



<b>MATERNITE</b>		<i>Procédure n° : MAT P0082</i>
<i>Responsable : Dr PANEL</i>	<i>Approbateur : Dr RAYNAL</i>	<i>Version : 1</i>
<i>Fonction : Praticien Hospitalier</i>	<i>Fonction : praticien Hospitalier</i>	<i>Mise à jour :</i>
<i>signature</i>	<i>signature</i>	<i>Date de création : 12/01/2012</i>
		<i>Liste de diffusion :</i>
<b>PROCEDURE TERME DEPASSE</b>		

Par convention et de façon arbitraire, il est établi que **la grossesse est dite « prolongée » au-delà de 41+0 SA**, mais que **le terme n'est dit « dépassé » qu'à partir de 42+0 SA**.

Le terme est la période qui va de 37+0 à 41+6 SA

### **1. DATATION DE LA GROSSESSE**

Dans un souci d'homogénéisation des pratiques et si la LCC a été correctement mesurée (pour la mesure de la LCC, la coupe doit être sagittale médiane stricte donc passant par les os propres du nez et le tubercule génital, le fœtus doit être au repos ni en flexion ni en extension, membres inférieurs fléchis, et la mesure prise du vertex jusqu'aux fesses) la datation échographique doit être retenue pour déterminer la date de début de grossesse, quel que soit l'écart par rapport à la date présumée par la patiente ou estimée d'après la date des dernières règles (DDR).

Si les critères de qualité de la mesure de la LCC mesurée avant 14 SA ne sont pas présents, la DDG devra être déterminée grâce à la date des dernières règles et à la durée habituelle des cycles menstruels.

Les grossesses obtenues par FIV échappent à cette règle et la DDG est alors définie par la date de ponction.

En l'absence d'échographie du premier trimestre et d'élément pour dater la grossesse (DDR inconnue, cycles irréguliers...) ce sont les paramètres échographiques céphaliques qui doivent être privilégiés pour estimer l'âge gestationnel (périmètre céphalique ou diamètre bipariétal avant 18 SA).

Lorsque l'âge gestationnel est incertain au-delà de 22 SA, un contrôle biométrique à 15-20 jours permet de réévaluer la dynamique de croissance et parfois de mieux préciser l'âge gestationnel.

### **2. A PARTIR DE QUEL ÂGE GESTATIONNEL DÉBUTER LA SURVEILLANCE ?**

Une surveillance fœtale doit être instaurée à partir de 41+0 SA

### **3. À QUELLE FRÉQUENCE ORGANISER CETTE SURVEILLANCE ?**

Cette surveillance doit être réalisée toutes les 48 heures à compter de 41SA, réparties en bonne intelligence entre la salle de naissance et les explorations fonctionnelles de la maternité.

Chez les femmes noires africaines, la mortalité fœtale n'est pas significativement augmentée en fin de grossesse. Il n'existe pas de données pour modifier les pratiques en cas de grossesse prolongée dans cette population.

### **4. QUELS EXAMENS SONT UTILES POUR SURVEILLER ?**



**PROCEDURE TERME DEPASSE**

a. **Enregistrement du RCF**

L'enregistrement du RCF représente l'examen de première ligne de la surveillance du bien-être fœtal. En analyse informatisée du RCF, une variation à court terme supérieure ou égale à 4 millisecondes aurait une valeur prédictive négative proche de 100 % dans la prédiction de l'acidose foetale, elle peut être une alternative à l'analyse visuelle, car elle offre des avantages en termes d'organisation et d'élaboration des programmes de surveillance, en diminuant notamment la durée et la répétition des examens. Elle peut s'avérer aussi utile dans l'analyse des tracés douteux.

b. **Quantité du liquide amniotique**

Devant le risque de survenue d'oligoamnios et d'augmentation de la morbi-mortalité après 41 SA+0, mise en place d'une surveillance prénatale échographique de la quantité de liquide amniotique par mesure de la plus grande citerne de liquide amniotique à partir de 41 SA+0 et ce toutes les 48 heures semaine.

En cas d'oligoamnios, défini par une plus grande citerne < 2cm, un déclenchement peut être envisagé.

En l'absence de déclenchement, la surveillance devient quotidienne (RCF et quantité de LA).

La valeur diagnostique des indices Doppler étant très faible, il n'est pas recommandé de les utiliser en routine dans la surveillance des grossesses prolongées.

La pratique du score biophysique de Manning entraîne une augmentation des diagnostics d'oligoamnios et d'anomalies du RCF générant une augmentation des taux de déclenchement et de césarienne sans amélioration du pronostic néonatal. Il n'est donc pas recommandé d'utiliser le score biophysique de Manning dans la surveillance des grossesses prolongées.

**5. À PARTIR DE QUAND FAUT-IL DÉCLENCHER L'ACCOUCHEMENT ?**

En l'absence de pathologie, un déclenchement du travail devrait être proposé aux patientes entre 41+0 SA et 42SA +6. Toutefois, au-delà de 42SA, la balance bénéfiques/risques doit être largement discuté avec la patiente.

Le moment du déclenchement sera déterminé en fonction des caractéristiques maternelles (conditions cervicales locales, parité ...), de la préférence des patientes et de l'organisation des soins de la maternité.

Ref : RPC Grossesse prolongée et terme dépassé. CNGOF Décembre 2011