

ITEM 23 : MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURÉ

MAP = survenue de contractions utérines douloureuses, rapprochées, persistantes, s'accompagnant d'une modification du col clinique et échographique entre **22 et 37 SA** → évolue vers un **accouchement prématuré** en l'absence d'intervention médicale

Cause/FdR	<ul style="list-style-type: none">- Idiopathique : 60% des cas- Cause maternelle : âge jeune < 18 ans ou élevé > 35 ans, tabagisme, toxique, bas niveau socio-économique, anémie, traumatisme abdominal, métrorragie au 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre, précarité, travail pénible ou > 40h/semaine, grossesses rapprochées, enfants à charge, longs trajets quotidiens- Antécédents obstétricaux : antécédent d'accouchement prématuré, d'avortement tardif, béance cervico-isthmique, imprégnation <i>in utero</i> au Distilbène®, malformation utérine, fibrome intra-cavitaire, col court à l'échographie, distension utérine (macrosomie, grossesses multiples, hydramnios)- Cause infectieuse : infection urinaire, infection vaginale, bactériurie asymptomatique, chorioamniotite, fièvre- Rupture prématurée des membranes			
Diagnostic	C	<ul style="list-style-type: none">- Contractions utérines régulières et douloureuses- Modification du col au TV : col court, ouvert, ampliation du segment inférieur- Examen au spéculum : recherche d'un écoulement liquidien (RPM) ou métrorragique		
	PC	<ul style="list-style-type: none">- Electro-cardiotocographie externe (monitoring) : fréquence et régularité des contractions utérines- Echographie endo-vaginale du col utérin : longueur du col ≤ 25 mm (longueur normale > 40 mm)- Recherche de fibronectine fœtale dans les sécrétions vaginales : très bonne VPN → faite par certains centres- Bilan infectieux : NFS, CRP, prélèvement cervico-vaginal, ECBU- En cas de doute sur une RPM : test à la diamine oxydase ou l'IGF-BP1 ou PAM-G1 ou test du pH sur les sécrétions vaginales- Pas d'ECG nécessaire (pas de B2 mimétiques utilisés)		
		Bilan foetal	<ul style="list-style-type: none">- Mouvements actifs et rythme cardiaque- Echographie : présentation, vitalité (Manning), biométrie, liquide amniotique, position du placenta	
	Facteurs de sévérité	<ul style="list-style-type: none">- Grossesse < 28 SA- Inefficacité de la tocolyse- Rupture des membranes- Chorioamniotite- Maternité de type non adapté- Métrorragie- Grossesse multiple- Impossibilité de transfert vers une maternité adaptée- Importance des modifications cervicales- Poche des eaux visible au speculum/ col très dilaté		
TTT < 34 SA	<ul style="list-style-type: none">→ Hospitalisation non prolongée systématique en centre de médecine périnatale adaptée au terme- Mesures associées : repos au lit non strict et arrêt de travail- Antibiothérapie en cure courte en cas de rupture des membranes (amoxicilline pendant 48h)			
	Tocolyse	<ul style="list-style-type: none">= Inhibition des contractions utérines par un médicament à dose d'attaque pendant 48h→ Aucun tocolytique n'est associé à une diminution de la morbi-mortalité néonatale		
		Antagoniste de l'ocytocine	<ul style="list-style-type: none">= Atosiban IV : liaison sélective compétitive aux récepteurs de l'ocytocine- Spécificité tissulaire (excellente tolérance) mais coût élevé	
		Inhibiteur calcique	<ul style="list-style-type: none">= Nifedipine po (la nicardipine IV n'est plus recommandé) : hors AMM- EI : céphalées, rougeur du visage, hypotension (rare)	
		β2-mimétique	<ul style="list-style-type: none">= Salbutamol IV : liaison aux récepteurs β2 du myomètre → n'est plus recommandé- EI (nombreux) : tachycardie, hyperglycémie, hypokaliémie, tremblements, céphalées, sueurs, dyspnée, douleur thoracique, voire OAP, IDM, décompensation de cardiopathie	
		Contre-indication	<ul style="list-style-type: none">- Chorio-amniotite / RPM- Souffrance fœtale (échographique ou rythme cardiaque fœtal)- Métrorragies importantes	
	Cortico-thérapie prénatale	<ul style="list-style-type: none">= Bétaméthasone ou dexaméthasone 12 mg en 2 injections IM à 24h d'intervalle : efficacité prouvée sur la morbi-mortalité néonatale entre 24 et 34 SA- Permet la maturation pulmonaire fœtale (↘ le risque de détresse respiratoire) et ↘ le risque d'hémorragie intraventriculaire, de morbidité neurologique et d'entérocolite ulcéro-nécrosante		
	Sulfate de magnésium	<ul style="list-style-type: none">= ↘ le risque de paralysie cérébrale et de trouble du développement : par voie IV- Recommandé < 32 SA en cas d'accouchement imminent (dans les 24h)		
	Mesures associées	<ul style="list-style-type: none">- Prévention de l'allo-immunisation materno-fœtale (gamma-globuline anti-D) si patiente Rh-- Rencontre avec l'équipe pédiatrique et soutien psychologique		

	Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance maternelle : contractions utérines ressenties, électro-cardiotocographie externe, échographie du col, dépistage régulier de facteurs infectieux, EI des tocolytiques - Surveillance fœtale : mouvements actifs, rythme cardiaque
> 34 SA	- Repos, traitement étiologique et surveillance rapprochée sans agent tocolytique ni corticothérapie	
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Sevrage tabagique : seul FdR associé à une diminution de la prématurité - Identification des grossesses à risque : grossesse multiple, travail pénible, diabète, béance cervicale, anémie... - Dépistage et traitement des infections urinaires et cervico-vaginales - Conseils de repos, limitation des longs trajets, aide-ménagère - Amélioration des conditions de travail, voire arrêt de travail - Béance cervico-isthmique : - Dépistage par TV, échographie ± manœuvre de Guzman (reproduction d'une contraction en pressant l'utérus avec l'autre main pour vérifier l'ouverture ou non du col) - Cerclage à 15 SA en cas de béance confirmée 	

RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES

RPM = rupture des membranes survenant avant le début du travail : 5 à 10% des grossesses

- Survenue **avant terme** (< 37 SA) ou **à terme** (≥ 37 SA)

Cause	<ul style="list-style-type: none"> - Cause maternelle : infection, béance cervicale, traumatisme abdominal... - Cause obstétricale : placenta praevia, hydramnios... - Amniocentèse tardive - Tabac 				
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Ecoulement liquidien à l'interrogatoire et au spéculum - Tests biochimiques sur les sécrétions vaginales : - Test à la diamine oxydase (Amniocator®, PromTest®) - Test à l'IGF-BP1 (Actim-PROM-Test®) - Rechercher des signes de chorioamniotites : - Fièvre, tachycardie fœtale, NFS, CRP, prélèvement vaginal - Bactériologie de liquide amniotique en cas d'écoulement → Eviter le TV : limiter le risque d'infection 				
Risques	<ul style="list-style-type: none"> - Chorioamniotite (par voie ascendante) avec infection périnatale - Prématurité induite - RPM précoce avec oligoamnios sévère : hypoplasie pulmonaire, déformation des membres et de la face - Décollement placentaire 				
TTT	<table> <tr> <td>< 34 SA</td><td> <ul style="list-style-type: none"> → Hospitalisation ± transfert materno-fœtal selon l'âge gestationnel - Repos au lit, toilette vulvaire stérile - Corticothérapie anténatale de maturation immédiate - Antibioprophylaxie de courte durée : amoxicilline pendant 48h - Tocolyse en cas de contractions (en attente de l'efficacité des corticoïdes) - Surveillance : pouls, température, MAF, RCF + biologie 2/sem (NFS, CRP, prélèvements bactériologiques) → En cas de signe de chorioamniotite : extraction fœtale par césarienne en urgence → En l'absence de signe infectieux : discussion entre l'attitude expectative (risque infectieux) ou l'extraction fœtale après les 48h de corticothérapie (risque lié à la prématurité) </td></tr> <tr> <td>> 34 SA</td><td> <ul style="list-style-type: none"> - Naissance rapide : déclenchement du travail </td></tr> </table>	< 34 SA	<ul style="list-style-type: none"> → Hospitalisation ± transfert materno-fœtal selon l'âge gestationnel - Repos au lit, toilette vulvaire stérile - Corticothérapie anténatale de maturation immédiate - Antibioprophylaxie de courte durée : amoxicilline pendant 48h - Tocolyse en cas de contractions (en attente de l'efficacité des corticoïdes) - Surveillance : pouls, température, MAF, RCF + biologie 2/sem (NFS, CRP, prélèvements bactériologiques) → En cas de signe de chorioamniotite : extraction fœtale par césarienne en urgence → En l'absence de signe infectieux : discussion entre l'attitude expectative (risque infectieux) ou l'extraction fœtale après les 48h de corticothérapie (risque lié à la prématurité) 	> 34 SA	<ul style="list-style-type: none"> - Naissance rapide : déclenchement du travail
< 34 SA	<ul style="list-style-type: none"> → Hospitalisation ± transfert materno-fœtal selon l'âge gestationnel - Repos au lit, toilette vulvaire stérile - Corticothérapie anténatale de maturation immédiate - Antibioprophylaxie de courte durée : amoxicilline pendant 48h - Tocolyse en cas de contractions (en attente de l'efficacité des corticoïdes) - Surveillance : pouls, température, MAF, RCF + biologie 2/sem (NFS, CRP, prélèvements bactériologiques) → En cas de signe de chorioamniotite : extraction fœtale par césarienne en urgence → En l'absence de signe infectieux : discussion entre l'attitude expectative (risque infectieux) ou l'extraction fœtale après les 48h de corticothérapie (risque lié à la prématurité) 				
> 34 SA	<ul style="list-style-type: none"> - Naissance rapide : déclenchement du travail 				