

MENACE D'ACCOUCHEMENT
PRÉMATURÉ

DR. N DERDOUR



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 du cours

- A. Définition
- B. Facteurs de risques de la MAP
- C. Les étiologies
- D. Diagnostic de la MAP
- E. Diagnostic différentiel
- F. CAT devant une MAP, traitement de la MAP, traitement étiologique .
- G. Accouchement prématuré
- H. Prise en charge du Nné
- I. Pronostic
- J. Prévention
- K. Conclusion

Définition

- On appelle accouchement prématuré, toute naissance se produisant entre 22 et 37 (SA) révolues.
- La prématurité est une cause importante de morbidité et de mortalité néonatale. Elle touche 7 % des naissances. Sa fréquence tend à augmenter.

On distingue 2 types de 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 (hématome rétroplacentaire, placenta prævia hémorragique)
- Le retard de croissance intra-utérin

- La prématurité spontanée (70 à 80 %)

Elle est précédée par une menace d'accouchement prématuré. La surveillance prénatale doit permettre de reconnaître les patientes à risque afin d'instaurer les mesures appropriées permettant d'éviter la naissance pré terme.

Facteurs de risques de l' accouchement prématuré

- 1/ facteurs liés aux antécédents de patiente:
 - antécédents d' avortements à répétition et d' accouchement prématuré.
 - PMA (grossesse multiples)
 - La multiparité.
 - Le délai court entre les grossesse.

- 2/ Facteurs liés à une pathologie pendant la grossesse:
 - ❑ syndromes vasculo-rénaux (HTA, prééclampsie...)
 - ❑ Diabète gestationnel
 - ❑ Diabète préexistant à la grossesse.
 - ❑ Placenta prævia.

- 3/ Facteurs socio-économiques et mode de vie:
 - ❑ bas niveau socio-économique.
 - ❑ Facteurs psychosociaux(mère célibataire, travail pénible, stress.)
 - ❑ Faible poids maternel et carence nutritionnelle
 - ❑ l' accès au système de soins et le suivi prénatal.
 - ❑ Le tabagisme

Étiologies

- Cause maternelles:

- a- Générales:

- Les infections: elle peut être systémique(pyélonéphrite, pneumonie), infection urinaire haute ou basse, infection cervico-vaginales. Elles induisent des contractions utérines par augmentation de la synthèse des prostaglandines.

- Prééclampsie sévère: l'objectif de l'accouchement thérapeutique est de faire régresser cette pathologie hypertensive, éviter ses complications et sauver le fœtus.
- Incompatibilité rhésus:
- Diabète
- cardiopathies

b- locales:

1. Les anomalies acquises de l'utérus: le volume de la cavité utérine réduit par:

-synéchies utérines surtout corporéale

-fibromes utérins sous-muqueux et intra cavitaires

2. Les malformations utérines congénitales

- Le risque de prématurité varie de 25 à 50 %. Les principales malformations en cause sont :
 - Les utérus cloisonnés : (50 %) et sont responsables surtout d'avortements précoces, mais aussi d'accouchements prématurés et d'avortements tardifs. La découverte d'un utérus cloisonné impose la cure chirurgicale de la cloison qui est réalisée par une hystéroscopie opératoire sous contrôle échographique.
 - Les utérus unicornes ou pseudo unicornes
 - Les utérus bicornes
 - Les utérus hypoplasiques

La recherche de malformation urinaire est systématique en présence d'une malformation utéro-vaginale sauf pour les utérus cloisonnés.

3. La béance cervico-isthmique

- Les antécédents obstétricaux évoquant une béance ou une incompétence cervico-isthmique sont :
 - Accouchement prématuré
 - Avortement tardif entre 14-22 SA : expulsion facile et rapide d'un fœtus vivant avec peu ou pas de contractions utérines.
 - La béance peut être congénitale associée aux malformations utérines ou traumatiques due aux curetages, conisation, amputation du col, déchirures cervicales ou traumatisme obstétrical.

- La confirmation de la béance se fait en dehors de la grossesse par calibrage du col (la bougie de Hégar N° 8 passe sans ressaut) ou par HSG qui montre un élargissement du défilé cervico-isthmique (> 8 mm).
- Le cerclage à froid à 14 SA constitue le traitement de la béance et prévient la récurrence de l'avortement et de la prématurité.
- Enfin, il existe des béances dites fonctionnelles qui ne se révèlent que pendant la grossesse. Elles pourront être recherchées par l'échographie vaginale qui mesure le diamètre de l'orifice interne.

LES CAUSES OVULAIRES

- **Les grossesses multiples**: 40 % des accouchements prématurés sont dus à des grossesses multiples. Les explications sont :
 - sur distension utérine importante
 - placenta bas inséré
 - Rupture prématurée des membranes
- Le risque de prématurité en cas de gémellité est de 40 %. En cas de triplés, le risque approche les 100 % avec un âge gestationnel critique de 33 semaines difficilement dépassé.

- L'hydramnios:
- La prématurité se voit soit par rupture prématurée des membranes soit par sur distension utérine. La recherche d'une étiologie est indispensable.
- Elle peut être maternelle (diabète, allo-immunisation) ou fœtale dominée par les malformations du système nerveux et du système digestif.

- **L'infection amniotique:**

La chorio-amnionite est suivie d'accouchement prématuré dans près de 100 % des cas. Cette étiologie infectieuse se retrouve dans 5 à 10 % des accouchements prématurés, essentiellement après rupture prématurée des membranes.

- **La Rupture prématurée des membranes (R.P.M).**

- **Les malformations fœtales**

Le dépistage de ces malformations est systématique par une échographie morphologique pratiquée entre 20 et 25 SA .

- Placenta prævia
- Au total, Il est très probable que le travail prématuré soit un phénomène multifactoriel. Toutefois, il faut bien reconnaître que la cause de l'accouchement prématuré reste idiopathique dans 40 % des cas.

La menace d'accouchement prématuré

- DIAGNOSTIC POSITIF

- Les contractions utérines sont retrouvées à l'interrogatoire, à la palpation et à l'enregistrement par tocographie. Il s'agit de contractions intenses douloureuses et régulières. On considère comme pathologique l'existence d'au moins une CU toutes les 10 minutes.
- Les métrorragies : brunâtres, peu abondantes
- écoulement liquidien (RPM)
- Les modifications locales sont appréciées par le toucher vaginal.

- On note :
- - l' état du col (consistance, longueur, dilatation, position)
- - l'existence ou non du segment inférieur
- - le niveau de la présentation
- - l'état des membranes amniotiques

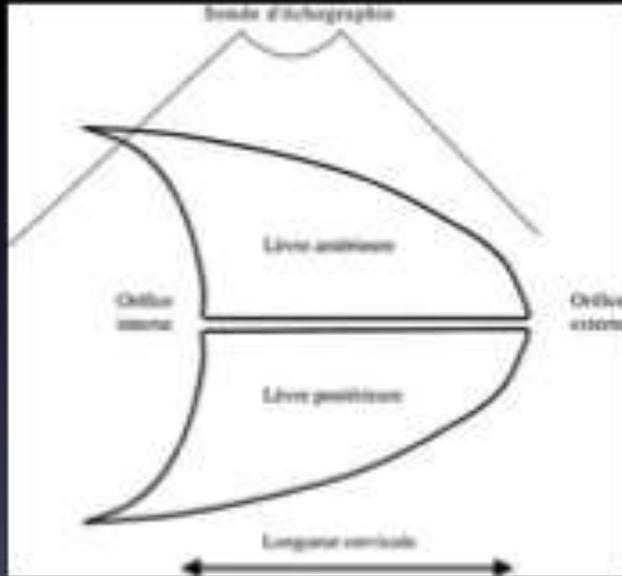
- Tous ces critères sont facilement estimés. L'appréciation de l'état du col a un intérêt diagnostique et pronostique.
- Plusieurs scores ont été établis pour juger de la sévérité de la menace.
- Le tableau suivant donne un score pronostique de la menace :

Score pronostique de la menace d'AP

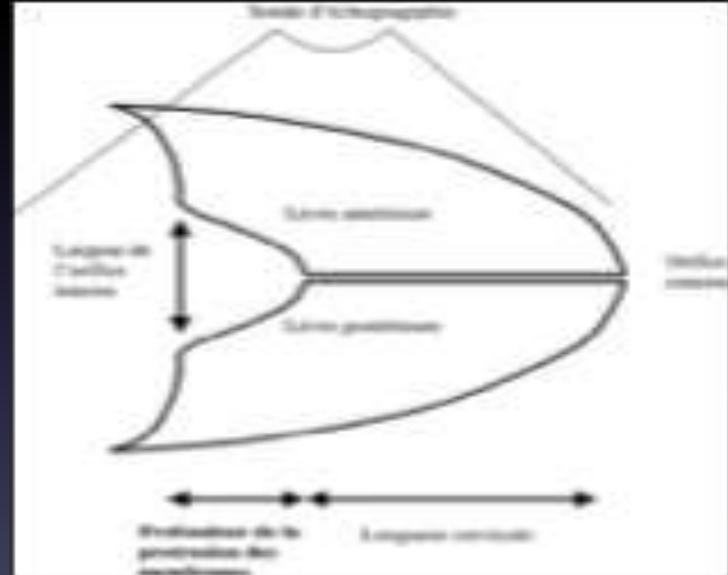
Note paramètre	0	1	2	3
Position du col	Postérieur	Antérieur	centré	
Dilatation du col	Fermé	1 cm	2 cm	> 3 cm
Longueur du col	3 cm	2 cm	1 cm	Effacé
Consistance du col	Dur	Moyen	Ramolli	
Degré d'engagement Station	0	+1	+2	+3
Segment inférieur	Non formé	En voie de formation	Formé	Amplié
Contractions Utérines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

- On aboutit ainsi à la notion de menace légère, modérée et sévère.
- L'échographie du col de l'utérus : réalisée par voie endovaginale à vessie vide, elle présente une bonne reproductivité par rapport au toucher vaginal. Elle permet des mesures objectives et précises.
- Les critères échographiques définissant un risque d'accouchement prématuré sont :
 - Ouverture de l'orifice interne du col de plus de 10 mm
 - Protrusion de la poche des eaux dans l'endocol
 - Longueur du col inférieure à 30 mm

Aspect normal du col utérin en écho vaginale



Aspect anormal du col



Diagnostic différentiel

- hématome rétroplacentaire (HRP) où les métrorragies, les douleurs peuvent être prises pour une menace d'accouchement prématuré. L'HRP est un accident grave et imprévisible nécessitant une évacuation immédiate de la grossesse et une réanimation maternelle.
- Les urgences gynécologiques (fibrome ou kyste de l'ovaire compliqués et associés à la grossesse), les causes chirurgicales (appendicite aiguë, cholécystite aiguë) et les causes médicales doivent toujours être recherchées.

CAT devant une MAP

- **HOSPITALISATION :**
- Durant laquelle un bilan étiologique est entrepris simultanément à la tocolyse.
- a. Chez la mère :
- - une numération formule sanguine, une CRP
- - un ECBU
- - un prélèvement bactériologique endocervical et vaginal
- - recherche d'une RPM
- - un dépistage du diabète gestationnel (GP75)

- Chez le fœtus :

- on étudie le rythme cardiaque fœtal

- on pratique une échographie obstétricale précisant le nombre de fœtus, la biométrie, la morphologie, la quantité de liquide amniotique et la localisation placentaire.

Traitement de la MAP

- but : prolonger la grossesse pour atteindre la maturité pulmonaire fœtale
- Les moyens :
 1. Le repos
 2. Les agents tocolytiques :

Les inhibiteurs calciques

utilisés en première intention remplaçant les Bêta mimétiques. Ils sont aussi efficaces que les B+, et ont moins d'effets secondaires.

Effet indésirable: des céphalées lors des premiers jours.

Pas de contre-indication formelle.

- la Nifédipine (Adalate®). voie orale selon le protocole suivant : Adalate Cp à 20 mg toutes les 8 heures pendant 48h.
- La Nifédipine (Loxen®) voie intraveineuse à la pousse seringue électrique à la dose de 2 à 4 mg/heure pendant 24 à 48h.

- les bêta mimétiques

Ils sont efficaces, mais peuvent entraîner des effets secondaires fréquents :

- Tachycardie maternelle, mais aussi foétale
- Palpitation
- Hypotension
- Hyperglycémie
- Hypokaliémie
- OAP notamment en cas de grossesses multiples

Donc CI en cas:

- Cardiopathies
- Trouble du rythme
- HTA sévère
- Diabète décompensé
- Allergie au produit
- À cause des effets indésirables et des contre-indications fréquentes, les bêta mimétiques sont actuellement délaissés au profit des inhibiteurs calciques.

- **les antagonistes de l'ocytocine:**

Atosiban (Tractocile®). La voie d'administration est intraveineuse pendant 48 heures. Pas de contre-indications sauf l'hypersensibilité au produit. Les effets indésirables sont peu fréquents : tachycardie maternelle et douleurs thoraciques.

- **Les anti-inflammatoires non stéroïdiens :**

Ils inhibent la synthèse des prostaglandines, ils ne sont jamais prescrits de 1ère intention. Les effets indésirables sont : ulcère gastroduodéal, réaction allergique, fermeture prématurée du canal artériel, l'oligoamnios...

- **Les progestatifs :**

Ils inhibent la synthèse de prostaglandines, pas d'effets indésirables. Leur bénéfice semble être important dans les associations avec les autres tocolytiques.

- Les antispasmodiques (Spasfon)
- Ils n'ont aucune évidence scientifique de leur efficacité contre la menace d'accouchement prématuré

En pratique la tocolyse est contre-indiquée en cas de :

- Hémorragie grave
- HRP
- Souffrance fœtale aiguë ou chronique
- Chorio-amnionite
- Mort fœtale in utero
- Malformation fœtale non viable

- La corticothérapie anténatale

Elle accélère la maturité pulmonaire fœtale et permet une meilleure adaptation hémodynamique néonatale. Ses bénéfices sont nets avant 34 SA. Il s'agit surtout de la réduction de la mortalité néonatale, du risque de maladie des membranes hyalines MMH, de l'hémorragie intra ventriculaire et du risque d'entérocolite ulcéro-nécrosante.

Les produits utilisés sont :

- La bétaméthasone (Célestène®) à la dose de 12 mg /jour pendant 2 j
- La Dexaméthasone (Unidex®) à la même dose que la bétaméthasone

Une cure unique est actuellement recommandée. Toutefois, une 2ème cure peut être renouvelée si la patiente redevient symptomatique avant 34 SA et que l'intervalle entre les 2 cures est supérieur à 10 jours.

- Pas de contre-indications absolues à la corticothérapie.

- Les antibiotiques :
- Pas d'indications systématiques d'ATB en cas de menace d'accouchement prématuré à membranes intactes.
- En cas de RPM associée, la prescription d'antibioprophylaxie de courte durée (48 heures) est recommandée par la majorité des équipes obstétricales.
- Il faut e traiter par une antibiothérapie spécifique des infections cervico-vaginales (vaginose bactérienne et Trichomonas).
- En cas de résultat positif au prélèvement vaginal pour le Strepto B, un traitement antibiotique à base d'ampicilline est recommandé en perpartum pour prévenir une infection néonatale à StreptoB.

Traitement étiologique

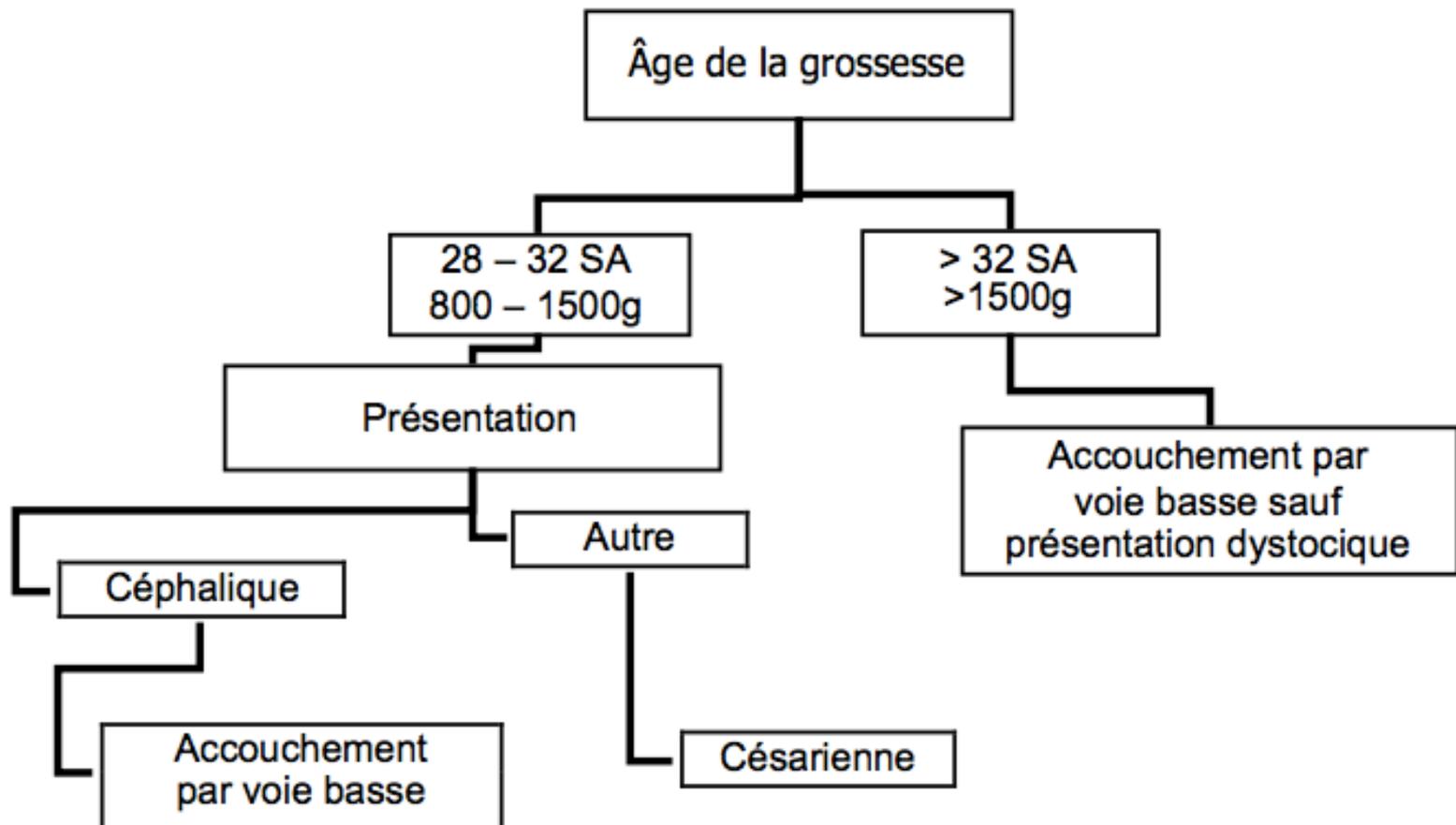
- Infection urinaire, vaginale, équilibration d'un diabète.
- Les indications
- - Les menaces d'AP survenant après 35 semaines ne nécessitent aucun traitement à part le repos.

- - La tocolyse s'impose avant 35 semaines en l'absence de contre-indication à la tocolyse et aux tocolytiques et en respectant les précautions d'utilisation. La durée de la tocolyse actuellement admise est de 48 heures.
- On prescrit en première intention les inhibiteurs calciques par voie orale (Adalate®). Si ceux-ci s'avèrent insuffisants ou si la menace est sévère d'emblée, on utilise les inhibiteurs calciques par voie intraveineuse (Loxen®).

- À côté de la tocolyse qui doit être rapide et efficace, le traitement étiologique est indispensable.
- Les critères d'efficacité du traitement de la menace sont
 - la disparition des contractions utérines
 - la prolongation de la grossesse
- En cas d'échec de la tocolyse, même si elle est bien conduite, l'accouchement prématuré devient inévitable.
- Il faut se préparer à cet accouchement et décider de ses modalités.

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.



- 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

- 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).

On pratique une révision utérine pouvant découvrir une malformation utérine, un myome déformant la cavité. Le placenta sera adressé pour examen anatomopathologique.

Soins particuliers aux Nné prématurés

- 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 (segment inférieur mal-amplié, C/S hémorragique, risque de rupture utérine lors d'une grossesse ultérieure, car cicatrice corporelle)

- néonatal

- 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

- 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 prévention 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 soins 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.