

**ITEM 20 : PREVENTION DES RISQUES FŒTAUX : INFECTIONS – MEDICAMENTS – TOXIQUES
– IRRADIATION.**

ITEM 20 : INFECTIONS ET GROSSESSE

/!\ Toute fièvre chez la femme enceinte = Listéria JPDC

Listeria	Généralités	- BGP - Transmission par charcuterie – lait cru - Eradiqué par pasteurisation mais pas congélation
	Prévention	- Hygiène alimentaire - Cuisson des aliments - Eviter les aliments à risque : Fromage au lait cru – Charcuterie artisanale - Nettoyage hebdomadaire du frigo à l'eau de javel - Respect des dates de péremption
	Clinique	- Fièvre isolée - Syndrome pseudo-grippal - Méningite à LCR panaché
	Paraclinique	- ECBU - HC avec recherche spé de listéria - Accouchement : Anapath du placenta (abcès listérien) – Bactério des lochies et du placenta - Sérologie inutile
	Risques fœtaux	- FCS T1 – T2 - Prématurité - MFIU - Chorioamniotite - SFA pendant le travail - Mort fœtale per-partum/néonatale par DRA - Listériose néonatale
	PEC maternelle	- Fièvre chez la femme enceinte : Amox 3g/j pendant 10j - Listéria prouvée : Amoxicilline PO 3-6g/j pendant 4 semaines +/- aminosides 5j Bactrim si allergie
	PEC NN	Si listériose prouvée chez la mère : - HC du NN - Prélèvements des orifices périphériques +/- PL
Streptocoque B	Risques	- Chorioamniotite - RPM - Prématurité - Infection bactérienne NN : Méningite – PNP – Bactériémie - Endométrite du post-partum
	Dépistage	- PV systématique à 34 SA - Inutile si bactériurie à strepto B pendant la grossesse ou ATCD d'infection NN à strepto B
	ATB prophylaxie per-partum	- Péni G IV débuté en début de travail – Poursuivi jusqu'à la naissance - Erythromycine si allergie - Indications : PV + à 34 SA Bactériurie à strepto B pendant la grossesse ATCD d'infection NN à strepto B En l'absence de PV à 34 SA si 1 parmi : Accouchement avant 37 SA – RPM > 12h – T>38°C lors du travail
Toxoplasmose	Risques fœtaux	- Transmission ↑ avec le terme - Gravité de la toxoplasmose congénitale ↓ avec le terme

		<ul style="list-style-type: none"> - FCS - MFIU - Atteinte cérébrale : Microcéphalie – Microcalcifications – Hydrocéphalie - Convulsions – Retard psycho-moteur - Atteinte ophtalmo : Cataracte congénitale – Microphthalmie – Chorioretinite - HSMG – Ictère – Ascite – Calcification hépatique
	Prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage sérologique systématique IgG – IgM lors du bilan prénuptial ou la 1^{ère} consultation de grossesse - Si séronégativité : Sérologie toxoplasmique mensuelle Education de la patiente : RHD – Cs en urgence si fièvre - RHD : Manger la viande bien cuite ou congelée Laver fruits et légumes Se laver les mains et les ustensiles/plan de travail après manipulation de viande ou d'aliments en contact avec la terre Eviter le contact avec les chats et leur litière Faire du jardinage avec des gants Désinfection hebdomadaire du frigo
	Diagnostic +	<ul style="list-style-type: none"> - Clinique : Asymptomatique ++ ou sptmes non spé (Fièvre – Syndrome pseudo-grippal – ADP occipito-cervicales – Sd mononucléosique) - Paraclinique : IgM
	TTT mat	<ul style="list-style-type: none"> - IgM + - Séroconversion : Spiramycine en urgence - Evaluer le risque fœtal : Amniocentèse (A) A partir de 18 SA – AU moins 4 semaines après séroconversion Culture – PCR – Test d'inoculation à la souris
<ul style="list-style-type: none"> - A. + = Diagnostic de toxoplasmose congénitale - Surveillance écho/15j - IRM fœtale cérébrale anténatale à 32 SA - Discuter IMG en fonction du terme et des signes de foetopathies - Si poursuite de la grossesse : TTT curatif par Malocide (Piriméthamine) – Adiazine (Sulfadiazine) – Acide folinique + Surveillance échographie et biologique maternelle 		
<ul style="list-style-type: none"> - A. - /!\ N'élimine pas la toxoplasmose congénitale (Se amniocentèse = 63%) - TTT préventif par spiramycine jusqu'à la fin de la grossesse - Surveillance échographique mensuelle - IRM fœtale cérébrale anténatale à 32 SA - Si signes de foetopathies : Discuter IMG 		
	Bilan NN	<ul style="list-style-type: none"> - Clinique : Embryofoetopathie - Ictère – HSMG – Surveillance rapprochée - FO - EEG - Imagerie : Echographie transfontanellaire – Radio de crâne - Biologie : NFSpq – BHC – PL - Examen placentaire : PCR – Inoculat° à la souris (inutile si dg anténatal +) - Sérologie : Au cordon - /mois pendant 1 an
	TTT NN	<ul style="list-style-type: none"> - Séronégativité : Pas de TTT - Séropositivité : TTT prolongée par Malocide-Adiazine 1 mois alterné avec spiramycine 1 mois
Rubéole	Clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Aspécifique - Eruption maculaire inconstante – ADP sous-occipitales - Fièvre modérée – Syndrome pseudo-grippal
	Paraclinique	<ul style="list-style-type: none"> - Leucopénie - Sérologie à J15 du contage : IgM - ↑ IgG à 15j d'intervalle - Si PI < 13 SA : Proposer une IMG d'emblée - PI 13-18 SA : Amniocentèse Au moins 5 semaines après séroconversion – PCR Surveillance échographique mensuelle

	Risques	<p>Rubéole congénitale</p> <ul style="list-style-type: none"> - RCIU - Atteinte cardiaques - Atteinte cérébrale : Microcéphalie – Calcifications intra-cérébrale – Retard mental - Atteinte ophtalmo : Microphthalmie – Cataracte – Glaucome - Surdité centrale <p>Risque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - < 13 SA : Risque malformatif majeur - 13-18 SA : Risque de surdité centrale - > 18 SA : Pas de risque malformatif
	Prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologies : Bilan- pré-nuptial – 1^{ère} cs de grossesse Contage : Sérologie � J10 – Eruption maternelle : Sérologie à 48h Si séronégative : Sérologie � 18-20 SA - Vaccination : Enfant – Femme en âge 2 procréer sous contraception 2 mois – En post-partum immédiat
CMV	Contamination	Contact avec enfant en bas âge ou patient ID – Transmission sexuelle
	Risques foetaux	<ul style="list-style-type: none"> - ↓ avec le terme de la grossesse - RCIU - Prématurité - Microcéphalie – Calcifications intracérébrales - Convulsions – Surdité – Retard psycho-moteur - Chorioretinite - HSMG - Thrombopénie – Anémie - Craindre une atteinte sévère si : PI maternelle symptomatique – Anomalies échographiques sévères – Sptmes sévères à la naissance
	Signes d'appel	<ul style="list-style-type: none"> - PI symptomatique : Syndrome grippal – Syndrome mononucléosique - Anomalie �chographique : Générale : RCIU – Oligoamnios – Anasarque foeto-placentaire Dig : SMG – Hyperéchogénicité intestinale – Calcif intra-péritonéales Neuro : Microcéphalie – Dilatation ventriculaire – Hypoplasie cérébelleuse – Calcif intra-cérébrale
	CAT	<p>!/ Si mère CMV - : Transfusion CMV -</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sérologie maternelle : IgG + IgM Si + : Avidit� pour dater la séroconversion - Amniocentèse : Après 22SA – Au moins 6 semaines après séroconversion - Quand virémie maternelle négative – PCR - Surveillance écho mensuelle même si amniocentèse négative - IRM cérébrale fœtale - Discuter IMG selon atteinte
	PEC NN	PCR CMV dans le sang et les urines du NN
PVB19	Risques fœtaux	<ul style="list-style-type: none"> - Anémie fœtale – Anasarque foeto-placentaire – MFIU - Pas de risque malformatif
	Signes d'appel	<ul style="list-style-type: none"> - PI maternelle symptomatique : Fébricule – M�gal�ryth�me – Arthralgies - Notion de contage - Echo : Anasarque foeto-placentaire – Anomalie doppler ACM (signe d'anémie fœtale)
	CAT	<p>Découverte d'un anasarque foeto-placentaire à l'écho :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sérologie PVB10 - Cordocentèse : PCR – NFS - Si anémie sévère : Exsanguino-transfusion intra-utérine Notion de contage ou PI maternelle sans signe écho - Sérologie PVB19 - Surveillance �cho : Anasarque – Doppler ACM - Surveillance bio : �FP (marqueur de sévérité de l'atteinte fœtale) - Pas de cordocentèse - Si anasarque : Exsanguino-transfusion

Tuberculose	TTT	<ul style="list-style-type: none"> - CI : Pyrazinamide pour toute la grossesse – Rifampicine pour le T1 - TTT pour 9 mois : T1 : Bithérapie Isoniazide + Ethambutol T2-T3 : Trithérapie Isoniazide + Ethambutol + Rifampicine
	Accouchement	<ul style="list-style-type: none"> Si mère bacillifère lors de l'accouchement - Isolement du nouveau-né – CI à l'allaitement - Bilan néonatal complet – Vaccination BCG précoce du nouveau-né
Varicelle	Risques	<ul style="list-style-type: none"> - Maternels : PNP varicelleuse (Risque ↑ par T3 et tabac) - Avant 20 SA : Varicelle congénitale : Cicatrice cutanée – RCIU – Lésions neuro, ophtalmo, dig, pneumo et ostéo-musculaires - Dans la semaine précédant l'accouchement : Varicelle néonatale Eruption cutanéomuqueuse généralisée ulcéro-hémorragique – Atteinte viscérale et/ou pulmonaire - Zona dans la 1^{ère} année de vie
	CAT	<ul style="list-style-type: none"> Contage < 20 SA : - Sérologie maternelle - Immunisée : Pas de risque - Non immunisée : Risque de varicelle congénitale : Aciclovir PO 8j à partir de J7 post-contage +/- Ig spécifique dans les 3 jours post-contage Varicelle maternelle - TTT par Aciclovir - Echographie 5 semaines après infection maternelle - Si normale : Echographie mensuelle - Si embryofœtopathie : Amniocentèse : PCR + Culture virale Varicelle maternelle au voisinage du terme : - Tocolyse (But : Gagner 5j = Le temps de production des Ac maternels) - TTT par Aciclovir
	Prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Vaccination des femmes en âge de procréer sans ATCD de varicelle : En post-partum immédiat ou sous contraception 3 mois - Eviter l'hospitalisation d'une femme enceinte avec varicelle dans une maternité (contagiosité ++)
VIH	Risque foetal	<ul style="list-style-type: none"> - Transmission materno-fœtale : En fin de grossesse – Lors de l'accouchement – Pendant l'allaitement - Risque augmenté si : Stade avancé de l'infection maternelle : CV élevé – CD4 bas – Stade SIDA TTT tardif ou défaut d'observance PI maternelle – Co-infection maternelle Carences nutritionnelles maternelles VIH 1 > VIH 2 RPM – Prématurité – Chorioamniotite – Décollement placentaire
	Grossesse	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance pluridisciplinaire (obstétricien / infectiologue) - Surveillance de l'efficacité du TTT : CV – CD4 – Génotype de résistance avant introduction/modification du TTT - Surveillance de la tolérance : BHC – Lactatémie – Lipasémie – NFS – GAJ - Surveillance de la sérologie toxoplasmique : Possible réactivation
	Accouchement	<ul style="list-style-type: none"> - CI aux gestes invasifs : Amniocentèse – version par manœuvre externe – Décollement des membranes – Gels de prostaglandines – pH au scalp – Tocométrie interne - Indication à la césarienne prophylactique à 38 SA Indication obstétricale – CV > 50 à 36 SA – PEC tardive de l'infection VIH (TTT après le 8^{ème} mois) Inutile si RPM > 12h - Déroulement de l'accouchement voie basse : Maintien de la poche des eaux intactes – Désinfection des voies génitales –

		Perfusion d'AZT
	PEC NN	- AZT prophylactique 6 semaines - Allaitement CI - Diagnostic du VIH par PCR à J0 – M1 – M3 – M6 /!\ Sérologie VIH positive jusqu'à 16-18 mois par Ac maternels Dg + : 2 prélèvements + : Contrôle immédiat quand un prélèvement + Dg de non infection : 2 prélèvements négatifs dont au moins un réalisé au moins un mois après l'arrêt du TTT prophylactique
VHB	Risques fœtaux	- Pas d'embryofoetopathies - FCS au T1 - T2 – T3 : MFIU – MAP - Transmission verticale durant l'accouchement - ↑ par CV ou Ag Hbe + - Risque d'hémorragie de la délivrante
	Dépistage	Obligatoire : Ag HbS à M6
	PEC NN	- Pas de césarienne prophylactique - Urgence néonatale : Toilette antiseptique du NN à la naissance Sérothérapie immédiate – Vaccination S1 – M1 – M2 – M12 Rechercher Ag HbS à J15 de vie - Allaitement autorisé
VHC	Risques fœtaux	Transmission périnatale < 5% - ↑ si co-infection VIH
	CAT	- VHC ++ Désir de grossesse Evaluer la CV – Autoriser si CV indétectable Sinon : TTT par IFN – Ribavirine - VHC ++ Grossesse : Evaluer CV Si CV + : TTT par IFN – Pas de césarienne prophylactique Désinfection cutanée du NN à la naissance – Allaitement autorisé
HSV génital	Risques fœtaux	- PI HSV pendant la grossesse : Herpès congénital Polymalformations (Cérébrales et oculaires ++) - Contamination lors de l'accouchement herpès néonatal : * Septicémie herpétique : J5-J10 post-partum – Eruption cutanéomuqueuse nécrotique – Atteinte polyviscérale * Méningoencéphalite herpétique : J10 – J20 post-partum
	PI maternelle	- Confirmer l'infection : Sérologie – PV avec culture - Si < 1 mois avant accouchement : TTT par aciclovir PO jusqu'à l'accouchement – Césarienne prophylactique NB : Césarienne prophylactique inutile si RPM > 6h - Si > 1 mois avant accouchement : TTT par aciclovir PO 8j – Accouchement voie basse
	Récurrence	- Pendant la dernière semaine : Aciclovir PO jusqu'à l'accouchement – Césarienne prophylactique - Avant la dernière semaine : Aciclovir PO 5j – Accouchement voie basse
	ATCD HSV	- Prophylaxie par aciclovir PO à partir de 36 SA jusqu'à l'accouchement - Pas de césarienne prophylactique - Travail : Examen au spéculum + prélèvements locaux - Désinfection génitale maternelle à la Bétadine après prélèvements - Rupture tardive des membranes
	PEC NN	- Prélèvements périphériques - Bain bétadiné - TTT AV du NN : Pommade ophtalmologique aciclovir - Si HSV + : Aciclovir IV - Surveillance clinique prolongée - Allaitement autorisé
Syphilis	Prévention	Dépistage maternel obligatoire : Sérologie TPHA – VDRL au T1
	Risque fœtal	/!\ Infection fœtale possible uniquement après 18 SA - MFIU - FCS tardive au T2

		<ul style="list-style-type: none"> - Prématurité - Syphilis congénital : Lésions cutanéomuqueuses – Osseuses - Polyviscérales
	CAT	<ul style="list-style-type: none"> /!\ En cas de syphilis maternelle, le TTT prescrit avant 18 SA permet d'éviter tout risque d'atteinte fœtale - 3 injections d'Extencilline à 1 semaine d'intervalle - Corticothérapie en prévention de la réaction d'Herxheimer - Si allergie : Désensibilisation
	PEC NN	<ul style="list-style-type: none"> - Examen clinique complet du NN - Examen bactériologique du placenta - Sérologie fœtale au cordon - Si résultats + : Hospitalisation pour surveillance rapprochée et prolongée Pénicilline 15j + Corticothérapie en début de TTT
VZV	Varicelle congénitale	<ul style="list-style-type: none"> - Varicelle maternelle < 20 SA - Cicatrices cutanées – RIU – Lésions neurologiques et digestives - TTT : Aciclovir chez la mère – Surveillance échographique
	Varicelle NN	<ul style="list-style-type: none"> - Varicelle au voisinage du terme - Eruption cutanée-muqueuse généralisée - Atteinte viscérale – pulmonaire – méningo-encéphalique - TTT : Aciclovir IV chez la mère et l'enfant - Tocolyse
Rougeole	Risque foetal	<ul style="list-style-type: none"> - Non tératogène - MFIU - Si rougeole proche du terme : Rougeole congénitale ou post-natale (dans les 10j) : Risque ++ d'atteinte pulmonaire et de PESS
	CAT	Si contagé : Ig polyvalentes IV dans les 6 jours

Infection à risque de foetopathie	Infection à risque de transmission NN
Toxoplasmose – CMV – VZV – Rubéole – Syphilis – PI HSV	VIH – VHB – VHC – VZV – HSV - BK

ITEM 20 : IATROGENIE ET GROSSESSE

CONDUITE A TENIR

Patiente enceinte devant prendre un TTT	<ul style="list-style-type: none"> - Choix de la molécule : Meilleur rapport bénéfice/risque – TTT le + connu - Rechercher les interactions possibles - Surveillance
Patiente enceinte ayant pris un TTT	Evaluation du risque foetal <ul style="list-style-type: none"> - Age gestationnel lors de la prise < J10 : Risque de FCS 4-10SA : Risque tératogène > 10 SA : Pas de risque tératogène – Tb du dypmt foetal - TTT pris – Posologies - -Avis du centre de PV - Le + svt : Réassurance – IMG rare
Découverte d'une malformation fœtale + prise de TTT durant la grossesse	Recherche de causalité <ul style="list-style-type: none"> - Conseil génétique : Recherche d'une cause non médicamenteuse - Déclaration à la PV
Irradiation accidentelle durant la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> - Calcul de la dose-gonade reçue - Age gestationnel lors de l'irradiation (Csq : idem TTT) - Evaluation multidisciplinaire du risque tératogène dans un centre de tératovigilance - Si > 0,5 Gy : Proposer IMG - Si < 0,1 Gy : Rassurer – Pas de risque malformatif - Entre 0,1 et 0,5 Gy : Décision multidisciplinaire avec le couple

MEDICAMENTS ET CONSEQUENCES

Roaccutane	- Risques malformatif majeur - Information orale et écrit + Accord écrit de contraception - Contraception de M-1 à M+1 - βhCG à J-3 – M1 - /2 mois – S +5 de la fin du TTT
Soriatane	- Risque malformatif majeur - Information de la patiente - Contraception de M-1 à A+2 - CI du don de sang jusqu'à 1 an après fin du TTT
Vasoconstricteurs	CI
Anti-épileptique	- Risque de défaut de fermeture du tube neural - Induction enzymatique - Supplémentation : Acide folique de M-2 à M+1 de grossesse Vit. K PO le dernier mois de grossesse Vitamine D le dernier trimestre de grossesse - Surveillance : αFP + Echographie
BZP	- Risque tératogène faible au T1 - Prise en fin de grossesse : Pauses respiratoires – Hypotonie – Hypothermie – Tb de succion – Sd de sevrage NN - Pas d'arrêt brutal : Syndrome de sevrage – SFA
Lithium	Risque de malformation cardiaque : Dépistage par echo cardiaque foetale
NRL	- Syndrome extra-pyramidal - Sd atropinique : Tachycardie – Hyperexcitabilité – Rétention d'urine – Retard à l'émission du méconium
ATCD - ISRS	- Pas d'arrêt brutal en fin de grossesse : risque de SFA - NN : Détresse respiratoire – Hyperexcitabilité néonatale
Thyroïde	- Levothyrox : Pas de passage de la barrière placentaire : Pas de risque - PTU : Non tératogène – Risque d'hypothyroïdie néo-natale
Anticoagulant	- AVK : CI pendant toute la grossesse - Si EP pendant la grossesse : HBPM pendant toute la grossesse restante + 6 semaines en PP Accouchement programmée avec ↓ HBPM 24h avant puis reprise au décours
AntiHTA	βbloquant - Risque NN : Hypoglycémie – Bradycardie +/- Insuffisance cardiaque - Surveillance du NN 3-5j IEC – ARAII – Diurétiques : CI
Cordarone	Risque de dysthyroïdie foetale
Antalgiques	- Utilisable : Paracétamol – Acupan – Morphines - CI : AINS au T3
ATB	- CI pendant toute la grossesse : Cycline – Aminosides – Quinolones – Sulfamides – Phénicolés - Possible pendant toute la grossesse : Pénicilline – Céphalosporine – Macrolides – Pristinamycine – Polypeptides - Possible au T2-T3 : Nitrofurantoïne – Rifampicine – Imidazolés
Vaccin	Vaccins vivants atténués CI : BCG – Polio oral – ROR - VZV – Fièvre jaune
Imagerie	- Gadolinium : Pas de CI - PCI : Possible – Risque de dysthyroïdie foetale transitoire (Mais préférer écho/IRM : Pas de risque pendant la grossesse)

ITEM 20 : TOXIQUES ET GROSSESSE

Tabac | /!\ Risque dose-dépendant existant même si tabagisme passif

Lorraine Waechter - <http://ficheseqn.wordpress.com/>

	<ul style="list-style-type: none"> - Baisse de la fécondité - FCS - GEU - Prématurité – RPM - RCIU – MFIU - Placenta : PP – HRP – Décollement marginal d'un placenta normalement inséré - Baisse des MAF – Tachycardie fœtale – Augmentation du débit cardiaque fœtal - Grossesse : Aggravation des pathologies bucco-dentaires – Vergetures plus importantes - Anomalies de cicatrisation après césarienne - Baisse de production de lait – Tabac = Pas un CI à l'allaitement mais éviter de fumer en présence du bébé et avant une tétée - Augmentation du risque de mort subite du nourrisson, du risque d'infection respiratoire et d'asthme dans l'enfance.
Alcool	<p>Syndrome d'alcoolisation fœtale : Objectif = 0 alcool pendant la grossesse</p> <ul style="list-style-type: none"> - RCIU harmonieux - Dysmorphie crânio-faciale : Rétrécissement des fentes palpébrales – Bosse de tissu sous-cutané entre les sourcils Ensellure nasale excessive – Extrémité du nez recourbée – Narines antéversées Philtrum long et bombant – En verre de montre – Lèvre supérieure mince et convexe Micrognathisme Oreilles basses et décollées - Malformations : Cardiaques – Urogénitales – Squelettiques - Tb neuro-comportementales <p>Syndrome de sevrage NN : Hyperexcitabilité – Tb du sommeil – Tb de la succion Tb du tonus, de la motricité fine, de l'attention et de la mémoire Retard des acquisitions – Retard mental – Instabilité psychomotrice</p>
Opiacés	<p>Risques obstétricaux maternels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retard diagnostique et de suivi de la grosse (effet antigonadotrope/hyperprl des opiacés) - FCS - Risque infectieux : VIH – VHB – VHC <p>Risques fœtaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RCIU – MAP (période de manque) – Souffrance fœtale chronique – MFIU - Non tératogène <p>Risque NN : Syndrome de sevrage après intervalle libre de qqs h/qqs j</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tb respiratoire : Tachypnée – Apnée - Tb neurologique : Convulsions – Agitation – Tb du sommeil – Tb de déglutition - Tb dig : Diarrhée +/- déshydratation et tb hydro-électrolytiques
Cocaïne	<p>Risques maternels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - FCS - Pré-éclampsie – HRP - Risque de la cocaïne : OAP – AVC – IDM <p>Risques fœtaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Polymalformations – RCIU - MAP <p>Risques NN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Syndrome de manque - Neuro : Convulsions – Retard psychomoteur - ↑ risque de mort subite du nourrisson, d'entérococolite ulcéronécrosante et d'infarctus mésentérique - Passage dans le lait
Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> - Risques obstétricaux : Tératogénicité – RCIU – Prématurité - Risques NN : Tb du comportement dans les 1^{er} jours (Hyperexcitabilité, tb du sommeil) - ↑ risque de leucémie non lymphoblastique
Ectasy	<p>Risque malformatif cardiaque et squelettique</p>