

# Nouveautés 2010 / 2011 pour la prise en charge des femmes enceintes

## Nouvelles modalités de dépistage de la trisomie 21

Le dépistage de la trisomie 21 au premier trimestre par la clarté nucale et les marqueurs sériques, recommandé par l' HAS depuis juin 2007 et par l'arrêté du 23 juin 2009, est désormais remboursé et accessible à toutes les patientes **sous réserve que la grossesse soit monofoetale**.

Le médecin ou la sage femme qui fait la consultation du premier trimestre doit informer les femmes enceintes sur la possibilité qu'elles ont de réaliser ce dépistage qui reste tout à fait volontaire

### **Modalités générales :**

- Le dépistage se fait entre 11 SA + 0 jour et la 13<sup>e</sup> SA + 6 jours (idéalement autour de 12 semaines d'aménorrhée).
- Il s'agit d'un dépistage combiné qui tient compte de l'âge de la femme, de la mesure de la clarté nucale (CN) rapportée à la longueur crânio-caudale (LCC) et des dosages sériques (PAPP-A et fraction libre de la BetaHCG).
- Les marqueurs sériques du 2<sup>e</sup> trimestre (entre 14 SA + 6j et 17 SA + 6j) peuvent être prescrits à toute patiente qui consulte tardivement ou lorsqu'il n'a pas été possible de réaliser une mesure de clarté nucale conforme aux bonnes pratiques notamment pour des raisons techniques. Cet examen est pris en charge par l'Assurance Maladie.
- Le principe de proposer une amniocentèse aux patientes de 38 ans ou plus disparaît.
- Les patientes, quelque soit leur âge, accèdent au dépistage combiné et se verront proposer un caryotype foetal uniquement si le risque calculé est supérieur à 1/250.

### **En pratique :**

- Le prescripteur informe la patiente. Si elle souhaite faire le dépistage, il recueille son consentement signé.
- L'échographiste agréé mesure la longueur crânio-caudale (LCC) qui doit être comprise entre 45 et 84 mm et mesure la clarté nucale (CN).
- La demande du dépistage combiné du 1<sup>e</sup> trimestre doit comporter l'identification et la date de naissance de la patiente, la date de l'échographie avec la LCC et la CN ainsi que le numéro d'identification réseau de l'échographiste.
- Cette prescription peut être remplie par le gynécologue, obstétricien, généraliste ou par l'échographiste. Le laboratoire communique au prescripteur et à l'échographiste le résultat du calcul de risque combiné. Il s'agit d'une seule valeur tenant compte de l'âge maternel, de la LCC, de la CN et des marqueurs sériques.

## **Si le résultat est supérieur à 1/250, le prescripteur doit informer et orienter la patiente en consultation de diagnostic anténatal.**

La HAS considère également que les femmes doivent être en mesure de choisir, sur les conseils du praticien, la technique de prélèvement foetal dans le cadre d'un éventuel diagnostic prénatal : prélèvement des villosités chorales à partir de 11 SA ou amniocentèse à partir de 15 SA. Ce choix pourra être utilement éclairé, éventuellement dans le cadre d'un conseil génétique, par les difficultés techniques particulières du prélèvement des villosités chorales, la sécurité de chaque technique de prélèvement et la rapidité d'obtention du diagnostic.

## **Les responsabilités des différents intervenants sont définies comme suit:**

- Le réseau périnatal établit un identifiant personnel (donc unique) pour chaque échographiste qui souhaite pratiquer la mesure de la clarté nucale dans le cadre du dépistage. Ce numéro est nécessaire pour toute prescription du test biologique.
- Les biologistes doivent être agréés par l'Agence de la Biomédecine pour doser les marqueurs sériques et rendre les résultats du dépistage combiné. Les laboratoires d'analyse adressent les prélèvements dans un laboratoire agréé.
- Les échographistes doivent adhérer à un réseau périnatal, produire une attestation d'EPP (Evaluation des pratiques professionnelles) et s'engager à respecter les critères de qualité établis, notamment pour les clichés de la CN et LCC. La liste des échographistes agréés est disponible auprès du réseau.
- Tous les prescripteurs doivent être en mesure d'informer les patientes, respecter leurs choix, leur rendre et commenter les résultats.

Liste des échographistes référents jointe

Références :

HAS juin 2007, stratégies de dépistage de la trisomie 21

Lettre Laurent MANDELBROT (président comité scientifique) aux praticiens du Réseau Périnatal 92 Nord

# Nouvelles modalités pour le dépistage du diabète gestationnel

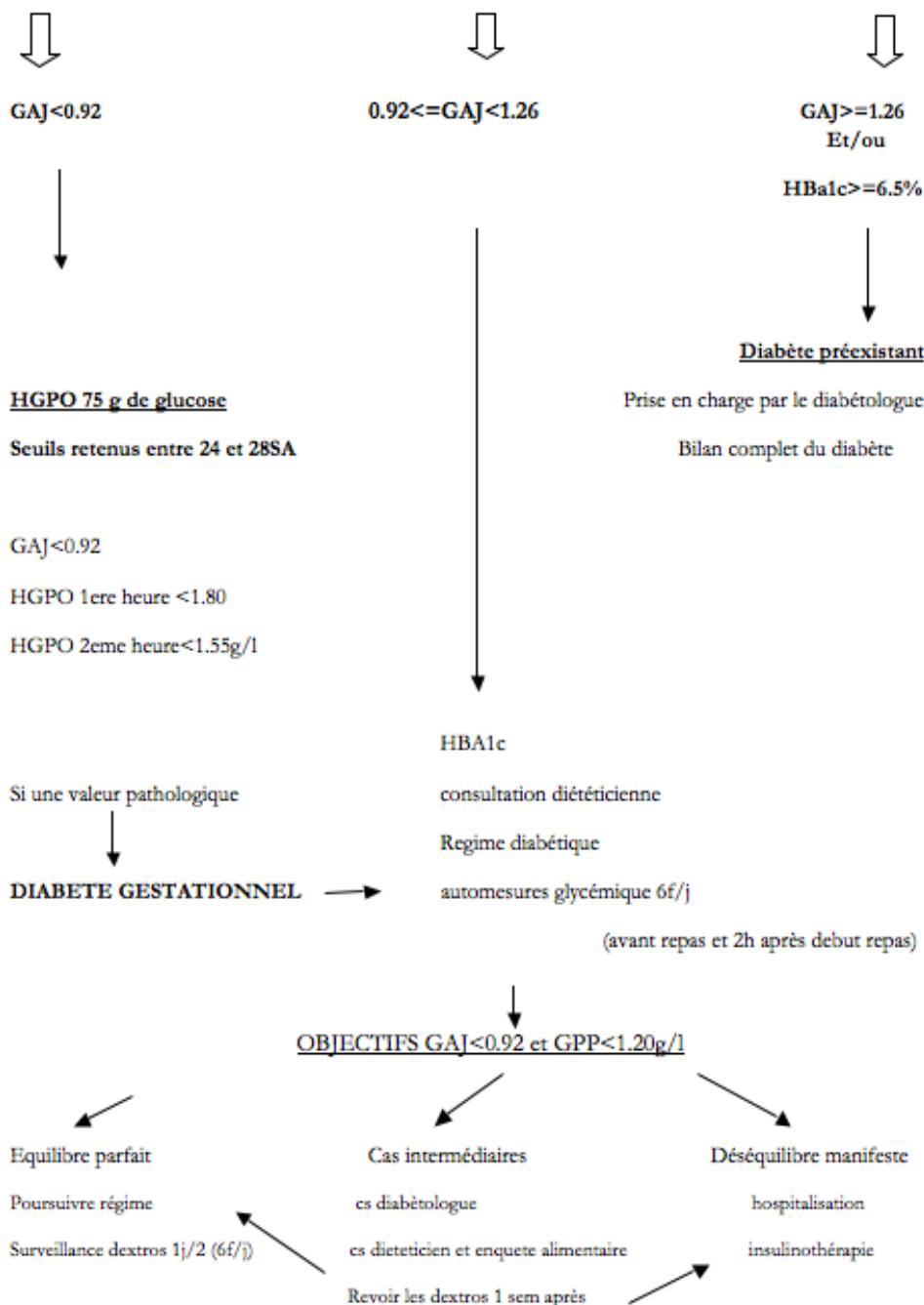
## Protocole à utiliser pour les patientes accouchant à l'hôpital Louis Mourier

Diagnostic du diabète gestationnel = une seule valeur pathologique

Les seuils retenus sont ceux de l'American Diabetes Association :

Glycémie à jeun	Glycémie à 1 heure	Glycémie à 2 heures
> 0.92 g/l > 5,3 mmol/l	> 1.80 g/l > 10 mmol/l	> 1.55 g/l > 8,6 mmol/l

### 1ere visite prénatal GAJ et/ou HbA1c



# Nouvelles recommandations pour la vaccination

## Rougeole

Devant l'épidémie de rougeole qui sévit en France depuis 3 ans, le HPSP recommande

- **Pour les enfants de moins de 2 ans pas de changement :**  
1ère dose à 12 mois , 9 mois si l'enfant est en collectivité  
2ème dose entre 13 et 24 mois, et entre 12 et 15 mois si l'enfant est en collectivité
- **Pour les patients nés après 80 :**  
Deux doses du vaccin trivalents
- **Pour les patients nés avant 80 :**  
Une dose de rattrapage du vaccin trivalent est recommandée pour tous les patients nés avant 80, non vaccinés, sans atcd de rougeole et travaillant dans le domaine de la santé ou en charge de la petite enfance. Pour l'ensemble de ces personnes, si les atcd de rougeole ou de vaccination sont incertains, la vaccination peut être pratiquée sans contrôle sérologique préalable .

## Meningo C (MENINGITEC NEISVAC)

**1 dose pour tous entre 1 an et 24 ans**

**Objectif :** diminuer l'incidence et la mortalité des infections invasives à méningocoques. Ces infections sont greffées d'une mortalité lourde et susceptibles de laisser de graves séquelles neurologiques malgré un traitement antibiotique bien conduit..

Cela a été observé dans les pays européens et au Canada qui ont appliqués une politique de vaccination généralisée pour les personnes jeunes .Dans ces pays la vaccination généralisée a permis de diminuer la mortalité annuelle par infections invasives à méningocoques tous sérotypes confondus.

Le HCSP recommande donc la vaccination systématique de tous les jeunes de 1 an à 24 ans (remboursement SS 65%).

## Pneumocoque (PREVENAR 13 )

Efficacité démontrée du prevenar : diminution des infections invasives à pneumocoques chez les moins de 2 ans.

Le prevenar 13 remplace le prevenar (7 valences) depuis 2010 selon schéma d'administration identique.

- Primo vaccination : vaccinations à 2 mois ,4 mois et rappel à 12 mois.
- Chez les prématurés et les enfants : 1 dose supplémentaire à 3 mois soit 4 doses
- Chez les nourrissons déjà complètement ou partiellement vaccinés avec le vaccin à 7 valences, le HSCP recommande l'administration d'au moins une dose supplémentaire avec le prevenar13 au moins 2 mois après le dernier rappel et avant l'âge de 24 mois. Cet ajout ne repose pas sur des preuves solides même en termes d'immunogénicité (prescrire sept 2010).

## **Rotavirus (ROTARIX)**

2 doses à 1 mois d'intervalle

Pas de recommandation de vaccination généralisée des nourrissons contre le rotavirus

Mais, à titre individuel, la balance bénéfice risque est plutôt favorable et particulièrement utile pour les nr dont l'accès aux soins semble difficile (prescrire nov 2006).

- Efficacité : 10 à 20 diarrhées sévères pour 1000 nr vaccinés mais pas d'effet sur la mortalité
- Présence de matériel génétique de circovirus dans les 2 vaccins dispo
- Augmentation apparente du risque d'IIA dans les 7 jours suivant la première dose mais non retrouvée avec le rotarix
- Cher !!! 75euros \*2

## **Varicelle (plutôt VARIVAX mieux évalué)**

**Pas en systématique et pas chez les sujets ID** (balance bénéfices risques défavorable)

Vaccination par 2 doses à au moins 1 mois d'intervalle :

- Chez les enfants non immunisés à partir de 12 mois pour lesquels est programmée une greffe dans les 6 mois
- Chez les ados de 12 à 18 ans et chez les femmes en âge de procréer en l'absence de varicelle avérée (sous couvert d'une CO efficace)
- Chez les adultes immunocompétents non immunisés :
  - En contact avec une personne atteinte dans les 3 jours qui suivent le contact (efficacité moindre après 48h)
  - Susceptibles de transmettre la varicelle à des sujets à risque de varicelle grave (adulte, femme enceinte et enfants à naître, pers ID)

Références :

BEH n 10/11 calendrier des vaccinations 2011

Avis du HCSP 11 février 2011