

Recommandations pour la pratique clinique  
CNGOF 2002

**Menace d'accouchement prématuré  
à membranes intactes**

**J.Lansac**

# Menace d'accouchement prématuré

## Généralités

### ❑ Entre 22 et 36SA révolues

❑ Association de modifications cervicales et de contractions utérines régulières et douloureuses, conduisant à l'accouchement en l'absence d'intervention médicale

❑ L'accouchement prématuré peut être spontané (2/3 des cas) ou provoqué à la suite d'une décision médicale.

❑ 1ère cause d'hospitalisation pendant la grossesse

❑ Les étiologies du travail prématuré sont nombreuses et souvent associées entre elles : infection ovulaire, anomalies placentaires, grossesses multiples, incompetence cervico-isthmique ... Un certain nombre de facteurs interviennent comme facteurs probablement indirects : facteurs socio'économiques, psychologiques, environnementaux ...

❑ La mortalité et la morbidité néonatales sont étroitement corrélées à l'âge gestationnel à la naissance. L'infection est à l'origine d'un excès de lésions cérébrales chez l'enfant.

## Diagnostic et pronostic

---

### ➤ A l'aide de l'examen clinique

- Sa valeur est bonne dans les cas extrêmes
- Dans les situations intermédiaires (les plus nombreuses) la prédiction de l'accouchement prématuré (AP) est médiocre
- Les scores (basés sur l'association de facteurs cliniques et de facteurs de risque): non validés → non recommandés pour les décisions en pratique clinique
- Tocométrie externe : ne permet pas d'améliorer le pronostic de la MAP

### ➤ A l'aide de l'échographie

- Echographie du col par voie vaginale
- Méthode plus précise et plus reproductible que le TV pour évaluer la longueur cervicale (si opérateur entraîné)
- La longueur cervicale = mieux que la largeur de l'orifice interne ou la protrusion des membranes : à utiliser avec prudence dans les décisions
- En cas de MAP, les seuils de longueur cervicale les plus discriminants pour prévoir l'AP se situe entre 20 et 30 mm.

## Diagnostic et pronostic

---

### ➤ A l'aide de marqueurs biochimiques (hors infection)

➤ Fibronectine

➤ Glycoprotéine normalement absente des sécrétions cervicovaginales entr 21 et 37 SA.

➤ Technique : écouvillonnage du cul-de-sac vaginal postérieur ou de l'exocol ; méthode ELISA (référence) ou méthode semi-quantitative. Il n'y a aucun argument scientifique pour répéter les prélèvements. Causes de faux négatifs :

- rapports sexuels
- TV dans les 24 heures

➤ Valeur diagnostique dans la MAP > à celle de l'examen clinique. La valeur prédictive négative est excellente.

**Aucune étude ne montre de supériorité d'un critère (clinique, échographie, fibronectine) par rapport à l'autre, ni de preuve de l'avantage d'une association des deux paramètres : choix selon l'accessibilité aux techniques et leur coût.**

## MAP et infection

---

- **Diagnostic d'infection le plus souvent a posteriori.**
- **Les nombreux marqueurs étudiés (pour diagnostiquer précocement une infection infraclinique) n'ont pas fait la preuve de leur efficacité pour adopter une conduite à tenir efficace.**
- **Ils doivent donc être interprétés en fonction des autres éléments (fièvre maternelle, tachycardie fœtale ...)**

# MAP et infection

---

## ➤ Marqueurs infectieux (hors liquide amniotique)

- **Les marqueurs sériques**

- CRP et hyperleucocytose
- Faible sensibilité. Une CRP > 20 mg/l est fortement liée à un AP.

- **Les marqueurs cervico-vaginaux**

- Les infections amniotiques sont souvent d'origine cervico-vaginale (strptocoques B, E ...), mais leur mise en évidence n'a qu'une valeur pronostique faible
- Le risque relatif d'AP chez une femme présentant à la fois une MAP et une vaginose bactérienne (germes anaérobies stricts ou facultatifs) est x 2 : la causalité directe reste très discutée.

## ➤ Marqueurs infectieux dans le liquide amniotique

## MAP et infection

---

### ➤ Marqueurs infectieux (hors liquide amniotique)

### ➤ Marqueurs infectieux dans le liquide amniotique

- Nombreux marqueurs
- **L'interleukine 6** semble avoir la valeur diagnostique la plus élevée sur la survenue d'un AP et d'une infection
- Cependant les bénéfices et les inconvénients de leur recherche par amniocentèse n'ont pas été évalués
- La pratique systématique d'une amniocentèse en cas de MAP n'est pas recommandée en pratique courante.

# MAP et infection

---

## ➤ Indications des antibiotiques

- Administration systématique non recommandée : elle n'entraîne aucune réduction de la prématurité ni amélioration de l'état néonatal, avec le risque de sélection de germes résistants aux antibiotiques classiques
- Traitements locaux vaginaux systématiques : idem,.
- En cas de MAP associée à un prélèvement vaginal positif (germes banals, Ureaplasma ou Chlamydia) ou à une vaginose bactérienne, il n'y a pas d'arguments formels en faveur d'une antibiothérapie
- En cas de bactériurie asymptomatique ( $> 100\ 000$  germes / ml) : traitement en raison du risque de pyélonéphrite et de prématurité.



# Tocolyse

---

## ➤ Indications et contre-indications

Une tocolyse peut être envisagée en cas d'infection maternelle sans chorioamniotite, ou d'hémorragie génitale modérée liée à un placenta praevia.

- **Quand débiter ?**

- pas d'argument objectif pour réfuter une tentative de tocolyse en fonction d'une limite inférieure d'âge gestationnel

- **Jusqu'à quand ?**

- pas d'argument pour la recherche de la maturité foetale par étude du liquide amniotique pour décider d'une tocolyse après 34 SA.

# Tocolyse

---

## ➤ Indications et contre-indications

### • **A partir de quelle dilatation est-il inutile de tocolyser ?**

- jusqu'à 5-6 cm (l'accouchement peut être retardé de 48 heures dans 20 à 50 % des cas), quand on souhaite réaliser une corticothérapie pour la maturation pulmonaire foetale

### • **Durée du traitement tocolytique d'attaque ?**

- Pas de bénéfice au-delà de 48 heures en cas de tocolyse efficace

### • **Intérêt d'un traitement d'entretien ?**

- Au-delà de 48 heures de tocolyse efficace, il n'y a pas d'intérêt pour la prolongation de la grossesse ou l'état néonatal.

# Tocolyse

---

## ➤ Quels tocolytiques utiliser ?

### • **Efficacité des tocolytiques**

- $\beta$ -mimétiques, antagonistes de l'ocytocine (Tractocile), anti-inflammatoires non stéroïdiens
- Pas de preuve d'efficacité pour : sulfate de magnésium, donneurs de monoxyde d'azote (NO), antispasmodiques, progestérone
- Inhibiteurs calciques (Chronadalate, Loxen) : efficacité égale ou supérieure  $\beta$ -mimétiques.

# Tocolyse

---

## ➤ Quels tocolytiques utiliser ?

### • Tolérance de tocolytiques efficaces pour prolonger la grossesse

- Anti-inflammatoires non stéroïdiens : effets secondaires fœtaux et néonataux potentiellement graves (persistance de la circulation fœtale, insuffisance rénale ...) → à réserver aux situations graves (sévérité, précocité du terme, inefficacité des autres traitements)
- Inhibiteurs spécifiques de la cyclo-oxygénase de type II : pas d'avantages / anti-inflammatoires non stéroïdiens non spécifiques
- Inhibiteurs calciques et antagonistes de l'ocytocine : tolérance maternelle > celles des  $\beta$ -mimétiques

# Tocolyse

---

## ➤ Quels tocolytiques utiliser ?

### • Tocolyse de première intention

- 3 principales classes thérapeutiques
  - Les  $\beta$ -mimétiques
  - les inhibiteurs calciques
  - les antagonistes de l'ocytocine
- Les inhibiteurs calciques et les antagonistes de l'ocytocine ont une tolérance > à celle des  $\beta$ -mimétiques
- Choix en fonction de :
  - contre-indications, mêmes relatives aux  $\beta$ -mimétiques
  - existence d'effets secondaires
  - attitude systématique de service
  - critères économiques

# Corticoïdes et maturation pulmonaire foetale

---

## ➤ Quels corticoïdes ?

- bétaméthasone et dexaméthasone
- Bénéfices d'une cure unique :
  - réduction de 40% de la mortalité néonatale
  - réduction de 50% de la maladie des membranes hyalines
  - réduction des hémorragies intraventriculaires cérébrales néonatales
  - Réduction des entérocolites ulcéro-nécrosantes

## ➤ Mode d'administration

- Voie IM

# Corticoïdes et maturation pulmonaire foetale

---

## ➤ Délai d'efficacité des cures

- à partir de 24 heures après le début du traitement et jusqu'à 7 jours.
- Il paraît utile de débuter une cure de corticoïdes même quand l'accouchement paraît imminent.

## ➤ Quand commencer ?

- à partir de 24 SA, en fonction de l'âge gestationnel à partir duquel l'équipe de néonatalogie prend en charge les grands prématurés.

# Corticoïdes et maturation pulmonaire foetale

---

## ➤ Quand arrêter ?

- à partir de 34 SA

## ➤ Faut-il répéter les cures ?

- en l'absence d'accouchement au bout de 7 jours, il n'y a pas de bénéfice à répéter systématiquement les cures de corticoïdes de manière hebdomadaire. Si le risque d'accouchement très prématuré semble s'aggraver, une nouvelle cure peut être prescrite.
- La répétition des cures semblent entrainer une diminution du poids de naissance et du périmètre céphalique chez les nouveau-nés exposés, mais avec un devenir à 3 ans similaire à celui des enfants exposés à une cure unique.



# Place du cerclage

---

## ➤ Intérêt du cerclage ?

- non :
  - prophylactique en début de grossesse, avant toute modification du col
  - en cas d'apparition de modifications cliniques du col
  - en cas de modifications échographiques du col, en population à bas comme à haut risque.

## Prise en charge à domicile d'une MAP

---

- Peu de données dans la littérature
- Enregistrement des contractions utérines en ambulatoire semble inutile (pas d'incidence sur le taux de prématurité)
- Le suivi à domicile des femmes traitées et hospitalisées pour MAP ne réduit pas la prématurité. En revanche il augmente la ... satisfaction des patientes.