

SOMMAIRE

Saignement en début de grossesse (<22 SA)	3
Saignement de la deuxième moitié de la grossesse (≥ 22 SA)	4
Fièvre pendant la grossesse (température $\geq 38^{\circ}\text{C}$)	5
Douleurs abdominales en début de grossesse (<22 SA)	6
Douleurs abdominales de la 2 ^{ème} moitié de la grossesse	7
Hauteur utérine excessive	8
Menace d'accouchement prématuré sans Rupture Prématurée des Membranes	9
Anémie au cours de la grossesse	10
Diabète et grossesse	11
Hypertension artérielle et grossesse	12
Syphilis au cours de la grossesse	13
Cardiopathie et grossesse	14
Grossesse et Absence de mouvements foetaux actifs (MFA)	15
Grossesse et les pertes vaginales	16
Fièvre après l'accouchement $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (Période de post-partum)	17
Conditions générales d'un transfert	18

Conditions Générales d'un transfert

1. Mise en condition

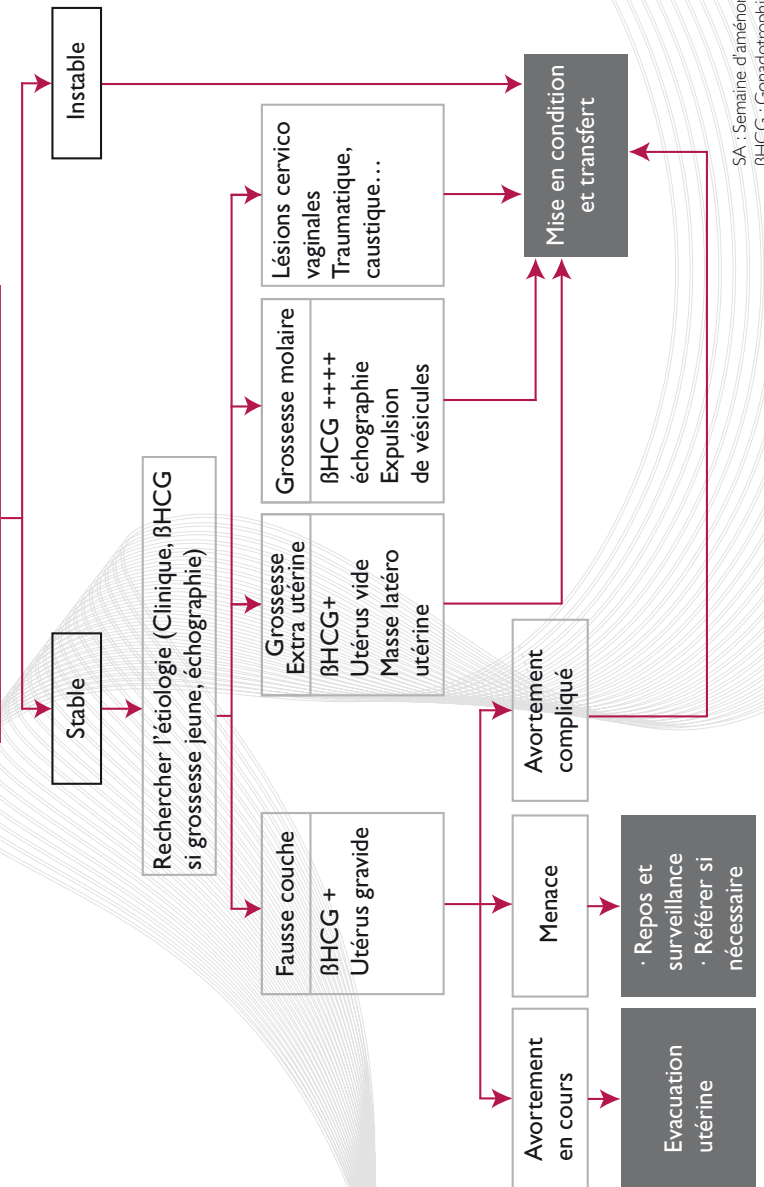
- Tenir la patiente au chaud (la couvrir);
- Mettre la patiente en décubitus latéral gauche;
- Libérer les voies aériennes et faciliter la respiration;
- Mettre une canule de Guedel en cas d'éclampsie;
- Administrer l'oxygène nasal 6 litres /minute;
- En cas d'arrêt respiratoire : Transfert avec une ventilation artificielle;
- Prendre une voie veineuse
 - Perfuser du sérum glucosé à 5% à 20 gouttes/ min;
 - En cas d'hémorragie prendre une deuxième voie veineuse et perfuser du sérum salé à 9 pour mille à passer rapidement;
- Placer une sonde vésicale pour surveiller la diurèse;
- Vérifier et noter le pouls et la tension artérielle toutes les 15 minutes.

2. Organisation du transfert

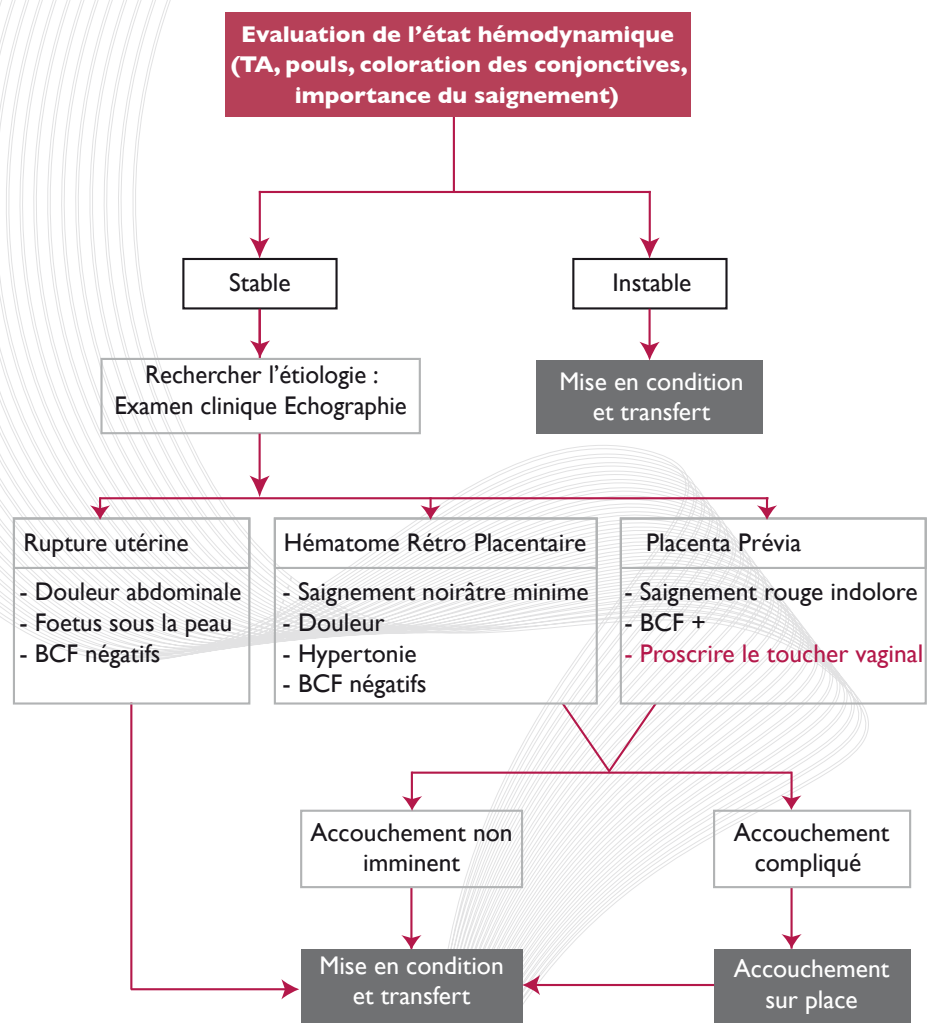
- Evacuer la patiente en urgence vers le service d'accueil;
- Accompagner obligatoirement par un personnel compétent;
- Informer le service d'accueil (téléphone);

Saignement en début de grossesse (<22 SA) (Éliminer une cause non gravidique)

Evaluation de l'état hémodynamique
(TA, pouls, coloration des conjonctives,
importance du saignement)



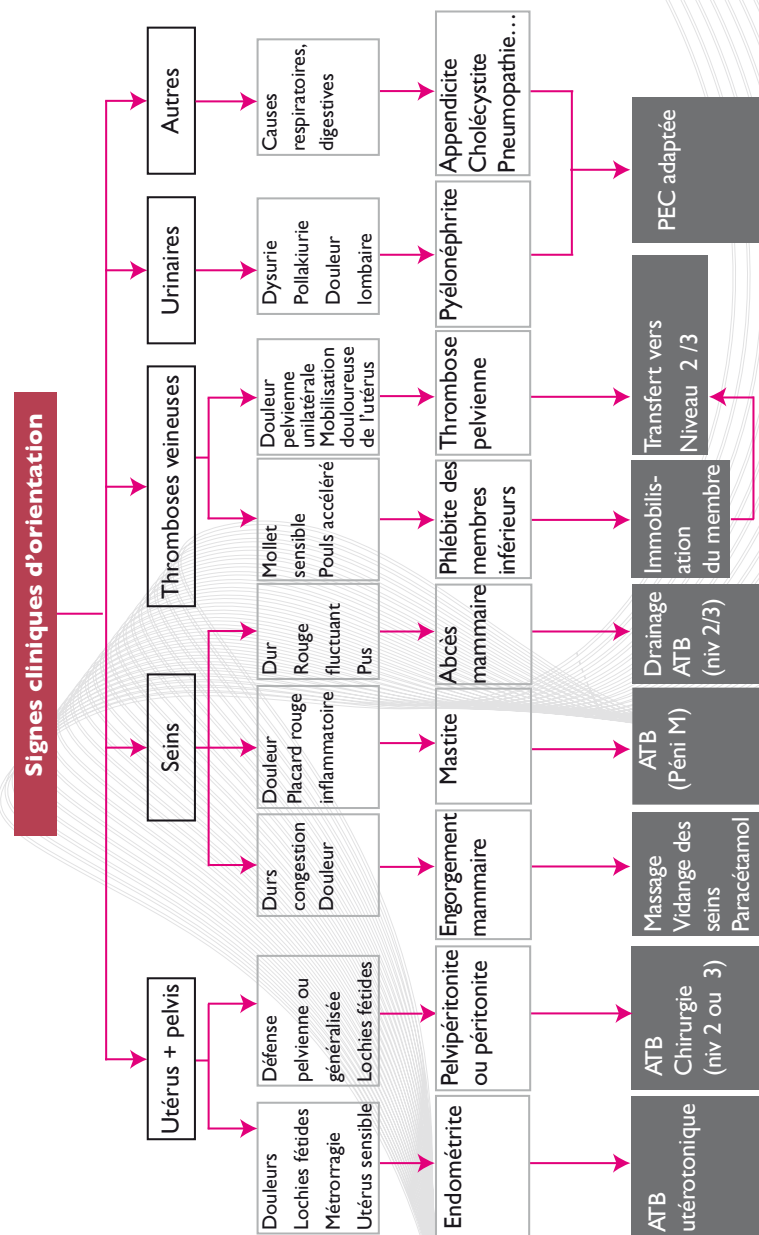
Saignement de la deuxième moitié de la grossesse (≥ 22 SA)



4

BCF : Bruit du cœur foetal

Fièvre après l'accouchement $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (Période de post-partum)



PEC : Prise en charge adaptée

17

Grossesse et les pertes vaginales

Fièvre pendant la grossesse (Température $\geq 38^{\circ}\text{C}$)

Age gestationnel supérieur à 20 semaines d'aménorrhée

INTERROGER, ÉTUDIER LE DOSSIER

Demander à la patiente :

- L'aspect des pertes et leur odeur
- Si elle a un prurit vulvaire
- Si son partenaire a un écoulement urétral ou des brûlures mictionnelles

RELEVER LES SIGNES CLINIQUES

- Rechercher des pertes vaginales spécifiques : couleur ; odeur.
- Examen au spéculum

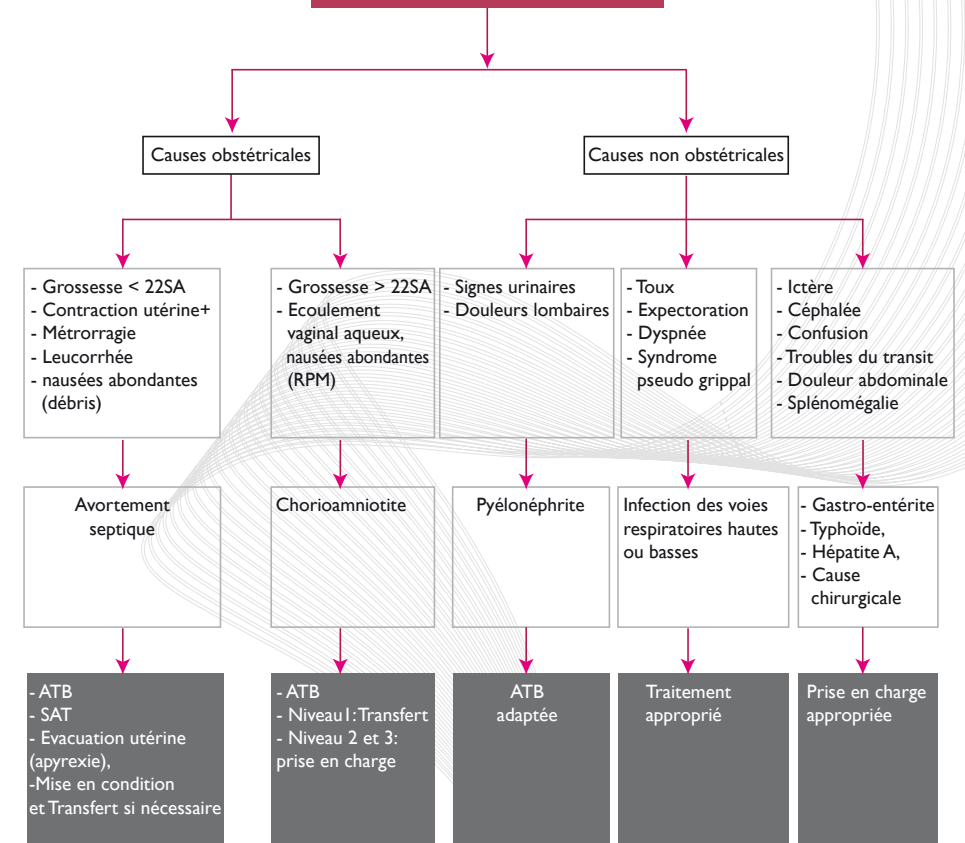
- Pertes vaginales anormales - Écoulement urétral ou brûlures à la miction chez le partenaire	- Leucorrhées blanchâtre ressemblant à du lait caillé - Démangeaisons intenses au niveau de la vulve	- Pertes vaginales verdâtres, spumeuses, aériques mal odorantes
--	---	---

POSER UN DIAGNOSTIC

GONORRHEE OU INFECTION A CHLAMYDIA	CANDIDOSE	TRICHOMONASE
- Administrer à la patiente les antibiotiques appropriés par voie orale (Cyclines contre indiquées pendant la grossesse) - Soigner le partenaire en lui administrant les antibiotiques appropriés par voie orale - Leur recommander d'utiliser systématiquement des préservatifs et leur expliquer comment s'en servir	- Administrer un antimycosique. - Recommander à la patiente d'utiliser systématiquement des préservatifs et lui expliquer comment s'en servir.	- Administrer du métronidazole par voie locale. - Recommander d'utiliser systématiquement des préservatifs et lui expliquer comment s'en servir. - Traiter le partenaire

16

Signes cliniques d'orientation



ATB : Antibiotique
SAT : Serum antitétanique
RPM : rupture prématurée des membranes

5

Douleurs abdominales en début de grossesse (<22 SA)

Grossesse et absence de mouvements foetaux actifs (MFA)

Age gestationnel supérieur à 20 semaines d'aménorrhée

INTERROGER, ÉTUDIER LE DOSSIER

Demander à la patiente si elle perçoit les MFA et lui demander à quand remontent les derniers MFA

INSPECTER, AUSCULTER ET PALPER

Ecouter les bruits du coeur foetal au-delà de cinq mois de grossesse.

RELEVER LES SIGNES CLINIQUES

Absence de mouvements foetaux
absence d'activité cardiaque au
moniteur ou à l'échographie
(si disponible)

BCF positifs

POSER UN DIAGNOSTIC

FOETUS PROBABLEMENT MORT

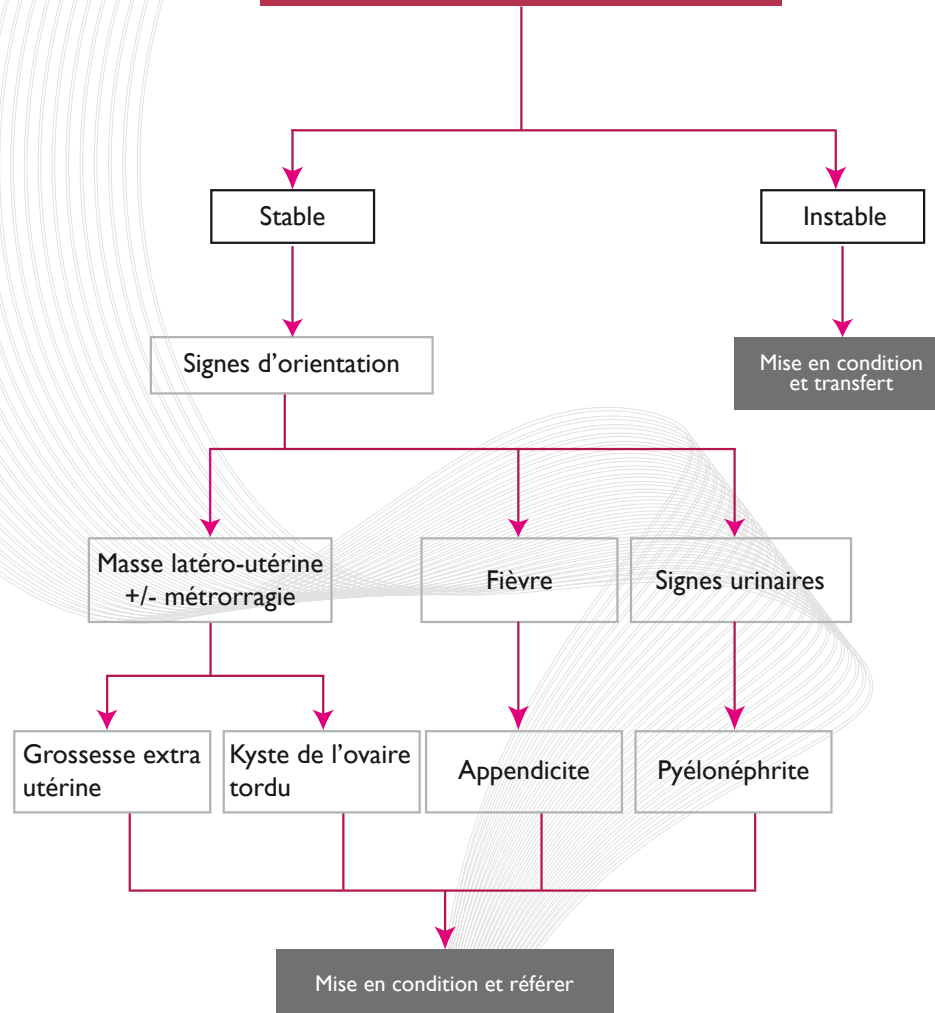
FOETUS A RISQUE

TRAITER ET CONSEILLER

- Informer la femme et sa famille qu'il se peut que le foetus soit mort
- Référez la patiente vers l'hôpital.

- Informer la femme et sa famille que le foetus est vivant mais que si le problème persiste il se peut qu'il soit en Souffrance Foetale Chronique (SFC) et
- donc nécessite un transfert à l'hôpital

Evaluation de l'état hémodynamique



Stade I et II

Stade III et IV

Consultation
cardioobstétricale

- Echec du traitement médical
- Retrecissement mitral
- Cardiopathie cyanogène

Signes fonctionnels
négatifs

Signes fonctionnels
positifs

Repos +++
Hospitalisation à
36 SA

Repos
Régime sans sel
Digitaliques, Hospitalisation à 32 SA

< 20 SA
Interruption
thérapeutique
de la grossesse

14

Evaluation de l'état hémodynamique

Instable

Mise en condition
et transfert

Stable

Signes d'orientation

- Fièvre
- Douleur
de la fausse
iliaque droite

- Troubles
urinaires
- +/- fièvre

- Fièvre
- Ecoulement
vaginal fétide

- Utérus
en sablier
- Métorragie
- BCF négatifs

- Contracture
utérine
- Métorragie
noirâtre

- Contracture
- Utérus en sablier
- Tension de l'utérus
- Souffrance fœtale

- Contraction utérine
- Modification cervicale

- Fièvre
- Douleur
de la fausse
iliaque droite

- Troubles
urinaires
- +/- fièvre

- Fièvre
- Ecoulement
vaginal fétide

- Utérus
en sablier
- Métorragie
- BCF négatifs

- Contracture
utérine
- Métorragie
noirâtre

- Contracture
- Utérus en sablier
- Tension de l'utérus
- Souffrance fœtale

- Contraction utérine
- Modification cervicale

> 37 SA

Entrée
en travail

Accouchement
Surveillance

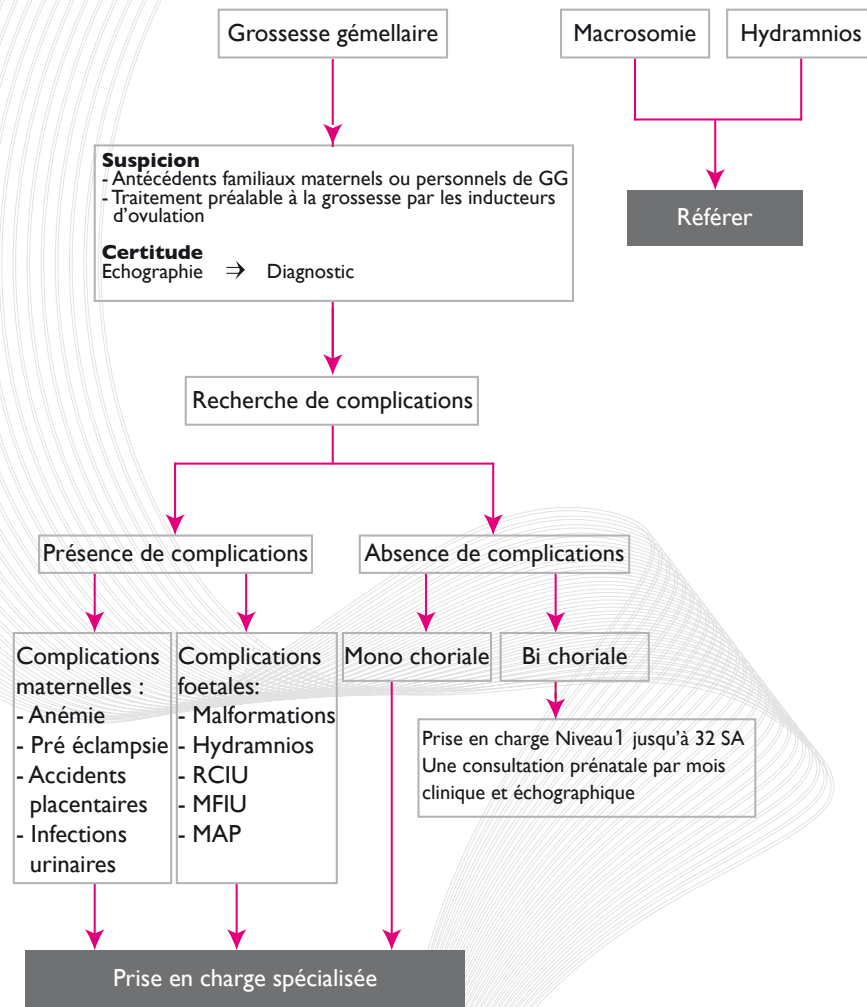
< 37 SA

Menace
d'accouchement
prématuré

Mise en condition et transfert

7

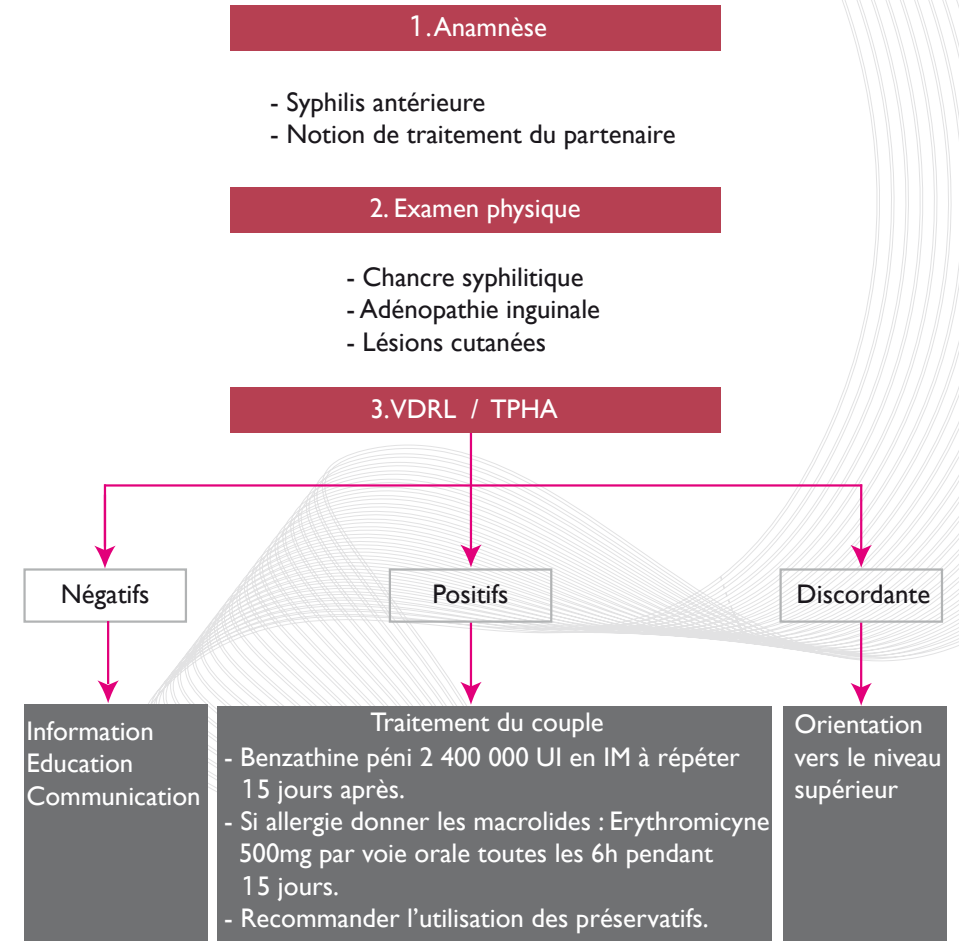
Hauteur utérine excessive



8

GG : Grossesse Gémellaire
RCIU : Retard de croissance intra uterine
MFIU : Mort fœtale en utero
MAP : Menace d'accouchement prématurée

Syphilis au cours de la grossesse



13

VDRL : Méthode à antigène non tréponémique (Venereal Disease Research Laboratory)
TPHA : Méthode à antigène tréponémique (Treponema Pallidum Haemagglutination Assay)

Hypertension artérielle et grossesse

La pré-éclampsie se définit par l'association

- d'une PAS > 140 mm Hg et/ou PAD > 90 mm Hg
- d'une protéinurie > 2 croix aux bandelettes ou > 300 mg/24 heures chez une femme enceinte de plus de 20 semaines d'aménorrhée

Signes de gravité de la pré-éclampsie :

- Céphalées sévères, vision floue
- Douleur épigastrique
- Réflexes ostéo-tendineux vifs
- PAS ≥ 160 mm Hg et/ou PAD ≥ 110 mm Hg
- Protéinurie ≥ 3 croix
- Atteintes viscérales : hépatiques, rénales, hémostasie

Forme	Diagnostic	Conduite à tenir
Pré-éclampsie légère	- 90 < PAD < 110 mm Hg - Absence de signes de gravité	- Alpha Méthyl Dopa: 500 mg per os 3 fois/jour - Bétaméthazone en IM (12 mg) pour accélérer la maturité foetale si grossesse < 34 à 36 SA - Référence de la patiente pour consultation spécialisée
Pré-éclampsie sévère	- PAS > 160 mmHg et/ou - PAD > 110 mmHg et/ou - Un ou plusieurs signes de gravité	- Décubitus Latéral Gauche - Voie veineuse périphérique avec sérum salé - Inhibiteurs calciques: Nifédipine 10 mg ou Nicardipine 1 à 6 mg/h en continue - Sulfate de Magnésium (cf. protocole) - Bétaméthazone en IM si grossesse < 34 à 36 SA - Transfert urgent de la patiente vers un niveau supérieur - Oxygénothérapie et sonde vésicale.
Eclampsie	Crise convulsive tonico-clonique généralisée	- Libération des voies aériennes supérieures - Sulfate de magnésium (cf. protocole) - Nicardipine: 0,5 mg en bolus IV suivi de 1 à 6 mg/h en perfusion - Transfert urgent de la patiente vers un niveau supérieur disposant d'une réanimation

- Dans tous les cas :
 - Ne jamais laisser la femme seule sans surveillance
 - Le transfert doit être organisé avec le niveau de référence
- Pour les formes sévères :
 - L'évacuation utérine est le traitement étiologique

PAS : Pression artérielle systolique
PAD : Pression artérielle diastolique

Menace d'accouchement prématuré sans Rupture Prématurée des Membranes

Signes d'appel infectieux

- Fièvre (voir algorithme fièvre pendant la grossesse)
- Signes urinaires
- Leucorrhées anormales

- Repos
- Bilan, échographie
- ATB adaptée
- Tocolyse si nécessaire
- Corticothérapie (en fonction du terme 30-34 SA)
- (Si niv 1 : Transfert in utéro)

Causes non infectieuses

- Surdistension utérine (GG, Hydramnios, ...)
- Charge physique
- Autres (Fibrome, masse pelvienne, ...)

- Repos
- Bilan, échographie
- Tocolyse si nécessaire
- Nifédipine dose de charge : 30 mg per os puis 20 mg 1 heure après si contractions utérines persistantes
- Corticothérapie : 2 inj de célestène 12 mg à 12 h d'intervalle (si niv 1 : Transfert in utéro en fonction du terme 30-34 SA)

NB : Si l'âge gestationnel est > à 35 SA pas de tocolyse
Si MAP + RPM référer Niv 2 ou 3

Anémie au cours de la grossesse

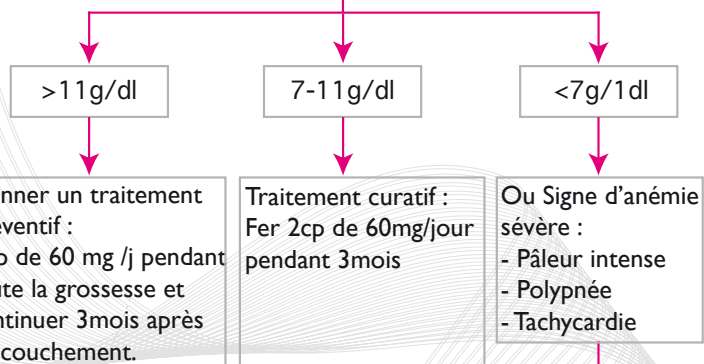
I. Anamnèse

- Antécédents d'hémorragie
- Géophagie
- Fatigue
- Essoufflement

2. Examen clinique

- Pâleur cutanéomuqueuse
- Conjonctives décolorées
- Tachycardie
- Dyspnée

3. Hémoglobininémie



Contrôle 4 à 6 semaines

Référer la femme

Anémie persiste

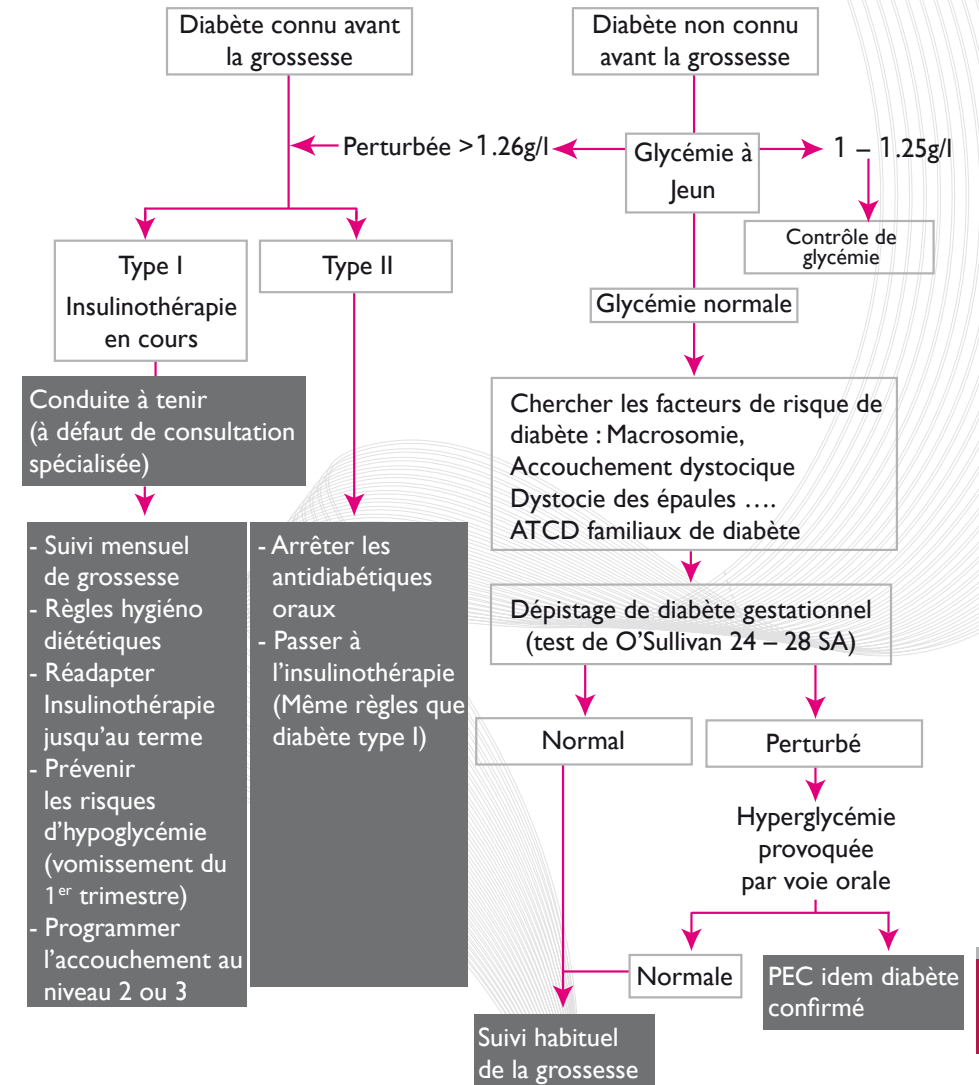
Anémie partiellement corrigée

Référer en consultation spécialisée

Continuer le traitement : 1 cp de 60 mg/j pendant toute la grossesse et continuer 3 mois après l'accouchement.

10

Diabète et grossesse



PEC : Prise en charge

11