



Dépassement de terme

Dr N. Derdour



Objectif

- Savoir dater la grossesse ; écho précoce et reconnaître le dépassement de terme
- Connaître les conséquences du dépassement de terme
- Surveillance rapprochée pour diminuer la morbidité et la mortalité néonatale.
- Etablir une conduite à tenir appropriée



introduction

- 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 prolongée.

Définition

- Durée de la grossesse: chez une femme ayant des cycles réguliers de 28 jours; la durée moyenne de la grossesse varie entre 280(40SA) à 284j(40SA+4jours) après le premier jour des dernières règles avec une variation de + ou - 2 semaines.
- il n' existe pas de consensus sur la détermination du terme théorique de la grossesse normale celui-ci variant de 40 à 41SA selon les équipes.



Définition

○ Grossesse prolongée et terme dépassé:

-L' appellation de terme dépassé est la plus appropriée, il survient quand la grossesse dure plus de 42SA(294jours)

- Entre 41 et 42SA il s' agit d'une grossesse en voie de dépassement.



Epidémiologie

- 1 à 7% des grossesses atteignent 42SA.
- La connaissance de la date de l'ovulation permet de réduire l'incidence des grossesses prolongées ainsi que l'utilisation de l'échographie précoce.



Facteurs de risque

- Facteurs individuels, familiaux et ethniques favorisant une durée plus longue de la grossesse.
- Antécédent de dépassement de terme
- Dysfonctionnement de la contractilité utérine, défaut de maturation du col, macrosomie fœtale
- Anencéphalie, hydrocéphalie, trisomie 18 et hyperplasie congénitale des surrénales.



Maternels :

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



Fœtale et annexielles

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

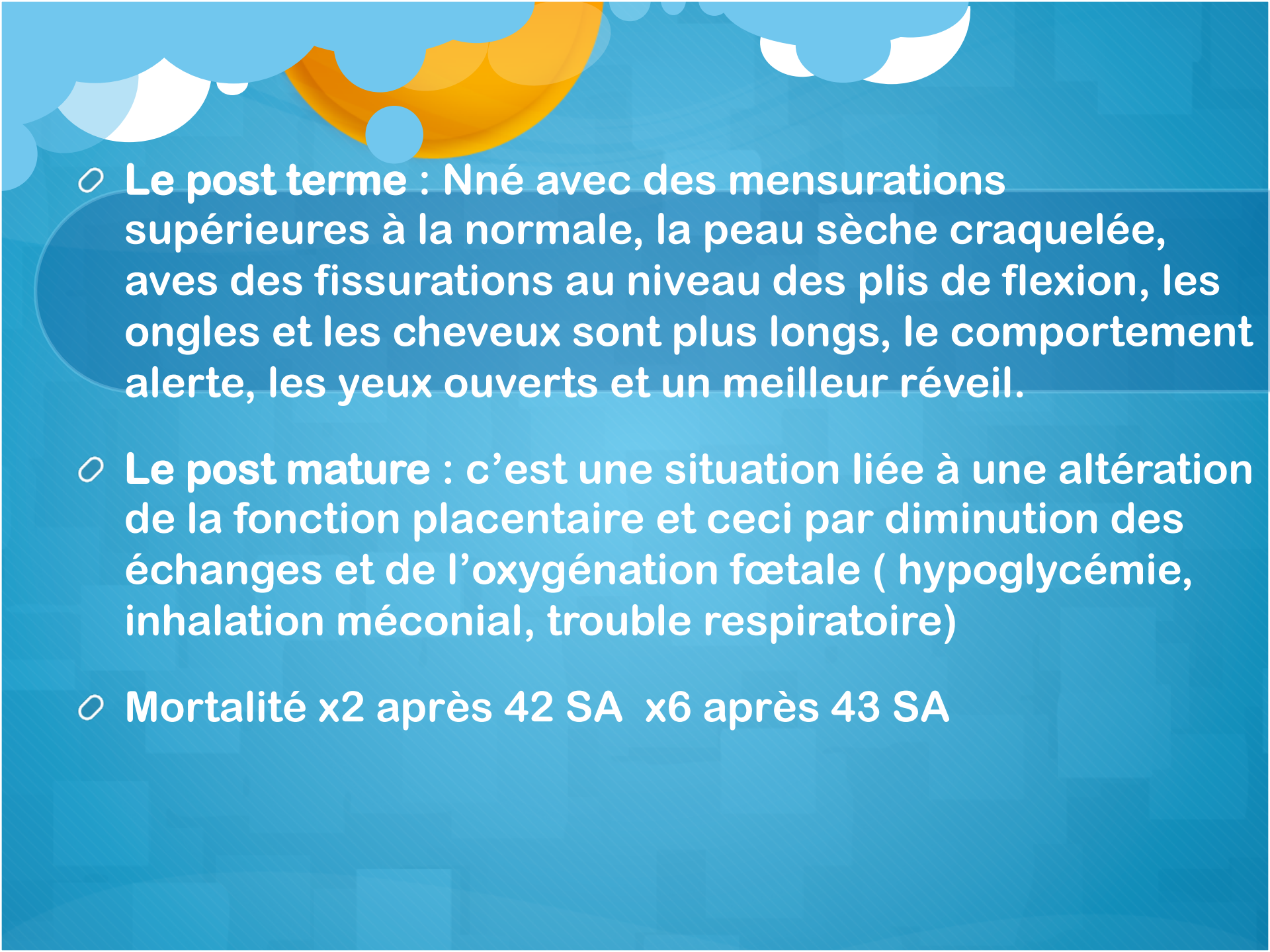


Conséquence du dépassement de terme

- Dystocie
- Traumatisme périnéal
- Augmentation du taux de césariennes
- Hémorragies du post partum
- Endométrite
- Accident thromboembolique

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 méconial 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** : Néé 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 (hypoglycémie, inhalation méconial, trouble respiratoire)
 - **Mortalité x2 après 42 SA x6 après 43 SA**

Diagnostic et moyen de surveillance

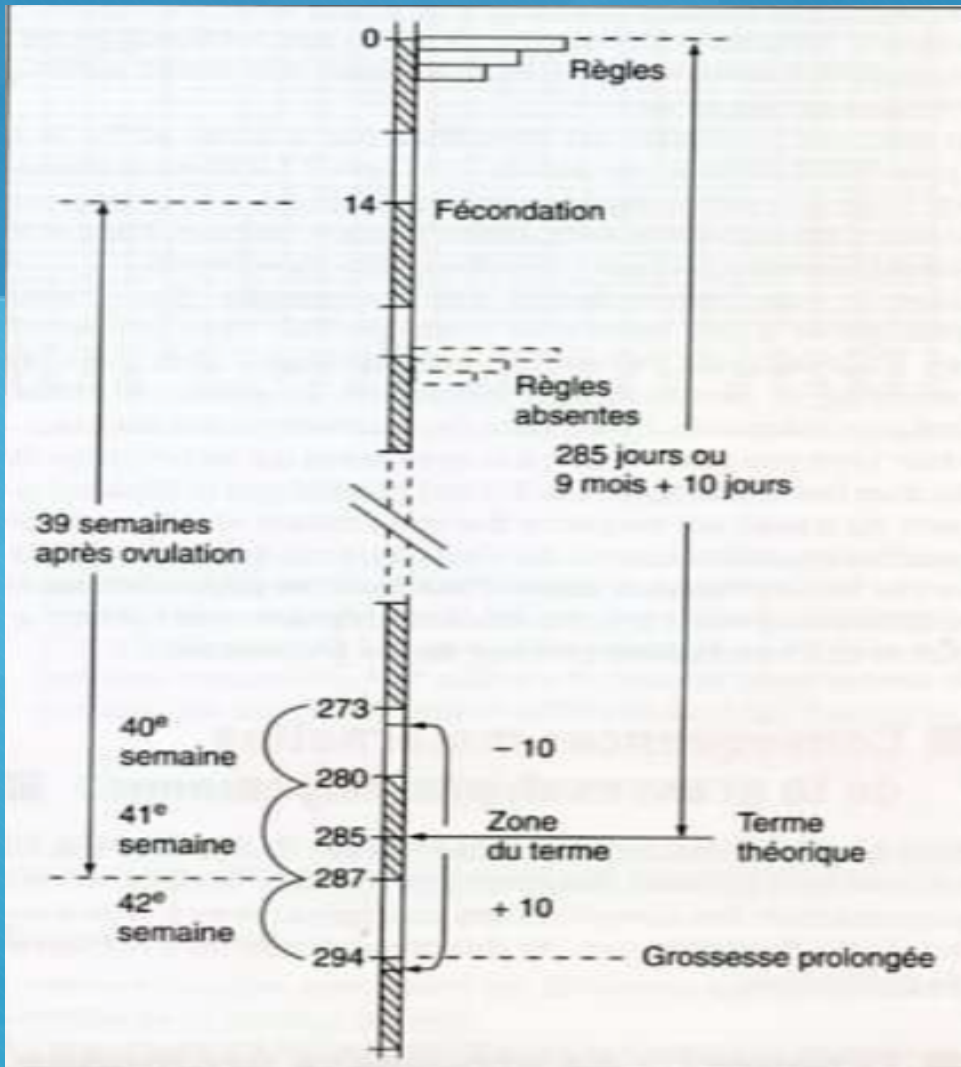
- Évaluation précise du terme de la grossesse
- Ne peut être déterminé que si le début de la grossesse a été déterminé avec exactitude :

1/ la datation précoce:

- La date des dernières règles (DDR) :

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

- $9\text{mois} + 10\text{jrs} = 40\text{ SA} + 3\text{jrs}$

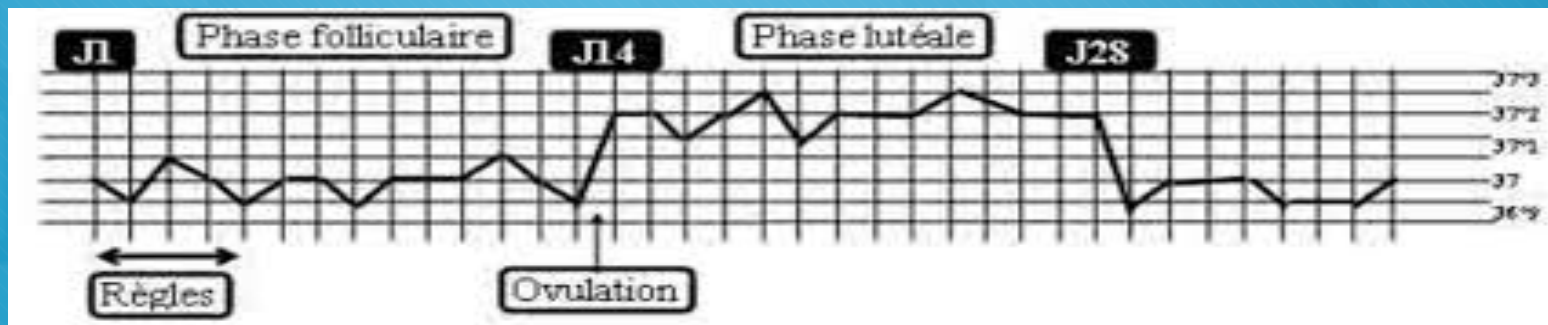




○ Dans certaines situations la date des dernières règles ne peut être déterminée avec exactitude :

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

- la date de l'ovulation déterminée par 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.



Echographie

○ Echo précoce :

Le critère le plus précis
qui permet de déterminer
le début de la grossesse

c'est mesure de la longueur crano-caudal (LCC)
entre 9 et 14 SA





Après FIV « fécondation in vitro »

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

Insémination artificielle



La surveillance

- C'est une grossesse à haut risque fœtal et obstétrical
- A partir de 41SA surveillance fœtale pour rechercher des signes de souffrance fœtale.
- Toutes les 48 H



Moyens de surveillance

- Clinique:
- Les MAF
- Amnioscopie; liquide méconial
- Diminution de la hauteur utérine

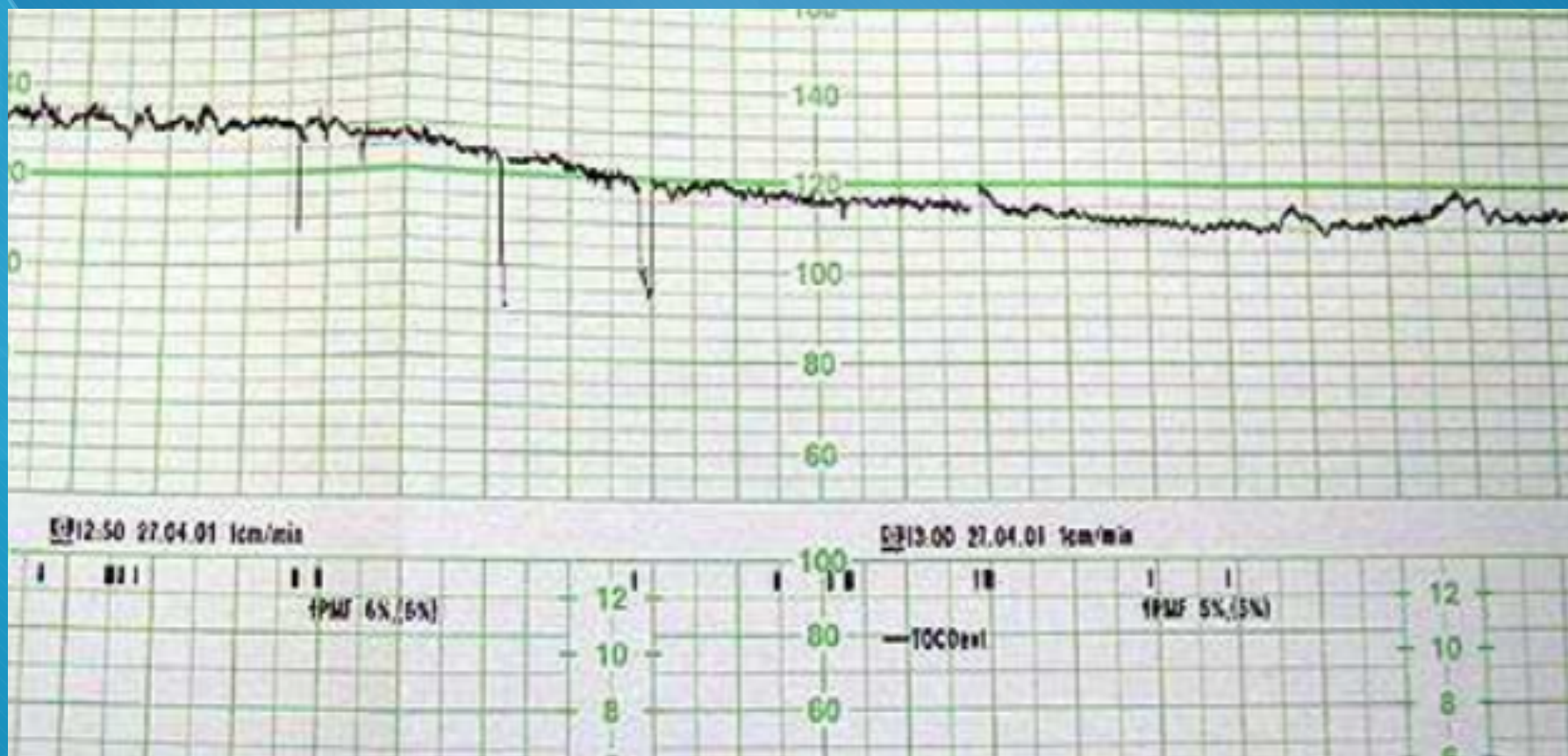
Exploration paraclinique

○ L' ERCF: tracé pathologique

Toutes les 24 à 48H

- diminution des oscillations $< 5 \text{ bpm} > 50\%$ du tracé
- ralentissements pépètes précoces, tardifs, variables
- absence d' accélération lors des mouvements foetaux
- tendance à la tachycardie foetale.

Rythme plat





échographie

- Quantité du LA
- Mesure de la plus grande citerne > 3 cm
- Index amniotique: > 8 cm
- Oligoamnios; gde < 2 cm ou IA < 5 cm \rightarrow césarienne

Score de Manning >8

si <4 extraction

Paramètre	Normal (score 2)	Anormal (Score 0)
Mouvements respiratoires	≥1 épisode ≥30 S en 30min	Absents ou aucun épisodes ≥30 S en 30 min
Mouvements globaux du corps	≥3 mouvements discrets du corps ou des memebres en 3à min	≤ 2 épisodes de mouvements du corps ou des memebres en 30 min
Tonus foetal	≥1 episode d'extension active avec retour en flexion d'un ou plusieurs memebres ou du tronc ,ouverture fermeture de la main	Extension lente avec retour en flexion partielle ou mouvement d'un memebre en extension totale ou absence d mouvements
RCF	≥ 2 épisodes d'accélération ≥ 15 bpm et ≥ 15 s associés à un mouvement foetal en 20 min	< 2 épisodes d'accélération du RCF ou accélération <15 bpm en 20 min
Quantité de liquide amniotique	≥ 1 citerne de liquide mesurant ≥ 1 cm dans deux plans perpaendiculaires	Aucune citernes de liquide ou 1 citerne <1 cm dans les deux plans perpandiculaires



Amnioscopie

- Disparition du vernix
- Aplatissement de la poche des eaux
- Liquide teinté ou méconial

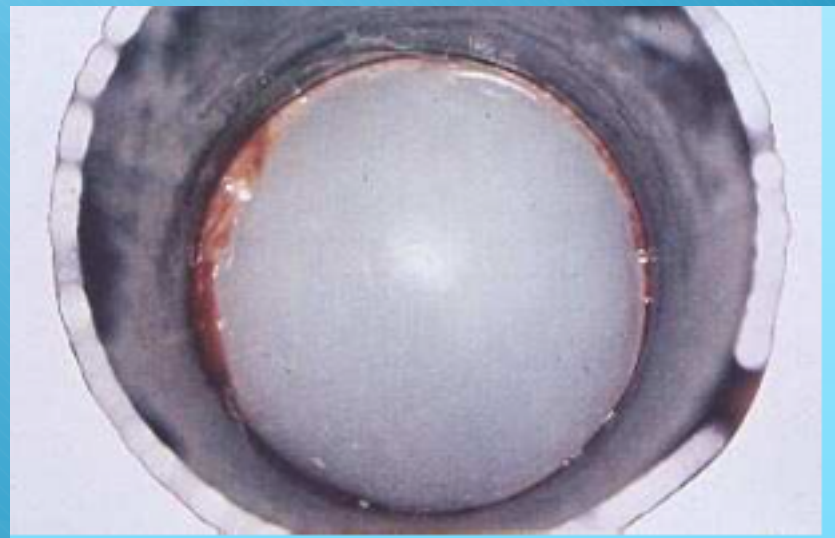
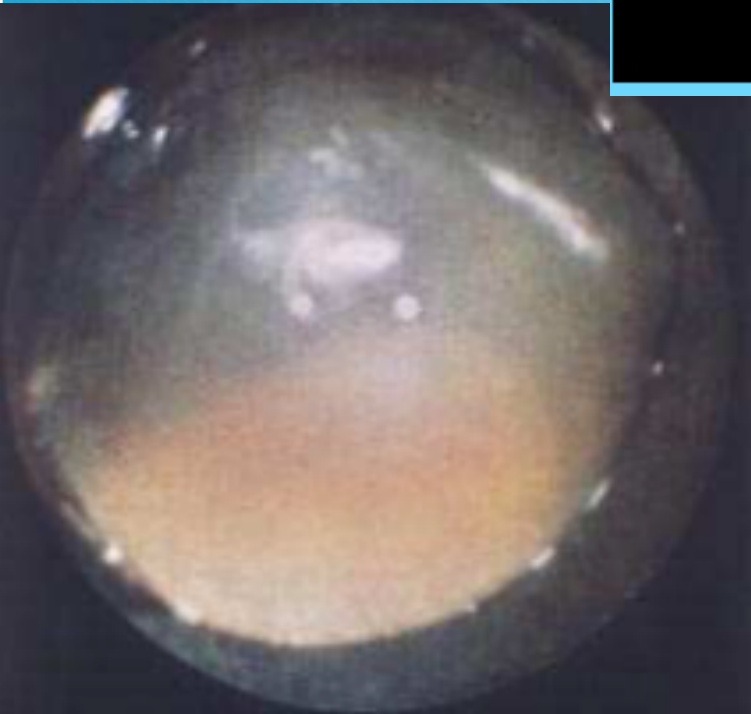
Amnioscopes à usage unique

Grand (21 mm)

Moyen (16 mm)

Petit (12 mm)

aly-abbara.com



CAT

- Signes anormaux = extraire l' enfant
- Absence de problèmes obstétricaux
 - bishop > 6 → déclenchement
 - bishop < 6 maturation cervicale



○ Si problème obstétricaux; souffrance fœtale, utérus cicatriciel, présentation anormale → Césarienne

○ Pas de signes anormaux:

- Déclenchement systématique à partir de 41 SA
- Surveillance jusqu' à 42 SA

41 SA + 0 j
TV, RCF, échographie du LA

Bishop ≥ 6

Déclenchement
Ocytocine + rupture des membranes

Si Bishop ≥ 6

Bishop < 6

41 SA + 2 j

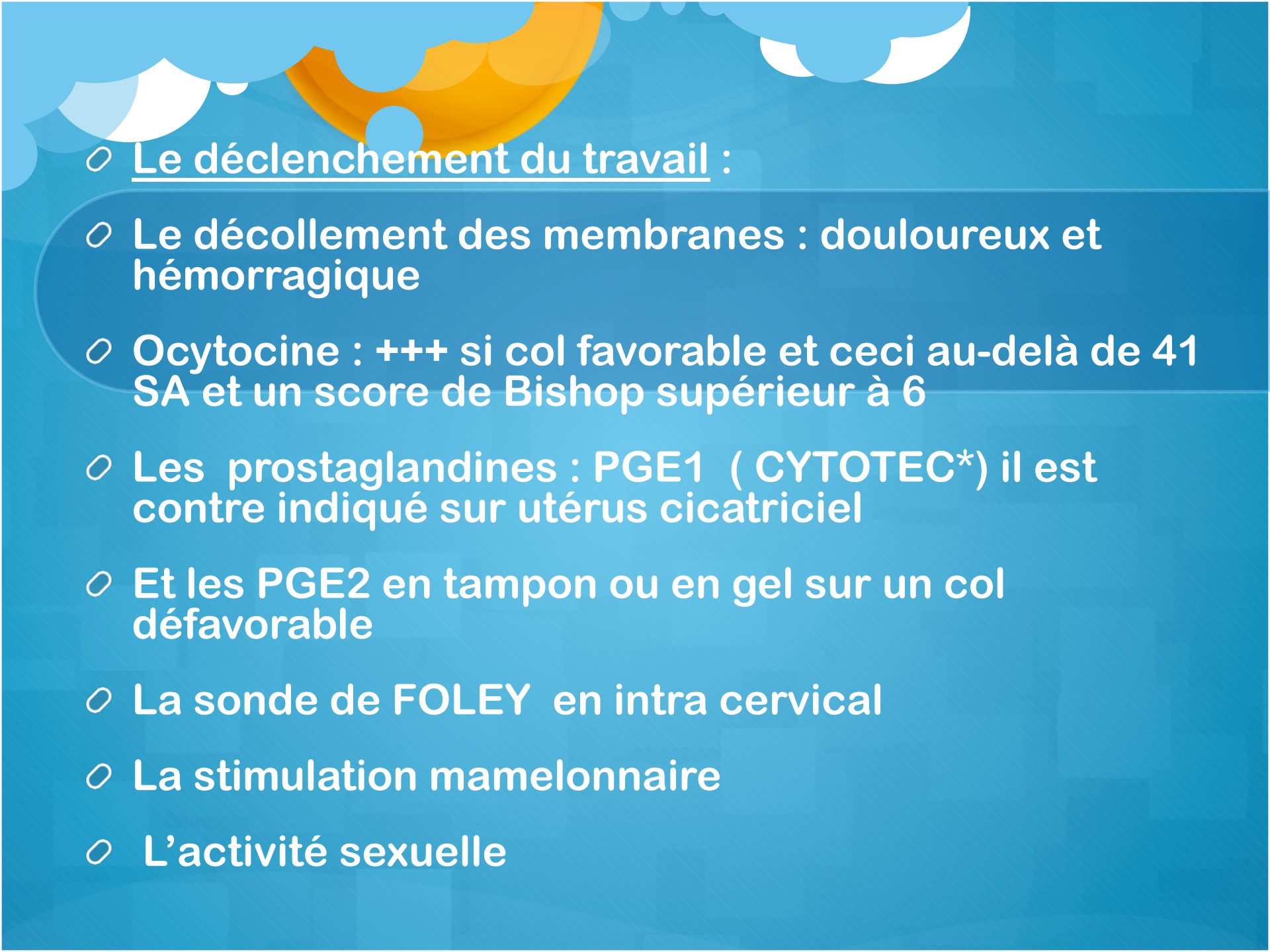
Si Bishop < 6

41 SA + 4 j

Si Bishop < 6

Déclenchement
prostaglandines

hospitalisation
41 SA + 4(5) j

- 
- Le déclenchement du travail :
 - Le décollement des membranes : douloureux et hémorragique
 - Ocytocine : +++ si col favorable et ceci au-delà de 41 SA et un score de Bishop supérieur à 6
 - Les prostaglandines : PGE1 (CYTOTEC*) il est contre indiqué sur utérus cicatriciel
 - Et les PGE2 en tampon ou en gel sur un col défavorable
 - La sonde de FOLEY en intra cervical
 - La stimulation mamelonnaire
 - L'activité sexuelle



Prise en charge du NNE post terme

- Une aspiration endo-trachéale et une ventilation au masque.
- Faire un transfert en réanimation néonatalogique si nécessaire



Conclusion

- Le dépassement de terme est une situation fréquente ; il est recommandé d'effectuer une échographie précoce afin de confirmer ou préciser le terme (mesure du LCC avant 14 SA).
- En cas de grossesse prolongée, une surveillance plus rapprochée par un ERCF et une mesure du LA, doit être instaurée (à partir de 41 SA et chaque 48 heures) afin de choisir le moment optimum pour déclencher le travail