

GROSSESSES PROLONGÉES ET TERME DÉPASSÉ

Dr Kerrache

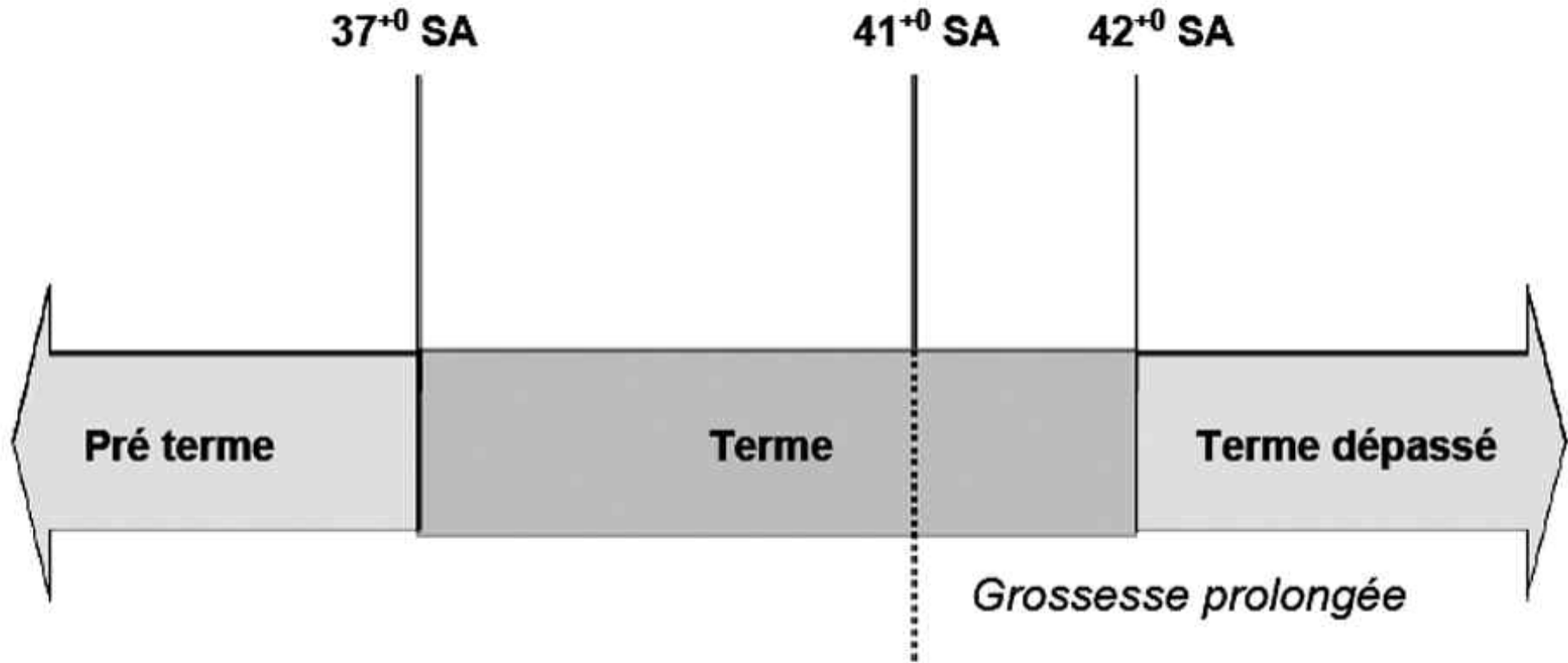
Maitre Assistante

Gynécologie-obstetrique

Définitions et conventions

- Durée de gestation: 280-290 jours (aménorrhée)
- Variations génétiques, ethniques et selon les caractéristiques maternelles
- Par convention:
 - Grossesse prolongée: au-delà de 41⁺⁰ SA
 - Terme dépassée: à partir de 42⁺⁰ SA

Définitions et conventions



Datation de la grossesse

- **Echographique**

- Entre 11⁺⁰ et 13⁺⁶ SA:

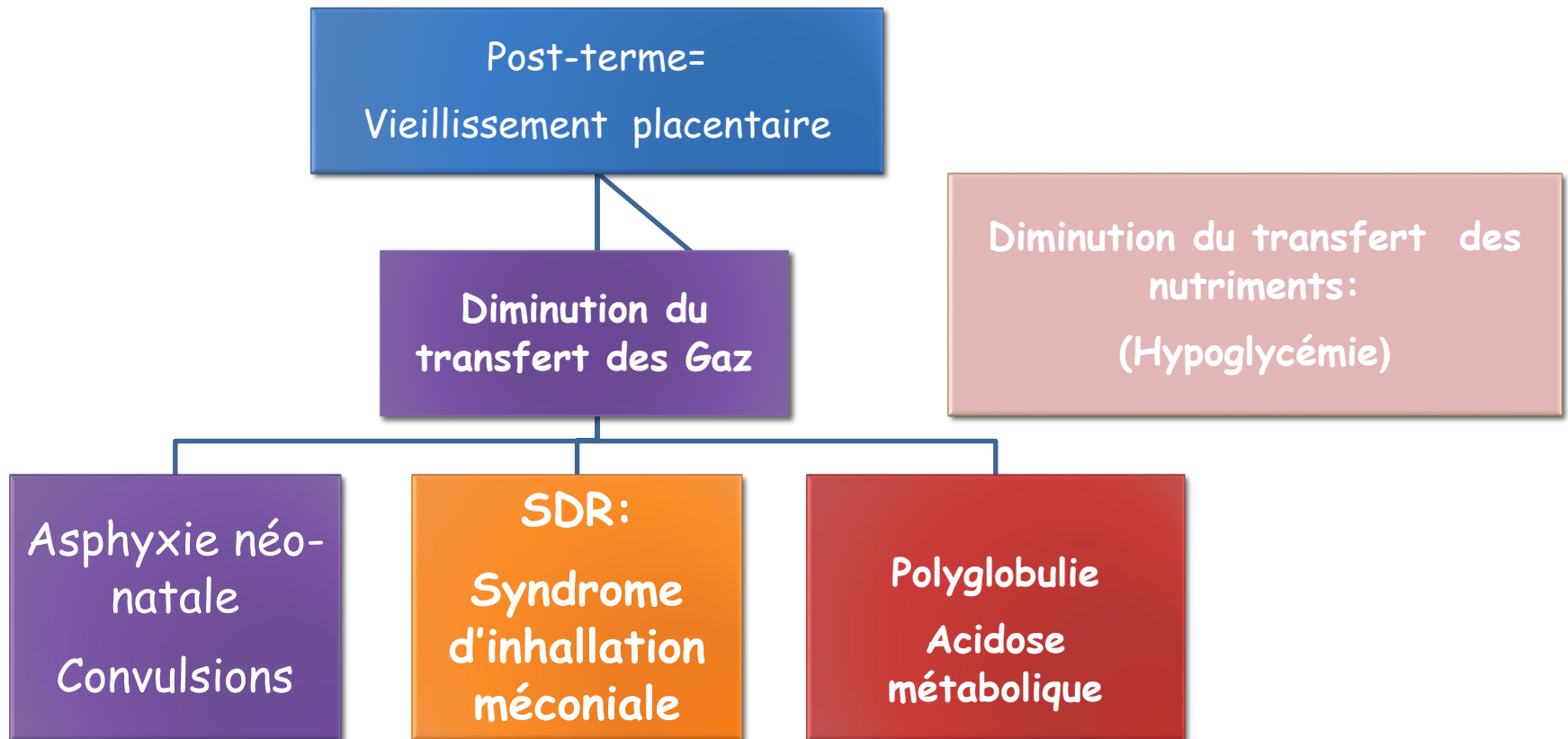


Mesure de la LCC

- En l'absence de critères de qualité de mesure de la LCC avant 14SA:

- DDR
- Durée habituelle des cycle

Physiopathologie



Fréquences

- Grossesse prolongée: 15-20%
- Terme dépassé: 1%

- Grande variabilité selon les pays et populations étudiés

Facteurs de risque

- **Fœtal:**

- Macrosomie
- malformations

- **Maternels:**

- Ethnie (caucasienne)
- Multiparité
- Antécédent de dépassement de terme

Complications foétales et néonatales

➔ Syndrome de post-maturité

- Oligoamnios
- ARCF
- Emission méconiale in utero

- Forme néonatale: peau sèche et parcheminée, coloration méconiale des ongles, de la peau, du cordon, tendance à l'hypoglycémie

Complications foétales et néonatales

- Risque d'inhalation méconiale: 0,24 ‰ à 1,42 ‰ (entre 38⁰⁻⁶ SA à 42⁺⁶ SA)
- Acidose foétale
- Apgar < 7 à 5 min
- Admission en USIN

- Complications neurologiques:

Convulsions néonatales, encéphalopathie anoxo-ischémique, Infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC), troubles du développement psychomoteur, épilepsie

- Macrosomie (risque X 5) et risques associés

Complications maternelles

- Taux de césarienne × 1,5
- Augmentation modérée du risque de lésions périnéales du 3° et 4° degrés, d'hémorragie du post-partum, de chorioamniotite et d'endométrite

Morbidité maternelle et foétale

Risques liés aux facteurs de risque de post-maturité:

- Primiparité:
 - Augmentation des extractions instrumentales et leurs complications
- Macrosomie:
 - Dystocies notamment des épaules
 - Déchirures périnéales de haut degré
 - Traumatismes foetaux

Modalités de surveillance

- A partir de 40 SA:

Surveillance 50% des femmes enceintes sans diminution prouvée de la morbidité néonatale

- A partir de 41 SA:

20% des femmes enceintes et réduction de la morbidité périnatale par rapport à 42 SA

- Entre 2 et 3 fois par semaine

- Malgré les variations ethniques: surveillance semblable pour toutes les patientes
- Surveillance adaptée en cas de diabète, RCIU, ATCD de MFIU

Modalités de surveillance

- MAF
- Amnioscopie: intérêt non démontré
- Enregistrement RCF +++
- Evaluation de la quantité de LA en échographie
 - Mesure de la plus grande citerne: < 2cm
 - Index Amniotique: < 5cm

- TA
- Poids
- Protéinurie
- TV



Classification de Grannum

- Grade I
- Grade II
- Grade III



Placenta : grade 0



Placenta : grade I



Placenta : grade II



Placenta : grade III

Déclenchement

- Selon les caractéristiques maternelles:
 - Conditions locales favorables, cicatrice utérine, parité, IMC, âge
 - Préférence des patientes
 - Organisation des soins de la maternité
- Selon la surveillance materno-foetale:
 - HTA +/- protéinurie
 - ARCF
 - Oligoamnios

Modalités de déclenchement

- Décollement des membranes:
 - Augmentation du nombre de patientes entrant en travail dans la semaine suivant le décollement
 - Pas d'augmentation du taux de césarienne ni risque de RPM ni infections maternelles ou néonatales
 - Accord préalable de la patiente en raison des désagréments
- Ocytocine si Bishop > 6
- PGE2 si Bishop < 6
- Misoprostol (CI sur utérus cicatriciel), sonde de Foley intracervicale...

Cas particuliers de l'utérus cicatriciel

- Risque de rupture utérine: 0,5% (travail spontané)
 - Risque augmenté modérément si déclenchement à l'ocytocine: 0,7%
 - Risque X 5 avec prostaglandines (2,45%)
 - CI du misoprostol
- Eviter déclenchement sans indication médicale
- Tenir compte du score de Bishop+++

Cas particuliers des grossesses multiples

- Grossesses gémellaires:
 - Morbi-mortalité minimum entre 37 et 38 SA
 - Terme dépassé à partir de 39⁺⁰ SA?
 - Surveillance de fin de grossesse à partir de 36 SA
 - Déclenchement artificiel du travail entre 38 et 39 SA

Prise en charge du nouveau-né

- Nouveau-né va bien:
 - ✓ Soins du nouveau-né à la naissance
 - ✓ le remettre à la mère:
 - ✓ allaitement maternel précoce et fréquent
 - ✓ surveillance de la glycémie

Prise en charge du NNé

- Nouveau-né va mal:
 - ✓ Réanimation du nouveau-né
 - ✓ Transfert en unité de soins intensif
 - ✓ Mettre en incubateur
 - ✓ Bilan: Chimie des urines calcémie, glycémie, fonction rénale, gazométrie sanguine, RX thorax avec sonde en place, EEG, ETF si asphyxie
 - ✓ TRT de la convulsion
 - ✓ Correction de l'hypoglycémie,
 - ✓ Correction de la polyglobulie

Conclusion

- prévention possible:
 - ❖ Un diagnostic précis du terme en début de grossesse.
 - ❖ Une surveillance étroite de la fin de la grossesse de façon à porter à temps les indications d'un déclenchement de l'accouchement ou d'une extraction du fœtus s'il existe une menace vitale.