

GROUPE DE TRAVAIL OBSTÉTRIQUE : HAD LORRAINE



Fissures et Ruptures Prématuurées des Membranes en HAD obstétrique

Protocole de surveillance clinique et para-clinique



ABREVIATIONS

- BU : Bandelette Urinaire
- CRP : C Reactive Protein
- PGC : Plus Grande Citerne
- MAF : Mouvements Actifs Fœtaux
- NFS : Numération Formule Sanguine
- RCF : Rythme Cardiaque Fœtale
- VCT : Variation à Court Terme

SURVEILLANCE CLINIQUE MATERNELLE ET FŒTALE

La fréquence de la surveillance clinique est :

- **2 à 3x/semaine avant 26 SA**
- **Au minimum 3x/semaine à partir de 26 SA.**

Une sage-femme réalise un examen général et obstétrical complet afin d'évaluer :

- les signes maternels infectieux (hyperthermie, pertes vaginales modifiées...), les risques d'accouchement prématuré
- le bien être fœtal (MAF) et la surveillance fœtale :
 - o Enregistrement du RCF sur 30 min au plus tard à partir de 28 révolues (pas de VCT sauf sur demande prescripteur HAD),
 - o Prise des batttements cardiaques fœtaux pour les grossesses < 26 SA
 - o Entre 26 SA et 28 SA : RCF sur demande du prescripteur HAD.

→ **Délai** : le 1^{er} passage de la sage-femme s'effectue dans les 48 h qui suivent la sortie de maternité.

SURVEILLANCE BIOLOGIQUE

Réalisation d'une BU par semaine

Un bilan biologique infectieux : NFS, CRP, est réalisé **deux fois par semaine**

→ **Délai** : dans les 72h suivant l'entrée en HAD

SURVEILLANCE BACTERIOLOGIQUE

- Un **prélèvement vaginal bactériologique** : germes banals, est réalisé **une fois par semaine**
- La recherche de mycoplasmes et/ou de *chlamydia Trachomatis* doit faire l'objet d'une demande du prescripteur de l'HAD

→ **Délai** : à 7 jours d'intervalle du dernier prélèvement réalisé à l'hôpital, au minimum 48 heures après l'arrêt d'un traitement antibiotique.

SURVEILLANCE ECHOGRAPHIQUE

- **PGC** : 1 fois par semaine
- **Croissance fœtale** : non systématique, sur demande du prescripteur HAD.

GROUPE DE TRAVAIL OBSTÉTRIQUE : HAD LORRAINE



Fissures et Ruptures Prématurées des Membranes en HAD obstétrique

Protocole de surveillance clinique et para-clinique



FIN DE PRISE EN CHARGE = retour en hospitalisation

- **En urgence pour les motifs suivants** : Menace d'accouchement prématuré, hyperthermie, majoration franche ou aspect pathologique de l'écoulement de LA, anomalie du RCF.
- **Programmée par le prescripteur** : déclenchement ou autre prise en charge

GROUPE DE TRAVAIL OBSTÉTRIQUE : HAD LORRAINE



Cholestase gravidique en HAD obstétrique Protocole de surveillance clinique et para-clinique



ABREVIATIONS

- **BDC** : Bruits Du Cœur
- **FC** : Fréquence cardiaque
- **HAD** : Hospitalisation A Domicile
- **HTA** : Hypertension artérielle
- **MAF** : Mouvements Actifs Fœtaux
- **RCF** : Rythme cardiaque fœtal
- **RCIU** : Restriction de Croissance Intra-Utérine
- **SA** : Semaines d'Aménorrhée
- **SF d'HTA** : Signes Fonctionnels d'HTA
- **TA** : Tension Artérielle

DEFINITIONS

La cholestase gravidique se définit par :

- Un prurit survenant exclusivement pendant la grossesse (2^e et 3^e trimestre)
- Associé à une perturbation du bilan hépatique :
 - Acides biliaires à jeun > 10 µmol/l avec ou sans cytolyse hépatique
- En l'absence d'autre étiologie retrouvée
- Résolutif après l'accouchement

On distingue deux types de cholestase :

- Cholestase gravidique modérée : acides biliaires à jeun compris entre 10 et 39 µmol/l
- Cholestase gravidique sévère : acides biliaires à jeun supérieur ou égal à 40 µmol/l

CRITERES D'ADMISSION EN HAD OBSTETRIQUE

Deux critères sont nécessaires :

- Critère géographique : habitation dans un territoire pris en charge par l'HAD
- Critères médicaux :
 - Cholestase gravidique modérée : sortie possible en HAD dès le diagnostic posé
 - Cholestase gravidique sévère : instauration du traitement en hospitalisation conventionnelle. Contrôle du taux d'acides biliaires à jeun 48 heures après le début du traitement : sortie en HAD possible en cas de diminution du taux.

SURVEILLANCE CLINIQUE MATERNELLE ET FŒTALE

- La fréquence de la surveillance clinique :
 - En cas de cholestase gravidique modérée : la fréquence de passage est d'au minimum 2 passages par semaine.
 - En cas de cholestase gravidique sévère : surveillance quotidienne

GROUPE DE TRAVAIL OBSTÉTRIQUE : HAD LORRAINE



Cholestase gravidique en HAD obstétrique Protocole de surveillance clinique et para-clinique



Une sage-femme réalise un examen général et obstétrical complet afin d'évaluer :

- Les constantes (TA et FC à chaque passage)
- Les symptômes anormaux maternels : prurit, ictère, douleurs abdominales, SF d'HTA (œdèmes, céphalées, douleurs épigastriques, phosphènes, acouphènes), vomissements, métrorragies, contractions utérines
- Le bien être fœtal (recherche d'une diminution des MAF)
 - Surveillance fœtale : enregistrement du RCF sur ½ heure à partir de 28 SA révolues. Avant 28 SA : RCF si précisé, sinon BDC uniquement.

⇒ **Délai** : le premier passage de la sage-femme doit s'effectuer le lendemain de la sortie de la maternité si cholestase sévère ou dans les 48 heures si cholestase modérée.

SURVEILLANCE BIOLOGIQUE

- Réalisation d'une bandelette urinaire une fois par semaine.
- Réalisation d'un bilan sanguin deux fois par semaine :
 - ASAT, ALAT : deux fois par semaine
 - Acides biliaires à jeun : une fois par semaine si stables.

⇒ **Délai** : dans les 72h suivant l'entrée en HAD.

SURVEILLANCE ECHOGRAPHIQUE

La cholestase gravidique ne justifie pas à elle seule une échographie supplémentaire, sauf demande spécifiée du prescripteur.

FIN DE PRISE EN CHARGE

- Sortie d'HAD en cas d'hospitalisation.
- Hospitalisation :
 - **En urgence pour les motifs suivants** : Anomalies du RCF, diminution des MAF, métrorragies, apparition ou majoration d'une HTA, apparition ou aggravation d'œdèmes, apparition d'une prééclampsie, apparition de SF d'HTA, RCIU
 - **Programmée par le prescripteur** : Déclenchement programmé, hospitalisation pour surveillance.

RCIU en HAD obstétrique : Protocole de surveillance clinique et paraclinique

ABREVIATIONS

- **BDC** : Bruits Du Cœur
- **HTA** : Hypertension artérielle
- **MAF** : Mouvements Actifs Fœtaux
- **PAG** : Petit pour l'Age Gestationnel
- **RCIU** : Restriction de Croissance Intra Utérine
- **RCF** : Rythme cardiaque fœtal
- **RCP** : Rapport Cérébro-Placentaire
- **SA** : Semaines d'Aménorrhée
- **SF d'HTA** : Signes Fonctionnels d'HTA

REFERENCES

- Recommandations pour la Pratique clinique, Le retard de croissance intra-utérin, Collège National des Gynécologues Obstétriciens, 2013.

DEFINITIONS

- Le **PPAG** se définit par une estimation de poids fœtal inférieure au 10^e percentile. Il est sévère en cas d'estimation de poids fœtale inférieure au 3^e percentile.
- Le **RCIU** correspond le plus souvent à un fœtus PAG associé à des éléments en faveur d'un défaut de croissance pathologique (arrêt ou infléchissement de la croissance fœtale).

SURVEILLANCE CLINIQUE MATERNELLE ET FŒTALE

La fréquence de la surveillance clinique :

- **En cas de RCIU entre le 3^e et le 10^e percentile :**
 - En cas de Doppler ombilical normal ou élevé, avec RCP>1 : la fréquence est laissée à l'appréciation du prescripteur, avec un minimum de 2 passages par semaine.
 - En cas de RCP<1 : surveillance quotidienne.
- **En cas de RCIU inférieur au 3^e percentile :**
 - En cas de Doppler ombilical normal ou élevé, avec RCP>1 : la fréquence est laissée à l'appréciation du prescripteur, avec un minimum de 3 passages par semaine.
 - En cas de RCP<1 : surveillance quotidienne

Une sage-femme réalise un examen général et obstétrical complet afin d'évaluer :

- Les symptômes anormaux maternels : SF d'HTA (œdèmes, céphalées, douleurs épigastriques, phosphènes, acouphènes), vomissements, métrorragies, contractions utérines
- Le bien être fœtal (recherche d'une diminution des MAF)
 - Surveillance fœtale : enregistrement du RCF sur ½ heure à partir de 32 SA révolues.
 - Avant 32 SA : RCF si précisé, sinon BDC uniquement.

RCIU en HAD obstétrique :

Protocole de surveillance clinique et paraclinique

⇒ **Délai** : le premier passage de la sage-femme doit s'effectuer le lendemain de la sortie de la maternité.

SURVEILLANCE BIOLOGIQUE

Réalisation d'une bandelette urinaire une fois par semaine

⇒ **Délai** : dans les 72h suivant l'entrée en HAD

FIN DE PRISE EN CHARGE

- Sortie d'HAD en cas de normalisation de l'estimation de poids fœtal (EPF supérieure au 10^e percentile) après validation au staff obstétrical
- Hospitalisation :
 - **En urgence pour les motifs suivants** : Anomalies du RCF, diminution des MAF, métrorragies, apparition ou majoration d'une HTA, apparition ou aggravation d'œdèmes, apparition d'une prééclampsie, apparition de SF d'HTA, apparition d'une dégradation des Doppler, arrêt de croissance fœtale
 - **Programmée par le prescripteur** : Déclenchement programmé ou hospitalisation pour surveillance.