

MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE

1. DEFINITION ET EPIDEMIOLOGIE

- MAP: toute naissance entre 28 et 37 SA. Certains auteurs → 25SA ,

D'autres situent la limite entre avortement tardif et prématurité au poids de 500g, soit environ 20 à 22S

- La fréquence d'AP en France est 5,5%.
- Une femme sur 5
- Probleme de sante publique.
- Extreme prematurite 24_27SA+6j
- La grande prematurite 28_32SA+6j
- La moyenne prematurite 33_36SA+6j

PHYSIOPATHOLOGIE:

LES ANOMALIES CERVICO-UTÉRINES(malformations utérines et myomes) ou OVULAIRES.

DES FACTEURS LOCAUX : les prostaglandines, réponse locale à une infection ou à une inflammation amniochoriale →des contractions utérines associées à des modifications cervicales

Cette réaction inflammatoire amniochoriale est due au passage par voie ascendante de germes issus du tractus génital, au passage transplacentaire.

Ces prostaglandines seraient synthétisées sous l'effet de la production maternelle de cytokines (IL6, IL8, TNFa) et de l'infiltration locale par des polynucléaires activés

Leur production serait aussi stimulée par la production fœtale de CRH

Ces prostaglandines→une maturation cervicale et des contractions utérines responsables de la MAP.

CAUSES DE L'ACCOUCHEMENT PREMATURE

La decision medicale (20% des cas)	L'accouchement premature spontane(80% des cas)	
	Causes maternelles	Causes ovulaires
HTA Retard de croissance Allo-immunisation Diabete PP hémorragique HRP Souffrance foetale	<input type="checkbox"/> Generales: -infections: rubéole, grippe,CMV, toxoplasmose,listerose, salmonellose. -infections urinaires+++ -ictère - Anemie -Diabète. <input type="checkbox"/> Loco-régionales: -malformations, -fibromes -béances -infections cervicales. <input type="checkbox"/> Facteurs favorisants: -âge<18ans,>35ans, -tabagisme -conditions socio-économiques basses -multiparité. -ATCD acc.prématuré	<input type="checkbox"/> Foetales: -grossesses multiples, -malformations, -retard de croissance, <input type="checkbox"/> Annexielles: -PP(10% d'accouchement premature) -insuffisance placentaire, -hydramnios.

LA HIERARCHIE DES

Tous les facteurs n'ont pas la même incidence sur le risque d'AP. Certains sont inévitablement suivis d' AP comme l'HRP, d'autres n'entraînent la menace que s'ils sont associés

FACTEURS DE RISQUE:

- ANTCDS maternels
- Intervalle entre 2gsse :<12mois
- Menace d'abrt au premier trimestre
- Les IVG
- Antecedents de conisation

CONSEQUENCES DE LA PREMATURITE

- Accouchement entre 34 et 37SA posent peu de problème
- Avant 34SA les accouchements causent plus de problèmes car le terme est plus précoce.
- L'immaturité pulmonaire,digestive,hépatique,immunologique va entrainer une mortalité et une morbidité importante pour le nouveau-né.
- Le petit poids à la naissance <2500g ne représentent que 2 a 5% de la population des Nnes mais fournissent 75% de la mortalité périnatale et des séquelles neuropsychiques

DIAGNOSTIC DE MAP

- Le diagnostic est surtout clinique
- Les signes fonctionnels:
 - Contractions utérines anormales
 - Métrorragies d'abondance variable
 - Ecoulement de liq.amniotique
- L' interrogatoire:
 - Les antécédents GO: déroulement de la grossesse actuelle, les fact. déclenchant, le niveau socio-écono., le mode de vie.
- L' **ex. obstetrical**:
 - La palpation abdominale:
 - Rechercher les CU, mesurer la HU, préciser la présentation foetale.
 - L' ex. au speculum: mettre en évidence une vaginite infectieuse, une cervicite, un écoulement de LA.

-Le toucher vaginal: IL précise l'état du col, le type et le niveau de la présentation, l'intégrité des membranes.

-Echographie:longueur cervicale 26mm entre 24_34SA.

recherche les causes de la MAP:GG,PP,fibroma ,malformation uterine.

Les marqueurs vaginaux prédictifs:

-La fibronectine: Elle est normalement absente des sécrétions cervicovaginales entre la 21ème et la 37ème SA.

Sa libération se fait suite à la séparation des tissus fœtaux de l'utérus maternel.

Prélèvement par écouvillonnage du cul de sac vaginal.

La valeur seuil de détection:50ng/ml.

L'alphafoetoprotéine (AFP):

Retrouvée à des concentrations élevées lors d'une infection ovulaire.

-Les facteurs vaginaux de l'inflammation:

Les cytokines vaginales(IL1, IL6 et TNFa.) sont libérées suite à l'infection.

Des phosphatases alcalines (PAL 2) sont surexprimées sous l'influence de ces cytokines

Ces PAL 2→l'activation de la production de médiateurs de l'inflammation, activateurs de contractions utérines et de maturation cervicale (prostaglandines, notamment).

Le diagnostic de gravité:

Il doit tenir compte:

-du terme de la grossesse

-de l'importance des CU (fréquence et intensité)

-des modif. locales du col et du SI(segment inférieur).

-des facteurs associés: RPM, hgies

-des facteurs étiologiques: infection, HTA,PP,gemellite

LE BILAN ETIOLOGIQUE

Selon l'urgence de la situation, il peut ou non précéder la tocolyse.

Chez la mère, on demande:

- une numération
- ECBU
- un prélèvement bactériologique vaginal
- Hemocultures.
- la recherche d'une rupture des membranes
- Echographie du col

Chez le foetus ,on fait:

- L' enregistrement cardiotocographique→ RCF, CU.
- L' échographie qui précise:

la biométrie foetale, le nbre de foetus, leur présentation, la maturité, la vitalité, l'absence de malformation, la topographie du placenta, la quantité du LA.

LE TRAITEMENT PREVENTIFS

Le meilleur traitement de la MAP est préventif.

L' information de la patiente aux risques d'accouchement prématuré.

La recherche des facteurs de risque.

Mesures à prendre:

- Amélioration des conditions de travail.
- Limitation des longs trajets.
- Respect des congés prénatals et conseils de repos .
- Interdiction des sports violents et règles d'hygiène (arrêt du tabac) .
- Traitement précoce des infections urinaires et cervico-vaginales .
- Cerclage à 13SA et 16SA en cas de béance cervico-isthimique confirmée.

Traitement étiologique :

- Antibiothérapie en cas d'infection, ponctions évacuatrices en cas d'hydramnios.

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE: LA TOCOLYSE

- Indications de la tocolyse~ du terme, de la gravité de la MAP et de l'état des membranes.
- Si les membranes intactes, épisodes de CU et modifications modérées du col)

→ Repos.

- Si les membranes intactes, contractions régulières → Hospitalisation, tocolyse, Si les membranes sont rompues :
- Tocolyse: terme(24, 26SA)→34SA
- Les cures de maturation pulmonaires
- L'antibiothérapie prophylactique.
- Surveillance pendant cette période maturation pulmonaire si AG < 34SA

EVALUATION DU PRONOSTIC

- MAP LEGERE:LC 26_30mm quelques CU
- MAP MOYENNE:CU importantes et régulières 15_26mm
- MAP SEVERE:<15mm protrusion de la PDE

TRAITEMENT

- Tocolyse :traitement symptomatique
- Antibiotiques
- Corticoïdes avant 34semaines

CONTRE INDICATIONS DE LA TOCOLYSE

Contre-indications de la tocolyse:

- Contre-indications absolues :
 - malformation foetale létale .
 - souffrance foetale aigüe quelle que soit l'étiologie .
 - chorio-amnionite et listériose .
 - mort in utero .
 - toute pathologie maternelle contre-indiquant la prolongation de la grossesse (cardiopathie, pré-éclampsie sévère) .

- placenta previa hémorragique.

cardiopathie, coronaropathie, trouble du rythme cardiaque, myocardiopathie obstructive, allergie au produit

Contre-indications relatives :

- haute tension artérielle sévère, diabète, hyperthyroïdie.

- souffrance foetale chronique et RCIU, en l'absence de signe de gravité .

- hydramnios et malformations utérines

LES TOCOLYTIQUES

Les antagonistes de l'ocytocine:

Atosiban(tractocile)

Dose charge =1 flacon de 0.9 ml + 9 ml de sérum physiologique (contenant 6.75 mg d'atosiban) en IV lent en 1 minutes

Perfusion contenant 90 ml de sérum physiologique ou glucosé 5% et 2 flacons de 5 ml d'atosiban 24 ml / heure pendant 3 heures puis 8 ml / heure pendant 45 heures maximum

Les inhibiteurs calciques:

▪ nifedipine (Adalade 1p20mg)

▪ Nicardipine(loxen en PSE)

Le sulfate de magnésium.

Les Bmimetiques

La progesterone

Conduite à tenir devant une menace d'accouchement prématuré

Examen clinique : - Contractions utérines
- Modifications cervicales
- Rupture prématurée des membranes
- Hémorragie

Bilan en hospitalisation : - Échographie
- ECBU
- Prélèvement vaginal
- NFS, CRP
- Rythme cardiaque fœtal

Bilan étiologique : - Infection
- Cause maternelle ou ovulaire

Bilan pronostique : - Infection
- Âge gestationnel
- Vitalité fœtale

+/- Transfert en centre de référence

