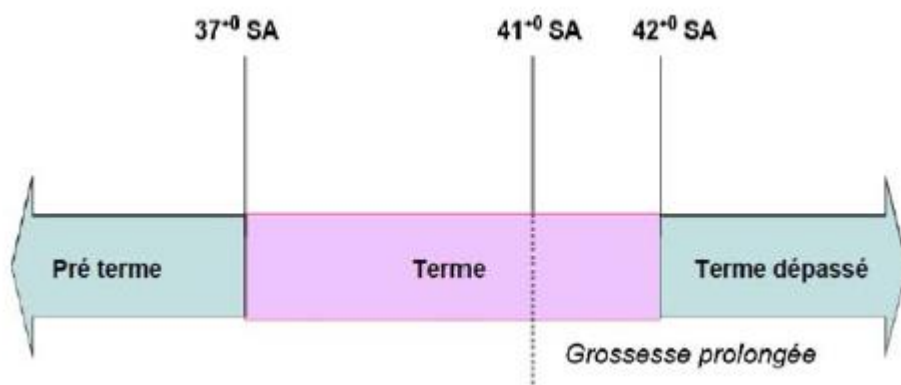


GROSSESSE PROLONGÉE

Prise en charge



Grossesse prolongée ≥ 41 SA⁺⁰ concerne ~ 15% à 20% des femmes enceintes

Terme dépassé ≥ 42 SA⁺⁰

Risques augmentés pour le fœtus : oligoamnios, ARCF, inhalation méconiale, acidose néonatale, macrosomie, mortalité périnatale

Risques augmentés pour la mère : césarienne, lésions périnéales (3^{ème}/ 4^{ème} degré), hémorragie du post partum, infection intra utérine, endométrite

Date de surveillance recommandée du terme 41 SA ⁺⁰ – 9 mois

Approximation acceptable calcul 9 mois = 287- 290 jours = 41⁺⁰ à 41⁺³ SA

1) Première consultation pour grossesse prolongée

- Vérifier le terme (datation écho T1)
 - Interrogatoire perception des MAF (et signes fonctionnels obstétricaux usuels)
 - Examen clinique : TA, température, HU, TV
 - Examens paracliniques
- BU
- ERCF
- Echographie : quantité de liquide par la mesure de la grande citerne verticale
Si inférieure à 20 mm : oligoamnios (indication à une hospitalisation et à un déclenchement)
- Vérifier complétude du dossier : carte de groupe, résultat du PV, bilan anesthésique, consultation anesthésique
 - Information patiente

2) Points clés de l'information patient

- Situation de grossesse prolongée = majoration des risques de complications
- Evaluation de la situation maternelle et fœtale par la consultation
- Si anomalie = non éligible à une expectative, explications sur indication médicale du déclenchement
- Intérêt du TV pour évaluation des conditions cervicales et éventuel DPIO
- **Informé, proposer les 2 options quel que soit le score de Bishop : expectative et déclenchement** (avantages / inconvénients ; modalités du déclenchement selon conditions de la patiente, l'organisation des soins ; modalités de la surveillance ...)

Un col « défavorable » à 41SA ne doit pas faire écarter la proposition/ discussion du déclenchement

Rappel : le déclenchement n'augmente pas le taux de césarienne

- **Place du DPIO**

Intérêt augmenter la mise en travail spontanée

Désagrément : risques de contractions utérines, douleurs, saignements

Le DPIO n'augmente pas le risque de rupture des membranes avant travail, n'augmente pas le risque infectieux, n'augmente pas le taux de césarienne

Ne peut être réalisé qu'avec le consentement préalable de la patiente

- Traçabilité dans le dossier des points clés d'information et discussion avec la patiente / le couple, du consentement aux actes réalisés

3) Si expectative choisie

= surveillance toutes les 48 heures à partir de 41 SA⁺⁰ jusque que 41⁺⁵, 41⁺⁶ ou 42 SA⁺⁰ maximum

- Interrogatoire perception des MAF
- TA, température, TV, BU, ERCF
- Echographie : contrôle de mesure de la grande citerne (2 ou 3 fois par semaine (CNGOF))
- Discuter suite de la prise en charge expectative ou déclenchement à programmer /réaliser à 42 SA⁺⁰ max
- Eventuel DPIO

Au-delà de 42 SA en cas d'opposition maternelle au déclenchement une surveillance jusque 42 SA⁺⁶ est possible mais une information sur la majoration des risques pour le fœtus doit être clairement réexpliquée

Référentiel RSN issu du travail de la commission des obstétriciens