Consultation pré conceptionnelle.

Capucine Coulon.

Vendredi 17 novembre 2009.

Cours commun DES et DIU gynécologie-obstétrique.

Introduction.

- Objectif principal:
- Anticiper les risques périnatals pour permettre leur prévention.
- La majorité des interventions efficaces de prévention doit être débutée ou planifiée avant la grossesse.
- Même débutée tôt dans la grossesse, l’intervention médicale intervient tardivement, alors que l'organogenèse est largement débutée.

- On peut distinguer deux situations:
  - Cs préconcerptionnelle à bas risque,
  - Cs pré-conceptionnelle en cas de facteur de risque avéré: particulièrement utile pour toute femme ayant:
    - un risque de transmettre une pathologie héréditaire,
    - des atcd obstétricaux lourds,
    - une affection chronique (le médecin doit alors évoquer la possibilité d'une grossesse avant même que ne soit évoqué le désir d'enfant par la patiente).

- En cas de pathologie avérée, une seul Cs ne suffit pas, il faut:
  - Compléter le bilan,
  - Prendre plusieurs avis spécialisés,
  - Rediscuter avec la patiente et son conjoint

- Même en l’absence de pathologie, l’intérêt d’une prise en charge préconceptionnelle est maintenant validée:
  - Korenbrot CC, Steinberg A, Bender C, Newberry S. Preconception care: a systematic review. *Matern Child Health J* 2002;**6**:75-88.
  - American College of Obstetricians and Gynecologists Preconception Work Group. The importance of preconception care in the continuum of women痴 health care. *Obstet Gynecol* 2005;**106**:665-6.
  - Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations to improve preconception health and health care - United States: a report of the CDC/ ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR* 2006;**55**(RR-6): 1-23.
  - Dreux C, Crépin G. Rapport et recommandations de l’Académie Nationale de Médecine sur la prévention des risques pour l’enfant à naitre et la nécessité d’une information bien avant la grossesse. *Gynecol Obstet Fertil* 2006;**34**:665-9

- Il faut donc profiter d’une consultation de gynécologie ou de médecine générale pour dépister des femmes à risques ou informer des femmes à bas risque (prévention), qui souhaitent arrêter leur contraception en vue de programmer une grossesse.

- De même que les CPN, la Cs préconceptionnelle accompagne un processus physiologique, auquel il s’agit de donner les meilleures chances d’une issue heureuse

Cs préconceptionnelle chez la femme à bas risque.

- Peut être effectuée par une sage-femme, un médecin généraliste, un gynécologue médical ou un gynécologue obstétricien.

- But: information et dépistage pour organiser une prise en charge adaptée par rapport aux risques médicaux et obstétricaux mais aussi psychosociaux.

- En l’absence de pathologie particulière, l’objectif principal est de faire passer des conseils de prévention.

- Consultation de la femme souvent seule.

- Essayer de proposer une consultation avec le conjoint.

- Intérêt de la consultation avec le conjoint pour dépister:
  - des pathologies héréditaires,
  - le VIH et les IST,
  - des situations conjugales difficiles, potentiellement dangereuses pour l’enfant à naître.

- Rôle clé du médecin de famille

Cs Préconceptionnelle.

- 5 points (en situation à bas risque):
  - Évaluation maternelle,
  - Dépistages,
  - Vaccinations,
  - Conseils,
  - Prescription d’acide folique.

Evaluation maternelle

- Etape la + importante: « l'entretien ».
- Doit rechercher 5 éléments:
  1. État actuel et atcd de maladie somatique ou psychiatrique, symptômes à explorer, prise de médicaments,
  2. Comportements (consommation de tabac, d'alcool, cannabis, autres toxiques),
  3. Atcd obstétricaux,
  4. Pathologie héréditaire chez la femme, son conjoint ou dans la famille,
  5. Conditions conjugales, sociales, professionnelles, qui peuvent retentir sur la grossesse.

Lecture du carnet de santé

- Rarement utilisé au delà de l'enfance, il permet d'obtenir des informations très utiles voire capitale:
  - Phénylcétonurie traitée par régime,
  - Vaccinations,
  - Maladies infantiles (varicelle +++).
  - Allergies.
- Savoir penser à le demander…

Examen clinique.

- Examen général.
- Examen gynécologique non obligatoire mais doit être proposé (mise en évidence de malformation ou de mutilation génitale).
- Frottis cervico-utérin.
- Palpation des seins et des aires ganglionnaires.
- Auscultation cardiaque.

Dépistages sanguins.

- Examens classiques:
  - Groupe Rh et RAI,
  - Dépistage du VIH,
  - Sérologie rubéole (vaccination en dehors de toute grossesse et sous contraception, même si risque uniquement théorique lié à la vaccination),
  - Sérologie toxoplasmose: - , informer des précautions pour éviter contamination périconceptionnelle,
  - Sérologie hépatite B (Ag HBs): vaccination du partenaire si + et sérovaccination du nouveau-né.

- Autres dépistages sanguins:
  - Sérologie de la syphilis (+ recherche de Chlamydiae si atcd, partenaires multiples ou partenaire porteur d'une IST).
  - NFS: si ATCD ou FDR d'anémie, si symptôme ou signe clinique d'anémie, + ferritinémie si anémie +, mais pas en dépistage.
  - Recherche albuminurie-glycosurie.

- Glycémie à jeûn: en cas de FDR (obésité, ATCD personnel de diabète y compris gestationnel, ATCD de diabète chez un parent ou dans la fratrie, ATCD de macrosomie, ATCD de malformation ou de MIU).

- Sérologie CMV: recommandation HAS contre le dépistage systématique pendant et avant la grossesse. Donner les conseils d'hygiène, +++ si travail en collectivité: éviter contact avec enfants en abs âge et en particulier urines, selles, larmes, salive.

– Sérologies herpès: pas conseillée, ni avant, ni pendant la grossesse (une sérologie + ne débouche sur aucune prise en charge spécifique en l'absence de poussée).

– Listériose: sérologie sans intérêt, infection non immunisante.

– Hépatite C: son dépistage peut être proposé à toute personne, à fortiori en cas de facteur de risque. Si virémie +, 5% de transmission à l'enfant mais aucun moyen connu de prévention. Penser à proposer une contraception en cas de traitement par ribavirine, et les 4 mois qui suivent l'arrêt du traitement.

- Electrophorèse de l’Hb: indiqué en cas d’anémie chronique. En l’absece de signe maternel, il s’agit d’un dépistage pour connaître le risque d’hémoglobinopathie chez l’enfant. Il s’agit donc d’un test génétique, à ne faire qu’après information et consentement.

Vaccinations.

- En France, seule la vaccination contre la rubéole est recommandée avant la grossesse (si femme séronégative).
- En cas de grossesse survenant au décours de la vaccination, il faut rassurer la patiente, car même si le virus atténue peut être transmis, il n’entraine pas de rubéole congénitale.

- Vaccination contre l’hépatite B: doit être proposée lorsque la femme est séronégative (seule prévention efficace à 100% contre la transmission mère-enfant).
- Elles est formellement recommandée aux USA

- Prévention de la coqueluche:
  - rappel ou vaccin en préconceptionnel important car recrudescence de cette infection chez l'adulte.
  - protection vaccinale ne dure que 10 ans.
  - transmission par un des parents au nouveau-né peut avoir des conséquences graves.

- Vaccination antitétanique:

  conseillée, le tétanos peut être transmis au nouveau-né.

- Vaccination grippale saisonnière:

  intéressante en vue d'une grossesse.

- Vaccination grippale H1N1:

  fortement recommandée en vue d'une grossesse (gravité inhabituelle de cette grippe chez la femme enceinte au 2ième et au 3ième trimestre).

- Vaccination HPV:

  doit être conseillée, selon les recommandations usuelles (filles de 14 ans et femmes agées de 15 à 23 ans vierges ou ayant des rapports sexuels depuis moins d'un an).

- Vaccination anti-varicelleuse:

  seule prévention complète des complications de cette infection pendant la grossesse.

  vaccin vivant atténué, devant être fait sous couvert d'une contraception.

Conseils.

- Hygiène.
- Comportements.
- Organisation du suivi.
- Arrêt du tabac:
  - Rôle majeur de l’information:la proportion de femmes fumant au moins 1 cigarette par jour passe de 36% avant la grossesse à 22% pendant;
  - Proposition de prise en charge spécialisée (tabacologie, aide au sevrage, patchs, gommes, substituts nicotiniques, aide psychologique…)

- Arrêt de l’alcool:
  - Conseiller l’arrêt avant la grossesse,
  - Informer sur les risques tératogènes liés à une alcoolisation aigue (plus fréquente que l’alcoolisation chronique).
- Arrêt du cannabis et des autres substances psycho-actives:
  - Consultations obstétricales et de sevrage, spécialisées,
  - Mise en route de traitement substitutifs et suivi adapté (RCIU)
  - Soutien psychologique et social fondamental.

- <u>Supplémentation en acide folique</u>:
  - Carences fréquentes,
  - La supplémentation en folates (0,4 mg/J) en période périconceptionnelle, diminue de 72% le risque de malformations à type de défaut de fermeture du tube neural (anencéphalie, spina bifida) mais aussi d’autres malformations (urologiques, cardiaques, fentes….),

– 0,4 mg/ J, à débuter 1 mois avant et à poursuivre les 2^{iers} mois de la grossesse (à prescrire pour 6 mois et à débuter 1 mois avant l'arrêt de la contraception).

– En cas d'ATCD d'anomalie de fermeture du tube neural, d'épilepsie, de diabète ou d'obésité, la posologie est de 5 mg/ J avant et les 3iers mois de la grossesse.

Mesures à prendre en vue d'une grossesse.

- Mesures hygiénodiététiques
  - Arrêt du tabac, de l'alcool, des drogues
  - Alimentation équilibrée, précautions hygiénodiététiques : listériose, toxoplasmose (si séronégative)
  - Éviter les contacts avec des enfants ayant des maladies éruptives, et avec les urines ou la salive de tout enfant en bas âge (prévention du cytomégalovirus et autres maladies infantiles)
  - Éviter l'hyperthermie (sauna, bains très chauds), tératogène
  - Éviter la radioactivité, les solvants, les pesticides.
- Santé générale : santé psychique, santé sexuelle.
- Suppléments Acide folique 0,400 mg/j (5 mg/j si antécédents)
- Vaccins:
  - Rubéole si sérologie négative
  - Hépatite B
  - Coqueluche, tétanos, varicelle si besoin
- Autres Avis spécialisé en cas de pathologie chronique.

Consultation préconceptionnelle en cas de facteur de risque avéré.

- Le médecin traitant doit orienter la patiente vers un obstétricien en cas de situation à risque, et en cas de pathologie médicale, il faut une collaboration entre l'obstétricien et le spécialiste de la pathologie.

- Il est souvent nécessaire de prévoir plusieurs consultations.

- Faire préciser la nature de l’antécédent:
  - Fausse couche du 1er ou du 2ième trimestre,
  - Fausse couche tardive,
  - MIU,
  - Accouchement prématuré ou hypotrophie fœtale,
  - Prématurité spontanée ou induite (pathologie maternelle ou fœtale).

- Faire préciser s’il y en a eut, les complications liées à cet antécédent et récupérer les courriers et bilans réalisés au décours de cet événement et a posteriori (consultation post-natale).

Fausses couches précoces à répétition.

- FCS de 1er trimestre sont fréquentes (10 à 20% des conceptions).

- Etiologie principale: anomalies embryonnaires chromosomiques accidentelles.

- Après 3 FCS, bilan étiologique nécessaire:
  - Caryotypes parentaux,
  - Recherche d’une auto-immunité (Ac anticardiolipine, anti DNA natif, anticoagulants circulants, dysthyroidie).
  - Recherche d’une anomalie utérine (atcd de DES Sd, échographie, HSG, HSC),
  - Recherche d’une anomalie de la phase luté ale (courbe ménothermique, FSH et E2 à J2, LH et Pg à J 10- J 12).

- **Syndrome des antiphospholipides (SAPL).**
- Définition (critères de Sapporo) : au moins un critère clinique et un critère biologique
- Clinique:
  - Thrombose vasculaire confirmée,
  - Morbidité obstétricale : mort foetale inexpliquée, prééclampsie ou RCIU placentaire < 34 SA et/ou 3 trois fausses couches précoces consécutives
- Biologie:
  - Anticoagulant de type lupique à au moins deux reprises à 12 semaines d'intervalle,
  - Anticardiolipines (Elisa),
  - Anticorps anti-b2GP1 (Elisa).

- Aucune prévention efficace dans la majorité des cas, où aucune étiologie n’est rétrouvée.
- Conseil génétique, DAN et prélèvements ovulaires si anomalie chromosomique parentale
- Principale anomalie pour laquelle il existe une prévention: SAPL:
  - Aspirine: 75 à 160 mg/J
  - +/- HBPM.
- Rôle +++ du soutien et du suivi régulier.

Facteurs de risques de GEU.

- Les femmes ayant un risque accru de GEU doivent savoir reconnaître les symptômes et consulter en cas de retard de règles pour examne clinique + écho entre 5 et 6 SA.
- FDR:
  - Atcd de GEU,
  - Atcd de salpingite ou de plastie tubaire,
  - AMP.

Fausse couche tardive et Accouchement prématuré.

- Risuqe de récidive +++: taux d'accouchement prématuré 5 fois plus élevé que dans la population générale.

- Risque d'autant + élevé qu'il y a un atcd de grande prématurité (< 33 SA ou FCS tardive +++).

- Faible risque de récidive si atcd de:
  - Grossesse multiple,
  - Geste iatrogène,
  - Traumatisme,
  - Cause fœtale ou placentaire,
  - Infection.

- Haut risque de récidive si:
  - Cause utérine (DES Sd, malformation utérine, fibrome intra-cavitaire, béance cervicale)
  - Consultation spécialisée nécessaire pour envisager bilan (HSG, HSC), intervention (levée de synéchie ou de cloison), cerclage si béance ou incompétence cervico-isthmique.

Prééclampsie (PE).

- Risque de récidive plus fréquent si atcd de PE sévère ou précoce.

- Bilan étiologique pour rechercher:
  - SAPL,
  - LEAD,
  - Thrombophilies.

- Prescription d’aspirine (75 à 160 mg/ J jusqu’à 35 SA) +/- HBPM.

- Supplémentation possible en vitamine C et D, en calcium.

- En cas d’HTA antérieure à la grossesse, penser au relais avec des HTA indiqués pendant le grossesse (CI aux IEC).

Maladies relevant d’un conseil génétique avant la grossesse.

- Anomalie chromosomique (translocation)
- Antécédent de retard mental (trisomie 21, X fragile,
- etc.)
- Maladie de Steinert
- Maladie dominante pouvant s’exprimer précocement (exemple : Bourneville, polykystose dominante)
- Maladie récessive ou liée à l ’ X grav e : hémoglobinopathies (drépanocytose, thalassémie), myopathie, mucoviscidose, Tay-Sachs, maladie de surcharge, etc.

Hypotrophie fœtale.

- Bilan et prise en charge liée à l'étiologie:
  - Maladie maternelle,
  - Pathologie fœtale avec ou sans risque de récidive,
  - Pathologie vasculaire placentaire (PE).

MIU ou périnatale.

- Dépend de l'étiologie, qui ne peut pas toujours être déterminée.

- Importance +++:
  - de l'examen anatomopathologique du placenta et du fœtus,
  - des circonstances de la MIU:
    - traumatisme,
    - infection,
    - pathologie maternelle: diabète, PE, cholestase gravidique, SHAG, allo-immunisation en particulier Rhésus….

- Les pathologies fœtales malformatives relèvent du conseil génétique et d’un suivi spécialisé en DAN.

- Compléter les explorations maternelles quand elles n’ont pas été faites lors de l’événement:
  - recherche d’un diabète,
  - recherche d’un FDR vasculaire placentaire

- Les causes infectieuses (listériose, toxoplasmose, CMV, Parvovirus), les accidents fortuits (nœud au cordon, hémorragie foeto-maternelle) ainsi que les MIU inexpliquées de fœtus eutrophes à terme n’ont à priori pas de risque de récidive particulier.

Pathologie congénitale, enfant malformé ou handicapé.

- Faire préciser le diagnostic précis.

- Conseil génétique en cas de malformation ou d’anomalie chromosomique même si risque de récidive à priori faible (possibilité de translocation parentale, de syndromes monogéniques récessifs ou dominants, de syndromes héréditaires à transmission complexe et de malformations à risque de récidive).

- Rechercher l’exposition à un agent tératogène (anamnèse, association malformatives).

- Si handicap mental ou moteur: incertitudes +++ quant au risque de récidive: causes possiblement génétiques ou acquises pendant la vie fœtale, l’accouchement ou après la naissance.

- « Mener l’enquête » pour retrouver:
  - Une pathologie obstétricale (RCIU, prématurité)
  - Une maladie génétique.

Atcd familial de maladie héréditaire.

- Conseil génétique pour déterminer le risque pour l'enfant à naître.
- Possibilité de DAN selon l'enquête familiale et le conseil génétique.
- La recherche d'un marqueur génétique prend du temps et doit être faite avant la grossesse.

- Principales maladies qui peuvent relever du DAN:
  - Myopathies,
  - Mucoviscidose,
  - Certaines hémophilies,
  - Hémoglobinopathies (drépanocytose, thalassamie majeure),
  - Certaines maladies métaboliques,
  - Maladies neurodégénératives à révélation précoce.

- Informer le couple des modalités du diagnostic, échographique et/ou par prélèvement invasif (BT +++).

- Possibilité de diagnostic préimplantatoire dans certains cas (DPI).

Phénylcétonurie.

- Le diagnostic est parfois méconnu.
- En l’absence de régime pendant la grossesse, l’enfant développera un retard mental irréversible du fait de l’exposition in utéro à la phénylalanine.
- Importance du régime pauvre en phénylalanine avant la conception et pendant toute la durée de la grossesse.
- Carnet de santé +++ (test de Guthrie).