

# La menace d'accouchement prématurée

Dr L.BOUHMAMA

# Les objectifs

- Connaître les mécanismes physiopathologiques de l'accouchement prématuré
- Enumérer les différents facteurs favorisant un accouchement prématuré
- Faire le diagnostic positif d'une menace d'accouchement prématuré
- Connaître les conséquences de la prématurité sur la mortalité et la morbidité néonatales
- Prendre en charge une MAP
- Connaître les mesures de la prévention de la prématurité

# Plan

- Définition
- Intérêt de la question
- Étiologies
- Cause physiopathologique
- Conséquence
- Facteur de risque et score CRAP
- diagnostic d'une MAP
- Conduite à tenir
- Pronostic
- Conclusion

# Définition

- ✓ Selon OMS
  - AP toute naissance se produisant entre 22-36 SA révolues
  - D'un enfant:
    - Manifestant tout signe de vie
    - Poids >500g
- ✓ MAP est définie par des contractions utérines douloureuses rapprochées, persistantes, associées à des modifications cervicales dont l'issue est un accouchement prématuré en absence d'intervention médicale

# Intérêt de la question

- ✓ Accouchement prématuré demeure un problème de sante publique :
  - conséquences médicales et psychologique sur la mère
  - son retentissement économique
- ✓ La naissance prématurés est la cause la plus importante de mortalité et morbidité périnatale:
  - Plus de 60% des décès périnataux
  - Plus de 50% des séquelles neurologiques néonatales sont dus aux accouchement survenant avant 32 SA

# Prématurité

- **La prématurité induite (20 à 30 %) :**
- La situation obstétricale peut parfois engager le pronostic maternel ou fœtal obligeant à une
- extraction fœtale prématurée. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont :
- Les syndromes vasculo-rénaux (pré-éclampsie, éclampsie, Hellp-syndrome)
- Le diabète compliqué
- Les hémorragies (HRP, PP hémorragique)
- Le retard de croissance intra-utérin
  
- **La prématurité spontanée (70 à 80 %)**
- Elle est précédée par une menace d'accouchement prématuré.



# Étiologies

# Causes maternelles

## 1 causes infectieuses:

- Chorioamniotite est un des principaux pourvoyeurs AP La prévalence de l'infection est + élevée
- Autre infection:
  - **Infection urinaire haut ou basse:** symptomatique ou asymptomatique, bactériurie asymptomatique est associée à un risque élevée AP et petit poids de naissance
  - **Infection vaginale ou cervicale anormale :** syphilis ,gonocoque augmente le risque d'accouchement prématuré , le risque est discuté en cas chlamydia trachomatis
  - **Infection maternelle systémique:** pyélonéphrite , pneumonie

# Causes utérines

- **Béance cervico-isthmique:**

- Est définie par trouble mécanique fonctionnel du col Se traduit par une fausse couche tardive au 2 trimestre

- Dgc :

- ATCD

- hystérographie

- test aux bougies de hégar

- **Malformations utérines:**

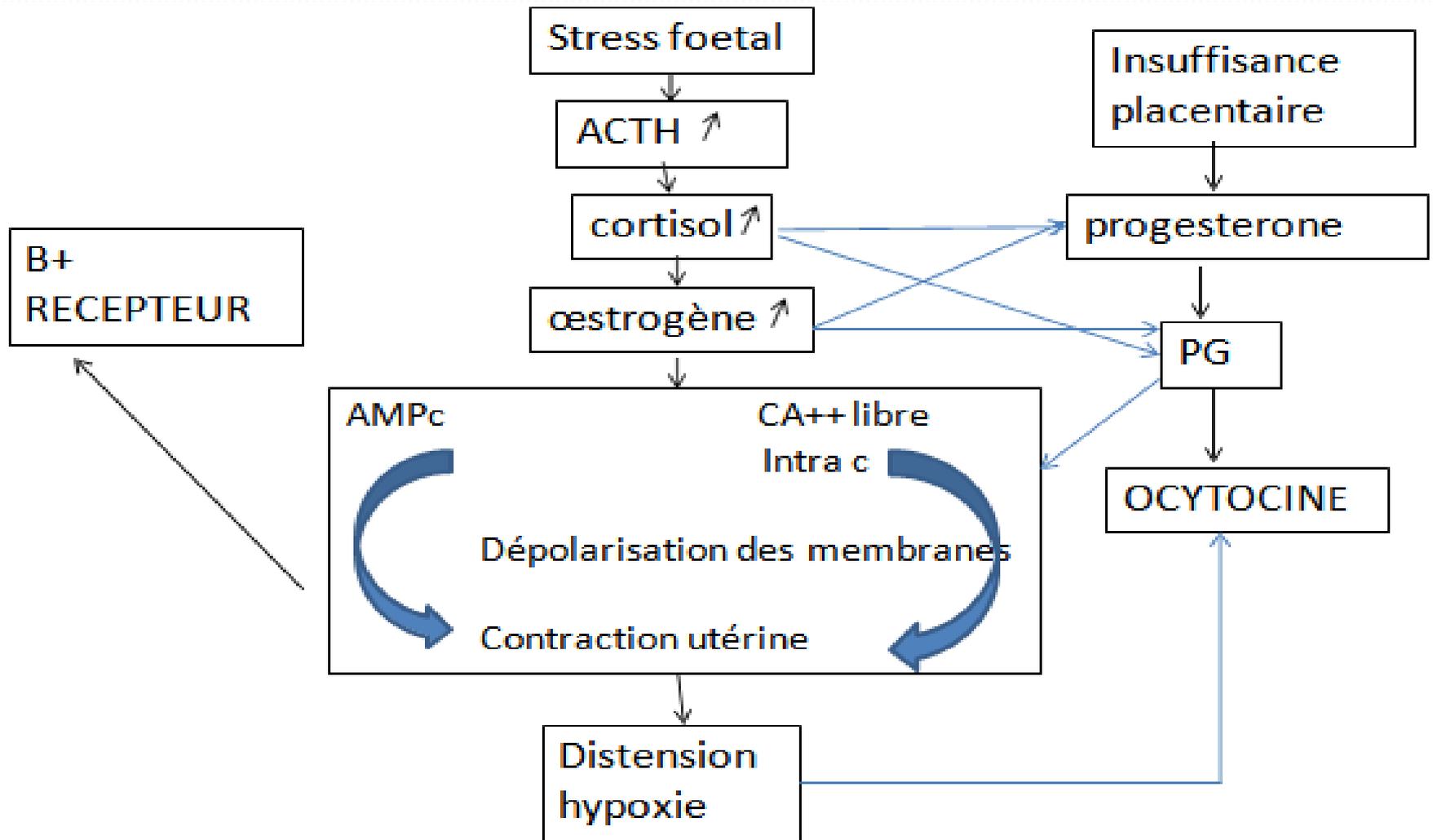
- Malformations utérines : hypoplasie, utérus unicorne, bicorne, cloisonnée DES

- fibromes endocavitaire

# Causes ovulaires

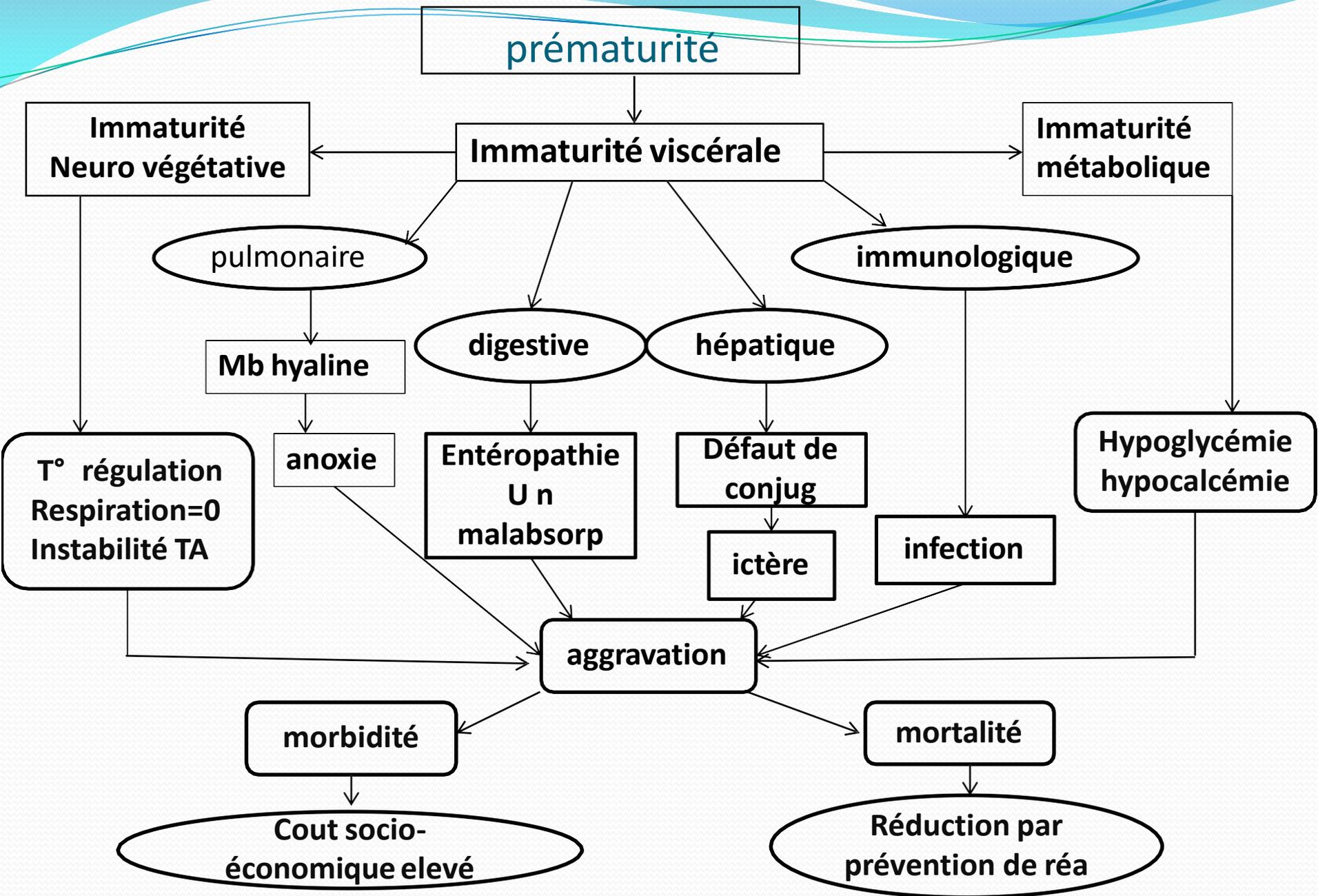
- ✓ **Fœtales:** grossesse multiple, malformations fœtales,
- ✓ **hydramnios :**
  - Peut être témoin d'une pathologie fœtale :diabète, allo-immunisation  
malformation .....
  - Idiopathique
  - Entraîne une sur distension utérine
- ✓ **Causes placentaires:**
  - PP , HRP, technique actuelle de PAM

# Physiopathologie





# Les conséquences



# Les facteurs de risque

- ✓ mère célibataire
- ✓ Age maternel <18 ans, >35 ans
- ✓ Bas niveau socio-économique
- ✓ G non désiré
- ✓ Enfants de bas âge à domicile
- ✓ ATCD des ABRT provoqué ou spontanée
- ✓ ATCD d'accouchement prématuré
- ✓ Travail pénible ,trajet longs quotidiens
- ✓ Surmenage familial
- ✓ Tabacs ,alcool, stress, drogue



Le score de CRAP

pt	Statut socio-économique	ATCD	Mode de vie	Grossesse actuelle
1	2 enfants ou plusieurs Sans aide faml Bas NSE	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Curetage</li> <li>✓ Court intervalle après les G ant</li> </ul>	Travail à l'extérieur	Fatigue inhabituelle Pris de poids excessive
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ G illégitimes non hosp</li> <li>✓ &gt; de 20ans</li> <li>✓ &lt; de 40ans</li> </ul>	Deux curetages	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plus de 03 étages sans ascenseur</li> <li>✓ Plus de 10 cig/j</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pris de poids &gt;5kg</li> <li>✓ Albuminurie</li> <li>✓ HTA(13ans)</li> <li>✓ Hypotension</li> </ul>
3	Très bas NSE Taille < 1.5cm Poids< 45kg	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 03 curetages ou plus</li> <li>✓ Utérus cylindrique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Long trajet quot</li> <li>✓ Effort inh</li> <li>✓ Gd voyage</li> <li>✓ Travail fatigant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Chute de poids &gt; précéd</li> <li>✓ Tête basse</li> <li>✓ SI formé</li> <li>✓ Siège à 07 mois</li> </ul>
4	Moins de 18 ans			<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pyélonéphrite</li> <li>✓ MTR de 2 trimestre</li> <li>✓ Col court perméable</li> <li>✓ Utérus contractile</li> </ul>
5		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Malformation utérine</li> <li>✓ ABRT tardif</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ G gemellaire</li> <li>✓ PP</li> <li>✓ hydramnios</li> </ul>

**5**

**10**

**risque faible**

**Risque  
modérée**

**Risque fort**

# Diagnostic

✓ **CU**

✓ **Modification cervicale**

❖ **RPM:**

- ✓ liée à une modification cervico segmentaire passé inaperçue
- ✓ **tournant** dans la MAP car elle ajoute le risque infectieux à la prématurité

❖ **CU**

# Score de BAUMGARTEN

## Score pronostique de la menace d'AP

Note paramètre	0	1	2	3
Position du col	Postérieur	Antérieur	centré	
Dilatation du col	Fermé	1 cm	2 cm	> 3 cm
Longueur du col	3 cm	2 cm	1 cm	Effacé
Consistance du col	Dur	Moyen	Ramolli	
Degré d'engagement Station	0	+1	+2	+3
Segment inférieur	Non formé	En voie de formation	Formé	Amplié
Contractions Utérines	0	Irrégulières Faibles	Régulières Moyennes	Régulières Intenses
Poche des eaux	Intacte	Intacte + métrorragie	Fissurée	Rompue

**03**

**Menace  
légère**

**06**

**Menace  
modérée**

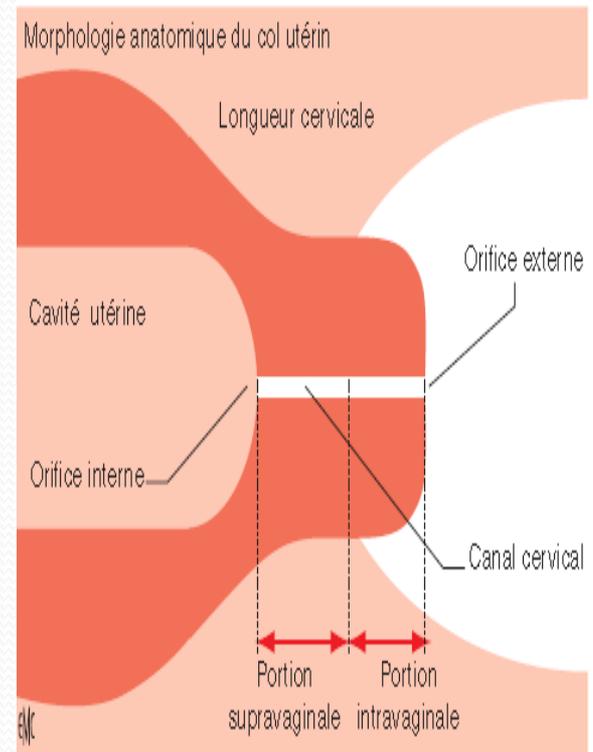
**Menace  
sévère**

# Le score de THOULON

	<b>Présentation</b>	<b>PDE</b>	<b>Métrorragie</b>	<b>CU</b>	<b>Dilat Du col</b>	<b>Long Du Col</b>
<b>1</b>	<b>Haute -3 cm et plus</b>	<b>Intacte</b>	<b>Abs</b>	<b>&lt;1/10m</b>	<b>&lt;1cm</b>	<b>&gt;3 cm</b>
<b>2</b>	<b>Moyenne -2/-1</b>	<b>Fissurée</b>	<b>Minime</b>	<b>2- 4/10m</b>	<b>1-2cm</b>	<b>&gt;1.5cm</b>
<b>3</b>	<b>Engagée 0,+1</b>	<b>Rompue</b>	<b>Forte</b>	<b>&gt;5/10m</b>	<b>&gt;3cm</b>	<b>&lt;1cm</b>

# Échographie du col

- Echo endo vaginale du col offre une très bonne reproductibilité
- Par une sonde (5-7mhz) le col est repéré sur une coupe sagittale
- Évaluation de la longueur du col
- Appréciation morphologie OI
- Eventuel protrusion du mb





col raccourci avec petite protrusion du mb  
Col court avec protrusion des membranes importante.

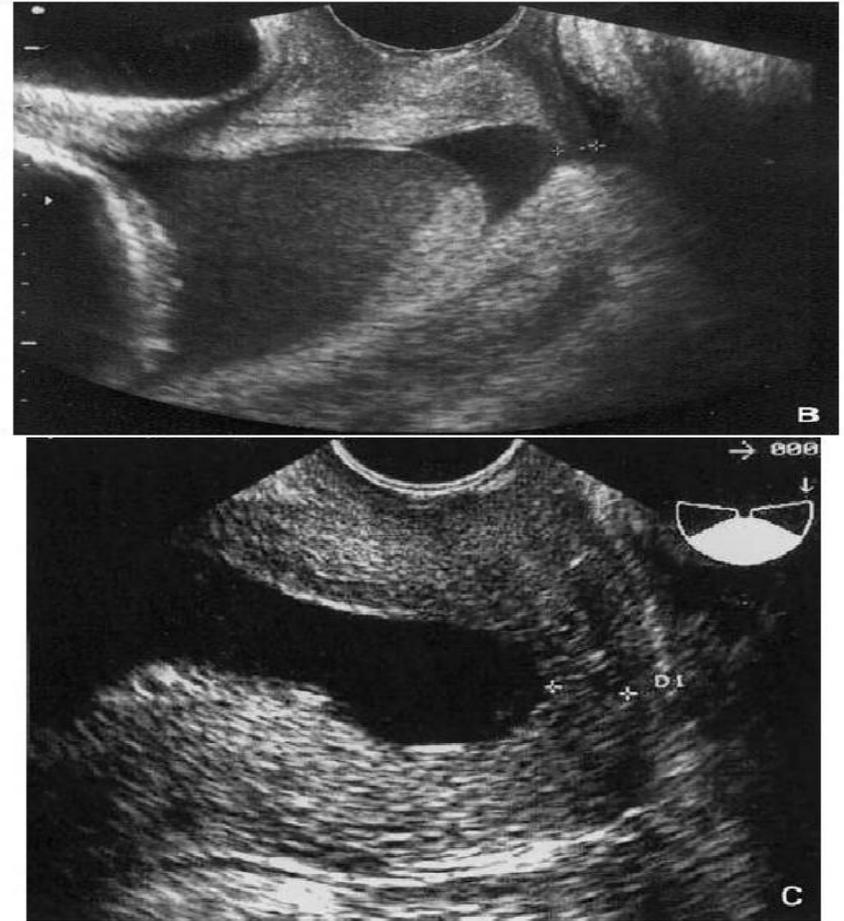


Figure 3. Échographies du col

- **Critères définissant un risque AP:**

- **Grossesse gémellaire**

- **+long du col <20mm entre 21-24SA**

} = AP 32 SA

# Échographie

- **Échographie utérine:**

- Recherche causes MAP:

- ✓ Grossesse multiple
- ✓ Malformation
- ✓ PP
- ✓ hydramnios

- Étude de fœtus:

- ✓ Biométrie
- ✓ Bien être
- ✓ LA
- ✓ Maning fœtale

# Autres marqueurs

- ✓ La fibronectine
- ✓ Cytokines
- ✓ Corticotropin releasing hormone CHR
- ✓ Oestradiol salivaire

# Bilan étiologique

- **Chez la mère:**
  - FNS ,glycémie, HGPO
  - CRP
  - ECBU,pertes
  - Prélèvement vaginal
  - Test de KHEIHAUER en cas de métrorragie
- **Chez le fœtus:**
- ERCF
- MANING FŒTAL ECHOGRAPHIE



Prise en charge

# Prise en charge

- Clinique :
- Interrogatoire,
- examen général et obstétrical
- Examens complémentaires :
  - Monitoring systématique
  - Echographie du col
  - NFS, plaquettes, coagulation, RAI, CRP
  - PV, ECBU

# Tocolyse

## ❖ But:

- ✓ Maintenir si possible la grossesse à 37 SA
- ✓ Prolongé la grossesse 48 h afin de pouvoir administrer les corticoïde
- ✓ Transfert en utéro afin de permettre l'accouchement dans un établissement de niveau de soin adapte

## ❖ Contre indication:

- ✓ MIU, RCIU sévère
- ✓ HRP pré éclampsie, éclampsie
- ✓ Chorioamniotite
- ✓ Malformation foetale

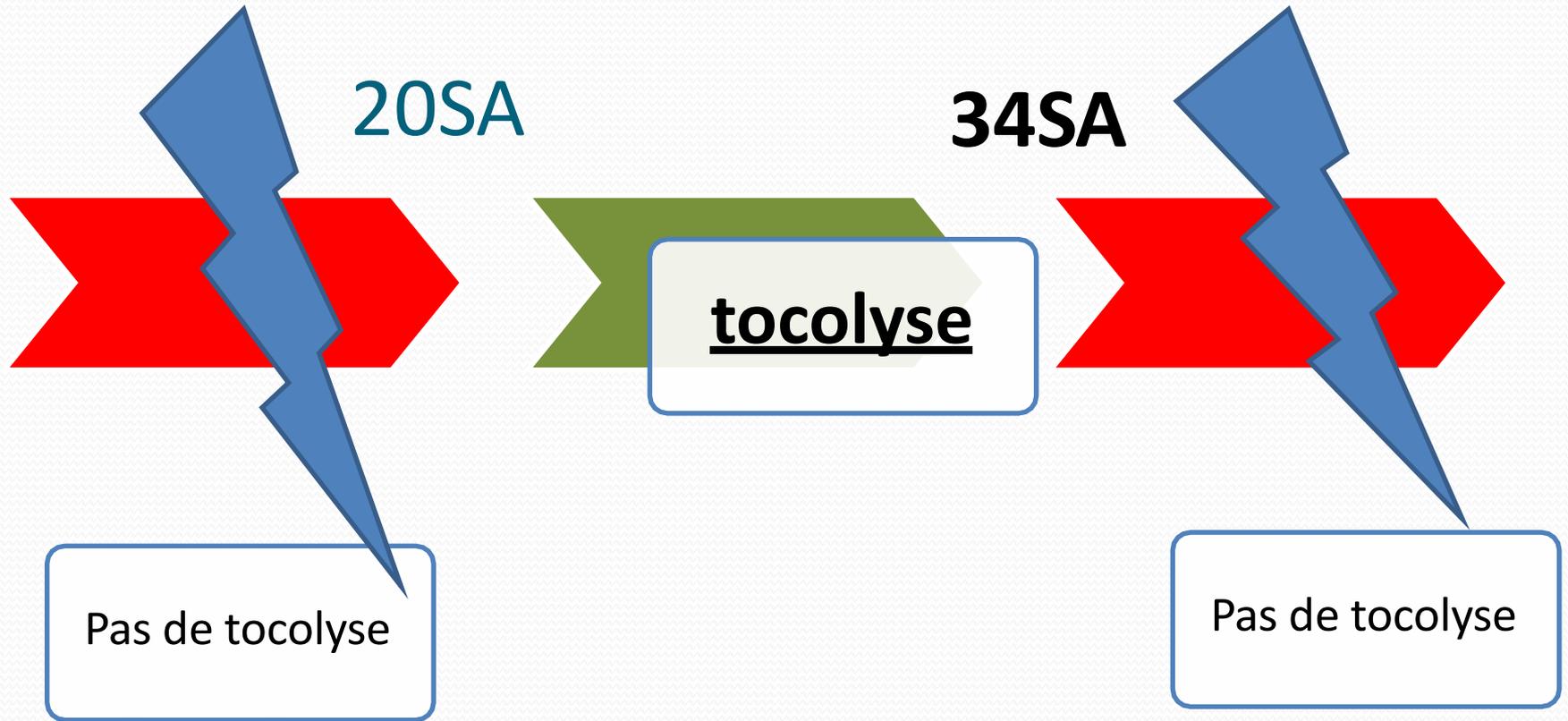
20SA

34SA

tocolyse

Pas de tocolyse

Pas de tocolyse



# Médicaments utilisés



- B<sub>2</sub>mimétiques
  - salbutamol

- Inhibiteurs calcique
  - Nifedipine
  - Nicardipine

- Antagoniste de l'ocytocine
  - Atosiban

# Corticoïdes

- ❖ Prescription 24-34 SA
  - ✓ Maladie des mb hyalines
  - ✓ Entérocolite nécrosante
  - ✓ Hémorragie intra-ventriculaire

# Les antibiotiques

- ✓ ATB n'est pas systématique si membrane intact
- ✓ TRT Locaux vaginaux n'ont pas fait la preuve de leur efficacité
- ✓ Si bactériurie > 100.000 germe/ml = TRT

# Critères de non hospitalisation

- Patiente présentant des contractions utérines sans modifications cervicales, ni clinique ni échographique (longueur cervicale > 26mm), et cédant après tocolyse per os
- Patiente ne présentant pas de contractions utérines, avec un col cliniquement fermé et ayant une longueur échographique > 25mm, avec un orifice interne fermé
- Une fibronectine foétale négative est un argument supplémentaire pour non hospitalisation (si disponible)

# Prise en charge en milieu hospitalier

- Compléter le bilan initial :
  - Echographie obstétricale : systématique pour présentation fœtale, biométries et annexes
  - Sérologies : vérifier toxoplasmose, rubéole, hépatite B, VIH et syphilis ; autres sur point d'appel (hépatites ; Parvovirus B19 ; CMV)
  - Vérifier carte de groupe Rhésus, 2 déterminations
  - Hémocultures si hyperthermie  $> 38^{\circ}5$  et/ou frissons Consultation d'anesthésie et proposer une consultation pédiatrique.
  - Un repos strict au lit n'est pas recommandé.
  - Contention veineuse.

# Principes

- Principes (CNGOF 2016) :
  - Il est recommandé de ne pas utiliser la Nicardipine (accord professionnel) et de ne plus prescrire de bêtamimétiques à visée tocolytique (grade C)
  - L'Atosiban et la Nifédipine peuvent être utilisées à visée tocolytique pour les grossesses monofœtales (grade B) et multiples (accord professionnel)
  - 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)

# Contre-indications

- Contre-indications absolues à toute tocolyse :
  - Infection intra-utérine
  - Suspicion d'HRP
  - RCF pathologique : anomalies justifiant une naissance immédiate
  - MFIU
  - Syndrome malformatif grave

Examen clinique:

- contraction utérine
- Modifications cervicales
- RPM
- hémorragie

Bilan:

- échographie
- CBU
- prélèvement endocol
- Rythme cardiaque fœtal

Membranes rompus

Membranes non rompues

**28-34SA**

- ✓ Repos
- ✓ Tocolyse
- ✓ ATB
- ✓ CTC

**>34sa:**

- ✓ Acc
- ✓ ATB

Menace modérée:  
repos

Menace moyenne:  
Tocolyse  
48h

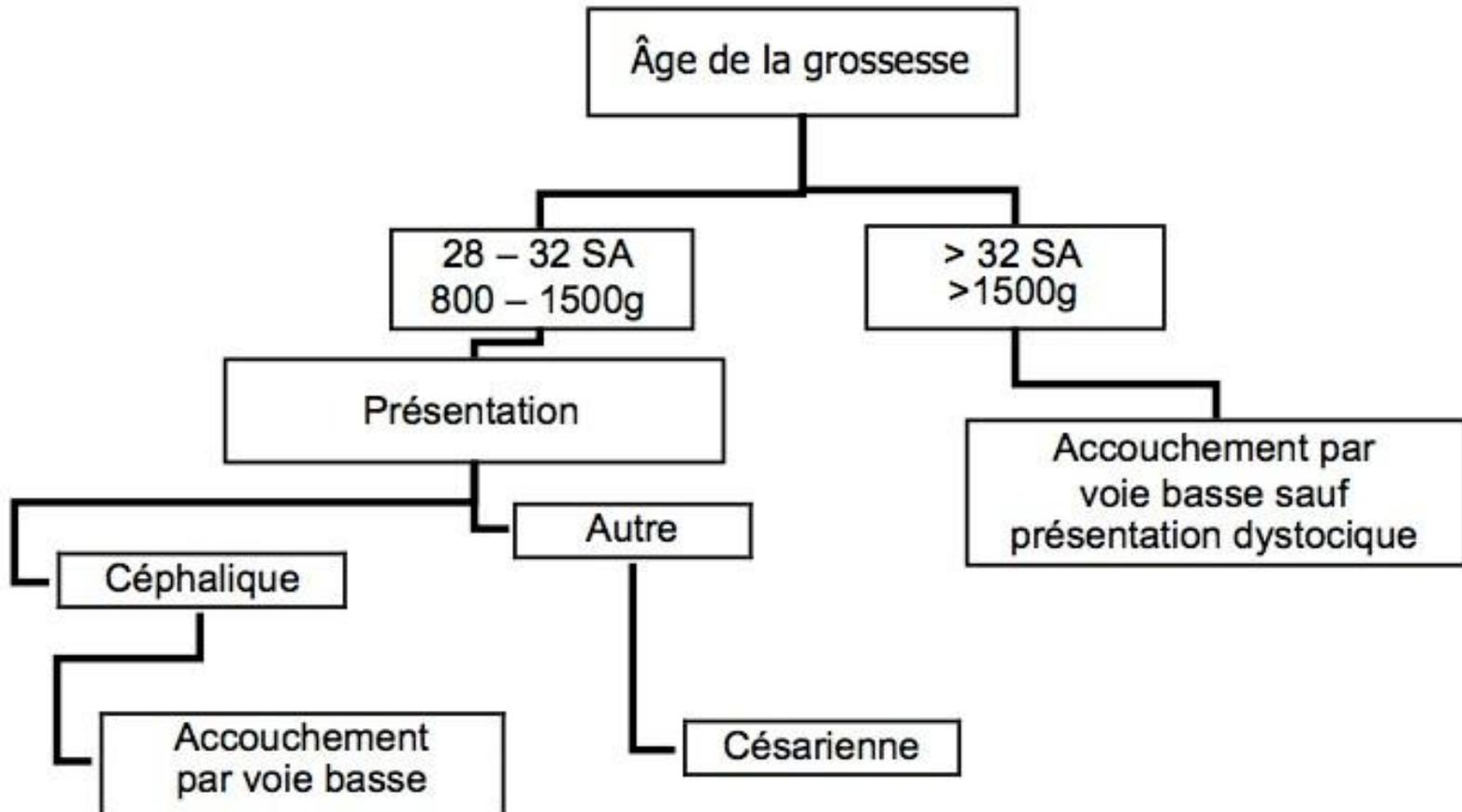
Menace sévère:

>34SA  
<34SA  
Repos arrêt  
Tocolyse  
48h CTC

# L'accouchement prématuré

- La naissance d'un prématuré impose la présence d'une équipe pédiatrique compétente en réanimation néonatale et une maternité de niveau adaptée pour les grands prématurés.
- La décision de la voie d'accouchement est fonction du terme,
- du poids foetal estimé et de la présentation.

# L'accouchement prématuré





Transfert

# Contre-indications aux transferts

- Anomalies du RCF
- Dilatation cervicale  $\geq 4$  cm
- Persistance de contractions utérines sous tocolyse
- Métrorragies actives B.

# Demande de transfert

- transfert en maternité de type adapté
- En type 2A à partir de 32 SA
- type 2B à partir de 30 SA
- en type 3 à partir de 24 SA, au cas par cas entre 23 et 24 SA.
- En cas de grossesse multiple, le seuil inférieur de terme peut être ramené à 31 SA en 2B, et est de 33 SA en 2A.

# L'accouchement prématuré

- Le taux des césariennes est élevé, les indications sont dominées par la souffrance fœtale et les conditions obstétricales défavorables avant 34 SA en cas de prématurité induite.
- Quand on accepte l'accouchement par voie basse :
- Le monitoring obstétrical doit être continu (RCF et tocographie)
- L'analgésie péridurale est recommandée
- La femme en décubitus latéral gauche durant tout le travail
- Perfusion de sérum glucosé à 5 %
- Une bonne oxygénation

# L'accouchement prématuré

- Respect le plus longtemps possible des membranes
- Correction rapide des anomalies des contractions utérines
- Les drogues déprimant les centres respiratoires du nouveau-né sont à éviter.
- La ventouse est contre-indiquée, mais le forceps est d'utilisation large
- L'épisiotomie sera systématique
- L'enfant est pris en charge en néonatalogie (**le pédiatre doit être présent à la salle d'accouchement**).
- une révision utérine: une malformation utérine, un myome déformant la cavité.
- Le placenta sera adressé pour examen anatomopathologique.

# Soins particuliers du NN

- En salle de travail, le nouveau-né est confié immédiatement au néonatalogiste.
- Plusieurs phénomènes sont fréquemment observés chez le prématuré :
- hypothermie, acidose, hypoxie, hypoglycémie.
- Ces phénomènes résultent soit :
- Du travail de l'accouchement ou de l'immaturité du nouveau-né
- Leur correction s'impose en urgence

# Pronostic

- Maternel:
- Lié à la pathologie maternelle : HTA, Diabète, cardiopathies, infection...
- Taux de césarienne plus important et donc morbidité maternelle plus importante

# Pronostic

- Mortalité néonatale élevée, elle est de 22 % à 30 SA et 8 % au-delà de 32 SA.
- Elle est liée à :
  - Détresse respiratoire
  - Hémorragie cérébrale
  - Choc septique

# Pronostic

- Les progrès en réanimation néonatale ont permis d'améliorer la survie des enfants prématurés
  - Morbidité néonatale élevée :
    - Les infections
    - La MMH
    - Leucomalacie périventriculaire
    - Entérocolite nécrosante
  - Complications métaboliques
- Séquelles et handicaps :
- Infirmité motrice cérébrale
  - Déficit psychomoteur
  - Performances scolaires moins bonnes
- Après 32 SA, le taux de séquelles est inférieur à 5 %.
- Avant 32 SA, ce taux varie de 20 à 60 %.

# Prévention

- La prématurité' représente un problème de santé publique, sa préventions est d'une importance capitale.
- Elle repose sur :
- Dépistage des facteurs de risque de prématurité'
- Suivi prénatal régulier
- Cerclage du col si béance cervico-isthmique
- Cure de cloison utérine
- Prise en charge adéquate des MAP avec une corticothérapie systématique
- Dépistage et traitement des infections cervico-vaginales et urinaires
- Bonne gestion des inducteurs de l'ovulation pour réduire l'incidence des grossesses multiples
- Accès facile aux filières de soin spécialisées

# Conclusion

- L'accouchement prématuré' est une situation obstétricale délicate.
- La mortalité' et la morbidité' périnatale restent élevées.
- **L'âge gestationnel** est le critère pronostique prédominant. seule la préventions est capable de réduire l'incidence de la prématurité' et ses conséquences.

# Conclusion

- La corticothérapie anténatale et l'accouchement dans une maternité' de niveau adapté ont fait preuve de leur efficacité'. L'identification des femmes à haut risque d'AP permet de cibler la prise en charge.
- L'évaluation du risque d'AP reste basée sur la clinique et affirmée par l'échographie du col chez des patientes symptomatiques ou ayant des grossesses multiples.

# Conclusion

- ❖ La prise en charge de la MAP a bénéficié ces dernières années de la mise en réseau des maternités qui a permis une prise en charge plus efficace des nouveau-nés à la naissance.
- ❖ Par ailleurs, on assiste actuellement à une rationalisation des traitements prescrits, aussi bien pour le « repos » dont l'interprétation par les soignants a parfois été abusive, que pour les antibiotiques ou les corticoïdes dont la prescription excessive a aussi probablement des effets délétères.
- ❖ l'amélioration du dépistage des patientes à plus haut risque d'AP, en permettant de cibler la prise en charge, devrait permettre d'éviter, là aussi, les prescriptions inutiles