

## Menace d'accouchement prématuré

**Définition** : la MAP est définie par l'association de

- contractions utérines fréquentes et régulières (au moins 3 en 30 minutes) et de
- modifications significatives du col utérin ceci
- avant 37 SA.

L'interrogatoire et l'examen clinique doivent permettre de faire le diagnostic mais également de rechercher la cause.

**Interrogatoire** :

- Âge gestationnel
- Identifier la douleur : sensation discontinue de durcissement du ventre (durée de 30 à 60 secondes) +/- association de douleurs
- Caractères de ces contractions : ancienneté, fréquence, régularité, mode évolutif
- Manifestations associées : écoulement de liquide amniotique, métrorragies, fièvre, signes fonctionnels urinaires
- Facteurs de risque : antécédent d'accouchement prématuré ou de menace d'accouchement prématuré, multiparité, faible niveau socio-économique, malformation utérine, DES, bécance cervicale, conisation, grossesse multiple, maladies chroniques (HTA , diabète , pathologies thyroïdiennes...), anémie sévère, hydramnios, vaginose bactérienne, infections urinaires ...

**Examen clinique** :

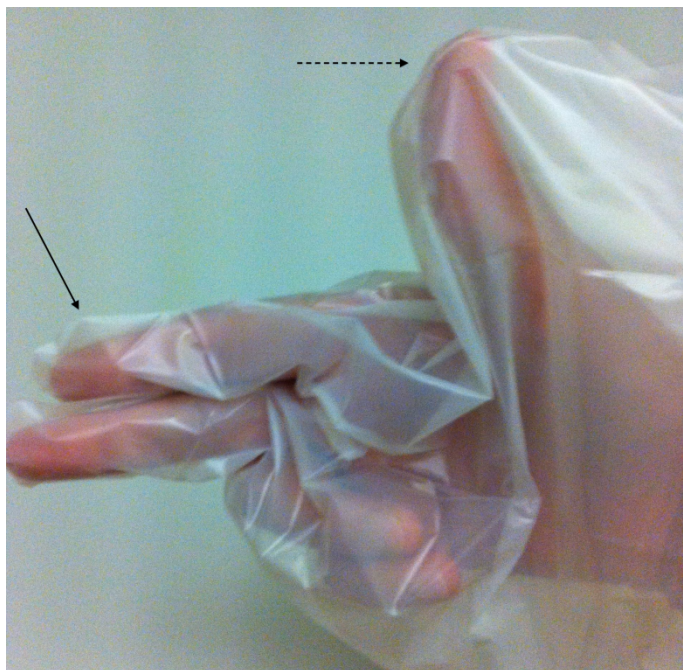
- Palpation abdominale : utérus contractile, mesure de la hauteur utérine (hydramnios ?), présentation fœtale



- Examen au speculum : vaginite infectieuse, cervicite, écoulement de liquide amniotique, ectropion, saignements provenant de l'utérus, protrusion des membranes



- Toucher vaginal : diminution longueur du col, ouverture du col, niveau de la présentation, protrusion des membranes ou rupture des membranes



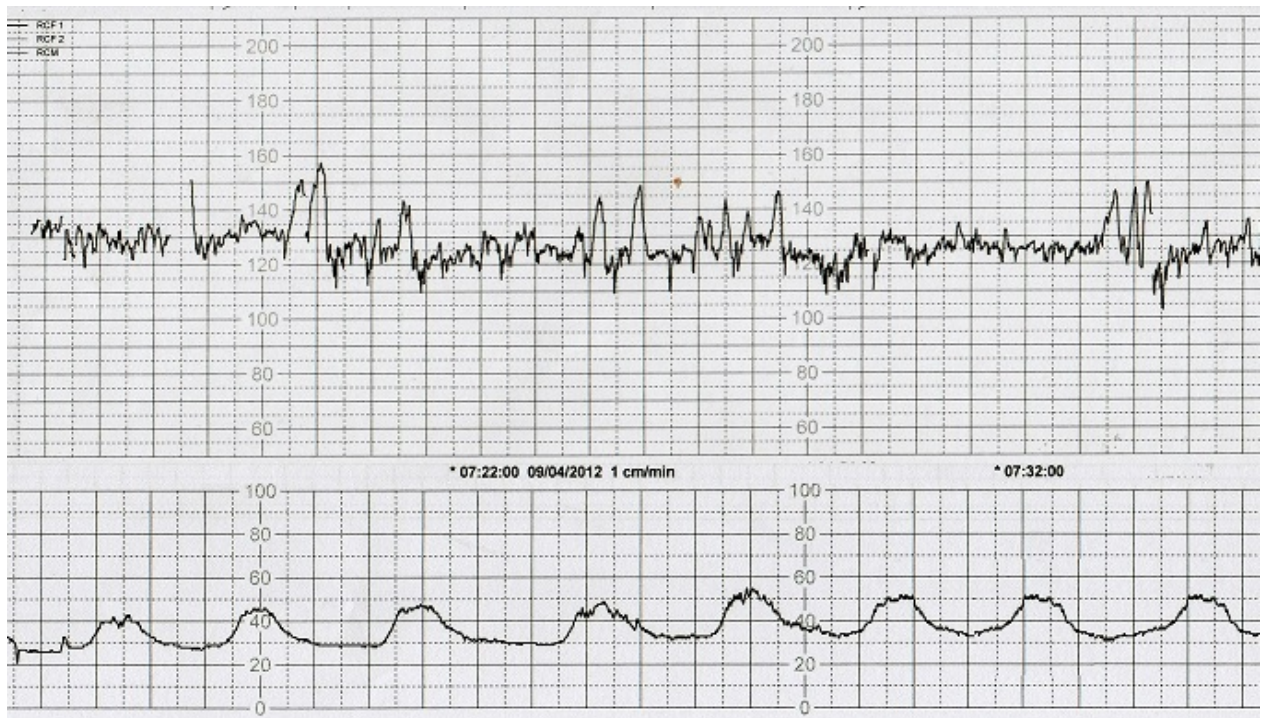
- Echographie du col : cette méthode est plus précise et plus reproductible que le toucher vaginal

### **Image ENC<sup>2</sup> page 61**

Mesure de la longueur cervicale : le seuil est compris entre 20 et 30 mm.

Cet examen présente une bonne valeur prédictive négative : si le col mesuré est supérieur à 30 mm, la patiente ne présente pas de menace d'accouchement prématuré.

- ERCF / tocographie externe : vitalité fœtale / durée et fréquence des contractions utérines



- Echographie abdominale : vitalité, biométrie et présentation fœtale, localisation et maturité du placenta, quantité du LA.



### **Bilan étiologique :**

NFS, CRP,

Bandelette urinaire, ECBU,

Prélèvement vaginal, prélèvement de LA si RPM

### **Traitement :**

En cas de MAP sévère : Transfert in utero vers une maternité adaptée à l'âge gestationnel

- Traitement du facteur déclenchant
- Repos strict au lit
- Tocolyse

Quelle durée ? Pas de bénéfice au-delà de 48h

Quelles contre-indications ? chorioamniotite, SFA

Quelle tocolyse ?

→ 3 principales classes thérapeutiques

- les inhibiteurs calciques : Loxen, Adalate
- les antagonistes de l'ocytocine : Tractocile

→ Le choix se fait en fonction :

- des contre-indications
- de l'existence d'effets secondaires
- des habitudes de service
- des critères économiques

Si inefficacité du traitement tocolytique : possibilité de changer de classe thérapeutique.

### **ADALATE® Nifédipine**

1. Adalate 10 mg : 1 capsule à avaler sans croquer toutes les 15 mn.

Au maximum, 4 capsules puis passer au traitement d'entretien.

2. Traitement d'entretien : à commencer 30 mn après le dernier cp d'adalate 10 mg.

Adalate LP 20 mg : 1 cp/12h pdt 48h ou adalate 10 mg : 1 cp/8h

### **LOXEN® Nicardipine**

5 ampoules dans 500 ml de SG5%

Débuter à 20 ml/h et augmenter progressivement jusque 40 ml/h maximum.

NB : attention en cas d'HTA : risque d'hypotension maternelle avec le loxen.

### **TRACTOCILE® Atosiban**

1. Bolus IV initial : 0.9 ml contenant 7.5 mg/ml (sur 1 mn, IVL)

2. Dose de charge : 1 flacon de 5 ml contenant 7.5 mg/ml à diluer ds 45 ml de SSI, ringer ou SG5%. Vitesse : 24 ml/h pdt 2 h

3. Dose d'entretien : 1 flacon de 5 ml contenant 7.5 mg/ml à diluer ds 45 ml de SSI, ringer ou SG5%. Vitesse : 8 ml/h, 1 flacon = 6h environ (à renouveler pendant 48h maximum)

Cas particulier : Préférer le tractocile® si :

- Grossesse gémellaire
- Grossesse triple
- Cardiopathie sévère

**Le point sur : La chorioamniotite :**

- Hyperthermie maternelle  $> 37.8^{\circ}$
- Tachycardie maternelle  $> 100 / \text{mn}$
- LA teinté et/ou nauséabond
- Tachycardie fœtale
- Hyper leucocytose maternelle  $> 15000/\text{mm}^3$
- CRP  $> 20 \text{ mg/l}$ , sévère  $> 50 \text{ mg/l}$

- Corticothérapie : Célestène chronodose® bétaméthasone 5,7 mg/ml

Comment ? 2 ampoules à renouveler une fois à 24h d'intervalle

Quel mode d'administration ? Voie IM

A quel terme ?

- À partir de 24SA et PFE : 500 g, avec avis pédiatrique
- de 25SA → 34SA+0j
- entre 34SA et 36SA, à discuter au cas par cas, selon le bénéfice attendu.

Quel délai d'efficacité ? A partir de 24h après le début du traitement

Quels bénéfices ?

- Réduction de la mortalité néonatale
- Réduction du risque de maladie des membranes hyalines
- Réduction du risque d'hémorragies intraventriculaires cérébrales néonatales
- Réduction du risque d'entéocolites ulcéro-nécrosantes

**Diagnostic différentiel :**

- Douleurs ligamentaires : on parle du syndrome de Lacomme. Il s'agit de douleurs à type de tiraillements situés sur le pubis et la racine des cuisses. Ces douleurs sont désagréables mais sans danger. Rassurer la patiente.
- Contractions physiologiques : il est normal de ressentir des contractions pendant la grossesse. Les contractions physiologiques sont non douloureuses et doivent être inférieures à 10 par jour. Elles sont plus nombreuses le soir ou après l'effort.
- Utérus contractile : l'utérus est qualifié de contractile lorsqu'il se contracte + de 10 fois par jour sans pour autant entraîner de modifications cervicales. Le repos est alors conseillé mais en l'absence de facteurs de risque associés, le risque d'accoucher prématurément est assez faible et l'hospitalisation non nécessaire.