

# **Menace d'accouchement prématurée**

## **I. Introduction**

-Accouchement survenant entre 22SA- 37SA donnant naissance a une foetus dont le poids est supérieur ou égale a 500 grammes

-Survenue de contractions utérines douloureuses rapprochées, persistantes, s'accompagnant d'une modification du col ----- -Accouchement prématuré représente 6% des naissances

-Première cause de morbidité et mortalité foetale

\* On définit 2 types d'accouchements prématurés:

- La prématurité provoquée ou induite: pour sauvetage materno-foetal
- La prématurité spontanée

## **II.Etiologies de la prématurité spontanée:**

### **1-maternelles**

#### **\*Facteurs de risques:**

1- ATCD d'accouchement prématuré

5- ATTCD d'ABRT provoqué ou spontané

2- Age maternel < 18 ans et >35ans

6- Travail penible

3-Long trajet

7 -Multiparité

4-BNSE

8-Tabac, toxiques

#### **\*Causes générales:**

- Infections: urinaire, cervico-vaginale, chorioamniotite, fièvre isolée
- Anemie maternelle
- Diabete gestationnel( infection intercurrente, macrosomie, hydramnios)

#### **\*Causes locales:**

- Malformations utérines ( cloisonné, distilbéne)
- Béance cervico-isthmique
- Fibrome sus muqueux

### **2-Foetales et ovulaires:**

1-Grossesses multiples

4 -Hydramnios

2-RPM

5 -Chorioamniotite

3-Placenta preavia

6 -HRP

\*-Idiopathiques: 40% de cas

### III. Diagnostic de la menace d'accouchement prématurée

- **Clinique:**

Terme < 37 SA

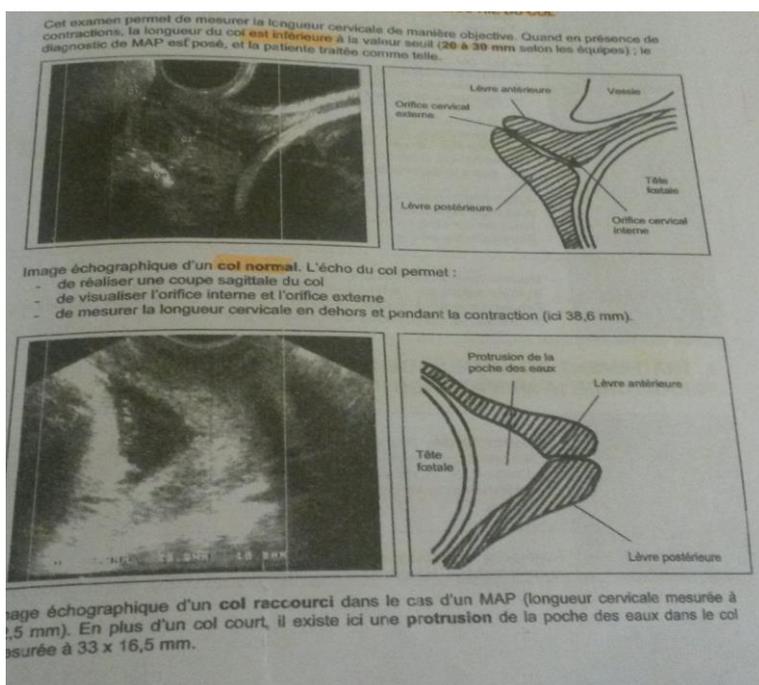
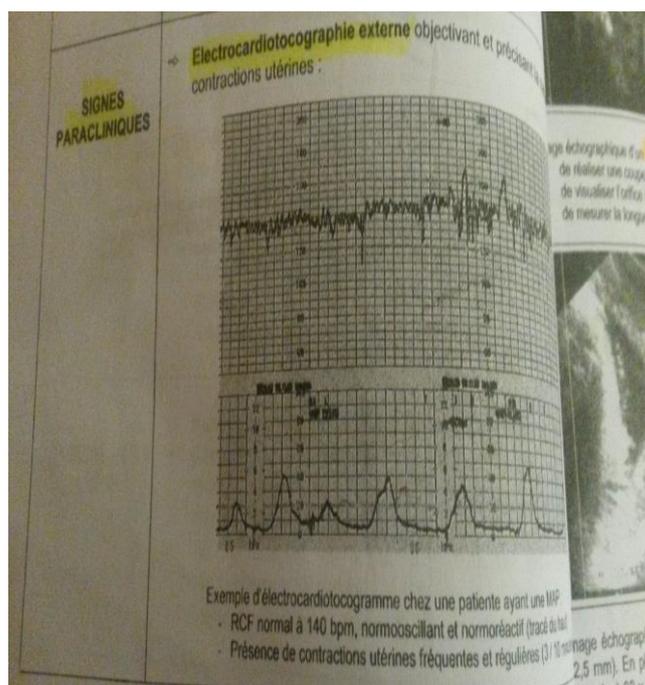
CU régulières et douloureuses entraînant une modification du col de l'utérus au TV

- **Paracliniques:**

ERCF ( électrocardiotocographie) externe: précisant la nature des CU

Echographie du col : examen systématique

Fibronectine fœtale mesurée dans les sécrétions vaginales a partir de 24 SA



### IV. Conduite à tenir en cas de MAP

- **Examen clinique:**

Facteurs de risques

T°, TA, pouls, HU, bandelette urinaire

Speculum: métrorragies, RPM

TV: modification du col, ampliation du segment inférieur

- **Examen paraclinique:**

-But de dg: ERCF, échographie du col par voie endovaginale, recherche de la fibronectine fœtale

-But étiologique:

Bilan infectieux: NFS, CRP, PV, ECBU

Si suspicion de RPM: test à la DAO

-But pré thérapeutique: ( B mimétiques) Ionogramme sanguin, glycémie, ECG

### **\*Traitement de la MAP avant 34 SA**

1-Hospitalisation en centre de médecine périnatale bien adaptée au terme de grossesse

2-Repos

3-Traitement étiologique: infection ( bactériurie asymptomatique, cervico-vaginale,,)

4-Tocolyse:

-B mimétiques,antagoniste de l'ocytocine, inhibiteurs calciques, sulfate de MG Durée 48H

-Chorioamniotite est une CI absolue a la tocolyse

5-Corticothérapie:

-Après 24 et avant 34 SA

-Maturation pulmonaire (MMH)

-Diminution du risque d'hémorragie intra ventriculaire et de la morbidité neurologique

-Diminution du risque d'entérocolite ulcero-necrosante

-2 injection en IM a 24 h d'intervalles de Betaméthasone( célestène)

6-Si RH négatif: serum antiD

7-Bas de contention pour la prévention du risque thromboembolique

8-Surveillance M-F: de l'efficacité et la tolérance du traitement : le CU; échographie du col, effets secondaires du tocolytique

-NB: après 34 Sa: repos a domicile, pas d'agents tocolytiques ou de corticothérapie

### **V. Prévention de la MAP:**

\*Identification des grossesses a haut risque: multiples, travail pénible, diabète, BCI)

\*Traitement précoce des infections urinaires et cervico-vaginales

\*Cerclage si BCI confirmé avant 15 SA

\*Repos

\*Limitation des longs trajets

\*Arrêt de travail si nécessaire