

## Fiche information patiente : Terme dépassé

### LA GROSSESSE PROLONGEE

#### Combien dure une grossesse ?

Selon les modes de calculs, les facteurs génétiques et certaines caractéristiques maternelles, la durée de la gestation varie entre 280 et 290 jours à partir du premier jour de la date des dernières règles (pour des cycles réguliers de 28 jours). Cette durée s'exprime généralement en semaines d'aménorrhée (SA). La durée de la grossesse varie donc entre 40+0 et 41+3 SA. Par convention et de façon arbitraire, **la grossesse est dite « prolongée » au-delà de 41+0 SA** (15 à 20 % des femmes), mais le terme n'est dit « dépassé » qu'à partir de 42+0 SA (1% seulement !). Finalement le terme est la période qui va de 37+0 (le bébé sera dit prématuré avant) à 41+6 SA (bébé post-terme ou post-mature), c'est à dire tout le 9ème mois avec une approximation acceptable entre 41+0 SA et 9 mois. Le terme est indiqué (TP pour terme probable) dans la fiche de liaison de suivi de grossesse que votre obstétricien vous fournira à la fin de la consultation. Cette date sera définie en général une fois pour toutes après la première consultation en considérant tous les éléments à notre disposition (date des dernières règles mais surtout la ou les échographies réalisées au cours du premier trimestre prescrites par votre gynécologue médical ou votre médecin traitant). La nature est assez bien faite dans la grande majorité des cas puisque l'accouchement intervient spontanément vers 39 – 40 SA. Tout le monde connaît le danger de naître trop tôt, mais est-il sage de naître trop tard ?

#### Complications fœtales, néonatales et maternelles des grossesses prolongées

Entre le début du 9 ème mois et juste après la fin de celui-ci, **le risque de mortalité périnatale** est faible mais augmente régulièrement, passant de 0,7 % à 5,8 %, soit presque 10 fois plus. Cela s'explique en partie par un vieillissement plus ou moins rapide du placenta qui nourrit et oxygène le bébé, ce dernier acquérant par ailleurs des réflexes utiles pour la vie extra-utérine (mouvement respiratoires, émission de selles, déglutition) mais plus néfastes quand par exemple le liquide amniotique devient souillé. Ainsi **le risque d'asphyxie du bébé in utero** n'est pas négligeable en s'approchant du terme, et les complications de **l'inhalation méconiale** (lorsque le bébé a respiré du liquide méconial, épais et verdâtre) augmentent aussi lorsque le bébé naît post-terme (convulsions néonatales risque multiplié par 1,5, d'infirmité motrice cérébrale risque multiplié par 2,4, de troubles du développement psychomoteur risque multiplié par 2,2, d'épilepsie risque multiplié par 1,9). Le bébé post-terme a aussi un risque cinq fois plus élevé d'être gros (macrosome) augmentant le risque d'hypoglycémie, de traumatismes à l'accouchement, et d'infection.

En cas de terme dépassé il existe pour la maman un risque probablement plus élevé de césarienne, mais aussi de déchirure du périnée.

#### Que faire ?

Cela ne va concerner qu' **une minorité de mamans** mais une **surveillance rapprochée** vous sera proposée à l'approche du terme selon des modalités que vous verrez avec votre obstétricien qui tiendra bien sûr compte de plusieurs paramètres pour adapter la conduite à tenir ; **de votre côté toute diminution significative des mouvements du bébé devra vous faire appeler le bloc maternité pour faire un monitoring**, c'est à dire un enregistrement du cœur du bébé qui permet parfois, mais pas toujours, de repérer les périodes d'asphyxie de

celui-ci ; de son côté, même si tout semble bien se passer, votre obstétricien organisera des monitorings réguliers et adaptés à votre situation, de même qu'à la mesure échographique de la quantité restante de liquide amniotique lorsque le bébé aura dépassé le terme.

**En l'absence de pathologie, un consensus médical recommande qu'un déclenchement du travail devrait être proposé aux patientes entre 41+0 SA et 42+6 SA.** Le moment du déclenchement sera déterminé en fonction des caractéristiques maternelles, essentiellement la maturité du col de l'utérus, mais aussi de l'organisation des soins du bloc maternité (d'autres patientes peuvent avoir aussi une indication de déclenchement pour des raisons diverses, et il existe souvent une activité intense d'accouchements spontanés et donc non programmés). Informée des risques la future maman pourra faire valoir aussi ses propres préférences si la grossesse se prolonge au-delà de 42+0 SA.

### **Comment déclencher**

Les contractions de travail sont induites à l'aide d'une perfusion progressive et contrôlée **d'ocytocine**, au sein du bloc accouchement en ayant prévu au préalable d'être à jeun pour la date et l'heure prévues avec votre médecin. La sage-femme qui vous recevra vérifiera aussi que **votre dossier soit complet** (bilans sanguins, carte de groupe sanguin, etc...). Assez souvent le col est loin d'être assez mûr et il est alors nécessaire de lui appliquer d'autres substances équivalentes à celles qui agissent physiologiquement lors d'un travail spontané, des **prostaglandines** sous forme de gel que l'on placera au fond du vagin, au contact du col. Cela peut aussi avoir accessoirement une action déclenchante du travail.

**Les inconvénients** d'un déclenchement sont essentiellement psychologiques puisque ne correspondant pas au scénario idéal que la future maman s'était fait du début de cette journée où les parents doivent « accueillir » leur bébé ; on lui reproche d'être plus douloureux mais en réalité ce sont de vraies contractions de l'utérus qui sont d'emblée efficaces et donc utiles ; après la pose d'un gel de prostaglandines, les contractions sont parfois un peu trop rapprochées mais tous les moyens de surveillance et de traitement sont disponibles au sein du bloc. Enfin on parle d'un taux de césarienne et d'utilisation de forceps plus important mais les 18 études de référence utilisées pour donner un consensus sur la conduite à tenir ne valident pas ce fait, étant entendu que l'on ne peut pas toujours estimer ce que serait devenu le bébé si l'on n'avait rien proposé du tout...

**Les avantages** sont surtout pour le bébé que l'on va statistiquement soustraire à un environnement moins favorable et plus aléatoire malgré tous les progrès de la surveillance médicale. En compensation de l'imprévu et de l'excitation agréable d'un travail spontané, la famille pourra par contre s'organiser en temps et en heure, et bénéficiera d'emblée d'une surveillance rapprochée dès le début du travail (monitoring continu du bébé, visualisation précoce de la couleur du liquide amniotique après que la sage-femme ait rompu les membranes, mise à disposition rapide à la demande de la patiente et/ou de l'équipe médicale de la péridurale qui fait partie aussi du dispositif utile à la réussite du déclenchement, disponibilité optimale de l'équipe obstétricale et pédiatrique ainsi que de son médecin référent).

Ainsi dans tous les cas il faut anticiper cette période et cela fera de toute façon l'objet d'un échange permanent entre les futurs parents et l'ensemble des soignants, échange de nature à assoir la décision idéale que prendront ensemble la patiente et son obstétricien, allant finalement dans le sens de la sécurité de l'enfant et de sa maman.

Références : recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF décembre 2011) et de la Haute Autorité de Santé (HAS avril 2008).