

## DOSSIER N°: 207

### ENONCE

*Une femme de 34 ans, est originaire comme son mari d'un pays du pourtour méditerranéen. Elle est nullipare, de groupe sanguin A+, serveuse dans un restaurant et a été contaminée à l'âge de 18 ans par le virus de l'hépatite C à la suite d'une transfusion sanguine. Elle envisage une grossesse et vous demande des renseignements sur les conséquences obstétricales de l'hépatite C, le risque de transmission au nouveau-né, et les examens sanguins à pratiquer avant et pendant la grossesse.*

---

#### QUESTION n°: 1

*Que lui répondez-vous ? Justifiez votre réponse.*

#### REPONSES n°: 1

La grossesse et l'hépatite C ont très peu d'influence l'une sur l'autre : on observe souvent une diminution des transaminases en fin de grossesse - le principal risque est la transmission verticale au nouveau-né du virus: Elle survient en fin de grossesse et/ou pendant l'accouchement Sa fréquence est inférieure à 5 % mais elle est influencée par : 1. la charge virale : risque très faible si la charge virale est < à 10<sup>5</sup>6 copies/ml 2. la co-infection par le virus VIH : dans ce cas la transmission est supérieure à 30 %. Au premier trimestre de la grossesse trois sérologies sont obligatoires celles de la rubéole et de la toxoplasmose, sauf si immunité déjà prouvée. La sérologie VIH est à proposer. Au 6e mois de grossesse, la recherche de l'antigène HBs est obligatoire.

---

#### QUESTION n°: 2

*Au cours de la grossesse, lors de l'examen du 6ème mois, une pression artérielle a été notée à 2 reprises à 150 mmHg pour la systolique et 100 mmHg pour la diastolique. Que pensez-vous de ces chiffres ? quelles mesures non médicamenteuses prophylactiques proposez-vous et dans quels buts?*

#### REPONSES n°: 2

Il s'agit d'une HTA gravidique correspondant à la découverte d'une pression artérielle systolique de 140 mmHg et/ou d'une pression artérielle diastolique de 90 mmHg à au moins 2 reprises et apparue après 20 semaines d'aménorrhée. Propositions : arrêt de travail et repos. But de ces mesures: éviter les complications maternelles : éclampsie, HELLP syndrome, HRP, CIVD et les complications foetales : prématurité induite pour sauvetage maternel, RCIU, mort foetale in utero au terme d'un RCIU sévère ou à l'occasion d'un accident aigu (éclampsie, HRP).

---

#### QUESTION n°: 3

*L'accouchement a lieu à terme (40 semaines) par voie basse d'un garçon qui pèse 2500 g pour une taille de 48 cm et un périmètre crânien de 34 cm. Le groupe sanguin est A+. Le score d'APGAR est à 10 à 1 et 5 minutes. Que pensez-vous des mensurations et de la biométrie de ce nouveau-né ? Comment l'expliquez-vous ?*

#### REPONSES n°: 3

Il s'agit d'un RCIU asymétrique d'origine vasculaire n'affectant que le poids. Ce RCIU est favorisé par le travail fatigant de la mère et l'HTA gravidique. Il n'y a pas de parallélisme entre les chiffres tensionnels et la sévérité du RCIU.

---

#### QUESTION n°: 4

*La mère désirant allaiter son enfant, demande s'il y a dans son cas des contre-indications médicales. Que répondez-vous ? Quels conseils devez-vous lui donner pour le bon déroulement de l'allaitement ?*

#### REPONSES n°: 4

L'allaitement maternel n'est pas contre-indiqué pour les mères porteuses chroniques du VHC. Le don de lait est en revanche contre-indiqué. Les 2 raisons médicales qui contre-indiquent l'allaitement maternel sont chez la mère l'infection par le VIH, sauf pasteurisation du lait et chez l'enfant la galactosémie. (ANAES mai 2002) Les conseils : - Mise au sein immédiate dans la demi-heure suivant la naissance (en salle de travail) - Installation confortable du nouveau-né pendant les tétées : corps face à la mère la bouche du nouveau-né doit prendre largement l'aréole et non le seul mamelon - A chaque tétée offrir l'autre sein lorsque le nouveau-né arrête de téter de lui-même - Allaitement souple à la demande sans restriction de leur fréquence et de leur durée - hygiène de vie : boissons abondantes, alimentation variée et riche en protéines et calcium, prohiber tabac, alcool et excitants (café, thé). Lavage quotidien (eau et savon) est suffisant. (Recommandations ANAES mai 2002)

---

#### QUESTION n°: 5

*Au 3e jour du post-partum elle a une fébricule à 37,9°C et se plaint de douleurs dans les deux seins. A l'examen, les seins sont durs, tendus et douloureux. Quel est votre diagnostic, quelles mesures thérapeutiques, de surveillance et préventives proposez-vous ? Quelle(s) complication(s) craignez-vous chez cette mère ?*

#### REPONSES n°: 5

il s'agit d'un engorgement mammaire physiologique contemporain de la montée laiteuse. Il témoigne de l'installation du stade II de la lactogenèse. Aucun traitement symptomatique de l'engorgement mammaire n'a fait la preuve de son efficacité hormis l'expression du lait (manuelle ou à l'aide d'un tire lait) qui réduit la stase lactée quand l'enfant est incapable de

prendre le sein ou de téter de façon inefficace. Même si le bénéfice d'un traitement symptomatique (massage circulaire des seins avant les tétées, applications de froid ou de chaud) n'est pas démontré, il peut être utilisé s'il procure un soulagement à la mère. La restriction hydrique, le bandage des seins aggravent l'inconfort de la mère et ne sont pas recommandés. Il faut rassurer la mère. L'engorgement est banal et régresse en 24 à 48 heures. Il faut surveiller l'apparition d'une fièvre, de frissons, de douleur unilatérale et de gêne à l'écoulement du lait qui peuvent orienter vers le diagnostic de lymphangite ou mastite. La prévention de l'engorgement repose sur des tétées précoces sans restriction de leur fréquence et de leur durée. (Recommandations ANAES mai 2002)

---

**QUESTION n°: 6**

*Pour des raisons personnelles et devant l'insistance des parents, la mère et l'enfant sortent de la maternité au 3e jour après la réalisation des dépistages sanguins suivant : phénylcétonurie, mucoviscidose, hypothyroïdie, bloc surrénalien en 21-hydroxylase. A ce moment, le poids est de 2350 g, l'examen clinique du nouveau-né est normal hormis un ictère localisé à la face. D'autres dépistages sanguins sont-ils nécessaires chez cet enfant ?*

**REPONSES n°: 6**

Le dépistage de la drépanocytose est nécessaire chez cet enfant dont les 2 parents sont originaires d'un pays à risque.

---

**QUESTION n°: 7**

*Avant la sortie, la mère confie à la sage-femme que son bébé semble avoir quelques difficultés à téter, qu'il pleure souvent au cours des tétées et que bien qu'il soit nourri toutes les 2 heures, il n'a mouillé que 2 couches dans la journée. La sage-femme suggère, non sans peine car la mère est très désireuse de donner le sein, de compléter son bébé par un lait artificiel. Une visite est programmée avec le pédiatre dans une semaine. Au matin du 8e jour, devant l'aggravation de l'ictère et un enfant qui semble être moins réactif que d'habitude, le médecin traitant est appelé. A l'examen, l'ictère est franc atteignant les avant bras et les jambes. La fontanelle antérieure est déprimée, les muqueuses buccales sont roses mais sèches, le cri est peu vigoureux. La mère vous signale que son bébé n'a pas mouillé sa couche depuis la veille et qu'il n'a pris que 60 ml de lait artificiel en complément. Il n'y a pas de vomissements. Le reste de l'examen est sans particularité, et il n'existe ni hépatomégalie ni splénomégalie. les selles sont de consistance et de coloration normale. Vous préférez devant ce tableau adresser le bébé aux urgences pédiatriques. Quels diagnostics évoquez-vous ? Justifiez vos réponses.*

**REPONSES n°: 7**

Une infection bactérienne devant l'ictère important et le comportement peu réactif, une hyperbilirubinémie importante secondaire au lait de mère, une déshydratation secondaire à un allaitement mal conduit.

---

**QUESTION n°: 8**

*Comment aurait-on pu prévenir cette évolution ?*

**REPONSES n°: 8**

Du fait de la sortie précoce de ce nouveau-né atteint de RCIU et qui n'avait pas repris son poids de naissance, et des problèmes d'engorgement mammaire récents il aurait fallu revoir ce bébé plus précocement, s'assurer des visites à domicile d'une puéricultrice de secteur afin d'évaluer la prise pondérale, la pratique de l'allaitement et de corriger les éventuels problèmes identifiés.

**HTA gravidique chez une femme de 34 ans et retard de croissance intra-utérin chez le nouveau né**

ITEM N° 17 : Principales complications de la grossesse – HTA gravidique

ITEM N° 20 : Prévention des risques fœtaux : infection, médicaments, toxiques, irradiation

ITEM N° 21 : Prématurité et retard de croissance intra-utérin : facteurs de risques et prévention

ITEM N° 24 : Allaitement et complications – préciser les complications éventuelles et leur prévention