

Menace d'accouchement prématuré

1. Introduction

1.1. Définition

1.2. Intérêt de la question

2. Epidémiologie

3. Facteurs étiologiques

3.1. Les facteurs de risque connus dès le début de la grossesse

3.2. Étiologies maternelles

4. Etude clinique

4.1. Interrogatoire

4.2. L'examen clinique

4.3. Examen paralique

5. Diagnostic différentiel

6. Critères de gravité de la menace d'accouchement prématuré

7. Évaluation pronostique

8. Prise en charge

9. Conclusion

MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATUREE janvier 2021

1. Introduction

Selon l'OMS, la prématurité est définie comme un accouchement survenant avant 37 SA.

Il existe 3 catégories de prématurité selon l'âge gestationnel de survenue:

- ✓ La prématurité sévère : 22 à 27 SA
- ✓ La grande prématurité : entre 28 SA et 31 SA + 6 jours
- ✓ La prématurité moyenne : entre 32 SA et 36 SA + 6 jours

La prématurité peut être spontanée ou induite en raison d'une indication médicale (sauvetage maternel ou fœtal).

1.1. Définition

La menace d'accouchement prématuré (MAP) est définie par l'apparition de contractions utérines fréquentes (> 3 CU / 30 mn), régulières et douloureuses associée à une modification significative du col utérin survenant entre 28 et 37 SA (36 et 6 jours) et qui conduiront à l'accouchement prématuré en l'absence de prise en charge médicale.

1.2. Intérêt de la question

La menace d'accouchement prématuré (MAP) est la première cause d'hospitalisation pendant la grossesse.

L'accouchement prématuré est la principale cause, de morbidité et de mortalité périnatale, 60 % de la mortalité néonatale provient des enfants nés avant 30 SA et la moitié des séquelles neurologiques sont observées chez les nouveau-nés avant 32 SA.

2. Epidémiologie

La MAP est cause fréquente d'hospitalisation pendant la grossesse et la première cause de morbi mortalité fœtale

L'accouchement prématuré demeure la première cause de mortalité périnatale avec une mortalité inversement proportionnelle à l'âge gestationnel.

Selon l'OMS, la prévalence de la prématurité dans le monde varie entre 4% et 18% du total des naissances.

Près de 60% des naissances prématurées surviennent en Afrique et en Asie du sud. Dans les pays les plus pauvres, on compte en moyenne 12% des bébés nés prématurément contre 9% dans les pays à revenu plus élevé.

La morbidité et la mortalité sont étroitement liées à l'âge gestationnel au moment de la naissance. En cas de grande prématurité (≤ 32 SA), la mortalité périnatale est d'environ 40 %,

La morbidité est principalement respiratoire (40 % de maladies des membranes hyalines), neurologique (7 % d'hémorragies intraventriculaires et 5 % de leucomalacies périventriculaires) et digestive (entérocolite ulcéronécrosante).

3. Facteurs étiologiques

3.1. Les facteurs de risque connus dès le début de la grossesse

Ils doivent impérativement être recherchés lors de la première consultation prénatale afin de dépister précocement les femmes à risque d'accouchement prématuré d'adapter la surveillance à la sévérité du risque de prématurité.

🚦 Facteurs socio-économiques

- ✓ Bas niveau socio-économique,
- ✓ Violence conjugale,
- ✓ Travail pénible, longs trajets au quotidien,
- ✓ Mère isolée,
- ✓ Grossesse non ou mal suivie.

✓ Tabagisme

Antécédents gynéco-obstétricaux :

✓ Antécédent de conisation,

✓ Antécédents de MAP, de fausse couche, d'IVG, de curetage,

✓ Grossesses rapprochées,

✓ Antécédents d'accouchement prématuré,

✓ Avortement tardif (du 2ème trimestre).

3.2. Étiologies maternelles:

Les causes locales

✓ Béance cervicale connue

✓ Malformation utérine : les hypoplasies, les utérus unicornes, bicornes, cloisonnés ✓ Myome

Les causes générales

✓ Âge < 18 ans ou > 35 ans,

✓ Infections

✓ générales ou génitales

✓ Pathologie inflammatoire

✓ Anémie,

✓ Dysthyroïdie,

✓ HTA,

✓ Diabète

Les causes ovulaires : (propres à la grossesse en cours)

✓ Grossesse gémellaire ou multiple (par effet mécanique lié à la surdistension utérine)

✓ Hydramnios +++,

✓ Placenta prævia(e risque est multiplié par 6-7),

✓ Infection urinaire, vaginale, chorioamniotite ou générale,

✓ Malformations fœtales

✓ La rupture prématurée des membranes

Dans 40% des cas de MAP; aucun facteur causal n'est formellement identifié.

4. Etude clinique

4.1. Interrogatoire : précisera

✓ Le motif de consultation : douleurs pelviennes à type de contraction utérine douloureuses, dont on précisera les caractéristiques : la date d'apparition, le rythme, la régularité, le mode évolutif.

✓ L'âge gestationnel

✓ Signes associés : métrorragies, hydorrhée

✓ Circonstances de survenue : fièvre, effort physique inhabituel, travail pénible, les habitudes de vie....etc.

✓ signes infectieux urinaires (dysurie, pollakiurie et pesanteur pelvienne

✓ cervico-vaginaux (prurit vulvaire, pertes malodorantes et dyspareunies).

✓ Antécédents gynéco-obstétricaux : parité, antécédent d'accouchement prématuré ou d'avortement tardif, conisation du col utérin, malformation utérine, béance cervicale, notion de cerclage du col utérinetc

✓ Pathologie maternelle : HTA, diabète, dysthyroïdie, anémie sévère,

- ✓ Anomalie de la grossesse en cours : grossesse multiple, vaginose bactérienne, hydramnios, infections urinaires ...etc.

4.2. L'examen clinique

❖ **Statut général** : avec prise de la TA ; pouls, T°.

❖ **L'examen obstétrical** :

✚ **Inspection** : précisera l'axe de développement de l'utérus, cicatrice utérine.

✚ **Palpation** : précisera

✓ La hauteur utérine (une HU excessive liée à une grossesse multiple, un hydramnios...etc). ✓

La présence de contraction perçue comme un durcissement utérin généralisé, intermittente, survenant à intervalles réguliers, d'une durée de 30 à 60 secondes suivies par un relâchement dont on doit préciser : la fréquence /10min, la régularité.

✓ Le type de présentation

✚ **Auscultation** : vérifier la vitalité fœtale au stéthoscope obstétricale.

✚ **Examen au spéculum** : précisera

✓ l'état du col utérin,

✓ présence de leucorrhées teintées ou malodorantes (d'infection cervico-vaginale),

✓ d'une hémorragie,

✓ d'un écoulement du liquide amniotique parfois mêlé à du vernix caseosa en faveur d'une rupture des membranes.

✓ Permet de réaliser des prélèvements pour étude bactériologique

✚ **Toucher vaginal** : précisera

la position, la longueur, la consistance et la dilatation du col à la recherche de modifications cervicales.

Le type et le niveau de la présentation, l'état des membranes et la formation du segment inférieur.

Pendant la grossesse, le col est long d'au moins 2,5 cm, tonique, postérieur, et son orifice interne est fermé. En cas de MAP : le col se modifie, devient court, centré, mou et parfois perméable au doigt.

□ L'examen physique est terminé par un examen somatique à la recherche d'une anomalie pouvant modifier la prescription thérapeutique.

4.3. Examen paralique

✚ **Bilan à visée diagnostique** : l'examen clinique semble manquer de précision pour diagnostiquer précocement une MAP, d'où l'intérêt de faire

✓ **Un enregistrement cardiotocographique** : qui permet de quantifier avec précision les contractions et de vérifier en même temps le bien-être fœtal par l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal.

Pr Aouras Page 4

MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATUREE janvier 2021

✓ **L'échographie endovaginale du col** : Elle permet de mesurer la longueur totale du col utérin et l'ouverture de l'orifice interne.

Le risque d'accouchement prématuré est défini selon une ouverture de l'orifice interne supérieure à 5 mm, une longueur cervicale inférieure à 25mm, une protrusion des membranes dans l'orifice interne supérieure à 5mm.

✓ **Une échographie obstétricale** :

Précisera : le nombre de fœtus, la biométrie, la vitalité, le morphogramme et la présentation fœtale, et permet également de faire un bilan étiologique en précisant la quantité du liquide amniotique, et

l'insertion du placenta et son degré de maturité.

Le dosage de la fibronectine cervico-vaginale: c'est une glycoprotéine normalement absente des sécrétions vaginales entre la 21e et la 37e SA, la présence de fibronectine fœtale dans les sécrétions vaginales représente un risque considérable d'accouchement prématuré,

Au total, le diagnostic de menace d'accouchement prématuré est porté devant l'association de contractions utérines et de modifications cervicales, survenant entre 28 et 37 SA. 🚦 **Bilan à visée**

étiologique : Pour rechercher un facteur déclenchant :

- ✓ NFS : recherche une hyperleucocytose maternelle ou anémie.
- ✓ CRP : risque d'infection sous-jacente (chorioamniotite).
- ✓ chimie des urines à la recherche de leucocyturie (infection urinaire asymptomatique) ou protéinurie (pré éclampsie).
- ✓ Prélèvements bactériologiques : ECBU ++, prélèvement vaginal et endocol, hémocultures si hyperthermie $> 38^{\circ}5$ et/ou frissons. vérifier toxoplasmose, rubéole, hépatite B, VIH et syphilis
- ✓ Vérifier carte de groupe Rhésus, 2 déterminations

🚦 **Bilan pré thérapeutique** : en cas d'utilisation du salbutamol :

- ✓ Ionogramme sanguin (kaliémie), glycémie,
- ✓ ECG, échocardi.

5. Diagnostic différentiel

- ✓ Douleurs ligamentaires : des douleurs à type de tiraillement centrées sur le pubis et la racine des cuisses
- ✓ Contractions physiologiques (Braxton Hicks) : définies par un durcissement de l'utérus sans douleur et sans modifications cervicales, elles sont ressenties au troisième trimestre de l'ordre de 1 à 5 contractions/ jour, surtout le soir ou après un effort ;

6. Critères de gravité de la menace d'accouchement prématuré

🚦 **Liés au terrain** :

- ✓ âge gestationnel (< 32 SA),
- ✓ contexte familial difficile,
- ✓ grossesse multiple,
- ✓ multiparité avec antécédent d'accouchement prématuré,
- ✓ absence de corticothérapie maturative.

☐ **Cliniques** :

- ✓ modification cervicale importantes : col effacé, centré, dilatation > 2 cm, poche des eaux bombante
- ✓ contractions utérines douloureuses rapprochées,
- ✓ métrorragies associées,
- ✓ rupture prématurée des membranes

Pr Aouras Page 5

MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATUREE janvier 2021

☐ **Echographiques** :

- ✓ longueur du col ≤ 25 mm,
- ✓ ouverture de l'orifice interne > 5 mm,
- ✓ protrusion de la poche des eaux > 5 mm.

7. Évaluation pronostique

Les critères de gravité de la MAP peut être appréciée et chiffrée avec un suivi de l'évolution

par un indice de MAP appelé indice de Baumgarten (IBG), ainsi :

- ✓ IBG $\leq$ 3 points : menace légère
- ✓ IBG compris entre 3 et 6 points : menace moyenne
- ✓ IBG $>$ 6 points : menace sévère dont les chances de succès du traitement sont restreintes.

Les accouchements entre 34 et 37 semaines posent peu de problèmes.

Ce sont les accouchements avant 34 semaines qui sont problématiques, et ce d'autant plus que le terme est plus précoce.

L'immaturité pulmonaire, digestive, hépatique et immunologique (voir tableau ci-dessous) va entraîner une mortalité et une morbidité fœtale importante. L'ensemble des enfants de petit poids de naissance ($< 2\,500$ g, soit environ 34 semaines) ne représente que 2 à 5 % de la population des nouveau-nés mais fournissent 75 % de la mortalité périnatale et des séquelles neuropsychiques.

Ainsi chaque jour gagné apporte 2 % de survie en plus à ces termes. C'est pourquoi la prévention de la prématurité est indispensable



8. Prise en charge

- ☐ Le traitement symptomatique est constitué de deux éléments majeurs, à savoir :
 - ☐ le repos
 - ☐ Le traitement tocolytique.
- ☐ Le traitement du facteur étiologique éventuellement identifié (exp : infection urinaire), ☐ La maturation pulmonaire fœtale par les corticoïdes (visant à améliorer le pronostic néonatal en cas d'accouchement prématuré),

8.1. Traitement étiologique

Il est indispensable lorsqu'une cause a été mise en évidence. Les causes les plus fréquemment retrouvées sont les infections, en particulier urinaires ou génitales, D'où l'intérêt de faire de façon

Pr Aouras Page 6

MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATUREE janvier 2021

systématique devant toute menace d'accouchement prématurée, un prélèvement vaginal avec recherche de germes pathogènes et de vaginose bactérienne et un examen cytot bactériologique des urines et traitées par une antibiothérapie adaptée.

8.2. Le traitement symptomatique

- ❖ **Le repos** : est la mesure principale notamment si un excès d'activité maternelle est Identifié,

Ce n'est pas un véritable traitement d'attaque de la MAP, c'est un moyen de traitement prophylactique.

La progestérone naturelle micronisée : Utrogestan^R 200 mg.

La dose d'attaque est de 600 à 800mg en 4 à 6 prises jour en 3 prises. par voie vaginale ou orale. Ils inhibent la synthèse des prostaglandines et ont un effet stimulant sur le catabolisme et sa capacité à bloquer le développement des gaps junctions, nécessaires à la propagation de l'activité musculaire.

☐ **Anti-inflammatoires non stéroïdiens** : sont des tocolytiques efficaces mais peuvent provoquer des effets secondaires fœtaux potentiellement sévères: fermeture prématurée du canal artériel, hypertension artérielle pulmonaire, insuffisance rénale, oligoamnios. Ils ne sont utilisés que de manière ponctuelle (généralement pas plus de 48 h), en cas d'échec ou de contre-indication d'un autre traitement.

✓ **Les contre indications de la tocolyse :**

Les situations qui rendent dangereuse la poursuite de la grossesse, à savoir :

- ☐ Suspicion de chorioamniotite (une tocolyse peut être envisagée en cas d'infection maternelle sans chorioamniotite).
- ☐ Souffrance fœtale,
- ☐ Pré-éclampsie,
- ☐ HELLP Sd,
- ☐ Métrorragies abondantes liées à un placenta prævia, ou d'autre étiologie(HRP).
- ☐ une rupture prématurée des membranes
- ☐ un retard de croissance sévère

8.3. Le traitement préventif fœtal : (Mesures visant à améliorer le pronostic néonatal en cas d'accouchement prématuré)

☐ **La corticothérapie anténatale**: consiste en l'administration de :

☐ **betaméthasone** (12 mg x 2/24 h) injections intra musculaires 2^e injection 24 h plus tard. ☐ ou **dexaméthasone** (6 mg x 4/12 h) injections intra musculaires à 2^e injection 24 h plus tard.

Ils agissent en stimulant la synthèse et la sécrétion de surfactant par le poumon fœtal. Ce qui permet une réduction des maladies des membranes hyalines des hémorragies intra ventriculaires et des entérocolites ulcéro-nécrosantes et des décès.

☐ **Sulfate de magnésium**

L'administration anténatale sulfate de magnésium intraveineux à la femme dont l'accouchement avant 32 SA est imminent, qu'il soit attendu ou programmé permet une protection cérébrale de l'enfant né prématuré en réduisant le taux de paralysie cérébrale et de troubles du développement moteur de l'enfant né prématuré.

Dose de charge 4g de MgSO₄ et sera suivie d'une dose d'entretien de 1 g/h pendant 12 h.

☐ **Transfert in utero en maternité de niveau adapté**

Doit être organisé depuis une maternité de niveau 1 ou 2 vers un niveau 3 en cas de menace d'accouchement prématuré avant 32 SA.

✓ **Indication de la tocolyse en cas de menace d'accouchement prématuré à membranes**

intactes

Après 36 SA : Les menaces d'accouchement prématuré ne nécessitent aucun traitement.

Pr Aouras Page 8

MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATUREE janvier 2021

Entre 34 et 36 SA

Les bénéfices néonataux attendus d'une tocolyse sont à évaluer en fonction des risques et effets secondaires maternels des traitements utilisés et des conditions d'accueil du nouveau-né.

Un traitement étiologique et une réduction des facteurs de risque sont utiles (anémie, infection urinaire, suractivité).

Une hospitalisation est nécessaire lorsque, à la menace, s'associent des métrorragies, une rupture prématurée des membranes, une fièvre ou des conditions socioéconomiques défavorables.



Avant 34 semaines,

La tocolyse s'impose en l'absence de contre-indication à la tocolyse et aux tocolytiques, en respectant soigneusement les précautions d'utilisation afin de permettre la réalisation d'une corticothérapie à visée de maturation pulmonaire fœtale.

Seules les menaces d'accouchement prématuré sévères et/ou précoces avant 32 semaines nécessitent l'hospitalisation.

Les menaces moyennes peuvent être traitées en ambulatoire après une courte hospitalisation, cela en fonction de la coopération de la patiente, de l'éloignement de son domicile, des conditions socioéconomiques, des possibilités de surveillance par le médecin traitant ou la sage-femme de PMI, et bien entendu de l'étiologie.

✓ Situation particulière

□ **Rupture prématurée des membranes :** Il s'agit d'une forme grave qui expose à la survenue d'une chorioamniotite et à un risque élevé d'accouchement prématuré. La prise en charge initiale d'une rupture prématurée des membranes comporte une antibiothérapie systématique active sur le

streptocoque B débutée immédiatement après les prélèvements bactériologiques.

A type : Amoxicilline 1 g 3 fois par jour. Les autres mesures (corticothérapie, tocolyse...) sont nécessaires car il s'agit d'une forme grave de menace d'accouchement prématuré.

Pr Aouras Page 9

MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATUREE janvier 2021

□ **Les grossesses gémellaires ou multiples** nécessitent une hospitalisation entre 30 et 34 semaines du fait de la gravité potentielle de la menace d'accouchement prématuré. Les antagonistes de l'ocytocine peuvent être proposés ici en première ligne du fait de la rareté des effets secondaires cardiovasculaires.

✓ Accouchement du prématuré

Si la tocolyse échoue, il faut se préparer à l'accouchement sur place ou mieux après transfert dans une maternité dotée d'un service de néonatalogie ou de réanimation néonatale selon la gravité. La voie d'accouchement dépend du terme, du poids fœtal et des conditions obstétricales

9. Conclusion

Le diagnostic de la MAP repose sur la clinique et la mesure échographique du col, et le diagnostic de rupture prématurée des membranes souvent associée.

Le traitement doit être étiologique dans la mesure du possible. La première cause de MAP est l'infection, qu'il faut donc rechercher de manière systématique.

La tocolyse a peu d'efficacité et ne permet dans le meilleur des cas que la prescription de corticoïdes, la cure de sulfate de magnésium et le transfert dans un établissement adapté.

La mortalité et la morbidité périnatales liées à l'accouchement prématuré restent élevées, malgré les gros progrès de la réanimation.

