



SOMMAIRE

19
Un suivi réglementé
Dépistage
échographique

21
Dépister et prévenir

22
Hygiène de vie
Infection d'origine
alimentaire

23
Symptômes
courants
Dépistage
de la trisomie 21

24
Collaboration entre
soignants

Par **Nadia Léticée**,
maternité, hôpital Necker-
Enfants malades,
75743 Paris Cedex 15.
nadia.leticée@nck.aphp.fr

SUIVI DE GROSSESSE NORMALE

Une des missions du généraliste, en collaboration avec l'hôpital.

Le suivi des femmes enceintes vise à identifier d'éventuelles complications et à améliorer le vécu et le confort de chacune d'elles. Pour les professionnels, il peut être l'occasion d'aider les futurs parents à s'adapter aux modifications physiologiques de la grossesse et à se préparer à la naissance du ou des enfants. Mais aussi de veiller à la qualité de l'entourage affectif pendant la grossesse et à la sortie de la maternité et aux situations à risque médical et psychosocial... Autant de missions que les généralistes peuvent assumer.

UN SUIVI RÉGLEMENTÉ

Sept consultations sont obligatoires : une au premier trimestre, puis une par mois. Une échographie par trimestre est conseillée. Il est recommandé que la première consultation ait lieu le plus tôt possible,¹ au mieux avant 10 semaines d'aménorrhée (SA). Toutefois, la réglementation actuelle impose que la déclaration soit faite avant 15 SA et prévoit 6 consultations à raison d'une par mois à compter du premier jour du 4^e mois de

grossesse, et l'article L. 154 du code de la santé publique en prévoit 7. Deux possibilités s'offrent alors au praticien :

- avancer la consultation du 4^e mois si la grossesse est à faible niveau de risque et maintenir le nombre de consultations total à 7 ;
- ajouter la consultation précoce (avant 10 SA) en maintenant une consultation mensuelle à partir du 4^e mois et proposer ainsi un suivi en 8 consultations. C'est le schéma recommandé par la HAS (tableau 1).

Parallèlement, 8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité doivent être systématiquement proposées, la première étant consacrée à l'entretien individuel ou en couple du 1^{er} trimestre dit « entretien du 4^e mois ».

DÉPISTAGE ÉCHOGRAPHIQUE²

Chaque échographie permet une étude de la vitalité, de la biométrie, de la morphologie fœtale et des annexes (placenta et liquide amniotique). D'autres paramètres peuvent être étudiés en fonction des antécédents obstétricaux et des éléments

découverts le jour de l'examen. Ainsi, l'ancienne dénomination : « échographie de datation » pour le premier examen, « échographie morphologique » pour le deuxième et « échographie de croissance » pour le dernier, est réductrice, puisque chacun évalue la biométrie (voire la croissance) fœtale et recherche des malformations. Les objectifs spécifiques de ces échographies systématiques de dépistage² peuvent être reformulés ainsi :

– au **premier trimestre** : entre 11 et 13⁺⁶ j SA : date de début de grossesse, identification des grossesses multiples, en précisant la chorionicité, évaluation du risque d'anomalie chromosomique, dépistage de certaines malformations ;

– au **deuxième trimestre**, entre 20 et 25 SA : dépistage de certaines malformations ;

– au **troisième trimestre**, entre 30 et 35 SA : dépistage de certains retards de croissance intra-utérins, de malformations ; localisation du placenta.

Il est recommandé de faire ces examens au milieu de ces 3 périodes ; par commodité, le praticien pourra retenir les termes de 12, 22 et 32 SA pour les singletons.

Pour les grossesses gémellaires, le rythme est en fonction de leur chorionicité. Une surveillance mensuelle est conseillée en cas de grossesse bi-choriale et bimensuelle en cas de grossesse mono-

TABLEAU 1 CONSULTATIONS PRÉNATALES (GROSSESSE SANS COMPLICATION OU À FAIBLE NIVEAU DE RISQUE)¹

Consultation < 10 SA		
Objectifs	Moyens	Examens
Faire le diagnostic de grossesse	– Anamnèse, examen clinique – β-hCG qualitatif en cas de doute	Obligatoires – glycosurie, albuminurie – toxoplasmose et rubéole* – groupe sanguin : ABO, phénotypes complets et Kell – RAI** à toutes les femmes
Dater la grossesse	Échographie de datation dans certains cas	À proposer systématiquement – échographie : 11-13 ⁺⁶ SA – sérologie VIH 1 et 2, informer sur la contamination materno-fœtale
– Évaluer l'état clinique général – Examen gynécologique – Dépister les dysplasies cervicales	– PA, taille, poids – seins, vulve, vagin – FCU si > 2-3 ans ³	
Évaluer la filière génitale en vue de l'accouchement	– Recherche de mutilation – Recherche d'un ATCD d'herpès génital	À prescrire éventuellement – ECBU, NFS, FCU***
Recherche de FDR ciblée sur les pathologies chroniques	Anamnèse	
Proposer le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales	Dépistage combiné du 1 ^{er} trimestre associant : mesure de la clarté nucale et dosage des marqueurs sériques, PAPP-A et β-hCG libre	
Prévenir les malformations du tube neural	Supplémentation en folates : 0,4 mg/j jusqu'à 8 SA	
Donner des informations orales sur le suivi général	– Alimentation, risques infectieux alimentaires, mode de vie, sensibilisation aux effets du tabac, de l'alcool, des drogues et des médicaments tératogènes – Organisation des soins en réseau de périnatalité, droits et avantages liés à la maternité – Examens de dépistage	
Élaboration d'un projet de naissance avec la patiente ou le couple, à compléter lors de l'entretien du 1 ^{er} trimestre (individuel ou en couple) et lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ⁴	Infos sur le déroulement global de la grossesse, l'accouchement et la naissance ; le calendrier des consultations prénatales ; l'adaptation possible des conditions de travail, la durée du congé maternité ; les droits sociaux liés à la grossesse et l'allaitement maternel	

¹ En l'absence de documents écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise (au mieux : 2 documents à 2 dates différentes) ; ** À l'exclusion des AC dirigés contre les Ag A et B ; si la recherche est positive, l'identification et le titrage sont nécessaires ; *** FCU : frottis cervico-utérin, à refaire si l'examen antérieur date de plus de 2-3 ans ; RAI : recherche d'agglutinines irrégulières.

2 ^e consultation : avant 15 SA révolues		
Objectifs	Moyens ou contenu	Biologie
– Faire la déclaration de grossesse – Fixer la date présumée de l'accouchement		Prescrire systématiquement – glycosurie, albuminurie – toxoplasmose* – rubéole **
Examen clinique	PA, HU à partir du 4 ^e mois, BDC si possible	
Proposer le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales	Marqueurs du 2 ^e trimestre en l'absence de dépistage combiné au 1 ^{er} trimestre	
– Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple – Rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité : précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille – Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité en expliquant leurs objectifs	– Expression des attentes et besoins de la femme et du couple – Repérage des situations de vulnérabilité, des signes de violence domestique et orientation vers un éventuel soutien spécialisé : PMI, social psychologique ou un réseau d'écoute – Informations sur les ressources de proximité – Liens sécurisants avec le réseau périnatalité	

* Si un seul résultat écrit disponible ou si antérieurement négatif et dans ce cas à surveiller mensuellement jusqu'à un mois après l'accouchement ; ** Si un seul résultat écrit disponible ou si antérieurement négatif et dans ce cas à surveiller mensuellement jusqu'à 18 SA ; HU : hauteur utérine.

TABLEAU 1 CONSULTATIONS PRÉNATALES (SUITE)

Consultations intermédiaires 4 ^e – 8 ^e mois		
Objectifs	Moyens ou contenu	Biologie
Évaluer l'état maternel et fœtal	Poids, PA, HU, BDC et MAF	Obligatoires
Recherche de signes fonctionnels urinaires	Anamnèse	- glycosurie, albuminurie à chaque consultation
Recherche de contractions utérines	Anamnèse	- groupe sanguin : 2 ^e détermination à faire au 8 ^e mois si non faite avant
Évaluation de la présentation fœtale	Au 8 ^e mois	RAI : au 6 ^e (26-28 SA) et au 8 ^e mois ⁵ :
Consultation de pré-anesthésie	Au 8 ^e mois	- si Rh D négatives : à toutes les femmes
		- si Rh D positives en cas de passé transfusionnel
		Toxoplasmose
		Recherche de l'Ag HBS au 6 ^e mois
		NFS au 6 ^e mois
Dépistage d'une infection urinaire asymptomatique	Proposer éventuellement ECBU à chaque consultation en cas d'ATCD d'infection urinaire, de diabète ou de bandelette urinaire positive	Proposer systématiquement
		- 2 ^e échographie : 20-25 SA
		- 3 ^e échographie : 30-35 SA
		- PV avec recherche de streptocoque B
		- BU à chaque consultation

BDC : bruits du cœur ; BU : bandelette urinaire ; CU : contractions utérines ; HU : hauteur utérine ; MAF : mouvements actifs fœtaux ; PV : prélèvement vaginal ; RAI : recherche d'agglutinines irrégulières.

Consultation du 9 ^e mois		
Objectifs	Moyens ou contenu	Biologie
Établir le pronostic obstétrical	- Recherche des MAF et des CU - Recherche de signe fonctionnel urinaire - Examen clinique général : poids, PA - Examen clinique obstétrical : HU, BDC, présentation fœtale	Obligatoires - toxoplasmose - glycosurie, protéinurie
Informé sur le déroulement de l'accouchement, la prise en charge à terme, les modalités locales de rendez-vous	Consignes claires sur la date à laquelle la femme enceinte doit se présenter dans la maternité choisie une fois le terme atteint	Éventuellement ECBU en cas d'ATCD d'infection urinaire, de BU positive ou de diabète
Vérifier l'environnement familial et les conditions de sécurité de la mère et son enfant	Informé sur les aides adaptées et proposer une éventuelle intervention coordonnée : - d'un travailleur social ; - d'une puéricultrice de PMI ; - du psychologue ; - du pédiatre ; - du médecin généraliste...	

BDC : bruits du cœur ; BU : bandelette urinaire ; CU : contractions utérines ; HU : hauteur utérine ; MAF : mouvements actifs fœtaux.

choriale pour rechercher les complications spécifiques comme le syndrome transfuseur-transfusé qui complique environ 15 % des grossesses monochoriales biamniotiques. Une surveillance échographique mensuelle du col est conseillée dans les deux cas.

DÉPISTER ET PRÉVENIR

Le diabète gestationnel est dépisté systématiquement en France, selon des modalités actuellement en discussion. En cas de **facteur de risque de diabète de type 2**, antécédent personnel ou familial de diabète gestationnel ou de type 2, de macrosomie^{*}, il est recommandé de le rechercher dès la première consultation.

Pour le dépister, la recommandation nationale de 1996 était un test de O'Sullivan mesurant la glycémie une heure après une charge de 50 g de glucose. Aujourd'hui, les pratiques sont diverses...

* Poids supérieur au 90^e percentile pour le terme. Les courbes actuellement recommandées en France sont celles du Collège français d'échographie fœtale.

Un test diagnostique est prescrit quand le dépistage est positif ; toutefois, ses modalités fluctuent aussi, tout comme la surveillance du régime. En l'absence de consensus sur le sujet, la HAS⁶ conseille la poursuite des pratiques locales dans l'attente des résultats d'une étude en cours.

Immunisation anti-rhésus D. Une double détermination du groupe sanguin Rh D et une recherche d'agglutinine irrégulière (RAI) doivent être faites

1

Le toucher vaginal remis en cause

En France, le recours au toucher vaginal systématique visait à évaluer le risque d'accouchement prématuré (AP). En effet, cliniquement, c'est une situation difficile à identifier, et le critère de « contractions utérines (CU) douloureuses avec modifications cervicales » est mis en défaut, car les CU ne sont pas toujours identifiées comme telles par les patientes ; le TV méconnaît les situations à haut risque d'AP quand le col est extérieurement normal avec un orifice interne ouvert. Dans ce cas, il rassure donc à tort des patientes à haut risque d'AP. À ce jour, il n'a pas fait la preuve de sa pertinence, car il ne diminue pas le risque d'AP comparé à un examen réalisé sur indication médicale. La HAS ne le recommande plus¹ en consultation de routine.

2

Acide folique en période périconceptionnelle⁸

L'acide folique est recommandé pour toutes les femmes, à la dose de 0,4 mg par jour un mois avant le début de grossesse et jusqu'au deuxième mois révolu.

En pratique, certains cliniciens choisissent de prolonger la prise jusqu'à l'échographie de 12 SA, qui permet une datation exacte du début de grossesse.

En cas d'antécédent de malformation du tube neural, la dose est de 5 mg/j pour toutes les grossesses ultérieures. Il est important de rappeler aux patientes que cette prévention est impérative même après la naissance d'un ou plusieurs enfants sans malformation.

dès le premier trimestre pour toutes les femmes.⁷ Si la femme est Rh D négatif, il faut l'informer sur l'immunisation anti-D : dépistage, suivi, prévention. Le groupe Rh D du conjoint est à documenter à cette occasion.

Si elle n'est pas immunisée contre l'antigène D, un contrôle de RAI doit être réalisé au cours du 6^e mois, idéalement entre 26 et 28 SA. L'efficacité de l'immunoprophylaxie repose sur une posologie d'anti-D adaptée et sur l'injection des immunoglobulines dans les 72 heures après un événement potentiellement immunisant. Au-delà, un bénéfice peut-être espéré jusqu'à 30 jours.

Enfin, une immunoprophylaxie anti-D systématique est recommandée pour toute femme enceinte Rh D négative, non immunisée contre l'antigène D et dont le fœtus est connu ou présumé Rh D positif. Dose : 300 µg d'immunoglobulines anti-D par voie IM à 28 SA.

HYGIÈNE DE VIE

Classiquement, la prise de poids est de 500 g par mois au premier trimestre, 1 kg par mois au deuxième, 2 kg par mois au troisième, au total 9 à 12 kg en fonction du poids initial. Une patiente en surpoids peut même prendre moins de 9 kg. Souvent, l'objectif est la stabilisation du poids (une perte peut être toxique pour l'enfant). Une patiente

ayant un faible indice pondéral peut prendre plus de 9 kg sans que cela soit pathologique. Une prise de poids > 10 kg au 6^e mois est jugée excessive et à risque de diabète gestationnel.

L'alimentation doit être équilibrée, variée, adaptée à la faim et non à l'idée (néfaste) de « manger pour deux ». Il faut boire au moins un litre et demi par jour ; éviter de sauter des repas et diminuer éventuellement chaque ration en prévoyant des collations. Un récent guide de nutrition (gratuit) peut être demandé à l'INPES.⁹ Attention aux prises de poids excessives ou à une macrosomie fœtale qui peuvent nécessiter un soutien spécialisé par une diététicienne ou un nutritionniste.

L'activité physique doit être douce et régulière : marcher, nager, éviter les sports violents ou à risque de chute, de traumatisme abdominal ou contraignants pour les articulations. L'aérobic qui augmente le risque d'accouchement prématuré est déconseillée, de même que les sports de contact et les jeux de raquettes énergiques. La plongée sous-marine est contre-indiquée (risque de malformations fœtales ou d'accident de décompression).

L'activité sexuelle peut être poursuivie.

Pour les déplacements en voiture, le port de la ceinture de sécurité est utile et obligatoire.

Pour les vols long courrier, les femmes enceintes doivent être informées du risque apparemment plus élevé de thrombose veineuse. Dans la population générale, le port de bas de contention de classe forte est suffisant pour réduire ce risque. Il est conseillé aux femmes enceintes de déambuler le plus possible pendant le vol et de s'hydrater correctement.

Une consommation, même modérée, d'alcool et/ou de tabac et/ou de cannabis est dangereuse. L'arrêt de tout toxique doit précéder la conception, le projet de grossesse étant un moment privilégié pour cela.

La supplémentation systématique en complexes vitaminiques n'a pas fait la preuve de son efficacité. Sont recommandés l'acide folique et la vitamine D.

INFECTIONS

D'ORIGINE ALIMENTAIRE

Les conseils contre la salmonellose, la listériose et la toxoplasmose (tableaux 2 et 3) doivent être rappelés en début de grossesse.

Pour éviter la salmonellose, il convient de conserver les œufs au réfrigérateur ; ne pas les manger crus ou mal cuits ; consommer les produits à base d'œufs crus le plus près possible du moment de préparation et les maintenir au froid ; pour les mayonnaise, mousse au chocolat ; pâtisseries... éviter de casser les œufs en bordure du récipient utilisé pour faire la préparation.

Pour réduire la transmission de kystes de *Toxoplasma gondii* à l'homme, les recommandations pour la viande sont une congélation à -12 °C

TABLEAU 2 PRÉVENTION DE LA LISTÉRIOSE¹⁰

Aliments à éviter	Règles d'hygiène à respecter
<ul style="list-style-type: none"> - Fromages à pâte molle au lait cru, croûtes des fromages, fromages vendus râpés - Poissons fumés - Graines germées crues (soja, luzerne...) - Produits de charcuterie cuite consommés en l'état - Produits de charcuterie crue : lardons, bacon, jambon cru - Produits achetés au rayon traiteur - Coquillages crus, surimi, tarama 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuire soigneusement les aliments crus d'origine animale (viandes, poissons), en particulier le steak haché - Laver soigneusement légumes crus et herbes aromatiques - Conserver les aliments crus (viande, légumes...) séparément de ceux cuits ou prêts à être consommés - Se laver les mains et nettoyer les ustensiles de cuisine qui ont été en contact avec ces aliments crus - Nettoyer le réfrigérateur fréquemment et le désinfecter ensuite avec de l'eau javellisée - Réchauffer soigneusement les restes et les plats cuisinés avant consommation immédiate

pendant au moins 3 jours (en tenant compte de l'épaisseur de la pièce), une cuisson à cœur à 67 °C au minimum. Pour détruire des oocystes dans des matrices alimentaires, une température de 60 °C pendant une 1 minute paraît suffisante. **La congélation des végétaux** ne garantit pas la disparition complète de l'infectiosité des oocystes.

SYMPTÔMES COURANTS

Les « petits maux » de la grossesse donnent rarement lieu à des complications graves. Il faut encourager les femmes à les signaler.

Les nausées et vomissements en début de grossesse disparaissent spontanément entre 16 et 20 SA. Au-delà, ils imposent une recherche étiologique. Leur cause est mal connue. Si un traitement est envisagé, les mesures suivantes peuvent être efficaces :¹ gingembre en gélule, acupuncture, anti-histaminiques.

En cas de reflux gastro-œsophagien : posture verticale après les repas ; surélévation de la tête du lit pour dormir ou se reposer ; diminution des graisses, caféine et boissons gazeuses ; prise de petits repas fractionnés. Les anti-acides peuvent être proposés quand le RGO persiste malgré ces mesures. Les antisécrétoires gastriques (anti-H2), efficaces, sont réservés aux échecs des anti-acides. Les inhibiteurs de la pompe à protons sont utilisés avec parcimonie.

La constipation fréquente tend à se majorer. Conseiller les fibres alimentaires : son, pétales de blé complet enrichis en son (avec une bonne hydratation), l'exercice physique, la consommation quotidienne de fruits et légumes. Si elle persiste, des laxatifs osmotiques sont proposés ainsi qu'une eau riche en magnésium.

En cas de crise hémorroïdaire, éviter les aliments épicés, les boissons alcoolisées et celles contenant de la caféine. On peut utiliser une crème à base d'anesthésiques locaux et des veinotoniques.

Les varices fréquentes et bénignes sont soulagées par le port de bas de contention (classe II). Pour améliorer le retour veineux, on recommande : marche quotidienne, surélévation des membres inférieurs la nuit, pas d'exposition à la chaleur.

En prévention des vergetures, l'efficacité des crèmes n'a pas été prouvée. Avant une échographie, leur application sur le ventre est à éviter car certaines réduisent le passage des ultrasons.

Le changement des sécrétions vaginales est physiologique. Si elles deviennent abondantes, prurigineuses, nauséabondes ou associées à des brûlures mictionnelles, on suspecte une infection.

Contre les lombalgies, des exercices dans l'eau, des massages, des séances d'éducation individuelles ou collectives peuvent être proposées.

Contre les crampes, fréquentes, conseiller les aliments riches en magnésium ou la supplémentation en lactate ou en citrate de magnésium.

Quand faire appel à un spécialiste ?

Les facteurs de risque médicaux principaux devant motiver un avis spécialisé sont :

- **les antécédents obstétricaux sévères** : HTA gravidique, prééclampsie, éclampsie, RCIU sévère, hématome rétroplacentaire, mort fœtale in utero, accouchement prématuré, malformation fœtale, anomalie chromosomique ;
- **les pathologies maternelles susceptibles d'interférer avec la grossesse** : HTA, néphropathie, diabète et toute endocrinopathie, lupus et toute maladie de système, maladie thrombo-embolique, épilepsie, alcoolisme, toxicomanie ;
- **les antécédents familiaux de maladie génétique** : mucoviscidose, myopathie.

DÉPISTAGE DE LA TRISOMIE 21

La HAS recommande aujourd'hui un dépistage précoce qui repose sur l'âge, la mesure de la clarté nucale et les marqueurs sériques du premier trimestre. Le dépistage n'est pas obligatoire mais il doit être mentionné et expliqué aux parents. Contrairement à ce qu'on peut encore entendre aujourd'hui, l'opposition de principe à une éventuelle IMG n'est pas une contre indication à participer au dépistage et un résultat situant l'enfant dans une zone à risque accru n'impose pas un contrôle de caryotype. Les prélèvements invasifs font courir le risque d'événements indésirables dans 0,5 à 1 % des cas. Le médecin généraliste sera d'autant plus à l'aise pour accompagner les parents dans leur choix qu'il sera lui-même informé de leurs droits et de leurs possibilités. En

3. Prévention primaire de la toxoplasmose chez des femmes séronégatives en début de grossesse¹¹

- **Débarrasser** de toute trace de terre les fruits, légumes et les plantes aromatiques destinés à être consommés crus ou peu cuits.
- **Laver** soigneusement les ustensiles et les surfaces ayant servi à la préparation des repas (plusieurs lavages à grande eau).
- **Éviter** la consommation de viande crue ou saignante, la préférer bien cuite ou préalablement congelée.
- **Nourrir** les chats avec de la viande bien cuite ou des préparations industrielles.
- **Faire nettoyer** tous les jours le bac à litière du chat (ou porter des gants et se laver les mains après avec du savon) ; l'eau de javel étant inefficace pour détruire les oocystes, laver les bacs à l'eau bouillante.
- **Se laver les mains** avec du savon avant de les porter à la bouche et avant tous les repas.
- **Éviter le contact** direct avec la terre, le sable, la viande crue et porter des gants pour jardiner.
- **Lors des repas** pris en dehors du domicile, éviter les crudités et préférer les légumes cuits.
- **En cas de voyage** en pays en voie de développement, se garder de consommer des eaux non traitées.

4

Modifications psychiques

La grossesse est une période de grands bouleversements physiques et psychologiques. L'état de « transparence psychique » de la mère la rend plus proche des éléments de sa vie interne habituellement refoulés. Elle devient beaucoup plus sensible et vulnérable.

Il est important de rassurer les patientes et leur entourage sur la normalité de ces changements. Par ailleurs, il faut reconnaître précocement les signes avant-coureurs d'un malaise psychique, et conseiller, si besoin, un suivi conjoint avec un spécialiste.

La consultation prénatale vise aussi à répondre aux inquiétudes du conjoint.

cas de trisomie 21 avérée, l'IMG est une des options, et la poursuite de la grossesse avec une prise en charge effective ou non de l'enfant à la naissance en sont deux autres. Si les modalités de l'IMG et ses complications ont toute leur place dans l'information, les prises en charge spécifiques de ces enfants, avec ou sans malformation et les modalités de leur adoption le sont aussi.

L'évaluation du risque d'aneuploïdie repose sur la mesure de la clarté nucale (CN), sur le dosage de marqueurs sériques et sur l'âge de la mère.

La fiabilité de la clarté nucale a été établie pour des critères stricts : une longueur cranio-caudale comprise entre 45 et 85 mm, une coupe sagittale stricte, une demi-flexion de la tête, des calipers placés aux limites internes de la zone mesurée, une image du fœtus occupant les deux tiers de l'écran, un amnios identifié sur le cliché.

Les marqueurs sériques du deuxième trimestre, estriol, fraction libre de l'hCG et α FP, gardent leur intérêt en cas de grossesse de découverte tardive et partout où le dépistage du premier trimestre ne peut encore être proposé. Ils permettent l'évaluation du risque d'aneuploïdie et donnent des indications sur le déroulement de la grossesse : une α FP élevée signe un risque accru de malformation du tube neural, un hCG élevé signe un risque accru

de prééclampsie et un hCG très bas fait redouter une évolutivité anormale. Ces informations sont utiles à l'échographiste et à l'équipe qui assure le diagnostic prénatal.

COLLABORATION ENTRE SOIGNANTS

La HAS insiste pour que les professionnels impliqués dans le suivi de la grossesse exercent dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et selon les possibilités locales dans un **réseau de périnatalité**.

Elle recommande aussi que le suivi des femmes soit assuré par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne, et souligne l'importance de la coordination entre professionnels afin de ne pas multiplier les intervenants, les consultations ou les examens et d'assurer la continuité des soins ainsi que les articulations avec le secteur social et les réseaux d'aide et de soutien.

Pour toutes les situations où les pratiques sont multiples au plan national, y compris quand certaines recommandations sont claires, la collaboration des cliniciens avec leurs correspondants garantira une prise en charge cohérente. ●

RÉFÉRENCES

- HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. Mai 2005. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240701/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes-des-recommandations-pour-les-professionnels-de-sante
- DGS. Rapport du Comité national technique d'échographie de dépistage prénatal. Avril 2005. http://www.sante.gouv.fr/html/actu/sureau_henrion/rapport.pdf
- Anaes. Conduite à tenir devant un frottis cervico-vaginal anormal. Recommandations pour la pratique clinique. Septembre 2002. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272243/conduite-a-tenir-devant-une-patiente-ayant-un-frottis-cervico-uterin-anormal-actualisation-2002
- HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations pour la pratique clinique. Novembre 2005.
- CNGOF. Prévention de l'allo-immunisation rhésus D fœto-maternelle. Recommandations. 2005. http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_13.HTM
- HAS. Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel. Juillet 2005. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272475/rapport-de-synthese-sur-le-depistage-et-le-diagnostic-du-diabete-gestationnel
- CNGOF. Prévention de l'allo-immunisation rhésus D fœto-maternelle. Recommandations pour la pratique clinique. Février 2006. http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rhesus_tableau2006.pdf
- DGS. Recommandations pour la prévention des anomalies de la fermeture du tube neural. 2003 ; <http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/perinat/recomand.htm#1>
- INPES. Le guide nutrition pendant et après la grossesse. Septembre 2007. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1059.pdf>
- InVS. Recommandations listériose. <http://www.invs.sante.fr/publications/listeriose/reclist.html>
- Léticée N. Dépistage de la toxoplasmose. Rev Prat Med Gen 2006;20:93-7.

5

Mesure de la hauteur utérine (HU)

- **Elle se mesure**, en centimètres, entre le bord supérieur du pubis et le fond utérin avec un mètre de couturière.
- **La hauteur utérine normale** en cm correspond au nombre de semaines d'aménorrhée moins 4.
- **Elle augmente de 1 cm par semaine** entre 20 et 32 SA, puis de 0,5 cm par semaine jusqu'au terme. On retient donc 24 cm à 28 SA ; 28 cm à 32 SA et 30 cm à 36 SA.
- **Globalement**, on peut retenir qu'entre 20 et 34 semaines d'aménorrhée la HU correspond au nombre de SA. Ensuite, elle augmente de 2 cm par mois.

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.