

Surveillance de la grossesse par le médecin généraliste : le 1^{er} trimestre

Olivier PARANT*, Caroline SIMON*, Xavier MONROZIES*

**Services de gynécologie obstétrique,
Hôpital Paule de Viguier (Toulouse)*

Le médecin généraliste est de plus en plus confronté au suivi de la grossesse à bas risque. Les perspectives de la démographie médicale dans le domaine de la périnatalité montrent que la population actuelle des gynécologues médicaux et des gynécologues obstétriciens est vieillissante et deviendra insuffisante. Cette situation a suscité dans différentes régions françaises, dont la notre, des réflexions concernant le partage des compétences entre obstétriciens et professionnels de première ligne (médecins généralistes, sages-femmes). Une des préconisations du schéma régional d'organisation des soins [SROS3-Midi-Pyrénées], est ainsi de renforcer le rôle du médecin généraliste, en particulier pour le suivi des grossesses non compliquées.

Le suivi d'une grossesse normale peut être effectué par les sages-femmes et les médecins généralistes. Il n'y a en effet pas de différence en terme de pronostic materno-foetal selon que le suivi systématique de la grossesse (grossesses à bas risque) est effectué par un obstétricien, un gynécologue, une sage-femme et/ou un médecin généraliste (grade A).

La littérature est en faveur d'un avantage du suivi assuré par un groupe restreint de professionnels avec qui la femme enceinte se sent en confiance (grade A). Si le suivi est réalisé par un groupe de professionnels de santé, une personne « référente » dans ce groupe (qui peut être le médecin généraliste) facilite la coordination et l'organisation des soins et leur articulation avec le secteur social et les réseaux d'aide et de soutien. Un système d'orientation précis doit être établi afin de pouvoir orienter sans retard la patiente ayant besoin de soins ou d'explorations complémentaires.

Toutes les femmes doivent recevoir une information compréhensible dès le début de la grossesse sur le nombre probable, le moment et le contenu des consultations ainsi que sur l'offre de soins pour le suivi de la grossesse, les séances de préparation à la naissance, l'accouchement et la période postnatale.

D'après les recommandations de l'HAS, il convient, dès le début de la grossesse :

- d'expliquer les bénéfices d'un suivi régulier de la grossesse, pour la femme et son bébé
- de proposer un programme de suivi et une orientation vers une prise en charge spécifique si besoin
- de mettre l'accent sur la prévention et l'éducation (proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple dès le 1er trimestre)
- d'informer clairement la femme de son droit d'accepter ou de refuser un examen de dépistage (qu'il soit obligatoire, ou non obligatoire mais proposé systématiquement),
- de souligner les risques de l'auto-médication
- d'identifier les situations de vulnérabilité (violence domestique, addictions, etc.) et toute forme d'insécurité (insécurité affective au sein du couple ou de la famille, précarité, etc.)
- à chaque consultation : être à l'écoute de la femme enceinte ou du couple et leur donner l'occasion de poser des questions.

Le premier examen doit avoir lieu le plus tôt possible (1^{er} / 2^{ème} mois). Au cours de cet examen, il est nécessaire de :

1- *Donner une information orale étayée par une information écrite* : alimentation et mode de vie, risques infectieux alimentaires, organisation des soins au sein d'un réseau périnatalité, droits et avantages liés à la maternité, examens de dépistage, risques spécifiques liés à la consommation ou l'usage de toxiques (tabac, alcool, médicaments, drogues). L'information délivrée doit être personnalisée

2- *Faire un examen clinique* : observation de la femme, prise de la pression artérielle, mesure du poids, examen des seins le cas échéant (dépistage du cancer du sein), examen de l'état veineux des membres inférieurs, etc.

3- *Identifier le risque obstétrical et un besoin de suivi complémentaire* ; orienter la femme vers une filière de soins spécifique (cf. classification des différents types de maternité)

4- *Établir le diagnostic de grossesse* : Il repose essentiellement sur l'examen clinique. La recherche d'HCG qualitatif n'est effectuée qu'en cas de doute.

5- *Déterminer l'âge gestationnel* (date des dernières règles, date de conception estimée par la femme, échographie précoce). Cette date de début de grossesse ne sera modifiée par rapport aux dates des dernières règles, chez une femme qui a des cycles réguliers, que si la différence est de plus d'une semaine.

6- La déclaration de grossesse n'est pas réalisée d'emblée mais des *prescriptions immédiates sont effectuées* (toxoplasmose, rubéole ...).

→ Au décours de la consultation, il importe de programmer une nouvelle consultation avant la fin du 3^e mois (« 1^{er} examen prénatal ») et de éventuellement avant 15 SA révolue. L'échographie du 1^{er} trimestre devra être prévue aux alentours de 12 SA.

L'examen du premier trimestre (doit être effectué avant la 15^{ème} SA)

1- *Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée d'accouchement.*

La déclaration de grossesse doit être réalisée avant 15 semaines d'aménorrhée (SA) pour l'ouverture des droits sociaux. Le formulaire doit être rempli si possible après la réalisation de la première échographie. Ceci permet de valider la datation de la grossesse, de diagnostiquer les grossesses multiples et de s'assurer de la bonne évolutivité de la grossesse.

2- *Établir avec la femme enceinte ou le couple un projet de suivi de grossesse et de naissance.* Les informer sur le déroulement de la grossesse, l'accouchement et la naissance, la programmation des consultations prénatales, la participation aux séances de préparation à la naissance, les dates du congé maternité, l'allaitement maternel ...

3- Prescription des examens complémentaires

☒ Examens prescrits obligatoirement

- Détermination des groupes sanguins (ABO et phénotypes rhésus complet et Kell). Si la femme ne possède pas de carte de groupe sanguin complète, deux prélèvements sont effectués.
- Recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) quel que soit le groupe sanguin de la patiente. Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires.
- Sérologie de la syphilis (TPHA-VDRL)
- Sérologie de la toxoplasmose et de la rubéole sauf en cas de résultats écrits faisant considérer l'immunité comme acquise
- Glycosurie et albuminurie

☒ Examens à proposer systématiquement

- Échographie obstétricale : à programmer entre 11 et 13 SA + 6 jours :
Elle permet une détermination à ± 5 jours de la date de conception et donc du terme théorique de la grossesse (DDG + 9 mois), dépistage des malformations majeures à expression précoce et des signes d'appel de malformations foetales et d'anomalies chromosomiques (clarté nucale +++).
- Marqueurs sériques pour le dépistage sanguin de la trisomie 21 (entre 15 et 18 SA)
La patiente peut refuser (information obligatoire+++)
(recherche éventuelle de maladies génétiques chez la femme ayant des antécédents familiaux et/ou personnels)
- Caryotype foetal par amniocentèse ou choriocentèse si le taux du test sérique est élevé ($> 1/250$), en cas de clarté nucale anormale ou d'antécédent
- Information sur les risques de contamination materno-foetale par le VIH et proposition d'une sérologie VIH 1 et 2

☒ Examens à proposer éventuellement

- Dépistage de l'anémie (NG) éventuellement couplée à une ferritinémie
- Examen cytot bactériologique des urines (ECBU) en cas de risque majoré (atcd urologiques, diabète, Bandelette urinaire +)
- Frottis cervical de dépistage des dysplasies cervicales si date de plus de 2 à 3 ans
- Glycémie à jeu en cas de facteurs de risque de diabète

☒ Actuellement, la réalisation d'une sérologie CMV n'est pas conseillée.

➔ Au total, le suivi du premier trimestre de la grossesse est un moment important du suivi obstétrical. Il permet donc de confirmer l'état de grossesse, d'effectuer une datation précise, d'évaluer les facteurs de risque (niveau de risque), d'effectuer la déclaration administrative de grossesse, de prescrire les examens complémentaires nécessaires (écho et biologie), de prodiguer des conseils hygiéno-diététiques personnalisés.

Au terme de cette consultation, un plan de surveillance est proposée (RDV cliniques et échographiques) et une orientation éventuelle vers un type de maternité discutée (souhait patiente et niveau de risque).

Les principaux pièges observés lors de la 1ère consultation sont : une déclaration trop précoce de la grossesse, une mauvaise datation, l'oubli de prescription des marqueurs de la trisomie 21.

SURVEILLANCE BIOLOGIQUE DE LA GROSSESSE

	Examens Obligatoires	Examens proposés Systématiquement	Examens proposés sur facteurs de risque
1^{er} examen (< 15 SA)	. Rubéole ¹ / toxoplasmose ¹ . Syphilis (TPHA/VDRL) . Groupe ABO Rhésus ² . RAI . Sucre/Alb urinaire	. VIH . NFS + ferritine . Bdlte urinaire « multistix »	. ECBU (si atcdt uro, BU+ ou diabète) . Glycémie à jeun si FDR de diabète . Hép C et AgHBS si FDR de MST
4^o mois (16 à 19 SA)	. Rubéole (si -) . Toxoplasmose (si -) . Sucre/Alb urinaire	. Marqueurs sériques T21 (16 SA+/- 1, après info) . RAI ³ . Bdlte urinaire « multistix »	. ECBU (si atcdt uro, BU+ ou diabète)
5^o mois (20 à 24 SA)	. Rubéole (si -) . Toxoplasmose (si -) . Sucre/Alb urinaire	. RAI ³ . Bdlte urinaire « multistix »	. ECBU (si atcdt uro, BU+ ou diabète)
6^o mois (25 à 28 SA)	. Toxoplasmose (si -) . RAI ³ . AgHBs . NFS . Sucre/Alb urinaire	. O'Sullivan 50g (24 à 28SA) . Bdlte urinaire « multistix »	. ECBU (si atcdt uro, BU+ ou diabète)
7^o mois (29 à 32 SA)	. Toxoplasmose (si -) . Sucre/Alb urinaire	. RAI ³ . Bdlte urinaire « multistix »	. ECBU (si atcdt uro, BU+ ou diabète)
8^o mois (33 à 36 SA)	. Toxoplasmose (si -) . RAI ³ . Sucre/Alb urinaire	. Bdlte urinaire « multistix »	. ECBU (si atcdt uro, BU+ ou diabète)
9^o mois (37 à 41 SA)	. Toxoplasmose (si -) . RAI ³ . Sucre/Alb urinaire	. P Vaginal (dépistage strepto B) . Bilan pré-anesthésie ⁴ . Bdlte urinaire « multistix »	. ECBU (si atcdt uro, BU+ ou diabète)

Les RAI sont également demandés chez toutes les patientes en période périnatale

EXAMENS NON CONSEILLES

- Sérologie CMV systématique
- Bilan lipidique
- Mesure de la VS
- Dosage des phosphatases alcalines
- Dosage de la protéine S

¹ Si non immunisé ou en l'absence de résultat documenté

² Groupe phénotypé avec établissement d'une carte (2 déterminations)

³ Si RhD négatif ou chez les femmes RhD positif avec antécédents transfusionnels et/ou obstétricaux

⁴ Pas de bilan standard. Variable selon les habitudes (consultation anesthésie obligatoire)