

Le Dépassement De Terme

2018/2019

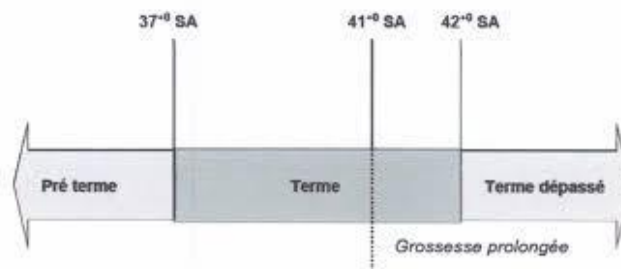
Le plan du cours :

- I. Définition
 - II. Intérêt de la question
 - III. Le diagnostic positif
 - A. La date des dernières règles
 - B. ovulation
 - C. Echographie
 - D. La FIV
 - IV. Les facteurs favorisants
 - A. Maternels
 - B. Ovulaires et Foœtaux
 - V. Les complications
 - A. Foœtales et périnatales
 - B. Maternelles
 - VI. La surveillance
 - A. Quand
 - B. Quelle fréquence
 - C. Comment
 - ++ Cliniquement
 - ++ Exploration paraclinique
 - VII. La prise en charge
 - Le déclenchement du travail
 - ++ Le décollement des membranes
 - ++ Ocytocine
 - ++ PGE2
 - ++PGE1
 - ++ Moyen mécanique
 - ++ Autres
 - VIII. La prise en charge du nouveau-né
- conclusion

I. Définition :

La durée de la gestation est de 259 (37 SA) à 284 (40 SA + 4jrs) jours mesurée à partir du premier jour des règles chez une femme à cycles réguliers, elle est exprimée en semaines d'aménorrhée.

Par convention et selon la CNGOF : la grossesse est dite prolongée au-delà de 41 SA, mais le terme n'est dit dépassé qu'à partir de 42 SA.



II. Intérêt de la question :

La grossesse prolongée est une situation fréquente génératrice d'angoisse due aux risques encourus par le fœtus et le nouveau-né (GHR).

Elle représente 15 à 20 % et le DDT 1% de l'ensemble des grossesses.

La datation précoce et le déclenchement du travail ont contribué conjointement à une diminution progressive des grossesses prolongées.

III. Le diagnostic positif :

Ne peut être déterminé que si le début de la grossesse a été déterminé avec exactitude : **la datation précoce.**

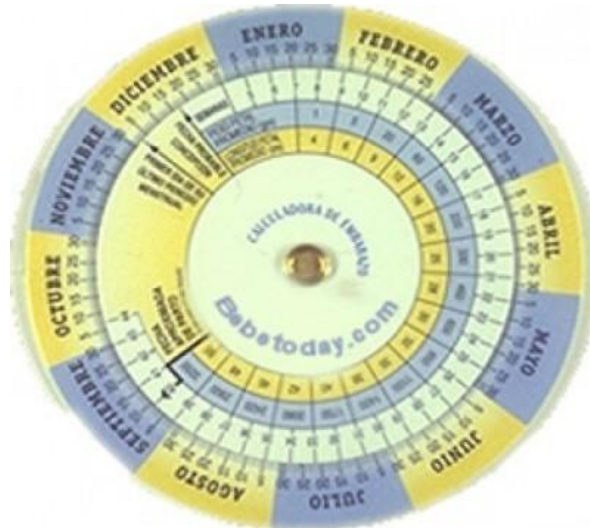
A. La date des dernières règles (DDR) :

Le repère classique permettant le calcul du terme selon la règle de NAEGELE :

9 mois + 10 jrs = 40 SA + 3 jrs

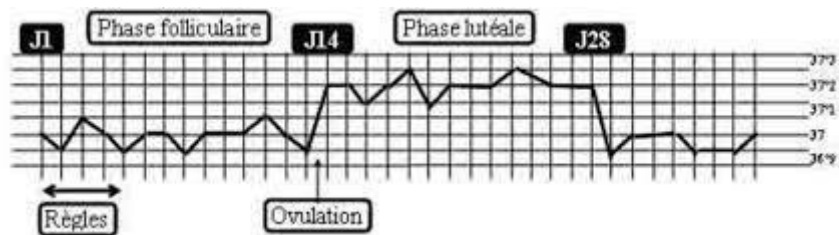
Dans certaines situations la date des dernières règles ne peut être déterminé avec exactitude :

- Aménorrhée
- Oubli
- Métrorragie à la date anniversaire
- Conception sous contraception
- Cycles irréguliers



B. L'ovulation :

C'est la courbe ménothermique : prise de la température centrale tous les jours le matin avant le lever, l'ovulation correspond au sus-décalage suivi du plateau thermique.



C. L'échographie :

■ Echo précoce :

Le critère le plus précis ; permet de déterminer le début de la grossesse par mesure de la longueur crano-caudal (LCC) entre 9 et 14 SA

■ Le BIP avant 18 SA et au-delà de 22 SA c'est le contrôle biométrique à 2 semaines d'intervalle.



D. La FIV :

La grossesse est calculée depuis la date de la ponction des ovocytes.

IV. Les facteurs favorisants :

De nombreux facteurs interviennent dans le déclenchement spontané du travail, cependant une anomalie de l'un de ces facteurs peut être à l'origine du DDT.

Le mécanisme précis reste inconnu

A. Maternels :

- Age de la femme : les deux extrêmes
- ATCD de grossesses prolongées
- Origine ethnique : la race blanche
- La primiparité
- Sur-distension utérine

B. Ovulaires et fœtaux :

- Anencéphalie sans hydramnios : insuffisance hypophysaire
- Trisomie 21
- Hypoplasie des surrénales
- Hydrocéphalie : défaut d'accommodation
- Hypotrophie

V. Les complications :

A. Fœtales et périnatales :

- La mortalité : le risque augmente progressivement avec la grossesse
- Oligoamnios et compression du cordon
- La SFA avec anomalie du rythme cardiaque fœtal
- Inhalation méconiale par hypoxie
- La macrosomie avec le risque de dystocie des épaules
- Les complications neurologiques :
 - + Convulsions néonatales
 - + Encéphalopathie anoxo-ischémique
 - + Infirmité motrice cérébrale
 - + Retard psychomoteur
 - + Epilepsie
- **Le post terme** : Nné avec des mensurations supérieures à la normale, la peau sèche craquelée, avec des fissurations au niveau des plis de flexion, les ongles et les cheveux sont plus longs, le comportement alerte, les yeux ouverts et un meilleur réveil.
- **Le post mature** : c'est une situation liée à une altération de la fonction placentaire et ceci par diminution des échanges et de l'oxygénation fœtale.

B. Maternelles :

- Psychologiques : anxiété
- Augmentation du taux de césarienne
- Risque de lésions périnatales par accouchement dystocique

- Hémorragie du post partum
- Risque infectieux : chorioamniotite et endométrite

VI. La surveillance :

C'est des grossesses à haut risque fœtal et obstétrical

A. Quand ?

A partir de 41 SA la surveillance fœtale à la recherche de signes de souffrance fœtale, elle permet de réduire la morbidité périnatale

B. Selon quelle fréquence ?

Toute les 48 H

C. Comment ?

- Cliniquement :
 - + la diminution des MAF (signe subjectif)
 - + l'amnioscopie : liquide méconial
 - + la diminution de la hauteur utérine
- L'exploration para clinique :
 - + l'ERCF : tracé pathologique
 - + écho/doppler : recherche l'oligoamnios, le grade placentaire, la biométrie fœtale et les résistances vasculaires

VII. La prise en charge :

- Il faut d'abord déterminer le terme avec précision
- Surveillance bihebdomadaire à partir de la DPA
- Le déclenchement du travail :
 1. Le décollement des membranes : douloureux et hémorragique
 2. Ocytocine : +++ si col favorable et ceci au-delà de 41 SA et un score de Bishop supérieur à 5
 3. Les prostaglandines : PGE1 (CYTOTEC*) il est contre indiqué sur utérus cicatriciel Et les PGE2 en tampon ou en gel set ceci sur un col défavorable
 4. La sonde de FOLEY en intra cervical
 5. La stimulation mamelonnaire
 6. L'activité sexuelle

VIII. La prise en charge du nouveau-né post terme :

Accueilli par le pédiatre et le réanimateur en plus de l'obstétricien

Il sera bien aspiré, surtout si liquide méconiale, bien séché et réchauffé avec une alimentation précoce si macrosome

Conclusion :

La grossesse prolongée est une situation à risque maternel mais surtout fœtal

La datation précoce permet de poser le diagnostic et d'éliminer les faux DDT
La surveillance fœtal est importante et si anomalie il faut extraire rapidement.