

Question : Surveillance de la femme enceinte

Ce document a été réalisé d'après les recommandations de l'HAS.

Matériel :

- Tensiomètre
- Toise
- Balance
- Mètre ruban
- Bandelettes urinaires
- Détecteur de pouls fœtal

Information à la patiente : Information de la patiente/du couple du bon déroulement de la grossesse / de l'existence de facteurs de risque / d'examen recommandés

Déroulement : 7 consultations sont obligatoires pendant la grossesse : la déclaration de la grossesse et les consultations du 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème}, 7^{ème}, 8^{ème} et 9^{ème} mois.

	Terme	But	Interrogatoire	Examen clinique	Examens complémentaires	Information de la patiente	A ne pas oublier	Prescriptions
1 ^{ère} consultation	Avant 10 SA	Confirmer la grossesse ⁱ - Dater la grossesse - Identification de FDR	ATCD personnels et familiaux de la patiente	Examen général et gynécologique : Prise TA - Taille - Poids - Examen des seins - Frottis cervical ⁱⁱ - Etat des membres inférieurs	BU ⁱⁱⁱ (glycosurie et protéinurie) - BS: Glycémie à jeun ^{iv} - GS (A, B, O Phénotypes Rh complet et Kell) – Toxoplasmose – Rubéole – RAI ^v – Syphilis – VIH 1 et 2 (avec consentement) – Hépatite C si FDR – NFS si FDR	Dépistage anomalies chromosomiques fœtales ^{vi} - Programmation suite surveillance grossesse - conseils alimentaires, activité physique, sexualité, prise de médicaments, tabac ^{vii} /alcool - motifs de consultation	Etablir le type de suivi possible suivant les FDR (en particulier pathologies chroniques) : Médecin, avis spécialisé, sage-femme et niveau de la maternité - Adaptation des traitements en cours - Echographie à 12SA	Supplémentation si non débutée en antéconceptionnel ^{viii}

2 ^{ème} consultation	Avant 15 SA	Déclaration de grossesse ^{ix} - Fixer la date présumée d'accouchement	MTR, écoulement anormal, fièvre, douleurs abdominales, SFU.	TA - poids - mesure de la HU à partir du 4e mois - recherche BDC (à partir de 12 SA)	BU (glycosurie et protéinurie) - BS : Toxoplasmose si pas d'immunité acquise – Rubéole si pas d'immunité acquise (jusqu'à 18 SA)	Dépistage anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2e trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1er trimestre	Proposition entretien individuel ou en couple (recherche de facteurs de stress et de toute forme d'insécurité) - établissement projet de naissance - présentation préparation à la naissance et à la parentalité	
3 ^{ème} consultation	4 ^{ème} mois		MTR, écoulement anormal, fièvre, douleurs abdominales, SFU, MAF, CU.	TA - poids - HU - BDC -	BU (glycosurie et protéinurie) -BS : Toxoplasmose si pas d'immunité acquise			
4 ^{ème} consultation	5 ^{ème} mois		MTR, écoulement anormal, fièvre, douleurs abdominales, SFU, MAF, CU.	Prise TA - poids - HU - BDC	BU (glycosurie et protéinurie) - BS : Toxoplasmose si pas d'immunité acquise		Echographie à 22 SA	
5 ^{ème} consultation	6 ^{ème} mois		MTR, écoulement anormal, fièvre, douleurs abdominales, SFU, MAF, CU.	TA - poids - HU - BDC	BU (glycosurie et protéinurie) -BS : Toxoplasmose si pas d'immunité acquise – RAI – NFS – Hépatite			

					B (antigène HBs)			
6^{ème} consultation	7 ^{ème} mois		MTR, écoulement anormal, fièvre, douleurs abdominales, SFU, MAF, CU.	TA - poids - HU - BDC	BU (glycosurie et protéinurie) - BS: Toxoplasmose si pas d'immunité acquise		Echographie à 32 SA	
7^{ème} consultation	8 ^{ème} mois		MTR, écoulement anormal, fièvre, douleurs abdominales, SFU, MAF, CU..	TA - poids - HU - BDC - recherche de la présentation fœtale	BU (glycosurie et protéinurie) - BS : Toxoplasmose si pas d'immunité acquise – 2 ^{nde} détermination de GS Rh phénotypé – RAI		Réalisation de la consultation pré-anesthésique - Prélèvement vaginal à la recherche du streptocoque B (entre 35 et 38 SA)	
8^{ème} consultation	9 ^{ème} mois	Etablir le pronostic obstétrical	MTR, écoulement anormal, fièvre, douleurs abdominales, SFU, MAF, CU.	TA - poids - HU - BDC - recherche de la présentation fœtale (échographie si doute)	BU (glycosurie et protéinurie) – BS : toxoplasme, bilan préopératoire (NFS, Plaquettes, TP, TCA)	Donner des informations pratiques (quand consulter, que faire le jour du terme, déroulement de l'accouchement etc.) -	Vérifier l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son enfant	



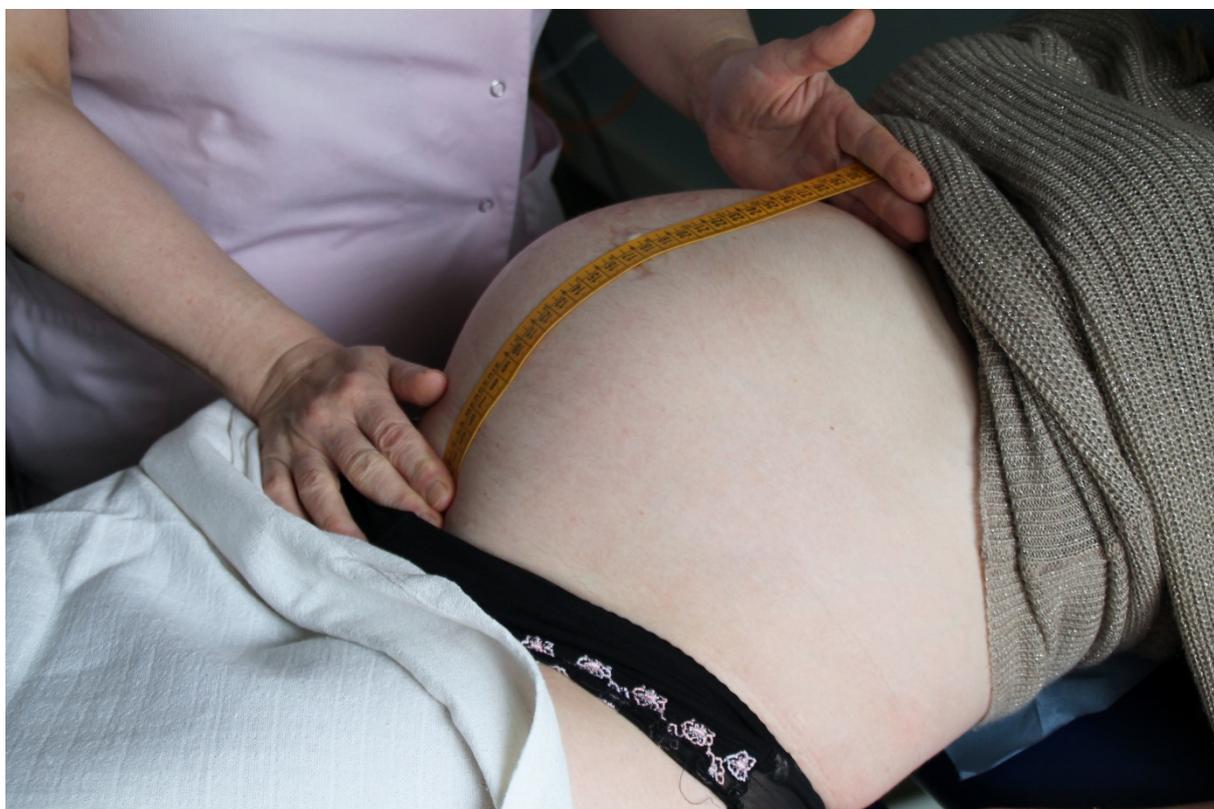
Prise du poids



Réalisation de la bandelette urinaire



Installation correcte de la patiente sur la table pour que l'examen soit réalisé dans de bonnes conditions (patiente détendue et relâchée).



Mesure de la hauteur utérine (cf. Protocole « Mesure de la hauteur utérine» page ...)



Prise de
la tension
artérielle



Vérification de la présentation fœtale

(cf. Protocole « Palpation du fœtus » [page ...](#))





Recherche
des bruits
du cœur
fœtaux

Examen périnéal :

A. Inspection de la vulve :

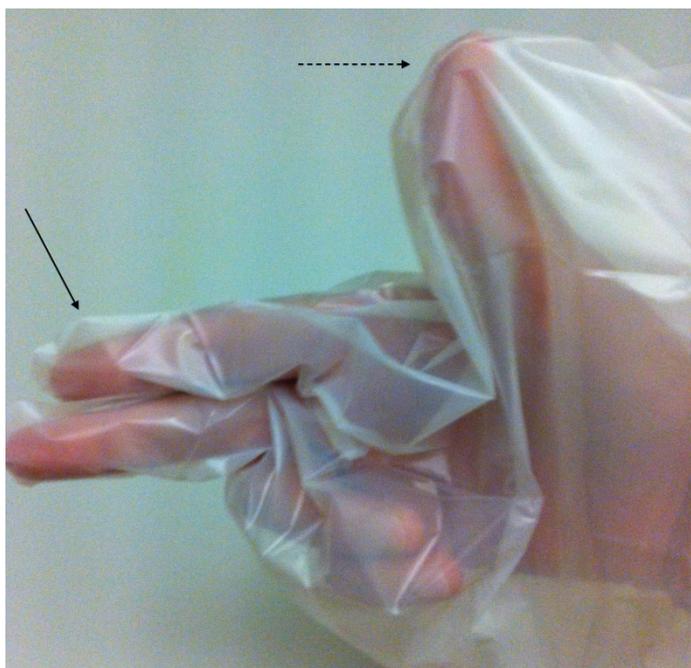
Doc protocole urologie 4.2.1 Inspection page 25 à 27



B. Pose du speculum :
examen non
systématique

Indications de la pose du speculum :

- Métrorragies : visualisation d'un ectropion, d'un col en travail, du placenta (si doute sur l'insertion du placenta, réalisation d'une échographie avant tout examen invasif !!) ...
- Perte de liquide : réalisation d'un amniocator® ou promtes®t si écoulement non franc
- Démangeaisons, pertes inhabituelles : réalisation d'un prélèvement vaginal



C. Toucher vaginal :

Il s'agit de l'introduction de deux doigts (index et médium) dans le vagin à l'aide d'un doigtier stérile à usage unique.

Flèche pleine : index et médium
perpendiculaire au vagin

Flèche en pointillé : pouce parallèle à la
vulve

Le toucher vaginal doit renseigner sur :

- La position du col : postérieur, centré, antérieur
- La consistance du col : tonique, intermédiaire, souple
- La longueur du col : long, mi-long, court, effacé
- L'ouverture du col : fermé, ouvert

Remarque : On parle de dilatation en doigt (1 doigt, 2 doigts, 2 doigts larges) lorsque le col a encore de la longueur.

Lorsque le col est en voie d'effacement, on parle alors de centimètre (de 1 à 10 cm).

ENC2 images x 3 page 106

- La hauteur de la présentation de la tête fœtale : haute, normalement haute, basse, engagée

ENC2 image page 107 + deux paragraphes au-dessus de l'image

- La mobilité de la tête fœtale : mobile, appliquée ou amorcée, fixée.

Remarque : La tête fœtale est dite mobile lorsqu'elle remonte lors du toucher vaginal.

Elle est dite appliquée ou amorcée lorsqu'il est encore possible de la refouler légèrement.

Elle est dite fixée lorsqu'il n'est plus possible de la refouler alors qu'elle n'est pas diagnostiquée comme engagée.

Remarque : si le col est très postérieur, demandez à la patiente de mettre les points sous son postérieur. Le col sera plus accessible et le toucher moins désagréable.

Vous pouvez mettre du gel stérile sur votre doigtier : votre toucher sera moins désagréable et vous examinerez avec plus de facilité votre patiente (n'oubliez pas de prévenir votre patiente que cela risque d'être froid !)

Indications du toucher vaginal :

- Lors de la consultation prénatale si suspicion de modifications du col (facteurs de risque de MAP, douleurs décrites par la patiente...)
- Suspicion de début de travail
- Evaluation du col en vue d'un déclenchement (cf. score de Bishop)

Score de Bishop

Paramètres	0	1	2	3
Dilatation du col	fermé	1-2	3-4	≥5
Effacement du col	Long 0 – 30%	Mi-long 40 – 50%	Court 60 – 70%	Effacé >80%
Consistance du col	Tonique	Intermédiaire	Mou	
Position du col	Postérieur	Centré	Antérieur	
Positionnement de la présentation fœtale par rapport aux épines sciatiques	Mobile (3cm au-dessus)	Amorcée (2cm au-dessus)	Fixée (<1cm au-dessus)	Engagée (1-2 cm au- dessous)

Score ≥ 7 : col favorable, déclenchement possible par perfusion d'ocytocine

Score < à 7 : col non favorable, maturation nécessaire par application cervicale de prostaglandines (Propess® ou gel de Prostine®)

ATCD : antécédents

BDC : bruits du cœur

BS : bilan sanguin

BU : bandelette urinaire

CU : contraction utérine

ECBU : examen cyto bactériologique des urines

FDR : facteur de risque

GS Rh : groupe sanguin rhésus

HU : hauteur utérine

MAF : mouvements actifs fœtaux

MAP : menace d'accouchement prématuré

MTR : métrorragies

RAI : recherche d'agglutinines irrégulières

SA : semaines d'aménorrhée

SFU : signes fonctionnels urinaires

TA : tension artérielle

TP : taux de prothrombine

TCA : temps de céphaline activé

ⁱ Confirmer la grossesse : interrogatoire – examen clinique – prescription β -hCG qualitatif en cas de doute.

ⁱⁱ Frottis cervical : si le précédent date de + de 2 ans.

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

^{iv} Glycémie à jeun : voir protocole diabète gestationnel [page ...](#)

^v RAI : si Rhésus D négatif à toutes les femmes, et si Rhésus D positif aux femmes avec un passé transfusionnel.

^{vi} Dépistage anomalies chromosomiques fœtales : dépistage combiné associant la mesure de la clarté nucale et le dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β -hCG libre) (voir protocole échographie obstétricale) Voir protocole « Echographie obstétricale » [page ...](#)

^{vii} Voir Test de Fagerström [page ...](#)

^{viii} Voir « Compléments nutritionnels » [page ...](#)

^{ix} Déclaration de grossesse : la réglementation actuelle impose que la déclaration de grossesse soit faite avant 15 SA révolues