

Soins Prénatals et Postnatals

Guide pour les Professionnels de Santé

Soins Prénatals et Postnatals

Guide pour les Professionnels
de Santé

Publié Par



Auteurs: Mary McCauley, Nynke van den Broek
Contributeurs: Helen Allott, Olivia Hill, Hannah McCauley

Publié par:

The Centre for Maternal and Newborn Health,
Liverpool School of Tropical Medicine
Pembroke Place, Liverpool, L3 5QA
United Kingdom

ISBN: 978-1-9998560-2-1

Copyright © 2018 The Centre for Maternal and Newborn Health, The Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool, L3 5QA, United Kingdom.

Site Internet: <http://cmnh.lstmed.ac.uk/> Email: cmnh@lstmed.ac.uk

Tous droits réservés. Aucune partie de la publication ne peut être reproduite, stockée ou introduite dans un système de recherche de données ou transmise, sous aucune forme et via n'importe quel moyen (électronique, mécanique, par photocopie ou autre), sans l'autorisation du Centre for Maternal and Newborn Health, The Liverpool School of Tropical Medicine

Printed and bound by: CPI Anthony Rowe, Chippenham, SN14 6LH, UK

Cover photographs ©Photoshare



Sommaire

Introduction	ix
Chapitre 1 : La qualité des soins prénatals et postnatals	1
La qualité des soins	1
Soins de maternité respectueux	2
La santé et les droits sexuels et reproductifs	4
Les compétences en communication	5
Consentement éclairé	6
Implication de l'homme et soutien.....	7
Chapitre 2 : Organisation des soins prénatals et postnatals.....	8
Modèles des soins prénatals et postnatals.....	8
Préparation du centre de santé pour les visites prénatales et postnatales.....	10
Le contrôle et la prévention des infections	13
Engagement de la communauté dans les soins prénatals et postnatals.....	17
Chapitre 3 : Soins prénatals : première visite.....	19
Première consultation prénatale	20
Recherche des antécédents obstétricaux.....	22
Recherche des antécédents médicaux	23
Examen clinique	24
Examens de laboratoire	25
Prévention et prise en charge des problèmes courants liés à la grossesse.....	27
Chapitre 4 : Soins prénatals : consultations suivantes	30
Calendrier des visites prénatales.....	30
Évaluation du bien-être fœtal.....	33
Information et éducation sanitaire.....	35
Chapitre 5 : Malaises courants pendant la grossesse	37
Les brûlures d'estomac	37
Nausées et vomissements	38
La constipation	39
Les hémorroïdes.....	39
Douleurs musculo-squelettiques et lombaires.....	39
Dysfonctionnement de la symphyse pubienne (DSP).....	40
Varices.....	42
Crampes dans les jambes.....	42
Œdème	42

Syndrome du canal carpien.....	43
Prurit pendant la grossesse.....	43
Mictions fréquentes.....	44
Chapitre 6 : Troubles médicaux pendant la grossesse.....	45
Hyperémèse gravidique	45
Hypertension pendant la grossesse	46
Diabète	47
Maladies thyroïdiennes pendant la grossesse.....	50
Asthme	51
Maladie thrombotique veineuse	53
Maladies cardiaques et grossesse.....	55
Épilepsie	57
Anémie pendant la grossesse	58
Drépanocytose	61
Chapitre 7 : Infections pendant la grossesse.....	63
Sepsis durant la grossesse.....	63
Infection urinaire.....	67
Fièvre typhoïde	69
Chorioamniotite	71
Hépatite.....	72
Infections sexuellement transmissibles	74
Fièvres hémorragiques.....	80
Chapitre 8 : VIH, TB et paludisme pendant la grossesse.....	83
Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	83
Tuberculose.....	86
Paludisme	91
Chapitre 9 : Complications obstétricales.....	95
Troubles hypertensifs de la grossesse	95
Cholestase gravidique	99
Hémorragie ante-partum	100
Placenta praevia.....	101
Décollement placentaire.....	102
Anomalie de la croissance et bien-être fœtal.....	104
Gros utérus.....	104
Petit poids pour l'âge gestationnel (PAG).....	105
Retard de croissance intra-utérin	106

Rupture prématurée des membranes (RPM)	107
Rupture prématurée des membranes avant terme (RPMAT)	108
Travail Prématuré.....	110
Présentation anormale	111
Présentation transverse, oblique et instable.....	112
Grossesses multiples	115
Déclenchement du travail.....	116
Chapitre 10 : Soins postnatals pour la mère et le nouveau-né : première visite.....	119
Soins postnatals	119
Examens	121
Soins spécifiques pour la femme après une césarienne.....	127
Soins du nouveau-né.....	129
Évaluation et examen clinique du nouveau-né	130
Décès périnatal	133
Signes de danger chez la mère et le nouveau-né	135
Chapitre 11 : Soins postnatals pour la mère et le bébé : visites ultérieures	137
Examen clinique	137
Examen physique	137
Dépistage de mauvaise santé psychologique	139
Soutenir l’allaitement	139
Contraception	141
Évaluation clinique du bébé.....	143
Évaluation du poids.....	143
VIH, TB et syphilis après l’accouchement	143
Problèmes d’allaitement.....	145
Dépistage d’autres maladies dans la période postnatale.....	147
Chapitre 12 : Complications obstétricales chez la mère, après l’accouchement	149
Dans ce chapitre, vous trouverez des informations concernant :.....	149
Hémorragie du postpartum	149
Sepsis Postnatal.....	152
Pré-éclampsie et éclampsie	154
Incontinence urinaire et fécale	156
Chapitre 13 : Complications chez le nouveau-né.....	157
Examen du nouveau-né	157
Détresse respiratoire du nouveau-né	158
Infection néonatale	159

Soins Prénatals et Postnatals – Guide pour les Professionnels de Santé

Ictère néonatal	164
Hypoglycémie néonatale	165
Malformations congénitales	168
Naissance avant le terme et faible poids à la naissance.....	171
Hypothermie	173
Méthode « mère kangourou » (MMK).....	174
Chapitre 14 : Santé psychosociale pendant et après la grossesse	176
Introduction	176
Psychose puerpérale	180
Violence domestique	181
Consultation après incidents indésirables graves.....	183
Lectures complémentaires	185
Annexes	189
Annexe 1 : Aménagement suggéré pour une clinique anténatale et postnatale.....	190
Annexe 2 : Technique de lavage des mains	191
Annexe 3 : Échographie obstétricale pendant et après la grossesse	192
Annexe 4 : Questionnaire de Whooley pour dépister la dépression.....	193
Annexe 5 : Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg	194
Annexe 6 : Outil de dépistage de la violence domestique.....	196
Annexe 7 : Principaux médicaments et vaccins pendant la grossesse, après la grossesse et pour le nouveau-né	197
Annexe 8 : Liste des réviseurs.....	203

Introduction

La mortalité maternelle et périnatale reste à un niveau inacceptable dans les milieux à faible ou moyen revenu. Environ 303 000 femmes meurent chaque année en raison de complications liées à la grossesse, l'accouchement et à la période postnatale. De plus, sur les 2,7 millions de décès de nouveau-nés, les trois quarts se produisent durant la première semaine de vie, à quoi s'ajoutent les 2,6 millions de mortinaissances. Les décès néonataux représentent presque la moitié des décès chez les enfants âgés de moins de 5 ans. Bon nombre de ces décès auraient pu être évités si des soins de santé de bonne qualité avaient été accessibles.

L'impact de la morbidité associée à la grossesse reste largement méconnu mais est probablement important. Pour chaque décès maternelle, environ 20 à 30 femmes sont soignées pour une affection connue. Des études préliminaires montrent que lors de la grossesse et de la période post-partum, trois femmes sur quatre présentent des symptômes cliniques, des anomalies à l'examen clinique et/ou aux analyses de laboratoire, une femme sur deux fait de l'anémie, une femme sur trois a des problèmes sociaux et une femme sur quatre a des problèmes de santé mentale.¹

L'assistance d'un personnel qualifié à la naissance a augmenté dans le monde de 56% en 1990 à 74% en 2015.² L'efficacité des interventions menées pendant l'accouchement et immédiatement après est cruciale pour réduire la mortalité maternelle, la mortinatalité et la mortalité néonatale.³ Il est également important de s'assurer que les femmes reçoivent les soins adéquats pendant et après la grossesse.

L'Objectif de Développement Durable (ODD) des Nations Unies pour la santé est « d'assurer une vie saine et de promouvoir le bien-être pour tous, à tous les âges ». ⁴ De même, la Stratégie Mondiale pour la Santé de la Femme, du Nouveau-né et de l'Enfant met l'accent sur le fait que toutes les femmes ont droit au meilleur standard possible en matière de santé et de bien-être ; incluant les aspects physiques, mentaux et sociaux.⁵

Sur les 50 interventions indispensables à la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile pour lesquelles des preuves d'efficacité existent et qui sont susceptibles d'avoir un impact significatif sur la survie maternelle, néonatale et infantile, plus de la moitié devraient être mises en œuvre dans le cadre d'un continuum de soins pendant et après la grossesse.⁴ Il est important de

¹ Étude menée en 2015 par CMNH sur 11,454 femmes au Kenya, au Malawi, au Pakistan et en Inde.

² Organisation Mondiale de la Santé. Statistiques sanitaires mondiales 2016 : Surveillance sanitaire pour les Objectifs de Développement Durable (ODD). Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2016a.

³ Grady K, van den Broek N, Kongnyuy E, Ameh CA. Guide du participant : Soins d'urgence : soins obstétricaux et néonataux essentiels. Londres : RCOG Press ; 2007.

⁴ Nations Unies. Objectifs de développement durable : Objectif 3 : Assurer une vie saine et promouvoir le bien-être pour tous, à tout âge. New York : Nations Unies ; 2017 ; Disponible sur : <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>

⁵ Maternelle, Néonatale et Infantile : Une revue globale des Interventions Clés liées à la Santé Génésique, Maternelle, Néonatale et Infantile (SGMNI). Genève, Suisse PSMNI ; 2011.

Soins Prénatals et Postnatals – Guide pour les Professionnels de Santé

s'assurer que les soins prénatals et postnatals sont intégrés, c'est à dire incluent le dépistage et la prise en charge du paludisme, du VIH/du SIDA et de la tuberculose, ainsi que les soins obstétricaux de routine. De plus, il est important que les soins soient individualisés, c'est-à-dire qu'ils satisfassent aux besoins vitaux spécifiques identifiés de chaque mère et de son bébé.

Globalement, 83% des femmes viennent recevoir des soins prénatals au moins une fois pendant leur grossesse et 64% en reçoivent quatre fois ou plus.⁶ En réalité, dans de nombreux cas, c'est une série d'opportunités manquées. Dans le monde, seulement 48% des femmes et des bébés reçoivent des soins postnatals.²

Des soins adéquats dispensés pendant et après la grossesse sont importants pour la santé de la mère et du bébé. Au cours des soins prénatals, il est possible de prévenir et/ou d'identifier et de prendre en charge des pathologies qui peuvent causer des complications à l'accouchement, la mortalité maternelle, la mortinatalité et la mortalité néonatale. Les soins prénatals relient la femme et sa famille au système formel de santé, ce qui peut potentiellement améliorer la santé de la mère et du bébé à naître pendant la grossesse, augmenter les chances de la mère de recevoir une assistance qualifiée pendant l'accouchement, des soins essentiels au nouveau-né et un suivi post partum.

Les soins et le soutien dispensés pendant la période qui suit l'accouchement sont cruciaux non seulement pour la survie mais également pour la santé physique et psychologique future et le développement de la mère et de son bébé, en particulier en favorisant l'attachement. Un défi majeur de la période post-accouchement est d'apporter le soutien nécessaire vis-à-vis de la planification familiale et de remédier aux besoins très souvent non satisfaits de contraception, et cette question doit être abordée durant la grossesse.

Ce document démontre comment organiser les soins prénatals et postnatals de manière à ce qu'ils répondent efficacement aux besoins des mères et de leurs futurs bébés. Il fournit également aux professionnels de santé des informations concernant le diagnostic et la prise en charge des maladies fréquentes chez la mère et son bébé pendant et après la grossesse. Les aspects relatifs à la santé mentale et sociale et la nécessité d'établir un soutien ont également été abordés.

Le guide est destiné aux professionnels de santé qui exercent dans des pays à revenu faible et intermédiaire, dans des conditions parfois difficiles, qui luttent pour pouvoir assurer des soins de bonne qualité. Nous les félicitons et espérons que ce guide leur sera utile.

Dr Mary McCauley

Professor Nynke van den Broek

Centre de Santé Maternelle et Néonatale
École de Médecine Tropicale de Liverpool
Royaume-Uni

⁶ Organisation Mondiale de la Santé. Statistiques sanitaires mondiales 2015. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2015. Disponible sur http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/

Chapitre 1 : La qualité des soins prénatals et postnatals

Dans ce chapitre, vous trouverez des informations concernant :

- La qualité des soins : ce que sont les soins et comment les prodiguer
- Des soins maternels respectueux : ce que signifie le respect dans les soins de maternité
- L'approche de la santé basée sur les droits
- Les aptitudes à communiquer
- Comment et quand demander un consentement éclairé
- L'importance de l'implication du père et du compagnon

La qualité des soins

De grands progrès ont été réalisés en matière de couverture sanitaire de la mère et du nouveau-né dans le monde, durant les deux dernières décennies. Toutefois, de nouvelles améliorations en matière de santé maternelle et néonatale dépendront de la capacité des dirigeants des services de santé à s'occuper de l'écart entre les soins disponibles et les soins nécessaires. Pour que l'état de santé des mères et des bébés puissent s'améliorer, il est crucial de prioriser l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements sanitaires, une composante essentielle à l'intensification des interventions dont l'efficacité est basée sur des preuves.

Il existe plusieurs définitions de la qualité des soins ; toutes sont importantes du point de vue des soins prénatals et postnatals.

Définition de la qualité des soins

- La qualité des soins est définie comme le niveau auquel les services de santé dispensés aux individus et aux populations améliorent les effets sanitaires voulus. Pour réussir cela, les soins de santé se doivent d'être sûrs, efficaces, opportuns, efficaces, équitables et axés sur les personnes.
- La qualité des soins est le niveau auquel les services de soins maternels pour les individus et les populations augmentent la probabilité d'un traitement approprié et en temps voulu, dans le but d'obtenir des résultats à la fois cohérents avec les connaissances actuelles et qui respectent les droits fondamentaux à la santé de la reproduction.
- La qualité des soins médicaux est un indice du niveau d'une civilisation.

Un travail d'équipe multidisciplinaire entre les sages-femmes, les infirmiers/ères et les médecins est crucial pour assurer une bonne qualité de soins basés sur les preuves. Parfois, les professionnels de santé peuvent prodiguer des soins dont l'efficacité n'a pas été confirmée (non basés sur des preuves) simplement « parce qu'on a toujours fait comme ça ». Par conséquent, il est important que tous les professionnels de santé soient bien informés et maintiennent leurs connaissances à jour vis-à-vis des soins basés sur des preuves et bénéfiques pour la mère et le nouveau-né ; Contrairement aux soins qui peuvent être préjudiciables pour lesquels aucun bénéfice n'est prouvé.

Composantes de la bonne qualité des soins

- Les soins prodigués sont en phase avec les preuves actuellement disponibles (médecine fondée sur les faits).
- Des soins qui soutiennent, sont sensibles et attentifs aux valeurs et au contexte de la culture de chaque femme.
- Chaque femme est accueillie et appelée par son nom.
- Une attention spéciale est portée aux besoins et aux souhaits particuliers de chaque femme.
- Les besoins physiques, sociaux et mentaux de chaque femme sont pris en compte.
- Chaque femme est traitée avec compassion, gentillesse et patience.
- L'information est communiquée dans un langage simple et les femmes sont actives dans la prise de décision sur les soins qu'elles reçoivent. Intimité et confidentialité sont respectées à tout moment.
- Les femmes peuvent poser des questions et recevoir des conseils à propos de leurs inquiétudes.
- Si la femme le permet, une personne de son choix pourra être consultée, impliquée et tenue informée des décisions, des interventions et des besoins la concernant.
- Il est donné à la mère la possibilité de rester avec son enfant à tout moment, à partir de sa naissance, pendant le séjour à la maternité et pendant les consultations dans un établissement de santé.

Soins de maternité respectueux

Les soins de maternité respectueux constituent une part essentielle dans l'amélioration de la qualité des soins. Cela inclut des soins centrés sur la femme, qui valorisent, soutiennent, sont basés sur des preuves, permettent une communication ouverte et une vraie expression de confiance et d'engagement entre la femme et le professionnel de santé qui s'en occupe. Des soins maternels respectueux soulignent que les femmes ont le droit de recevoir des soins de la meilleure qualité possible, qui répondent à leurs besoins physiques, psychologiques et sociaux. Traiter les femmes avec dignité et respect signifie que le professionnel de santé adopte une attitude bienveillante, est à l'écoute, respecte leurs souhaits et fait preuve d'empathie.

- **Respect** : Cela peut être de la sympathie ou de l'estime pour une personne, le respect envers ses connaissances, son jugement ou pour le travail qu'elle fournit. Le professionnel de santé peut montrer son respect en se présentant et en s'adressant à la femme par son nom.
- **Empathie** : Faire preuve d'empathie à l'égard de quelqu'un signifie comprendre sa situation, imaginer comment on se sentirait dans une situation similaire, et partager ses sentiments. Le professionnel de santé peut faire preuve d'empathie en écoutant la femme de façon active et en comprenant les inquiétudes qu'elle a vis-à-vis de sa santé. Compatir n'est pas la même chose : cela veut dire faire preuve de compassion ou avoir de la peine face aux problèmes ou aux difficultés d'autrui.
- **Dignité** : Traiter avec dignité signifie avoir de l'estime pour la femme et lui prodiguer des soins de manière à la soutenir et à l'encourager et non pas à saper sa confiance en elle, malgré toutes les différences qui peuvent apparaître. Le professionnel de santé peut faire preuve de dignité en assurant le respect de l'intimité et de la confidentialité à chaque instant.

Afin de garantir le respect dans les soins de maternité, le professionnel de santé doit avoir une attitude, des convictions et des valeurs appropriées. Une attitude est la façon d'évaluer une personne, un endroit, une chose ou un événement ; une attitude peut être positive ou négative. Une conviction est une idée profondément ancrée et qui de ce fait peut provoquer en nous des réactions automatiques. Les prenant pour des vérités, les personnes mettent rarement leurs convictions en question. Nos convictions façonnent nos attitudes et nos valeurs. Nous pouvons ne pas toujours en être conscients, à moins que l'on arrête pour y penser. Toute personne a droit à ses propres convictions, mais les professionnels de santé doivent sonder les leurs et comprendre quels effets elles peuvent avoir sur les soins dispensés (de manière positive et négative).

Rester un professionnel en situation de soins consiste à ne pas porter de jugement de valeur et à prodiguer les soins de la plus haute qualité possible indépendamment de la personne à qui ils sont destinés, mais, au contraire, en respectant cette personne : le savoir-faire allié au savoir être. En d'autres termes, savoir adopter les comportements et attitudes attendus dans une situation donnée.

Telles sont les raisons qui peuvent expliquer pourquoi un manque de respect ou un mauvais traitement peuvent survenir durant les soins prénatals et postnatals. Leur analyse peut permettre aux professionnels de santé d'élaborer des solutions pour résoudre ce type de problèmes. Parfois, il existe aussi des facteurs inhérents au système de santé ou à la communauté, qui agissent comme des obstacles. Les prestataires et les gestionnaires de santé peuvent influencer ces facteurs afin de faciliter le progrès et de surmonter ces barrières.

Tableau 1.1 Barrières et facteurs favorables à la provision des soins de maternité respectueux

	Barrières	Facteurs favorables
Facteurs relatifs au système de santé	Infrastructure inadéquate	Réorganisation de l'espace disponible
	Manque de matériel et de fournitures	Contrôler les stocks régulièrement et signaler régulièrement et précocement tout manque aux gestionnaires. Établir des commandes basées sur les besoins
	Faible surveillance et gestion des établissements de santé	Commencer un système de soutien entre pairs. Renforcer la supervision formative
	Faible gestion des ressources et du personnel existant	Établir des rotations et un planning clairs pour les services
	Communication inadéquate entre les gestionnaires de l'établissement, les professionnels de santé et les membres de la communauté	Organiser des réunions de service/d'équipe et aborder le sujet de la qualité des soins et du travail en équipe. Revue des décès maternels et périnatals, des échappée-belles

Facteurs relatifs au niveau de la communauté	Inégalité de genre dans les communautés où l'homme seul peut prendre des décisions	Organiser des discussions incluant les leaders communautaires, aussi bien les hommes que les femmes
	Incompréhension de l'importance des soins maternels	Dialogue et éducation de la communauté
	Barrières financières, dont la nécessité de payer le transport pour obtenir les soins	Mobiliser les ressources de la communauté. Caisses de solidarité. Mutuelles à base communautaire
	Opportunités limitées pour les communautés d'obtenir une réparation si des femmes sont insatisfaites des services reçus	Encourager les communautés et les femmes à donner leur feedback sur la qualité des soins qu'elles ont reçus (que l'expérience ait été positive ou négative)
	Les croyances traditionnelles, les coutumes et les tabous qui rendent difficile de discuter des problèmes liés à l'accouchement	Respecter les traditions le mieux possible et fournir des soins d'une façon qui soit culturellement appropriée

La santé et les droits sexuels et reproductifs

La définition de la santé reproductive souligne l'importance d'une approche des soins de santé basés sur les droits humains. La santé reproductive est le bien-être physique, mental et social complet dans tous les aspects liés à la reproduction, incluant une vie sexuelle satisfaisante, la capacité à avoir des enfants et la liberté de décider de quand et à quelle fréquence en avoir.

Le droit à la santé de la reproduction inclut pour les femmes le droit de :

- Décider de combien d'enfants elles veulent et de l'écart entre eux
- Être informée et avoir les moyens de choisir la méthode de contraception qu'elles désirent
- Bénéficier des plus hauts standards de santé génésique
- Avoir accès à une assistante à la naissance qualifiée
- Prendre des décisions sur la reproduction, hors de toute discrimination, coercition et violence

Ne pas traiter une femme avec respect et dignité en en prenant soin est une violation de ses droits en tant qu'être humain. Des exemples de violation des droits de l'homme dans les soins de maternité :

- **Violence physique** : le professionnel de santé frappe la femme pendant l'accouchement
- **Soins non consentuels** : les soins sont prodigués sans la permission ni/ou l'accord de la femme, par exemple une épisiotomie de routine, surtout si elle est pratiquée sans anesthésie
- **Soins non confidentiels** : les résultats des examens de la femme sont divulgués sans sa permission
- **Discrimination** : les femmes illettrées sont traitées différemment des femmes éduquées ;
- **Renoncement ou refus des soins** : le professionnel de santé ne dispense pas les soins nécessaires à la femme qui en a besoin, par exemple ne propose pas l'anesthésie pendant ou après l'accouchement.

Tableau 1.2 Santé et droits sexuels et reproductifs

	Exemples de droits	Exemple de manque de respect et d'abus	Comment les droits peuvent être respecter
1	Absence de préjudices et de mauvais traitements	Abus physique et verbale	S'assurer que la politique interdisant la violence physique et verbale soit mise en œuvre.
2	Droit à l'information, consentement éclairé et refus de soins	Soins non consentuels	Expliquer clairement à la femme (et à son accompagnant/e) quels soins son état nécessite et pourquoi. Elle ne sera pas sanctionnée si elle refuse les soins qui lui sont proposés.
3	Respect des choix et des préférences concernant les soins, dont la présence du partenaire pendant les soins de maternité, par exemple	Aucun partenaire n'est admis dans une salle d'examen pendant les soins prénatals et postnatals	Les professionnels de santé autorisent la présence d'un partenaire choisi par la femme, à tout moment.
4	Confidentialité, discrétion	Soins non confidentiels	Le professionnel de santé discute avec la femme en tête-à-tête si besoin.
5	Égalité, soins équitables, absence de discrimination	Discrimination basée sur des caractéristiques spécifiques de la femme	Toutes les femmes sont traitées de la même manière.
6	Le droit à des soins de santé opportuns et au plus haut standard de soins disponibles	Renonciation ou refus des soins ou soins de mauvaise qualité	Les soins prénatals et postnatals sont bien organisés, dans le but de réduire le temps d'attente. Les soins opportuns et basés sur des faits sont prodigués en toute sécurité.
7	Liberté, autonomie, autodétermination, absence de pressions	La femme est détenue dans un établissement de santé contre sa volonté.	Les raisons pour lesquelles la femme doit rester dans un établissement de santé lui sont régulièrement expliquées. Un processus de sortie de l'établissement de santé contre avis médical est mis en œuvre.

Les compétences en communication

De bonnes compétences en communication, à la fois verbales et non verbales, sont importantes pour tout prestataire de soins de santé. Toute interaction entre un professionnel de santé et une femme ou sa famille est l'occasion de construire une bonne relation et de prodiguer des soins respectueux. L'expérience de la première visite et de la consultation influencera probablement la manière dont la femme et sa famille perçoivent les soins dispensés et définira leur décision de continuer – ou pas – à venir dans l'établissement.

Une communication efficace comprend :

- Avoir la capacité d'écouter la femme et sa famille
- Être en mesure d'expliquer à la femme quels sont les soins, quels examens lui sont proposés et que signifient les résultats des examens de façon compréhensible
- Utiliser une langue locale que la femme comprend. La présence d'un interprète peut être nécessaire

- Faire preuve d'empathie envers la femme et sa famille
- Ne pas porter de jugement.

Manières d'améliorer la communication :

- Réservez un peu de temps pour les présentations, en expliquant qui vous êtes et ce que vous prévoyez de faire
- Asseyez-vous au même niveau que la femme quand vous parlez avec elle et lui demandez ses antécédents
- Asseyez-vous à côté de la femme et non derrière une table ou un bureau pendant la consultation
- Utilisez un langage dépourvu de termes médicaux afin d'être compréhensible pour la femme et sa famille
- Assurez un espace privé pour la discussion, si possible.

Consentement éclairé

Le consentement lié à la santé maternelle est basé sur le principe que la femme doit donner son autorisation avant qu'un traitement médical, un examen, une procédure médicale ou une analyse soit réalisé(e). Le consentement ne peut être donné qu'après que des explications claires et comprises par la femme aient été fournies par un professionnel de santé.

Le consentement doit être :

- **Libre** : La décision doit être prise par une femme qui ne doit pas subir à ce propos d'influences ou de pressions de la part des professionnels de santé, de ses amis ou de sa famille.
- **Éclairé** : La femme doit recevoir des renseignements corrects concernant tout ce qu'un traitement ou un examen implique, dont les bénéfices et les risques, les alternatives raisonnables et ce qui se passera quand le traitement ou l'examen aura lieu ; toutes les informations doivent être fournies dans un langage clair.

En principe, la femme doit être capable de donner son consentement, ce que signifie qu'elle doit comprendre les informations obtenues et savoir les utiliser pour faire un choix éclairé. Le consentement peut être verbal, comme en cas de prise de sang, ou écrit, comme celui qui est requis en cas de césarienne.

Différentes formes de consentement

- **Manque de consentement** : Obtenir un consentement libre et éclairé peut-être difficile si la femme n'est pas lucide ou est inconsciente, comme par exemple après une crise d'éclampsie. Dans ces cas-là, un consentement pour le traitement est demandé au partenaire ou à un membre de la famille.
- **Refus des soins** : même si refuser un traitement peut nuire à la santé ou entraîner la mort, la décision d'une femme doit être respectée dans le cadre de la loi de son pays. Cela peut être très difficile quand, par exemple, une femme avec un taux d'hémoglobine très bas refuse une transfusion sanguine pour des motifs religieux. Dans ces cas-là, une femme peut être amenée à signer un formulaire ou une déclaration selon laquelle elle déclare qu'elle comprend les risques d'aller à l'encontre des conseils médicaux et qu'elle souhaite refuser le traitement, en prenant la responsabilité d'éventuels risques envers sa santé. Si une femme est enceinte et que refuser les soins (par exemple lors de la nécessité de pratiquer une césarienne) peut nuire

à l'enfant à naître, alors une décision légale peut devoir être prise pour poursuivre le traitement.

- **Âge** : Une femme qui n'a pas encore la majorité légale peut quand même donner son accord si elle est en mesure de démontrer au professionnel de santé qu'elle comprend parfaitement ce qu'elle accepte. Si ce n'est pas le cas, les parents ou les tuteurs peuvent devoir donner leur accord. Les lois sur le consentement varient d'un pays à l'autre. Dans la plupart des pays, la majorité légale est à 16 ou 18 ans.

De façon plus pratique, il peut parfois être impossible d'obtenir un consentement écrit dans des situations d'urgence, par exemple dans le cas d'une hémorragie obstétricale massive. Dans ces cas-là, un professionnel de santé est en droit d'agir avec un accord verbal préalable.

Implication de l'homme et soutien

Dans certains environnements, la grossesse est considérée comme un sujet féminin et les hommes peuvent ne pas être suffisamment informés et ne pas avoir assez de connaissances sur les aspects liés à la santé de la mère et du nouveau-né. Il est donc nécessaire de responsabiliser les hommes en leur donnant des informations nécessaires à la maison, au sein de leurs communautés et sur leurs lieux de travail. Il est important d'impliquer le mari, le partenaire ou la famille autant que possible pour qu'ils soient bien informés sur les soins dont la femme a besoin. Cela les rendra capables d'anticiper n'importe quel problème et de soutenir les femmes pendant et après la grossesse et l'accouchement.

Les avantages d'impliquer le mari/partenaire et la famille incluent :

- Plus d'information à propos des processus de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale
- Une plus grande conscience des signes de dangers potentiels au long de la grossesse
- Le développement d'un plan de naissance, incluant les disponibilités financières et la planification du transport vers le centre de soins
- Une meilleure compréhension des besoins spécifiques de la mère et du bébé lors du retour à la maison
- Une meilleure conscience générale de la communauté et du public vis-à-vis des soins envers les mères et les nouveau-nés.

Le soutien d'un mari/partenaire, d'un autre membre de la famille ou d'un ami est important durant la grossesse, le travail, la naissance et la période postpartum. Les femmes peuvent être encouragées à emmener leur mari ou leur partenaire à la consultation prénatale, lors de l'accouchement et des soins postnatals. Il est important que le mari ou le partenaire comprenne les besoins d'une femme durant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période du postpartum. Les hommes font preuve d'un plus grand soutien envers leur femme ou leur partenaire quand ils comprennent ce qu'il se passe pendant et après la grossesse. L'implication et la participation de l'homme sont associées à une meilleure santé de la mère.

En l'absence d'un mari ou d'un partenaire et/ou si cela est considéré comme culturellement plus approprié, les femmes peuvent être encouragées à se faire accompagner d'un membre de leur famille. Un compagnon peut être un soutien important pour une femme. Un accompagnement pendant le travail conduit à une meilleure expérience pendant l'accouchement.

Chapitre 2 : Organisation des soins prénatals et postnatals

Dans ce chapitre, vous trouverez des informations concernant :

- Les différents modèles de soins anténatals et postnatals
- La préparation du centre de santé pour les soins anténatals et postnatals
- L'équipement essentiel pour les soins prénatals et postnatals
- Le contrôle et la prévention des infections
- Comment assurer un environnement de travail propre et sûr
- L'engagement de la communauté dans les soins prénatals et postnatals

Modèles des soins prénatals et postnatals

Soins prénatals

Le modèle traditionnel des soins prénatals

Le modèle traditionnel des soins prénatals a été élaboré dans les années 1900. L'objectif de ce modèle était d'assurer entre 16 et 18 visites à la femme pendant sa grossesse. Cette approche visait à identifier le niveau de risque : les femmes étaient divisées en patientes à risque élevé et faible. L'objectif de ce type de soins prénatals était d'essayer de prévoir les complications qui pouvaient arriver, les éviter et les prendre en charge.

En demandant ses antécédents à la patiente, le professionnel de santé peut identifier les facteurs de risque qui pourraient causer des complications pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période postnatale. Les facteurs de risque dépendent de l'âge de la femme ; du nombre de ses grossesses précédentes ; si elle avait fait ou non des fausses-couches, accouché d'un enfant mort-né, ou accouché prématurément dans le passé ; si elle a une maladie concomitante telle que le paludisme, le VIH, la tuberculose (TB), l'anémie ou le diabète. Pourtant, de nombreuses complications pendant et après la grossesse peuvent également être imprévisibles et inattendues.

Le modèle de soins prénatals recentrés

En 2001, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a recommandé un modèle de soins prénatals appelé modèle de soins prénatals recentrés pour remplacer le modèle traditionnel. Cette approche est axée sur des objectifs et se concentre sur la qualité des consultations plutôt que sur leur nombre. Le nombre de visites recommandées a été réduit de seize à quatre. Cette approche avait pour objectif de fournir des soins individualisés et de promouvoir la santé des mères et de leurs enfants à travers des interventions orientées.

Ces interventions sont les suivantes :

- Identifier et traiter les maladies
- Détecter précocement des complications obstétriques qui pourraient changer l'issue de la grossesse et prodiguer des soins préventifs (ex. le dépistage et la prise en charge de l'hypertension et de la pré-éclampsie, le dépistage et la prise en charge de l'anémie, l'identification de grossesses multiples)

- Fournir une prophylaxie et un traitement contre l'anémie
- Dépister et traiter des infections telles que le VIH, la TB et le paludisme
- Prévenir le tétanos néonatal chez l'enfant, grâce à la vaccination de la femme pendant la grossesse.

Les soins individualisés pour les femmes ont pour but d'aider afin que la grossesse se déroule normalement via des conseils et du soutien, cela inclut :

- La préparation à la naissance, établir un plan de naissance avec le mari/partenaire et la famille
- L'éducation concernant l'alimentation, la vaccination, l'hygiène personnelle, l'allaitement immédiat après l'accouchement et l'allaitement exclusif, les soins essentiels du nouveau-né, la planification familiale
- Le conseil sur les signes de danger, pour que la femme puisse les reconnaître et rechercher immédiatement l'aide d'un professionnel de santé.

La plupart des pays à faibles et moyens revenus ont mis en place le modèle des soins prénatals recentrés. En 2016, de nouvelles directives de l'OMS ont été annoncées, recommandant que le nombre de contacts anténatals passe de quatre à huit. C'est parce qu'on pense qu'augmenter le nombre de visites anténatales peut réduire le risque de mortalité et de mortalité néonatale, donnant plus d'occasions de dépister et de traiter des problèmes potentiels. La mise en œuvre de cette recommandation dépendra des infrastructures et du système de santé disponible dans chaque situation.

Soins postnatals

Nombre et calendrier des visites postnatals

En 2016, les nouvelles directives de l'OMS recommandent que :

- Si l'accouchement se passe dans un établissement de santé, la mère et le nouveau-né devraient recevoir des soins postnatals dans cet établissement pendant au moins 24 heures.
- Si l'accouchement se passe à domicile, la première visite postnatale du professionnel de santé devrait être effectuée aussi rapidement que possible, dans les 24 heures qui suivent la naissance.
- Au moins trois autres visites postnatals sont recommandées pour toutes les mères et les nouveau-nés :
 - Dans les 48-72 heures après l'accouchement
 - 7 à 14 jours après l'accouchement
 - 6 semaines après l'accouchement

Des visites à domicile au courant de la première semaine après l'accouchement sont recommandées pour les soins de la mère et du nouveau-né. Dans certaines situations, les agents de santé communautaire peuvent réaliser les visites à domicile. Cela pourrait donner plus de temps pour l'éducation sanitaire et aider à faire en sorte que les recommandations formulées lors des visites prénatals et postnatals soient bien comprises et appliquées. Pourtant, en réalité, les agents de santé communautaire peuvent s'avérer incapables de réaliser tout le contenu du paquet des soins prénatals et postnatals basés sur des faits et nécessiteront le soutien de professionnels de santé.

Maisons d'attente de maternité

Si l'établissement de santé est loin du domicile de la femme, il est avantageux pour la femme d'avoir accès à une maison d'attente de maternité. Les maisons d'attente de maternité sont des établissements résidentiels situés à proximité d'un centre de santé ; les femmes peuvent y attendre jusqu'au début du travail et de l'accouchement, pour bénéficier d'une assistance qualifiée à la naissance.

Préparation du centre de santé pour les visites prénatales et postnatales

Soins anténatals et postnatals individuels ou de groupe

Les soins anténatals individualisés signifient que chaque femme dispose d'un temps qui lui est alloué et est planifié seulement pour elle. En général, elle passera moins de temps dans l'établissement de santé et attendra moins longtemps. Cependant, il y aura moins d'interactions avec d'autres femmes recevant des soins.

Les soins anténatals de groupe impliquent que les soins sont dispensés en même temps à un groupe de femmes. Souvent, cela signifie que les femmes sont d'abord admises l'une après l'autre, que la tension artérielle de chacune d'entre elles est prise et que d'autres examens peuvent être réalisés. Chaque femme peut ensuite consulter à son tour un professionnel de santé pour une palpation abdominale. Cela rend possibles les interactions de groupe mais peut prendre beaucoup de temps et les soins sont souvent fragmentés, ex. à chaque fois, une femme voit plusieurs professionnels de santé.

Les femmes peuvent venir seules, avec leur mari/partenaire, un membre de la famille ou des amis. Le temps d'attente à la clinique peut être long et bien qu'il soit important de résoudre ce problème, ce temps peut être utilisé pour fournir de l'éducation sanitaire aux femmes, pour répondre à toutes leurs questions, pour établir une communication et une confiance dans le système de santé. Faire partie d'un groupe peut encourager les femmes à poser plus de questions ; elles peuvent également trouver utile d'échanger leurs expériences les unes avec les autres.

Préparation des locaux pour les soins anténatals et postnatals

Dans l'idéal, un centre de soins anténatals et postnatals au sein d'un établissement de santé devrait être accueillant et adapté à des soins individuels (prise d'antécédents, conseils, examen physique, prestation des soins) et à des séances de soutien collectif (éducation sanitaire, préparation à la naissance). À part les salles de consultations, il doit y avoir également des salles d'attente avec des chaises pour les femmes, leurs maris/partenaires, ainsi que des toilettes. L'aménagement exact d'un centre de soins anténatals et postnatals dépendra du niveau des soins proposés, qui peut être tertiaire, secondaire ou primaire. Dans des établissements de santé plus petits, l'espace peut être limité, il peut n'y avoir qu'une seule salle qui servira à de multiples usages. Dans ce cas-là, un espace peut être délimité pour réaliser des examens et maintenir l'intimité. Une suggestion d'aménagement des locaux est présentée dans l'Annexe 1. Un environnement satisfaisant devra prendre en compte les aspects suivants.

Propreté, confort et arrangement des locaux

- Les locaux sont propres et ordonnés.
- L'espace est suffisamment vaste (salle/espace d'examen et salle/espace d'attente identifiés).
- Le bâtiment bien entretenu.
- Le matériel essentiel est disponible et prêt à être utilisé.
- Des conteneurs/poubelles séparés pour les déchets médicaux (des matériaux contaminés) et les déchets non médicaux, solution chlorée (0,5%) et autres matériaux de nettoyage sont disponibles.
- Un balai.

Mobilier

- Une table ou un lit d'examen et un marchepied pour y accéder.
- Des chaises ou bancs pour les femmes et leurs compagnons.
- Une table ou un bureau et une chaise pour que le professionnel de santé puisse écrire.
- Une table ou un chariot pour ranger les fournitures.
- Des paravents pour assurer l'intimité.
- Un/des placard/s fermé(s) à clé pour le stockage des dossiers médicaux, archives, médicaments, produits consommables et les fournitures.
- Un espace dédié aux analyses de sang et d'urine avec une table et des chaises.

Approvisionnement en eau

- L'eau courante potable disponible via un robinet, une pompe ou versée dans une bassine ou un autre récipient, pour que les femmes puissent se laver les mains et boire.

Une source de lumière

- Une source de lumière fiable et une autre source de lumière pour un examen pelvien, ex. une lampe frontale, un lampadaire (en fonction de l'alimentation électrique disponible).

Effectif du personnel

- Personnel en nombre suffisant pour la clinique et pour le nombre de femmes attendues.

Si une salle d'attente séparée n'est pas disponible, il convient d'aménager une zone ou un local où les femmes peuvent attendre à l'abri du soleil et de la pluie. De l'eau propre est essentielle pour chaque clinique anténatale et postnatale. Si l'alimentation électrique est intermittente, une bonne lumière naturelle est importante. Le maintien de l'intimité et de la confidentialité pendant la consultation et l'examen est très important. Si le nombre de salles est limité, il convient d'utiliser des écrans.

Matériel et équipements essentiels

L'ensemble du matériel et des fournitures doit être disponible avant d'entamer les soins anténatals et postnatals. Il est important de vérifier cela et d'organiser l'espace de la clinique avant qu'elle ne commence à accueillir des patientes.

- Fournitures, ex. fournitures de bureau, (registres, carnets de santé, formulaires de demande d'examen, formulaires de référence et de contre-référence).
- Matériel médical, ex. tensiomètre.

Soins Prénatals et Postnatals – Guide pour les Professionnels de Santé

- Le matériel indispensable pour la prise de sang et d'urine, le matériel et les consommables pour l'analyse de l'Hb, le test du paludisme, le dépistage de la syphilis, du VIH, et pour les analyses d'urines.
- Médicaments essentiels, ex. antihypertenseurs, antibiotiques.

D'autres suggestions concernant le matériel et les équipements se trouvent dans le Tableau 2.1 ci-dessous. Ceux-ci varient en fonction des établissements sanitaires et des endroits.

Tableau 2.1 Matériel et fournitures essentiels dans une clinique de soins prénatals et postnatals

Dans la zone d'examen	Médicaments et fournitures	Appareils	Kits de test, réactifs et consommables
Table d'examen			
Toises et pèse-personnes	Multi-vitamine, fer et acide folique en comprimés	Fauteuil roulant	Microcuvettes et nettoyant pour Hemocue
Eau courante, savon et seau d'eau propre	Anatoxine tétanique	Hemocue (ou un autre système pour mesurer le taux d'hémoglobine)	Piles et commande pour Hemocue
Plateau en inox	Moustiquaires imprégnées d'insecticide longue-durée	Glucomètre	Test rapide Duo VIH/Syphilis
Doppler portatif, stéthoscope de Pinard	Antipaludéens (prophylaxie du paludisme – TPI)	GeneXpert 4 (pour diagnostic de la TB)	Cartouche GeneXpert
Mètre ruban	Antirétroviraux (ARV)	Stérilisateur	TDR du paludisme
Disque de grossesse/Gestogramme	Analgésiques	Appareil d'échographie	Bandelettes d'analyse d'urine, tests de grossesse urinaires
Tensiomètre	Antibiotiques	Réfrigérateur ou glacière	Gants normaux et stériles
Stéthoscope	Antihypertenseurs, Sulfate de Magnésie		Garrot
Thermomètre	Petites fournitures		Seringues et aiguilles
Spéculum en métal	Carnet de CPN ou carnet de santé de la mère et du nouveau-né		Écouvillon imbibé d'alcool
Marteau à réflexes	Registres et dossiers, Formulaires Brochures d'information, graphiques et affiches		Récipients à urine et à expectorations

Le contrôle et la prévention des infections

Le contrôle et la prévention des infections (CPI) sont importants pour prévenir l'apparition des infections et des infections croisées. Respecter les principes de base du CPI contribue à protéger les professionnels de santé, ainsi que les femmes et leurs enfants qui viennent recevoir des soins dans un établissement de santé.

Le lavage des mains

Une bonne technique de lavage des mains est la base du contrôle et de la prévention des infections. Tout professionnel de santé doit savoir quand et comment se laver les mains correctement (voir Annexe 2). Dans l'idéal, il convient de se laver les mains avec de l'eau courante propre et du savon liquide (les pains de savon peuvent devenir des réservoirs à microbes s'ils sont laissés longtemps à côté du lavabo). S'il n'y a pas d'accès à un robinet d'eau courante, utiliser un pichet pour se verser de l'eau sur les mains. Les mains devraient être essuyées avec des serviettes en papier jetables ou un chiffon propre. Les chiffons utilisés plus d'une fois peuvent devenir des réservoirs à microbes. Les chiffons ou les serviettes devraient être lavés et séchés régulièrement avant l'usage. Il faut se laver les mains avant et après avoir examiné un patient, après une prise de sang et la suite d'une analyse d'urine.

Des nettoyants pour les mains à base d'alcool peuvent également être utilisés mais ils ne sont pas efficaces sur les mains visiblement souillées ; un lavage des mains peut s'avérer nécessaire avant l'utilisation des nettoyants à base d'alcool. Les nettoyants pour les mains à base d'alcool, s'ils sont disponibles, peuvent être une alternative utile pour se laver les mains entre chaque patient.

Utilisation d'équipement de protection individuelle

Un équipement de protection individuelle (EPI) est un équipement utilisé pour préserver la santé et la sécurité, ainsi que pour réduire le risque d'infection. Il s'agit des gants, des tabliers, des masques et des protections oculaires. Les vêtements de protection sont utilisés pour protéger à la fois le professionnel de santé et le patient contre une infection croisée avec des microbes.

Gants : Le lavage et séchage des mains est nécessaire avant et après la mise des gants. Un pansement étanche doit être collé sur toute plaie et égratignure. Il faut toujours utiliser des gants jetables et non réutilisables.

Tableau 2.2 Instructions d'utilisation des gants

Gestes où l'usage de gants n'est pas nécessaire	Utilisation de gants non stériles	Utilisation de gants stériles
<ul style="list-style-type: none"> ■ Observations cliniques, prise du pouls, de la température et de la pression artérielle ■ Palpation abdominale 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Administration d'une piqûre 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Changement de pansement ex. après une césarienne ■ Ablation de sutures ex. après une césarienne ■ Pose d'un dispositif contraceptif intra-utérin (DIU)

Tabliers, masques, lunettes de protection : dans les situations où il y a un risque plus important de contact avec des liquides corporels potentiellement infectés/contaminés, il peut s'avérer nécessaire de porter un tablier, un masque et des lunettes de protection, en accord avec les protocoles locaux. Le tablier doit recouvrir toute la partie avant du corps du professionnel de

santé. Dans l'idéal, il convient d'utiliser des tabliers jetables. Quand les tabliers jetables ne sont pas disponibles, utiliser des tabliers en plastique ou des tabliers lavables, qui peuvent être nettoyés chimiquement, avec du chlore. Les masques sont normalement jetables et les lunettes de protection peuvent être désinfectées.

Utilisation des instruments tranchants

Les aiguilles, scalpels et autres déchets médicaux coupants doivent être éliminés correctement afin de réduire le risque de blessure d'un patient ou d'un professionnel de santé. Le risque d'infection dépend de : si l'outil a été utilisé, s'il contient du sang, quelle quantité de substance contaminée est entrée dans la circulation sanguine et à quel degré elle était infectieuse.

Pour utiliser les instruments tranchants en toute sécurité :

- Toujours jeter les instruments tranchants dans un conteneur rigide fermé avec un couvercle bien fixé et proprement étiqueté ;
- Ne jamais laisser déborder un conteneur à instruments coupants ;
- Toujours présumer que les aiguilles jetées sont infectieuses ;
- Ne jamais remettre les aiguilles dans leur boîte, même si elles n'ont pas été utilisées ;
- Rester vigilant à la présence potentielle d'aiguilles en maniant les déchets, ex. en balayant le sol ou en vidant une poubelle.

Si une piqûre d'aiguille ou une blessure par instrument tranchant survient :

- Laisser la plaie saignée, idéalement sous l'eau courante ;
- Laver la plaie avec de l'eau courante et du savon sans la frotter ;
- Essuyer et couvrir la plaie ;
- Chercher immédiatement un avis médical car un vaccin contre l'hépatite B peut être nécessaire ; une prophylaxie post-exposition (PPE), dans le but de réduire le risque d'infection par le VIH ; un traitement général contre l'infection de la plaie.

Comment assurer un environnement de travail propre et sûr

[!] S'assurer que les directives relatives au nettoyage de tous les endroits de la clinique sont en place

Nettoyer l'établissement de santé

Il est important de suivre une routine de nettoyage des locaux et de s'assurer que l'environnement de l'établissement de santé est visuellement propre et libre de poussière et de saletés.

La désinfection

La désinfection avec du chlore est la technique de suppression des microbes (= désinfection) la plus répandue et la plus appropriée. Parmi les sources de chlore, il existe la poudre désinfectante, l'eau de javel, les pastilles de chlore.

Programme de nettoyage

Généralement, un établissement de santé possède trois types de zones/espaces, dont chacun à une routine de nettoyage.

- Balayage : des bureaux au moins une fois par jour.
- Passage de la serpillère : salle d'attente, salle et zone de consultation, salles d'hospitalisation (maladies non infectieuses), pharmacie, au moins une fois par jour.
- Nettoyage avec un désinfectant (une solution à 0,2% de chlore) – Toutes les zones qui ont été en contact avec les femmes comme les lits, les sièges, la salle d'examen, box d'examen, balances.
- Les toilettes doivent être nettoyées dès qu'elles sont sales, mais au moins deux fois par jour avec du désinfectant sur toutes les surfaces exposées et une brosse pour retirer la saleté visible (avec une solution chlorée à 2%).
- Toutes les surfaces horizontales sont lavées au moins une fois par jour et là où elles sont sales.
- Toutes les zones contaminées avec du sang ou d'autres fluides corporels sont immédiatement nettoyées et désinfectées (utiliser une solution chlorée à 1%).
- Le passage de la serpillère avec de l'eau chaude et du détergent est préféré au balayage et nettoyage des sols et autres surfaces qui ne sont pas en contact avec les mains.
- Une solution chlorée à 2% (ou tout autre désinfectant approprié) dans de l'eau chaude ou froide doit être utilisée sur les surfaces en contact direct avec les personnes (leurs mains), ainsi que pour les instruments médicaux.

Gestion des déchets médicaux

Les déchets médicaux sont tous les déchets qui consistent entièrement ou partiellement en des tissus humains, du sang ou autres fluides corporels, des excréments, des médicaments ou autres produits pharmaceutiques, des prélèvements ou des pansements, des seringues, des aiguilles ou autres instruments tranchants qui, à moins d'être sécurisés, peuvent être dangereux pour quiconque entrerait en contact avec, car potentiellement infectés.

L'élimination correcte des déchets médicaux est important pour éviter la contamination croisée. Tous ceux qui manipulent des déchets médicaux risquent de s'infecter si ces déchets ne sont pas éliminés en toute sécurité. Certains déchets comme des essuie-mains ou des lingettes utilisés pour retirer le gel à ultrason peuvent ne pas présenter un risque élevé mais d'autres produits comme des gants, des pansements ou des récipients qui ont contenu du sang présentent eux un grand risque. Les déchets médicaux doivent être placés dans un sac étanche, solidement attaché, parfois avec un code de couleur, de sorte qu'il est facile de déterminer si les déchets dans le sac présentent un risque élevé ou faible. Si aucun sac de couleur n'est disponible, utilisez des seaux de couleur clairement étiquetés. Séparez les déchets médicaux des déchets non médicaux, cela doit être fait à partir du moment où le déchet est généré, pendant la collecte, le transport et l'élimination finale.

Élimination des déchets

Les déchets peuvent être brûlés ou enterrés dans une fosse si aucun incinérateur n'est disponible. S'assurer que toute fosse est placée loin de toute source d'eau qui pourrait alors être contaminée.

Tableau 2.3 Exemples de couleur des récipients ou de sacs utilisés pour l'élimination des déchets médicaux

SACS JAUNES	SACS ROUGES	SACS BLEUS	SACS NOIRS
<ul style="list-style-type: none"> - Déchets infectieux - Pansements - Cotons de gaze ou tout autre objet en contact avec des fluides corporels - Parties de corps humain, placenta 	<ul style="list-style-type: none"> - Déchets en plastique, comme les cathéters - Seringues - Tubes 	<ul style="list-style-type: none"> - Tous types d'articles en verre - Médicaments périmés ou à jeter 	Boîte à objets tranchants : <ul style="list-style-type: none"> - Aiguilles sans seringue - Objets tranchants et objets en métal

Il existe quatre catégories principales de déchets médicaux :

■ **Instruments tranchants** (aiguilles, scalpels) qui peuvent être infectieux ou non
Les instruments tranchants doivent être placés dans un récipient spécial prévu à cet usage et jeté régulièrement. Éliminer les objets tranchants dans un trou prévu à cet effet (fûts enfouis au sein de certains petits établissements de santé, fosses en béton dans d'autres).

■ **Déchets infectieux, non tranchants** (déchets anatomiques, déchets pathologiques, compresses, seringues usées, gants jetables usés)
Jeter dans des sacs jaunes ou rouges, ou bien dans des poubelles avec des couvercles, ramasser et vider deux fois par jour. Enfouir dans une fosse dotée d'un couvercle scellé et d'une conduite de ventilation pour un traitement sur place s'il s'agit d'un petit établissement, ou faire incinérer à haute température sur place ou ailleurs.

■ **Déchets non infectieux, non tranchants** (papier, emballages)
Jeter dans des sacs poubelles noirs qui doivent être ramassés, vidés, nettoyés et remplacés une fois par jour. Enfouir dans une fosse ou incinérer avec enfouissement des cendres et des résidus.

■ **Déchets dangereux** (médicaments périmés, réactifs de laboratoire, déchets radioactifs, insecticides)
Ramasser dans des sacs étiquetés de manière appropriés et placés dans un endroit sûr. Il existe plusieurs types de déchets dont chacun nécessite une méthode d'élimination spécifique.

[!] Dans tous les cas, les protocoles locaux doivent être suivis.

Engagement de la communauté dans les soins prénatals et postnatals

Les interventions pour la santé des mères et des nouveau-nés au niveau des communautés visent à encourager l'engagement des communautés dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités, afin d'augmenter de manière fiable et durable l'accès aux services de santé de qualité. Ces interventions renforcent les capacités des femmes enceintes, des membres de la communauté, des leaders communautaires, des tradipraticiens et des autres agents de santé communautaire, pour éviter des pratiques qui peuvent être nocives à la santé de la mère et du nouveau-né, pour reconnaître des signes de danger et pour prendre une décision rapide afin de rechercher des soins adéquats.

Soins Prénatals et Postnatals – Guide pour les Professionnels de Santé

Les leaders communautaires peuvent travailler avec les prestataires de soins pour planifier les services de soins prénatals et postnatals dont leur communauté a besoin, faire des plaidoyers pour un changement et soutenir les femmes pendant leur grossesse et après l'accouchement. S'il n'est pas possible de travailler avec toute la communauté, travailler avec certains groupes ou personnes clés dans la communauté peut toujours contribuer à améliorer les soins prénatals et postnatals, par exemple :

- Les leaders communautaires : ex. politiques, religieux ou informels
- Les groupes communautaires : ex. groupes de femmes ou de jeunes, groupes générateurs de revenus
- Les bénévoles communautaires
- Les agents de santé communautaire

Les agents de santé communautaire sont particulièrement importants pour assurer aux femmes l'accès aux services de soins prénatals et postnatals. Ils sont souvent respectés et connus au sein de leur communauté, également par les femmes. Une mobilisation communautaire se réfère à un mouvement à plus grande échelle, pour engager la participation communautaire dans la réalisation d'un objectif spécifique grâce à des efforts autonomes. Cela impliquera une mobilisation des parties prenantes en matière de santé des mères et des nouveau-nés, dont les hommes, les responsables politiques, les établissements de formation, les associations professionnelles, les organisations non-gouvernementales, les leaders politiques, religieux et communautaires, les groupes de femmes, les groupes d'entreprises et d'industrie, utilisant le marketing social et les méthodes participatives. Le plaidoyer c'est parler pour ou agir en votre nom ou celui d'une autre personne. Le plaidoyer à tous les niveaux est nécessaire pour promouvoir toute intervention communautaire.

Chapitre 3 : Soins prénatals : première visite

Dans ce chapitre, vous trouverez des informations sur comment :

- Décrire la logique et les principes des soins prénatals
- Procéder à une évaluation complète et détaillée d'une femme enceinte
- Démontrer une approche positive dans les soins prénatals dispensés aux femmes
- Assurer le dépistage des composantes psychosociales de la santé
- Conseiller les femmes enceintes en ce qui concerne leurs plaintes.

La grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques normaux. Néanmoins, certaines femmes peuvent être confrontées à des maladies ou des complications mettant en danger leur vie pendant ou après la grossesse. Les soins prénatals sont l'une des stratégies dont l'objectif est de maintenir le bien-être maternel et fœtal. Il est recommandé de les commencer tôt pendant la grossesse. Dans le cadre du continuum de soins, les soins prénatals peuvent améliorer le bien-être de la femme enceinte à l'approche de l'accouchement, par l'évaluation de l'état de sa santé (à travers l'anamnèse, l'examen clinique et les examens complémentaires) et par des interventions prophylactiques et thérapeutiques si nécessaires. A l'échelle mondiale, la grande majorité des femmes accèdent aux soins prénatals au moins une fois. Cependant, elles ne reçoivent pas souvent des soins de qualité répondant à leurs besoins physiques, psychologiques et sociaux.

Améliorer la santé et le bien-être

- Des soins prénatals de bonne qualité peuvent identifier les complications de la grossesse pouvant nuire à la femme et à son futur bébé, telles qu'une pré-éclampsie ou un retard de croissance intra-utérin.
- Des pathologies médicales préexistantes peuvent s'aggraver pendant la grossesse et sont associées à des complications accrues pour la mère et le nouveau-né.
- Pendant la grossesse, la violence conjugale peut souvent se manifester pour la première fois ou s'intensifier en fréquence et en sévérité. C'est un problème de santé publique sous-estimé, qui n'est à ce jour pas adressé de façon systématique lors des consultations prénatales.
- Les taux de dépressions peuvent être aussi élevée, sinon plus à la fin de la grossesse que pendant la période postnatale. Il s'agit également d'un problème de santé publique mondial sous-estimé, qui n'est pas actuellement abordé de façon routinière dans les soins prénatals.

La promotion de la santé, l'éducation et l'accompagnement

- De bons soins prodigués pendant la grossesse optimisent la santé de la femme et celle de son fœtus.
- La grossesse est un temps privilégié pour promouvoir les bonnes pratiques et les compétences parentales.
- Partager des informations avec une femme enceinte et sa famille permet à la femme de faire des choix éclairés à propos de sa grossesse et de l'accouchement.
- Les soins prénatals relient la femme et sa famille au système de santé. Lorsque la femme a eu une bonne expérience de soins prénatals, il y a plus de chances qu'elle ait recours à un personnel qualifié pour l'accouchement et/ou qu'elle demande à recevoir des soins en cas de complication.
- Les soins prénatals offrent la possibilité d'établir des plans clairs vis-à-vis d'éventuelles complications (préparation aux urgences – signes de danger) et de l'accouchement (préparation à l'accouchement).

- Les soins prénatals fournissent des solutions préventives, ex. de l'acide folique et d'autres compléments alimentaires.
- Les soins prénatals permettent de reconnaître et de prendre en charge des problèmes mineurs liés à la grossesse ou de référer la femme vers un niveau de soins plus élevé, si nécessaire.

Première consultation prénatale

Plus la première consultation prénatale (CPN) est précoce, meilleur est le résultat ; idéalement elle doit avoir lieu au cours du premier trimestre (jusqu'à la 12e semaine de grossesse). Les soins prénatals sont souvent la première occasion pour la femme de se rendre dans un établissement de santé. Le professionnel de santé et la femme enceinte partagent des informations dans le but de discuter, de planifier et de mettre en œuvre les soins pour la durée de la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, de manière à satisfaire ses besoins.

Approche générale de la CPN

- Le prestataire de soins doit se présenter, en accord avec les principes des soins maternels respectueux
- Recherche des antécédents obstétricaux et médicaux
- Calculer la date prévue d'accouchement
- Évaluer d'éventuels problèmes psychosociaux
- Examen clinique
- Examens de laboratoire
- Fournir un traitement pour tous les problèmes identifiés
- Éducation sanitaire et nutritionnelle
- Vaccinations, ex. rappel de tétanos
- Débuter un traitement préventif contre par ex. le paludisme et, si la femme vit dans une zone d'endémie palustre, s'assurer qu'elle possède une moustiquaire imprégnée d'insecticide
- Calendrier et planning des visites suivantes

Introduction aux soins de maternité respectueux (Chapitre 1)

- Toutes les femmes ont droit au meilleur état de santé et de bien-être possible y compris les aspects physique, mental et social.
- Vise à fournir des soins complets et de meilleure qualité en rapport avec leur grossesse et qui sont disponibles au sein de votre établissement sanitaire.
- Saluer amicalement la femme, lui proposer de s'asseoir, se présenter et lui demander son nom. Tous les soins doivent être réalisés sans porter de jugement.
- Demander à la femme pour quelles raisons elle s'est rendue au centre de santé et si elle souhaiterait être accompagnée par son compagnon ou un membre de sa famille pendant la consultation.
- Toujours demander un consentement verbal éclairé (expliquez ce que vous faites et pourquoi, et demandez l'autorisation à la femme) avant d'entreprendre un examen, une analyse ou une intervention. Un consentement écrit est requis pour toute procédure invasive.
- Expliquer les résultats et les implications de tout examen et de toute analyse.
- Assurer l'intimité de la patiente et la confidentialité des actes.

Symptômes et signes de grossesse :

- Absence de menstruations une ou plusieurs fois (cela peut passer inaperçu chez une femme qui allaite ou qui a récemment pris des contraceptifs injectables)
- Nausées et vomissements
- Seins gonflés et sensibles
- Perception de premiers mouvements fœtaux (à environ 16e-18e semaines de grossesse chez une multipare ou 20-22ème semaine de grossesse chez une primipare).

Examens pour confirmer la grossesse :

- Test urinaire : test de grossesse positif
- Test sanguin : niveau de l'hormone chorionique gonadotrope (β hCG) positif
- Identification des bruits du cœur fœtal

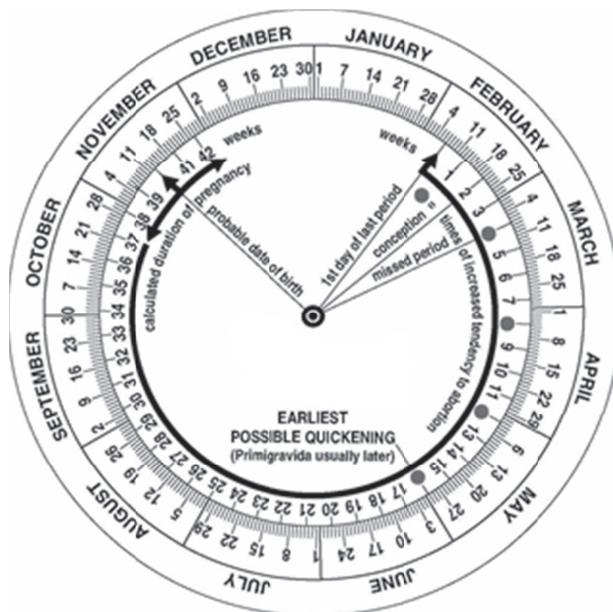
Détermination de l'âge gestationnel et de la date prévue d'accouchement (DPA)

En se basant sur la date exacte des dernières règles (DDR)

- Déterminer l'âge gestationnel estimé
- Déterminer la date prévue d'accouchement (DPA) en utilisant la méthode du calendrier
- La méthode du calendrier : la date du 1er jour des dernières règles + 7 jours – 3 mois = DPA
Exemple : 10 avril + 7 jours = 17 avril – 3 mois = 17 janvier

Un disque de grossesse (gestogramme) peut également être utilisé pour calculer la DPA :

Figure 3.1 : Exemple de gestogramme



Une échographie obstétricale peut être pratiquée pour confirmer l'emplacement de la grossesse, déterminer s'il s'agit d'une grossesse unique ou multiple, déterminer la fréquence cardiaque fœtale, observer les mouvements fœtaux et mesurer le fœtus pour établir l'âge gestationnel et estimer le poids fœtal.

Au cours du premier trimestre, une échographie peut être faite pour dater la grossesse à l'aide de la longueur crânio-caudale (LCC), si le fœtus a moins de 12 semaines. Le diamètre bipariétal (BIP) est utilisé pour dater une grossesse à partir de la 12e semaine de grossesse. Un professionnel de santé qualifié peut faire une échographie afin d'estimer le poids fœtal à l'aide du diamètre bipariétal, du périmètre crânien, du périmètre abdominal et de la longueur fémorale, si une évaluation de la taille du fœtus est nécessaire au cours du deuxième ou troisième trimestre de la grossesse. Dans les cas préoccupants des fœtus dont la croissance doit être suivie de près, une série d'échographies seront réalisées et interprétées par un spécialiste en la matière. L'Annexe 3 fournit un résumé d'autres utilisations de l'échographie, pendant et après la grossesse.

Recherche des antécédents obstétricaux

Tableau 3.1 Recherche systématique des antécédents obstétricaux

Aperçu	Première visite prénatale
Antécédents personnels et Socio-démographiques	Nom, adresse, âge, coordonnées, profession, niveau d'éducation, religion Situation matrimoniale (célibataire, mariée, séparée, veuve) Formes de contraception utilisées récemment Frottis cervical Date des dernières règles
Antécédents obstétricaux	Détails relatifs à toutes les grossesses précédentes, poids de naissance, âge gestationnel à terme, complications obstétricales éventuelles, mode d'accouchement, fausses couches, avortements Complications des grossesses précédentes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hémorragie antepartum ▪ Pré-éclampsie et éclampsie ▪ Hémorragie postpartum ▪ Transfusion sanguine ▪ Épisiotomie(s) et complications, ou déchirures vaginales ou périnéales ▪ Césarienne(s) : documenter la cause pour savoir si elle est « récurrente » (ex. pour une dystocie) ou « non récurrente » (ex. pour un placenta prævia). Complications liées au fœtus ou au nouveau-né au cours des grossesses précédentes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nouveau-né de petit poids de naissance (< 2,5kg) ▪ Naissance avant terme/Prématurité ▪ Gros bébé (> 4,5kg) ▪ Anomalies congénitales ▪ Mortalité périnatale ▪ Décès néonatal

En prenant ses antécédents, demander à la femme des informations concernant ses maladies passées et actuelles. Une manière logique et systématique de le faire est de poser les questions par système organique. Le tableau 3.2 ci-dessous énumère les questions fréquemment posées.

Recherche des antécédents médicaux

Tableau 3.2 Recherche systématique des antécédents médicaux

Système organique	Symptômes
Gastro-intestinal	Vomissements (Si oui : avez-vous vu du sang ?) Diarrhée (Si oui : contenait-elle du sang ?) Perte de poids Douleurs abdominales
Immunologie	Fièvre, frissons, tremblements Tuméfaction à l'aîne ou sous les aisselles
Hématologie	Sensation de vertige/d'étourdissement ou de faiblesse Ecchymoses fréquentes Fatigue générale
Cardio-pulmonaire	Cœur qui bat trop vite (des palpitations) Doigts et mains gonflés, jambes gonflées Toux >2 semaines/< semaines, toux productive (expectorations – jaune/du sang), essoufflement au repos, douleur à la poitrine, respiration sifflante
Urinaire	Fréquence accrue des mictions Présence de sang dans les urines Fuite d'urine à la toux, ou lors d'éternuement et de rire Fuite d'urine permanente Mictions douloureuses (dysurie)
Gynécologie	Sécrétions vaginales anormales : malodorantes ou décolorées ; saignements vaginaux (spontanés ou provoqués), saignements post-coïtaux (après un rapport sexuel), ulcération génitale et démangeaisons
Dermatologie	Éruption cutanée Démangeaisons de la peau Tuméfactions Ulcères
Neurologie	Crises d'épilepsie Troubles visuels Trouble de la parole
Endocrinien	Sensation d'avoir froid Soif excessive Présence de polyurie (urine abondante)
Seins	Douleurs aux mamelons/les seins anormalement gonflés Douleurs dans les seins Changement d'aspect de la peau au niveau des seins
Musculosquelettique	Mal de dos ; arthralgie/arthrite (douleurs articulaires), douleurs pelviennes, gonflement d'un mollet, douleurs aux jambes, rougeurs
Oreille, nez, gorge et bouche	Mal de gorge Lésions buccales

Médicaments actuels	Par exemple : Antibiotiques Antipaludiques Antirétroviraux Traitement antihypertenseur Médicaments à base de fer pour le traitement de l'anémie : fer, acide folique Médicaments contre le diabète et contre l'asthme Analgésiques
Antécédents psychosociaux	Outils de dépistage de la dépression et des violences conjugales (voir Chapitre 14 et Annexe 4, 5 et 6)

Examen clinique

Dans le cadre des soins prénatals, les femmes peuvent se faire examiner et faire des analyses de routine. Il est important que cela soit réalisé de manière complète et exhaustive durant le rendez-vous.

Tableau 3.3 Examen clinique systématique

Observations cliniques	Taille (cm) Poids (kg) Calculer l'indice de masse corporelle (IMC)* Pression artérielle Température (°C) Voir Tableau 3.4 pour les paramètres normaux
Examen général	État général – anxieuse, déprimée, souffrante, heureuse Pâleur conjonctivale Jaunisse sclérotique (la partie blanche de l'œil) Goitre Peau (grosseurs/rougeurs/ulcères) Bouche (saignement des gencives/ulcères/muguet) Œdème prenant le godet dans le bas du dos/à la cheville
Examen du cœur	Auscultation cardiaque (bruits et fréquence) Souffle Arythmie cardiaque
Examen thoracique	Auscultation bilatérale Respiration sifflante
Examen de l'abdomen	Inspection : forme, taille, type de cicatrice et sa localisation, mouvements fœtaux Palpation : foie, hauteur utérine, palpation utérine, sensibilité, masses Auscultation : rythme cardiaque fœtal (RCF)
Examen des parties génitales	Examiner les parties génitales seulement en cas d'indication clinique

*Calcul de l'IMC : défini comme le poids (en kg) divisé par le carré de la taille (en m), exprimé en kg/m²

Tableau 3.4 Limites physiologiques normales

Observations physiologiques	Limites normales
Pression artérielle – systolique	100-150mmHg
Pression artérielle – diastolique	50-80
Fréquence respiratoire	12-20 respirations/minute
Saturation en oxygène	96-100%
Pouls	51-90 battements par minute
Température	36.1-37.5°C
État neurologique	Vigilante, peut s’orienter dans le temps, dans l’espace et reconnaître les gens

Examens de laboratoire

Tableau 3.5 Analyses prénatales systématiques

Échantillon	Test
Sang	Hémoglobine (ex. en utilisant l’Hemocue) Paludisme (test de diagnostic rapide – TDR) dans les zones d’endémie palustre Syphilis (test de diagnostic rapide) VIH (test de diagnostic rapide) Groupe sanguin ABO et facteur rhésus Hépatite B Taux de glycémie aléatoire (conformément aux protocoles nationaux)
Urine	Glucose Protéine Cétones Globules rouges Leucocytes Nitrites
Expectorations (Prélèvement matinal)	Dans le cas où la femme aurait une toux productive > 2 semaines et/ou serait séropositive, proposez de tester l’expectoration pour le diagnostic de la tuberculose (Voir Chapitre 8 : VIH, TB et paludisme lors de la grossesse)

[!] Toujours remplir le registre de consultation prénatale et le carnet de grossesse de la femme. Lui demander d’apporter avec elle son carnet de grossesse à chaque consultation.

Alimentation durant la grossesse

Au début de la grossesse, discuter du régime et des habitudes alimentaires de la femme afin de rechercher et dissiper toute inquiétude qu’elle peut avoir au sujet de son alimentation. Une femme enceinte doit être encouragée à consommer des nutriments adéquats à travers une alimentation saine et équilibrée. Fournir des informations sur les avantages d’une alimentation saine, ainsi que des conseils pratiques sur comment manger sainement tout au long de la grossesse. Les conseils doivent être adaptés à la situation de la femme. Expliquer l’importance de consommer des aliments contenant du fer, tels que des légumes à feuilles vertes, de la viande, du

foie et des haricots. Conseiller également de manger cinq portions de fruits et légumes par jour et une portion de poisson gras par semaine.

Compléments alimentaires

Calcium

Les conseils diététiques fournis aux femmes devraient assurer un apport adéquat en calcium, avec des aliments locaux riches en calcium s'il n'est que faiblement présent dans le régime de la population locale. Le dosage recommandé de la supplémentation en calcium est de 1,5 à 2g par jour ; la dose est divisée en trois prises, de préférence au cours des repas afin d'en améliorer la tolérance.

Vitamine A

Dans les populations où la prévalence de la cécité nocturne est de 5% ou plus, il convient de recommander aux femmes enceintes de prendre de la vitamine A pendant au minimum 12 semaines lors de la grossesse et ce, jusqu'à l'accouchement : 10,000 UI de vitamine A (dose journalière) OU 25,000 UI de vitamine A (dose hebdomadaire) sous forme de palmitate ou d'acétate de rétinol, en solutions huileuses.

La malnutrition pendant la grossesse est rencontrée parmi :

- Les femmes à faible niveau socioéconomique
- Les veuves ou les femmes célibataires
- Les femmes qui ont donné naissance à beaucoup d'enfants, surtout sur une courte durée ou si le dernier accouchement a eu lieu il y a moins d'un an
- Les femmes atteintes de maladies comme la tuberculose, le VIH/SIDA et l'anémie modérée à grave.

Cas des femmes en sous-poids : si le programme d'alimentation complémentaire est disponible dans le centre de santé, fournir des suppléments alimentaires. Dans le cas contraire, l'orienter vers le service approprié.

Prévention du tétanos

Protéger toutes les femmes enceintes et leurs bébés contre le tétanos, en assurant leur immunisation.

Tableau 3.6 Programme de vaccination des femmes enceintes par l'anatoxine tétanique

Dose	Quand administrer le vaccin ?	Durée de protection
TT1	Le plus tôt possible pendant la grossesse actuelle	0%
TT2	Au moins 4 semaines après l'administration du TT1, ou au moins 2 semaines avant l'accouchement	1 à 3 ans 80%
TT3	Au moins 6 mois après l'administration du TT2, ou à la grossesse suivante	5 ans (95%)
TT4	Au moins 1 an après l'administration du TT3, ou à la grossesse suivante	10 ans (99%)
TT5	Au moins 1 an après l'administration du TT4, ou à la grossesse suivante	Toute la période de procréation (99%)

Dépistage prénatal des problèmes médicaux et psychosociaux

- Dépistage des troubles hypertensifs de la grossesse (Voir Chapitres 6 et 9).
- Dépistage du diabète gestationnel (Voir Chapitre 6).
- Dépistage de la tuberculose pendant la grossesse (Voir Chapitre 7).
- Dépistage de la violence conjugale (VC) (Voir Chapitre 14 et Annexe 6)

Préparation à l'accouchement et aux soins d'urgence

Les soins prénatals fournissent l'occasion aux femmes, à leur mari/compagnon et à leur famille de commencer à faire un plan de préparation à l'accouchement et aux complications possibles. Pendant la première CPN dans l'établissement de santé, il est important que ces sujets soient abordés et qu'un plan précis soit élaboré en cas de complications (préparation aux urgences), ainsi que pour la naissance (préparation à l'accouchement).

Ce plan peut comprendre :

- De décider dans quel établissement de santé la femme va accoucher : il est important de choisir une maternité possédant un personnel qualifié (sage-femme, médecin) et tout l'équipement nécessaire ; et aussi de savoir quelles options de transport sont disponibles ;
- De s'assurer que la femme et sa famille sont conscients de l'ensemble des frais et coûts que peuvent représenter les soins de santé, ainsi que des médicaments que la patiente devra peut-être prendre pendant et après l'accouchement
- La détermination du groupe sanguin de la femme, pour que sa famille puisse identifier de possibles donneurs de sang parmi les membres de la famille et les amis.

Indications supplémentaires

Pratiques ayant été jugées non bénéfiques en raison du manque de données probantes :

- Examen prénatal de routine des seins (uniquement si indiqué cliniquement).
- Examen prénatal de routine du pelvis (uniquement si indiqué cliniquement).
- Comptage quotidien des mouvements fœtaux. Au contraire il faut informer les femmes sur le point suivant : « Si vous remarquez que votre bébé bouge moins que d'habitude ou si ses mouvements ont changé, cela peut être le premier signe vous indiquant que le bébé ne va pas bien. Il est donc essentiel que vous contactiez immédiatement votre professionnel de santé, qui évaluera le bien-être de votre bébé ».

[!] **Penser à remplir le registre prénatal de la clinique et le carnet de santé de la femme.**

[!] **Demander à la femme d'apporter son carnet de santé à chaque visite.**

Prévention et prise en charge des problèmes courants liés à la grossesse

Anémie pendant la grossesse (Chapitre 6)

Parmi les interventions visant à prévenir une carence en fer durant la grossesse figurent : la supplémentation en fer, un apport fortifié des aliments riches en fer, une éducation sanitaire et nutritionnelle, la prévention des infections parasitaires et l'amélioration de l'hygiène. Pendant la grossesse, la femme nécessite un apport supplémentaire en fer pour constituer des réserves suffisantes et ainsi prévenir une carence. Par conséquent, dans la plupart des pays à revenus

faibles et moyens, les femmes enceintes ont recours à des compléments en fer pour prévenir ou corriger une carence en fer et une anémie durant leur grossesse.

Si une anémie est diagnostiquée chez la femme durant la période prénatale (Hb < 11,0g/dl), administrer 120mg de fer élémentaire et 400 microgrammes d'acide folique par jour, jusqu'à ce que son taux d'hémoglobine remonte à la normale (Hb 11,0g/dl ou plus). Ensuite, elle pourra continuer le traitement, en prenant une dose standard de fer et d'acide folique pendant la période prénatale (ou suivre un traitement intermittent, si la prise journalière de fer n'est pas bien tolérée en raison d'effets secondaires), afin de prévenir la réapparition de l'anémie.

Paludisme pendant la grossesse (Chapitre 8)

Il est recommandé que toutes les femmes enceintes habitant dans les zones endémiques du paludisme suivent un traitement préventif intermittent à base de sulfadoxine/pyriméthamine (TPI-SP). Le traitement doit commencer pendant le deuxième trimestre et les doses doivent être espacées d'au moins un mois ; le but étant d'administrer au moins trois doses.

- Donner à la femme 2 moustiquaires imprégnées d'insecticide (une pour elle-même et l'autre pour sa famille) lors du rendez-vous.
- Dans les zones endémiques, faire un dépistage du paludisme à chaque visite.

Ankylostomoses pendant la grossesse

- Une chimiothérapie préventive (déparasitage), avec une seule dose d'albendazole (400mg) ou de mébendazole (500mg) est une intervention de santé publique recommandée aux femmes enceintes après leur premier trimestre, dans les zones où l'ankylostomose est endémique.
- Les femmes contaminées hors des zones endémiques doivent être traitées avec des anthelminthiques au cours du deuxième ou du troisième trimestre ; au cas par cas, une seule dose, soit d'albendazole (400mg), soit de mébendazole (500mg), devra être administrée.
- Il convient de respecter les protocoles nationaux.

Allo-immunisation anti-Rhésus–D

Définition : L'allo-immunisation anti-Rhésus–D est une pathologie qui se produit lorsque les anticorps anti-Rhésus contenus dans le sang maternel d'une femme rhésus négatif passent chez le bébé et provoquent la destruction de ses globules rouges. Cela conduit à de l'anémie fœtale et à la maladie hémolytique chez le nouveau-né.

Dépistage et prise en charge

Selon les estimations, 15% de la population (mondiale) est RhD négatif. Chez la femme rhésus négatif, les anticorps sont fabriqués lors d'une exposition aux globules rouges via une grossesse précédente d'un bébé RhD positif ou, rarement, via une transfusion sanguine. On appelle ce processus une sensibilisation.

- La détermination du rhésus doit être réalisée dans le cadre des analyses sanguines en début de grossesse pour identifier les femmes rhésus négatif. Une immunoprophylaxie et des contrôles supplémentaires sont proposés à ces femmes durant leur grossesse (si disponible)
- Une prophylaxie prénatale avec des immunoglobulines anti-D est préconisée à 28 et 34 semaines de grossesse chez la femme enceinte non immunisée, afin d'éviter une allo-immunisation anti-Rhésus–D (si disponible).

Les femmes Rhésus négatif peuvent développer des anticorps anti Rh si elles ont un nouveau-né Rhésus positif, ce qui peut causer une maladie hémolytique chez le bébé qui va naître lors des grossesses suivantes. L'administration des immunoglobulines anti-D à la femme Rh négatif dans les 72 heures suivant la naissance d'un nouveau-né Rh positif est une solution efficace pour éviter l'allo-immunisation anti-RhD et une maladie hémolytique chez le bébé qui va naître lors des grossesses suivantes.

Les femmes nécessitant de soins spécialisés

- Les femmes qui présentent une fistule obstétricale (vésico-vaginale ou recto-vaginale)
- Les femmes qui ont subi une mutilation génitale féminine (MGF).

Chapitre 4 : Soins prénatals : consultations suivantes

Dans ce chapitre, vous trouverez des informations concernant :

- Le calendrier des consultations prénatales
- Que faire pendant les prochaines CPN
- La détection précoce et le traitement des problèmes
- La prévention des complications à travers des interventions sécurisées, simples et rentables (meilleur rapport coût-efficacité)
- La promotion de la santé, grâce à des messages et conseils

Calendrier des visites prénatales

Le Modèle des soins anténatals de l’OMS (2016) recommande qu’au moins huit contacts prénatals soient effectués pour améliorer l’expérience des patientes en matière de soins, et la santé des nouveau-nés. Pourtant, ce nombre peut s’avérer difficile à atteindre dans les pays à faible revenu, où l’objectif précédent de quatre CPN pour toutes les femmes enceintes n’est pas encore atteint. Il est néanmoins important de faire en sorte que les femmes se rendent aussi souvent que possible aux consultations et que les soins prodigués soient de la plus haute qualité possible.

Tableau 4.1 Calendrier des visites prénatales

Semaines de Grossesse	Motif de la CPN	Actions concrètes
12 à 16 semaines	Il s’agit généralement de la première visite programmée <ul style="list-style-type: none"> □ Analyser les antécédents obstétricaux et médicaux de la femme, y compris son bien-être psychosocial □ Plan pour la grossesse et l’accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> □ Voir Chapitre 3 pour plus de détails □ Confirmation de la grossesse □ Échographie de datation/viabilité (si l’échographie est disponible) □ Déterminer le DPA □ Examen physique complet □ Analyses comprenant : PA, test d’urine pour recherche de protéines et de glucose, taux d’Hb, test de la syphilis, du VIH, du paludisme et de la tuberculose □ Discuter du lieu d’accouchement □ Organiser le lieu et la date de la prochaine visite
Entre 18 et 34 semaines, les visites se font généralement toutes les 4 semaines		
18 à 22 semaines	Analyser à nouveau les antécédents obstétricaux et médicaux de la femme, y compris son bien-être psychosocial Échographie morphologique (si une échographie est possible)	Une échographie du fœtus pour confirmer : <ul style="list-style-type: none"> □ Une grossesse unique ou multiple □ La position placentaire □ Le bien-être du fœtus □ Un développement fœtal anormal Et : <ul style="list-style-type: none"> □ Rechercher des anomalies morphologiques et les discuter

		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vérifier la PA et le niveau de protéines dans les urines <input type="checkbox"/> Mesurer la hauteur utérine (entre la symphyse pubienne et le fond utérin – HU) <input type="checkbox"/> Mesurer le rythme cardiaque du fœtus (RCF)
24 à 28 semaines	Analyser à nouveau les antécédents obstétricaux et médicaux de la femme, y compris son bien-être psychosocial	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vérifier la PA et le niveau de protéines dans les urines <input type="checkbox"/> Mesurer la HU <input type="checkbox"/> Mesurer le RCF
28 à 32 semaines	Analyser à nouveau les antécédents obstétricaux et médicaux de la femme, y compris son bien-être psychosocial Vérifier la position et la présentation du fœtus	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vérifier la PA et le niveau de protéines dans les urines <input type="checkbox"/> Mesurer la HU <input type="checkbox"/> Mesurer le RCF <input type="checkbox"/> Administration d'immunoglobulines anti-D, si nécessaire et si le produit est disponible <input type="checkbox"/> Dépistage de l'anémie
Entre 30 et 38 semaines, les visites se font généralement toutes les 2 semaines		
32 à 38 semaines	Analyser à nouveau les antécédents obstétricaux et médicaux de la femme, y compris son bien-être psychosocial Définir le moment de la césarienne, si une césarienne électorale est nécessaire Se préparer à une naissance en cas d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vérifier la PA et le niveau de protéines dans les urines <input type="checkbox"/> Mesurer la HU <input type="checkbox"/> Mesurer le RCF <input type="checkbox"/> Vérifier la présentation
Entre 38 et 40 semaines, les visites se font généralement toutes les semaines		
38 semaines	Analyser à nouveau les antécédents obstétricaux et médicaux de la femme, y compris son bien-être psychosocial	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vérifier la PA et le niveau de protéines dans les urines <input type="checkbox"/> Mesurer la HU <input type="checkbox"/> Confirmer la position et la présentation du fœtus, ainsi que son rythme cardiaque
40 semaines	Analyser à nouveau les antécédents obstétricaux et médicaux de la femme, y compris son bien-être psychosocial	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vérifier la PA et le niveau de protéines dans les urines <input type="checkbox"/> Mesurer la HU <input type="checkbox"/> Confirmer la position et la présentation du fœtus, ainsi que son rythme cardiaque <input type="checkbox"/> Revoir le plan d'accouchement <input type="checkbox"/> Prévoir une nouvelle visite pour la semaine suivante, si la femme n'a pas encore accouché

<p>41 semaines</p>	<p>Analyser à nouveau les antécédents obstétricaux et médicaux de la femme, y compris son bien-être psychosocial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vérifier la PA et le niveau de protéines dans les urines <input type="checkbox"/> Mesurer la HU <input type="checkbox"/> Confirmer la position et la présentation du fœtus, ainsi que son rythme cardiaque <input type="checkbox"/> Proposer un décollement du pôle inférieur <input type="checkbox"/> Proposer une date pour le déclenchement du travail à 40⁺¹⁰ jours, si à faible risque <input type="checkbox"/> Si le risque est important, la décision concernant le déclenchement du travail appartient au professionnel de santé le plus expérimenté.
---------------------------	--	--

À chaque visite, présentez-vous et prodiguez des soins de maternité respectueux (Chapitre 1)

- Toutes les femmes ont droit au meilleur état de santé et de bien-être possible pendant la grossesse y compris les composantes physiques, mentales et sociale de la santé.
- Vise à prodiguer des soins complets, de la meilleure qualité possible dans le contexte dans lequel vous vous trouvez.
- Saluez la femme par son nom, proposez-lui de s’asseoir, présentez-vous.
- Expliquez en détails ce que vous ferez pendant la visite et obtenez son consentement.
- Expliquez les résultats et les implications de tout examen et de toute analyse.
- Renseignez toutes les conclusions sur son carnet de grossesse.
- Demandez à la patiente pour quelles raisons elle s’est rendue à la CPN et si elle souhaiterait être accompagnée par un compagnon ou un membre de la famille pendant la consultation.
- Assurez-vous que l’intimité de la patiente et la confidentialité des actes sont respectées tout au long des discussions et examens.

Recherche des antécédents

- Examen générale : comment la femme se sent-elle ? Discuter et appréciez son état psychosocial (Chapitre 14).
- Se plaint-elle de douleurs ou d’autres symptômes ?
- Demander si elle est venue pour une visite programmée, pour une plainte ou un problème spécifique.
- Si la femme vient pour une CPN de suivi moins d’une semaine après la précédente, évaluer en priorité le problème ou les complications nécessitant ce suivi rapproché.
- À chaque CPN, vérifier la tension artérielle et les urines à la recherche de protéines, pour détecter une pré-éclampsie.

Examen clinique

Observations cliniques (voir Tableau 3.4 pour les niveaux normaux)

- Fréquence respiratoire (bpm)
- Fréquence du pouls (par minute)
- Pression artérielle (mmhg)
- Température (°C)

Examen général

- Pâleur conjonctivale
- Sclérotique (blanc de l'œil) – Ictère
- Bouche (saignement des gencives/ulcères/muguet)
- Goitre
- Peau (grosseurs/rougeurs/ulcères)
- Œdèmes périphériques : chevilles
- Œdème central : bas du dos

Examen obstétrical

- Hauteur utérine
- Rythme cardiaque du fœtus
- Position du fœtus
- Présentation du fœtus

Évaluation du bien-être fœtal

Un des plus importants objectifs des soins prénatals est de détecter des anomalies de la croissance fœtale et d'apprécier le bien-être fœtal. Les méthodes utilisées à cet effet sont les suivantes : palpation abdominale, mesure de la HU, auscultation du cœur fœtal, échographie et observation par la mère des mouvements fœtaux (Chapitre 9).

La mesure de la hauteur utérine (HU)

La HU doit être mesurée et enregistrée à chaque CPN. La mesure de la HU est une méthode d'évaluation de la croissance fœtale qui nécessite un mètre ruban et permet d'estimer la taille de l'utérus et donc du fœtus. Entre la 28^{ème} et 36^{ème} semaine de grossesse, la mesure de la HU en centimètres correspond généralement au nombre de semaines de grossesse (± 2 semaines).

Méthodes pour mesurer la HU**Procédure**

- Expliquer la procédure à la femme et s'assurer que sa vessie est vide. Demander à la femme de s'allonger.
- Assurer l'intimité de la patiente.
- Palper doucement l'abdomen afin d'identifier le fond utérin.
- En mesurant la HU, le mètre ruban doit être en contact avec la peau.
- Mesurer la distance entre le fond utérin et le bord supérieur de la symphyse pubienne. Le mètre-ruban ne doit pas être trop tendu.

Informez la femme du résultat et renseignez la mesure correcte sur sa carte prénatale. Placez le résultat sur la courbe des valeurs normales de la HU (ou sur la courbe de croissance personnalisée par rapport aux semaines de gestations).

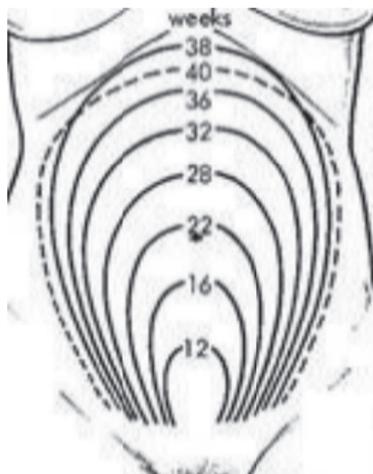
Si la mesure de la HU est inférieure à la valeur prévue, cela peut signifier que :

- Le bébé ne se développe pas correctement, il est petit pour l'âge gestationnel ou il s'agit d'un retard de croissance intra-utérine
- Il n'y a pas suffisamment de liquide : oligoamnios
- Le bébé est en position transversale

Si la mesure de la HU est supérieure à la valeur prévue, cela peut signifier que :

- Il y a plusieurs fœtus : grossesse multiple
- La quantité de liquide est supérieure à la normale : hydramnios
- Le bébé est plus grand que la normale – macrosomie

Illustration 4.1 : Comment mesurer la hauteur entre la symphyse pubienne et le fond utérin



Le rythme cardiaque du fœtus, la position et la présentation du fœtus

Demander à la femme si elle ressent des mouvements fœtaux et s'ils sont aussi réguliers que d'habitude. Vérifier le rythme cardiaque du fœtus en auscultant le cœur fœtal avec un stéthoscope de Pinard ou un Doppler portatif.

La position du fœtus

Le fœtus devrait être en position longitudinale. Généralement, la position du fœtus se stabilise vers 34 à 36 semaines. Une position transverse ou oblique du fœtus après 34 à 36 semaines est problématique. Il est important de vérifier les raisons pour lesquelles le fœtus se positionne ainsi ; par exemple, évaluer la position du placenta sur une échographie afin d'éliminer un placenta prævia.

La présentation du fœtus

La présentation du fœtus peut changer jusqu'à ce que la partie qui se présente soit pleinement engagée (généralement à environ 37 semaines). La présentation céphalique est la plus courante (la tête en avant), mais chez 3% des femmes le bébé se présente par le siège à l'accouchement. Confirmer la suspicion d'une présentation anormale par échographie (Chapitre 9).

Examen échographique

Il est recommandé de faire une échographie avant 24 semaines (échographie précoce) pour estimer l'âge gestationnel, détecter des anomalies fœtales et les grossesses multiples. La pratique de l'échographie obstétricale permet ainsi de réduire les déclenchements du travail pour une grossesse suspectée post-terme et d'améliorer l'expérience de grossesse de la femme.

Un examen échographique peut être utile dans une variété de circonstances, lorsqu'il y a des complications de la grossesse et une croissance fœtale préoccupante. Une échographie permet de détecter précocement un retard de croissance intra-utérin, une présentation anormale et un

placenta prævia ; en même temps, elle permet de mesurer l'âge gestationnel exact du fœtus, ce qui permettra une prise en charge appropriée et dans les temps des complications de la grossesse. Les spécialistes peuvent également faire une échographie dans le but de surveiller la croissance et le bien-être du fœtus (Annexe 3).

Examen vaginal au spéculum

Un examen vaginal au spéculum est réalisé uniquement si cela est indiqué cliniquement, par ex. si la femme a des sécrétions vaginales anormales ou des pertes de liquide amniotique par le vagin. En cas de saignement pendant la grossesse, un examen vaginal au spéculum est nécessaire pour confirmer la présence de sang et la gravité de la situation, ainsi que pour voir si le col de l'utérus est fermé ou ouvert.

[!] Ne jamais effectuer un toucher vaginal chez une femme enceinte qui saigne

Avant de procéder à l'examen au spéculum :

- Obtenir un consentement éclairé
- Assurer l'intimité et la confidentialité
- Se faire accompagner par un chaperon

Lors d'un examen vaginal au spéculum, vérifier s'il y a présence de :

- Modifications de la muqueuse vulvaire et vaginale (une excoriation, des ulcères ou des varicosités des lèvres)
- Fuites urinaires (spontanées et provoquées)
- Sécrétions vaginales anormales : des sécrétions normales sont incolores et inodores
- Liquide amniotique, en cas de suspicion de rupture des membranes
- MGF (type)

Information et éducation sanitaire

Au cours des soins prénatals, le professionnel de santé a l'occasion de discuter avec la femme de sujets variés liés à la santé. Il/elle peut fournir des informations qui aideront la femme à prendre des décisions éclairées et à améliorer son bien-être et celui de son enfant.

Parmi les préoccupations et les sujets à propos desquels les patientes peuvent vouloir poser des questions pendant ou après la grossesse, figurent :

- Les problèmes et les malaises couramment associés à la grossesse, tels que les nausées matinales, les brûlures d'estomac, la constipation, la douleur du bas du dos (Chapitre 5).
- Le début du travail et ses premiers signes, y compris :
 - Des contractions régulières, devenant de plus en plus douloureuses
 - Une douleur dans le bas du dos (douleur lombaire)
 - La perte du bouchon muqueux, qui se produit chez une partie des femmes avant le début du travail : ce sont des glaires souvent mêlées avec un peu de sang
 - La rupture des membranes avec la perte du liquide amniotique
- La douleur de l'accouchement, les méthodes d'analgésie

Les professionnels de santé peuvent profiter des visites prénatales pour insister sur l'importance du bien-être durant la grossesse, dont la nutrition, la prévention de l'anémie, la prophylaxie du

paludisme et les soins essentiels du nouveau-né, y compris l'allaitement et l'espace des naissances (contraception).

Préparation à l'accouchement et aux soins d'urgence

- Discuter le plan d'accouchement : où la femme veut-elle accoucher et par quel moyen de transport elle s'y rendra.
- Discuter avec la femme de ce qu'il faudra faire en cas d'urgence et où chercher de l'aide.
- Renseigner la femme et sa famille sur les signes de danger auxquels il faut faire attention
 - Tête : maux de tête, vision floue, convulsions, perte de connaissance.
 - Poitrine : difficultés à respirer, douleurs à la poitrine, essoufflement.
 - Abdomen : douleur intense, vomissements, douleur épigastrique.
 - Pelvis : saignements vaginaux, perte de liquide amniotique, sécrétions vaginales nauséabondes.
 - Système d'organe : fièvre élevée.

[!] Il convient de conseiller à toutes les femmes de se rendre dans un établissement de santé si elles présentent un de ces signes de danger.

À la fin de chaque visite prénatale, renseignez toutes les conclusions sur le carnet de grossesse et/ou dans les registres. S'assurer que toutes les femmes connaissent les dates prévues pour les prochaines CPN et insister sur le fait qu'elles peuvent chercher de l'aide à tout moment et pour toute préoccupation qu'elles pourraient avoir.

Chapitre 5 : Malaises courants pendant la grossesse

Dans ce chapitre, vous trouverez des informations concernant :

- Les inconforts courants que les femmes peuvent vivre pendant la grossesse
- Ce qui peut être fait à propos de ces inconforts courants
- Quels inconforts courants peuvent devenir pathologiques et nécessiter un traitement supplémentaire

Il est normal que le corps de la femme subisse de nombreux changements pendant la grossesse. Parfois, ces changements chez la femme peuvent lui causer des désagréments. Ce chapitre traite des malaises courants durant la grossesse et renseigne le professionnel de santé sur les conseils qu'il pourra donner à sa patiente. Il est également important que le professionnel de santé sache reconnaître les symptômes devenus pathologiques et nécessitant un traitement supplémentaire ou un renvoi vers un spécialiste. Ce chapitre présente tous les problèmes courants de la grossesse, par système organique. Ces problèmes courants peuvent se produire à tout moment de la grossesse.

Il existe plusieurs troubles communs de la grossesse liés au système gastro-intestinal :

- Le reflux/les brûlures d'estomac
- Nausées et vomissements
- La constipation
- Les hémorroïdes

Les brûlures d'estomac

Les brûlures d'estomac sont courantes pendant la grossesse et peuvent se produire au cours de tous les trimestres, en augmentant en intensité vers la fin de la grossesse. Elles sont caractérisées par une sensation de brûlure ou de douleur dans le ventre ou entre les seins, qui peut être accompagnée par des remontées acides. Les brûlures d'estomac sont liées à la progestérone qui provoque le relâchement des muscles lisses. Elles deviennent plus fréquentes au cours de la grossesse, alors que l'utérus s'agrandit et déplace l'estomac de la femme vers une position plus élevée que d'habitude. Un reflux acide peut alors survenir et causer une sensation de brûlure. La motilité intestinale réduite et la vidange gastrique peuvent également contribuer à la survenue de brûlures d'estomac pendant la grossesse. Ce désagrément n'est pourtant pas dangereux et disparaît généralement après l'accouchement.

Les symptômes de brûlures d'estomac peuvent ressembler à une douleur épigastrique associée à une pré-éclampsie. Si la femme présente de nouvelles douleurs épigastriques après 20 semaines de grossesse, exclure la pré-éclampsie par la vérification de la pression artérielle, l'analyse des urines, l'évaluation de la croissance fœtale, la recherche de symptômes d'une pré-éclampsie et faire un bilan sanguin de base.

Conseils diététiques

- Éviter les aliments qui irritent l'estomac, par ex. aliments gras et épicés, café.
- Manger des petites portions plus souvent, plutôt que des grandes portions moins souvent.
- Éviter de manger et de boire en même temps pour réduire le volume de l'estomac.
- Éviter de manger tard le soir ou dans les 3 heures avant de se coucher.
- Adopter une position semi-assise, tête relevée soutenue par des coussins, pour dormir ou se reposer.

Traitement à l'aide d'antiacides.

- Des antiacides simples peuvent être pris par intermittence.
- Les antiacides liquides sont plus efficaces que les antiacides solides.
- Éviter de prendre un antiacide en même temps qu'un comprimé de fer car l'acide gastrique facilite l'absorption du fer. Espacer les prises d'antiacide et les comprimés de fer d'au moins une heure.
- Les traitements efficaces de première ligne – tels que les acides à base de calcium ou de magnésium ex. du Gaviscon ou du trisilicate de magnésium – sont considérés sans danger pendant la grossesse.
- Soigner efficacement le reflux gastro-œsophagien avec 150mg de ranitidine deux fois par jour si le traitement de première ligne ne marche pas.
- Pour les symptômes plus graves, de l'oméprazole peut être prescrit après un examen médical.

Nausées et vomissements

Un grand nombre de femmes présentent des nausées au cours du premier trimestre de leur grossesse, et la moitié des vomissements. Les nausées et les vomissements sont plus courants lors d'une grossesse multiple, une grossesse molaire, ou s'ils existent des antécédents lors d'une grossesse précédente. Les nausées et vomissements sont intimement liés à l'augmentation du taux de β hCG au début de la grossesse.

Prise en charge des nausées

Informez les femmes et les rassurez sur le fait que les nausées et les vomissements sont fréquents en début de grossesse, qu'ils s'arrêtent habituellement spontanément après 16 à 20 semaines et qu'ils ne sont pas associés à des problèmes de grossesse. Rassurez la patiente en lui disant que cette phase va naturellement s'améliorer et essayer de dissiper son anxiété.

Encourager la femme à essayer les remèdes ci-dessous :

- Manger des aliments qui contiennent des protéines avant le coucher ou pendant la nuit, tels que des haricots, des fruits à coque ou du fromage.
- Manger quelques bananes, du pain sec ou d'autres céréales le matin au réveil.
- Manger plusieurs petits repas plutôt que deux ou trois grands repas, prendre souvent de petites gorgées de liquide.
- Boire un verre de thé à la menthe, à la cannelle ou au gingembre deux ou trois fois par jour, entre les repas.

Hyperémèse gravidique

C'est un trouble de grossesse rare. Ce trouble se caractérise par des vomissements et nausées prolongés qui conduisent à une déshydratation, une cétose et des troubles hydroélectrolytiques (Chapitre 6).

La constipation

La constipation (difficulté à aller à la selle) est fréquente durant la grossesse. Elle est la conséquence de l'action de la progestérone sur la motilité intestinale. La constipation durant la grossesse est aggravée par les compléments en fer.

Prise en charge

Pour éviter ou soigner la constipation, une femme peut :

- Manger plus de fruits et légumes
- Manger des céréales complets (du riz brun et du blé complet, à la place du riz blanc et du pain blanc)
- Boire au moins huit verres d'eau par jour
- Marcher, bouger et faire de l'exercice tous les jours
- Il vaut mieux éviter les laxatifs et les médicaments pour ramollir les selles durant la grossesse
- Des laxatifs stimulants tels que le bisacodyl, le séné et le docusate de sodium sont plus efficaces chez les femmes qui ne répondent pas aux changements diététiques, que les laxatifs de lest tels que le psyllium (Fybogel).

Les hémorroïdes

Les hémorroïdes sont des veines dilatées de l'anus, qui provoquent souvent une sensation de brûlure et des démangeaisons. Elles peuvent saigner quand la femme va à la selle, en particulier si elle est constipée. Des positions assises ou debout prolongées peuvent aggraver les hémorroïdes. Rassurer les femmes en leur faisant comprendre que les hémorroïdes se résorberont actuellement après l'accouchement.

Prise en charge

- Les femmes doivent savoir que la prévention de la constipation permet de soulager les hémorroïdes.
- La crème topique standard contre les hémorroïdes peut être utilisée si les démangeaisons anales et la douleur persistent
- Dans de rares cas, un prolapsus ou une thrombose hémorroïdaire nécessitent une ablation chirurgicale.

Douleurs musculo-squelettiques et lombaires

Douleurs lombaires et articulaires

Les lombalgies sont très fréquentes pendant la grossesse. La relaxine est une hormone sécrétée par les ovaires et le placenta, ayant des effets importants sur le système reproducteur de la femme et sur la grossesse. Au cours du troisième trimestre, la relaxine provoque l'assouplissement des ligaments pelviens et des articulations. Cela exerce une pression sur les

articulations du bas du dos et de la ceinture pelvienne, ce qui peut entraîner un mal de dos. Rester debout, se pencher vers l'avant et travailler dur physiquement peuvent également entraîner des lombalgies.

Prise en charge

- Des exercices aquatiques réguliers, des massages thérapeutiques ou des séances de kinésithérapie peuvent aider à soulager la douleur du dos.
- Appliquer du chaud sur le bas du dos ex. massages, bouteille d'eau chaude ou des vêtements chauds.
- Une prise régulière de simples antidouleurs ex. paracétamol est sans danger pour la grossesse et s'avère efficace.
- Réduire les travaux difficiles, ex. lever des choses lourdes, rester debout ou assise longtemps.

Dysfonctionnement de la symphyse pubienne (DSP)

Le DSP recouvre l'ensemble des signes et symptômes d'inconfort/gêne et de douleur dans la région du bassin irradiant vers le haut des cuisses et le périnée, ainsi qu'une sensibilité des os pubiens au toucher. Les symptômes s'aggravent au mouvement, ex. en marchant ou montant l'escalier, et s'atténuent avec du repos. Le DSP est plus fréquent au cours du deuxième et troisième trimestre. Les symptômes peuvent devenir très invalidants, certaines femmes peuvent être amenées à utiliser des béquilles.

Prise en charge

- Un simple soulagement de la douleur, un maintien pelvien et des mots rassurants peuvent offrir un certain soulagement.
- Un corset ou une ceinture de grossesse peuvent être portés autour des hanches.

Maux de tête

Les maux de tête sont fréquents pendant la grossesse, mais habituellement inoffensifs. Cependant, la survenue de céphalées pendant la grossesse doit faire rechercher des causes comme la pré-éclampsie, plus particulièrement si la pression artérielle est élevée ou si le visage ou les mains sont enflés.

Les professionnels de santé doivent dépister l'hypertension chez toutes les femmes qui souffrent de maux de tête et les adresser au professionnel de santé approprié si une hypertension est associée. Voir Chapitre 6 pour plus d'informations sur le dépistage et le traitement.

Si une pré-éclampsie est écartée, donner de simples analgésiques et s'assurer que la femme boit suffisamment d'eau au quotidien. Planifier le suivi en CPN pour la femme si les maux de tête persistent

Douleurs abdominales

De nombreuses femmes souffriront de douleurs abdominales légères en raison des modifications physiologiques de la grossesse. Des complications comme l'appendicite et la cholestase gravidique peuvent être difficiles à diagnostiquer lors de la grossesse, car leurs symptômes ressemblent aux malaises normaux d'une grossesse.

Le timing des douleurs abdominales par rapport au stade de la grossesse fournit des informations clés pour diagnostiquer des pathologies comme le travail prématuré. Un historique détaillé et un examen sont essentiels pour diagnostiquer la cause des douleurs abdominales lors d'une grossesse.

- **Douleur du ligament rond** : Elle apparaît comme une douleur aiguë quand la femme change de position, ou peut aussi être une douleur légère, sourde et durable. La douleur du ligament rond est causée par les deux grands ligaments qui relient l'utérus à l'aine. Quand l'utérus grandit, ces ligaments s'étirent et provoquent un inconfort. Cette douleur apparaît généralement lors du deuxième trimestre et est considérée sans danger.
- **Contractions de Braxton Hicks** : En fin de grossesse, de nombreuses femmes rapportent des contractions qui ressemblent à des contractions des muscles de l'abdomen, appelées contractions de Braxton Hicks. Il est important de différencier les contractions de Braxton Hicks des vraies contractions. Les vraies contractions seront rapprochées, dureront plus longtemps et seront douloureuses. Une femme avec de vraies contractions aura en général le souffle coupé, il convient donc de leur dire que si elles sont en mesure de continuer ce qu'elles sont en train de faire, ce sont très probablement des contractions de Braxton Hicks. Les contractions de Braxton Hicks sont parfois provoquées par la déshydratation, il convient donc de dire aux femmes de boire suffisamment d'eau afin de maintenir un niveau d'hydratation adéquat pour éliminer ce problème.
- En plus des causes mentionnées ci-dessus, il existe d'autres malaises abdominaux courants que les femmes peuvent subir pendant la grossesse et qui sont normalement sans danger. L'utérus qui grossit, des calculs rénaux, des fibromes et des intolérances alimentaires peuvent également causer des maux de ventre qui sont sans danger. Bien que de nombreuses femmes qui souffrent de douleurs abdominales vivent des grossesses sans complications, il peut arriver que les douleurs abdominales représentent un vrai risque. Les femmes doivent être prévenues qu'il est impératif de contacter immédiatement un professionnel de santé si elles présentent l'un des symptômes ci-dessous.

[!] Il convient de conseiller à toutes les patientes de contacter sans délai un professionnel de santé si l'un des symptômes ci-dessous se présente et s'il est accompagné d'une douleur ou d'un malaise abdominal :

- Douleur sévère ou persistante
- Saignement vaginaux léger ou abondant
- Fièvre
- Frissons
- Sécrétions vaginales
- Étourdissements
- Gêne à uriner
- Nausées et vomissements

Varices

Les varices sont des veines dilatées qui apparaissent très fréquemment sur les jambes pendant la grossesse. Jusqu'à 40% des femmes enceintes peuvent développer des varices. L'augmentation du volume sanguin pendant la grossesse et l'action de la progestérone qui assouplit les parois des veines entraînent une pression plus importante sur les veines. Souvent, l'aspect des varices s'améliore trois à quatre mois après la naissance. Porter des bas de compression et soulever les jambes dès que possible apporte un certain confort aux femmes.

Prise en charge

- Soulever les jambes au repos.
- Éviter de rester debout ou immobile trop longtemps.
- Éviter des vêtements trop serrés ou trop étroits.
- Des exercices réguliers améliorent la circulation sanguine. Encourager la femme à faire des exercices de flexion des pieds tous les jours pendant au moins 30 minutes.
- Un bas de compression peut diminuer l'enflure et la douleur des jambes mais doit être retiré la nuit.
- Conseiller aux femmes de se mettre sur leur côté gauche quand elles s'allongent longtemps car cette position réduit la pression exercée sur les veines des jambes et des pieds (la veine cave inférieure se trouve à droite, donc en s'allongeant sur le flanc gauche on enlève le poids de l'utérus).

Crampes dans les jambes

Beaucoup de femmes enceintes souffrent de crampes aux pieds ou aux jambes (forte douleur soudaine et contraction d'un muscle). Ces crampes surviennent surtout pendant la nuit ou quand les femmes s'étendent et pointent les orteils. Pour arrêter une crampe, fléchissez le pied (pointer le vers le haut) et masser doucement la jambe pour la détendre. Manger plus d'aliments riches en calcium et potassium peut soulager les crampes (ex. du lait et du fromage).

Œdème

Avoir les pieds et les chevilles enflés est très courant lors d'une grossesse, en raison des œdèmes et de la rétention d'eau dans les tissus. Sous l'effet de la gravité, ces eaux tendent à descendre dans les pieds. Conseiller à la femme de s'asseoir en surélevant les pieds aussi souvent que possible, pour permettre aux eaux d'être réinjectées dans le système circulatoire. Le gonflement des pieds n'est généralement pas douloureux. Cependant, si les œdèmes aux chevilles ne réduisent pas pendant la nuit et/ou si vous remarquez un gonflement des mains et du visage, cela peut être un signe de pré-éclampsie (Chapitre 9).

Prise en charge

Le gonflement des pieds peut diminuer si la femme surélève ses pieds au moins deux ou trois fois par jour.

Syndrome du canal carpien

L'œdème dû à la grossesse peut contribuer à une compression du nerf médian dans le canal carpien de la main. Les symptômes sont localisés dans la partie radiale de la main et incluent l'engourdissement, une sensation de brûlure et un fourmillement qui peut perturber la fonction moteur et sensorielle de la main.

Prise en charge

- Attelle pour le poignet.
- Analgésique, par exemple du paracétamol.
- Des injections de corticoïdes sont parfois utilisées dans des cas sévères, sous la surveillance d'un spécialiste.

Prurit pendant la grossesse

Certaines femmes souffrent de prurit pendant la grossesse. Il peut être dû à :

- Une maladie de la peau préexistante, comme l'eczéma ;
- Une maladie concomitante développée pendant la grossesse, comme la gale ou la candidose vulvo-vaginale ;
- Un certain nombre de maladies associées à la grossesse, telle que la cholestase gravidique.

La majorité des cas de démangeaisons pendant la grossesse est due au prurit gestationnel ; les démangeaisons commencent au cours du deuxième ou du troisième trimestre. Le prurit correspond à des démangeaisons sans qu'une éruption cutanée ou qu'une des causes mentionnées ci-dessus soit identifiée. Les démangeaisons sont souvent localisées sur l'abdomen, les paumes des mains, la plante des pieds ou sur tout le corps. Elles disparaissent rapidement après l'accouchement et le traitement, si nécessaire, dépend des symptômes. Les démangeaisons peuvent être dues également à la cholestase gravidique, qui est un diagnostic d'élimination (Chapitre 9).

Prise en charge

- Se baigner moins souvent, si possible, car le lavage dessèche la peau. La femme peut laver les aisselles, la région génitale et sous les seins tous les jours, mais les autres parties de la peau ne peuvent être lavées que 2 à 3 fois par semaine.
- Utiliser de l'eau froide ou tiède (l'eau chaude peut être desséchante).
- Éviter les bains moussants, les savons et les produits parfumés.
- Éviter d'essuyer la peau énergiquement ; plutôt, tapoter délicatement avec la serviette.
- Une douche froide peut soulager les démangeaisons à court terme mais des douches trop fréquentes doivent être évitées car elles peuvent dessécher la peau.
- Les ongles doivent être coupés court pour minimiser le risque d'endommager la peau en se grattant. Il est conseillé de se frotter la peau plutôt que de la gratter si l'envie de soulager la démangeaison ne peut pas être ignorée.
- Privilégier des vêtements qui n'irritent pas la peau (comme du coton ou de la soie), en évitant la laine ou le synthétique.
- La nourriture épicée, l'alcool ou la caféine doivent être évités car ils peuvent entraîner une vasodilatation qui peut stimuler les démangeaisons.

Mictions fréquentes

L'envie fréquente d'uriner est une plainte courante tout au long de la grossesse, en particulier dans les premiers et derniers mois. Cela se produit parce que le fœtus en pleine croissance et l'utérus appuient sur la vessie. Cela s'arrêtera une fois le bébé né.

Prise en charge

Si la femme doit se lever dans la nuit pour aller aux toilettes, lui conseiller de boire moins tard le soir, en buvant beaucoup tout au long de la journée. Plus tard dans la grossesse, certaines femmes trouvent utile de basculer d'avant en arrière assises sur les toilettes. Cela allège la pression que l'utérus exerce sur la vessie, ce que permet de la vider correctement. Si uriner est douloureux, démange ou brûle, la femme peut souffrir d'une infection urinaire. Le diagnostic et la prise en charge des infections des voies urinaires sont traités dans le Chapitre 7.

Sécrétions vaginales

Les femmes enceintes ont souvent des sécrétions vaginales plus abondantes en s'approchant de la fin de leur grossesse. Les sécrétions peuvent être claires ou jaunâtres. C'est normal. Pourtant, les sécrétions peuvent également être le signe d'une infection si elles sont blanches, grises, vertes, grumeleuses, malodorantes ou si le vagin démange ou brûle.

Prise en charge

Les femmes devraient être informées des changements physiologiques des sécrétions vaginales normales lors de la grossesse. Si la femme est préoccupée par la quantité, la couleur ou l'odeur de ses sécrétions vaginales, elle devrait être contrôlée pour une possible Infection Sexuellement Transmissible (IST) (Chapitre 8).

Santé mentale

Avant, pendant et après la grossesse, la femme peut vivre un large éventail de problèmes de santé mentale. Ces troubles ont de vastes conséquences sur la femme et sa famille, particulièrement s'ils ne sont pas traités. La dépression du post-partum est bien connue, mais beaucoup de femmes présentent aussi d'autres troubles mentaux, allant d'états d'anxiété – tels que le trouble de stress post-traumatique – à la psychose post-partum (Chapitre 14).

Beaucoup de femmes s'inquiètent lorsqu'elles sont enceintes, en particulier au sujet de la santé du bébé et de l'accouchement. Les soucis d'une femme au sujet d'autres problèmes dans sa vie peuvent aussi se renforcer lorsqu'elle est enceinte. Les femmes qui ressentent ces inquiétudes ont besoin de soutien émotionnel, d'une personne pour les écouter et les encourager à retrouver des pensées positives. Elles peuvent aussi avoir besoin d'aide pour régler les problèmes qu'elles rencontrent, par exemple des changements dans leurs relations avec leurs maris/compagnons et/ou des soucis financiers.

Chapitre 6 : Troubles médicaux pendant la grossesse

Dans ce chapitre, vous trouverez des informations concernant :

- Le système digestif (hyperémèse gravidique)
- Le système cardio-respiratoire (troubles de l'hypertension, asthme, maladies thrombotiques veineuses et maladies cardiaques)
- Le système endocrinien (diabète, hyperthyroïdie, hypothyroïdie)
- Le système nerveux (épilepsie)
- Le système hématologique (anémie, drépanocytose et thalassémie, maladie hémolytique ou du rhésus)

Hyperémèse gravidique

Définition

L'hyperémèse gravidique est une forme sévère de nausées et de vomissements durant la grossesse, qui touche environ 0,3% à 36% des femmes enceintes et ce, généralement dans le premier trimestre de la grossesse. Dans les cas graves, il y a une déshydratation, une cétose, un déséquilibre électrolytique et une perte de poids. Pendant l'inanition (à cause des nausées et vomissements prolongés), le corps décompose des protéines dans les muscles pour produire de l'énergie, ce qui entraîne la production de cétones qui peuvent être facilement détectées dans les urines par un simple test. Si une femme est sévèrement déshydratée, elle doit être admise dans un établissement de santé pour recevoir une réhydratation et des médicaments par voie intraveineuse.

Analyses

- Formule sanguine complète – l'hématocrite confirmera la gravité de la déshydratation et donnera la numération de leucocytes, qui servira à exclure une infection
- Urée et électrolytes – Sert de base de référence et guide la réhydratation intraveineuse
- Test de la fonction thyroïdienne – seulement si une hyperthyroïdie est suspectée
- Bandelettes d'analyse d'urine et culture d'urine – confirmer la gravité de la cétose et exclure l'infection.
- Tests de la fonction hépatique – des vomissements prolongés peuvent entraîner des anomalies des tests de la fonction hépatique. Celles-ci sont souvent transitoires et réversibles.
- Échographie, si disponible :
 - Confirmer une grossesse intra-utérine viable
 - Exclure une grossesse multiple
 - Exclure une grossesse molaire

Traitement

- Liquides par voie intraveineuse – solution de Hartmann (aussi appelée solution Ringer Lactate) ou solution saline à 0,9% avec 20mmol ou 40mmol de chlorure de potassium (KCl) ajoutés selon la gravité de l’hypokaliémie.
- Antiémétiques – des antiémétiques de première intention sont la prométhazine et la cyclizine ; des antiémétiques de deuxième intention sont le métoclopramide et la prochlorpérazine. Dans les cas difficiles, un court traitement par stéroïdes peut être suivi.
- Traitement par thiamine – des suppléments peuvent être donnés, comme du pabrinex par voie intraveineuse (si disponible).
- Envisager une thromboprophylaxie, si disponible.
- Introduction progressive de l’apport orale.

Hypertension pendant la grossesse

L’hypertension est fréquente pendant la grossesse et définie comme une pression artérielle (PA) >140/90mmHg mesurée à au moins deux reprises et à au moins quatre heures d’intervalle, ou une mesure de >170/110mmHg. Mesurer régulièrement la PA et analyser les urines à la recherche de protéinurie sont des moyens efficaces de diagnostiquer les problèmes d’hypertension. La reconnaissance et la prise en charge de la pré-éclampsie sont présentées au Chapitre 9.

Définition

- **Hypertension chronique/préexistante** : Il s’agit de l’hypertension diagnostiquée avant la grossesse ou avant 20 semaines d’âge gestationnel. Elle est fréquente et affecte à peu près 10% des femmes.
- **Hypertension artérielle (HTA) gravidique (gestationnelle)** : Il s’agit de l’hypertension qui se développe après 20 semaines, qui disparaît après l’accouchement et n’est pas associée à une protéinurie. Celle-ci touche à peu près 5% des femmes.

Mesurer la PA

- Toujours vérifier la pression artérielle manuellement, au début
- S’assurer que la femme est reposée, que son bras droit est relâché et repose sur un support pour qu’il se trouve au niveau du cœur.
- Utiliser un brassard à la bonne taille.
- Prendre au moins deux mesures sur le même bras.
- Vérifier la gravité de l’hypertension.

Tableau 6.1 Classification de l’hypertension

	Diastolique (mmHg)	Systolique (mmHg)
Légère	90-99	140-149
Modérée	100-109	150-159
Sévère	≥110	≥160

Prise en charge

Tableau 6.2 Prise en charge de l'hypertension

Prise en charge	Gravité de l'hypertension		
	Légère	Modérée	Sévère
Mesure de la PA	Une fois par semaine	Deux fois par semaine	4 fois par jour
Mesure de la protéinurie	À chaque visite	À chaque visite	Quotidiennement
Analyse de sang	Seulement pour les soins courants	Urée et électrolytes, tests de la fonction hépatique et urate (si disponible).	Tester toutes les semaines : Formule sanguine complète, urée et électrolytes, tests de la fonction hépatique et urate (si disponible).
Admission dans un établissement de santé	Non	Oui, pour observation, surveillance de la PA et pour exclure une protéinurie. Sortie si la PA est sous contrôle et qu'il n'y a pas de protéinurie.	Oui, jusqu'à ce que la PA soit à 159/109 ou moins s'il n'y a pas de protéinurie.

Traitement

Traiter toutes les femmes présentant une hypertension sévère ($\geq 160/110$).

- Première intention – méthyldopa : dose de charge 500mg per os (par voie orale) suivie de 250mg deux fois par jour jusqu'à 1g per os trois fois par jour en fonction de la tension artérielle.
- Deuxième intention : nifédipine : comprimés à libération prolongée 10mg per os (deux fois par jour), jusqu'à 40mg per os deux fois par jour, en fonction de la tension artérielle.
- Troisième intention : labétalol : 100mg per os (deux fois par jour), jusqu'à 200mg per os trois fois par jour. À éviter chez les asthmatiques.

La surveillance des femmes souffrant d'hypertension artérielle gravidique est importante, car il existe un risque d'éclampsie. Éduquer les femmes pour qu'elles comprennent les signes de danger de l'éclampsie (voir le Chapitre 9) :

- Maux de tête, en particulier frontaux
- Troubles visuels, vision floue ou éclairs de lumière
- Douleurs épigastriques
- Œdème central

Diabète

Le diabète peut exister avant la grossesse (diabète de type 1 et diabète de type 2) ou peut se développer pendant la grossesse (diabète gestationnel).

Le diabète préexistant est un syndrome métabolique caractérisé par une hyperglycémie causée par une insuffisance en insuline ou une insensibilité à l’insuline. La prévalence est estimée à 0,4% des grossesses.

Définitions

1. Diabète de type 1 – il est dû à une insuffisance en insuline, en raison d’une réaction auto-immune contre les cellules des îlots pancréatiques.
2. Diabète de type 2 – il est dû à une résistance à l’insuline et il est associé au vieillissement et à l’obésité.
3. Le diabète gestationnel est défini comme tout degré d’intolérance au glucose entraînant une hyperglycémie qui est identifiée pour la première fois pendant la grossesse. Le diabète gestationnel représente jusqu’à 90% des cas de diabète pendant la grossesse.

Tableau 6.3 : Complications possibles du diabète pendant et après la grossesse

Bébé en développement/nouveau-né	Femme
<ul style="list-style-type: none"> ■ Malformations congénitales (malformations cardiaques ou malformations du tube neural, fausse couche spontanée) ■ Accouchement prématuré ■ Macrosomie ■ Mort-né ■ Complications chez le nouveau-né : Détresse respiratoire, hypoglycémie, polyglobulie, hypocalcémie néonatale, ictère néonatal 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hypertension chronique ■ Dysfonctionnement rénal ■ Pré-éclampsie ■ Hydramnios ■ Risque accru de césarienne ■ Dystocie des épaules

Effet de la grossesse sur le diabète

- Une détérioration de la tolérance au glucose peut se produire pendant la grossesse et une surveillance rigoureuse de la glycémie est nécessaire pour adapter le traitement aux besoins.
- Certaines complications (par exemple une rétinopathie dans les cas de diabète de type 1) peuvent s’aggraver pendant la grossesse.

Diagnostic du diabète gestationnel

On estime qu’une régulation anormale du glucose maternel se produit dans 3 à 10% des grossesses. Le dépistage du diabète pendant la grossesse peut se faire de différentes façons.

Les facteurs de risque comprennent :

- IMC supérieur à 30kg/m²
- Antécédents de diabète gestationnel ;
- Antécédents de macrosomie ;
- Antécédents familiaux de diabète ;
- Origine ethnique présentant une forte prévalence du diabète (par exemple population sud-asiatique).

Un diabète gestationnel est suspecté si :

- Il y a des symptômes de diabète (polyurie, polydipsie, et/ou perte de poids inexplicée)
- La glycémie à jeun est supérieure à 7,8mmol/l

S'il y a un facteur de risque ou si un diabète gestationnel est suspecté, un test de tolérance au glucose (hyperglycémie provoquée par voie orale) pourra alors être envisagé entre 24 et 28 semaines de gestation (ou 16-18 semaines en cas d'antécédents de diabète gestationnel). Un diabète gestationnel (ou une diminution de la tolérance au glucose) peut être diagnostiqué grâce à un test de tolérance au glucose donnant une des valeurs suivantes :

- Une glycémie à jeun supérieure ou égale à 5,6mmol/L où
- Une glycémie à deux heures supérieure ou égale à 7,8mmol/L

Il n'existe pas de standard international unique concernant l'utilisation de la glycémie à jeun, de la glycémie aléatoire ou de la glycosurie (bandelettes urinaires) pour le diagnostic du diabète gestationnel.

Principes de la prise en charge des diabètes de type 1 et de type 2 pendant la grossesse

Les principes de la prise en charge des diabètes de type 1, de type 2 et le diabète gestationnel sont comparables et tous nécessitent de référer les patientes et d'augmenter le suivi. Pour les femmes présentant un diabète préexistant, les soins prénatals doivent être supervisés par des spécialistes puisqu'il y a un plus grand risque de complications.

Pour le diabète gestationnel, une fois diagnostiqué, un bon contrôle du glucose est important, que ce soit par le régime alimentaire seul ou en combinaison avec de la metformine ou de l'insuline, ainsi qu'un suivi par un spécialiste. Il est important de conseiller les femmes en matière d'alimentation et de mode de vie, en plus de leur administrer des médicaments.

Soins avant la conception

- Idéalement, une femme avec un diabète préexistant aurait reçu lors des soins avant la conception des conseils concernant l'importance d'un bon contrôle glycémique avant la conception et tout au long de la grossesse, pour réduire les risques d'issues fœtales et néonatales indésirables.
- Si possible, offrir la mesure mensuelle de l'hémoglobine glycosylée (HbA1c)
- Conseiller aux femmes de maintenir une HbA1c en dessous de 6,1%
- Conseiller aux femmes ayant une HbA1c supérieure à 10% d'éviter de tomber enceintes, jusqu'à ce que le contrôle se soit amélioré

Soins prénatals

Idéalement, les soins doivent être donnés par un médecin spécialisé dans la prise en charge du diabète, en conjonction avec des professionnels de la santé maternelle. Les femmes souffrant de diabète doivent se rendre à des visites anténatales toutes les semaines ou toutes les deux semaines pour évaluer leur contrôle glycémique. Les femmes souffrant de diabète ont besoin de bandelettes de test et d'un journal pour noter leurs taux de glucose avant les repas et ce, trois fois par jour au minimum.

- Avant ou au moment où la grossesse est confirmée : arrêter les agents hypoglycémiques par voie orale, sauf la metformine, et commencer l'insuline si nécessaire.
- Pendant la grossesse, essayer de maintenir une glycémie à jeun entre 3,5 et 5,9mmol/l et une glycémie postprandiale à deux heures inférieure à 7,8mmol/l.

- Les femmes et leurs familles doivent être prévenues des symptômes de l’hypoglycémie et conseillées d’avoir tout le temps avec elles des boissons très sucrées en cas d’hypoglycémie sévère.
- Identifier et traiter les infections, par exemple les infections des voies urinaires.
- Surveiller la croissance fœtale cliniquement ou par échographie.
- Augmenter la fréquence des visites et surveiller la glycémie à chaque visite.
- Le déclenchement du travail est recommandé autour de 38 semaines chez les femmes présentant un mauvais contrôle glycémique et une macrosomie diagnostiquée.
- Rester vigilant par rapport au besoin d’un accouchement chirurgical, au risque de dystocie des épaules, de déchirure vaginale, d’hémorragie du postpartum chez les femmes enceintes d’un bébé macrosomie (>4,5kg).

Maladies thyroïdiennes pendant la grossesse

La thyroïde est une glande endocrinienne située dans le cou. Elle produit deux hormones qui sont sécrétées dans le sang : la thyroxine (T4) et la triiodothyronine (T3). Ces hormones sont nécessaires pour que toutes les cellules de l’organisme fonctionnent normalement.

Les maladies thyroïdiennes sont peu fréquentes, mais ne sont pas bien décelées actuellement dans les milieux à faibles ressources.

Tableau 6.4 : Maladies thyroïdiennes pendant la grossesse

	Hyperthyroïdie	Hypothyroïdie
Définition	L’hyperthyroïdie est un état où les hormones thyroïdiennes sont en excès à cause d’une suractivité de la thyroïde.	L’hypothyroïdie est un état où les hormones thyroïdiennes sont en quantité insuffisante à cause d’une sous-activité de la thyroïde.
Incidence	0,2% des grossesses	1% des grossesses
Cause	Maladie de Basedow (maladie de Graves) – une maladie auto-immune qui entraîne une croissance importante de la thyroïde	Généralement, les maladies auto-immunes entraînent une hypothyroïdie, par exemple : Thyroïdite de Hashimoto Thyroïdite atrophique
Risques pour la grossesse	Risque accru de fausse couche, de retard de croissance intra-utérin, d’un début du travail avant le terme. Une hyperthyroïdie non traitée peut entraîner une mortalité périnatale.	Risque accru de fausse couche, pré-éclampsie, petit poids pour l’âge gestationnel, mortalité, problèmes de développement neurologique.
Symptômes	Intolérance à la chaleur Palpitations et tachycardie Vomissements Sautes d’humeur Perte de poids	Intolérance au froid Léthargie, fatigue Peau sèche, constipation Rétention d’eau Gain de poids
Signes	Érythème palmaire Tremblements Modifications oculaires – asynergie oculopalpébrale, rétraction de la paupière	Goitre

Analyses	Tests de la fonction thyroïdienne Augmentation de la T4 libre ou de la T3 libre et augmentation de la thyroïdostimuline	Tests de la fonction thyroïdienne Diminution de la T4 libre ou/et augmentation de la TSH – thyroïdostimuline
Prise en charge	Idéalement, demander conseil à un médecin ou orienter la patiente vers un médecin Thioamides par voie orale – par exemple 40mg de carbimazole ou 400mg de propylthiouracile (PTU) par jour et pendant 4 à 6 jours, puis diminuer la dose selon les résultats des tests de la fonction thyroïdienne. Vérifier les résultats des tests de la fonction thyroïdienne tous les trimestres et après l'accouchement	Idéalement, demander conseil à un médecin ou orienter la patiente vers un médecin Thyroxine 100-200 microgrammes/jour et titrer selon les résultats des tests de la fonction thyroïdienne Vérifier les résultats des tests de la fonction thyroïdienne tous les trimestres et après l'accouchement

Asthme

L'asthme est une bronchoconstriction chronique, réversible et potentiellement mortelle, touchant environ 4% des femmes enceintes et caractérisée par un ou plusieurs des symptômes suivants :

- Respiration sifflante
- Essoufflement
- Toux
- Constriction thoracique

Les symptômes sont souvent plus marqués la nuit ou tôt le matin, ou provoqués par l'exposition à des allergènes spéciaux, à l'exercice ou au froid, ou aggravés par des médicaments y compris l'aspirine et d'autres médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (diclofénac) ou bêta-bloquants (labétalol). Les déclencheurs incluent la poussière, l'exercice, l'air froid, le pollen. Souvent, il y a des antécédents personnels ou familiaux d'asthme, d'eczéma ou d'allergies.

Diagnostic

La spirométrie est la méthode de référence pour mesurer le débit expiratoire de pointe (DEP). Les valeurs normales sont ajustées selon la taille et l'âge. La spirométrie fait partie de l'évaluation de la fonction respiratoire qui est effectuée par un spécialiste.

Asthme pendant grossesse

Dans la plupart des cas, l'asthme ne pose pas de problème majeur pendant la grossesse, mais pour quelques femmes, il peut s'aggraver et engager le pronostic vital. Il est important de savoir reconnaître quand l'état s'aggrave et de prendre des mesures appropriées. Un asthme mal géré peut augmenter le risque de travail avant le terme, de retards de croissance intra-utérin, d'hypoxie fœtale et de mort du fœtus in utero.

Les changements physiologiques de la grossesse peuvent être problématiques pour une patiente asthmatique. Comme le diaphragme est poussé vers le haut par la croissance de l'utérus, la patiente peut ressentir une baisse de la capacité pulmonaire, aggravant les effets d'une baisse du

débit expiratoire de pointe (DEP). Le DEP peut être exprimé en pourcentage du meilleur débit antérieur de la femme. Une baisse de 20% ou plus représente une aggravation sévère de l'asthme.

Asthme aigu grave

N'importe lesquels des symptômes suivants :

- Respiration sifflante prononcée/essoufflement/toux/constriction thoracique
- Incapacité de terminer des phrases en une respiration
- Épuisement, niveau de conscience altéré

Signes

- Fréquence respiratoire ≥ 25 /min ou augmentation de l'effort respiratoire
- Rythme cardiaque ≥ 110 /min
- Saturation en oxygène $SpO_2 < 92\%$
- DEP inférieur à 33-50% du meilleur DEP ou du DEP prédit
- Thorax silencieux
- Cyanose
- Arythmie cardiaque
- Hypotension

Diagnostic différentiel de l'asthme grave

- Considérer une anémie sévère
- Considérer une tuberculose
- Considérer une embolie pulmonaire
- Considérer une infection des voies respiratoires inférieures

Traitement de l'asthme léger : conseils renforcés

- **Étape 1.** Asthme intermittent léger

Bêta-agoniste (bronchodilatateur) à courte durée d'action, administré par inhalation selon les besoins (inhalateur de salbutamol ou de terbutaline).

- **Étape 2.** Traitement préventif régulier

Ajouter 200-800 microgrammes de corticostéroïdes en inhalation par jour.

- **Étape 3.** Traitement initial d'appoint

Bêta-agonistes à action prolongée, augmenter les stéroïdes administrés par inhalation jusqu'à 800 microgrammes par jour, si nécessaire.

Si le contrôle est encore insuffisant, arrêter les bêta-agonistes à action prolongée et ajouter un antagoniste des récepteurs de leucotriène (ARL) ou de la théophylline à libération prolongée.

- **Étape 4.** Mauvais contrôle persistant

Augmenter les stéroïdes par inhalation à 2000 microgrammes par jour, ajouter un quatrième médicament, par exemple ARL ou théophylline à libération prolongée ou un bêta-agoniste par voie orale.

- **Étape 5.** Utilisation continue de stéroïdes par voie orale

Ajouter le stéroïde par voie orale à la dose la plus faible, pour maintenir l'asthme sous contrôle.

[!] Les stéroïdes par voie orale et les ARL ne devraient pas être écartés pendant la grossesse s'ils sont nécessaires pour obtenir un bon contrôle. Ils ne sont pas nocifs pour le bébé en développement.

Traitement d'une femme présentant un asthme grave

L'asthme grave pendant la grossesse est une urgence médicale et les femmes auront besoin d'un traitement spécialisé. Les femmes doivent être orientées vers un établissement de santé de référence. Un apport en oxygène doit être donné pour maintenir une saturation de 94-98%, afin d'empêcher une hypoxie maternelle et fœtale.

Bêta-agonistes

- Les nébuliseurs à O₂ sont préférés – 6 L/min requis.
- Les bêta-2 agonistes sont les médicaments de première intention à donner dès que possible.
- Si la réponse est mauvaise, répéter les doses à intervalles de 15-30 minutes ou à 5-40mg/heure.

Stéroïdes

- 40-50mg de prednisolone par jour ou 400mg d'hydrocortisone par voie parentérale
- Considérer d'utiliser 160mg de méthylprednisolone par voie intramusculaire comme solution alternative.
- Le traitement doit être poursuivi pendant 5 jours ou jusqu'au rétablissement.

Après le rétablissement

- Les stéroïdes par voie orale peuvent être arrêtés si la patiente en recevait par inhalation (sauf pour celles sous traitement d'entretien.)
- Bromure d'ipratropium (0,5mg toutes les 4-6 heures) à bêta-2 agonistes pour les femmes atteintes d'asthme aigu engageant le pronostic vital.
- Sulfate de magnésium (1,2-2mg par voie IV sur une période de 20 minutes) pour les femmes ne répondant pas bien au traitement bronchodilatateur pris par inhalation.
- Aminophylline (dose de charge de 5mg/kg sur une période de 20 minutes) dans les cas d'asthme grave aigu engageant le pronostic vital.

L'asthme est une affection qui peut potentiellement menacer le pronostic vital et qui nécessite un traitement urgent et puissant. Aucun traitement ne devrait être écarté à cause de la grossesse. Le but du traitement est de rétablir rapidement le débit de pointe et la saturation en oxygène, pour empêcher des complications supplémentaires pour la femme et le bébé.

Maladie thrombotique veineuse

Les deux types de maladies thrombotiques veineuses sont la thrombose veineuse profonde (veine de la jambe ou du pelvis) et la thrombose pulmonaire. Les facteurs de risque et la prise en charge sont comparables.

Les facteurs de risque de la maladie thrombotique veineuse

- Antécédents d'événements thromboemboliques veineux – thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire.
- Femmes ayant des antécédents de thrombophilie, par exemple le syndrome des antiphospholipides
- Indice de masse corporelle (IMC) >30kg/m²
- Âge >35 ans
- Parité ≥3

- Tabagisme
- Cas sévère de varices
- Pré-éclampsie
- Grossesses multiples
- Parent proche avec des antécédents de thrombose veineuse profonde
- Anémie falciforme

Facteurs de risques transitoires

- Déshydratation importante, par exemple à la suite d'une hyperémèse
- Infection
- Déplacement sur une longue distance, en particulier en avion
- Alitement/immobilité sur une longue durée

Thrombose veineuse profonde

Définition

Une thrombose veineuse profonde se produit lorsqu'un caillot sanguin se forme dans une veine profonde du mollet ou du pelvis. Un fragment du caillot se détache et circule dans le système veineux jusqu'au cœur et de là par l'artère pulmonaire jusqu'aux poumons, où il se coince. Si le caillot est gros, il s'agit d'un état engageant immédiatement le pronostic vital.

Incidence

Le risque de thrombose veineuse profonde est multiplié par quatre à six pendant la grossesse et encore plus dans la période du postpartum, mais dans l'ensemble, l'incidence pendant et après la grossesse est faible, affectant une à deux femmes sur 1000.

Prise en charge

Faire preuve d'un niveau de suspicion élevé pour les femmes présentant plusieurs facteurs de risque.

Signes de thrombose veineuse profonde

- Mollet douloureux, enflé et chaud
- Rougeur du mollet

Une échographie peut être faite pour localiser le thrombus. Traiter avec des anticoagulants sur la base d'une suspicion clinique significative.

Embolie pulmonaire

L'embolie pulmonaire (EP) survient lorsqu'un caillot (thrombus) circulant dans le sang va obstruer l'artère pulmonaire. Les symptômes d'une EP peuvent inclure un essoufflement, une douleur à la poitrine – en particulier lors de l'inspiration – et une toux avec du sang.

Signes d'embolie pulmonaire

- Apparition subite d'une douleur thoracique, qui peut être sévère
- Essoufflement
- Collapsus
- Mort subite

Analyses

- Dans 15-25% des cas d'embolie pulmonaire, l'ECG peut montrer des changements caractéristiques de l'aspect S1Q3T3 avec une grande onde S en dérivation 1, une onde Q et une onde T négative en dérivation 3, reflétant une surcharge ventriculaire droite.
- Tachycardie sinusale chez 44% des patientes.
- La saturation artérielle en oxygène sera basse dans les cas d'embolie pulmonaire massive.
- La radiographie du thorax est peu concluante, mais peut être utile pour exclure d'autres causes de douleur à la poitrine et d'essoufflement, tels que la pneumonie aiguë sévère ou le pneumothorax.
- Les examens définitifs incluent une scintigraphie de ventilation et de perfusion (V/Q scan) ou un angioscanner pulmonaire. Ces derniers sont rarement disponibles dans les milieux à faibles ressources, le traitement devrait donc commencer sur la base du jugement clinique et en l'absence de signes contraires sur la radiographie du thorax.

Traitement des événements thromboemboliques veineux

Le traitement initial des événements thromboemboliques veineux inclus :

- Héparine de faible poids moléculaire
- Héparine non fractionnée par voie intraveineuse
- Héparine non fractionnée par voie sous-cutanée

Le traitement d'entretien des événements thromboemboliques veineux inclus :

- Anticoagulants par voie orale
- Héparine
- Clopidogrel (antiagrégant plaquettaire)
- Filtres de veine cave

En cas de sévère embolie pulmonaire engageant le pronostic vital, si aucune héparine n'est disponible, une décision difficile de traiter ou non la femme avec de la warfarine (anti-Vitamine K) doit être prise. Bien que celle-ci présente des risques importants pour le fœtus (plus élevés pendant le développement du premier trimestre), l'absence de traitement pourrait entraîner le décès maternel si l'embolie s'étend. Si la suspicion clinique est suffisante, en l'absence de toute héparine, il vaut mieux commencer le traitement par warfarine que risquer le décès maternel. Après un événement thromboembolique, le traitement doit être poursuivi pendant six mois.

Maladies cardiaques et grossesse

Les maladies cardiaques, une cause fréquente de décès maternel, représentent un groupe varié de pathologies qui peuvent être préexistantes, comme, par exemple, une cardiopathie valvulaire existante de longue date ; ou peuvent apparaître pendant la grossesse, comme, par exemple, une cardiomyopathie du péripartum.

Une maladie cardiaque qui n'avait pas été diagnostiquée précédemment doit être suspectée pendant la grossesse en présence de :

- Tachycardie inexplicite ;
- Apparition d'essoufflement ;

- Douleurs à la poitrine ;
- Hypotension.

L'incidence des divers types de maladies cardiaques se présentant chez les femmes enceintes varie. Dans les pays ayant une incidence importante de rhumatisme articulaire aigu (ou maladie de Bouillaud) mal soigné chez les enfants, l'incidence de la cardiopathie rhumatismale sera plus élevée.

Les changements physiologiques de la grossesse en rapport avec les maladies cardiaques

Dès 8 semaines de gestation, le débit cardiaque augmente de 20%, atteignant une augmentation maximale de 40% à 28 semaines. Le rythme cardiaque et le volume d'éjection systolique augmentent et la résistance périphérique chute. Le volume plasmatique augmente de 50%. Pendant le deuxième stade de travail, le débit cardiaque augmente de 50%. À la suite de l'accouchement, alors que l'utérus se contracte, 500ml de sang sont rajoutés à la circulation générale. La période puerpérale initiale est donc une période présentant un risque supplémentaire pour les patientes cardiaques.

Les différents types de maladies cardiaques peuvent être classifiés comme suit :

- Structurale

Tableau 6.5 : Anomalie structurale du cœur

Anomalies valvulaires	Anomalies non valvulaires
Les anomalies valvulaires incluent les sténoses valvulaires, par exemple la sténose valvulaire aortique ou la sténose de la valve mitrale, ou une insuffisance aortique ou mitrale, résultant en une régurgitation (fuite).	Le syndrome de Marfan est une maladie génétique affectant les tissus conjonctifs. La racine aortique peut se dilater et il existe un risque de rupture aortique pendant la grossesse – en particulier si la dilatation est importante (plus de 4cm de large), et dans ces cas, la grossesse est contre-indiquée en raison du risque de rupture.

En général, la grossesse est mieux tolérée par les patientes ayant des lésions régurgitantes et par les patientes présentant un shunt cardiaque droite-gauche léger à modéré.

Les patientes présentant des sténoses valvulaires ou des shunts droite-gauche, en particulier accompagnés d'hypertension pulmonaire, courent un risque significativement plus élevé.

- Cardiopathie congénitale cyanogène

Cette dernière présente un risque à la fois pour la femme et pour le fœtus, notamment une aggravation de la cyanose et des risques de décès. La mortalité maternelle est particulièrement élevée dans les cas de syndrome d'Eisenmenger où le shunt est inversé (droite vers gauche) et où une hypertension pulmonaire est présente. L'on doit fortement déconseiller à ces femmes de tomber enceinte.

■ **Cardiomyopathie**

La cardiomyopathie hypertrophique obstructive est une maladie génétique autosomique dominante. Elle peut être bien supportée pendant la grossesse, mais des bêta-bloquants peuvent être nécessaires pour contrôler les symptômes.

■ **Cardiomyopathie du péripartum**

Cette pathologie se produit en fin de grossesse ou plusieurs mois après le début de la période puerpérale, avec une incidence allant jusqu'à 1 sur 1 000. Il s'agit d'une cardiomyopathie dilatée. Cette pathologie se manifeste par une croissance de dyspnée, de palpitations et d'œdèmes pulmonaires et périphériques. Il existe un risque à 40% de thromboembolie veineuse ; une prophylaxie par anticoagulant doit donc être fournie. Le taux de mortalité maternelle dans les cas graves est de 50%. Les traitements incluent les bêta-bloquants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et les diurétiques.

Troubles du rythme

La tachycardie sinusale et les palpitations peuvent être une caractéristique normale de la grossesse et les contractions ectopiques sont fréquentes à la fois chez la femme et chez le fœtus, en général sans conséquence indésirable. L'anémie et la maladie thyroïdienne doivent être exclues ou traitées, et les antécédents médicaux complets doivent être recueillis. Le syndrome de mort subite par arythmie est une mort cardiaque subite en l'absence de toute autre cause. Ces décès ne sont ni prévisibles ni évitables.

Ischémie myocardique et infarctus

L'ischémie myocardique est en augmentation chez les femmes en âge de procréer, en particulier dans les pays à fort taux d'obésité, de diabète et de tabagisme. La prise en charge est comparable à celle des femmes qui ne sont pas enceintes, bien que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et les statines doivent être évités.

La maladie cardiaque constitue un défi particulier chez la femme enceinte. Les changements physiologiques de la grossesse peuvent imiter certains symptômes, ce qui peut entraîner un retard du diagnostic. Les femmes enceintes atteintes de maladies cardiaques ont besoin de soins spécialisés pour obtenir les meilleurs résultats possibles. Toutes les femmes doivent être examinées par ECG, radiographie du thorax et échocardiographie.

Épilepsie

Une crise d'épilepsie consiste en une altération subite de l'état de conscience, des événements moteurs, sensoriels, automatiques ou psychiques, due à une activité anormale excessive ou à une activité neuronale synchrone dans le cerveau. L'épilepsie est un trouble cérébral caractérisé par une prédisposition à des crises d'épilepsie et elle affecte environ une (1) femme en âge de procréer sur 150.

Effets de la grossesse sur l'épilepsie

Environ 50-60% des femmes atteintes d'épilepsie et sous traitement ne feront pas de crises pendant la grossesse, mais des modifications dans le métabolisme de certains anti-convulsivants font que le risque de crises augmente pour 40-50% des femmes atteintes d'épilepsie. Par conséquent, la dose de certains anti-convulsivants (en particulier la lamotrigine et le

lévétiracétam) doit être considérablement augmentée pendant la grossesse. La douleur, la fatigue et la peur peuvent être des facteurs de déclenchement des convulsions épileptiques pendant la grossesse.

Effets de l'épilepsie et des anti-convulsivants sur la grossesse

Les anti-convulsivants sont associés à un risque accru d'anomalies congénitales. Idéalement, il doit être conseillé aux femmes de prendre 5mg d'acide folique à partir de 3 mois avant la conception et pendant tout le premier trimestre. Les anomalies congénitales particulièrement associées aux anti-convulsivants sont les anomalies du tube neural, les anomalies cardiaques et les anomalies faciales. Les risques sont plus élevés pour les femmes sous valproate de sodium, avec jusqu'à 10% des enfants présentant une anomalie congénitale et 30-40% présentant des difficultés d'apprentissage. Le risque est proportionnel à la dose et plus élevé pour les patientes prenant les doses les plus élevées.

Si possible, des échographies détaillées des anomalies fœtales doivent être réalisées à 20-24 semaines de gestation.

Les femmes prenant les médicaments suivants devraient recevoir 10mg par jour de vitamine K par voie orale, à partir de la 36e semaine et jusqu'à l'accouchement :

- Phénobarbitone
- Carbamazépine
- Phénytoïne
- Primidone
- Topiramate
- Oxcarbazépine

Anémie pendant la grossesse

Classification des anémies

L'anémie est une diminution du nombre de globules rouges, de l'hématocrite ou du taux d'hémoglobine (Hb) et la gravité augmente pendant la grossesse.

L'anémie est diagnostiquée lorsque le taux d'Hb des femmes enceintes est inférieur à 11g/dl et peut être classifié comme suit :

- **Légère** – Hb 10,0-10,9g/dl
- **Modérée** – Hb 7,0-9,9g/dl
- **Sévère** – Hb <7,0g/dl

Causes de l'anémie

Pendant la grossesse, la croissance du fœtus, le placenta et la plus grande quantité de sang circulant dans le corps de la femme entraînent une augmentation des besoins en nutriments, en particulier en fer et en acide folique. En raison de l'augmentation disproportionnée en volume plasmatique par rapport à la masse de globules rouges pendant la grossesse, une hémodilution se produit. Chez les femmes qui ne sont pas enceintes, une hémoglobine normale est de 12,0g/dl ou plus. Pendant la grossesse, une Hb <11,0g/dl pendant le premier trimestre ou une Hb <10,5g/dl dans le troisième trimestre est considéré comme une anémie.

Causes et traitement de l'anémie

Le traitement de l'anémie dépend de la cause.

Tableau 6.6 Causes et traitement de l'anémie

Causes	Traitement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carence en fer (la plus fréquente) ▪ Épuisement des réserves de fer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conseils diététiques ▪ Traitement des infestations, des ankylostomes ▪ Apport supplémentaire de fer par voie orale ou parentérale
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carence en acide folique ▪ Épuisement des réserves d'acide folique, dû à un régime alimentaire inadapté 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enquête alimentaire et régime de supplémentation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Thalassémie (trouble héréditaire) ▪ Alpha (mineure) ▪ Alpha (majeure) ▪ Bêta (mineure) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage ▪ Apport supplémentaire en fer/transfusions ▪ Rare, les personnes atteintes sont peu susceptibles d'atteindre l'âge de procréer ▪ Transfusions
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Drépanocytose (trouble héréditaire) ▪ Lorsqu'il y a de l'hémoglobine S avec une autre hémoglobine anormale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage (analyse de l'hémoglobine par électrophorèse) ▪ Éducation des parents en matière de risques (les deux parents présentant le trait drépanocytaire) ▪ S'assurer que le travail ne s'accompagne pas d'une déshydratation ou d'une hypoxie sévère, ce qui pourrait précipiter une crise
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paludisme 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traitement préventif intermittent (TPI) utilisant une association de sulfadoxine-pyriméthamine après le premier trimestre ▪ Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, en particulier, et pulvérisation d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur ▪ Assainissement de l'environnement pour contrôler le vecteur
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autres infections parasitaires (par exemple ankylostome, bilharziose). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Albendazole ou mébendazole ▪ Éducation et conseils pour éviter une nouvelle infestation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infection chronique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antibiotiques ▪ Toute infection fait baisser l'érythropoïèse

Analyses

- Hémoglobine, taux de ferritine (<30 microgrammes/l indiquent que les réserves sont insuffisantes).
- Vérifier le folate sérique et érythrocytaire.
- Formule sanguine complète et frottis de sang périphérique (pour diagnostiquer le type d'anémie).
- Examen parasitologique des selles.

- Observation de sang sur une lame ou test de diagnostic rapide pour exclure un diagnostic de paludisme.
- Détermination du groupe sanguin et du facteur Rhésus au cas où une transfusion sanguine serait nécessaire.
- Dépistage de la drépanocytose.

Prise en charge de l'anémie

- Si une femme reçoit un diagnostic d'anémie dans la période prénatale (Hb <11,0g/dl dans le premier trimestre ou Hb <10,5g/dl dans le troisième trimestre), lui donner 120mg de fer élémentaire et 400 microgrammes d'acide folique par jour.
- Vérifier le taux d'Hb de la femme tous les mois, jusqu'à ce qu'il remonte à une valeur normale (Hb 11,0g/dl ou supérieur).
- Par la suite, la femme peut continuer à prendre les doses standard quotidiennes de fer et d'acide folique requise durant la période prénatale (ou le traitement intermittent si un apport de fer quotidien n'est pas possible en raison d'effets secondaires) pour prévenir la réapparition de l'anémie.

Administration du fer par voie parentérale

- Envisager pour les femmes intolérantes à une prise orale de fer.
- Si une anémie sévère est détectée après 36 semaines ou si la femme a des symptômes d'une anémie sévère (Hb <7g/dl), envisager une orientation de la patiente vers des soins secondaires.
- Admettre la femme dans un établissement de santé pour une transfusion sanguine.
- Par la suite, la maintenir sous un traitement de 120mg de fer et 5mg de folate par voie orale une fois par jour pendant six mois pendant la grossesse et jusqu'à trois mois postpartum.

[!] Pour les femmes atteintes d'insuffisance cardiaque congestive, administrer un diurétique (par exemple, 40mg de furosémide par IV) dans chaque unité de sang. Transfuser doucement comme mentionné ci-dessus et maintenir un tableau de surveillance strict sur l'équilibre des fluides.

Prévention de l'anémie

- Offrir un dépistage de l'anémie lors de la première consultation et à 28 semaines. Cela laisse du temps pour un traitement.
- Administrer l'apport supplémentaire habituel en fer (60mg de fer élémentaire et 400 microgrammes d'acide folique).
- Donner le traitement préventif intermittent du paludisme dans les zones où le paludisme est endémique.
- Traiter toutes les infections et infestations concomitantes, organiser la prise en charge de tous les autres troubles médicaux comme il se doit.

Donner des conseils diététiques adaptés à chaque femme selon son état de santé, ses préférences religieuses et culturelles.

Drépanocytose

Définition

La drépanocytose est une maladie héréditaire autosomique récessive, caractérisée par des hématies prenant la forme de faucilles et par une anémie chronique, en raison de la prédominance de l'hémoglobine S (Hb S) et d'une autre hémoglobine anormale.

Les patients présentant le trait drépanocytaire sont porteurs et n'ont habituellement pas de symptômes.

- Le type Hb S est une variante anormale d'hémoglobines et est dû à une mutation du codon 6 de la chaîne bêta remplaçant l'acide glutamique par de la valine.
- Si les deux parents sont porteurs, il y a une chance sur quatre que le fœtus ait la drépanocytose.

La drépanocytose augmente la morbidité et la mortalité maternelle en contribuant au développement d'une anémie hémolytique, d'une carence en acide folique et d'une embolie à la suite d'un infarctus de la moelle osseuse et d'une séquestration splénique aiguë. Le taux de mortalité périnatal est élevé en cas d'HbSS, avec une augmentation modérée dans les autres formes de la drépanocytose.

Symptômes et signes

La drépanocytose est habituellement diagnostiquée pendant la petite enfance et présente des symptômes d'anémie chronique et/ou d'infection.

Les crises drépanocytaires se caractérisent par une ischémie et un infarctissement de différents organes, résultant en de fortes douleurs. La crise de drépanocytose est une urgence médicale et doit être prise en charge par des spécialistes.

Effet de la grossesse sur la drépanocytose

La grossesse aggrave la drépanocytose et augmente la morbidité et la mortalité maternelle pour les raisons suivantes :

- Anémie hémolytique et due à une carence en folate
- Augmentation de la fréquence des crises
- Complications respiratoires
- Insuffisance cardiaque congestive
- Événements thromboemboliques veineux
- Susceptibilité accrue aux infections

Effets de la drépanocytose sur la grossesse

- Risque accru de crises, en particulier de crises douloureuses touchant les os et les articulations.
- L'anémie pendant la grossesse est fréquente et peut être sévère.
- Infections bactériennes, en particulier les infections urinaires et les infections des voies respiratoires.

- Incidence accrue de pré-éclampsie.
- Risque accru d'hémorragie du postpartum.
- Fausse couche.
- Accouchement prématuré.

Effet sur le bébé en développement/nouveau-né

- Retard de croissance intra-utérin
- Mort Fœtal in utéro
- Faible poids à la naissance
- Asphyxie à la naissance
- Décès néonatal précoce

Prise en charge de la drépanocytose pendant la grossesse

Soins avant la conception

- Apport supplémentaire de 1mg à 5mg d'acide folique par jour.
- Vaccination contre le pneumocoque et la grippe, si possible.
- Arrêter l'hydroxyurée 3-6 mois avant la grossesse, car elle présente des effets tératogènes.
- Prophylaxie antipaludéenne.

Évaluation :

- Fréquence des crises
- Lésions des organes cibles (néphropathie, insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébrale)
- Hypertension pulmonaire

Prise en charge de la drépanocytose pendant la période prénatale

- Prévenir l'anémie et les infections.
- Traitement efficace des autres complications médicales et obstétricales.
- Prise en charge correcte des autres complications drépanocytaires.
- Apport supplémentaire en acide folique – 5mg une fois par jour ; dans les zones présentant des carences en acide folique, donner 30mg lors de chaque consultation, en utilisant l'approche du traitement directement observé.
- En raison du risque d'excès en fer, l'apport en fer devrait être réservé aux carences en fer prouvées hématologiquement.
- Prophylaxie antipaludéenne (TPI avec Sulfadoxine-Pyriméthamine).
- Surveiller étroitement la croissance et le bien-être fœtal et faire attention au retard de croissance intra-utérin. La patiente doit aussi être admise si son taux d'Hb chute et/ou si elle développe des douleurs osseuses.

Chapitre 7 : Infections pendant la grossesse

Dans ce chapitre, vous trouverez des informations concernant :

- Comment prendre en charge une femme chez qui on soupçonne un sepsis pendant la grossesse
- Comment dépister et prendre en charge les infections pendant la grossesse, y compris les infections bactériennes, la chorioamniotite (inflammation du chorion et de l'amnios), les infections sexuellement transmissibles et les infections virales

Types d'infections pendant la grossesse

Infections bactériennes

- Infection urinaire
- Fièvre typhoïde

Conditions obstétricales

- Chorioamniotite

Infection sexuellement transmissible

- Syphilis
- Gonorrhée
- Chlamydia

Virales

- Hépatite
- Varicelle
- Virus Zika
- Dengue
- Ebola

Sepsis durant la grossesse

Définitions

Le sepsis est un syndrome de réponse inflammatoire systémique se produisant face à une infection. Un grand nombre de ces dérèglements physiologiques ne sont pas le résultat de l'agent en lui-même, mais de la réponse du corps à cet agent. La réponse inflammatoire déclenchée par la présence d'une infection ou d'une inflammation est normalement un processus physiologique d'adaptation conçu pour créer les conditions permettant à l'organisme de faire face aux séquelles de l'infection ou de l'inflammation. En revanche, une réponse inflammatoire activée de façon inappropriée ou excessive est néfaste.

Le **syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS)** est la réponse inflammatoire généralisée de l'organisme. Les critères du SRIS sont définis comme la présence d'au moins deux des éléments suivants, signes avant-coureurs d'une possible infection :

- Température (> à 38°C ou < à 36°C) ;
- Fréquence cardiaque (> à 90 battements par minute) ;
- Fréquence respiratoire (>20/min) ;
- Numération de globules blancs (<4 ou >12 10⁹/l).

Le choc septique est une hypotension causée par le SRIS (sans source identifiée) ou par le sepsis (source de l'infection identifiée) qui ne réagit pas à une réanimation liquidienne seule. Il s'agit d'une urgence médicale et elle nécessite la présence d'un spécialiste pour organiser la prise en charge.

Pour les femmes chez qui on soupçonne un sepsis, le plus tôt le traitement commence, meilleurs seront le résultat et le taux de survie. Effectuer un bilan infectieux complet avant de commencer les antibiotiques à large spectre (2mg de céfotaxime 3 fois par jour, 500mg de métronidazole 3 fois par jour). La prise en charge peut ensuite être ajustée selon les résultats de la culture et de l'antibiogramme.

Facteurs de risque associés à un sepsis

- Obésité
- Intolérance au glucose/diabète
- Intolérance aux médicaments immunitaires/immunosuppresseurs
- Anémie
- Sécrétions vaginales
- Antécédents d'infection pelvienne
- Antécédents d'infection à streptocoque B
- Cerclage du col utérin et autres procédures invasives
- Rupture spontanée des membranes prolongée
- Infection générale dans l'entourage (parents/proches)

Reconnaissance d'un sepsis chez une femme enceinte

Tous les professionnels de santé doivent connaître les symptômes et les signes de sepsis maternel, la gravité de la maladie et l'évolution rapide et potentiellement mortelle d'un sepsis sévère et d'un choc septique. Toute suspicion de sepsis sévère doit être suivie d'une réorientation urgente vers un centre de référence.

Les signes cliniques évocateurs d'un sepsis comprennent un ou plusieurs des éléments suivants : fièvre, hypothermie, tachycardie, tachypnée, hypoxie, hypotension, oligurie, troubles de la conscience et absence de réponse au traitement. Ces signes, y compris la fièvre, ne sont pas toujours présents et ne sont pas nécessairement liés à la gravité de l'infection.

Des mesures régulières de tous les signes vitaux (y compris la température, le pouls, la pression artérielle et la fréquence respiratoire) doivent être inscrites sur une feuille d'observation.

Explication

- Les signes et les symptômes de sepsis chez les femmes enceintes peuvent être moins évocateurs que dans le reste de la population et ne sont pas nécessairement présents dans tous les cas ; un indice élevé de suspicion est donc nécessaire.
- Les professionnels de santé doivent connaître les symptômes et les signes de sepsis maternel et de gravité.
- La maladie peut évoluer beaucoup plus rapidement que chez une personne qui n'est pas enceinte.
- Une infection de l'appareil génital peut se manifester par une sensibilité abdominale et par de fortes douleurs abdominales incessantes, qu'une analgésie habituelle ne parvient pas à soulager, et cela doit inciter à pratiquer un examen médical urgent.
- Une infection grave peut entraîner le déclenchement du travail avant le terme.

Signes cliniques évocateurs d'un sepsis

- Fièvre ou frissons
- Diarrhée ou vomissements – peuvent indiquer la production d'exotoxine (choc toxique précoce)
- Éruption cutanée (éruption maculo-papuleuse streptococcique généralisée ou purpura fulminans)
- Sensibilité et douleur abdominale/pelvienne
- Pertes vaginales anormales (si elles sont malodorantes, cela suggère la présence d'anaérobies ; si elles sont séro-sanguinolentes, cela suggère une infection à streptocoque)
- Toux productive
- Symptômes urinaires

Examens appropriés en cas de suspicion d'un sepsis

- Les hémocultures sont les examens les plus importants et doivent être effectués avant l'administration d'antibiotiques ; toutefois, un traitement antibiotique doit être initié sans attendre les résultats microbiologiques.
- Le lactate sérique doit être mesuré dans les six heures suivant la suspicion d'un sepsis sévère, afin d'orienter une prise en charge. Un lactate sérique ≥ 4 mmol/l est révélateur d'une hypoperfusion tissulaire.
- Tout examen d'imagerie pertinent devrait être effectué rapidement, afin de confirmer la source de l'infection.
- Des hémocultures et d'autres prélèvements orientés par une suspicion clinique du foyer de l'infection (par exemple prélèvements de gorge, urine à mi-jet, frottis cervico-vaginal ou liquide céphalo-rachidien) devraient être effectués avant de commencer une antibiothérapie, car ils peuvent devenir imprécis quelques heures après le début du traitement antibiotique, mais ils ne doivent pas retarder le traitement antibiotique.

Prise en charge

- Si l'on soupçonne un sepsis, des observations fréquentes et régulières doivent être effectuées. L'utilisation d'une grille d'observation de base est recommandée. La patiente doit être orientée vers un spécialiste. L'expertise d'un microbiologiste ou d'un spécialiste des maladies infectieuses devrait être recherchée d'urgence, lorsqu'on soupçonne un sepsis grave.

- Une grille d'observation devrait être utilisée pour toutes les patientes hospitalisées à la maternité, pour identifier les femmes enceintes gravement malades et les orienter vers un spécialiste si leur état s'aggrave. Il a été démontré que la réanimation précoce et ciblée améliorerait la survie des patientes non enceintes présentant un choc septique.

Agents causals

- Les bactéries les plus courantes identifiées chez les femmes enceintes mourant de sepsis sont le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A et l'E.coli.
- Des infections mixtes par des bactéries à Gram positif et à Gram négatif sont fréquentes, en particulier lors d'une chorioamniotite.
- L'infection à coliformes est particulièrement associée à l'infection urinaire, à la rupture prématurée des membranes avant le terme et au cerclage du col.

Examen générale d'une femme chez qui l'on suspecte un sepsis pendant la grossesse

Anamnèse

- Demander depuis combien de temps la patiente a-t-elle de la fièvre ?
- Toux, productive ?
- Couleur de l'urine ?
- Miction fréquente, douloureuse ?
- Pertes vaginales anormales ?
- Diarrhées ou vomissements ?

Procéder à un examen complet

- Système cardiovasculaire : tachycardie, pouls bondissant
- Système respiratoire : respiration superficielle et rapide, bruits de crépitements dans les poumons ou respiration sifflante
- Abdomen : extrême sensibilité localisée ou généralisée
- Seins : sensibilité, rougeur
- Cou : raideur
- À la présence d'un quelconque écoulement – effectuer un examen au spéculum – vérifier s'il y a pertes de liquides ou écoulements anormaux

Bilan infectieux

- Numération sanguine complète, lactate, biochimie, tests de la fonction hépatique, hémoculture, paludisme, syphilis et hépatite B et C, Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH).
- Analyse d'urine pour culture complète et antibiogramme.
- Frottis vaginal si le tableau clinique l'indique.
- Analyse de selles, culture et antibiogramme en cas de symptômes gastro-intestinaux.
- Ecouvillonnage d'une plaie.
- Culture de crachat et dépistage de la TB, si le tableau clinique l'indique.

Traitement

- Donner un antipyrétique (paracétamol).
- Commencer le traitement présomptif par des antibiotiques à large spectre par voie parentérale (2mg de céfotaxime 3 fois par jour, 500mg de métronidazole 3 fois par jour) associés à un traitement antipaludéen.
- Ajuster le traitement lorsque les résultats d'analyses de laboratoire sont disponibles.
- Si nécessaire, orienter la patiente vers une hospitalisation pour une prise en charge plus poussée.

[!] Si une femme est en hypotension, il s'agit d'une urgence médicale. Appeler les secours et la faire hospitaliser.

Infection urinaire

Définition

Il s'agit d'une infection à n'importe quel niveau des voies urinaires, allant des reins à l'urètre. Les infections urinaires sont plus fréquentes et peuvent être plus graves pendant la grossesse en raison de la dilatation urétérale causée par l'effet relaxant de la progestérone et de l'obstruction mécanique des uretères, qui est causée par l'utérus gravide.

Types d'infections urinaires

- Bactériurie asymptomatique (3-8%).
- Infection urinaire basse – cystite (infection de la vessie) (1,3-3,4%).
- Infection des voies urinaires hautes, pyélonéphrite (infection des reins) (1%).

Pendant la grossesse, les infections urinaires sont associées à des complications ou peuvent en entraîner – y compris une naissance prématurée – et non traitées, elles peuvent entraîner un sepsis ou une insuffisance rénale.

Bactériurie asymptomatique

Définition

La définition est basée sur les critères de laboratoire. Elle est définie comme une culture pure (une espèce d'organisme) d'au moins 100 000 unités formant des colonies par millilitre d'un échantillon d'urine prélevé à mi-jet, chez un patient ne présentant pas de symptômes ou de signes d'infection urinaire.

Diagnostic

- Échantillon d'urine prélevé à mi-jet pour culture et antibiogramme.

Cystite

Définition

Infection de la vessie.

Symptômes

- Besoin d'uriner plus fréquent et plus urgent
- Dysurie (gêne ou douleur pendant la miction)
- Urines troubles
- Changement de l'odeur de l'urine

Analyses

- Bandelettes d'analyse d'urine (présence de leucocytes et/ou de nitrites)
- Échantillon d'urine prélevé à mi- jet (présence de globules blancs et/ou de bactéries)

Pyélonéphrite

Définition

Infection du rein.

Caractéristiques cliniques

- Fièvre (>37,5°C), pouls accéléré, fréquence respiratoire accélérée.
- Douleur et sensibilité dans la région lombaire
- Vomissements

Diagnostic

- Le diagnostic de la pyélonéphrite pendant la grossesse peut habituellement être fait sur la base des symptômes et signes cliniques.
- Échantillon d'urine prélevé à mi- jet (présence de globules blancs, de globules rouges et/ou de bactéries)

Traitement

Le traitement d'une infection urinaire pendant la grossesse comprend une antibiothérapie et des mesures de soutien.

Antibiothérapie

Infection urinaire asymptomatique ou cystite

- 500mg d'amoxicilline par voie orale toutes les 8 heures pendant 3 jours ou
- 250mg de céfuroxime par voie orale toutes les 12 heures pendant 3 jours ou
- 50mg de nitrofurantoïne par voie orale toutes les 6 heures pendant 7 jours (à éviter pendant le premier trimestre),
- Un traitement antibiotique de 3 jours est suffisant pour la plupart des femmes atteintes d'une infection urinaire basse, mais si les symptômes persistent ou s'aggrave malgré le traitement, une culture et un antibiogramme des urines doivent être réalisés et des antibiotiques prescrits selon les résultats des analyses.

Pyélonéphrite

- Hospitaliser la femme.
- Pour une pyélonéphrite non compliquée : 2g d'ampicilline par IV toutes les 6 heures + 5mg/kg de poids corporel de gentamycine par IV tous les jours ou en trois doses. Une fois que la patiente ne présente plus de fièvre depuis 48 heures, lui donner de l'amoxicilline par voie orale toutes les 12 heures pendant 14 jours.

ou

- 1g de ceftriaxone par jour par voie IV ou IM pendant 3 jours, puis 400mg de céfixime par voie orale toutes les 12 heures pendant 14 jours.
- Pour une pyélonéphrite compliquée : 1g de ceftriaxone par jour par voie IV ou IM + 5mg/kg de poids corporel de gentamycine par voie IV ou IM tous les jours ou en trois doses pendant 3 jours, puis 400mg de céfixime par voie orale toutes les 12 heures pendant 14 jours.

Traitement d'accompagnement

- Soulagement de la douleur avec du paracétamol
- Apport adéquat en liquide ou hydratation vigoureuse avec des cristaalloïdes par IV pour augmenter la production d'urine
- Gérer la fièvre en utilisant une éponge tiède

Fièvre typhoïde

- La fièvre typhoïde, aussi appelée fièvre entérique est principalement causée par des espèces de *Salmonella enterica* et plus communément par la *Salmonella typhi* (*S. typhi*).
- Elle se transmet par voie féco-orale.
- Lorsqu'elle entre dans l'organisme, elle envahit la paroi intestinale et se répand à tous les organes par la circulation sanguine.
- L'usage inconsidéré d'antibiotiques avec cette maladie a entraîné une résistance de *Salmonella typhi* à des traitements qui étaient précédemment efficaces, tels que le chloramphénicol.

Symptômes

La fièvre typhoïde commence 1-2 semaines après l'ingestion de la bactérie et peut se manifester de la même façon que le paludisme.

- Fièvre
- Douleurs articulaires
- Maux de tête intenses
- Malaise
- Toux sèche
- Douleurs abdominales
- Délire, confusion
- Constipation initiale suivie de diarrhée

Les caractéristiques cliniques chez une femme atteinte de fièvre typhoïde peuvent être différentes selon la région géographique, la souche de bactérie causant l'infection et le moment du traitement. Les femmes enceintes peuvent être touchées de la même façon que la population générale et la maladie se manifeste comme expliquée ci-dessus. Il est important de prendre en charge la typhoïde rapidement et de manière appropriée pour éviter de possibles complications.

Complications

- Perforations intestinales résultant en une péritonite
- Hémorragie intestinale
- Maladies cardiaques (cardiopathie valvulaire)
- Œdème pulmonaire
- Hémolyse intravasculaire sévère (CIVD)
- Insuffisance rénale aiguë
- Psychose aiguë

Diagnostic

- Le diagnostic de la fièvre typhoïde est principalement basé sur une forte suspicion clinique.
- Les maux de tête représentent une partie considérable du diagnostic et leur absence devrait jeter un doute sur le diagnostic.
- Le sérodiagnostic de Widal : il s'agit d'un test sérologique qui mesure les titres des anticorps dirigés contre le *Salmonella typhi* chez un patient. Il est important que les titres soient lus de façon séquentielle, car c'est l'augmentation des titres qui est une preuve de l'infection. Cela reflète la présence d'une infection active. Un seul test avec un titre O de 1 :100 ou plus et d'un titre H de 1 :200 ou plus est significatif. Un titre multiplié par quatre ou plus dans un intervalle de 7-10 jours est plus significatif qu'un seul test. Des niveaux d'anticorps élevés sont trouvés chez des personnes saines dans les zones endémiques et après vaccination.
- Le sérodiagnostic de Widal peut aussi donner de faux positifs dans des affections aussi variées que la maladie hépatique chronique, le paludisme, la brucellose, le lupus érythémateux systémique, le rhumatisme articulaire aigu, et l'angine à streptocoque, en raison de l'activation polyclonale des lymphocytes B. Le sérodiagnostic de Widal devrait être limité à la culture des cas négatifs de fièvre typhoïde pour lesquels les caractéristiques cliniques sont typiques de la fièvre typhoïde.
- Toujours exclure le paludisme.
- L'isolement en culture de l'organisme reste le critère standard pour le diagnostic (les cultures de sang sont positives pendant les 10 premiers jours de la fièvre, les cultures de selles sont positives après le 10^e jour de fièvre jusqu'à 4 à 5 semaines après, les cultures d'urine sont positives pendant la 2^e et la 3^e semaine).

Traitement

Les patientes chez qui on soupçonne une fièvre typhoïde doivent être hospitalisées. L'option de traitement dépend de si la patiente souffre d'une fièvre typhoïde non compliquée ou compliquée.

Antibiothérapie

- Le choix d'antibiotiques doit être guidé par la région géographique où la bactérie a été contractée et par les résultats des cultures, une fois disponibles.
- Le traitement ne doit pas être repoussé pour les analyses de confirmation.
- Un traitement rapide diminue radicalement les risques de complications.

Traitement de première ligne

- 1g d'amoxicilline trois fois par jour pendant 14 jours
- 2g de ceftriaxone par jour par voie IV pendant 7 jours est protocole pouvant être préféré pendant la grossesse. Il peut être administré en soins ambulatoires.

Chorioamniotite

Définition

La chorioamniotite est une infection bactérienne ascendante associée avec la rupture des membranes qui se produit avant ou pendant le travail. L'affection peut entraîner une naissance avant le terme ou une infection grave chez la femme et le bébé.

Facteurs de risque

- Rupture prématurée des membranes
- Rupture prolongée des membranes, par exemple pendant un travail prolongé
- Examens vaginaux multiples pendant le travail (pour les femmes dont les membranes sont rompues)
- Infections préexistantes du tractus génital inférieur (*Chlamydia trachomatis*, streptocoque de groupe B)

Signes cliniques

La chorioamniotite doit être soupçonnée si au moins un des points suivants est observé :

- Fièvre maternelle (>37,5°C) ;
- Tachycardie maternelle (pouls >120/min) ;
- Tachycardie fœtale (>160/min) ;
- Douleurs ou sensibilité abdominales ;
- Sensibilité utérine ;
- Pertes vaginales malodorantes ;
- Preuve que les membranes sont rompues.

Diagnostic

Le diagnostic est basé sur les signes et symptômes cliniques. Commencer le traitement dès que la chorioamniotite est soupçonnée. Une fièvre maternelle (de plus de 37,5°C), des pertes vaginales malodorantes et une tachycardie fœtale (pouls à plus de 160 pulsations/minute) indiquent une chorioamniotite. Des analyses de laboratoire supplémentaires sont listées ci-dessous.

Analyses de laboratoire

- Élévation du taux des globules blancs, augmentation de la protéine C réactive (CRP)
- Prélèvements vaginal et endocervical : culture et coloration de Gram positive

Complications de la chorioamniotite

- Atonie utérine
- Risque accru de césarienne
- Hémorragie du postpartum
- Septicémie
- Choc septique
- Infection de la plaie suite à une césarienne
- Endométrite du post-partum
- Abscess pelvien
- Souffrance fœtale

- Sepsis néonatal
- Infirmité motrice cérébrale

Traitement

Il s'agit d'une urgence obstétricale. Hospitaliser la patiente. La température et le pouls maternels ainsi que le rythme cardiaque du fœtus devraient être contrôlés au moins toutes les 4-8 heures et enregistrés sur une grille d'observation. Le traitement comprend une antibiothérapie intense et la planification immédiate de l'accouchement (selon l'âge gestationnel du bébé). Donner des corticostéroïdes si le bébé est prématuré (<34 semaines de gestation).

Antibiothérapie

- **Choix de première intention** 900mg de clindamycine par IV toutes les 8 heures + 5mg/kg de poids corporel de gentamycine par IV tous les jours ou en trois doses.
- **Choix de deuxième intention** 2g d'ampicilline par IV toutes les 6 heures + 5mg/kg de poids corporel de gentamycine par IV tous les jours ou en trois doses + 500mg de métronidazole toutes les 8 heures.
- Pour les femmes allergiques aux antibiotiques de la famille des bêta-lactamines, 1g d'érythromycine toutes les 6 heures peut remplacer l'ampicilline.

Hépatite

L'hépatite est une inflammation du foie. Elle peut être causée par différents mécanismes induits par des agents infectieux, auto-immuns ou toxiques. Les infections virales sont les plus fréquentes. Il existe cinq types de virus de l'hépatite : les hépatites A, B, C, D et E. Les hépatites A et E sont transmises par voie féco-orale, alors que les trois autres (B, C et D) sont transmises par les liquides biologiques (médicaments par voie intraveineuse, transfusion de sang, accouchement ou relations sexuelles).

Hépatite A

La transmission verticale au fœtus ne se fait pas et ce, quel que soit le stade de l'infection maternelle. Il y a un risque d'accouchement prématuré si l'infection se produit pendant le troisième trimestre. Une immunisation par vaccin inactivé peut être effectuée pendant la grossesse.

Hépatite E

Elle est rare, mais le risque de développer une hépatite fulminante est dix fois plus élevé pendant la grossesse. Des épidémies ont été observées.

Hépatite B

Des cinq virus connus d'hépatite, le plus important pendant la grossesse est le virus de l'hépatite B.

- Elle a des séquelles très graves.
- Elle est endémique dans beaucoup de milieux à faibles ressources.
- L'individu atteint d'une infection par le VHB peut devenir porteur chronique du virus.
- Les porteurs chroniques ont un risque élevé de développer une hépatite chronique, une hépatite chronique active, une cirrhose du foie et un carcinome hépatocellulaire.

- Le risque de devenir porteur est lié à l'âge au moment de l'infection ; plus on est jeune, plus le risque est élevé.
- Si l'infection se produit à la naissance, le risque est de 90% ; si elle se produit à 1-4 ans, le risque est de 25%. Le risque pour un adulte est de 5-10%.
- La vaccination devrait être effectuée à la naissance.
- Des vaccins sûrs et efficaces sont disponibles pour prévenir l'infection par le virus de l'hépatite B.
- Le VHB peut être transmis horizontalement et verticalement (transmission de la mère au fœtus).
- La transmission au bébé se produit généralement pendant l'accouchement, lorsque le fœtus peut ingérer de grandes quantités de sang et de sécrétions vaginales contenant le virus.

[!] Toutes les femmes enceintes doivent se voir offrir un test sérologique pour l'antigène de surface du VHB dans le cadre des dépistages prénatals de routine (si disponible).

Caractéristiques cliniques de l'hépatite virale

Pendant l'infection aiguë ou initiale par tous les types de virus de l'hépatite, les femmes ne présentent souvent pas de symptômes.

Symptômes fréquents

- Myalgie (muscles douloureux)
- Nausées et vomissements
- Fatigue et malaise
- Changement de l'odorat ou du goût
- Douleur dans la partie supérieure droite de l'abdomen
- Selles claires et urines foncées
- Prurit généralisé

Signes fréquents

- Ictère
- Hépatomégalie
- Splénomégalie
- Lymphadénopathie
- Sensibilité du quadrant supérieur droit de l'abdomen
- Une maladie sévère accompagnée d'une jaunisse peut se produire
- Une insuffisance hépatique aiguë peut se développer.

Risques pour le fœtus

- Naissance prématurée, si la femme contracte l'hépatite pendant le deuxième et le troisième trimestre de la grossesse.
- Transmission transplacentaire ou transmission du virus pendant l'accouchement

Diagnostic

- Basé sur la sérologie : Les virus des hépatites A, B et E peuvent être diagnostiqués par l'identification de leurs anticorps dans le sérum.
- Le virus de l'hépatite C est diagnostiqué par dosage immuno-enzymatique (ELISA).

Prise en charge de l'hépatite virale aiguë :

- Traitement de soutien (perfusion par IV de solution saline normale et de dextrose, restriction des graisses dans le régime alimentaire, interdiction de boire de l'alcool) ;
- Mesures de contrôle de l'infection ;
- Vaccination pour protéger les proches de l'infection par le virus de l'hépatite B ;
- Mettre les bébés de femmes infectées par le virus de l'hépatite B sous immunisation passive et active contre le virus de l'hépatite B dès la naissance ;
- Éducation et conseils sanitaires ;
- Dépister d'autres IST ;
- Notification du partenaire et recherche des personnes en contact ;
- Éviter l'alcool ;
- Soutien nutritionnel ;

[!] Il n'y a pas de remède contre l'hépatite virale.

Infections sexuellement transmissibles

Les femmes peuvent être dépistées pour des IST si elles signalent des symptômes pendant et après la grossesse. Il est important que les femmes soient informées concernant la notification du partenaire et la recherche des personnes en contact. Elles doivent aussi être conseillées sur les pratiques sexuelles sans risque et sur la nécessité de s'abstenir d'avoir des relations sexuelles jusqu'à ce que l'infection soit traitée.

Syphilis

Il s'agit d'une maladie sexuellement transmissible causée par le spirochète *Treponema pallidum*. Il est très important de dépister systématiquement cette infection, puisqu'une femme enceinte infectée peut transmettre la maladie au bébé en développement. La syphilis est responsable d'un grand nombre de décès à la naissance et de décès néonataux. Tous les partenaires de femmes infectées doivent être traités, afin d'éviter une réinfection. La maladie peut aussi être transmise par transfusion sanguine. Au moins 50% des femmes atteintes de syphilis aiguë présentent des complications graves de leur grossesse, qui sont potentiellement évitables avec un traitement efficace.

Les complications comprennent :

- Retard de croissance intra-utérin
- Mortinaissance
- Décès néonatal
- Naissance avant le terme
- Infection et anomalies congénitales

[!] Toutes les femmes devraient faire l'objet d'un test VDRL (venereal disease research laboratory test) à la consultation du 3e mois pour dépister la syphilis.

Si elle n'est pas traitée, la syphilis progresse en 4 étapes :

- La syphilis primaire est caractérisée par un seul ulcère indolore ou chancre.
- Les manifestations de la syphilis secondaire comprennent des lésions touchant la peau et les muqueuses, un malaise, une fièvre, une perte d'appétit et une lymphadénopathie généralisée.
- La syphilis latente précoce : La syphilis latente précoce est une infection qui dure depuis moins de deux ans et qui n'a pas de manifestations cliniques.
 - La période contagieuse se trouve dans les 2 premières années de l'infection.
 - La période d'incubation dure en moyenne 14-28 jours, mais elle peut durer jusqu'à 90 jours.
- La syphilis latente tardive est une infection d'une durée de plus de deux ans, ne présentant pas de signes cliniques de l'infection par *Treponema*.
 - Elle comprend la syphilis tardive bénigne, la syphilis cardiovasculaire et la syphilis neurologique.
 - La syphilis tardive peut survenir un an après l'infection initiale ou jusqu'à 25-30 ans après.

Traitement

Antibiothérapie

- 2,4 millions d'unités (1,8g) de benzathine-pénicilline G en injection IM. Donner une seule dose pour une syphilis primaire, sauf si la femme est dans son 3e trimestre, puis donner une 2e dose 7 jours après. Les injections de ces deux doses sont faites à des sites distincts. Donner le traitement une fois par semaine pendant 3 semaines pour une syphilis secondaire.
- 2,4 millions d'unités de benzathine-pénicilline G en injection IM une fois par semaine pendant 3 semaines pour la syphilis tardive latente.
- Il est inacceptable de manquer une dose pendant la grossesse. Les patientes enceintes doivent recevoir le traitement complet.

En cas d'allergie à la pénicilline, 500mg d'érythromycine 4 fois par jour devraient être donnés pendant 14 jours pour la syphilis précoce, et pendant 30 jours pour la syphilis tardive.

Trichomonas vaginalis (vaginite à Trichomonas)

La trichomonase est une maladie sexuellement transmissible causée par le protozoaire flagellé *Trichomonas vaginalis*. L'infection peut être asymptomatique, ou les symptômes comprennent chez les femmes des pertes vaginales malodorantes et des démangeaisons au niveau de la vulve.

Symptômes

- Pertes vaginales malodorantes
- Prurit vulvaire

Analyses

- Un examen au spéculum montre des pertes mousseuses, de couleur vert-jaune
- Effectuer un prélèvement vaginal

Traitement

Métronidazole :

- 2g par voie orale en une seule dose (pendant le premier trimestre, si le traitement est nécessaire, une seule dose est plus adaptée qu'un traitement de 7 jours). Les femmes peuvent être traitées avec 2g de métronidazole en une dose unique à tous les stades de la grossesse,
ou
- 400 ou 500mg par voie orale, deux fois par jour pendant 7 jours après le premier trimestre.

Gonorrhée (Gonococcie)

Définition

La gonorrhée survient lorsque la bactérie *Neisseria gonorrhoeae* colonise les surfaces épithéliales des voies urinaires féminines, de la conjonctive, du pharynx, du rectum et de la synoviale. L'infection néonatale peut se produire pendant l'accouchement d'une femme infectée. Elle peut entraîner une conjonctivite à gonocoque (conjonctivite aiguë bilatérale purulente) qui se produit au cours du premier mois de vie et souvent de la première semaine, et qui est une des causes principales de cécité.

Symptômes

- Les infections asymptomatiques sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes.
- Des pertes vaginales peuvent être observées (comme *N. gonorrhoeae* infecte l'endocol plutôt que le vagin, les pertes vaginales sont plus rares).
- Dysurie
- Démangeaisons et sensations de brûlure au niveau de la vulve, œdème local

Diagnostic

- Antécédents et signes
- Observation de bactéries Gram-négatives au microscope dans les pertes purulentes
- Prélèvement au niveau de l'endocol

Traitement

- Une dose unique de 250mg de ceftriaxone par injection IM
ou
- Une dose unique de 400mg de céfixime par voie orale

Chlamydia Trachomatis

Définition

Infection sexuellement transmissible causée par la bactérie *Chlamydia trachomatis*.

Symptômes

- La cervicite à *Chlamydia* est souvent asymptomatique
- Pertes vaginales muco-purulentes (pas toujours présentes)

Diagnostic

- Prélèvement au niveau de l'endocol
- Échantillon d'urine pour culture
- Test d'amplification d'acides nucléiques (test de référence)

Risques pour le fœtus

- Ils sont les mêmes que pour la gonorrhée, même pendant la période néonatale.
- Une petite proportion des nourrissons développe une pneumonie à chlamydia qui se produit entre l'âge de 6 semaines et 3 mois et s'accompagne d'une toux et de tachypnée, mais pas de fièvre.

Traitement

- Une dose unique de 1g d'azithromycine par voie orale
ou
- 500mg d'érythromycine par voie orale deux fois par jour pendant 14 jours

Candida albicans

[!] **Candida albicans – il peut s'agir d'une infection sexuellement transmissible ou non.**

Il s'agit d'une infection par une levure (champignon) qui est fréquente pendant la grossesse, en particulier pendant le deuxième trimestre. Candida est un commensal de la flore vaginale normale et n'entraîne des symptômes que lorsque la balance de la flore vaginale est modifiée en raison des changements de pH vaginal pendant la grossesse ou lors d'une antibiothérapie. L'infection par candida (candidose) pendant la grossesse peut être asymptomatique, mais elle est souvent associée à l'un des symptômes suivants :

- Prurit vulvaire ;
- Pertes vaginales (plaques de substance blanchâtre, sans odeur adhérent au vagin) Possibilité d'érythème et/ou d'œdème de la vulve et du vagin.

Analyses

Un examen au spéculum montre des plaques de substance adhérent au vagin.

Traitement

100 000 UI de nystatine intra vaginale tous les jours pendant 14 jours

ou

Azols topiques ou par voie orale, par exemple pessaire de clotrimazole ou une dose unique de 150mg de fluconazole par voie orale.

Varicelle

Définition

La varicelle est une maladie très contagieuse causée par un virus appelé herpès zoster (qui appartient à la famille des virus herpès). Si une femme a déjà eu la varicelle, elle en est immunisée.

Signes et symptômes

- Les symptômes de la varicelle apparaissent entre dix jours et trois semaines – période d’incubation.
- Les premiers signes sont de la fièvre et une sensation de malaise.
- Des papules contenant un liquide peuvent ensuite apparaître partout sur le corps.
- Après quelques jours, les papules se percent, forment des croûtes et cicatrisent. Cela peut prendre jusqu’à 2 semaines.

Une personne ayant la varicelle est contagieuse à partir de deux jours avant l’éruption cutanée et jusqu’à ce que toutes les papules aient formé des croûtes.

Diagnostic

Habituellement, le diagnostic de la varicelle est basé sur l’éruption cutanée observée sur le corps. S’il y a un doute en ce qui concerne le diagnostic, la varicelle peut être confirmée par des analyses de laboratoire, y compris des tests sanguins ou une culture d’un échantillon de lésion.

Risques pour la femme

- Les complications qui peuvent se produire incluent une infection respiratoire (pneumonie), une inflammation du foie (hépatite) et une inflammation du cerveau (encéphalite).

Risques pour le nouveau-né

Le risque du nouveau-né d’attraper la varicelle dépend du moment où la femme l’attrape pendant la grossesse. Le risque le plus élevé pour le bébé est lorsque la varicelle se produit dans les quatre dernières semaines de la grossesse.

Avant 28 semaines de grossesse

Il n’y a aucune preuve d’un risque accru de fausse couche précoce. Le bébé a peu de chance d’être touché ; il y a toutefois un petit risque que des lésions se produisent aux yeux, aux jambes, aux bras, au cerveau, à la vessie ou aux intestins. Cela touche moins d’1 bébé sur 100.

Entre 28 et 36 semaines de grossesse

Le virus sera transmis au fœtus, mais ne causera pas de symptômes.

Après 36 semaines de grossesse

C’est le moment où le fœtus a le plus de risques d’attraper la varicelle. S’il naît dans les sept jours de l’apparition de l’éruption de la varicelle ou s’il attrape la varicelle la première semaine après la naissance, le nouveau-né pourrait avoir une varicelle grave.

Les nouveau-nés ayant la varicelle peuvent recevoir des immunoglobulines varicelle-zona, être traités par aciclovir (si disponible) et étroitement surveillés après la naissance.

Prise en charge

- Si la femme est enceinte de plus de 20 semaines, donner de l'aciclovir pour réduire la fièvre et les symptômes.
- Il devrait être donné dans les 24 heures suivant l'apparition de l'éruption cutanée de la varicelle.
- L'aciclovir n'est pas homologué pour une utilisation pendant la grossesse, mais il ne semble pas nocif pour les bébés à naître et peut donc être envisagé pour un traitement avant 20 semaines.

Traitement

- Isolation immédiate de la patiente jusqu'à ce que les lésions aient formé des croûtes.
- 800mg d'aciclovir par voie orale 5 fois par jour pendant 7 jours. Commencer le traitement dans les 24 heures suivant le début des symptômes.
- Les lésions cutanées peuvent être traitées avec une lotion à la calamine pour réduire les démangeaisons.

La dose d'aciclovir par voie intraveineuse recommandée pour les infections par le VZV est de 10mg/kg toutes les 8 heures, bien que des doses plus élevées (12-15mg/kg) soient parfois utilisées pour les infections engageant le pronostic vital, en particulier chez les patients immunodéprimés.

Infection par le virus Zika

Le virus Zika est un flavivirus qui cause une maladie spontanément résolutive légère chez la femme, mais qui peut avoir d'importants effets sur le bébé à naître.

- Le virus Zika est principalement transmis par la morsure d'un moustique tigre (*Aedes*).
- Il peut être transmis sexuellement.
- Il peut être transmis d'une femme enceinte à son fœtus.

Symptômes pour la femme

La maladie est généralement légère, avec des symptômes qui durent de quelques jours à une semaine. Les symptômes les plus fréquents du virus Zika sont :

- Fièvre
- Éruption cutanée
- Douleurs articulaires
- Yeux rouges

Effet sur le bébé en développement

L'infection par le virus Zika pendant la grossesse est une cause d'anomalies cérébrales congénitales, notamment de microcéphalie.

Diagnostic

Un diagnostic d'infection par le virus Zika peut seulement être confirmé par des analyses de laboratoire sur du sang ou d'autres liquides biologiques, tels que l'urine, la salive ou le sperme, par un laboratoire spécialisé utilisant la PCR.

Traitement

- Il n'existe aucun traitement antiviral spécifique.
- Il n'existe actuellement aucun vaccin de prévention contre le virus Zika.

Fièvres hémorragiques

Dengue

Définition

La dengue, transmise par le moustique tigre, est fréquente dans de nombreux milieux à faibles ressources. Les manifestations cliniques, le traitement et l'issue de la dengue chez les femmes enceintes sont comparables à ceux des femmes qui ne sont pas enceintes, mais avec quelques différences importantes.

Diagnostic

Les erreurs ou les retards de diagnostic ne sont pas rares et se doivent à la redondance de certains signes cliniques et/ou de résultats d'analyses de laboratoire. Ceux-ci incluent :

- Éclampsie ou pré-éclampsie
- Hémolyse HELLP syndrome (hémolyse, augmentation des enzymes du foie, et baisse de la numération plaquettaire)
- Pneumonie
- Embolie pulmonaire
- Différentes causes obstétricales de saignement vaginal
- Autres maladies infectieuses

Risque de transmission verticale

Le risque de transmission verticale est bien établi parmi les femmes ayant contracté la dengue pendant la période périnatale.

Des saignements sévères peuvent compliquer l'accouchement et/ou les procédures chirurgicales réalisées sur les patientes enceintes atteintes de dengue pendant la phase critique, c'est-à-dire la période coïncidant avec une thrombocytopénie marquée avec ou sans coagulopathie et vasculopathie.

Prise en charge

- L'hospitalisation précoce pour une surveillance étroite et un traitement de soutien sont recommandés, notamment pour les femmes proches du terme/du travail.

La maladie à virus Ebola (MVE)

Définition

La maladie à virus Ebola (MVE), autrefois appelée fièvre hémorragique à virus Ebola, est une maladie grave, souvent mortelle. Elle est causée par le virus Ebola, l'un des 30 virus connus pour causer un syndrome de fièvre hémorragique virale. La MVE est très contagieuse et se transmet par contacts directs avec des liquides biologiques, notamment le sang, la salive, le liquide amniotique, l'urine, le sperme, les larmes, la transpiration, le lait maternel, le vomi et les selles.

Symptômes

- Fièvre
- Maux de tête intenses
- Douleurs musculaires
- Faiblesse
- Fatigue
- Diarrhées
- Vomissements
- Douleurs abdominales
- Hémorragies inexpliquées (saignements ou ecchymoses, y compris des saignements vaginaux)

Les symptômes peuvent apparaître de 2 à 21 jours après l'exposition au virus Ebola, mais la moyenne est de 8-10 jours. La guérison d'Ebola dépend d'un bon accompagnement en soins cliniques et de la réponse immunitaire du patient. Les personnes qui guérissent d'une infection par Ebola développent des anticorps qui persistent jusqu'à 10 ans.

Diagnostic

Le diagnostic d'Ebola est difficile chez une personne qui n'est infectée que depuis quelques jours parce que les premiers symptômes, tels que la fièvre, ne sont pas spécifiques à une infection par Ebola et sont très comparables à une fièvre survenant d'autres maladies infectieuses telles que le paludisme, la fièvre typhoïde et la méningite.

Toute personne suspectée d'avoir la maladie du VE devrait être isolée, et les autorités sanitaires devraient être notifiées si :

- Symptômes précoces d'Ebola
- La personne a été en contact avec :
 - Le sang ou les liquides biologiques d'une personne atteinte ou morte d'Ebola,
 - Des objets contaminés avec le sang ou les liquides biologiques d'une personne atteinte ou morte d'Ebola,
 - Des chauves-souris frugivores ou des primates (grands singes et singes),
 - Du sperme d'un homme qui s'est remis d'Ebola.

Le virus Ebola est seulement détecté dans le sang après le début des symptômes, et notamment la fièvre, qui accompagne l'augmentation du nombre de virus circulant dans le corps de la femme. Après le début des symptômes, il faut jusqu'à trois jours au virus pour atteindre des niveaux détectables.

La MVE est confirmée en utilisant les analyses suivantes :

- Dosage immuno-enzymatique destiné à la détection d'anticorps (ELISA)
- Tests de détection par capture de l'antigène
- Test de séro neutralisation
- Test de transcription inverse suivie d'une réaction en chaîne par polymérase (RT-PCR)
- Microscopie électronique
- Isolement du virus sur culture cellulaire

Les échantillons représentent un risque biologique extrême ; les analyses de laboratoire réalisées sur les échantillons non inactivés devraient être effectuées dans les conditions de confinement les plus rigoureuses possibles.

Prise en charge

Des traitements pour la MVE sont en cours de développement.

- Un traitement de soutien doit être fourni.
- Tous les traitements doivent être administrés en respectant strictement l'isolement thérapeutique.
- Tous les liquides biologiques doivent être manipulés avec précaution.

MVE et complications obstétricales

La MVE pendant la grossesse est associée à un taux élevé de complications obstétricales et de conséquences graves maternelles et périnatales, notamment :

- Avortement spontané
- Rupture prématurée des membranes
- Naissance prématurée
- Hémorragies antepartum et postpartum
- Mort du fœtus in utero
- Mort-né
- Décès néonatal
- Décès maternel

Les professionnels de santé s'occupant des femmes atteints ou suspectés d'être atteints du virus Ebola doivent respecter des mesures supplémentaires de contrôle de l'infection, afin d'éviter tout contact avec le sang ou les liquides biologiques du patient et les surfaces et matériels contaminés, tels que les vêtements et le linge de lit.

Lors des contacts proches (c'est-à-dire à moins d'un mètre) avec des femmes atteintes de la MVE, les professionnels de santé doivent porter :

- Une protection du visage (un écran facial, ou un masque chirurgical et des lunettes de protection)
- Une blouse propre et non stérile à manches longues
- Des gants (stériles pour certains actes médicaux)

Traitement

Lorsqu'une épidémie de MVE se produit, des centres spécialisés d'isolement et de traitement sont mis en place ; toute femme suspectée d'avoir la MVE devrait y être orientée.

Chapitre 8 : VIH, TB et paludisme pendant la grossesse

Dans ce chapitre, vous trouverez des informations concernant :

- Virus de l'immunodéficience humaine
- Tuberculose
- Paludisme

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une maladie virale grave et potentiellement mortelle, dans laquelle le VIH attaque le système immunitaire, entraînant des dysfonctions immunitaires et réduisant la capacité à lutter contre les infections. Cela permet aux infections opportunistes de se développer. Dans les cas graves, les maladies indicatrices du SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) se développent et peuvent causer la mort.

Un traitement efficace avec une thérapie antirétrovirale hautement active (TARHA) est disponible pour inverser les effets du VIH sur le système immunitaire. Un traitement à vie est nécessaire pour assurer que le VIH est contenu.

Prévalence

Dans le monde entier, 1,5 millions de femmes infectées par le VIH accouchent chaque année, la majorité en Afrique Subsaharienne. Le Mozambique, le Nigeria, l'Afrique du Sud et la Tanzanie comptent 50% des enfants infectés par le VIH. En 2013, on estimait que 240 000 enfants étaient infectés. La même année, 30% des femmes enceintes séropositives pour le VIH ne recevaient pas de traitement antirétroviral.

Le traitement antirétroviral des femmes enceintes infectées par le VIH peut considérablement réduire la probabilité de la transmission du VIH de la mère au nouveau-né. Sans traitement antirétroviral, entre 15 et 30% des enfants en bas âge nés de mère séropositive pour le VIH seront infectés, pendant la grossesse ou au cours de la naissance, et 5 à 15% de plus le seront par l'allaitement. Avec un traitement maternel approprié, le taux de transmission chute en dessous de 5% pour les femmes qui allaitent et en dessous de 2% pour celles qui n'allaitent pas.

Conseils et dépistage prénatals

Toutes les femmes doivent être conseillées et se voir offrir un dépistage rapide et immédiat du VIH lors de leur première visite prénatale. Ce sera peut-être la seule occasion où la femme se présentera pour des soins et cette opportunité ne doit pas être gâchée.

Expliquer à la femme que le dépistage est très important parce que :

- Le VIH est une affection très facile à traiter.
- Avec un bon traitement, une femme peut avoir une vie longue et saine.
- Le traitement protégera une femme contre des infections graves.
- Le traitement réduit considérablement les chances de transmission du VIH au bébé. Sans traitement, il y a un risque que le bébé soit infecté, pouvant aller jusqu'à 45%.

Expliquer pourquoi il est plus sûr de dépister et d'exclure une co-infection par la syphilis, la TB et le paludisme, expliquer les symptômes et signes de la syphilis, de la TB et du paludisme et les effets de la co-infection sur la femme et sur son bébé.

Diagnostic

- Test rapide d'orientation diagnostique utilisant une méthode immuno-enzymatique pour détecter les anticorps
- Réaction en chaîne par polymérase pour détecter l'acide ribonucléique viral
- Un test positif doit être répété pour exclure un résultat faussement positif.

Divulgence de son statut aux partenaires sexuels

Malgré le devoir de confidentialité, une femme séropositive doit être encouragée à divulguer son statut à son ou ses partenaires sexuels, de façon à ce qu'un dépistage puisse leur être offert et que des conseils puissent leur être donnés en ce qui concerne la protection, ou qu'un traitement puisse leur être fourni s'ils sont aussi séropositifs.

Dans les zones endémiques, on peut offrir aux femmes séronégatives pour le VIH un autre dépistage à la 36e semaine ou pendant le troisième trimestre, puisqu'une séroconversion peut se produire.

Surveillance

- La numération des CD4 (une mesure du fonctionnement du système immunitaire) aide à déterminer le risque d'une femme de contracter une infection opportuniste.
- La charge virale (nombre de copies de virus par ml) détermine le risque de transmission de la mère à l'enfant.
- Les tests de CD4 et de la charge virale doivent être offerts au moins une fois par trimestre, et en particulier aux environs de la 36e semaine.
- Si la charge virale n'est pas complètement contrôlée, il est important de vérifier si la femme suit bien son traitement. Cela doit être fait sans blâme et de façon encourageante, et des conseils supplémentaires doivent être donnés sur l'importance du respect du traitement et des risques de développer une résistance aux médicaments si elle ne le suit pas correctement. La résistance aux médicaments antirétroviraux réduit les options de traitement pour l'avenir et expose les femmes au risque de contracter des infections opportunistes.

Il peut être conseillé aux femmes de consulter un professionnel de santé, si elles présentent l'un des symptômes suivants :

- Fièvre
- Diarrhée persistante
- Toux
- Dysurie

- Sécrétions vaginales
- Perte de poids
- Éruptions cutanées/infection de la peau
- Lochies malodorantes (si après la naissance)

Traitement

Le traitement antirétroviral inhibe la réplication virale et réduit la charge virale. Les femmes séropositives doivent se voir offrir un traitement immédiat par trithérapie antirétrovirale. Idéalement, le traitement doit commencer avant la 14^e semaine de gestation pour donner suffisamment de temps pour la suppression de la charge virale. Le but du traitement est de réduire la charge virale <50 copies/ml. Le TARHA peut être toxique et un suivi étroit par un spécialiste est nécessaire. Il n'y a aucune preuve que les traitements antirétroviraux entraînent des anomalies congénitales et les femmes qui sont déjà sous traitement avant la grossesse doivent être fortement encouragées à continuer leur traitement antirétroviral.

Toutes les femmes doivent bénéficier d'un traitement conforme à l'Option B+. Cela signifie commencer un traitement à vie, quelles que soient la numération CD4 ou la charge virale.

Traitement de première intention privilégié :

- Ténofovir (TDF), + lamivudine (3TC) ou emtricitabine (FTC) + éfavirenz (EFV) (association médicamenteuse fixe)

Traitement alternatif de première intention :

- Zidovudine (AZT) + lamivudine (3TC) + éfavirenz (EFV) ou névirapine (NVP)

Ou

- Ténofovir (TDF), + lamivudine (3TC) ou emtricitabine (FTC) + névirapine (NVP).

Les effets secondaires possibles comprennent nausée, diarrhée et maux de tête. Ils sont généralement passagers.

Complications du VIH

- Sarcome de Kaposi
- Lymphome non hodgkinien
- Infections opportunistes : pneumocystose, candidose œsophagienne, Cytomégalovirus causant une hépatite, et infections mycobactériennes atypiques
- Complications neurologiques : méningo-encéphalite, myélopathie, toxoplasmose cérébrale.

Risques du traitement TARHA sur la grossesse

Les bénéfices du traitement sont significativement plus grands que les risques. Cependant, il existe un risque accru de déclenchement du travail avant le terme pour les femmes sous trithérapie.

Prise en charge

- L'infection par le VIH est un problème chronique pour la santé et un potentiel problème social pour la mère et le nouveau-né. Sans intervention, le risque de transmission de la mère à l'enfant est de 30-50% (selon la charge virale).

- Toutes les femmes séropositives sont encouragées à accoucher dans un établissement de santé.
- L'option d'un accouchement par césarienne doit être discutée.

[!] Si possible, éviter un accouchement nécessitant l'utilisation d'instruments pour les femmes séropositives.

- Si une femme se présente avec une rupture prématurée des membranes avant le terme, il doit être décidé si les risques liés à la prématurité l'emportent sur les risques de transmission verticale, si la femme n'accouche pas. Les femmes ayant une charge virale indétectable (<20 copies/ml) doivent être encouragées à continuer leur grossesse et à attendre le déclenchement spontané du travail, à condition qu'il n'y ait pas de signes d'infection bactérienne ascendante entraînant une chorioamnionite. Une prophylaxie antibiotique doit être donnée conformément au protocole habituel.
- En cas de présentation par le siège à la 36e semaine, les femmes peuvent bénéficier d'une version céphalique par manœuvres externes.

Tuberculose

Points principaux

La tuberculose est un problème de santé publique et elle représente l'une des trois causes principales de décès chez les femmes âgées de 15 à 45 ans dans les zones à haut risque. L'incidence de la tuberculose pendant la grossesse, bien qu'elle ne soit pas facilement accessible, est supposée être aussi élevée que dans la population générale. La TB peut être asymptomatique et le dépistage de la TB n'est souvent pas disponible pendant la grossesse. La tuberculose congénitale, même si elle est rare, est associée à une mortalité périnatale élevée.

Les femmes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA courent un risque beaucoup plus élevé de développer une TB, en raison de leur système immunitaire affaibli. Les interventions visant à intégrer un dépistage passif de la tuberculose dans d'autres contextes, tels que les cliniques prénatales, se sont avérées acceptables. Le dépistage actif de la TB parmi les femmes séropositives pour le VIH peut déceler un nombre important de femmes atteintes de TB non diagnostiquée.

Microbiologie

La mycobactérie de la tuberculose est un bacille aérobie immobile et sans spore. Presque toutes les infections par la TB sont causées par l'inhalation de particules infectieuses mises en suspension par une personne toussant, éternuant et parlant.

Tuberculose pendant la grossesse

La tuberculose touche presque tous les organes du corps, mais la maladie se situe habituellement dans les poumons, représentant plus de 80% des cas de tuberculose. Le modèle de l'infection chez les patients positifs pour le VIH peut toutefois être différent, avec une tendance accrue vers la transmission pulmonaire. L'incidence exacte de la tuberculose pendant la grossesse n'est pas facilement accessible dans beaucoup de pays, en raison d'un grand nombre de facteurs portant à confusion.

La grossesse en elle-même n'entraîne pas la progression de la TB. Le diagnostic de la tuberculose durant la grossesse peut être plus difficile, car certains symptômes peuvent initialement être attribués à la grossesse, par exemple la perte de poids associée à la tuberculose peut être masquée par la prise de poids normale pendant la grossesse. Les femmes qui reçoivent un diagnostic de maladie avancée pendant la période puerpérale et celles co-infectées par le VIH ont le plus mauvais pronostic. La non-observance du traitement aggrave aussi le pronostic.

Le diagnostic tardif est un facteur indépendant, qui peut quadrupler la morbidité obstétricale, alors que le risque de déclenchement du travail avant le terme peut être multiplié par neuf. Dans les contextes où la prévalence de la TB est de 100/100 000 ou plus dans la population générale, le dépistage systématique de la TB active doit être envisagé pour les femmes enceintes dans le cadre des soins prénatals. Le dépistage systématique est défini comme l'identification systématique des personnes soupçonnées d'être atteintes de tuberculose active dans un groupe cible prédéterminé ; il est effectué à l'aide de tests, d'exams et d'autres procédures qui peuvent être rapidement réalisés.

Diagnostic de la TB pendant la grossesse

Il est important de considérer la TB chez toutes les femmes souffrant de toux chronique et/ou qui ont récemment voyagé dans des zones endémiques de la TB et/ou qui ont un membre de leur famille souffrant de toux chronique ou diagnostiqué avec la TB.

Les symptômes de la TB comprennent :

- Toux chronique (durée >2-3 semaines)
- Toux productive
- Sang trouvé dans les expectorations (hémoptysie)
- Sueurs nocturnes
- Fièvre nocturne
- Perte de poids

La TB peut être diagnostiquée et confirmée de plusieurs façons. Ceux-ci incluent :

- Examen microscopique et culture
- Test tuberculinique ou test de Mantoux
- Radiographie thoracique
- GeneXpert

Examen microscopique

L'examen microscopique de crachat pour les bacilles acido-alcool-résistants (BAAR) reste la pierre angulaire du diagnostic de laboratoire de la TB pendant la grossesse. Trois échantillons de crachat sont recueillis. La coloration des BAAR est effectuée par la technique de Ziehl-Neelsen, la technique utilisant de l'auramine-rhodamine et la technique de Kinyoun. La microscopie à fluorescence avec des diodes électroluminescentes a récemment été mise en place pour améliorer le diagnostic.

Culture

La culture traditionnelle sur milieu de Lowenstein-Jensen peut prendre de 4 à 6 semaines pour obtenir un résultat. Cette technique peut toutefois être encore utile dans les cas de doute du diagnostic et dans la prise en charge des cas soupçonnés de tuberculose résistante aux médicaments.

Test tuberculinique ou test de Mantoux

Un test cutané tuberculinique peut être effectué sur les femmes enceintes présentant des symptômes et des signes suggérant la tuberculose. Ce test est sensible et sûr pendant la grossesse. Une injection intradermique à une seule aiguille de 0,1ml de dérivé protéique purifié (5 unités de tuberculine) est administrée, et la réaction de la peau est analysée 48 à 72 heures après sur la base du diamètre le plus grand des indurations développées.

Des résultats faussement positifs peuvent être obtenus chez des individus qui ont précédemment été vaccinés avec le vaccin BCG, chez ceux qui ont précédemment été traités pour la tuberculose, ainsi que chez les personnes qui sont infectées par une autre espèce de Mycobacterium. En revanche, des résultats faussement négatifs sont fréquemment dus à un système immunitaire compromis et à des erreurs techniques. De nouveaux outils de diagnostic sont maintenant disponibles pour faciliter le diagnostic, y compris le GeneXpert, qui a été approuvé par l'OMS.

Test GeneXpert

Le test GeneXpert est un nouveau test moléculaire de la TB qui diagnostique en identifiant la présence de bactéries responsables de la TB, mais également en testant la résistance à la rifampicine. Le test détecte l'ADN de la bactérie de la TB. Il utilise un échantillon de crachat et peut donner un résultat en moins de deux heures. Il peut aussi détecter les mutations génétiques associées à la résistance à la rifampicine. De nombreux pays ont maintenant la capacité de diagnostic utilisant GeneXpert.

Les principaux avantages du test sont la fiabilité par rapport à la microscopie d'expectoration et la vitesse à laquelle le résultat est obtenu par rapport à la culture. La microscopie d'expectoration est rapide et abordable pour le diagnostic de la tuberculose, mais reste souvent peu fiable. Elle est particulièrement peu fiable lorsque les femmes sont séropositives. Même si la culture donne un diagnostic définitif, l'obtention du résultat prend généralement beaucoup plus de temps (des semaines) par rapport au test GeneXpert (<2 heures).

Radiographie thoracique

Une radiographie thoracique avec un tablier de plomb sur l'abdomen peut être effectuée sans danger pendant la grossesse et sans crainte pour la santé du fœtus.

Résultats possibles :

- Infiltration ou consolidation
- Lésions cavitaires
- Nodules avec des berges mal définies
- Épanchement pleural
- Lymphadénopathie médiastinale ou hilare

Traitement de la Tuberculose

Les médicaments antituberculeux couramment utilisés ne sont pas tératogènes et sont sûrs pendant la grossesse.

- La rifampicine, l'INH et l'éthambutol sont des médicaments de première intention, alors que l'utilisation de pyrazinamide pendant la grossesse gagne en popularité.

- Le traitement préventif à l'isoniazide (INH) vise à réduire l'infection chez les femmes enceintes séropositives.
- Les bébés séropositifs nés de mères séropositives doivent commencer un traitement prophylactique par l'INH pendant six mois, après quoi ils reçoivent le vaccin du Bacille de Calmette et Guérin (BCG), si le test est négatif.

La tuberculose non traitée représente un risque bien plus grand pour une femme enceinte et son fœtus, par rapport au traitement de la maladie. Le traitement est effectué conformément aux principes du traitement court directement observé. Ce traitement implique l'utilisation du traitement en association pendant au moins 6 mois. Selon l'association des agents antituberculeux disponibles, ce traitement comprend obligatoirement l'isoniazide et la rifampicine, avec en seconde ligne l'éthambutol et la pyrazinamide. Pour les patients qui sont atteints de TB sensible aux médicaments et qui suivent correctement leur traitement, ces régimes guérissent environ 90% des cas de TB. Le traitement est réalisé dans le cadre de soins ambulatoires, sauf indication contraire. L'utilisation de ces médicaments antituberculeux de première intention est considérée comme sûre pour la femme et le bébé.

Isoniazide (INH)

L'INH est sûr pendant la grossesse et même au cours du premier trimestre, bien qu'il puisse traverser le placenta. Une supplémentation en pyridoxine est recommandée pour toutes les femmes enceintes prenant de l'INH à une dose quotidienne de 50mg.

Rifampicine

On estime qu'elle est sûre pendant la grossesse, bien qu'il y ait un risque accru de troubles hémorragiques chez le nouveau-né dans une proportion inconnue de cas.

Éthambutol

La névrite rétrobulbaire qui peut compliquer l'utilisation de ce médicament chez l'adulte a créé la peur qu'il puisse interférer avec le développement ophtalmologique lorsqu'il est utilisé pendant la grossesse, mais cela n'a pas été démontré lorsque la dose standard est utilisée.

Pyrazinamide

Précédemment, les professionnels de santé évitaient l'utilisation de la pyrazinamide pendant la grossesse en raison du manque de données concernant sa tératogénicité. Actuellement, un grand nombre d'organisations internationales recommande son utilisation et aucun événement indésirable important n'a été signalé chez les femmes enceintes ; elle fait partie du régime de traitement standard dans beaucoup de pays. La pyrazinamide est particulièrement indiquée chez les femmes atteintes de méningite tuberculeuse pendant la grossesse, les femmes co-infectées par le VIH et celles soupçonnées de résistance à l'INH.

Streptomycine

Il a été prouvé que ce médicament est potentiellement tératogène tout au long de la grossesse. Il entraîne des malformations fœtales et une paralysie de la huitième paire crânienne avec des déficits allant d'une perte auditive légère à une surdité bilatérale. De nombreux établissements n'utilisent pas ce médicament pendant la grossesse.

Tuberculose multirésistante (TB-MR)

Les femmes enceintes atteintes de TB-MR ont un pronostic moins favorable. Elles peuvent avoir besoin de médicaments de deuxième intention, notamment :

- Cyclosérine
- Ofloxacine
- Amikacine
- Kanamycine
- Capréomycine
- Éthionamide

L'innocuité de ces médicaments pendant la grossesse n'est pas bien établie, mais l'utilisation d'éthionamide n'est pas recommandée pendant la grossesse. Des schémas thérapeutiques individualisés utilisant des associations variées de ces agents antituberculeux de deuxième intention ont été utilisés chez des femmes enceintes, sans issues obstétricales indésirables. Les recommandations en matière de traitement des femmes enceintes ayant une tuberculose multirésistante (TB-MR) devraient changer avec l'avancée des connaissances et de l'expérience en matière de prise en charge de la maladie.

Effet de la TB sur le bébé en développement

La tuberculose congénitale est une complication rare de l'infection in utero par la tuberculose. La tuberculose congénitale peut se transmettre par le sang via la veine ombilicale jusqu'au foie fœtal ou par ingestion et aspiration de liquide amniotique infecté. Un foyer primaire se développe ensuite dans le foie avec une participation des ganglions lymphatiques périportaux. Le bacille tuberculeux infecte les poumons secondairement, alors que chez l'adulte, plus de 80% des infections primaires se produisent dans les poumons.

La tuberculose congénitale peut être difficile à distinguer d'autres infections néonatales ou congénitales avec lesquelles des symptômes comparables peuvent apparaître durant la deuxième ou la troisième semaine de vie.

Ces symptômes incluent :

- Hépatosplénomégalie
- Insuffisance respiratoire
- Fièvre
- Lymphadénopathie

La possibilité d'une transmission postnatale doit être exclue par une enquête rigoureuse de toutes les personnes en contact, y compris le personnel de l'hôpital et les visiteurs. Jusqu'à 50% des nouveau-nés atteints de tuberculose congénitale peuvent mourir, en particulier en l'absence de traitement.

[!] Une carence en pyridoxine peut entraîner des crises chez le nouveau-né.

En l'absence de preuve de tuberculose congénitale, un traitement par isoniazide (10mg/kg/jour) devrait débuter à la naissance et continuer pendant six mois. Des caractéristiques cliniques ou radiologiques d'une tuberculose active et un test cutané tuberculinique positif sont des indications pour un traitement antituberculeux complet. Le test cutané tuberculinique et la radiographie thoracique sont effectués à la 6e semaine, à la 12e semaine et au 6e mois. Le bébé reçoit le vaccin

du BCG le 6e mois, si les résultats de ces tests sont négatifs. Un traitement de plusieurs médicaments doit en revanche être administré au bébé si n'importe lequel de ces tests donne un résultat positif pendant la période de surveillance.

Co-infection VIH et TB pendant la grossesse

Le VIH et la TB se produisent souvent en co-infections. Le traitement est compliqué par les défis que pose l'adhésion au traitement, la polypharmacie et les effets secondaires cumulatifs des médicaments antituberculeux et antirétroviraux.

La gamme de médicaments antirétroviraux pouvant être utilisés pendant la grossesse est limitée. Éfavirenz est contre-indiqué avant la treizième semaine de gestation, alors que le risque de toxicité lié à l'utilisation de la didanosine et de la stavudine est significativement accru pendant la grossesse. La rifampicine peut entraîner une réduction de la concentration sérique en éfavirenz et l'augmentation de la dose d'éfavirenz n'a pas alors de résultat significatif.

La néviparine, qui est une alternative à l'utilisation de l'éfavirenz, présente aussi une interaction médicamenteuse avec la rifampicine. La rifampicine peut entraîner une réduction de la concentration sérique de néviparine de presque 50%. Pour contourner ce problème, la rifabutine – une autre rifamycine qui est aussi efficace que la rifampicine pour le traitement de la tuberculose – peut être utilisée puisqu'elle a moins d'effet sur le système CYP3A qui métabolise la néviparine.

De manière générale, il y a un manque d'études et de données sur l'effet que la grossesse peut avoir sur les interactions. Une grande prudence doit donc être de mise lors de la prise en charge de femmes enceintes infectées à la fois par la TB et par le VIH. Si disponibles, les lignes directrices nationales devraient être suivies.

Prévention de la tuberculose

Le vaccin BCG a été incorporé dans la politique de vaccination nationale de nombreux pays, en particulier les pays à risque élevé, conférant ainsi une immunité active dès l'enfance. Le traitement préventif à l'isoniazide (TPI) vise à réduire le risque de TB chez les femmes enceintes séropositives, sur la base de preuves scientifiques et de l'expérience passée ; et la grossesse ne devrait pas être une contre-indication au traitement préventif à l'isoniazide.

Paludisme

Définition

Le paludisme est dû à un protozoaire du genre *Plasmodium*, qui est transmis aux êtres humains par des piqûres de moustiques anophèles femelles infectés.

- Le *Plasmodium falciparum* est le parasite du paludisme le plus répandu ; il est responsable de plus de 90% des cas de paludisme et de toutes les formes graves de la maladie.
- Les groupes les plus vulnérables sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, en particulier si leur numération de CD4 est basse en raison d'une infection par le VIH.

Les symptômes et complications du paludisme pendant la grossesse varient selon l'intensité de la transmission du paludisme dans une région géographique donnée et selon le niveau d'immunité acquise de l'individu.

Zones de forte transmission

Dans les zones de forte transmission, où les niveaux d'immunité acquise ont tendance à être élevés, l'infection par le *Plasmodium falciparum* est habituellement asymptomatique pendant la grossesse. Pourtant, des parasites peuvent se trouver dans le placenta, même en l'absence d'une parasitémie périphérique avérée.

Dans les zones de forte transmission, les effets indésirables de l'infection par *Plasmodium falciparum* pendant la grossesse sont plus prononcés chez les femmes enceintes pour la première fois.

Zones de faible transmission

Dans les zones de faible transmission, où les femmes en âge de procréer ont une immunité acquise relativement faible contre le paludisme, une infection palustre pendant la grossesse est associée à un risque accru de paludisme sévère. Dans ces zones, le paludisme touche toutes les femmes enceintes, indépendamment du nombre de leurs grossesses précédentes.

Prévention du paludisme pendant la grossesse

Les interventions suivantes sont recommandées pour la prévention du paludisme pendant la grossesse :

- Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILD) ;
- Dans toutes les zones à transmission modérée à élevée du paludisme, un traitement préventif intermittent (TPIg) à base de sulfadoxine-pyriméthamine (SP) est administré pendant les soins prénatals
- Un diagnostic rapide et un traitement efficace des infections paludiques.

Traitement préventif intermittent (TPIg) du paludisme pendant la grossesse

- Toutes les femmes enceintes dans les zones de transmission modérée à forte du paludisme, doivent bénéficier d'un TPIg par SP lors de chaque consultation prénatale programmée.
- La première dose doit être donnée dès que possible dans le deuxième trimestre de grossesse (de préférence après la perception des premiers mouvements actifs du fœtus). Le traitement SP ne doit pas être administré pendant le premier trimestre de la grossesse.
- Les doses de SP doivent être données à au moins 1 mois d'intervalle et la dernière dose peut être administrée jusqu'au moment de l'accouchement, sans problèmes de sécurité. Chaque femme doit prendre au moins 3 doses.
- Le TPIg doit être administré en observation directe sous forme de trois comprimés de sulfadoxine-pyriméthamine (chaque comprimé contenant 500mg/25mg de SP).
- La SP peut être administrée à jeun ou avec de la nourriture.
- Une dose d'acide folique quotidienne de 0,4mg peut être administrée en toute sécurité avec la SP. Toute dose quotidienne égale ou supérieure à 5mg ne doit pas être administrée avec de la SP, car cela neutralise l'efficacité de son action antipaludéenne.

Moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILD)

- Chaque femme enceinte vivant dans une zone à risque de paludisme doit recevoir une MILD gratuite lors du premier contact prénatal.
- La façon de suspendre la MILD doit lui être montrée et elle doit être encouragée à utiliser la moustiquaire chaque nuit pendant sa grossesse et par la suite.

Mise à disposition d'un diagnostic rapide et d'un traitement de la fièvre due au paludisme

- Tester chaque femme enceinte qui a de la fièvre avec un kit de test de diagnostic rapide du paludisme
- Donner des médicaments antipaludéens aux femmes dont le diagnostic de paludisme a été confirmé

Éducation/conseils sanitaires

- Expliquer à la femme l'importance de la prise compétente des médicaments
- Rechercher un traitement dans les cas de maladies fébriles, recommander de passer un test de diagnostic rapide et d'éviter d'acheter des traitements en vente libre, qui pourraient être inadaptés
- Utilisation régulière d'une MILD

Signes cliniques du paludisme pendant la grossesse

- Paludisme non compliqué
 - Fièvre (température de 37,5°C ou plus)
 - Frissons
 - Maux de tête
 - Douleurs articulaires
 - Malaise général

Paludisme grave

En plus de ceux listés ci-dessus, les symptômes et signes suivants peuvent apparaître en cas de paludisme grave :

- Convulsions généralisées
- État de conscience altéré (changement de comportement, confusion, délire, coma persistant pendant plus de 30 minutes après des convulsions)
- Anémie grave – Hb <5g/dl
- Hypoglycémie (glycémie <2,2mmol/l ou <40mg/dl)
- Saignements spontanés inexpliqués (CIVD)
- Hémoglobinurie (urine foncée)
- Insuffisance rénale aiguë (arrêt de la production d'urine ou production de très petites quantités)
- Choc ou collapsus circulatoire (refroidissement des membres, pouls rapide et faible)
- Ictère
- Œdème pulmonaire aigu ou difficultés respiratoires (syndrome de détresse respiratoire de l'adulte)

Diagnostic

- Microscopie sur des gouttes épaisses et des frottis sanguins
 - L'examen de gouttes épaisses est plus sensible pour détecter des parasites
 - Un frottis sanguin aide à identifier l'espèce du parasite
- Test de diagnostic rapide

Traitement du paludisme

Paludisme non compliqué

Premier trimestre :

- Traiter les femmes enceintes atteintes de paludisme non compliqué pendant le premier trimestre de grossesse avec de la quinine, plus de la clindamycine par voie orale (pendant sept jours).
- Si la quinine n'est pas disponible ou si l'observation d'un traitement de 7 jours par voie orale de quinine plus clindamycine ne peut pas être assuré, donner un traitement à base d'artémisinine (artéméther-luméfantrine (AL) en première intention et artésunate-amodiaquine (AS+AQ) en option alternative).

Deuxième et troisième trimestres de la grossesse :

- Traiter les femmes enceintes présentant un paludisme non compliqué pendant le deuxième et le troisième trimestre comme si elles n'étaient pas enceintes, en utilisant AL ou AS+AQ comme alternative.
- Donner des antipyrétiques, par exemple du paracétamol, avec le traitement du paludisme

Paludisme grave

- Admettre toute femme atteinte de paludisme grave dans un établissement de santé
- De la quinine doit être administrée par IV ou IM jusqu'à ce que la patiente puisse prendre le traitement par voie orale
- Si la femme se trouve dans un centre de santé de premier niveau, lui donner la dose initiale de quinine par voie IM et l'orienter vers un centre de référence
- Solutés intraveineux, de préférence 5% dextrose
- Si l'état de conscience est altéré, donner des bolus de 10%, puisque la patiente peut être gravement hypoglycémique, et répéter si nécessaire.
- Tester la glycémie fréquemment (toutes les heures)
- Antipyrétiques – paracétamol
- Anti-convulsivants si des convulsions ont eu lieu – sulfate de magnésium
- Transfusion sanguine si l'Hb <7g/dl

Chapitre 9 : Complications obstétricales

Dans ce chapitre, vous trouverez des informations concernant :

- Troubles hypertensifs de la grossesse
- Hémorragie antepartum
- Utérus anormalement gros
- Retard de croissance intra-utérin
- Naissance prématurée
- Mauvaise présentation
- Grossesses multiples
- Déclenchement du travail

Troubles hypertensifs de la grossesse

Les troubles hypertensifs de la grossesse sont une cause de morbidité grave, d'incapacité à long terme et de mortalité pour les femmes et leurs bébés. Environ un décès maternel sur dix est associé à des troubles hypertensifs de la grossesse. Parmi les troubles hypertensifs qui compliquent la grossesse, la pré-éclampsie et l'éclampsie sont considérées comme des causes majeures de mortalité et de morbidité maternelle et périnatale. Elles font partie des causes principales de morbidité et de mortalité maternelle et périnatale. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les troubles hypertensifs sont la deuxième cause la plus fréquente de mortinaissances et de décès néonataux précoces.

Définitions de l'hypertension pendant la grossesse

- **Hypertension pré-existante** – il s'agit d'une hypertension diagnostiquée avant ou pendant les 20 premières semaines de la grossesse, avec une mesure de la pression artérielle supérieure à 140/90mmHg.
- **Hypertension induite par la grossesse** – PA diastolique supérieure à 90mmHg lors de 2 mesures consécutives, après la 20e semaine de gestation.
- **Pré-éclampsie** – elle est cliniquement définie par de l'hypertension (>140/90mmHg) lors de 2 mesures consécutives après la 20e semaine de gestation, en parallèle d'une protéinurie importante (analyse d'urine $\geq 2++$, $\geq 0,3g/L$), avec ou sans symptômes cliniques
- **Pré-éclampsie sévère** – PA >90mmHg comme ci-dessus ; protéinurie 3+ ou supérieure ; et un ou plusieurs signes ou symptômes tels que maux de tête, vision floue et douleur dans la partie supérieure droite de l'abdomen
- **Éclampsie** – PA >90mmHg comme ci-dessus ; protéinurie >2 ++ ; convulsions ; autres signes et symptômes de pré-éclampsie sévère

[!] **Ayez conscience des risques de crises de convulsion après l'accouchement – beaucoup de cas d'éclampsie se produisent au stade postnatal. Ce risque est particulièrement élevé dans les 48 heures suivant l'accouchement, mais l'éclampsie peut se produire jusqu'à 4 semaines après l'accouchement.**

Prise en charge de l'hypertension artérielle gravidique (HTA)

L'HTA est une complication fréquente de la grossesse. Toute femme présentant une tension artérielle élevée doit subir une évaluation complète, afin d'établir un diagnostic et d'exclure la pré-éclampsie.

- Analyses sanguines (bilan hépatique, formule sanguine complète, urée et électrolytes, acide urique) et test urinaire.
- Une fois que le diagnostic d'HTA (analyses sanguines normales, absence de protéines ou de symptômes) est confirmé, la femme peut alors être suivie en ambulatoire.
- Le suivi tout au long de la grossesse est important chez les femmes présentant une HTA, en raison d'un risque accru de développer une éclampsie.
- Le degré de suivi dépendra du degré d'hypertension, allant d'une fois par semaine pour une HTA modérée (140-150/90-95mmHg), à 3 fois par semaine si proche des niveaux de traitement.
- Il doit être conseillé aux femmes de se rendre à leur établissement de santé le plus proche, en cas de symptômes de pré-éclampsie ou d'inquiétude concernant les mouvements fœtaux.
- Envisager des antihypertenseurs quand la tension artérielle diastolique est continuellement supérieure à 105mmHg. (Tableau 9.1)
- Envisager de commencer un traitement antihypertenseur avant la 28^{ème} semaine de grossesse, si la pression diastolique est supérieure à 90 (Tableau 9.1). PA cible < 140/90

Suivi

- La PA se stabilise généralement dans les 6 semaines suivant l'accouchement
- Si l'hypertension persiste, envisager une hypertension essentielle
- Les femmes avec une HTA présentent un risque plus élevé de récurrence d'HTA au cours de leurs grossesses futures et d'hypertension plus tard au cours de leur vie

Prise en charge de la prééclampsie

Si la prééclampsie est modérée et stable, la femme peut bénéficier d'un suivi en ambulatoire et d'examen réguliers (au moins deux fois par semaine). Si la femme habite loin de l'établissement de santé et n'a pas accès aux transports, elle doit être hospitalisée. La prééclampsie peut progresser de manière rapide et imprévisible en évoluant de légère à grave, et les femmes doivent bénéficier de conseils sur les signes et symptômes de la prééclampsie.

L'accouchement constitue la prise en charge définitive

Les femmes présentant un début de pré-éclampsie (140/90mmHg) avec une protéinurie significative (≥ 2 ++ lors d'une analyse d'urine) sur deux lectures consécutives après 20 semaines de gestation et qui présentent des effets fœtaux tels que des mouvements fœtaux réduits, un retard de croissance fœtale doit être hospitalisées dans l'établissement de santé le plus approprié pour recevoir un traitement en milieu hospitalier.

- Il est préférable d'établir une surveillance attentive de la grossesse chez les femmes asymptomatiques ayant une PA légèrement élevée sans nécessité de traitement et ne présentant aucune preuve de dysfonctionnement organique (les analyses biologiques sont normales), avec une croissance fœtale normale.

- Envisager de commencer un traitement antihypertenseur si la PA est continuellement > 140/90 (Tableau 9.2)
- Les antihypertenseurs contrôlent la PA mais n'arrêtent pas la progression de la maladie

Options de surveillance du fœtus

- La surveillance des mouvements par la mère est subjective mais doit être prise au sérieux
- Mesures de la croissance par des échographies toutes les deux semaines (si disponible)
- Volume du liquide amniotique et doppler de l'artère ombilicale toutes les semaines (si disponible)
- Si l'accouchement est prévu avant 36 semaines, envisager des stéroïdes pour accélérer la maturation pulmonaire fœtale (Tableau 9.5)

Accouchement

- La décision de l'accouchement tient à plusieurs facteurs et comprend tous les aspects du bien-être maternel et fœtal, y compris les antécédents obstétricaux et la gestation actuelle.
- Envisager le déclenchement du travail à terme si le col est favorable
- L'accouchement doit être accéléré pour les femmes qui :
 - Présentent des signes et des symptômes de prééclampsie ou de HELLP syndrome
 - Ont une PA incontrôlable, bien qu'elles soient sous antihypertenseurs
 - Présentent une croissance fœtale statique, des mouvements fœtaux réduits ou un oligoamnios

Tableau 9.1 Utilisation des médicaments antihypertenseurs

Médicament	Posologie et voie d'administration
Labélatol	100mg par voie orale 2 fois par jour, jusqu'à maximum 200mg 3 fois par jour
Nifédipine	10mg 2 fois par jour, jusqu'à maximum 40mg 2 fois par jour
Méthylodopa	250mg 2 fois par jour jusqu'à 1g 3 fois par jour

[!] S'il n'est pas possible de prendre en charge une femme présentant une prééclampsie légère en ambulatoire à s, elle doit être hospitalisée pour bénéficier d'un traitement et d'une surveillance étroite.

Les symptômes et signes de prééclampsie sévère ou d'éclampsie imminente comprennent :

- Des céphalées douloureuses (surtout frontales)
- Une altération de l'état mental/somnolence
- Des troubles de la vision (par ex. vision floue, flashes lumineux)
- Une douleur épigastrique
- De l'hyper réflexie (détectée à l'aide d'un marteau à réflexes)

Classification des pré-éclampsies/éclampsies

La prééclampsie est classée en tant que légère ou grave. Le tableau clinique des différentes étapes se trouve dans le Tableau 9.2 ci-dessous.

Tableau 9.2 Tableau clinique avec symptômes de la prééclampsie et de l'éclampsie

Observation	Pré-éclampsie légère	Pré-éclampsie grave	Éclampsie
Pression artérielle diastolique	Le niveau absolu est de > 90 mais < 100	Le niveau absolu est de >100	Comme pour la pré-éclampsie sévère, plus crises
Protéinurie	Trace ou 1 +	2 + ou supérieur	
Œdème généralisé y compris du visage et des mains	Absent	Constamment présent	
Maux de tête	Absent	Présent	
Troubles de la vision	Absent	Présent	
Une douleur épigastrique	Absent	Présent	
Oligurie	Absent	Présent	

Le diagnostic différentiel de l'éclampsie inclue :

- Épilepsie
 - Antécédents d'épilepsie
 - Absence d'augmentation de la PA
 - Absence de protéinurie
- Paludisme cérébral
 - Fièvre
 - Frottis sanguin positif pour le paludisme
 - Absence de protéinurie
 - Absence d'augmentation de la PA
- Méningite
 - Maux de tête
 - Fièvre
 - Raideur de la nuque
 - Ponction lombaire positive
 - Absence de protéinurie
 - Absence d'augmentation de la PA

Les complications de la prééclampsie et de l'éclampsie incluent :

- Décollement placentaire
- Insuffisance ou défaillance rénales
- HELLP syndrome (Hémolyse, augmentation des enzymes hépatiques et numération plaquettaire faible)
- Hémorragie intra-cérébrale
- Coagulation intravasculaire disséminée (CIVD)
- Œdème pulmonaire

Prise en charge d'une patiente souffrant d'une crise d'éclampsie

[!] L'éclampsie est une urgence obstétricale

Pour stabiliser la patiente, en attendant le transport vers un service spécialisé qui la prendra en charge :

- Placer la femme en position latérale de sécurité, sur son côté gauche, pour éviter l'aspiration.
- Noter l'heure et la durée de la crise.
- Commencer le traitement médicamenteux selon les indications du Tableau 12.4
- Insérer une sonde de Foley, surveiller le débit urinaire et maintenir un graphique précis de l'équilibre hydro-électrique.
- Limiter les fluides à 80ml/heure (26 gouttes/min) pour éviter une surcharge de liquide amniotique.
- HOSPITALISER dès que possible.

Tableau 9.3 Utilisation des médicaments anti-convulsivants

Médicament	Posologie et voie d'administration	Dose continue	Dose maximale	Précautions et contre-indications
Sulfate de magnésium	Une dose de charge de 4g doit être administrée par voie intraveineuse pendant 5 minutes	Perfusion intraveineuse de 1g/heure, à maintenir pendant 24 heures	Les crises récurrentes doivent être traitées avec une dose supplémentaire de 2-4g d'environ 5 minutes	La toxicité du magnésium doit être observée et traitée avec du gluconate de calcium
Diazépam	0,15-0,25mg par kg (généralement 10-20mg) à administrer par voie intraveineuse	Cette dose peut être répétée si nécessaire, après 30 à 60 minutes.	Dose totale maximale : 3mg par kg pendant 24 heures	Dépression respiratoire sévère ou aigüe

Ces femmes nécessiteront un suivi et un traitement après la naissance (Voir Chapitre 12 pour plus d'informations).

Cholestase gravidique

Définition

La cholestase gravidique est une maladie spécifique de la grossesse, caractérisée par un prurit sans éruption cutanée, un bilan hépatique anormal et une disparition des symptômes après l'accouchement.

C'est une complication rare de la grossesse, plus fréquente au cours du troisième trimestre. La cholestase gravidique est une maladie multifactorielle (des facteurs génétiques, endocriniens et environnementaux sont impliqués). Les risques sont plus élevés en cas d'antécédents familiaux ou personnels de cholestase gravidique.

Diagnostic

- Généralement, on observe un prurit généralisé, y compris sur la paume des mains et la plante des pieds, mais sans éruption cutanée. Les démangeaisons s'aggravent la nuit et perturbent le sommeil.
- Un bilan hépatique et un dosage des acides biliaires doivent être effectués (si disponible). Un taux d'acides biliaires anormal est l'indicateur le plus utile dans le diagnostic de la cholestase gravidique.
- Dans le cas d'un bilan hépatique ou d'un dosage des acides biliaires anormaux, des recherches sont menées pour exclure tout autre diagnostic :
 - PA et analyse urinaire pour exclure la prééclampsie
 - Dépistage de l'hépatite virale

Prise en charge

- Une fois la cholestase gravidique diagnostiquée, un bilan hépatique doit être effectué chaque semaine.
- Des crèmes topiques telles qu'une lotion à la calamine et une crème aqueuse avec du menthol peuvent apporter un soulagement
- L'acide ursodésoxycholique est le plus souvent prescrit pour soulager le prurit survenant dans la cholestase gravidique.

Décision d'accouchement

- La cholestase gravidique est associée à des taux accrus de prématurité spontanée et induite, de souffrance fœtale et de mort fœtale in utero.
- L'importance d'une surveillance des mouvements fœtaux par la mère doit lui être expliquée et une évaluation du fœtus doit être recommandée aux patientes, en cas d'inquiétude.
- La décision d'accoucher doit se baser sur le diagnostic et la gestation. Un accouchement à 37-39 semaines est souvent recommandé à cause du risque de mortinatalité.

Hémorragie ante-partum

Définition

Une hémorragie ante-partum est un saignement vaginal qui survient après 24 semaines de grossesse

Causes

- Décollement placentaire
- Placenta praevia
- Saignements locaux et inexplicables

La prise en charge de l'hémorragie ante-partum dépend de la cause, de l'état du fœtus et de la mère, de la grossesse et du degré de saignement. Il vaut mieux traiter l'hémorragie ante-partum d'origine inconnue comme s'il s'agissait d'un petit décollement placentaire.

Saignements locaux et inexpliqués

Causes concernant le col utérin

Cervicite, polypes cervicaux et en de rares cas, carcinome cervical. Un examen au spéculum doit être réalisé sur chaque personne présentant un saignement, une fois que le placenta prævia a été exclu.

- Les polypes cervicaux doivent être examinés après la naissance, et retirés s'ils sont toujours présents.
- Si un carcinome cervical est probable, il faut orienter la femme vers un spécialiste.

Post-coïtal

Ce cas se présente fréquemment. Un léger saignement indolore du col utérin survient suite à un rapport sexuel. En général, on le remarque immédiatement après le rapport sexuel ou quand une femme va ensuite aux toilettes.

- Lors de l'examen au spéculum, un léger saignement peut être visible. Si l'hémorragie post-coïtale est confirmée (par ex. localisation de saignement indolore immédiatement après le rapport sexuel sur le col utérin et le placenta non bas), la patiente peut quitter l'hôpital.
- Si la cause pose un doute, il faut toujours envisager un décollement ou un placenta prævia et assurer la prise en charge de manière appropriée.

Infections génitales

- Le saignement peut survenir suite à une infection vaginale (candidose, vaginite bactérienne et vaginite à trichomonas) ou à une infection du col de l'utérus.
- La candidose est très fréquente lors de la grossesse et peut être diagnostiquée cliniquement par un examen au spéculum (Chapitre 5).

Placenta prævia

Le placenta prævia survient lorsque le placenta est partiellement ou totalement inséré dans le segment inférieur de l'utérus.

Classification

- **Placenta prævia marginal** – le placenta est localisé sur le segment inférieur mais ne recouvre pas le col utérin.
- **Placenta prævia recouvrant** – le placenta recouvre le col utérin.

Signes et symptômes

- L'hémorragie est souvent indolore
- L'hémorragie est souvent injustifiée.
- Les femmes peuvent présenter pour la première fois une hémorragie pendant le travail d'accouchement.
- Saignement minime sans effet sur la mère ou le fœtus, jusqu'à une hémorragie potentiellement mortelle et un collapsus cardiovasculaire chez la mère.
- Aucune sensibilité au niveau de l'abdomen
- Utérus souple et détendu
- La partie se présentant peut-être haute, ou il peut y avoir une présentation anormale

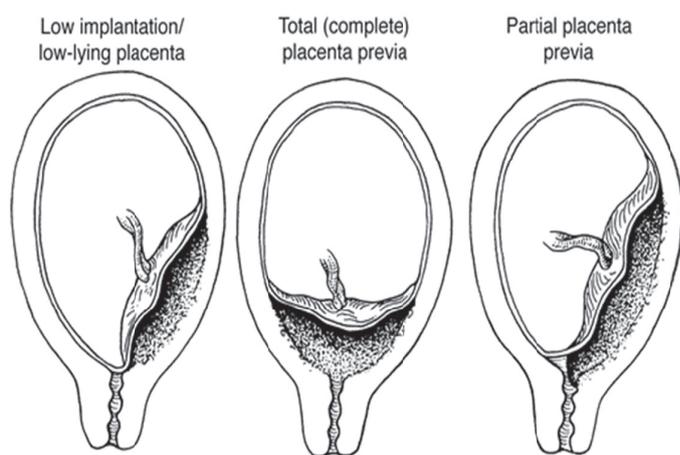
- Les parties fœtales sont facilement palpables
- Les bruits cardiaques fœtaux sont généralement présents

Prise en charge du placenta praevia

Confirmer le diagnostic

- Si vous suspectez un placenta praevia chez la patiente, orientez-la vers un hôpital. Ne réalisez pas d'examen vaginal.
- Si possible, une échographie doit être effectuée pour confirmer le diagnostic et localiser le placenta.
- La durée de l'hospitalisation dépendra de l'importance de l'hémorragie, de la grossesse et du degré du praevia.
- Les femmes présentant un placenta praevia recouvrant et ayant eu d'autres hémorragies au cours de cette même grossesse doivent être hospitalisées en cas d'hémorragie soudaine et importante.
- Préférer une surveillance attentive de la grossesse jusqu'à 39 semaines pour réduire la prématurité.
- Les femmes présentant un placenta praevia recouvrant doivent subir une césarienne dans un établissement capable de prodiguer des soins obstétriques d'urgence complets, avec accès à des produits sanguins.

Illustration 9.1 Classification du placenta praevia



Décollement placentaire

Le décollement placentaire correspond à la séparation prématurée d'un placenta normalement inséré dans l'utérus.

- Décollement révélé – le sang du décollement placentaire se déplace vers le col de l'utérus et provoque une hémorragie vaginale
- Décollement dissimulé – le sang forme un hématome rétro placentaire entre le placenta et l'utérus, sans hémorragie vaginale. Cela peut entraîner une faible hémorragie vaginale chez une femme en état de choc circulatoire

Diagnostic

- Les femmes présentent une hémorragie vaginale et des douleurs, avec bien souvent un début de travail prématuré.
- Anormalités du rythme cardiaque fœtal : tachycardie, bradycardie ou absence de rythme cardiaque fœtal
- En cas de décollement grave, l'utérus devient dur comme du bois et extrêmement douloureux au toucher.
- Dans la moitié des cas de décollement placentaire, les femmes sont en travail, ce qui rend le diagnostic difficile. Envisager le diagnostic si le liquide amniotique présente des tâches de sang et en cas d'hyper stimulation utérine. Il peut également y avoir des signes de souffrance fœtale.

Le tableau ci-dessous expose les signes et symptômes présents en cas d'hémorragie prénatale et le diagnostic différentiel.

Tableau 9.4 Diagnostic différentiel de l'hémorragie antepartum

Signes et/ou symptômes	Signes et/ou symptômes parfois présents	Diagnostic probable
<ul style="list-style-type: none"> ■ Hémorragie après la 24e semaine de grossesse (peut être retenue dans l'utérus) ■ Douleurs abdominales intermittentes ou constantes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Choc circulatoire ■ Utérus tendu/sensible ■ Diminution/absence de mouvements fœtaux ■ Souffrance fœtale ou absence de bruits cardiaques fœtaux 	Décollement placentaire
<ul style="list-style-type: none"> ■ Hémorragie indolore après la 24e semaine de grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Choc circulatoire ■ L'hémorragie peut être précipitée par le coït ■ Utérus détendu ■ Pas de présentation du fœtus dans le bassin/le pôle inférieur de l'utérus paraît vide ■ État du fœtus normal 	Placenta praevia
<ul style="list-style-type: none"> ■ Hémorragie (intra-abdominale et/ou vaginale) ■ Douleurs abdominales sévères (peuvent diminuer après la rupture) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Choc circulatoire ■ Distension abdominale/épanchement ■ Forme anormale de l'utérus ■ Abdomen sensible ■ Parties fœtales facilement palpables ■ Absence de mouvements fœtaux et de bruits cardiaques fœtaux 	Rupture de l'utérus

Prise en charge des femmes présentant une hémorragie aigüe

[!] Un saignement vaginal abondant est une urgence obstétricale

- Faire une évaluation rapide de l'état de santé général de la patiente, y compris de ses signes vitaux (pouls, pression artérielle, respiration, température) et tout noter sur une fiche d'observation,

- Si vous suspectez un choc circulatoire, démarrez le traitement immédiatement et commencez une perfusion intraveineuse rapide (solution saline normale ou liquide de Ringer)
- Administrer les liquides intraveineux, puis **référer** immédiatement la patiente pour une meilleure prise en charge.
- Déterminer le groupe sanguin, vérifier l'Hb

Anomalie de la croissance et bien-être fœtal

L'un des objectifs des soins prénatals est de détecter des anomalies de croissance fœtale et de garantir le bien-être fœtal. Il est important que les professionnels de santé puissent détecter et prendre en charge une croissance et une présentation du fœtus anormales.

Gros utérus

Définition

Le volume utérin est plus important que ne le voudrait l'âge gestationnel.

Causes possibles

- Date prévue incorrecte
- Grande taille pour l'âge gestationnel (Macrosomie fœtale)
- Grossesses multiples
- Hydramnios

Prise en charge

- Vérifier la date d'accouchement prévue
- Réaliser une échographie pour détecter une macrosomie, un hydramnios, une grossesse multiple et une grossesse molaire (si disponible).
- La macrosomie est un diagnostic postnatal, mais si elle suspectée avant l'accouchement (PFE > 4,5kg à l'échographie), un plan individuel doit être mis en place pour la naissance.

Hydramnios

Définition

L'hydramnios correspond à l'augmentation du volume de liquide amniotique au cours de la grossesse et est associé à un accroissement de la morbidité et de la mortalité périnatales.

Incidence

L'hydramnios est une maladie obstétrique rare.

Causes courantes d'un hydramnios

- Diabète gestationnel,
- Anomalies fœtales avec troubles de déglutition du liquide amniotique,
- Infections virales chez la femme, y compris toxoplasmose, syphilis, rubéole, etc.

Diagnostic

- Le diagnostic peut être obtenu par échographie
- Il convient d'exclure le diabète gestationnel maternel
- Le dépistage des maladies infectieuses maternelles transmissibles à l'enfant est recommandé quand il est possible (toxoplasmose, rubéole, cytomégalovirus, herpès simplex et autres maladies telles que le VIH, la syphilis et la rougeole)

Prise en charge

- Vérifier la présence de diabète chez la femme
- Surveiller la grossesse, laisser la patiente accoucher spontanément, les indications générales recommandent le déclenchement du travail uniquement si cela est indiqué sur le plan clinique.
- L'hydramnios léger peut être simplement surveillé et traité avec prudence.
- Le travail prématuré est fréquent en raison de la surdistension de l'utérus, et des mesures doivent être prises afin de minimiser cette complication. Cela inclut des contrôles prénatals et une inspection de l'utérus réguliers. Une série d'échographies doit être réalisée par un spécialiste pour surveiller le volume du liquide amniotique et la croissance du fœtus.
- Le déclenchement du travail doit être envisagé en cas de souffrance fœtale. Le déclenchement par une rupture artificielle des membranes doit être contrôlé et réalisé par un prestataire qualifié avec consentement.
- Des corticostéroïdes doivent être donnés à la patiente avant l'accouchement si un accouchement prématuré est imminent ou estimé. Ceci contribue à l'amélioration de la maturité pulmonaire.
- L'accouchement à l'hôpital est recommandé.

Petit poids pour l'âge gestationnel (PAG)

Définition

Le terme « petit poids pour l'âge gestationnel » fait référence à un fœtus ou un nouveau-né dont le poids de naissance est inférieur à un poids de référence biométrique ou estimé. La référence généralement utilisée est le 10^e centile pour un poids fœtal estimé ou pour le poids du nourrisson après la naissance.

On distingue trois catégories de petits fœtus : normaux, avec retard de croissance non-lié à un mauvais fonctionnement du placenta, et avec retard de croissance intra-utérin. L'incidence de fœtus de petit poids pour l'âge gestationnel dans la population est d'environ 7%. Les fœtus avec retard de croissance intra-utérin constituent jusqu'à 15% de tous les fœtus de petit poids pour l'âge gestationnel dans la population. Ceci est différent des nouveau-nés prématurés, qui sont petits en raison de leur âge gestationnel.

Signes et symptômes

- La hauteur utérine chute en-dessous des valeurs attendues pour les dates
- La femme signale que son ventre « ne grossit pas »
- Oligoamnios

Dépistage

- Les méthodes de dépistage des fœtus de petits poids pour l'âge gestationnel au cours du deuxième et du troisième trimestre comprennent les palpations abdominales et la mesure de la hauteur utérine (HU).
- La mesure de la HU est recommandée à chaque rendez-vous prénatal à partir de 24 semaines de grossesse, car cela améliore la prédiction de nouveau-nés de PAG.

Diagnostic

- Échographie (si disponible)

Le diagnostic de fœtus de petit poids pour l'âge gestationnel repose généralement sur une série de mesures par échographie de la circonférence abdominale du fœtus ou de l'estimation du poids fœtal.

Prise en charge

- Distinguer les causes d'un retard de croissance pondérale par rapport au seuil
- Surveiller le bien-être de la patiente et du fœtus, jusqu'à ce que la date d'accouchement soit fixée
- Une série d'échographies sont indiquées pour surveiller la croissance fœtale
- Il faut conseiller aux patientes de signaler rapidement le moindre changement inhabituel ou la diminution de la fréquence des mouvements fœtaux

Retard de croissance intra-utérin

Définition

Un retard de croissance intra-utérin correspond à un processus pathologique prénatal empêchant un fœtus de réaliser son potentiel génétique. Un retard de croissance intra-utérin peut être uniquement diagnostiqué par une échographie réalisée par un professionnel de santé spécialement formé.

Signes

- Hauteur utérine inférieure à l'âge gestationnel
- La taille de l'utérus semble plus petite que la taille attendue, aussi bien à la vue qu'au toucher.
- La femme signale que « le bébé ne grandit pas »

Dépistage :

- Diagnostic précoce de retard de croissance intra-utérin et mise en place rapide de mesures de prise en charge
- Estimation précise de l'âge gestationnel au début de la grossesse, à l'aide d'une échographie (si disponible).
- Présence de pathologies maternelles généralement associées à un retard de croissance intra-utérin

Diagnostic

- Série d'échographies pour mesurer la biométrie fœtale et le volume du liquide amniotique (si disponible).

Prise en charge

- Surveiller le bien-être de la patiente et du fœtus, jusqu'à ce que la date d'accouchement soit fixée
- Une série d'échographies de croissance sont indiquées pour surveiller la croissance du fœtus (si disponible).
- Il faut conseiller aux patientes de signaler rapidement le moindre changement inhabituel ou une diminution de la fréquence des mouvements fœtaux
- Confirmer l'âge gestationnel, si cela n'a pas été faite avant la 20e semaine.
- Si le fœtus est à < 34 semaines, donner des corticostéroïdes pour la maturité pulmonaire et, si des signes indiquent que le bien-être du fœtus est compromis, procéder à l'accouchement 48 heures après la première dose du corticostéroïde (Tableau 9.6)
- Traiter de manière adéquate chaque maladie pouvant causer le retard de croissance intra-utérin, par ex. anémie sévère, paludisme chronique
- Prévoir soigneusement la date et le mode approprié pour l'accouchement (césarienne ou déclenchement du travail en fonction du cas)

Rupture prématurée des membranes (RPM)

Une RPM, rupture des membranes avant le début du travail de l'accouchement survient dans 15% des grossesses. Les femmes ont 6 chances sur 10 d'entrer en travail dans les 24 heures et 8-9 chances sur 10 d'entrer en travail dans les 48 heures suivant la RPM.

Signes et symptômes

- Écoulement de liquide amniotique, au point d'en tremper les vêtements. Parfois, on remarque seulement une humidité des sous-vêtements que l'on peut confondre avec une incontinence urinaire
- Douleurs abdominales, contractions
- Pyrexie légère, sensation de malaise général, sécrétions vaginales anormales
- Saignements vaginaux
- Dysurie
- Procidence du cordon (cela représente une urgence obstétricale)

Examen d'une patiente avec une RPM

- Observer les signes vitaux (température, pouls, pression artérielle et rythme cardiaque fœtal) et noter sur une de surveillance
- Abdominal : Abdomen sensible en présence d'un décollement placentaire ou d'une infection. Contractions si menace de travail prématuré, ou travail déjà en cours
- Procéder à un examen complet (y compris examen obstétrical)
 - Évaluer les mouvements fœtaux, le rythme cardiaque et les contractions utérines
 - Déterminer la présentation et la position du bébé
 - Déterminer l'âge gestationnel
- Il doit être conseillée à la patiente de porter une serviette hygiénique et le professionnel de santé doit vérifier si elle présente des tâches de liquide amniotique.
- Il n'y a aucune raison de réaliser un examen au spéculum si l'on est certain d'une rupture prématurée des membranes à terme.
- Dans les cas où il n'y a aucune certitude, un examen au spéculum doit être réalisé afin de déterminer si les membranes se sont rompues. Si aucun liquide n'est trouvé, demander à la

femme de tousser car cela peut provoquer un écoulement de liquide en provenance de l'utérus.

- Ne pas réaliser un toucher vaginal car cela augmente le risque d'infection intra-utérine.

Prise en charge

- Les mouvements et le rythme cardiaque fœtaux peuvent être évalués lors du premier contact puis toutes les 24 heures suivant la rupture des membranes, tant que la patiente n'est pas en travail. De plus, il doit lui être conseillé de signaler immédiatement toute diminution des mouvements fœtaux.
- Les femmes doivent être informées des avantages et risques d'un déclenchement et le déclenchement du travail doit leur être proposé 24 heures après la rupture des membranes, si elles ne sont pas encore entrées en travail (conseiller aux patientes de signaler immédiatement à l'établissement de santé tout changement de couleur ou d'odeur des sécrétions vaginales, ou apparition de fièvre.
- Si le liquide amniotique présente des tâches de méconium ou si la femme est porteuse du Streptocoque beta-hémolytique du Groupe B de Lancefield (SGB), le déclenchement du travail peut être proposé immédiatement
- Dans le cas où la période entre la rupture des membranes et le travail est supérieure à 24 heures, il faut conseiller à la femme de rester à l'hôpital pendant au moins 12 heures après l'accouchement (pour qu'elle et son nouveau-né restent sous observation)
- S'il n'y a aucun signe d'infection chez la femme ou le nouveau-né, aucun antibiotique ne leur sera prescrit
- S'il y a des preuves d'infection chez la femme, un traitement d'antibiotiques à large spectre par voie intraveineuse peut être prescrit (Ampicilline 2g par voie intraveineuse toutes les 6 heures et Métronidazole 500mg par voie intraveineuse toutes les 8 heures)

Rupture prématurée des membranes avant terme (RPMAT)

Définition

La rupture prématurée des membranes avant terme (RPMAT) est une situation dans laquelle la rupture spontanée des membranes survient avant la fin de la 37^e semaine de grossesse et au moins une heure avant le début du travail.

Incidence

La RPMAT est rare (< 3% des grossesses) ; cependant, elle touche plus d'un tiers des naissances prématurées. Cela varie considérablement selon les zones géographiques en raison de différents facteurs de risque au sein de la population. Cela touche environ 30-40% des cas de travail prématuré. Un tiers des femmes avec une RPMAT accouchent dans les 24 heures et la moitié des cas dans les 7 jours.

Facteurs associés à une RPMAT

- Sur-distension utérine comme dans les grossesses multiples, hydramnios
- Incompétence cervicale/col de l'utérus court
- Antécédents d'accouchement prématuré
- Traumatisme par ex. accident de la route
- Mort fœtale in utéro (MFIU)
- Chorioamniotite

Diagnostic

Le diagnostic d'une RPMAT est généralement réalisé en se basant sur les antécédents maternels, avec un examen clinique et un examen échographique. Sur la fiche et les documents d'admission doivent figurer :

- Heure de la RPMAT
- Type et couleur du liquide écoulé
- Quantité de liquide écoulé
- Signes d'infection, y compris « odeur désagréable », sécrétions vaginales, sensibilité utérine, fièvre chez la mère et tachycardie fœtale.
- Réaliser un diagnostic différentiel : Fuite d'urine, sécrétions vaginales physiologiques, infection bactérienne.
- Palpation abdominale : évaluer la taille et la présentation du fœtus. Noter toute sensibilité abdominale pouvant indiquer une infection.

Analyses

- Frottis cervico-vaginal (FCV) pour microscopie et sensibilité.
- Examen échographique pour déterminer l'âge gestationnel, le bien-être fœtal, la croissance et estimer le volume du liquide amniotique (si disponible)
- Formule sanguine complète : Hb, leucocytes (numération totale et différentielle)
- Analyse d'érythrocytes ou CRP pour surveiller l'infection
- Analyse d'urine pour microscopie et sensibilité

Gestion de la RPMAT

- Éviter le toucher vaginal à moins que la femme soit entrée en travail ou que la naissance soit imminente.
- Avant la viabilité du fœtus (24 à 28 semaines de grossesse), la décision d'administrer des corticostéroïdes est prise après consultation entre les professionnels de santé et les parents.
- L'administration d'un seul traitement de corticostéroïdes prénatals doit être envisagé chez les femmes avec une RPMAT sans signes d'infection et entre la viabilité fœtale et 36+6 semaines de grossesse.
- Une tocolyse peut être envisagée en cas de menace de travail prématuré, si la grossesse est inférieure à 34 semaines, en l'absence d'infection ou de complications et dans des circonstances où un traitement de corticostéroïdes n'a pas été terminé (si disponible).
- L'administration d'antibiotiques à large spectre est recommandée suite à une RPMAT, pour prévenir toute infection et prolonger la grossesse à court terme, entraînant ainsi une réduction de la morbidité maternelle et néonatale.
- La décision d'accoucher d'un bébé prématuré appartient aux professionnels de santé. Cela dépend du poids fœtal ainsi que du bien-être de la mère et du fœtus.
- Si un suivi actif continue > 34 semaines, les femmes doivent être conseillées en ce qui concerne le risque accru de chorioamniotite et la réduction du risque de troubles respiratoires chez le nouveau-né.

Prise en charge de la grossesse < 34 semaines

Hospitalisation pour évaluer et planifier l'accouchement :

- Surveillance du flux de liquide à l'aide d'une serviette hygiénique.
 - Surveiller le bien-être fœtal
 - Surveiller le pouls et la température de la mère toutes les quatre heures et noter ces informations sur un tableau d'observation
 - Sensibilité utérine par palpation abdominale
 - La femme doit commencer un traitement d'érythromycine 250mg quatre fois par jour pendant cinq jours
- En cas de signe de chorioamniotite, débiter un traitement (voir ci-dessous)
- Une naissance prématurée peut avoir lieu en cas de déclenchement spontané du travail, ou bien quand il peut être nécessaire d'accélérer la naissance en cas de souffrance fœtale.
 - En cas d'extrême prématurité ou de grave souffrance fœtale, une césarienne est le mode d'accouchement privilégié.

Prise en charge de la grossesse de 34 à 37 semaines

Une prise en charge active est assurée : Évaluer le bien-être fœtal et déterminer la meilleure méthode d'accouchement Si le travail ne se déclenche pas spontanément dans les 48 heures, déclencher le travail ou réaliser une césarienne si cette méthode est indiquée.

Tableau 9.5 Utilisation des corticostéroïdes

Médicament	Posologie et voie d'administration
Bétaméthasone	12mg en IM 1 fois par jour pendant 2 jours (à 24 heures d'intervalle)
Déxaméthasone	6mg par IM 2 fois par jour pendant 2 jours (à 12 heures d'intervalle)

Travail Prématuré

Définition

Le travail prématuré est défini comme l'apparition de contractions utérines régulières qui produisent l'effacement progressif et la dilatation du col de l'utérus avant la fin de la 37e semaine de grossesse.

Incidence

Dans le monde, les accouchements prématurés continuent à représenter environ 10% de l'ensemble de naissances vivantes. La naissance prématurée est responsable d'au moins 50% des morts à la naissance et des décès néonataux.

Facteurs prédisposants

- Rupture spontanée prématurée des membranes avant terme (RPMAT)
- Chorioamniotite
- Sur-distension utérine comme dans les grossesses multiples, hydramnios
- Pré-éclampsie et éclampsie
- Infections fébriles systémiques
- Incompétence cervicale/col de l'utérus court
- Antécédent de naissance prématurée

Gestion du travail prématuré

Prise en charge conservatrice :

Elle est recommandée si le col de l'utérus présente moins de 2cm de dilatation et inclut :

- Un alitement
- L'administration de corticostéroïdes chez la femme pour améliorer la maturité pulmonaire du fœtus et les chances de survie néonatale (Tableau 9.5)
- L'utilisation de tocolytiques pour détendre les muscles afin de permettre aux corticostéroïdes de faire effet et de pouvoir transporter la patiente vers un établissement de soins équipé d'une unité de soins spécialisée en néonatalogie.
 - Une dose initiale de 20mg de Nifédipine, puis de 10-20mg toutes les 4-8 heures
- Le traitement de toute cause sous-jacente au travail prématuré

Prise en charge active

Ceci est recommandé si la dilatation cervicale est supérieure à 2cm ou en cas de souffrance fœtale ou de mort in-utérin. Ceci inclut :

- D'administrer des corticostéroïdes en prévision de l'accouchement prématuré. Les contre-indications à ce traitement pour la mère sont l'infection, l'hypertension artérielle, les cardiopathies ou la rupture des membranes.
- Surveiller le travail de manière habituelle

[!] les bébés prématurés sont plus sensibles à la septicémie, l'hypothermie et l'hypoglycémie.

Présentation anormale

La partie du fœtus qui se présente est celle qui est située dans la région la plus basse de l'utérus. Dans la majorité des cas, il s'agit de la tête (céphalique). Des présentations podalique (siège), transverse, oblique et instable peuvent toutes survenir à terme et sont associées à des risques spécifiques.

Présentation podalique

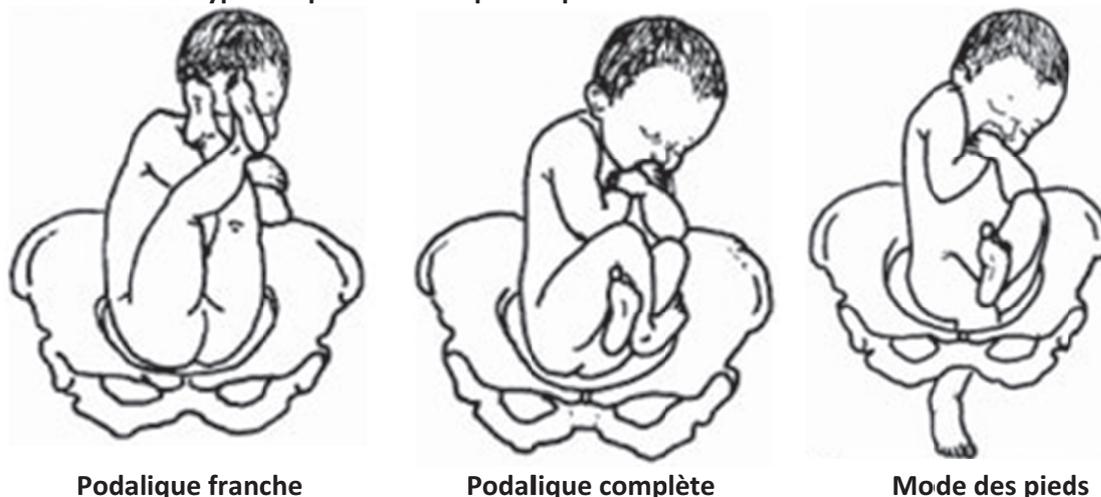
Définition

Une présentation podalique correspond à la position fœtale conduisant à une apparition des pieds (siège complet) ou des fesses en premier (siège décomplété). Dans environ 3% des grossesses à terme, la présentation se fait par le siège.

Types de présentations podaliques

- Podalique franche (ou siège décomplétée) : les jambes sont fléchies à la hanche et étendues au genou
- Podalique complète (ou siège complet) : les jambes sont repliées et le fœtus est assis en tailleur
- Podalique décomplétée (mode des pieds) : l'un ou les deux pieds se présentent en premier, avec les fesses relevées

Illustration 9.2 Types de présentation podalique



Diagnostic

Bien qu'une présentation podalique puisse être diagnostiquée par palpation et confirmée à l'aide d'une échographie, le type exact de présentation podalique peut ne pas être clair jusqu'au moment du travail, quand les touchers vaginaux permettent de poser un diagnostic plus précis, en particulier quand l'utérus se dilate et permet une palpation directe de la partie du fœtus qui se présente.

Prise en charge

Avant le travail

Une version par manœuvre externe (VME) peut être proposée, avec l'utilisation de tocolytiques pour détendre l'utérus. La procédure réussit dans 40% des cas chez les femmes nullipares, et 60% chez les femmes multipares si réalisée après la 38^e semaine.

Pendant le travail

Si la présentation podalique persiste, des préparatifs pour l'accouchement doivent être effectués. L'accouchement doit avoir lieu dans un établissement de santé avec un médecin ou une sage-femme expérimentés.

Présentation transverse, oblique et instable

Définitions

Transverse : Le fœtus se tient en travers de l'utérus avec la tête d'un côté et les fesses de l'autre

Présentation oblique : La tête ou le siège est dans l'une des deux fosses iliaques

Présentation instable : La position et la présentation du fœtus changent constamment

Examen

Présentation transverse : l'utérus peut sembler plus large que ce qui était prévu. Parties fœtales palpées latéralement et on ne sent rien au-dessus ou à l'intérieur du bassin.

Présentation oblique : pôle fœtal palpé dans la fosse iliaque droite ou gauche, on ne sent rien au-dessus ou à l'intérieur du bassin. Si on suspecte que la vessie est pleine, la vider résoudra souvent la situation

Présentation instable : différentes positions ont été notées au cours des dernières semaines de grossesse

Prise en charge

- La plupart des présentations anormales se stabiliseront en position longitudinale
- Une surveillance attentive est à privilégier
- Identifier toute cause de présentation anormale (par ex. placenta praevia) car cela aura une influence sur la prise en charge et l'accouchement
- Les membres, le cordon, l'épaule ou le dos peuvent se présenter dans les cas anormaux, accroissant ainsi le risque de présentation et procidence du cordon, ainsi que de présentation mixte
- Envisager l'hospitalisation après 37-38 semaines en attendant le travail, en particulier si la femme habite loin de l'établissement de santé
- Si le bébé s'installe spontanément en position céphalique, la femme peut attendre le travail chez elle
- Si une version spontanée ne se produit pas, une VME doit être tentée.

[!] **Toujours vérifier la position du placenta. En cas de placenta praevia – la VME n'est pas possible et une césarienne doit être planifiée au moment opportun (>37 semaines).**

Version par manœuvre externe (VME)

- Cette procédure consiste à retourner les bébés se présentant par le siège, en position transverse ou oblique, pour parvenir à une présentation céphalique.
- A réaliser idéalement à 36-37 semaines – le bébé risque moins de se remettre en position podalique ou transverse à ce stade de la grossesse.
- L'objectif est de réduire le nombre de présentations podaliques à la naissance et donc, de réduire le nombre de césariennes dues à une présentation podalique.
- Veiller à ce que la procédure soit expliquée à la femme et à la famille si présente, et à obtenir leur consentement.

Contre-indications

- Pré-éclampsie et hypertension liée à la grossesse
- Grossesses multiples
- Oligoamnios ou rupture des membranes
- Antécédents d'hémorragie prénatale au cours de cette grossesse
- Séropositivité
- Antécédents de chirurgie utérine, y compris césarienne
- Placenta praevia

Procédure

- Un médecin ou une sage-femme expérimentée doit être présent pour réaliser la version par manœuvre externe.
- En cas de complications nécessitant un accouchement par césarienne en urgence, veiller à ce que le personnel de la salle soit préparé et que l'anesthésiste soit sur place.
- Placer une perfusion intraveineuse.
- Réaliser si possible une échographie pour vérifier le volume du liquide, la position et l'engagement du fœtus, l'insertion placentaire.
- Enregistrer les signes vitaux de la femme et le rythme cardiaque du fœtus.
- Administrer 5mg de Diazépam par voie orale et 4mg de Salbutamol par voie orale.
- Attendre 1 heure pour s'assurer que les médicaments produisent l'effet tocolytique souhaité.
- Veiller à ce que la femme ait vidé sa vessie.
- Aider la femme à s'allonger sur le dos dans une position confortable.
- Re-vérifier les signes vitaux de la mère et le rythme cardiaque du fœtus.
- Le pied du lit peut être élevé si nécessaire, pour permettre de libérer le siège du bassin.
- Une hanche peut être élevée à l'aide d'une cale ou d'un oreiller, de sorte que le ventre de la femme penche dans la direction dans laquelle le bébé est retourné.
- A l'aide d'une main placée sur chaque pôle et d'une flexion maintenue sur la tête, le médecin doit tenter de pousser le bébé à basculer vers l'avant. Si la manœuvre échoue, le médecin peut tenter de faire basculer le bébé vers l'arrière.
- Réaliser cette procédure lentement pour permettre à l'utérus de s'étirer pour s'adapter au changement de position du bébé.
- Ne pas pousser sur l'utérus pendant plus de 5 minutes à chaque fois et attendre 3 mins entre chaque essai.
- Limiter les essais pour retourner le fœtus à 2-3 fois.

En suivant cette procédure, l'auscultation de la fréquence cardiaque (+/- échographie) doit être réalisée. L'auscultation doit être effectuée d'abord toutes les 5 mins pendant 15 mins puis toutes les 30 mins pendant les 2 heures suivantes, puis 1 fois par heure pendant les 2 heures suivantes. Si aucune anomalie n'est détectée après 4 heures de surveillance, la femme peut quitter l'hôpital et rentrer chez elle.

Remarque :

- En cas de bradycardie persistante, le cordon peut être noué – retourner immédiatement sur le siège
- En présence de douleurs abdominales ou d'hémorragie suite à la procédure, une rupture du placenta peut s'être produite.
- En cas de rupture des membranes au cours de la procédure, soyez conscient du risque de procidence du cordon si aucun des pôles fœtaux ne se trouve dans le bassin.

Pour chacune des complications énoncées ci-dessus, placer la femme sous surveillance étroite et évaluer la nécessité de réaliser une césarienne en urgence. Si le fœtus ne se retourne pas facilement, la procédure doit être abandonnée et une autre tentative doit être faite dans les 2-3 jours suivants.

Grossesses multiples

Définition

Jumeaux

Désigne une grossesse avec double naissance.

- **Jumeaux dichorioniques** : Chaque bébé a un placenta distinct.
- **Jumeaux monochorioniques diamniotiques** : Les deux bébés ont un placenta commun mais des sacs amniotiques distincts.
- **Jumeaux monochorioniques monoamniotiques** : Les deux bébés ont un placenta et un sac amniotique commun.

Triplés

Désigne une grossesse avec triple naissance.

- **Triplés trichorioniques** : Chaque bébé a un placenta et un sac amniotique distincts.
- **Triplés dichorioniques triamniotiques** : Un bébé a un placenta distinct et deux bébés ont un placenta commun. Les trois bébés ont un sac amniotique distinct.
- **Triplés dichorioniques diamniotiques** : Un bébé a un placenta et un sac amniotique distincts, et deux bébés ont un placenta et un sac amniotique communs.
- **Triplés monochorioniques triamniotiques** : Les trois bébés ont un placenta commun mais chaque bébé a son propre sac amniotique.
- **Triplés monochorioniques diamniotiques** : Les trois bébés ont un placenta commun. Un bébé a un sac amniotique distinct et deux bébés ont un sac amniotique commun.
- **Triplés monochorioniques monoamniotiques** : Les trois bébés ont un placenta et un sac amniotique communs.

Diagnostic

- A suspecter lorsque l'utérus est gros pour les dates ou que l'on peut sentir 2 ou 3 pôles fœtaux.
- Confirmer par échographie si possible.
- Déterminer la chorionicité au moment où la grossesse de jumeaux ou de triplés est détectée par échographie, à l'aide du nombre de masses placentaires, du signe du lambda ou de la forme de T et de l'épaisseur des membranes (si disponible).

Prise en charge

- Des soins médicaux pour les femmes enceintes de jumeaux ou de triplés doivent être fournis par une équipe spécialisée, dont tous les membres ont l'expérience et les connaissances nécessaires pour gérer les grossesses gémellaires ou triples.
- Soyez conscient que les femmes enceintes de jumeaux présentent un risque accru d'accouchement prématuré spontané si elles ont déjà eu un accouchement prématuré lors d'une précédente grossesse simple.
- Ne pas utiliser systématiquement la mesure de la longueur du col de l'utérus en routine pour prédire le risque de naissance prématurée.
- Il doit être conseillé à toutes les femmes d'accoucher dans une formation sanitaire de référence. Les femmes doivent recevoir des informations et un soutien émotionnel spécifique aux grossesses gémellaires et triples lors de leur première visite, et se voir offrir des

possibilités de bénéficier de discussions et de conseils sur notamment : la santé mentale prénatale et postnatale et la nutrition prénatale pour assurer leur bien-être.

- Les risques, les symptômes et signes de travail prématuré et la nécessité éventuelle de prendre des corticostéroïdes pour favoriser la maturation pulmonaire du fœtus.
- Le moment et les modes d'accouchement possibles, l'allaitement et l'éducation des enfants.

Date de l'accouchement

- Naissance programmée pour les grossesses de jumeaux monochorioniques à partir de 36 semaines 0 jour, après la prise d'un traitement de corticostéroïdes anténatals.
- Naissance programmée pour les grossesses de jumeaux dichorioniques à partir de 37 semaines 0 jour.
- Naissance programmée pour les grossesses de triplés à partir de 35 semaines 0 jour, après la prise d'un traitement de corticostéroïdes anténatals.

Déclenchement du travail

Le déclenchement du travail correspond à l'initiation des contractions utérines avant leur déclenchement spontané. L'issue attendue est l'effacement et la dilatation du col de l'utérus, et finalement l'accouchement du fœtus.

Indications pour le déclenchement du travail

Toute maladie nécessitant un accouchement précoce bénéfique pour la mère ou le fœtus. Les décisions doivent être prises sur une base individuelle, par le professionnel de santé le plus expérimenté et en concertation avec la patiente.

Ces maladies incluent :

- La détérioration de la santé de la mère, des pathologies cardiaques, rénales, malignes ou auto-immunes.
- Une pré-éclampsie
- Un retard de croissance intra-utérin
- Une rupture des membranes avant travail à terme
- Une rupture des membranes prolongée avant terme
- Suspicion de chorioamniotite
- Dépassement de terme (la grossesse dépasse une durée de 41 à 42 semaines complètes)
- Mort fœtale intra- utérin (MFIU)

Méthodes utilisées pour déclencher le travail

Les méthodes suivantes peuvent être utilisées pour déclencher le travail, selon l'état du col de l'utérus.

Décollement du pôle inférieur de l'œuf

Cela consiste à réaliser un examen digital du vagin, étirer le col de l'utérus pour atteindre l'orifice interne du col et effectuer une rotation cyclique. Cette action entraîne la libération de prostaglandines. Le décollement du pôle inférieur de l'œuf doit être proposé aux patientes à la fin de la 40^e semaine de grossesse. Évaluer la maturité du col de l'utérus à l'aide du Score de Bishop (Tableau 9.6) et noter les observations relatives à l'examen vaginal.

Rupture artificielle des membranes

L'amniotomie est une méthode simple et peu coûteuse qui requiert peu de technologie. La maturité du col de l'utérus doit être évaluée à l'aide du Score de Bishop modifié.

Ceci implique les risques suivants :

- Infection ascendante de l'appareil génital
- Procidence du cordon ombilical, en particulier lors d'amniotomie postérieure

Prostaglandines

Des prostaglandines sont administrées sous forme de gel vaginal ou de suppositoire. Elles sont :

- Chères et non-invasives (par ex. aucune administration par voie intraveineuse n'est requise)
- Sujettes à l'incertitude en ce qui concerne la meilleure fréquence du dosage
- Difficiles à retirer, une fois introduites

En résumé, les complications potentielles liées au déclenchement du travail incluent :

- Hyperstimulation utérine/rupture utérine
- Hémorragie postnatale provoquée par hypotonie utérine (après un travail long et difficile)
- Souffrance fœtale (il est impératif de maintenir le fœtus sous surveillance)
- Procidence du cordon ombilical
- Décollement placentaire
- Prématurité iatrogénique
- Hyponatrémie secondaire à une infection provenant d'une perfusion d'ocytocine en excès.

[!] Le misoprostol est une prostaglandine active par voie orale. Dans la plupart des pays, le misoprostol n'est pas homologué pour l'induction du travail, mais son utilisation est courante car il est peu coûteux et stable à la chaleur. Si le misoprostol est administré par voie orale, la dose doit être comprise entre 20 et 25mg.

Ocytocine

Pour déclencher le travail, de l'ocytocine doit être administré par une perfusion intraveineuse mesurée, en suivant les protocoles nationaux. Le déclenchement du travail doit être réalisé dans une formation sanitaire de référence. Il est hors de question d'injecter une dose sous forme de bolus ; cela peut être extrêmement dangereux.

Ceci implique les risques suivants :

- Hypertonie avec pour conséquence une réduction de l'oxygénation du fœtus
- Stimulation excessive avec pour conséquence la rupture de l'utérus

Tableau 9.6 Score de Bishop modifié

Paramètres	Score			
	0	1	2	3
Dilatation du col (cm)	fermé	1-2	3-4	> 5
Longueur du col de l'utérus (cm)	> 2	1-2	0,5	< 0,5
Consistance du col	Rigide	intermédiaire	souple	
Position du col	postérieure	centrale	antérieure	
Présentation	Mobile (3cm au-dessus)	Amorcée (2cm au-dessus)	Fixée (< 1 au-dessus)	Engagée (1-2cm en dessous)

Le processus de déclenchement

- Le Score de Bishop indique la maturité du col de l'utérus. Il informera le professionnel de santé sur la meilleure façon de réaliser le déclenchement du travail. Un score > 8 est associé à la possibilité d'effectuer une amniotomie pour déclencher le travail.
- La femme doit être impliquée dans la décision et ses volontés doivent être respectées. Tous les efforts doivent être entrepris pour s'assurer qu'elle est consciente du processus, des risques et des bénéfices impliqués.
- Les femmes qui nécessitent un déclenchement du travail doivent accoucher dans une formation sanitaire de référence.

Chapitre 10 : Soins postnatals pour la mère et le nouveau-né : première visite

Dans ce chapitre, vous obtiendrez des informations concernant :

- Les règles et principes des soins postnatals, chez les mères et les bébés
- Comment conduire une évaluation complète de la mère et du bébé après la naissance et lors de visites ultérieures jusqu'à six semaines après l'accouchement
- Comment dépister et gérer la dépression post-partum

Soins postnatals

Les soins apportés à la mère et à son nouveau-né après la naissance sont appelés soins postnatals. Les soins postnatals offrent une occasion unique de fournir une évaluation complète et holistique de la mère et du nouveau-né. Ils visent à garantir que la mère est en bonne santé, capable de prendre soin de son nouveau-né et qu'elle possède les informations nécessaires pour le faire.

Définition

Soins qui sont fournis après la naissance, à partir de l'expulsion du placenta et jusqu'à six semaines après la naissance.

- Début de la période postnatale – 24 premières heures après la naissance
- Fin de la période postnatale – 24 heures jusqu'à 6 semaines après la naissance

La mère et le nouveau-né doivent tous les deux subir un examen et une évaluation dans l'heure qui suit l'accouchement, ainsi que dans les 24 heures suivantes. Dans la plupart des pays, après la naissance, la mère et son nouveau-né quittent l'hôpital avant 24 heures.

Composants des soins postnatals

La naissance d'un enfant et la période entourant la naissance d'un enfant sont des événements sociaux qui sont souvent régis par des normes culturelles. Les soins postnatals consistent principalement à fournir un environnement bienveillant dans lequel la mère, son enfant et sa famille peuvent commencer leur nouvelle vie ensemble. Il est important de comprendre la nature des soins essentiels que chaque femme et son nouveau-né doivent recevoir durant les 6 premières semaines suivant la naissance, selon leurs besoins et en se basant sur les meilleures preuves dont nous disposons.

En outre, il est important que le professionnel de santé sache identifier et gérer des complications mettant potentiellement leur vie en danger. Les complications postnatales majeures expliquant près de 75% des décès maternels sont :

- Hémorragie grave
- Infections
- Pré-éclampsie et Éclampsie
- Complications de l'accouchement

Objectif des soins postnatals spécifiques pour la mère

Pour la mère et le bébé :

- Prodiger des soins permettant à la mère de retrouver un état de santé optimal
- Soutenir l'initiation et la mise en place d'un allaitement maternel exclusif
- Prévenir toute complication pouvant survenir pendant la période postnatale, chez la mère et son nouveau-né
- Identifier et gérer ou signaler toute complication lorsqu'elle survient
- Fournir des conseils et des services en matière de planification familiale
- Fournir à la mère des un enseignement sanitaire de base, concernant notamment la nutrition

Raisons de la mise en place de soins postnatals

Près de 50% des décès maternels et 40% des décès des nouveau-nés ont lieu durant les 24 heures suivant la naissance. On estime que, dans le monde, 2,9 millions de bébés meurent dans les 28 premiers jours de leur vie. Environ 22% de ces décès sont causés par des infections bactériennes graves telles que la méningite, la septicémie, la pneumonie et le tétanos. Si ces infections étaient rapidement identifiées et traitées, une grande partie de ces décès pourraient être évités. C'est pourquoi les mères sont encouragées à rester dans l'établissement de santé pendant au moins 24 heures après l'accouchement, de sorte que la mère et le bébé puissent bénéficier d'une surveillance étroite. Ceci permet également à la mère de se reposer. Dans certaines cultures, les mères doivent rester à la maison où dans une maison spéciale pendant 40 jours après l'accouchement.

Suite à la naissance, la mère peut ressentir un mal-être physique mais aussi un mal-être psychologique important – par exemple, jusqu'à 20% des mères souffrent de dépression importante après la naissance.

En plus des soins apportés après la naissance, il est recommandé de programmer un minimum de trois visites ou consultations au cours des six premières semaines afin de prodiguer des soins postnatals complets.

Nombre et calendrier des visites pour soins postnatals

- Troisième jour (au cours des 48 à 72 heures suivant l'accouchement)
- Entre 7 – 14 jours après l'accouchement
- Six semaines après l'accouchement

Soins médicaux après la grossesse

Les femmes souffrant de pathologies préexistantes continueront à recevoir des soins de professionnels de santé spécialisés après la grossesse. Si un trouble de la santé est diagnostiqué chez la femme au cours de la grossesse, il est essentiel qu'elle soit informée sur sa maladie, sur le traitement et les soins qu'elle devra recevoir par la suite. Une bonne communication entre les professionnels de santé est très importante et il doit être conseillé aux patientes de recevoir des soins ultérieurs, si nécessaire.

[!] Les patientes ayant subi des complications au cours de l'accouchement peuvent nécessiter des soins additionnels.

Soins postnatals immédiats – 24 heures après la naissance

- Pour les accouchements en établissement de santé, la mère et le nouveau-né doivent tous les deux être examinés dans l’heure qui suit la naissance, 6 heures plus tard et une fois de plus avant leur sortie de l’établissement de santé.
- Il est recommandé qu’une patiente reste dans l’établissement de santé jusqu’à ce que l’allaitement soit bien établi.
- Pour les accouchements à domicile, le bilan médical doit être réalisé dès que possible et dans les 24-48 heures

Contrôles effectués en routine chez la mère lors des soins postnatals :

- Vérifier et noter (sur une feuille de surveillance) toutes les observations cliniques immédiatement après la naissance puis une heure plus tard.
- Si les résultats de ces observations correspondent aux paramètres normaux, les contrôles de routine (toutes les 4-6 heures) peuvent commencer.
- Si les résultats de ces contrôles sont anormaux, les mesures à prendre en ce qui concerne le suivi et la prise en charge doivent être guidées par la feuille de surveillance.

Examens

Durant le premier examen postnatal, il est important que le professionnel de santé :

- Se présente et explique les examens qu’il va réaliser
- S’informe sur tous les antécédents de la patiente
- Propose un dépistage de toutes les maladies (physiques, mentales) et des problèmes sociaux pour permettre de les identifier au plus tôt et pour décider rapidement de la prise en charge ou d’un renvoi vers un spécialiste, si nécessaire.
- Procède à un examen physique complet du corps
- Effectue des analyses biologiques de base
- Planifie la prochaine visite ou un renvoi vers un spécialiste, si nécessaire
- Remplit tous les dossiers, y compris le carnet de grossesse tenus par la patiente et le registre de maternité

Interrogatoire (Recherche les antécédents) :

Tableau 10.1 Aperçu de l’interrogatoire

Informations à inclure	
Renseignements personnels	Vérifier et compléter : <ul style="list-style-type: none"> ■ Les coordonnées personnelles ■ Le nombre de grossesses précédentes (G) ■ Le nombre de naissances précédentes (> 24 semaines) (P) ■ Le nombre de fausses couches (<24 heures) (+) par ex. G ₃ P ₂₊₁

Complications durant la grossesse	<p>Passer en revue tous facteur de risque ou toute complication subie par la mère au cours de sa grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Septicémie/infection (rupture prématurée des membranes, pertes vaginales anormales) – vérifier toutes les observations cliniques, ■ Hémorragie – vérifier les observations et le niveau d’Hb ■ Pré-éclampsie – vérifier les observations, en particulier la PA, vérifier la présence de protéines dans les urines
Naissance	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enregistrer la date de la naissance ■ Enregistrer le lieu de la naissance ■ Enregistrer si le bébé est né vivant ou mort ■ Enregistrer le mode d’accouchement ■ Enregistrer la perte de sang estimée ■ Enregistrer toute complication, par ex. déchirure périnéale, épisiotomie
Antécédents médicaux	<ul style="list-style-type: none"> ■ Il est important de passer en revue toute pathologie sous-jacente et de s’assurer que la femme reçoit des soins/un suivi cliniques, si nécessaire.

Examen clinique

Évaluation clinique de la mère

Il est préférable que la mère et son nouveau-né restent ensemble dans une salle chauffée mais bien ventilée dans les climats chauds, afin que le professionnel de santé puisse les observer et facilement détecter si l’un d’entre eux a un problème.

Tableau 10.2 Aperçu de l’examen clinique

Gestion de la douleur après un accouchement vaginal spontané	<ul style="list-style-type: none"> ■ Demander à la patiente si elle ressent des douleurs ■ Les femmes qui ont eu un accouchement vaginal spontané/par extraction instrumentale sont encouragées à prendre, si nécessaire, des analgésiques en dose régulière pour contrer la douleur, en utilisant : <ul style="list-style-type: none"> □ Du paracétamol, pour les douleurs légères □ Des AINS et/ou opiacés par voie orale, pour les douleurs modérées
Soins du périnée	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inspecter le périnée ■ Évaluer le type de déchirure vaginale ■ Évaluer le type et la quantité des saignements
Vessie (Débit urinaire)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vérifier si la femme a uriné au cours des 6 heures suivant la naissance et lui demander si elle a évacué une quantité d’urine satisfaisante, afin d’exclure une incontinence paradoxale ■ Augmenter la prise de liquides, si nécessaire ■ Procéder à un examen de l’abdomen – cela doit permettre de détecter si la vessie est distendue et la présence d’une rétention urinaire, demander si la femme ressent des douleurs ■ Rechercher la présence d’une incontinence urinaire (dépister l’urgence mictionnelle, le stress et l’incontinence permanente) ■ Chez les femmes souffrant de fuites urinaires permanentes et ayant des antécédents de travail de dystocie – rechercher la présence d’une fistule obstétricale (Chapitre 12)

Intestin	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluer la capacité à évacuer les selles et la continence fécale ■ Augmenter la prise de liquides par voie orale et la consommation d'aliments riches en fibres, si nécessaire
Jambes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vérifier que les deux jambes sont molles et non-sensibles (rechercher la présence d'une thrombose veineuse profonde – Chapitre 6)
Utérus	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mesurer la hauteur utérine ; le premier jour, l'utérus sera généralement palpable à une largeur de doigt au-dessus du nombril. ■ Palper : fermeté/humidité, déterminer l'emplacement du fond utérin par rapport au nombril ■ Une mauvaise involution peut être un signe de rétention de produits de conception et/ou d'une septicémie ■ La déviation de l'utérus sur un côté ou l'autre peut indiquer un hématome du ligament large ■ Rechercher des signes d'infection puerpérale (fièvre, pertes malodorantes)

Conseiller les femmes sur l'hygiène et les soins à adopter

- Rechercher des signes d'infection (fièvre, pertes malodorantes)
- Changer de serviette hygiénique régulièrement
- Se laver régulièrement

Analyses

Passer en revue les comorbidités et vérifier si la mère a subi un dépistage pour le VIH, la TB, le paludisme, la syphilis, l'anémie et de diabète au cours de sa grossesse. Si des analyses ont été réalisées, veiller à la mise en place d'un suivi et à vous assurer que la patiente est au courant des résultats et des implications de chaque dépistage.

Souvent, les femmes ayant souffert d'une hémorragie prénatale ou postnatale seront atteintes d'anémie sévère. Vérifier l'Hb 4 jours et 10 à 14 jours après la sortie de l'hôpital. Des comprimés de sulfate ferreux et d'acide folique (traitement en dose unique) doivent être administrés si Hb < 7,0g/dl. Envisager une transfusion sanguine ou un traitement en fer par voie intraveineuse ou IM. Veiller à ce que la femme reçoive un contrôle postnatal de l'Hb et gérer selon les indications du Tableau 10.3.

Tableau 10.3 Prise en charge de l'anémie

Niveaux d'Hb	Classification	Action
< 7g/dl	Anémie sévère	Nécessitera une transfusion sanguine
7-11gd/l	Anémie modérée	Double dose de comprimés de fer pendant 3 mois Conseiller une alimentation riche en fer
> 11g/dl	Normal	Des comprimés préventifs de fer/acide folique pendant 3 mois peuvent être en plus des conseils alimentaires

[!] Les symptômes et les signes de l'anémie ne sont pas spécifiques et peuvent facilement passer inaperçus si l'Hb n'est pas mesurée.

Santé psychosociale

Un accompagnement psychosocial est recommandé pour prévenir la dépression post-partum chez les femmes présentant un risque élevé de développer cette maladie. Les femmes les plus à risque sont celles qui ont mis au monde un enfant mort-né ou mort à la naissance, ou qui ont vécu un accouchement traumatique avec des complications, par ex. hystérectomie ou rupture (Chapitre 14).

Soins du périnée

Plus de 85% des femmes ayant vécu un accouchement vaginal conserveront des lésions périnéales, parmi lesquelles 60-70% des femmes nécessiteront une réparation avec suture et environ 5,9% des femmes subiront une déchirure du 3e ou 4e degré.

Tableau 10.4 Types de déchirure périnéale et prise en charge

Degré	Traumatisme	Prise en charge
Déchirure du premier degré	Lésions cutanées uniquement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guérit naturellement et en général, nécessite une suture uniquement en cas de saignements importants.
Déchirure du deuxième degré	Lésions au périnée impliquant les muscles périnéaux, mais n'impliquant pas le sphincter anal.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nécessite une suture ■ La cicatrisation d'une déchirure ou d'une coupure ainsi que l'élimination des points de suture peut prendre jusqu'à un mois, si ces derniers ne sont pas résorbables.
Déchirure du troisième degré	Lésions périnéales impliquant le complexe du sphincter anal : 3a : moins de 50% de l'épaisseur du sphincter anal externe déchirée. 3b : plus de 50% de l'épaisseur du sphincter anal externe déchirée. 3c : sphincter anal interne déchirer	<ul style="list-style-type: none"> ■ Il est crucial que les déchirures du troisième et quatrième degré soient réparées en salle d'opération. ■ Une mauvaise réparation du sphincter anal entraînera des troubles de la continence à long terme ■ Antibiotiques à large spectre et laxatifs prophylactiques (lactulose ou fougé) pendant environ 10 jours après l'accouchement, pour éviter une infection et une éventuelle déhiscence de la plaie.
Déchirure du quatrième degré	Lésion du périnée impliquant le complexe du sphincter anal (sphincter anal externe et interne) et l'épithélium anal	

Il est crucial que les déchirures du troisième et du quatrième degré soient identifiées et réparées par un spécialiste, afin d'empêcher au mieux que la patiente ne souffre par la suite d'incontinence anale. Une mauvaise réparation du sphincter anal entraînera des troubles de la continence à long terme.

Les détails du traumatisme périnéal subi, y compris les informations sur le type de réparation et sur l'endroit de la plaie, doivent être discutés avec la patiente, car cela lui permettra de mieux gérer et contrôler son propre rétablissement.

Discuter avec la mère, s'il y a lieu :

- Du type de déchirure qu'elle a subie
- Des soins et de l'hygiène périnéaux
- Du soulagement de la douleur par : paracétamol, bains
- Des divers signes de l'infection
- Des saignements (ex. nombre de serviettes hygiéniques utilisées)
- Des conseils diététiques pour prévenir la constipation.
- De la déhiscence – complication dans laquelle la plaie ne parvient pas à une cicatrisation primaire et s'ouvre à nouveau
- Il est conseillé de changer régulièrement de serviette hygiénique
- Les saignements risquent de continuer jusqu'à 6 semaines après l'accouchement mais devraient progressivement diminuer
- Signaler en cas d'incontinence urinaire ou fécale

Prise en charge de la douleur

À chaque visite, le professionnel de santé doit demander à la patiente si elle souffre de douleurs périnéales et lui fournir des conseils sur comment elle peut gérer ces douleurs. Pour la plupart des femmes, le paracétamol sera le premier niveau de soulagement de la douleur. En revanche, les femmes présentant un traumatisme plus grave peuvent avoir besoin d'analgésiques plus puissants, avec des AINS par voie orale ou des opiacés par voie orale. Le cas échéant, des suppositoires rectaux peuvent être administrés dans les 24 heures suivant la naissance. Certaines mères peuvent présenter d'autres symptômes persistants, y compris une dyspareunie (rapports sexuels difficiles ou douloureux). Conseiller à la femme de ne pas avoir de rapports sexuels jusqu'à la cicatrisation de la zone périnéale. À chaque visite postnatale, le périnée doit être examiné avec le consentement de la patiente, pour rechercher tout signe d'infection, de déhiscence, d'hématome ou d'abcès.

Reconnaître les complications**Déhiscence**

Cause principale : Une cause primaire de déhiscence de la plaie est une infection subaiguë résultant d'une technique aseptique inappropriée ou de l'échec d'une bonne technique de suture.

Ces symptômes incluent :

- Douleurs
- Inflammation des tissus périnéaux
- Ouverture spontanée de la plaie
- Saignements

Prévention et traitement

La déhiscence peut être prévenue par une bonne technique de suture, la réduction de la pression sur les lèvres de la plaie, l'asepsie et une bonne technique chirurgicale afin d'éviter la formation d'hématomes.

Symptômes et signes d'une infection de la plaie périnéale :

- Douleurs
- Gonflement
- Déhiscence de la plaie
- Pertes vaginales purulentes et malodorantes

Si une déhiscence ou une infection de la plaie survient, on peut la traiter en :

- Permettant la granulation et la cicatrisation.
- La suture des lèvres de la plaie après débridement. Si la zone n'est pas correctement rapprochée la première fois, ou même si un point de suture s'enfonce dans la plaie par la suite, les lèvres de la plaie risquent de ne pas cicatriser correctement.
- Fournir des antibiotiques
- Garder la plaie bien propre

Soins de la zone périnéale

Hygiène

Il doit être recommandé aux femmes de :

- Bien se laver les mains avant et après avoir changé de serviette hygiénique et d'être allée aux toilettes
- Changer de serviette hygiénique/vêtements régulièrement tout au long de la journée
- Se laver régulièrement pour garder la zone périnéale bien propre

Soins de la plaie

Garder la plaie et la zone environnante bien propres pour éviter toute infection. Après chaque passage aux toilettes, verser de l'eau chaude (dans l'idéal, de l'eau qui a été bouillie puis laissée à refroidir, ou simplement de l'eau claire) sur la région vaginale pour la rincer. Verser de l'eau chaude sur la partie extérieure du vagin au moment de la miction peut également permettre de soulager l'inconfort.

Points de suture

Les points de suture doivent être retirés s'ils ne sont pas résorbables (par ex. en soie). Le catgut chromé est fréquemment utilisé pour la suture de l'épisiotomie, il dure environ 2 ou 3 semaines et n'a pas besoin d'être retiré. En général, il est conseillé d'utiliser des fils de suture résorbables, mais ceux-ci ne sont pas toujours disponibles.

[!] Évaluer les résultats, les documenter et en informer la patiente, sur le type et la quantité des saignements vaginaux.

On remarque la présence de sang dans les sécrétions vaginales pendant les trois premiers jours ; puis cela se réduit. Ceci est généralement inodore et s'arrête au bout de 15-21 jours

Expliquer à la mère ce que sont des lochies normales et quand demander des soins :

- Changement de couleur des lochies
- Augmentation de la quantité de lochies
- Lochies malodorantes
- Douleurs abdominales
- Sentiment de mal-être général

Soins spécifiques pour la femme après une césarienne

Soins réguliers fournis à la femme suite à une césarienne

Surveillance

En plus des soins postnatals généraux, les patientes ayant subi une césarienne doivent être suivies pour :

- Des observations post-opératoires régulières, dans l'idéal toutes les 30 minutes pendant deux heures puis diminuer à une fois par heures les deux heures suivantes, à condition que les observations correspondent aux paramètres normaux.
- Allaitement – un soutien doit être apporté pour aider à prendre le sein et initier l'allaitement.

Prise en charge de la douleur après une césarienne

Pour les femmes ayant subi une césarienne, il faut prescrire et encourager la prise régulière d'analgésiques pour gérer les douleurs post-opératoires, à l'aide de :

Analgésie	Dosage
Morphine (par voie intraveineuse)	5-15mg (toutes les 4 heures)
Morphine (IM)	2,5-10mg (toutes les 4 heures)
Péthidine	50mg (toutes les 6 heures)
AINS (Diclofénac)	400mg (toutes les 4 heures)
Codéine	30mg (toutes les 6 heures)
Paracétamol	1g (toutes les 4-6 heures)

Soins de la plaie

Les soins de la plaie de la césarienne doivent inclure :

- Changement du pansement 24 heures après la césarienne.
- Surveillance spécifique de la fièvre

Prévention des infections :

- Examiner la plaie en recherchant des signes d'infection (tels que l'augmentation de la douleur, des rougeurs ou sécrétions), de décollement ou de déhiscence.
- Nettoyer délicatement et sécher la plaie quotidiennement.
- Vérifier si la plaie présente un hématome.
- Prévoir le retrait des fils de suture ou des agrafes entre le 5e et le 7e jours.
- Un traitement régulier d'antibiotiques oraux après une césarienne n'est pas recommandé. Si les femmes présentent des signes d'infection post-césarienne, la politique nationale doit être appliquée. Le protocole suivant peut-être suggéré :
 - De la clindamycine 600mg par voie intraveineuse toutes les 8 heures
 - Plus
 - De la gentamicine 5mg/kg par voie intraveineuse 24 heures

Vessie

- Retrait du cathéter urinaire une fois que la femme a retrouvé sa mobilité.
- Il est important de vérifier que des volumes d'urine satisfaisants sont régulièrement évacués et de surveiller tout signe de rétention.

- Les professionnels de santé en charge des femmes ayant subi une césarienne et présentant des symptômes urinaires doivent envisager la possibilité d'un diagnostic d'infection urinaire ou d'incontinence d'effort (survient chez environ 4% des femmes après une césarienne). Une fistule urinaire iatrogène peut aussi constituer une complication de la césarienne.

Intestin

- Vérifier que la femme qui a subi une césarienne a évacué des gaz dans les 12 heures. Dans le cas contraire, cela peut être un signe d'iléus paralytique, en particulier si cela est accompagné de douleurs excessives et d'une distension abdominale. Écouter les bruits intestinaux Dans la plupart des cas, les iléus guérissent en 24 heures avec un traitement conservateur et une hydratation par voie intraveineuse.
- Vérifier que la femme qui a subi une césarienne a évacué des selles dans les 24-48 heures. En cas d'évacuation de gaz mais pas de selles, des laxatifs peuvent aider.
- Les femmes qui ont subi une césarienne sans complication et qui n'ont pas eu de complications par la suite peuvent boire immédiatement après la procédure et manger quand elles ont faim.

Jambes

- Les femmes qui ont subi une césarienne présentent un risque accru de maladie thromboembolique (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) (Chapitre 6).
- Encourager la femme à se remettre rapidement et fréquemment en mouvement (à s'asseoir dans une chaise, à marcher, à se lever du lit) pour éviter les thromboses et embolies pulmonaires.
- Les professionnels de santé doivent prêter une attention particulière aux femmes qui présentent des symptômes au niveau de la poitrine (notamment toux, douleurs thoraciques soudaines ou essoufflement) ou au niveau des jambes (notamment gonflement douloureux du mollet).
- De la warfarine peut être prescrite sans danger au cours de la puerpéralité.

Reprise des activités

- Les femmes ayant subi une césarienne doivent reprendre des activités telles que porter des objets lourds et avoir des rapports sexuels seulement après avoir totalement guéri de la césarienne. Ceci peut prendre jusqu'à 6-8 semaines

Le contact peau à peau entre la mère et son bébé doit être rapidement encouragé et facilité car cela améliore chez la mère ses perceptions du nourrisson, ses compétences maternelles, son comportement et la mise en place de l'allaitement. Les femmes ayant subi une césarienne doivent bénéficier d'un soutien supplémentaire pour les aider à commencer l'allaitement le plus tôt possible après la naissance de leur bébé. Ceci est dû au fait que les femmes qui ont subi une césarienne sont moins susceptibles de commencer l'allaitement dans les premières heures suivant la naissance, mais, une fois l'allaitement mis en place, elles sont aussi susceptibles de le poursuivre que les femmes ayant eu un accouchement vaginal.

Grossesse et accouchement après une césarienne

Si ces informations sont disponibles dans le dossier d'accouchement, discuter des raisons de la césarienne. Le professionnel de santé doit établir avec la patiente un programme pour les grossesses ultérieures et discuter de l'AVAC (Accouchement vaginal après une césarienne). Il faut

conseiller à toutes les femmes ayant subi une précédente césarienne d'accoucher dans un établissement de santé lors des grossesses ultérieures.

- Un AVAC programmé convient et peut être proposé à la plupart des femmes ayant une grossesse mono-fœtale avec présentation céphalique à 37+0 semaines ou au-delà et ayant subi un seul accouchement par césarienne segmentaire transversale, avec ou sans antécédent d'accouchement vaginal.
- Un AVAC programmé est contre-indiqué chez les femmes ayant eu une rupture utérine ou une cicatrice de césarienne classique et chez les femmes présentant d'autres contre-indications absolues à l'accouchement vaginal, s'appliquant indépendamment de la présence ou de l'absence d'une cicatrice (par ex. placenta praevia recouvrant). Cependant, toutes les femmes ayant subi une précédente césarienne doivent accoucher dans un établissement de santé lors de leurs grossesses ultérieures.

Soins du nouveau-né

Évaluation – Recherche des antécédents, examen clinique ou physique et tests/dépistages au laboratoire

Chercher tout signe de danger et prendre des mesures : le nouveau-né en bonne santé doit recevoir les soins de routine spécifiques aux nouveau-nés. Un nouveau-né malade doit immédiatement recevoir un traitement adéquat par le professionnel de santé approprié.

- S'assurer que : tous les professionnels de santé et la mère se lavent les mains avant de toucher le nouveau-né.
- Tenir le nouveau-né au chaud : sécher le bébé immédiatement après la naissance, le placer sur le ventre de la mère (peau à peau), couvrir avec une serviette/couverture propre et un bonnet sur la tête. Ne pas baigner le nouveau-né pendant les premières 24 heures.
- Veiller à la propreté du nouveau-né : Laver le cordon ombilical et essuyer les yeux du bébé avec un tissu propre.

Traitement préventif

Prophylaxie de routine pour gonococcie oculaire

Pour tous les nouveau-nés, appliquer de la tétracycline 1% en pommade ophtalmique : une bande de 1cm dans chaque œil dans l'heure qui suit l'accouchement.

Prophylaxie de routine pour maladie hémorragique du nouveau-né

Les nouveau-nés sont relativement carencés en vitamine K et ceux qui ne reçoivent pas de compléments de vitamine K présentent un risque d'hémorragie, notamment d'hémorragie crânienne. Il est recommandé que tous les nouveau-nés reçoivent de la vitamine K pour prévenir une hémorragie liée à une carence en vitamine K (maladie hémorragique du nouveau-né). Des vitamines peuvent être administrées par une unique injection intramusculaire à la naissance ; ceci prévient l'hémorragie liée à une carence en vitamine K chez presque tous les bébés.

Tous les nouveau-nés doivent recevoir de la vitamine K. Si le consentement de la mère est obtenu, elle peut être administrée par voie intramusculaire.

- Si le poids de naissance est inférieur à 1,5kg, administrer 0,5mg de vitamine K par voie intramusculaire
- Si le poids de naissance est supérieur à 1,5kg, administrer 1mg de vitamine K par voie intramusculaire.

Vaccination du nouveau-né

Le consentement des parents doit être obtenu pour l'administration de tous les vaccins et enregistré dans le carnet de vaccination, ainsi que dans le dossier de santé de l'enfant.

Les vaccins suivants sont administrés dans les 24 heures suivant la naissance :

- Polio par voie orale
- Hépatite B
- Si un nouveau-né non-vacciné est vu pour la première fois à l'âge de 1-4 semaines, administrer uniquement le BCG.

Conseiller la mère sur la date de la prochaine vaccination.

Tableau 10.5 Calendrier de vaccination

Programme de la vaccination de routine			
Âge approprié	Maladies contre lesquelles il est protégé	Vaccins administrés	Dose
Naissance < 1 semaine	Tuberculose	BCG	À la naissance dans la plupart des milieux à faible revenus
	Polio	Poliomyélite	4 doses par voie orale à la naissance, à 6, 10 et 14 semaines
	Hépatite B	Hep 1	Administré dans les milieux avec une forte incidence en hépatite B
A l'âge de 6 semaines	Diphtérie, tétanos, coqueluche	DTP	3 doses administrés par intervalle de 4 semaine ; 1 ^{ère} dose à 6 semaines, ensuite 10 semaines et 14 semaines
	Hépatite B	Hep 2	Administré dans les milieux avec une forte incidence en hépatite B

Évaluation et examen clinique du nouveau-né

Évaluation clinique du nouveau-né

- Les bébés doivent être placés en contact peau à peau avec leur mère immédiatement après la naissance
- Initier l'allaitement dans l'heure qui suit, quand le réflexe de succion est à son maximum
- Le clampage tardif du cordon doit être une pratique standard, sauf si le nourrisson nécessite une réanimation immédiate.

Mener une évaluation clinique

- Préparer la salle et le matériel nécessaire pour l'évaluation
- Température de la salle approx. 25° C, sinon mettre du chauffage
- Accueillir et féliciter la mère ou le parent
- Recueillir des informations sur la naissance auprès de la mère ou du parent
- Ne pas oublier de se laver les mains avant et après avoir touché le nouveau-né
- Dans l'heure qui suit la naissance, procéder à un examen complet du bébé, expliquer les résultats à la mère et noter les observations

Tableau 10.6 Évaluation clinique du nouveau-né

Vérifier	Regarder	Palper
<ul style="list-style-type: none"> ■ Poids ■ Température ■ Allaitement <ul style="list-style-type: none"> □ Position □ Lien ■ Fréquence respiratoire ■ Rythme cardiaque 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examen complet du corps, de la ligne médiane et du dos ■ Couleur <ul style="list-style-type: none"> □ Ictère □ Cyanose □ Anémie ■ Peau <ul style="list-style-type: none"> □ Pustules □ Éruption cutanée □ Contusions ■ Yeux ■ Oreilles ■ Bouche ■ Enfoncement de la paroi thoracique ■ Omphalite ■ Examen des orifices 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gonflement anormal ■ Pouls fémoraux ■ Temps de remplissage capillaire ■ Palper l'abdomen ■ Chercher les testicules (bébé de sexe masculin)

Tableau 10.7 Observations chez le nouveau-né en bonne santé

Observations	Minimum	Limites normales
Rythme cardiaque	Toutes les 4-6 heures	■ 100-160 battements/min
Fréquence respiratoire	Toutes les 4-6 heures	■ 30-60 respirations/min
Tirage sous costal Battement des ailes du nez	Toutes les 4-6 heures	■ Aucune/Modérée chez les petits bébés
Couleur	À la naissance, au cours de l'examen et une fois par jour	■ Temps de remplissage capillaire inférieur à 2 secondes
Peau	À la naissance, au cours de l'examen et une fois par jour	■ Absence d'éruption cutanée ou d'ictère
Cordon ombilical	Une fois par jour	■ Absence de rougeurs autour du cordon ombilical, absence de sécrétions purulentes du cordon
Température corporelle axillaire	Toutes les 4-6 heures	■ 36,5 à 37,5°C

Posture et mouvements	À la naissance, une fois par jour et à la sortie de l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les bras et les jambes sont fléchis et le nouveau-né est actif ■ Réagit au toucher, à la lumière et aux bruits
Alimentation et positionnement pour l'allaitement	Pendant les tétées, au cours des premières 48 heures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le bébé est capable de téter
Urine et selles	Toutes les 6 heures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évacuation des urines et des selles dans les 24 heures suivant la naissance ■ De la naissance au 2e jour : le méconium (selles) est épais, collant et vert foncé/noir
Organes génitaux		<ul style="list-style-type: none"> ■ Les nourrissons de sexe féminin peuvent parfois présenter un léger écoulement de sang vaginal en raison de la chute des hormones maternelles, mais c'est un phénomène normal
Poids		<ul style="list-style-type: none"> ■ Bébé de poids insuffisant à la naissance < 2,5kg ■ Bébé de poids normal à la naissance 2,5-4,5kg ■ Nouveau-né macrosome > 4,5kg
Périmètre crânien et taille		<ul style="list-style-type: none"> ■ Périmètre crânien 31,5-37cm ■ Taille 45-55cm

Allaitement

- Durant les 6 premiers mois de sa vie, le bébé a uniquement besoin de lait maternel – pas d'eau, pas d'autre lait, pas de céréales, pas de thé, pas de jus
- Le lait maternel contient exactement l'eau et les nutriments dont le corps d'un bébé a besoin. Il est facilement digéré et utilisé efficacement par le corps du bébé. Il contribue à protéger le bébé contre les infections et les allergies, et favorise la croissance et le développement du bébé.
- Quand le bébé tète, l'utérus se contracte. Ceci permet de réduire les saignements, mais peut être douloureux au début.
- L'allaitement peut contribuer à retarder une nouvelle grossesse.

Suggestions pour un allaitement réussi

- Le nouveau-né doit rester en permanence avec la mère.
- L'allaitement doit commencer dans l'heure qui suit la naissance.
- La succion du nouveau-né stimule la production de lait. Plus le bébé s'alimente, plus la production de lait augmente. Les mères doivent être encouragées à nourrir le nouveau-né toutes les 4-6 heures.
- À chaque tétée, laisser le bébé s'alimenter et libérer le sein, puis offrir l'autre sein. À la tétée suivante, alterner et commencer avec le second sein.
- Informer la mère des bénéfices procurés par le premier lait (colostrum). Il est nutritif et contient des anticorps qui contribuent à garder le bébé en bonne santé.
- Pendant l'allaitement, la mère doit être encouragée à boire de grandes quantités d'eau claire et potable. Elle doit manger en plus grande quantité et davantage d'aliments sains et se reposer autant que possible.

Le professionnel de santé doit montrer à la femme comment bien positionner le bébé et veiller à ce qu'il/elle s'attache au sein. Ceci diminuera chez la mère les problèmes liés aux seins, comme les crevasses du mamelon.

Expression manuelle du lait

Le personnel de santé doit aussi montrer à la mère comment exprimer manuellement le lait de ses seins avant qu'elle ne quitte l'hôpital et l'informer de l'existence ou non de groupes de soutien à l'allaitement.

- Pour stimuler la production de lait si le nouveau-né est endormi ou incapable de bien téter au sein
 - En cas de prématuré ou si le nouveau-né se trouve dans une unité néonatale séparée de sa mère pour une autre raison.
- Dans cette situation, les mères devraient être encouragées à exprimer à huit reprises par 24 heures, dont au moins une fois au cours de la nuit
- Pour soulager la plénitude en cas de gêne ou d'engorgement, de conduits bloqués ou de mastite
- Avant d'utiliser un tire-lait
- Si la mère retourne au travail ou doit s'éloigner de son bébé

Décès périnatal

Définitions

Le terme périnatal correspond à la période entourant la naissance et inclut la période de viabilité fœtale (24 à 28 semaine de grossesse en fonction du contexte et de l'endroit), jusqu'à 7 ou 28 jours de vie.

- **Mortalité périnatale** – décès du fœtus après 28 semaines complètes de grossesse et décès après 7 jours complets.
- **Mortinatalité** – un bébé qui est expulsé du ventre de sa mère après la 28e semaine de grossesse et qui, à aucun moment après avoir été complètement expulsé du corps de sa mère, n'a respiré ou montré aucun autre signe de vie.
- **Mortalité néonatale** – décès avant d'avoir atteint l'âge de 28 jours complets suivant la naissance vivante.
- Néonatale **précoce** : avant 7 jours maximum
- Néonatale **tardive** : entre 8 et 28 jours

Prise en charge

Accompagnement du deuil :

- La mise au monde d'un enfant mort-né est un événement dévastateur pour la mère, le père et le reste de la famille.
- Il faut donner à la mère et au père le temps et l'espace pour réfléchir dans un environnement approprié.

Il est important que le professionnel de santé prenne le temps d'expliquer ce qui s'est passé clairement et sans jugement, ni culpabilisation.

- Discuter avec la femme dont le bébé est mort-né ou dont le décès s'est produit après la naissance pour savoir si :
 - Elle voudrait voir le bébé
 - Elle voudrait prendre le bébé dans ses bras

En général, cela aidera la mère si elle a au moins vu le bébé

- Ils auront besoin de rassembler leurs affaires et pourront vouloir prendre des dispositions pour les funérailles.
- Les thérapeutes et le prêtre et/ou d'autres responsables religieux peuvent apporter leur soutien aux familles d'enfants mort-nés ou en cas de décès néonatal.
- Dans la plupart des pays, pour enregistrer la mortalité/le décès néonatal, le certificat médical rédigé par le docteur ou la sage-femme présent(e) au moment des faits est requis

Il est important que les professionnels de santé soient informés des pratiques culturelles entourant la mortalité ou le décès d'un nouveau-né. Il est important que les professionnels de santé dissipent les mythes et les idées fausses, et qu'ils fournissent à la mère autant d'informations que possible en ce qui concerne la cause de la mortalité ou du décès néonatal.

Les femmes ayant rencontré des complications au cours de la grossesse et de l'accouchement

Jusqu'à 15% des femmes rencontreront des complications au cours de leur grossesse et au moment de l'accouchement. Dans la période postnatale, ceci nécessitera un suivi et parfois un traitement. La période postnatale est aussi un bon moment pour parler de ce qui s'est passé pendant l'accouchement, réexpliquer les complications que la femme a pu rencontrer, la prise en charge qu'elle a reçue et toute implication que cela pourrait avoir sur une grossesse et un accouchement ultérieurs. Il est essentiel qu'un traitement et des soins d'accompagnement soient programmés avec la patiente après son accouchement et qu'elle soit consciente de la nécessité de recevoir les soins postnatals.

Information sur la sortie de l'hôpital

Conseils généraux à donner à la patiente quand elle quitte l'établissement de santé

- Les patientes doivent être informées et rassurées sur le processus physiologique de récupération après un accouchement (dans les premières 24 heures) et sur les changements émotionnels se produisant normalement au cours de la période postnatale. Elles doivent savoir que ceux-ci se résolvent généralement entre 10-14 jours suivant l'accouchement.
- Contacter la clinique dès l'apparition de signes de danger
- Se reposer et dormir suffisamment
- Allaitement exclusif au sein
- Contraception : Si elle n'a pas déjà reçu de contraception postnatale (DIU postpartum, ou stérilisation par ligature tubaire) dans l'établissement de santé, chaque patiente doit bénéficier de conseils sur les possibilités de planification familiale adaptées aux femmes qui allaitent.
- Vaccination et surveillance de la croissance du nouveau-né

- Visites postnatales : 3e jour, entre le 7e et le 14e jour suivant la naissance et à 6 semaines
- Documentation complétant le dossier postnatal

[!] Veiller à ce qu'avant la sortie de la patiente, vous avez tout documenté correctement à la fois dans le dossier de la mère, le dossier du bébé et les notes pour l'hôpital.

Signes de danger chez la mère et le nouveau-né

Les professionnels de santé doivent informer la mère sur les signes de danger pour elle-même et pour son nouveau-né, et lui conseiller de se rendre dans un établissement de santé le plus vite possible si l'un de ces signes survenait. Le personnel de santé doit reconnaître et agir sur les symptômes et les signes de maladies mettant potentiellement la vie en danger. Il est de la responsabilité du personnel de santé de stabiliser les femmes ou les nouveau-nés et de les référer immédiatement vers l'établissement de santé de niveau approprié, à l'aide d'une Fiche d'observation.

Tableau 10.8 Signes de danger et symptômes de pathologies potentiellement mortelles pour la mère

Symptômes et signes	Diagnostic
Perte de sang soudaine et abondante ou augmentation et persistance de la perte de sang ; sensation d'évanouissement ; étourdissements ; palpitations/tachycardie	Hémorragie du postpartum
Un ou plusieurs des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Maux de tête - Troubles visuels - Nausées Vomissements	Pré-éclampsie/éclampsie
Douleur unilatérale au mollet ; rougeur ou gonflement des mollets ; essoufflement ou douleurs thoraciques	Thromboembolie ou Thromboembolie pulmonaire
Fièvre, frissons, douleurs abdominales et/ou pertes vaginales désagréables	Sepsis

La gestion des signes de danger et des complications chez la mère est abordée dans le chapitre 12.

Tableau 10.9 Signes de danger pour le nouveau-né

Symptômes et signes	Diagnostic possible
■ Arrête de s'allaiter ou ne s'allait pas bien	Infection
■ Convulsions ou crises depuis la naissance	Infection
■ Respiration rapide à un rythme de 60 respirations par minute ou plus	Infection
■ Tirage sous-costal important ou geignement	Infection/encéphalopathie hypoxique
■ Température élevée 37,5°C ou plus	Infection
■ Température basse 36°C ou moins	Infection
■ Vomissement après chaque tétée	Sténose pylorique
■ Léthargique ou inconscient – Moins actif qu'avant	Infection
■ Mouvements uniquement lorsqu'il est stimulé, ou aucun mouvement même s'il est stimulé	Détresse respiratoire/Infection

Soins Prénatals et Postnatals – Guide pour les Professionnels de Santé

■ Mou ou raide	Détresse respiratoire/Infection
■ Cyanose centrale	Détresse respiratoire/Infection
■ > 10 pustules cutanées	Infection
■ Tout ictère dans les premières 24 heures de vie, ou paume des mains et plante des pieds jaunes	Ictère – pathologique si apparaît en 24 heures
■ Écoulement de pus de l'ombilic ou rougeur ombilicale s'étendant sur la peau	Infection ombilicale
■ Saignements du moignon du cordon ombilical	Le clampage du cordon a été déplacé/infection

La gestion des signes de danger chez le nouveau-né est abordée dans le chapitre 13.

Chapitre 11 : Soins postnatals pour la mère et le bébé : visites ultérieures

Dans ce chapitre, vous obtiendrez des informations concernant :

- Évaluation clinique
- Dépistage et prise en charge des maladies mentales
- Dépistage et prise en charge de violence domestique et d'abus de substances

On appelle soins postnatals les soins apportés à la mère et au nouveau-né après la naissance. Les soins postnatals offrent une occasion unique de fournir une évaluation complète et holistique de la mère et du nouveau-né. Cela garantit que la mère est en bonne santé, capable de prendre soin de son nouveau-né et qu'elle possède les informations nécessaires pour le faire. Ce chapitre traitera des soins délivrés en fin de période postnatale. Il est essentiel que la femme sache quand elle doit se rendre à chaque visite postnatale et de l'informer de se présenter aux visites postnatales programmées avec son nouveau-né. Elle doit également recevoir l'information au cas où le professionnel de santé détecte le moindre problème.

Calendrier

- Troisième jour (dans les 48 à 72 heures suivant l'accouchement)
- Entre 7 – 14 jours après l'accouchement
- Six semaines après l'accouchement

Examen clinique

Antécédents

- Demander à la mère comment elle se sent et si elle a remarqué des signes de danger chez elle et/ou son bébé (voir Chapitre 10, Tableaux 10.8 et 10.9).
- Examiner la mère et son bébé et prescrire un traitement approprié si nécessaire.

Examen physique

Observations cliniques :

Vérifier les signes vitaux de la mère – température, fréquence du pouls, fréquence respiratoire et pression artérielle). Si des observations cliniques se trouvent au-delà des limites normales, chercher la cause et prescrire un traitement.

- Si PA diastolique > 90mmHg, et si d'autres symptômes sont présents et révélateurs d'une hypertension, hospitaliser la patiente.
- Si la température est $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$ – identifier la cause (fièvre ou hypothermie)
 - Si elle tousse, est-ce une toux productive ? Si oui, faire hospitaliser la mère pour procéder à d'autres diagnostics et permettre une prise en charge.
 - Les lochies sont-elles malodorantes ou plus importantes que d'ordinaire ? Si oui, traiter avec des antibiotiques oraux
 - Vérifier le dépistage du paludisme. Si le résultat est positif, hospitaliser
- Si aucune cause évidente de la fièvre n'est identifiée – hospitaliser

Examen clinique de l'utérus

- A partir du jour 5-6, le fond utérin est palpable à mi-chemin du nombril et de la symphyse pubienne.
- A partir du 10^e jour, le fond utérin doit être palpable juste au-dessus de la symphyse pubienne.
- Après six semaines, il retrouve ses dimensions normales, c.-à-d. qu'on ne le sentira plus au niveau de l'abdomen.

[!] Une mauvaise involution peut être un signe de rétention de produits de conception et/ou de sepsis.

Examen du périnée

- Veiller à ce que l'épisiotomie ou toute déchirure/coupure soient en voie de cicatrisation.
- Les signes d'une infection incluent des rougeurs, des gonflements permanents, la présence de pus. Noter qu'une cicatrisation tardive peut être un signe d'infection.
- Conseiller sur les soins d'hygiène périnéale et sur l'élimination correcte des serviettes hygiéniques.

Discuter de l'hygiène intime dans le contexte des pratiques locales et de l'environnement. Discuter avec les femmes du type de serviettes hygiéniques qu'elles utilisent et de la manière dont elles s'en débarrassent, ainsi que des soins du périnée/de l'épisiotomie dans le contexte des conditions de vie à domicile.

Il est particulièrement important de se laver les mains pour prévenir les infections. Il est également important de ne rien introduire dans le vagin.

Hémorragie et lochies post-partum

Discuter avec les femmes de la quantité de sang à laquelle elles peuvent s'attendre, de la durée, de la diminution progressive des lochies et leur faire comprendre que si elles ne diminuent pas, cela peut indiquer un problème. Quand les saignements sont plus importants que la normale, elles doivent demander des soins en urgence. Des lochies normales ne sont pas malodorantes et peuvent persister jusqu'à six semaines.

Examen des jambes

- Vérifier que les deux jambes sont molles, non sensibles et qu'elles ont la même circonférence
- Évaluer la douleur aux mollets – peut être un signe de thrombose veineuse profonde.

Évaluer la fonction de la vessie et des intestins

- Évaluer l'incontinence urinaire (interroger sur l'urgence mictionnelle, le stress et l'incontinence permanente)
- Si la mère se plaint d'incontinence permanente, réaliser un examen au spéculum ou l'orienter vers un établissement de soins pour rechercher la présence d'une fistule obstétricale (Chapitre 12)

Dépistage de mauvaise santé psychologique

La naissance d'un nouveau bébé peut provoquer de nombreux changements émotionnels. De nombreuses femmes traversent une période de dépression légère suite à la naissance d'un bébé. Il faut différencier le « baby blues » (déprime) qui survient généralement au cours de la première semaine et peut durer jusqu'à deux semaines après la naissance, et la dépression postnatale qui est beaucoup plus grave et dure généralement plus longtemps.

Évaluer les symptômes et les signes de dépression postpartum (Chapitre 14). Il est important de différencier le début précoce d'un type sévère de dépression postnatale et des caractéristiques psychotiques (hallucinations visuelles ou auditives).

Prise en charge

Si vous identifiez une jeune mère souffrant de dépression, vous devez l'orienter dès que possible vers l'établissement de santé le plus proche, afin qu'elle bénéficie d'une prise en charge et d'un traitement si nécessaire.

- Mettre en place des rendez-vous réguliers pour montrer de l'empathie, écouter et apporter du soutien.
- Demander son consentement pour discuter de la situation avec un membre de la famille ou un(e) ami(e) qui, selon elle, peut la soutenir.
- Encourager la famille à l'impliquer dans des activités sociales et des activités qui la rendaient heureuses par le passé.

Dépistage et soutien en cas de violences conjugales

- Le professionnel de santé doit rester vigilant à la présence de signes concernant la sécurité de la patiente et connaître les procédures pour communiquer et transmettre ses inquiétudes.
- Dépister les violences conjugales en utilisant un outil de dépistage (Chapitre 14 et Appendice 6).

Soutenir l'allaitement

Examen des seins

En général, les seins sont mous à la palpation durant les 24 premières heures suivant l'accouchement.

Colostrum (premier lait)

Les seins produisent du colostrum durant les premiers jours suivant la naissance. Il est généralement de couleur jaunâtre, très concentré en nutriments et aide le nouveau-né à combattre les infections. La quantité de lait maternel va de quelques gouttes à une cuillère à café, c'est tout ce dont le bébé a besoin. Dans certaines cultures, nourrir les bébés avec du colostrum est vu d'un mauvais œil et il peut être nécessaire d'apporter des explications.

Le nouveau-né peut vouloir téter assez souvent, peut-être toutes les heures au début. Puis réaliser des tétées moins nombreuses mais plus longues une fois que les seins commencent à produire plus de lait, au bout de quelques jours. Il est important d'informer la mère sur le fait que plus elle allaite son bébé, plus la succion du bébé stimulera sa production de lait.

Examen des seins

- Examiner les seins pour détecter toute décoloration, plaie ouverte ou présence de mastite.
- Demander si elle ressent de la douleur au moment de la tétée.
- A partir du jour 2-4, la sécrétion de lait est établie dans la plupart des cas et les seins ne doivent pas être engorgés si l'allaitement se passe bien.

Vérifier

- Examiner : taille, symétrie, forme des seins et des mamelons
- Palper : plénitude, seins mous ou engorgés, fermeté et recherche de grosseur
- Rougeurs, ecchymoses, plaies ouvertes, présence de mastite (chapitre 7) et de colostrum

Il est important que la mère sache bien positionner le nouveau-né et le fixer au sein pendant l'allaitement, afin d'éviter toute crevasse sur les mamelons.

Mamelons plats ou inversés

1. Suggérez à la mère d'exprimer une petite quantité de lait à la main ou à la pompe immédiatement avant la tétée
2. Encouragez la mère à garder ses seins aussi souples que possible, en les exprimant régulièrement jusqu'à ce que le bébé ait commencé à se nourrir.
3. Utilisez une téterelle pour aider le bébé à prendre le sein. Le fin bouclier de silicone s'adapte sur le mamelon et permet donc au bébé de mieux prendre le sein. La forme du mamelon s'améliorera progressivement, car il sera tiré dans la téterelle lorsque le bébé tètera.

Gerçures du mamelon

Symptômes : érosion du mamelon et douleur pendant l'allaitement. Souvent causés par une attache au sein incorrecte.

- Vérifiez le positionnement du nouveau-né lors de la tétée
- Nettoyez le sein à l'eau claire et au savon avant et après chaque tétée

Congestion mammaire

L'engorgement du sein est fréquent les premières semaines car la production de lait se régule et peut aussi causer des douleurs aux seins. Cela dure généralement de 2 à 3 jours.

- Une analgésie régulière sera nécessaire jusqu'à ce que l'engorgement se résolve.
- Appliquer une compresse (serviette) chaude avant d'allaiter.
- Exprimer manuellement un peu de lait avant de nourrir le bébé. Ceci contribuera à soulager un peu la pression et la gêne et à ramollir les seins pour rendre la prise plus facile pour le bébé.
- Allaiter plus souvent pour vider les seins.

Mastite

- Cela devient évident lorsque la mère présente une zone douloureuse et rouge sur un sein, de la fièvre, et une sensation générale de malaise.
- Poursuivre l'allaitement (ou l'expression du lait)
- Veillez à ce que la mère utilise un soutien-gorge d'allaitement approprié et qu'il n'y ait pas de pression sur le sein pendant la tétée.
- Des antibiotiques peuvent être nécessaires, donc prenez des dispositions pour que la mère consulte un professionnel de santé.

- Des analgésiques peuvent être nécessaires, jusqu'à ce que l'infection se résolve.
- Donner beaucoup d'encouragement à la mère. Ce trouble se résout habituellement en 2 à 3 jours.

Production insuffisante de lait maternel

- Encourager la mère à avoir un régime alimentaire nutritif et une bonne consommation de boisson.
- Encourager la mère à prendre du repos pendant que le bébé dort.
- Mettre souvent le bébé au sein et/ou exprimer toutes les 3 heures, ou plus fréquemment
- Encouragement la mère

Évaluer la fixation correcte de l'allaitement

Nouveau-né

- Bouche grand ouverte
- Menton touchant la poitrine, lèvre inférieure vers le bas, nez non bloqué
- Aréole très petite visible au-dessous du menton.

Mère

- Ne doit pas sentir de douleurs pendant la tétée

Tableau 11.1 Indicateurs de réussite de l'allaitement

Mère	Nouveau-né
<ul style="list-style-type: none"> ■ Les seins sont plus mous après la tétée ■ Aucun mamelon difforme à la fin de la tétée ■ Mère détendue pendant la tétée 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Déglutition visible ■ Succion rythmique audible ■ Le corps est détendu ■ Évacuation fréquente des urines et des selles

Contraception

Les professionnels de santé ont des occasions de discuter des différentes options de contraception avec les femmes lors des soins prénatals, de l'accouchement, des soins postnatals ou de la vaccination de leur nouveau bébé.

Le moment et le choix d'une méthode de planification familiale dépend :

- Du statut de l'allaitement
- De la santé reproductive et des désirs de fertilité

Il existe plusieurs options pour la femme après un accouchement. Elles sont exposées dans le Tableau 11.2 ci-dessous Les professionnels de santé peuvent discuter de toutes les options pertinentes, afin que la patiente puisse faire un choix éclairé.

Tableau 11.2 Méthodes de planification familiale

Options pour les femmes qui allaitent		
Méthodes pouvant être utilisées immédiatement après un accouchement : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Stérilisation féminine – dans les 7 jours ou dans un délai de 6 semaines <input type="checkbox"/> Dispositif contraceptif intra-utérin (DIU) – dans les 48 heures suivant l'accouchement ou dans un délai allant jusqu'à 4 semaines <input type="checkbox"/> Abstinence 	Méthodes nécessitant un délai de 6 semaines <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pilule progestative pure <input type="checkbox"/> Progestatif injectable, implants 	Délai de 6 mois : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pilule contraceptive combinée <input type="checkbox"/> Contraceptif injectable combiné
Options pour les femmes qui n'allaitent pas		
Méthodes pouvant être utilisées immédiatement après un accouchement : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pilule progestative pure <input type="checkbox"/> Progestatif injectable ou implant <input type="checkbox"/> Stérilisation féminine – dans les 7 jours ou dans un délai de 6 semaines <input type="checkbox"/> Dispositif contraceptif intra-utérin (DIU) – dans les 48 heures suivant l'accouchement ou dans un délai allant jusqu'à 48 semaines <input type="checkbox"/> Abstinence 	Méthodes nécessitant un délai <p>Délai de 6 semaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pilule contraceptive combinée <input type="checkbox"/> Contraceptif injectable combiné 	

Le Dispositif intra utérin du post-partum (DIUPP)

Un DIU en cuivre peut-être inséré dans les 48 heures suivant l'accouchement – c'est un choix très pratique et sans danger pour les femmes qui désirent une protection non-hormonale, réversible et de longue durée contre les grossesses, à partir de la période critique du post-partum.

Après que l'examen de la patiente a été réalisé et que cette dernière a fait un choix éclairé, le professionnel de santé peut insérer le DIU et fournir à la femme des instructions consécutives à l'insertion.

Les types de pose de DIUPP sont :

■ Insertion après expulsion du placenta

Lorsque le DIU est inséré dans les 10 minutes suivant l'expulsion du placenta, à la suite d'un accouchement par voie vaginale

■ Insertion immédiatement après l'accouchement

Quand le DIU est inséré après la période d'expulsion du placenta, mais dans les 48 à 72 heures d'un accouchement par voie vaginale

■ Pose trans-césarienne

Quand la pose a lieu à la suite d'un accouchement par césarienne, avant la fermeture de l'incision utérine

■ Pose après un intervalle de temps

Pose du DIU \geq 4 semaines postpartum

Évaluation clinique du bébé

Soins du cordon

- Le moignon du cordon ombilical va naturellement durcir et sécher une fois qu'il sera exposé à l'air naturel et ne devrait donc pas être recouvert.
- Il faut en moyenne 10 jours pour que le cordon se dessèche et tombe. Pendant cette durée, il est normal de voir des sécrétions collantes du cordon car il commence à se dessécher. Elles peuvent être enlevées avec de l'eau claire et du coton. Ne pas appliquer de crème, ni de poudre, ni d'herbes naturelles sur le cordon.

Chlorhexidine

- L'application quotidienne de Chlorhexidine (en gel ou solution aqueuse à 7,1% de gluconate de Chlorhexidine, pour 4% de Chlorhexidine) sur le moignon du cordon ombilical pendant la première semaine de vie est recommandée pour les nouveau-nés qui évoluent dans un cadre présentant un taux de mortalité néonatale élevée (30 décès néonataux ou plus pour 1000 naissances vivantes).
- Il est recommandé de laver et sécher le cordon des nouveau-nés dans les établissements de santé et à domicile, dans un cadre présentant un taux de mortalité néonatale bas. L'utilisation de Chlorhexidine dans ces situations peut être envisagée uniquement en remplacement de l'application d'une substance traditionnelle nocive, telle que la bouse de vache, sur le moignon du cordon.

Évaluation du poids

Vérifier la balance et la calibrer tous les jours en suivant les instructions.

- Peser le nouveau-né une fois par mois
- Peser le nouveau-né s'il ne se sent pas bien ou s'il ne s'alimente pas

Certains nouveau-nés ont tendance à grossir plus lentement que d'autres. La plupart des nouveau-nés perdent d'abord du poids puis reviennent à leur poids de naissance à environ deux semaines d'âge. Le rythme de la prise de poids varie selon l'âge du bébé :

- 2 semaines à 4 mois – 125-200g (5-8oz) par semaine
- 4 à 6 mois – 50-150g (2-6oz) par semaine
- 6 à 12 mois – 25-75g (1-3oz) par semaine

Tableau 11.3 Perte de poids acceptable et prise de poids attendue au cours du premier mois de vie

Âge	Poids
Semaine 1	Perte jusqu'à 10%
Semaines 2-4	Prend au moins 160g par semaine (15g/jour)
Mois 1	Prend au moins 300g le 1 ^{er} mois

VIH, TB et syphilis après l'accouchement

Les nouveau-nés d'une mère atteinte du VIH, de la syphilis ou de la tuberculose et qui a entamé un traitement moins de 2 mois avant l'accouchement doivent recevoir le traitement exposé ci-

dessous. Il est essentiel que le professionnel de santé enseigne à la mère comment administrer le traitement à son domicile et veille à ce qu'elle reçoive/possède une ordonnance pour les médicaments nécessaires jusqu'à la visite suivante.

- Expliquer comment le médicament doit être pris
- Se laver les mains
- Montrer comment utiliser la seringue et comment mesurer la dose.
- Regarder la mère administrer le médicament
- Si le nouveau-né vomit ou recrache le médicament dans les 30 minutes qui suivent, la mère doit répéter la dose.

Tableau 11.4 Identification des risques chez les nouveau-nés

Si la mère :	RISQUE
<ul style="list-style-type: none"> ■ Tester positif pour la syphilis ■ Tester positif pour le VIH ■ Reçoit un traitement contre la TB 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Syphilis congénitale ■ Transmission du VIH ■ Tuberculose

Tableau 11.5 Prise en charge

Bébé classé :	Prise en charge
1. Risque de syphilis congénitale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Donner immédiatement au bébé une dose unique de Benzathine Pénicilline 50 000 UI/kg, que la mère ait été traitée pendant la grossesse ou non ■ S'assurer que la mère et son partenaire sont aussi traités ■ Suivi 2 semaines plus tard
2. Risque de transmission du VIH	<p>Si la mère est :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sous TARHA et qu'elle allaite ou non, donner au bébé 2mg/kg/poids de naissance (P.N.) de Névirapine une fois par jour pendant 6 semaines ■ Si elle allaite, donner au bébé 2mg/kg/P.N. de Névirapine une fois par jour, jusqu'à une semaine après la fin de l'allaitement ■ Si elle n'allait pas, donner au bébé 2mg/kg/P.N. de Névirapine une fois par jour pendant 6 semaines ■ Veiller à ce que la mère, son partenaire et les autres frères et sœurs soient dépistés ■ Suivi 2 semaines plus tard
3. Risque de tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> ■ Donner au bébé 5mg/kg/P.N. d'isoniazide à titre prophylactique pendant 6 mois ■ Administrer le vaccin du BCG au bébé uniquement quand la prophylaxie du bébé est terminée ■ Suivi 2 semaines plus tard ■ Faire une radiographie pulmonaire du bébé à 6/52 et déterminer s'il est atteint d'une TB active

Traitement de la TB chez les femmes qui allaitent

Les médicaments antituberculeux sont excrétés dans le lait maternel, bien que la dose présente dans le lait maternel soit inférieure à la dose thérapeutique pour les nouveau-nés. Les nourrissons

allaités reçoivent jusqu'à 20% de la dose thérapeutique de INH pour les nourrissons, tandis que d'autres médicaments antituberculeux sont moins excrétés.

Aucune toxicité n'a été signalée dans cette faible concentration présente dans le lait maternel. La prudence doit cependant être de mise car la dose de lait maternel peut contribuer au développement de niveaux anormalement élevés chez les nouveau-nés qui reçoivent des médicaments antituberculeux.

Voir Chapitre 8 pour de plus amples informations sur les soins de la mère et du nouveau-né.

Problèmes d'allaitement

L'allaitement peut ne pas toujours être facile ou réussi dès le début. Il est très important que la mère reçoive un soutien satisfaisant pour continuer à allaiter. Plusieurs jours peuvent être nécessaires pour que la production de lait maternel soit suffisante. La mère peut avoir besoin de boire davantage (déshydratation) et peut simplement être fatiguée ou ne se sentir pas encore bien. L'allaitement est souvent difficile au début en cas de naissance prématurée ou de grossesses multiples.

Nouveau-nés qui ne peuvent pas être allaités et/ou utilisation d'autres méthodes d'alimentation

- Donner du lait maternel tiré par une tasse ou une seringue, si le nouveau-né peut avaler.
- Si le nouveau-né est trop faible pour tirer et avaler, ou si le bébé s'étouffe ou régurgite après la tétée, insérer une sonde nasogastrique.

Réflexes liés à l'alimentation orale (allaitement)

- **Réflexe des point cardinaux** : observé chez le nouveau-né normal, qui tourne automatiquement la tête vers le stimulus et fait des mouvements de succion (points cardinaux) avec la bouche lorsque l'on appuie sur la joue ou sur la lèvre. Ce réflexe contribue à assurer un bon allaitement
- Réflexe de succion
- **Réflexe de déglutition** : constitué des voies réceptive et motrice du système nerveux.

Ces réflexes sont normalement totalement développés à la 36e semaine de grossesse.

Comment évaluer le réflexe des points cardinaux

- Le professionnel de santé utilise un doigt propre pour toucher les joues ou la lèvre supérieure du bébé et vérifie si le bébé effectue des mouvements de succion ou s'il tourne le visage vers le doigt.

Comment évaluer le réflexe de succion

- Réflexe de succion : les prématurés peuvent avoir une capacité de succion faible ou immature.
- Le professionnel de santé peut insérer un doigt propre dans la bouche du bébé pour vérifier le réflexe de succion, une évaluation peut être faite sur le taux et la force de la succion.

Comment évaluer le réflexe de déglutition

Le bébé risque de s'étouffer lorsque le réflexe de déglutition est absent ou lorsque la coordination entre la succion, la déglutition et la respiration est altérée, car le lait peut bloquer ses voies respiratoires.

Les facteurs suivants chez la mère ou chez le bébé peuvent entraîner des problèmes d'allaitement :

Mère :

- Mamelons douloureux/abîmés
- Mamelons déformés
- Mastite
- Faible montée de lait – Pas assez de lait
- Épuisement dû à un allaitement fréquent/constant
- Désarroi de ne pouvoir maîtriser la technique de l'allaitement

Bébé :

- Naissance prématurée
- Faible poids à la naissance
- Problèmes respiratoires
- Brièveté linguale

Brièveté linguale

La brièveté linguale, également appelée ankyloglossie, est causée par une muqueuse courte ou serrée sous la langue (le frein lingual). La brièveté linguale est congénitale (présente à la naissance) et héréditaire (l'anomalie est souvent présente chez plus d'un membre de la famille). Il s'agit d'une situation relativement fréquente : entre 0,2% et 2% des bébés naissent avec un frein court.

Prise en charge

Beaucoup de bébés nés avec une brièveté linguale n'ont ni symptômes, ni problèmes.

Un traitement est nécessaire si la brièveté linguale fait obstacle à l'allaitement à tel point qu'une perte de poids importante se produit chez le bébé, ou que les tétons de la mère s'abîment. Un professionnel de santé qualifié peut sectionner la brièveté linguale. Il s'agit d'une procédure relativement indolore et, comme le frein de la langue ne contient quasiment pas de sang, il n'y a habituellement qu'une goutte de sang ou deux. Le bébé est mis au sein immédiatement après la procédure et le saignement s'arrête quasiment instantanément. Une anesthésie et des points de suture ne sont pas nécessaires.

Infections localisées

Lorsqu'une infection localisée est identifiée lors de l'examen d'un nouveau-né et que cette dernière ne nécessite ni traitement antibiotique, ni orientation vers un établissement sanitaire, le professionnel de santé doit informer la mère sur le traitement à effectuer à la maison. Le professionnel de santé doit expliquer le traitement et en faire une démonstration, puis observer la mère lorsqu'elle délivre le premier traitement. Demandez à la mère de vous faire savoir si l'infection s'aggrave et, si possible, de revenir à la clinique.

Prise en charge

Pustules cutanées et infections ombilicales. À faire 3 fois par jour pendant 5 jours :

- Se laver les mains à l'eau propre et au savon.
- Laver délicatement le pus et les croûtes avec du savon et de l'eau bouillie refroidie.
- Essuyer la zone avec un tissu propre.
- Appliquer du violet de gentiane.
- Se laver les mains.

Traitement contre une infection oculaire. À faire 6-8 fois par jour pendant 5 jours :

- Se laver les mains à l'eau propre et au savon.
- Mouiller un tissu propre dans de l'eau bouillie refroidie.
- Utiliser le tissu mouillé pour délicatement enlever le pus des yeux du bébé.
- Appliquer une pommade ophtalmique de tétracycline à 1% dans chaque œil et ce, quotidiennement.
- Se laver les mains.

Le nouveau-né devra être examiné 2 jours après le début du traitement

- Examiner la peau, le nombril ou les yeux.
- Si le pus ou les rougeurs persistent ou s'aggravent, orienter vers un hôpital.
- Si le pus ou les rougeurs s'améliorent, demander à la mère de poursuivre le traitement de l'infection locale à domicile.

Dépistage d'autres maladies dans la période postnatale.**Conseils sur la nutrition**

- Pendant la période postnatale, les femmes doivent avoir un régime équilibré, comme c'était le cas pendant la grossesse.
- Conseiller à la femme de manger des aliments sains et variés tels que de la viande, du poisson, des huiles, des graines, des céréales, des fèves et des légumes en plus grandes quantités, afin de se sentir en forme et en bonne santé. Donner des exemples de nourriture possibles en fonction des produits abordables et disponibles dans la région.
- Aborder les tabous locaux existant autour de la nourriture.
- Des suppléments alimentaires en fer et en acide folique doivent aussi être pris 3 mois après l'accouchement.
- Les femmes allaitantes ont besoin de plus de nourriture et doivent boire suffisamment d'eau propre et salubre.

Prévention du paludisme

Toutes les femmes enceintes vivant en zone impaludée doivent être incitées à dormir sous une moustiquaire traitée dès le début de la grossesse et à continuer de le faire avec leur bébé pendant la période postnatale. Elles doivent aussi être incitées à consulter si leur nouveau-né semble souffrir. Examiner toute femme présentant de l'anémie ou de la fièvre après l'accouchement et ayant été exposée au paludisme, puis lui administrer un traitement adapté si un diagnostic de paludisme est avéré.

Cancer du col de l'utérus

- Le cancer du col de l'utérus est la cause principale de décès liée au cancer chez la femme.
- Les femmes de 30 à 49 ans sont le plus à risque de développer un cancer du col de l'utérus.
- Toutes les femmes ayant eu des relations sexuelles et ayant donc été exposées au VPH sont à risque de développer un cancer du col de l'utérus.

Symptômes et signes du cancer du col de l'utérus

- Les signes d'un cancer du col de l'utérus incluent : des sécrétions vaginales malodorantes, des saignements vaginaux, des saignements suivant les rapports sexuels ou tout saignement après la ménopause. Les femmes présentant ces symptômes doivent consulter au plus vite.
- Aucun symptôme ou signe n'indique les changements initiaux d'un état précancéreux. Le dépistage est le seul moyen de détecter un état précancéreux.

Dans les pays à faible ou à moyen revenu, les programmes basés sur la cytologie sont très difficiles à mettre en œuvre et, lorsqu'ils le sont, le taux de couverture du dépistage est faible.

- Toutes les femmes de 30 à 49 ans doivent se faire dépister au moins une fois du cancer du col de l'utérus.
- Un vaccin existe pour les femmes âgées de 13 à 26 ans, afin de prévenir le cancer du col de l'utérus avant le premier contact sexuel.

Cancer du sein

Le cancer du sein est un cancer répandu chez les femmes des pays à faible et à moyen revenu.

Symptômes

Le premier symptôme du cancer du sein que notent la plupart des femmes est une boule ou une masse dans le sein.

Conseiller aux femmes de surveiller :

- Une nouvelle boule ou une masse dans le sein qui n'était pas présente auparavant.
- Un changement de taille ou de forme d'un sein ou des deux
- Des pertes tachées de sang s'écoulant des tétons
- Une boule ou un gonflement sous une aisselle
- Une fossette apparaissant sur la peau d'un sein
- Une éruption cutanée sur ou autour du téton
- Un changement d'apparence d'un téton (qui se creuse par exemple)

Prévention

Le contrôle des facteurs de risque du cancer du sein et la prévention parallèle des maladies non transmissibles en incluant un régime sain, de l'activité physique et un contrôle de la consommation d'alcool, du surpoids et de l'obésité pourraient éventuellement avoir un impact et réduire l'incidence du cancer du sein, sur le moyen terme.

Chapitre 12 : Complications obstétricales chez la mère après l'accouchement

Dans ce chapitre, vous trouverez des informations concernant :

- Complications obstétricales pouvant apparaître dans la période postnatale (hémorragie du postpartum, éclampsie, sepsis)
- Incontinence urinaire et fécale

Hémorragie du postpartum

Définition

Une hémorragie du postpartum (HPP) est un saignement vaginal de plus de 500ml après l'accouchement. Chez les patientes présentant une anémie pendant la grossesse, même une faible perte de sang est dangereuse. Toutes les femmes doivent être considérées à risque d'hémorragie postpartum et la prévention de cette hémorragie doit avoir lieu lors de chaque accouchement.

Types d'hémorragies du postpartum

- **Une hémorragie du postpartum primaire** est une perte de sang de plus de 500ml (un demi-litre) dans les 24 heures suivant l'accouchement.
- **Une hémorragie du postpartum secondaire** a lieu quand des saignements vaginaux anormaux ou abondant se produisent dans la période allant de 24 heures à 12 semaines après l'accouchement.

Tableau 12.1 : signes cliniques et symptômes de l'hémorragie du postpartum.

Volume sanguin perdu	Signes
Jusqu'à 500ml (une bouteille)	Pas de symptômes ou de signes
1,5 litre (3 bouteilles)	Augmentation du pouls et de la fréquence respiratoire, froid, pâleur
2 litres (4 bouteilles)	Augmentation du pouls et de la fréquence respiratoire, mais aussi chute de la pression artérielle, froid, sueurs, agitation
Plus de 2 litres (>4 bouteilles)	Pouls et fréquence respiratoire rapide, pression artérielle basse, froid, sueurs, confusion, agitation, agressivité

Causes de l'hémorragie du postpartum

Les causes entraînant le plus fréquemment une hémorragie postpartum primaire sont :

- Atonie (utérus atone)
- Traumatisme (épisiotomie ou césarienne)
- Tissus (rétention du placenta ou des membranes)
- Thrombine (coagulation anormale)
- Anémie

Certains facteurs pendant la grossesse ou pendant l'accouchement peuvent augmenter les risques d'hémorragie postpartum :

- Hémorragie du troisième trimestre
- Travail prolongé
- Rétention des produits de la conception
- Utérus distendu, gros bébé, hydramnios, grossesse multiple, multiparité, léiomyome utérin.

Prise en charge de l'hémorragie du postpartum primaire

La prise en charge d'une hémorragie du postpartum primaire est une urgence obstétricale et elle doit se faire en suivant le protocole national

- Prendre une voie veineuse
- Donner des solutés
- Vider la vessie
- Vérifier l'état du placenta
- Donner des médicaments ocytociques
- Masser l'utérus

Tableau 12.2 Utilisation des médicaments ocytociques

Médicament	Posologie et voie d'administration	Dose permanente	Dose maximale	Précautions et contreindications
Ocytocine	Intraveineuse : diluer 20 unités dans un litre et perfuser la solution à 60 gouttes/minute Intramusculaire : 10 unités	Intraveineuse : diluer 20 unités dans un litre et perfuser la solution à 40 gouttes/minute	Pas plus de 3 litres de solution intraveineuse contenant de l'ocytocine	
Ergométrine	IM ou IV (lentement) L 0,2mg	Répéter 0,2mg en IM après 15 minutes Si nécessaire, donner 0,2mg en IM ou en IV (doucement) toutes les 4 heures	Cinq doses (total 1mg)	Pression artérielle Pré-éclampsie Maladie cardiaque
Misoprostol	1000 microgrammes par voie rectale		1000 microgrammes	

Tableau 12.3 Causes des saignements vaginaux dans la période postpartum

Symptôme alertant et autres symptômes et signes		Parfois présent		Diagnostic probable		Prise en charge	
Habituellement présent		Parfois présent		Diagnostic probable		Prise en charge	
<input type="checkbox"/> Hémorragie du postpartum	<input type="checkbox"/> Utérus ramolli et détendu	<input type="checkbox"/> Choc circulatoire		<input type="checkbox"/> Utérus atone		<input type="checkbox"/> Ocytociques	
<input type="checkbox"/> Hémorragie du postpartum	<input type="checkbox"/> Utérus contracté	<input type="checkbox"/> Délivrance du placenta effectuée		<input type="checkbox"/> Épisiotomie	<input type="checkbox"/> Suture de l'épisiotomie et des déchirures de deuxième degré.	<input type="checkbox"/> Les déchirures de 3ème et de 4ème degré devraient être recousues en salle d'opération (référence-recours)	
<input type="checkbox"/> Hémorragie postpartum après l'accouchement		<input type="checkbox"/> Placenta non expulsé 30 minutes après l'accouchement		<input type="checkbox"/> Rétention du placenta	<input type="checkbox"/> Extraction manuelle du placenta (délivrance artificielle) et ocytociques		
<input type="checkbox"/> Partie du placenta manquante ou membranes déchirées		<input type="checkbox"/> Hémorragie du postpartum	<input type="checkbox"/> Utérus contracté	<input type="checkbox"/> Rétention de fragments placentaires	<input type="checkbox"/> Révision utérine. Si placenta accreta, référence-recours urgente		
<input type="checkbox"/> Fond utérin introuvable lors de la palpation abdominale		<input type="checkbox"/> Utérus inversé, apparent au niveau de la vulve		<input type="checkbox"/> Utérus inversé	<input type="checkbox"/> Repositionnement manuel de l'utérus		
<input type="checkbox"/> Douleurs	<input type="checkbox"/> Des saignements ont lieu plus de 24 heures après l'accouchement	<input type="checkbox"/> Hémorragie du postpartum	<input type="checkbox"/> Les saignements sont variables (flux léger ou important, continu ou irrégulier) et peuvent être malodorants	<input type="checkbox"/> Hémorragie postpartum secondaire	<input type="checkbox"/> Antibiotiques en intraveineux	<input type="checkbox"/> Exploration de l'utérus – révision utérine. Si col fermé, dilatation et curetage afin d'assurer qu'il n'y a pas de rétention de fragments du placenta ou de membranes	
<input type="checkbox"/> Hémorragie postpartum (le saignement est intra-abdominal et/ou vaginal)	<input type="checkbox"/> Douleurs abdominales sévères	<input type="checkbox"/> Choc circulatoire	<input type="checkbox"/> Abdomen sensible	<input type="checkbox"/> Rupture de l'utérus			
		<input type="checkbox"/> Parties fœtales facilement palpables avant l'accouchement					

Compression bi manuelle de l'utérus

Si les saignements ne sont pas contrôlés après l'administration de médicaments, une compression biannuelle devra être effectuée pour stopper les saignements durant le transport et le transfert vers un établissement de prise en charge

- Expliquer à la femme ce qui va se passer, l'écouter et répondre attentivement à ses questions et à ses inquiétudes
- Apporter un réconfort et un soutien émotionnel
- Insérer une main gantée dans le vagin et former un poing
- Placer le poing dans le cul-de-sac vaginal antérieur et exercer une pression contre la paroi antérieure de l'utérus
- Placer l'autre main sur l'abdomen, derrière l'utérus
- Presser la main posée sur l'abdomen vers l'intérieur de l'abdomen afin d'exercer une pression contre la paroi postérieure de l'utérus
- Maintenir la pression jusqu'à ce que les saignements soient contrôlés et que l'utérus soit bien contracté

Prise en charge de hémorragie du postpartum secondaire

Les causes entraînant le plus fréquemment une hémorragie postpartum secondaire sont :

- Infection (endométrite)
- Rétention de tissus placentaires ou de membranes

Traitement de l'hémorragie du postpartum secondaire

- Dans le cas d'une hémorragie postpartum secondaire, il est important que la femme soit hospitalisée et traitée :
 - Donner des médicaments ocytotiques (tableau 12.3) pour arrêter les saignements.
 - Examiner l'utérus pour écarter une rétention des produits de la conception
 - Démarrer les antibiotiques par IV
- Si l'anémie est grave (hémoglobine inférieure à 7g/dl ou hématocrite à moins de 20%), hospitaliser pour transfusion sanguine
- S'il y a des signes d'infection (fièvre, pertes vaginales malodorantes), commencer les antibiotiques

Sepsis Postnatal

Le sepsis postnatal est l'une des causes majeures de décès maternel et est responsable de 15% des décès maternels dans les pays en voie de développement. Quand il n'est pas fatal, le sepsis postnatal peut causer des problèmes de santé à long terme, tels qu'une maladie inflammatoire pelvienne (MID) et l'infertilité. Tous les professionnels de santé doivent être informés des symptômes et des signes de sepsis et de maladie grave chez la mère, ainsi que de l'évolution rapide et potentiellement mortelle d'un sepsis sévère et d'un choc septique. Toute suspicion de sepsis sévère doit déclencher une référence urgente vers un niveau de soins approprié.

Des observations régulières de tous les signes vitaux (y compris la température, le pouls, la pression artérielle et la fréquence respiratoire) doivent être inscrits sur une grille d'observations.

Certaines femmes sont plus vulnérables à un sepsis postnatal :

- Anémie et/ou malnutrition
- Travail prolongé
- Rupture prolongée des membranes
- Examens vaginaux fréquents
- Accouchement traumatisant
- Césarienne
- Rétention de fragments placentaires

Causes fréquentes d'infection après l'accouchement

- Sepsis pelvien
- Infection des plaies
- Mastite, abcès mammaire
- Infection urinaire
- Phlébite
- Paludisme, fièvre typhoïde
- Pneumonie

Les signes et symptômes suivants peuvent apparaître dans le cas d'un sepsis postnatal :

- Fièvre (température supérieure à 38°C ou plus), frissons et
- Malaise général
- Douleurs dans le bas de l'abdomen
- Utérus sensible
- Subinvolution de l'utérus
- Lochies purulentes et malodorantes.

Ces signes – y compris la fièvre – peuvent ne pas être toujours présents et ne sont pas nécessairement liés à la gravité de l'infection.

Le Syndrome de Réponse Inflammatoire Systématique (SRIS) peut permettre de définir une infection précoce, comme la présence de deux ou de plusieurs des éléments suivants :

- Température (>38°C ou <36°C)
- Fréquence Cardiaque (>90 battements par minute)
- Fréquence Respiratoire (>20 respirations/minute)
- Nombre des globules blancs élevé (<4 ou >12 10⁹/L)
- Si les résultats des femmes sont >2 sur l'échelle ci-dessus, il faut effectuer un examen complet systématique (général et obstétrical).
- Une inspection du périnée et/ou un examen au spéculum sera effectué si tel est cliniquement indiqué (sécrétions vaginales, saignements, douleur), puis un frottis sera pratiqué.
- Une analyse d'urine sera faite et un échantillon d'urine sera envoyé pour la culture et la microscopie en cas de signe d'infection urinaire.
- Une prise de sang sera effectuée pour :
 - Formule sanguine complète, lactate, biochimie, hémoculture, paludisme
 - La syphilis, le VIH et la tuberculose doivent tous être dépistés.

Prise en charge

Dans la première heure :

- Oxygène
- Réanimation liquidienne
- Antibiotiques par intraveineuse
- Suivi du débit urinaire
- Hémocultures et prélèvements (urine, frottis, gorge, plaie)
- Tests sanguins (lactate, urée, électrolytes, tests de la fonction rénale, paludisme, coagulation)

Traiter le sepsis non identifié avec une combinaison de :

- Ampicilline 2g par IV 6 fois par heure
- Gentamicine 5mg/kg par IV toutes les 24 heures
- Métronidazole 500mg par IV 8 fois par heure

Envisager

- Anti paludéen
- Risque élevé de coagulation intravasculaire, envisager l'héparine
- Rétention des produits

Voir Chapitre 7 pour les traitements d'infections spécifiques.

Pré-éclampsie et éclampsie

La majorité des décès dus à la pré-éclampsie et à l'éclampsie sont évitables quand les bons soins sont prodigués à temps aux femmes présentant ces complications. La pré-éclampsie apparaît généralement pendant la grossesse, mais peut se présenter pour la première fois après l'accouchement. Elle peut se présenter directement après l'accouchement ou dans les 15 à 20 jours suivant la naissance.

Définitions

- **Pré-éclampsie** – TA diastolique >90mmHg sur deux lectures consécutives après 20 semaines de grossesse + protéinurie (2+ sur l'analyse d'urine).
- **Pré-éclampsie légère à modérée** – tel qu'énoncé plus haut, sans ou avec peu de symptômes.
- **Pré-éclampsie grave** – TA >90mmHg comme plus haut, protéinurie 3+ ou supérieure ; et un ou plusieurs signes ou symptômes tels que mal de tête, vision floue, douleur dans la partie supérieure droite de l'abdomen.
- **Éclampsie** – TA>90mmHg comme ci-dessus, protéinurie >2+, convulsions, autres signes et symptômes de pré-éclampsie sévère.

Prise en charge d'une femme souffrant d'une crise d'éclampsie

[!] Ceci est une urgence obstétricale

- Placer la femme sur son côté gauche, en position latérale de sécurité, pour empêcher l'aspiration.
- Noter l'heure et la durée de la crise.
- Commencer le traitement médicamenteux selon les indications du Tableau 12.4
- Insérer une sonde de Foley, surveiller le débit urinaire et tenir un graphique rigoureux de l'équilibre hydrique.
- Limiter les fluides à 80ml/heure (26 gouttes/min) pour éviter une surcharge de liquide amniotique.
- Hospitaliser dès que possible.

Tableau 12.4 Utilisation des médicaments

Médicament	Posologie et voie d'administration	Dose de maintien	Dose maximale	Précautions et contre-indications
Sulfate de magnésium	Une dose de charge de 4g doit être administrée par voie intraveineuse pendant 5 minutes	Perfusion intraveineuse de 1g/heure, maintenue pendant 24 heures	Les crises récurrentes doivent être traitées avec une dose supplémentaire de 2 à 4g administrée pendant 5 minutes	La toxicité du magnésium doit être observée et traitée
Diazépam	0,15-0,25mg par kg (généralement 10-20mg) administrés par voie intraveineuse	Cette dose peut être répétée si nécessaire, après 30 à 60 minutes.	Dose totale maximale : 3mg par kg pendant 24 heures	Détresse respiratoire sévère ou aigüe

Examen postnatal, suivi et traitement

Chez les femmes avec une hypertension gestationnelle et ayant accouché :

- Mesurer la tension artérielle quotidiennement dans les deux premiers jours suivant la naissance.
- Mesurer la tension artérielle au moins une fois entre le troisième et le cinquième jour suivant la naissance.
- Continuer l'utilisation d'un traitement contre l'hypertension (tableau 12.4).
- Envisager de diminuer le traitement contre l'hypertension si la tension artérielle retombe sous 140/90mmHg
- Diminuer le traitement contre l'hypertension si la tension artérielle retombe sous 130/90mmHg
- Des médicaments contre l'hypertension peuvent être nécessaire jusqu'à 6 semaines ou jusqu'à ce que la tension redevienne normale.
- Continuer de rechercher des protéines dans l'urine

- Les femmes présentant une hypertension et une protéinurie après 6 semaines peuvent avoir une maladie rénale et doivent être hospitalisées pour réaliser d'autres examens et pour être prises en charge.

Incontinence urinaire et fécale

Définition

L'évocation de toute fuite d'urine ou de selles involontaire.

Beaucoup de femmes souffrent d'une incontinence urinaire pendant les premiers mois suivant la naissance, mais il est important de consulter un professionnel de santé si cela persiste. Les femmes peuvent avoir des difficultés à contrôler leurs selles après un accouchement, mais beaucoup ne consultent pas car elles sont embarrassées.

Fistule obstétricale

- Si une femme se plaint d'une fuite d'urine continue dans un contexte de faibles ressources d'un accouchement prolongé à domicile d'un mort-né, il est primordial d'écarter la possibilité d'une fistule vésico-vaginale, une communication entre la vessie et le vagin.
- Si une incontinence fécale se présente ou si des selles sont retrouvées dans le vagin, une éventuelle fistule recto-vaginale doit être écartée.
- Le développement d'une fistule obstétricale a des effets dévastateurs sur la santé physique et mentale de la femme.

Les causes les plus fréquents de fistules obstétricales sont :

- Vésico-vaginale : connexion entre la vessie et le vagin
- Recto-vaginale : connexion entre le rectum et le vagin
- Uretro-vaginale : connexion entre l'urètre et le vagin

Fistule vésico-vaginale (FVV)

Le traumatisme obstétrical dû à un travail obstrué et de longue durée est la cause la plus fréquente de fistule vésico-vaginale dans un contexte social de pauvreté et de manque d'accès aux services de santé. La majorité des cas présente une fuite continue d'urine menant à un inconfort et à une excoriation dans la région génitale.

Dépistage de la fistule obstétricale

Examiner le vagin, le périnée et l'anus de façon systématique afin de vérifier la cicatrisation, la sensibilité des cicatrices, le tonus du sphincter et d'éventuelles souillures fécales.

L'évaluation de base devrait comprendre :

Examen vaginal au spéculum pour évaluer l'intégrité des parois vaginales antérieures et postérieures. Épreuve au bleu. Une fistule vésico-vaginale doit être traitée de façon appropriée par un spécialiste car elle ne se referme que rarement de façon spontanée. Un traitement approprié dépendra de différents facteurs incluant la taille et l'emplacement de la fistule, le moment auquel elle se présente et la sévérité des symptômes, la qualité des tissus entourant la fistule, l'expérience du praticien et ses compétences chirurgicales. Les femmes ayant été diagnostiquées avec une fistule obstétricale devront se voir insérer un cathéter et être transférées vers un centre de traitement avec des praticiens spécialisés.

Chapitre 13 : Complications chez le nouveau-né

Dans ce chapitre, vous trouverez des informations concernant :

- Détresse respiratoire (difficultés à respirer) chez le nouveau-né
- Syndrome d'aspiration méconiale
- Infection néonatale
- Ictère néonatal
- Prévention et prise en charge d'une hypoglycémie chez le nouveau-né
- Hypothermie
- Naissance avant le terme et faible poids à la naissance
- Méthode « mère kangourou »
- Soins du nouveau-né présentant des anomalies congénitales, des malformations ou un traumatisme suite à la naissance

Examen du nouveau-né

Tous les nouveau-nés présentant des facteurs de risque doivent être examinés selon le protocole décrit ci-dessous. Il est essentiel que toutes les observations soient enregistrées dans une grille d'observation standard et que les nouveau-nés identifiés comme n'étant pas en bonne santé soient envoyés vers un établissement/praticien adapté. Il y a une exigence minimale pour la fréquence des observations et le personnel de santé doit utiliser son jugement clinique pour chaque cas individuel.

Tableau 13.1 Fréquence des examens du nouveau-né

Condition	Fréquence des examens cliniques
Les bébés nés de mères présentant un ou plusieurs facteurs de risque d'infection bactérienne : <ul style="list-style-type: none"> ■ Portage maternel de Streptocoques du groupe B (SGB) au cours de la grossesse actuelle (avec ou sans prophylaxie antibiotique pendant l'accouchement) ■ Enfant précédent présentant un sepsis au SGB ■ Rupture des membranes avant le travail (>24heures) ■ Travail prématuré spontané (<37 semaines) ■ Fièvre intrapartum (>38°C) ■ Chorioamniotite 	1 heure, 6 heures, 12 heures après la naissance
Prise d'antibiotiques pour une infection présumée ou avérée.	Observations comme ci-dessus pour les 12 premières heures, puis toutes les 4 heures pendant le traitement
Risque d'hypoglycémie (<37semaines, <10ème centile, enfant de mère diabétique)	Observations nécessaires avant 3 tétées par heure, jusqu'à ce que les mesures glycémiques soient stables
Liquide teinté de méconium (grade 1)	Examen du bébé à 1 et à 2 heures

S'il y a méconium de degré 2 ou 3	Les examens doivent être effectués à 1 et à 2 heures, puis deux fois par heure pendant les 10 heures suivantes
Nouveau-né présentant d'autres problèmes	Exercer son jugement clinique

Détresse respiratoire du nouveau-né

Signes de détresse respiratoire ou difficultés à respirer chez le nouveau-né

La fréquence respiratoire normale d'un bébé se situe entre 30 et 60 respirations par minute. La détresse respiratoire du nouveau-né se présente avec un ou plusieurs signes d'efforts de respiration accrus :

- Fréquence respiratoire accélérée >60 respirations par minute
- Battement des ailes du nez
- Tirage sous costal
- Geignement

Traitement

Il est essentiel que les nouveau-nés présentant des difficultés à respirer soient transférés le plus rapidement possible, pour être traités. Intervenir en donnant de l'oxygène peut sauver la vie et il faut le faire immédiatement (si possible) en attendant le transfert/la prise en charge par un professionnel de santé adapté.

L'oxygène est nécessaire chez les nourrissons dans les cas suivants :

- Cyanose centrale ou basse saturation d'oxygène >92% dans l'air ambiant
- Détresse respiratoire (FR >60 respirations par minute)

Tableau 13.2 Méthode d'administration d'oxygène

Méthode	Débit et concentration
Pincés nasales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faible = 0,5L/min ■ Modéré = 0,5L-1L/min ■ Élevé = plus d'1L/min
Cathéter nasal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faible = 0,5L/min ■ Modéré = 0,5L-1L/min ■ Élevé = plus d'1L/min

Syndrome d'aspiration méconiale chez le nouveau-né

On appelle méconium les premières selles évacuées par un bébé après la naissance, avant qu'il n'ait commencé à digérer le lait maternel (ou maternisé). Dans certains cas, le bébé évacue du méconium alors qu'il est encore dans l'utérus. Cela se produit généralement quand les bébés sont en situation de détresse car leurs ressources en oxygène et en sang diminuent, souvent à cause de problèmes placentaires.

Une fois le méconium évacué dans le liquide amniotique, il est possible que le bébé inhale du méconium dans ses poumons. Cela peut se produire lorsque le bébé est encore dans l'utérus ou après la naissance quand il est recouvert de liquide amniotique. Le méconium peut aussi bloquer les voies respiratoires du nourrisson après la naissance. Cette condition s'appelle le syndrome

d'aspiration méconiale. Cela peut engendrer des problèmes respiratoires liés aux gonflements (inflammation) dans les poumons du bébé après la naissance.

Prise en charge

Si le bébé est actif et pleure à la naissance, aucun traitement n'est requis. Si le bébé n'est pas actif et ne pleure pas directement après la naissance, ses cordes vocales doivent être examinées pour voir si du méconium s'y trouve. Si du méconium est détecté, un cathéter d'aspiration est placé dans la trachée du nourrisson et une succion est effectuée pendant que l'on retire le tube. La procédure peut être répétée jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de méconium dans le contenu de la succion. Il est important d'utiliser la bonne taille de cathéter d'aspiration pour cette procédure :

- Nouveau-né à terme/de poids normal – taille 10
- Nouveau-né avant le terme/de faible poids de naissance – 7 ou 8

Le nourrisson doit être stimulé et séché, et si une réanimation est nécessaire, elle doit être effectuée après que l'aspiration ait eu lieu (Voir Chapitre 10). Si le nouveau-né a aspiré du méconium et doit recevoir un traitement, un transfert et une hospitalisation dans une unité de soins intensifs en néonatal est nécessaire. Selon l'état du nouveau-né, le traitement pourra inclure :

- Ventilation en pression positive continue (CPAP) pour faire passer l'air dans les poumons du bébé +/- ventilation mécanique.
- Antibiotiques pour traiter l'infection
- Rampe de chauffage pour maintenir la température corporelle
- Liquides intraveineux si le bébé est incapable de prendre le sein (Tableau 13.5)

Infection néonatale

Une identification initiale des infections du nouveau-né et un traitement antibiotique rapide et adapté réduisent significativement la mortalité due au sepsis et à la pneumonie chez le nouveau-né. Les nouveau-nés ayant des infections graves ont besoin d'antibiotiques et de soins hospitaliers.

Définition

Un sepsis survenu précocement (1 à 7 jours suivant la naissance) est lié à une infection généralement développée pendant l'accouchement.

La plupart des infections précoces du nouveau-né peuvent être prévenues ainsi :

- Éviter toute séparation inutile de la mère et du nourrisson
- Lavage de main avant l'accouchement et manipulation du nouveau-né
- Bonne hygiène de base et propreté pendant l'accouchement (par exemple utilisation de crème Chlorhexidine pour effectuer tous les examens vaginaux de la mère)
- Soins adaptés du cordon ombilical

Un sepsis survenu tardivement (après 7 jours) peut apparaître à l'hôpital comme à la maison.

La plupart des infections tardives du nouveau-né peuvent être prévenues ainsi :

- Allaitement exclusif
- Procédures strictes pour le lavage de main ou application d'alcool sur les mains du personnel et des familles avant et après la manipulation des nouveau-nés.

- Utiliser la méthode « mère kangourou » et éviter l'utilisation d'incubateurs pour les prématurés.
- Stérilité stricte dans toutes les procédures
- Pratiques d'injection propres
- Enlever toutes les intraveineuses quand elles ne sont plus nécessaires

Facteurs de risque d'infection :

- Rupture des membranes >18 heures avant l'accouchement
- Forte fièvre de la mère (température >38 C) avant l'accouchement ou pendant le travail
- Liquide amniotique malodorant ou purulent

Causes d'infection néonatale

- RPMAT
- Déshydratation
- Cordon infecté
- Pneumonie
- Infection des voies urinaires
- VIH

Examens cliniques et symptômes indiquant une infection

Les exemples ci-dessous sont tous des signes d'une infection sévère et/ou d'un sepsis. Si un ou plusieurs signes se présentent, donner un traitement stabilisateur d'urgence, transférer et hospitaliser pour des examens approfondis et une prise en charge. La plupart des bébés présentant un sepsis auront de la fièvre (>37,5°C) mais cela n'est pas toujours le cas. Le bébé peut aussi être froid (température <36°C) quand il est très malade. Notez toutes les observations dans une feuille de surveillance pour le dépistage précoce et le traitement du sepsis.

- Fièvre >37,5°C
- Température basse <36°C
- Fréquence respiratoire inférieure à 20 par minute ou apnée (cessation des respirations égale ou supérieure à 15 secondes)
- Fréquence respiratoire supérieure à 60 par minute

Présentation de signes d'infection

- Incapable de se nourrir au sein
- Bombement de la fontanelle antérieure
- Convulsions
- Somnolente ou inconsciente
- Pleurs ou cris aigus
- Geignements
- Tirage sous-costal
- Cyanose centrale
- Rigidité corporelle généralisée
- Ictère intense
- Distension abdominale sévère
- Pustules cutanées sévères

Signes d'infections localisées

- Moins de 10 pustules cutanées
- Rougeur s'étendant jusqu'à la zone péri-ombilicale
- Écoulement de pus de l'ombilic
- Muguet buccal
- Articulations enflées et douloureuses/chaudes
- Yeux qui coulent

Prise en charge

Il est primordial que les antibiotiques donnés après l'examen du nouveau-né soient prescrits par un praticien qualifié. La posologie de la plupart des médicaments pour nouveau-nés se fait en rapport avec leur poids (mg/kg). Pour la posologie et la fréquence d'administration, se référer aux recommandations pédiatriques locales ou à celles de l'OMS

Antibiotiques prophylactiques pour les nourrissons à risque d'infection

- Ampicilline par voie intramusculaire (IM) ou intraveineuse (IV) et gentamicine pendant au moins deux jours
- Après deux jours, le nouveau-né doit être réexaminé et le traitement uniquement poursuivi s'il y a des signes de sepsis ou une hémoculture positive.

Antibiotiques en cas de soupçon de sepsis néonatal

- Les nouveau-nés présentant des signes de sepsis devraient dans un premier temps recevoir un traitement antibiotique composé d'ampicilline (ou de pénicilline) et de gentamicine pendant au moins 10 jours.
- Si un nouveau-né ayant un sepsis est plus à risque de développer une infection à staphylocoque (par exemple : peau largement recouverte de pustules, abcès ou omphalite en plus des signes de sepsis), il faut lui donner de la cloxacilline et de la gentamicine, au lieu de la pénicilline et de la gentamicine.
- Si possible, les hémocultures doivent être réalisées avant le début du traitement antibiotique.
- Si l'état d'un nourrisson ne s'améliore pas en deux ou trois jours, le traitement par antibiotiques doit être modifié ou le nourrisson doit être transféré pour un suivi plus poussé.

Tableau 13.3 Traitement antibiotique des infections du nouveau-né

Antibiotique	Dose
Amoxicilline	IM/IV : 50mg/kg toutes les 12 heures
Gentamicine	Nourrissons ayant un faible poids de naissance IM/IV : 3mg/kg une fois par jour Poids de naissance normal : IM/IV : 5mg/kg une fois par jour

Les nouveau-nés présentant une infection clinique sévère et dont les familles refusent ou ne peuvent avoir accès à l'hospitalisation doivent être pris en charge en ambulatoire par un professionnel de santé qualifié, avec l'un des deux traitements suivants :

- Gentamicine par voie intramusculaire 5-7,5mg/kg (pour les nourrissons avec un faible poids à la naissance : gentamicine 3-4mg/kg) une fois par jour pendant 7 jours et amoxicilline par voie orale 50mg/kg deux fois par jour pendant sept jours. Un suivi régulier est primordial.
- Gentamicine par voie intramusculaire 5-7,5mg/kg (pour les nourrissons avec un faible poids à la naissance : gentamicine 3-4mg/kg) une fois par jour pendant 2 jours et amoxicilline par voie orale 50mg/kg deux fois par jour pendant sept jours. Un suivi régulier est primordial. Pour

cette option, un examen attentif de l'enfant est obligatoire le quatrième jour, afin de déterminer si son état s'améliore.

Ophthalmie du nouveau-né

On appelle ophthalmie du nouveau-né toute conjonctivite se présentant pendant les 28 premiers jours de vie. L'origine est le plus souvent infectieuse. Les causes bactériennes peuvent inclure : *Neisseria gonorrhoeae* ; *Chlamydia trachomatis*, *Staphylocoque doré*, *Streptococcus pneumoniae*. Plus rarement, les causes peuvent être virales, notamment le virus de l'herpès simplex. Si cela est dû à une réaction à des produits chimiques irritants, l'état est spontanément résolutif et ne dure pas plus de 24 à 36 heures. Toutes les infections doivent être traitées.

Dans la plupart des cas, il s'agit d'une maladie sans gravité. Une infection gonococcique constitue cependant une exception qui peut rapidement donner lieu à un dommage de la cornée et à des troubles de la vision permanents. Cela peut aussi causer des complications systémiques.

Diagnostic

- Les yeux sont rouges
- Écoulement
- Sensitivité à la lumière

La majorité des nouveau-nés présentant un écoulement visqueux ont une condition bénigne – le plus fréquemment du au blocage du/des canal/aux lacrymo-nasal/aux.

Les signes pouvant suggérer une infection gonococcique incluent :

- Rougeur conjonctivale ; surtout si la conjonctive bulbaire (sur la sclère) est touchée
- L'apparition est soudaine et sévère
- Les deux yeux sont touchés

Résumé

- Utiliser les précautions universelles pour prévenir les infections du nouveau-né.
- Les facteurs de risque sont une infection maternelle, une rupture prolongée des membranes, une petite taille pour l'âge, une asphyxie, une hypothermie.
- Connaître les signes de danger.
- Faire la différence entre une infection locale et une infection généralisée, puis traiter en fonction.
- Identifier les nouveau-nés à risque d'infections congénitales transmises.

Prise en charge

- Montrer à la mère comment laver les yeux à l'eau/au lait maternel et à appliquer une pommade.
- La mère doit laver ses mains avant et après cette opération.
- Dire à la mère de laver les yeux et d'y mettre de la pommade quatre fois par jour pendant 5 jours.
- Donner à la mère un tube de tétracycline ou de pommade pour les yeux au chloramphénicol pour traiter l'enfant.
- Consulter 48 heures après le début du traitement si l'état ne s'est pas amélioré.

Une conjonctivite sévère (beaucoup de pus/paupières gonflées) est souvent due à une infection gonococcique.

- Comme il y a un risque de cécité, une hospitalisation est nécessaire, ainsi que des examens deux fois par jour.
- Laver les yeux pour enlever le plus de pus possible.
- Donner de la ceftriaxone (50mg/kg jusqu'à une dose maximale de 150mg)

Yeux rouges et gonflés avec du pus

- Donner de la ceftriaxone (50mg/kg jusqu'à une dose maximale de 150mg) ou
- De la kanamycine (25mg/kg jusqu'à une dose maximale unique de 75mg par voie intramusculaire), selon les recommandations nationales.
- Utiliser comme indiqué ci-dessus : pommade pour les yeux à la tétracycline ou au chloramphénicol.
- Traiter la mère et son partenaire contre les infections sexuellement transmissibles : amoxicilline, spectinomycine ou ciprofloxacine pour la gonorrhée et tétracycline pour la chlamydia, selon les profils de résistance dans le pays.

Syphilis congénitale

Signes cliniques

- Souvent faible poids à la naissance
- Palmes et plantes : éruptions cutanées rouges, plaques grises, ampoules, peau qui pèle
- Renflements : Rhinite très infectieuse et obstruction nasale
- Abdomen dilaté dû à la grosseur du foie et de la rate.
- Ictère
- Anémie

Certains nourrissons ayant un très faible poids de naissance et une syphilis présentent des signes de sepsis avec une léthargie, une détresse respiratoire, des pétéchie et des saignements. Si vous suspectez un cas de syphilis, faites si possible un test VDRL.

Traitement

- Les nouveau-nés sans symptômes et dont les mères ont reçu un test VDRL/un test rapide de la réagine plasmatique positif doivent recevoir 37,5mg/kg (50,000 U/kg) de benzathine benzylpénicilline en une dose par voie intramusculaire.
- Les nourrissons présentant des symptômes doivent être traités avec :
 - Procaïne benzylpénicilline à 50mg/kg en dose unique par injection IM profonde tous les jours pendant 10 jours ou
 - Benzylpénicilline à 30mg/kg toutes les 12 heures en IV pendant les 7 premiers jours de vie, puis 30mg/kg toutes les 8 heures pour les 3 jours suivants

Traiter la mère et son partenaire pour la syphilis et les autres infections sexuellement transmissibles.

Ictère néonatal

Définition

Coloration jaune de la peau et des membranes.

Plus de 50% des nouveaux-nés nés à terme et 80% des prématurés ont un ictère. L'ictère peut être normal (physiologique) ou anormal (pathologique). L'ictère physiologique ne requiert aucun traitement. Continuer l'allaitement, même lorsque le nouveau-né somnole. Ceci est lié à l'accélération de la décomposition des globules rouges se produisant chez certains bébés, directement après la naissance. L'ictère pathologique nécessite un traitement des causes sous-jacentes par photothérapie ou par exsanguinotransfusion

Ictère physiologique

- Le nouveau-né à part l'ictère apparaît être généralement en bonne santé.
- Apparaît au 3ème jour après la naissance.
- Disparaît dans les 2 semaines.
- Courant chez le nouveau-né, en particulier chez les enfants prématurés.

Actions

- Former la mère/le responsable à reconnaître les signes de danger.
- Continuer l'allaitement jusqu'à ce que le nouveau-né se nourrisse bien.

Ictère pathologique

- L'ictère commence au premier jour de la naissance.
- L'ictère dure plus de 14 jours chez le nouveau-né à terme et 21 jours chez le nouveau-né prématuré.
- L'ictère s'accompagne de fièvre ou d'autres signes de la maladie.
- Ictère prolongé – les paumes et les plantes des pieds du nouveau-né sont jaune foncé.

Actions

- Rechercher la cause et traiter en conséquence.

Causes d'un ictère pathologique

Pathologique

- Infection bactérienne grave
- Incompatibilité du groupe sanguin (Rhésus et ABO)
- Syphilis congénitale
- Infection intra-utérine
- Maladie du foie – hépatite

Prise en charge

Le mode de prise en charge de l'ictère dépend du niveau de bilirubine. Les nouveau-nés nécessitant un traitement doivent être transférés vers un établissement adapté et traités avec de la photothérapie (Voir tableau 13.4)

Tableau 13.4 : Traitement selon le niveau de bilirubine

	Photothérapie			
	Bébé né à terme et en bonne santé		Né avant le terme ou présentant un facteur de risque	
Jour	mg/dl	mmol/l	mg/dl	mmol/l
1	Tout ictère visible		Tout ictère visible	
2	15	260	13	220
3	18	310	16	270
> 4	20	340	17	290

Hypoglycémie néonatale

Définition

On parle d'hypoglycémie néonatale quand le taux de glycémie est inférieur à 2,6mmol/l (45mg/dl), indépendamment de l'âge gestationnel et postnatal.

Diagnostic

Peut-être asymptomatique, en particulier chez les nouveau-nés prématurés. Les signes et symptômes incluent :

- Énervement/agitation
- Sueurs
- Convulsions
- Apnée
- Cyanose
- Hypotonie

Facteurs de risques associés à l'hypoglycémie

- Naissance prématurée (<37 semaines)
- Faible poids de naissance (<2,5kg à la naissance)
- Retard de croissance intra-utérin
- Bébé de mère diabétique
- Température instable
- Infection systémique

Prévention et prise en charge de l'hypoglycémie chez les bébés

- Promouvoir le contact peau à peau et un allaitement rapide, idéalement pendant la première heure.
- Se servir du contact peau à peau continu pour aider au contrôle thermique, au bien-être émotionnel et à l'allaitement (quand il s'agit de la méthode d'alimentation choisie).
- Aider les mères à reconnaître les signes d'appétit (comme le réflexe des points cardinaux, léchage des lèvres, mains se dirigeant vers la bouche, mouvement des bras et des jambes, roulement des yeux avant le réveil.)
- Encourager une alimentation fréquente, au moins toutes les 3 heures et plus fréquemment si le bébé montre des signes de faim
- À chaque tétée, aider les mères allaitantes à reconnaître les signes d'une bonne position pour la mise au sein et d'attachement, ainsi que les signes d'une tétée efficace.

- Aider les mères nourrissant leur enfant au lait maternisé à développer une bonne technique pour donner le biberon et à s'assurer qu'un volume approprié est donné, pour maintenir le taux de glycémie à un niveau correct. Au moins 3 biberons par heure sont nécessaires.

Prise en charge de l'hypoglycémie

Taux de glycémie inférieur à 1,1mmol/l (25mg/dl)

- Donner un bolus de 2ml/kg de poids corporel de 10% de glucose par IV, lentement et sur cinq minutes
- Si une intraveineuse ne peut être mise en place rapidement, donner 2ml/kg de poids corporel de 10% de glucose par tubage gastrique
- Perfuser 10% de glucose dans le volume alimentaire quotidien en fonction de l'âge du bébé
- Analyser le taux de glycémie 30 minutes après le bolus de glucose
 - Si le taux de glycémie est inférieur à 1,1mmol/L (25mg/dl), redonner un bolus de glucose (voir ci-dessus) et continuer l'infusion, puis analyser une nouvelle fois le taux de glycémie après 30 minutes
 - Si le taux de glycémie est compris entre 1,1mmol/L (25mg/dl) et 2,6mmol/L (45mg/dl), continuer la perfusion et refaire le test du taux de glycémie toutes les trois heures, jusqu'à ce qu'il soit égal ou supérieur à 2,6mmol/L (45mg/dl) sur deux tests consécutifs.
 - Permettre au bébé d'être allaité. Au fur et à mesure que les capacités du bébé à se nourrir s'améliorent, diminuer lentement (sur une période de trois jours) le volume de glucose en IV, tout en augmentant le volume des tétées. Ne pas cesser brusquement la perfusion de glucose.

Taux de glycémie entre 1,1-2,6mmol/l (25-45mg/dl)

- Si le taux de glycémie est compris entre 1,1mmol/L (25mg/dl) et 2,6mmol/L (45mg/dl), permettre au bébé d'être allaité et refaire le test du taux de glycémie toutes les trois heures, jusqu'à ce qu'il soit égal ou supérieur à 2,6mmol/L (45mg/dl) sur deux tests consécutifs.
- Une fois que le taux de glycémie est égal ou supérieur à 2,6mmol/L (45mg/dl) sur deux tests consécutifs :
 - Si le bébé ne peut être mis au sein, lui donner du lait maternel pompé en utilisant une méthode d'alimentation alternative

Fréquence des analyses du taux de glycémie après qu'il soit revenu à la normale

- Si le bébé reçoit des liquides par voie intraveineuse pour quelque raison que ce soit, continuer à tester le taux de glycémie toutes les 12 heures et ce, tant qu'il continue à recevoir des liquides par intraveineuse. Si le taux de glycémie est inférieur à 2,6mmol/L (45mg/dl), continuer le traitement comme décrit ci-dessus.
- Si le bébé ne reçoit plus de liquide par intraveineuse, analyser le taux de glycémie toutes les 12 heures pendant 24 heures (2 tests supplémentaires) :
 - Si le taux de glycémie reste normal, arrêter les tests.

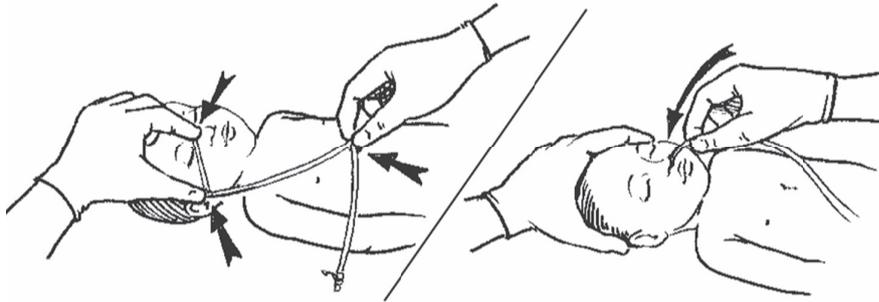
Alimentation par sonde naso-gastrique et perfusion intraveineuse

Si un nouveau-né ne peut se nourrir oralement, lui donner par sonde nasogastrique du lait maternel extrait par expression des seins.

Insertion d'une sonde naso-gastrique (sonde NG)

- Tenir l'extrémité de la sonde contre le nez du bébé.
- Mesurer la distance entre le nez et le lobe de l'oreille, puis jusqu'à l'épigastre. Marquer la sonde à cet endroit
- Tenir le bébé fermement
- Lubrifier l'extrémité avec de l'eau. Passer l'extrémité de la sonde directement dans une narine en poussant lentement.
- La sonde doit passer facilement vers le bas dans l'estomac, sans résistance.
- Quand la distance mesurée est atteinte, fixer la sonde au nez avec un sparadrap.

Schéma 13.1 Insertion d'une sonde NG



Aspirer une petite quantité du contenu de l'estomac pour confirmer que la sonde est bien en place (vérifier que le papier tournesol bleu devient rose). Si aucun contenu n'est aspiré, injecter de l'air dans la sonde et écouter l'abdomen avec un stéthoscope. S'il y a un doute avec l'emplacement de la sonde, la retirer et recommencer. Quand la sonde est en place, attacher une seringue (sans piston) de 20ml à son extrémité. Verser de la nourriture ou du liquide dans la seringue, pour le faire couler grâce à la gravité

Des liquides intraveineux doivent être donnés au nouveau-né dans les cas sévères suivants :

- S'il y a une obstruction intestinale, une entérocolite nécrosante ou si l'alimentation n'est pas tolérée, ce qui est indiqué par exemple par une augmentation de la distension abdominale ou par des vomissements après chaque repas.
- Chez les enfants léthargiques, inconscients ou ayant des convulsions fréquentes.

Si des liquides intraveineux sont donnés

- Réduire leur fréquence au fur et à mesure que le volume de lait ingéré par voie orale ou gastrique augmente. Les liquides intraveineux doivent idéalement être donnés avec un dispositif gradué intégré, pour s'assurer de l'exacte quantité des liquides prescrits.
- Il est primordial que ces nourrissons soient orientés pour des analyses et un traitement spécialisé. Pour les premières 24h, les flacons 10% de dextrose doivent être utilisés.
- Après cette période, le nouveau-né aura besoin de liquides intraveineux spécialement préparés pour lui.

Tableau 13.5 : Administration de fluides intraveineux à un nouveau-né

Jour	ml/kg/jour
1	60
2	80
3	100
Puis augmenter lentement jusqu'à 150ml/kg par jour	

Malformations congénitales

Définition

Ce sont les anomalies avec lesquelles le bébé est né. Elles varient et peuvent être majeures ou mineures

Diagnostic

Tous les bébés doivent être examinés rapidement après la naissance, afin de détecter les principales anomalies congénitales (Chapitre 10)

Dans tous les cas d'anomalies congénitales :

- Conseiller les parents en tout état de cause.
- Conseiller dès que possible les deux parents en même temps.
- Faire en sorte que le professionnel le plus qualifié s'adresse aux parents.
- S'assurer que l'ensemble du personnel fasse preuve d'honnêteté, de délicatesse et d'empathie.
- Les parents doivent être mis au courant de tout défaut évident et de ses implications.
- La prise en charge immédiate et future doit être discutée.
- Une relation doit être mise en place avec les groupes de soutien de la communauté.

Situations pouvant mettre la vie en danger

Elles incluent :

- Obstruction gastro-intestinale, par exemple fistule œso-trachéale, obstruction du tractus gastro-intestinal supérieur, anus non perforé.
- Anomalies cardiaques graves.

Prévention

- Éviter les médicaments ou les radiographies non nécessaires durant la grossesse.
- Pour prévenir la spina bifida, encourager la prise de 400µg de folate quotidiennement avant la grossesse, et un régime équilibré sur le long terme.

Atrésie de l'œsophage et fistule œso-trachéale

Cela se présente quand il y a une atrésie de l'œsophage, combinée à une connexion entre l'œsophage et la trachée. Cela peut mettre la vie en danger.

Signes

- Quantités importantes de mucus par la bouche.
- Le bébé devient bleu quand on essaie de le nourrir.

Dès que cela a été identifié

- Ne plus essayer de nourrir le bébé et commencer les liquides intraveineux.
- Essayer de passer une sonde naso-gastrique et
- Orienter vers un hôpital tertiaire ou un centre spécialisé pour la suite de la prise en charge

Anus non perforé

- Cela se présente quand il n'y a pas d'orifice anal
- Cela peut être diagnostiqué lors d'un examen et de l'échec lors de l'insertion du thermomètre

Prise en charge

- Prendre une voie intraveineuse et donner uniquement des liquides intraveineux à un volume de maintenance en rapport avec l'âge du bébé
- S'assurer que le bébé ne reçoive rien par voie orale
- Insérer une sonde naso-gastrique et référer.
- Orienter urgemment le bébé vers un établissement approprié pour une opération chirurgicale.

Omphalocèle

Cela se présente quand la paroi abdominale n'est pas entièrement fermée et qu'il y a une ouverture. Une fine couche recouvre l'intestin

Prise en charge

Si la malformation n'est pas recouverte par de la peau :

- Le bébé peut être nourri au lait maternel
- Couvrir avec une gaze chaude et stérile imbibée de sérum physiologique pour prévenir la perte de fluides et de chaleur, et assurer un degré de protection.
- S'assurer que la gaze est humide en permanence et que le bébé reste au chaud.
- Orienter vers un hôpital tertiaire ou un centre spécialisé pour une opération chirurgicale

Gastroschisis

Cela se présente quand la paroi abdominale n'est pas entièrement fermée et qu'il y a une ouverture. Dans le cas d'un gastroschisis, l'intestin peut être découvert.

- Prendre une voie intraveineuse et donner uniquement des liquides intraveineux à un volume de maintenance en rapport avec l'âge du bébé
- Démarrer le traitement antibiotique
- Insérer un tube naso-gastrique et assurer une évacuation sans encombre.
- Orienter vers un hôpital tertiaire ou un centre spécialisé pour une opération chirurgicale

Spina bifida

Cela se présente quand il y a un défaut au niveau de la colonne vertébrale.

Prise en charge

- Si la malformation n'est pas recouverte par de la peau :
 - Couvrir avec une gaze chaude et stérile imbibée de sérum physiologique.
 - S'assurer que la gaze est humide en permanence et que le bébé reste au chaud.
 - S'il y a rupture, donner de la benzylpénicilline 50,000units/kg toutes les 12 heures et de la gentamicine 5mg/kg tous les jours pendant 5 jours.
- Orienter vers un hôpital tertiaire ou un centre spécialisé pour une évaluation ou une opération chirurgicale.

Fente labiale et palatine

Il y a une malformation de la lèvre supérieure, pouvant être accompagnée d'une malformation du palais

Prise en charge

- Il faut dire à la mère qu'il est important de nourrir le bébé afin de s'assurer qu'il grandisse bien avant qu'une opération chirurgicale ne soit possible.
- Montrer à la mère comment allaiter.
 - Noter que les bébés ayant une fente mineure peuvent être allaités au sein.
 - Cependant, ceux qui ont une fente bilatérale doivent être nourris à la cuillère
- S'assurer d'éviter l'aspiration
- Orienter vers un hôpital tertiaire ou un centre spécialisé pour une opération chirurgicale

Pied bot varus équin

Il s'agit d'une déformation du pied, où la cheville est tournée vers le bas et le pied vers l'intérieur. Elle est connue sous le nom de « pied-bot »

Prise en charge

- Orienter le bébé car il/elle aura besoin de plâtres pour corriger la croissance du pied. Des visites de contrôle régulières seront nécessaires.

Hydrocéphalie

Cela se présente quand la largeur anormale du crâne est causée par un blocage de la circulation du liquide cérébro-spinal (LCS) dans le système ventriculaire. Cela est diagnostiqué par échographie pendant la grossesse ou lors de l'examen du nouveau-né après la naissance

Diagnostic

Les nouveau-nés nés avec une hydrocéphalie (congénitale) ont souvent des signes physiques distinctifs.

Cela peut inclure :

- Une tête anormalement grosse (>37cm)
- Un cuir chevelu fin et brillant, sur lequel les veines sont très visibles.
- Une fontanelle bombée ou tendue (la zone molle sur le dessus de la tête du bébé)
- Des yeux tournés vers le bas

Prise en charge

- Faire un suivi de la circonférence de la tête
- Orienter vers un hôpital tertiaire ou un centre spécialisé pour une évacuation chirurgicale du liquide céphalo-rachidien.

Trisomie 21

La trisomie 21 est causée par une anomalie aléatoire au moment de la division des cellules, ayant pour résultat de créer une copie supplémentaire du chromosome 21. La plupart du temps, l'erreur se produit de façon aléatoire lors de la formation de l'ovule ou du spermatozoïde. Aucun comportement des parents ou facteur environnemental n'a été reconnu comme pouvant causer la trisomie 21.

Diagnostic

Les nouveau-nés présentant une trisomie 21 ont souvent des signes physiques distinctifs.

- Mollesse (hypotonie)
- Yeux bridés vers le haut et l'extérieur
- Une petite bouche et une langue pouvant dépasser
- L'arrière de la tête plat
- Poids et taille en dessous de la moyenne, à la naissance
- Les paumes des mains n'ont parfois qu'un pli

Prise en charge

- Les nouveau-nés avec une trisomie 21 peuvent avoir besoin d'une assistance supplémentaire pour l'allaitement, en raison du faible tonus musculaire et de la protubérance de la langue.
- Les enfants présentant une trisomie 21 ont un certain degré de handicap mental et un retard de développement mais cela varie beaucoup d'un enfant à l'autre. Les enfants avec une trisomie 21 peuvent prendre plus de temps pour acquérir des compétences comme s'asseoir, se lever, marcher et parler. Ils finiront par acquérir ces compétences, cela prendra juste plus de temps.

Naissance avant le terme et faible poids de naissance

Un faible poids à la naissance est défini comme un poids compris entre 1,5 et 2,5kg. Les bébés <2,5kg peuvent généralement être pris en charge à domicile en toute sécurité, avec quelques précautions et un soutien supplémentaires.

Très faible poids de naissance

Les nouveau-nés avec un poids <1,5kg à la naissance. La tétée, la déglutition et la respiration ne sont pas bien coordonnées, donc ces bébés demandent une attention particulière afin de les nourrir comme il faut et en toute sécurité. Les bébés ayant un très faible poids à la naissance ont également une grande difficulté à maintenir leur température corporelle et sont ainsi exposés à un risque accru d'hypothermie. Ces nouveau-nés doivent être pris en charge dans une unité de soins intensifs pour nouveau-nés et doivent donc être transférés immédiatement vers un établissement possédant une unité de soins intensifs pour nouveau-nés ayant un très faible poids de naissance.

Caractéristiques des bébés nés avant le terme et ayant un faible poids de naissance

- Le système nerveux n'est pas encore très développé.
- Moins de tissu adipeux sous la peau (en particulier le tissu adipeux brun) qui est très important pour générer de la chaleur et qui se trouve principalement sur les épaules, le dos, et les reins, le cou et les aisselles.
- Reste allongé très calmement donc ne peut générer de la chaleur en bougeant.
- Ratio élevé de surface en rapport au poids, comparé à celui de l'enfant ou de l'adulte, donc perte de chaleur rapide via l'épiderme.
- Poumons immatures, problèmes respiratoires.
- Immunité basse donc extrêmement vulnérable aux infections.
- Faible et incapable de bien se nourrir

Les bébés ayant un faible poids à la naissance ont plus de risques de :

- Problèmes respiratoires
- Hypothermie
- Sepsis
- Difficultés à se nourrir/hypoglycémie
- Ictère
- Saignements

Tableau 13.6. Classification des nouveau-nés en rapport à leur poids de naissance et à leur âge gestationnel

Poids de naissance et âge gestationnel	Classification	Prise en charge
Poids <1,5kg	Très faible poids de naissance	Transférer d'urgence vers un hôpital, s'assurer de garder le nouveau-né au chaud pendant le trajet
Âge gestationnel <32 semaines	Grand prématuré	Garder le nouveau-né au chaud et le transférer urgemment vers un hôpital
Poids 1,5-2,5kg	Faible poids de naissance	S'il n'y a pas d'autre problème : apporter des conseils en matière d'allaitement optimal, de prévention des infections et de comment maintenir le bébé au chaud
Âge gestationnel 32-36 semaines	Prématuré	Comme indiqué ci-dessus pour les nouveau-nés avec un faible poids à la naissance
Poids supérieur à 2,5kg et âge gestationnel ≥37 semaines	Poids normal et naissance à terme	Comme ci-dessus pour les bébés à faible poids de naissance et prématurés

Hypothermie

Définition

La température axillaire normale est de 36,5-37°C. En hypothermie, la température est inférieure à 36,5 degrés.

- Stress au froid 36.0°C à 36.4°C
- Hypothermie modérée 32,0°C à 35,9°C
- Hypothermie sévère <32°C

Tous les nouveaux nés et particulièrement les bébés nés prématurément ont de grandes difficultés à maintenir leur température corporelle. Ils perdront très rapidement de la chaleur. L'hypothermie peut mettre la vie en danger.

Mesurer la température

- La température axillaire est tout aussi fiable que la température rectale et probablement moins dangereuse (moins de risque de blessure ou d'infection)
- Température axillaire : Placer l'embout du thermomètre contre le fond de l'aisselle sèche de toute humidité. Maintenir le bras du bébé contre son corps pour garder le thermomètre en place. La température doit être lue après 3 minutes.
- Température rectale : Ne pas utiliser cette méthode pour un contrôle de routine. Cependant, il s'agit de la meilleure façon de mesurer la température interne pour les nourrissons malades et froids (hypothermiques). On la mesure en insérant l'embout lubrifié du thermomètre vers l'arrière et vers le bas à une profondeur de 3cm chez un bébé à terme (2cm chez un bébé né avant le terme). Maintenir le thermomètre en place pendant 2 minutes.

Principaux facteurs conduisant à une hypothermie

L'hypothermie peut être causée par des facteurs environnementaux, un sepsis, une hémorragie crânienne ou une combinaison de ces 3 causes. Les facteurs de risques pour une hypothermie incluent :

- Hypertension maternelle
- Accouchement par césarienne
- Faible poids de naissance
- Scores d'Apgar faibles

Prévention de l'hypothermie

- L'hypothermie peut être évitée en séchant le nouveau-né et en le plaçant en contact peau à peau avec sa mère, directement après la naissance.
- Recouvrir la mère et le nouveau-né avec une couverture afin d'éviter les déperditions thermiques par évaporation, par effet radiatif et par convection. La tête du bébé doit être couverte car 90% de la perte de chaleur se fait par la tête si cette dernière est découverte.
- Les nouveau-nés prématurés et de très faible poids de naissance peuvent aussi être enveloppés d'une couverture en polyéthylène au moment de la naissance.
- Un nouveau-né dénudé pour une réanimation ou examen devrait être placé sous une rampe chauffante pour éviter les pertes de chaleur.
- Les nouveau-nés malades doivent être maintenus dans un environnement thermiquement neutre pour minimiser le taux métabolique.
- Reporter le bain d'au moins 24 heures après la naissance et utiliser de l'eau chaude.

Méthode « mère kangourou » (MMK)

Définition

La méthode « mère kangourou » a été prouvée extrêmement efficace pour soigner les bébés malades, prématurés ou de faible poids de naissance. Elle consiste à maintenir le nouveau-né nuit et jour en contact peau à peau sur la poitrine de la mère (ou le père ou d'une autre personne responsable, si la mère ne peut pas le faire en permanence).

Les études ont montré que l'utilisation de la méthode mère kangourou dans les cas de nouveau-nés prématurés ou de faible poids de naissance apporte les résultats suivants : une plus grande stabilité de fréquence cardiaque et de fréquence respiratoire, de plus faibles taux d'infection et une meilleure prise de poids. Chez la mère, cette méthode permet d'augmenter la production de lait et augmente les chances de succès d'un allaitement maternel exclusif.

Avantages

- La méthode « mère kangourou » augmente le taux d'allaitement maternel et la durée de l'allaitement.
- Contrôle thermique : Le contact prolongé peau à peau entre la mère et son nouveau-né de faible poids à la naissance permet un contrôle de température efficace avec une réduction du risque d'hypothermie.
- Prise de poids initiale : Les tout-petits nouveau-nés prennent plus de poids quand la méthode « mère kangourou » est utilisée, qu'à l'inverse.
- Une morbidité moindre : Les nouveau-nés bénéficiant de la méthode « mère kangourou » ont une respiration plus régulière et sont moins susceptibles de s'arrêter de respirer. Les risques d'infections sont aussi réduits.
- Les besoins en oxygène sont réduits.

Le professionnel de santé doit expliquer la méthode « mère kangourou » à la mère et effectuer les étapes de préparation suivantes :

Préparation pour la méthode « mère kangourou »

- S'assurer qu'il fait chaud dans la pièce.
- Demander à la mère de s'asseoir ou de s'installer confortablement.
- Déshabiller délicatement le bébé, à l'exception de son bonnet, de sa couche et des chaussettes.
- Placer le bébé allongé face à la poitrine de sa mère, en contact peau à peau et dans une position droite et étendue entre les seins.
- Tourner la tête du bébé sur le côté pour s'assurer que les voies respiratoires sont libres.
- Couvrir le bébé avec l'étole ou la blouse de la mère ; puis envelopper le bébé et sa mère ensemble dans une couverture supplémentaire et mettre un bonnet sur la tête du bébé.
- Allaiter le bébé fréquemment, au moins 8 à 12 fois par jour.
- Garder le nouveau-né dans cette position pendant 24 heures, toute la journée, à l'exception de brèves pauses.

La mère doit savoir que le nouveau-né devrait bénéficier de la méthode mère kangourou en continu, à l'exception des moments durant lesquels les soins d'hygiène et du cordon sont dispensés, ou pour des examens postnatals.

Lors de chaque examen postnatal :

- Mesurer la fréquence respiratoire du bébé et s'assurer qu'il n'y a pas de respiration rapide (>60 respirations/minute)
- Vérifier que le bébé est allaité de manière optimale.
- Mesurer la température du nourrisson sous l'aisselle et s'assurer qu'elle est normale, >36°C.

La méthode « mère kangourou » doit rester en place le plus longtemps possible ou jusqu'à ce que l'âge gestationnel atteigne le terme (40 semaines), ou que le poids du nouveau-né atteigne 2,5kg. Si le poids du nourrisson est >1,8kg, que sa température est stable, qu'il n'a pas de problème respiratoire et qu'il se nourrit bien, on peut arrêter la méthode kangourou en toute sécurité avant les 40 semaines.

Chapitre 14 : Santé psychosociale pendant et après la grossesse

Dans ce chapitre, vous trouverez des informations concernant :

- Dépistage de santé mentale : émotions et sentiments fluctuants, inquiétudes, peurs et difficultés
- Prise en charge initiale de la dépression, de tendances suicidaires et de psychoses
- Dépistage et assistance portée aux femmes qui signalent de la violence domestique
- Assistance aux femmes ayant vécu un événement difficile pendant ou après la grossesse

Introduction

Ce chapitre explique comment détecter et traiter les troubles mentaux chez les femmes pendant et après la grossesse. Une mauvaise santé psychologique pendant et après la grossesse peut avoir de sérieuses conséquences psychologiques sur la santé et le bien-être de la mère et de son bébé, ainsi que sur son partenaire et le reste de la famille.

Les femmes ayant une mauvaise santé mentale peuvent se sentir stigmatisées et peuvent avoir moins de chances de se confier à un professionnel de santé. Les nouveau-nés dépendent de leur mère pour l'allaitement, les soins corporels, le confort et l'interaction sociale. Le développement du nouveau-né est compromis si la mère n'est pas sensible ou réactive à ses besoins et signaux.

Dans les pays à faible et moyen revenu, la dépression maternelle est associée avec des taux plus élevés d'échecs d'allaitement maternel, de malnutrition néonatale/infantile, de retards de croissance, de maladies diarrhéiques, de maladies infectieuses, d'admissions à l'hôpital, de faibles poids de naissance et de faibles taux de respect du calendrier de vaccins chez les enfants en bas âge.

Le traitement et les soins d'un mal-être psychologique doivent prendre en compte les besoins et préférences individuelles de la femme. Les femmes ayant un mal-être psychologique pendant et après la grossesse doivent avoir l'opportunité de prendre des décisions éclairées concernant le traitement et les soins qui leur sont proposés, en partenariat avec les professionnels de santé. Une bonne communication entre les professionnels de santé et les femmes, leurs maris/partenaires et leurs familles est primordiale. Le traitement, les soins et les informations que les femmes reçoivent concernant la santé mentale doivent être culturellement appropriés.

Dépistage d'un mal-être psychologique

Un nombre significatif de femmes souffre de troubles psychiques comme l'anxiété ou la dépression pendant la grossesse. Jusqu'à 20% des femmes enceintes souffrent gravement du stress, de l'anxiété ou de la dépression. La majorité des femmes souffrant de dépression postnatale souffraient également de dépression anténatale. De même, l'anxiété postnatale est souvent précédée d'une anxiété prénatale.

Un dépistage est possible afin d'identifier les femmes à risque de dépression. Le professionnel de santé peut poser une série de questions afin de détecter si la femme a un mal-être psychologique. Les femmes seront ensuite orientées vers un professionnel spécialisé qui pourra évaluer leur cas.

Il est important que le professionnel de santé comprenne que les femmes ayant des problèmes de santé mentale peuvent :

- ne pas vouloir s'ouvrir ou parler de leurs problèmes par peur des stigmates ou des perceptions négatives qu'on pourrait avoir d'elles en tant que mères.
- ne pas vouloir engager le dialogue avec un professionnel de santé

Questionnaire de Whooley pour dépister la dépression

Le questionnaire de Whooley propose un moyen relativement rapide et efficace de dépistage, pour les professionnels de santé non spécialisés en santé mentale. Le questionnaire de Whooley est un outil de dépistage conçu pour essayer d'identifier les deux symptômes pouvant être présents dans la dépression (Annexe 4).

Les professionnels de santé peuvent poser :

- Deux questions lors de la première rencontre de la patiente avec les services de maternité.
- Deux questions supplémentaires pendant la grossesse, à la première rencontre postnatale
- Six semaines après la naissance

1. Au cours du dernier mois, vous êtes-vous souvent sentie abattue, déprimée ou désespérée ?
2. Au cours du dernier mois, avez-vous souvent ressenti un manque d'intérêt ou de plaisir à l'idée de faire des choses ?

Une troisième question devrait être envisagée si la femme répond « oui » à l'une de ces deux questions,

3. Est-ce que vous pensez que vous avez besoin d'aide ?

Une réponse positive à l'une de ces deux questions signifie qu'une évaluation plus profonde est nécessaire. Si la femme répond non aux deux questions, cela signifie qu'elle n'est pas dépressive. Le questionnaire de Whooley ne peut pas être utilisé pour diagnostiquer ou mesurer la sévérité de la dépression. Après l'identification de possibles troubles mentaux chez une femme durant la grossesse ou pendant la période postnatale, une évaluation plus poussée devrait être envisagée et en collaboration avec des collègues, si nécessaire. Les femmes doivent être invitées à consulter à tout moment si elles ressentent le besoin de se faire aider par rapport à leur santé mentale.

Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (EDPS)

L'échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (Annexe 5) est un questionnaire originellement développé pour aider à identifier de possibles symptômes de dépression durant la période postnatale. Elle est aussi assez spécifiquement adaptée pour l'identification de symptômes de dépression durant la période anténatale, et utile pour identifier les symptômes d'anxiété. L'EDPS n'est pas un outil de diagnostic, mais plutôt un outil de dépistage qui vise à identifier les femmes qui pourraient bénéficier d'un suivi, comme par exemple d'une évaluation des troubles mentaux pouvant mener à un diagnostic fondé sur des critères de diagnostic acceptés.

L'EPDS comprend 10 questions. Les femmes doivent répondre aux 10 questions en prenant en compte leurs sept derniers jours. Le score est calculé en additionnant les réponses aux différentes questions, tel qu'expliqué ci-dessous (remarque : certaines questions ont un score inversé). Remplir l'EPDS au moins une fois et de préférence deux fois pendant la période anténatale comme pendant la période postnatale (idéalement 6 à 12 semaines après la naissance).

Un score total de 13 ou plus signifie qu'il y a une nécessité d'assurer un suivi pour évaluer l'existence d'éventuels symptômes de dépression. Les résultats peuvent être influencés par différents facteurs, incluant la compréhension de la langue utilisée par les patientes, leur peur des conséquences si une dépression est identifiée et les différences en matière de réserve émotionnelle et de perception du degré de stigmatisation associé à la dépression.

Si la femme évoque des pensées suicidaires ou d'automutilation :

- Évaluer si elle est entourée d'un bon réseau de soutien et si elle est au courant des différentes ressources d'aide
- Organiser une assistance en rapport avec le niveau de risque
- Informer tous les professionnels de santé concernés
- Conseiller à la femme, son mari/partenaire et sa famille de chercher de l'aide si la situation se détériore

Transition vers la parentalité

La naissance d'un nouveau bébé peut quelquefois créer des tensions au sein des relations. Devenir parent est une transition qui peut être difficile, pouvant souvent entraîner la perte de contrôle et une perturbation au sein des relations.

Les professionnels de santé peuvent :

- Reconnaître que certaines femmes peuvent avoir des difficultés dans leur relation mère-enfant
- Évaluer la nature de cette relation en prenant en compte l'interaction verbale, la sensibilité émotionnelle et les soins corporels pendant les visites postnatales.
- Offrir de l'aide, des conseils et un soutien à la demande

Dépression postnatale

La période suivant une naissance est propice au développement de sérieux troubles de l'humeur et de dépression, cela inclut :

- La déprime postnatale
- Dépression postnatale
- La psychose puerpérale

Chacun de ces troubles se présente différemment. Les méthodes de prise en charge sont décrites ci-dessous.

Tableau 14.1 : Troubles affectifs postpartum : Synthèse du début, de la durée et du traitement

Trouble	Prévalence	Début	Durée	Traitement
Déprime « Baby blues »	30-75%	de plusieurs heures à plusieurs jours	3 ou 4 jours	Pas de traitement nécessaire autre que du réconfort
Dépression Postpartum	10 – 15%	Semaines – mois	12 mois	Traitement généralement nécessaire sous 2 semaines
Psychose puerpérale	0.1 – 0.2%	Se déclare soudainement, plusieurs jours ou semaines après la naissance.		Hospitalisation généralement nécessaire

La déprime postnatale

De nombreuses femmes traversent une période de dépression légère suite à la naissance d'un bébé. Il faut différencier le « baby blues » (déprime) qui survient généralement au cours de la première semaine et peut durer jusqu'à deux semaines après la naissance, et la dépression postnatale qui est beaucoup plus grave et dure généralement plus longtemps.

Symptômes

- Pleure facilement
- Se sent fatiguée, agitée ou irritable tout le temps
- Manque de motivation
- Souffre d'un sommeil perturbé
- Baisse ou augmentation de l'appétit
- Absence de désir sexuel

Prise en charge

Les dépressives postnatales sont limitées dans le temps et légères. Elles ne requièrent aucun autre traitement que du réconfort. Les symptômes disparaissent généralement en quelques jours.

Dépression postpartum (ou postnatale)

La dépression peut être de légère à sévère et peut toucher les femmes de différentes façons. Beaucoup de femmes peuvent ne pas réaliser qu'elles ont une dépression postnatale car cette dernière peut se développer graduellement. La dépression postnatale peut commencer à n'importe quel moment dans l'année suivant la naissance.

Symptômes

- Un sentiment permanent de tristesse et de mauvaise humeur
- Une perte d'intérêt générale, plus aucun plaisir dans les choses qui en apportaient avant
- Absence d'énergie et sentiment de fatigue permanente
- Trouble du sommeil la nuit et envie de dormir la journée
- Difficulté à créer un lien avec le bébé
- Évite le contact avec d'autres personnes
- Difficultés à se concentrer et à prendre des décisions
- Manque de confiance en soi
- Faible appétit ou augmentation de l'appétit (réconfort par la nourriture)
- Sentiment d'agitation ou au contraire très apathique

- Sentiments de culpabilité ou tendance à se blâmer
- Pensées suicidaires ou d'automutilation

Prise en charge

La dépression postnatale peut être traitée : il s'agit d'une maladie temporaire pour laquelle une guérison est possible. Le traitement dépendra probablement de la sévérité de la dépression.

La dépression postnatale peut être perturbante et effrayante pour la femme, pour son partenaire et pour sa famille mais une assistance et des traitements efficaces sont disponibles.

Elles incluent :

- Développement personnel : la femme peut parler à ses amis et à sa famille de ses sentiments et de ce qu'ils peuvent faire pour l'aider ; elle peut prendre du temps pour elle, se reposer, dormir autant que possible, avoir une activité physique régulière et manger équilibré.
- Thérapie psychologique : s'orienter vers un spécialiste pour un cours de soutien ou une thérapie comportementale et cognitive.
- Antidépresseurs : Des antidépresseurs sont disponibles et peuvent être utilisés en toute sécurité pendant l'allaitement.

Assistance

- Les femmes qui souffrent de dépression ont besoin d'un soutien émotionnel.
- Le professionnel de santé peut leur assurer qu'il s'agit normalement d'un état temporaire dû aux changements physiques et hormonaux qui se produisent dans leur corps.
- Parfois, cela aide que les femmes sachent qu'il est normal de se sentir déprimée après la naissance d'un bébé et que beaucoup de femmes éprouvent ces sentiments.
- Le professionnel de santé peut discuter de la situation avec les proches de la patiente et leur expliquer qu'elle a besoin d'être soutenue pendant cette période.
- Vérifier que la mère et son nouveau-né reçoivent l'assistance dont ils ont besoin.

Psychose puerpérale

La psychose puerpérale touche entre 1 et 2 femmes sur 1000 après la naissance. La psychose puerpérale peut se présenter chez des femmes n'ayant aucun antécédent psychiatrique.

Facteurs de risque:

- Antécédant de Psychose puerpérale
- Antécédant familiaux de trouble bipolaire
- Antécédant de trouble psychotique

Définition

Psychose puerpérale : Une psychose souvent accompagnée de symptômes maniaques et/ou dépressifs durant la période suivant directement la naissance, qui peut devenir très sévère. L'apparition est soudaine Les symptômes apparaissent généralement dans les première 48 à 72 heures (2 à 3 jours) après la naissance et la majorité des cas se déclare dans les deux semaines suivant la naissance. La psychose puerpérale diffère de la dépression postpartum dans son étiologie, sa sévérité, ses symptômes, son traitement et ses résultats. La psychose puerpérale est la forme la plus sévère de dépression postnatale.

[!] La psychose puerpérale est une urgence psychiatrique. La femme doit recevoir une assistance au plus vite.

Symptômes

- Humeur déprimée ou joyeuse (pouvant fluctuer rapidement)
- Comportement désorganisé
- Confusion
- Humeur élevée (manie)
- Délusions, hallucinations, croyances en des fantômes ou en des illusions
- Hallucinations – visuelles ou auditives

La guérison d'une psychose puerpérale peut prendre 6-12 mois ou plus. Les symptômes les plus sévères ont tendance à durer de 2 à 12 semaines. Cependant, avec une bonne prise en charge, une large majorité des femmes sera guérie.

Prise en charge

La plupart des femmes souffrant d'une psychose puerpérale aura besoin d'un traitement médicamenteux. Il comprendra généralement un antipsychotique et/ou un stabilisateur d'humeur. Les femmes nécessitant une hospitalisation pour une dépression ou une psychose puerpérale devront être hospitalisées dans un établissement pouvant offrir des soins psychologiques ou psychiatriques spécialisés. Encourager les femmes souffrant de graves troubles psychologiques à allaiter, à moins qu'elles ne prennent un traitement non compatible avec l'allaitement.

Violence domestique

Définition

Tout incident isolé ou récurrent de comportement contrôlant, coercitif ou menaçant, de violence ou d'abus entre des personnes âgées de 16 ans et plus, et qui sont ou ont été partenaires intimes ou membres de la même famille.

Ces abus peuvent être, sans s'y limiter :

- Psychologiques
- Physiques
- Sexuels
- Financiers
- Émotionnels

Une femme victime de violence domestique peut avoir des difficultés à accéder aux services de soins anténatals et postnatals. Le coupable d'abus peut essayer de l'empêcher de se rendre aux rendez-vous. La femme peut avoir peur que le fait de dévoiler les abus qu'elle subit n'empire sa situation.

Violence domestique durant la grossesse

En raison des traumatismes directs que cause la violence sur le corps de la femme enceinte et des effets physiologiques du stress de la violence actuelle ou passée sur la croissance et sur le

développement fœtal, il a été prouvé que la violence domestique est associée à des conséquences négatives, fatales ou non, sur la femme enceinte et son bébé.

Les blessures causées sur la femme enceinte peuvent inclure :

- Fractures, coupures, brûlures, hématomes, dents cassées et maux de tête persistants.
- La violence domestique pendant la grossesse peut fréquemment être concentrée sur la région de l'abdomen.
- Les femmes enceintes battues ont aussi rapporté que leurs partenaires visaient d'autres parties du corps comme le postérieur, les seins, les parties génitales, la tête, le cou et les extrémités

Risques pour la mère et son fœtus

La violence domestique pendant la grossesse peut causer un certain nombre de conséquences négatives incluant :

- Retard de croissance intra-utérine
- Naissance avant le terme
- Risque augmenté de fausse couche et d'avortement
- Hémorragie antepartum, décollement placentaire
- Décès périnatal, décès intra-utérin

Dépister les violences conjugales

Le dépistage de la violence domestique doit être fait plusieurs fois tout au long de la grossesse, car la plupart des femmes n'évoquent pas ce sujet la première fois qu'on les questionne et aussi parce que la violence peut commencer plus tard pendant la grossesse. Le dépistage des violences domestiques doit avoir lieu à chaque visite anténatale pendant la grossesse, et à chaque visite postnatale.

L'outil de dépistage de la violence domestique HITS a spécifiquement été développé comme une méthode rapide et efficace pour dépister les individus victimes de violence domestique (Annexe 6). Le HITS est un outil de dépistage et une échelle ; HITS signifie « Hurt, Insult, Threaten and Scream » (Frapper – Insulter – Menacer – Crier). L'outil comprend quatre questions que les professionnels de santé peuvent utiliser pour évaluer le risque de violence conjugale. La femme peut remplir le questionnaire seule, ou le professionnel de santé peut lui poser les questions.

Prise en charge

Les femmes subissant des violences domestiques peuvent être aidées ainsi :

- Faire en sorte que la femme sache que l'information qu'elle partage sera conservée dans un dossier confidentiel et ne sera pas inscrite dans son dossier personnel
- Fournir les informations et l'assistance adaptés aux besoins spécifiques de la femme
- Fournir une série de rendez-vous plus flexibles, au besoin

Informations et assistance pour les femmes

- Offrir à la femme des informations concernant les autres établissements de santé, y compris les organisations non gouvernementales et les associations qui assistent les femmes victimes de violence domestique.

Consultation après incidents indésirables graves

Un incident indésirable grave est un incident ou une circonstance qui conduit ou qui aurait pu conduire à de graves préjudices, pertes ou dommages – involontaires ou imprévus – chez les femmes enceintes et/ou leur nouveau-né.

Parfois, des incidents imprévus se produisent en matière de prestations de soins de santé. De tels incidents sont normalement décrits comme indésirables ou malheureux. Cela peut être le cas parce que :

- Beaucoup de femmes sont concernées
- Une mauvaise décision clinique ou de gestion du cas
- Un service a manqué à ses devoirs ou un équipement est tombé en panne
- Une patiente est décédée dans des circonstances inhabituelles, ou il est probable qu'une de ces choses se soit passée
- Le cas est suffisamment grave pour que des décisions soient prises au niveau régional, afin d'améliorer la sécurité ou les soins au sein du réseau de santé et du service d'aide sociale
- Il s'agit d'une question d'intérêt public
- Un examen indépendant est nécessaire

Tableau 14.2 : Incidents indésirables grave

Incident de maternité	Incident foetal ou néonatal	Incidents organisationnels
<ul style="list-style-type: none"> ■ Mortalité maternelle ■ Dystocie de l'épaule ■ Perte de sang >1500ml ■ Retour à la salle d'opération ■ Crise convulsive de la femme enceinte : éclampsie ■ Hystérectomie/laparotomie ■ Complications anesthésiques ■ Admission aux soins intensifs ■ Thromboembolie veineuse ■ Embolie pulmonaire ■ Déchirures au troisième/quatrième degré ■ Échec de l'utilisation de forceps ou de la ventouse ■ Rupture utérine ■ Réadmission de la patiente 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mort-né >500g ■ Décès néonatal ■ Score d'Apgar faible <7 à 5 minutes ■ Traumatisme obstétrical ■ Incision foetale durant la césarienne ■ Scores d'Apgar faibles ■ Besoin de réanimation néonatale ■ Crise convulsive néonatale ■ Bébé à terme admis en unité néonatale ■ Anomalie foetale non diagnostiquée 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Indisponibilité du dossier de santé ■ Retard de réponses aux appels d'aide ■ Manque de référence ■ Équipement défectueux ■ Conflit au sujet de la gestion des cas ■ Erreur de médication

Les incidents cliniques indésirables peuvent avoir un effet dévastateur, pas seulement sur la mère et l'enfant mais aussi sur les professionnels de santé impliqués. Les professionnels de santé directement ou indirectement impliqués dans un incident clinique indésirable peuvent avoir besoin d'aide. Cette assistance peut prendre la forme d'une personne à qui parler, d'un compte rendu, d'une aide pour écrire une déclaration ou une réflexion.

Les professionnels de santé peuvent assister les femmes qui souhaitent parler de leur expérience, les encourager à utiliser les systèmes d'assistance disponibles auprès de la famille et des amis et prendre en compte l'effet de la naissance chez le partenaire/mari. La santé et le bien-être ne sont pas des composantes uniquement physiques

- Les professionnels de santé doivent être au courant et à l'écoute des diverses approches individuelles et culturelles de la mort.
- Des consultations doivent être proposées à toutes les femmes et à leurs partenaires/maris.
- Les autres membres de la famille, en particulier les enfants plus âgés et les grands-parents, devraient aussi se voir proposer la possibilité de consulter.
- L'expérience de chaque femme est différente et chaque réaction est subjective et individuelle
- Les questions de santé incluent les aspects physiques, psychologiques et sociaux.
- Une communication efficace et de l'empathie sont des aspects primordiaux lors de la consultation d'une femme après un incident indésirable grave

Lectures complémentaires



Soins Prénatals et Postnatals – Guide pour les Professionnels de Santé

Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, et al. Prévalence et déterminants des troubles mentaux périnataux communs chez les femmes des pays à revenu faible et moyen : une étude systématique. Bulletin de L'Organisation Mondiale de la Santé 2012 ; 90(2) :139-149.

Marston C, Hinton R, Kean S et al. Participation communautaire en vue d'une action transformatrice sur la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent Bulletin de L'Organisation Mondiale de la Santé 2016 ; 94(5) :376-382.

OMS (2003) La méthode "mère kangourou". Guide pratique Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Disponible (en anglais)

sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/fr/

OMS (2004) Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié. Déclaration conjointe de l'OMS, ICM et FIGO Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Département de la Santé Reproductive et de la Recherche. Disponible (en anglais) sur :

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591692/fr/

OMS (2007) Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement. Guide destiné à la sage-femme et au médecin Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Disponible (en anglais) sur :

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241545879/fr/

OMS (2007). Standards pour la santé maternelle et néonatale Groupe 1 : Standards généraux de soins pour une grossesse et un accouchement en bonne santé, Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Disponible (en anglais)

sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69735/1/a91272.pdf>

OMS (2008) Standards de santé environnementaux primordiaux pour les soins de santé. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Disponible (en anglais)

sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/1-eng.pdf?ua=10665>

OMS (2009) Interventions recommandées par l'OMS pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né : Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Disponible (en anglais)

sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69674/1/WHO_MPS_07.05_fre.pdf

OMS (2010) Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent : recommandations pour une approche de santé publique. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Disponible (en anglais) sur :

<http://www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/fr/>

OMS (2010) Collaborer avec les individus, les familles et les communautés pour améliorer la santé maternelle et néonatale. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Disponible (en anglais) sur :

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70165/1/WHO_MPS_09.05_fre.pdf

OMS (2012) Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Disponible (en anglais)

sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141487/1/9789242548501_fre.pdf

OMS (2013) Recommandations de l'OMS pour les soins postnatals de la mère et de l'enfant. Genève : OMS. Disponible (en anglais)
sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/

OMS (2014) Prise en charge active de la troisième phase du travail : Nouvelles recommandations de l'OMS pour un recadrage de la mise en œuvre (WHO/RHR/14.18). Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Disponible (en anglais)
sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120026/1/WHO_RHR_14.18_fre.pdf?ua=1&ua=1

OMS (2014) Conférence sur l'amélioration de la mesure de la qualité des soins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans les établissements de santé. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Disponible (en anglais)
sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128206/1/9789241594998_eng.pdf

OMS (2014) Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Disponible (en anglais)
sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/fr/

OMS (2014) La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins, Rapport numéro WHO/RHR/14.23, Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Disponible (en anglais)
sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134589/1/WHO_RHR_14.23_fre.pdf

OMS (2015) Rapport de situation sur la flambée de la maladie à virus Ebola – 1er juillet 2015. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Disponible (en anglais) sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179528/1/roadmapsitrep_1jul2015_fre.pdf?ua=1&ua=1

OMS (2015) Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement des infections peripartum, Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Disponible (en anglais) sur : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/peripartum-infections-guidelines/en/

OMS (2015) Recommandations de l'OMS pour les interventions sur la promotion de la santé maternelle et néonatale 2015, Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Disponible (en anglais) sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/health-promotion-interventions/en/

OMS (2017) La prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement – (*Integrated Management of Pregnancy and Childbirth* – IMPAC). Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Disponible (en anglais)
sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/impac/fr/

OMS Département de la Santé mentale et des Toxicomanies (2008) Améliorer la santé mentale des mères. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Disponible (en anglais) sur : http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/Perinatal_depression_mmh_final.pdf

Soins Prénatals et Postnatals – Guide pour les Professionnels de Santé

OMS, Stuart MC, Kouimtzi M et Hill SR (2008) OMS Modèle de formulaire, 2008. Basé sur la 15ème liste modèle des médicaments essentiels 2007. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Disponible (en anglais) sur : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16879e/s16879e.pdf>

OMS, UNICEF, UNFPA et la Banque mondiale (2010) Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008 Estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Disponible (en anglais) sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44476/1/9789242500264_fre.pdf

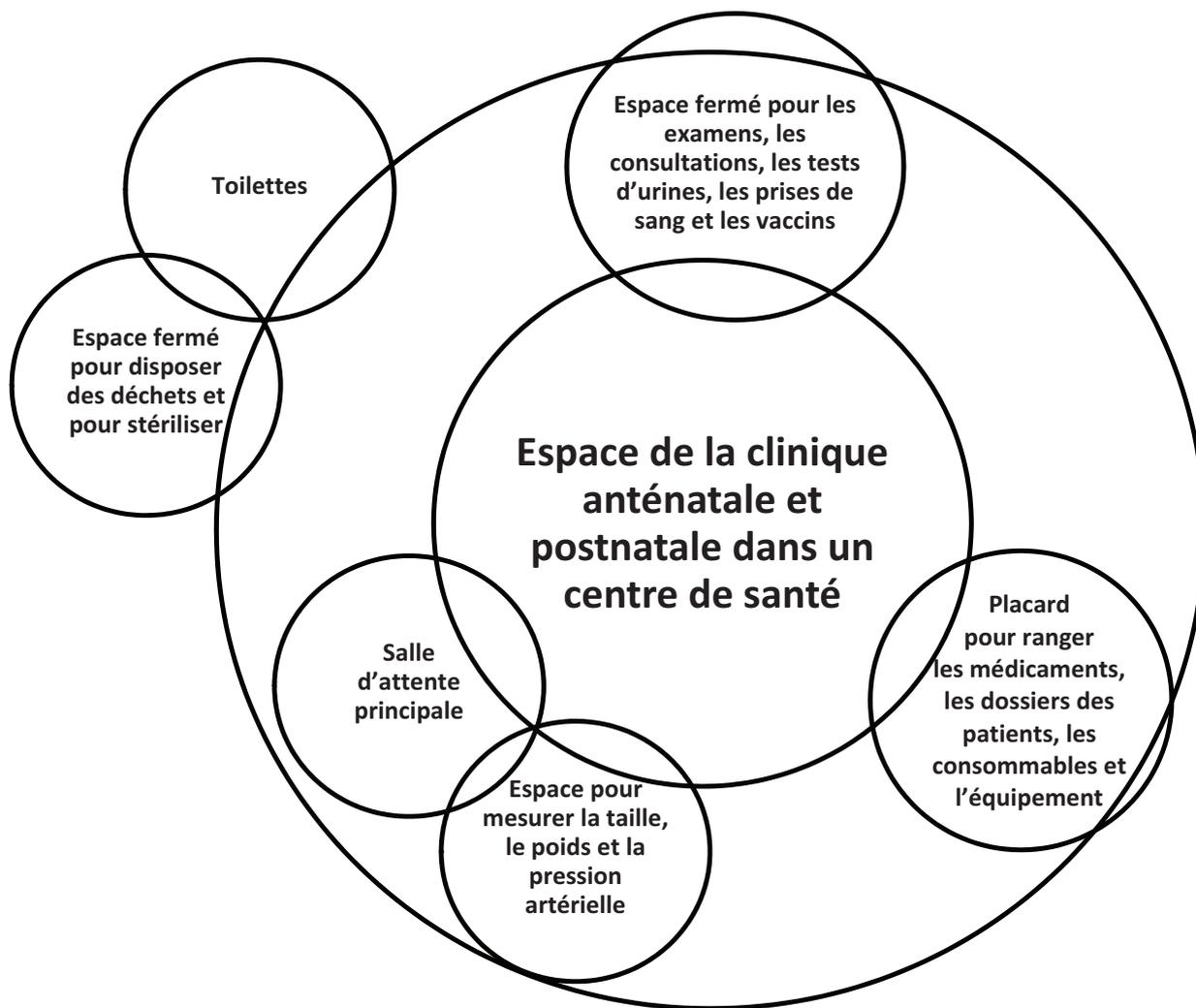
OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale. (2012) Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2010 : Estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale, OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Disponible (en anglais) sur : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/>

OMS, Fonds des Nations Unies pour la Population, UNICEF et Banque Mondiale (2006) Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale : guide de pratiques essentielles. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Disponible (en anglais) sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/924159084x/en/
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16879e/s16879e.pdf>

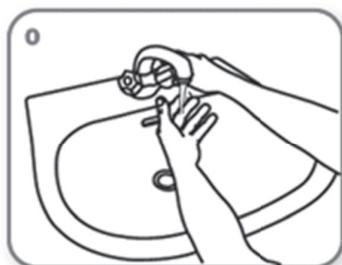
Annexes

Annexe 1 : Aménagement suggéré pour une clinique anténatale et postnatale

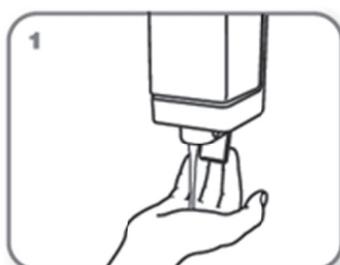
Aménagement suggéré pour une clinique anténatale et postnatale dans un petit centre de santé ou dans un plus grand hôpital :



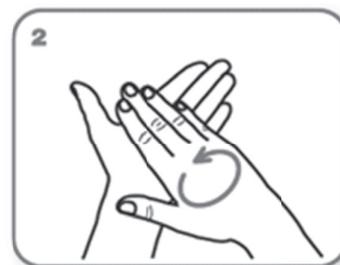
Annexe 2 : Technique de lavage des mains



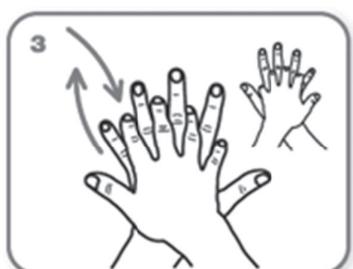
Mouiller les mains avec de l'eau



Appliquer suffisamment de savons pour recouvrir toutes les surfaces des mains



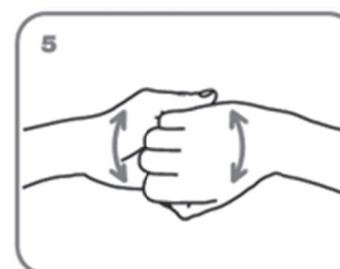
Frotter les mains, paume contre paume



Paume droite sur le dos de la main gauche avec doigts entrelacés et vice versa



Paume contre paume avec doigts entrelacés



Dos des doigts contre la paume opposée avec les doigts entrelacés



Le pouce de la main gauche par rotation dans la paume refermée de la main droite et vice versa



La pointe des doigts de la main droite par rotation dans la paume de la main gauche et vice versa



Rincer les mains à l'eau



Les sécher soigneusement avec une serviette à usage unique



Fermer le robinet à l'aide de la serviette



Vos mains sont propres

Annexe 3 : Échographie obstétricale pendant et après la grossesse

Premier trimestre	Deuxième trimestre	Troisième trimestre	Intrapartum	Postnatal
<p>Datation de la grossesse/évaluation de l'âge gestationnel, qui est plus précis de 10+0 à 13+6 semaines.</p> <p>Localisation de la grossesse en cas de soupçon de grossesse extra-utérine.</p> <p>Évaluation des saignements en début de grossesse pour confirmer la viabilité en cas de fausse couche présumée.</p> <p>Chorionicité et placentation en cas de grossesse multiple.</p> <p>La mesure de la clarté nucale dans le cadre du dépistage de la trisomie 21.</p>	<p>Échographie visant à déceler d'éventuelles anomalies fœtales entre 18 et 22 semaines.</p> <p>Mesure de la longueur du col en cas d'insuffisance cervicale suspectée.</p> <p>Débit au sein de l'artère utérine pour les patientes à risque de pré-éclampsie et de retard de croissance intra-utérin.</p> <p>Localisation du placenta en cas de placenta prævia et accréta.</p> <p>Confirmation de mort fœtale in-utéro.</p>	<p>Croissance fœtale et bien-être si une petite taille pour l'âge gestationnel est suspectée, s'il y a un retard de croissance intra-utérin et s'il y a eu une fausse couche antérieure.</p> <p>Évaluation des bébés de grande taille pour leur âge gestationnel.</p> <p>Évaluation du volume de fluide en cas d'oligoamnios et d'hydramnios.</p> <p>Présentation pour écarter les possibilités de positions anormales, telles que transversale, en siège ou instable.</p> <p>Version céphalique par manœuvres externes comme aide au diagnostic et à la procédure.</p> <p>Confirmation de mort fœtale in-utéro.</p>	<p>Pour confirmer la présentation pendant le travail (par exemple en cas de doute sur une présentation en siège)</p> <p>Accouchement de jumeaux pour confirmer la localisation des fœtus.</p> <p>Localisation de la fréquence cardiaque fœtale (en particulier en cas d'IMC élevé)</p> <p>Confirmation de mort fœtale intra-utérine.</p>	<p>Saignements longtemps après l'accouchement pour écarter la possibilité de rétention de tissus placentaires (la cause la plus fréquente est l'endométrite)</p>

Annexe 4 : Questionnaire de Whooley pour dépister la dépression

1. Durant le mois dernier, avez-vous été perturbé par un découragement, une déprime, une perte d'espoir?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2. Durant le mois dernier, avez-vous souvent été perturbé par peu d'intérêt ou de plaisir dans vos activités?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une troisième question devrait être envisagée si la femme répond « oui » à l'une des questions initiales, 3. Est-ce que vous pensez que vous avez besoin d'aide?		

« Oui » à une (ou aux deux) questions = test positif (une évaluation plus approfondie est nécessaire)

« Non » aux deux questions = test négatif (pas de dépression)

- Un test positif identifie les patientes qui pourraient bénéficier d'une évaluation plus approfondie.
- Un test négatif exclue en principe le diagnostic de la dépression.
- Le questionnaire de Whooley ne peut pas être utilisé pour diagnostiquer ou mesurer la sévérité de la dépression.
- Le jugement clinique doit toujours être utilisé lors de l'évaluation de la dépression.

Annexe 5 : Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg

La dépression postpartum est très fréquente L'échelle de dépression postpartum d'Édimbourg est un questionnaire de 10 questions auxquelles la mère répond et qui a prouvé pouvoir permettre d'identifier de manière efficace et rapide les patientes à risque de dépression liée à la grossesse.

Merci de sélectionner la réponse qui décrit au mieux comment vous vous êtes sentie au cours des 7 derniers jours :

1. J'ai pu rire et apprécier le côté amusant des choses
 - Autant qu'auparavant
 - Pas vraiment autant qu'avant
 - Certainement pas autant qu'avant
 - Pas du tout

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir
 - Autant qu'avant
 - Plutôt moins qu'avant
 - Vraiment moins qu'avant
 - Presque pas

3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal*
 - Oui, la plupart du temps
 - Oui, de temps en temps
 - Pas très souvent
 - Non, jamais

4. J'ai ressenti de l'anxiété ou de l'inquiétude, sans raison valable.
 - Non, pas du tout
 - Presque jamais
 - Oui, parfois
 - Oui, très souvent

5. Je me sens inquiète ou soucieuse, sans raison valable.*
 - Oui, beaucoup
 - Oui, parfois
 - Non, pas beaucoup
 - Non, pas du tout

6. J'ai tendance à me sentir dépassée par les événements.*
 - La plupart du temps je n'arrive pas du tout à gérer
 - Parfois, je ne gère pas aussi bien qu'avant
 - Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
 - Je m'en sors aussi bien qu'avant

7. Je me sens si malheureuse que j'en ai du mal à dormir.*

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

8. Je me sens triste ou malheureuse.*

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

9. Je me sens si malheureuse que j'en pleure.*

- Oui, la plupart du temps
- Oui, beaucoup
- De temps à autre
- Non, jamais

10. Il m'est arrivée de penser à me faire du mal.*

- Oui, beaucoup
- Parfois
- Presque jamais
- Jamais

L'échelle de dépression postpartum d'Édimbourg

Notation

Questions 1, 2 et 4 (sans astérisque *) sont notés, 0, 1, 2 ou 3. La case du haut étant noté 0 et la case du bas étant noté 3.

Questions 3, 5 à 10 (marquées d'un astérisque *) sont notées à l'envers, la case du haut étant notée 3 et la case du bas notée 0.

Scores:

0-9: Les scores dans cette plage peuvent indiquer la présence de certains symptômes de détresse qui peuvent être de courte durée et sont moins susceptibles d'interférer avec la capacité quotidienne de fonctionner à la maison ou au travail. Cependant, si ces symptômes ont persisté plus d'une semaine ou deux, une enquête plus approfondie est justifiée.

10-12: Les scores dans cette plage indiquent la présence de symptômes de détresse qui peuvent être gênants. Répétez l'outil dans deux semaines et continuez à suivre les progrès régulièrement. Si les scores augmentent à plus de 12, évaluez davantage et envisagez de référer la patiente au besoin.

13 +: Les scores supérieurs à 12 nécessitent une évaluation plus approfondie et une prise en charge appropriée car la probabilité de dépression est élevée. La référence à un psychiatre/psychologue peut être nécessaire.

Question 10: Toute femme qui obtient un score de 1, 2 ou 3 sur la question 10 doit subir une évaluation plus poussée avant de quitter l'établissement de santé pour assurer sa propre sécurité et celle de son bébé.

Annexe 6: Outil de dépistage de la violence domestique

Outil de dépistage de violence domestiques (HITS) “Hurt, Insulted, Threatened with Harm and Screamed”

Lisez chacune des actions suivantes et cochez la case indiquant au mieux la fréquence à laquelle votre partenaire/mari agit de cette façon.

Date : _____

Age : _____

À quelle fréquence votre partenaire/mari ?	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Fréquemment
1. vous blesse physiquement					
2. vous insulte ou vous dénigre					
3. vous menace avec agressivité					
4. Crie ou s'énerve contre vous					
	1	2	3	4	5
SCORE TOTAL :					

- Chaque réponse reçoit entre 1 et 5 points
- Le score peut aller de 4 à 20.
- Un score supérieur à 10 signifie que vous êtes en danger de violences domestiques et devez chercher conseil ou assistance auprès d'un professionnel de santé ou d'un centre de ressources sur les violences domestiques.

Annexe 7 : Principaux médicaments et vaccins pendant la grossesse, après la grossesse et pour le nouveau-né.⁷

Médicament	Dosage	Notes
1. Antibiotiques		
Amoxicilline	Gélules de 500mg	Traitement de 7 jours toutes les 8 heures = 21 gélules de 500mg/ensemble du traitement
Ampicilline	500mg en poudre (ampoules) à recomposer pour une utilisation en intraveineuse	Traitement moyen estimé à : Dose IV 1g pour commencer puis 500mg toutes les 6 heures (passage possible à la voie orale) = 22 doses de 500mg Dose néonatale : 25mg/kg d'ampicilline ou de pénicilline et de gentamycine (jusqu'à l'âge de 2 semaines : 3mg/kg toutes les 12 heures ; de 2 semaines à 12 ans : 2mg/kg toutes les 8 heures)
Azithromycine	Gélule de 250mg	1g en dose unique
Benzylpénicilline (Pénicilline G)	Flacon d'1g de poudre pour Utilisation IV ou IM	Benzathine benzylpénicilline en poudre pour injection de 1.44g de benzylpénicilline (= unités de 2,4 million) en flacon de 5ml souvent donné directement en unité de 2,4 million par IM
Céfixime	Gélule de 200mg	400mg/jour en deux doses divisées sur toutes les 12 heures
Céphalosporine (par exemple céfazoline, céfoxamine, ceftriaxone)	Le dosage sera de 500mg par voie IV ou orale	Traitement moyen par IV estimé à 500mg Toutes les 8 heures pendant 5 jours (passage ensuite possible à la voie orale) = 15 doses/cas Quantité estimée similaire pour une utilisation orale 750 doses de 500mg de céphalosporine pour une utilisation orale (gélules)
Érythromycine	Gélules de 500mg pour une utilisation orale	Traitement fréquent : 500mg toutes les 6 heures pendant 7 jours + 28 gélules/cas
Gentamicine (aminoglycoside)	IV – flacon de 2ml	Traitement fréquent de 80mg toutes les 12 heures par IV = 14 doses de 80mg/cas

⁷ Notez que ce tableau ne donne que les dosages des médicaments utilisés en routine. Le protocole national doit être suivi s'il est disponible.

Nitrofurantoïne	Gélule de 50mg	Utiliser 100mg toutes les 12 heures pendant 7 jours. Utiliser pendant la grossesse pour traiter les infections urinaires
2. Antirétroviraux		
Névirapine	Mère : comprimé de 200mg Nourrisson : suspension orale de 50mg/5ml	Comprimé unique de 200mg pendant le travail pour la mère et de 2mg/kg en dose unique pour le nourrisson pendant les premières 72 heures (bébé moyen 3,5kg = 7mg = <1ml/cas)
Efavirenz + emtricitabine + ténofovir 30mg	Comprimé 600mg + 200mg + 300mg	Comprimés co-formulés sous blister. 1 comprimé une fois par jour
Lamivudine + névirapine + zidovudine (AZT)	Comprimé 150mg + 200mg + 300mg	Comprimés co-formulés sous blister. 1 comprimé deux fois par jour
Comprimé de lamivudine + névirapine + stavudine	Comprimé 150mg + 200mg + 30mg	Comprimés co-formulés sous blister. 1 comprimé deux fois par jour
Lamivudine + stavudine	Comprimé 300mg + 300mg	Comprimés co-formulés sous blister
Lamivudine + zidovudine	Comprimé 150mg + 300mg	Comprimés co-formulés sous blister. 1 comprimé deux fois par jour
Comprimé de ténofovir	300mg	1 comprimé une fois par jour (utilisé en conjonction avec d'autres médicaments antirétroviraux)
3. Antituberculeux		
Isoniazide	Comprimé, 100mg	5mg/kg une fois par jour – dose maximale : 300mg/jour
Pyrazinamide	Comprimé, 400mg	25mg/kg une fois par jour – dose maximale : 2g/jour
Comprimé de Rifampicine	Comprimé, 150mg et 300mg	600mg une fois par mois à jeun
Éthambutol	Comprimé de 100mg et 400mg	15mg/kg une fois par jour – dose maximale : 1200mg/jour
Kanamycine	1g en flacon	Liste complémentaire de médicaments pour le traitement des cas de tuberculose MDR
Ofloxacin	Comprimé 200mg et 400mg	Liste complémentaire de médicaments pour le traitement des cas de tuberculose MDR
4. Médicaments pour traiter les troubles respiratoires		
Prednisolone	Comprimé de 5mg	Dose initiale : 20-70mg/jour Dose de maintenance : 5-15mg/jour. Dose quotidienne unique à prendre le matin avec un repas
Inhalateur de terbutaline, 100mg	100mcg/dose mesurée	Une inhalation quand nécessaire Pas plus de 4 inhalations ne devraient être nécessaires sur une période de 24 heures. Une dose unique fait effet pendant jusqu'à 6 heures

Inhalateur de salbutamol	100mcg/dose mesurée par aspiration	2 à 4 inhalations toutes les 10 à 30 minutes en traitement symptomatique d'une crise d'asthme
Hydrocortisone	Comprimé 10mg	60 à 80mg toutes les 4 à 6 heures pendant 24 heures puis réduire graduellement la dose sur plusieurs jours
Nébuliseur de salbutamol	2,5mg, 5mg – solution pour inhalation	5mg dans 2,5ml à administrer avec un nébuliseur en cas de crise d'asthme grave
5. Antiémétiques		
Métoclopramide	Comprimé de 10mg ou injection, 5mg/ml dans 2ml	15 à 30mg/jour en trois doses divisées toutes les 6 heures
Ondansétron	Comprimé de 4mg	4mg ou 8mg deux fois par jour
Prométhazine	Comprimé de 25mg	25 à 75mg/jour divisés en 3 doses ou une fois la nuit
Prochlorpérazine	Comprimé de 5 à 10mg ou IV/IM	Prévention 5 à 10mg deux ou trois fois par jour Traitement : 20mg immédiatement
Cyclizine	Comprimé ou injection de 50mg	50mg par voie orale, peut être répété jusqu'à trois fois par jour ou 50mg par voie intramusculaire ou intraveineuse jusqu'à trois fois par jour
6. Antipaludiques		
Quinine	Comprimés de 300mg IV de quinine dihydrochloride 300mg/ml = ampoule de 2ml	Voie orale – 600mg toutes les 8 heures pour jusqu'à 10 jours IV – 20mg/kg pour commencer (estimation de 1200mg) puis 10mg/kg toutes les 8 heures (estimation de 600mg) pendant 48 heures, et passer ensuite au traitement par voie orale
Sulfadoxine pyriméthamine	Comprimés de 500mg + 25mg	2 ou 3 doses présumées de traitement administré pendant la période prénatale si résistance à la chloroquine, ou selon les recommandations nationales
Artésunate-amodiaquine	Comprimés 100mg + 270mg	Comprimés co-formulés sous blister. 2 comprimés une fois par jour pendant 3 jours
Artéméther Luméfantrine	Comprimés 20mg + 120mg	Comprimés co-formulés sous blister. Le traitement est donné deux fois par jour pendant 3 jours
7. Antiacides		
Magnésium trisilicate	Comprimé, 500mg	1 ou 2 comprimés à mâcher quatre fois par jour
Oméprazole	Gélule, 10mg et 20mg	20mg une fois par jour le matin pendant 3 jours
Ranitidine	Comprimé, 150mg ou Injection, 25mg/ml dans 2ml	150 deux fois par jour, ou 300mg au coucher

8. Médicament pour la thyroïde		
Carbimazole	Comprimé 40mg	20 à 60mg, à prendre en deux à trois doses La dose devra être ajustée à la fonction thyroïdienne
Propylthiouracile	Comprimé 50mg	50-150mg une fois par jour
Levothyroxine	Comprimé 100mg	100-200mg une fois par jour
9. Anti-épileptiques		
Lamotrigine	Comprimé 100mg	100 ou 400mg tous les jours en fonction de la sévérité
Lévétiracétam	Comprimé 500mg	1000 et 3000mg tous les jours en fonction de la sévérité
Primidone	100-125mg doses orales ajustées	Un comprimé une fois par jour
Topiramate	Comprimé de 200mg	200-400mg à prendre en deux fois
Carbamazépine	Comprimé de 100mg et 200mg	0.8-1.2g par jour à prendre en deux fois
10. Antihypertenseurs		
Labétalol	Comprimés de Labétalol pour utilisation orale 100mg Labétalol pour injection 5mg/ml ampoules de 20ml	Voie orale : comprimés de 100-200mg toutes les 12 heures 10-20mg par IV si l'hydralazine n'est pas disponible ou pas efficace Dose de maintenance 40mg/heure par IV pendant 24 heures
Nifédipine	Comprimés à libération prolongée 5 ou 10mg	5-10mg donnés par voie orale en cas de pré-éclampsie. Répétition possible. Puis 20-100mg par jour en deux fois pour au moins 30 jours
Méthylidopa	Comprimés de 250mg	Dose de 2 à 3 comprimés par jour en moyenne, jusqu'à un maximum de 4g/ jour
11. Médicaments antidiabétiques		
Injection d'insuline,	40iu/ml en flacon de 10ml dans 10ml ou 100iu/ml en flacon de 10ml	SC/IM/IV au cas par cas
Metformine	Comprimé, 500mg	500mg 3 fois par jour avec les repas ou 850mg deux fois par jour avec ou après les repas
12. Anti-anémiques		
Acide folique	Comprimé 1mg ou 5mg	Dosage d'un comprimé d'acide folique et d'un comprimé de sulfate ferreux par jour, à moins qu'il n'y ait un comprimé combiné
Sulfate ferreux	Comprimé de 200mg	Besoin minimum de 60mg/jour de sulfate ferreux avec 450mcg d'acide folique Les comprimés de 200mg de sulfate ferreux contiennent 65mg de fer élémentaire

13. Anti-fongiques		
Nystatine	Comprimés 100,000 unités Pessaires 100,000 unités	Candidose orale : 4 fois par jour pendant un mois Candidose vaginale : 1 pessaire par nuit pendant jusque 2 semaines
Clotrimazole	Pessaire	
Fluconazole	Comprimé 50mg, 100mg et 200mg	50 à 200mg une fois par jour pendant 7 à 14 jours
14. Antidépresseurs		
Citalopram	Comprimé de 20mg	20mg une fois par jour
Fluoxétine	Comprimé de 20mg	20mg une fois par jour
Sertraline	Comprimé 50mg	50mg une fois par jour
15. Antipsychotiques		
Halopéridol	Comprimé 5mg, 2mg/ml en solution orale	2 à 10mg/jour en deux fois La dose peut graduellement être augmentée jusqu'à 20mg/jour si nécessaire
Olanzapine	Comprimé 10-20mg	15mg une fois par jour
Risperidone	Comprimé de 1mg	2mg en deux fois Peut être augmenté jusque 6mg/jour en deux fois si nécessaire
Clozapine	Comprimé 12.5mg	
16. Urgences obstétricales		
Sulfate de magnésium	4g de magnésium Sulfate par IV (doucement, sur une période de 5 à 10 minutes)	Si convulsion en cas d'éclampsie Dans un premier temps 4g de sulfate de magnésium par IV (doucement, sur une période de 5 à 10 minutes) suivi par : 1g/heure sur un minimum de 24 heures en utilisant un pousse-seringue. Si un pousse-seringue n'est pas disponible, la dose de suivi peut aussi être administrée sous 5g IM toutes les 4 heures pendant au moins 24 heures après la dernière convulsion
Gluconate de calcium	1g IV	1g lentement par IV, suivi par 4g par jour en perfusion continue
Diazépam	Comprimé de 5mg 5mg/ml en ampoule de 2ml	10mg lentement par IV, répéter si nécessaire Diazépam peut aussi être utile en cas de convulsions du nourrisson
Hydralazine	Poudre pour reconstitution pour injection. Ampoules de 20mg, IV ou IM	Dose immédiate de 5 à 10mg par IV, répéter si nécessaire (maximum de 20mg) Dose de maintenance

17. Anti-coagulants		
Héparine de faible poids moléculaire	Injection, 1000iu/ml ou 5000iu/ml	Prophylaxie : 5000IU toutes les 12 heures Traitement : SC 15,000IU toutes les 12 heures Suivi laboratoire quotidien primordial et ajustement de la dose en fonction
Warfarine	Comprimés 1,2 and 3mg	Le temps de prothrombine/RIN de base doit être déterminé avant la dose initiale, puis vérifié régulièrement. Dose habituelle de 3 à 9mg par jour
18. Analgésiques		
Paracétamol	Comprimés 500mg	1g toutes les 4 à 6 heures. Pas plus de 4g en 24h Utiliser en analgésique pendant et après la grossesse et en cas de fièvre (par exemple en cas de sepsis ou de paludisme)
Ibuprofène	Comprimé de 200mg	1.2-1.8g par jour en 3-4 fois
Péthidine	50mg/ml. Ampoule de 1ml pour injection	50-100mg injection IM toutes les 3 heures jusqu'à 400mg/24 heures
Morphine	10mg IM/IV	IM/IV 10 à 20mg donnés toutes les 4 à 6 heures jusqu'à 150mg/24 heures
19. Corticostéroïdes		
Déxaméthasone, bétaméthasone	Déxaméthasone et bétaméthasone Ampoules de 1ml, 4mg/1ml pour injection	Bétaméthasone 12mg IM en 2 doses avec 24 heures d'écart OU dexaméthasone 6mg IM en 4 doses avec 12 heures d'écart. Une dose unique de corticostéroïdes devrait être considérée comme le traitement de routine pour les accouchements avant le terme, avant 34 semaines de gestation
20. Autres médicaments		
Vit A	Comprimés 200,000 unités	En période anténatal, jusque 10,000 unités peuvent être données quotidiennement dans les régions où il y a des carences en vitamine A. Recommandation postnatale de 200,000 unités en une dose, dans certains pays
Aciclovir	Comprimé de 200mg	400mg 3 fois par jour pendant 7 jours
Mébendazole	Comprimé 500mg	Une dose une fois pendant la grossesse ou bien sur 3 jours à raison de 100mg deux fois par jour. Pas recommandé de manière systématique
21. Néonatal		
Vitamine K	Phytoménadione (vitamin K1) (Konakion® MM pédiatrique, Roche) 10mg/ml en ampoules de 0,2ml	0.1ml IM directement ou rapidement après la naissance. 1mg peut être administré par injection intramusculaire à la naissance ; ceci prévient l'hémorragie liée à une carence en vitamine K chez presque tous les bébés
Tétracycline	Pommade pour les yeux de tétracycline hydrochloride à 1%	A la naissance, une application de pommade dans chaque œil. Quantité générique

Annexe 8: Liste des réviseurs

Le contenu de ce manuel a été revu par de nombreuses personnes de différentes disciplines et de différents pays.

Le contenu a d'abord été développé et discuté dans le cadre d'un atelier regroupant 46 participants provenant de 10 pays à revenus faibles et moyens. En outre, des collègues du Ghana, du Togo et de l'Afghanistan ont fourni des contributions inestimables lors des ateliers de démonstration.

Nos sincères remerciements à tous.

Le Centre pour la Santé de la Mère et du Nouveau-né aimerait également remercier les personnes suivantes d'avoir revu des sections du manuel :

Ms Lucie Baylis, Midwife, Royal Cornwall Hospital, UK
 Dr Luc de Bernis, Consultant Obstetrician/Gynaecologist, France
 Ms Beatrice Chisenga, Midwife, Royal Bolton Hospital, UK
 Ms Elizabeth Ekanem, Midwife, Princess Alexandra Hospital, UK
 Dr William Forson, Consultant Obstetrician/Gynaecologist, Dumfries and Galloway Hospital, UK
 Ms Susan Ginn, Midwife, Norfolk and Norwich University Hospital Trust, UK
 Dr Pamela Godia, Senior Technical Officer, Liverpool School of Tropical Medicine, Kenya
 Ms Ruth Holland, Midwife, Southmead Maternity Unit, North Bristol Hospital, UK
 Ms Bupe Khalison, Senior Technical Officer, Liverpool School of Tropical Medicine, Tanzania
 Dr Eugene Kongnyuy, Deputy Representative, UNFPA, Nigeria
 Dr Elizabeth Ledger, Paediatrician, Médecins Sans Frontières, The Gambia
 Ms Kirsty Lowe, Midwife, St Mary's Hospital, UK
 Dr Franz Majoko, Consultant Obstetrician/Gynaecologist, Singleton Hospital, UK
 Dr Alexander Manu, Senior Clinical Research Associate, Centre for Maternal and Newborn Health,
 Liverpool School of Tropical Medicine, UK
 Ms Judith Maua, Senior Technical Officer, Liverpool School of Tropical Medicine, Kenya
 Dr Paul Mensah, Consultant Obstetrician/Gynaecologist, Dumfries and Galloway NHS Board, UK
 Dr Hauwa Mohamed, Senior Technical Officer, Liverpool School of Tropical Medicine, Nigeria
 Ms Joyce Mutuku, Senior Technical Officer, Liverpool School of Tropical Medicine, Kenya
 Dr Helen Nabwera, Senior Clinical Research Associate, Centre for Maternal and Newborn Health,
 Liverpool School of Tropical Medicine, UK
 Ms Alison Perry, Alison Perry, Midwife, Imperial College, UK
 Prof Shamsa Rizwan, Child Advocacy International, Pakistan
 Ms Betty Sam, Senior Technical Officer, Liverpool School of Tropical Medicine, Sierra Leone
 Dr Miss Gillian Scothern, Consultant Obstetrician/Gynaecologist, Derby Hospital, UK
 Dr Adama Traore, Senior Technical Officer, Centre for Maternal and Newborn Health, Liverpool
 School of Tropical Medicine, UK
 Dr Shaheen Uqaili, Obstetrician/Gynaecologist, Singleton Hospital, UK
 Dr John Williams, Consultant Obstetrician/Gynaecologist, Countess of Chester Royal Hospital, UK