes Rhésus D+, avec passé transfusionnel.	-	-	X	-	X <sup>(c)</sup>
• Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	X	X	X	X	X
• Recherche de l'antigène HBs	-	-	X	-	-
• FNS	-	-	X	-	-
Examens à proposer systématiquement					
• 2 <sup>ème</sup> échographie (entre 20 et 24 SA). Morphogramme fœtale (d)		X		X	
• 3 <sup>ème</sup> échographie (entre 30 et 35 SA). Croissance fœtale (e)					
• Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA) (f)	-	-	-	-	X
• Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques, de protéinurie, à la bandelette urinaire	X	X	X	X	X

Examens à proposer éventuellement

ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive

X X X X X

- (a) Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires.
- (b) Recommandations « Prévention de l'allo-immunisation Rhésus D fœto-maternelle », CNGOF 2005.
- (c) Sauf si une injection anti-D a été pratiquée à 28 SA.
- (d) dépistage de malformations fœtales
- (e) dépistage d'un retard de croissance in utero
- (f) ne traiter le portage au streptocoque B qu'en cas de vaginite clinique, de rupture prématurée des membranes et de menace d'accouchement prématuré. Il faut traiter les infections à gonocoques et les vaginoses, les endocervicites à chlamydiae et à mycoplasma Hominis[7].

**L'échographie du 2<sup>ème</sup> trimestre**, entre 20 et 24 SA, est celle du dépistage des anomalies fœtales (nécessité d'une information éclairée sur les possibilités et limites de cet examen) [8]

- Le dépistage des malformations fœtales, par un morphogramme
- Évaluation de la croissance fœtale : diamètre bipariétal et circonférence céphalique, diamètre abdominal transverse et circonférence abdominale, longueur du fémur ;
- Localisation et morphologie du placenta.
- Volume de liquide amniotique ;
- Longueur du col utérin.

La mesure du Doppler utérin n'est pas un examen de routine conseillé dans le suivi d'une grossesse normale [9.]. Ses indications ont été bien spécifiées par ailleurs dans le cadre du dépistage d'une pathologie vasculaire placentaire [9] dans les grossesses à haut risque (antécédents de retard de croissance intra-utérin (RCIU), de pré-eclampsie, d'hypertension artérielle gravidique ou de mort fœtale in utero et de femmes présentant une grossesse actuelle avec HTA, prééclampsie).

**L'échographie du 3<sup>ème</sup> trimestre entre 30 et 35 SA**,

va dépister un retard de croissance intra-utérin :

- Le dépistage des malformations fœtales (même si déjà fait au 2<sup>ème</sup> trimestre).
- Évaluation de la croissance ; type de présentation
- Localisation et morphologie placentaires.
- Évaluation du volume de liquide amniotique.

Les doppler fœtaux (ombilical, cérébral, ductus venosus) seront indiqués s'il a été objectivé un risque de souffrance fœtale (RCIU d'origine vasculaire placentaire, gémellaire,

malformation fœtale, etc.) et réalisés par le gynécologue obstétricien référent.

Les consultations du 8<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> mois de la grossesse doivent se faire par l'équipe qui prendra en charge l'accouchement. La dernière consultation va permettre d'établir le pronostic de l'accouchement (tableau 4).

**Tableau 4 :** Déroulement de la consultation du 9<sup>ème</sup> mois de la grossesse.

	Poids, prise de la tension artérielle, recherche des signes fonctionnels urinaires.
Réaliser un examen clinique général et obstétrical	Mesure de la hauteur utérine, recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux, recherche des contractions utérines, présentation fœtale (contrôle échographique en cas de doute), examen du bassin
Établir le pronostic obstétrical (mode prévu d'accouchement)	Information de la femme sur le déroulement de l'accouchement. Rendez-vous et consignes claires quant à la date à laquelle la femme enceinte doit se présenter dans la maternité choisie après que le terme est atteint
Recommandations relatives eu lieu de l'accouchement	

**Examens à prescrire**

Obligatoirement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FNS</li> <li>Sérologie de la toxoplasmose si négative auparavant</li> <li>• Glycosurie et protéinurie</li> </ul>
Éventuellement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECBU en cas d'antécédents ou de diabète.</li> </ul>

## Comment choisir la structure de soins pour l'accouchement ?

En fonction des préférences de la femme ou du couple ; du lieu d'habitation et des structures en place ; et surtout du niveau de risque encouru, établi grâce à la surveillance tout au long de la grossesse.

Profiter du post-partum immédiat pour parler des possibilités et du choix de contraception en vue de la prochaine grossesse.

## Examen postnatal dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement

L'accouchée sera convoquée pour examen postnatal dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement. Cette consultation indispensable pour la protection maternelle et infantile sera l'occasion de faire un examen gynécologique, de réaliser un frottis de dépistage s'il date de plus de 3 ans, d'aborder le mode de contraception souhaité par la femme ou le couple et d'encourager l'allaitement au sein.

## Conclusion :

L'un des moyens de faire reculer la mortalité maternelle consiste à améliorer la disponibilité, l'accessibilité, la qualité des soins primaires. Un protocole de surveillance codifié, et une organisation en réseau. Un carnet de suivi de maternité confié à la gestante, fera le lien entre les professionnels, et doit être tenu à jour, avec des recommandations claires et des rendez-vous planifiés.

Cet ensemble d'actions va favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé de toute femme en âge de procréer et permettre de prévoir et d'éviter d'éventuelles complications obstétricales.

## Références :

- 1- Enquête Nationale à Indicateurs Multiples MICS3, ALGÉRIE 2006, Rapport préliminaire.
- 2- ONS/ RGPH 2008 Exploitation exhaustive in collections statistiques n° 156 : Natalité, Fécondité et Reproduction en Algérie.
- 3- ONS, in Projections de population et résultats de l'enquête Etat civil 2012.
- 4- 2<sup>ème</sup> rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement.
- 5- Althuser M, Benoit B, Rudigoz RC, Constant M. Échographie Obstétricale du Premier Trimestre : Bilan morphologique de 11-13 semaines d'aménorrhée. In: Constant M et la SFAUMB-SNUD. Contribution à l'élaboration d'un contenu de l'acte en échographie. Édition La Plage, Saint-Avertin 2000 : 56-8.
- 6- Recommandations de santé publique, « Évaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21 », HAS 2007.
- 7- CNGOF. Les infections cervico-vaginales au cours de la grossesse. Recommandations pour la pratique clinique, Paris, 5 décembre 1997.
- 8- Althuser M, Benoit B, Delattre C, Rudigoz RC, Vignon P. Échographie Obstétricale du Second Trimestre. In : Constant M et la SFAUMB-SNUD. Contribution à l'élaboration d'un contenu de l'acte en échographie. Édition La Plage, Saint-Avertin 2000 : 59-62.
- 9- ANDEM. Doppler en Obstétrique : évaluation clinique et économique. Édition ANDEM, Paris, 1995

## Contrôlez vos connaissances !

a- Dans le calendrier à établir pour le suivi d'une grossesse à priori sans risque, combien de consultations sont recommandées ?

b- Lorsque la grossesse évolue cliniquement normalement, quels sont les objectifs des 3 échographies recommandées pendant la grossesse ?

Réponses au quizz sur  
[www.el-hakim.net](http://www.el-hakim.net)