

GROSSESSE PROLONGÉE

Dr S LACHIBI

Plan

- Introduction
- Facteurs favorisants
- Dgc de la G prolongée
- Conséquences néonatales et maternelles
- Éléments de Surveillances des G prolongées
- CAT
- Conclusion

introduction

- La grossesse prolongée, selon les définitions de la CNGOF, est une grossesse qui dure plus de 41 SA révolues (287 jours).
- A partir de 42 SA révolues on parle de dépassement de terme

Facteurs favorisants

- Le mécanisme précis du déclenchement du W reste inconnu. Plusieurs théories proposées.
- **Théorie mécanique**
- Elle met en cause la surdistension utérine.
- **Théorie immunitaire**
Elle renvoie à la diminution de réaction de tolérance maternofoetale en fin de grossesse.
- **Théorie hormonale**
 - Diminution du rapport progestérone/oestrogènes
 - Sécrétion d'ocytocine foetale,

Théorie placentaire :

- de perturbations métaboliques placentaires à l'origine d'une sécrétion locale de prostaglandines.

➤ Classiquement les facteurs favorisant la G prolongée sont :

- Atcd de G prolongée
- Origine ethnique (race blanche)
- Rôle de l'âge maternel et de la parité (controversé)
- Hypothyroïdie maternelle
- Facteurs mécaniques : par défaut de stimulation du pôle fœtal sur le col (DFP), maturité cervicale incomplète
- Dysfonction de la contractilité Utérine
- Autres : anencéphalie sans hydramnios, hydrocéphalie, T18, hypoplasie congénitale des surrénales

Dg de la G prolongée

➤ **Date de début des dernières règles (DDR)**

Il existe, en revanche, de nombreuses situations (cycles menstruels irréguliers, aménorrhée, arrêt récent de la contraception locale, métrorragies survenant à la date anniversaire des premières règles manquantes ou simplement oubli de la DDR) où la date de début de grossesse ne peut être déterminée avec certitude lors du premier examen obstétrical.

➤ **Échographie du premier trimestre de la grossesse**

- déterminer la date de grossesse par la mesure de la longueur craniocaudale entre 7 et 13 SA.

➤ **Échographie du deuxième trimestre de la grossesse**

- Jusqu'à 20 SA, on peut tenter de déterminer la date de début de grossesse par la mesure conjointe du diamètre bipariétal et de la longueur fémorale.

➤ **Éléments de diagnostic de maturité foetale**

- Le degré de sénescence placentaire, tel qu'il a été défini par Grannum, En effet, le stade III est associé à un rapport lécithine/sphingomyéline (L/S) dans le liquide amniotique supérieur ou égal à 2 dans presque 100 %des cas.
- Les points d'ossification du genou fémoral inférieur apparaît le plus souvent dès la 33e SA, Le point d'ossification tibial supérieur apparaît de façon constante après la 37e SA

Conséquences néonatales et maternelles

□ **Conséquences maternelles**

- La prolongation de la grossesse n'a que peu d'incidences sur la santé maternelle en dehors d'un pourcentage plus élevé d'interventions : le taux de césariennes est de deux ou trois fois plus élevé après la 42e SA.
- C'est donc le risque foetal qui domine le pronostic

❑ Conséquences périnatales

➤ *Nouveau-né post-terme*

- La description clinique rappelle les signes communs à toutes les grossesses prolongées :
 - les mensurations sont parfois supérieures à celles du nouveau-né à terme, tant pour la taille que pour le périmètre crânien et souvent également pour le poids
 - la peau sèche, parcheminée, craquelée présente des fissurations aux points de flexion avec absence de lanugo et de vernix caseosa ;
 - les ongles et les cheveux sont longs, avec parfois une desquamation ;
 - la confirmation radiologique montre une ossification plus importante ;
 - le comportement est alerte, les yeux ouverts, avec un meilleur éveil.

➤ ***Hypoxie périnatale***

- il faut noter la fréquence plus importante d'anomalies du rythme cardiaque foetal des post-termes par rapport aux nouveau-nés à terme, l'émission de méconium in utero.

➤ ***Macrosomie***

- avec risques de dystocie des épaules (fracture de la clavicule, hématomes du scalp, paralysie du plexus brachial, paralysie périphérique) et d'accouchements par forceps ou par césarienne.

➤ **Mortalité**

Éléments de Srv des G prolongées

✓ Clinique

➤ *Mouvements actifs foetaux*

- La diminution des mouvements actifs foetaux doit être considérée comme un signe évocateur de souffrance foetale.

➤ *Diminution de la hauteur utérine*

peut être rapportée à une diminution de la quantité du liquide amniotique

➤ **Amnioscopie**

Analyse du rythme cardiaque foetal

Analyse en fin de grossesse :

- la fréquence de base (120 à 160 battements par minute) ;
- les oscillations, dont on étudie la fréquence (deux à six cycles par minute) et l'amplitude (15 à 25 bpm) ;
- les accélérations, définies le plus souvent par des modifications de la fréquence de base, d'amplitude supérieure à 15 bpm, de durée supérieure à 15 secondes et de fréquence supérieure à une par 30 minutes.
- les décélérations, dont l'analyse doit être interprétée avec les contractions utérines.

Éléments prédictifs de souffrance fœtale Ce

sont :

- les anomalies des oscillations (amplitude minime, voire rythme plat ou sinusoïdal) ;
- l'absence d'accélération qui définit un rythme non réactif
- la survenue de décélérations;
- enfin, les anomalies de la fréquence de base

✓ **Biologique**

- La surveillance par dosages d'oestradiol, d'hormone lactogène placentaire ou par cytologie vaginale a été abandonnée en raison de leur faible pertinence diagnostique.

✓ Échographie

➤ *Étude du grading placentaire*

- Si la visualisation d'une maturation placentaire avancée (grade III)

➤ *Étude du liquide amniotique*

- Si cliniquement l'oligoamnios peut être suspecté, l'échographie en donne une approche plus fiable par la mesure de la profondeur de la plus grande citerne mesurable

➤ **Score de profil biophysique (PBF)**

- Proposé par Manning, il inclut cinq paramètres :
 - étude des mouvements respiratoires ;
 - étude des mouvements du foetus ;
 - étude du tonus foetal ;
 - étude de la quantité du liquide amniotique ;
 - étude du rythme cardiaque foetal.
- Chaque élément est coté de 0 à 2
- le score étant évalué sur 10.
- Au-dessus de 8, le score est comme normal.
- Entre 4 et 6, il existe un risque d'asphyxie chronique ;
- en dessous de 2, il s'agit d'une forte suspicion d'asphyxie chronique.

CAT

- détermination du terme soit par échographie réalisée au premier trimestre, soit sur des données cliniques précises ;
 - la surveillance est recommandée à partir de 41 SA par rythme cardiaque fœtal et échographie ; une surveillance 2 à 3 fois par semaine a pour objectif de dépister tout signe suspect d'altération du bien-être fœtal
- elle est poursuivie jusqu'à l'obtention spontanée ou provoquée d'une maturation cervicale satisfaisante.

- à partir de 42 SA, un déclenchement artificielle du travail est envisagé
- L'ocytocine associée à une amniotomie précoce reste le moyen de déclenchement de première intention en présence d'un col favorable (Bishop ≥ 6).
En présence d'un col défavorable (Bishop < 6) on préfère utiliser les prostaglandines E2 vaginales en première intention

.

Conclusion

- Les grossesses prolongées constituent des grossesses à haut risque obstétrical (dystocie mécanique) et foetal (morbidité et mortalité).
- Cette situation conditionne leur prise en charge. Dans la majorité des cas, un déclenchement est possible ; sinon, la surveillance a pour objectif d'éliminer une souffrance foetale qui justifierait une césarienne et, dans les autres situations, elle doit être renforcée et rapprochée jusqu'à l'obtention de conditions obstétricales de déclenchement favorables ou plus simplement permettant un accouchement spontané.