

Green pilgrim university Batna

Menace d'accouchement prématuré

Dr BELOUNNAS



Plan

- Définition
- Intérêt de la question
- Étiologie:
 - ✓ Maternelle
 - ✓ Ovulaire
 - ✓ Cause physiopathologique
- Conséquence
- Facteur de risque et score CRAP
- diagnostic d'une MAP:
 - ✓ Clinique
 - ✓ Score BAUMGARTEN
 - ✓ Score THOULON
 - ✓ Echographie
 - ✓ Marqueur biochimique



- Bilan étiologique:
 - ✓ Mère
 - ✓ Foetus
- Prise en charge:
 - ✓ Tocolyse
 - ✓ Cerclage tardif
 - ✓ Corticoïde
 - ✓ ATB
 - ✓ Accouchement prématuré
- conclusion



definition

✓ Selon **OMS**

On appelle MAP toute naissance se produisant entre 22-37 SA révolues
D'un enfant:

- Respirant
- 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 par
 - ces conséquences médicales et psychologique sur la mère
 - Par 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



ÉTIOLOGIE



✓ Causes maternelles:

➤ Infectieuses

➤ Utérines

✓ Causes ovulaires

✓ Causes physiopathologique



Causes maternelles

1-causes infectieuses:

Chorioamniotite est un des principaux pourvoyeurs AP

La prévalence de l'infection est + élevée que :

- Le terme est précoce
- Existe une RPM

La relation entre la MAP et l'infection est démontré par :

- Association fréquente entre MST et MAP
- Mee des lésions inflammatoire du placenta lors d MAP
- Fce élevée de l'invasion bactériennes + efficacité de ATB pour prolonger la grossesse en cas d'échec à la tocolyse



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 , typhoïde , 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: entraine malformation utérine, adénocarcinome à c clair chez la fille de mère exposé

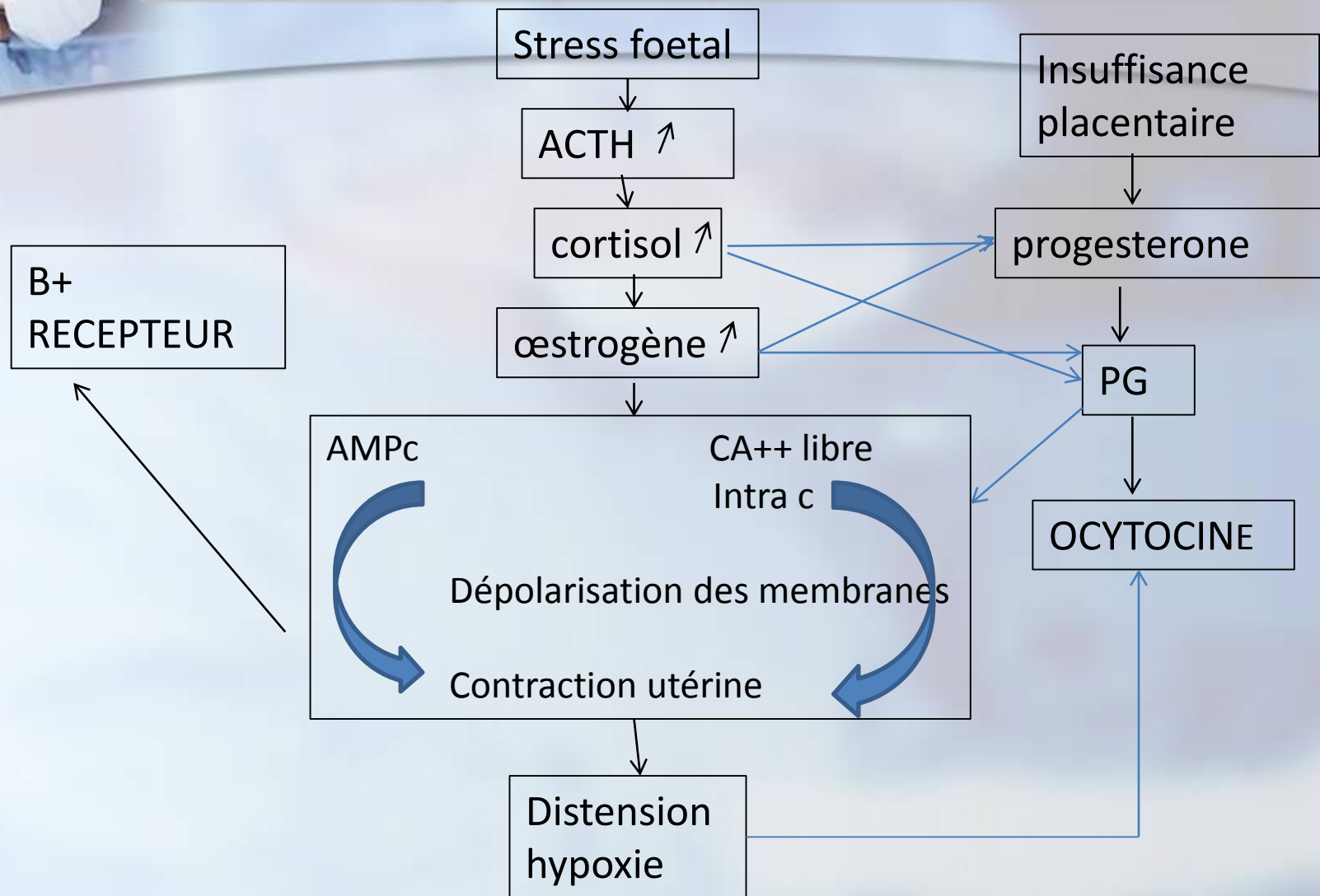
-fibromes endocavitaire

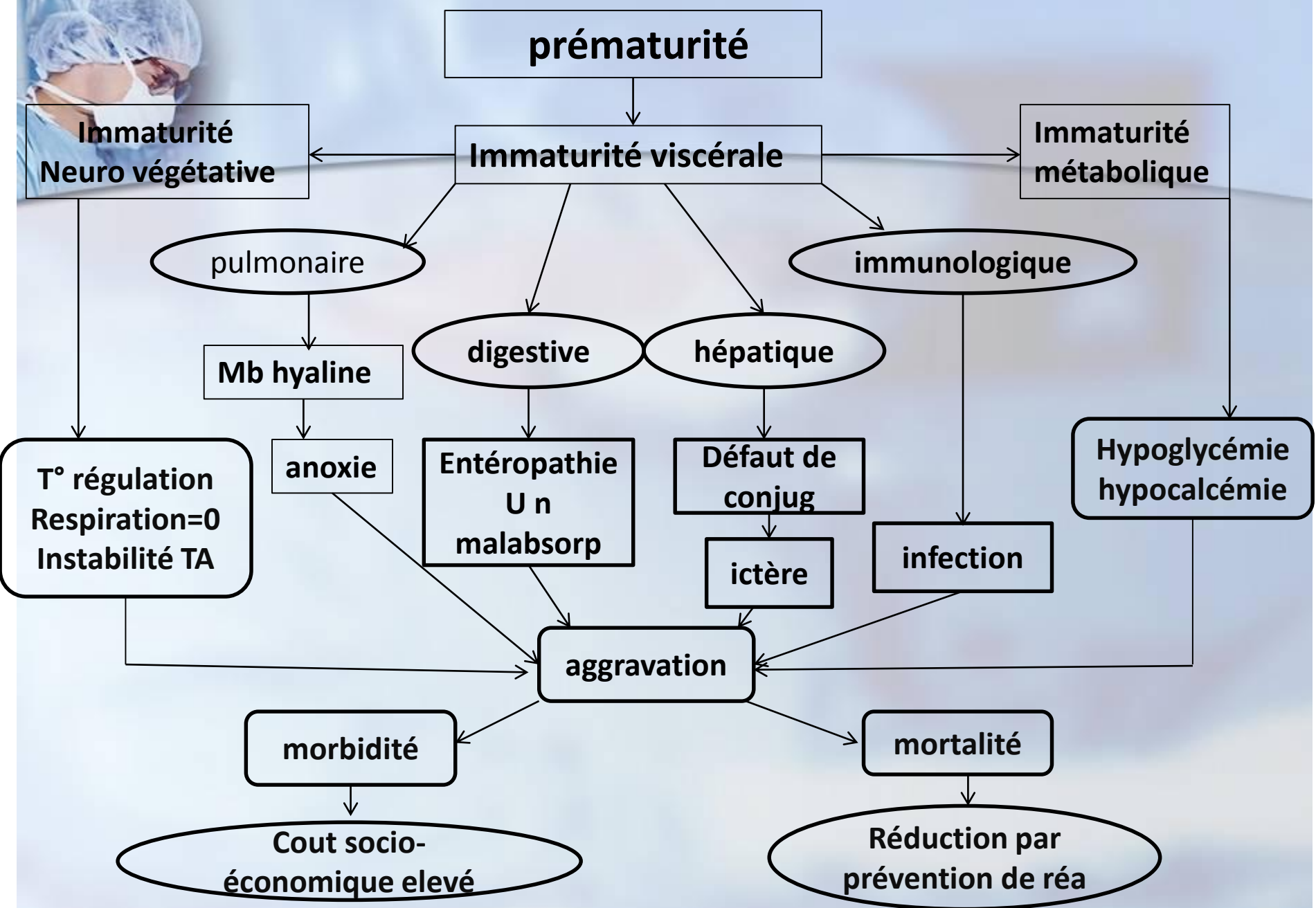


Causes ovulaires

- ✓ **Fœtales:** grossesse multiple, malformations fœtales,
- ✓ **hydramnios :**
 - Index amniotique >24 cm
 - Peut être témoin d'une pathologie fœtale : diabète, alloimmunisation
 - malformation
 - Idiopathique
 - Entraîne une sur distension utérine
- ✓ **Causes placentaires:**
PP HRP, technique actuelle de PAM

Causes physiopathologique







Facteur de risque et score de CRAP

Facteurs de risque :

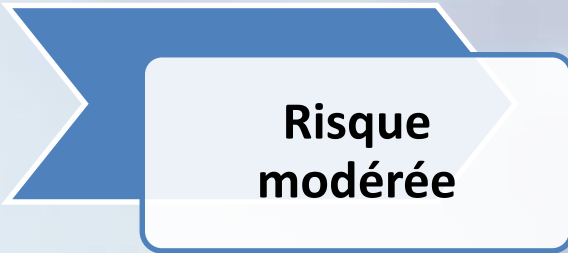
- ✓ mère célibataire
- ✓ Age maternel <18 ans, >35 ans
- ✓ Bas niveau socio-économique
- ✓ G non désiré
- ✓ Enfants de bas âge à domicile
- ✓ ATCD des ABRT provoqué ou spontanée
- ✓ ATCD d'accouchement prématuré
- ✓ Travail pénible ,trajet longs quotidiens
- ✓ Surmenage familial
- ✓ Tabacs ,alcool, stress,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

pt	Statut socio-économique	ATCD	Mode de vie	Grossesse actuelle
1	2 enfants ou plusieurs Sans aide faml Bas NSE	✓ Curetage ✓ Court intervalle après les G ant	Travail à l'extérieur	Fatigue inhabituelle Pris de poids excessive
2	✓ G illégitimes non hosp ✓ > de 20ans ✓ < de 40ans	Deux curetages	✓ Plus de 03 étages sans ascenseur ✓ Plus de 10 cig/j	✓ Pris de poids >5kg ✓ Albuminurie ✓ HTA(13ans) ✓ Hypotension
3	Très bas NSE Taille < 1.5cm Poids< 45kg	✓ 03 curetages ou plus ✓ Utérus cylindrique	✓ Long trajet quot ✓ Effort inh ✓ Gd voyage ✓ Travail fatigant	✓ Chute de poids > précéd ✓ Tête basse ✓ SI formé ✓ Siège à 07 mois
4	Moins de 18 ans			✓ Pyélonéphrite ✓ MTR de 2 trimestre ✓ Col court perméable ✓ Utérus contractile
5		✓ Malformation utérine ✓ ABRT tardif		✓ G gemellaire ✓ PP ✓ hydramnios



5

10





Diagnostic d'une MAP:

Repose sur les symptômes suivants:

- ✓ RPM
- ✓ CU
- ✓ Modification cervicale



❖ **RPM:**

- ✓ liée à une modification cervico segmentaire passé inaperçue
- ✓ Elle est un tournant dans la MAP car elle ouvre l'œuf et ajoute le risque infectieux à la prématurité

❖ **CU:** régulière toute les 10minute parfois:

- ✓ Fréquent
- ✓ Espacés
- ✓ douloureuse

Facteurs déclenchant peut être retrouve

Enregistrement CU +TV+ECHO =dgc MAP +évaluation de la tocolyse



❖ Modification cervicale:

- ✓ Témoin d'une distension passive de la région isthmique
- ✓ Entre 24-25 SA
- ✓ Au TV :
 - Formation précoce du SI
 - Présentation qui appuie sur le col
 - Col court centré mou
- ✓ Éviter les TV risque infectieux



Indice de MAP de BAUMGARTEN

	0	1	2	3	4
Contraction utérines	0	Irrégulières	Régulières		
Membrane	Intactes		Rupture Haute		Rupture Basse
Métrorragies	0	Peu Importantes	Hémorragies		
Dilatation du col	0	1cm	2cm	3cm	4cm



03

06

**Menace
légère**

**Menace
modérée**

**Menace
sévère**

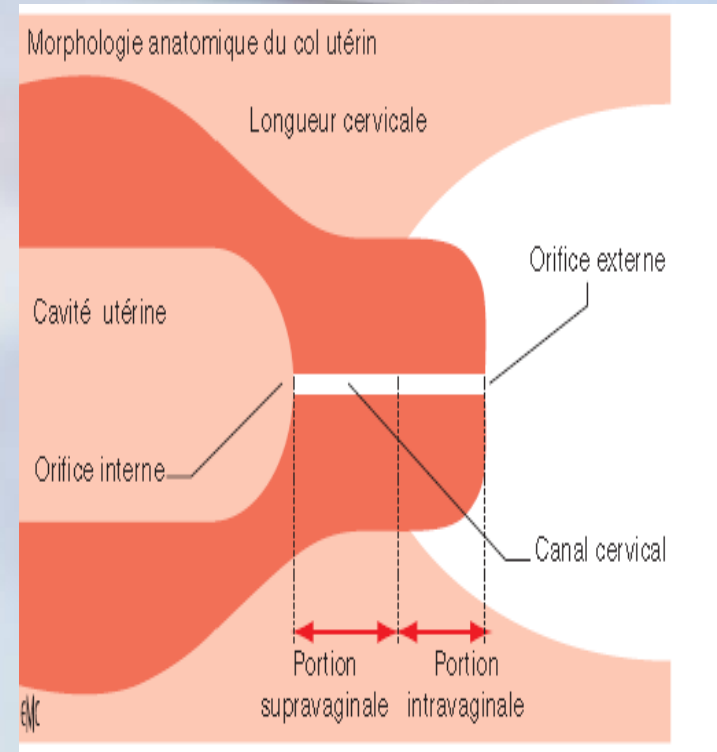


Le score de THOULON

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

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
- Il faut reculer légèrement la sonde et faire plusieurs mesures en retenant la plus courte
- Cette mesure passive peut être compléer par mesure active à la recherche d'une modification cervicale qui traduit une incompetence





- **Critères définissant un risque AP:**

- ✓ Ouverture de l' OI
- ✓ longueur du col < 25-30mm
- ✓ Protrusion de la PDE peut être présente
- ✓ si long <20mm dosage de fibronectine

- **Grossesse gémellaire**

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

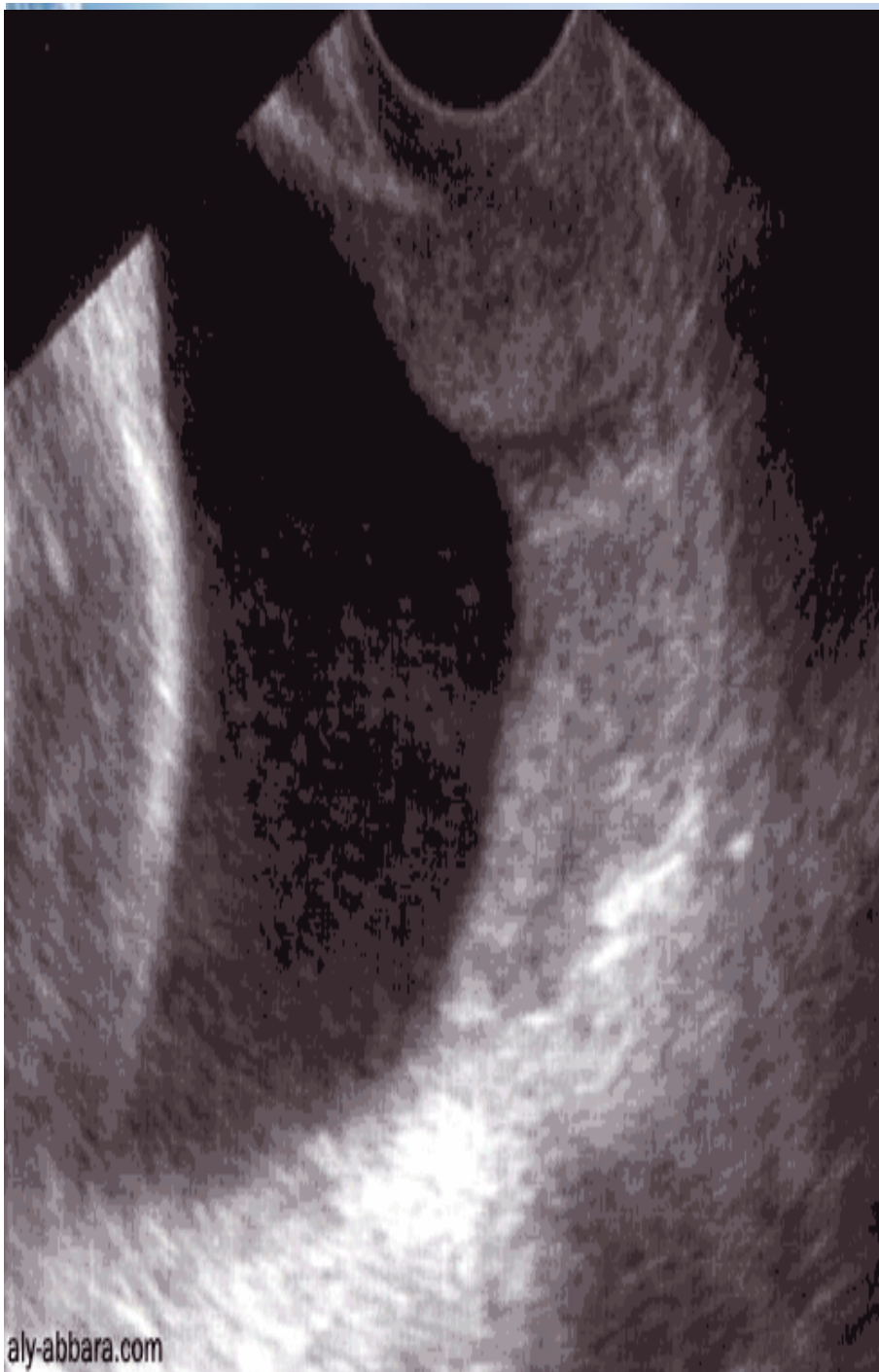
} = AP 32 SA



col raccourci avec petite protrusion du mb



Figure 3. Échographies du col
Col court avec protrusion des membranes importante.





**Chez la même patiente : raccourcissement du col
(47 mm de longueur à 18 SA et 30 mm à 22 SA)**

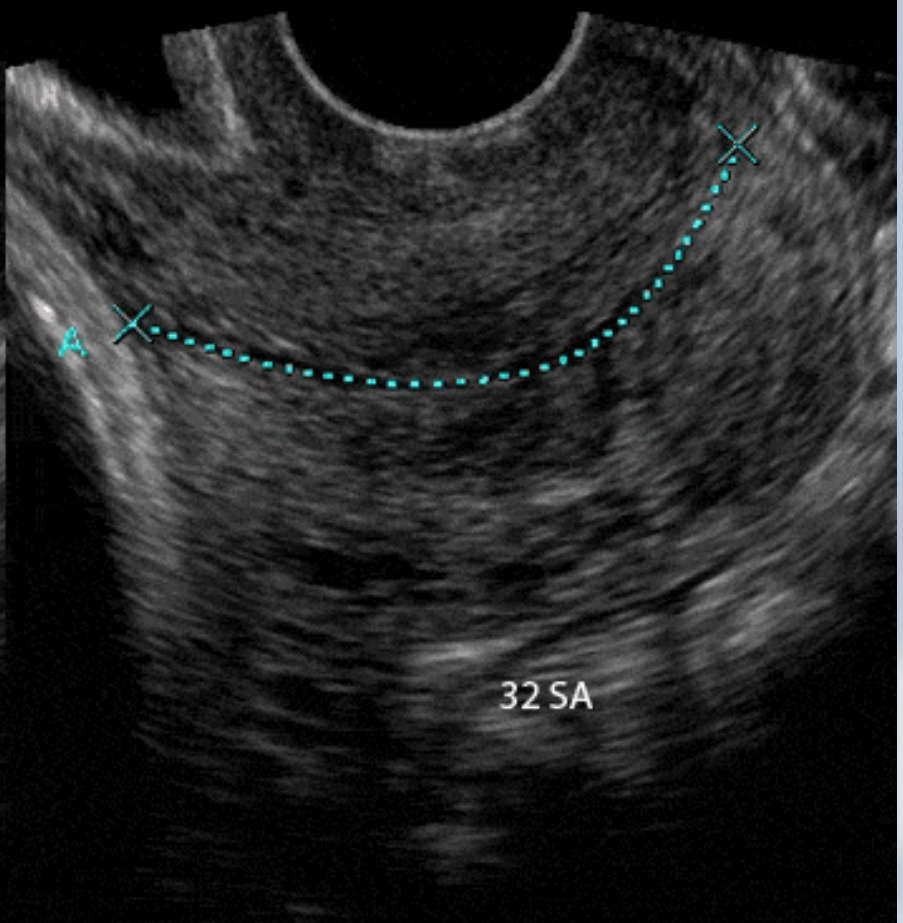


18 SA = 47 mm



Col utérin cerclé et modifié : canal cervical fermé sur 4 mm ; orifice interne largement ouvert par la protrusion de la poche des eaux dans le canal cervical ; enfin orifice cervical externe fermé échographiquement et à l'examen clinique

Col utérin long de 52 mm et fermé à l'orifice interne et externe





Échographie utérine:

➤ Recherche causes MAP:

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

➤ Étude de fœtus:

- ✓ Biométrie
- ✓ Bien être
- ✓ LA
- ✓ Maning foetale



Marqueur biochimique:

Fibronectine:

- ✓ Est un glycoprotéine extra cellulaire
- ✓ Synthétisé par le trophoblaste au niveau de l'interface materno foetale puis diffuse à travers les mb vers le LA
- ✓ permet la cohésion entre le chorion et la caduque
- ✓ sa présence dans les sécrétions cervico vaginale est nl jusqu'à 20SA
- ✓ Sa présence au dela de 21 SA témoigne
 - RPM
 - CU
 - Réaction inflammatoire



✓ Prélèvement:

- Mb intact
- Dilatation >3cm
- Entre 24-34 SA
- Dans le cul de sac post

✓ Contre indication

- Rapport sexuel
- MTR
- TV

✓ dosage:

- Immunofluorescence ELISA avec un seuil =50ng/ml
- Test colorimétrique au lit du malade

✓ Test nég= absence accouchement dans les 14j



Autres marqueurs :

✓ 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

A painting of a woman with dark hair, wearing a white headscarf, holding a sleeping child in her arms. The scene is set against a warm, golden background. Two speech bubbles are overlaid on the image. The first bubble, on the left, contains the text 'Je suis en danger sauvez moi svp' in red. The second bubble, on the right, contains the text 'Aidez moi svp' in black. The word 'CAT' is written in large, blue, outlined letters in the center of the image.

**Je suis en
danger
sauvez
moi svp**

**Aidez
moi
svp**

CAT



Prise en charge MAP





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



Pas de tocolyse

Pas de tocolyse

Médicament utilisé

bétami
métique

- salbutamol

Inhibiteurs
calcique

- Nifédipine
- nicardipine

Antagoniste
d'ocytocine

atosiban





Béta mimétique

TRT tocolytique de référence

Mode d'action:

stimulation des récepteurs B-adrénergique = \downarrow [ca⁺⁺] intra cellulaire

Effets 2:

- ✓ maternelle: tachycardie, palpitation, tremblement, OAP,TSV, IDM....
- ✓ foétales: tachycardie, hypoglycémie néonatale

Règles d'utilisation:

- ✓ Respect les CI:
 - absolues: cardiopathies décompensée coronaropathie TR
 - Relatives: HTA sévère, diabète...
- ✓ Faible volume de perfusion
- ✓ Arrêter FC >120
- ✓ Éviter l'association au CTC
- ✓ ne pas utiliser en cas de grossesse gémellaire
- ✓ Bilan pré thérapeutique: ionogramme ECG



SALBUTAMOL

- IV: 5 amp (0.5mg/ml) dans 500cc RL Q=25cc/h
 - 5 amp dans 50cc RL Q=2.5cc/h
- Per os: 4 cp /j cp = 2 mg
- Supp: 1mg toutes les 4-6 h

SALBUTAMOL FORT

- 02 amp (5mg/5ml) dans 500ml SGI 5%
- Q=15-20g/m



Inhibiteurs calcique

Ils sont largement utilisés, leurs tolérance est supérieur de bêtamimétique

Mode d'action:

↙ [ca++] en intra cellulaire = relâchement des fibres musculaire

Effets 2: modérés et ne nécessitent pas interruption du TRT

✓ maternelle: céphalée , nausée, hypotension, OAP (LOXEN)

✓ **Fœtales : pas d'effet secondaire**

- ❖ La durée de TRT est 48 h
- ❖ Pas de TRT tocolytique d'entretien




Nifédipine
adalate

- Gel 10mg renouvelable tout 20m
 - Max 4 gel/h
- Echec: adalate lp 20: 3 cp/j
- Ou chronoadalate 30mg: 2-3 cp/j

Nicardipine
loxen

- 2.5Amp(10mg) dans 250cc SGI Q=2mg/h
 - Qmax= 4mg/h
- Cp (20mg) 3-4 cp /j



antagoniste de l'ocytocine atosiban

Atosiban est un antagoniste sélectif de l'ocytocine

➤ **Mode d'action:**

Empêche la contraction utérine en se liant à des récepteurs de l'ocytocine

➤ **Contre indication:**

Il n'y a pas de contre indication formelle

➤ Durée de TRT est de 48 h

➤ Pas de TRT d'entretien

➤ En cas de récurrence un 2 cycle tractocile peut être mise en place



bolus

- Amp 6.75 mg dans 0.9 cc de SSI,
- en IVD
- pendant 1 minute

Consolidation 03 H

- 02 amp
- Amp (37.5mg) dilue dans 50cc de SSI
- Q= 24 cc/h

Entretien 45h

- 6+1/2 amp (37.5mg)
- Dilue amp dans 50cc SSI
- Q=8cc/h



❖ AINS:

il agissent en inhibant le cyclo-oxygénase
indométacine(indocid) 100-150 mg pendant une courte période<72h
prescription au dela de 34SA
effets secondaire foetaux:

fermeture précoce de canal artériel
oligurie
enterocolite néonatale

❖ Progesterone:

pas d'indication à la phase aigue
prevention de MAP :

progest /vaginale
retard inj : 17-36 SA

❖ Sulfate de Mg: n'a pas fait la preuve de son efficacité effet neuro protecteur foetale



Cerclage tardif

- ✓ Certains études ont démontrées inutilité de cerclage tardif
- ✓ Risque d'aggravation de la MAP
- ✓ Le cerclage favorise infection et la rupture



corticoïde

Ils doivent être employés car leur bénéfice sur la :

- ✓ Mortalité périnatale
- ✓ Maladie des mb hyalines
- ✓ Entérocolite nécrosante
- ✓ Hémorragie intra-ventriculaire

} A été démontré

- ❖ Prescription 24-34 SA
- ❖ il peut être utilisé quelque soit la pathologie maternelle
- ❖ Posologie:
 - ✓ Déxaméthasone 6 mg en IM 2 /J PDT 48 H
 - ✓ Bétaméthasone ou céléstène: 12 mg en IM répété 24 h
ou 4 mg /12h pdt 48 h

On peut répéter la cure une fois si la patiente redevient symptomatique avant 34 SA et intervalle avec la 1 cure est > 10j



ATB

- ✓ 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



Examen clinique:

- contraction utérine
- Modifications cervicales
- RPM
- hémorragie

Bilan:

- échographie
- CBU
- prélèvement endocol
- Rythme cardiaque fœtal

Membranes rompues

Membranes non rompues

28-34SA

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

>34sa:

- ✓ Acc
- ✓ ATB

Menace modérée:
repos

Menace moyenne:
Tocolyse
48h

Menace sévère:

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



Accouchement prématurée

26-28sa

- Voie basse



28-32SA

- sommet:Voie basse
- Siège :césarienne



>32SA

- voie basse



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.
- ❖ Enfin, 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.



Merci pour
votre
attention

© haley wood photography 2011

