

- ① Introduction
- ② Fréquence
- ③ étiologies
- ④ cliniques
- ⑤ CAT

Grossesse Prolongée prolongée

## ① Introduction

- la durée normale d'une grossesse est de :
  - soit à partir l'ovulation est de 266-267jr (36SA)
  - soit à partir DDR est de 281jr (40SA)
- on parle de grossesse prolongée (GP) si cette grossesse dépasse de 2 semaines le Terme Moyen soit 42 semaines.

## ② Fréquence

GP représente 2,5 à 14 %

## ③ Étiologie

GP ne dépend ni du sexe ni de la race ni de l'âge maternel.

Certains étiologies sont incriminées de la Dg GP à savoir :

- une céphalie sans hydramnios
- anomalies utérines (anomalies de la fibres musculaires et du col utérin)
- des récurrences de la GP 3 à 4 fois plus fréquentes chez ♀ qui déjà fait GP par rapport aux femmes.

## ④ Clinique

### ① Interrog

Très rigoureux à la recherche de :

- DDR si elle est précise
- Cycle menstruel, régulier ou non
- Date d'ovulation précise, soit une femme qui traité pour stérilité I ou II

qui a une courbe menstruelle ou qui a reçu les inducteurs d'ovulation (Clomid, OVBIN, PROGYNOVA)

- soit on connait la date d'insémination artificielle (PIA)
- soit un seul rapport sexuel unique et fécondant
- soit la prise de Contraceptif

Oraux

- soit une grossesse antérieurement prolongée

- Rechercher la date des TAF  
 Chez primipare vers 18SA  
 Chez Multipare 15-16SA

- préciser l'Age gestationnel par une échographie précoce lorsqu'elle est réalisée en 1<sup>er</sup> Trimestre en mesurant LLC (dans l'Age <sup>avec</sup> <sub>précision</sub> <sub>à 4ja</sub>)  
 (au 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> Trimestre ou)  
 mesure BIP, DAT, LF

LLC ou mesure vers Age gestationnel 8-12SA.



## B) Ex clinique

- \* La mesure de la hauteur utérine  
en principe elle est inférieure  
à l'âge gestationnel à l'état (N)  
34 cm pr une grossesse (N) à Terme.  
(34,9, 100)
- \* l'ex au Spéculum a la recherche  
d'un col gravidé, violacé, rechercher  
si ya une lésion!, présence pertes  
fétides ~~blanchâtres~~ jaunâtres ou  
verdâtre (infection)  
Blanchâtre non fétide (c. physiologique)
- Recherche Xérose ou plaie au niv  
vagin petit et grands lèvres
- avant le Terme, l'état du col  
est long en postérieur et fermé
- à Terme, le col est court  
médian, épais, mou, raccourci  
ouvert et dilaté

## C) Ex Complémentaires

A - Ex aident au Dg

- 1) Radio Contour utérin  
qui mesure des points d'osification:
  - le point Tibial  $\rightarrow$  TOLD  
apparaît à 38SA
  - le point Acétabulaire apparaît  
vers l'âge de 40SA
  - le point de BECLARD ou  
fémoral inf apparaît Age de 38SA

## 2) Les frottes vaginaux

montre les signes de sécrétion placentaire

## 3) Etude Pipende Amniotique par Amniocentèse

- l'aspect liquide amniotique clair ou  
verdâtre (SF)
- présence de Taux de bilirubine  
et de la créatinine qui sont  $\propto$  en  
fonct° Age gestationnel
- faire une étude du rapport  
$$\frac{\text{Lacton}}{\text{Sphéroglobine}} = \frac{L}{S}$$
  
qui est  $\text{Sup} > 2$  témoigne qu'il  
ya maturat° pulmonaire du fœtus  
à partir 36 SA.

## 4) échographie

- au 1<sup>er</sup> Trimestre, elle peut confirmer grossesse
- Elle détermine l'âge gestationnel entre  
8-12 SA par mesure LCC
- au 2<sup>em</sup> Trimestre, on mesure le  
BIP, DAT, LF ~~avec fœtus pendant l'accouchement~~
- au 3<sup>em</sup> Trimestre
  - Biométrie fœ
  - le Présentat° qui est fixe à 36-37 SA
  - l'activité Cardiaque
  - la quantité de liquide  
amniotique (Hydramnios, oligamnios  
anamnios!)
  - localisat° placenta soit au  
niv fond utérin ou segment inf (P.P)



## D) éléments de surveillance

### 1- le Contage des MAF

On demande à la gestante de compter les MAF de 8 à 11h30 de 12:00 à 12:30 et de 20:00 à 20:30

si ya ↓ siége SF

2- la mesure HU et la circonférence périmétrique "CPO"

3- l'état du col utérin et du Type de Présentation

4- le RCF qui peut ns maintenir un SFA ou SFC

4- le doppler qui ns mesure le flux sanguin placentaire au cours de l'échographie.

## 5) CAT

### 2 situations

- intervenir et déclencher le Travail si les conditions locales sont favorables.

- Surveiller par l'échographie et interrompre la grossesse par Césarienne.

## 1- Déclencher Travail

- Déclenchement de Comptabilité de nécessité pour Suspicion de Souffrance fœtale (la Présentation doit être Céphalique)

(pas de Siége, pas Transverse, pas front)

et en absence de Cicatrice utérines (le déclencher est ci des uterins cicatriciel)

- Technique déclencher:

• Rupture artificielle des MVB à 3-4 cm

• perfus 500cc SGI 5% + 500cc Synto (1 amp)

• induire la maturation du col par les prostaglandines (1/4 cp de cytotec) avec surveillance strict de la patiente par risque RU et HRP

## 2- Surveillance

• Hospitalisation de la patiente à partir 4ASA de l'unité des grossesses à haut risque (GHR)

• Surveillance de la TA, des BCF

• l'état du col et l'examen du Bassin

• la surveillance par Tomorap (RCF)

• le déclenchement du Travail si bipind Amniotique clair

• si = = verdatin ⇒ Césarienne

3) Pr souffrance fœtale

3 - l'Accouchement : se fait par les voies naturelles "voies basses" en absence des CI

La surveillance fœtale doit être rigoureuse et nécessaire. Forcés par abréger la phase d'expulsion

→ Acc par Césarienne

- avant Travail :

- disproportion fœto-pelvienne (gros Bébé)
- Présence de frêges chez primipare
- utérus cicatriciel
- HTA, diabète, Cardiopathie
- NIU

- au cours du Travail

• SFA

• disproportion fœto-pelvienne qui a passé inaperçue puis a entraîné un défaut d'engagement

4 - l'accueil de l'enfant

l'enfant de la GP peut être tout à fait (N), on peut avoir un gros Bébé aspect d'un macéré vivant (enfant maigre et déshydraté) jaunâtre, verdâtre anoxique avec peau desquamée avec des ongles qui sont anormalement longs, vernix Casosa de qualité faible ou absente, placenta est macroscopique (N), Lesion les plus cotés sont lesion ischrone, mortalité et morbidité fœtale sont ↑, gain de poids de l'enfant post partum par (A)

- Hypoglycémie

- Sol d'absorption Néonatal de la punch Amniotique d'où la nécessité d'une Réa en urgence