

Cas Clinique D LEMERY

Corrigé type

Une femme de 37 ans, nulligeste, que vous suivez depuis longtemps pour cycles irréguliers vous consulte pour aménorrhée gravidique. Il s'agit une première union. Après 10 mois de tentatives pour démarrer une grossesse, elle s'est fait faire une prise de sang qui montre des Beta HCG positifs. Les dernières règles datent de 2 mois. Elle n'a pas d'antécédent particulier si ce n'est une fracture de jambe traitée par botte plâtrée, compliquée d'une phlébite et un fibromyome du fond utérin de 3 cm connu depuis 5 ans. Elle mesure 1m65 et pèse 58 kg.

Vous prescrivez des examens biologiques complémentaires. Elle revient vous voir la semaine suivante avec ses résultats. Elle est un peu angoissée et vous demande quand elle doit accoucher car elle craint que cela ne se produise à la date anniversaire de la mort de sa mère, décédée dans les suites de la naissance de sa sœur cadette.

Les résultats des examens biologiques se résument comme suit :

Groupe sanguin O Rh négatif

Immunisée contre la toxoplasmose mais non contre la rubéole

Sérologie syphilitique négative

14 1/ comment organisez vous la prise en charge de cette grossesse jusqu'à la fin de ce premier trimestre et qu'en attendez vous ?

4 choses :

2 a/ demander des RAI (elles manquent) pour vérifier l'absence d'allo-immunisation

8 b/ échographie pour :

confirmer la grossesse (tiroir)

vérifier la vitalité (tiroir)

dater la grossesse (adapté au cas)

compter les embryons (tiroir)

évaluer le fibrome (adapté au cas) et plus largement rechercher un pg gynéco (KO..)

recherche une anomalie morphologique

mesurer la clarté de la nuque (dépistage des AN chromosomiques, adapté ici, cf age) pour autant que cette écho soit réalisée à 11-13 SA sinon il faut en reprogrammer une à cette date précise pour pouvoir tenir compte de ce paramètre.

2 c/ surveillance de la sérologie Rubéole mensuellement

2 d/ ne pas oublier la déclaration de grossesse

NB : un dosage des B-HCG serait sans intérêt.

10 2/ du fait de son âge, elle hésite beaucoup quant à réaliser une amniocentèse. Quels sont les moyens de dépistage des anomalies chromosomiques que vous pouvez lui

proposer. Quelles informations devez vous lui donner pour l'éclairer dans sa prise de décision ?

Il s'agit de donner les informations que la dame doit avoir reçues et comprises (au terme de la loi : consultation dite de « conseil »)

4 a / Calcul de risque :

Ces méthodes permettent de donner, en fonction de leurs résultats un « coefficient » multiplicateur ou diviseur applicable au risque de bas lié à l'âge maternel.

3 façons :

- Interpréter les résultats de l'écho du TI (11-13 SA) avec la mesure de la nuque : à âge gestationnel égal et à âge maternel égal, le risque de T21 est d'autant plus élevé que la nuque est épaisse
- Faire un dosage des marqueurs sériques à 15-18 SA
- Eventuellement combiner les résultats des 2 précédents

2 b/ L'échographie permet enfin de diagnostiquer des malformations et anomalies morphologiques évocatrices

2 c/ Prise en charge de l'amniocentèse par l'assurance maladie

Chez cette dame de 37 ans l'amniocentèse n'est ne peut être prise en charge du seul fait de son âge (moins de 38 ans)

Chez toute femme quel que soit son âge dont le calcul de risque est $> 1/250$, l'amniocentèse est prise en charge .

2 d/ Elle doit être informée des risques et enjeux de la démarche du DPN :

- Choix éthique sur la poursuite ou l'interruption médicale de grossesse si anomalie fœtale
- Risque de perte fœtale post amniocentèse

83/ Elle décide finalement de ne pas pratiquer d'amniocentèse, comment planifiez vous la surveillance de ce 2^{ème} trimestre de grossesse ?

2 a/ surveillance mensuelle clinique

4 b/ surveillance Biologique :

Obligatoire :

Surveillance mensuelle de la rubéole jusqu'à 20 SA (sans intérêt au delà)

Au 6^{ème} mois :

RAI

Ag HBs

NFS, Plaq

Discuter le dépistage du diabète gestationnel (rappel recommandations ALFEDIAM et CNGOF préconisent O' Sullivan avec seuil à 1,30 pour indiquer une HGPO à 100g de confirmation (2 chiffres $>$ aux critères de Carpenter)

2 c/ surveillance échographique : échographie morphologique à 22 SA. A ce niveau certains pourront proposer un doppler des artères utérines vus les ATCD pouvant évoquer un thrombophilie, cependant dans une situation de ce type le niveau de preuve est insuffisant.

114/ à 24 semaines elle présente une douleur abdominale sous ombilicale médiane de survenue rapidement progressive, avec des épisodes plus intenses sur un fond permanent. A l'examen vous notez un point douloureux électif sous l'ombilic et une température à 37°9. Quel est le diagnostic le plus probable. Quelle attitude proposez-vous ?

4 Nécrobiose du fibrome
En principe aseptique

3 Arguments diagnostic : douleur au siège du fibrome, faire une écho : modification echostructure (en cocarde) et augmentation de taille

Hospitaliser au Repos

Il faut faire bilan inflammatoire : température, CRP, NFS

3 Glace sur le ventre

Antalgiques type paracétamol

Bien que classiquement CI on ne peut pas refuser une prescription ponctuelle (24-48h) d'AINS

1 Surveillance des contractions utérines et de la vitalité fœtale (des monitorings multiples sont sans intérêt à cet âge de grossesse)

205/ Les phénomènes se sont amendés, la grossesse se poursuit. A 29 semaines, elle vient consulter en urgence pour douleur de la base thoracique gauche, elle est polypnéique et se plaint de crampes au mollet droit depuis 2 ou 3 jours.

Quel diagnostic évoquez vous et quelle prise en charge diagnostique et thérapeutique proposez-vous ?

2 Hospitalisation

3 Embolie pulmonaire

3 compliquant une phlébite surale

4 Doppler veineux des MI

ECG, Gazo, Angio scanner

4 Héparine non fractionnée IV puis relayée par HNF S/C

Surveillance biologique (TCA : 3x témoin)

Dans le traitement il ne faudra pas oublier ce qui est du domaine de la grossesse normale et donc proposer une injection de 300 microgrammes de Gamma Globulines anti D maintenant recommandée systématiquement à 28-30sem (bien noter « proposer » et non « faire », la RPC est précise là dessus et c'est à la demande des usagers !)

226/ Au terme de 31 semaines, elle signale ne plus sentir son enfant bouger. L'échographie réalisée en urgence révèle une mort in utero. La patiente accouche après déclenchement. Quelle(s) étiologie(s) peut (-vent) être principalement rattachées à l'histoire de cette patiente ? sur quels arguments cliniques ? Proposez les principales explorations complémentaires permettant d'étayer votre (vos) hypothèse(s).

3 Une thrombophilie sur :

4 Phlébite sous plâtre

Décès le mère en suite de couches (embolie pulm ?)
Accident thrombo embolique sur cette grossesse
La mort in utero elle-même

Associée ou non à un HRP

Penser à :

l'examen anat path du placenta
et surtout l'autopsie fœtale (qui nécessite une autorisation écrite des parents)

Bilan de la thrombophilie :

On est devant une femme « enceinte » avec ATCD de maladie thrombo embolique veineuse (MTEV), une METV en cours compliquée d'une pathologie vasculo-placentaire et un probable ATCD familial (Conf consensus HAS 2003)

NF Plaq

Antiphospholipides

TQ TCA

Anti thrombine

Prot C

RPCA ou Fct V Leiden

F II 20210A

Recherche d'éléments en faveur d'un lupus

15/ Cette patiente ne souhaite pas envisager de nouvelle grossesse dans l'immédiat et vous demande une contraception. Quelles méthodes lui proposez vous ?

5 Contre indication à la contraception orale oestro pogestative

Options possibles :

4 Progestatifs de synthèse :

soit microdosés en continu

soit de type promegestol (lutenyl ®) ou promegestone (surgestone ®) 21j/mois

2 Implant progestatif (Implanon)

4 Dispositif intra utérin

Au cuivre

Au levonorgestrel (progestatif= mirena ®)