

# Menace d'accouchement prématuré

PLAN :

- I. Introduction
- II. Etiologies
- III. Diagnostic de la menace d'accouchement prématuré
- IV. Pronostic
- V. Prise en charge de la MAP

## **I-Introduction :**

- Selon l'OMS ; on appelle accouchement prématuré toute naissance survenant entre la 22 e et la 37 e SA révolue, soit avant 259 jours d'aménorrhée d'un enfant de plus de 500g
- C'est un problème de santé publique
- Les conséquences de la prématurité sont d'autant plus graves que l'âge gestationnel est plus faible
- Il faut distinguer :
  - ✓ L'extrême prématurité entre 24 et 27 SA + 6jours
  - ✓ La grande prématurité entre 28 et 32 SA +6 jours
  - ✓ La moyenne prématurité entre 33 SA et 36 SA +6jours

## **II-Etiologies :**

**A-causes infectieuses :** il y a un risque d'accouchement prématuré en cas d'infection :

- ✓ Maternelle systémique
- ✓ Urinaire haute ou basse
- ✓ Cervico-vaginale : les germes en cause peuvent être le streptocoque B , le gonocoque, le chlamydia, le Trichomonas et la vaginose bactérienne liée à la prolifération de germes anaérobies
- ✓ Chronique des gencives : elle pourrait multiplier par deux le risque d'accouchement prématuré
- ✓ Iatrogène (amniontense)

## **B-Causes utérines :**

**B1-Béance cervico-isthmique :**

- ✓ BCI correspond à une anomalie de la zone cervico-isthmique du col utérin caractérisée par l'incapacité du col utérin pendant la grossesse à jouer son rôle de verrou par atteinte traumatique ou constitutionnelle de ses fibres musculaires

- ✓ Responsable des avortements tardifs à répétition ou des accouchements prématurés sans douleur
- ✓ Son diagnostic est posé à l'interrogatoire et confirmé par le passage facile d'une bougie de Hegar n°8
- ✓ Le traitement prophylactique est le cerclage à 15 -16 SA

**B2-Malformations utérines :** utérus unicorne ; bicorne ou cloisonné ;hypoplasie, synéchies, fibrome

**C-Causes ovulaires :** hydramnios ; grossesses multiples, placenta praevia

**D-Facteurs socio-économiques :**

- ✓ Origine ethnique (femme noire)
- ✓ Faible poids
- ✓ Age jeune moins de 18 ans
- ✓ Situation sociale ou économique défavorisée
- ✓ Stress et facteurs psycho-sociaux
- ✓ Alcool, tabac

**III-Diagnostic de la menace d'accouchement prématuré :**

**A-CLINIQUE :** La MAP est diagnostiquée par l'association des contractions utérines avec modification cervicale plus ou moins rupture précoce des membranes

**A1-Contractions utérines :** régulières, ces contractions surviennent au moins toutes les 10 minutes

**A2-Modification du col :** on remarque au toucher vaginal :

- Une formation précoce du segment inférieur
- Une présentation qui appuie sur le col
- Un col court centré mou, qui tend à s'ouvrir

**A3-Rupture prématurée des membranes :** elle impose l'hospitalisation

**B-Biologie :**

La fibronectine est une glycoprotéine localisé entre le chorion et la caduque

Sa présence dans les voies génitales avant terme témoigne soit d'une rupture des membranes soit un décollement du pôle inférieur de l'œuf

**C-Echographie :**

- Echographie du col par voie endovaginale ; les critères péjoratifs suivants sont indicatifs pour la décision d'hospitalisation :
  - ✓ Longueur cervicale (canal cervical fermé)  $\leq 25\text{mm}$
  - ✓ Dilatation de l'orifice interne  $\geq 5\text{mm}$

- ✓ Protrusion des membranes >5mm
- La technique de l'échographie du col est standardisée :
  - ✓ Voie endovaginale exclusivement
  - ✓ Vessie vide
  - ✓ Deux mesures au moins doivent être réalisées et c'est la mesure la plus petite qui doit être retenue

#### **IV-PRONOSTIC**

En pratique, la clinique et l'échographie du col permettent de distinguer :

- Les MAP légères lorsqu'il y a quelques contractions, avec modification discrète du col qui reste supérieur à 26mm et inférieur à 30mm
- Les MAP moyennes lorsque les contractions sont importantes et régulières et que les modifications cervicales sont nettes avec raccourcissement entre 15 et 26mm
- Les MAP sévères, lorsque le col mesure moins de 15 mm avec protrusion des membranes, voire rupture des membranes

#### **V-Prise en charge :**

##### **A-Examens complémentaires :**

- Bilan : groupe Rhésus, RAI, NFS-plaquettes, CRP , TP , TCA ; prélèvement vaginal, ECBU
- Echographie obstétricale : vérification de la quantité de liquide amniotique, de la vitalité fœtale, de la croissance fœtale et de la localisation placentaire

##### **B-Traitement :**

##### **B1-Tocolyse :**

- Le traitement tocolytique est un traitement symptomatique de la contraction utérine
- Son objectif est d'essayer de retarder l'accouchement afin d'améliorer la morbidité et la mortalité néonatales
- La tocolyse est indiqué avant 34 SA
- Les contre indications de la tocolyse sont :
  - ✓ MIU
  - ✓ Une anomalie fœtale létale
  - ✓ Les anomalies du rythme cardiaque fœtal
  - ✓ Le RCIU
  - ✓ La prééclampsie sévère ou l'éclampsie
  - ✓ Une hémorragie génitale dont l'origine n'est pas déterminée
  - ✓ Chorioamniotite
- En pratique, on prescrit :

- La nifédipine(Adalate) : 1 gélule à 10mg par voie orale, renouvelable toutes les 20 minutes jusqu'à 4 gélules sur 1 heure en cas d'inefficacité, le relais pendant les heures suivantes est Adalate LP 3 /j
- La nicardipine (Loxen) : 2,5 ampoules ( à 10mg) dans 250 ml de sérum glucosé, débit initial de 2mg/h jusqu'à 4mg/h
- Antagonosite de l'ocytocine (Atosiban ou Tractocile) : est un antagoniste sélectif des récepteurs à l'ocytocine vasopressine, son administration est en intraveineuse pendant 72 heures
- Il faut toujours dépister les effets secondaires des tocolytiques
  - Les inhibiteurs calcique : tachycardie, hypotension, rougeur du visage, nausées, céphalées, bouffée de chaleur
  - Antagonistes de l'ocytocine : nausée, vomissement, tachycardie

## **B2-Autres traitement :**

- ✓ Corticoïdes si MAP avant 34 SA : béthaméthasone 12mg par voie intramusculaire à renouveler 24 heures plus tard
- ✓ Antibiothérapie : en cas de doute infectieux : clamoxyl 1gx3/J per os pendant 5 jours au minimum
- ✓ Sulfate de magnésium à visée neuroprotectrice chez le grand prématuré en prépartum immédiat

## **C-Accouchement du prématuré :**

### **C1-Lieu d'accouchement :**

La naissance d'un enfant prématuré doit absolument se faire dans une maternité dotée d'un service de néonatalogie ou de réanimation néonatale (niveau II ou III)

### **C2-Modalités de l'accouchement :**

- ✓ l'objectif est ici de rendre la naissance la plus atraumatique possible, étant donné la fragilité du fœtus
- ✓ la voie basse est acceptée si présentation céphalique ou podalique
- ✓ l'utilisation du forceps est à éviter vu la fragilité du fœtus

### **C3-Conduite à tenir après l'accouchement prématuré :**

- ✓ examen macroscopique, microscopique et bactériologique du placenta
- ✓ étude bactériologique des urines de la mère
- ✓ prélèvements bactériologiques en salle de naissance chez l'enfant à la recherche d'une infection transmise
- ✓ A distance de l'accouchement, 3 mois après environ, on fera :
  - ❖ Une échographie et /ou une hystérosalpingographie à la recherche d'une malformation ou d'une béance cervico-isthmique
  - ❖ Un calibrage du col à la recherche d'une béance(bougie 8)