

Menace d'accouchement prématuré sévère

Professeur Georges Boog
CHRU de Nantes

☀ Définition. Au moins 1 contraction/10 minutes et modifications du col: effacement et/ou dilatation.

☀ Fréquence des menaces d'accouchement prématuré : 10 à 15%, alors que le taux de prématurité est de 5,9%. Il y a donc un excès de tocolyses.

↳ Exclure les douleurs ligamentaires, les pseudo-menaces (col non modifié), les contractions physiologiques de fin de grossesse de Braxton-Hicks.

☀ Complications de la prématurité : maladie des membranes hyalines, puis dysplasie broncho-pulmonaire, hémorragies intra-ventriculaires et intra-cérébrales (4 stades) et leucomalacies péri-ventriculaires, persistance du canal artériel, infection néonatale (nosocomiale++), entérocolite, hypothermie, ictère, hypoglycémie, hypocalcémie, rétinopathie par toxicité de l'oxygène.

☀ Interrogatoire : début des CU, facteur déclenchant? Facteurs favorisants: antécédents de fausse-couche tardive ou de prématurité, âge, gestité, parité, problèmes sociaux, activité professionnelle, célibataire, drogue, alcool, tabac, pathologie de la grossesse (hémorragies, hydramnios, grossesse multiple, etc...)?

↳ Facteurs défavorables : rupture prématurée des membranes, métrorragies, fièvre.

☀ Examen clinique

- Hauteur utérine, présentation, tension utérine entre les contractions (hypertonie ?), bruits du cœur fœtal.

- Examen au spéculum: Leucorrhées? Liquide amniotique? Hémorragie cervicale ou endo-utérine?

- TV: effacement et dilation du col, présentation fœtale (A EVITER SI RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES)

☀ Examen général: pouls, température, tension artérielle (TA), auscultation cardiaque, volume de la thyroïde.

☀ Echographie:

- Grossesse unique ou multiple,

- Vitalité fœtale: vérifier l'activité cardiaque, les mouvements actifs. L'absence de mouvements respiratoires serait un signe de gravité car la production de prostaglandines inhibe le centre respiratoire fœtal,

- Biométrie fœtale (périmètres céphalique et abdominal, longueur du fémur), morphologie à refaire si ancienne ou de mauvaise qualité,

- Quantité de liquide amniotique,

- Placenta : localisation, écho-structure, recherche d'hématome si métrorragies,

↳ Sonde vaginale: longueur du col et tunnélisation de l'orifice interne (valeurs normales respectivement > 26 mm et < 6 mm), distance du bord inférieur du placenta par rapport à l'orifice interne du col si métrorragies.

☀ Cardiotocographie: signes de "souffrance fœtale ? Rythme de base, accélérations, décélérations, oscillations.

↳ Si rythme suspect utiliser le logiciel OXFORD 8002 et interpréter la VCT en fonction de l'âge gestationnel.

● Biologie: groupe sanguin + phénotype Rhésus et Kell; agglutinines irrégulières, hémogramme, plaquettes, C-réactive protéine, uroculture, prélèvement vaginal, ionogramme, glycémie, créatinine, test de Kleihauer si métrorragies.

● Electrocardiogramme maternel. *Echocardiographie si auscultation anormale.*

↳ Contre-indications à la tocolyse

Maternelles : cardiopathie, troubles du rythme, hyperthyroïdie, migraines sévères, insuffisance rénale,

Fœtales : grossesse > 34 SA, mort in utero, signes d'hypoxie (RCF, score biophysique), RCIU sévère, chorio-amnionite, pré-éclampsie sévère, hématome rétro-placentaire, placenta praevia avec choc hémorragique maternel, malformation fœtale léthale,

TOCOLYSE

■ Repos et hydratation

■ Les bêta-mimétiques

Action β_2 bénéfique : inhibition des muscles lisses, mais aussi néoglucogénèse (↗ glycémies de 40%). Action β_1 néfaste : inotrope + et chronotrope +.

Effets 2aires : céphalées, nervosité, tremblements, nausées, vomissements, constipation, tachycardie, palpitations,

Accidents : hypotension artérielle si hémorragie+++ , arythmies, hypokaliémie, déséquilibres diabétiques, œdème aigu du poumon (si grossesse multiple , corticothérapie associée, et excès de perfusions), ischémie myocardique.

↳ Salbutamol (Salbumol ®): en perfusion intra-veineuse de 1 ampoule de 5 mg de Salbumol Fort dans 45 mL de *sérum physiologique* (débuter à vitesse 1). *Contrôles tous les 1/4 d'heure du pouls et de la TA et de l'activité utérine et du RCF sur le CTG.* Augmenter les doses jusqu'à obtenir un arrêt des contractions utérines ou mettre en évidence des signes d'intolérance maternelle (maximum à vitesse 4).

Durée de la perfusion IV = 48 heures, puis relais par voie IM ou sous-cutanée (0,5mg), per os (2mg) ou suppositoires (1mg) toutes les 4 à 6 heures.

■ Les inhibiteurs des canaux calciques (utilisation hors AMM)

Inhibition des canaux calciques de type II : action relaxante sur les muscles lisses des vaisseaux, de l'utérus et de la vessie. Pas d'action sur les canaux de type I : conduction atrio-ventriculaire

↳ ADALATE ® (Nifédipine) per os): 1 comprimé à 10 mg tous les 1/4 d'heure; Max = 4 comprimés ou ADALATE LP ® (20mg) : 1 comprimé renouvelé 30 minutes plus tard.

↳ LOXEN ® IV (Nicardipine) :2,5 ampoules à 10 mg dans 250mL de sérum glucosé à 5%, début à 20 mL/heure soit 2 mg/heure (vitesse 2, maximum vitesse 4). Indication : hypertension artérielle associée.

Si échec au bout d'une heure, essayer un autre tocolytique.

En cas de succès, relais par ADALATE LP ® (20 mg): 2 x/jour ou CHRONADALATE ® (33mg) 1 à 2x/jour.

Effets 2aires : céphalées, érythème facial, nausées, allergies, hypotension, légère tachycardie.

Avantages sur les bêta-mimétiques: plus de prolongations de la grossesse > 48 h : OR = 1,52 [1,03-2,24], meilleure tolérance : arrêts de traitement moins fréquents: OR = 0,12 [0,05-0,29], moindre morbidité néonatale : membranes hyalines (OR = 0,57 [0,37-0,89], transferts en réanimation : OR = 0,65 [0,43-0,97].

■ L'antagoniste des récepteurs de l'Ocytocine

↳ TRACTOCILE ® (Atosiban)

Dose d'attaque IV lente de 0,9 mL (7,5 mg)

Perfusion à forte dose 300 µg/minute (18 mg/h) pendant 3 heures,

Entretien : 100 µg/minute (6 mg /h) pendant 45 heures.

Avantages sur les béta-mimétiques : meilleure efficacité pour la latence à 7 jours, pas d'effet délétère sur le fœtus, meilleure tolérance pour les effets cardio-vasculaire : (8,3% vs 81,2% ; $p < 0,0001$), nausées (11,9% vs 15,9%), céphalées (9,7% vs 18,6%), vomissements (6,9% vs 21,8%). Inconvénient : coût +++

■ Autres tocolytiques

↳ SULFATE DE MAGNESIUM : par voie IV : 3 à 5 g/heure. Risque de surdosage et d'œdème aigu du poumon, NE PAS ASSOCIER A UN INHIBITEUR CALCIQUE.

↳ INDOMETHACINE (INDOCID ® ou PROFENID ®) : inhibiteur des prostaglandines. Effets 2aires maternels (ulcère, vomissements, diarrhées, thrombopénie, allergies) , mais surtout fœtaux (oligo-amnios, fermeture du canal artériel in utero, hypertension artérielle pulmonaire, insuffisance rénale néonatale) : doses : 50 à 100 mg par voie rectale, puis 25 mg/6 heures, DUREE MAXIMALE de 24 à 48 heures.

↳ NITROGLYCERINE : patch délivrant 5 à 10 mg/24 heures en cours d'essai : érythèmes, céphalées ++, hypotension orthostatique ++

■ Traitements d'appoint

↳ ANTIBIOTIQUES : dans un contexte infectieux bactérien ou de RPM : Ampicilline 2g IV/6 h pendant 24 heures ou Pénicilline 5 MU IV à 6 heures d'intervalle ou Mezlocilline (BAYPEN ®) 3g/4h IV pendant 48 heures, ou Pipéracilline (TAZOCILLINE ®) 3g IV/6h pendant 72 heures ou Clindamycine (DALACINE ®) IV 600mg/6h + Gentamycine (GENTALLINE ®) 4mg/kg ou Erythromycine (ERYTHROCINE ®) 250 mg/6h per os. EVITER L'ASSOCIATION AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE (risque d'entérocolite néonatale ++).

↳ PROGESTERONE : Potentialisation possible de la tocolyse par l'injection IM de Progestérone retard (500 mg) 1 à 2 x par semaine.

↳ Vitamine D : 1 ampoule d'UVEDOSE (100.000 UI per os) contre l'hypocalcémie néonatale.

■ Corticothérapie prénatale

Elle doit être faite dès l'admission, entre 24 et 34 SA, car le délai optimal d'action = 48 heures. Diminue de 50% la mortalité néonatale, les maladies des membranes hyalines, les entérocolites, les hémorragies cérébrales et les leucomalacies périventriculaires de l'enfant.

↳ Préférer la Bétaméthasone à la Dexaméthasone : CELESTENE ® (phosphate : 3 ampoules de 4 mg) ou CELESTENE CHRONODOSE (phosphate et acétate : 2 ampoules de 6 mg) : deux injections intra-musculaires à 24 heures d'intervalle. Efficacité reconnue pendant 7 à 10 jours. NE PAS FAIRE PLUS DE 2 à 3 CURES (risque d'inhibition de la croissance cérébrale fœtale), FAIRE UNE SEULE CURE en cas de RPM (risque infectieux accru).

Effets 2aires : augmentation de la leucocytose, augmentation des glycémies, baisse des mouvements fœtaux et de la variabilité du RCF pendant 96 heures, pas d'action sur les Dopplers.

■ Le transfert maternel

↳ *POURQUOI?* Diminue la mortalité néonatale de 50 à 60%, diminue le risque d'hémorragie cérébrale du fœtus lié au transport de l'enfant de 50%, diminue le risque de séquelles neurologiques de l'enfant, maintient la relation mère-enfant.

↳ *OU?* Niveau II entre 33 et 36SA ou poids estimé > 1.500 g, niveau III < 33SA ou poids estimé < 1500g.

↳ *QUAND?* Persistance de l'activité utérine malgré la tocolyse, longueur du col en échographie < 20 mm, RPM > 26 SA.

Contre-indications : accouchement imminent, signes de *souffrance foetale*, hématome rétro-placentaire.

↳ *COMMENT?* SAMU si dilatation avancée, métrorragies, et tocolyse par bêta-mimétique ou LOXEN® IV. Dans les autres cas : ambulance avec une sage-femme.