



# Menace d'accouchement prématuré

Pr Abdoul Aziz DIOUF

Centre hospitalier National de Pikine

UCAD

# Objectifs

1. Définir la menace d'accouchement prématuré (MAP)
2. Poser le diagnostic d'une menace d'accouchement prématuré
3. Connaitre les principales pathologies à ne pas confondre avec une menace d'accouchement prématuré
4. Citer cinq causes maternelles et cinq causes ovulaires de menace d'accouchement prématuré
5. Enoncer les indications thérapeutiques devant une MAP.

# Plan

## **1. Généralités**

### **1.1. Définition**

### **1.2. Intérêt**

### **1.3. Physiopathologie**

## **2. Diagnostic**

### **2.1. Diagnostic positif**

### **2.2. Diagnostic différentiel**

### **2.3. Diagnostic étiologique**

## **3. Conduite à tenir**

### **3.1. Curatif**

### **3.2. Préventif**

## **Conclusion**

# Généralités

# Définition

- APS = Toute naissance non induite se produisant entre **22** et **37 semaines d'aménorrhée** révolues
- Critère pondéral (âge gestationnel inconnu) : 500 -2500 g
  - Très grande prématurité avant 28 SA ;
  - Grande prématurité entre 28 SA et 32 SA + 6 jours ;
  - Prématurité moyenne entre 33 SA et 36 SA + 6 jours.

# Intérêt

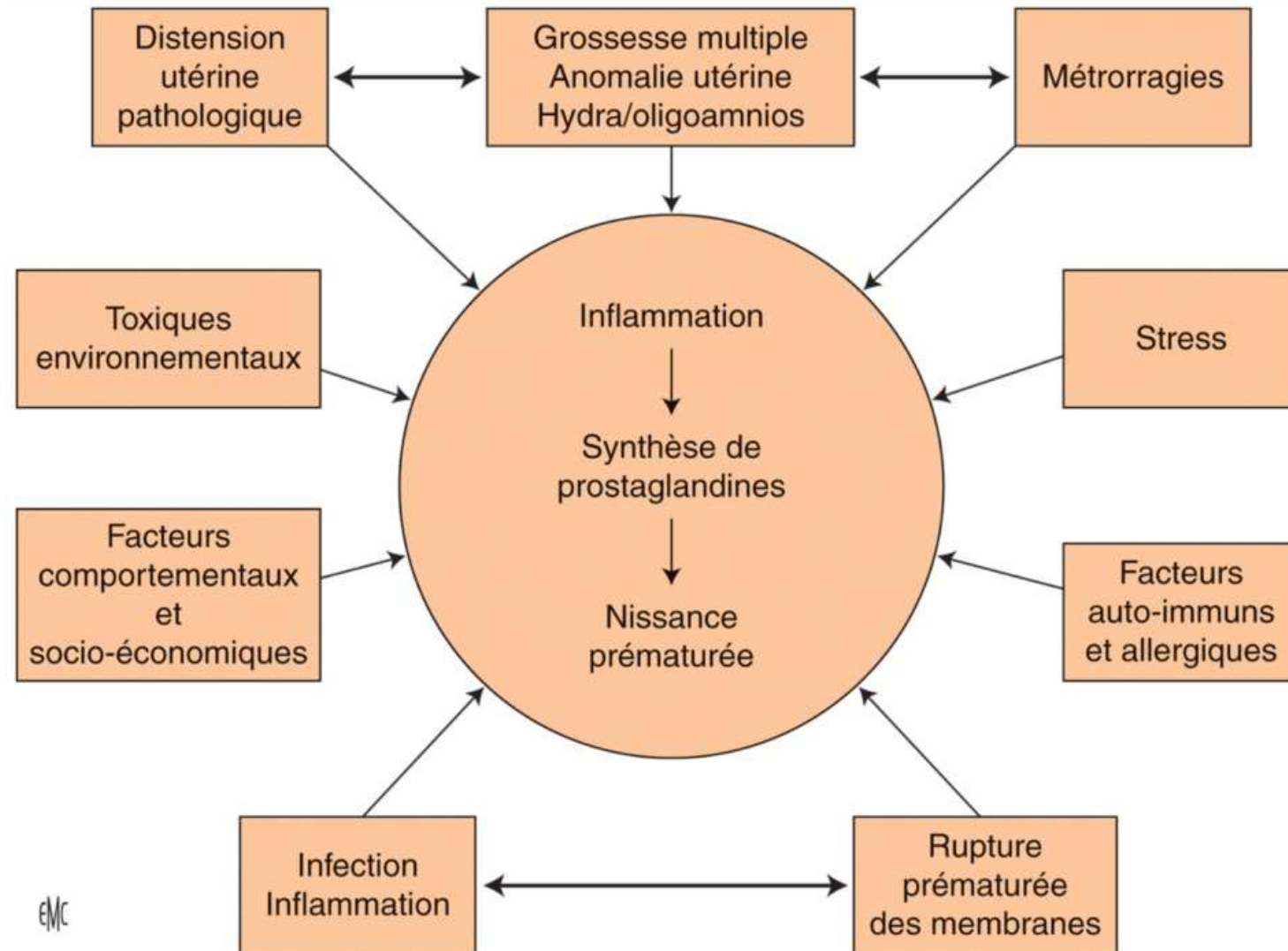
Estimations mondiales en 2010:

- $\approx$  15 millions [12,3 - 18,1] / 11% des naissances vivantes
- Evolution contrastée - Augmentation globale + 15% entre 1990 – 2010

# Intérêt

- Cause de morbidité et de mortalité périnatale
- Diagnostic : apport de l'échographie vaginale
- Traitement : tocolyse, corticothérapie, sulfate de magnésium
- Transfert in utero
- Prévention primaire et secondaire +++

# Physiopathologie



Diagnostic

# Menace d'accouchement prématuré (MAP)

## Clinique

Apparition de **contractions utérines** +++ :

- Régulières : 1 par 10 minutes
- Douloureuses
- Spontanées ou provoquées (voyage récent, déménagement ...)
- Écoulement de glaires brunâtres ou rosées, voire de sang
- Ecoulement liquidien par rupture de la poche des eaux

# Menace d'accouchement prématuré (MAP)

## Clinique

### – Examen clinique

- Palpation abdominale : contractions utérines (durcissement intermittent de l'utérus)
- Spéculum : écoulement de liquide amniotique
- Toucher vaginal : **modifications du col utérin**
  - Longueur : raccourcissement puis effacement
  - Dilatation : degré d'ouverture
  - Situation : postérieure – médiane - antérieure

# Menace d'accouchement prématuré (MAP)

## Clinique

### – Examen clinique

- Toucher vaginal
  - Segment inférieur
  - État des membranes
  - Hauteur de la présentation

### → Scores ou indices de MAP

- Gravité de la MAP

# Indice de Baumgarten

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
CU	0	irrégulières	régulières		
Membranes	intactes		Rupture haute		Rupture basse
Métrorragies	0	Peu importantes	Hémorragies		
Dilatation du col	0	1 cm	2 cm	3 cm	4 cm ou plus

≤ 3 : MAP légère

4-6 : MAP modérée

> 6 : MAP sévère

# Menace d'accouchement prématuré (MAP)

## Paraclinique

- **Tocométrie**: enregistrement des contractions utérines
- **Biochimie** : marqueurs de la MAP
  - Fibronectine foétale
    - Glycoprotéine trophoblastique
    - Normalement absente des sécrétions cervico-vaginales

# Menace d'accouchement prématuré (MAP)

## Paraclinique

### – Échographie du col utérin par voie endovaginale

- Longueur normale: 30 à 50 mm jusqu'à 24 SA et 26 à 40 mm après 24 SA
- Longueur du col utérin : < 25-30 mm
- Ouverture de l'orifice interne :  $\geq 5$  mm
- Protrusion des membranes (hernie)

# Menace d'accouchement prématuré (MAP)

## Paraclinique

- Échographie du col utérin par voie endovaginale

Peu importe la technique échographique pour visualiser le col de l'utérus, les principes et repères de base sont similaires.

Le col de l'utérus devrait occuper une grande partie de l'image (66 à 75 % pour l'échographie endovaginale).

Ces repères sont les suivants : (i) l'orifice interne, (ii) l'orifice externe, (iii) la pleine longueur du canal endocervical en plan sagittal, (iv) le corps du col et (v) l'interface cervico-vaginale



Col court et en « entonnoir »



Longueur cervicale diminuée  
Protrusion des membranes  
Largeur anormale de l'orifice interne



Grossesse de 18 SA  
Protrusion de la poche des eaux jusqu'à l'orifice externe du col utérin



© Auteur : Dr Aly Abbara

# Menace d'accouchement prématuré (MAP)

## Evolution

- Favorable
  - espacement puis disparition des contractions
- Défavorable
  - Rythme contractile se précise
  - Dilatation du col
  - ➔ Accouchement prématuré inéluctable

# Accouchement prématuré

## Contractions utérines

augmentation en fréquence et en intensité

métrorragies

modifications cervicales

ouverture

dilatation

# Accouchement prématuré

- Rupture prématurée des membranes
- Foetus souvent en présentation du siège
- Dilatation
  - Trainante
  - ou rapide
- Accommodation médiocre
- Lenteur de la progression
  - Défaut flexion / rotation

# Accouchement prématuré

- Dégagement en occipito-sacrée fréquent
- Périnée :
  - Mal sollicité
  - Résiste → lésions cérébro-mningées
  - Cède brusquement → déchirures périnéales

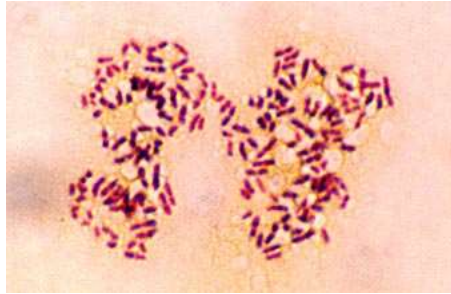


# Accouchement prématuré

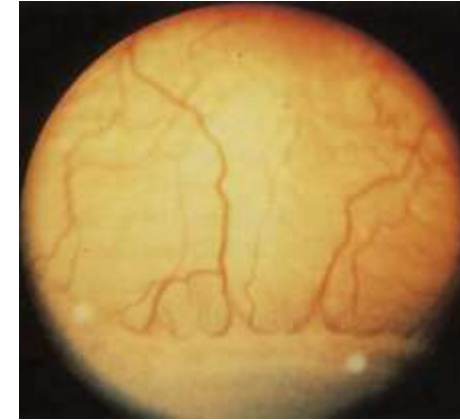
## Evolution-pronostic

- Complications liées à la prématurité
  - Détresse respiratoire
  - Hypothermie
  - Infections
  - Séquelles néonatales
    - Hémorragie intra ou péri-ventriculaire
    - Handicap neuropsychique
    - Handicaps visuels
    - Troubles broncho-pulmonaires

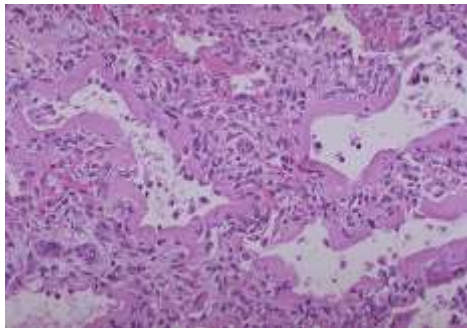
# Complications de la prématurité



**INFECTIEUSES**



**OPHTALMOLOGIQUES**



**PULMONAIRES**



**DIGESTIVES**



**NEUROLOGIQUES**

# Diagnostic différentiel

- **Contractions utérines (CU)**
  - Contractions physiologiques de Braxton-Hicks
    - CU non douloureuses, irrégulières, peu fréquentes
    - Entre 20 et 37 SA
  - Douleurs ligamentaires (syndrome de Lacomme)
    - sensations de tiraillement et de traction vers le bas centrées sur le pubis et les arcades crurales.
- **CU+ métrorragies**
  - Hématome rétroplacentaire
    - Douleur abdominale brutale « en coup de poignard »
    - Utérus tonique (pas de relâchement)
    - Col spasmé, « cerclé »

# Diagnostic étiologique

## Causes maternelles

### – Générales

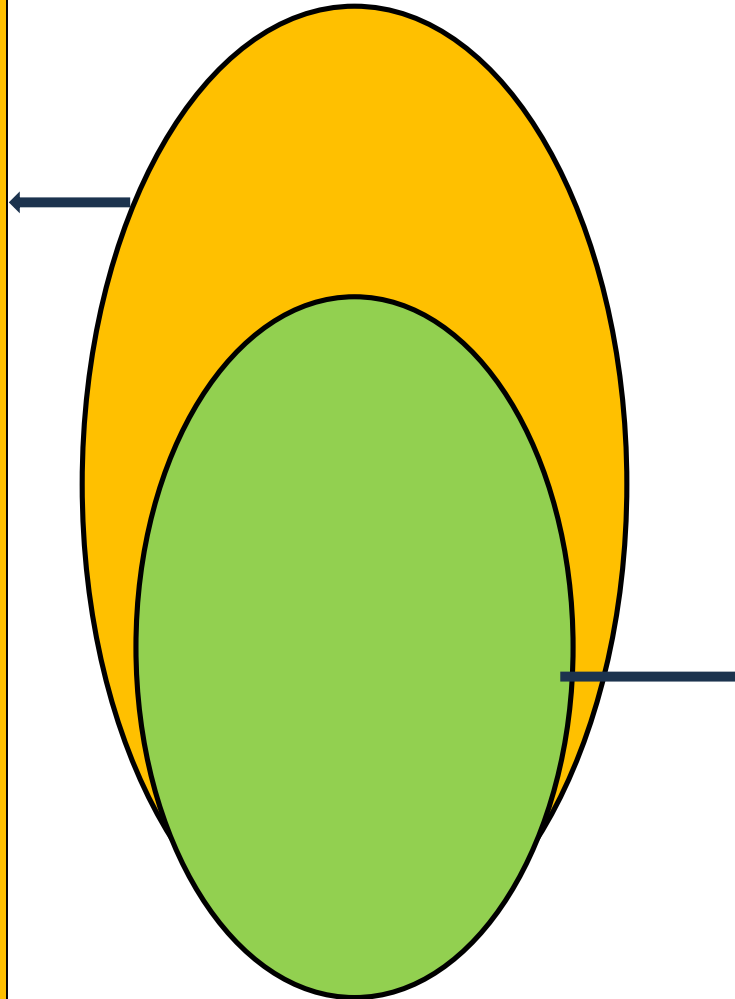
- Infections : paludisme, infections urinaires
- Anémie – Ictère
- Dysgravidie
- Diabète

### – Loco-régionales

- Malformations –fibromes
- Béance cervico-isthmique
- Infections cervicales

### – Facteurs favorisants

- Âge – tabagisme
- Conditions socio-éco
- Multiparité



## Causes ovulaires

### – Fœtales

- Grossesse multiples
- Malformations
- Retard de croissance

### – Annexielles

- Placenta praevia
- Insuffisance placentaire
- Hydramnios

# Facteurs de risque

- ❖ **Activité professionnelle** : .....supprimer les fausses idées!.....
  - Avec un temps de travail hebdomadaire de 35h, il n'est pas recommandé de proposer un arrêt de travail afin de prévenir la prématurité (grade B)
- ❖ **Activité sportive**
  - La pratique d'une activité sportive régulière est recommandée chez les femmes présentant une grossesse normale (grade A)
- ❖ **Rapports sexuels**

Les rapports sexuels pendant la grossesse n'augmentent pas le risque de prématurité (NP2), même chez les patientes avec un antécédent d'accouchement prématuré (NP3)
- ❖ **Repos**
  - Le repos n'est pas systématiquement recommandé:
    - Chez les patientes asymptomatiques avec un **col court** (grade C)
    - Pour les **grossesses multiples asymptomatiques** (grade A)
- ❖ **Consommation de toxiques (tabac, alcool, cannabis, cocaïne)**
  - Elle n'est pas recommandée (grade A)

Conduite à tenir

PUERICULTRICE

GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN

INFIRMIERE

PEDIATRE



ASSISTANTE SOCIALE

CHIRURGIEN

SAGE-FEMME

AUTRES

# But

- Arrêter les contractions utérines si possible
- Assurer un accouchement atraumatique
- Prendre en charge le nouveau né prématuré

# MHD

L'hospitalisation prolongée ne réduit pas le risque d'accouchement prématuré et n'est pas recommandée

Le repos au lit strict ne réduit pas le risque d'accouchement prématuré (NP3), majore le risque thrombo-embolique et n'est pas recommandé

Le bénéfice de la réalisation répétée d'une tocographie en externe dans les suites d'une hospitalisation n'est pas démontré (NP3)

# Tocolyse

## Objectifs de la tocolyse

- Utilisée dans les 48 heures afin de différer le travail pour réaliser une maturation pulmonaire fœtale limitant la maladie des membranes hyalines
- Transfère des patientes en menace d'accouchement prématuré vers des maternités plus adaptées pour la prise en charge du nouveau-né
- Prolongation de plusieurs jours à plusieurs semaines de grossesse et de s'approcher de 37 SA améliorant le pronostic néonatal

# Tocolyse

- Aucun tocolytique n'est associé à une diminution de la mortalité et de la morbidité néonatale par rapport au placebo (NP2)
- Tous les tocolytiques peuvent engendrer des effets indésirables graves (NP4)
- Compte tenu de leur bénéfice sur la prolongation de la grossesse et de leur bonne tolérance maternelle, l'Atosiban et la Nifédipine peuvent être utilisés à visée tocolytique (Grade B) pour les grossesses monofoetales et multiples (Accord professionnel)

# Tocolyse

- Il est recommandé de ne pas utiliser la nicardipine (Accord professionnel), et de ne plus prescrire de bétamimétiques à visée tocolytique (Grade C).
- Il n'y a pas d'argument pour proposer une tocolyse à une dilatation avancée (Grade C), ni pour prescrire une tocolyse au-delà de 34 SA (Accord professionnel).

# Tocolyse

- Il est recommandé de ne pas utiliser la nicardipine (Accord professionnel), et de ne plus prescrire de bétamimétiques à visée tocolytique (Grade C).
- Il n'y a pas d'argument pour proposer une tocolyse à une dilatation avancée (Grade C), ni pour prescrire une tocolyse au-delà de 34 SA (Accord professionnel).

# Tocolyse

## Contre indications des béta-mimétiques

- Cardiopathie sévère décompensée
- Troubles du rythme cardiaque
- Thyrotoxicose
- Hypercalcémie
- Hémorragie grave
- HTA non contrôlée
- Diabète décompensé
- Hypotension sévère, choc
- Glaucome
- Troubles psychiatriques

# Corticoïde

- L'administration anténatale de corticoïdes est recommandée à toutes les patientes à haut risque d'accouchement prématuré avant 34 SA (Grade A).
- Après 34 SA, il n'existe pas d'arguments suffisants pour recommander l'administration systématique d'une cure de corticoïdes anténatals (Grade B), mais celle-ci pourra toutefois être discutée dans les situations à haut risque de détresse respiratoire sévère, en particulier en cas de césarienne programmée (Grade C)

# Corticoïde

- **Prévention maladie des membranes hyalines (défaut de surfactant)**
- **Bénéfice certain entre 28 et 32 SA**
- **Bétaméthasone (CELESTENE®): 12 mg en i.m./24h**
- **Risques : hypoglycémie néonatale; OAP**

# Sulfate de magnésie

Il est recommandé d'administrer du MgSO<sub>4</sub>:

- à la femme dont l'accouchement avant 32 SA est imminent, qu'il soit attendu ou programmé (grade A)
- avec une dose de charge de 4 g IV suivie d'une dose d'entretien de 1 g/h pendant 12 h
- que la grossesse soit unique ou multiple
- et quelle que soit la cause de la prématurité (accord professionnel)

# Progestatifs



Des preuves limitées suggèrent que l'utilisation d'une progestérone comme traitement associé pourrait réduire les accouchements prématurés à moins de 37 semaines de gestation et augmenter le poids de naissance

Le traitement à la progestérone par voie vaginale en prévention de l'accouchement prématuré spontané est recommandé en cas de grossesse monofoetale avec col court ( $\leq 25$  mm, par échographie transvaginale entre 16 et 24 SA) (forte/moyenne)

Le traitement à la progestérone par voie vaginale en prévention de l'accouchement prématuré spontané est recommandé chez les femmes ayant des accouchements prématurés spontanés (forte/moyenne).

Lorsque le traitement est indiqué en prévention de l'accouchement prématuré spontané en cas de grossesse monofoetale, la progestérone micronisée par voie vaginale à une dose quotidienne de 200 mg est recommandée (forte/moyenne).

# Pessaire

- Le pessaire cervical mis en place avant 22 SA ne réduit pas le risque d'accouchement prématuré dans la population générale de patientes asymptomatiques enceintes de jumeaux (NP1).
- Les données sont contradictoires pour l'efficacité du pessaire dans la prévention de l'accouchement prématuré dans une population asymptomatique de:
  - grossesse monofoetale avec un col  $\leq$  à 25 mm entre 20 et 24 SA + 6 j
  - et de patientes enceintes de jumeaux avec un col court.
- D'autres études sont nécessaires pour recommander son utilisation (Accord professionnel).
- N'est donc pas recommandé dans cette population (grade A).

# Cerclage

- Cerclage prophylactique, précoce (13 et 16 SA) : haut risque
- Cerclage thérapeutique (16 et 24/27SA) : risque modéré avec modification cervicale
- Cerclage à chaud, tardif (avant 27 SA) : Patientes symptomatiques avec terrain



# Conduite à tenir

## C – Indications

- ***Devant une MAP légère*** (quelques contractions avec modifications discrètes du col)
  - arrêt de travail
  - recherche et traitement de toute cause infectieuse
  - repos à domicile
  - spasmolytiques musculaires

# Conduite à tenir

## C – Indications

- **Devant une MAP *modérée*** (score de tocolyse < 5, contractions importantes, modifications nettes du col) :
  - hospitalisation et bilan systématique
  - si terme précoce : tentative d'hospitalisation à domicile avec repos strict et tocolyse dès le cap aigu passé;
  - si terme > 33-34 SA : hospitalisation jusqu'à 36-37 SA.

# Conduite à tenir

## C – Indications

- - **Devant une MAP *sévère*** (score de tocolyse  $> 5$ , col largement ouvert et très raccourci à plus de 2 doigts)
  - hospitalisation systématique
  - si terme très précoce et col très modifié, envisager en sus de la tocolyse un cerclage,
  - si terme  $> 26$  SA repos strict et tocolyse parentérale ; après 36 SA, laisser accoucher

# Conduite à tenir

## C – Indications

### – Accouchement

- Travail

- Monitoring du RCF et des CU
- Analgésie péridurale si possible
- Perfusion d'ocytocique prudente

- Expulsion

- Forceps « de protection » ou épisiotomie
- **Ventouse contre-indiquée**
- Césarienne si pathologie surajoutée ou souffrance fœtale

# Conduite à tenir

## C – Indications

### – Nouveau-né

- Pédiatre néonatalogue
- Réanimation si nécessaire
- Élevage du prématuré : méthode « kangourou »



# Conduite à tenir

## D – Prévention de la MAP

- **CRAP < 5 : pas de risque**
- **5 < CRAP > 10 : risque potentiel**
- **CRAP > 10 : risque certain**

# Prévention

- Coefficient de risque d'accouchement prématuré ou C.R.A.P. de PAPIERNIK

# Prévention

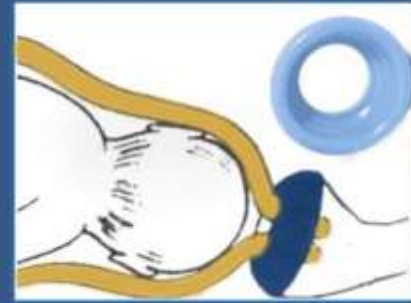
## Coefficient de risque d'accouchement prématuré ou C.R.A.P. de PAPIERNIK

1	Deux enfants ou plusieurs sans aide familiale. • Conditions socio-économiques médiocres.	• Un curetage. • Court intervalle après grossesse précédente (un an entre accouchement et fécondation).	Travail à l'extérieur.	• Fatigue inhabituelle. • Prise de poids excessive.
2	Grossesse illégitime non-hospitalisée en maison maternelle. • Moins de 20 ans. • Plus de 40 ans.	• Deux curetages.	• Plus de trois étages sans ascenseur. • Plus de 10 cigarettes par jour	• Moins de 5 kg de prise de poids. • Albuminurie. • Tension artérielle : • Maxima supérieure à 13 • Minima supérieure à 8.
3	Mauvaises conditions socio-économiques. • Moins de 1,50 m. • Moins de 45 kg.	Trois curetages ou plus. • Utérus cylindrique.	• Long trajet quotidien. • Efforts inhabituels. • Travail fatigant. • Grand voyage.	• Chute de poids le mois précédent. • Tête trop bas située pour un fœtus loin du terme. • Segment inférieur déjà formé à une date éloignée du terme. • Siège à plus de sept mois.
4	• Moins de 18 ans.			• Pyélonéphrite. • Métrorragies du deuxième trimestre. • Col court. • Col perméable. • Utérus contractible.
5		• Malformation utérine. • Un avortement tardif. • Un accouchement prématuré.		• Grossesse gémellaire. • Placenta praevia. • Hydramnios.

# Prévention

## Pessaire et prévention de la prématurité

- ❖ Le pessaire cervical mis en place avant 22 SA ne réduit pas le risque d'accouchement prématuré dans la population générale de patientes asymptomatiques enceintes de jumeaux (NP1).
- ❖ Les données sont **contradictoires** pour l'efficacité du pessaire dans la prévention de l'accouchement prématuré dans une population asymptomatique de:
  - grossesse monofoetale avec un col  $\leq$  à 25 mm entre 20 et 24 SA + 6 j
  - et de patientes enceintes de jumeaux avec un col court.
- ❖ D'autres études sont nécessaires pour recommander son utilisation (Accord professionnel).
- ❖ n'est donc pas recommandé dans cette population (grade A).



# Prévention

## Intérêt des progestatifs dans la prévention de la prématurité spontanée



- ❖ Les femmes enceintes de grossesses monofoetales asymptomatiques et sans antécédent d'accouchement prématuré présentant un col inférieur à 20 mm entre 16 et 24 SA **sont la seule population pour laquelle un traitement par progestatif vaginal est recommandé.**

# Conclusion

- Accouchement prématuré spontané : accident obstétrical encore fréquent
- Pronostic néonatal et périnatal
- Dépistage des « groupes à risque »

**MERCI**