

# Item 17 : Principales complications de la grossesse – Menace d'Accouchement Prématuré (MAP) et prématurité

---

---

**Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)**

Date de création du document 2010-2011

## Table des matières

Pré-Requis.....	3
<b>OBJECTIFS</b> .....	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>I Conduite de l'examen</b> .....	<b>4</b>
<b>II Bilan de la Menace d'Accouchement Prématuro (MAP)</b> .....	<b>5</b>
<b>III Prise en charge thérapeutique</b> .....	<b>6</b>
<b>IV Mesures préventives pour une grossesse ultérieure</b> .....	<b>8</b>
<b>V Annexes</b> .....	<b>8</b>
<b>Glossaire</b> .....	<b>8</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>11</b>
<b>Recommandation</b> .....	<b>12</b>
<b>Abréviations</b> .....	<b>12</b>

## **PRE-REQUIS**

- Anatomie de l'utérus gravide
- Physiologie du déclenchement du travail
- Physiologie des contractions utérines
- Circulation foeto-placentaire
- Circulation foetale
- Modifications des mécanismes de défense immunitaire maternels

## **OBJECTIFS**

ENC :

- Diagnostiquer et connaître les principes de prévention et de prise en charge des principales complications de la grossesse : menace d'accouchement prématuré

SPECIFIQUE :

- Expliquer les principaux facteurs de risque et prévention
- Diagnostiquer et connaître les principes de prévention et la prise en charge

## **INTRODUCTION**

La Menace d'Accouchement Prématurée (MAP) est définie par l'association :

- de contractions utérines fréquentes et régulières (au moins 3 en 30 minutes),
- et de modifications cervicales significatives,
- avant 37 Semaines d'Aménorrhée (SA).

C'est une des situations obstétricales les plus fréquentes et les plus anciennement reconnues, mais aussi une des plus mal connues : ses critères diagnostiques sont imparfaits, le diagnostic étiologique est souvent négatif, et son traitement reste peu efficace.

Dans sa forme habituelle, la femme consulte en raison de contractions utérines.

## I CONDUITE DE L'EXAMEN

---

### Interrogatoire :

- Âge gestationnel ?
- S'agit-il bien de contractions utérines : durcissement généralisé et intermittent de l'utérus d'une durée de 30 à 60 secondes ?
- Caractères de ces contractions : ancienneté, fréquence, régularité, mode évolutif ?
- Manifestations associées : rupture des membranes, hémorragies ?
- Recherche d'un facteur déclenchant : fièvre, signes fonctionnels urinaires, surmenage récent ?
- Facteurs de risque : antécédent d'accouchement prématuré, conisation, malformation utérine, DES, béance cervicale, toutes les grandes maladies chroniques (HTA, diabète), pathologies thyroïdiennes, anémie sévère), hydramnios, grossesse multiple, Vaginose Bactérienne (VB), infections urinaires et autres...

### À l'examen :

- Température, tension artérielle, pouls,
- Hauteur utérine (HU) (une HU excessive évoque un hydramnios),
- Activité cardiaque,
- Examen au spéculum (*cf. glossaire*) (rupture des membranes ? hémorragies ?),
- Toucher vaginal : longueur et dilatation du col ? Normalement, le segment intravaginal du col est long d'au moins 2 cm, et l'orifice interne du col est fermé. L'évasement isolé de l'orifice externe du col est banal chez la multipare,
- Bandelette urinaire (nitrites (*cf. glossaire*)),
- Palpation de la thyroïde et auscultation cardiaque à la recherche d'une cardiopathie pouvant contre-indiquer les bêtamimétiques (*cf. glossaire*).

Cet examen est complété par :

- un enregistrement cardiotocographique (*cf. glossaire*) qui vérifie le bien-être fœtal et quantifie avec précision les contractions,
- une échographie dans le cadre du bilan étiologique et pour apprécier des modifications cervicales.

**Au terme de cet examen, la MAP est définie par l'association :**

- de contractions utérines fréquentes et régulières (au moins 3 en 30 minutes),

- et de modifications cervicales significatives (col court ou orifice interne perméable),
- avant 37 SA.

Elle exige l'hospitalisation immédiate.

### **Diagnostic différentiel :**

- Douleurs ligamentaires. Les femmes enceintes signalent fréquemment des douleurs à type de tiraillement centrées sur le pubis et la racine des cuisses, sans aucun phénomène de durcissement utérins. Ces douleurs ligamentaires (syndrome de Lacomme (*cf. glossaire*)) sont désagréables mais sans danger.
- Contractions physiologiques. Il est normal au troisième trimestre de ressentir une à cinq contractions par jour, surtout le soir ou après un effort.
- Certaines femmes ont un utérus « contractile » avec contractions relativement fréquentes (> 10 / jours) mais irrégulières, évoluant depuis plusieurs jours ou semaines sans modification cervicale notable. Cette situation justifie du repos et une surveillance renforcée, mais, en l'absence de facteurs de risque associés, le risque d'accouchement prématuré semble assez faible et l'hospitalisation n'est pas nécessaire.

## **II BILAN DE LA MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE (MAP)**

---

- Recherche d'un facteur déclenchant :
  - Conditions socio-économiques difficiles (après guérison de la MAP, un contexte social défavorable fera discuter une aide familiale à domicile et une surveillance par une sage-femme de PMI).
  - Infection intercurrente, notamment urinaire (ECB urinaire) et vaginal (polype endocervical), NFS, CRP.
  - Les autres examens seront orientés par la clinique.
  - Échographie obstétricale à visée étiologique (nombre de fœtus, biométrie fœtale, morphologie, liquide amniotique, localisation du placenta).
- Sévérité appréciée par :
  - Terme : prématurité < 37 SA, grande prématurité < 32 SA, très grande prématurité < 28 SA.
  - Cardiotocographie.

- Mesure de la longueur du col par échographie vaginale. Un col < 25-30 mm serait le témoin d'une « vraie MAP » avec haut risque d'accouchement prématuré. Cet examen reste néanmoins incomplètement évalué.
- Recherche d'une rupture prématurée des membranes, qui a pu passer inaperçue, mais qui modifie radicalement le pronostic et la prise en charge : examen au spéculum ; au moindre doute, prélèvement pour tests biochimiques instantanés (Amniocator\*, PROM test\*).
- Évaluation du bien-être foetal : Enregistrement cardiotocographique +++ et par échographie.

La MAP est d'autant plus sévère que les modifications cervicales sont plus importantes, qu'il existe des facteurs de risque médicaux, et que l'âge gestationnel est plus faible.

### III PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

---

Dans tous les cas :

Deux mesures ont fait la preuve de leur efficacité pour réduire la mortalité et la morbidité néonatale :

- **Transfert In Utero (Transfert In Utero) (TIU)** vers une maternité adaptée à l'âge gestationnel en cas de MAP sévère,
- **corticothérapie (cf. glossaire) prénatale** (+++) < 34 SA pour prévention de la Maladie des Membranes Hyalines (cf. glossaire) (MMH).

Le traitement associé :

- repos strict au lit,
- traitement du facteur déclenchant éventuel,
- et le traitement tocolytique (cf. glossaire), qui n'est qu'un traitement symptomatique, d'efficacité limitée. Son principal objectif est de retarder l'accouchement d'au moins 48 heures, afin de permettre l'action des corticoïdes (cf. glossaire) et l'organisation du transfert in utero.

Trois classes de tocolytiques, d'efficacité comparable, sont disponibles :

- les bétamimétiques sont les produits de référence mais leur tolérance maternelle est médiocre,
- les anticalciques (cf. glossaire) sont mieux tolérés mais n'ont pas l'AMM dans cette indication,

- les antagonistes de l'ocytocine (*cf. glossaire*) sont très bien tolérés mais d'un coût élevé.

D'assez nombreux cas d'œdème aigu du poumon et quelques cas d'infarctus du myocarde ont été rapportés avec les bêtamimétiques et, plus récemment, les anticalciques, en particulier dans les grossesses multiples.

*(Bibliographie : Menace d'accouchement prématuré : quels tocolytiques utiliser ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2002 Nov;31(S7):96-104.)* Carbonne B, Tsatsaris V. Menace d'accouchement prématuré : quels tocolytiques utiliser ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2002 Nov;31(S7):96-104.

*(Bibliographie : Utilisation des b-mimétiques dans la menace d'accouchement prématuré : revue critique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2001 Jun;30(3):221.)* Rozenberg P. Utilisation des b-mimétiques dans la menace d'accouchement prématuré : revue critique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2001 Jun;30(3):221.

#### **Bilan préthérapeutique :**

- Auscultation cardiaque et ECG,
- Glycémie (*cf. glossaire*) et kaliémie (*cf. glossaire*),
- Créatininémie (*cf. glossaire*).

#### **Contre-indications :**

- Suspicion de chorioamniotite (*cf. glossaire*),
- Altération du rythme cardiaque fœtal,
- âge gestationnel > 34 SA (balance bénéfique/risque à discuter),
- et les CI maternelles : cardiopathie, hyperthyroïdie et diabète mal équilibré.

Quel que soit le produit choisi, la tocolyse (*cf. glossaire*) nécessite une surveillance étroite :

- de l'efficacité : CU, modifications cervicales,
- de la tolérance maternelle : pouls, TA, dyspnée, auscultation pulmonaire, tremblements. Toute dyspnée exige l'arrêt immédiat du traitement,
- du bien-être fœtal : RCF.

Si l'évolution est favorable, avec arrêt des contractions :

- Arrêt progressif de la tocolyse.
- Poursuite de la surveillance pendant au moins 48 heures pour s'assurer de l'absence de récurrence.
- L'administration d'un traitement per os en relais n'a pas démontré son efficacité.
- Retour au domicile en l'absence de modifications cervicales et de facteurs de risque majeurs.
- Par la suite : repos et surveillance renforcée (éventuellement à domicile par une sage-femme).

#### **IV MESURES PREVENTIVES POUR UNE GROSSESSE ULTERIEURE**

---

- Récupérer les résultats des explorations (infections),
- Envisager une HSG à la recherche de malformation utérine,
- Recherche de vaginose bactérienne au début de la prochaine grossesse.

#### **V ANNEXES**

---

##### **GLOSSAIRE**

- anticalciques : Médicament destiné à régulariser le rythme cardiaque.
- béance cervicale : Béance cervicale ou béance isthmique ou béance cervico-isthmique : Diamètre anormalement grand du col de l'utérus, que ce soit pendant la grossesse ou en dehors de celle-ci. Physiologiquement, le col de l'utérus est complètement fermé à l'examen clinique. La béance cervico-isthmique est une des causes majeures de prématurité (enfant né vivant avant la 37<sup>e</sup> semaine de grossesse). Il est nécessaire de savoir que durant la grossesse le col est le plus souvent effacé et dilaté à environ 2 cm. On constate d'autre part au centre de la béance du col un bombement lié à la présence de la poche des eaux. L'exploration de la béance du col de l'utérus, en dehors de la grossesse, montre un raccourcissement de celui-ci plus ou moins important selon les femmes.
- bétamimétiques : Bétamimétique : Substance dont l'action imite celle liée à l'excitation des récepteurs adrénergiques bêta du système nerveux sympathique



(excitation du cœur, dilatation des vaisseaux périphériques, relâchement des muscles des bronches, de l'utérus, de la vessie et du tube digestif).

- **cardiotocographique** : Cardiotocographie : Examen qui enregistre le rythme cardiaque du fœtus et les contractions utérines lors de l'accouchement, pour permettre aux médecins de percevoir une éventuelle souffrance fœtale. On peut l'effectuer à partir de la 28<sup>e</sup> semaine. Il détectera si l'oxygénation est adéquate.
- **chorioamniotite** : Inflammation du chorion et de l'amnios. C'est la plus grande cause de survenue de fièvre chez la mère, fièvre due à une infection par une bactérie pendant la grossesse et l'accouchement. Les bactéries le plus souvent en cause sont le streptocoque et les bacilles Gram négatifs. La chorioamniotite est une infection de la cavité amniotique qui se fait le plus souvent par voie ascendante, par exemple à la suite d'une rupture des membranes ou d'une infection génitale avec un col utérin perméable, c'est-à-dire laissant pénétrer les germes.
- **conisation** : Technique chirurgicale qui consiste à l'ablation d'un fragment du col de l'utérus en forme de cône. Le but d'une conisation est double : retirer la partie dysplasique (précancéreuse) du col utérin ; analyser le fragment prélevé afin de connaître avec précision la nature des lésions et afin de s'assurer de l'absence d'une lésion plus évoluée.
- **corticoïdes** : Corticoïde ou corticostéroïde : Hormone stéroïde naturelle sécrétée chez les êtres humains par la glande corticosurrénale.
- **corticothérapie** : Emploi thérapeutique des corticoïdes.
- **Créatininémie** : Présence de créatinine dans le sang.
- **Glycémie** : Concentration de glucose dans le sang, ou plus exactement dans le plasma. Elle est mesurée en général en gramme de glucose par litre de sang, ou en millimoles de glucose par litre de sang.
- **hydramnios** : Excès de liquide amniotique pendant la grossesse. Chez l'être humain, l'hydramnios se définit par la mesure de l'index amniotique. Un index supérieur à 25 cm établit le diagnostic.
- **hyperthyroïdie** : Excès de thyroxine libre circulante (FT4) ou de triiodothyronine libre (FT3), ou les deux. Chez les humains, les causes principales sont la maladie de Basedow (cause la plus fréquente : 70-80 % des cas), l'adénome toxique de la thyroïde, le goitre multinodulaire toxique, et la thyroïdite subaiguë.
- **kaliémie** : Concentration de potassium (K<sup>+</sup>) dans le plasma sanguin. Le potassium est le principal ion intracellulaire, en particulier dans les cellules musculaires.
- **Maladie des Membranes Hyalines** : Une des causes principales de détresse respiratoire du nouveau-né. Elle est liée à une immaturité pulmonaire avec défaut

en surfactant pulmonaire et affecte préférentiellement le nouveau-né prématuré. Elle est responsable d'un tableau de détresse respiratoire nécessitant une oxygénothérapie et le plus souvent des mesures d'assistance respiratoire. Son apparition peut être prévenue (ou son évolution écourtée) par l'administration de surfactant.

- nitrites : Sels de l'acide nitreux (acide instable de formule  $\text{HNO}_2$ ). La formule de l'ion nitrite est  $\text{NO}_2^-$ .
- ocytocine : Hormone peptidique synthétisée par les noyaux paraventriculaire et supraoptique de l'hypothalamus et sécrétée par l'hypophyse postérieure (neurohypophyse). Elle est impliquée lors de l'accouchement, mais elle semble aussi par ailleurs favoriser les interactions sociales amoureuses ou impliquant la coopération, l'altruisme, l'empathie, l'attachement voire le sens du sacrifice pour autrui, même pour un autrui ne faisant pas partie du groupe auquel on appartient. Dans certaines situations, l'ocytocine pourrait aussi induire des comportements radicaux, voire violents pour la défense du groupe, par exemple face à un autrui refusant de coopérer. Elle deviendrait alors une source d'agressivité défensive (et non offensive).
- spéculum : Outil médical – généralement en métal ou à usage unique en plastique – permettant d'explorer une cavité corporelle par l'écartement des parois.
- syndrome de Lacomme : Distension des articulations sacro-iliaque et/ou de la symphyse pubienne au cours de la grossesse, en particulier au cours des derniers mois, et atteinte des ligaments et des tendons, entraînant une douleur qui est le symptôme principal. Est quelquefois confondu avec d'autres maladies, donnant l'impression d'un accouchement prématuré (menace d'accouchement prématuré), voire une fausse couche.
- tocolyse : Inhibition des contractions utérines pendant l'accouchement ou avant de réaliser une césarienne.
- tocolytique : Bétamimétique (qui stimule les récepteurs bêta-2) provoquant une relaxation du corps de l'utérus et la tonification du col pour interrompre le déclenchement du travail.
- Vaginose Bactérienne : Infection bactérienne représentant environ 50 à 60 % de toutes les infections de la vulve et du vagin. Elle se produit quand l'équilibre normal des bactéries se trouvant dans le vagin est rompu et qu'il y a prolifération de certaines de ces bactéries.

## BIBLIOGRAPHIE

- Benichou S, Maillard F, Goffinet F, Cabrol D, Schmitz T. : Comparaison du toucher vaginal et de l'échographie du col dans la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré. La revue Sage-femme. 2008 Nov;7(5):238-242.
- Cabrol D, Grangé. : Rôle des modifications du col utérin dans la menace d'accouchement prématuré. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1998 May;27(3):259.
- Carbonne B, Tsatsaris V. : Menace d'accouchement prématuré : quels tocolytiques utiliser ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2002 Nov;31(S7):96-104.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. : Menace d'accouchement prématuré. In: Gynécologie Obstétrique. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. p. 291-295.
- Dreyfus M, Durin L. : Prise en charge à domicile de la menace d'accouchement prématuré. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2002 Nov;31(S7):57-65.
- Goffinet F, Kayem G. : Diagnostic et pronostic de la menace d'accouchement prématuré à l'aide de l'examen clinique et de l'échographie. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2002 Nov;31(S7):22-34.
- Kayem G, Goffinet F, Haddad B, Cabrol D. : Menace d'accouchement prématuré. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 2006; 5-076-A-10.
- Lansac J. : Menace d'accouchement prématuré à membranes intactes. Wikinu Collège Obstétrique; 2002.
- Matis R. : Menace d'accouchement prématuré. Vocation Sage-femme. 2008 Jan;7(58):18.
- Menthonnex, E. : Menace d'accouchement prématuré. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Urgences. 2009; 24-213-A-20.
- Rozenberg P. : Utilisation des b-mimétiques dans la menace d'accouchement prématuré : revue critique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2001 Jun;30(3):221.
- Sagot P. : Qu'est-ce qu'une « vraie » menace d'accouchement prématuré ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2002 Jul-Aug;30(7-8):559-561.

- Subtil D. : Place des marqueurs infectieux dans le pronostic et la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré (en dehors de l'amniocentèse). Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2002 Nov;31(S7):43-51.
- Venditelli F, Lachcar P. : Menace d'accouchement prématuré, stress, soutien psychosocial et psychothérapie : revue de la littérature. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2002 Jun;30(6):503-513.

## RECOMMANDATION

- Cabrol D, Goffinet F, Carbonne B, Dreyfus M, d'Ercole C, Ancel PY, et al. La menace d'accouchement prématuré (MAP) à membranes intactes. Recommandations pour la pratique clinique. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF); 2002. : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_10.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_10.HTM)
- Haute Autorité de Santé (HAS). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. HAS; 2007 May. : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_547976/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees)

## ABREVIATIONS

- AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
- CI : Contre-Indication
- CRP : C-Reactive Protein (protéine C réactive)
- CU : Contraction Utérine
- DES : DiÉthylStilbestrol
- ECB : Examen CytoBactériologique
- ECG : ÉlectroCardioGramme
- HSG : HystéroSalpingoGraphie
- HTA : HyperTension Artérielle
- HU : Hauteur Utérine
- MAP : Menace d'Accouchement Prématurée
- MMH : Maladie des Membranes Hyalines
- NFS : Numération Formule Sanguine

- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- RCF : Rythme Cardiaque Fœtal
- SA : Semaines d'Aménorrhée
- TIU : Transfert In Utero
- VB : Vaginose Bactérienne