

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique



UNIVERSITÉ ABOU BEKR BELKAID DE TLEMCEEN
FACULTÉ DE MEDECINE BENZERDJEB BENOUDA

*MÉMOIRE DE FIN D'ETUDE POUR OBTENTION DU
DIPLOME EN SCIENCES MEDICALES*

MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE

Soutenu le 29 MAI 2019:

Encadreur : Pr BELARBI Chef Service EHS Tlemcen
Co-encadreur : Pr OUALI Chef d'unité Gynéco-oncologie

Présenté par: **BOUAYED Ghizlène**
BOUCHIKHI Amina
BRAHAMI Yasmine
LABDELLI Neda

Année académique: 2018-2019

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier Dieu le tout puissant et miséricordieux, qui nous a donné la force et la patience d'accomplir ce Modeste travail.

En second lieu, nous tenons à remercier notre encadreur Dr Belarbi, son précieuse conseil et son aide durant toute la période du travail.

A nos parents pour nous avoir encouragé et permis d'entreprendre notre formation de médecins. Sans eux, nous n'en serons pas là

Nos vifs remerciements vont également au professeur Ouati pour l'intérêt qu'il a porté à notre recherche en acceptant d'examiner notre travail Et de l'enrichir par ses propositions.

Nous souhaitons également adresser nos remerciements les plus sincères aux personnes qui nous ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce travail ainsi qu'à la réussite de cette formidable année hospitalo-universitaire.

Ces remerciements vont tout d'abord au corps professionnel et administratif de l'EHO mère-enfants Tlemcen, pour la richesse et la qualité de leur enseignement et qui déploient de grands efforts pour assurer à leurs étudiants une formation actualisée.

Enfin, nous tenons également à remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Sommaire

Introduction	04
---------------------------	----

PREMIERE PARTIE LA MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE

I. Objectif.....	06
1. Objectif général	06
2. Objectif spécifique.....	06
3. L'étude épidémiologique.....	06
II. Définition.....	07
III. Epidémiologie.....	08
IV. Physiopathologie du travail prématuré.....	09
1. Donnée physiologique	09
2. Hypothèse physiopathologique.....	10
V. Etiopathogénique.....	11
1. Facteurs favorisants.....	11
2. Ethologies.....	13
VI. Dépistage de la menace d'accouchement prématurée.....	16
VII. Diagnostic de la menace d'accouchement prématurée	17
1. Examen clinique.....	17
2. Examen complémentaires.....	20
3. Bilan biologique.....	20
4. marqueurs biochimiques.....	21
5. Echographie abdominal et endovaginal.....	24

SECONDE PARTIT LA PREMATURITEE

I.	Définition et degré de la prématurité.....	28
II.	Conséquences de la prématurité sur les aptitudes mental et comportemental	30

TROISIEMME PARTIE : ETUDE PRATIQUE

I.	Etude épidémiologique.....	36
II.	Résultats.....	39
III.	Discussion et comparaison.....	46

QUATRIEME PARTIE : LA PRISE EN CHARGE

I.	Prise en charge de la menace d'accouchement prématurée.....	50
a.	Hospitalisation et repos.....	50
b.	Traitement symptomatique.....	50
c.	Traitements étiologique.....	56
d.	Traitement préventif.....	56
e.	Prise en charge de la menace d'accouchement prématurée selon les recommandations de CNGOF 2002.....	57
II.	Prévention.....	60
	Recommandations.....	61
	Conclusion.....	62
	Bibliographie	63

Introduction :

Selon le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), la menace d'accouchement prématuré est caractérisée par l'association de modifications cervicales et de contractions utérines régulières et douloureuses, aboutissant spontanément à un accouchement prématuré en l'absence de prise en charge médicale. Elle survient entre 22 et 36 SA révolues.

La menace d'accouchement prématuré est quantitativement la 1^{ère} cause d'hospitalisation pendant la grossesse, le risque réel d'accouchement prématuré est très variable selon les études (15 à 50%).

L'accouchement prématuré représente actuellement 7 % des naissances en France.

Les accouchements prématurés sont responsables de 70 % de la morbidité néonatale et des dépenses sanitaires dans les services de néonatalogie.

Cette pathologie est la plus fréquente au cours de la gestation et intéresse environ 15 à 20% des grossesses.

Malgré l'utilisation massive de moyens et d'efforts considérables, l'incidence des accouchements prématurés est restée stable pendant les 25 dernières années, montrant la nécessité d'une meilleure compréhension des mécanismes de l'accouchement prématuré.

**PREMIÈRE PARTIE
LA MENACE
D'ACCOUCHEMENT
PRÉMATURÉ**

1. Objectif

1/ objectif général du travail :

- ✓ Etudier le profil épidémioclinique des menaces d'accouchement prématuré (étude faite sur 738 cas) durant la période de juin 2016 au décembre 2017 au niveau du service de gynéco-obstétrique de l'EHS mère et enfant Tlemcen

2/ objectifs spécifiques :

- Déterminer le nombre de cas de menace d'accouchement prématuré
- Identifier les facteurs de risque
- Analyser l'efficacité des moyens de tocolyse et l'évolution
- Proposer des mesures prophylactiques pour prévenir les menaces et améliorer le pronostic foetal

L'étude épidémiologique

Notre étude épidémiologique sera basée sur les paramètres suivants :

1. Déterminer l'effectif total des MAP durant la période 2016-2018.
2. Répartition selon l'âge.
3. L'étude selon le nombre de geste et parité.
4. Distribution selon le degré de prématurité.
5. Distribution selon les antécédents médicaux.
6. Répartition selon le diagnostic étiologique évoquée.
7. Répartition selon l'efficacité de la tocolyse (évolution).

Définition

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.

Epidémiologie

La menace d'accouchement prématuré représente la première cause d'hospitalisation au cours de la grossesse et entraîne un accouchement prématuré dans environ 50 % des cas . En France, le nombre de patientes hospitalisées pour MAP est évalué à 8 % des naissances selon les données de l'enquête EVAPRIMA de 2008 (Enquête de l'INSERM sur l'évaluation de la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré en France). Par ailleurs, certains « essais randomisés testant des tocolytiques montrent que, dans le groupe placebo, environ 50 % de ces patientes accoucheront après 37 SA » .

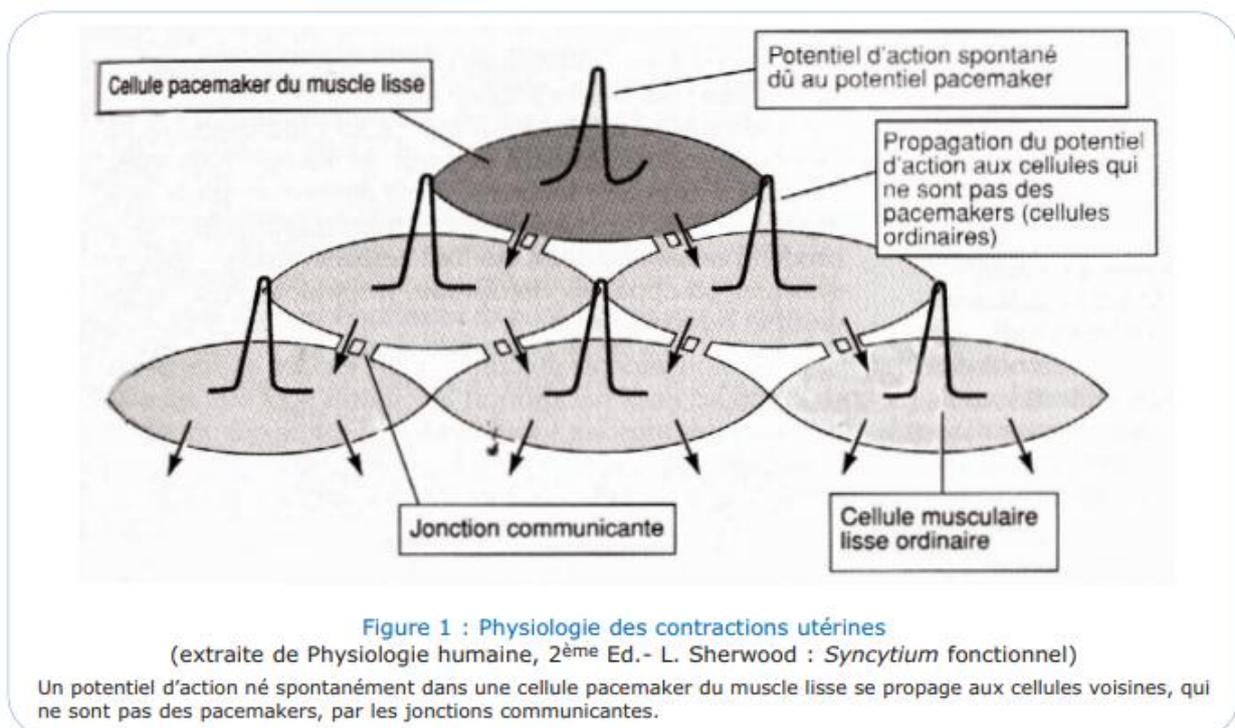
Physiopathologie du travail prématuré

a. Donnée physiologique

l'utérus a pour principale fonction d'assurer le développement harmonieux de l'unité fœto placentaire et à terme la parturition. Bien que le début du travail semble survenir brutalement, il est maintenant acquis que dans les dernières semaines de la grossesse, des processus de « maturation » interviennent tant au niveau des fibres musculaires lisses (prépondérantes dans le corps utérin) que de la trame conjonctive (prépondérante dans le col) conduisant progressivement l'utérus vers un état favorable à l'accouchement, phénomène impliquant à la fois l'hyperactivité contractile du myomètre et la dilatation du col. Il paraît essentiel de caractériser la séquence d'événements qui conduit l'utérus humain d'un état de relative quiescence vers un état activé en fin de grossesse et en particulier de savoir comment s'établit la spécificité de la réponse (relaxante ou contracturante) de la fibre lisse myométriale si l'on considère la diversité des substances (eicosanoïdes, ocytocine, endothélines, catécholamines_) qui la sollicite. Les données actuelles suggèrent que c'est à l'interface fœto-maternelle, caractérisée dans l'espèce humaine par une disposition particulière entre cellules fœtales et maternelles, que se mettent en place les éléments décisifs du déclenchement de l'accouchement. C'est dans l'espace sanguin intervilloux, circulation spécifique de cette interface, que l'on retrouve en effet, à des concentrations élevées en fin de grossesse, certaines des substances qui contrôlent à la fois le développement du fœtus et l'activité utérine. Le signal initial du déclenchement de l'accouchement pourrait être fœtal mais d'origine trophoblastique (d'où la notion d'horloge placentaire). De manière concomitante, ce premier signal non seulement aurait l'utérus pour cible mais aussi le fœtus en activant son axe hypothalamo hypophysosurrénalien (H-H-S). Il s'agirait là d'un second signal fœtal qui aurait pour conséquence d'amplifier les mécanismes responsables du début du travail et de les préciser dans le temps. Il reste toutefois à identifier la nature de ces signaux. S'agit-il d'une seule substance ou plus probablement d'une combinatoire de plusieurs d'entre elles ? On se trouve en présence de systèmes dynamiques de type Neuroimmuno-endocriniens dont la constante évolution dans le temps est difficile à décrire. Néanmoins, il est évident que ce sont les hormones stéroïdes qui en coordonnent les équilibres successifs jusqu'à l'irréversibilité; marque essentielle de la parturition. De ce point de vue, la naissance souligne de façon remarquable le rôle constructif des phénomènes irréversibles dans la nature.

b. Hypothèse physiopathologiques

Plusieurs études montrent qu'une augmentation des cytokines maternelles et fœtales, IL-1 β , IL-6, TNF- α dans le liquide amniotique est associée au travail prématuré à membranes intactes. Chez l'animal, l'administration d'IL-1 β déclenche l'accouchement. Expérimentalement, la production de prostaglandines est accrue dans un contexte associant travail prématuré et infection. Bien que ces éléments suggèrent un lien direct entre l'infection intra-utérine et le déclenchement du travail, les mécanismes liant ces deux événements ne sont pas encore identifiés. Plusieurs hypothèses ont été envisagées. La première pose que les phospholipases bactériennes sont à l'origine du déclenchement du travail, car en dégradant les phospholipides membranaires en acide arachidonique, elles fournissent le principal précurseur à la synthèse des prostaglandines. La seconde fait intervenir les cytokines qui activeraient des enzymes impliquées dans la production des prostaglandines. La troisième est liée à l'inactivation d'enzymes responsables de la dégradation des prostaglandines. Enfin, le dernier mécanisme retenu est celui de la CRH et de l'activation de l'axe hypothalamo hypophysaire du fœtus. In vitro, les cytokines activent la production de CRH. Les études ont aussi démontré un excès de DHEA et de cortisol dans le liquide amniotique chez les femmes porteuses d'une infection intra-utérine par rapport à des femmes non infectées ou qui ont accouché à terme. Enfin, les femmes accouchant dans les 7 jours ont des taux d'œstrogènes élevés par rapport aux femmes ayant accouché plus tard. Ces éléments sont compatibles avec un processus d'activation de l'axe hypothalamo-hypophysaire du fœtus, mais ils n'excluent pas un effet plus direct de la CRH sur le métabolisme des prostaglandines.



Etiopathogénique :

a) Les facteurs favorisants :

1. Les facteurs socioéconomiques sont représentés par :

- ✓ Les milieux défavorisés (les travaux pénibles à domicile ou professionnels, l'augmentation des charges familiales, la pauvreté, famille nombreuse)
- ✓ Les mauvaises conditions de logement qui sont sources d'infection ;
- ✓ L'absence de confort (absence d'ascenseur pour les femmes travaillant ou habitant à des étages élevés, les montées d'escaliers.
- ✓ Les mauvaises conditions de transports : les secousses, les vibrations, les longs voyages en voiture.
- ✓ Les trépidations des machines, les longs trajets de marche.
- ✓ La frénésie de la vie moderne et l'abus des mondanités sont préjudiciables au déroulement normal de la grossesse.
- ✓ L'abus du tabac favorise la prématurité et l'hypotrophie fœtale.
- ✓ Les émotions vives telles que les décès, les échecs, le stress etc.
- ✓ Les anomalies morphologiques et physiologiques générales : les femmes de petite taille inférieure à 1,50 m ,les femmes très maigres ou dont le poids n'a pas augmenté au cours de la grossesse ou les femmes qui perdent du poids.
- ✓ Les antécédents obstétricaux
- ✓ Les manœuvres endo-utérines : les curetages, l'interruption volontaire de la grossesse (IVG)
- ✓ Les accouchements prématurés antérieurs
- ✓ Les grossesses rapprochées avec intervalle inter gésique (IIG) court inférieur à 1an

Nous disons qu'en fonction de ces étiologies et les facteurs de risque suscités il a été établi un coefficient de risque d'accouchement prématuré appelé CRAP par Emile Papiernick.

Ce coefficient s'appuie sur l'attribution d'une valeur comprise entre un et cinq points à des facteurs établis comme étant susceptibles d'entraîner un accouchement prématuré, ces facteurs sont au nombre de trente à trente-cinq. IL permet de définir les populations à risque et d'adapter ainsi une prévention appropriée. Il comporte deux classes de facteurs :

- l'une ne pouvant pas être modifiée à savoir : l'âge de la gestante, sa classe sociale, ses antécédents de naissance prématurée, la présence d'un hydramnios ou d'une grossesse gémellaire ;
- l'autre pouvant être modifiée en particulier le mode de vie de la patiente, les efforts physiques (par le repos ou l'arrêt de travail), les infections urinaires ou génitales (par leur dépistage et leur traitement), la béance cervico-isthmique (par le cerclage).

C'est sur ces facteurs de risque pouvant être modifiés que portera la prévention.

- Le CRAP permet d'évaluer pour chaque gestante le risque d'avoir une interruption prématurée de sa grossesse.

Coefficient de risque d'accouchement prématuré :

il permet d'évaluer pour chaque gestante le risque d'avoir une interruption prématurée de sa grossesse.

Si CRAP < 5 = pas de risque de prématurité.

Si CRAP compris 8 et 10 = risque potentiel de prématurité.

Si CRAP >10 = risque certain de prématurité

b) Les étiologies :

Les étiologies sont multiples et conjuguées maternels et fœtales, parfois évidente au moment de l'accouchement ou de la menace d'accouchement prématuré, bien souvent retrouvées seulement au cours du bilan pratiqué après cet accouchement, c'est l'implication d'une multitude de facteurs de type génétique, hormonal ou environnemental. Nous retenons :

- Les causes maternelles : elles sont générales et locales.
- Les causes ovulaires.
- Les causes materno-fœtales.
- Les causes idiopathiques

1. Les causes maternelles

a .Les causes générales

- L'altération de l'état général quelle que soit son origine.
- Les pathologies infectieuses :
 - Virale : rubéole, cytomégalovirus,
 - Bactérienne : listériose,
 - Parasitaire : paludisme,
 - L'hyperthermie.
- La pathologie sanguine : anémie.
- La pathologie cardio-vasculaire : Hypertension artérielle
- La pathologie respiratoire : insuffisance respiratoire chronique.
- La pathologie urinaire : infection urinaire et surtout pyélonéphrite.
- Le diabète : responsable de la macrosomie fœtale
- LA pathologie chirurgicale : toute intervention chirurgicale, abdominale ou thoracique pendant la grossesse.

b .Les causes locales :

-Malformations utérines :

- ✓ $\frac{3}{4}$ Congénitales : il s'agit de l'hypotrophie utérine, d'utérus malformé (cloisonné, unicorne, bicorne)

- ✓ ¾Acquises : il s'agit de myomes utérins, synéchies utérines, cicatrices utérines (plastie tubaire, myomectomie)
- ✓ ¾Les béances cervico- isthmiques : peuvent être congénitales ou acquises

2. Les causes ovulaires

- A. **Fœtales** : il s'agit de grossesses multiples, malformations fœtales, retard de croissance fœtale
- B. **Annexielles** : il s'agit d'hydramnios, placenta prævia, décollement placentaire avec hématome rétro placentaire, la rupture prématurée des membranes (élément de gravité supplémentaire au cours d'une MAP car elle expose le fœtus à la prématurité et à l'infection)

3. Les causes maternofoetales

L'incompatibilité rhésus materno fœtale

4. Les causes idiopathiques

Elles représentent environ 40 % des MAP, une infection amnio –choriale développée à bas bruit donc infra clinique pourrait en être l'origine.

Il a été donc proposé de pratiquer une amniocentèse dans les MAP sans cause apparente à la recherche de preuves directes d'une infection du L.A par examen bactériologique (CRP, IL8, leucotriène B) ou à la recherche d'indicateur d'une chorioamniotite infra clinique (Fusobactérium, GardnerellaVaginalis, Mycoplasmes)

1	<ul style="list-style-type: none"> - Deux enfants ou plusieurs sans aide familiale - Bas niveau socio-économique 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Curetage - Court intervalle après grossesse précédente (1 an entre accouchement et fécondation) 	<ul style="list-style-type: none"> - travail à l'extérieur 	<ul style="list-style-type: none"> - Fatigue inhabituelle - Prise de poids excessive
2	<ul style="list-style-type: none"> - Grossesse illégitime non hospitalisée en maison maternelle - Moins de 20 ans - Plus de 40 ans 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 Curetages 	<ul style="list-style-type: none"> - Plus de 3 étages sans ascenseur - Plus de 10 cigarettes par jour 	<ul style="list-style-type: none"> - Moins de 5kg de prise de poids - Albuminurie - Hypertension + 13 - Hypotension +8
3	<ul style="list-style-type: none"> - Très bas niveau socio-économique - Moins de 1,5 m - Moins de 45 kg 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 curetages ou plus - Utérus Cylindrique 	<ul style="list-style-type: none"> - Long trajet quotidien - Effets inhabituels - Grand voyage - Travail fatiguant 	<ul style="list-style-type: none"> - Chute de poids le mois précédent - tête basse - segment inférieur formé - Siège à 7 mois
4	<ul style="list-style-type: none"> - Moins de 18 ans 			<ul style="list-style-type: none"> - Pyélonéphrite - Métrorragie du 2^e trimestre - Col court - Col perméable - Utérus contractile
5		<ul style="list-style-type: none"> - Malformation utérine - 1 avortement tardif - 1 accouchement prématuré 		<ul style="list-style-type: none"> - Grossesse gémellaire - Placenta praevia - Hydramnios

Dépistage de la menace d'accouchement prématuré :

Comme nous l'avons vu précédemment, la MAP est une pathologie multifactorielle, très difficile à classer selon tous les éléments diagnostics entrant en jeu. Depuis longtemps, les obstétriciens tentent de trouver une méthode de dépistage, mais sans efficacité prouvée jusque-là dans la population générale. Certains tests ont été utilisés antérieurement mais sans résultat probant.

1. Le coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP)

Ce score est, dans la pratique, peu utilisé et peu recommandé du fait de sa faible sensibilité (<50%).

2. Le score de Mamelle

Ce score permettait une évaluation du risque d'accouchement prématuré selon l'activité professionnelle de la patiente. Il s'établit sur 5 points : la posture au travail, l'activité professionnelle sur machine (dans le cadre de travail en usine, le type de machine utilisé par la gestante), la charge physique, le contexte psychique et l'environnement. Cependant, comme le score de Papiernik, il ne permet pas de montrer un degré de risque donc n'apporte pas de bénéfice.

3. L'examen clinique

L'autopalpation à domicile par la patiente, pour la détection de contractions utérines n'est pas recommandée car elle ne permet pas un diagnostic franc.

Le toucher vaginal (TV) de dépistage évalue les critères suivants : l'effacement du col et sa dilatation. Sa valeur reste cependant modeste du fait de la variabilité inter- et intra observateur.

En l'absence de contractions utérines ou de facteurs de risques, le TV n'est pas recommandé en pratique. Dans certains pays, comme le Royaume-Uni, le TV n'entre pas dans l'examen classique de grossesse lors d'une absence de signes cliniques.

Diagnostic de la Menace d'accouchement prématuré

I. Examen clinique

a) L'interrogatoire:

- Préciser l'âge gestationnel : capital pour le pronostic et la thérapeutique
- Vérifier le bien être fœtal :- mouvements fœtaux,
- Rechercher un facteur déclenchant :
 - surmenage récent et surtout une infection intercurrente :
 - fièvre.
 - infection urinaire : douleurs lombaires, signes fonctionnels urinaires, bandelette urinaire (nitrites),
 - infection vaginale : leucorrhées teintées ou malodorantes,
 - infection respiratoire, ORL, ...
 - Tabagisme
 - Primiparité

○ Antécédents obstétricaux

- Accouchement prématuré +++
- Avortement tardif +++
- Interruption volontaire de grossesse
- Facteurs socio-économiques
- Bas niveau socio-économique
- Travail pénible
- Mère isolée
- Grossesse non ou mal suivie

○ Facteurs propres à la grossesse en cours

- Grossesse multiple +++
- Hydramnios +++
- Placenta prævia
- Infection urinaire, vaginale ou générale
- Anémie /HTA /diabète

Rechercher une contre-indication à l'emploi des tocolytiques, notamment des bêtamimétiques

- Confirmer que les symptômes rapportés sont des CU : durcissement généralisé et intermittent de l'utérus d'une durée de 30 à 60 secondes,
- Préciser leurs caractères : ancienneté, fréquence, régularité, mode évolutif,
- Rechercher les manifestations associées :
 - une notion de rupture des membranes (écoulement liquidien)
 - métrorragies : placenta prævia ? Décollement placenta

b) L'examen physique :

✓ Palpation utérine :

- Rechercher et confirmer les contractions utérines
- Mesurer la hauteur utérine
- Préciser la présentation foetale.

✓ Examen au spéculum : peut montrer :

- Une vaginite infectieuse avec des leucorrhées
- Une cervicite, souvent hémorragique du sang provenant de la cavité utérine
- Du liquide amniotique si RPM

✓ Toucher vaginal : précise

- L'état du col
- Sa position
- Sa consistance
- Sa longueur
- Dilatation de l'orifice externe
- Le type et la hauteur de la présentation
- L'intégrité du pôle inférieur de l'œuf si le col est ouvert.

Normalement pendant la grossesse, le col est long d'au moins 2cm, postérieur et son orifice interne est fermé notamment chez la primigeste .L'évasement isolé de l'orifice externe du col est banal chez la multipare.

Au cours d'une MAP le col est raccourci, dilaté (>1cm), ramolli et perméable à l'orifice interne. Cependant cet examen clinique reste subjectif avec une variation interindividuelle de l'appréciation vaginal est satisfaisante dans les cas extrêmes (col très modifié associé à des CU régulières ou à l'inverse un col très peu modifié avec de rares CU), et non dans les situations intermédiaires. On sait qu'une dilatation cervicale supérieure ou égale à 2 cm avant 34 SA indique une MAP réelle et sévère. Ce moyen diagnostique ne peut donc pas identifier toutes les MAP mais il permet cependant, de montrer la nécessité ou non de

la poursuite des explorations complémentaires afin de définir la sévérité de cette menace d'accouchement.

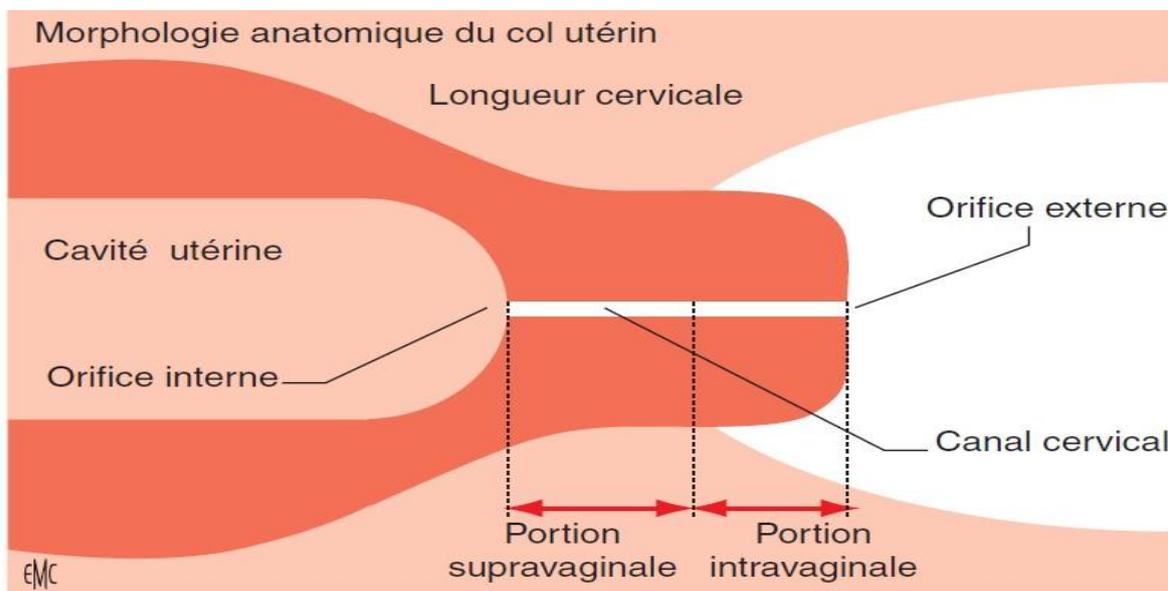


Figure 1. Schéma d'une coupe sagittale du col.

Score de Baumgarten

	0	1	2	3	4
Contractions utérines	0	Irrégulières	Régulières		
Membranes	Intactes		Rupture haute		Rupture basse
Métrorragies	0	Peu importantes	Hémorragies		
Dilatation du col	0	1 cm	2 cm	3 cm	≥ 4cm

≤3: MAP légère; 4-5, MAP modérée; ≥6, MAP sévère

II. Examens complémentaires :

1. Bilan biologique :

ECBU et prélèvement vaginal sont systématiques dans toutes les MAP, à la recherche d'une bactérie asymptomatique ou d'une cervico-vaginose qui favorise les contractions utérines, ce bilan sera complétés si il existe des signes d'appel par :

- CRP
- FNS,
- Sérologies virales exemple : CMV
- Hémocultures

- Bilan thyroïdien
- Bilan rénal (urée/créatinine et ionogramme) et échographie rénale
- Glycémie a jeune et hémoglobine glyquée
- bilan d'intoxication

2. Marqueurs biochimiques de la menace d'accouchement prématuré :

a Fibronectine fœtale

Le mot fibronectine vient du latin « fiber », qui signifie « fibre » et de « nectere » qui signifie « relier ». En effet, les fibronectines sont des glycoprotéines que l'on trouve sous plusieurs formes : la forme soluble hépatique que l'on rencontre dans les liquides biologiques de l'organisme, la forme insoluble située dans les espaces extracellulaires et la forme fœtale (fibronectine fœtale ou fFN) ou oncofœtale car on la retrouve également dans certaines tumeurs . Cette forme fœtale est fabriquée par les cellules amniotiques, il s'agit d'une glycoprotéine de l'interface chorio-déciduale. Sa présence dans les sécrétions cervico-vaginales varie au cours de la grossesse : elle est présente jusqu'à 22SA environ puis disparaît jusqu'à 35SA pour ensuite augmenter en concentration à l'approche du terme. Sa libération entre 22 et 35SA est la conséquence d'une JEANDIN-LIVET (CC BY-NC-ND 2.0) 11 inflammation tissulaire. Elle est présente en quantité importante dans le liquide amniotique ce qui fait de la rupture prématurée des membranes une contreindication à ce test. Le prélèvement doit se faire avant tout examen vaginal (toucher vaginal ou échographie vaginale), il ne peut être réalisé en cas de métrorragies, placenta prævia, examen vaginal ou rapport sexuel dans les dernières vingt-quatre heures en raison de résultats faussement positifs. Il s'effectue sous speculum à l'aide d'un écouvillon qui permet de prélever des sécrétions cervico-vaginales le long du cul-de-sac vaginal postérieur. Il existe deux méthodes de détection de la fFN : - Une méthode semi-quantitative ou test QuickCheck fFN™ qui est un test rapide s'effectuant en dix minutes au lit de la patiente grâce à une technique d'immuno-chromatographie sur bandelette. - Une méthode quantitative immuno-enzymatique de type ELISA qui s'effectue en laboratoire. Pour les deux méthodes, le seuil de positivité retenu est de 50ng/mL. Le prélèvement est indiqué chez des patientes symptomatiques, entre 24SA et 35SA. Bien que le test puisse être réalisé entre 22 et 24SA, la positivité du test n'aura pas de conséquences en termes de prise en charge étant donné que le fœtus n'est pas viable. Au-delà de 35SA, le test n'a plus d'intérêt car la concentration en fFN augmente physiologiquement. Plusieurs études ont prouvé que la présence de fFN dans les sécrétions cervico-vaginales à un taux supérieur à 50ng/mL, entre 24 et 35SA, est un élément prédictif d'accouchement prématuré [18,19]. On retiendra notamment une méta-analyse de vingt-sept études, réalisée par Leitich et al., qui conclut que la fibronectine fœtale apparaît appartenir aux marqueurs prédictifs d'accouchement prématuré les plus efficaces . Dans cette méta-analyse, la sensibilité du test pour prédire un accouchement prématuré était en moyenne de 89% dans les 7 jours, 78% dans les 14 jours et 60% pour prédire un accouchement avant 37SA. La spécificité du test pour prédire un accouchement prématuré était en moyenne de 86% dans les 7 jours et 14 jours ainsi que pour prédire un accouchement avant 37SA. La recherche de fFN apparaît donc comme un test efficace chez des patientes symptomatiques et ayant une bonne spécificité. En

matière de valeur prédictive, une revue de la littérature sur le sujet, réalisée par JD Iams et CS Shellhaas, regroupant plus de 1200 femmes symptomatiques à travers six importantes études, retrouve une excellente VPN de 99,3%, des Se et Sp élevées à 88,5% et 82% et une mauvaise VPP de l'ordre de 18,2% [17]. On peut donc conclure que la fibronectine fœtale a déjà prouvé son intérêt dans le diagnostic de MAP dans de nombreuses études de par sa bonne spécificité et son excellente VPN qui permet d'éviter des interventions excessives (tocolyse, hospitalisation, etc.). Sa faible VPP induit trop de faux positifs pour l'utiliser seule dans le diagnostic de MAP.

Valeur diagnostique de la fibronectine fœtale. [133]

	Sensibilité (%) IC 95 %	Spécificité (%) IC 95 %
Patientes asymptomatiques		
-bas risque	15 (12-17)	89 (83-95)
-haut risque (grossesses multiples)	49 (0-100)	85 (55-100)
Patientes symptomatiques	54 (43-65)	85 (81-89)

IC : intervalle de confiance. À partir de la méta-analyse de Leitich et Kaider. [133]

b α -foetoprotéine

L' α -foetoprotéine (AFP), lorsqu'elle est retrouvée à des concentrations élevées dans la circulation maternelle périphérique, pourrait être un marqueur prédictif de l'accouchement prématuré et du retard de croissance intra-utérin.

Cette protéine pénétrerait dans le compartiment maternel par voie Trans placentaire à la suite d'une séparation entre la décidue et le placenta au site d'insertion, ou en franchissant des membranes fœtales altérées.

c Cytokines

Les observations en faveur d'une relation entre travail prématuré en spontané et infection bactérienne des voies génitales maternelles sont nombreuses et anciennes.

Actuellement, les infections concerneraient plus de 40 % des femmes présentant des signes de travail prématuré.

Au niveau de l'interface chorio déciduale, l'inflammation et/ou l'infection (chorio-amnionite, placentite...) provoquent la mise en jeu de processus immuno-inflammatoires entraînant des contractions et la rupture prématurée des membranes.

Les germes libèrent diverses enzymes de dégradations (collagénases, élastases, mucinases, sialidases, phospholipases...) qui contribuent à altérer différentes structures de

l'interface foetomaternelle. Des phospholipases A2 (PLA2), qui peuvent être aussi d'origine bactérienne, deviennent surexprimées sous l'influence de cytokines telles que les interleukines 1 et 6 (IL-1 et IL-6) et le Tumornecrosis factor α (TNF α).

d **Peptides placentaires : La Corticotropin releasing hormone (CRH)**

La CRH jouerait un rôle dans le déclenchement physiologique de la parturition en fin de grossesse, est produite en quantité importante et croissante par le trophoblaste placentaire et, à un moindre degré, par les cellules épithéliales de la décidue et des membranes fœtales pendant les deux derniers trimestres de la grossesse.

Dans le plasma maternel, des taux anormalement élevés ont été observés par diverses équipes chez les femmes présentant un travail prématuré, avec ou sans rupture des membranes.

Certains de ces résultats indiquent que cette augmentation est délectable avant les signes cliniques du travail prématuré et même dès la 18^{ème} semaine chez les femmes qui vont accoucher prématurément plusieurs semaines plus tard. A l'inverse, des taux inférieurs signaleraient celles qui vont accoucher après la 41^{ème} semaine (post-maturité).

L'infection ne semble pas majorer les taux de CRH. Par contre, des taux élevés de CRH sont observés lors de grossesses multiples et en présence de pathologies qui ne sont pas obligatoirement associées à un travail prématuré: retard de croissance intra utérin, hypertension gravidique et pré-éclampsie.

Les données actuelles, encore peu nombreuses, ne permettent pas de considérer la CRH maternelle comme un marqueur prédictif du travail et de l'accouchement prématurés exclusivement, mais suggèrent qu'elle pourrait constituer un marqueur de grossesses à risque.

En conclusion, Il n'existe pas de véritables marqueurs biochimiques applicables à la totalité des femmes enceintes pour prédire le travail et l'accouchement prématurés avant leur survenue.

Ces substances sont plutôt des auxiliaires de diagnostic précoce que des marqueurs prédictifs de la MAP, même la fibronectine fœtale qui semble être le test le plus performant

3.Echographie abdominale et endovaginale :

Les signes échographiques de béance du col ont été décrits par Sarti et coll. (1979) puis par Mahran (1980). Dans les années 80, de nombreuses publications ont montré l'intérêt, dans des populations à risque, de l'échographie abdominale dans le diagnostic de Séance du col ou de menace d'accouchement prématuré, avant l'apparition des signes cliniques. Ces diagnostics échographiques, complétant les données cliniques en faveur de la Séance, ont conduit certains auteurs à réaliser un cerclage prophylactique. Cependant, les études montrant l'intérêt de l'association échographie abdominale du col/cerclage n'avaient pas inclus de population témoin sans cerclage .

Confino et coll. (1986) ont attiré l'attention sur les pièges échographiques dans le cadre du diagnostic de béance du col:

- le remplissage vésical ferme l'angle du segment inférieur, allongeant ainsi artificiellement le canal cervical en même temps qu'il réduit le diamètre de l'orifice interne, qui peut passer de 2 à 0,5 cm;
- inversement, une élévation de la pression intra-utérine (due aux contractions, à un hydramnios...) ouvre l'angle du segment inférieur et dilate l'orifice interne avec même parfois de fausses images de protrusion des membranes amniotiques; ·
- des artefacts peuvent être créés par l'annulation ou la pression manuelle sur la sonde: une faible erreur d'annulation (5°) peut changer l'aspect d'un canal cervical ouvert en donnant une fausse impression de canal fermé, tandis que la pression sur la sonde modifie la configuration de l'angle vésico-utérin et ferme le canal cervical.

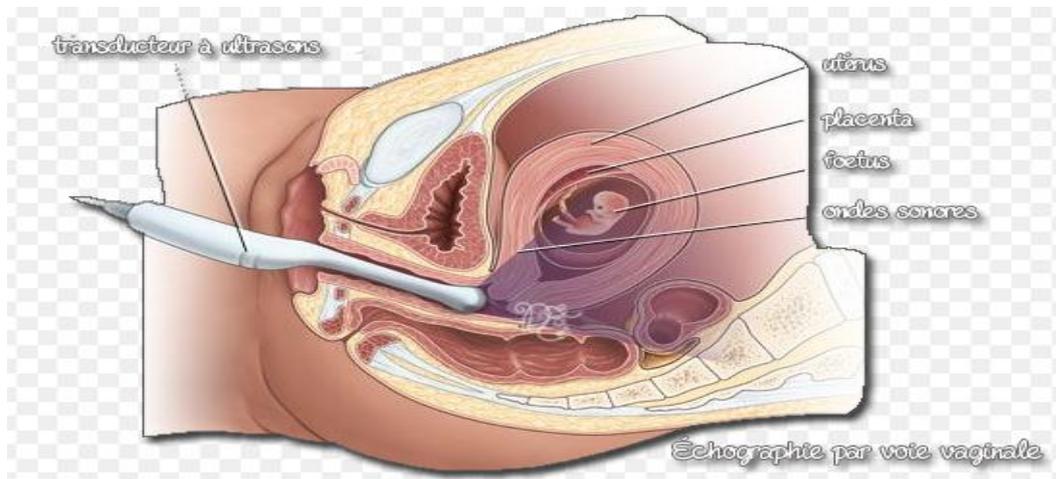
L'auteur conclut à l'absence de corrélation clairement définie, dans l'ensemble des publications, entre les signes échographiques et les complications obstétricales telles que la rupture prématurée des membranes ou l'accouchement prématuré. Par ailleurs, il insiste sur la nécessité d'une standardisation des techniques avant de considérer l'échographie abdominale comme un outil utile au diagnostic de Séance. De plus, plusieurs études donnent des résultats différents quant aux valeurs seuil pathologiques de longueur et de dilatation du col. Finalement, vers la fin des années 80, les obstétriciens ne portaient plus qu'un intérêt très limité à l'échographie abdominale pour la lutte contre la prématurité.

Au début des années 90, l'intérêt de l'échographie endovaginale dans le diagnostic de Sésame cervico-isthmique et l'évaluation du risque d'accouchement prématuré a été mieux précisé:

- l'examen se faisant vessie vide, les pièges échographiques liés à la réplétion vésicale peuvent être évités; -
- la standardisation de la méthode d'examen permet une meilleure confrontation des résultats publiés par différentes équipes et permet donc d'établir des valeurs seuil pathologiques de longueur et d'ouverture de l'orifice interne du col;
- certains aspects échographiques particuliers comme la dilatation en entonnoir de l'orifice interne et/ou la protrusion des membranes amniotiques dans le col sont désormais unanimement reconnus comme pathologiques. L'échographie endovaginale permet d'évaluer la longueur du col et de détecter une dilatation de l'orifice interne ou une protrusion des membranes amniotiques dans le col, trois caractéristiques permettant d'apprécier le risque d'accouchement prématuré. .

En conclusion l'échographie endovaginale est un examen beaucoup plus fiable que l'échographie abdominale car il réduit les risques d'erreur liés au remplissage vésical. Ce examen présente l'avantage par rapport au toucher vaginal de dépister des dilatations de l'orifice interne du col alors même que l'orifice externe n'est pas encore modifié, de même qu'il peut déceler précocement un raccourcissement du col et permettre une prise en charge plus précoce des béances cervico-isthmiques.

L'échographie endovaginale fournit donc une méthode objective et non invasive pour l'évaluation du status cervical: biométrie cervicale, anatomie cervicale (entonnoir, sacculatation de la poche des eaux dans le col, modifications dynamiques de l'orifice interne en réponse aux contractions utérines ou à une pression fundique). Pour améliorer le pronostic de la prématurité, les efforts obstétricaux doivent d'abord être orientés vers une meilleure prédiction des femmes à risque d'accouchement prématuré: c'est dans cette stratégie que s'inscrit l'échographie endovaginale du col utérin dont la valeur prédictive est très performante dans les populations à haut risque, mais également dans celles à bas risque d'accouchement prématuré. En sélectionnant mieux les patientes à risque, l'échographie endovaginale devrait permettre la recherche d'une thérapeutique du risque d'accouchement prématuré tout en épargnant les dépenses



importantes occasionnées par les hospitalisations intempestives des menaces d'accouchement prématuré peu sévères.

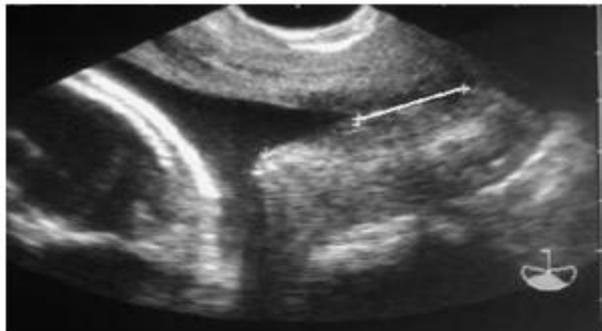


Figure 1.Échographie transvaginale. Col court et en « entonnoir »



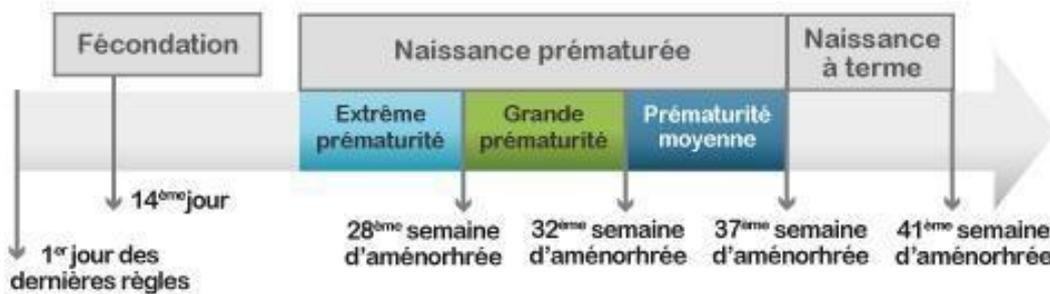
Figure 2. Aspect anormal d'un col à l'échographie par voie endovaginale avec une longueur cervicale diminuée, une protrusion des membranes et une largeur de l'orifice interne anormale

SECONDE PARTIE

LA PREMATURITE

La prématurité

1. Définition et degré de prématurité



- La prématurité se définit par une naissance avant 37 semaines d'aménorrhée (SA), soit avant 259 jours en comptant depuis le premier jour des dernières règles.
- Il existe une classification de la prématurité en fonction de l'âge gestationnel qui est rendue nécessaire par les différences physiologiques et pronostiques existantes entre les différents degrés d'immaturité :

- Prématurité simple : terme compris entre 32 et 36 SA
- Grand prématuré : terme < 32 SA
- Prématurissime : terme < 28 SA

-La limite de viabilité se situe en pratique à 23-24 SA

-Les déclarations de naissance se font en référence aux critères de l'OMS :

- Terme > 22 SA
- Poids > 500 g

- Devant une prématurité il faut, comme chez le nouveau-né à terme, évaluer la trophicité (poids, taille, périmètre crânien) en référence aux normes établies pour le terme dans la population correspondant à celle de l'enfant étudié.

On peut ainsi définir si le prématuré est eutrophique, hypotrophie (poids inférieur au 3^e ou au 5^e percentile) ou macrosomie (poids supérieur au 90^e percentile).

- Il existe deux types de prématurité :

- Prématurité « provoquée » ou médicalement consentie (indications fœtale comme l'extraction d'un fœtus hypotrophe en danger vital, indications maternelles comme une hypertension artérielle mal contrôlée).
- Prématurité spontanée



2. Conséquences de la prématurité sur les aptitudes mentales et comportementales

➤ À retenir

Les lésions cérébrales et la maladie pulmonaire chronique sont associées à un risque plus élevé de troubles mentaux et comportementaux.

Fournir un milieu stimulant est une bonne façon pour les parents de maximiser le résultat de leur bébé prématuré.

La prématurité aura des effets généralisés sur les incapacités intellectuelles et sur le comportement, de même que des effets spécifiques sur le comportement.

Les conséquences de la prématurité sur les aptitudes mentales d'un enfant, soit la pensée, la mémoire, les aptitudes verbales, la capacité à apprendre, etc., sont assez bien connues. La mauvaise nouvelle est qu'en général, certains bébés prématurés sont touchés intellectuellement de façon négative par les complications associées à leur naissance prématurée. La bonne nouvelle est que, pour bon nombre d'entre eux, cette déficience intellectuelle n'est pas profonde et, à l'aide d'une intervention et d'une attention appropriées, il est possible de réduire au minimum ces déficiences intellectuelles au point qu'elles ne devraient pas être un obstacle majeur à une vie relativement « normale ».

Les lésions cérébrales, comme l'hémorragie intraventriculaire (HIV), un type de saignement dans les ventricules du cerveau, ou une lésion hypoxique-ischémique, ou les deux, sont plus souvent associées à une aptitude mentale diminuée ou à des troubles du comportement. La maladie pulmonaire chronique, où le bébé nécessite de l'oxygène d'appoint au-delà de 36 semaines de gestation, est également associée à un risque plus élevé de troubles mentaux et comportementaux. En règle générale, plus le degré de la lésion cérébrale ou de la maladie pulmonaire chronique est grave, plus il est probable que le résultat soit mauvais. Si les systèmes sensoriels comme l'ouïe et la vue sont également touchés, ceux-ci entraîneront une conséquence supplémentaire, probablement négative.

o Autres facteurs à se rappeler

On sait que les complications associées à la prématurité ont une conséquence sur l'aptitude mentale, comme bien d'autres choses. Par exemple, les enfants qui ont grandi dans une maison stable et riche ont plus de chances de bien performer dans les tests mentaux que les enfants élevés dans un environnement familial à plus faible revenu et moins stable. Tous les parents devraient comprendre que le fait de fournir un milieu stimulant est une bonne façon de maximiser le résultat de leur bébé prématuré. Les parents de bébés prématurés devraient aussi comprendre que les déficiences intellectuelles touchent également les bébés nés à terme. Dans bien des cas, les bébés prématurés subissent des retards de développement qui semblent disparaître avec le

temps. Il est possible de constater un rattrapage de croissance et de développement pendant la première année de vie.

Le rattrapage de croissance est possible, mais les données concernant les enfants nés avec un faible poids pour leur âge gestationnel démontrent que si l'on parle de rattrapage de croissance de la tête après la naissance, cela n'annule pas complètement les compromis de croissance de la tête dans l'utérus, puisque les régions compromises pendant la grossesse ne sont pas nécessairement les régions où le rattrapage de la croissance de la tête se produit après la naissance.

o Un mot sur les « bébés miracles »

Les statistiques des résultats sont les probabilités qu'un certain résultat se produise dans un groupe de bébés, selon des recherches menées au sein d'un grand nombre d'enfants prématurés au fil des ans. On peut avancer qu'un enfant né à 25 semaines de gestation qui a souffert de lésions cérébrales est beaucoup plus susceptible d'être atteint d'une déficience intellectuelle qu'un bébé né à 30 semaines qui n'a pas souffert d'une lésion cérébrale. Ce sont des affirmations générales sur des groupes d'enfants prématurés selon des preuves accumulées au fil des ans. Les conséquences de la prématurité sur chaque bébé prématuré pris *individuellement* sont beaucoup plus difficiles à prévoir.

Cela signifie que de temps à autre, un bébé très prématuré souffrant d'une lésion cérébrale importante grandira sans déficience intellectuelle apparente, alors qu'un bébé légèrement prématuré chez qui aucune lésion cérébrale n'a été identifiée grandira avec une déficience intellectuelle et physique. L'impression du grand public à ce sujet est souvent déformée par les médias. Les histoires de « bébé miracle » frappent souvent les ondes contrairement aux expériences malheureuses de la famille d'un bébé légèrement prématuré représentant un très faible espoir. Cela laisse croire à la population que les « miracles » se produisent beaucoup plus régulièrement qu'en réalité.

Étant donné ces histoires de « miracles », bien des parents confrontés à de sombres statistiques ignoreront les preuves et s'accrocheront à l'espoir de voir leur enfant prématuré échapper d'une manière ou d'une autre aux conséquences négatives associées aux complications médicales. Étant donné les circonstances émotionnelles dans lesquelles les parents se retrouvent subitement, il est compréhensible d'envisager cette option. Cependant, les statistiques prévoient de façon assez précise le résultat probable. En effet, elles sont le seul moyen dont on dispose actuellement pour guider les familles vers ce à quoi ils peuvent s'attendre. Néanmoins, on encourage les parents à conserver un espoir pour leur enfant tout en gardant cet espoir ancré dans la réalité. Lorsque le personnel de l'UNSI informe les parents que leur enfant risque, et a peut-être une incapacité intellectuelle ou physique à long terme, il est possible qu'ils se trompent. Cependant, dans la grande majorité des cas, le pronostic est exact.

Personne n'aime donner ou recevoir de mauvaises nouvelles. Toutefois, avec les possibilités de thérapies et d'autres interventions, si une incapacité existe ou se manifestera probablement avec le temps, il est très important que les parents soient

informés de ce qui pourrait arriver et qu'ils sachent reconnaître les signes. Comme c'est le cas pour la majorité des incapacités, une intervention et une thérapie précoces et à temps augmentent les chances de réduire au minimum les conséquences, particulièrement celles associées à une déficience intellectuelle, comportementale ou en matière d'apprentissage.

o Conséquence globale de l'incapacité

Une fonction cérébrale normale joue un rôle essentiel dans presque tous les aspects de la vie.

Il est rare qu'une déficience intellectuelle se manifeste sans conséquences considérables. Par exemple, il est probable que les déficiences intellectuelles entraînent des conséquences sur l'apprentissage et le comportement social, et vice versa. De plus, les incapacités physiques auront aussi tendance à engendrer certaines conséquences sur le comportement, l'intelligence et l'éducation. La morale, c'est qu'on devrait s'intéresser à la conséquence globale de l'incapacité.

o Conséquences généralisées de la prématurité sur la déficience intellectuelle

En règle générale, les bébés prématurés obtiennent des résultats plus faibles dans différents tests mesurant l'aptitude mentale. Leurs faibles résultats dépendent de leur degré de prématurité et de leur poids de naissance, et du fait d'avoir souffert de complications touchant le cerveau immédiatement après la naissance. Les bébés légèrement prématurés ont tendance à obtenir des résultats seulement légèrement plus faibles que ceux des bébés nés à terme, alors que les grands prématurés obtiennent des résultats beaucoup plus faibles que ceux des bébés nés à terme.

Il est important de noter que les statistiques concernant le Q.I. peuvent inclure des enfants souffrant de différentes déficiences, y compris les déficiences sensorielles, ainsi que les enfants prématurés sans déficiences sensorielles. L'inclusion de cette étendue variée d'enfants dans les études de Q.I. peut fausser les résultats.

Même si beaucoup de bébés prématurés « se rattrapent » physiquement avec le temps en ce qui concerne leur croissance, il semble que ce ne soit pas le cas pour la majorité de ceux qui ont une déficience intellectuelle. Bien que l'on qualifie le cerveau du nouveau-né de « plastique » en ce sens qu'il peut démontrer une capacité incroyable à récupérer à la suite d'une blessure, cette capacité a des limites. Les conséquences d'une déficience intellectuelle ont tendance à rester pendant l'enfance, quoiqu'il existe certaines preuves qui laissent entendre que les filles sont touchées intellectuellement de manière moins importante que les garçons.

Quoique ce soit moins bien étudié, il est probable que ces déficiences restent à l'âge adulte.

o Conséquences généralisées de la prématurité sur le comportement

Il existe des questionnaires standardisés dans le but d'évaluer les préoccupations concernant le comportement des enfants. Ils sont habituellement remplis par un parent ou un enseignant. En règle générale, la probabilité que les résultats de ces questionnaires, chez les bébés prématurés, démontreront des troubles du comportement comme l'inattention ou la désobéissance, ou des troubles émotifs, est accrue.

Comme le risque de déficiences intellectuelles traité plus haut, plus le risque associé au bébé prématuré est élevé, en ce qui concerne la durée de la grossesse ou les facteurs de complications, particulièrement ceux qui touchent le cerveau, plus le risque de troubles du comportement est élevé.

Même si beaucoup de bébés prématurés « se rattrapent » physiquement avec le temps en ce qui concerne leur croissance, il semble que les troubles du comportement ne se dissipent pas ; ils ont tendance à demeurer pendant l'enfance. Quoique ce soit moins bien étudié, il est probable que ces déficiences soient aussi présentes à l'âge adulte. Il est important de noter que certains de ces troubles peuvent être traités de manière efficace à l'aide d'une intervention comportementale précoce.

Les troubles du comportement se divisent généralement en deux groupes : les comportements externalisés et les comportements internalisés. La défiance, l'impulsivité, l'hyperactivité et l'agression sont des exemples de comportements externalisés. On considère le retrait et l'anxiété comme des comportements internalisés. La façon dont ses comportements se manifestent dépend de l'âge de l'enfant.

Les bébés prématurés courent un plus grand risque de développer des troubles de concentration de l'attention, y compris le développement de signes et de symptômes associés au trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA). Ces signes et ces symptômes peuvent entraîner des conséquences négatives sur leur développement social, intellectuel et académique.

Les troubles du comportement devraient être vus et traités de façon la plus générale possible, en tenant compte du fait que, dans toute probabilité, il peut y avoir des conséquences généralisées.

o Les conséquences pour le bébé

Les organes du bébé sont rapidement en place mais leur développement se poursuit durant toute la grossesse. La prématurité vient donc interrompre ce processus de maturation. Malgré les progrès dans la prise en charge néonatale, la prématurité – surtout la très grande - demeure une situation à risque, à commencer pour la survie du bébé. Selon Epipage 2, étude rassemblant près de 7000 enfants afin d'évaluer la survie des enfants prématurés nés entre la 22 et 34 SA et leur devenir ultérieur, la survie atteint 99 % à 32-34 SA, 94 % à 27-31 SA, mais seulement 60 % à 25 SA et moins de 1 % avant 24

SA. Ces résultats témoignent cependant d'une nette amélioration depuis 1997 et les résultats d'Epipage 1 .

Toujours selon Epipage 2, le taux de survie sans pathologie néonatale grave est de 97 % à 3234 SA, 81 % à 27-31 SA, mais seulement 30 % à 25 SA et 12 % à 24 SA. Toutes les fonctions du bébé sont concernées : thermorégulation, fonction cardiaque, pulmonaire, digestive, rénale, cérébrales, immunitaire, etc... Pour pallier l'immaturation de son organisme, le bébé prématuré est pris en charge, selon son degré de prématurité, dans un service de réanimation néonatale, en soins intensifs ou en service de néonatalogie. La prise en charge est multiple : mise en couveuse, assistance respiratoire, administration de différents traitements (surfactant notamment pour pallier à l'immaturation pulmonaire) par sonde d'intubation, alimentation par voie entérale (systématique avant 34 semaines), photothérapie pour traiter l'ictère, etc. Dans cet univers ultra médicalisé, les parents ont également un rôle essentiel à jouer car le nouveauté, même prématuré, est un petit être doté de tous ses sens. La « peau à peau » ou « méthode kangourou », pratiquée aujourd'hui dans de nombreuses unités de néonatalogie, permet de favoriser le lien entre le bébé et ses parents mais présente aussi, selon une étude parue dans *Biological Psychiatry*, des bienfaits à long terme chez l'enfant : une réponse atténuée au stress, un fonctionnement autonome plus mature, un sommeil mieux organisé et de meilleures capacités d'apprentissage.

A long terme, les risques de séquelles neurologiques sont fréquents, surtout chez les grands prématurés. Elles peuvent se traduire par des troubles moteurs et/ou cognitifs. Selon Epipage 2, le risque de déficience intellectuelle est de 15 % pour le grand prématuré, 10 % pour le prématuré moyen et 5 % pour la prématurité tardive. Au niveau moteur, le risque de handicap moteur est de 10 % pour le grand prématuré, 4 % pour le prématuré modéré et 0,5 % pour la prématurité tardive.

TROISIEME PARTIE

L'ETUDE

PRATIQUE

1) Etude épidémiologique :

✓ **Cadre d'étude :**

Notre étude a eu lieu dans le service de gynécologie obstétrique de l'établissement Hospitalier Spécialisé (EHS) Mère- Enfant de Tlemcen.

Le bâtiment abritant ce service est situé au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Tlemcen en face du bureau des Entrées.

Ce service abrite 03 étages avec un laboratoire d'analyse biologique, un bureau médical de consultation d'urgence, un bureau de consultations externes, un bloc d'accouchement, un bloc opératoire avec 03 salles, une salle de réveil et de réanimation, une unité des suites de couches, une unité de gynécologie, unité de grossesse à haut risque, et une unité de postopératoire.

Le fonctionnement de ce service fait intervenir un nombre important de personnel compose comme suit :

- Des professeurs en gynécologie obstétrique dont le chef de service.
- Des assistants et maitres assistants en gynécologie obstétrique.
- Des étudiants en spécialité (Résidents).
- Des internes
- Des externes
- Des sages-femmes.
- Des anesthésistes réanimateurs ;
- Des instrumentistes
- Des infirmiers
- Des femmes de chambres
- Des agents de sécurité ;
- Un gérant de pharmacie.
- Des ambulanciers

✓ **Période d'étude :**

Étude a couvert la période de 19 mois (de juin 2016 au décembre 2017).

✓ **Type d'étude :**

Une étude rétrospective, descriptive.

✓ **Population d'étude :**

Elle est représentée par l'ensemble des gestantes admises dans le service pendant la période d'enquête.

- A. **Les critères d'inclusion** Les femmes enceintes dont l'âge de la grossesse est compris entre la fin de la 22^{ème} SA et la fin de la 36^{ème} SA et qui présentent une menace d'accouchement prématuré
- B. **Les critères d'exclusion** Les femmes enceintes avec un âge gestationnel inférieur à 22 SA ou un âge gestationnel supérieur à 37 SA.
- C. **Taille de l'échantillon** Nous avons retenus gestantes

Définition des variables :

- **Gestite** : nombre de grossesse
- **Parité** : nombre d'accouchement
- **Nullipare** : femme n'ayant jamais accouché
- **Primipare** : femme ayant accouché une fois.
- **Multipare** : femme ayant accouché trois à six fois.
- **Grande multipare** : femme ayant accouché plus de six fois.
- **Indice de Baumgarten** : score qui permet d'évaluer la gravité de la MAP.
- **IBG** < 3 = MAP légère ; **IBG** compris entre 3 et 7 = MAP moyenne ;
- **IBG** > 7 = MAP sévère.
- **Pronostic Bon** : vivant sans séquelle.
- **Pronostic réserve**: vivant avec séquelle
- **Pronostic mauvais** : décès

Résultat du traitement :

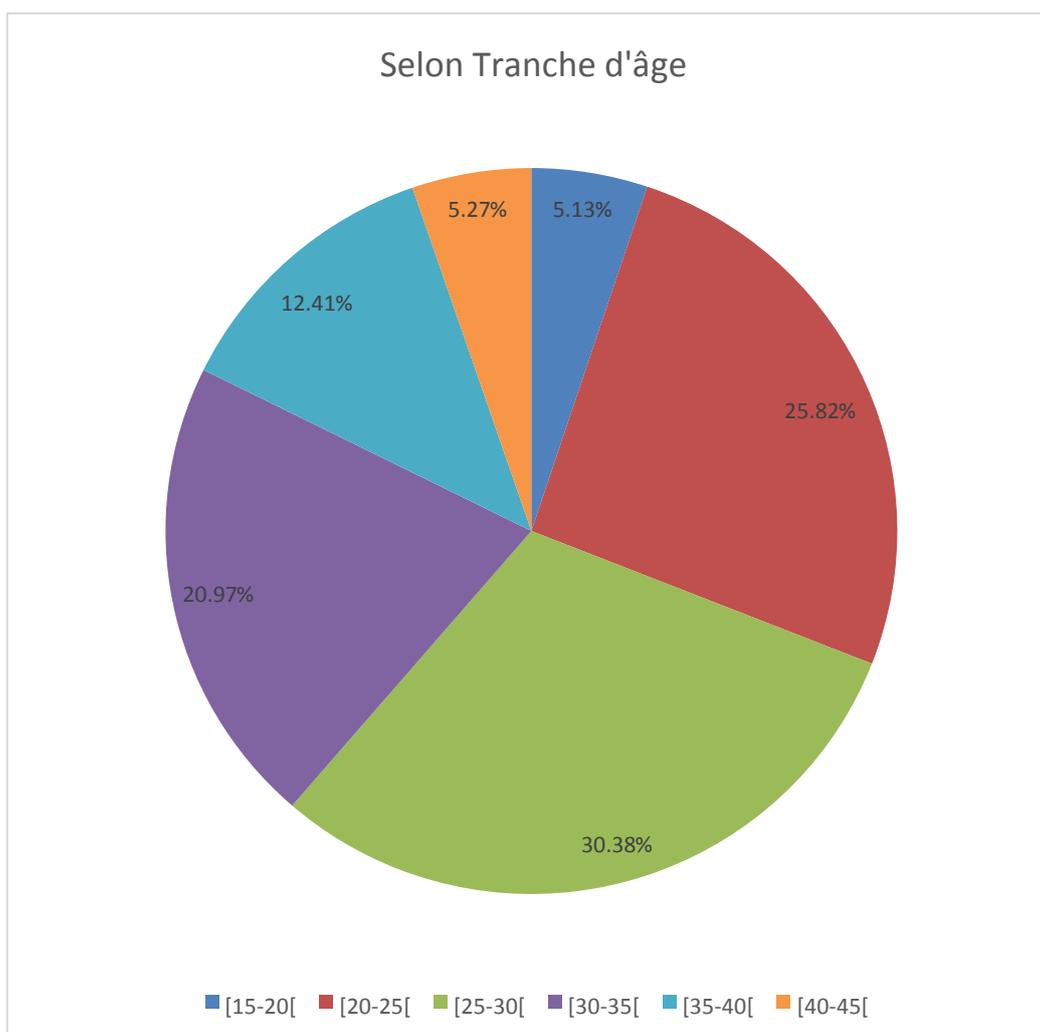
- **Bon résultat:** accouchement à terme.
- **Mauvais résultat:** accouchement prématuré

2) Résultats

Période de 19 mois : 738 soit 7,3%

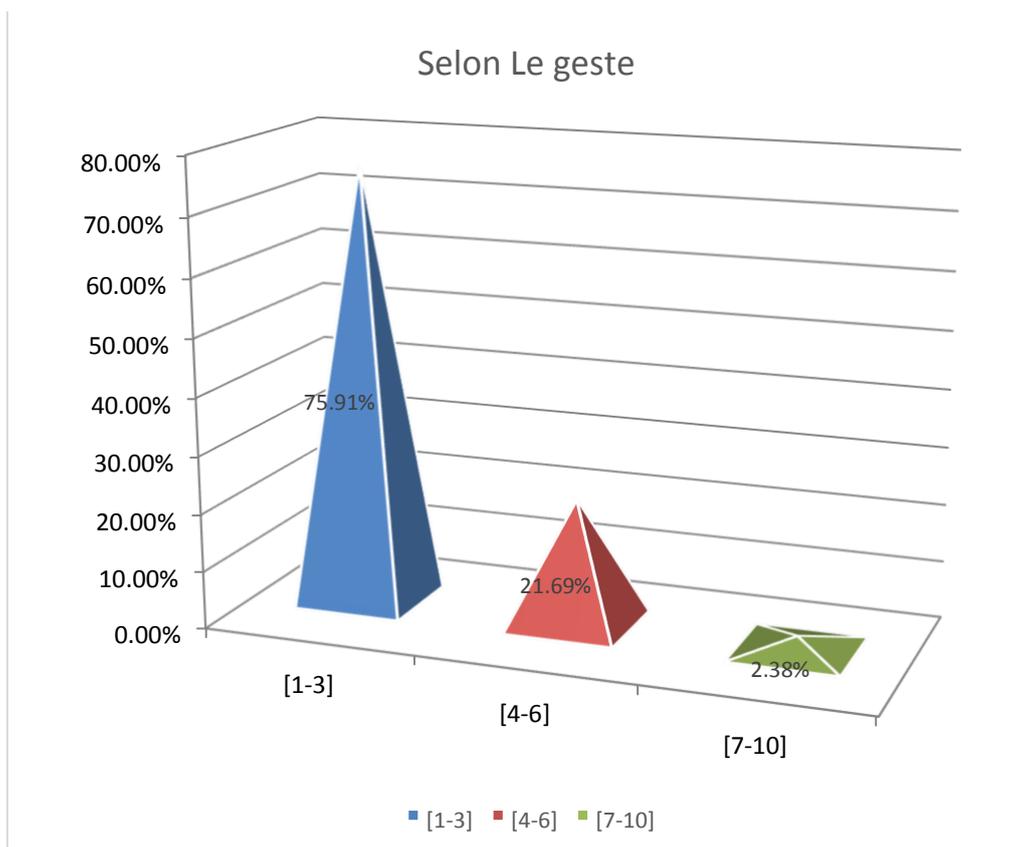
1. Selon Tranche d'âge :

NBE	[15-20[[20-25[[25-30[[30-35[[35-40[[40-45[
Effectif	36	181	213	147	87	37
Pourcentage	5,13	25,82	30,38	20,97	12,41	5,25



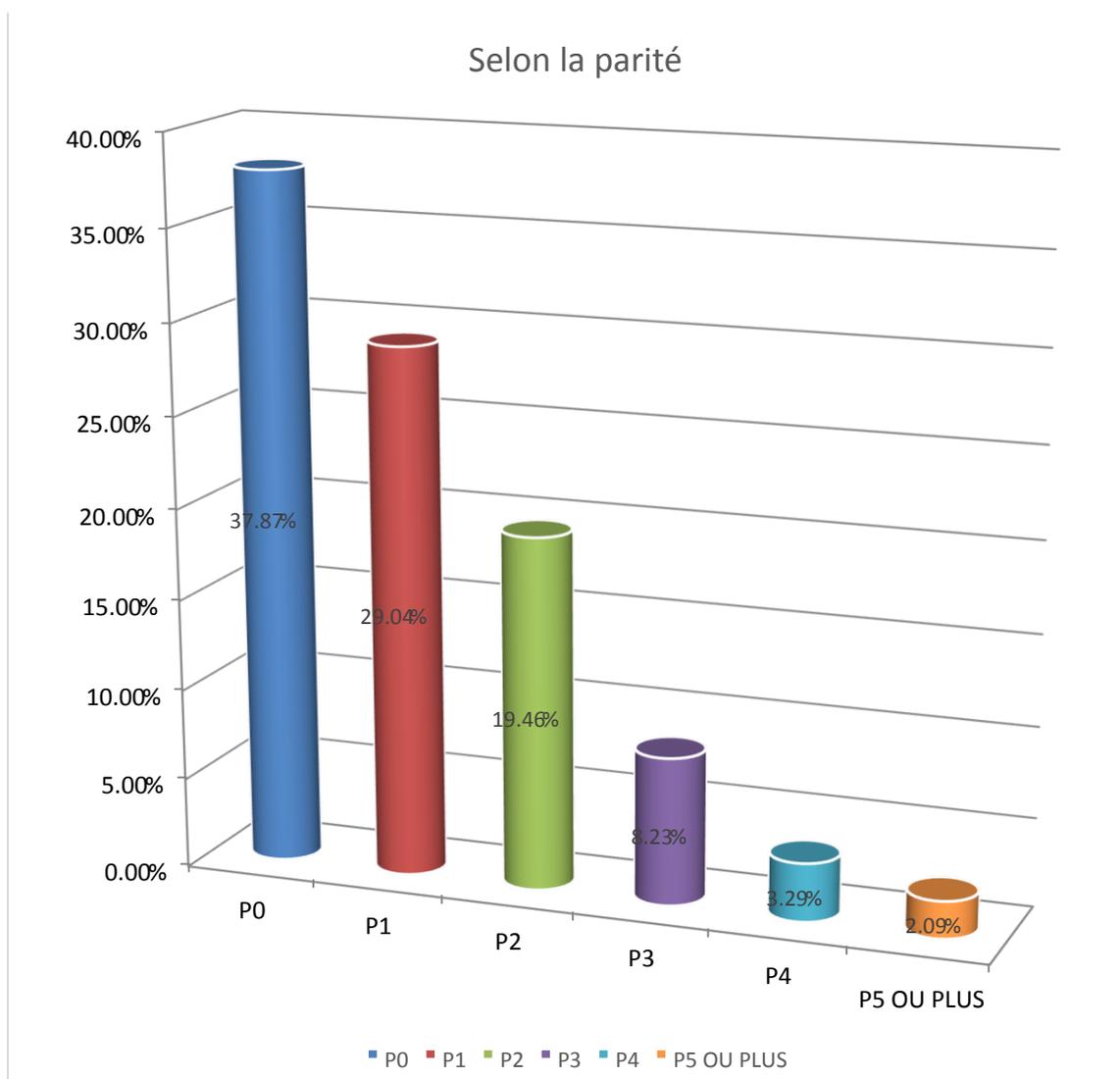
2. Selon Le Geste

NBE	1-3	4-6	7-10	Total
Effectif	539	154	17	710
Pourcentage	75,91	21,69	2,39	100 %



3. Selon la parité :

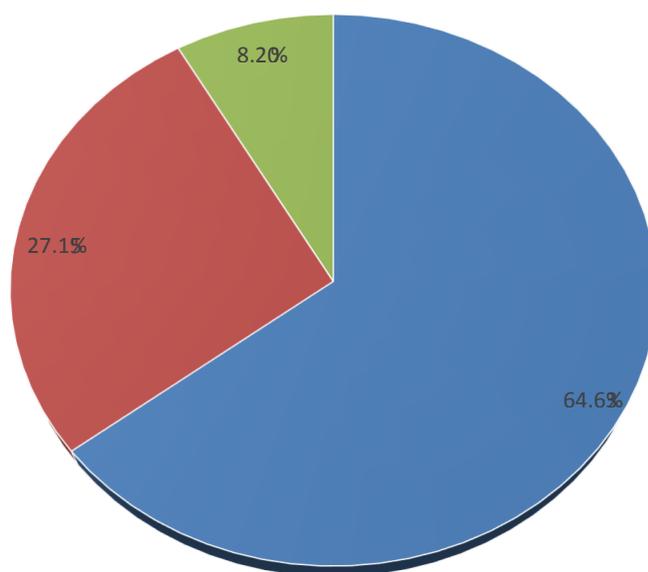
La parité	P0	P1	P2	P3	P4	P5 ou plus	Total
Effectif	253	194	130	55	22	14	668
Pourcentage	37,87	29,04	19,46	8,23	3,29	2,09	100%



4. Selon la prénatalité :

	Moyenne 32-36	Grande 28-32	Très grande avant 28	Total
Effectif	457	192	58	707
Pourcentage	64,63	27,15	8,20	100%

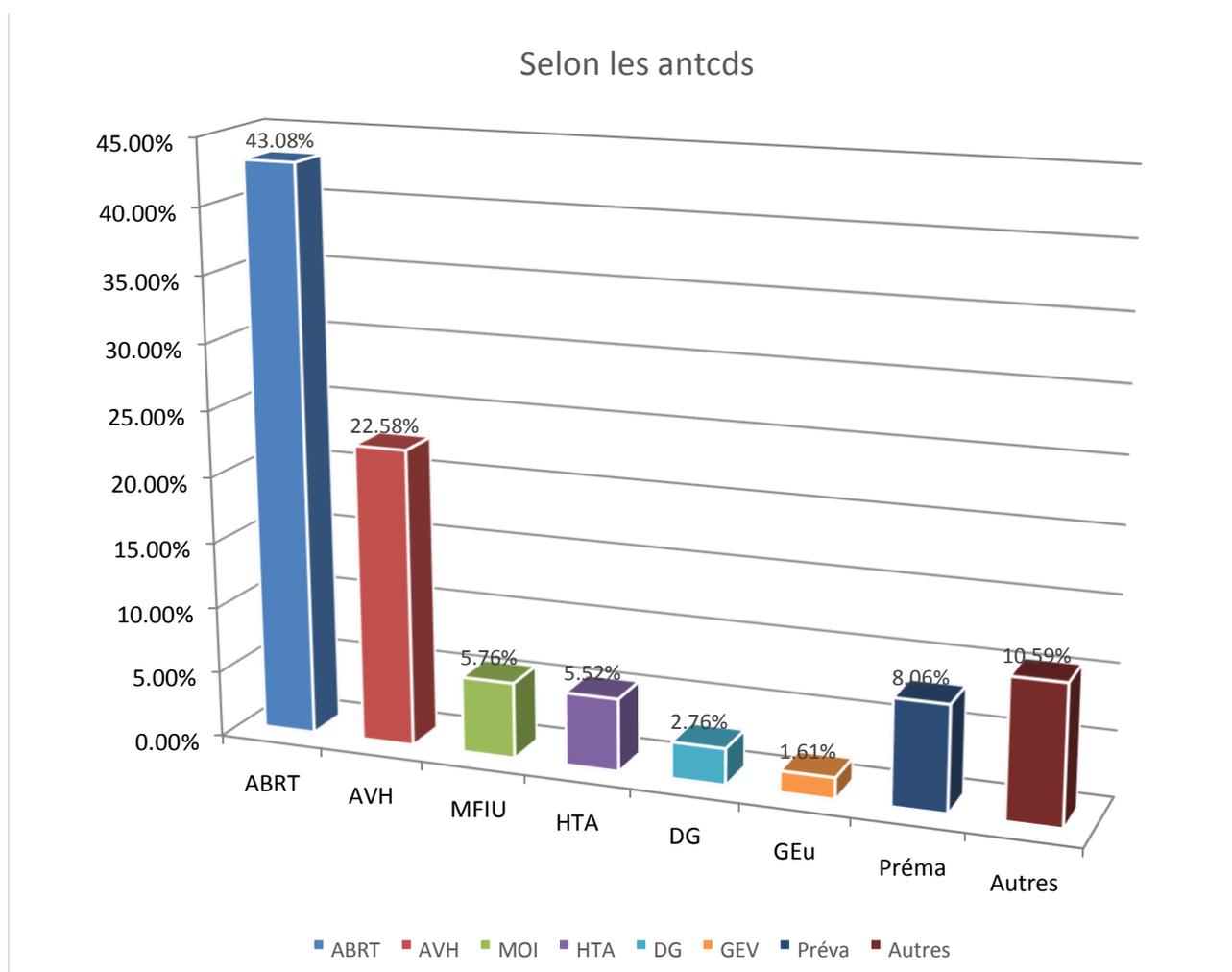
Selon prénatalité



■ Moyenne 32-36 ■ Grande 28-32 ■ Très grande avant 28

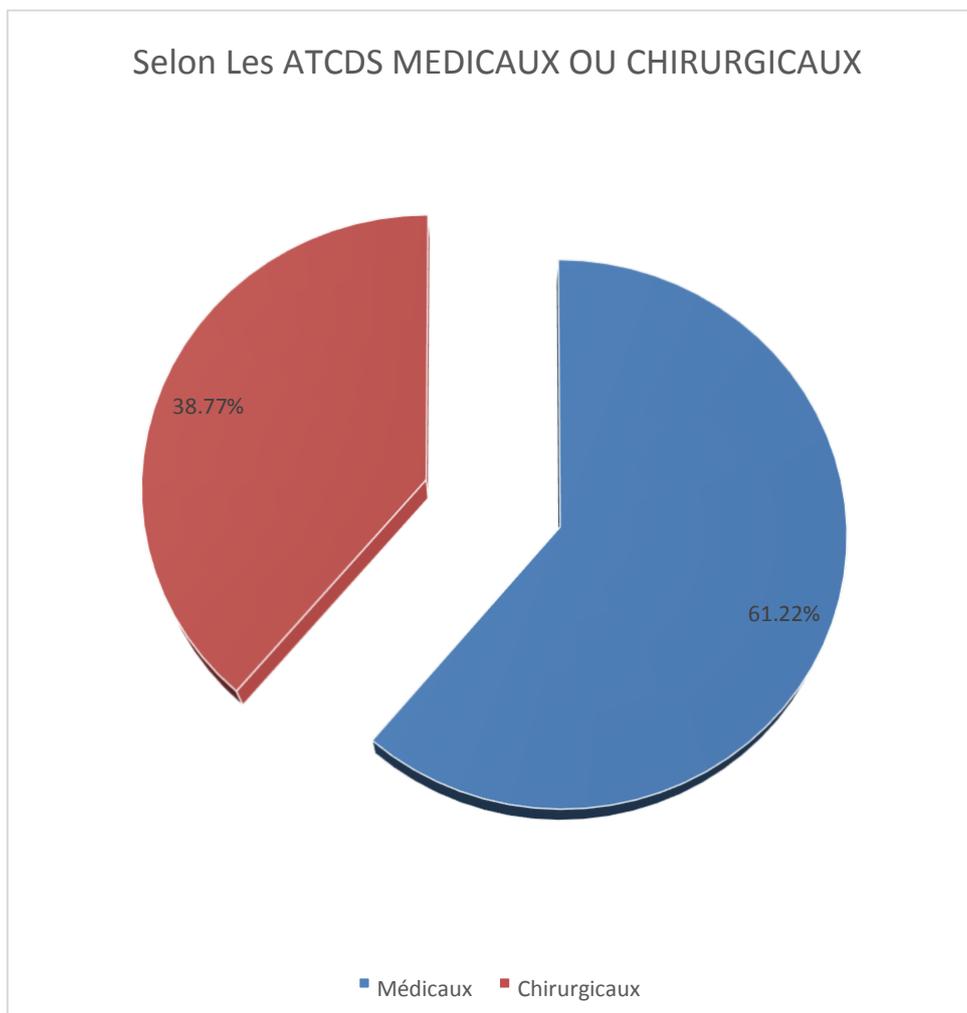
5. Selon les antécédants :

NBE	ABRT	AVH	MFIU	HTA	DG	GEU	Préma	AUTRES	Total
Effectif	187	98	25	24	12	7	35	46	434
Pourcentage	43,08	22,58	5,76	5,52	2,76	1,61	8,06	10,59	100%



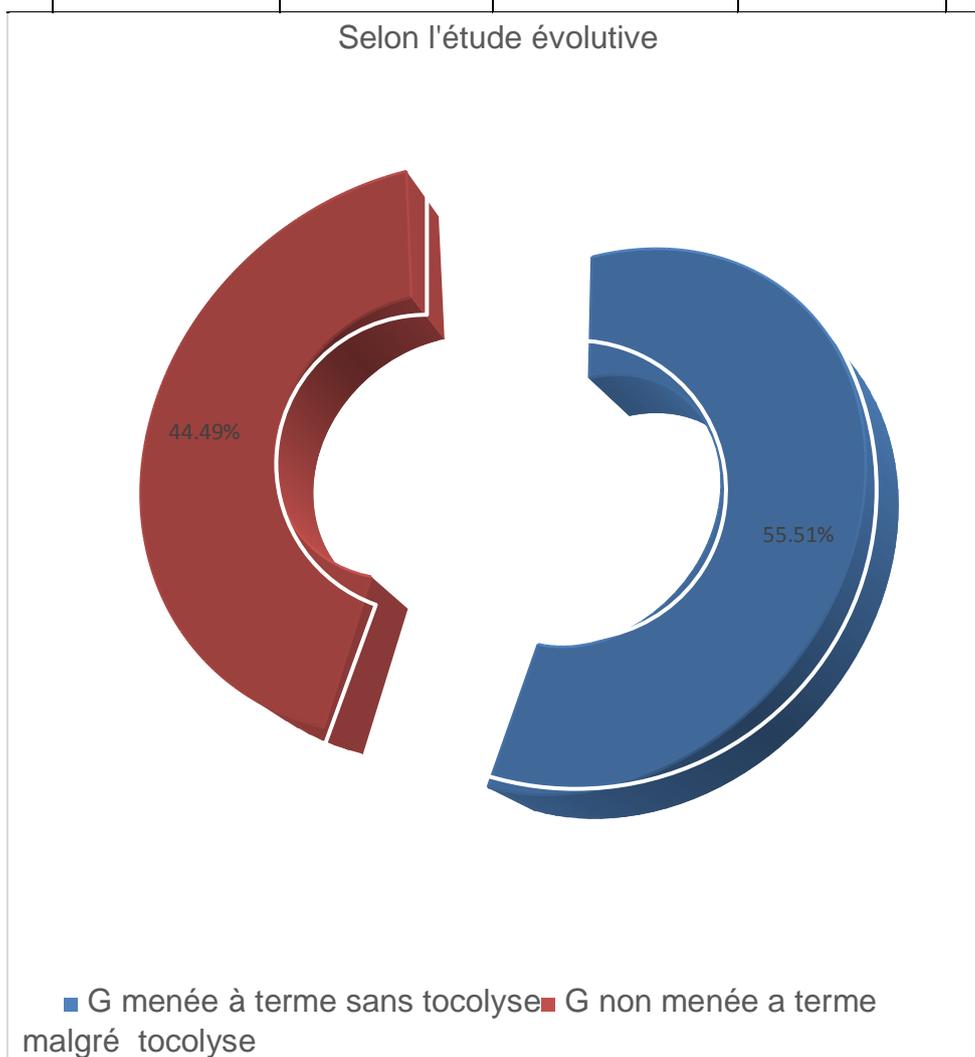
6. Selon les ATCDs médicaux ou chirurgicaux :

	Médicaux	Chirurgicaux	Total
Effectif	30	19	49
Pourcentage	61,22	38,77	100%



7. Selon l'étude évolutive :

	G menées à terme sans tocolyse	G non menés à terme malgré tocolyse	Total
Effectif	378	303	681
Pourcentage	55,51	44,49	100%



3) Discussion et comparaison :

L'étude rétrospective descriptive nous a permis de recenser 738 gestantes présentant la menace d'accouchement prématuré sur une période de 19 mois (de juin 2016 au décembre 2017).

1) La fréquence de la MAP à l'EHS de Tlemcen est de 7,3%.

2) L'analyse des paramètres sociodémographiques

1. L'âge :

On a remarqué que la grande partie des patientes avait un âge compris entre 20 et 35 ans avec une fréquence de 30,38 %.

Cette tranche d'âge correspond à la période la plus féconde de la femme.

2. Profession :

Non mentionnée sur les dossiers (Faute d'anamnèse)

3. Gestite et parité :

Les multi gestes avec 75,91% des cas ont constitué la population la plus importante dans cette série.

Les primipares et les pauci-pares sont en tête avec des pourcentages respectifs de 37,87% et 29,04%

4. Les antécédents personnels de la gestante :

- Les antécédents d'avortement spontané (43.08%) sont fortement représentés.
- Les césariennes (22.58%).
- L'accouchement prématuré avec un pourcentage de 8,06%.
- Les autres antécédents (GEU, diabète gestationnel, HTA Gravidique) avec 9.89%.
- Les antécédents médicaux sont presque 2 fois plus retrouvés que les chirurgicaux avec 61.22% pour 38.77%.

5. Efficacité de la stratégie thérapeutique :

La tocolyse est le moyen thérapeutique le plus utilisé dans le cadre de la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré au sein du service de gynécologie-obstétrique EHS Tlemcen, l'efficacité de ce procédé fut évaluée à 55,50% des gestantes traitées.

L'hospitalisation avec repos strict a été systématique chez toutes les femmes ayant au moins un signe de gravité et cela quel que soit le score de Baumgarten.

Les durées d'hospitalisation variaient entre 1 jour et 30 jours pour celles qui ont accouché prématurément, ces durées d'hospitalisation vont au-delà de 30 jours pour celles qui ont mené à terme leur grossesse.

Pour les patientes ayant séjourné plus de 16 jours une association de tares à leur MAP, à type de Diabète déséquilibré, HTA ou Cardiopathies décompensées a été observée et la possibilité d'infections nosocomiales qui peut aggraver une RPM ou une fièvre.

- La tocolyse

La majorité des MAP a bénéficié d'une tocolyse parentérale puis orale de durée variable selon l'étiologie suspectée ou retrouvée.

Les produits tocolytiques utilisent :

- ✚ Le traitement est débuté par voie intraveineuse avec deux ampoules et demie de Loxen diluées dans 500cc de SSI à renouveler tous les 24h.
- ✚ Le relais est pris par la forme comprimée à libération prolongée à raison de 100 mg par jour.

En cas de contre-indication aux inhibiteurs calciques nous avons fait recours aux spasmolytiques : le triméthylphloroglucinol = spasfon R est la molécule la plus utilisée à raison de quatre ampoules dans 500 ml de sérum physiologique à faire passer pendant 48 heures. Le relais est pris par la forme comprimée (2 comprimés 3 fois par jour).

-La corticothérapie

a été systématique chez toutes les femmes ayant présentée une MAP moyenne ou sévère avec un Age gestationnel inférieur à 34 SA. Le produit utilisé dans notre service est le betaméthasone = celestène R injectable à raison de 12 mg en IM par jour pendant 48 heures.

Les autres thérapeutiques instituées ont été faites en fonction de l'étiologie, du facteur déclenchant et des tableaux cliniques associés. Il s'agit d'antibiotique, de transfusion sanguine, d'antihypertenseur.

- Evaluation du traitement

Ce protocole thérapeutique utilisé au service a fait preuve d'efficacité ; sur les 738 gestantes admises pour MAP durant notre période d'étude, 378 gestantes soit 55,50% ont vu leur menace jugulée, 303 gestantes soit 44,49% ont fait un accouchement prématuré et les nouveaux nés ont été référés au service de néonatalogie de l'EHS de Tlemcen.

QUATRIEME PARTIE LA PRISE EN CHARGE

A. La prise en charge de la menace d'accouchement prématuré

1) Hospitalisation et repos

L'effet de l'activité physique et du stress sur l'augmentation de la contractilité utérine est admis. La mise au repos est l'une des mesures essentielles adoptées en cas de MAP. Elle entraîne souvent à elle seule une diminution de la contractilité utérine. En pratique, le bénéfice du repos strict prolongé dans une structure hospitalière n'est pas démontré et n'a pas lieu d'être, hormis dans des cas particuliers. L'efficacité du repos strict pendant des durées très longues n'a pas de bénéfice démontré et pourrait augmenter le risque des complications de décubitus de type thrombotique. Seules quelques exceptions peuvent être effectuées en cas de MAP très sévères quand l'accouchement semble imminent. Par ailleurs, la prise en charge habituelle en cas de MAP comprend une hospitalisation en phase aiguë

2) Le traitement symptomatique :

Le traitement symptomatique est constitué de deux éléments majeurs, à savoir le repos et le traitement tocolytiques.

○ la tocolyse

➤ Définition

La tocolyse représente le fait d'inhiber pharmacologiquement une activité utérine survenant trop précocement.

➤ But

L'intérêt de l'utilisation d'une tocolyse est double. D'une part, elle permet la lyse des contractions utérines, d'autre part de mener la grossesse à terme viable

➤ Indications

La mise en œuvre d'un traitement tocolytique succèdera au diagnostic d'une menace d'accouchement prématuré avérée, associant des contractions utérines ainsi que des modifications cervicales.

➤Durée du traitement

Actuellement, aucun argument n'a permis de justifier l'utilisation d'un traitement d'entretien, suite à une tocolyse efficace après 48H.

➤ **Contre-indications**

La prescription d'une tocolyse doit faire l'objet d'une recherche préalable des éventuelles contre-indications absolues et relatives quant à son instauration.

Les contre-indications absolues de cette utilisation sont l'existence d'une malformation fœtale létale, d'une souffrance fœtale aigüe, d'une infection ovulaire, d'une MFIU ou d'une pathologie maternelle grave. Ce sont toutes les pathologies qui peuvent s'opposer à la poursuite de la grossesse.

Parmi les contre-indications relatives, nous notons l'hémorragie maternelle, en fonction de, l'étiologie, de l'abondance ainsi que du retentissement de cette dernière. Nous retrouvons également le RCIU selon le terme, la cause et la sévérité.

➤ **Les différents tocolytiques**

Trois classes médicamenteuses de tocolytiques sont utilisables en première ligne :

- les b-mimétiques,
- les inhibiteurs calciques et
- les antagonistes de l'ocytocine.

b-mimétiques

Les b-mimétiques, qui ont de nombreux effets secondaires, sont actuellement délaissés au profit de la nicardipine (malgré l'absence d'autorisation de mise sur le marché dans cette indication) et de l'atosiban dont le coût est malheureusement très élevé.

- ✓ La voie d'administration est intraveineuse.
- ✓ Contre-indications

• Absolues : cardiopathie, maladie coronarienne, troubles du rythme cardiaque, allergie au produit.

• Relatives : hypertension artérielle sévère.

- ✓ Bilan préthérapeutique • Examen cardiovasculaire et électrocardiogramme. • Ionogramme sanguin (kaliémie), glycémie.
- ✓ Posologie Un bon moyen d'administration est la seringue électrique qui autorise un faible apport de solutés : une ampoule de 5 mg de Salbumol Fort® est diluée dans 43ml de sérum physiologique. Le débit, éventuellement ajusté, est de 2 ml/h pendant une durée de 24 à 48heures.
- ✓ Surveillance Le pouls maternel, la tension artérielle, l'existence de signes fonctionnels (palpitations, tremblements, dyspnée, vertiges) permettent

d'apprécier la tolérance au traitement. L'oligurie est l'un des premiers signes de toxicité des b-mimétiques.

Inhibiteurs calciques

Les inhibiteurs calciques per os ou par voie intraveineuse ont été évalués à visée tocolytique. La comparaison aux b2-sympathomimétiques montrait une efficacité équivalente, voire supérieure, et moins d'effets secondaires. Le traitement habituellement pratiqué est la nicardipine par voie intraveineuse à la seringue électrique.

- ✓ Contre indication : Il n'y a pas de contre-indication formelle mais de rares cas d'œdèmes aigus du poumon ont été décrits avec le Loxen® intraveineux.
- ✓ La nifédipine per os peut également être utilisée. Posologie • Loxen® : 2 à 4 mg/h par voie intraveineuse pendant 24 à 48 heures. • Adalate 20 LP® : 1 comprimé deux fois par jour.
- ✓ Surveillance Fréquence cardiaque, tension artérielle.
- ✓ Effets indésirables Céphalées, bouffées de chaleur, flush, hypotensions artérielles (rare), veinites en cas de perfusion par nicardipine.
- ✓ Précautions d'emploi Pas de lever brutal en raison du risque d'hypotension orthostatique. Pas d'association à un traitement par sulfate de magnésium à cause du risque de troubles de la conduction cardiaque.

Antagonistes de l'ocytocine

- La voie d'administration est intraveineuse.
- Il n'y a pas de contre-indications formelles en dehors d'un antécédent d'hypersensibilité au produit.
 - Les posologies sont les suivantes pour le Tractocile® (atosiban) : bolus de 6,75 mg en intraveineuse directe dans 0,9 ml sérum physiologique ; - puis dose de charge intraveineuse pendant 3 heures (1 flacon de 5 ml dilués dans 45 ml à la seringue électrique) : 24 ml/h (18 mg/h) ; - puis traitement d'entretien pendant 21 à 45 heures à 8 ml/h (6 mg/h).
- Les effets secondaires (tachycardie maternelle, douleurs thoraciques...) sont possibles mais avec une fréquence bien moindre que lorsque les b-mimétiques sont utilisés.

Nous utilisons principalement trois classes pharmacologiques : les bêta mimétiques, les antagonistes de l'ocytocine, ainsi que les inhibiteurs calciques.

	Béta-mimétiques	Antagonistes de l'ocytocine	Inhibiteurs calciques
Molécule	Salbutamol	Atosiban	Nifédipine Nicardipine
AMM	oui	oui	Pas d'AMM pour la MAP
Indication	Traitement symptomatique de la menace d'accouchement prématuré	Restrictives en théorie : femme supérieure à 18 ans, gestation entre 24 et 33 SA, contractions utérines régulières d'au moins 30 secondes, survenant plus de 4 fois en 30 minutes, dilatation entre 1 et 3 cm, effacement du col de 50%. RCF physiologique	Traitement anti-hypertenseur mais l'utilisation en pratique est fréquente en cas de MAP
Mécanisme d'action	Dérivés des catécholamines stimulant les récepteurs bêta-adrénergiques présents au niveau de l'utérus, entraînant ainsi la relaxation des fibres musculaires lisses	Blocage compétitif des récepteurs du myomètre à l'ocytocine	Action relaxante au niveau des fibres musculaires lisses des vaisseaux, de l'utérus et de la vessie engendrant une diminution du tonus de base, de la fréquence et de l'amplitude des contractions utérines
Contre-indications	Contre-indications absolues : cardiopathies, maladies coronariennes, troubles du rythme cardiaque, hypersensibilité au produit Contre-indications relatives : possibilité d'aggravation d'une hypertension	Contre-indications de la tocolyse	Hypersensibilité au produit
Effets indésirables	Multiple : principalement des effets cardiovasculaires pouvant aller jusqu'à la tachycardie supraventriculaire, l'ischémie myocardique voire l'œdème aigu du poumon	Mineurs Troubles digestifs, troubles cardiovasculaires, troubles métaboliques	Céphalées, bouffées de chaleur, flushs, hypotension
Surveillance	Nécessité d'un bilan pré-thérapeutique et d'une surveillance étroite : pouls, TA, palpitation, tremblements, dyspnée, diurèse, rythme cardiaque fœtal	Pas de surveillance directement liée au traitement	Appréciation régulière de la fréquence cardiaque, de la TA et du RCF Bilan hépatique une fois par semaine si plus de 48h de traitement (hépatotoxicité)
Durée	Recommandation 24 à 48 h par voie IV	Recommandation de 48 h de traitement	Recommandation de 48h de traitement
Coût	2,44 euros (6 ampoules de 0.5mg/1ml)	500 euros	0,10 à 0,15 euros par comprimé

➤ **Les autres tocolytiques**

- Les AINS nous retrouvons dans ce groupe les inhibiteurs non sélectifs, et les inhibiteurs spécifiques de la COX2, par exemple l'Indocid® (Indométacine).

Ils agissent en inhibant la synthèse endogène de prostaglandine.

- Les progestatifs ils inhibent la synthèse des prostaglandines et ont un effet stimulant sur le catabolisme et sa capacité à bloquer le développement des gaps jonctions, nécessaires à la propagation de l'activité musculaire.
- Le sulfate de magnésium hors AMM et peu connu, il semblerait diminuer la transmission neuromusculaire.
- Donneurs de NO Ils seraient responsables d'une myorelaxation. Leur évaluation est toutefois insuffisante (1 seul essai randomisé).

- Antispasmodiques

Ces différents traitements tocolytiques sont peu utilisés en pratique.

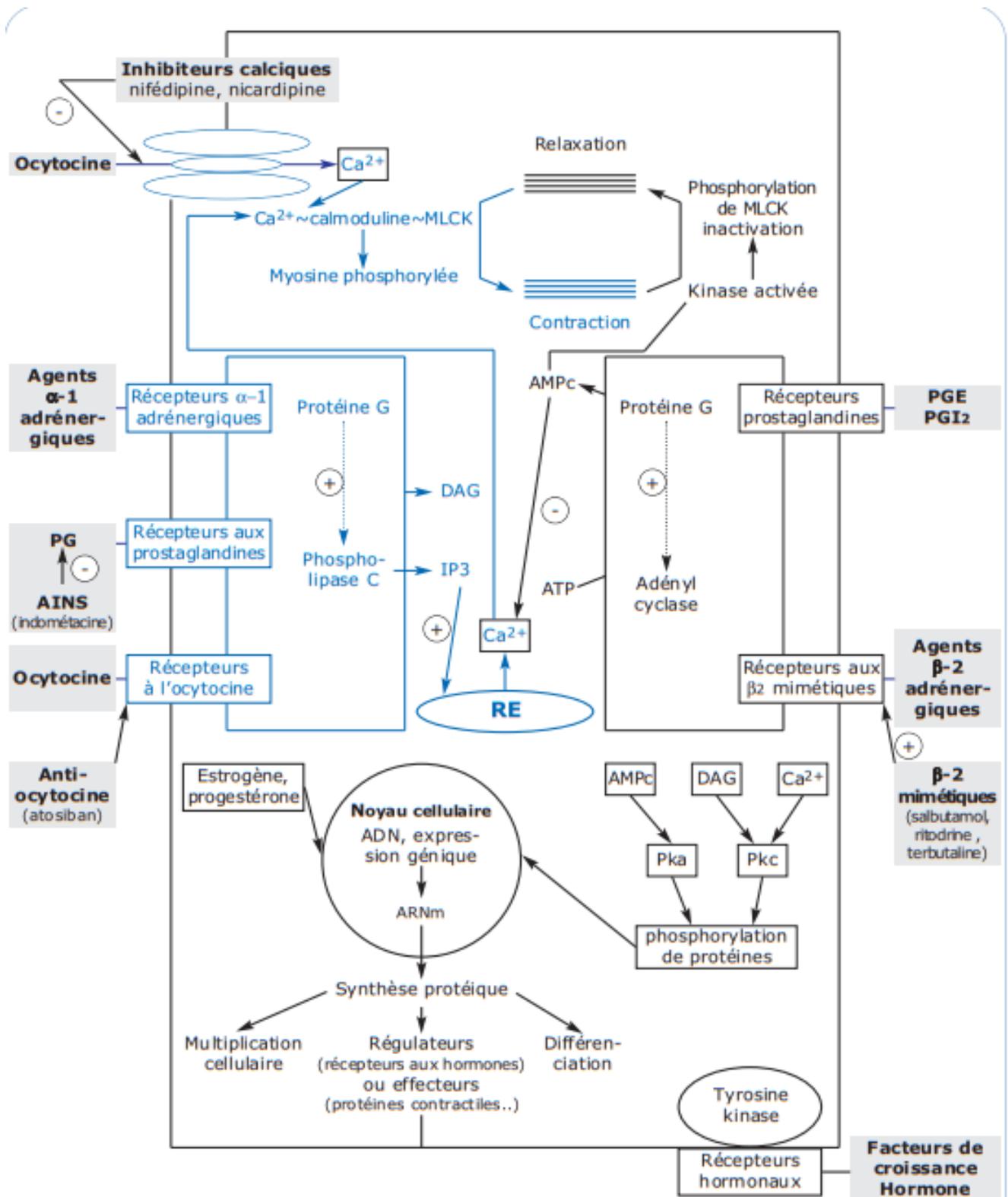


Figure 2 : schéma des principaux facteurs intervenant dans la régulation de la contraction des fibres myométriales

DAG : diacylglycérol
 IP3 : inositol triphosphate
 PG/PGE/PGI2 : prostaglandines E/12
 PKc : protéine kinase C.

Gi : protéines Gi
 MLCK : myosin light chain kinase
 PKA : protéine kinase a
 RE : réticulum endoplasmique

3) Le traitement étiologique

La mise en œuvre d'une antibioprophylaxie au moindre doute infectieux est recommandée.

Nous utiliserons alors de l'amoxicilline per os durant 5 jours minimum, de l'érythromycine pendant 5 jours en cas d'allergie à la pénicilline, des céphalosporines de 3ème génération, ou un antibiotique adapté selon l'antibiogramme.

4) Le traitement préventif

La corticothérapie anténatale consiste en l'administration de deux injections intramusculaires de 12 mg de betaméthasone ou de dexaméthasone à 24 heures d'intervalle en vue de la diminution de certaines pathologies, comme la maladie des membranes hyalines et les hémorragies intraventriculaires. Ils agissent en stimulant la synthèse et la sécrétion de surfactant par le poumon fœtal.

Les effets secondaires sont majoritairement les risques liés à la répétition des cures de corticoïdes. Le risque principal est la diminution du poids de naissance.

Une étude de French et Al. Montre une diminution du périmètre crânien chez les enfants de mère ayant bénéficié de trois cures ou plus de corticothérapie. Ceci pourrait faire induire un retentissement des cures répétées sur le développement neurologique et comportemental des nouveaux nés , avec un devenir à 3 ans similaire à celui des enfants n'ayant reçu qu'une seule cure. Il semblerait également que la mortalité néonatale augmente en fonction du nombre de cure . Il n'existe pas de contre-indications absolues quant à l'utilisation d'une corticothérapie préventive.

On peut constater de l'hypertension, un déséquilibre glucidique chez la mère, une diminution des oscillations du RCF pendant 24 à 48 heures, et des mouvements actifs fœtaux.

Prise en charge de la Menace d'Accouchement Prématuro à membranes intactes selon les recommandations du CNGOF de 2002

1) L'examen clinique

Le CNGOF recommande la réalisation de l'examen clinique, ayant une valeur diagnostique satisfaisante dans les cas où le col est très modifié, avec la présence de contractions utérines, ou lorsque le col est peu modifié associé à de rares contractions.

Cependant, il est insatisfaisant dans les situations intermédiaires.

2) La tocographie externe

Elle permet de repérer l'existence de contractions utérines, mais n'améliore pas le pronostic de la menace d'accouchement prématuré.

3) L'échographie endovaginale

L'évaluation relative à cet examen est satisfaisante. Le CNGOF préconise l'utilisation de la voie transvaginale et définit comme seuil à risque une longueur cervicale située entre 20 et 30 mm, plus discriminante que la dilatation de l'orifice interne et la protrusion des membranes.

L'échographie endovaginale est reconnue comme plus précise et reproductible que le toucher vaginal. Cependant l'abandon du toucher vaginal n'est pas recommandé au profit exclusif de l'échographie.

4) Bilan réalisé lors de l'hospitalisation

Bilan biologique à la recherche en particulier d'une infection associée (prélèvement vaginal, examen cyto bactériologique des urines [ECBU], numération-formule sanguine [NFS], CRP). Le bilan foetal est systématique et comprend un rythme cardiaque foetal et l'échographie foetale. Celle-ci permet de contrôler la vitalité et les biométries foetales, mais aussi de rechercher un facteur déclenchant ou associé (hydramnios, RCIU etc.) Un bilan pré thérapeutique adapté est également réalisé

L'utilisation de la fibronectine foetale est encouragée. En effet, sa remarquable VPN semble lui conférer une valeur diagnostique supérieure à celle de l'examen clinique. Cependant, aucune étude ne prône la substitution du toucher vaginal par la fibronectine foetale en pratique, ni l'utilisation préférentielle de l'échographie endovaginale ou de la fibronectine foetale.

Il sera opportun de choisir, selon la situation en présence, les techniques disponibles et le coût.

5) La tocolyse

Il conseille également la mise en œuvre d'une tocolyse en cas d'infection maternelle, en l'absence de chorioamniotite ou d'hémorragie génitale modérée liée à un placenta prævia. Il n'existe pas de limite inférieure d'âge gestationnel pour contester l'essai d'une tocolyse. Entre 34 et 36 SA, l'instauration de ce traitement doit être évaluée, selon les facteurs de risque et les effets indésirables maternels, ainsi que des conditions d'accueil du nouveau-né. La tocolyse, ayant pour objectif de réaliser une corticothérapie afin d'accélérer la maturation pulmonaire fœtale, est indiquée même en cas de dilatation cervicale avancée (5-6 cm).

Dans l'hypothèse d'une tocolyse efficace, administrer le traitement au-delà de 48 heures ne semble pas procurer d'intérêt

. 6) Transfert

La MAP représente une indication de transfert, d'après les recommandations de l'HAS (après 24 SA sauf cas particulier). Cependant, nous devons préalablement nous assurer de sa stabilité afin d'éviter les complications éventuelles durant le transport.

Ainsi, la décision de transfert est le fruit d'une réflexion pluridisciplinaire entre séniors. Nous réaliserons auparavant une évaluation du col, une tocolyse intraveineuse, de préférence avec de l'atosiban, en raison de son excellente tolérance.

Après s'être assuré de l'absence de contre-indications, l'obstétricien pose l'indication du transfert. Après communication des informations indispensables à une prise en charge optimale, il effectue la demande à l'obstétricien sénior de l'établissement d'accueil. La prise en charge devra débuter préalablement au transfert.

Une possibilité d'accueil en service de néonatalogie devra être établie par ce dernier, avec accord du pédiatre sénior et si nécessaire de l'anesthésiste

Le choix du mode de transport résulte d'une décision commune des deux obstétriciens.

L'ensemble du dossier médical est transmis.

7) Contre-indications

L'accouchement pendant le transfert ou tout autre risque de complication survenant pendant le transport contre-indique le transfert in-utéro. Nous pouvons alors le différer en attendant la stabilisation.

B. Prévention

La prévention de la prématurité repose sur plusieurs concepts fondamentaux : - Responsabiliser la future maman, et adapter son mode de vie et de travail (pénibilité du travail, réduction des circonstances d'exposition au risque de prématurité, participation de la cellule familiale...) - amélioration et égalité de l'accès des femmes à un suivi prénatal régulier de proximité effectuée par des équipes entraînées et évaluées ; - information des femmes sur les risques de prématurité et sur les moyens de les réduire ; - information des équipes médicosociales sur les outils de dépistage des facteurs de risque de prématurité, leur analyse et les moyens de les réduire ; - utilisation d'outils médico-sociaux (adaptation du mode de vie, arrêt de travail, travail moins pénible, suivi social et/ou psychologique ...) ; - usage adapté des moyens de prévention secondaire (hospitalisation, tocolytiques, corticoïdes...

Elle passe avant tout par le suivi de grossesse dont l'objectif est de dépister précocement toutes complications (RCIU, hypertension, ...) susceptibles de conduire à un accouchement prématuré. Ce suivi a également pour but de repérer les situations identifiées comme à risque de prématurité : un milieu défavorisé, un niveau d'étude bas de la mère, la pénibilité au travail, un âge maternel jeune ou élevé, le fait de vivre seule, la grande parité, des antécédents obstétricaux pathologiques (7).

Par ailleurs, de nombreux travaux sont en cours afin de tenter de comprendre les différents mécanismes à l'origine de la prématurité. Ils portent notamment sur le placenta, l'idée étant de trouver des marqueurs sanguins permettant de diagnostiquer plus précocement ses dysfonctionnements pouvant entraîner un accouchement prématuré. La piste des infections maternelles fait également l'objet de nombreux travaux.

Recommandations :

AU MINISTERE DE L'EDUCATION ET DE LA SANTE :

- Alphabétiser et éduquer par les moyens d'information adéquats (médias) en insistant sur la santé de la mère et de l'enfant.
- Généraliser les moyens d'explorations dans toutes les maternités.

AU PERSONNEL SOCIO-SANITAIRE :

- Introduire le coefficient de risque d'accouchement prématuré et son application systématique dans les maternités.
- Pratiquer une échographie endo-vaginale à toute patiente présentant les signes de la MAP ou des facteurs de risque.
- Améliorer la prise en charge et les conditions d'hospitalisation (repos stricte dans des chambres isolées...)
- Surveillances rapprochées pour les grossesses multiples et à risque.

A LA POPULATION :

- Inciter les femmes enceintes aux consultations prénatales régulières.
- Sensibiliser, informer et éduquer la population sur les problèmes de santé de la mère et de l'enfant.
- Sensibiliser les conjoints sur l'importance de leur implication dans la prise en charge des grossesses.

Conclusion

La prise en charge de la MAP a bénéficié ces dernières années de la mise en réseau des maternités qui a permis une prise en charge plus efficace des nouveau-nés à la naissance. Un effet indirect de ces mesures est une discussion et une homogénéisation autour des pratiques obstétricales qui ne peuvent en définitive qu'être utiles aux patientes. Par ailleurs, on assiste actuellement à une rationalisation des traitements prescrits, aussi bien pour le « repos » dont l'interprétation par les soignants a parfois été abusive, que pour les antibiotiques ou les corticoïdes dont la prescription excessive a aussi probablement des effets délétères. Enfin, l'amélioration du dépistage des patients à plus haut risque d'AP, en permettant de cibler la prise en charge, devrait permettre d'éviter, là aussi, les prescriptions inutiles.

Bibliographie

- (1) V. CASTAIGNE, O. PICONE, R. FRYDMAN, *Accouchement du prématuré*, EMC, Obstétrique, S – 035 – A – 30, 2005.
- (2) Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, *La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale*, n°383, mars 2005.
- (3) Haute Autorité de la Santé, Mesure de la longueur du canal cervical du col de l'utérus par échographie par voie vaginale. Intérêt dans le pronostic d'accouchement prématuré, Service évaluation des actes professionnels, Décembre 2009.
- (4) G. KAYEM, F. GOFFINET, B. HADDAD, D. CABROL, *Menace d'accouchement prématuré*, EMC, Obstétrique, S – 076 – A – 10, 2006.
- (5) V. HOUFFLIN-DEBARGE, D. SUBTIL, F. PUECH, *Menace d'accouchement prématuré. Etiologie. Diagnostic. Principe du traitement*, Paris, La Revue du Praticien, 1998.
- (6) E. PAPIERNIK, E. BERKHAUER, Coefficient du risque d'accouchement prématuré (CRAP), Nouvelle Presse Médicale, 1969 ; 77 : 793-794.
- (7) Haute Autorité de Santé, Mesure de la longueur du canal cervical du col de l'utérus par échographie par voie vaginale. Intérêt dans la prévision de l'accouchement prématuré *spontané*, Rapport d'évaluation technologique, Juillet 2010.
- (8) E. VERSPYCK, H. ROMAN, L. MARPEAU, *Marqueurs biochimiques de la menace d'accouchement prématuré (en dehors de l'infection)*, Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction, vol. 31, n° sup 7, Novembre 2002, pp. 35-42.
- (9) Quikcheck FFN, Menace d'accouchement prématuré à membranes intactes, Cytac corporation, 2008.
- (10) Quikcheck FFN, Quatre étapes simples pour prélever un échantillon pour le test de détection de la fibronectine fœtale (FFN) et lire le test, Hologic, 2010.
- (11) Haim A. ABENHAIM (MD), Lucie MORIN (MD), Alice BENJAMIN (MD), *Does availability of fetal fibronectin testing in the management of threatened preterm labour affect the utilization of Hospital resources ?*, Department of obstetrics and gynecology, Royal Victoria hospital, McGill University, Montréal Qc, 2005.
- (12) Katie M. GROOM, Emily LIU, Keith ALLENBY, *The impact of fetal fibronectin testing for women with symptoms of preterm labour in routine clinical practice within a New Zealand population*, Department of obstetrics and gynaecology, Middlemore Hospital, Hospital Road, Otahuhu, Auckland, New Zealand, Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2006; 46 : 440-445, 2006.

- (13) L. A. BOLT, M. CHANDIRAMANI, A. DE GREEFF, P. SEED, A. H. SHENNAN, *Does fetal fibronectin testing change patient management in women at risk of preterm labour ?*, Maternal and fetal research Unit, King's college London, Division of Reproduction and Endocrinology, St Thomas' Hospital, London, SE1 7EH, United Kingdom, 2009.
- (14) C. DEPLAGNE, S. MAURICE-TISON, F. COATLEVEN, F. VANDENBOSSCHE, J. HOROVITZ, *Utilisation séquentielle de la longueur échographique de col utérin puis de la détection de la fibronectine fœtale pour prédire une prématurité spontanée en cas de menace d'accouchement prématuré*, Journal de Gynécologie et Biologie de la Reproduction 39, 575583, 2010.
- (15) *Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnostic of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth*, the journal of Maternal-fetal and neonatal Medicine, 2011.
- (16) *Une suspicion de menace d'accouchement prématuré ? Actimpartus. Quand la mesure du col ne suffit pas !*, Fumouze Diagnostic, 2011.
- (17) Shai E. ELIZUR (MD), Yoav YINON (MD), Gil S. EPSTEIN, Ph. D, Daniel S. SEIDMAN (MD), Eyal SCHIFF (MD), Eyal SIVAN (MD), *Insulin-like growth factor binding Protein-1 Detection in Preterm Labor: Evaluation of a Bedside test*, American Journal of Perinatology, vol. 22, n°6, 2005.
- (18) D. PATERNOSTER, D. MURESAN, A. VITULO, A. SERENA, G. BATTAGLIARIN, M. DELL'AVANZO, U. NICOLINI, *Cervical pHIGFBP – 1 in the evaluation of the risk of preterm delivery*, Acta obstetrica et gynecologica 2007, 86 : 151-155
- (19) D. EROGLU, F. YANIK, M. OKTEM, H. BULENT ZEYNELOGLU, E. KUSCU, *Prediction of preterm delivery among women with threatened preterm labor*, Gynecologic and obstetric investigation, 2007; 64 : 109-116, DOI : 10.1159/000100120, 2007.
- (20) C. D'ERCOLE, F. BRETTELLE, R. SHOJAI, R. DESBRIERE, L. BOUBLI, *Tocolyse : indication et contre-indication. Quand commencer ? Quand arrêter ?*, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, vol. 31, n°sup 7, Novembre 2002, pp. 84-95.
- (21) D. CABROL, J.C PONS, F. GOFFINET : *Menace d'accouchement prématuré*, Le Traité d'Obstétrique, 2005, pp. 436-448.
- (22) T. SCHMITZ, F. GOFFINET, PH. JARREAU, G. MORIETTE, D. CABROL, *Répétition des cures de corticoïdes pour maturation pulmonaire fœtale : données scientifiques cliniques et expérimentales*, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, vol. 29, n°5, Septembre 2000.
- (23) D. CABROL, F. GOLLINET, *Protocoles cliniques en obstétrique*, Coll. Abrégés de Périnatalité, 2009.

- (24) D. CABROL (dir.), La menace d'accouchement prématuré (MAP) à membranes intactes. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF, Paris, 2002.
- (25) Réseau Périnatal Lorrain, *Recommandation transfert maternofœtal*, 2009.
- (26) E.CLOSSET, PH. DUFOUR, CH. LOEUGNET, D.SUBTIL, AS. VALAT, F.PUCCH, Intérêt de la recherche de la fibronectine fœtale pour la prédiction de l'accouchement prématuré, *Gynécologie, Obstétrique et fertilité*, Vol.29, n°11, pp. 808-813, 2001.
- (27) DREES, La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'enquête périnatale, n°775 – octobre 2011.
- (28) *EuropeanPerinatalHealth Report*, Europeristat Projet, with SCPE, Eurocat, Euroneostat, 2008.
- (29) O.PARANT, F.MAILLARD, V.TSATSARIS, D.SUBTIL, M.DELATTRE, F.GOFFINET, EVAPRIMA group, Management of threatenedpretermdelivery in France: a nationalpracticesurvey, *BJOG*. 2008 Nov; 115(12): 1538-46.
- (30) B.BLONDEL, J.ZEITLIN, La santé périnatale : la situation de la France par rapport aux autres pays de l'union européenne, DOI 10.1016/j.jgyn.2009.01.007.
- (31) P.Y. ANCEL, Recommandations pour la pratique clinique, Menace d'accouchement prématuré et travail prématuré à membranes intactes : physiopathologie, facteurs de risque et conséquences, INSERM U149, *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2002 ; 31 (suppl. au n°7) : 5 S10-5S21.
- (32) F.GOFFINET, G.KAYEM, Recommandations pour la pratique clinique, 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 ; 31 (suppl. au n°7) : 5S22-5S34.
- (33) Haute Autorité de Santé, Recommandations de bonne pratique, *Situations pathologiques* pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum, Avril 2011

Menace d'accouchement prématuré étude rétrospective, descriptive service de gynécologie obstétrique de l'établissement hospitalier spécialisé (EHS) mère-enfant de Tlemcen période de 19 mois (de Juin 2016 au Décembre 2017).

B.Ghizlène ; B.Amina ; B.Yasmine ; L.Neda

RESUME :

1° INTRODUCTION :

La menace d'accouchement prématuré reste un problème très fréquent dans le monde de l'obstétrique et de santé public parce qu'elle a un très grand impact sur le nouveau-né tel *la prématurité* dont les complications sont très redoutables.

2° MATERIEL ET METHODE :

L'étude rétrospective, descriptive sur une période de 19 mois (Juin 2016 au Décembre 2017) qui a concerné les dossiers du service de Gynécologie obstétrique de l'établissement hospitalier spécialisé (EHS) mère-enfant TLEMSEN.

Nos patientes ont bénéficié d'un :

Interrogatoire : précisant les antécédents.

Examen clinique : comprenant une prise tensionnelle, chimie des urines, palpation utérine ainsi qu'un examen sur table au spéculum avec un toucher vaginal ...

Examen paraclinique : l'échographie abdomino-pelvienne.

3° RESULTATS :

Notre étude nous a permis de recenser 738 gestantes présentant la menace d'accouchement prématuré soit 7.3 % sur une période de 19 mois (de juin 2016 audécembre2017), chez les quelles on a trouvé : que la grande partie des patientes avait un âge compris entre 20 et 35 ans avec une fréquence de 30,38 %. Cette tranche d'âge correspond à la période la plus féconde de la femme, la profession n'était pas mentionnée sur les dossiers (Faute d'anamnèse), Les multi gestes avec 75,91% des cas ont constitué la population la plus importante dans cette série, Les primipares et les pauci-pares sont en tête avec des pourcentages respectifs de 37,87% et 29,04% , Les antécédents d'avortement spontané (43.08%) sont fortement représentés et les antécédents médicaux sont presque 2 fois plus retrouvés que les chirurgicaux avec 61.22% pour 38.77%, l'efficacité de la tocolyse fut évaluée à 55,50% des gestantes traitées.

4° DISCUSSION :

Au terme de notre étude on a remarqué que les chiffres correspondaient aux chiffres retrouvés lors des études précédentes faites au niveau du service de Gynéco-obstétrique de l'établissement hospitalier mère-enfant TLEMSEN.

5° CONCLUSION :

La prise en charge de la MAP a bénéficié ces dernières années de la mise en réseau des maternités qui a permis une prise en charge plus efficace des nouveau-nés à la naissance. L'amélioration du dépistage des patients à plus haut risque d'AP, en permettant de cibler la prise en charge, devrait permettre d'éviter, là aussi, les prescriptions inutiles.

