

Maladies non transmissibles pendant la grossesse

RECOMMANDATIONS CLINIQUES

© Paul Odongo/MSF | Maternity MSF hospital in Dagahaley, Kenya

1^{re} édition – 2023

Pour usage interne uniquement



Revu par les conseillers techniques compétents de tous les centres opérationnels.
Approuvé par la Plateforme du Directeur Médical - Janvier 2024
Document proposé par le groupe de travail sur la santé sexuelle et reproductive (SRH WG), à utiliser dans tous les projets MSF pertinents.

Maladies non transmissibles pendant la grossesse

Recommandations cliniques

1re édition - 2023 - Traduction française publiée en 2025
Pour usage interne uniquement

Auteure principale

Katharina Weizsäcker (conseillère OBGYN, MSF OCP)

Supervision et coordination

Sonia Guinovart (conseillère OBGYN, MSF OCBA)

Contributeurs et examinateurs (par ordre alphabétique)

Ana de la Osada (conseillère en soins infirmiers, MSF OCBA)

Ana Marques (conseillère SM, MSF OCBA)

Benjamin Black (conseiller OBGYN, MSF OCA)

Claire Fotheringham (cheffe de l'unité médicale de Sydney, MSF OCP)

Cristina Carreño (conseillère SM, MSF OCBA)

Elisabetta Castagna (conseillère MNT, MSF OCBA)

Eugenia Gandur (consultante endocrinologue, MSF OCG)

Justina Aguerre Gogorza (consultante OBGYN, MSF OCBA)

Jean Kalibushi (conseiller OBGYN, MSF OCG)

Laurence Fleaud (conseillère en laboratoire, MSF OCBA)

Manuel Vázquez Blanco (professeur de médecine à l'Université de Buenos Aires (UBA) – Consultation externe, MSF OCG)

Montse Escruela (conseiller en nutrition, MSF OCBA)

Pablo Perel (cardiologue et épidémiologiste de la clinique, professeur d'épidémiologie clinique à la London School of Hygiene & Tropical Medicine (Royaume-Uni) – Consultation externe, MSF OCG)

Roopan Gill (conseillère OBGYN, MSF OCP)

Séverine Caluwaerts (conseillère OBGYN, MSF OCB)

Sonia Guinovart (conseillère OBGYN, MSF OCBA)

Revu par les groupes de travail suivants : Soins infirmiers, MNT, Santé mentale, Nutrition.

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AG	Âge gestationnel		durée d'action
AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	LAMA	Antagonistes muscariniques à longue
AMP	Acétate médroxyprogestérone		durée d'action
C	Celsius	LARC	Contraceptif réversible à longue durée
CA	Clinique anténatale		d'action
CMD	Cardiomyopathie dilatée	LES	Lupus érythémateux systémique
CMH	Cardiomyopathie hypertrophique	mg	Milligramme
CMP-PP	Cardiomyopathie du péri-partum	MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
COC	Contraceptif oral combiné	MTEV	Maladie thromboembolique veineuse
DEP	Débit expiratoire de pointe	PAG	Petit pour l'âge gestationnel
DFG	Débit de filtration glomérulaire	P0	Per os – par voie orale
DG	Diabète gestationnel	PP	Pilule progestative
DIU	Dispositif intra-utérin	PRFI	Pays à revenu faible et intermédiaire
DS	Diabète sucré	RNI	Rapport normalisé international
ECA	Enzyme de conversion de l'angiotensine	SAMA	Antagonistes muscariniques à courte
ECG	Électrocardiogramme		durée d'action
EP	Embolie pulmonaire	SC	Sous-cutané
GPJ	Glucose plasmatique à jeun	SM	Santé mentale
GPP	Glycémie postprandiale	T3	Triiodothyronine
HBPM	Héparines de bas poids moléculaire	T4	Thyroxine
hCG	Gonadotrophine chorionique humaine	TCA	Temps de céphaline activée
HNF	Héparine non fractionnée	TDM	Tomodensitométrie
IMC	Indice de masse corporelle	TSH	Hormone thyroïdostimulante
IRM	Imagerie par résonance magnétique	TVP	Thrombose veineuse profonde
IV	Intraveineuse	US	Ultrason
LABA	Agonistes bêta-adrénergiques à longue	UI	Unité internationale

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	4
AVANT-PROPOS	6
1. Hypertension chronique	7
2. Diabète	11
3. Maladies cardiaques	26
4. Maladies respiratoires	34
5. Epilepsie	43
6. Troubles thyroïdiens	49
7. Embolie pulmonaire (EP) – thrombose veineuse profonde (TVP)	62
8. Santé mentale	69
ANNEXES	92
Annexe 1. Nutrition et diabète gestationnel ou diabète préexistant	93
Annexe 2. Traitement des urgences diabétiques – hyperglycémie	95
Annexe 3. Diagnostic différentiel de la dyspnée pendant la grossesse et la période post-partum	98
Annexe 4. Questionnaire sur la santé des patientes (QSP-9)	99

AVANT-PROPOS

Les maladies non transmissibles (MNT) représentent deux décès sur trois chez les femmes dans le monde, la majorité d'entre eux survenant dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI). Les MNT et leur traitement peuvent augmenter le risque de complications liées à l'accouchement (tant pour les femmes que pour leurs bébés). De même, les enfants nés de mères atteintes de MNT sont plus susceptibles de subir des conséquences de santé défavorables plus tard dans la vie¹.

Pendant la grossesse, les MNT peuvent augmenter le risque de fausse couche, de mortinatalité, de prééclampsie, de décès néonatal, de malformation congénitale, de traumatismes à la naissance, d'hypoglycémie néonatale, de syndrome de détresse respiratoire infantile, ou engendrer un bébé petit ou grand pour l'âge gestationnel. Elles peuvent également augmenter le risque d'obésité, de diabète et de maladies cardiovasculaires plus tard dans la vie, et avoir des effets transgénérationnels sur le risque de MNT. Il existe également une forte association entre d'une part le diabète gestationnel et l'obésité maternelle, et d'autre part le diabète et l'obésité chez les enfants.

À l'échelle mondiale, une « transition obstétricale » est en cours : en d'autres termes, les causes de mortalité maternelle passent de directes à plus indirectes. Il devient donc de plus en plus urgent de s'attaquer aux effets des MNT sur la santé maternelle. Les interventions conçues pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles, en particulier dans les environnements à faibles ressources, se sont en général fortement concentrées sur les complications obstétricales et les soins intra-partum, tandis que moins d'attention a été accordée aux « causes indirectes » complexes des décès maternels et à leurs facteurs de risque sous-jacents. Dans l'ensemble, des travaux supplémentaires sont nécessaires pour lutter contre le fardeau mondial des MNT qui contribuent à la mortalité et à la morbidité maternelles.

Ce document d'orientation vise à fournir des conseils cliniques aux gynécologues, médecins généralistes, sage-femmes et agents de santé prodiguant des soins aux femmes enceintes dans les contextes MSF, afin de garantir une approche holistique des MNT au cours de la grossesse. Ces recommandations devraient être utilisées comme lignes directrices complémentaires à celles concernant les soins obstétricaux et néonataux essentiels de MSF, où de nombreux protocoles peuvent être trouvés.

En dépit des efforts déployés pour adapter les pratiques médicales actuelles et les recommandations aux contextes MSF, ce document d'orientation peut contenir des erreurs. Tous commentaires ou suggestions sont les bienvenus en vue d'améliorer et de compléter ce guide. Ce document d'orientation sera mis à jour régulièrement, à mesure que de nouvelles preuves apparaissent ou au cas où des erreurs seraient identifiées.

Enfin, le/la lecteur/rice ou le/la clinicien/ne est responsable de l'interprétation et de l'utilisation de ce document. MSF ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages résultant de son utilisation.

Les questions et commentaires peuvent être adressés aux référents obstétrique/gynécologie de tous les centres opérationnels ou directement à :

Katharina Weizsäcker
Conseillère OBGYN – Service médical/MSF-OCP
E-mail: katharina.weizsacker@sydney.msf.org

¹ OMS 2015 – Intégration de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles et des programmes et services de santé maternelle et des nouveaux-nés – un appel à l'action.

1. HYPERTENSION CHRONIQUE



© Giuseppe La Rosa/MSF | Mobile clinic in Inhamissua and Nhasassa, Mozambique

1.1 Introduction

L'hypertension est la maladie chronique la plus courante rencontrée chez les femmes en âge de procréer. L'incidence estimée de l'hypertension chez les femmes de 20 à 45 ans varie selon l'origine ethnique, mais se situe entre 20 % et 50 %. L'hypertension chronique complique actuellement 3 % à 5 % des grossesses et est associée au moins à 20 % de risque de développer une prééclampsie.

1.2 Impact de la grossesse sur l'hypertension

La pression artérielle systémique diminue de 10 à 15 mmHg au cours de la grossesse, avec une diminution plus importante de la pression diastolique que de la pression systolique. Cette diminution commence au premier trimestre et atteint le niveau le plus bas vers la fin du deuxième trimestre. Au cours du troisième trimestre, la pression artérielle revient à sa valeur initiale.

La diminution de la pression artérielle au cours du deuxième trimestre est importante car elle peut masquer une hypertension chronique légère à modérée au cours des deux premiers trimestres. La nouvelle apparition d'une pression artérielle supérieure à 140/90 mmHg après 20 semaines de grossesse devrait inciter à rechercher immédiatement une prééclampsie. Le diagnostic différentiel inclurait également l'hypertension transitoire de la grossesse ou l'hypertension chronique non diagnostiquée auparavant. La différenciation entre ces deux entités n'est souvent possible qu'après l'accouchement, lorsque la pression artérielle revient aux niveaux d'avant la grossesse.

Chez les femmes souffrant d'hypertension chronique, la grossesse peut exacerber une rétinopathie préexistante, un dysfonctionnement rénal ou une hypertrophie ventriculaire gauche.

1.3 Impact de l'hypertension sur la grossesse

L'hypertension chronique est associée à un risque accru de faible poids à la naissance, de retard de croissance intra-utérin (RCIU), de décollement prématuré du placenta normalement inséré, d'accouchement prématuré (33 %) et de mortalité périnatale. La plupart de ces risques sont causés par le rôle de l'hypertension en tant que facteur de risque de prééclampsie, condition qui survient chez 20 % à 40 % des femmes souffrant d'hypertension chronique.

La définition de l'hypertension pendant la grossesse est la même que celle de l'hypertension dans la population non enceinte : une pression artérielle supérieure à 140/90 mmHg est arbitrairement considérée comme hypertensive.

1.4 Soins anténataux

Les deux aspects les plus importants de la prise en charge d'une femme souffrant d'hypertension chronique pendant la grossesse sont :

- 1) maintenir la pression artérielle à un niveau sans danger pour la mère et le fœtus ;
- 2) surveiller les signes et symptômes de prééclampsie.

La première option de prise en charge à considérer consiste pour la patiente à profiter de la diminution physiologique de la pression artérielle associée à la grossesse et à arrêter son traitement antihypertenseur au cours de la grossesse (se référer au tableau 1.1).

TABLEAU 1.1 – OPTIONS DE PRISE EN CHARGE POUR LES PATIENTES SOUFFRANT D'HYPERTENSION CHRONIQUE SOUS TRAITEMENT ET SE PRÉSENTANT EN DÉBUT DE GROSSESSE.

- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | Arrêter le traitement pendant que la patiente est enceinte et ne commencer d'antihypertenseur que si la pression artérielle (TA) dépasse 160/100 mmHg. Tenter de maintenir la pression artérielle en dessous de 140/90 mmHg. |
| ☐ | Poursuivre le traitement en cours si l'utilisation du médicament actuel est sûre pendant la grossesse. Tenter de maintenir la pression artérielle en dessous de 140/90 mmHg. |
| ☐ | Changer le médicament actuel de la patiente en un autre avec de meilleures données sur la sécurité de la grossesse, comme la méthildopa ou le labétalol. Tenter de maintenir la pression artérielle en dessous de 140/90 mmHg. |

La deuxième option de prise en charge qui peut être envisagée consiste pour la patiente à continuer à utiliser son médicament antihypertenseur actuel, s'il s'agit d'un traitement dont la recherche et l'expérience clinique ont démontré que son utilisation est sûre au cours de la grossesse.

La troisième option de prise en charge consiste à remplacer le médicament de la patiente dont les données sur la grossesse sont limitées ou préoccupantes, par un autre pour lequel il existe de bonnes données sur la grossesse.

Dans nos projets MSF, il peut y avoir des femmes qui prennent des antihypertenseurs avant leur grossesse. Si tel est le cas, les informer que certains médicaments présentent un risque accru d'anomalies congénitales s'ils sont pris pendant la grossesse et discuter des alternatives. Les médicaments dangereux comprennent les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) ou les bloqueurs des récepteurs de l'angio-

tensine II et les diurétiques thiazidiques ou de type thiazidique. Lors du passage d'un traitement antihypertenseur à un autre, il est raisonnable de commencer le nouveau médicament à une dose faible à moyenne et de faire revenir la patiente pour un suivi après quelques jours afin d'ajuster la dose si nécessaire.

Chez les femmes souffrant d'hypertension, il peut être nécessaire d'augmenter le nombre de visites de soins anténatals afin de pouvoir surveiller plus étroitement la pression artérielle (par exemple, faire revenir la femme une ou deux semaines après avoir commencé ou changé de traitement)

1.5 Traitement contre l'hypertension chronique

Prodiguer aux femmes enceintes souffrant d'hypertension chronique des conseils sur :

- la gestion du poids,
- l'activité physique,
- l'alimentation saine (se référer au [protocole de gestion nutritionnelle pour les MNT, chapitre 2](#)),
- la diminution de la quantité de sel dans leur alimentation

Poursuivre le traitement antihypertenseur existant s'il est sans danger pendant la grossesse, ou passer à un traitement alternatif, à l'exception des cas suivants :

- Pression artérielle systolique maintenue inférieure à 110 mmHg,
- Pression artérielle diastolique maintenue inférieure à 70 mmHg,
- Femme présentant une hypotension symptomatique

Proposer un traitement antihypertenseur aux femmes enceintes qui souffrent d'hypertension chronique et qui ne sont pas déjà sous traitement si elles présentent :

- une pression artérielle systolique maintenue à 140 mmHg ou plus,
- une pression artérielle diastolique maintenue à 90 mmHg ou plus.

L'objectif devrait être de viser une pression artérielle inférieure à 140/90 mmHg.

Envisager le labétalol PO pour traiter l'hypertension chronique chez les femmes enceintes. Envisager la nifédipine PO chez les femmes à qui le labétalol ne convient pas, ou la méthyldopa PO si le labétalol et la nifédipine ne leur conviennent pas. Pour les protocoles thérapeutiques et la posologie, se référer aux directives du guide MSF en obstétrique et gynécologie (se référer au [paragraphe 4.5.2 Conduite à tenir en cas d'HTA gravidique ou chronique](#)).

Si possible, proposer aux femmes enceintes souffrant d'hypertension chronique de l'acide acétylsalicylique PO 75 à 150 mg une fois par jour à partir de 12 semaines (se référer au [paragraphe 4.5.5 Prévention secondaire de la prééclampsie sévère](#)).

1.6 Prise en charge de l'accouchement/du travail

Ne pas proposer de déclenchement du travail avant 37 semaines aux femmes souffrant d'hypertension chronique et dont la pression artérielle est inférieure à 160/110 mmHg, avec ou sans traitement antihypertenseur, sauf indication médicale.

Chez les femmes souffrant d'hypertension chronique et dont la pression artérielle est inférieure à 160/110 mmHg après 37 semaines, avec ou sans traitement antihypertenseur, le moment de l'accouchement et les indications maternelles et fœtales de l'accouchement devraient être convenus entre la femme et le/la soignant/e.

Si le déclenchement du travail est nécessaire en cas de grossesse prématurée (se référer aux [Soins obstétricaux et néonataux essentiels : 4.5 Pathologies hypertensives de la grossesse](#)), proposer une cure de corticostéroïdes anténataux et de sulfate de magnésium si indiqué.

Il n'existe pas de critères d'accouchement uniques et les femmes souffrant d'hypertension chronique peuvent accoucher par voie vaginale à moins qu'une césarienne ne soit indiquée.

1.7 Période post-partum et allaitement

Chez les femmes hypertendues chroniques qui ont accouché, il est nécessaire d'inciter la patiente à revenir 7 jours après l'accouchement afin de vérifier la pression artérielle et les symptômes de prééclampsie. Il est possible que les hypertendues chroniques développent une prééclampsie post-partum. Il est important de conseiller aux femmes souffrant d'hypertension chronique de maintenir leur pression artérielle à un niveau inférieur à 140/90 mmHg et de poursuivre leur traitement antihypertenseur.

Aucun agent antihypertenseur n'a été clairement démontré comme étant incompatible avec l'allaitement. Cependant, certains agents sont préférés à d'autres en raison d'une expérience clinique plus approfondie et d'études qui ont démontré des niveaux plus faibles de médicament dans le lait maternel. La méthyldopa, le labétalol, la nifédipine, l'acébutolol et le métoprolol sont tous approuvés par l'American Academy of Paediatrics pour une utilisation au cours de l'allaitement maternel en l'absence d'indication cardiaque ou rénale. L'utilisation d'IECA chez les femmes qui allaitent n'est pas systématiquement recommandée pour les nourrissons prématurés ou au cours du premier mois après la naissance.

Il est important de proposer un suivi aux femmes souffrant d'hypertension chronique et de les inciter à consulter 6 semaines après l'accouchement

.

2. DIABÈTE



© MSF | Mother and Child Hospital in Hangha, Sierra Leone

2.1 Introduction

Le diabète sucré (DS) est une maladie qui peut être chronique et préexistante (diabète de type 1 et de type 2) ou être limitée à la grossesse, avec une résolution spontanée après l'accouchement (diabète gestationnel). Il se caractérise par des niveaux élevés de glucose, soit en raison d'un manque d'insuline, soit parce que l'insuline ne peut pas être utilisée de manière adéquate. Le diabète à long terme peut endommager les petits et grands vaisseaux dans de nombreux organes et provoquer un risque cardiovasculaire accru ainsi qu'une insuffisance organique, une vision altérée, une nécrose des membres, une neuropathie, etc.

2.2 Diabète préexistant (type 1 et type 2)

2.2.1 Introduction

Le diabète présent avant la grossesse a des implications pour la patiente et son accompagnant/e. La grossesse présente des défis uniques qui devraient être pris en compte afin de minimiser les complications que rencontrent la femme et le fœtus.

Le DS de type 1 est généralement causé par la destruction auto-immune des cellules bêta dans le pancréas, entraînant une carence absolue en insuline. Le DS de type 2 fait partie du syndrome métabolique qui comprend l'hyperinsulinémie avec résistance à l'insuline, l'obésité abdominale, la dyslipidémie, l'hypertension, l'athérosclérose prématurée et la maladie des ovaires polykystiques. Il est essentiel de savoir que le DS de type

2 est au moins aussi grave, voire plus, que le diabète de type 1 au cours de la grossesse. Il existe de nombreuses complications au cours de la grossesse, communes chez les femmes atteintes de diabète de type 1 et 2, comme le risque d'anomalies congénitales liées à l'hyperglycémie au moment de la conception.

Dans l'ensemble, la grossesse est associée à deux changements majeurs dans le métabolisme des nutriments : une augmentation de la faim et une profonde résistance à l'insuline. La sensibilité à l'insuline est diminuée de plus de la moitié au troisième trimestre. Cela conduit à une augmentation des taux sériques d'insuline et de glucose postprandial.

Les changements physiologiques normaux au cours de la grossesse peuvent également causer des complications rénales et rétinienues.

Les éléments clés de la prise en charge des grossesses compliquées par le diabète pré-gestationnel/préexistant (type 1 et 2) sont :

- le maintien d'un contrôle glycémique, en évitant l'hypoglycémie et l'acidocétose diabétique (ACD),
- le dépistage, la surveillance et l'intervention en cas de complications médicales maternelles non glycémiques (rétinopathie, néphropathie, hypertension, maladie cardiovasculaire, maladie thyroïdienne),
- la surveillance des complications fœtales et obstétricales (par exemple, anomalies congénitales, prééclampsie, macrosomie, atteinte au bien-être fœtal) avec une intervention en temps opportun en vue de minimiser les conséquences indésirables lorsque cela est possible

2.2.2 Spécificités chez les femmes en âge de procréer

L'optimisation du contrôle glycémique avant la conception peut améliorer les résultats de la grossesse ; les femmes atteintes de DS devraient être conseillées et le traitement ajusté en conséquence.

Le contrôle glycémique optimal peut être obtenu en intensifiant le régime d'insuline, si nécessaire. Les antidiabétiques oraux ne devraient pas être utilisés à l'exception de la metformine qui peut améliorer les taux d'ovulation et de grossesse chez les femmes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques. La nutrition devrait également être discutée et le soutien apporté afin de garantir une alimentation saine qui convient à la situation de la femme et au contexte (se référer à l'[annexe 1](#) : nutrition et diabète gestationnel ou préexistant).

Les autres médicaments utilisés par une femme qui souhaite tomber enceinte devraient être revus. En particulier, de nombreuses patientes atteintes de DS prennent un inhibiteur d'ACE ou un antagoniste aux récepteurs de l'angiotensine II. Ceux-ci sont contre-indiqués pendant la grossesse et devraient idéalement être interrompus avant la grossesse.

L'acide folique devrait être prescrit à une dose de 1 à 5 mg par jour.

Il est également important d'examiner la patiente pour les complications déjà existantes du diabète chronique, telles que la fonction rénale altérée, la rétinopathie et les maladies cardiovasculaires, car elles peuvent s'aggraver au cours de la grossesse. Les femmes atteintes d'une maladie rénale diabétique et d'un faible débit de filtration glomérulaire de base (DFG < 60 ml/min) devraient être informées qu'il existe un risque élevé que la fonction rénale se détériore davantage pendant la grossesse et la période post-partum.

La contraception

Les femmes atteintes de diabète de type 1 ou de type 2 peuvent utiliser toutes les formes de contraception disponibles au sein de MSF. Cependant, en raison d'un risque accru d'événements cardiovasculaires et thromboemboliques, les contraceptifs contenant de l'œstrogène et l'AMP en injection ne devraient pas être prescrits s'il existe des preuves de maladies vasculaires telles que la rétinopathie, la néphropathie ou la neuropathie, avec des diabètes de longue date (> 20 ans), ou plusieurs autres facteurs de risque tels que l'hypertension, le tabagisme et l'obésité. Les COP sont probablement sûres pour ces patientes.

2.3 Diabète gestationnel

2.3.1 Introduction

Le diabète gestationnel est défini comme le diabète diagnostiqué au deuxième ou au troisième trimestre de la grossesse, qui n'était pas clairement présent avant la grossesse et se résout généralement après l'accouchement (presque toutes les femmes dont le diabète a été diagnostiqué au premier trimestre ont un diabète de type 1 ou 2 préexistant et non un diabète gestationnel).

Le diabète gestationnel est beaucoup plus courant que le diabète préexistant au cours de la grossesse (85 % contre 15 %), mais sa prévalence varie dans le monde. Il est particulièrement répandu au Moyen-Orient et en Asie du Sud, avec près d'un tiers des femmes enceintes touchées.

Même si la tolérance au glucose et le métabolisme reviennent à la normale après l'accouchement, les femmes atteintes de diabète gestationnel ont un risque plus élevé de développer un diabète chronique (de type 2 et, moins couramment, de type 1) et des maladies cardiovasculaires.

2.3.2 Diagnostic pendant la grossesse

Idéalement, toutes les femmes enceintes devraient effectuer un dosage de la glycémie plasmatique à jeun au cours du premier trimestre pour exclure un diabète préexistant auparavant et non diagnostiqué. De plus, un test de tolérance au glucose oral de 75 g à jeun (TTGO) entre 24 à 28 semaines de gestation pour dépister le DG devrait être effectué. Cependant, cette approche de dépistage universelle ne sera pas possible dans la plupart des projets MSF.

Dans une analyse d'urine effectuée au cours du premier trimestre, la glycosurie peut être considérée comme un indicateur indirect du diabète préexistant. Toutefois, la glycosurie pendant la grossesse est présente lorsque la glycémie est supérieure à 7,8 mmol/L (140 mg/dl). Cela peut être utilisé comme première étape de dépistage mais il ne s'agit pas d'un diagnostic définitif.

De même, entre 24 à 28 semaines de gestation, un dépistage sélectif basé sur des facteurs de risque (se référer au [tableau 2.1](#)) et une approche en deux étapes détermineront quelles patientes auront besoin d'un TTGO (avec cette approche entre un tiers et la moitié de tous les TTGO peuvent être évités sans manquer le diagnostic chez un nombre élevé de femmes). Pour les femmes ayant des antécédents de DG, il est recommandé d'effectuer directement un TTGO, car ce groupe présente un risque très élevé de récurrence.

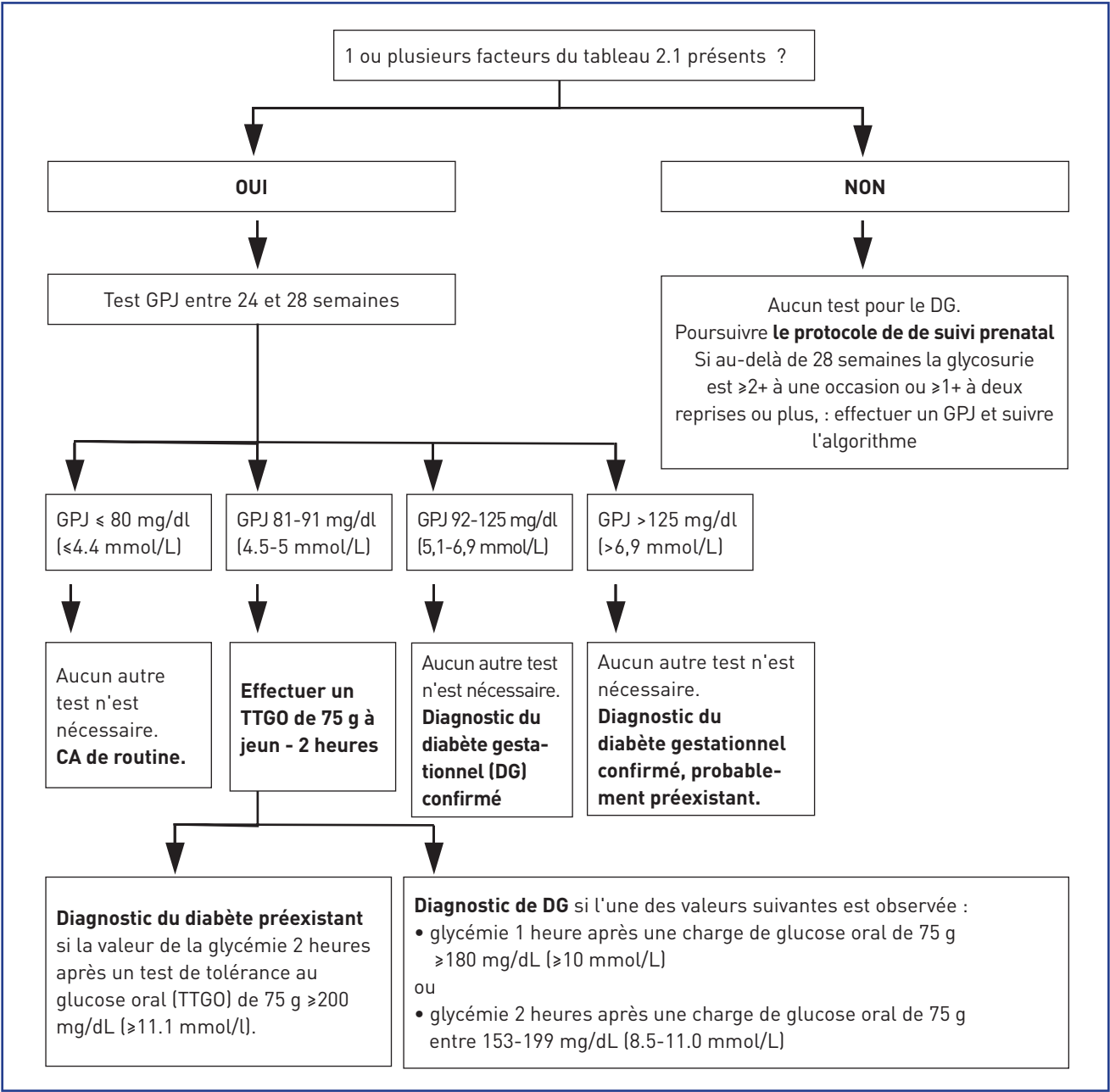
Dans une première étape, un test de glycémie à jeun est effectué. S'il est $\leq 4,4$ mmol/L (≤ 80 mg/dl), aucun autre test n'est nécessaire. Seules les femmes avec un taux à jeun de 4,5 à 5 mmol/L (81–91 mg/dl) devraient effectuer un TTGO de 75 g, qui reste l'ultime référence en matière de diagnostic du DG. Si la glycémie à jeun est $\geq 5,1$ mmol/L (≥ 92 mg/dl), le diagnostic du diabète peut être posé sans TTGO.

Si la glycémie à jeun se situe entre 4,5 et 5 mmol/L (81-91 mg/dl) et un TTGO 75 g ne peut pas être effectué (non disponible, non toléré par la femme, etc.), les tests de glycémie (à jeun et après des repas normaux) peuvent être effectués au sein de l'établissement de santé. Si ces taux sont élevés (se référer au [paragraphe 2.8.1. contrôle glycémique](#)), la femme est probablement atteinte de DG.

La glycémie à jeun devrait idéalement être déterminée par un laboratoire accrédité dans un échantillon veineux. Si cela n'est pas possible, un glucomètre portatif peut être utilisé, mais cela comporte le risque de résultats inexacts. Si un échantillonnage veineux n'est pas disponible, la répétition du test de glucose à jeun à l'aide d'un glucomètre portable après quelques jours peut augmenter la précision du test. La précision peut être améliorée si les échantillons de sang sont régulièrement (par exemple tous les trois mois) testés en parallèle dans un laboratoire accrédité.

L'algorithme pour tester et diagnostiquer le diabète est illustré dans la figure 2.1.

FIGURE 2.1 - ALGORITHME DE DÉPISTAGE ET DE DIAGNOSTIC DU DIABÈTE PENDANT LA GROSSESSE*



*Chez les femmes ayant des antécédents de DG, effectuer directement un TTGO.

TABLEAU 2.1 – FACTEURS DE RISQUE POUR DÉTERMINER QUELLES FEMMES DEVRAIENT EFFECTUER UN DÉPISTAGE DU DIABÈTE AU COURS DE LA GROSSESSE

FACTEURS DE RISQUE (A VERIFIER A LA PREMIERE CONSULTATION PRENATALE)
• DG lors de la grossesse précédente → effectuer directement un TTGO • IMC > 30 (calculé comme poids en kg divisé par la taille en mètre au carré) • Grossesse précédente ou actuelle avec un bébé macrosome (poids ≥ 4 500 g) • Grossesse précédente avec mortinatalité ou MFIU • Enfant précédent souffrant de malformation congénitale • Âge maternel > 35 ans • Parent au premier degré atteint de diabète • Antécédents de syndrome des ovaires polykystiques
Lors de tout contact CPN : femmes atteintes de glycosurie ≥ 2+ à une reprise ou ≥ 1 + à deux reprises ou plus (détectées par des tests de bande réactive) au cours de la grossesse actuelle.

Cas particuliers

- Si la patiente est reçue en consultation entre 29 et 35 semaines et n'a pas été précédemment testée, prescrire les tests lors de la consultation si elle a 1 ou plus des facteurs de risque mentionnés dans le tableau 2.1.
- Si la patiente est reçue plus tard (36 semaines ou plus), effectuer un test de glycémie au moment de la consultation, noter si la patiente est à jeun ou non au moment de la prise de sang, il s'agit d'une information importante pour l'interprétation du résultat. Considérer comme cas de diabète gestationnel si:
 - la glycémie à jeun est > 7,0 mmol/L (126 mg/dl),
 - la glycémie 2 heures ou moins après un repas est > 11,1 mmol/L (200 mg/dl).
- Pendant la grossesse, réexaminer le diabète gestationnel si la macrosomie (> p95) et/ou un hydramnios important sont suspectés.

2.4 Impact du diabète sur la grossesse

Il existe un certain nombre de complications maternelles et fœtales/néonatales qui se produisent plus souvent chez les femmes diabétiques.

Les complications maternelles comprennent :

- un risque accru de troubles hypertensifs de la grossesse. Le risque de prééclampsie est particulièrement élevé chez les femmes ayant une longue histoire de DS de type 1, une insuffisance rénale, une rétinopathie, une hypertension et/ou une obésité ;
- un risque accru d'infections ante-partum (voies urinaires, voies respiratoires, etc.) ;
- un taux d'accouchements opératoires plus élevé (accouchement par césarienne et ventouse/forceps).

Les complications fœtales et néonatales comprennent :

- un mauvais contrôle glycémique augmente le risque de fausse couche et de malformations (le plus souvent des malformations cardiaques et des défauts du système nerveux central) ;

- un taux plus élevé de mort fœtale intra-utérine (cela semble être plus élevé chez les femmes atteintes de DS de type 2 que de DS de type 1). Un mauvais contrôle glycémique, une maladie vasculaire et rénale maternelle, une acidocétose pendant la grossesse, et une macrosomie fœtale augmentent le risque de mortinatalité ;
- une macrosomie fœtale et un risque accru d'accouchement traumatique, de dystocie des épaules, et de lésion du plexus brachial ;
- un fœtus petit pour l'âge gestationnel (PAG) peut également se produire, en particulier chez les mères atteintes de DS de type 1 de longue date ;
- une augmentation des taux d'asphyxie périnatale ;
- des complications néonatales avec hypoglycémie, hyperbilirubinémie, hypercalcémie, hypomagnésémie, polyglobulie, ainsi qu'une détresse respiratoire et une cardiomyopathie hypertrophique néonatale transitoire ;
- les enfants de mères atteintes de diabète préexistant sont également plus susceptibles de développer une obésité et un diabète eux-mêmes plus tard dans la vie.

Ces complications peuvent également survenir chez les femmes atteintes de diabète gestationnel et leurs nourrissons, mais ont tendance à être moins graves.

Le risque de ces complications peut être considérablement réduit par un traitement adéquat et une bonne lutte glycémique (idéalement avant la conception en cas de DS préexistant). Il est important de prendre le temps d'expliquer l'importance du bon contrôle à la patiente et à sa famille sans créer de peur ni de stigmatisation.

2.5 Impact de la grossesse sur le diabète préexistant

La grossesse a certains effets graves sur le DS, et ceux-ci peuvent avoir des conséquences négatives chez les femmes affectées :

- au cours du premier trimestre, les besoins en insuline diminuent de 10 % à 20 %, entraînant un risque accru d'hypoglycémie. De plus, les signes d'alerte du système autonome sont diminués ou absents ; par conséquent, les femmes enceintes sont plus à risque de développer une hypoglycémie sévère.
- La résistance à l'insuline est généralement perceptible après 16 semaines de gestation environ. Les femmes atteintes de DS de type 1 et de type 2 insulino-dépendant devraient généralement augmenter progressivement les doses d'insuline. Les femmes atteintes de diabète de type 2 contrôlé auparavant par le biais de l'alimentation et d'une activité physique devraient souvent prendre de l'insuline.
- L'acidocétose se produit le plus souvent dans les deuxième et troisième trimestres, et peut être la première manifestation d'un DS de type 1 non diagnostiqué précédemment.

La grossesse peut également avoir un effet sur les complications microvasculaires spécifiques à la rétinopathie et à la néphropathie.

La progression de la rétinopathie diabétique au cours de la grossesse est fréquemment observée, mais cela ne semble pas affecter de manière significative le résultat à long terme. Un bon contrôle glycémique est le meilleur moyen d'éviter la détérioration de la rétinopathie.

La néphropathie complique 4 % des grossesses chez les femmes atteintes de diabète préexistant et est associée à une augmentation des taux de morbidité maternelle et périnatale. La fonction rénale reviendra aux niveaux d'avant grossesse dans la plupart des cas. Cependant, lorsque le DFG estimé de base est faible (< 60 ml/min), il existe un risque élevé que la fonction rénale soit encore compromise par la grossesse et ne se rétablisse pas. L'hypertension peut se produire chez 30 % des femmes atteintes de néphropathie diabétique au premier trimestre et dans 75 % au troisième trimestre. L'aggravation de la fonction rénale avec une prééclampsie superposée est responsable des taux élevés d'accouchement prématuré (> 50 %), de faible poids à la naissance et de césarienne. Les femmes atteintes de néphropathie connue ont besoin d'une surveillance plus étroite de la pression artérielle et de la fonction rénale.

2.6 Impact du traitement contre le diabète sur la grossesse

Comme mentionné ci-dessus, un traitement adéquat du diabète peut considérablement améliorer les résultats de la grossesse et réduire les complications maternelles à long terme chez les femmes atteintes de DS préexistant. L'insuline traverse le placenta uniquement en petites quantités, et il n'existe pas d'effets négatifs sur le fœtus.

Chez les femmes atteintes de DS de type 2 prenant de la metformine, un passage à l'insuline lorsqu'elles tombent enceintes devrait être envisagé et discuté. Mais aucun effet tératogène ou augmentation des effets indésirables n'a été signalé chez les femmes qui ont pris de la metformine tout au long de la grossesse.

2.7 Impact de la grossesse sur les médicaments contre le diabète

La grossesse n'a pas d'impact cliniquement significatif sur les médicaments utilisés pour traiter le DS. Comme mentionné ci-dessus, les doses d'insuline devraient généralement être augmentées pendant la grossesse. Cela peut également se produire avec la metformine.

2.8 Prise en charge anténatale du diabète

2.8.1 Considérations générales

Alimentation et mode de vie

L'intervention nutritionnelle et l'activité physique sont les principaux outils de prise en charge du DG et constituent également des pierres angulaires importantes du traitement contre le diabète chronique. L'intervention nutritionnelle, l'activité physique et la gestion du poids peuvent contrôler 75 % à 80 % des DG légers à modérés.

Toutes les femmes atteintes de diabète (en particulier celles ayant reçu un nouveau diagnostic de diabète gestationnel) devraient recevoir une formation pratique qui leur permet de choisir la bonne quantité et la bonne qualité d'aliments, adaptées à leurs préférences personnelles et culturelles. Il est important de souligner que les mêmes habitudes alimentaires saines devraient être conservées même après l'accouchement afin de réduire le risque à long terme de développer un diabète de type 2.

Les recommandations comprennent :

- la réduction de la consommation d'aliments transformés, riches en sucre, en gras, en sel et faibles en fibres. Arrêt des boissons sucrées (par exemple les boissons gazeuses, les boissons aux fruits) ;
- les édulcorants non caloriques tels que l'aspartame et le sucralose peuvent être utilisés avec modération. La saccharine n'est pas recommandée car elle traverse la barrière placentaire ;
- l'apport énergétique quotidien devrait être d'environ 2 050 calories dans toutes les catégories d'IMC. Des régimes plus stricts peuvent être imposés aux femmes obèses (IMC > 30), mais ils ne devraient jamais être inférieurs à 1 800 kcal/jour ;
- l'apport calorique par repas devrait être réparti en 3 repas petits à modérés (petit-déjeuner 10 % à 15 % de l'apport calorique total, déjeuner 30 %, dîner 25 % à 30 %) et 2 à 3 collations entre les deux (toutes représentant 30 % de l'apport calorique total) ;
- la réduction de l'apport en glucides à 35 % à 45 % des calories totales. Un minimum de 175 g de glucides/jour devrait être fourni, et ils devraient être répartis tout au long de la journée en trois repas petits à modérés et 2 à 4 collations. Une collation en soirée peut être nécessaire pour éviter une cétose accélérée pendant la nuit.

Un schéma nutritionnel (se référer à l'[annexe 1](#) : Nutrition et diabète gestationnel ou préexistant) pourrait être utilisé pour aider les femmes à choisir les ingrédients d'une alimentation équilibrée.

- Éduquer la femme à la détection et à la prise en charge de l'hypoglycémie :
 - * signes de l'hypoglycémie : transpiration, étourdissements, sensation de faim, fatigue, tremblements ;
 - * prise en charge : ingérer 15 g de glucides simples.
Cela peut se faire à travers l'UNE des options ci-dessous :
 - 15 g de comprimés de glucose,
 - ou 1/2 tasse de jus ou de soda ordinaire (pas de diète),
 - ou 1 cuillère à soupe de sucre ou de miel,
 - ou des bonbons durs, bonbons gélifiés ou dragées (vérifier l'étiquette des aliments pour savoir combien en consommer) ;
 - * vérifier la glycémie après 15 minutes. Si le taux est toujours inférieur à 3,9 mmol/L (70 mg/dl), consommer encore 15 g de glucides simples ;
 - * répéter ces étapes jusqu'à ce que la glycémie atteigne au moins 3,9 mmol/L (70 mg/dl).
Une fois que la glycémie est revenue à la normale, prendre un repas ou une collation pour s'assurer qu'elle ne baisse plus.
- Mode de vie : au moins 30 minutes par jour (ou 10 minutes 3 fois par jour) d'activité physique planifiée devrait être recommandée. La marche, le vélo et la natation sont des activités sûres jusqu'à la fin de la grossesse, sauf contre-indications obstétricales (comme le travail prématuré). Éviter un mode de vie sédentaire dans la routine quotidienne.
- Suivi du poids : après la prescription du régime alimentaire, il est important de faire attention aux évolutions de poids ultérieures. La prise de poids devrait suivre le tableau ci-dessous (OIM 2009).

IMC AU COURS DE LA GROSSESSE	PRISE DE POIDS TOTALE AU COURS DE LA GROSSESSE	TAUX MOYENS DE PRISE DE POIDS AUX 2E ET 3E TRIMESTRES (KG/SEMAINES)
<18.5	12.5-18 kg	0.51 kg/semaine
18.5-24.9	11.5-16 kg	0.42 kg/semaine
25-29.9	7-11.5 kg	0.28 kg/semaine
≥30	5-9 kg	0.22 kg/semaine

Contrôle glycémique

Les femmes devraient idéalement avoir accès à un glucomètre et être encouragées à surveiller elles-mêmes leur glycémie, si cela est possible. Les tests de glycémie devraient être effectués à jeun avant le petit-déjeuner et une ou deux heures après chaque repas important (selon ce qui convient le mieux à la patiente, aucun bénéfice supplémentaire si 1 ou 2 heures sont choisies). Se référer également aux [SOP pour le prélèvement de glucose à partir de sang capillaire](#).

Si les femmes n'ont pas accès à un glucomètre et que l'autosurveillance n'est pas possible, des tests bihebdomadaires dans un établissement de santé peuvent également être effectués.

Les objectifs glycémiques pendant la grossesse sont :

glycémie à jeun < 95 mg/dl (< 5,1 mmol/L), et glucose < 95 mg/dl (< 5.1 mmol/L)
et

- glycémie postprandiale – 1 heure < 140 mg/dl (< 7,8 mmol/L),
- ou
- glycémie postprandiale – 2 heures < 120 mg/dl (< 6,7 mmol/L).

Les taux de glucose ne devraient pas descendre en dessous de 70 mg/dl (4 mmol/L).

Les doses d'insuline devraient être ajustées à mesure que la grossesse avance.

Surveillance fœtale

- En raison du taux élevé de macrosomie (et dans une moindre mesure, de PAG), une échographie devrait être réalisée – si possible – lors de la première visite anténatale pour confirmer la date prévue de l'accouchement. Si le contexte le permet, envisager un suivi échographique à partir de 30 à 34 semaines d'AG et un contrôle mensuel de la croissance fœtale, du volume du liquide amniotique et du bien-être fœtal.
- Le décompte quotidien des mouvements fœtaux peut être utilisé pour surveiller le bien-être du fœtus au cours du troisième trimestre.

2.8.2 Diabète préexistant

Chez les femmes atteintes de diabète de type 1 et de type 2, le protocole d'insuline devrait être adapté tout au long de la grossesse (se référer également au [paragraphe 2.5](#)).

Si les femmes atteintes de diabète de type 2 prennent des antidiabétiques oraux, ceux-ci devront être remplacés par de l'insuline dès que possible. L'exception est la metformine, qui peut être poursuivie au cours du premier trimestre afin d'obtenir un contrôle glycémique optimal. Dans certains cas (par exemple, si une femme a des

difficultés à s'injecter de l'insuline ou si une hypoglycémie est préoccupante), la metformine peut être poursuivie tout au long de la grossesse. L'insuline peut être ajoutée lorsque la metformine n'est pas suffisante pour atteindre les niveaux de glucose souhaités.

- Chez certaines femmes atteintes de diabète de type 2, un régime alimentaire et une activité physique suffisent au cours du premier trimestre, mais la plupart devront commencer un traitement plus tard dans la grossesse.
- Les protocoles d'insuline intensifiés avec de l'insuline basale à action intermédiaire ou prolongée et de l'insuline préprandiale (bolus) à action rapide donnent les meilleurs résultats. Des combinaisons fixes (telles que l'insuline 70/30) peuvent être utilisées, surtout si la surveillance de la glycémie à domicile n'est pas possible.
- Si l'insuline doit être diminuée au cours du troisième trimestre (moins d'insuline est nécessaire pour atteindre le contrôle glycémique ou les taux de glucose diminuent avec une dose fixe), cela peut être un signe d'insuffisance placentaire, et il faut conseiller aux femmes de consulter un médecin si cela se produit.

2.8.3 Diabète gestationnel

La femme devrait suivre rigoureusement un régime alimentaire (se référer à l'[annexe 1](#)) avec une activité physique accrue pendant deux semaines.

Si après deux semaines, la glycémie à jeun est toujours $\geq 5,1$ mmol/L (≥ 95 mg/dl) ou si la glycémie 2 heures après un repas est $\geq 6,7$ mmol/L (≥ 120 mg/dl), la metformine devra être prescrite.

Posologie de la metformine :

- Semaine 1 : 500 mg PO, une fois par jour, le matin au petit-déjeuner.
- Semaine 2 : 500 mg PO, 2 fois par jour (matin et soir) pendant les repas.
- Augmentation par paliers de 500 mg par semaine à condition que le médicament soit bien toléré jusqu'à un maximum de 2 g par jour (soit 1 g PO matin et soir).

La metformine est le choix **le plus sûr et le plus simple** dans la plupart des contextes MSF (cependant, l'insuline reste le médicament de référence). Lorsque la metformine seule ne contrôle pas la glycémie ou si la metformine n'est pas tolérée, une insulinothérapie devra être prescrite. Cela devrait être fait dans un cadre de soins multidisciplinaire.

L'insuline peut également être débutée avant d'atteindre la dose maximale de metformine chez les femmes dont la glycémie à jeun reste élevée (7 mmol/L ou > 126 mg/dl), car chez ces patientes, il est peu probable qu'un contrôle glycémique acceptable soit obtenu avec la metformine.

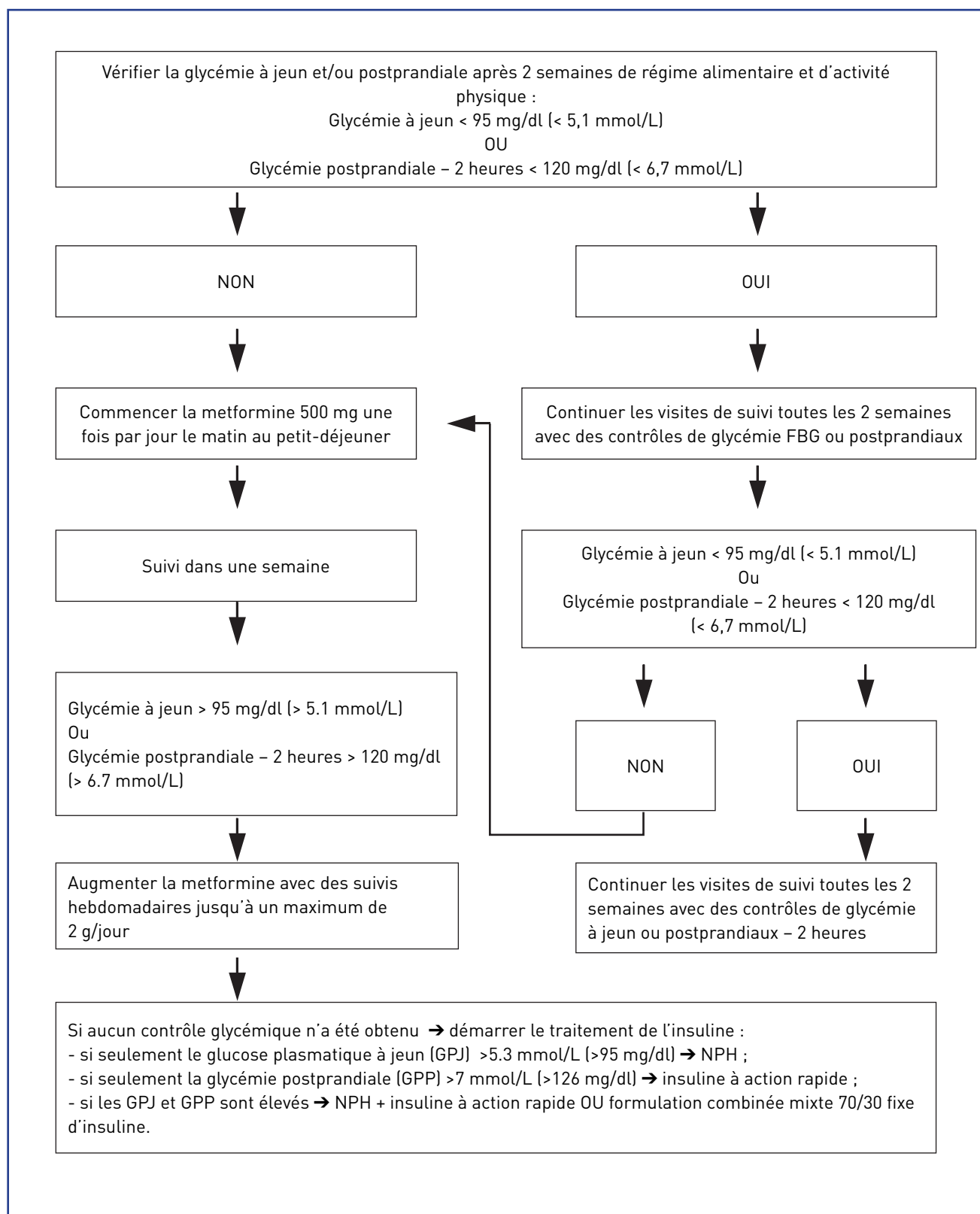
Lors de l'introduction de l'insuline, tenir compte du moment où la glycémie est élevée :

- en cas de glycémie à jeun uniquement (GPJ) $> 5,3$ mmol/L (> 95 mg/dl) → commencer par NPH 0,1 UI/kg/jour le soir ;
- en cas de glycémie postprandiale (GPP) > 7 mmol/L (> 126 mg/dl) → commencer l'insuline à action rapide 2 à 4 UI/repas ;
- si les GPJ et GPP sont élevés → commencer NPH + insuline à action rapide OU une formulation combinée fixe mixte 70/30 d'insuline. Si l'association fixe 70/30 est utilisée, commencer par 0,5 UI/kg/jour à répartir en deux prises espacées de 12 heures : 2/3 le matin 15 minutes avant le petit-déjeuner et 1/3 le soir 15 minutes avant le dîner. Au moins deux repas par jour devraient être garantis.

Plusieurs SOP sont disponibles pour garantir une injection correcte de l'insuline : [Injections sous-cutanées](#), [Mélange d'insuline](#), [Stylo à insuline pré-rempli](#).

Étant donné que la résistance à l'insuline augmente à mesure que la grossesse avance, les niveaux de glucose à jeun et/ou postprandiaux devraient être vérifiés lors de visites de suivi régulières toutes les deux semaines et le traitement pharmacologique devrait être instauré selon les critères ci-dessous ([se référer à la figure 2.2](#)).

FIGURE 2.2 - ALGORITHME DE TRAITEMENT DU DG

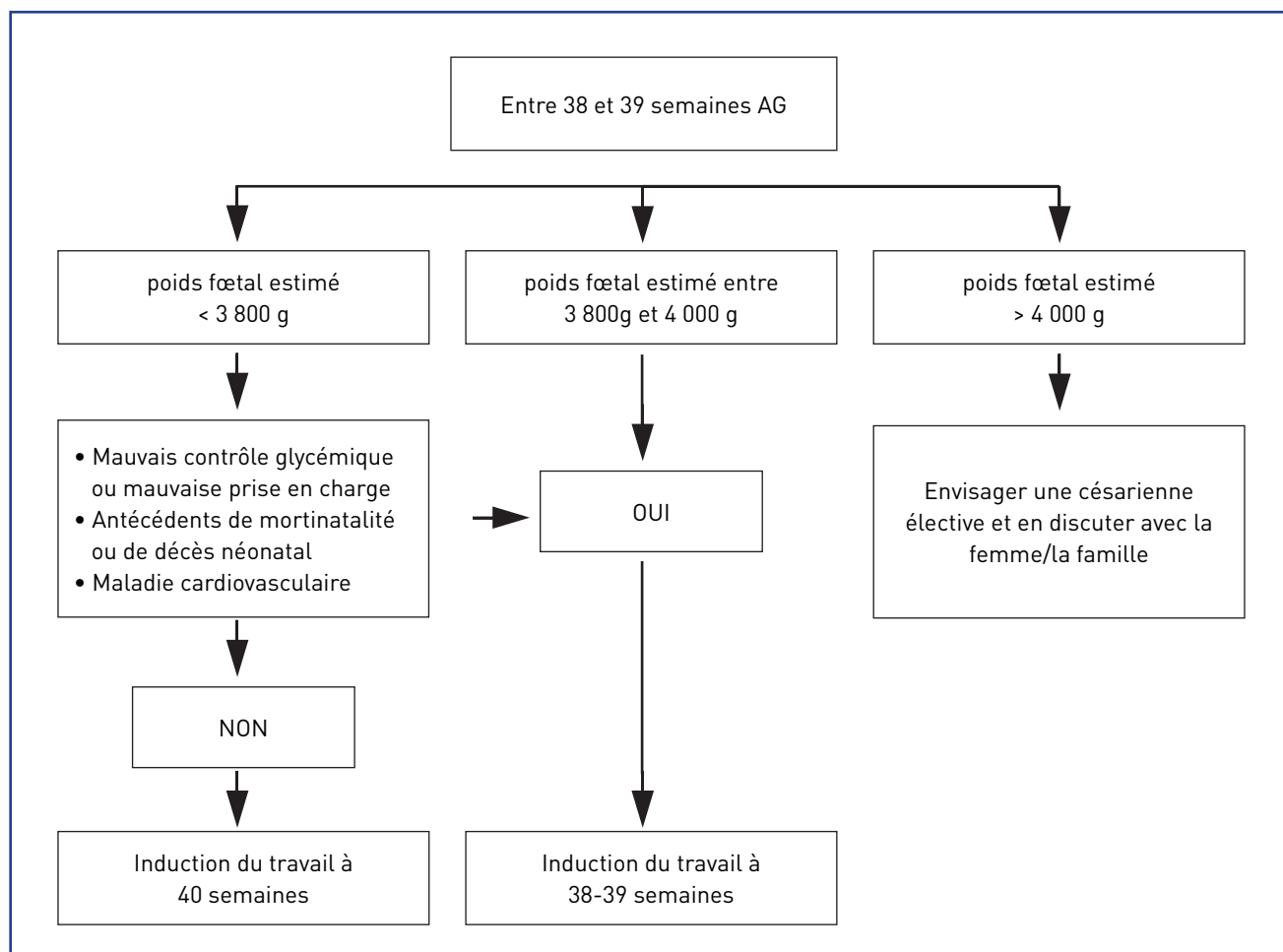


2.9 Prise en charge du diabète au cours du travail

Chronologie et mode d'accouchement

- Toutes les femmes atteintes de diabète (préexistant ou DG) devraient accoucher au sein d'une structure SONUC, si possible.
- L'induction du travail (ou de la césarienne si indiquée) entre 37+0 et 38+6 semaines AG est recommandée pour les femmes atteintes de diabète de type 1 ou de type 2.
- Considérer l'accouchement avant 37 semaines pour les femmes atteintes de diabète de type 1 ou de type 2 avec des complications maternelles ou fœtales.
- Chez les femmes atteintes de DG, des estimations prudentes du poids fœtal par échographie réalisée par un professionnel expérimenté détermineront le calendrier et le mode d'accouchement (se référer à l'algorithme ci-dessous). Noter que les estimations de poids sur l'échographie peuvent être 15 % supérieures/inférieures au poids fœtal réel, même si les mesures sont effectuées correctement.
- Étant donné que le risque de dystocie des épaules est significativement plus élevé chez les femmes diabétiques, la césarienne élective devrait être envisagée et discutée avec la patiente si le fœtus est macrosomique. D'autres facteurs, tels que les antécédents obstétricaux (par exemple chez une femme multipare qui a déjà accouché de gros bébés) devraient être pris en compte dans cette décision.

FIGURE 2.3 – PLANIFICATION DE L'ACCOUCHEMENT



Contrôle de la glycémie pendant le travail et l'accouchement

Si le DG est bien maîtrisé sans insuline, aucune mesure particulière ne devra être prise pour assurer le contrôle de la glycémie au cours du travail.

Pour les femmes dont le DG ou le diabète de type 1 ou type 2 est mal contrôlé, les mesures suivantes devraient être prises :

- l'objectif de contrôle de la glycémie pendant le travail et l'accouchement est de 4 à 7 mmol/L (72 à 126 mg/dl) pour éviter l'hypoglycémie néonatale.
- **Pendant la phase de latence du travail :** permettre à la femme de suivre son régime alimentaire et ses médicaments habituels. Vérifier la glycémie capillaire toutes les 4 heures.
- **Pendant la phase active du travail :**
 - administrer une solution de glucose à 5 % pour prévenir l'hypoglycémie maternelle (1 000 ml toutes les 8 h ; 125 ml/h) ;
 - mesurer la glycémie capillaire (GC) toutes les heures à l'aide d'un glucomètre ;
 - si la glycémie est < 63 mg/dl (< 3,5 mmol/L) : augmenter la perfusion de glucose ou prévoir un repas léger ;
 - si la glycémie > 126 mg/dl (> 7 mmol/L) : démarrer une deuxième perfusion avec 100 ml de chlorure de sodium à 0,9 % avec 100 unités d'insuline rapide (1 unité = 1 ml). Commencer avec 1 ml/h et ajuster selon le tableau ci-dessous en fonction du résultat de la GC horaire. Habituellement, des débits compris entre 0,5 ml/h et 1 ml/h suffisent pour contrôler la glycémie ;
 - il est important que la perfusion de maintien de glucose à 5 % reste stable à 125 ml/h pour obtenir un débit constant de glucose ;

AJUSTEMENT DE LA PERFUSION D'INSULINE PENDANT LE TRAVAIL SELON LA GC		
GC	ml par heure	unité par heure
< 63 mg/dl (< 3.5 mmol/L)	0.0	0.0
63 -90 mg/dl (3.5 – 5 mmol/L)	0.5	0.5
91 – 126 mg/dl (5.1-7 mmol/L)	1	1
127 – 162 mg/dl (7.1 – 9 mmol/L)	2	2
163 – 198 mg/dl (9.1 – 11 mmol/L)	3	3
199 – 234 mg/dl (11.1 – 13 mmol/L)	4	4
235 – 270 mg/dl (13.1 – 15 mmol/L)	5	5
> 270 mg/dl (> 15 mmol/L)	6	6

- si la glycémie est supérieure à 270 mg/dl (15 mmol/L) et/ou s'il existe des signes d'acidocétose, un traitement d'urgence de l'acidocétose/hyperglycémie diabétique devra être instauré (se référer à l'[annexe 2](#) : Traitement des urgences diabétiques – hyperglycémie).
- **Une césarienne élective** devrait être programmée le matin et la patiente devrait prendre ses médicaments et son régime habituels la veille. Le matin de la césarienne, elle devrait être à jeun et ne pas prendre de metformine.
À l'admission, commencer une perfusion de glucose à 5 % et suivre le protocole comme pour le travail.

Soins néonataux

- Les bébés des femmes diabétiques devraient rester avec leur mère, à moins qu'il n'y ait des complications ou des signes cliniques anormaux qui nécessiteraient que le bébé soit admis à l'USIN.
- Si le diabète est bien contrôlé et que la glycémie de la mère est maintenue entre 72 et 126 mg/dl (4 à 7 mmol/L) au cours du travail, le risque d'hypoglycémie néonatale est relativement faible.
- Vérifier la glycémie du nouveau-né dans l'heure suivant la naissance à l'aide d'un glucomètre.
- Si la glycémie est normale ($\geq 2,5$ mmol/L ou ≥ 45 mg/dl) : surveiller l'allaitement adéquat (sur demande, au moins toutes les 3 heures). Vérifier la glycémie avant chaque repas ou toutes les 2 heures jusqu'à ce qu'il y ait 3 résultats normaux consécutifs.
- Si la glycémie est $< 2,5$ mmol/L ou < 45 mg/dl : se référer à la prise en charge de l'hypoglycémie néonatale ([directives sur les Soins obstétricaux et néonataux essentiels, section 10.3.4](#))

2.10 Prise en charge post-partum du diabète, y compris l'allaitement

Immédiatement après l'accouchement, les besoins en insuline diminuent généralement jusqu'aux niveaux d'avant la grossesse. Ceci devrait être pris en compte lors du traitement des femmes atteintes de diabète gestationnel ou de diabète préexistant. Les niveaux de glucose devraient être vérifiés au moins toutes les 4 heures au cours des 24 heures suivant l'accouchement.

L'allaitement maternel exclusif devrait être encouragé chez les femmes diabétiques.

Diabète de type 1 ou 2 préexistant

- Ces femmes courent un risque particulièrement élevé d'hypoglycémie pendant la période post-partum immédiate. L'hypoglycémie peut être aggravée par l'allaitement et il convient de conseiller aux femmes de prévoir une collation ou un repas avant ou pendant l'allaitement.
- Pour le DS de type 1, la plage cible pour le contrôle de la glycémie post-partum est de 6 à 10 mmol/L (108 à 180 mg/dl). La dose d'insuline devrait être diminuée immédiatement après l'accouchement : la moitié à deux tiers des besoins en insuline avant la grossesse constituent une dose initiale approximative.
- Les femmes atteintes de DS de type 2 peuvent être en mesure d'arrêter l'insuline, de suivre un régime alimentaire et de faire une activité physique et/ou prendre des hypoglycémifiants oraux pendant la période post-partum (en fonction du traitement utilisé avant la grossesse).
- Si les inhibiteurs de l'ECA ont été utilisés avant la grossesse, ils peuvent être repris pendant l'allaitement.
- Les femmes atteintes de diabète pré-gestationnel ont un risque de complications de plaie 2,5 fois plus élevé après une césarienne.
- La thyroïdite post-partum est plus fréquente avec le diabète de type 1 et survient dans 15 % à 25 % des cas. Si possible, surveiller la TSH à 3 et 6 mois ou conseiller les femmes autour des signes et symptômes. Les femmes peuvent présenter des signes d'hyperthyroïdie, suivis d'hypothyroïdie, ou seulement de l'un des deux (se référer au [chapitre 6](#)), apparaissant généralement un à quatre mois après l'accouchement.

Diabète gestationnel

- Arrêter la metformine mais maintenir un régime alimentaire et faire une activité physique conformément aux recommandations anténatales.
- Informer sur le risque accru de DG lors d'une grossesse ultérieure (un tiers à deux tiers des femmes atteintes de DG auront à nouveau un DG lors de la prochaine grossesse).
- Si possible, effectuer une TTGO six à douze semaines après l'accouchement. 15 % des femmes atteintes de diabète gestationnel resteront intolérantes au glucose ; si tel est le cas, elles seront orientées vers une prise en charge plus approfondie. Ceci est particulièrement important chez les femmes ayant une glycémie à jeun très élevée (8,3 mmol/L ou > 150 mg/dl), car ces femmes sont plus susceptibles de souffrir de diabète chronique non diagnostiqué auparavant.
- Même si l'intolérance au glucose disparaît après l'accouchement, le risque à vie que les patientes atteintes de DG développent un diabète de type 2 est > 50 %, et si possible, un dépistage du diabète ou du prédiabète à vie tous les 1 à 3 ans est recommandé.

3. MALADIES CARDIAQUES



© Oliver Barth/MSF | MSF runs the maternity unit in Aweil State Hospital in Northern Bahr el Ghazal, South Sudan

3.1 Introduction

Les maladies cardiaques sont l'une des causes les plus courantes d'insuffisance cardiaque chez les femmes enceintes et en période post-partum. Elles comprennent un groupe de troubles myocardiques dans lesquels le muscle cardiaque présente une anomalie structurelle ou fonctionnelle.

Les cardiomyopathies peuvent être héréditaires ou acquises. Les types de cardiomyopathies incluent :

- la cardiomyopathie dilatée (CMD) ;
- la cardiomyopathie hypertrophique (CMH) ;
- la cardiomyopathie restrictive (CMR).

La cardiomyopathie du péripartum (CMP-PP) est la plus courante pendant la grossesse. Elle est souvent classée comme une forme de CMD.

Les complications les plus courantes des maladies cardiaques sont les arythmies et l'insuffisance cardiaque. Les patientes devraient être suivies par une équipe multidisciplinaire dans tous les cas (maternité, médical, anesthésique).

3.1.1 Cardiomyopathie dilatée (CMD)

- La grossesse dans le cas d'une CMD préexistante est rare et souvent déconseillée pour ce groupe de patientes.
- Les signes et symptômes sont les mêmes que ceux de la cardiomyopathie du péripartum (se référer au [paragraphe 3.1.2](#)). S'ils ne sont pas diagnostiqués avant la grossesse, ils peuvent être confondus avec les changements normaux de la grossesse, entraînant un diagnostic tardif.
- Les symptômes s'aggraveront progressivement à mesure que la grossesse avance, les événements cardiaques majeurs étant plus probables en fin de grossesse (par exemple, insuffisance cardiaque, mort subite, accidents ischémiques transitoires, arythmies).
- La prise en charge de la CMD au cours de la grossesse est la même que celle de la (CMP-PP) (se référer au [paragraphe 3.8](#)).

3.1.2 Cardiomyopathie du péripartum (CMP-PP)

Également connue sous le nom de cardiomyopathie associée à la grossesse, il s'agit généralement d'une CMD avec dysfonctionnement systolique se présentant pendant la grossesse (principalement en fin de grossesse) ou au début de la période post-partum.

Facteurs de risque :

- origine ethnique noire, en particulier africaine et haïtienne (les incidences varient selon les pays/régions : 1:100-1 000 naissances vivantes en Haïti, en Afrique du Sud et au Nigeria, en comparaison 1:10 000 au Danemark, 1:20 000 au Japon) ;
- prééclampsie/éclampsie, multiparité, grossesse multiple, tabagisme, diabète, malnutrition, âge maternel > 30 ans ou grossesse chez l'adolescente ;
- antécédents familiaux ou personnels de CMP-PP. Le risque de récurrence chez une femme atteinte de CMP-PP lors d'une grossesse précédente est d'environ 30 % (plus faible chez celles dont la fonction cardiaque a été rétablie et plus élevé chez celles dont la récupération est incomplète) ;
- la cause sous-jacente n'est pas claire, les théories incluent une inflammation et un déséquilibre hormonal, provoquant des dommages vasculaires. Il peut y avoir une mutation génétique sous-jacente dans certains cas.

3.1.3 Cardiomyopathie hypertrophique (CMH)

- La CMH est une maladie rare.
- Il peut s'agir d'une hypertrophie générale ou locale et est généralement localisée dans la voie d'éjection du ventricule gauche, ce qui peut provoquer une obstruction.
- La CMH est souvent bien tolérée pendant la grossesse. Cependant, des symptômes (dyspnée, insuffisance cardiaque, arythmie, angine, étourdissements ou syncope) peuvent apparaître ou s'aggraver.
- Les femmes présentant des signes/symptômes avant la grossesse courent un plus grand risque d'avoir un événement cardiaque important, et un examen détaillé de la fonction cardiaque devrait avoir lieu à chaque trimestre, ou plus souvent en cas de maladie grave.

3.2 Spécificités chez les femmes en âge de procréer

Les CMD chez les femmes en âge de procréer peuvent être secondaires à une infection virale antérieure (myocardite), à une infection par le VIH et à une consommation de drogues (cocaïne ou médicaments cardiotoxiques tels que la doxorubicine) ou idiopathiques. Un dysfonctionnement ventriculaire peut également persister après un épisode de cardiomyopathie du péripartum.

Il est important de conseiller les femmes avant la conception. La grossesse peut réduire considérablement l'espérance de vie des femmes ayant une fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) < 45 %. Elles courent également un risque élevé de subir un événement cardiaque grave et une détérioration de la fonction ventriculaire pendant la grossesse. Il serait donc peut-être préférable de conseiller à ces femmes de ne pas tomber enceintes. En raison du pronostic, une interruption de la grossesse devrait être discutée si une femme présentant un dysfonctionnement systolique modéré à sévère est déjà enceinte.

Toutes les formes de contraception peuvent être administrées aux femmes ayant une fonction ventriculaire normale ou presque normale. Cependant, les femmes présentant une FEVG diminuée, une dilatation du ventricule gauche ou droit, des mouvements musculaires ventriculaires localisés ou une obstruction des voies d'éjection ont un risque plus élevé de développer un thrombus intracardiaque et des thromboembolies ultérieures. Ces femmes ne devraient pas utiliser de contraceptifs contenant des œstrogènes tels que les COC. Se référer également aux [directives de MSF en matière de contraception](#).

3.3 Diagnostic pendant la grossesse

La CMP-PP présente une insuffisance cardiaque (IC) secondaire à un dysfonctionnement systolique du ventricule gauche (VG) vers la fin de la grossesse et dans les mois suivant l'accouchement, la majorité des symptômes étant diagnostiqués après l'accouchement. Une anamnèse minutieuse est nécessaire pour identifier et exclure d'autres causes d'IC.

D'autres CMD non diagnostiquées auparavant peuvent présenter des signes et symptômes très similaires, car ceux-ci s'aggravent généralement vers la fin de la grossesse et peuvent être exacerbés par l'accouchement.

Les patientes présentent généralement les symptômes suivants :

- fréquents : dyspnée d'effort, orthopnée, dyspnée paroxystique nocturne, œdème des membres inférieurs ;
- moins fréquent : choc cardiogénique ;
- peu fréquent : arythmie symptomatique, thromboembolie.

Se référer également à [l'annexe 3](#) : Diagnostic différentiel de la dyspnée pendant la grossesse et la période post-partum

L'examen physique peut montrer des râles pulmonaires (causés par une insuffisance ventriculaire gauche), une augmentation de la pression veineuse jugulaire et/ou un œdème (causé par une insuffisance ventriculaire droite) et un souffle cardiaque (le plus souvent dû à une régurgitation mitrale). Cependant, un souffle systolique aortique ou pulmonaire peut être entendu chez 90 % des femmes enceintes et n'est pas un signe de maladie cardiaque.

La dyspnée et l'orthopnée sont fréquentes pendant la grossesse et ne sont pas spécifiques de la cardiomyopathie. Pour le diagnostic différentiel (se référer à [l'annexe 3](#)). Les antécédents personnels et familiaux (cardiomyopathie connue ou antérieure), ainsi que le moment de l'apparition (la CMP-PP survient le plus souvent au cours du premier mois après l'accouchement) peuvent aider à poser le diagnostic.

Si une cardiomyopathie est suspectée, le diagnostic peut être confirmé par les éléments suivants :

- une échocardiographie (examen le plus important pour établir le diagnostic) : dysfonctionnement ventriculaire gauche avec FEVG < 45 % (peut également montrer de multiples anomalies cardiaques supplémentaires, notamment une régurgitation valvulaire, une hypertension pulmonaire et un thrombus intracardiaque) ;
- un ECG (si disponible, se référer également au [SOP ECG](#)) : rythme sinusal, souvent avec anomalies non spécifiques du segment ST et/ou de l'onde T ;
- une radiographie pulmonaire (si disponible) : œdème pulmonaire, silhouette cardiaque élargie, épanchements pleuraux.

Les complications les plus courantes sont les thromboembolies pulmonaires ou systémiques (pour le diagnostic et le traitement, se référer au [chapitre 7](#)) et les arythmies cardiaques.

3.4 Impact de la cardiomyopathie sur la grossesse

Le risque de retard de croissance intra-utérin, d'accouchement prématuré et de mort fœtale intra-utérine est augmenté chez les femmes atteintes de cardiomyopathie.

3.5 Impact de la grossesse sur la cardiomyopathie

En raison de l'augmentation du volume sanguin, de la demande en oxygène plus élevée et du débit cardiaque plus élevé, la plupart des femmes atteintes de CMD présentent des symptômes qui s'aggravent. La fonction ventriculaire se détériore souvent chez les femmes atteintes de cardiomyopathie. Cette détérioration semble d'autant plus grave et cliniquement d'autant plus significative que la fonction ventriculaire systolique initiale est mauvaise.

La grossesse entraîne également une augmentation des événements thromboemboliques et – même si le mécanisme n'est pas clair – une augmentation des arythmies.

3.6 Impact des médicaments contre la cardiomyopathie sur la grossesse

Certains médicaments utilisés pour traiter la cardiomyopathie et l'insuffisance cardiaque ne devraient pas être administrés pendant la grossesse en raison d'un risque tératogène ou d'autres problèmes. Les détails et les effets secondaires potentiels qui devraient être pris en compte lors du traitement des femmes enceintes ou allaitantes sont énoncés dans le [tableau 3.1](#).

3.7 Impact de la grossesse sur les médicaments contre la cardiomyopathie

Les médicaments devraient être ajustés pour contrôler les symptômes et optimiser la fonction cardiaque. Il n'est pas nécessaire de modifier les doses simplement parce qu'une patiente est enceinte. La digoxine constitue une exception : en raison d'une liaison protéique altérée et d'une clairance accrue, il peut être nécessaire d'augmenter la dose pendant la grossesse.

3.8 Prise en charge anténatale de la cardiomyopathie

Dans la mesure du possible, des spécialistes devraient être impliqués et la patiente devrait être orientée vers une échocardiographie, si celle-ci n'est pas disponible sur place.

En général, les femmes atteintes de cardiomyopathie ont besoin d'un niveau de soins plus élevé et – si possible – leurs soins devraient être prodigués dans un établissement ayant accès à l'échographie, aux soins de médecine interne et à la possibilité de procéder à des accouchements par césarienne.

La sécurité de la poursuite de la grossesse par rapport à l'interruption de grossesse (ou – en fonction de l'âge gestationnel – à l'accouchement prématuré) devrait être évaluée et les options discutées avec la patiente et sa famille. Pour les femmes qui poursuivent leur grossesse, une réévaluation régulière est importante, car l'état peut s'aggraver rapidement.

Les principaux aspects du traitement de la CMD sont le soulagement des symptômes, l'obtention de la meilleure fonction hémodynamique possible et le traitement des facteurs pouvant provoquer ou aggraver l'insuffisance cardiaque, tels que l'anémie, les infections systémiques, l'hyperthyroïdie, etc.).

1. Gestion des fluides : la restriction sodée est le traitement de première intention, des diurétiques peuvent être ajoutés si nécessaire, l'hydrochlorothiazide est préféré aux diurétiques de l'anse (furosémide) s'il n'y a pas d'œdème pulmonaire ou périphérique sévère.
2. Contrôle de la fréquence cardiaque : bêtabloquants (si possible, utiliser des bêta-1-bloquants sélectifs, comme le métoprolol, ou le bisoprolol si le métoprolol n'est pas disponible. Les bêtabloquants devraient être débutés à faible dose, puis augmentés progressivement jusqu'à la dose maximale tolérée. Chez les patientes présentant une instabilité hémodynamique et/ou une hypotension, la digoxine peut être utilisée pour contrôler la fréquence.
3. Maintien de la pression artérielle systolique > 110 mmHg et la saturation en oxygène > 94%.
4. Chez les patientes présentant un œdème pulmonaire ou périphérique sévère : furosémide.
5. Traitement vasodilatateur pour diminuer la post-charge cardiaque chez les patientes présentant des signes d'insuffisance cardiaque, d'hypertension et/ou de dysfonctionnement ventriculaire gauche sévère : l'hydralazine et les nitrates tels que le dinitrate d'isosorbide peuvent être utilisés pendant la grossesse.
6. Traitement de l'anémie : fer et acide folique ; en cas d'échec du traitement ou en cas d'anémie sévère, une transfusion peut être envisagée. Remplacement du volume en cas de perte de sang.
7. Chez les patientes atteintes de CMP-PP et de FEVG très faible, une anticoagulation par héparine (HBPM ou, si celle-ci n'est pas disponible, HNF) devrait être envisagée.

Comme mentionné ci-dessus, la CMH est souvent bien tolérée pendant la grossesse. Toutes les femmes qui prennent déjà des bêtabloquants devraient poursuivre leur traitement. Les patientes atteintes de CMH qui ne prennent pas de bêtabloquants et qui développent des symptômes devraient commencer à en prendre. Si cela n'est pas toléré, le vérapamil (un inhibiteur calcique) en est une alternative.

TABEAU 3.1 - MÉDICAMENTS CONTRE LA CMD ET LA CMP-PP PENDANT LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT

MÉDICAMENT	UTILISATION PENDANT LA GROSSESSE	EFFETS INDÉSIRABLES POTENTIELS	UTILISATION PENDANT L'ALLAITEMENT
Diurétiques : Diurétiques de l'anse (par exemple furosémide) Diurétique thiazide (hydrochlorothiazide)	Le furosémide et le bumétanide sont considérés comme sûrs L'hydrochlorothiazide peut être utilisé	Tous les diurétiques : l'hypovolémie maternelle et l'hypotension peuvent entraîner une hypoperfusion utéro-placentaire. Risque de troubles électrolytiques et de lésions rénales. Hypoglycémie néonatale possible, hypotension et troubles électrolytiques	Aucune donnée sur le furosémide, l'hydrochlorothiazide lui est préféré et semble sûr pendant l'allaitement jusqu'à 50 mg/jour. Les diurétiques peuvent réduire la production de lait maternel.
Bêtabloquants	Peuvent être utilisés. Les bêtabloquants sélectifs sont préférés (bisoprolol, métoprolol, carvedilol).	Peuvent provoquer une bradycardie fœtale, une hypotension et une hypoglycémie, en particulier après un traitement à long terme.	Considérés comme sûrs ; faibles niveaux de la plupart des bêtabloquants dans le lait maternel. Données très limitées sur le bisoprolol.
Inhibiteurs de l'ECA (par exemple énalapril, ramipril). Les bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine II (ARB)	Contre-indiqués	Peuvent être tératogènes et causer une fœtopathie au deuxième et troisième trimestre, un oligohydramnios, un décès fœtal, ou une insuffisance rénale chez le nouveau-né.	Considérés comme sûrs, seulement de très faibles niveaux d'énalapril dans le lait maternel. Aucune donnée sur les ARB ; ne devraient pas être utilisés
Antagonistes des récepteurs des minéralocorticoïdes (par exemple la spironolactone)	Contre-indiqués (ne devraient être utilisés que dans des cas particuliers.	Effets anti-androgènes potentiels chez le fœtus mâle.	Données très limitées, mais en raison d'une liaison protéique élevée, une dose significative est peu recommandée. Peuvent être utilisés avec prudence.
Vasodilatateurs : Hydralazine/nitrates	Sûrs	L'hypotension maternelle peut provoquer une hypoperfusion utéro-placentaire.	Sûrs
Digoxine	Sûre	Faible poids à la naissance.	Sûre
Anticoagulants: Héparine (non fractionnée ou HBPM, par exemple l'énoxaparine) Antagonistes de la vitamine K (warfarine)	Sûrs Contre-indiqués	Ne traversent pas le placenta. Risque de saignement potentiellement accru à l'accouchement. Tératogènes	Sûrs Sûrs
Bromocriptine	Utilisation post-partum uniquement		Inhibe la lactation

(Tous les médicaments ne sont pas disponibles au sein de MSF, si possible, vérifier les directives locales pour les alternatives et leur disponibilité dans le contexte.)

3.9 Prise en charge de la cardiomyopathie au cours du travail

Il est souvent difficile de décider du calendrier de l'accouchement chez une femme atteinte de cardiomyopathie. Idéalement, cela devrait être discuté dans une équipe multidisciplinaire avec des obstétriciens, des spécialistes en médecine interne et des anesthésistes.

Si possible, la mère devrait être stabilisée avant l'accouchement. Si elle est hémodynamiquement stable, l'accouchement vaginal devra être tenté et une césarienne réservée aux indications obstétricales. Cependant, l'ocytocine devrait être utilisée avec prudence en raison de ses effets sur la pression artérielle et la fréquence cardiaque. Le bolus d'ocytocine devrait être administré pour la prévention (ou le traitement) de l'hémorragie post-partum. Une perfusion continue d'ocytocine pourrait être administrée pendant le travail et après l'accouchement si la patiente est hémodynamiquement stable.

L'anesthésie péridurale peut diminuer la demande d'oxygène et réduire la fréquence cardiaque et la pression artérielle maximales, et devrait être proposée si disponible. Le raccourcissement du deuxième stade de travail avec ventouse ou forceps pourrait être envisagé.

Si l'instabilité hémodynamique persiste malgré le traitement, une césarienne urgente est nécessaire. Les patientes atteintes de CMH stable peuvent accoucher par voie vaginale. Cependant, l'hypovolémie (par exemple en raison de la perte de sang) et la vasodilatation sont souvent mal tolérées, et la reconstitution précoce du volume, ainsi qu'une intervention en temps opportun en cas d'hémorragie sont importantes.

3.10 Prise en charge post-partum de la cardiomyopathie et de l'allaitement

Après l'accouchement, le traitement contre la cardiomyopathie et de l'insuffisance cardiaque devrait suivre les mêmes principes que chez les patientes non enceintes. Des inhibiteurs de l'ECA et de la spironolactone peuvent être ajoutés (se référer au [tableau 3.1](#)).

3.10.1 Traitement par bromocriptine

L'ajout de bromocriptine au protocole thérapeutique pourrait être envisagé chez les femmes atteintes de CMP-PP et d'insuffisance cardiaque ou de FEVG gravement compromise ($FEVG \leq 35\%$).

La bromocriptine entraînera l'inhibition de la lactation, donc l'allaitement ne sera plus possible. Les avantages potentiels du traitement devraient être équilibrés avec les risques pour le nourrisson (malnutrition, risque accru d'infections, augmentation du coût de l'alimentation, exposition à une eau insalubre, etc.). Considérer la gravité de la maladie par rapport au contexte local (par exemple, la disponibilité du substitut d'eau potable/lait) et demander des conseils d'experts (par exemple, via la télémédecine). Lors de la proposition de ce traitement, les conséquences devraient également être discutées en détail avec la patiente et sa famille/son accompagnant/e.

Doses de bromocriptine recommandées :

- CMP-PP sans complications : la bromocriptine (2,5 mg, une fois par jour) pendant au moins 1 semaine peut être envisagée ;
- patiente atteinte de CMP-PP avec EF < 25 % et/ou choc cardiogénique : protocole de bromocriptine de traitement prolongé (2,5 mg, deux fois par jour pendant 2 semaines, puis 2,5 mg, une fois par jour pendant 6 semaines) ;
- le traitement à la bromocriptine devrait toujours être accompagné d'un anticoagulant (par exemple, l'héparine), au moins en dose prophylactique.

Chez les patientes avec une FEVG sévèrement réduite, l'arrêt de l'allaitement maternel peut être bénéfique même si la bromocriptine n'est pas utilisée, car elle diminue la forte demande métabolique.

3.10.2 Pronostic et conseils

Il est important de conseiller les patientes atteintes de CMP-PP (ou CMD préexistante) sur leur pronostic et leurs grossesses futures. Dans l'ensemble, jusqu'à 80 % des patientes atteintes de CMP-PP se rétabliront et disposeront d'une FEVG normale après six mois. Cependant, une faible FEVG au diagnostic (< 30 %), l'ethnicité noire et le diagnostic pendant la grossesse (par opposition à la période post-partum) sont associés à un pronostic moins favorable. Le risque global de récurrence n'est pas clair mais semble être d'environ 30 % (plus faible chez les femmes avec un rétablissement complet, plus élevé chez les femmes atteintes de FEVG compromise). Les femmes dont la FEVG ne se remet pas à > 50 % devraient être conseillées sur les risques, et une grossesse ultérieure devrait être découragée.

La contraception devrait être proposée à toutes les femmes atteintes de cardiomyopathie (se référer au [paragraphe 3.2](#)).

4. MALADIES RESPIRATOIRES



© Oriane Zerah | Inpatient department at the MSF Khost maternity hospital, Afghanistan

4.1 Introduction

Une sensation d'essoufflement (dyspnée) est courante pendant la grossesse et est ressentie par deux tiers des femmes même lorsqu'il n'existe aucune maladie sous-jacente.

Les changements physiologiques importants du système respiratoire au cours de la grossesse comprennent :

- en raison de l'augmentation du volume utérin, le diaphragme s'élève et les femmes ne peuvent pas respirer aussi profondément qu'avant la grossesse ;
- il y a une diminution de la quantité d'air stockée dans les poumons (diminution de la capacité résiduelle fonctionnelle ou CRF) durant la seconde moitié de la grossesse ;
- il y a un volume accru de gaz échangé dans les poumons (augmentation du volume respiratoire, c'est-à-dire de l'air inhalé et expiré à chaque respiration). La fréquence respiratoire n'augmente pas de manière significative ;
- la consommation maternelle en oxygène augmente légèrement au cours de la seconde moitié de la grossesse ;
- les niveaux de CO₂ sont généralement plus faibles et les niveaux d'oxygène normaux ou légèrement plus élevés que chez les femmes non enceintes, conduisant à une légère alcalose respiratoire lorsqu'une analyse du gaz sanguin est effectuée ;
- les voies respiratoires supérieures changent également, avec plus de gonflement, de flux sanguin et de production de mucus. Par conséquent, les congestions nasales et les saignements de nez sont courants.



Lorsqu'une femme présente des symptômes respiratoires, il est important de se rappeler que ceux-ci peuvent également être causés par d'autres pathologies (se référer à l'[annexe 3](#)). Le problème ne se trouve peut-être pas au niveau des poumons !

4.2 Diagnostic différentiel

Les maladies infectieuses des voies respiratoires inférieures sont la cause la plus courante de toux et d'essoufflement chez les femmes enceintes. Parmi celles-ci figurent des maladies virales telles que la bronchite virale, la grippe et la covid-19, ainsi que la pneumonie bactérienne et la tuberculose. Une anamnèse détaillée et les symptômes d'accompagnement tels que la fièvre, les douleurs musculaires/articulaires, les maux de gorge, etc. peuvent aider à les différencier des conditions plus chroniques. D'autres résultats tels que l'arythmie cardiaque, l'œdème, les signes de thrombose veineuse profonde dans les membres inférieurs, etc. peuvent également aider à soupçonner les causes non pulmonaires de dyspnée (se référer à l'[annexe 3](#)).

L'asthme ou la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) sont parmi les maladies chroniques les plus courantes, et la plupart des femmes enceintes touchées sauront qu'elles en sont atteintes avant la grossesse. Il n'est pas toujours facile de différencier les deux. Le diagnostic peut également être rendu difficile car les deux conditions sont souvent aggravées par des infections simultanées telles qu'une bronchite virale autrement simple.

En cas d'asthme ou de MPOC, le diagnostic est principalement clinique. Le tableau suivant peut aider à différencier la MPOC de l'asthme.

TABLEAU 4.1 - DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LA MPOC ET L'ASTHME

CARACTÉRISTIQUES	MPOC	ASTHME
Âge de l'apparition	Habituellement > 40 ans	Généralement plus jeune, enfance
Tabagisme	Oui*	Non
Expectorations	Fréquentes	Rares
Progression	Progressive	Stable avec des exacerbations
Symptômes	Persistants et progressifs	Intermittents, variables de jour en jour ; s'aggravent la nuit et tôt le matin
Antécédents personnels et familiaux	-	Asthme, allergies, dermatite atopique

*Dans de nombreux contextes, cuisiner avec un feu ouvert est le facteur de risque le plus fréquent pour développer une MPOC chez les femmes.

4.3 Asthme



L'approche et le traitement d'une femme enceinte souffrant d'une grave crise d'asthme ne diffèrent pas de ceux d'une femme adulte non enceinte. La priorité reste la stabilisation et la protection de la vie de la mère. Si possible, l'accouchement devrait être retardé jusqu'à ce que la mère soit stable et que les symptômes soient maîtrisés (se référer au document [Directives cliniques de MSF : crise d'asthme](#)).

4.3.1 Introduction

L'asthme est l'une des maladies chroniques potentiellement graves les plus courantes pendant la grossesse. Les patientes présentent généralement des crises récurrentes d'essoufflement, de resserrement de la poitrine, de toux et de respiration sifflante. L'asthme est dû à une inflammation chronique des voies respiratoires. Les crises aiguës peuvent être déclenchées par différents stimuli (infections virales, poussière, froid, allergènes, etc.). Lors d'une attaque, les muscles lisses des bronches se contractent, et la muqueuse des voies respiratoires pourrait se gonfler, ce qui les rétrécit et réduit le débit d'air entrant et sortant des poumons.

4.3.2 Spécificités chez les femmes en âge de procréer

Le diagnostic et le traitement approprié de l'asthme avant la conception améliorent les résultats au cours de la grossesse. Il est important de conseiller aux femmes de ne pas arrêter leurs médicaments lorsqu'elles tombent enceintes. Les bêta-agonistes, les agents anti-muscariniques et les glucocorticoïdes inhalés et oraux (se référer au [paragraphe 4.3.8](#)) peuvent tous être utilisés pendant la grossesse. Chez les femmes souffrant d'asthme modéré à sévère notamment, il est important de traiter d'autres facteurs de risque modifiables, tels que l'arrêt du tabac et la perte de poids chez les patientes en surpoids/obèses.

Éviter les médicaments tels que les bêtabloquants, l'AAS et les AINS chez les femmes souffrant d'asthme modéré à sévère car ils peuvent déclencher des crises et aggraver la maladie.

Les femmes asthmatiques peuvent se voir proposer tous les contraceptifs disponibles, car les interactions avec les médicaments traitant l'asthme ou un risque accru de complications médicales ne sont pas probables.

4.3.3 Diagnostic pendant la grossesse

La plupart des femmes asthmatiques auront été diagnostiquées avant la grossesse et seront conscientes de leur état. Les femmes présenteront rarement de nouveaux symptômes d'asthme pendant la grossesse.

Le diagnostic est le même que chez les patientes non enceintes – principalement clinique. Les patientes présentent généralement des épisodes récurrents d'essoufflement, de toux et/ou de respiration sifflante. Ces symptômes ont tendance à être plus graves pendant la nuit, et de nombreuses patientes ont des antécédents personnels ou familiaux d'allergies, de dermatite atopique ou d'asthme. Chez les patientes symptomatiques, une sibilance expiratoire dans toute la poitrine est typique, une sibilance inspiratoire peut être présente dans des épisodes d'asthme plus graves. Si un débitmètre de pointe est utilisé (se référer également au [SOP d'évaluation respiratoire et débitmètre de pointe manuel](#)), une augmentation du DEP d'au moins 20 % après l'utilisation des bronchodilatateurs confirme le diagnostic. Si disponible, la spirométrie peut aussi confirmer le diagnostic.

4.3.4 Impact de l'asthme sur la grossesse

Il existe des preuves que l'asthme augmente légèrement le risque de prééclampsie, d'hémorragie obstétricale, d'accouchement par césarienne, de faible poids à la naissance et d'accouchement prématuré, entre autres. Le risque semble être plus élevé chez les femmes ayant une mauvaise maîtrise de leur asthme avec une maladie plus grave. Les faibles niveaux d'oxygène maternels pendant les exacerbations, ainsi que les niveaux de CO₂ plus faibles et l'alcalose auraient un impact négatif sur le flux sanguin utéroplacentaire et l'oxygénation fœtale.

Chez les femmes souffrant d'asthme mal maîtrisé et grave, il peut également y avoir un risque légèrement plus élevé de malformations fœtales et de fausses couches.

4.3.5 Impact de la grossesse sur l'asthme

L'évolution de l'asthme pendant la grossesse varie, la gravité de la maladie diminue chez un tiers des femmes, s'aggrave chez un autre tiers et reste stable chez le dernier tiers. L'asthme semble être moins grave au cours du dernier mois de la grossesse, et les symptômes importants pendant le travail et l'accouchement ne sont pas courants.

Néanmoins, 20 % à 36 % des femmes asthmatiques auront au moins une exacerbation aiguë pendant la grossesse. Les femmes atteintes d'obésité, les fumeuses et celles qui souffrent d'asthme plus grave avant la grossesse sont plus à risque.

4.3.6 Impact des médicaments contre l'asthme sur la grossesse

Comme mentionné ci-dessus, un bon contrôle et un traitement adéquat de l'asthme sont importants. Les options de traitement disponibles dans la plupart des contextes MSF peuvent être prescrites pendant la grossesse et ne sont pas associées à des effets négatifs sur le fœtus ou l'évolution de la grossesse. La seule exception est les glucocorticoïdes oraux : si leur utilisation est nécessaire, le taux de faible poids à la naissance est plus élevé. La dose devrait être réduite autant que cliniquement raisonnable. Les nouveau-nés des femmes qui prennent des glucocorticoïdes oraux devraient être surveillés pour l'hypoglycémie après l'accouchement, indépendamment du poids à la naissance (se référer au document [Soins obstétricaux et néonataux essentiels, chapitre 10.3.4](#)).

4.3.7 Impact de la grossesse sur les médicaments contre l'asthme

Aucun ajustement n'est nécessaire pendant la grossesse. Les femmes devraient être conseillées de poursuivre leurs médicaments lorsqu'elles tombent enceintes afin d'éviter les exacerbations aiguës.

4.3.8 Prise en charge anténatale de l'asthme

L'objectif du traitement est de réduire les symptômes chroniques et de réduire le risque d'exacerbations aiguës.

Lors de la première visite anténatale, les médicaments et symptômes devraient être examinés et l'observance du traitement ainsi que la technique de l'inhalateur devraient être vérifiées (se référer au document 'NCD: Programmatic and clinical guidelines' par OCA, page 29).

À chaque visite suivante, la maîtrise de l'asthme peut être vérifiée à l'aide des questions suivantes :

- Avez-vous eu du mal à dormir à cause de vos symptômes d'asthme ?
- Avez-vous ressenti vos symptômes d'asthme habituels pendant la journée ?
- Votre asthme a-t-il interféré avec vos activités habituelles ?

Le traitement suit une approche par étape, et avant de passer à l'étape suivante, l'observance et la technique correcte de l'inhalateur devraient être assurées. Le traitement pharmacologique se divise en 2 catégories :

1. les analgésiques : détendent les muscles des voies respiratoires et fournissent des symptômes rapides, par exemple salbutamol, un antagoniste bêta-2 à courte durée d'action ;
2. les préventifs : réduisent l'inflammation et préviennent les exacerbations aiguës, par exemple la bécloéthasone, un stéroïde inhalé.

TABEAU 4.2 - APPROCHE ÉTAPE PAR ÉTAPE POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ASTHME

Étape 1	Commencer le traitement par l'analgésique : Salbutamol: 100 microgrammes, 2 bouffées au besoin. Si cet analgésique est utilisé plus de trois fois par semaine, passer à l'étape suivante.
Étape 2	Ajouter l'inhalateur préventif (stéroïde inhalé) : Béclométasone : 200-400 microgrammes, deux fois par jour ou Fluticasone 100-200 microgrammes, deux fois par jour.
Étape 3	Si disponible, ajouter un second inhalateur préventif (bêta-agoniste à longue durée d'action, LABA) :  ne pas arrêter le corticostéroïde inhalé. Salmétérol : 50 à 100 microgrammes, deux fois par jour (peut être disponible en association avec la fluticasone).
Étape 4	Augmentation du corticostéroïde inhalé : Béclométhasone jusqu'à 1000 microgrammes, deux fois par jour, Fluticasone jusqu'à 500 microgrammes, deux fois par jour. Si disponible et en l'absence de réaction ou en cas de mauvaise réaction au LABA : ajouter du montélukast 10 mg par voie orale, une fois par jour.
Étape 5	Ajouter un stéroïde par voie orale : Prednisolone 25 mg par jour. Tenter de réduire à 10 mg par jour pendant 2 mois en diminuant lentement la dose.

Tous les médicaments ne sont pas disponibles dans tous les contextes MSF. Si nécessaire, vérifier les directives locales pour les alternatives et leur disponibilité.

Se référer également au document [SOP sur l'inhalation des médicaments à l'aide d'une chambre d'inhalation.](#)

4.3.9 Prise en charge de l'asthme au cours du travail

Il n'y a pas de risques ou de considérations spécifiques au cours du travail. Les patientes devraient continuer de prendre leurs médicaments réguliers tels que prescrits. Comme mentionné ci-dessus, les symptômes graves sont rares au cours du travail et de l'accouchement.

4.3.10 Prise en charge post-partum de l'asthme et de l'allaitement

Les médicaments prescrits pour l'asthme n'affectent pas la production de lait maternel ni l'allaitement. Les glucocorticoïdes oraux (prednisolone) ne sont excrétés qu'en petites quantités dans le lait maternel, et aucun effet indésirable n'a été signalé chez les nourrissons qui y sont exposés. L'allaitement maternel peut réduire le risque que les enfants développent de l'asthme plus tard dans la vie.

4.4 Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

4.4.1 Introduction

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est une condition respiratoire courante caractérisée par une limitation persistante du débit d'air qui est généralement progressive et associée à une réponse inflammatoire accrue dans les voies respiratoires. On estime qu'elle affecte plus de 5 % de la population et est associée à une morbidité et mortalité élevées. Le tabagisme en est la cause la plus courante. Les autres facteurs de risque comprennent : le tabagisme passif, la consommation de marijuana, l'exposition à des niveaux élevés de pollution de l'air intérieur due à la combustion de biomasse pour la cuisson dans des habitations mal ventilées, et l'exposition professionnelle aux poussières, aux produits chimiques et aux fumées.

La maladie est courante et devrait être envisagée chez les patientes de plus de 40 ans avec au moins l'un des facteurs de risque suivants :

- fumeuses actuelles ou ex-fumeuses,
- personnes ayant des antécédents d'exposition professionnelle,
- personnes ayant des antécédents d'exposition à la pollution de l'air intérieur.

Vu que la maladie apparaît principalement chez les personnes de plus de 40 ans, il s'agit d'une maladie moins couramment diagnostiquée pendant la grossesse. Néanmoins, elle devrait être prise en compte chez les femmes enceintes d'âge plus avancé avec les facteurs de risque susmentionnés (par exemple, les grandes fumeuses) et avec une présentation clinique suggestive.

4.4.2 Spécificités chez les femmes en âge de procréer

Le diagnostic et le traitement approprié de la MPOC avant la conception peuvent améliorer les résultats de la grossesse. Comme dans l'asthme, des interactions importantes des médicaments utilisés avec l'un des contraceptifs disponibles ne sont pas probables. Cependant, les facteurs de risque devraient être gardés à l'esprit : les fumeuses, en particulier celles de plus de 35 ans, sont à haut risque de complications cardiovasculaires (AVC, infarctus du myocarde, MTEV) et ne devraient pas prendre de contraceptifs contenant des œstrogènes (par exemple, les COC).

4.4.3 Diagnostic pendant la grossesse

La plupart des femmes atteintes de MPOC auront été diagnostiquées avant la grossesse. Il peut être difficile de différencier la MPOC cliniquement des autres maladies pulmonaires et cardiaques plus chroniques, telles que la tuberculose et l'insuffisance cardiaque. Cependant, deux ou plusieurs des symptômes suivants suggèrent la MPOC :

- la toux chronique (quotidiennement pendant au moins 3 mois sans caractéristiques de TB) ;
- la production de crachats chroniques, en particulier pendant les saisons humides/froides (la toux et les expectorations peuvent précéder la dyspnée de plusieurs années) ;
- l'essoufflement et/ou la respiration sifflante, en particulier lors de l'effort, de manière progressive et persistante ;
- les infections thoraciques répétées nécessitant un traitement (≥ 3 au cours des 2 dernières années suggèrent la MPOC).

Si la spirométrie est disponible, elle peut être utilisée pour confirmer le diagnostic. $FEV1/FVC < 0,7$ est diagnostique de l'obstruction pulmonaire. Chez une femme enceinte qui se présente pour la première fois avec des symptômes suggérant une MPOC, une radiographie pulmonaire (avec protection abdominale) devrait être envisagée pour exclure d'autres conditions telles que la tuberculose. L'hyperinflation peut être observée sur la radiographie pulmonaire des patientes atteintes de MPOC.

4.4.4 Impact de la MPOC sur la grossesse

Il n'y a pas beaucoup de données sur l'effet de la MPOC sur la grossesse. Néanmoins, il est raisonnable de supposer que – à l'instar de l'asthme – une bonne maîtrise diminue le risque de résultats indésirables. Les femmes atteintes de MPOC légère avec une bonne maîtrise des symptômes n'ont pas plus de risque de complications graves.

Comme dans l'asthme, des niveaux inférieurs d'oxygène et de CO_2 peuvent expliquer un risque plus élevé de complications maternelles et fœtales. Le tabagisme peut augmenter davantage le risque de faible poids à la naissance et d'accouchement prématuré, ainsi que de la détresse fœtale et de l'accouchement par césarienne.

4.4.5 Impact de la grossesse sur la MPOC

La grossesse n'a pas d'impact direct sur la MPOC et les symptômes peuvent s'aggraver ou s'améliorer. Dans la seconde moitié de la grossesse (en particulier au troisième trimestre), les femmes peuvent ressentir un essoufflement.

4.4.6 Impact du traitement contre la MPOC sur la grossesse

Comme dans l'asthme, un bon contrôle et un traitement adéquat de la MPOC sont importants. Les options de traitement disponibles dans la plupart des contextes MSF peuvent être prescrites pendant la grossesse et ne sont pas associées à des effets négatifs sur le fœtus ou l'évolution de la grossesse. La seule exception est les glucocorticoïdes par voie orale : si leur utilisation est nécessaire, le taux de faible poids à la naissance est plus élevé. La dose devrait être réduite autant que cliniquement raisonnable. Les nouveau-nés des femmes qui prennent des glucocorticoïdes par voie orale devraient être surveillés pour hypoglycémie après l'accouchement, indépendamment du poids à la naissance (se référer aux [Soins obstétricaux et néonataux essentiels, chapitre 10.3.4](#)).

4.4.7 Impact de la grossesse sur le traitement contre la MPOC

Aucun ajustement des doses ou des médicaments n'est nécessaire lorsqu'une femme est enceinte. Si des glucocorticoïdes par voie orale doivent être administrés, la prednisolone est préférée à la dexaméthasone.

4.4.8 Prise en charge anténatale de la MPOC

L'objectif principal est de réduire les symptômes et de minimiser les exacerbations aiguës. Le traitement pourrait également avoir un impact positif sur la progression de la maladie et sur la grossesse (se référer au document 'NCD: Programmatic and clinical guidelines' par OCA, page 38).

Comme dans l'asthme, les visites anténatales devraient être utilisées pour poser des questions sur la maîtrise de la maladie, et l'observance du traitement ainsi que la technique de l'inhalateur devraient être vérifiées. La mesure la plus importante est le sevrage tabagique et les patientes devraient être soutenues autant que possible dans cela. Une autre exposition (par exemple, la fumée des feux ouverts, en particulier à l'intérieur) devrait également être réduite autant que possible. Le traitement pharmacologique peut améliorer les symptômes et la qualité de vie, mais cela n'augmentera pas l'espérance de vie.

TABLEAU 4.3 - APPROCHE ÉTAPE PAR ÉTAPE POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ASTHME

Étape 1	Salbutamol via l'espaceur : 100 microgrammes, 2 bouffées au besoin. Si aucune amélioration n'est observée après 1 mois, passer à l'ipratropium : 40 microgrammes, 2 bouffées au besoin. Si les symptômes ne sont pas maîtrisés, passer à l'étape 2 (garder le salbutamol dans toutes les autres étapes pour la prise en charge des symptômes aigus).
Étape 2	Ajouter un médicament à longue durée d'action : Salmétérol (LABA) : 25 microgrammes, 2 bouffées, deux fois par jour. Continuer le salbutamol ou l'ipratropium au besoin pour un soulagement symptomatique, OU Tiotropium (LAMA) : 1 capsule de 18 microgrammes, une fois par jour (à ne pas utiliser avec l'ipratropium/SAMA). (Le tiotropium n'est pas disponible au sein de MSF, si possible, vérifier les directives locales pour les alternatives et leur disponibilité dans votre contexte). Si aucune maîtrise symptomatique n'est obtenue, utiliser à la fois LABA + LAMA, OU Passer à l'étape 3.
Étape 3	Ajouter un stéroïde inhalé : Fluticasone : 100-500 microgrammes, deux fois par jour, OU Béclométasone : 200 microgrammes, deux fois par jour, ET Salmétérol : 25 microgrammes, 2 bouffées, deux fois par jour – généralement administré comme inhalateur combiné. Si aucune amélioration symptomatique n'est observée après un mois, arrêter le stéroïde inhalé (risque accru de pneumonie). Passer à l'étape 4.
Étape 4	Se référer aux spécialistes, si disponibles. Envisager d'impliquer des spécialistes via la télémédecine de MSF pour obtenir des conseils. Envisager la prednisolone par voie orale au quotidien (arrêter si aucune amélioration claire n'est observée ; devrait être sevré progressivement). Envisager l'oxygénothérapie à long terme, si disponible.

Tous les médicaments ne sont pas disponibles dans tous les contextes MSF. Si nécessaire, vérifier les directives locales pour les alternatives et leur disponibilité.

Se référer également au document [SOP sur l'inhalation des médicaments à l'aide d'une chambre d'inhalation](#).

4.4.9 Prise en charge du travail

Il n'y a pas de risques ou de considérations spécifiques au cours du travail. Les patientes devraient continuer à prendre leurs médicaments réguliers comme prescrit.

4.4.10 Prise en charge post-partum, y compris l'allaitement

Les médicaments prescrits pour l'asthme n'affectent pas la production de lait maternel ni l'allaitement. Les glucocorticoïdes oraux (prednisolone) ne sont excrétés qu'en petites quantités dans le lait maternel, et aucun effet indésirable n'a été signalé chez les nourrissons qui y sont exposés.

Les patientes qui fument devraient être conseillées de protéger leur enfant de la fumée de cigarette (pas de cigarette à l'intérieur, dans les chambres où le bébé passe du temps) afin de réduire le risque pour les enfants de développer l'asthme plus tard dans leur vie. La protection du nourrisson de la fumée peut également diminuer le risque de mort subite du nourrisson (ou MSN).

5. ÉPILEPSIE



© Barbara Debout | MSF-supported neonatology service, Community Hospital Centre (CHUC), Bangui, Central African Republic

5.1 Introduction

Une crise d'épilepsie est un changement soudain de comportement causé par l'hyper-synchronisation électrique des réseaux neuronaux dans le cortex cérébral.

Les crises sont courantes, 8 % à 10 % de la population adulte ont au moins une crise au cours de leur vie. Les crises peuvent être secondaires à une lésion ou une infection cérébrale (par exemple tumeur, accident vasculaire cérébral ou abcès), secondaire à une maladie (hypoglycémie ou perturbations électrolytiques), et, dans le cas d'une patiente enceinte ou non enceinte avec une première crise, ces causes devraient être examinées ou écartées autant que possible. Chez les femmes enceintes atteintes d'une crise tonico-clonique, l'éclampsie est le diagnostic le plus courant et devrait être exclue indépendamment de l'âge gestationnel.

Les crises peuvent également être primaires sans cause apparente. Ce chapitre traitera de l'épilepsie primaire. Environ 0,3 % à 0,5 % des femmes enceintes souffrent d'épilepsie. Il existe différentes formes de crises, telles que les crises généralisées tonico-cloniques, les crises d'absence et les crises focales.

L'épilepsie n'est pas une contre-indication à la grossesse. Même si l'épilepsie et son traitement sont associés à un risque légèrement plus élevé de complications chez la mère et son bébé, la plupart des femmes auront un résultat de grossesse favorable.

5.2 Spécificités chez les femmes en âge de procréer

Iddéalement, les crises devraient être bien contrôlées avant la grossesse. La monothérapie comporte un risque plus faible de malformation fœtale que la thérapie avec plusieurs médicaments antiépileptiques, mais le risque dépend principalement des médicaments utilisés. Si la patiente ne prend aucun médicament épileptique, dans la plupart des études, le risque de malformations fœtales n'est pas élevé par rapport à la population générale.

Tous les médicaments antiépileptiques disponibles au sein de MSF peuvent avoir un effet tératogène sur le fœtus. Il y a une augmentation de l'incidence des malformations congénitales majeures (cardiaque, squelettique, tube neural) de 2 à 4 fois le risque de base. Le risque est le plus élevé pour le valproate (risque accru de malformations du tube neural par un facteur de 10 à 20), et le valproate est également lié à un mauvais développement neurologique chez les enfants qui y sont exposés.



Le valproate ne devrait pas être administré aux femmes qui sont ou pourraient tomber enceintes.

Les médicaments à privilégier pendant la grossesse et avant la conception sont le lévétiracétam ou la lamotrigine comme monothérapie et à la dose la plus faible possible. Dans le cas où le traitement antiépileptique serait démarré au cours de la grossesse, le **lévétiracétam** est préféré à la lamotrigine, car il peut être démarré dans la dose thérapeutique et est moins sensible aux changements pharmacocinétiques chez les femmes enceintes. La carbamazépine est une option si le lévétiracétam n'est pas disponible. Les doses des différents médicaments antiépileptiques sont mentionnées ci-dessous (se référer au [tableau 5.1](#)).

La supplémentation en **acide folique** à forte dose (4 ou 5 mg par jour) devrait être démarrée de préférence avant la conception ou tôt au premier trimestre pour prévenir les malformations du tube neuronal.

En cas d'épilepsie bien contrôlée (pas de crises pendant 12 mois), une tentative peut être faite pour arrêter les médicaments antiépileptiques avant la grossesse et surveiller la patiente.

De nombreux médicaments antiépileptiques (par exemple la carbamazépine et le phénobarbital, la lamotrigine dans une moindre mesure) sont des inducteurs enzymatiques qui réduisent l'efficacité de la plupart des contraceptifs hormonaux. Chez les femmes qui ont déjà des enfants ou qui ne souhaitent pas tomber enceintes au cours des prochains mois ou années, les LARC (contraceptifs réversibles à longue durée d'action) tels que les dispositifs intra-utérins (avec ou sans lévonorgestrel) et les injections d'AMP sont l'option la plus sûre pour la contraception. Les données sont moins claires pour les implants contenant du lévonorgestrel ou de l'étonogestrel, mais ils peuvent probablement être utilisés chez cette catégorie de femmes. Les contraceptifs oraux (COC et PP) ne devraient pas être administrés aux femmes qui prennent ces médicaments antiépileptiques. Le lévétiracétam n'est pas un inducteur enzymatique, et aucune interaction médicamenteuse significative n'est attendue.

Il est également important de se rappeler que les contraceptifs contenant des œstrogènes tels que les COC peuvent augmenter la clairance de certains antiépileptiques (par exemple, la lamotrigine), et l'augmentation de la dose du médicament antiépileptique pourrait être nécessaire lorsqu'une femme commence à prendre des COC et sa diminution nécessaire lorsqu'elle les arrête.

5.3 Diagnostic pendant la grossesse

La plupart des femmes qui souffrent d'épilepsie seront diagnostiquées avant la grossesse. Rarement, les femmes présenteront des crises nouvellement apparues pendant la grossesse.

Si une patiente enceinte se présente sans antécédent de trouble convulsif connu ou de maladie sous-jacente, et souffre d'une première crise, des causes telles que des infections systémiques et cérébrales, une hypoglycémie, des troubles électrolytiques sévères, des tumeurs et les accidents vasculaires cérébraux devraient être exclus autant que possible. L'éclampsie est la cause la plus fréquente de crises pendant la grossesse. Ces femmes sont généralement dans la seconde moitié de la grossesse et ont une pression artérielle élevée (pouvant aller de légèrement à fortement élevée) et une protéinurie. Le traitement de l'éclampsie devrait être initié au plus vite, car un retard dans le traitement de ces patientes augmente de manière significative la morbidité et la mortalité (se référer aux [Soins obstétricaux et néonataux essentiels de MSF, chapitre 4.6](#)).

Un certain nombre de conditions peuvent provoquer des crises associées à des mouvements anormaux et peuvent imiter des crises généralisées (par exemple, syncope, arythmie, migraine, accidents vasculaires cérébraux [AVC]).

Afin de faire un diagnostic définitif, et en fonction des symptômes associés, des tests supplémentaires pourraient être utiles. Cependant, ces tests peuvent ne pas être disponibles dans la plupart des contextes MSF :

- l'imagerie cérébrale (CT ou IRM, si disponible) dans le cas où l'examen clinique suggère une cause intracrânienne telle qu'une tumeur ou un abcès (par exemple, de nouveaux symptômes neurologiques focaux) ;
- si une infection cérébrale est suspectée, la ponction lombaire peut être envisagée ;
- l'électroencéphalogramme (EEG) n'est pas systématiquement recommandé dans les contextes MSF en raison de limitations techniques (disponibilité, technique réalisée sous certaines normes et lecture par des spécialistes). Au cas où il serait effectué, il est recommandé de télécharger les images EEG sur la plate-forme de télémédecine pour examen par un spécialiste. Il convient de noter qu'un EEG sans altérations n'exclut pas l'épilepsie et que certaines anomalies ne sont pas synonymes d'épilepsie

5.4 Impact de l'épilepsie sur la grossesse

Le risque de malformations fœtales dépend des médicaments antiépileptiques qu'une femme prend, les femmes qui ne prennent aucun médicament n'ont pas de risque accru d'avoir un enfant souffrant de malformations majeures.

La mortalité maternelle est significativement plus élevée chez les femmes atteintes d'épilepsie (multipliée par 10), mais la raison de cela n'est pas claire. D'autres complications obstétricales se produisent également plus fréquemment (prééclampsie, accouchement prématuré, hémorragie obstétricale, etc.).

5.5 Impact de la grossesse sur l'épilepsie

Chez la majorité des femmes, la fréquence des crises reste inchangée au cours de la grossesse. Celle-ci augmente chez environ un tiers des patientes. Le risque de crises semble être particulièrement élevé au cours de la période périnatale immédiate (les jours qui précèdent et suivent l'accouchement).

5.6 Impact des médicaments contre l'épilepsie sur la grossesse

Comme expliqué ci-dessus (se référer au [paragraphe 5.2](#)), tous les médicaments disponibles au sein de MSF peuvent avoir un effet tératogène. Ce risque semble être le plus faible pour le lévétiracétam et la lamotrigine, suivi par la carbamazépine.



Le valproate ne devrait pas être administré aux femmes enceintes en raison de son effet négatif sur le développement neurologique des enfants exposés. Si l'arrêt ou la substitution du valproate n'est pas possible ou réalisable, la dose la plus faible possible devrait être administrée.

5.7 Impact de la grossesse sur les médicaments contre l'épilepsie

En raison de l'augmentation du métabolisme, de l'augmentation de la clairance rénale et de la modification de la liaison protéique, les doses de nombreux médicaments antiépileptiques sont diminuées pendant la grossesse. Une fréquence de crises plus élevée peut être causée par des concentrations plasmatiques plus faibles. Si la fréquence des crises augmente, l'augmentation de la dose dans la plage thérapeutique devra être envisagée.

5.8 Prise en charge anténatale de l'épilepsie

Un changement préconceptionnel des médicaments et un ajustement de la dose pourraient être nécessaires, la patiente devrait être suivie de près (4 semaines en CA).

Idéalement, les patientes devraient être conseillées avant la conception, ou du moins au début de la grossesse. Les patientes sous valproate devraient modifier leur médicament et passer au **lévétiracétam, lamotrigine ou carbamazépine**, si possible. Si la patiente se présente au troisième trimestre, ou si son épilepsie est difficile à maîtriser, il est probablement préférable de poursuivre le médicament qu'elle prenait avant la conception tout au long de la grossesse.

La supplémentation en **acide folique** (à une dose élevée, 5 mg une fois par jour) devrait être démarrée et poursuivie tout au long de la grossesse.

La patiente devrait être suivie de près (visites à intervalles de quatre semaines). À chaque visite, le nombre et la gravité des crises devraient être évalués, si la fréquence des crises augmente considérablement, envisager d'augmenter la dose des médicaments administrés.

TABEAU 5.1 - POSOLOGIE DES MÉDICAMENTS ANTIÉPILEPTIQUES

	DOSE INITIALE	DOSE THÉRAPEUTIQUE – DÉPEND DE LA RÉPONSE CLINIQUE
Levétiracetam	500 mg PO, deux fois par jour	Augmenter toutes les deux à quatre semaines de 250 mg, deux fois par jour, maximum 1 500 mg, deux fois par jour.
Lamotrigine	25 mg PO, une fois par jour	Augmenter après deux semaines à 50 mg PO, une fois par jour, puis toutes les deux semaines de 50 mg, maximum 200 mg/jour, répartis en 1 ou 2 doses.
Carbamazépine	10 mg PO, une ou deux fois par jour	Augmenter chaque semaine de 100 mg ou 200 mg, maximum 1 200 mg/jour, répartis en 2 à 4 doses.
Phénobarbital	2 mg/kg PO, une fois par jour (maximum 100 mg)	Augmenter à maximum 6 mg/kg par jour, répartis en 2 à 3 doses.

(Tous les médicaments ne sont pas disponibles au sein de MSF, si possible, vérifier les directives locales pour les alternatives et leur disponibilité dans le contexte.)

5.9 Prise en charge de l'épilepsie au cours du travail/ de l'accouchement

Au cours de la période périnatale immédiate (quelques jours avant l'accouchement, pendant le travail et deux à trois jours après l'accouchement), les patientes présentent un risque accru de crise. Si possible, la patiente devrait être dans une pièce calme et les facteurs ou stimuli externes devraient être réduits.

Au cours du travail et pendant la période post-partum immédiate, il est conseillé de s'assurer que la patiente a un accès à l'intraveineuse disponible pour garder le diazépam prêt, surtout si l'épilepsie est mal contrôlée et que la patiente a eu des crises pendant la grossesse.



Le diazépam 10 mg par intraveineuse lente pendant 3 à 5 minutes (la solution de diazépam peut également être administrée de manière rectale, ou – si l'insertion d'une IV et l'administration rectale ne sont pas possibles – envisager une injection intramusculaire). S'il est administré dans les six heures précédant la naissance, le nourrisson devra être surveillé pour des problèmes respiratoires.

La plupart des femmes atteintes d'épilepsie accouchent par voie vaginale sans complications et l'épilepsie n'est pas une indication à une césarienne programmée dans la plupart des cas. Cependant, les crises pendant le travail/l'accouchement augmentent le risque de décollement placentaire. En cas de crises répétées avec un possible compromis fœtal, une césarienne peut être nécessaire.

5.10 Prise en charge post-partum de l'épilepsie et de l'allaitement

Si le médicament antiépileptique a été augmenté à des doses élevées pendant la grossesse, il peut être progressivement réduit sur quelques semaines, à partir de trois à quatre jours après l'accouchement, lorsque le risque de crise diminue.

Toutes les patientes atteintes d'épilepsie devraient être conseillées : éviter autant que possible la privation de sommeil, car cela peut être un déclencheur de crises. Une mère qui a eu des crises pendant la grossesse ou le travail ne devrait pas être laissée seule en tenant son nouveau-né, car il y a un risque de blessure pour le bébé en cas de crise. Il est important d'en discuter avec la patiente et sa famille.

If the mother takes two or more antiepileptic drugs (polytherapy), the newborn can suffer from withdrawal syndrome (poor feeding, drowsiness, lethargy) and close monitoring is needed. In some cases the newborns may require additional feeding. In most cases no additional treatment is necessary. The newborn also needs to L'allaitement maternel est la méthode d'alimentation recommandée et présente de nombreux avantages, même si la mère est sous médicament antiépileptique. Les concentrations de la plupart des médicaments antiépileptiques dans le lait maternel sont très faibles et ne devraient pas avoir d'effets négatifs supplémentaires sur le développement du nouveau-né.

Si la mère prend deux ou plusieurs médicaments antiépileptiques (polythérapie), le nouveau-né peut souffrir du syndrome de sevrage (mauvaise alimentation, somnolence, léthargie) et une surveillance étroite est nécessaire. Dans certains cas, les nouveau-nés peuvent nécessiter une alimentation supplémentaire. Dans la plupart des cas, aucun traitement supplémentaire n'est nécessaire. Le nouveau-né devrait également être surveillé de près si la mère a reçu du diazépam pendant le travail en raison d'une crise. Si la mère est en monothérapie, ce syndrome de sevrage est extrêmement rare et la plupart des nouveau-nés ne présentent aucun symptôme.

5.11 Autre – Prise en charge des urgences d'une première crise ou état de mal épileptique chez une femme enceinte

En cas de première crise chez une femme enceinte, l'éclampsie est le diagnostic le plus probable et le traitement de l'éclampsie devrait être démarré au plus vite (se référer aux [Soins obstétricaux et néonataux essentiels de MSF, chapitre 4.6](#)).

Si l'éclampsie est cliniquement peu probable, la prise en charge et l'évaluation diagnostique devront initialement être effectuées comme chez une patiente non enceinte :

- protéger contre les traumatismes, maintenir les voies respiratoires, placer la patiente en « position latérale de sécurité », desserrer les vêtements ;
- si la crise généralisée dure plus de 5 minutes : administrer lentement le **diazépam** 10 mg par intraveineuse pendant 3 à 5 minutes (si l'insertion d'une IV n'est pas possible, peut également être administré par voie rectale, ou – si les deux ne sont pas possibles, par injection intramusculaire). Si la crise continue, administrer une seconde dose après 10 minutes ;
- rechercher des causes sous-jacentes de la crise (par exemple l'hypoglycémie, des causes infectieuses telles que la méningite, le paludisme cérébral, etc.), et traiter en conséquence ;
- si la crise se poursuit après deux doses de diazépam, traiter comme un état de mal épileptique selon les '[MSF NCD guideline](#)' (page 111).

6. TROUBLES THYROÏDIENS



© Saidu Bah | Maternity ward of the Masengbeh Peripheral Health Unit (PHU), Northern Province of Sierra Leone

6.1 Introduction

Les troubles thyroïdiens constituent la deuxième cause de complications endocriniennes de la grossesse, après le diabète.

Pendant la grossesse, la glande thyroïde augmente la production d'hormones de 40 % à 100 % afin de répondre aux besoins maternels et fœtaux. Une carence en iode durant la grossesse peut augmenter le risque d'accouchement prématuré, de fausse couche, de retard de croissance et de problèmes neurodéveloppementaux chez les enfants. La supplémentation en iode est indiquée dans les zones présentant une carence endémique en iode. Le lait maternel étant la seule source d'iode pour le nourrisson allaité, la supplémentation en iode devrait être poursuivie pendant la période d'allaitement.

La thyroxine maternelle est essentielle au développement cérébral normal du fœtus, en particulier au cours du premier trimestre (après 12 semaines d'AG, la glande thyroïde fœtale commence à produire de la thyroxine). Cependant, la thyroxine maternelle reste importante pour le fœtus au cours des deuxième et troisième trimestres.

Certains facteurs et conditions exposent les femmes à un risque plus élevé de maladie thyroïdienne.

TABEAU 6.1 - FACTEURS DE RISQUE DE TROUBLES THYROÏDIENS PENDANT LA GROSSESSE

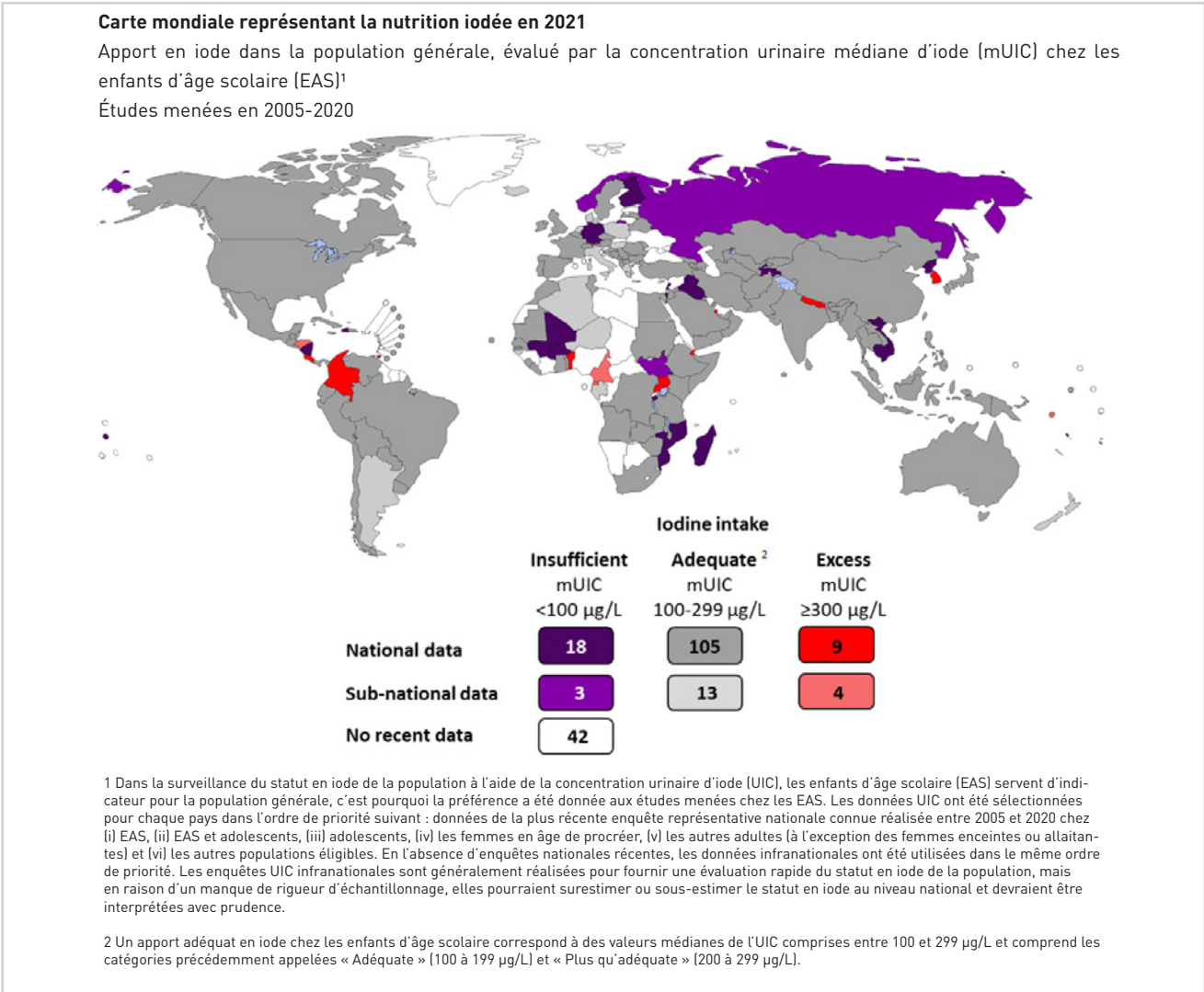
- Signes et symptômes d'hypo ou d'hyperthyroïdie
- Antécédents de troubles thyroïdiens, de goitre, d'ablation de la thyroïde et/ou de chirurgie
- Vivre dans une zone où l'insuffisance en iode est endémique
- Antécédents de fausses couches récurrentes, d'infertilité, d'accouchements prématurés
- IMC > 40 kg/m²
- Diabète sucré de type 1
- Âge maternel > 36 ans
- Antécédents familiaux de troubles thyroïdiens
- Maladies auto-immunes
- Antécédents de radiothérapie tête/cou
- Traitement par amiodarone, lithium ou exposition à des produits de contraste iodés au cours des 6 semaines précédentes

Supplémentation en iode chez les femmes enceintes et allaitantes

Un apport adéquat en iode est important pour que la femme enceinte puisse produire suffisamment de thyroxine, mais également pour le transfert placentaire de l'iode vers le fœtus.

La carence en iode pendant la grossesse augmente le risque de fausse couche, d'accouchement prématuré, d'insuffisance pondérale à la naissance, de troubles du neurodéveloppement et de mort fœtale, néonatale et infantile.

FIGURE 6.1: CARTE DES APPORTS EN IODE EN POPULATION GÉNÉRALE PAR RÉGION²



La supplémentation en iode est recommandée dans les zones où la carence en iode est endémique et lorsque la femme n'a pas accès au sel iodé. Suivre les protocoles nationaux partout où ils sont disponibles. Si les lignes directrices nationales ne sont pas disponibles, les posologies suggérées sont les suivantes :

- **période précédant la conception** : 100 microgrammes, une fois par jour ;
- **grossesse et allaitement** : 150 à 250 microgrammes, une fois par jour.

L'impact sur le développement cérébral et les résultats à long terme semble être particulièrement important au cours du premier trimestre. Par conséquent, les conseils et la supplémentation devraient être commencés le plus tôt possible, idéalement pendant la période qui précède la conception.



Un surdosage en iode peut être nocif à la fois pour la mère et le fœtus, c'est pourquoi il ne faut pas administrer à la patiente plus de 500 microgrammes par jour.

² Le réseau mondial de l'iode. Carte mondiale représentant la nutrition iodée en 2021 dans la population générale, basée sur les enfants d'âge scolaire (EAS). IGN : Ottawa, Canada, 2021

6.2 Hypothyroïdie

6.2.1 Introduction

L'hypothyroïdie complique entre 0,2 % et 2 % des grossesses. L'hypothyroïdie peut entraîner des conséquences néfastes sur la grossesse, telles qu'un accouchement prématuré, un faible poids à la naissance, une prééclampsie et une augmentation du taux d'hémorragie post-partum.

Il existe deux types d'hypothyroïdie : **manifeste et subclinique**.

L'hypothyroïdie manifeste se caractérise par une augmentation de la TSH et une diminution de la T4 libre. Il s'agit d'une maladie relativement rare pendant la grossesse, car de nombreuses femmes souffrant d'hypothyroïdie manifeste ne tombent pas enceintes, et elle est associée à un risque plus élevé de fausse couche. Dans le cas de l'hypothyroïdie subclinique (qui est plus fréquente chez les femmes enceintes), la TSH est élevée, mais la T4 libre se situe dans la plage normale.

6.2.2 Spécificités chez les femmes en âge de procréer

Environ 70 % des femmes souffrant d'hypothyroïdie non traitée connaîtront des cycles menstruels anovulatoires et, par conséquent, une réduction de leur fertilité. Par conséquent, les femmes souffrant d'infertilité ou de fausses couches récurrentes devraient être dépistées pour l'hypothyroïdie, si possible.

Le traitement de l'hypothyroïdie manifeste et subclinique peut augmenter les chances d'une femme de concevoir, et réduire le taux de fausses couches et de complications plus tard au cours de la grossesse. La dose de lévothyroxine devrait être ajustée afin d'atteindre un taux de TSH < 2,5 mUI/L.

Chez les femmes souffrant d'hypothyroïdie ainsi que pour celles qui suivent une hormonothérapie par la lévothyroxine, tous les contraceptifs disponibles peuvent être utilisés. Il est important de garder à l'esprit que les œstrogènes peuvent entraîner une aggravation (généralement légère) de l'hypothyroïdie. Les femmes qui prennent de la lévothyroxine devront peut-être augmenter la dose si elles commencent à prendre des contraceptifs contenant des œstrogènes (COC).

6.2.3 Diagnostic pendant la grossesse

L'hypothyroïdie peut avoir des manifestations cliniques non spécifiques et incohérentes. Certains symptômes sont similaires à ceux associés à la grossesse tandis que d'autres sont plus caractéristiques de la maladie.

TABLEAU 6.2 - SIGNES ET SYMPTÔMES DE L'HYPOTHYROÏDIE PENDANT LA GROSSESSE

SIMILAR TO PREGNANCY	MORE SPECIFIC
Fatigue	Sensibilité excessive au froid
Somnolence diurne	Peau sèche
Crampes musculaires	Bradycardie
Prise de poids	Chute de cheveux/amincissement des cheveux
Constipation	Syndrome du canal carpien
Ballonnements	Dépression
Anémie	

Jusqu'à un tiers des patientes sont asymptomatiques, ce qui rend le diagnostic clinique souvent difficile. Le goitre peut être présent dans certains cas, mais il est plus fréquent chez les femmes atteintes de thyroïdite de Hashimoto ou chez les femmes présentant une carence en iode. La présence d'un goitre ne signifie pas qu'une femme est hypothyroïdienne.

Lorsque cela est possible, il est recommandé de tester l'hypothyroïdie chez les femmes enceintes qui présentent les manifestations cliniques mentionnées ci-dessus ou qui sont considérées à risque de maladie thyroïdienne (se référer au [tableau 6.1](#)).

L'hypothyroïdie est définie par **une augmentation des taux sanguins de TSH et une diminution des taux de T4 (libre)**. Comme mentionné précédemment, les niveaux de TSH et de T4 changent pendant la grossesse en raison de besoins plus élevés. De plus, l'hormone de grossesse hCG a une structure très similaire à celle de la TSH et a une faible activité stimulant la thyroïde. Cela conduit à une suppression de la TSH, et les niveaux de TSH sont particulièrement bas à la fin du premier trimestre, lorsque l'hCG est à son apogée. Par conséquent, les plages hormonales normales pendant la grossesse varieront en fonction du trimestre.

La majorité des projets MSF n'auront pas la capacité d'effectuer des tests hormonaux, mais dans certains contextes, il peut être possible d'orienter les patientes vers un laboratoire externe, lorsque cela est indiqué.

TABLEAU 6.3 - VALEURS NORMALES DE TSH ET DE T4 TOTALE PENDANT LA GROSSESSE

TRIMESTRE	TSH	T4 TOTALE
Premier trimestre	0.1 – 2.5 mUI/L	5 – 12 microgrammes/dl
Deuxième trimestre	0.2 – 3 mUI/L	7,5 – 18 microgrammes/dl
Troisième trimestre	0.3 – 3 mUI/L	7,5 – 18 microgrammes/dl

6.2.4 Impact de l'hypothyroïdie sur la grossesse

L'hypothyroïdie est associée à un risque accru de complications de grossesse, ainsi qu'à une morbidité et une mortalité périnatales :

- fausse couche au premier trimestre ;
- prééclampsie et hypertension gestationnelle ;
- faible poids à la naissance et accouchement prématuré ;
- anémie ;
- décollement placentaire ;
- hémorragie post-partum

De plus, une hypothyroïdie non traitée/non maîtrisée pendant la grossesse est associée à des anomalies du neurodéveloppement fœtal et à des scores inférieurs aux tests d'intelligence de l'enfant.

6.2.5 Impact de la grossesse sur l'hypothyroïdie

Comme expliqué ci-dessus, les besoins métaboliques augmentent pendant la grossesse. Cela peut entraîner une aggravation des symptômes chez les femmes souffrant d'hypothyroïdie manifeste non traitée ou insuffisamment traitée.

6.2.6 Impact des médicaments contre l'hypothyroïdie sur la grossesse

Un traitement adéquat de l'hypothyroïdie (hormonothérapie par la lévothyroxine) peut minimiser le risque de complications de grossesse (se référer au [paragraphe 6.2.4](#)). Ceci est particulièrement efficace lorsque le traitement est initié avant la conception. Si une femme est déjà enceinte, le traitement devra être démarré le plus tôt possible, idéalement au cours du premier trimestre.

6.2.7 Impact de la grossesse sur les médicaments contre l'hypothyroïdie

La majorité (mais pas la totalité) des femmes ont besoin d'une dose accrue lorsqu'elles tombent enceintes. Il est raisonnable d'augmenter la dose de 25 % à 30 % une fois qu'une femme tombe enceinte. La mesure de la TSH (si disponible) devrait être effectuée dès que possible, puis quatre semaines après l'ajustement de la dose.

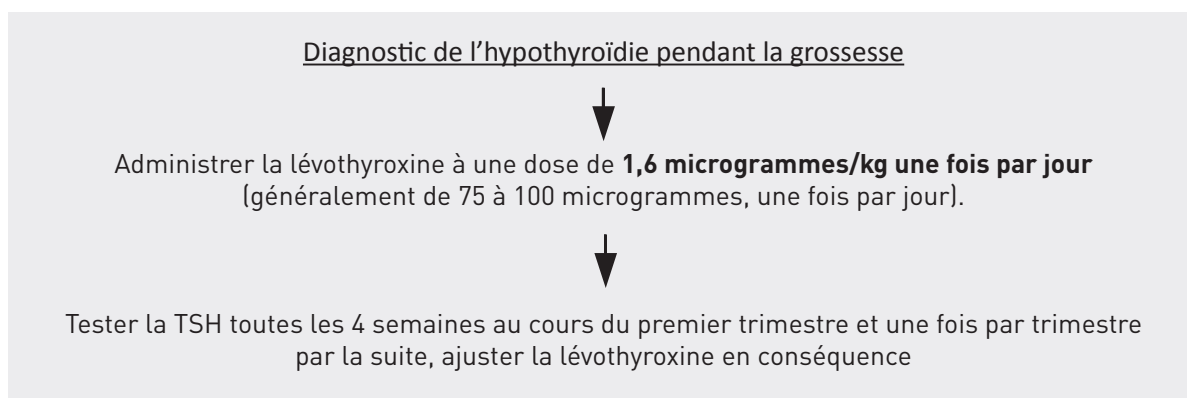
Si le test TSH n'est pas disponible, la dose de lévothyroxine d'avant la grossesse devra être augmentée de 25 % à 30 % avec une surveillance clinique étroite pour détecter tout signe d'hyperthyroïdie.

6.2.8 Prise en charge anténatale de l'hypothyroïdie

Le traitement contre l'hypothyroïdie nouvellement diagnostiquée devrait être démarré le plus tôt possible pendant la grossesse. Chez les patientes déjà sous traitement, la dose de lévothyroxine devrait aussi être augmentée le plus tôt possible (se référer au [paragraphe 6.2.7](#)).

Dans tous les cas, la lévothyroxine devrait être ajustée pour obtenir et maintenir les concentrations de TSH dans une plage adéquate :

- entre 0,4 mUI/L et 2,5 mUI/L au premier trimestre,
- entre 0,4 mUI/L et 3 mUI/L aux deuxième et troisième trimestres.



Si nécessaire, afin d'atteindre les niveaux de TSH qui se situent dans la plage souhaitée, la dose de lévothyroxine peut être augmentée par paliers de 25 à 50 microgrammes/jour à la fois.

La lévothyroxine devrait être prise le matin et 30 minutes avant toute autre prise orale. Le sulfate ferreux, le carbonate de calcium et l'hydroxyde d'aluminium diminuent l'absorption de la lévothyroxine. Ils devraient donc être pris 4 à 6 heures après l'administration de la lévothyroxine.

6.2.9 Prise en charge de l'hypothyroïdie pendant le travail

Il n'y a aucune considération particulière à prendre en compte au moment du travail.

6.2.10 Prise en charge post-partum de l'hypothyroïdie et de l'allaitement maternel

Après l'accouchement, les femmes qui ont déjà été traitées avant la grossesse peuvent reprendre leur dose préconceptionnelle de lévothyroxine. Si un traitement par lévothyroxine a été démarré pendant la grossesse, la dose peut être réduite de 25 % à 30 %.

Si possible, les niveaux de TSH devraient être vérifiés six à huit semaines après l'accouchement.

L'hypothyroïdie peut diminuer la production de lait. Si cela constitue un problème, la réduction de la dose et l'examen peuvent être repoussés jusqu'à ce que la femme cesse d'allaiter.

6.3 Hyperthyroïdie

6.3.1 Introduction

L'hyperthyroïdie est encore moins fréquente que l'hypothyroïdie pendant la grossesse et la forme manifeste survient dans moins de 0,5 % de toutes les grossesses. Les symptômes cliniques sont provoqués par des concentrations excessives d'hormones thyroïdiennes (T4 ou – dans une moindre mesure – T3).

L'hyperthyroïdie manifeste est définie comme une diminution des taux de TSH (selon les valeurs de référence normales de chaque trimestre) et une augmentation de la T4 libre, de la T3 ou des deux. Dans l'hyperthyroïdie subclinique, les taux de TSH sont également inférieurs à la plage de référence normale (ajustée pour chaque trimestre), mais les taux de T4 libre et T3 se situent dans les limites normales.

L'hyperthyroïdie manifeste est associée à un taux accru de complications de la grossesse telles que la fausse couche, la mort fœtale intra-utérine, l'accouchement prématuré et la prééclampsie. Les femmes atteintes d'hyperthyroïdie courent également un risque plus élevé d'insuffisance cardiaque.

Les causes les plus courantes de l'hyperthyroïdie pendant la grossesse comprennent :

- **l'hyperthyroïdie gestationnelle** (également appelée hyperthyroïdie transitoire ou hyperthyroïdie médiée par l'hCG) : une affection transitoire secondaire à l'augmentation de l'hCG. L'hCG est structurellement similaire à la TSH et stimule la production d'hormones dans la glande thyroïde. Ceci est particulièrement important dans les conditions présentant des niveaux élevés d'hCG, telles que la grossesse molaire ou la grossesse multiple. Dans la plupart des cas, un traitement antithyroïdien n'est pas nécessaire car les niveaux hormonaux ont tendance à se normaliser au cours du deuxième trimestre ou à la fin de la grossesse.
- Dans la **maladie de Graves** (une maladie auto-immune, également appelée maladie de Basedow), l'hyperthyroïdie est causée par des anticorps dirigés contre les récepteurs de TSH qui stimulent la thyroïde à produire des hormones thyroïdiennes.

D'autres causes moins fréquentes d'hyperthyroïdie sont le goitre multinodulaire toxique, l'adénome toxique, le cancer de la thyroïde, la thyroïdite (peut être causée par des médicaments tels que le lithium et l'amiodarone) et la prise de doses trop élevées de lévothyroxine.



Une tempête thyroïdienne ou une crise thyrotoxique est rare mais peut survenir chez les femmes présentant une hyperthyroïdie connue ou peut être la première manifestation d'une hyperthyroïdie. Il s'agit d'une urgence potentiellement mortelle qui devrait être traitée en conséquence. Pour les détails du traitement, se référer au [paragraphe 6.3.7](#).

6.3.2 Spécificités chez les femmes en âge de procréer

Idéalement, toutes les patientes souffrant d'hyperthyroïdie prégestationnelle devraient être diagnostiquées et traitées avant la grossesse. Le traitement contre l'hyperthyroïdie manifeste et subclinique peut améliorer l'issue de la grossesse et réduire le risque de complications telles que l'hyperémèse, l'accouchement spontané et prématuré et la mort fœtale intra-utérine.

L'exposition au carbimazole et au méthimazole au cours du premier trimestre est associée à des malformations caractéristiques telles qu'une atrésie de l'œsophage, une aplasie du cuir chevelu et une dysmorphie faciale. Si possible, le traitement devrait être remplacé par du propylthiouracile (PTU) chez les femmes qui souhaitent tomber enceintes. Cependant, le risque de ces malformations est faible et le carbimazole et le méthimazole peuvent être administrés aux femmes qui souhaitent concevoir si le PTU n'est pas facilement disponible.

Tous les contraceptifs disponibles peuvent être utilisés chez les femmes atteintes d'hyperthyroïdie. Comme mentionné ci-dessus (se référer au [paragraphe 6.2.2](#)), les contraceptifs contenant des œstrogènes augmentent le niveau de globuline liant la thyroïde. Par conséquent, un ajustement de la dose du médicament antithyroïdien peut être nécessaire lorsque les femmes souffrant d'hyperthyroïdie commencent à prendre des COC.

6.3.3 Diagnostic pendant la grossesse

Les résultats cliniques de l'hyperthyroïdie sont les mêmes que ceux de la population non enceinte et comprennent une gamme de symptômes. Comme dans le cas de l'hypothyroïdie, ces symptômes peuvent être similaires à ceux associés à la grossesse.

TABLEAU 6.4 - SIGNES ET SYMPTÔMES DE L'HYPERTHYROÏDIE PENDANT LA GROSSESSE

SIMILAIRES À LA GROSSESSE	PLUS SPÉCIFIQUES
Fatigue	Tremblement
Insomnie	Palpitations et tachycardie
Hypertension	Augmentation des selles (nombre de selles)
Augmentation de l'intolérance à la transpiration/à la chaleur	Amincissement des cheveux et onycholyse (déchaussement des ongles)
Dyspnée à l'effort	Perte de poids
Œdème*	Nervosité, changement de comportement et de personnalité
	Myopathie proximale
	Ophtalmopathie (yeux saillants) dans le cadre de la maladie de Basedow

*myxœdème prétilial (un gonflement et une induration de la peau autour des tibias et des chevilles avec un aspect « peau d'orange » sont typique de la maladie de Basedow).

Le diagnostic est confirmé par des tests de laboratoire, lorsqu'ils sont disponibles. L'interprétation des valeurs de la TSH est plus difficile chez les femmes enceintes, car des taux élevés d'hCG entraînent de faibles taux de TSH. L'hyperthyroïdie manifeste est diagnostiquée lorsque la TSH est supprimée (< 0,1 mUI/L) et que les taux de T4 libre ou de T3 sont supérieurs à la normale pour chaque trimestre (se référer au [tableau 6.3](#)).

Diagnostic différentiel de l'hyperthyroïdie pendant la grossesse

Afin de décider si un traitement est nécessaire, il est important de différencier l'hyperthyroïdie gestationnelle (un traitement antithyroïdien est généralement non indiqué) des autres causes (le plus souvent la maladie de Basedow). Les antécédents personnels et familiaux de la patiente ainsi que l'examen physique peuvent aider au diagnostic différentiel.

TABLEAU 6.5 - DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE HYPERTHYROÏDIE GESTATIONNELLE ET MALADIE DE BASEDOW

	HYPERTHYROÏDIE GESTATIONNELLE	MALADIE DE BASEDOW
Signes cliniques avant la grossesse	Non	Oui
Signes cliniques pendant la grossesse	Oui/non	Oui (+/+++)
Nausées/vomissements	Oui/non	+++
Goitre	Non	Oui
Ophtalmopathie	Non	Oui
Anticorps contre les récepteurs thyroïdiens	Non	Oui
Rapport T3/T4	<20	>20

Les patientes atteintes de la maladie de Basedow ont des anticorps antithyroïdiens positifs. Cependant, ces tests de laboratoire spécifiques ne seront pas disponibles dans la plupart des contextes MSF. Si des tests spécifiques ne peuvent pas être effectués mais que la patiente présente des signes et symptômes typiques (surtout s'ils étaient présents avant la grossesse), envisager de faire appel à des spécialistes (par exemple par le biais de la télémédecine) ; un traitement devrait être administré.

6.3.4 Impact de l'hyperthyroïdie sur la grossesse

L'hyperthyroïdie subclinique et gestationnelle n'est généralement pas associée à des résultats maternels ou fœtaux/néonataux adverses significatifs, mais peut être liée à des vomissements et à une hyperémèse plus graves au cours du premier trimestre. Un suivi est recommandé, mais un traitement antithyroïdien n'est pas nécessaire.

Cependant, les femmes atteintes d'hyperthyroïdie manifeste présentent un risque plus élevé d'hypertension et de prééclampsie, de retard de croissance fœtale, d'accouchement prématuré et de mort fœtale intra-utérine. Elles courent également un risque d'insuffisance cardiaque. Les crises thyrotoxiques potentiellement mortelles sont rares, mais peuvent survenir pendant la grossesse et peuvent être déclenchées par le travail, l'accouchement par césarienne ou la prééclampsie.

6.3.5 Impact de la grossesse sur l'hyperthyroïdie

There does not seem to be a significant impact of pregnancy on Graves' disease or overt hypothyroidism ne semble pas y avoir d'impact significatif de la grossesse sur la maladie de Basedow ou sur l'hyperthyroïdie manifeste due à d'autres causes. Comme expliqué ci-dessus, la grossesse peut provoquer une hyperthyroïdie transitoire induite par l'hCG.

6.3.6 Impact des médicaments contre l'hyperthyroïdie sur la grossesse

Le carbimazole (qui est un promédicament du méthimazole) et le méthimazole sont considérés comme de faibles tératogènes. L'exposition fœtale au cours du premier trimestre est associée à un schéma caractéristique de malformations. Le propylthiouracile est le médicament antithyroïdien préféré au cours du premier trimestre. Cependant, il n'est pas clair si le passage au PTU une fois qu'une femme prenant du carbimazole/méthimazole est déjà enceinte présente un quelconque bénéfice, et dans la plupart des contextes, la poursuite du traitement par carbimazole/méthimazole est préférable.

Tous les médicaments antithyroïdiens traversent facilement le placenta et peuvent entraîner une hypothyroïdie fœtale, et une fonction thyroïdienne faible peut être observée chez près de la moitié de tous les nouveau-nés exposés au carbimazole/méthimazole et au propylthiouracile. Par conséquent, la dose devrait être maintenue à un niveau aussi faible que possible. Toutefois, cela ne semble pas avoir d'effet à long terme sur le développement des enfants.

6.3.7 Impact de la grossesse sur les médicaments contre l'hyperthyroïdie

Aucun ajustement posologique n'est nécessaire pendant la grossesse.

Le propylthiouracile peut entraîner de graves lésions hépatiques et une insuffisance hépatique aiguë. Il n'est pas clair si les femmes enceintes courent un risque plus élevé, mais une hépatotoxicité sévère a été rapportée pendant la grossesse. Il convient de conseiller aux patientes d'arrêter le traitement si elles présentent des symptômes tels qu'une douleur dans le quadrant supérieur droit, un ictère et une perte d'appétit/des nausées.

6.3.8 Prise en charge anténatale de l'hyperthyroïdie

Hyperthyroïdie gestationnelle

Un traitement antithyroïdien spécifique n'est pas indiqué. Les patientes devraient recevoir un traitement symptomatique (comme pour l'hyperémèse) : remplacement liquidien, médicaments antiémétiques et remplacement électrolytique si nécessaire.

Maladie de Graves/Basedow

Les objectifs du traitement médical sont la normalisation des hormones thyroïdiennes (médicaments antithyroïdiens) et le traitement des symptômes tels que la tachycardie et les tremblements (bêtabloquants).

2.1. Médicaments antithyroïdiens

- Carbimazole (un promédicament du méthimazole)

- devrait être évité au cours du premier trimestre, si possible, en raison du risque tératogène – ce risque est faible (se référer au [paragraphe 6.3.6](#)) et la plupart des nouveau-nés qui y sont exposés seront en bonne santé ;

- pourrait être administré aux deuxième et troisième trimestres (et pourrait être préféré en raison du risque plus élevé d'hépatotoxicité avec le propylthiouracile) ;
- commencer par 20 mg PO, une fois par jour, augmenter à 40 mg après 4 semaines si nécessaire. Lorsque les symptômes sont contrôlés (et les niveaux d'hormones sont dans les plages souhaitées), la dose pourrait être progressivement diminuée jusqu'à la dose la plus faible permettant de contrôler les symptômes, généralement 10 à 20 mg/jour ;
- une amélioration symptomatique est généralement observée après 3 à 4 semaines, et des valeurs normales de T3 et T4 peuvent être atteintes en 2 à 3 mois. Le traitement est généralement poursuivi pendant 18 mois

- Propylthiouracile

- traitement de choix au premier trimestre en raison d'un risque tératogène plus faible que le carbimazole ;
- non disponible au sein de MSF ;
- commencer par 100 mg PO, trois fois par jour (toutes les 8 heures), puis l'augmenter éventuellement jusqu'à 200 mg trois fois par jour. Une fois les symptômes contrôlés, la dose peut être progressivement diminuée jusqu'à la dose la plus faible permettant de contrôler les symptômes, généralement 50 à 100 mg, trois fois par jour.

2.2. Bêtabloquants

- devraient être envisagés en association avec des médicaments antithyroïdiens pour la prise en charge symptomatique des symptômes graves (tachycardie, tremblements, agitation) ;
- pendant la grossesse, le **bisoprolol** PO 1,25 mg, une fois par jour peut être administré (jusqu'à 10 mg, une fois par jour, selon la réponse). Si celui-ci n'est pas disponible, le **métoprolol** peut être utilisé (commencer par 50 mg PO répartis en deux prises, peut être augmenté jusqu'à 100 mg par jour en fonction de la réponse) ;
- devraient être utilisés avec modération et seulement jusqu'à ce que l'hyperthyroïdie soit contrôlée par des médicaments antithyroïdiens (généralement 2 à 6 semaines). Une utilisation prolongée (> 2 à 6 semaines) peut entraîner des effets secondaires tels qu'un retard de croissance intra-utérin, une bradycardie et une hypoglycémie



Les bêtabloquants sont contre-indiqués chez les patientes souffrant d'asthme modéré à sévère, et devraient être utilisés avec prudence en cas d'insuffisance cardiaque.

2.3. Le traitement chirurgical est très rarement indiqué pendant la grossesse et devrait être réservé aux femmes présentant une hyperthyroïdie symptomatique sévère et qui ne répondent pas au traitement médical. Comme le traitement chirurgical n'est pas disponible dans la plupart des projets MSF, ces femmes devraient être orientées vers une prise en charge appropriée.

Crise thyrotoxique (tempête thyroïdienne)

La thyroéotoxicose est une complication rare qui survient principalement chez les patientes atteintes d'hyperthyroïdie de longue date et non traitée. Cela est dû à une libération excessive d'hormones thyroïdiennes, mais le mécanisme pathologique exact reste flou. Il s'agit d'une urgence médicale avec un taux de létalité de 25 % (> 90 % si non traitée). Elle peut être déclenchée par des événements aigus, comme une intervention chirurgicale, des infections aiguës ou l'accouchement, entre autres. L'utilisation irrégulière ou l'arrêt des médicaments antithyroïdiens est également un facteur de risque.

Les symptômes sont les mêmes que ceux de l'hyperthyroïdie chronique manifeste, mais beaucoup plus graves. Ils comprennent :

- fièvre > 38,5°C, températures fréquemment très élevées (> 41°C) ;
- transpiration abondante ;
- tachycardie ;
- hypertension – mais l'insuffisance cardiaque congestive peut entraîner des arythmies cardiaques, une hypotension et un choc ;
- symptômes gastro-intestinaux tels que vomissements, diarrhée, jaunisse et douleurs abdominales ;
- symptômes neurologiques avec anxiété, altération du comportement, convulsions/coma.

Le diagnostic est normalement clinique et chez la majorité des patientes, la plupart des symptômes sont présents (se référer également aux '[MSF NCD guideline](#)' page 123). Une échelle spécifique peut également être utilisée pour le diagnostic d'une tempête thyroïdienne (disponible sur [Burch-Wartofsky Point Scale \(BWPS\) for Thyrotoxicosis - MDCalc](#)).

Le traitement devrait être entamé le plus tôt possible. Les patientes auront besoin de soins de soutien urgents en tant que patientes hospitalisées, y compris une réanimation liquidienne, puis une gestion attentive de l'équilibre hydrique et des électrolytes :

- **paracétamol** : 1 g PO/IV immédiatement ;
- **stéroïdes** : hydrocortisone IV (100 mg toutes les 6 heures), si disponible, ou prednisolone 60-80 mg/jour PO/NG ;
- **bêtabloquant** : bisoprolol PO/NG dose initiale 1,25 mg/jour (jusqu'à 10 mg, 1 fois/jour en adaptant selon la réponse). En deuxième choix, le métoprolol (dose initiale de 50 mg/jour répartis en 2 prises et jusqu'à 100 mg, adaptée en fonction de la réponse). En cas d'hypertension résistante associée à une tempête thyroïdienne, labétalol 5-20 mg IV en bolus lent sur 2 minutes (il est possible de répéter après 30 minutes + perfusion IV 1-2 mg/min).



Les bêtabloquants devraient être administrés avec une extrême prudence chez les patientes souffrant d'insuffisance cardiaque et/ou d'asthme

- **carbimazole**: 15 à 40 mg/jour PO – peut être administré via une sonde NG si nécessaire ;

- **iodure de potassium** : 5 à 10 gouttes (1 ml) de solution de Lugol par voie orale, toutes les 6 à 8 heures à administrer au moins 1 heure après l'administration d'un médicament antithyroïdien pour bloquer la libération de l'hormone thyroïdienne préformée (non disponible chez MSF).

(Tous les médicaments ne sont pas disponibles au sein de MSF, si possible, vérifier les directives locales pour les alternatives et leur disponibilité dans le contexte.)

Après une amélioration clinique, la dose de glucocorticoïdes devrait être réduite et les patientes devraient recevoir un traitement pour l'hyperthyroïdie si nécessaire.

6.3.9 Prise en charge de l'hyperthyroïdie pendant le travail

Il n'y a pas de risques spécifiques liés à l'accouchement. Dans de très rares cas, une crise thyrotoxique peut être déclenchée par le travail et l'accouchement (se référer au [paragraphe 6.3.8](#)).

6.3.10 Prise en charge post-partum de l'hyperthyroïdie et de l'allaitement maternel

Il est recommandé d'effectuer un contrôle de TSH et de T4 pendant la période post-partum, car des exacerbations peuvent survenir à ce moment-là. Le carbimazole et le propylthiouracile sont tous deux considérés comme sans danger pour les nourrissons allaités. Le carbimazole est préféré car des cas de lésions hépatiques graves ont été observés chez les femmes prenant du propylthiouracile. Cependant, la planification familiale future devrait être prise en compte : si une femme souhaite une grossesse ultérieure, il pourrait être plus facile de continuer à prendre du propylthiouracile afin d'éviter l'exposition du prochain bébé au carbimazole au cours du premier trimestre.

7. EMBOLIE PULMONAIRE (EP) – THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP)



© Yves-Constant Tamomo | Maternal and neonatal health in Couffo, Benin

7.1 Introduction

La thrombose veineuse profonde (TVP) et l'embolie pulmonaire (EP) font partie d'un spectre de la même maladie, collectivement appelée MTEV (maladie thromboembolique veineuse). La grossesse et la période post-partum sont des facteurs de risque de la MTEV. Celle-ci peut se manifester pendant la grossesse par une thrombose veineuse profonde (TVP) isolée, le plus souvent dans le membre inférieur gauche, ou un caillot peut se détacher et se déplacer vers les poumons pour se présenter sous la forme d'une embolie pulmonaire (EP).

La MTEV est une cause importante de morbidité et de mortalité maternelles dans le monde, et son incidence augmente dans certaines études liées à l'épidémie mondiale d'obésité et de maladies non transmissibles (MNT). Néanmoins, la MTEV reste une maladie relativement rare avec une incidence < 1 grossesse sur 1 000 dans le monde.

Les facteurs de risque, l'épidémiologie, la prise en charge, le traitement et la prévention de la TVP et de l'EP sont similaires et seront discutés ci-dessous. La grossesse et la période post-partum augmentent l'incidence de MTEV avec un facteur de 5 à 50, et le risque le plus élevé se situe durant la période post-partum et jusqu'à 12 semaines après l'accouchement. Les facteurs de risque pendant la grossesse/période post-partum sont mentionnés ci-dessous (se référer au [tableau 7.1](#)). L'infection par le SRAS-CoV-2 pendant la grossesse ou en période post-partum semble également augmenter le risque de MTEV, principalement d'EP.

TABEAU 7.1 - FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS À LA MTEV PENDANT LA GROSSESSE ET LA PÉRIODE POST-PARTUM

En général	Comorbidités médicales (par exemple maladie cardiaque, varices, maladie auto-immune) Antécédents de MTEV (en particulier celles associées à la grossesse et aux COC et – avec un risque légèrement plus faible – non provoquée) Thrombophilie héréditaire (risque élevé : syndrome des anti-phospholipides, déficit en antithrombine, facteur V Leiden homozygote ou mutation du gène de la prothrombine 20210A)
Période ante-partum	Naissances multiples Infection urinaire, autres infections systémiques Diabète Hospitalisation pour une raison autre que l'accouchement, immobilisation Âge maternel ≥ 35 ans IMC maternel ≥ 30 kg/m ²
Période post-partum	Césarienne Accouchement prématuré Mortinaissance Hémorragie obstétricale Éclampsie ou prééclampsie, hypertension Tabac Infection post-partum Âge maternel ≥ 35 ans IMC maternel ≥ 25 kg/m ²

7.2 Spécificités chez les femmes en âge de procréer

La MTEV chez les femmes en âge de procréer est une maladie relativement rare avec une incidence annuelle < 1 sur 10 000. Toutefois, celui-ci augmente fortement si une femme tombe enceinte (avec un facteur de 5 au moins).

Le risque de MTEV augmente également avec la contraception contenant des œstrogènes. Les femmes ayant des antécédents de MTEV ne devraient donc pas recevoir de contraceptifs contenant des œstrogènes (par exemple, des COC contenant de l'éthinylestradiol et du lévonorgestrel) en raison du risque de récurrence de la MTEV. Chez ces femmes, des contraceptifs contenant uniquement de la progestérone (par exemple des pilules contenant uniquement du lévonorgestrel (PP), des injections d'AMP) peuvent être utilisés, ainsi que des dispositifs intra-utérins avec ou sans lévonorgestrel.

7.3 Diagnostic pendant la grossesse

Le diagnostic de la TVP et de l'EP dans un contexte MSF est très souvent difficile.

1. Cliniquement, une TVP pendant la grossesse se présente le plus souvent sous la forme d'un caillot dans la jambe gauche avec gonflement et rougeur, et il peut y avoir une différence de circonférence entre les deux jambes (la circonférence du mollet de la jambe affectée est plus grande que celle de la jambe non affectée). Le signe de Homans (douleur au mollet lors de la dorsiflexion du pied) peut être présent. La TVP se présente plus fréquemment au troisième trimestre.

Il est important de rappeler que la TVP est asymptomatique dans plus de 50 % des cas et que les symptômes respiratoires peuvent être le premier signe d'un événement thromboembolique.

Dans la plupart des contextes où MSF intervient, le diagnostic sera posé cliniquement, et en cas de suspicion clinique et d'imagerie médicale non disponible, un traitement rapide devrait être démarré au plus vite sur des bases cliniques, car si elle n'est pas traitée, la TVP évolue vers une EP chez 15 % à 24 % des patientes (potentiellement mortelle chez 15 % à 30 % des patientes).

En cas de suspicion clinique, une échographie (Doppler) peut être réalisée si disponible (test principal pour diagnostiquer une TVP pendant la grossesse). Si l'échographie confirme la présence d'une TVP, un traitement anticoagulant devra être démarré (même en l'absence de symptômes cliniques clairs). Si les premiers résultats de l'analyse sont négatifs et que la suspicion clinique reste élevée, une nouvelle analyse est recommandée aux jours 3 et 7. Dans cette situation, le médicament anticoagulant devrait être suspendu jusqu'à ce que les résultats de l'analyse répétée soient disponibles.

Un autre test qui n'est pas disponible dans la plupart des contextes MSF, mais qui peut être utile, est l'imagerie par résonance magnétique (IRM – pour diagnostiquer ou exclure la TVP). Lorsqu'une thrombose veineuse iliaque est suspectée et que l'échographie ne permet pas de détecter un thrombus, une IRM peut alors être envisagée.

2. Le diagnostic de l'EP est également compliqué. Le trio de dyspnée, douleur pleurétique thoracique et hémoptysie, survient chez seulement 25 % des patientes présentant une EP documentée.

Une radiographie thoracique devrait être réalisée avant de procéder à des tests objectifs de diagnostic lors de l'examen d'une embolie pulmonaire pendant la grossesse. La radiographie thoracique peut exclure d'autres pathologies telles qu'une pneumonie ou un pneumothorax qui peuvent imiter les symptômes d'une embolie pulmonaire. La dose de radiation d'une radiographie thoracique pour le fœtus est faible (< 0,1 mGy, bien en dessous de la dose seuil causant des malformations fœtales) et ne devrait pas être refusée pour cette raison. Les résultats chez les patientes atteintes d'EP ne sont ni sensibles ni spécifiques. Ils comprennent les infiltrats et les atélectasies. Une opacité en forme de coin à la périphérie des poumons est plus typique, mais rarement observée.

D'autres examens préliminaires devraient inclure un électrocardiogramme (se référer également au [SOP ECG](#)). Les résultats incluent des signes d'un nouveau bloc de branche droit et d'un schéma S1Q3 présents chez moins de 10 % des patientes.

Le prélèvement de gaz du sang artériel a une valeur diagnostique limitée et les résultats seront souvent normaux en l'absence d'embolie pulmonaire massive.

La tomодensitométrie (angio-CT) ou la scintigraphie de ventilation/perfusion sont l'outil de diagnostic de choix mais ne seront pas disponibles dans la plupart des contextes MSF.

La thrombophlébite pelvienne septique est une complication rare de la TVP, survenant principalement dans la période post-partum après une césarienne. Le symptôme le plus courant est la fièvre et les douleurs abdominales. Ce diagnostic est posé par exclusion, une fois que d'autres causes de forte fièvre et de maladie systémique (infection urinaire, infection de plaie, etc.) ont été exclues. Le traitement consiste en une anticoagulation thérapeutique (voir ci-dessous) pendant au moins six semaines et des antibiotiques à large spectre.

7.4 Impact de la MTEV sur la grossesse

Il n'y a aucun impact de la MTEV sur le fœtus. Le traitement contre la MTEV n'a également aucun impact sur la grossesse. Cette maladie pendant la grossesse n'est pas une indication pour une induction précoce du travail ni pour une césarienne. Chez une femme gravement malade, la stabilisation et le traitement de la mère devraient être la préoccupation principale. L'accouchement devrait être envisagé si cela améliore le pronostic de la patiente.

Cependant, chez les patientes atteintes de certaines thrombophilies héréditaires, il existe une incidence plus élevée de fausse couche, de mortinatalité et de décollement placentaire et l'induction du travail peut être indiquée à 37-38 semaines.

7.5 Impact de la grossesse sur la MTEV

Le risque de MTEV est fortement augmenté pendant la grossesse et la période post-partum (se référer au [paragraphe 7.1](#) Introduction).

7.6 Impact du traitement contre la MTEV sur la grossesse

Le traitement contre la MTEV (HNF, de l'héparine non fractionnée ou de l'héparine de bas poids moléculaire (HBPM)) n'a pas d'impact sur la grossesse ni le fœtus. Le médicament ne traverse pas le placenta. Le médicament de choix pour traiter la MTEV (à la fois EP et TVP) est la HBPM.

Les antagonistes de la vitamine K (warfarine) sont contre-indiqués pendant la grossesse. Ils sont tératogènes au cours du premier trimestre et pourraient augmenter la tendance aux saignements dans la période proche du travail/de l'accouchement. La warfarine peut cependant être administrée dans la période post-partum, mais seulement s'il est possible de surveiller le RNI (rapport normalisé international). La warfarine peut également être utilisée pendant l'allaitement.

7.7 Impact de la grossesse sur les médicaments contre la MTEV

Il n'y a pas d'impact de la grossesse sur les médicaments contre la MTEV (HBPM – HNF). Une augmentation de la dose pourrait être nécessaire suivant la prise de poids pendant la grossesse au cours du deuxième/troisième trimestre si la patiente reçoit des doses thérapeutiques de HBPM/HNF.

7.8 Prise en charge anténatale de la MTEV

Prévention

La prévention de la MTEV est importante dans la prise en charge anténatale des femmes enceintes. La plupart des femmes sont à faible risque et ne nécessitent pas de prévention pharmacologique, elles devraient être encouragées à bouger sauf en cas de contre-indications. La **prophylaxie non pharmacologique** (par exemple les bas de contention n'est pas disponible dans la plupart des contextes MSF. Si elle est disponible, elle pourrait être proposée aux patientes présentant des facteurs de risque (immobilisation, obésité, tabagisme, etc.).

La **prophylaxie pharmacologique** pendant la grossesse ne devrait être envisagée que chez les patientes à haut risque de MTEV et uniquement dans le cadre d'un système anténatal bien fonctionnel et où les femmes sont susceptibles de revenir pour un suivi rapproché. Le démarrage de la prophylaxie anténatale ne devrait être décidé qu'au cas par cas. Les avantages de la prophylaxie anténatale devraient être pesés avec le coût de l'intervention, la charge pour la patiente et le risque de saignement pendant la grossesse/l'accouchement, même le risque n'est que légèrement augmenté avec la HBPM.

Les patientes qui, dans certains contextes, bénéficieraient d'une prophylaxie anténatale sont des patientes atteintes de MTEV associée à une grossesse précédente ou à la prise de COC, des MTEV précédentes, des thrombophilies à haut risque combinées à des antécédents familiaux de MTEV, et en particulier en présence d'autres facteurs de risque (obésité, tabagisme, âge, comorbidités, immobilisation prolongée, chirurgie).

La HBPM est le médicament de choix pour la prophylaxie et le traitement. L'énoxaparine (40 mg, une fois par jour SC) est disponible dans le catalogue MSF. Si les HBPM ne sont pas disponibles, l'héparine non fractionnée (HNF) 5 000 UI deux fois par jour SC (dose prophylactique) peut être administrée comme alternative. Cette dose devrait être augmentée à 7 500 à 10 000 UI deux fois par jour SC au deuxième et troisième trimestre.

Traitement

Traitement contre la MTEV : si une TVP reste non traitée, l'EP se produira chez 25 % des patientes, avec un taux de mortalité de 15 %. Les deux tiers de ces décès surviennent dans les 30 minutes suivant l'EP. En revanche, si elle est traitée rapidement, moins de 5 % des patientes atteintes de TVP auront une EP, et leur taux de mortalité est inférieur à 1 %. Par conséquent, le traitement devrait être démarré en cas de forte suspicion clinique.

La dose thérapeutique de l'énoxaparine est de 1 mg/kg, deux fois par jour SC. Si les HBPM ne sont pas disponibles, l'HNF peut être administrée (10 000 UI 2/jour SC). Si la surveillance du TCA est possible (sang prélevé six heures après l'injection d'HNF), la dose peut être augmentée jusqu'à ce que le TCA soit dans la plage thérapeutique (1,5 à 2,5 x contrôle). Si la surveillance du TCA n'est pas possible, il est probablement plus sûr de ne pas augmenter considérablement la dose. Les HBPM sont préférées car elles présentent moins d'effets secondaires (thrombocytopénie induite par l'héparine, ostéoporose avec une utilisation à plus long terme).

La durée optimale du traitement contre la MTEV n'est pas claire, mais il devrait être administré pendant au moins trois mois et au moins six semaines après l'accouchement.

7.9 Prise en charge de la MTEV au cours du travail/ de l'accouchement

Les femmes qui ont eu une MTEV au cours de la grossesse ou qui sont sous prophylaxie de la MTEV devraient rester sous HBPM jusqu'à 24 heures avant l'accouchement si celui-ci est prévisible (induction ou césarienne planifiée). Si l'accouchement survient de manière imprévue, la plupart des patientes ne saigneront pas excessivement. L'héparine devrait être arrêtée lorsque le travail commence.

La possibilité d'une anesthésie locale devrait être discutée avec l'anesthésiste. Normalement, une rachianesthésie peut être effectuée 6 heures après la dernière dose d'héparine non fractionnée et 12 heures après la dernière dose de HBPM en dose prophylactique (24 heures si la HBPM est administrée à des doses thérapeutiques).

L'héparine (à la fois thérapeutique et prophylactique) devrait être redémarrée 6 heures après un accouchement vaginal et 12 heures après une césarienne. Si l'hémorragie obstétricale se produit, le redémarrage peut être reporté selon la situation clinique

7.10 Prise en charge post-partum de la MTEV et de l'allaitement

La mobilisation précoce après l'accouchement, en particulier la césarienne, est très importante dans la prévention de la MTEV.

Au cours de la période post-partum, le risque de MTEV est particulièrement élevé. Les femmes ayant été atteintes d'une MTEV liée à une grossesse précédente ont un risque de récurrence de 2 % à 10 %. Si possible dans le contexte, toutes les femmes atteintes d'une MTEV précédente devraient recevoir l'héparine en **prophylaxie** (HBPM ou HNF).

De plus, la prophylaxie devrait être envisagée chez les femmes subissant une césarienne, une hystérectomie ou une perte de sang périnatale élevée (> 1 litre) et présentant au moins l'un des facteurs de risque suivants :

- IMC > 30 kg/m²,
- tabac > 10 cigarettes/jour pendant la grossesse,
- thrombophilie à haut risque connu (se référer au [tableau 7.1](#)),
- mortinatalité,
- décollement placentaire,
- prééclampsie,
- comorbidités telles que la drépanocytose, le LED, la maladie cardiaque, le syndrome néphrotique,
- covid-19 au cours du dernier mois avant l'accouchement

La prophylaxie de la MTEV devrait être administrée pendant au moins deux semaines, chez les femmes ayant eu une MTEV antérieure ou considérées comme à très haut risque, elle devrait être administrée pendant six semaines après l'accouchement. Dans certaines situations à très haut risque (par exemple, MTEV post-partum antérieure avec une thrombophilie à haut risque connu et/ou des comorbidités significatives), il peut être conseillé de poursuivre la prophylaxie de la MTEV pendant trois mois.

Le **traitement** contre la MTEV qui a été lancé pendant la grossesse devrait être poursuivi au moins six semaines après l'accouchement et dans certains cas jusqu'à trois mois. La durée optimale du traitement n'est pas claire. L'allaitement est recommandé chez toutes les patientes atteintes de MTEV, et il n'y a aucune influence sur le développement néonatal. Aucun des médicaments utilisés pour traiter la MTEV (HBPM, HNF et warfarine) n'est présent dans le lait maternel en quantités cliniquement significatives.

Comme mentionné ci-dessus (se référer au [paragraphe 7.2](#)), les contraceptifs contenant des œstrogènes ne devraient pas être utilisés chez les femmes ayant des antécédents de MTEV, et des méthodes sans hormones (par exemple, le DIU au cuivre) sont à privilégier. Pour d'autres méthodes, se référer à l'OMS (manuel de planification familiale, 2022) et aux [directives de soins contraceptifs de MSF](#).

8. SANTÉ MENTALE



© Oriane Zerah | MSF-supported Boost hospital, Afghanistan

Il est courant que les femmes souffrent de troubles de santé mentale (SM) pour la première fois au cours de leur grossesse et de la période postnatale (jusqu'à un an après l'accouchement). Les femmes présentant des troubles de SM préexistants pourraient voir leurs symptômes s'aggraver. On estime que l'anxiété périnatale et la dépression affectent une femme sur cinq dans les PRFI.

Les troubles de SM ne sont souvent pas reconnus ni traités, ce qui affecte non seulement les femmes mais aussi leurs bébés et les autres membres de leur famille. Si elles ne sont pas traitées, les femmes peuvent continuer à ressentir des symptômes, parfois pendant de nombreuses années. En outre, cela peut entraîner une baisse des visites de soins anténatales (et être associé à d'autres complications obstétricales telles que la prééclampsie et l'accouchement prématuré) et des difficultés à interagir avec le nourrisson après l'accouchement (allaitement, etc.). Le décès par suicide est l'une des principales causes de mortalité maternelle pendant la période périnatale. Le manque de reconnaissance des facteurs de risque et de prise en charge appropriée ont été identifiées comme un facteur contributif majeur dans ces décès.

Les femmes touchées ont souvent peur de dire aux soignants comment elles se sentent parce qu'elles craignent d'être jugées, ou que leur enfant leur soit retiré. Cependant, la période périnatale est un moment où les femmes ont plus de contact avec les soignants, c'est donc souvent l'occasion de promouvoir la santé mentale.

Avant, pendant la grossesse et après l'accouchement, il faut demander à chaque femme si elle a eu des troubles de SM dans le passé, et si elle a déjà ressenti de la tristesse, du désespoir, et l'interroger sur la manière dont elle envisage cette grossesse et la prise en charge du bébé. Des outils spécifiques existent pour le dépistage et le suivi (se référer au [paragraphe 8.1.3](#)). Les troubles de la SM peuvent se manifester de manière aiguë pendant la grossesse ou – plus souvent – dans la période post natale mais peuvent également être chroniques (et peuvent potentiellement s'aggraver pendant cette période).

Les femmes et, avec leur consentement, leurs partenaires et leurs familles devraient être des participants actifs à des plans de gestion des risques et de prise en charge de l'évolution des troubles pendant ces périodes. Des soins efficaces peuvent être prodigués au mieux lorsqu'il y a une bonne communication, un partage d'informations et un travail conjoint entre tous les professionnels impliqués dans la prise en charge des femmes enceintes souffrant de troubles de la SM.

Pour une détection précoce des troubles de la SM, la formation du personnel en contact direct avec les femmes en consultations prénatales et postnatales est essentielle. Le personnel devrait être en mesure de fournir des soins psychosociaux de base, ainsi que d'identifier et d'orienter les patientes vers l'équipe de SM (si disponible dans le contexte) (se référer aux [directives SMSPS, chapitre 8.5](#)). Le traitement devrait inclure une stratégie complète de soins. Il est important d'impliquer des soignants spécialisés tels que les conseillers, les infirmières de SM, les psychologues ou les psychiatres en cas de besoin. Il peut également être utile d'avoir un point focal dans un projet ou un hôpital/clinique qui peut être contacté par les membres de l'équipe lorsqu'ils traitent avec ces patientes. Comme les troubles de la SM ne sont souvent pas considérés comme des maladies dans de nombreux contextes où MSF intervient, la sensibilisation des communautés et l'éducation à la santé jouent également un rôle important.

8.1 Dépression

8.1.1 Introduction

La dépression est un trouble de l'humeur caractérisé par des sentiments de tristesse, de vide, de désespoir et de manque de plaisir dans des activités agréables.

C'est l'un des troubles de la SM les plus courants pendant la grossesse, affectant 11 % des femmes pendant la grossesse et 18 % au cours des trois premiers mois après l'accouchement. Elle s'accompagne souvent d'anxiété, et la dépression et l'anxiété affectent 20 % des femmes au cours de la première année après l'accouchement dans les pays à revenu faible et intermédiaire. La dépression est plus fréquente dans la période post-partum (un tiers des cas se produisent pendant la grossesse et les deux tiers au cours du post-partum).

La dépression peut être unipolaire (les patientes n'ont que des épisodes dépressifs) ou des épisodes dépressifs peuvent se produire chez les patientes atteintes de trouble bipolaire. Chez ces dernières, il existe également des périodes de manie qui se caractérisent par une humeur élevée et une grande énergie et activité. Les épisodes de dépression peuvent se résoudre avec le traitement, mais certaines patientes peuvent faire des rechutes.

Les facteurs impliqués dans le développement de la dépression peuvent inclure une prédisposition génétique et des changements hormonaux, ainsi que les facteurs psychosociaux (se référer aux [directives SMSPS, chapitre 8.2](#)). La dépression post-partum est plus fréquente après une mortinatalité ou une mort fœtale in utero.

8.1.2 Spécificités chez les femmes en âge de procréer

La dépression n'est pas une contre-indication à la grossesse. Cependant, il est recommandé que la patiente soit stable avant de tomber enceinte, et des changements de médicaments peuvent être nécessaires chez les femmes qui souhaitent tomber enceintes. La décision de retarder la grossesse ou de modifier le traitement devrait être prise avec la patiente après avoir discuté de tous les risques et avantages avec elle.

Le diagnostic de la dépression peut être posé avant la grossesse, pendant la grossesse et dans la période post natale (en particulier au cours du premier mois, mais aussi de la première année, après l'accouchement). Les épisodes de dépression prénatale peuvent également persister au-delà de l'accouchement, ou les patientes peuvent faire une rechute. Pendant la grossesse, le risque de développer une dépression est plus ou moins similaire pour chaque trimestre, mais la dépression est plus fréquente dans la période post-partum.

Les femmes qui ont des antécédents de dépression, une anxiété actuelle, une grossesse non désirée, du stress, des violences conjugales ou des antécédents d'abus sexuels, une consommation de substances ou une dépendance à celles-ci, ainsi qu'un faible soutien social présentent un risque élevé. Les femmes présentant des épisodes dépressifs pendant la grossesse ont un risque accru de souffrir d'un autre épisode après la grossesse et devraient être conseillées en conséquence. Un bon soutien social, l'éducation et l'accès aux services SSR peuvent être des facteurs protecteurs. Si possible, les patientes devraient différer la conception jusqu'à ce qu'elles soient en rémission et restées stables pendant 6 mois. Le risque de récurrence semble être le plus élevé au cours des premiers mois après la récupération d'un épisode dépressif majeur.

Si un traitement médicamenteux est indiqué chez une femme qui peut tomber enceinte, un médicament pouvant être poursuivi pendant la grossesse et l'allaitement devra être choisi. Parmi les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), la sertraline est le premier choix pendant la grossesse, car elle semble avoir le risque tératogène le plus bas. **La paroxétine et la fluoxétine ont été liées à un taux de malformations modérément accru (en particulier les malformations cardiovasculaires) et devraient être évitées pendant la grossesse.** Cependant, elles peuvent être administrées dans des situations particulières (si la stabilisation n'est pas possible avec la sertraline). Si elles doivent être utilisées, considérer la paroxétine comme une deuxième option et la fluoxétine comme troisième option.

Il n'existe pas de risque accru de malformation lorsque les femmes prennent des antidépresseurs tricycliques (par exemple l'amitriptyline), mais leur utilisation est liée à un taux plus élevé de prééclampsie.

Toutes les formes de contraception disponibles peuvent être proposées aux femmes souffrant de dépression. Aucune interaction significative n'est attendue entre les ISRS et les contraceptifs hormonaux (COC, PP, AMP, implants de progestérone, DIU au lévonorgestrel/étonogestrel). L'amitriptyline peut diminuer les niveaux d'éthinylestradiol et de progestérone. Par conséquent, les contraceptifs non hormonaux devraient être administrés de préférence aux femmes prenant l'amitriptyline.

8.1.3 Diagnostic pendant la grossesse

La dépression chez les femmes enceintes est souvent non reconnue et le dépistage est encouragé. Certains symptômes somatiques de la dépression pourraient être attribués à des changements normaux liés à la grossesse. Les femmes peuvent être réticentes à signaler les symptômes dépressifs, car elles craignent d'être stigmatisées et même de perdre la garde de leur(s) enfant(s).

Le diagnostic de la dépression au cours de la grossesse est le même que chez les patientes non enceintes. En sus, certains symptômes spécifiques peuvent être observés :

- anxiété excessive concernant le fœtus ;
- faible estime de soi (préoccupation excessive concernant sa capacité à être une bonne mère) ;
- détresse ;
- anhédonie, comme le manque d'intérêt pour la grossesse ;
- faible réponse au soutien et au réconfort ;
- non-observance des soins prénataux ;
- consommation d'alcool, de substances et de tabac pendant la grossesse ;
- mauvaise prise de poids en raison d'une diminution de l'appétit et d'une alimentation inadéquate.

La dépression devrait également être suspectée chez les patientes qui se présentent à plusieurs reprises avec de multiples plaintes physiques sans cause apparente.

Le dépistage de la dépression devrait être effectué chez toutes les femmes enceintes. Les questionnaires pour aider au dépistage sont disponibles en plusieurs langues :

- le questionnaire sur la santé des patientes 9 (QSP-9) [Annexe 4](#) : questionnaire sur la santé des patientes (QSP-9) ou <https://multiculturalmentalhealth.ca/fr/outils-cliniques/dépistage-des-troubles-mentaux-courants/>



Une évaluation du risque de suicide devrait être effectuée chez toutes les patientes souffrant de dépression (se référer au protocole pour la prise en charge pharmacologique des troubles mentaux, page 42). Il est important de comprendre que poser des questions sur le suicide n'augmente pas le risque de tentatives de suicide. Au contraire, la plupart des patientes sont soulagées d'être interrogées et écoutées.

8.1.4 Impact de la dépression sur la grossesse

La dépression au cours de la grossesse (et la période post-partum) est associée à :

- des complications maternelles et néonatales (fausse couche, naissance prématurée, faible poids à la naissance et taux légèrement accrus d'accouchement instrumental) ;
- un développement anormal du nourrisson et de l'enfant, tel que des habitudes de sommeil perturbées et des pleurs excessifs chez les nourrissons, un taux accru de problèmes de santé tels que le diabète ;
- un retard dans l'acquisition des compétences linguistiques, un comportement plus agressif, de l'anxiété et des troubles émotionnels ont été observés chez les enfants de mères souffrant de dépression périnatale.

8.1.5 Impact de la grossesse sur la dépression

Chez la plupart des femmes, la dépression ne s'aggrave pas pendant la grossesse. Cependant, une grossesse indésirable ou non planifiée, un mauvais soutien familial et social, des complications de grossesse et d'autres problèmes peuvent agir comme des facteurs de stress et déclencher des épisodes dépressifs. Les épisodes dépressifs sont également plus courants dans la période post-partum.

8.1.6 Impact du traitement contre la dépression sur la grossesse

Comme mentionné ci-dessus, le risque de malformations (en particulier les malformations cardiovasculaires) et l'hypertension pulmonaire persistante du nouveau-né semblent être légèrement élevés avec les ISRS. Étant donné que ce risque est le plus bas pour la sertraline, il s'agit du premier choix pour les femmes pendant la grossesse.

Cependant, le traitement par la paroxétine ou la fluoxétine peut être poursuivi si la stabilisation initiale était difficile et que le risque de rechute avec un changement de médicament est considéré comme élevé.

Tous les ISRS ainsi que l'amitriptyline peuvent être associés à un risque modérément plus élevé d'hémorragie post-partum (OR ~ 1,5), mais le mécanisme n'est pas clair. Les femmes prenant l'amitriptyline (mais pas les ISRS) présentent également un risque légèrement plus élevé de prééclampsie.

Malgré cela, l'impact d'un épisode dépressif non traité est plus délétère que les risques potentiels induits par les ISRS.

8.1.7 Impact de la grossesse sur les médicaments contre la dépression

La grossesse ou le désir de grossesse devraient être pris en compte lors du choix du médicament approprié (se référer au [paragraphe 8.1.2](#)). Mais les doses n'ont pas besoin d'être modifiées lorsqu'une femme tombe enceinte et la dose devrait être ajustée en fonction des symptômes.

8.1.8 Prise en charge anténatale de la dépression

Lors de la première visite anténatale (de préférence avant la conception), passer en revue les médicaments et les symptômes.

Le soutien psychosocial et la psychoéducation sont une partie principale du traitement des femmes souffrant de dépression. Il existe des outils adaptés conçus pour les agents de santé communautaires et les sages-femmes pour réduire la dépression prénatale par le biais de techniques cognitivo-comportementales fondées sur des preuves (se référer au document [Penser sain \(who.int\)](#)). Les outils moins spécifiques qui peuvent également être utiles sont Gestion de problèmes plus (PM +) et Auto-prise en charge plus (SH + pour « self-help »), tous deux disponibles sur who.int.

Chez les patientes atteintes de dépression modérée à sévère, le soutien pourrait aussi nécessiter un traitement pharmacologique. L'ISRS sertraline est le premier choix chez les femmes enceintes, suivi de la paroxétine. La fluoxétine pourrait être utilisée comme troisième choix. Tenter toujours d'utiliser un médicament unique à la dose efficace la plus faible (se référer au [protocole de MSF pour la prise en charge pharmacologique des troubles mentaux](#)).



Le lithium (utilisé principalement chez les patientes atteintes de troubles bipolaires, et non disponible au sein de MSF) est tératogène et ne devrait pas être utilisé pendant la grossesse, en particulier au cours du premier trimestre (se référer au [paragraphe 8.3.6](#)).

En cas de dépression sévère chez les patientes présentant plusieurs épisodes antérieurs, les patientes devraient être encouragées à poursuivre les antidépresseurs pendant la période de conception, la grossesse et la période post-partum, en particulier si les tentatives précédentes d'arrêter le traitement ont provoqué des rechutes. Dans la plupart des cas, il est préférable de poursuivre le traitement en cours que de passer à un antidépresseur différent, car cela peut déclencher une rechute.

Les symptômes devraient être examinés à chaque visite anténatale. L'évaluation de la sévérité de l'épisode et le suivi pendant le traitement peuvent être effectués à l'aide du Questionnaire sur la santé des patientes (QSP-9) (se référer à l'[annexe 4](#)). Un score QSP-9 entre 15 et 19 indique une dépression modérée à sévère. En l'absence d'amélioration en dépit des conseils ou si la patiente le préfère, les antidépresseurs devraient être démarrés. Un score QSP-9 > 19 indique une dépression sévère et nécessite un traitement psychologique et pharmacologique.

Il faudrait généralement trois à quatre semaines pour que le médicament atteigne son plein effet. Les médicaments disponibles pour traiter la dépression sont répertoriés dans le [tableau 8.1](#).

TABEAU 8.1 - ANTIDÉPRESSEURS DISPONIBLES AU SEIN DE MSF

	DOSE DE DÉPART	DOSE D'ENTRETIEN HABITUELLE
Sertraline	25 mg, une fois par jour le matin, pendant trois jours ; puis 50 mg, une fois par jour	50-150 mg par jour
Paroxétine	10 mg, une fois par jour, pendant trois jours ; puis 20 mg, une fois par jour	20-40 mg par jour
Fluoxétine	20 mg, une fois par jour, un jour sur deux pendant une semaine ; puis 20 mg, une fois par jour	20-40 mg par jour

Les antidépresseurs devraient être arrêtés si une femme souffre d'un trouble bipolaire et montre les symptômes d'un épisode maniaque. La manie est traitée avec des médicaments antipsychotiques (se référer au [paragraphe 8.3](#)). L'utilisation de l'amitriptyline en tant qu'antidépresseur n'est pas recommandée (risque potentiel de surdose).

8.1.9 Prise en charge de la dépression au cours du travail

Lorsque cela est possible, établir un suivi du travail par une sage-femme dédiée à cette patiente.. Si un anesthésiste et/ou un pédiatre sont disponibles au sein du projet, ils devraient être informés lorsqu'une patiente prend des médicaments psychotropes.

Tous les ISRS et l'amitriptyline peuvent être associés à un risque modérément plus élevé d'hémorragie post-partum (OR ~ 1,5) et les cliniciens devraient en être informés.

8.1.10 Prise en charge post-partum de la dépression et de l'allaitement

Les nourrissons de mères ayant pris des ISRS pendant la grossesse devraient être surveillés pour détecter les signes du syndrome de sevrage néonatal. Cela peut inclure l'irritabilité et l'agitation, l'insomnie ou la somnolence, une mauvaise alimentation, des vomissements et des diarrhées, une hypoglycémie, une hypothermie, une détresse respiratoire, une altération du tonus musculaire et des réflexes, et très rarement, des crises convulsives. Les nourrissons exposés à l'amitriptyline autour de la naissance peuvent en outre montrer des signes de sevrage. Les symptômes sont principalement légers et n'ont besoin que d'un traitement symptomatique et de soutien. Le traitement symptomatique peut inclure l'alimentation de soutien, les perfusions intraveineuses, le traitement des vomissements et des diarrhées ainsi qu'un traitement spécifique des crises de sevrage (se référer aux [directives de soins néonataux de MSF](#)).

Si le traitement antidépresseur est débuté pendant la grossesse, il devrait se poursuivre pendant 6 à 9 mois après la rémission. Lorsqu'une femme est sous fluoxétine, discuter avec elle du passage à la sertraline/ paroxétine. Le passage de la fluoxétine à la sertraline ou à la paroxétine réduit (sans éliminer) l'impact négatif sur le bébé des médicaments transmis à travers le lait maternel. Toutefois, la modification des médicaments a un risque d'aggravation de la dépression au cours du changement, et la réponse au nouveau médicament n'est pas garantie.

Un nouvel épisode de dépression n'est pas rare dans la période post natale. Elle se produit le plus souvent dans le premier mois après l'accouchement, mais peut également se manifester plus tard. Il est important de différencier la dépression post-partum du « baby blues », une période avec des symptômes tels que la dysphorie, l'insomnie, la concentration altérée et la fatigue, qui commence généralement deux à trois jours après l'accouchement et se résout après environ deux semaines.

Le dépistage de la dépression devrait être effectué chez toutes les femmes en période post-partum. Des questionnaires pour aider au dépistage sont disponibles en plusieurs langues :

- L'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg

(https://med.stanford.edu/content/dam/sm/ppc/documents/dbp/edps_text_added.pdf)

Tous les antidépresseurs disponibles au sein de MSF sont compatibles avec l'allaitement, et les effets significatifs sur les nourrissons ne sont pas attendus. Comme pendant la grossesse, la sertraline est le premier choix, car elle n'a pas été retrouvée chez les nourrissons allaités qui ont été le plus exposé à la molécule. La paroxétine est un deuxième choix, car la fluoxétine est transmise dans le lait maternel en quantités plus élevées et a une demi-vie beaucoup plus longue.

Cependant, la dépression post-partum semble être associée à un risque accru de ne pas allaiter et à une diminution de la durée d'allaitement. Les femmes devraient être conseillées et recevoir un soutien afin d'améliorer les taux d'allaitement et leur succès. En plus des avantages globaux pour la santé, l'allaitement dans de nombreux contextes où MSF intervient est essentiel pour éviter la malnutrition chez les nourrissons. Les femmes qui prennent des antidépresseurs devraient être conseillées en conséquence – dans la plupart des cas, les avantages de l'allaitement l'emportent sur les risques associés à la prise de ces médicaments.

La dépression post-partum peut affecter le lien mère-enfant. Lorsqu'une femme souffre d'une dépression sévère, il est important de conseiller la famille et les accompagnants et de les impliquer dans les soins du nourrisson. Le lien devrait être encouragé mais toujours évaluer et superviser le bien-être du bébé.



Si cela est possible, une femme (pendant la grossesse ou la période post-partum) devrait être orientée vers un clinicien mhGAP (clinicien formé en soins psychiatriques/psychiatre/psychologue) si elle présente des symptômes de psychose, une anxiété sévère, une dépression sévère, des idées suicidaires, une négligence de soi, des préjudices envers autrui ou si ses symptômes interfèrent considérablement avec son fonctionnement au quotidien.

8.2 Anxiété

8.2.1 Introduction

Les troubles anxieux se caractérisent par une inquiétude excessive et persistante, difficile à contrôler, qui provoque une détresse ou un dysfonctionnement important et se produit très fréquemment.

L'anxiété est l'un des problèmes de santé mentale les plus courants pendant la grossesse, avec environ 13 % des femmes qui en souffrent à un moment donné ; de nombreuses femmes en souffriront conjointement avec la dépression. La dépression et l'anxiété affectent également 15 % à 20 % des femmes au cours de la première année après l'accouchement.

Une patiente souffrant d'anxiété pourrait présenter :

- des symptômes psychologiques : inquiétude envahissante (peur d'avoir une maladie grave, peur sans raison clairement définie, ou phobies), appréhension ;
- des changements comportementaux : nervosité, irritabilité, comportement d'évitement, tendance à l'isolement ;
- des symptômes physiques : fatigue, tension musculaire, douleurs diffuses, parfois des symptômes médicalement non expliqués ;
- des difficultés de concentration, problèmes de sommeil (difficulté à s'endormir, cauchemars récurrents).

Pendant la grossesse et la période postnatale, les troubles anxieux peuvent se manifester sous la forme de troubles paniques, de troubles anxieux généralisés, de troubles obsessionnels compulsifs, de troubles de stress post-traumatique et/ou une tocophobie (une peur extrême de l'accouchement). Ils peuvent également être associés à la toxicomanie et sont plus fréquents chez les patientes souffrant de douleurs chroniques et de maladies physiques chroniques.

8.2.2 Spécificités chez les femmes en âge de procréer

L'anxiété n'est pas une contre-indication à la grossesse. Il est important de reconnaître le rôle de la femme dans la prise en charge du bébé sans juger et de manière empathique, et d'impliquer le partenaire et la famille lorsque cela est possible.

Idéalement, les médicaments devraient être arrêtés avant la grossesse, si la situation de la femme est suffisamment stable. Les interventions de première intention sont la thérapie psychologique telle que la thérapie cognitivo-comportementale dans des cas modérés à sévères, et l'auto-assistance (se référer au [paragraphe 8.1.8](#)) dans des cas légers. Si un traitement à long terme avec des antidépresseurs est nécessaire, le choix du médicament suit les mêmes règles que dans le traitement des femmes souffrant de dépression (se référer au [chapitre 8.1](#)). La monothérapie à la dose la plus faible possible devrait être administrée. Les benzodiazépines peuvent être utilisées à court terme.

Chez les femmes souffrant de troubles anxieux, toutes les formes de contraception peuvent être utilisées. L'amitriptyline peut réduire les niveaux d'éthinylestradiol et de progestérone, et la contraception non hormonale peut être plus sûre chez les femmes qui prennent l'amitriptyline.

8.2.3 Diagnostic pendant la grossesse

Il n'est pas rare que l'anxiété se manifeste pour la première fois pendant la grossesse. La grossesse elle-même peut provoquer une anxiété liée aux inquiétudes concernant la santé ou la perte du fœtus, l'accouchement, et la parentalité ou la prise en charge du nouveau-né.

Les symptômes sont les mêmes que chez les patientes non enceintes et peuvent ou non être liés à un événement ou un déclencheur stressant (se référer aux '[NCD Guideline, Anxiety and Stress Related Disorders](#)' page 102). Il est important de prendre au sérieux les préoccupations d'une femme concernant la grossesse et son bébé, car il n'est pas toujours facile de distinguer si celles-ci sont dans les limites « normales » ou s'il s'agit d'un symptôme d'anxiété.

8.2.4 Impact de l'anxiété sur la grossesse

Certaines études suggèrent que les femmes enceintes souffrant de troubles anxieux pourraient avoir un risque plus élevé de naissance prématurée et de faible poids du bébé à la naissance, mais aucune preuve claire n'a été établie.

Une conséquence de l'anxiété sévère peut être que les femmes sont moins réactives et engagées dans des interactions avec leurs nourrissons, ce qui pourrait avoir un impact négatif sur le neurodéveloppement et la croissance du nourrisson.

8.2.5 Impact de la grossesse sur l'anxiété

La grossesse peut provoquer une anxiété liée aux inquiétudes concernant la santé du fœtus, la perte fœtale, l'accouchement, la parentalité et la prise en charge du nouveau-né, mais rien ne prouve que la grossesse aggrave l'anxiété en soi. Cependant, les grossesses non planifiées et non désirées, le manque de soutien social, la violence domestique, etc. peuvent entraîner une augmentation des symptômes.

8.2.6 Impact des médicaments contre l'anxiété sur la grossesse

Pour les antidépresseurs, se référer au [chapitre 8.1.6](#).

Les benzodiazépines n'augmentent pas le risque de malformations. Cependant, ces molécules sont soupçonnées d'augmenter le taux de fausses couches et d'accouchements prématurés. Les benzodiazépines ne devraient être prescrites qu'à court terme (moins de deux semaines) et à la dose efficace la plus faible en raison du risque de dépendance.

8.2.7 Impact de la grossesse sur les médicaments contre l'anxiété

Aucun ajustement de la dose n'est nécessaire.

8.2.8 Prise en charge anténatale de l'anxiété

Durant la première visite anténatale (de préférence avant la conception), passer en revue les médicaments et les symptômes. Envisager d'arrêter le médicament en cas d'anxiété légère ou d'ajuster le type et la dose de médicament s'il doit être poursuivi.

Le traitement optimal pour une femme souffrant d'anxiété peut inclure une intervention psychologique (y compris des approches individuelles et de groupe) combinée à des médicaments psychotropes en cas de besoin. Tenter de déterminer la source de l'anxiété et de rassurer la patiente. Les traitements efficaces des troubles anxieux généralisés comprennent des interventions psychologiques telles que la thérapie cognitivo-comportementale et la relaxation appliquée.

Les médicaments sont nécessaires dans les cas suivants :

- soulagement à court terme des symptômes : les benzodiazépines peuvent être prescrites, mais en raison du risque de dépendance, elles ne devraient pas être administrées pendant plus de deux à trois semaines. Si disponible, une benzodiazépine avec une demi-vie plus courte est préférée pendant la grossesse. Le lorazépam traverse probablement la barrière placentaire dans une moindre mesure que les autres benzodiazépines et peut donc être plus sûr pour le fœtus, en particulier près de l'accouchement ;

- Dans le catalogue MSF, le **diazépam** est la benzodiazépine disponible (5-10 mg PO, le soir ou le matin, selon le moment où la femme présente le plus de symptômes) ;
- Traitement à long terme avec des ISRS (se référer au [paragraphe 8.1.8](#)).

8.2.9 Prise en charge de l'anxiété au cours du travail

Lorsque cela est possible, assurer le suivi du travail par une sage-femme dédiée à cette patiente
Si un anesthésiste et/ou un pédiatre sont disponibles au sein du projet, ils devraient être informés lorsqu'une patiente prend des médicaments psychotropes.

8.2.10 Prise en charge post-partum de l'anxiété et de l'allaitement

Les nourrissons de mères ayant pris des ISRS ou des benzodiazépines pendant la grossesse (autour du moment de l'accouchement) devraient être surveillés pour détecter les signes du syndrome de sevrage néonatal. Les nouveau-nés dont les mères ont pris des benzodiazépines autour de la période d'accouchement peuvent également montrer des signes et des symptômes de sevrage, y compris des convulsions.

Les avantages de l'allaitement semblent généralement l'emporter sur le faible risque posé par les médicaments antidépresseurs et les benzodiazépines utilisés pour traiter la mère allaitante. Cependant, la dose la plus faible possible de benzodiazépines devrait être utilisée. Les nourrissons allaités par des mères prenant du diazépam devraient être surveillés pour détecter une sédation, une prise de poids inadéquate et une mauvaise alimentation. Le lorazépam a moins d'effets sur les bébés et – s'il est disponible – est préféré.



Si cela est possible, une femme (pendant la grossesse ou la période post-partum) devrait être orientée vers un clinicien mhGAP (clinicien/psychiatre/psychologue) si elle présente des symptômes de psychose, une anxiété sévère, une dépression sévère, des idées suicidaires, une négligence de soi, des préjudices envers autrui ou si ses symptômes interfèrent considérablement avec son fonctionnement au quotidien.

8.3 Trouble bipolaire

8.3.1 Introduction

Le trouble bipolaire est un trouble mental chronique généralement diagnostiqué à la fin de l'adolescence et la vingtaine, coïncidant avec la période où de nombreuses femmes vivent une grossesse et un accouchement.

La prévalence des troubles bipolaires ne semble pas différer de manière significative entre les femmes enceintes et les femmes non enceintes. On pense que des épisodes de manie ou de dépression se produisent chez 25 % à 30 % des femmes souffrant de trouble bipolaire pendant la grossesse. La récurrence augmente pendant la grossesse si les médicaments sont interrompus.

Le trouble bipolaire se caractérise par des périodes fluctuantes de manie, consistant en une humeur élevée, une énergie et une activité accrues et une dépression (se référer au [chapitre 8.1](#)), avec une baisse de l'humeur et une diminution de l'énergie et de l'activité. De manière caractéristique, il existe une période de rémission entre les épisodes qui peut durer des mois, voire des années. Le trouble bipolaire peut également être diagnostiqué chez des personnes qui ne présentent que la manie.

Bien que les troubles bipolaires ne puissent pas être guéris, ils peuvent généralement être contrôlés à la fois en cas d'exacerbations aiguës et dans un traitement de maintien avec une pharmacothérapie appropriée. Le but du traitement est de maintenir une humeur euthymique. Cependant, la personne peut avoir une rechute, surtout lorsque les médicaments sont interrompus.

8.3.2 Spécificités chez les femmes en âge de procréer

Des antécédents de trouble bipolaire ne sont pas une contre-indication à la grossesse. Cependant, le trouble devrait idéalement être stabilisé avant la grossesse et les conseils avant la conception peuvent aider à une expérience positive de la grossesse. Les changements de traitement devraient être envisagés. La stabilisation du trouble et un bon soutien contribueront à des périodes de grossesse et de post-partum sûres.

Chez les femmes en âge de procréer, choisir des médicaments avec moins d'effets tératogènes et postnatals connus. Lorsque possible, la monothérapie à la dose la plus faible possible devrait être administrée.



Chez les femmes qui envisagent une grossesse ou en âge de procréer, éviter le lithium et le valproate de sodium en raison des risques de tératogénicité et de moins bons résultats de développement postnatals.

Pour les femmes sous antipsychotiques, se référer au paragraphe portant sur la psychose (se référer au [paragraphe 8.4.2](#)).

Pour les femmes sous antidépresseur, se référer au paragraphe portant sur la dépression (se référer au [paragraphe 8.1.2](#)).

8.3.3 Diagnostic pendant la grossesse

Les preuves suggèrent que le trouble bipolaire est présent chez environ 20 % des femmes enceintes ou en période post-partum qui présentent un dépistage positif pour la dépression. Le dépistage est généralement effectué en début de grossesse (se référer au [paragraphe 8.1.2](#)).

Manie dans le contexte du trouble bipolaire

Le diagnostic du trouble bipolaire pendant la grossesse est le même que chez les patientes non enceintes (enceintes (se référer au [protocole de MSF pour la prise en charge pharmacologique des troubles mentaux](#))). Le diagnostic est posé en présence de plusieurs des symptômes suivants. Ceux-ci devraient durer une semaine ou plus et devraient interférer de manière significative dans le fonctionnement normal de la vie de la patiente :

- humeur élevée ou irritable ;
- augmentation de l'activité ;
- sentiment d'augmentation de l'énergie ;
- loquacité ou discours rapide ;
- diminution du besoin de sommeil ;
- comportements impulsifs ou imprudents, y compris des dépenses excessives et des comportements sexuels indiscriminés ;

- facilement distraite ;
- mégalomanie.

Dépression dans le contexte du trouble bipolaire

La dépression chez les femmes enceintes n'est souvent pas reconnue et, comme mentionné, le dépistage est encouragé. Certains symptômes somatiques de la dépression pourraient être attribués à des changements normaux liés à la grossesse.

Le diagnostic de la dépression pendant la grossesse est le même que chez les patientes non enceintes (se référer au paragraphe portant sur la dépression [8.1.3](#)).

Les épisodes dépressifs bipolaires sont généralement plus graves, plus fréquents et ont un début plus rapide que la dépression unipolaire. Il existe également un risque significatif de suicide.

8.3.4 Impact du traitement contre les troubles bipolaires sur la grossesse

Pour les femmes sous antipsychotiques, se référer au paragraphe portant sur la psychose (se référer au [paragraphe 8.4.6](#)).

Pour les femmes sous antidépresseur, se référer au paragraphe portant sur la dépression (se référer au [paragraphe 8.1.6](#)).



Chez les femmes enceintes, éviter le lithium et le valproate de sodium en raison des risques de tératogénicité et de moins bons résultats de développement postnataux.

8.3.5 Impact de la grossesse sur les médicaments contre les troubles bipolaires

La dose la plus faible possible devrait être administrée pendant la grossesse.

8.3.6 Prise en charge anténatale du trouble bipolaire

Pendant la grossesse, consulter toujours un clinicien/psychiatre/psychologue mhGAP dès que possible. Les médicaments qui étaient efficaces et bien tolérés dans les épisodes précédents sont préférés. Chez les femmes qui prennent des médicaments au moment de la conception et qui sont cliniquement stables, il est généralement préférable de poursuivre le même protocole que de modifier les médicaments. Le changement expose le fœtus à des médicaments supplémentaires et peut augmenter le risque d'épisodes récurrents d'humeur chez la mère.

Pendant la grossesse, bien que la monothérapie soit souhaitable, des combinaisons de médicaments peuvent être nécessaires et semblent courantes.

Chez les patientes enceintes présentant des épisodes bipolaires qui se produisent pendant une pharmacothérapie de maintien, l'augmentation de la dose dans la plage de dose thérapeutique est préférée au démarrage d'un second médicament. Cependant, comme mentionné, de nombreuses patientes ont besoin d'une combinaison de médicaments.

Traitement de la manie

La pharmacothérapie est indiquée pour les femmes enceintes présentant des épisodes maniaques et l'hospitalisation est souvent nécessaire pour celles présentant des symptômes graves (se référer au [Protocole de MSF pour la prise en charge pharmacologique des troubles mentaux, page 34](#)).

- Si la patiente prend un antidépresseur, arrêter l'antidépresseur.
- Le traitement se fait avec des médicaments antipsychotiques (se référer au [paragraphe 8.4.8](#)).
- En cas d'agitation, une benzodiazépine (par exemple, le diazépam 10 mg) peut être utilisée à court terme (2-3 semaines).
- Le traitement de l'épisode maniaque devrait être maintenu pendant au moins 8 semaines après la rémission des symptômes.
- La poursuite d'un traitement de maintien plus long devrait être discutée avec la patiente et avec les accompagnants, le cas échéant. Si la personne décide de poursuivre le traitement, proposer une prophylaxie pendant 2 ans. Si les épisodes sont graves et invalidants, recommander un traitement de maintien à vie (le médicament qui s'est avéré efficace pour traiter l'épisode maniaque aigu peut être poursuivi pour la prophylaxie).
- Si la personne décide de ne pas poursuivre le traitement, diminuer progressivement les médicaments, un médicament à la fois et en petites diminutions. Surveiller étroitement les signes de rechute.

Si une femme enceinte souffrant de trouble bipolaire développe une manie tout en prenant des médicaments prophylactiques :

- vérifier la dose du médicament prophylactique et l'observance ;
- augmenter la dose de l'antipsychotique.

Il est courant que les épisodes maniaques nécessitent plus d'un médicament simultanément pour garder les symptômes sous contrôle, car l'apparition de l'action de ces médicaments peut être lente. Garder à l'esprit que l'ajout de médicaments augmente également le taux d'effets secondaires.

Le renforcement du soutien psychosocial peut assurer une détection précoce de la rechute et une intervention rapide. Les femmes en âge de procréer devraient se voir offrir une éducation sur le risque de rechute post-partum et un soutien de la part des services pendant la grossesse et la période post-partum.



Les épisodes sévères de manie sont des urgences médicales. L'état psychiatrique des patientes bipolaires enceintes devrait être régulièrement surveillé, avec une attention particulière aux idées suicidaires et à la psychose.

Traitement contre la dépression

Les épisodes dépressifs devraient être pris en charge comme dans un épisode de dépression (se référer au [paragraphe 8.1](#) portant sur la dépression), avec l'ajout d'un antipsychotique.

- Se renseigner sur les antécédents de manie. Si c'est le cas, diagnostiquer une dépression bipolaire et démarrer le traitement en conséquence.
- Traiter à l'aide d'un antidépresseur (se référer au [paragraphe 8.1.8](#)), jamais en monothérapie, toujours en combinaison avec un stabilisateur de l'humeur (carbamazépine) ou un antipsychotique.
- Si la patiente développe une manie pendant qu'elle est sous antidépresseur, arrêter l'antidépresseur.



Le lithium (utilisé principalement chez les patientes atteintes de troubles bipolaires, et non disponible dans le catalogue MSF) est tératogène et ne devrait pas être utilisé pendant la grossesse, en particulier au cours du premier trimestre.

Si une femme souffrant d'une dépression légère à modérée, sous traitement au lithium, tombe enceinte, envisager d'arrêter le médicament progressivement et – si possible – sous soutien psychologique. Le risque individuel de rechute devrait être pesé avec les effets indésirables potentiels sur la mère et son enfant.

8.3.7 Prise en charge du trouble bipolaire au cours du travail

Lorsque cela est possible, assurer le suivi du travail par une sage-femme dédiée à cette patiente. Si un anesthésiste et/ou un pédiatre sont disponibles au sein du projet, ils devraient être informés lorsqu'une patiente prend des médicaments psychotropes.

8.3.8 Prise en charge post-partum du trouble bipolaire et de l'allaitement

Au cours de la période postnatale, le trouble bipolaire entraîne une augmentation du taux de première présentation (en particulier dans les premières semaines après l'accouchement) et du taux de rechute. Pour les femmes sous antipsychotiques, se référer au paragraphe portant sur la psychose (se référer au [paragraphe 8.4.10](#)).

Pour les femmes sous antidépresseurs, se référer au paragraphe portant sur la dépression (se référer au [paragraphe 8.1.10](#)).

8.4 Trouble psychotique

8.4.1 Introduction

La psychose représente un trouble psychiatrique majeur dans lequel il existe une perturbation de la perception de la réalité (hallucinations), de fausses croyances (délires), et un comportement désorganisé. Les pensées et les comportements sont considérablement modifiés et les symptômes peuvent s'aggraver très rapidement.

La psychose post-partum (ou psychose puerpérale) constitue une urgence médicale et nécessite généralement une intervention rapide (et potentiellement une hospitalisation). Il s'agit d'une maladie mentale grave, d'apparition rapide et ayant un impact majeur sur la femme et sa capacité à prendre soin de son bébé. Elle touche 1 à 2 femmes sur 1 000 après l'accouchement et les femmes ayant déjà souffert d'un trouble bipolaire y sont particulièrement à risque. Cependant, elle peut survenir chez des femmes sans antécédents de problèmes de santé mentale.

Le traitement prophylactique peut être efficace pour les femmes connues pour être à haut risque, comme les femmes atteintes de troubles bipolaires ou psychotiques, mais pour certaines femmes, la psychose post-partum peut être leur premier épisode de maladie mentale grave.

Les problèmes dans la relation entre une mère et son bébé peuvent également aggraver les problèmes de SM chez la mère et sont associés à un retard du développement cognitif et émotionnel du bébé. La psychose est également associée à un risque accru de mortalité tant chez la femme (en raison du suicide) que chez son bébé (préjudice au bébé) et est associée à une stigmatisation, une peur et des défis considérables en matière d'acceptation sociale.

8.4.2 Spécificités chez les femmes en âge de procréer

Des antécédents de psychose ne constituent pas une contre-indication à la grossesse. Cependant, le trouble devrait idéalement être stabilisé avant la grossesse et un bon soutien familial sera essentiel. Des changements de traitement devront être envisagés.

Les femmes qui ont déjà vécu un épisode de psychose post-partum présentent un risque élevé de récurrence. Le médicament devrait être remplacé par une monothérapie, si possible, et la dose efficace la plus faible devrait être administrée.

Lorsqu'une femme enceinte est stable sous antipsychotique et est susceptible de rechuter sans médicament, la poursuite du traitement peut minimiser l'exposition fœtale en évitant le besoin de doses plus élevées ou de plusieurs médicaments en cas de rechute.

Parfois, l'arrêt peut être discuté et convenu avec la femme. Cependant, en cas de rechute, le traitement antipsychotique devrait être réintroduit dès que possible.

Au cours de la grossesse, si un antipsychotique doit être initié, l'halopéridol est le médicament de choix à la dose la plus faible possible. Augmenter la dose uniquement lorsque nécessaire. Donner des conseils sur l'alimentation et l'activité physique pour prévenir un éventuel syndrome métabolique (prise de poids, hyperglycémie et hyperlipidémie).

Globalement, l'exposition prénatale aux antipsychotiques n'augmente pas le risque de malformations majeures. Il est important de conseiller les femmes, car de nombreuses femmes arrêtent de prendre leurs médicaments lorsqu'elles découvrent qu'elles sont enceintes. Pour les femmes présentant un risque de rechute, il est probablement préférable de continuer à prendre le médicament tout au long de la grossesse et pendant la période post-partum.

Les antipsychotiques tels que l'halopéridol, la rispéridone, l'olanzapine et la quétiapine n'interfèrent pas de manière significative avec le métabolisme des hormones sexuelles. Par conséquent, tous les contraceptifs

peuvent être utilisés chez les femmes sous antipsychotiques. Toutefois, pour les femmes présentant une maladie psychotique active, il peut être préférable de ne pas utiliser de contraception nécessitant la prise régulière de médicaments (COC ou PP). Les LARC tels que les DIU ou les implants constituent probablement un meilleur choix pour ces femmes.

8.4.3 Diagnostic pendant la grossesse

Le diagnostic ne diffère pas de celui des patientes non enceintes (se référer '[NCD Guideline, Psychosis](#)' page 95).

Les principaux symptômes sont des hallucinations, des délires, un discours désorganisé et un comportement étrange. Il est souvent conseillé d'impliquer les membres de la famille lors de l'anamnèse et de l'examen des patientes, car celles-ci peuvent se montrer peu coopératives et fournir des réponses peu fiables.

Chez les patientes présentant des symptômes aigus, il est important d'exclure les raisons médicales du délire, telles que le paludisme cérébral, la méningite, d'autres infections, la toxicomanie ou l'hypoglycémie.

8.4.4 Impact de la psychose sur la grossesse

Il n'y a pas de complications spécifiques à la grossesse associées à la psychose. Cependant, les enfants de femmes atteintes de troubles psychotiques sont plus susceptibles de souffrir de retards de développement et de problèmes de santé mentale. Il n'est pas clair dans quelle mesure l'hérédité, l'exposition aux médicaments et la modification de l'interaction mère-enfant jouent un rôle.

8.4.5 Impact de la grossesse sur la psychose

La psychose peut récidiver ou s'exacerber pendant la grossesse. La période post-partum (principalement les premières semaines) est la période pendant laquelle les femmes sont les plus susceptibles de présenter une aggravation des symptômes ou des épisodes. Cela peut être exacerbé par des circonstances stressantes supplémentaires, comme une grossesse non désirée ou non planifiée.

Les rechutes surviennent également fréquemment parce que les femmes arrêtent de prendre leurs médicaments antipsychotiques lorsqu'elles découvrent qu'elles sont enceintes. Il est important de poser des questions à ce sujet et de parler des craintes liées au médicament.

8.4.6 Impact des médicaments antipsychotiques sur la grossesse

Tous les médicaments antipsychotiques traversent la barrière placentaire de manière significative (les taux sanguins relatifs les plus bas ont été rapportés pour la quétiapine). Cependant, rien ne prouve que le risque de malformations ou de fausses couches soit significativement accru.

Les femmes sous antipsychotiques ont tendance à prendre plus de poids, ce qui devrait être surveillé, en particulier chez les patientes obèses. Elles peuvent également présenter un risque légèrement plus élevé de développer un diabète gestationnel (se référer au [chapitre 2](#)).

8.4.7 Impact de la grossesse sur les médicaments antipsychotiques

La dose la plus faible possible devrait être administrée pendant la grossesse, mais des ajustements posologiques ne sont généralement pas nécessaires pendant la grossesse. Éviter l'association avec un anticholinergique (bipéridène ou trihexyphénidyle).

8.4.8 Prise en charge anténatale de la psychose

Les femmes qui prennent déjà des médicaments antipsychotiques au moment où elles tombent enceintes devraient continuer à prendre leurs médicaments à la dose la plus faible possible. La monothérapie est conseillée pendant la grossesse, mais tout changement de médicament devrait idéalement être effectué avant la conception. Les antipsychotiques à action prolongée devraient être évités, car il n'existe pas suffisamment de données sur leur sécurité pendant la grossesse.

Lors de la première visite anténatale, revoir les médicaments et les symptômes.

Les femmes présentant un premier épisode de psychose pendant la grossesse devraient généralement commencer à prendre des antipsychotiques (se référer au [tableau 8.2](#)). La titration devrait être effectuée sur plusieurs jours et cela peut prendre jusqu'à deux semaines pour obtenir tous les effets. Les médicaments antipsychotiques ont différents effets secondaires (certains d'entre eux, comme la sédation, peuvent être souhaitables dans certaines circonstances) qui peuvent compliquer le traitement (pour plus d'informations sur les effets secondaires, (se référer au [protocole de MSF pour la prise en charge pharmacologique des troubles mentaux, Psychoses, page 7](#)).

Si possible, un soignant expérimenté ou un clinicien/psychiatre mhGAP devrait être impliqué dans la prise en charge de ces patientes. Les membres de la famille devraient également être impliqués dans les soins, et un plan devrait être mis en place pour la prise en charge du nouveau-né si la mère n'est pas en mesure de le faire de manière fiable.

TABLEAU 8.2 - MÉDICAMENTS ANTIPSYCHOTIQUES DISPONIBLES DANS LE CATALOGUE MSF

	DOSE INITIALE	DOSE D'ENTRETIEN USUELLE
Halopéridol	1 à 3 mg, une fois par jour ou répartis en deux prises	4 à 6 mg par jour
Risperidone	1 mg, une fois par jour ou réparti en deux prises	2 à 6 mg par jour
Chlorpromazine	25 à 50 mg, une fois par jour ou répartis en deux prises	75 à 300 mg par jour
Olanzapine	5 à 10 mg, une fois par jour	20 mg

En cas d'anxiété ou d'agitation sévère, un traitement anxiolytique de courte durée (deux à trois semaines maximum) peut être ajouté dans un premier temps au traitement antipsychotique. Par exemple, du diazépam 5 à 10 mg PO à répartir en deux doses.

Les symptômes devraient être revus à chaque visite anténatale. Dans les cas sévères et en fonction du contexte ainsi que du réseau de soutien social de la femme, les patientes peuvent avoir besoin d'un traitement en milieu hospitalier.

8.4.9 Prise en charge de la psychose au cours du travail

Conseiller aux femmes d'accoucher dans une structure de santé. Il devrait y avoir un plan de soins convenu décrivant les rôles des différents agents de soins. Lorsque possible, assurer des soins par une sage-femme dédiée à cette patiente. Si une femme souffre d'un épisode psychotique aigu, il peut être utile d'avoir des membres de la famille de confiance présents.

Chez une patiente très agitée, des benzodiazépines (par exemple, du diazépam 10 mg) peuvent être administrées. Si des benzodiazépines sont utilisées, le nouveau-né devra être surveillé pour détecter tout problème respiratoire après l'accouchement.

Si un anesthésiste et/ou un pédiatre sont disponibles au sein du projet, ils devraient être informés lorsqu'une patiente prend des médicaments psychotropes.

8.4.10 Prise en charge post-partum de la psychose et de l'allaitement

Les nourrissons des mères qui ont pris des antipsychotiques pendant la grossesse devraient être surveillés pour détecter les signes du syndrome de sevrage néonatal, de toxicité et de symptômes extrapyramidaux au cours des premiers jours de vie : mouvements ou tonus musculaires anormaux, irritabilité, sédation, tachycardie, problèmes respiratoires ou alimentaires, etc. Ces symptômes sont généralement légers et disparaissent souvent en quelques heures ou quelques jours, mais peuvent persister des semaines, voire des mois après la naissance. Un traitement spécifique n'est généralement pas nécessaire, mais les nouveau-nés plus gravement touchés peuvent nécessiter des séjours hospitaliers plus longs.

Le manque de sommeil peut déclencher une rechute ou une psychose post-partum et devrait être évité autant que possible.

La plupart des médicaments antipsychotiques sont compatibles avec l'allaitement. L'halopéridol et la rispéridone sont considérés comme sûrs. L'allaitement est également encouragé si la mère prend de la quétiapine ou de l'olanzapine.



Les mères ne devraient pas allaiter si elles prennent de la clozapine (risque d'agranulocytose chez le nourrisson) ou du lithium (risque de toxicité sévère avec déshydratation). Lorsqu'une femme prend une combinaison de différents médicaments psychotropes, les effets sur son nourrisson allaité peuvent être imprévisibles, et l'allaitement ne devrait être envisagé que si une surveillance étroite du nourrisson est possible.

Les femmes atteintes de psychose peuvent éprouver des difficultés dans leur relation avec le bébé. Évaluer cela, par interaction verbale, réactivité émotionnelle et soins physiques, lors de tous les contacts postnataux. Discuter avec la mère de toutes les préoccupations qu'elle pourrait avoir.

Après l'accouchement, examiner et évaluer la nécessité de démarrer, de reprendre ou d'ajuster le traitement. En raison du risque élevé de rechute, les femmes sous antipsychotiques ne devraient pas interrompre leur traitement au cours des premières semaines suivant l'accouchement.

Psychose post-partum

La psychose post-partum survient chez 1 à 2 femmes sur 1 000 et constitue une urgence médicale qui nécessite une identification et une intervention immédiates. L'apparition se produit souvent dans les 2 à 3 jours suivant l'accouchement, et généralement au cours de la première ou la deuxième semaine, mais peut également commencer plus tard. La priorité est d'assurer la sécurité de la mère et de son bébé.

Les symptômes comprennent la désorganisation, la confusion, la dépersonnalisation, l'insomnie, les délires et/ou les hallucinations, les comportements étranges, l'irritabilité et, le plus souvent, une humeur anormale (manie ou agitation, dépression ou les deux).

L'évaluation devrait être rapide et devrait prêter attention aux risques potentiels pour la mère et le bébé. Il est essentiel d'évaluer la perception de la mère à l'égard du bébé. Les patientes gravement psychotiques peuvent avoir des idées délirantes sur le fait que l'enfant est difforme et maléfique. L'infanticide est extrêmement rare. Le suicide, bien que peu courant, est l'une des principales causes de décès maternel.



Une femme (pendant la grossesse ou la période post-partum) devrait être orientée vers un clinicien/psychiatre mhGAP si elle présente des symptômes de psychose, une anxiété sévère, une dépression sévère, des idées suicidaires, une négligence de soi, des préjudices envers autrui ou si ses symptômes interfèrent considérablement avec son fonctionnement au quotidien.

La psychose post-partum devrait être traitée comme une psychose aiguë. Le traitement peut être initié avec de la rispéridone (0,5 à 1 mg, une fois par jour), de l'olanzapine (2,5 à 5 mg, une fois par jour) ou de l'halopéridol (0,5 mg, deux fois par jour), puis titré pour atteindre la dose thérapeutique sur 3 à 4 jours. Les antipsychotiques à action prolongée devraient être évités. Si un traitement parentéral est nécessaire en raison d'une agitation ou d'une agressivité, envisager l'halopéridol 0,5 à 2 mg en cas d'agitation légère, 2 à 5 mg si modérée et 5 à 10 mg en cas d'agitation sévère. Des benzodiazépines à courte durée d'action peuvent également être administrées si la patiente souffre d'anxiété, d'agitation ou d'insomnie sévère.

Toutes les options sont compatibles avec l'allaitement sous contrôle médical. Surveiller les effets secondaires possibles (sommolence, torpeur, irritabilité, tremblements, insomnie, léthargie, mauvais allaitement, secousses et effets secondaires extrapyramidaux).

L'allaitement peut se poursuivre, mais de nombreuses femmes ne sont pas en mesure de prendre soin de leur bébé. Le lait maternel est toujours la méthode d'alimentation préférée. Dans de rares situations où l'allaitement est impossible, le remplacement du lait maternel par un substitut du lait maternel approprié (SLM, c'est-à-dire une préparation pour nourrissons) pendant les 6 premiers mois de la vie peut être nécessaire (se référer au [livret MSF sur l'allaitement](#)). Des plans individualisés sont recommandés en fonction des besoins.

Les femmes ayant des antécédents personnels et/ou familiaux de troubles bipolaires et psychotiques courent un risque particulièrement élevé. La récurrence chez les femmes ayant déjà eu un épisode de psychose post-partum est d'environ 15 %, mais peut être plus élevée en présence de facteurs de risque supplémentaires. Ces femmes devraient être surveillées pendant les premières semaines de la période post-partum. Prodiguer des conseils aux femmes et à leurs familles est vital.



Si une femme développe une psychose post-partum, la sécurité de la mère et du bébé est la préoccupation la plus importante. Des taux de suicide allant jusqu'à 10 % ont été signalés. La négligence et/ou les mauvais traitements peuvent également mettre le bébé en danger. Selon le contexte, la famille devrait être impliquée dans la prise en charge et un traitement hospitalier et/ou une orientation vers des soins spécialisés devrait être organisée lorsque cela est possible.

REFERENCES

1. Rosene-Montella, K., Keely, E. Barbour, L.A., Lee, R.V. Medical Care of the Pregnant Patient. 2nd edition. ACP. 2008.
2. NICE Guideline. Hypertension in Pregnancy. Diagnosis and Management. June 2019.
3. WHO: Medical eligibility criteria for contraceptive use. <https://www.who.int/publications/item/9789241549158>, accessed 13/09/2021
4. WHO. Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycaemia First Detected in Pregnancy. Switzerland: World Health Organization; 2013
5. Trujillo J, Vigo A, Reichelt A, Duncan BB, Schmidt MI. Fasting plasma glucose to avoid a full OGTT in the diagnosis of gestational diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2014;105:322–326.
6. Zhu WW, Yang HX, Wei YM, Yan J, Wang ZL, Li XL, Wu HR, Li N, Zhang MH, Liu XH, et al. Evaluation of the value of fasting plasma glucose in the first prenatal visit to diagnose gestational diabetes mellitus in china. Diabetes Care. 2013;36:586–590.
7. L M Dickson, E J Buchmann, C Janse van Rensburg, S A Norris: Fasting plasma glucose and risk factor assessment: Comparing sensitivity and specificity in identifying gestational diabetes in urban black African women. S Afr Med J;110(1):21-26. doi: 10.7196/SAMJ.2019.v110i1.14089]
8. MSF (OCA): Non-communicable diseases. Programmatic and clinical guidelines. Edition 2020, v5.2.
9. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period, 2015 last updated December 2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng3/chapter/Recommendations#intrapartum-care>, accessed 26/08/2021.
10. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC). Diabetes in Pregnancy guideline. No 393, 2019.
11. Seely EW, Powe CE. Pregestational (preexisting) diabetes: Preconception counseling, evaluation, and management. www.uptodate.com, accessed 27/08/2021.
12. Agarwal MM. Gestational diabetes mellitus: An update on the current international diagnostic criteria. World J Diabetes 2015; 6: 782-791.
13. Hod M, Kapur A, Sacks DA et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care. Int J Gynaecol Obstet. 2015;131 Suppl 3: S173-S211.
14. Kitwitee P, Limwattananon S, Limwattananon C et al. Metformin for the treatment of gestational diabetes mellitus: An updated meta-analysis. Diabetes Res Clin Pract 2015; 109: 521–532.
15. Balsells M, Garcia-Patterson A, Sola I, Roque M et al. Glibenclamide, metformin, and insulin for the treatment of gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. BMJ 2015; 350: h102.
16. American Diabetes Association. Management of Diabetes in Pregnancy. Diabetes Care 2021; 44 Suppl 1: S200-210.
17. Ryan EA, Al-Agha R. Glucose Control during Labor and Delivery. Curr Diab Rep 2014; 14: 450.

18. De Valk HW, Visser GH. Insulin during pregnancy, labour and delivery. *Best Pract Res Clin Obstetr Gynaecol* 2011; 25: 65-76.
19. Kalra P, Anakal M. Peripartum management of diabetes. *Indian J Endocrinol Metab* 2013; 17(Suppl 1): S72-S76.
20. Canberra Hospital and Health Services (2018). Clinical Procedure. Insulin infusion for labour and birth.
21. Durnwald C. Gestational diabetes mellitus: Glycemic control and maternal prognosis. www.uptodate.com, accessed 28/08/2021.
22. Boulvain M et al. Avis d'expert n°37 : Dépistage du diabète gestationnel. Disponible sur <http://www.sggg.ch>.
23. The Geneva University Hospitals (HUG). Dépistage et prise en charge du diabète gestationnel. 2019.
24. Boriboonhirunsarn D, et al. Accuracy of capillary blood glucose for 50-g glucose challenge test for gestational diabetes screening. *Diabetol Int* 2022; 13(3):561-565
25. Balaji V, Madhuri BS, Paneerselvam A, Arthi T, Seshiah V. Comparison of venous plasma glucose and capillary whole blood glucose in the diagnosis of gestational diabetes mellitus: a community-based study. *Diabetes technology & therapeutics*. 2012;14(2):131-4
26. Adam S, Rheeder P. Evaluating the utility of a point-of-care glucometer for the diagnosis of gestational diabetes. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2018;141(1):91-6.
27. Schaufelberger M. Cardiomyopathy and Pregnancy. *Heart* 2019; 105: 1543–1551.
28. Honigberg M, Givertz M. Peripartum cardiomyopathy. *BMJ* 2019; 364: doi: 10.1136/bmj.k5287.
29. Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink J, Bauersachs J et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur Heart J* 2018; 39: 3165-3241. www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Cardiovascular-Diseases-during-Pregnancy-Management-of, accessed 24/08/2021
30. DeCara JM, Lang RM, Foley MR. Management of heart failure during pregnancy. www.uptodate.com, accessed 24/08/2021.
31. Schatz M, Weinberger SE: Management of asthma during pregnancy. www.uptodate.com, accessed 27/07/2022.
32. Namazy JA, Murphy VE, Powell H et al. Effects of asthma severity, exacerbations and oral corticosteroids on perinatal outcomes. *Eur Resp J* 2013; 41: 1082-1090.
33. British Thoracic Society. British guideline on the management of asthma. Revised 2019. <https://www.sign.ac.uk/media/1773/sign158-updated.pdf>, accessed 27/07/2021
34. Ferguson GT, Make B: Stable COPD. Initial pharmacologic management. www.uptodate.com, accessed 27/07/2021.
35. King Han M, Dransfield MT, Martinez FJ: Chronic obstructive pulmonary disease: Definition, clinical manifestations, diagnosis and staging. www.uptodate.com, accessed 27/07/2021.

36. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2020 Report). https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf, accessed 27/07/2021.
37. Pennell PB, McElrath T. Management of epilepsy during preconception, pregnancy, and the postpartum period. www.uptodate.com, accessed 13/07/2021
38. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: Green-top Guideline No. 68: Epilepsy in Pregnancy. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/green-top-guidelines/gtg68_epilepsy.pdf, accessed 1/07/2021
39. Kaplan YC, Demir O. Use of phenobarbital, carbamazepine, levetiracetam, lamotrigine, and valproate in pregnancy and breastfeeding. *Curr Neuroparmacol* 2021; doi: 10.2174/1570159X19666210211150856.
40. MSF: Clinical guidelines – Diagnosis and treatment manual. 2021.
41. Maternofetal medicine protocols. Hospital Clinic I Provincial de Barcelona, Barcelona University (2017). [Protocolos \(medicinafetalbarcelona.org\)](http://Protocolos(medicinafetalbarcelona.org)), accessed 10/03/2021.
42. WHO, UNICEF. Reaching Optimal Iodine Nutrition in Pregnant and Lactating Women and Young Children. 2007. www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/WHOStatement__IDD_pregnancy.pdf?ua=1, accessed 30/07/2021.
43. Hanson MA, Bardsley A, De-Regil LM et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) recommendations on adolescent, preconception, and maternal nutrition : « Think Nutrition First ». *Int J Gynaecol Obstet* 2015 ; 131 Suppl 4 : S213 – S253.
44. Ross DS. Hypothyroidism during pregnancy: Clinical manifestations, diagnosis, and treatment. www.uptodate.com, accessed 30/07/2021.
45. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid* 2017; 27: 315 – 432.
46. Ross DS. Hyperthyroidism during pregnancy: Clinical manifestations, diagnosis, and causes. www.uptodate.com, accessed 30/07/2021.
47. Ross DS. Hyperthyroidism during pregnancy: Treatment. www.uptodate.com, accessed 30/07/2021.
48. Drugs and Lactation Database: Carbimazole, Methimazole, Propylthiouracil. Drugs and Lactation Database (LactMed) - NCBI Bookshelf (nih.gov), accessed 12/08/2021.
49. TOG release: New review looks at the effect of thyroid disorders on reproductive health (rcog.org.uk). RCOG. 23rd January 2015.
50. Malhotra A, Weinberger SE: Deep vein thrombosis in pregnancy: Epidemiology, pathogenesis, and diagnosis. www.uptodate.com, accessed 12/07/2021.
51. Malhotra A, Weinberger SE: Deep vein thrombosis and pulmonary embolism in pregnancy: Treatment. www.uptodate.com, accessed 12/07/2021
52. Malhotra A, Weinberger SE: Deep vein thrombosis and pulmonary embolism in pregnancy: Prevention. www.uptodate.com, accessed 12/07/2021.

53. Devis P, Knuttinen MG: Deep venous thrombosis in pregnancy: incidence, pathogenesis and endovascular management. *CCardiovasc Diagn Ther* 2017; 7 (Suppl): S09 – S319.
54. Bleker SM, Buchmüller A, Chauleur C et al. Low-molecular-weight heparin to prevent recurrent venous thromboembolism in pregnancy: Rationale and design of the Highlow study, a randomized trial of two doses. *Thromb Res* 2016; 144: 62 – 68.
55. Pettker C, Lockwood C. Thromboembolic Disease: Diagnosis and Treatment During Pregnancy. *Glob. libr. women's med.* (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.84/GLOWM.10165
56. Middleton P, Shepherd E, Gomersall JC. Venous thromboembolism prophylaxis for women at risk during pregnancy and the early postnatal period. *Cochrane Database Syst Rev* 2021; 3 (3):CD001689.
57. American College of Obstetrics and Gynecology: ACOG Practice Bulletin No 196. Thromboembolism in pregnancy. *Abstet Gynecol* 2018; 132: e1 – e17.
58. Drugs and Lactation Database: Heparin, Enoxaparin, Warfarin. *Drugs and Lactation Database (LactMed) - NCBI Bookshelf (nih.gov)*, accessed 12/07/2021.
59. WHO: Family planning – a global handbook for providers. <https://www.who.int/reproducticehealth/publications/fp-global-handbook/en>, accessed 12/07/2021.
60. SOGC Clinical Practice Guideline No. 308 (2014): Venous Thromboembolism and Antithrombotic Therapy in Pregnancy
61. MSF contraceptive guideline.
62. WHO: mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP), version 2.0 (2016). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>, accessed 17/08/2021.
63. Grigoriadis S. Unipolar major depression during pregnancy: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. www.uptodate.com, assessed 17/08/2021.
64. MSF Mental Health Working Group: Protocol for pharmacological management of mental disorders (2021).
65. Drugs and Lactation Database: Sertraline, fluoxetine, paroxetine, amitriptyline, diazepam, lorazepam, haloperidol, risperidone, lithium, clozapine, quetiapine. [Drugs and Lactation Database \(LactMed\) - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/search/pagelists/?pgelists=Drugs+and+Lactation+Database+(LactMed)+-+NCBI+Bookshelf+(nih.gov)), accessed 18/08/2021.
66. Viguera A. Postpartum unipolar major depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. www.uptodate.com, accessed 18/08/2021
67. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Clinical guideline (2020). www.nice.org.uk/guidance/cg192, accessed 18/08/2021.
68. Payne J. Postpartum psychosis: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. www.uptodate.com, accessed 20/08/2021.

ANNEXES

Annexe 1. Nutrition et diabète gestationnel ou préexistant	93
Annexe 2: Traitement des urgences diabétiques – hyperglycémie.	95
Annexe 3. Diagnostic différentiel de la dyspnée pendant la grossesse et la période post-partum	98
Annexe 4. Questionnaire sur la santé des patientes (QSP-9)	99

Annexe 1. Nutrition et diabète gestationnel ou diabète préexistant

Ce qu'il faut manger

1. Manger chaque jour une variété d'aliments de chacun des groupes alimentaires (se référer à l'image ci-dessous).
2. Il est important de manger régulièrement des repas et des collations qui contiennent des glucides, mais pas trop (les céréales, les féculents, les fruits et les produits laitiers contiennent tous des glucides). Se référer à la page suivante pour plus de détails sur les glucides.
3. Éviter tout aliment contenant beaucoup de sucre ajouté, comme les sucreries, les sucettes, les bonbons, les biscuits sucrés, les gâteaux, les boissons gazeuses, les jus ou le thé/café sucré.
4. Les femmes enceintes ont besoin de vitamines et de minéraux supplémentaires comme le fer, l'acide folique et l'iode. Parfois, ceux-ci sont administrés sous forme de comprimés.

Surveiller

Parfois, des glucomètres peuvent être utilisés pour mesurer la glycémie (avant les repas, 2 heures après les repas, avant et après l'activité physique et avant le sommeil).

Sécurité alimentaire

1. La préparation et le stockage hygiéniques des aliments sont importants, car les femmes enceintes peuvent tomber plus facilement malades à cause de bactéries ou d'agents pathogènes présents dans les aliments.
2. Garder les aliments froids bien au frais.
3. Faire chauffer les aliments chauds jusqu'à ce qu'ils bouillonnent pour tuer les bactéries.
4. Éviter les œufs crus et les fromages à pâte molle car ils peuvent contenir de la listeria ou des salmonelles qui peuvent être nocives pour le bébé à naître.

Prise de poids pendant la grossesse

Il est sain de prendre du poids pendant la grossesse, mais pas trop. Essayer de prendre les poids suivants en fonction de votre poids avant la grossesse :

Sous-poids ou poids santé : 11,5 à 18 kg

Surpoids ou obésité – 5-11,5 kg

GLUCIDES

1 PORTION =

- 1 tranche (40 g) de pain
- 1/2 pain pita
- 1/2 tasse (75-120 g) de riz cuit, maïs coupé, pâtes, nouilles, orge, sarrasin, semoule, polenta, boulgour ou quinoa
- 1/2 tasse (120 g) de porridge cuit
- 2/3 tasse (30 g) de flocons de céréales de blé
- 1/4 tasse (30 g) de farine de maïs
- 1 pomme de terre de taille moyenne
- 1/4 Igname/manioc/patate douce
- 1/2 épi de maïs doux

6-8 PORTIONS



PROTÉINES

1 PORTION =

- 85 g de petit morceau de viande/poisson/poulet cuit (désossé), de la taille d'une paume
- 125 g de viande/poisson/poulet cuit (avec os)
- 2 gros œufs
- 150g (1 tasse de légumineuses)
- 150g (1 tasse de graines de soja/tofu)

3 1/2 PORTIONS

GRAISSES/HUILES

1 PORTION =

- 1 cuillère à café de graisses/huiles/beurre/margarine/beurre de cacahuète/pâte à tartiner aux noix

4 PORTIONS

PRODUITS LAITIERS

1 PORTION =

- 1 tasse (250 ml) de lait frais, UHT longue conservation, de lait en poudre, de lait fermenté, de kéfir, de Mass etc.
- 2 tranches (40 g) de fromage à pâte dure
- 1/2 tasse (120 g) de fromage à pâte molle (par exemple Paneer, Ricotta)
- 3/4 tasse (200 g) de yaourt
- 1 tasse (250 ml) de lait de soja ou de riz avec au moins 100 mg de calcium ajouté pour 100 ml

3 PORTIONS

FRUITS ET LÉGUMES

1 PORTION =

- 1/2 tasse de légumes mélangés cuits
- 1/2 tasse de brocoli, carotte, aubergine, oignon, poivron, gombo
- 1 tasse de légumes à feuilles vertes ou de salade crue
- 1 tomate de taille moyenne
- 1 banane ou 1 orange de taille moyenne
- 2 petits abricots ou prunes
- 1/2 mangue moyenne
- 1 grosse tranche d'ananas ou de pastèque
- 30 g de fruits secs (4 moitiés d'abricots secs, 1 1/2 cuillère à soupe de raisins secs, 2 figues, 2 dattes)

7 PORTIONS

Les glucides se trouvent dans une variété d'aliments :

Pains céréales et grains	Légumineuses	Fruits et légumes riches en amidon	Produits laitiers	Collations et boissons (pas si saines)
Riz Pâtes Nouilles Pain/pain pita Chapati/naan Maïs Avoine Sorgho Farine Biscuits/crackers	Lentilles Haricots Pois chiches Graines de soja	Pomme de terre Maïs doux Patate douce Manioc Tous les fruits frais, secs et en conserve Jus de fruits	Lait Yaourt Maas Glace	Gâteaux Biscuits sucrés Miel/ confiture Sucettes/bonbons Boissons gazeuses/cordial Thé/café sucré

Les glucides se trouvent dans une variété d'aliments et de boissons et fournissent au corps du carburant (énergie). Les glucides se décomposent en glucose pendant la digestion et augmentent les taux de glycémie. De nombreux aliments contenant des glucides fournissent également des fibres alimentaires, des vitamines et des minéraux.

Certains glucides sont plus sains que d'autres

✓ **Choix de glucides sains (meilleurs choix) :** pains, farines, céréales, porridge, pâtes, riz à base de grains entiers (par exemple orge, sorgho, blé concassé, riz brun), les lentilles et toutes les légumineuses (haricots, soja, etc.), légumes riches en amidon (par exemple : pomme de terre, patate douce et maïs), fruits, lait et yaourt.

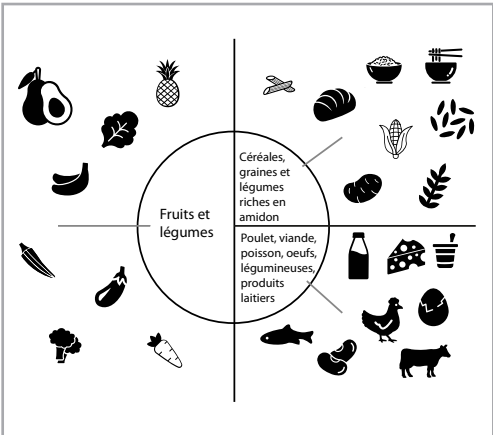
✗ **Choix de glucides moins sains :** nouilles instantanées, biscuits sucrés et salés, sucreries, bonbons, chocolat, gâteaux, pâtisseries, boissons gazeuses, sirops, sucre, jus de fruits, confiture, miel.

Les aliments qui ne contiennent pas beaucoup de glucides (n'affecteront pas les taux de glycémie) comprennent :

- la viande, le poulet, le poisson, les œufs, le fromage ;
- les légumes pauvres en amidon comme la laitue, la tomate, le brocoli, la courgette, l'aubergine, le gombo, les carottes, etc. ;
- l'huile, l'avocat, les noix, le ghee, le beurre.

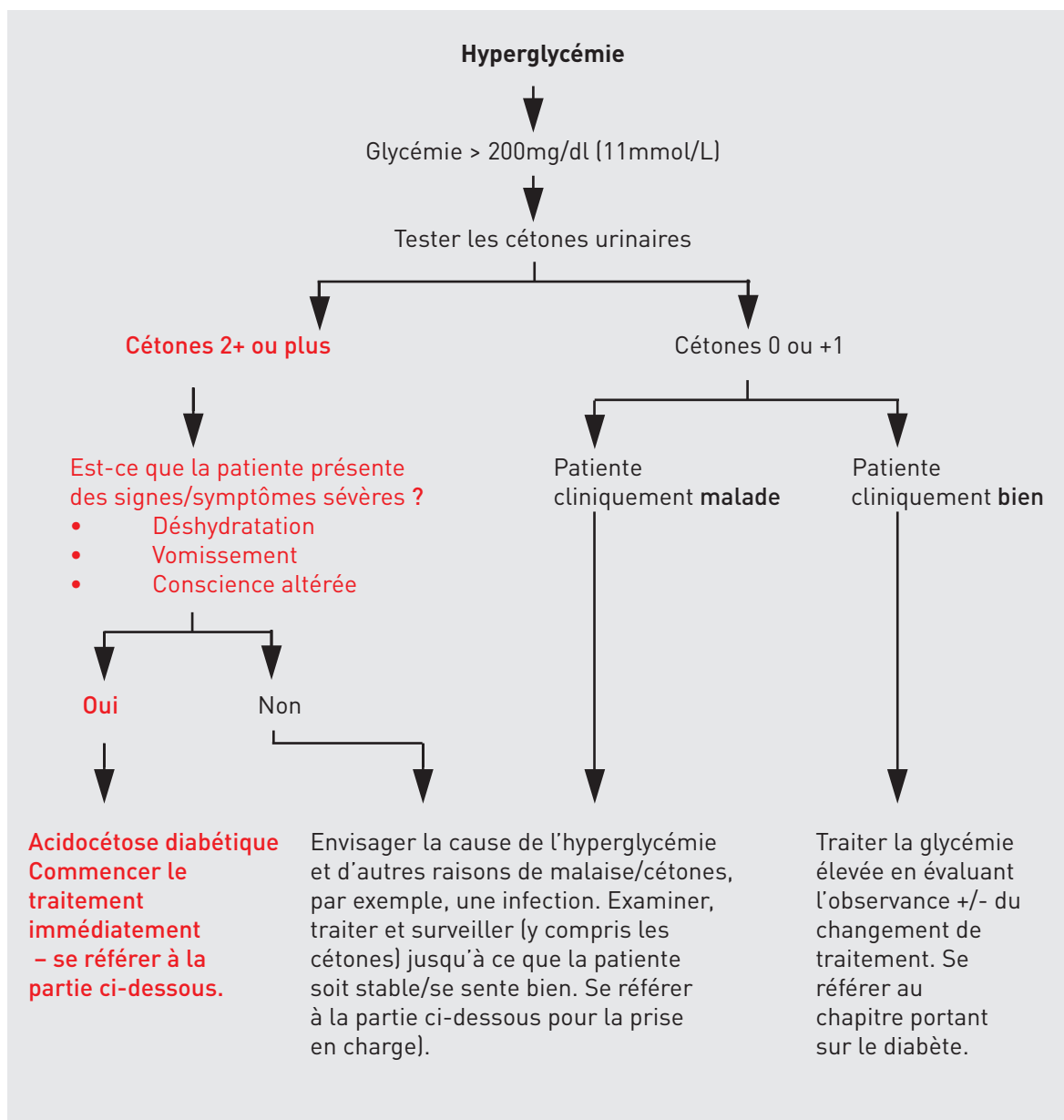
Préparer un repas sain avec des aliments de chacun des groupes alimentaires et la bonne quantité de glucides est important mais peut parfois prêter à confusion, suivre ce modèle d'assiette saine peut être utile.

ASSIETTE SAINE POUR LE DIABÈTE



Annexe 2. Traitement des urgences diabétiques – hyperglycémie

Toute patiente diabétique qui ne se sent pas bien devrait tester sa glycémie.



PRISE EN CHARGE DE L'ACIDOCÉTOSE DIABÉTIQUE (ACD) CHEZ LES ADULTES ET LES ENFANTS

	Adultes/enfants > 15 ans	Enfants < 15 ans												
TRAITEMENT IMMÉDIAT/ RÉANIMATION	NE PAS RETARDER LE DÉBUT DU TRAITEMENT. NE PAS TRANSFÉRER LE PATIENT JUSQU'À CE QU'IL SOIT STABLE. Accès intraveineux/intra-osseux de toute urgence et commencer les fluides IV. Si les fluides IV ou IO ne sont pas disponibles, réhydrater par voie orale via une sonde NG ou par petites gorgées orales si les sondes NG ne sont pas disponibles. Poser une sonde urinaire et surveiller attentivement l'équilibre hydrique. Administrer de l'oxygène si nécessaire.													
INVESTIGATIONS ESSENTIELLES	Glycémie, cétones urinaires. Si disponible – FSC, glycémie, électrolytes, urée et créatinine, HbA1c, bicarbonate, hémoglobine et nombre de globules blancs. Le pH veineux ou artériel devrait également être mesuré si possible. Tests rapides de paludisme/grossesse (le cas échéant), bandelette urinaire pour infection													
1. FLUIDES	1 L de chlorure de sodium (NaCl) à 0,9 % pendant 1 heure, si TA systolique > 90. Si TA systolique < 90/choc, administrer des bolus répétés de 500 ml pendant 10 à 15 minutes. Réévaluer ensuite, si le choc est résolu, poursuivre avec : 1 L sur 1h, puis 1 L sur 2h, puis 1 L sur 4h, puis 1 L sur 6h, puis 1 L sur 8h, = environ 6 L de fluides en 24 heures	Si diminution de la perfusion périphérique sans signe de choc – 10 ml/kg en 1 heure. Si signes de choc : bolus de 10 ml/kg de NaCl à 0,9 % pendant 15 à 30 minutes (le lactate de Ringer peut également être utilisé). Répéter jusqu'à disparition des signes de choc (maximum 3 fois). Poursuivre ensuite par une réhydratation prudente pendant 48 heures. Les débits de perfusion suivants sont calculés pour maintien + 10 % de déshydratation. <table><tr><th>Poids de l'enfant (kg)</th><th>Débit de fluide (ml/kg)</th></tr><tr><td>4 - 9</td><td>6</td></tr><tr><td>10 - 19</td><td>5</td></tr><tr><td>20 - 39</td><td>4</td></tr><tr><td>40 - 59</td><td>3.5</td></tr><tr><td>60 - 80</td><td>3</td></tr></table>	Poids de l'enfant (kg)	Débit de fluide (ml/kg)	4 - 9	6	10 - 19	5	20 - 39	4	40 - 59	3.5	60 - 80	3
Poids de l'enfant (kg)	Débit de fluide (ml/kg)													
4 - 9	6													
10 - 19	5													
20 - 39	4													
40 - 59	3.5													
60 - 80	3													
2. INSULINE	• L'insuline à action rapide devrait être démarrée dès que possible à 0,1 unité/kg/h. • Cela peut être effectué sous forme de perfusion d'insuline (50 unités d'insuline à action rapide ajoutées à 49,5 ml de chlorure de sodium à 0,9 %, pour donner 1 unité/ml de solution) ou administrée par voie IM/sous-cutanée profonde toutes les heures. • L'objectif est de réduire la glycémie de 60 à 70 mg/dl (3 à 4 mmol/L) par heure (une action plus rapide peut entraîner un œdème cérébral). Si la glycémie chute plus rapidement, réduire l'insuline à 0,05 unité/kg/h (mais pas plus bas), si nécessaire, augmenter la concentration de glucose dans le liquide. • Vérifier la glycémie toutes les heures, puis l'insuline SC/IM et ajuster la dose/le débit de perfusion si nécessaire, comme suit : - glycémie > 200 mg/dl (11,1 mmol/L) : augmenter l'insuline de 2 unités/h chez l'adulte ou de 0,05 unité/kg pour l'enfant de moins de 15 ans ; - glycémie 90-200 mg/dl (5-11,1 mmol/L) : administrer la même dose d'insuline. Remplacer le NaCl par le NaCl/10 % glucose (prendre un nouveau sachet de 1 000 ml, retirer 200 ml de NaCl et les jeter, les remplacer par 200 ml de dextrose à 50 % +/- KCL comme ci-dessous) ; - glycémie < 90 mg/dl (5 mmol/L) : arrêter l'insuline. Administrer 50 ml de glucose 10 % IV (chez les enfants de < 15 ans, administrer 5 ml/kg de dextrose 10 % IV). Remplacer le NaCl par le NaCl /10 % de glucose comme ci-dessus. • Continuer l'insuline de cette manière jusqu'à ce que la patiente se porte bien, que sa glycémie soit < 200 mg/dl (11 mmol/L), qu'il n'y ait pas de cétones urinaires, qu'elle soit asymptomatique, qu'elle mange et boive normalement et qu'elle urine bien. - L'insuline peut ensuite être remplacée par un régime biquotidien (se référer à la partie Diabète) et titrée progressivement pour atteindre le niveau de glycémie cible..													

3. POTASSIUM	• Idéalement, le potassium devrait être mesuré et, si le potassium est < 5,0 mEq/L, alors administrer 20 mmol de chlorure de potassium (KCL) dans chaque litre de liquide (sauf le premier litre/ou bolus) lorsque le choc est résolu (20 mmol de KCL = 15 ml de 10 % de KCL). • Si le potassium est > 5,0 mEq/L, ne pas ajouter de KCL aux fluides, mais vérifier à nouveau après 2 heures, car les niveaux de potassium peuvent chuter rapidement. • S'il est impossible de mesurer le potassium, du KCL devra quand même être ajouté à chaque poche de fluide (comme ci-dessus) si le patient urine. • L'ECG peut être utile si le potassium ne peut pas être mesuré. Modifications de l'hypokaliémie = aplatissement de l'onde T, élargissement de l'intervalle QT et apparition d'ondes U. Modifications de l'hyperkaliémie = ondes T hautes, pointues et symétriques et raccourcissement de l'intervalle QT.
4. ANTIBIOTIQUES	• L'infection est une cause importante d'ACD chez les adultes et les enfants. Envisager fortement les antibiotiques empiriques à large spectre, par exemple, la ceftriaxone en cas de suspicion d'infection (+/- traitement antipaludique). • Ceux-ci peuvent être interrompus après 48 heures s'il n'y a aucun signe de septicémie/infection.
5. SURVEILLANCE	• Enregistrer toutes les heures : la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la fréquence respiratoire, le niveau de conscience, la glycémie. • Surveiller les cétones urinaires dans chaque échantillon d'urine évacué. • Enregistrer l'apport hydrique, l'insulinothérapie et le débit urinaire. • Répéter le dosage d'urée sanguine et des électrolytes toutes les 2 à 4 heures si possible.
6. AUTRE	Envisager une thromboprophylaxie si disponible et si le patient est à haut risque. Prévenir l'œdème cérébral (généralement dû à une réhydratation vigoureuse) et analyser les signes : maux de tête, ralentissement de la fréquence cardiaque, augmentation de la pression artérielle, modification de l'état neurologique/signes neurologiques, diminution de la saturation en oxygène. Envisager une sonde NG si le patient est somnolent ou vomit. NE PAS utiliser de bicarbonate en IV.

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PRÉSENTANT UNE GLYCÉMIE ÉLEVÉE – PAS D'ACD	
EXAMEN	Selon l'organigramme ci-dessus : • le patient n'est pas bien mais n'a pas de symptômes graves ; • cétones 0 ou 1+ (< 2+) ; • OU cétones +2 mais pas de symptômes graves.
PRISE EN CHARGE	• Encourager le patient à boire 500 ml de boisson non sucrée (10 ml/kg chez les enfants < 15 ans) sur 1 heure puis vérifier de nouveau la glycémie. • Rechercher l'infection et la traiter le cas échéant. • Si la glycémie est toujours > 200 mg/dl (11 mmol/L) ET que le patient ne se sent pas bien, administrer 2 unités d'insuline à action courte (Actrapid) par voie sous-cutanée (0,05 unités/kg chez les enfants < 15). Poursuivre l'administration de fluides par voie orale et vérifier la glycémie 1 heure plus tard. Vérifier de nouveau les cétones urinaires. • Si le patient se sent maintenant bien ou est stable : - si le patient était sous insuline avant cet épisode, augmenter la dose totale d'insuline de base de : - 2 unités (0,05 unité/kg chez les enfants < 15) si la dose totale précédente était < 20 unités/jour ; - 4 unités (0,05 unité/kg chez les enfants < 15) si la dose totale précédente était > 20 unités/jour ; - si le patient n'était pas sous insuline, envisager d'augmenter la dose de médicaments hypoglycémiques oraux • Si la glycémie est constante > 200 mg/dl (11 mmol/L) et le patient reste malade/a des symptômes graves, envisager de traiter en tant qu'ACD, comme précédemment mentionné.

Extrait de : MSF (OCA) : maladies non transmissibles. Directives programmatiques et cliniques. Édition 2022, v5.2.

Annexe 3. Diagnostic différentiel de la dyspnée pendant la grossesse et la période post-partum

Condition	Signes et symptômes	Investigations*
Dyspnée bénigne de la grossesse	Symptômes légers à apparition progressive. Pas de toux ni de respiration sifflante. Saturation normale en oxygène sans désaturation à l'effort. Un souffle cardiaque physiologique peut être présent.	Non requises. S'ils sont effectués, l'ECG et la radiographie pulmonaire devraient être normaux.
Cardiomyopathie du péri-partum	Habituellement présents au début de la période post-partum, moins fréquents en fin de période anténatale : dyspnée d'effort, orthopnée, dyspnée paroxystique nocturne, respiration sifflante nocturne, râles pulmonaires, augmentation de la PVJ, œdème périphérique, déviation latérale du cœur.	Radiographie pulmonaire : œdème pulmonaire, cardiomégalie. ECG : rythme sinusal, peut montrer des anomalies de l'onde T ou du segment ST. Échocardiographie : FEVG < 45 %, hypokinésie globale.
Ischémie myocardique/ Cardiomyopathie de stress	Douleur thoracique suivie de symptômes d'insuffisance cardiaque (se référer au chapitre 3 portant sur la cardiomyopathie). Un souffle de régurgitation mitrale peut être présent.	ECG : modifications ischémiques. Radiographie pulmonaire : œdème pulmonaire. Échocardiographie : anomalies du mouvement de la paroi segmentaire.
Maladie valvulaire (par exemple : cardiopathie rhumatismale)	Habituellement présents à la fin du deuxième trimestre : symptômes d'insuffisance cardiaque, augmentation de la PVJ, râles pulmonaires, œdème périphérique, souffle de sténose valvulaire ou de régurgitation (ou les deux).	ECG : peut montrer un élargissement ou une hypertrophie de la cavité. Radiographie pulmonaire : œdème pulmonaire, pouvant montrer une cardiomégalie. Échocardiographie : lésion valvulaire.
Prééclampsie/ Éclampsie	Hypertension, céphalées, troubles visuels, œdèmes, râles pulmonaires, augmentation de la PVJ.	Protéinurie, thrombocytopénie, TFH perturbés, insuffisance rénale.
Embolie du liquide amniotique	Effondrement cardiorespiratoire soudain pendant le travail ou immédiatement après. Signes de CID et de choc (hypotension sévère) fréquents.	Radiographie pulmonaire : œdème pulmonaire.
Embolie pulmonaire	Dyspnée soudaine avec douleur thoracique. Tachycardie. Pourrait être hypoxique ou présenter une désaturation en oxygène à l'effort. Pourrait présenter des signes de thrombose veineuse profonde.	Échocardiographie : FEVG normale ou légèrement diminuée.
Asthme	Respiration sifflante, toux, diminution de l'entrée d'air, antécédents d'asthme.	Résultats sanguins conformes à la CID. Troubles multi-organiques fréquents.
Grippe, covid-19, pneumonie et autres infections respiratoires	Toux, fièvre, modification du goût/de l'odorat, voyage récent. Des signes d'hypoxie ou de septicémie peuvent être présents.	ECG : tachycardie sinusale. Radiographie pulmonaire : modifications focales ou diffuses selon l'infection. Résultats sanguins : augmentation des marqueurs inflammatoires. Peut montrer un dérangement multi-organique. Augmentation ou diminution du nombre de globules blancs.
		Échocardiographie : visualisation d'un thrombus, dysfonctionnement ventriculaire droit.

* Toutes ces investigations ne sont peut-être pas nécessaires pour établir un diagnostic, ce tableau a pour but de montrer certains résultats de l'imagerie et d'autres examens qui pourraient être réalisés.

Annexe 4. Questionnaire sur la santé des patientes (QSP-9)

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DES PATIENTES (QSP-9)				
NOM:		DATE:		
Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gênée par l'un des problèmes suivants ? (Utilisez "✓" pour indiquer votre réponse.)	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des activités	0	1	2	3
2. Vous sentir triste, déprimée ou désespérée	0	1	2	3
3. Difficulté à vous endormir ou à rester endormie, ou trop dormir	0	1	2	3
4. Vous sentir fatiguée ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Manque d'appétit ou trop manger	0	1	2	3
6. Vous sentir mal dans votre peau, ou penser que vous êtes un échec ou vous décevoir vous-même ou votre famille	0	1	2	3
7. Difficulté à vous concentrer sur des activités, comme lire le journal ou regarder la télévision.	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que d'autres personnes pourraient le remarquer. Ou bien le contraire – être tellement agitée ou excitée que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	0	1	2	3
9. Penser que vous seriez mieux morte, ou vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3
Additionner les valeurs dans les colonnes : Total :				
10. Si vous avez coché des problèmes, dans quelle mesure ces problèmes vous ont-ils rendu difficile de faire votre travail, de gérer la maison ou de vous entendre avec les autres ?	Pas difficile du tout	Un peu difficile	Très difficile	Extrêmement difficile
Notation : additionner toutes les cases cochées dans le QSP-9 Pour chaque ✓ : Pas du tout = 0 ; Plusieurs jours = 1 ; Plus de la moitié des jours = 2 ; Presque tous les jours = 3 Interprétation du score total – Sévérité de la dépression 1-4 Dépression minimale 5-9 Dépression légère 10-14 Dépression modérée 15-19 Dépression modérément sévère 20-27 Dépression sévère Pour plus d'instructions d'utilisation, se référer à : https://multiculturalmentalhealth.ca/clinical-tools/screening-for-common-mental-disorders				



© Paul Odongo/MSF | Maternity MSF hospital in Dagahaley, Kenya