

LA POSTMATURITE EN QUESTION – quel diagnostic – quel pronostic ?

Madame A.

3e geste a déjà accouché 2 fois à l'issue de 2 grossesses normales sans incident

La premier accouchement a eu lieu a 41 SA exactement, le terme avait été calculé à partir d'une échographie réalisée à 11 SA.

Le terme de la 2^e grossesse est calculé initialement à partir de la DDR :9/09/98, soit un terme au 24/06/99. Une échographie à 21 SA annonce un décalage d'une semaine et prévoit plutôt un terme au 4 juillet.

L'accouchement a finalement lieu le 13 juillet, à l'issue d'un travail spontané qui permet la naissance d'un garçon pesant 4000 g avec un apgar à 10 ne présentant aucun signe de « postmaturité ».

Lorsque Madame A consulte pour sa 3^e grossesse, nous sommes très attentifs à ce que son début soit bien repéré, et nous n'avons aucun soucis puisque nous avons une date précise de DR au 17/06/04. Nous posons le début de grossesse au 1/07/04, date qui nous est confirmée par l'échographie à 12 SA. Le terme prévu est le 1/04/05.

L'ensemble de la grossesse se déroule normalement.

A partir de 40 SA, je propose toujours une surveillance un peu plus soutenue et vois Madame A. deux fois. Au cours de la 42^e SA, je lui demande de se rendre dans la maternité dans laquelle son dossier est ouvert afin de faire pratiquer une surveillance technique (monitoring et éventuellement échographie) Chaque examen revient parfaitement normal, aucune anomalie n'est suspectée.

Cependant à partir de 42 SA révolues, le déclenchement devient incontournable. Devant le refus des parents qui n'accepteraient le déclenchement que sur des motifs médicaux argumentés, la date du début de grossesse est alors mise en doute et rectifiée, donnant « la permission » à cette grossesse de se poursuivre une semaine de plus ...

La surveillance se poursuit quotidiennement, tout va bien, le nombre et l'intensité des CU montrent à l'évidence que nous nous rapprochons du dénouement.

Le 13 avril au soir Madame A. signale des CU plus soutenues bien qu'irrégulières. Au matin l'enregistrement du RCF est toujours parfait. L'activité utérine s'est intensifiée, nous sommes en prétravail. Il est 10 h.

à 12 h.40 la dilatation est à 8 cm

à 14 h.20 après une rupture spontanée des membranes à dilatation complète (le liquide était parfaitement clair) l'enfant naît avec un APGAR à 10, il pèse 3450 g. Son aspect est celui d'un nouveau-né à terme sans signe particulier.

Madame W. I Geste. Son terme est prévu le 18/08.

La naissance a lieu le 26 après une césarienne en urgence.

A partir de la 42^e SA, une surveillance clinique journalière avait permis de voir apparaître des signes évocateurs d'une diminution du volume du liquide amniotique, l'utérus semblant se mouler de plus en plus autour du fœtus. Cependant les mouvements fœtaux restaient de fréquence habituelle et le rythme cardiaque ne montrait aucune anomalie. Le vendredi 24/08, soit 48 h avant la naissance, une échographie avait mis en évidence des poches de liquide amniotique « rassurantes ». Les signes cliniques me semblaient cependant suffisamment inquiétants pour qu'une limite soit fixée au lundi pour pratiquer un déclenchement.

La nuit suivante Madame W. rompt spontanément les membranes, le liquide est rare, épais et teinté. Une césarienne pour souffrance fœtale est décidée à l'arrivée en maternité.

L'enfant qui naît a un APGAR à 10. Il est transféré dans le service de néonatalogie en raison du contexte infectieux dans lequel la mère est arrivée à la maternité ; Il pèse 2700 g. Il présente les signes habituellement décrits chez les enfants « postmatures »

Ces deux exemples contradictoires montrent les difficultés liées au diagnostic de la postmaturité et aux décisions de déclenchement qu'il engendre.

La littérature aborde deux problématiques liées à la postmaturité :

1. la macrosomie associée aux risques obstétricaux (dystocies mécaniques et lésions périnéales)
2. la souffrance fœtale chronique pouvant aboutir à la mort in utero.

Chacun a pu observer dans sa pratique que certains enfants nés avant 41 SA présentent des signes de souffrance chronique avec un amaigrissement, donnant à ces enfants une allure de « petit vieux », la peau parfois soulevée de phlyctènes. On constate parallèlement un oligo-amnios voir une absence totale de liquide amniotique.

Par ailleurs, le recueil de données de l'ANSFL sur les dossiers Audipog, portant sur 2245 dossiers fait apparaître 5,7 % de naissances après 42 SA. Sans pathologie notable.

Quand peut-on parler de « terme dépassé » et quelle signification lui donner ?

Plusieurs problèmes se posent.

1. La détermination du début de grossesse à partir des dernières règles reste malgré l'échographie approximative. L'HAS recommande d'ailleurs de ne pas modifier la date si la différence n'excède pas une semaine en plus ou en moins.
2. la durée d'une grossesse est calculée sur la base de 9 mois de grossesse ce qui correspond à 41 SA.
3. la limite en amont a été déterminée à 37 SA, avant c'est la prématurité.
4. la limite en aval a été décidée à 42 SA, au-delà c'est le post terme

Toutes ces définitions ne sont que des guides, des points de repère. La réalité est autre !

La terminologie « terme dépassé » m'a toujours posée problème et parue impropre, non médicale. Elle fait référence à une date posée sur un dossier à partir d'éléments aléatoires.

Ma première surprise date d'il y a plus de 20 ans en accueillant à 38 SA un enfant qui paraissait, contre toute attente, « post-terme ». Ce fut le point de départ d'une série d'autres observations venues nourrir mes interrogations sur ce sujet.

La naissance à plus de 42 SA d'une autre « série » d'enfants en très bon état de santé m'amenait également à remettre en question une attitude systématique de déclenchement au seul prétexte que nous serions à 42 SA.

Il apparaît dès lors qu'il faille distinguer deux diagnostics dont le pronostic est très différent.

Dans le premier cas il s'agit d'une grossesse dont la durée se prolonge au-delà des moyennes habituelles, nous avons pour poser ce diagnostic une série d'éléments cliniques.

- La hauteur utérine associée au périmètre ombilical continue de progresser plus lentement mais ne régresse pas
- Le fœtus évolue dans une quantité de liquide repérable à la palpation. Ses mouvements sont amples et n'accusent aucune diminution de fréquence observable par la mère et le professionnel.
- Le rythme cardiaque est bien oscillé montrant une excellente réactivité à la mobilité fœtale.

Dans l'autre cas, nous devons dépister une souffrance fœtale qui va devenir chronique avec un risque de mort in utero.

Cette situation semble associée à un dysfonctionnement du placenta qui n'assure plus correctement son rôle d'échanges, de nutrition et d'oxygénation. La clinique peut nous permettre d'évoquer ce diagnostic :

- La hauteur utérine et le périmètre ombilicale ne progressent plus
- L'utérus semble se mouler autour du fœtus
- La quantité de liquide diminue – le fœtus ne flotte plus
- Les mouvements fœtaux perdent de l'amplitude

Dès l'apparition d'un de ces signes il devient nécessaire de pratiquer des contrôles de façon très rapprochée. La situation pouvant se dégrader rapidement, il s'agit de ne pas attendre que la souffrance fœtale soit perceptible sur le rythme cardiaque.

Par contre il me paraît tout à fait regrettable de décider d'un déclenchement si l'ensemble des paramètres repérables est correct.

Pendant la grossesse, les hormones placentaires inhibent la post-hypophyse, bloquant l'activité utérine. A terme, c'est la diminution de l'activité placentaire et donc du taux de progestérone qui libère la sécrétion de l'ocytocine en quantité suffisante pour entraîner l'accouchement.

Lorsqu'une perfusion d'ocytociques échoue à déclencher l'accouchement, n'est-il pas concevable d'en déduire que l'activité placentaire est encore trop importante, signe que la grossesse n'a pas terminé son cycle naturel, et que par conséquent l'enfant ne court aucun risque. Ce sont ces situations qui, lorsqu'elles aboutissent à une césarienne, voient mettre au monde des enfants qui vont parfaitement bien, sans aucun signe de souffrance, et pour lesquels il eut été possible d'attendre.

Si le déclenchement réussit, n'a-t-on pas simplement anticipé un processus normal qui se serait probablement mis en marche spontanément quelques heures plus tard.

La situation est toute autre si nous dépistons des signes de souffrance fœtale. Lorsque ces signes apparaissent au cours de la grossesse, c'est sous la forme de RCIU caractérisé par une rupture de la courbe de croissance fœtale repérable par la mesure de la hauteur utérine. Les mauvais échanges foeto-maternel liés à un placenta de mauvaise qualité peuvent apparaître tout au long de la grossesse y compris très tardivement.

Finalement, la souffrance fœtale, qu'elle soit précoce ou tardive n'est-elle pas toujours le résultat d'une même pathologie dégénérative du placenta pouvant apparaître tout au long de la grossesse ? Elle se traduit par des effets similaires sur le fœtus. Appelée RCIU dans un cas, Postmaturité dans l'autre cas.

Il me semble plus pertinent d'insister sur notre nécessaire vigilance, tout au long de la grossesse et particulièrement dans les dernières semaines, à dépister tous signes évocateurs d'un début de « décroissance » que de considérer le terme de 42 SA comme impératif.

Le déclenchement artificiel d'un accouchement présente actuellement un certain confort tant pour les professionnels qui le maîtrisent que pour certains parents pour lesquels il représente une réponse à une difficulté d'attente peu compatible avec une mode de vie et une société ou tout s'accélère. Nous ne devons pas oublier pour autant qu'il s'accompagne d'un nombre plus élevé d'interventions.

Lorsque la naissance se déclenche spontanément, elle est précédée de modifications biologiques qui permettent au fœtus de s'adapter non seulement à son accouchement mais également à la vie aérienne (augmentation du taux d'hémoglobine, réserves en glycogène, production de surfactant etc....)

La relative facilité à déclencher pour éviter une souffrance fœtale repérable, ne doit pas provoquer chez l'enfant des difficultés à priori moins mesurables, mais cependant sources probables de certaines interventions de « sauvetage »

L'art de l'obstétrique n'est-il pas de poser finement un diagnostic afin de proposer le traitement le plus adapté à une situation toujours particulière. Cet Art serait-il en voie de disparition ?

J.Lavillonnière
Janvier 2006