



## Menace d'accouchement prématuré

L'emploi des agents tocolytiques pour une prolongation à court terme de la grossesse est justifié en raison du bénéfice fœtal clair de l'administration de corticoïdes avant 34 semaines.

### A) Définition

La menace d'accouchement prématuré (MAP) survient entre 22 et 36+6 SA révolues et se caractérise par l'association de modifications cervicales et de contractions utérines (CU) régulières et douloureuses qui conduiront à l'accouchement prématuré en l'absence d'intervention médicale.

La MAP est quantitativement la première cause d'hospitalisation pendant la grossesse. Le risque réel d'accouchement prématuré est très variable selon les études (15 à 50 %). Ceci est probablement la marque de l'imprécision des critères diagnostiques actuels.

### B) Diagnostic

- **Tocométrie**
- **TV**
- **Echographie du col**
- **Mesure du col utérin** par échographie < 25 mm
- Présence ou absence d'un **funneling** et forme de celui-ci (V ou U)
- **Test à la fibronectine**, glycoprotéine normalement absente des sécrétions cervico-vaginales entre la 21e et la 37e semaine.
- **(Actim Partus**, détecte de l'« Insulin like growth factor binding protein 1 » phosphorylée lors de mouvements entre l'amnios et le chorion )
- **Partosure** : détecte la protéine placentaire alpha-microglobuline-1

### C) Examens complémentaires – bilan d'admission

- **Paramètres** : température, TA, RC, tigelette urinaire
- **Examen de l'abdomen** (palpation CU, sensibilité utérine)
- **CTG**
- **EMU + culture sur urine sondée ou sur urines au jet après désinfection (bactériurie asymptomatique associée à une augmentation du risque d'accouchement prématuré)**

- **Frottis: PCR gonocoque et chlamydia, frottis vaginal et frottis GBS vagino-rectal**
- **Fern test, Bromothymol (préhistoire ?), Prom-test ou amnisure si suspicion RPPE**
- **Formule, CRP, PTT, aptt, RAI**
- **Tests hépatiques, lipases, fonction rénale, iono**
- **Kleihauer**
- **Echographie** : présentation, biométrie (EPF), doppler, LA, placenta
- Si **pyrexie** > 38,5°C : hémocultures
- Si pyrexie sans foyer autre que suspicion de chorioamniotite ou sensibilité utérine ou CU résistantes aux tocolytiques : envisager PLA

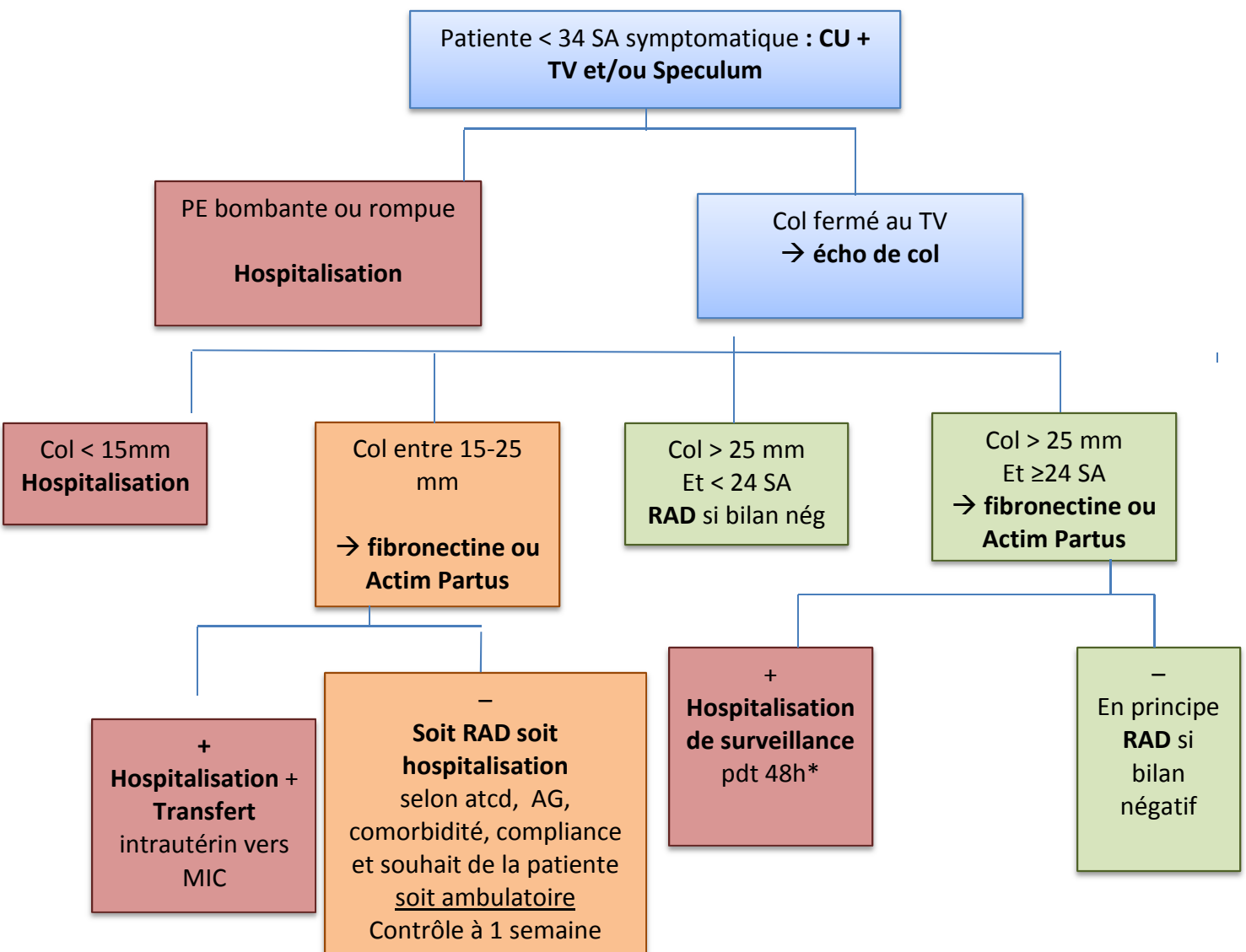
#### D) Prise en charge

##### ➤ Grossesses ≥ 34 semaines :

NE PAS INHIBER L'ACCOUCHEMENT

- **mortalité et morbidité trop faibles** pour justifier les coûts et éventuels complications maternelles et fœtales associés à une inhibition du travail prématuré
- **exclure** décollement placentaire, chorioamniotite et RPPE
- **observation** > si non-progression de la dilatation cervicale > ok pour **RAD** après confirmation du bien-être fœtal ;
- « **Tocolyse de confort** » éventuelle : Utrogestan (maximum 3 x 200mg/jour)

##### ➤ Grossesses < 34 semaines :



**Décision d'hospitalisation et grossesse de < 34 SA**

\*sans tocolyse autre que utrogestan ni maturation pulmonaire à moins d'une modification cervicale importante

**1. Maturation pulmonaire :**

Entre 24 et 34 semaines **avec risque d'AP dans les 24h à 7 jours.**

Bénéfice maximal après 48h

*Betaméthasone* Célestone® 2x12mg IM/24h

Éventuellement répétition d'une seule dose de 12 mg si patiente à risque d'accoucher++ et 1ère cure datant de plus de 2 semaines. (effet rappel uniquement pulmonaire et qui ne perdure pas après 7 jours) .

**2. Sulfate de magnésium :**

Effet neuroprotecteur

Entre 24 et 29 semaines, si haut risque d'accouchement dans les 24h

Dose de charge de 4 g en 15-20 min puis perfusion continue de 1 gr/heure si accouchement ne pourra pas ou ne doit pas être retardé

Durée de traitement minimale inconnue pour obtenir un bénéfice; rapport bénéfice foetal/risques maternels discutable ; à stopper si la patiente n'a pas accouché après 24h ; pas d'argument pour retraiter ensuite.

Eviter tocolyse concomitante par inhibiteurs calciques

**3. Tocolyse :**

**a) Principes :**

- Réduction ou arrêt du traitement quand des effets secondaires significatifs
- Passage éventuel mais non obligé à un traitement per os après un traitement IV efficace pendant 12 à 48 heures.
- Une fois que le traitement per os est commencé, il faut rester attentif à essayer d'arrêter la tocolyse per os (hormis utrogestan) dès que possible car des ES graves sont toujours possibles.
- Pas de traitement (hormis utrogestan) au-delà de 34 semaines

**b) Contre-indications :**

- Chorioamnionite
- **Prééclampsie sévère**
- Mort foetale (grossesse unique)
- Instabilité hémodynamique maternelle
- **Suspicion DPPNI**

**c) Traitements tocolytiques :**

- **Progestérone** Utrogestan®, Progebel®, diprogestérone, Duphaston®

*Protocole élaboré par le groupe Périnat du GGOLFB - 2017*  
1 à 3x 200 mg en intravaginal (moins d'ES que per os)

Traitement de choix d'entretien

CI : Cholestase

ES : Cholestase (rare) et somnolence (fréquent)

Remarque : peut être utilisé en prévention chez les patientes asymptomatiques avec longueur de col  $\leq 25$  mm entre 20 et 24 semaines ou autres facteurs de risque de prématurité à la dose de 200 mg par jour le soir.

- **Nifédipine Adalat**<sup>®</sup>

**Per os** débiter : Nifédipine 10 mg 1 compr/15-30 min (4 compr max en 1 h)

→ surveillance TA toutes les 15-30 min les deux premières heures  
puis Adalat retard (20 mg) ou oros (30 mg), 40 à 160 mg/jour en 3 à 6 prises,  
puis diminution progressive en 2 à 7 jours max, jusqu'à l'arrêt.

CI: hypertension, hypotension, grossesse multiple, décompensation cardiaque, tt par sulfate de magnésium

ES : flush, œdèmes des membres inférieurs, tachycardie, céphalées, hyperplasie gingivale, troubles hépatiques

- **Atosiban Tractocile**<sup>®</sup>

Dose charge = 1 flacon **de 0.9 ml** + 9 ml de NaCl 0.9% (contenant 6.75 mg d'atosiban) en IV lent en 1 minutes

Puis, pdt 3h, perfusion continue à forte concentration : 2 flacons **de 5 ml** d'atosiban (37.5mg/5ml) dilués dans 90 ml de NaCl 0.9% ou glucosé 5% à 24 ml/heure soit 18mg/h  
Ensuite, on utilise la perfusion à un débit de 8 ml /h (soit 6mg/h) pendant 45 heures.

Si retraitement nécessaire tout refaire

Pas de CI connue (hormis les CI générales à une tocolyse)

ES: Fréquent : nausées ; rares : vomissement, céphalée, vertiges, hyperglycémie, hypotension, tachycardie, réaction au site d'injection ; très rare : fièvre, insomnies, rash allergie

- **Indométhacine Dolcidium**<sup>®</sup>

2 x 1 suppositoire 100 mg/jour pendant 3 jours max

Grossesse de moins de 28 semaines

CI : asthme, ulcère gastro-intestinal, allergie aux AINS, insuffisance rénale, troubles hépatiques, HTA non contrôlée, oligoamnios

ES : hépatite, insuffisance rénale, saignement gastro-intestinal

Effets secondaires foetaux significatifs : diminution du volume de liquide amniotique quelque soit l'âge gestationnel, fermeture prématurée du canal artériel si donné après 32 semaines

#### 4. Antibiotiques :

- **GBS** : *uniquement* si patiente en travail ou si signe d'infection ou PER
- **Autres vaginoses** : efficacité des traitements antibiotiques pas établie pour prolonger la grossesse ; sauf si antécédent d'accouchement prématuré > à traiter
- **Chlamydia/Gonocoque** : à traiter vu risques maternels et fœtaux mais pas efficace pour prolonger la grossesse
- **Bactériurie** : à traiter même si asymptomatique

#### E) Surveillance en cours d'hospitalisation

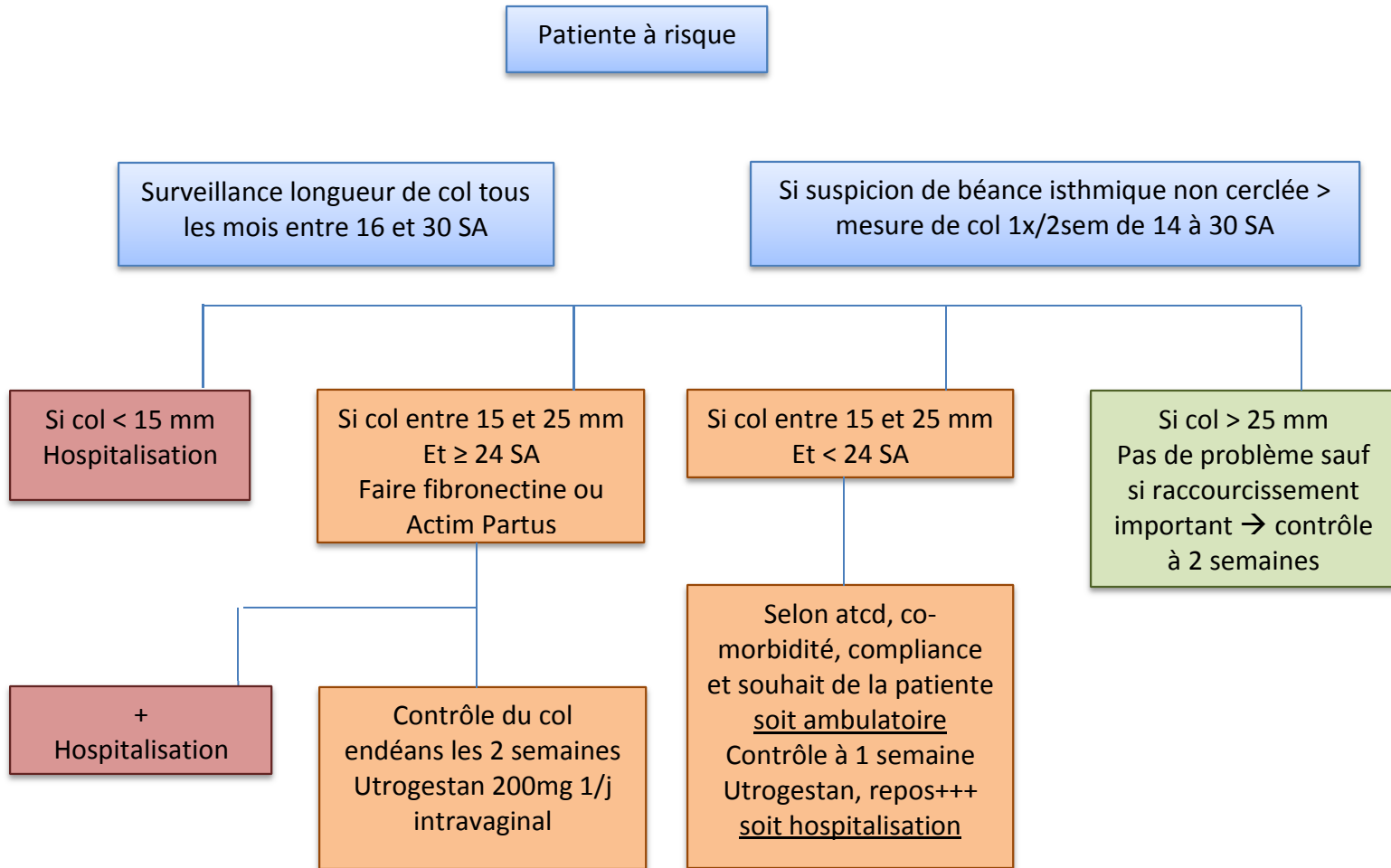
- CTG, paramètres
- 1x/semaine :
- EHC-CRP, tests hépatiques
- Frottis
- EMU
- Echo fœtale + longueur de col 1x/1-2 sem

#### F) Patientes à risque d'accouchement prématuré

- Grossesses multiples
- Hydramnios sévère
- Antécédent d'accouchement prématuré ou RPPE (<32 semaines) ou de fausse-couche tardive spontanée
- Malformation utérine (même si corrigée chirurgicalement)
- Consommation de drogues illicites (cocaïne héroïne)
- Placenta praevia
- Béance cervicale cerclée ou non
- Facteurs psychosociaux (violence, insécurité, pauvreté, travail physique...)
- Col <25 mm

#### Attitudes

- Adaptation de la vie courante pour maximaliser le repos (Aide familiale- Famille- ITT si travail physique sinon laisser à l'appréciation de la patiente)
- Utrogestan 200 mg en intravaginal / jour à partir de 14-22 semaines
- Cerclage prophylactique entre 12 et 14 semaines si béance cervicale documentée (HSG ou col perméable à la bougie de Hégar numéro 8 avant la grossesse ou histoire très suggestive d'une béance (accouchement très prématuré ou FC tardive sans grande douleur avant l'admission)
- Cerclage abdominal à envisager si échec cerclage classique ou col amputé + atcdt FC tardive
- EMU et traitement si nécessaire 1 x /1-3 mois



Références :

1. Protocoles cliniques en obstétrique. Cabrol et Goffinet **2013**
2. Preterm and birth. Nice guidelines 25 (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng25/resources/preterm-labour-and-birth>)
3. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins-Obstetric. Practice Bulletin N°171 : Management of preterm labor. Obstet Gynecol **2016**:128:e155
4. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity : a systematic review and metaanalysis of individual patient data. Hassan S and al. Am J Obstet Gynecol. **2012** Feb;206(2):124.e1-19.