



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 29

Pathologies endocriniennes et
gynécologiques

Principales complications de la
grossesse

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne se substitue pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Clarisse Pey à partir du cours de A.Provencier présenté le 08/04/2024.

Principales complications de la grossesse

I. Hémorragies génitales

a. 1^{er} trimestre

1) Définition

Une hémorragie génitale au cours du 1^{er} trimestre correspond à un saignement d'origine endo utérine (métrorragies), cervicale et vaginale.

2) Diagnostiques

Les 3 diagnostics sont une grossesse évolutive (exemple de grossesse gémellaire avec lyse d'un jumeau), une fausse couche et une grossesse extra-utérine. Il peut également y avoir une grossesse molaire (anomalie génétique) et une origine cervicale.

3) Urgences

L'hémorragie génitale représente le 1^{er} motif de consultation aux urgences gynécologiques (20 à 25% des grossesses c'est-à-dire 1 grossesse sur 4). Les 2 principales urgences sont la GEU rompue et la fausse couche hémorragique.

4) Interrogatoire

Lors de l'interrogatoire, nous demandons la date des dernières règles, les antécédents obstétricaux & chirurgicaux, les douleurs associées et l'abondance des saignements.

5) Clinique

Concernant l'examen clinique, il repose sur la prise des constantes, la palpation abdominale (car la GEU rompue entraîne un hémopéritoine), l'examen au spéculum pour déterminer l'origine des saignements et l'abondance, et nous pouvons éventuellement faire un TV.

6) Rappel des facteurs de risque de GEU

- IGH (=infection génitale haute)
- Tabac (perturbe fonctionnement des cils au niveau des trompes)
- Chirurgie abdo et tubaire (augmente risque d'adhérence au niveau des trompes et pathologies des trompes)
- Atteinte tubaire : endométriose, malformation utérine...
- Age supérieur à 35 ans
- Microprogestatif, DIU
- FIV (=fécondation in vitro)

7) Examens complémentaires

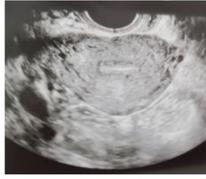
En ce qui concerne la biologie, les examens complémentaires à prescrire sont les béta hCG pour confirmer la grossesse, la NFS, les plaquettes (hémocue), un groupage RAI plus ou moins l'hémostase dans le cas où on envisage un geste chirurgical, et la créatinine + un bilan hépatique dans un contexte de pré administration de méthotrexate.

En ce qui concerne l'échographie, il est recommandé de commencer par la voie abdominale en premier (vérification si présence d'hémopéritoine) puis par voie endovaginale. Dans un premier temps, on fait un contrôle de l'épanchement intra abdominal qui s'observe au niveau de l'espace de Morisson inter hépatorénaux (entre le foie et les reins) et aussi au niveau du cul de sac de Douglas rétro utérin (derrière l'utérus).





Utérus coupe sagittale



Utérus coupe transversale

Puis on regarde l'utérus en contrôlant la vacuité utérine (cavité utérine vide), le sac gestationnel, la vésicule vitelline, l'embryon (éventuellement faire la mesure de la LCC), l'activité cardiaque du fœtus, s'il y a un hématome décidual ou encore une pathologie utérine (fibromes, polypes...). Et enfin, on observe les annexes c'est-à-dire les ovaires et les trompes (détection kyste ovarien, corps jaune et masse latéro utérine)

8) Couple bêta hCG & échographie + évolution

La visibilité du sac gestationnel est possible à partir de 1500 UI/L de BhCG. En effet, il est normal de ne rien voir apparaître dans l'utérus avant ce seuil. La vésicule vitelline correspond au premier stade de la grossesse évolutive et apparaît vers 5 SA. L'embryon avec l'activité cardiaque se manifeste environ autour de 7 SA avec une LCC (=longueur cranio caudale) supérieure à 7mm.

Les BhCG doivent doubler tous les 48h pour une grossesse évolutive et selon une évolution classique. En cas de chute des BhCG, cela fait évoquer une fausse couche. En revanche, si ça stagne, c'est le reflet d'une GEU.

Dès lors que l'échographie retrouve un sac gestationnel avec une vésicule vitelline, il n'est plus utile de poursuivre le dosage des bêta HCG.

9) Sac gestationnel intra utérin

La mesure du sac gestationnel se fait par la moyenne des 3 mesures orthogonales.

Sac gestationnel intra utérin sans embryon :

On appelle « œuf clair », le développement d'un sac gestationnel supérieur à 25mm mais sans embryon ni vésicule vitelline.

Sac gestationnel intra utérin avec embryon :

On fait la mesure de la LCC.

Si elle est inférieure à 7mm et sans activité cardiaque du fœtus, alors c'est une grossesse intra utérine d'évolutivité indéterminée.

Si elle est supérieure à 7mm et sans activité cardiaque du fœtus, alors c'est un diagnostic de grossesse arrêtée.

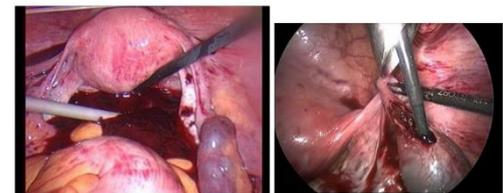
Sac gestationnel avec vésicule vitelline

→ grossesse intra utérine évolutivité indéterminée



10) Masse latéro utérine : GEU

Dans ce cas précis, la grossesse est très avancée (fœtus en développement dans la trompe) donc la prise en charge est uniquement chirurgicale.



11) Fausse couche spontanée

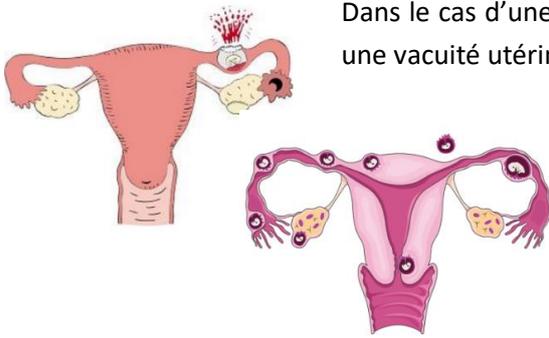
La fausse couche spontanée ou grossesse arrêtée repose sur la disparition de l'activité cardiaque, la présence d'une vacuité utérine après avoir vu un sac gestationnel intra utérin, et sur la diminution des bêta HCG. Il y a soit un embryon avec une LCC supérieure à 7mm mais sans activité cardiaque, soit un embryon avec une LCC inférieure à 7mm et une absence d'apparition d'activité cardiaque après un délai de 7 jours. Concernant le sac gestationnel, il est soit supérieur à 25mm sans embryon visible, soit inférieur à 25mm avec une vésicule vitelline mais sans apparition d'embryon avec une activité cardiaque après un délai de 7 jours.

La prise en charge diffère en fonction des cas. Si c'est spontané avec une vacuité utérine, alors il n'y aura pas de prise en charge car l'évacuation se fait de manière naturelle, comme des règles. Cependant, s'il persiste une rétention utérine, c'est-à-dire une rétention placentaire ou autrement dit grossesse arrêtée, cela nécessitera une prise en charge. Elle peut être de 2 types : chirurgicale avec un curetage endo-utérin, ou médicamenteuse à base de

mifépristone misoprostol (idem IVG = interruption volontaire de grossesse), provoquant des contractions utérines comme pour déclencher des règles.

Quel que soit le cas, il est important de contrôler ultérieurement la vacuité utérine par une échographie.

12) GEU



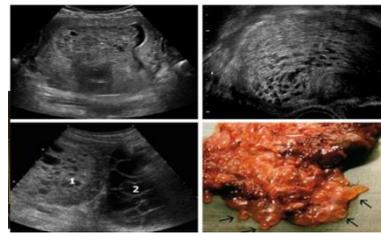
Dans le cas d'une grossesse extra utérine, les BhCG stagnent, il y a une masse latéro utérine, une vacuité utérine et un épanchement intra abdominal.

La prise en charge est soit médicamenteuse (grossesse pas trop avancée) à base de méthotrexate 1mg/kg, soit chirurgicale avec une coelioscopie pour salpingotomie et/ou salpingectomie (=ouverture/ablation de la trompe).

13) Grossesse molaire

Dans le cas d'une grossesse molaire, les symptômes sympathiques de grossesse sont exacerbés, soit il y a un embryon soit il n'y en a pas, les béta HCG sont très élevés et à l'échographie l'aspect ressort en tempête de neige ou « nid d'abeille ».

Il est très important de les identifier, les surveiller et les traiter car les moles sont des sortes de cancers et l'évolution possible est donc le choriocarcinome. Le traitement se fait par curetage avec anatomopathologie.

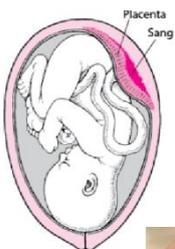


b. 2^{èmes} et 3^{èmes} trimestres

Une hémorragie génitale au cours des 2^{ème} et 3^{ème} trimestre correspond à 2 diagnostics d'urgence : soit l'hématome rétro placentaire soit le placenta prævia.

Il y a également d'autres diagnostics tels que l'hématome décidual marginal, l'hémorragie de Benckiser et la rupture utérine.

1) Hématome rétro placentaire



L'hématome rétro placentaire (HRP) désigne un décollement prématuré du placenta. Il apparaît dans un contexte de pré éclampsie (HTA + protéinurie) ou de rupture prématurée des membranes. C'est une urgence materno-fœtale car cela peut entraîner une hypoxie aigue chez le fœtus allant jusqu'à la MFIU (=mort fœtale in utéro); et chez la mère un trouble de la coagulation à type CIVD (=coagulation intravasculaire disséminée).



Le tableau clinique, bien que souvent incomplet, comporte des contractures utérines dites « ventre de bois », des métrorragies noirâtres peu abondantes et un trouble du rythme cardiaque fœtal (souvent bradycardie fœtale). Le traitement est chirurgical : c'est une césarienne à réaliser en urgence.

2) Placenta prævia

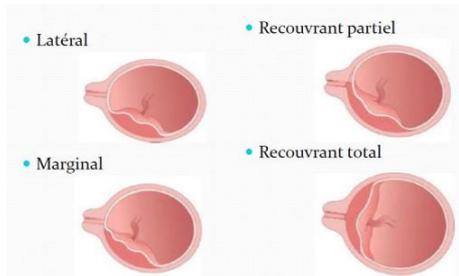
Le placenta prævia (trop bas) désigne une anomalie d'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus (proximité du col).

Les facteurs de risque sont des antécédents de placenta prævia, un âge avancé, le tabac, une cicatrice utérine, avoir eu un curetage, une multiparité, des grossesses multiples et des malformations utérines.

Lorsque la patiente est asymptomatique, la découverte se fait de manière fortuite à l'échographie. Tandis que le tableau clinique d'une patiente symptomatique correspond à des métrorragies avec sang rouge d'abondance variable et un utérus souple et les contractions utérines.

Le TV est formellement contre indiqué car il y a un risque de toucher le placenta en touchant le col.

Les différents types de placenta praevia :

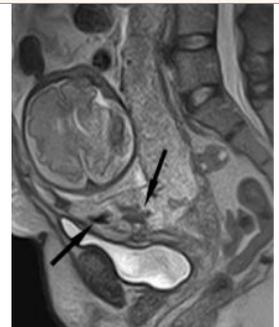


3) Placenta accréta

Le placenta accréta désigne une anomalie d'insertion placentaire avec invasion myométriale (trop dans l'utérus). Les facteurs de risque sont des antécédents de césarienne ou de geste invasif endo utérin (type curetage), et une FIV.

Le diagnostic est suspecté à l'échographie et confirmé à l'IRM. Il y a un non décollement du placenta à l'accouchement, ce qui augmente le risque hémorragique.

La prise en charge repose sur une césarienne et soit un traitement conservateur pour engager la nécrose placentaire soit une hystérectomie (=ablation de l'utérus) avec retrait du placenta également.



II. Hypertension artérielle gravidique et pré éclampsie

a. Hypertension artérielle gravidique



L'hypertension artérielle gravidique correspond à une PAS supérieure ou égale à 140mmHg et/ou une PAD supérieure ou égale à 90mmHg isolée après 20 SA. C'est une pathologie à ne pas négliger car elle altère le fonctionnement du placenta.

La prise en charge se fait par un traitement de l'HTA (LOXEN, TRANDATE...) avec un objectif de tension inférieure ou égale à 160/100, une surveillance de l'équilibre tensionnelle plusieurs fois par jour, une surveillance de l'absence d'apparition de prééclampsie (protéinurie et bilan biologique régulier), ainsi qu'une surveillance fœtale avec échographie de croissance mensuelle (car risque de petit bébé) et mesure doppler.

Il n'y a pas de nécessité de déclenchement si la tension artérielle est bien équilibrée et en l'absence de signes de prééclampsie et de retentissement fœtal.

C'est une maladie qui peut être secondaire à une dysfonction placentaire. Concernant le retentissement fœtal, il y a un défaut d'apport des substances nécessaires à sa croissance et une diminution de son oxygénation (RCI, HRP...).

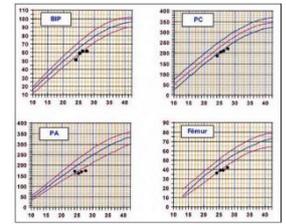
b. Pré éclampsie

La prééclampsie correspond à une hypertension artérielle gravidique supérieure à 140/90mm Hg associée à une protéinurie supérieure à 0,3g/24h et isolée après 20 SA.

C'est une pathologie secondaire à une dysfonction placentaire et qui peut prédominer soit chez le fœtus soit chez la mère.

1) Retentissement fœtal

Il peut y avoir un défaut d'apport des substances nécessaires à la croissance du fœtus et une diminution de son oxygénation, ce qui entraîne un RCIU (=retard de croissance intra utérin) et un HRP (=hématome rétro placentaire).



2) Retentissement maternel

Le retentissement maternel est lourd. La patiente peut faire une éclampsie, qui désigne une crise convulsive tonico clonique dans un contexte de pathologie hypertensive de la grossesse (<1% des pré éclampsies). Elle peut également faire un HELLP (Hémolyse Elévation Liver Low Plaquettes) syndrome, c'est-à-dire une perturbation du bilan biologique avec hémolyse, cytolysé hépatique et thrombopénie. Enfin, la mère peut être sujette à un OAP, une insuffisance rénale aiguë, un trouble de la coagulation à type CIVD ou encore un hématome sous capsulaire du foie.

3) Facteurs de risque

Les facteurs de risque sont des antécédents personnels de pré éclampsie ou d'HTA gravidique, la primiparité (premier bébé), l'âge maternel avancé, l'HTA chronique, l'HTA gravidique, les néphropathies, les maladies auto immunes, la thrombophilie ou encore une grossesse multiple.

4) Principes de prise en charge

Concernant la prise en charge, l'arrêt de la grossesse est le seul traitement étiologique. Etant donné que l'évolution est imprévisible, on surveille les patientes en hospitalisation avec l'administration d'un traitement anti-hypertenseur, d'une corticothérapie anténatale (maturation pulmonaire) et de sulfate de magnésium (prévention de l'éclampsie chez la mère car agit sur les signes neurologiques et amélioration de la maturation du cerveau du bébé). Une décision d'extraction fœtale est prise après mesure de la balance bénéfique risque maternelle et fœtale.

Pour la prévention de la pré éclampsie, on peut proposer de l'aspirine 100mg pour la grossesse suivante avant 16 SA jusqu'à 36 SA car cela améliore les échanges entre la mère et le fœtus.

III. Menace d'accouchement prématuré

a. Définition

La menace d'accouchement prématuré (MAP) associe des contractions utérines régulières & douloureuse avec des modifications cervicales et survient entre 22 SA et 36+6 SA.

C'est la 1^{ère} cause d'hospitalisation pendant la grossesse.

b. Facteurs de risque

Un âge inférieur à 18 ans ou supérieur à 35 ans, la consommation de tabac et de toxiques, la précarité, les grossesses rapprochées, les métrorragies, les trauma abdominaux ou encore les troubles psychologiques.

c. Causes

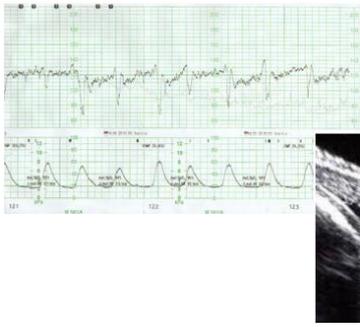
1) Causes infectieuses

Cela peut être dû à des infections urinaires, vaginales ou intra utérine (chorioamniotite). Attention à ne pas confondre, toute fièvre peut entraîner des contractions utérines.

2) Causes obstétricales

Cela peut être également dû à des antécédents d'accouchement prématuré, une incompétence cervicale, des grossesses multiples, un hydramnios ou encore une macrosomie fœtale (poids bébé supérieur à 4kg).

d. Bilan initial



Concernant les bilans, on registre le rythme cardiaque fœtal, on réalise un toucher vaginal, on fait la mesure échographique du col utérin (par voie vaginale en coupe sagittale, il est inférieur à 25mm), on prélève une biologie sanguine (NFS, plaquettes, CRP...) pour rechercher une cause infectieuse, puis enfin on fait un prélèvement vaginal et un ECBU.

e. Prise en charge

La prise en charge repose sur une corticothérapie anténatale (pour maturation pulmonaire) si naissance au-delà de 34 SA et sur l'administration de sulfate de magnésium à visée de neuroprotection fœtale si naissance au-delà de 32 SA.

Une tocolyse (blocage des contractions) peut être réalisée à base de nifédipine ou d'Atosiban, s'il n'y a pas de signes d'infection. De plus, un transfert en maternité avec un niveau adapté peut être envisagé.

IV. Rupture prématurée des membranes

La rupture prématurée des membranes correspond à la rupture de la poche des eaux avant 37 SA. Elle augmente le risque de chorioamniotite, c'est à dire d'infection intra utérine car la poche des eaux représente une véritable barrière à différents germes. Il y a aussi un risque d'hypoplasie pulmonaire fœtale si grande précocité (<20 SA) qui entraîne des difficultés respiratoires chez le bébé à la naissance.



Cependant, le risque principal reste l'accouchement prématuré. En effet, dans la majorité des cas les femmes accouchent dans les 7 jours qui suivent la rupture.

La prise en charge est la même que pour la MAP, avec en plus une antibiothérapie car les antibiotiques sont introduits sur toutes ruptures jusqu'à éliminer les infections intra utérines.

V. Imagerie et grossesse

Tous les examens sont possibles s'ils sont nécessaires pour la bonne prise en charge de la mère.

L'IRM avec gadolinium est un examen non irradiant sans effet tératogène.

Le scanner avec ou sans injection est possible à tout terme, évite de mettre l'utérus dans le champ d'irradiation, a une dose largement inférieure à 100mGy (dose seuil admise internationalement en cours de grossesse) et ne nécessite pas de surveillance de la thyroïde fœtale.

La radio thoracique est également possible avec une protection sur le ventre (tablier) pour limiter l'irradiation.