

INTRODUCTION:

La formation des résidents d'Obstétrique en médecine obstétricale correspond aux attentes établies par votre département. Pour faciliter la transmission de cette discipline, nous avons établis par consensus régional et national une liste des compétences à transmettre lors d'un stage en médecine obstétricale.

Ce document cherche à établir en détails et sous forme tabulaire les attitudes professionnelles, les habiletés cliniques et les connaissances essentielles pour un(e) résident(e) en Obstétrique. Cette liste est dérivée d'une liste exhaustive établie par consensus. La première partie présente les compétences CanMEDS (autre que l'expertise médicale) qui sont propres à la médecine obstétricale. Puis s'ensuit une liste des compétences par discipline et pathologie. Le document s'achève par la présentation de deux tableaux qui résument les données ayant trait à la charge radio-ionisante associée avec différentes investigations radiologiques et les valeurs référence pour plusieurs tests para-cliniques en grossesse.

Ce document peut servir comme feuille de route pour élaborer des objectifs de stage précis, comme outil de référence pédagogique et comme feuille de suivi pour assurer l'efficacité de la formation.

Montréal, le 12 juin 2011

Annabelle Cumyn, M.D.C.M., MHPE

Pour le GÉMOQ :

Nadia Caron, M.D.

Anne-Marie Côté, M.D.

Geneviève Le Templier, M.D.

Michèle Mahone, M.D., M.Sc., FRCPC

Nicole Michon, M.D.

Francine Morin, M.D.

Évelyne Rey, M.D., M.Sc., FRCPC

Nadine Sauvé, M.D.

Florence Weber, M.D., FRCPC

Compétences CanCOM[®] pour un(e) résident(e) junior en obstétrique

SECTION 1: PRINCIPES GÉNÉRAUX

1. COMPÉTENCES CanMEDS SPÉCIFIQUES À LA MÉDECINE OBSTÉTRICALE

À noter que ces compétences se rajoutent aux compétences CanMEDS propres à la médecine interne générale

1.0 Expert médical

Ce rôle central correspond à la mise en pratique des connaissances empiriques et cliniques. Cette expertise est déclinée selon chaque discipline et pathologie dans la section 2 du curriculum.

1.1 Communicateur

1.1.1 NOTIONS-CLÉ:

Établi un rapport thérapeutique basé sur la confiance et le respect mutuel avec:
la patiente et sa famille

Établi un rapport professionnel efficace avec :
l'équipe multidisciplinaire en Obstétrique Gynécologie et les autres professionnels de la santé

Est capable de synthétiser toutes les données appropriées recueillies de plusieurs sources dont :
la patiente, la famille, les collègues et autres professionnels de la santé

Est capable de développer une perspective commune sur la problématique et la conduite à tenir avec :
la patiente, la famille et l'équipe multidisciplinaire

Présente l'information de façon précise et respectueuse:
lors de la consultation préconceptionnelle
sur le ratio efficacité/innocuité de la prise de médicaments pendant la grossesse et l'allaitement
sur les avantages et les risques des investigations diagnostiques en grossesse
sur l'importance de discuter de la fiabilité de l'information obtenue par l'entremise de l'internet

1.2 Collaborateur

1.2.1 NOTIONS-CLÉ:

Consulte de façon efficace avec les autres équipes médicales et professionnelles

Connaît et respecte le rôle de chaque intervenant médical

<p>1.4 Promoteur de la santé</p> <p>1.4.1 NOTIONS-CLÉ:</p> <p>Prodigue des conseils précis et confidentiel sur: l'impact du tabagisme, de la consommation d'alcool et de substances illicites sur la santé maternelle et fœtale</p> <p>des approches possibles pour adopter des habitudes de vie saine</p> <p>Fait la promotion de stratégies de prévention en période préconceptionnelle, au cours de la grossesse et en postpartum</p>
<p>1.5 Érudit</p> <p>1.5.1 NOTIONS-CLÉ:</p> <p>Recherche et évalue les données scientifiques en réponse à des questions cliniques</p> <p>Consulte les banques de données cliniques pour évaluer le profil d'innocuité d'un médicament en grossesse ou allaitement</p>
<p>1.6 Professionnel</p> <p>1.6.1 NOTIONS-CLÉ:</p> <p>Démontre son engagement envers les patientes et la profession médical en adoptant une pratique éthique</p> <p>Donne des soins de qualité avec intégrité et compassion</p> <p>Consulte d'autres experts : lorsque la limite des compétences est atteinte lorsque la patiente atteinte d'une maladie complexe bénéficierait des soins de plusieurs spécialistes (par e.g. néoplasie, greffe, etc.)</p>
<p>2. PHYSIOLOGIE DE LA GROSSESSE</p> <p>2.1 Physiologie cardiovasculaire</p> <p>2.1.1 PRINCIPES GÉNÉRAUX:</p> <p>Est capable de: décrire l'impact de la grossesse sur le volume sanguin circulant, la résistance vasculaire et le débit cardiaque décrire l'impact des changements hémodynamiques en grossesse sur la symptomatologie habituelle, l'examen physique et les paramètres de laboratoire (tableau 1) décrire les changements hémodynamiques associés au travail, l'accouchement et la période postpartum immédiate</p> <p>2.2 Physiologie respiratoire</p> <p>2.2.1 PRINCIPES GÉNÉRAUX:</p> <p>Est capable de: décrire l'impact de la grossesse sur la fréquence respiratoire, les volumes pulmonaires et la symptomatologie habituelle décrire l'impact de la grossesse sur le sommeil</p>

2.3 Physiologie rénale

2.3.1 PRINCIPES GÉNÉRAUX:

Est capable de:

décrire l'impact de la grossesse sur le débit rénal, le volume des reins et la fonction rénale (tableau I)

décrire les changements habituels aux voies excrétrices secondaires aux effets mécaniques et hormonaux

décrire l'impact de la grossesse sur la fonction tubulaire et les trouvaillles à l'analyse d'urine

2.4 Changements métaboliques

2.4.1 PRINCIPES GÉNÉRAUX:

Est capable de:

décrire les changements métaboliques et endocriniens associés à la grossesse

décrire l'impact des hormones placentaires sur le métabolisme du glucose et des lipides

d'anticiper la présence d'une résistance à l'insuline et d'un état relatif d'hypercortisme en grossesse

3. MÉDICAMENTS EN GROSSESSE ET ALLAITEMENT

3.1 Principes généraux

3.1.1 NOTIONS-CLÉ:

Est capable de:

expliquer le risque de base d'anomalies congénitales

décrire les principales étiologies des anomalies congénitales

expliquer la notion de période d'exposition critique pour la formation des différents organes

reconnaître l'importance de l'évaluation pré-conception pour réduire les risques de malformations congénitales secondaires aux médicaments

décrire en terme généraux l'impact de la grossesse sur la pharmacocinétique

4. RADIATIONS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES EN GROSSESSE

4.1 Imagerie diagnostique

4.1.1 NOTIONS-CLÉ:

Est capable de:

estimer l'exposition fœtale aux radiations associée aux examens diagnostiques courants (Tableau II)

5. SOINS CRITIQUES ET RÉANIMATION MATERNELLE

5.1 Insuffisance respiratoire aiguë

5.1.1 NOTIONS-CLÉ:

Est capable de:

reconnaître les changements physiologiques du gaz artériel en grossesse

anticiper les risques d'œdème pulmonaire dues à la physiologie de la grossesse et aux médicaments

5.1.2 PRISE EN CHARGE:

Est capable de:

procéder à l'investigation et au traitement approprié d'une femme enceinte avec dyspnée aiguë

reconnaître les indications d'un transfert aux soins intensifs

5.1.3 COMPLICATIONS:

Est capable de:

reconnaître et de limiter les complications maternelles associées à des paramètres ventilatoires inadéquats

reconnaître les conséquences du positionnement, de l'hypovolémie et de l'alcalose sur le flot utéroplacentaire

5.2 Réanimation cardio-pulmonaire

5.2.1 NOTIONS-CLÉ:

Est capable de:

reconnaître les conséquences de la compression aortocave sur le retour veineux et l'efficacité des manœuvres de réanimation

5.2.2 PRISE EN CHARGE:

Est capable de:

reconnaître la nécessité de procéder à une césarienne après 4 minutes de réanimation cardiaque infructueuse chez une patiente enceinte de plus de 20-24 semaines

6. CONSIDÉRATIONS CHIRURGICALES ET ANESTHÉSQUES

6.2 Principes généraux

6.2.1 NOTIONS-CLÉ:

Est capable de:

reconnaître les indications chirurgicales courantes et le moment optimal pour procéder à une chirurgie en grossesse

reconnaître les variations du tableau clinique qu'entraîne la grossesse lors d'un abdomen aigu

reconnaître les risques accrus d'hypoxémie, d'aspiration, et lors de l'intubation chez la femme enceinte

6.2.2 PRISE EN CHARGE:

Est capable de:

prescrire la prophylaxie antithrombotique et antibiotique lorsqu'indiquée

tenir compte de certaines particularités maternelles et fœtales lors des recommandations concernant le support volumique, le positionnement et le monitoring

7. CONDITIONS GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES PARTICULIÈRES

7.1 Thrombose veineuse pelvienne

7.1.1 NOTIONS-CLÉ:

Est capable de:

reconnaître le mode de présentation usuel, les facteurs de risques et les différents types de thromboses pelviennes

7.1.2 ÉVALUATION:

Est capable de:

procéder à l'investigation appropriée

Auteur principal: Annabelle Cumyn, MDCM, MHPE

PAS disponible pour la vente. Ne PAS modifier ou utiliser pour la recherche sans la permission écrite de l'auteur principal. Merci.

7.2 Embolie de liquide amniotique

7.2.1 NOTIONS-CLÉ:

Est capable de:

reconnaître les manifestations cliniques principales de l'embolie de liquide amniotique

7.2.2 PRISE EN CHARGE:

Est capable de:

procéder au traitement de support approprié pour corriger l'hypoxémie et l'hypotension

7.3 Endométrite

7.3.1 NOTIONS-CLÉ:

Est capable de:

élaborer un diagnostic différentiel de la fièvre en post-partum

SECTION 2: MALADIES SPÉCIFIQUES

8. MALADIES HYPERTENSIVES

8.1. Hypertension chronique

8.1.1 ÉVALUATION:

Est capable de:

prescrire et interpréter le bilan de base nécessaire chez une patiente hypertendue chronique juste avant ou au début de la grossesse

mener, au besoin, une investigation d'hypertension secondaire dans le contexte de la grossesse

décrire les modifications physiologiques de la pression artérielle en grossesse

identifier les comorbidités qui peuvent influencer les pressions artérielles cibles

Démontre:

la technique adéquate de prise de la pression artérielle chez la femme enceinte

8.1.2 PRISE EN CHARGE:

Est capable de:

prendre en charge les problèmes d'hypertension en grossesse conformément aux lignes directrices nationales récentes

choisir un traitement antihypertenseur en grossesse et en allaitement en tenant compte de son profil de sécurité

de débiter le traitement antihypertenseur au moment opportun

appliquer les mesures de prévention de la prééclampsie

prescrire un bilan pour aider au diagnostic de la prééclampsie

8.1.3 COMPLICATIONS:

Est capable de:

renseigner les patients au sujet des risques de complications maternelles en grossesse

décrire les complications fœtales secondaires à l'hypertension chronique

éduquer et conseiller la mère au sujet des symptômes et signes de prééclampsie

8.2 Hypertension gestationnelle / Prééclampsie

8.2.1 ÉVALUATION:

Est capable de:

diagnostiquer et classifier l'hypertension en grossesse en fonction des dernières lignes directrices canadiennes

expliquer les théories sur la physiopathologie de la prééclampsie

identifier les facteurs de risque de la prééclampsie

définir une protéinurie pathologique en grossesse

élaborer le diagnostic différentiel de la prééclampsie et de reconnaître les pathologies qui peuvent ressembler à la prééclampsie

<p>8.2.2 PRISE EN CHARGE:</p> <p>Est capable de:</p> <p>prendre en charge l'investigation et le suivi d'une patiente avec suspicion de pré éclampsie</p> <p>reconnaître les indications de traitement et d'hospitalisation</p> <p>reconnaître et prendre en charge l'hypertension sévère</p> <p>gérer adéquatement la volémie de la patiente prééclampsique en péripartum</p> <p>Collabore adéquatement en ce qui concerne :</p> <p>la discussion multidisciplinaire concernant la décision du moment de l'accouchement</p>
<p>8.2.3 COMPLICATIONS:</p> <p>Est capable de:</p> <p>reconnaître et prendre en charge les complications maternelles principales incluant : le HELLP, la CIVD, l'insuffisance rénale aiguë, l'encéphalopathie hypertensive, l'œdème pulmonaire, l'éclampsie et autres urgences maternelles.</p> <p>déterminer l'indication et de prescrire au moment opportun le MgSO4 en prévention et en traitement de l'éclampsie</p>
<p>8.2.4 PRISE EN CHARGE POSTPARTUM:</p> <p>Est capable de:</p> <p>prévoir les diverses évolutions possibles de la pression artérielle en post partum chez la pré éclampsique</p> <p>reconnaître l'évolution normale des anomalies de laboratoire et d'assurer leur suivi en post partum</p> <p>Renseigne et conseille adéquatement les patientes en ce qui concerne:</p> <p>le risque de récurrence de la prééclampsie lors des grossesses subséquentes</p>
<p>9. CARDIOLOGIE</p> <p>9.1 Palpitations, pré syncope et syncope</p> <p>9.1.1 ÉVALUATION:</p> <p>Démontre adéquatement:</p> <p>l'examen physique du système cardiovasculaire de la femme enceinte</p> <p>Est capable de:</p> <p>évaluer de façon appropriée les palpitations et la syncope en grossesse</p> <p>9.2 Maladies cardiaques congénitales et acquises</p> <p>9.2.1 NOTIONS-CLÉ:</p> <p>Est capable de:</p> <p>identifier un risque de malformation cardiaque fœtale selon les antécédents familiaux de malformation cardiaque</p> <p>décrire la tératogénicité de la warfarine</p> <p>9.2.2. PRISE EN CHARGE:</p> <p>Est capable de:</p> <p>évaluer la patiente à la recherche de détérioration de la fonction cardiaque</p> <p>prendre en charge les complications maternelles incluant l'œdème pulmonaire</p>

9.3 Cardiomyopathies

9.3.1 EVALUATION

Est capable de :

identifier les caractéristiques diagnostiques de la cardiomyopathie du péripartum

établir un diagnostic différentiel de l'œdème pulmonaire en grossesse

10. ENDOCRINOLOGIE

10.1 Le diabète prégestationnel

10.1.1 ÉVALUATION:

Est capable de :

évaluer le contrôle glycémique préconceptionnel et les antécédents de complications sévères reliées au diabète

conseiller la patiente sur les cibles pour l'hémoglobine glyquée et l'impact du contrôle sur les risques d'avortements spontanés et des anomalies congénitales

évaluer la présence de comorbidités qui auraient un impact sur la prise en charge

conseiller sur l'importance de la prise d'acide folique dans la période péri conceptionnelle

Renseigne et conseille adéquatement les patientes en ce qui concerne:

les complications possibles associées à la grossesse tel que les l'hypoglycémie, l'hyperglycémie, l'acidocétose, la rétinopathie proliférative, la néphropathie progressive et la prééclampsie

10.1.2 PRISE EN CHARGE:

Est capable de :

identifier les modalités thérapeutiques et les cibles d'un contrôle optimal en grossesse

prévoir les changements dans les besoins en insuline au cours de chaque trimestre et lors de l'administration des corticostéroïdes

prendre en charge le diabète pendant la période péripartum

10.1.3 COMPLICATIONS:

Reconnaît l'importance de :

l'impact négatif à court et à long terme d'un mauvais contrôle glycémique sur le fœtus, le nouveau-né et son risque persistant de désordres métaboliques

10.2 Diabète gestationnel

10.2.1 NOTIONS-CLÉ :

Démontre une compréhension de :

la physiopathologie de la résistance à l'insuline en grossesse

facteurs de risque du diabète gestationnel

Reconnaît l'importance des :

facteurs affectant l'observance à la diète tels que les habitudes de vie et le contexte culturel et religieux

<p>10.2.2 DÉPISTAGE :</p> <p>Est capable de :</p> <p>appliquer les lignes directrices de l'Association Canadienne du Diabète</p>
<p>identifier les indications pour un dépistage précoce, un dépistage usuel et un dépistage répété</p>
<p>identifier le moment optimal du dépistage pour les populations à risque</p>
<p>10.2.3 PRISE EN CHARGE :</p> <p>Est capable de :</p> <p>évaluer la patiente au moment du diagnostic</p>
<p>établir un programme de suivi pour atteindre les objectifs du contrôle glycémique</p>
<p>conseiller sur les approches non pharmacologiques</p>
<p>évaluer les indications pour débiter un traitement pharmacologique</p>
<p>conseiller sur les risques et bénéfices des diverses approches médicamenteuses</p>
<p>Reconnait l'importance de :</p> <p>l'expertise de la nutritionniste et du thérapeute de l'exercice dans le traitement du diabète gestationnel</p>
<p>10.2.4 COMPLICATIONS:</p> <p>Renseigne et conseille adéquatement les patientes en ce qui concerne:</p> <p>les complications obstétricales associées à un diabète non traité</p>
<p>un risque accru de prééclampsie dans cette population</p>
<p>un risque à moyen et long terme de diabète type 2</p>
<p>un risque de récurrence aux grossesses subséquentes</p>
<p>Encourage le maintien de la santé en :</p> <p>expliquant l'importance des bonnes habitudes de vie et le suivi optimal des autres marqueurs du risque cardiovasculaire</p>
<p>10.3 L'obésité et le syndrome métabolique</p>
<p>10.3.1 NOTIONS-CLÉ :</p> <p>Est capable de :</p> <p>expliquer l'impact de l'obésité sur l'insulino-résistance</p>
<p>10.3.2 ÉVALUATION:</p> <p>Reconnait l'importance de :</p> <p>dépistage précoce de diabète gestationnel</p>
<p>10.4 Maladie thyroïdiennes</p>
<p>10.4.1 NOTIONS-CLÉ:</p> <p>Est capable de :</p> <p>décrire les variations normales des niveaux de TSH et de T4 en grossesse</p>
<p>établir le diagnostic différentiel de l'hypothyroïdie en grossesse</p>
<p>établir le diagnostic différentiel de l'hypothyroïdie en grossesse</p>
<p>décrire l'effet de la grossesse sur la maladie de Graves</p>

établir les liens entre résultats de fonction thyroïdienne anormaux, hyperémèse gravidique et grossesse molaire
reconnaître l'interaction entre l'absorption de levo-thyroxine et fer/calcium
10.4.2 PRISE EN CHARGE :
Est capable de :
reconnaître la nécessité potentielle d'augmenter la dose d'hormones thyroïdiennes de remplacement au début de la grossesse
effectuer le suivi approprié de la TSH et de la T4 selon les cibles de traitement en grossesse
10.4.3 COMPLICATIONS:
Est capable de :
décrire l'association entre maladies thyroïdiennes et complications obstétricales
reconnaître les bénéfices du traitement de l'hypothyroïdie subclinique et clinique sur les issues maternelles et fœtales
10.6 Maladies des surrénales
10.6.1 NOTIONS-CLÉ:
Est capable de :
reconnaître les indications des doses de stress de stéroïdes au moment de l'accouchement
11. HÉMATOLOGIE
11.1 Anémie
11.1.1 NOTIONS-CLÉ :
Est capable d' :
établir le diagnostic différentiel de l'anémie en grossesse
11.1.2 ÉVALUATION :
Est capable de :
reconnaître la valeur diagnostique de la ferritine
11.1.3 PRISE EN CHARGE :
Est capable de :
traiter l'anémie ferriprive en grossesse et reconnaître les indications de fer parentéral
11.2 Maladies thromboemboliques
11.2.1 NOTIONS-CLÉ :
Est capable de :
reconnaître que la grossesse et la période post-partum sont des conditions prothrombogènes
reconnaître les facteurs de risque thromboemboliques additionnels en grossesse
reconnaître la mortalité maternelle secondaire à la maladie thromboembolique
11.2.2 PRISE EN CHARGE :
Est capable de :
investiguer de façon appropriée l'atteinte thromboembolique

<p>Reconnait l'importance de : considérer l'impact de l'anticoagulation sur la prise en charge obstétricale et anesthésique au moment de l'accouchement</p>
<p>11.2.3 COMPLICATIONS</p> <p>Est capable de : reconnaître les complications maternelles et fœtales secondaires à l'anticoagulation</p>
<p>11.3 Thrombophilies</p> <p>11.3.1 NOTIONS-CLÉ:</p> <p>Est capable de : reconnaître les états pro-thrombotiques</p>
<p>décrire les effets de la grossesse sur les résultats de laboratoire de la cascade de coagulation</p>
<p>11.4 Thrombocytopénie</p> <p>11.4.1 NOTIONS-CLÉ:</p> <p>Est capable de : proposer un diagnostic différentiel de la thrombocytopénie en grossesse</p>
<p>11.4.2 PRISE EN CHARGE :</p> <p>Est capable de : évaluer le risque hémorragique selon le niveau de thrombocytopénie</p>
<p>Reconnait l'importance du : risque de thrombocytopénie fœtale associé au PTI maternel</p>
<p>11.6 Hémoglobinopathies</p> <p>11.6.1 NOTIONS-CLÉ :</p> <p>Est capable de : décrire les complications maternelles associées à l'anémie falciforme en grossesse</p>
<p>proposer un diagnostic différentiel de la microcytose</p>
<p>12. PNEUMOLOGIE</p>
<p>12.1 Principes généraux</p> <p>12.2.1 NOTIONS-CLÉ</p> <p>Est capable de : proposer un diagnostic différentiel de la dyspnée en grossesse et en période péripartum</p>
<p>évaluer les autres symptômes respiratoires en grossesse</p>
<p>décrire l'impact des changements physiologiques sur la capacité respiratoire à l'effort</p>
<p>12.2 Asthme</p> <p>12.2.1 NOTIONS-CLÉ :</p> <p>Est capable de : décrire les facteurs qui augmentent le risque de décompensation de contrôle de l'asthme en grossesse</p>

Auteur principal: Annabelle Cumyn, MDCM, MHPE

PAS disponible pour la vente. Ne PAS modifier ou utiliser pour la recherche sans la permission écrite de l'auteur principal. Merci.

décrire l'impact du mauvais contrôle de la maladie sur les issues maternelles et fœtales en grossesse
12.2.2 PRISE EN CHARGE :
Est capable de : prendre en charge le contrôle de l'asthme en grossesse en pendant la période d'allaitement
Encourage le maintien de la santé en : expliquant l'importance de l'observance et de la consultation précoce lors des exacerbations
13. NEPHROLOGIE
13.1 Changements physiologiques
13.1.1 NOTIONS-CLÉ:
Est capable de : décrire l'impact de la grossesse sur la physiologie et la morphologie du système rénal
décrire l'impact de la grossesse sur les valeurs normales de protéinurie, albuminurie and créatinine sérique (Tableau I)
13.2 Insuffisance rénale aiguë
13.2.1 NOTIONS-CLÉ:
Est capable de : proposer un diagnostic différentiel de l'IRA en grossesse
13.2.2 PRISE EN CHARGE :
Est capable de : prendre en charge l'IRA en grossesse
reconnaître les médicaments à éviter ou à ajuster dans le contexte d'une IRA
13.2.3 COMPLICATIONS:
Reconnaît l'importance de : reconnaître le risque de nécrose tubulaire associée à l'hypovolémie, la prééclampsie et l'hémorragie aiguë
13.3 Insuffisance rénale chronique
13.3.1 NOTIONS-CLÉ:
Est capable de : décrire l'impact de l'insuffisance rénale sur la santé maternelle et fœtale
anticiper l'impact de la grossesse sur la détérioration de la fonction rénale
reconnaître le rôle de l'évaluation de la clairance rénale en période préconceptionnelle
décrire les risques associées à l'usage des IECA et bloqueurs du récepteur de l'angiotensine en grossesse
13.3.2 PRISE EN CHARGE :
Est capable de : évaluer la cible optimale du contrôle de TA
prendre en charge le suivi de la fonction rénale en grossesse

15. GASTROENTOROLOGIE

15.1 Hyperemesis gravidarum

15.1.1 ÉVALUATION:

Est capable de :

décrire les anomalies biochimiques associées à l'PHG

15.2 Dyspepsie

15.2.1 NOTIONS-CLÉ :

Est capable de :

décrire les changements physiologiques du système gastro-intestinal durant la grossesse

15.2.2 PRISE EN CHARGE :

Est capable de :

proposer les approches non pharmacologique et pharmacologique pour traiter la dyspepsie durant la grossesse

15.3 Hépatite et pathologies hépatiques en grossesse

15.3.1 NOTIONS-CLÉ:

Est capable de :

énumérer le diagnostique différentiel des anomalies hépatique découvert lors de la grossesse

Reconnaît l'importance de :

identifier les complications maternelles et fœtales reliées à la cholestase de la grossesse

identifier les complications maternelles et fœtales associées avec la stéatose hépatite aigue de la grossesse (SHAG)

évaluer l'association entre le SHAG et le diabète insipide et le continuum avec la prééclampsie et le syndrome de HELLP

15.3.2 ÉVALUATION :

Est capable de :

évaluer et expliquer les anomalies du bilan hépatique découvert durant la grossesse

Reconnaît l'importance de :

reconnaître les caractéristiques cliniques et biochimiques du SHAG

15.3.3 PRISE EN CHARGE :

Est capable de :

sélectionner les approches thérapeutiques pour le traitement de la cholestase de la grossesse

prendre en charge le SHAG

15.5 Maladies inflammatoires des intestins

15.5.1 NOTIONS-CLÉ :

Est capable de :

reconnaître l'importance de la rémission de l'activité de la maladie au moment de la conception

expliquer l'évolution de la MII durant la grossesse et le postpartum

énumérer les complications maternelles et fœtales associées aux MII durant la grossesse

<p>15.5.3 PRISE EN CHARGE :</p> <p>Reconnait l'importance de : l'importance de l'évaluation nutritionnelle</p>
<p>15.5.4 COMPLICATIONS</p> <p>Est capable d' : évaluer les complications métaboliques en présence de résection iléale</p>
<p>16. NEUROLOGIE</p>
<p>16.1 Céphalées</p>
<p>16.1.1 NOTIONS-CLÉ :</p> <p>Est capable de : proposer un diagnostic différentiel pour les céphalées en grossesse</p>
<p>16.1.2 ÉVALUATION:</p> <p>Est capable de : évaluer les céphalées en grossesse</p>
<p>16.1.3 PRISE EN CHARGE :</p> <p>Est capable de : proposer une approche non pharmacologique pour traiter les céphalées peu sévères en grossesse</p>
<p>expliquer les risques et bénéfices des différentes approches pharmacologiques</p>
<p>16.2 Convulsions</p>
<p>16.2.1 NOTIONS-CLÉ :</p> <p>Est capable de : établir un diagnostic différentiel des convulsions en grossesse</p>
<p>identifier les facteurs qui modifient le risque de convulsion chez la patiente épileptique en grossesse</p>
<p>conseiller la patiente lors d'une visite préconceptionnelle</p>
<p>reconnaître l'importance de la prise d'acide folique préconceptionnelle</p>
<p>identifier les facteurs qui augmentent le potentiel tératogène des médicaments antiépileptiques</p>
<p>Renseigne et conseille adéquatement les patientes en ce qui concerne: l'impact des convulsions et des médicaments antiépileptiques sur la santé maternelle et fœtale</p>
<p>16.2.2 PRISE EN CHARGE :</p> <p>Est capable de : traiter les convulsions en grossesse</p>

16.4 Syndrome de compression nerveuse

16.4.1 NOTIONS-CLÉ:

Est capable de :

identifier les caractéristiques des différents syndromes de compression nerveuse en grossesse

17. MALADIES INFECTIEUSES

17.1 Infections en général

17.2.1 PRISE EN CHARGE :

Est capable de :

évaluer et investiguer un état fébrile pendant la grossesse

17.2 Infections urinaires

17.2.3 COMPLICATIONS:

Est capable de :

reconnaître les complications maternelles reliées à la pyélonéphrite

17.3 Infections respiratoires

17.3.1 NOTIONS-CLÉ :

Est capable de :

élaborer le diagnostic différentiel de la toux pendant la grossesse

reconnaître l'importance de la saturation en oxygène en cas de pneumonie

connaître la morbidité/mortalité associées à la pneumonie virale pendant la grossesse

17.3.2 PRISE EN CHARGE :

Est capable de :

évaluer et investiguer les infections respiratoires basses pendant la grossesse

18. MALADIES IMMUNOLOGIQUES

18.1 Lupus érythémateux disséminé

18.1.1 NOTIONS-CLÉ :

Est capable de :

décrire les complications maternelles et fœtales associées au LED

nommer les facteurs associés aux complications maternelles et fœtales

18.1.2 ÉVALUATION:

Est capable d' :

expliquer l'importance d'un suivi clinique et paraclinique régulier

18.2 Syndrome antiphospholipide

18.2.1 NOTIONS-CLÉ :

Est capable de :

énumérer les critères diagnostics du SAPL

décrire les complications maternelles et fœtales associées au SAPL

18.2.2 ÉVALUATION

Est capable de :

discuter des indications de recherche des APL et de la prise en charge subséquente

18.3 Arthrite rhumatoïde

18.3.1 NOTIONS-CLÉ :

Est capable de :

décrire les effets de la grossesse sur la maladie

SECTION 3: TABLEAUX

TABLEAU I: Effet physiologique de la grossesse sur les paramètres physiques, biochimiques et radiologiques

CATÉGORIE	PARAMÈTRES NORMAUX EN GROSSESSE	COMMENTAIRES
Examen physique	Baisse de la TA dès la 12 ^{ème} semaine avec retour vers valeurs pré-grossesse à terme	Baisse moyenne de 10-15 mm Hg
	Augmentation de la fréquence cardiaque de 10-20 battements/minute avec pouls frappé et rebondissant	Augmentation de 10-20%
	Baisse de la résistance vasculaire systémique	Baisse de 25-30%
	Souffle mi-systolique fonctionnel	souffle d'éjection systolique secondaire au hyperdébit cardiaque
	Souffle fonctionnel continu appelé souffle mammaire	
	Distension des veines jugulaires	Volume intravasculaire augmenté
	Œdème membres inférieures	Pression hydrostatique augmentée, compression veine cave, pression oncotique diminuée, +/- perméabilité capillaire augmentée
	Fréquence respiratoire augmentée avec ventilation minute augmentée de 30-50%	reliée à une stimulation centrale, une augmentation du taux métabolique de base et de la consommation en oxygène
	Crépitations pulmonaires aux bases disparaissant avec l'inspiration profonde	atélectasie en fin de grossesse
	pas de changement significatif de la pression de l'artère pulmonaire et de la pression pulmonaire capillaire bloquée	
Haematologie	Hémoglobine: 100-130 g/L	anémie physiologique

	Hématocrite : chute de 30-40%	expansion du volume plasmatique supérieure à l'augmentation de la masse érythrocytaire
	Numération des leucocytes: 10-15 X 10 ⁹ /L	
	Numération plaquettaire: 115-150 X 10 ⁹ /L chez 10% des femmes	Nadir près du terme
Coagulation	INR	inchangé
	PTT	inchangé
	Fibrinogène: supérieur à 2.0 g/L	suite à une augmentation des inhibiteurs de l'activateur du plasminogène
	D-dimères: inférieurs à 300 ug/L	augmentés
	Facteur vWF factor: group O: 0.40-1.75 U/mL autre groupes: 0.70-2.10 u/mL	augmenté
	Facteur VIII: 0.6-1.95 U/L	Les autres facteurs de coagulation (V, VII, X) sont augmentés de 20-100% près du terme)
	Protéine C: 0.70-1.20 U/mL (antigen)	généralement inchangé
	Protéine S: 0.57-1.20 U/mL (antigen)	abaissé
	Antithrombine III: 0.80-1.25 U/mL	inchangé
	Homocystéine: inférieure à 10 umol/L	abaissé
Rénal	Créatinine: 35-44 mmol/L	abaissé
	Urée	abaissé
	Sodium: 133-135 meq/L	diminution de 5 meq/L
	Potassium	inchangé
	Bicarbonate: 18-22meq/L	abaissé
	pH: 7.40-7.45	alcalose respiratoire
	Aide urique	abaissé
	osmolalité plasmatique: 270 mosmol/lg	
	protéinurie de 24 heures: jusqu'à 300mg	augmentation de 100%
	Clairance de créatinine : 120-160ml/min	augmentation de

		100% dès T2
	Rénine/angiotensine	augmentation de 20-40%
Hépatique	AST	inchangé
	ALT	inchangé
	bilirubine totale	inchangé
	GGT	diminution en T2 et T3
	phosphatase alcaline augmentée	origine placentaire
	Albumine: 30-32mg/L	pression oncotique diminuée de 10-20%
Endocrinien	TSH: 0.03-2.5 en T1; 0.03-3.0 en T2; 0.03-3.5 en T3	valeurs normales peuvent varier selon méthode
	T4I: taux sérique peut-être diminué dans la 2ème moitié de la grossesse selon la technique utilisée ;	fiabilité affectée par TBG augmentée
	T3	inchangée
	Prolactine augmentée	augmentée jusqu'à 10 fois la normale
	Hormone de croissance augmentée	de source placentaire
	ACTH augmenté	augmentation du CRH de source placentaire
	Cortisol augmenté	
	Aldosterone augmentée	de 4-6 fois en T3
	Angiotensine II augmentée	
	ADH diminuée	secondaire à vasopressinase placentaire
	Cathécholamines	inchangées
Métabolique	glucose à jeun: moyenne de 4.2	transport trans-placentaire actif
	Triglycérides: 2.37 mmol/L	augmentation de 3 fois
	cholestérol total: 6.5 mmol/L	augmentation de 1.5 fois
	LDL: 3.8 mmol/L	augmentation de 1.5 fois
	HDL: 1.7 mmol/L	augmentation de 1.2 fois
	VLDL: 0.65 mmol/L	augmentation de 2.5

		fois
Gaz artériel et tests de fonction pulmonaire	PaO ₂ augmenté jusqu'à 100-105 Hg au niveau de la mer	débit cardiaque augmenté ; PaO ₂ diminue en position couchée
	gradient alvéolo-artériel augmente jusqu'à 20	fin de grossesse
	alcalose respiratoire légère avec un PaCO ₂ abaissé entre 28-32 mm Hg	ventilation minute augmentée
	HCO ₃ diminué à 20-21	excretion rénale compensatoire
	pH: 7.40-7.45	alcalose respiratoire compensée
	Augmentation du volume courant et diminution de la réserve expiration et du volume résiduel	FRC diminué mais capacité inspiratoire préservée
	compliance pulmonaire diminuée	compliance de la cage thoracique diminuée
	tests de spirométrie inchangés	
Rx poumons	vasculaires augmentés Increased pulmonary vascular markings	fréquent
	silhouette cardiaque suggère cardiomegalie	secondaire à rotation axe cardiaque et hypervolémie
	petit épanchement péricardique	en période post-partum period surtout
ECG	changement d'axe de 15-20 degrés vers la gauche	suite à l'élévation du f diaphragme
	episodes de TSVP et ESV	Occasionnel
	Q wave in lead III; minor ST-segment depression; T inversion in inferior and lateral leads	From changes in chest dimensions and diaphragm position
échographie cardiaque	régurgitation multivalvulaire physiologique	cœur droit surtout
	augmentation des cavités cardiaques (augmentation de 5-15%)	secondaire à augmentation du volume sanguin
	petit épanchement péricardique asymptomatique	à l'occasion en T3; disparaît avant 6ème semaine postpartum

	augmentation du débit cardiaque de 30-60% (5-7 L/min/m ²)	une combinaison d'une augmentation de la précharge, de la fréquence cardiaque et du volume d'éjection
--	---	---

TABLEAU II: Irradiation moyenne du fœtus associée aux tests radiologiques les plus fréquemment utilisés. Adapté avec permission du Table 8-2: Robert L. Barbieri, MD, Medical Care of the Pregnant Patient, 2nd edition. Rosene-Montella K, Keely EJ, Lee RV, Barbour LA, eds. Philadelphia: American College of Physicians; 2007

Test	Irradiation moyenne du fœtus (mGy)	Commentaire
tomographie cérébrale	<0.01	test de prédilection pour HSA, hémorragie subdurale, épidurale ou intraparenchymateuse
tomographie colonne	<0.01	
tomographie thoracique	0.06	
tomographie abdominale	8	
radiographie pulmonaire	<0.01	
radiographie des sinus	<1	
colonne lombaire	1.7	
plaque simple abdomen	1.4	
Mammographie	<1 par sein	valeur diagnostique diminuée en grossesse
angiographie cérébrale	selon durée fluoroscopie	
angiographie pulmonaire	approche brachiale : <0.5 approche fémorale : 2-3	
cathétérisme cardiaque	5	données d'innocuité animale rassurante pour ioxaglate comme agent de contraste IV
IRM cérébral	aucune	données d'innocuité à long-terme non disponible; test idéal pour le PRES, la thrombose cérébrale veineuse, malformations AV
autres résonances magnétiques	aucune	
échographie	aucune	
scintigraphie pulmonaire	Ventilation : 0.1-0.3 Perfusion : 0.4-0.6	
imagerie cardiaque par radionucléide	≤8	
pyélographie	peut-être limité à 1.7 sinon : 2.9-6.8	possibilité de toxicité fœtale secondaire à l'iode

scintigraphie à l'iode de la thyroïde	contra-indiqué en grossesse	mettre le lait maternel de côté pour les 24-48 heures après le test
---------------------------------------	-----------------------------	---