

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

Université Abou Bekr Belkaid  
Tlemcen Algérie



تلمسان الجزائر

جامعة أبي بكر بلقايد

Thème de Doctorat en Médecine sur :

# La Menace d'Accouchement Précoce



Préparé par :

- Dr BENSADIA TANI Merouane
- Dr BENDAOUED Djamila
- Dr BOUHASSOUN Nadia
- Dr BOUTIBA Meriem
- Dr CHERIF Amina

Encadré par :

- Dr SELAADJI

Dr. M. SELADJI  
Maître Assistant  
en Gynécologie Obstétrique  
المؤسسة الإستشفائية  
مصلحة طب النساء و الولادة  
الأستاذة: نوسة سلاحي  
رئيسة المؤسسة

Pr. ONALI Mohammed  
Maître de Conférence Gynéco-Obstétrique  
Chef d'Unité Gynéco Oncologie  
E. H. S. TLEMSEN

Année Universitaire : 2012-2013

Je dédie ce travail :

**A Allah, le Miséricordieux qui par sa grâce nous a permis de mener à bout ce travail. A tous les nouveau-nés prématurés qui ont succombé par suite de prématurité.**

### **La liste des abréviations**

**AP** : accouchement prématuré

**CIVD** : coagulation intra vasculaire disséminée

**CRAP** : coefficient de risques d'accouchement prématuré

**CU** : contractions utérines

**DDR** : date des dernières règles

**ECBU** : examen cytbactériologique des urines

**ECG** : électrocardiogramme

**HRP** : hématome rétro placentaire

**HSG** : hysterosalpingographie

**IBG** : indice de Baumgarten

**LA** : liquide amniotique

**LP** : libération prolongée

**MAP** : menace d'accouchement prématuré

**RPM** : rupture prématurée des membranes

**SA** : semaine d'aménorrhée

**TPHA**: Treponema Pallidum Haemagglutination Assay

**VDRL**: venereal disease research

**TRT** : TRAITEMENT

**CTC** : CORTICIDES

**SOMMAIRE**

**INTRODUCTION**

**OBJECTIFS**

**GENERALITES**

**METHODOLOGIE**

**RESULTATS**

**COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

**CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

**REFERENCES**

**ANNEXES**

## INTRODUCTION

La menace d'accouchement prématuré, anomalie de la durée de la grossesse, est le début d'un processus d'accouchement qui survient avant la fin de la 37<sup>ème</sup> SA (le deux cent cinquante neuvième jour d'aménorrhée (259<sup>ème</sup> j), la limite inférieure étant imprécise, les progrès actuels de la néonatalogie l'abaissent à 26 SA voire 22 SA au lieu de 28.

C'est un Processus qui, si on le laissait évoluer spontanément, aboutirait à la naissance d'un nouveau né prématuré.

. La fréquence de la MAP est de 6 % des grossesses en France

. La MAP est quantitativement la première cause d'hospitalisation pendant la grossesse, le risque d'accouchement prématuré est variable selon les études.

. Quatre vingt pour cent des prématurés décèdent et parmi les survivants la proportion des séquelles neuropsychomotrices et des retards intellectuels est élevée.

.Il faut souligner le coût élevé de la prise en charge des prématurés et des difficultés liées à «l'élevage des grands prématurés »

L'accouchement prématuré reste l'une des préoccupations des gynécologues obstétriciens, des pédiatres et des familles de par sa fréquence (29%), sa gravité, sa mortalité (3 à 55%), sa morbidité élevée et ses séquelles neurologiques (5 à 40%) [17].

C'est pourquoi nous avons initié ce travail qui a pour objectif :

### **1. Objectif général :**

- Etudier la menace d'accouchement prématuré dans le service de gynécologie obstétrique

### **2. Objectifs spécifiques :**

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des gestantes.

- Décrire les caractéristiques cliniques de la menace d'accouchement prématuré.

- Déterminer les causes de la menace d'accouchement prématuré.

- Déterminer le pronostic maternel et fœtal.

- Préciser les modalités thérapeutiques de la menace d'accouchement prématuré.

- Formuler des recommandations

## GENERALITES

### 1. - Définitions

- La menace d'accouchement prématuré est un état clinique caractérisé par l'apparition des contractions utérines entre la 28 SA et la 37 SA à environ 2 contractions utérines toutes les 10 minutes pendant au moins une heure, entraînant des modifications du col utérin (raccourcissement + dilatation) qui sans traitement évoluant vers l'accouchement prématuré.
- L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois soit (28 SA).
- L'accouchement normal ne peut se définir à posteriori que s'il s'agit d'une grossesse normale, d'un fœtus à terme qu'il n'y ait aucune disproportion fœto pelvienne, le début du travail a été spontané voire quelques fois programmé que le déroulement a été eutocique, qu'il n'y a pas eu de souffrance fœtale, qu'il n'a pas été nécessaire de procéder à des interventions manuelles ou instrumentales et la délivrance a été normale.
- L'accouchement est dit à terme quand il a lieu entre la 38 SA et la fin de la 42 SA.
- L'accouchement est dit prématuré quand il a lieu entre la 27 SA et la 37 SA.
- L'accouchement est dit post -terme ou de terme dépassé quand il a lieu après la 42 SA.
- L'accouchement provoqué est celui qui est consécutif à une intervention extérieure.
- L'accouchement programmé est une variante de l'accouchement provoqué qui est induit sans indications pathologiques.
- L'accouchement naturel est celui qui se fait sous la seule influence de la physiologie.
- L'accouchement dirigé se fait sous l'influence d'intervention extérieure (l'évaluation du travail ralenti au départ nécessitant l'intervention de l'accoucheur ou l'accoucheuse pour améliorer la qualité des (CU)
- L'accouchement artificiel est le résultat d'une intervention manuelle ou instrumentale (césarienne, forceps, ventouse).
- L'accouchement est eutocique quand il s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal (sans difficulté particulière qui peut être dirigée, la physiologie est respectée)
- L'accouchement est dit dystocique quand il se déroule selon un procédé non physiologique.

## 2. Etude clinique

### 2.1 – diagnostic positif de la MAP

Il repose essentiellement sur l'interrogatoire et l'examen physique.

#### L'interrogatoire

Précisera l'état civil, la profession, l'état matrimonial, le mode de vie, la date des dernières règles (DDR), les antécédents gynécologiques, les antécédents obstétricaux : le nombre de grossesse, la parité, le nombre de décès et le nombre d'avortement, l'âge de survenue et le mécanisme de survenue de ces avortements, l'antécédent d'accouchement prématuré, l'IIG, la notion de fièvre récente, d'infection urinaire, le suivi correct ou non des CPN, la notion d'algies pelviennes, leur mode de début, leur fréquence, leur intensité et leur périodicité, la notion de rupture des membres assombrissant le pronostic materno-foetal, la notion de métrorragies qui sont généralement minimales, et les antécédents chirurgicaux (plastie tubaire, myomectomie)

#### L'examen physique.

**L'inspection** permet d'apprécier l'état général de la patiente le plus souvent moins perturbé, elle peut être angoissée par la crainte d'expulser le fœtus.

**La palpation abdominopelvienne** doit rechercher les contractions utérines. Elles sont douloureuses avec une fréquence d'au moins une toutes les dix minutes durant plus de trente cinq secondes.

Elles sont à différencier des contractions physiologiques de Braxton Hicks qui ne sont pas douloureuses, survenant de façon irrégulières avec une fréquence d'une CU toutes les heures à vingt semaines, à trois ou quatre CU par heure à trente sept semaines.

On n'oubliera pas de mesurer la hauteur utérine en appréciant une éventuelle sur distension utérine. On recherchera et appréciera les bruits du cœur du fœtus avec le stéthoscope de Pinard.

L'examen au spéculum ou sous valves recherchera une vaginite, une cervicite, la présence de sang ou d'écoulement du liquide amniotique.

**Le toucher vaginal** renseigne sur les caractéristiques du col utérin en général modifié dans sa longueur dans sa consistance, sa position et sa dilatation : il pourra s'agir d'un raccourcissement, et/ou d'une ouverture cervicale

Le Toucher Vaginal apprécie également la présentation et les membres.

Cet examen gynéco-obstétrical sera complété par un examen général portant sur la coloration des muqueuses et des téguments, la prise de la tension artérielle, le pouls, la fréquence respiratoire, l'examen neurologique.

La gravité de la MAP peut être appréciée et chiffrée avec un suivi de l'évolution par un indice de MAP appelé indice de Baumgarten (**IBG**) comportant quatre paramètres cotés chacun de zéro à quatre points à savoir les **CU**, les **membranes**, les **métrorragies** et la **dilatation du col**.

Tableau I : l'indice de gravité de Baumgarten [16]

	0	1	2	3	4
CONTRACTIONS	ABSENTES	IRREGULIERES	REGULIERES		
MEMBRANES	INTACTES	FISSUREES	ROMPUES		
METRRORRAGIE	ABSENTE	MODEREE	SEVERE		
DILATATION	0	1CM	2CM	3CM	4CM

### Interprétation

- **IBG ≤ 3 points : menace légère**
- **IBG compris entre 3 et 6 points : menace moyenne**
- **IBG > 6 points : menace sévère** dont les chances de succès du traitement sont restreintes.

### 2.2 . -diagnostic différentiel

Il se fera avec les autres pathologies pourvoyeuses d'algies pelviennes et d'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse principalement (le placenta prævia, l'hématome rétro placentaire).

### 2.3. - DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE : nous retenons

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

### 2.3.1 \_ 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 foetale
- ❖ La pathologie chirurgicale : toute intervention chirurgicale, abdominale ou thoracique pendant la grossesse.

#### B) Les causes locales utérines

- **Malformations utérines :**

- ❖ **Congénitales** : il s'agit de l'hypotrophie utérine, d'utérus malformé (cloisonné, unicorne, bicorne)
- ❖ **Acquises** : il s'agit de myomes utérins, synéchies utérines, cicatrices utérines (plastie tubaire, myomectomie)
- ❖ **Les béances cervico-isthmiques** : peuvent être congénitales ou acquises

### 2.3.2 – Les causes ovulaires

- ❖ **Fœtales** : il s'agit de grossesses multiples, malformations fœtales, retard de croissance fœtale
- ❖ **Annexielles** : il s'agit d'hydramnios, placenta praevia, 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)

La RPM est fréquente entre la 34 et 37 SA. L'hospitalisation s'impose.

### 2.3.3 - Les causes maternofoetales

L'incompatibilité rhésus materno fœtale

### 2.3.4 – 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 LA par examen bactériologique (CRP, IL8, leucotriène B) ou à la recherche d'indicateur d'une chorio amniotite infra clinique (Fusobactérium, Gardnerella Vaginalis, Mycoplasmes)

### 2.4.- Les facteurs favorisants

#### ✓ Les facteurs socio – économiques

Elles sont représentées 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 qui perdent du poids au cours de la grossesse .

✓ **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 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 Emille 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.**

- CRAP inférieur à cinq points : pas de danger de prématurité.
- CRAP compris entre cinq et dix points : risque potentiel de prématurité.
- CRAP supérieur à dix points : risque certain de prématurité.

**Tableau II: coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP)**

<b>1</b>	Deux enfants ou plus sans aide familiale conditions socioéconomiques médiocres	Un curetage court intervalle intergénésiq (1 an)	Travail à l'extérieur	Fatigue inhabituelle
<b>2</b>	Grossesse illégitime. Non hospitalisée en maison maternelle. Moins de 20 ans plus de 40 Ans	2 curetages	Plus de 3 étages sans ascenseurs plus de dix cigarettes/ jour	Moins de 5 kg de prise de poids albuminurie. Tension artérielle >13 / 8 mmhg
<b>3</b>	Mauvaise condition socioéconomique. Moins de 1,5 m Moins de 45 kg	3 curetages ou plus Utérus cylindrique	Long trajet quotidien Effort inhabituel Travail fatiguant Grands voyages	Chute de poids le mois précédent Tête trop basse située Pour un foetus loin
<b>4</b>	Moins de 18 ans			Pyélonéphrite Métorrhagie du 2ème Trimestre Col court Col perméable Utérus contractile
<b>5</b>		Malformations Utérines Un avortement Tardif Accouchement prématurité		Grossesse gémellaire Placenta prævia Hydramnios

## **2.4- Examens complémentaires**

### **2.4.1- l'échographie pelvienne**

Appréciera la vitalité fœtale la biométrie, le nombre de fœtus, la présentation, la quantité de LA, le siège d'insertion du placenta. Elle doit être systématiquement pratiquée.

### **2.4.2 – La cardiotocographie**

Appréciera la fréquence des contractions utérines, le tonus utérin, et permet d'enregistrer le rythme cardiaque fœtal donc renseigne sur l'état du fœtus.

### **2.4.3 – échographie du col pour la biométrie cervicale**

Cette méthode est plus précise et plus reproductible que le toucher vaginal pour évaluer la longueur du col. Elle pourrait permettre de diminuer le nombre d'hospitalisation et d'éviter les traitements inutiles grâce à une meilleure valeur prédictive négative .A l'inverse, pour certaines patientes mal évaluées par l'examen clinique, elle permettrait d'adopter une prise en charge intensive alors nécessaire (tocolyse intra veineuse, corticoïde, transfert in utero.

Les seuils de longueur cervicale les plus discriminants pour prévoir l'accouchement prématuré se situent entre 20 et 30 mm

### **2.4.4 –Recherche de fibronectine foetale**

La fibronectine, est une glycoprotéine normalement absente des sécrétions cervico-vaginales entre la 21 et 37 SA.

En cas de MAP, la valeur diagnostique de la fibronectine (> 50 ng) semble être supérieure à celle de l'examen clinique. Sa valeur prédictive négative est en particulier excellente.

### **2.4.5 – Le bilan infectieux**

Il portera sur la goutte épaisse et le frottis mince, l'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) avec antibiogramme, le prélèvement vaginal avec antibiogramme.

Ces trois examens doivent être systématiques.

- Le sérodiagnostic de Widal
- La sérologie de la syphilis (BW, TPHA, VDRL)
- La sérologie toxoplasmique (IgG, IgM)
- La glycémie à jeûne
- La numération formule sanguine (NFS) recherchant une anémie, une hyperleucocytose.

#### 2.4.6 – L'électrocardiogramme maternel (ECG)

Recherchera les éléments contre indiquant la prescription des bêtamimétiques

#### 2.4.7 – Le bilan de maturation pulmonaire fœtal

La maturation pulmonaire fœtale est acquise à partir de 34 SA et est liée à la présence de surfactant alvéolaire. Ce dernier est constitué de phospholipides dont la concentration dans le LA est le bon reflet de cette maturité pulmonaire fœtale.

Les principaux tests recherchant ces phospholipides sont

- Le dosage des concentrations de lécithine (L) sur la sphingomyéline (S) : un taux supérieur à deux témoigne de la maturation pulmonaire dans près de 100 % des cas
- Le dosage de la phosphatidylglycérole : un taux supérieur ou égal à deux microgrammes par millilitre témoigne de la maturation pulmonaire.
- Le fœtal lung-maturation (FLM test) : il est positif si le taux est supérieur à soixante et il semble plus fiable que le rapport L / S ou le dosage de la phosphatidylglycérole.

#### 2.4.8 – Le score biophysique de Manning

- l'examen échographique permet d'évaluer le score biophysique de Manning qui donne un bon reflet de l'état fœtal donc du bien être fœtal, il porte sur les paramètres suivants :

1. Les mouvements fœtaux,
2. La quantité du liquide amniotique,
3. Le tonus fœtal,
4. La fréquence respiratoire du fœtus,
5. Un paramètre clinique : le rythme cardiaque fœtal (RCF).

Tableau III : score biophysique de Manning

PARAMETRES EN 30 MIN	NORMAL=2	ANORMAL=0
MOUVEMENTS RESPIRATOIRES	AU MOINS 1 EPISODE D'AU MOINS 30 SEC	ABSENCE OU AUCUN EPISODE PLUS DE 30 SEC
MOUVEMENTS FOETAUX	AU MOINS 3 MOUVEMENTS VIFS DES MEMBRES	AU PLUS 2 MOUVEMENTS
TONUS FOETAL	AU MOINS 1 MOUVEMENT ACTIF D'EXTENSION FLEXION	ABSENCE OU MOUVEMENTS LENTS
QUANTITE LIQUIDIENNE	NORMALE	OLIGOAMNIOS
RCF	AU MOINS 2 ACCELERATIONS	INFERIEURE A 2 ACCELERATIONS

- Chaque paramètre est coté 0 ou 2 points
- 1. Score = 8 à 10 points : pronostic rassurant pour une semaine sauf terme dépassé.
- 2. Score = 5 à 7 points : score suspect et l'examen doit être renouvelé toutes les 24 heures.
- 3. Score  $\leq$  4 points : il faut interrompre la grossesse car il existe une forte probabilité de souffrance fœtale.

NB : on pense qu'une diminution de l'activité thoracique fœtale précéderait l'accouchement d'environ soixante douze heures. Ce bilan n'est pas exhaustif car il peut s'élargir en fonction des autres atteintes associées à la MAP.

## **2. 5. - Prise en charge de la menace d'accouchement prématuré**

### **2.5.1 – La prévention**

#### **. Avant la grossesse :**

C'est le traitement des causes connues : traitement chirurgical des malformations utérines et des fibromes ; traitement des infections.

Recherche des causes : béance cervico-isthmique (bougie d'hegar, HSG), malformation

#### **. Pendant la grossesse :**

- Le repos mesure générale de première importance, s'observera soit par un arrêt de travail, un congé prénatal, soit un repos au lit, soit une vie calme et régulière.
- Le cerclage en cas de béance cervicale
- La recherche et le traitement des infections surtout génito-urinaires
- Le traitement des syndromes vasculo-renaux
- L'amélioration de la qualité et du nombre des consultations prénatales car le taux de prématurité est inversement proportionnel au nombre de consultations.
- La prise en charge des facteurs de risque du CRAP
- La prophylaxie ambulatoire de principe par les bêtamimétiques chez les femmes ayant un risque très élevé (CRAP supérieur ou égal à onze points)

Aujourd'hui, des systèmes de télésurveillance à domicile de l'activité utérine sont proposés aux patientes à risque : il s'agit d'un petit capteur de contractions utérines fixé sur l'abdomen et relié à un enregistreur pluriquotidien (deux fois par heure) et l'information est transmise téléphoniquement jusqu'au centre de contrôle permettant de converser avec la patiente.

### **2.5.2- Le traitement curatif**

Une femme présentant une MAP doit être hospitalisée pour instituer un bilan et un traitement. Ce bilan s'attachera à établir un diagnostic de gravité, recherchera une étiologie et appréciera la maturité fœtale.

L'abstention thérapeutique est de règle dans les cas suivants :

- Un fœtus mort ou polymalformé ;
- Si l'évacuation utérine est l'un des meilleurs traitements de la maladie causale (les syndromes vasculo rénaux sévères).

➤ But :

- Lyser les contractions utérines
- Mener la grossesse à terme viable

➤ Moyens :

#### **A) Mesures d'hygiène :**

L'élément essentiel parfois difficile à imposer en dehors de l'hospitalisation qui devient indispensable dès que la menace devient nette est le repos strict au lit car à lui seul il traite environ 50% des MAP

#### **B) Les Tocolytiques :**

Les médicaments Tocolytiques sont des produits visant à supprimer les contractions utérines. Il existe quatre classes principales :

##### **1) Les bêtamimétiques :**

###### **a- le salbutamol :**

- . Pharmacologie : action bêta 2 Tocolytiques, broncho-dilatateur
- .les effets secondaires sont cardiovasculaires
- . Les présentations : la forme comprimée, suppositoire, aérosol, solution buvable, l'ampoule injectable de 1 ml.
- . Les posologies : chez l'adulte 2 comprimés 3 à 4 fois par jour

Début du traitement : 1 comprimé 3 à 4 fois par jour

Une ampoule injectable de 0,5 mg en sous cutanée chaque 4 heures si nécessaire en Perfusion.

Suppositoires : 1 toutes les 4 à 6 heures

### **b - la terbutaline :**

Les présentations : comprimé sécable simple, comprimé L P ampoule

Injectable de 1 ml, forme aérosol.

. Voie d'administration : per os, sous cutanée, en spray, Intraveineuse.

. Les posologies : chez l'adulte : 3 comprimés par jour avant les repas ; 1 à 2 comprimés à libération prolongée par jour

Une ampoule injectable en sous cutanée chaque 6 heures ; intraveineuse : 5 ampoules par 250 glucosé isotonique, 15 à 20 gouttes par minute

### **c - Ritodrine .**

- EFFETS SECONDAIRES DES BETAMIMETIQUES

#### Chez la mère :

La tachycardie, l'hyperglycémie avec risque d'acidocétose chez les mères diabétiques, l'hypokaliémie.

#### Chez le fœtal :

Il s'agit d'une tachycardie fœtale si les doses sont élevées, d'une hyperglycémie, d'une lipolyse, d'une hypocalcémie, d'un iléus paralytique.

- CONTRE INDICATIONS DES BETAMIMETIQUES :

HTA, la cardiopathie hypertrophique (rétrécissement aortique), l'hyperthyroïdie, la souffrance fœtale avec acidose, l'association avec médicaments suscités, les infections amniotiques, les fièvres maternelles.

La surveillance clinique et para clinique porte sur le contrôle du pouls, la tension artérielle, la température, la diurèse (qui doit être supérieure à 1,5l / 24h) l'ECG, la kaliémie, le dosage de la Créatinine phosphokinase, l'échographie cardiaque répétée à la recherche d'une cardiopathie débutante.

NB : en cas d'échec thérapeutique le traitement prolongé est dangereux, il faudra accepter l'accouchement prématuré inéluctable.

La voie intramusculaire est à proscrire car il a de risques de pic sériques brutaux avec effets secondaires incontrôlables. La voie per os peut donner des accidents et créer des problèmes médicaux légers.

**La perfusion impose le repos à la gestante d'où son intérêt.**

### › LES antispasmodiques

Ne sont pas des vrais Tocolytiques, ils ont une action relaxante du tonus utérin

.Le triméthylphoroglucinol : présentation en comprimé ,suppositoire, lyoc, ampoule injectable de 4 ml

Posologie : traitement d'attaque ; 1 à 3 ampoules injectables par 24 heures en intramusculaire, en intraveineuse ou perfusion

Traitement d'entretiens 4 à 6 comprimés ou 3 suppo par 24 heures

. Le Buthylhyocine : sous forme comprimé et en ampoule injectable.

Posologie : même que le Spasfon

Les antispasmodiques sont également utilisés en perfusion lente, en association avec les bêtamimétiques.

### 2) Les anti prostaglandines :

Indométacine : est remarquablement efficace à la dose de 175 mg / jour avec une excellente tolérance maternelle. Il ne semble pas y avoir d'effets cardiovasculaires fœtaux et néonataux L'insuffisance rénale transitoire est à craindre à la naissance

Ces règles d'utilisation sont les suivants :

- Ne pas dépasser trois semaines de traitement,
- Interrompre le traitement au cours de la 35 SA
- Utiliser d'abord un bêtamimétique dans les 48 h du traitement puis l'indocid en cas de MAP sévère car risque d'accouchement prématuré sous traitement.
- Ne pas l'utiliser en cas de R P M
- Posologie : les doses usuelles sont de 50 -150 mg par jour à fractionner jusqu'à 200 mg par jour au maximum.

Présentation : gélule à 25 mg, suppo à 50 mg et 100 mg.

### **3) Les inhibiteurs calciques :**

Mécanisme d'action : inhibitions des canaux calciques, fermeture des canaux calciques membranaires, entrée passive du calcium de l'espace extracellulaire vers le compartiment intracellulaire : empêchement de la contraction des fibres musculaires libres.

Nifédipine = adalat ®

Nicardipine = loxen ®+++++

Ils sont efficaces mais le risque d'hypotension sévère est majeur.

### **4) Les anti ocytociques**

Atosiban : est un antagoniste compétitif de l'ocytocine et entraîne une fermeture des canaux calciques avec blocage des récepteurs à ocytocine, inhibant ainsi les contractions utérines.

### **C) L'antibiothérapie**

L'antibiothérapie systématique n'a pas fait la preuve de son intérêt dans la MAP à membrane intacte.

Dans la RPM, nous retrouvons une diminution de l'incidence de la chorio amniotite et de l'infection néonatale.

### **D) La corticothérapie :**

La prescription d'une corticothérapie améliore le pronostic fœtal en cas de naissance prématurée entre 28 et 34 SA. La corticothérapie accélère la maturation pulmonaire et diminue le risque de maladie des membranes hyalines et d'hémorragies intra ventriculaires. Elle consiste en une injection intra – musculaire de bétaméthasone 12 mg, renouvelée 24 heures plus tard. Une deuxième injection selon le même protocole sera répétée 10 jours plus tard si le terme est inférieur à 32 SA.

Les contre - indications de ce traitement sont le diabète et les infections amnio choriales

### **E) Le cerclage du col utérin**

On peut envisager le recours au cerclage prophylactique en début de grossesse, entre 14 SA et 16 SA, avant toute modification du col devant chaque cas de béance cervico isthmique.

## **F) Le transfert in utero**

### **DEFINITION:**

"Orientation d'une patiente pour son accouchement vers une autre maternité dont le niveau de soins est adapté à son état de santé et/ou à celui de son futur bébé"

Cette définition inclut les retransferts, les départs du domicile de la patiente, les transferts par manque de place et exclut les transferts pour convenance personnelle de la patiente.

Un transfert in utero dans un centre de périnatalogie doit être prévu dès la 22 semaine de gestation révolue. Même si aucune mesure médicale intensive ne sera prise en cas de naissance à cet âge, le transfert de la parturiente permettra de mieux conseiller et préparer les parents.

Ces derniers doivent être informés du but du transfert in utero de façon à ce que leurs attentes soient adaptées à la situation et qu'elles restent réalistes

## **G) Les indications thérapeutiques**

Elles sont fonction de l'âge gestationnel, de la fréquence et de l'intensité des contractions utérines et des modifications cervicales. Plusieurs situations peuvent se présenter :

### **1) MAP à membranes intactes**

- **MAP légère** : Les contractions sont peu douloureuses, peu fréquentes, et les modifications cervicales minimales. Le traitement ambulatoire consiste en un repos à domicile, la recherche d'une infection urinaire Cervico - vaginale, on traitera l'infection s'il y en a une. On examinera la femme 8 jours plus tard. Si le col se modifie il faut l'hospitaliser.

L'utilisation de la progestérone naturelle n'est plus d'actualité.

- **MAP moyenne** : Les contractions ont entraîné des modifications cervicales importantes ; le col est raccourci, perméable cependant que la présentation est basse. L'hospitalisation s'impose. Le traitement comporte le repos strict au lit, les bêtamimétiques en perfusion, la corticothérapie, le traitement étiologique. Si la menace est jugulée, il faut poursuivre les bêtamimétiques par voie orale, assurer une surveillance à domicile en poursuivant les bêtamimétiques.
- **MAP sévère** : Les contractions sont douloureuses et régulières, le col est dilaté à deux centimètres. Le traitement est identique, mais la perfusion sera prolongée plusieurs jours après l'arrêt des contractions.

Le repos est absolu. Malgré ce traitement l'accouchement prématuré survient fréquemment, il faut alors réaliser l'accouchement dans les meilleures conditions.

NB : devant toute menace d'accouchement prématuré, il faut rechercher les causes déjà citées et surtout vérifier l'absence d'infections cervico -vaginales ou urinaires.

## 2) MAP à membranes rompues :

- Rupture des membranes survenant avant le début du travail , on distingue les RPM avant le terme (<37SA) et les RPM à terme ( $\geq 37SA$ )
- Celles qui nous intéressent c'est les RPM avant 37 SA dont les étiologies se croisent avec celles de la MAP, à noter les infections, le placenta prævia, hydramnios, béance cervicale ,amniocentèse tardive, traumatisme abdominal, tabac...
- Le risque pour le fœtus, est la diffusion de l'infection par voie ascendante responsable d'une chorioamniotite avec infection périnatale
- La prématurité induite selon l'âge gestationnel de la rupture
- En cas de RPM précoce avec oligoamnios sévère: hypoplasie pulmonaire, déformations des membranes et de la face
- Décollement placentaire
- Diagnostic : écoulement liquidien à l'interrogatoire et au spéculum. En cas de doute, il existe des tests biochimiques recherchant des composants du liquide amniotique dans le vagin (test à la diamine oxydase( DAO) Amniocator,promtest)
- Dans tout les cas de RPM: éviter le toucher vaginal (pour limiter les risques d'infection); recherche des signes cliniques (fièvre, tachycardie fœtale) et paracliniques de chorioamniotite (NFS, CRP, prélèvement vaginal, bactériologie du liquide amniotique si écoulement)

Elle impose, l'hospitalisation. Elle nécessite la surveillance bactériologique du liquide amniotique par des prélèvements quotidiens à la recherche d'une infection. Il faut également vérifier la maturité pulmonaire par le dosage leucithine/sphingomyéline. Selon le rapport L/S plusieurs situations sont possibles :

- < 28 SA, il faut accepter l'accouchement après information donnée aux parents car le pronostic fœtal est sombre et les risques infectieux maternels importants.
- $\geq 34$  SA, il faut également accepter l'accouchement, le risque fœtal de détresse respiratoire est faible.

- Entre ces deux termes, il faut arrêter les contractions qui surviennent rapidement après la rupture des membranes, vérifier qu'une infection amniotique n'apparaît pas et, si les prélèvements témoignent d'une infection ovulaire, il faut accepter l'accouchement et traiter la mère par une antibiothérapie adaptée,

## **2.6 - Evolution, complication, pronostic**

L'évolution est variable : soit il s'agit d'une régression de la MAP soit une aggravation vers l'accouchement prématuré malgré toutes les thérapeutiques instituées. On parle alors d'accouchement prématuré inéluctable. Les récurrences de MAP peuvent survenir à plus ou moins longue échéance.

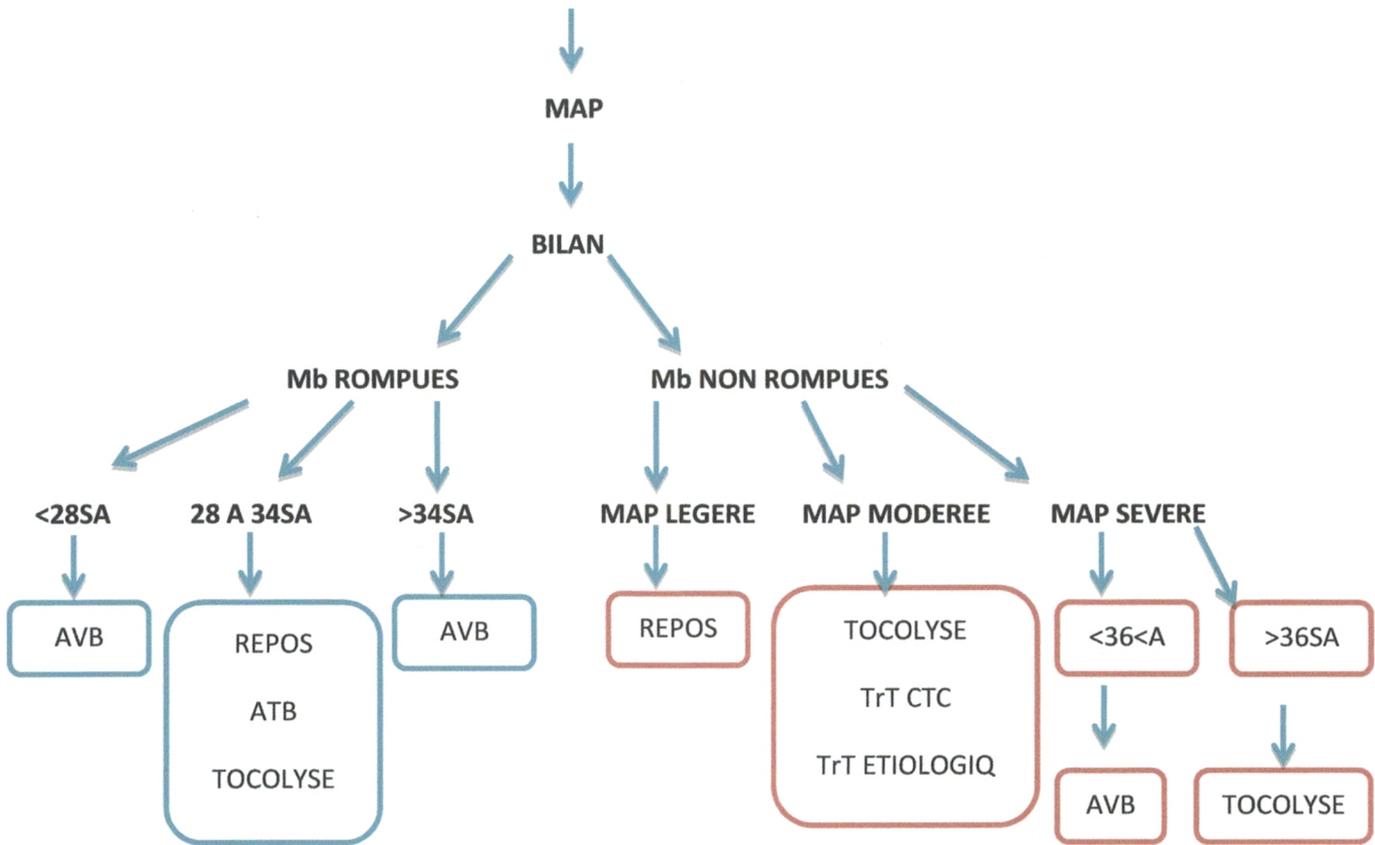
Le pronostic maternel est en général bon mais un état de morbidité et de mortalité maternelle est à craindre devant certaines complications à savoir :

- . La crise d'éclampsie ; l'hémorragie avec ou sans choc hémorragique par suite d'hématome retoplacentaire, de placenta praevia et / ou d'anomalie de la délivrance.
- . L'anémie sévère pouvant être la traduction des métrorragies répétées, des maladies hémolytiques
- . La psychose puerpérale peut survenir en cas d'antécédent d'accouchement prématuré à répétition.
- . L'infection maternelle notamment l'endométrite en cas de RPM

Le pronostic fœtal est fonction de la prématurité avec ses séquelles psychomotrices, ses retards intellectuels qui contribuent à la mortalité et de la morbidité périnatales

Le choix de la voie d'accouchement est fonction de la présentation, du terme, du bien-être fœtal.

**PRISE EN CHARGE DE LA MAP**



## FICHE D'ENQUETE :

Nom	Age	ATCD	Gr	Parité	Prof	Age gestat	Motif	Exam Cmplt	Tocolyse iv	Relais Per os	Effet sec	CTC (MP)	Echo col de sortie	Echec à la toco	Durée D'H

## METHODOLOGIE

### 1. Cadre d'étude :

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

Le fonctionnement de l'EHS est animé par un personnel : administratif, paramédical et médical.

#### 1.1- Le service de gynécologie obstétrique :

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 médicale 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 post-opératoire

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

- Des professeurs en gynécologie obstétrique dont le chef de service.
- Des assistants et maitres assistants en gynécologie obstétrique.
- Des étudiants en spécialité.
- 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

## **1.2- Activité :**

Un rapport de garde a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8 heures 30 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures passées. Le service assure des journées opératoires programmées durant la semaine, assurée par les médecins en dehors des urgences. Une visite est faite tous les jours dans les différentes unités d'hospitalisation dirigé par un assistant.

## **2. Période d'étude**

L'étude a couvert la période de 12 mois (du 1er Octobre 2011 au 31 Septembre 2012).

**3. Type d'étude :** Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive.

## **4. Population d'étude :**

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

## **5. Echantillonnage :**

### **A. Les critères d'inclusion**

Les femmes enceintes dont l'âge de la grossesse est compris entre la fin de la 22ème SA et la fin de la 36ème SA et qui présentent une menace d'accouchement prématuré

### **B. Les critères de non inclusion**

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 1448 gestantes

## **6. Définition des variables :**

**Gestité :** 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 accouchée 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 réservé** : vivant avec séquelle

**Pronostic mauvais** : décédé

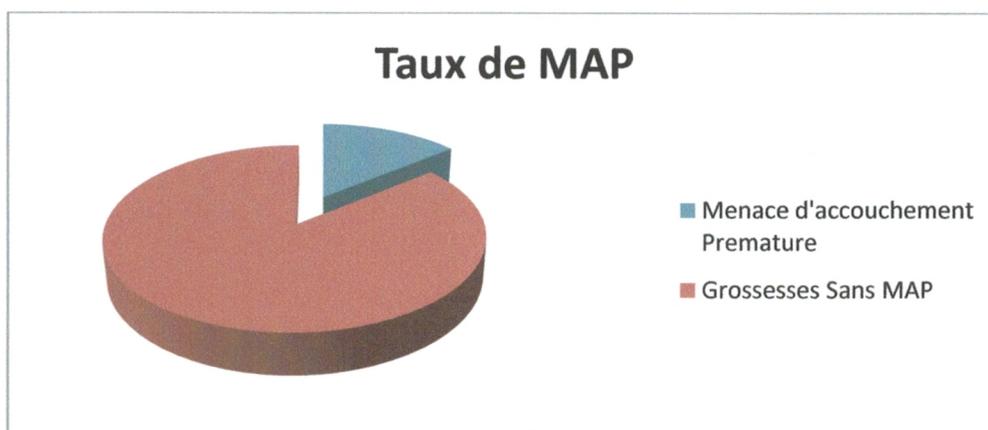
**Résultat du traitement** :

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

## RESULTATS

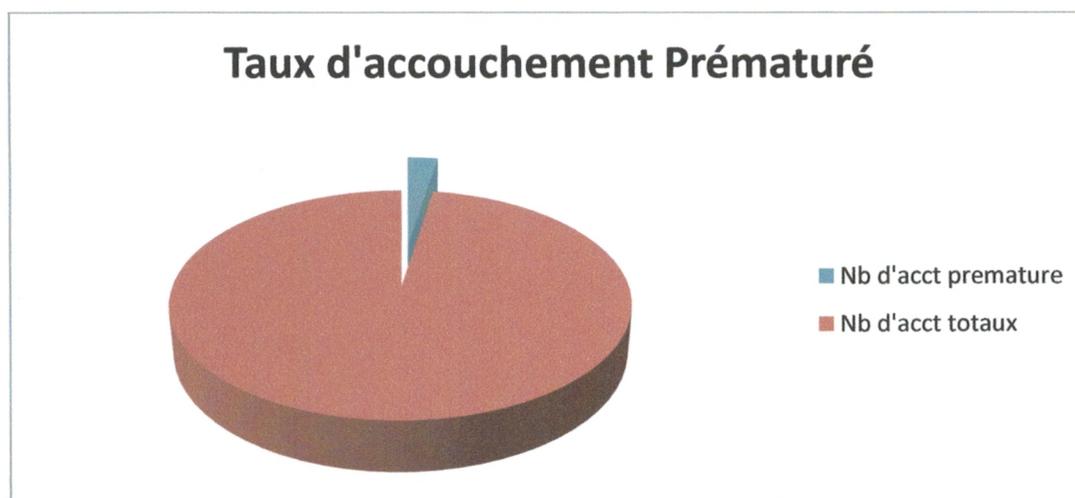
### 1/Répartition annuelle des MAP

année	Nombre de cas	Nombre d'accouchements	Pourcentage
Oct. 2011 à Oct. 2012	1448	10454	14%



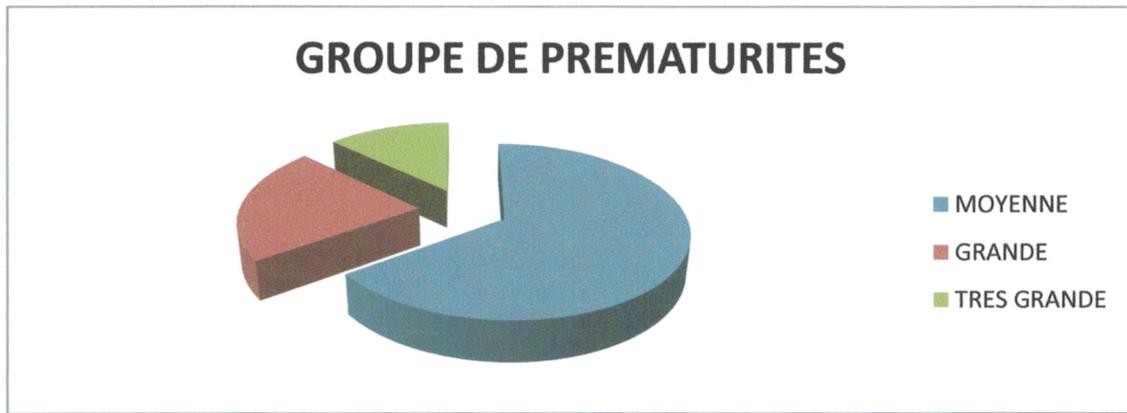
### 2/Le taux d'accouchement prématuré :

année	Nombre d'Acct Prématuré	Nombre total d'accouchements	Pourcentage
Oct. 2011 à Oct. 2012	273	10454	2.6%



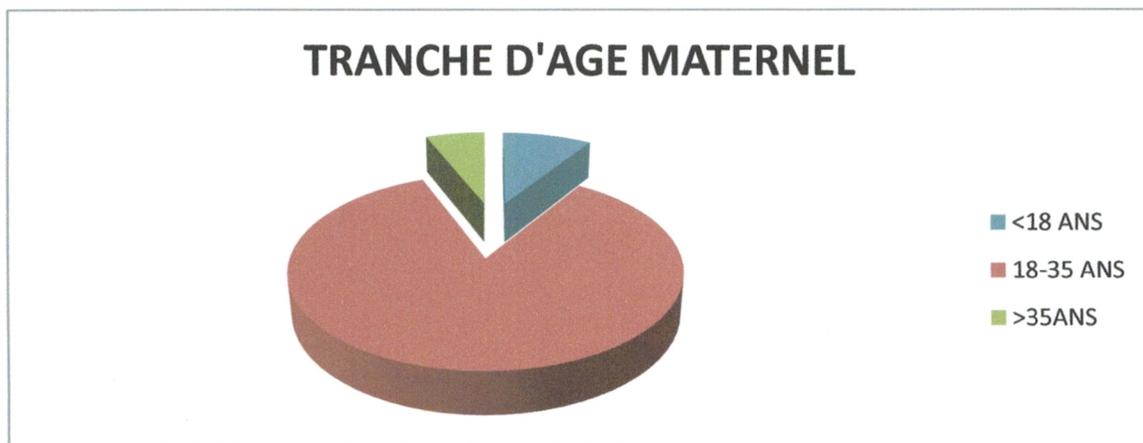
3/ Les trois groupes de prématurité :

prématurité	nombre	Pourcentage
Moyenne 32SA-37SA	939	65%
Grande 28SA-32SA	321	22%
Très grande < 28SA	188	13%
TOTAL	1448	100



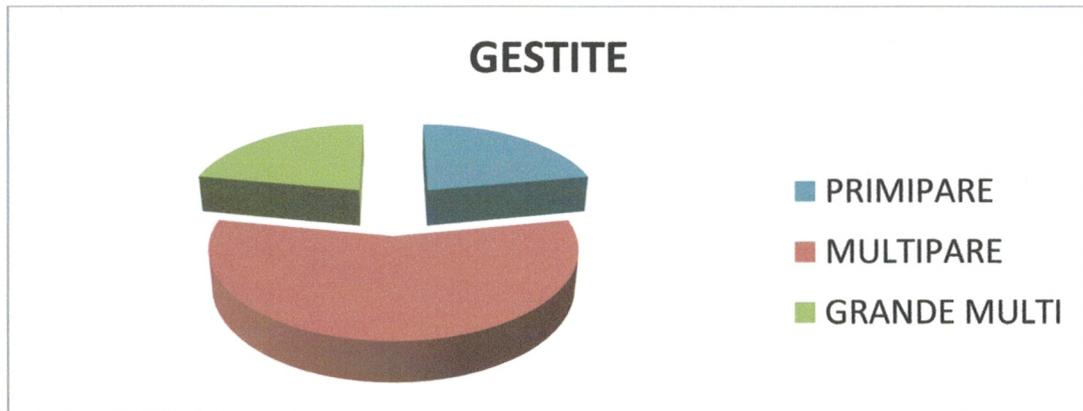
4/ Répartition des gestantes selon l'âge :

Tranche d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage
<18	139	9%
18-35	1232	85%
>35	77	6%
TOTAL	1448	100%



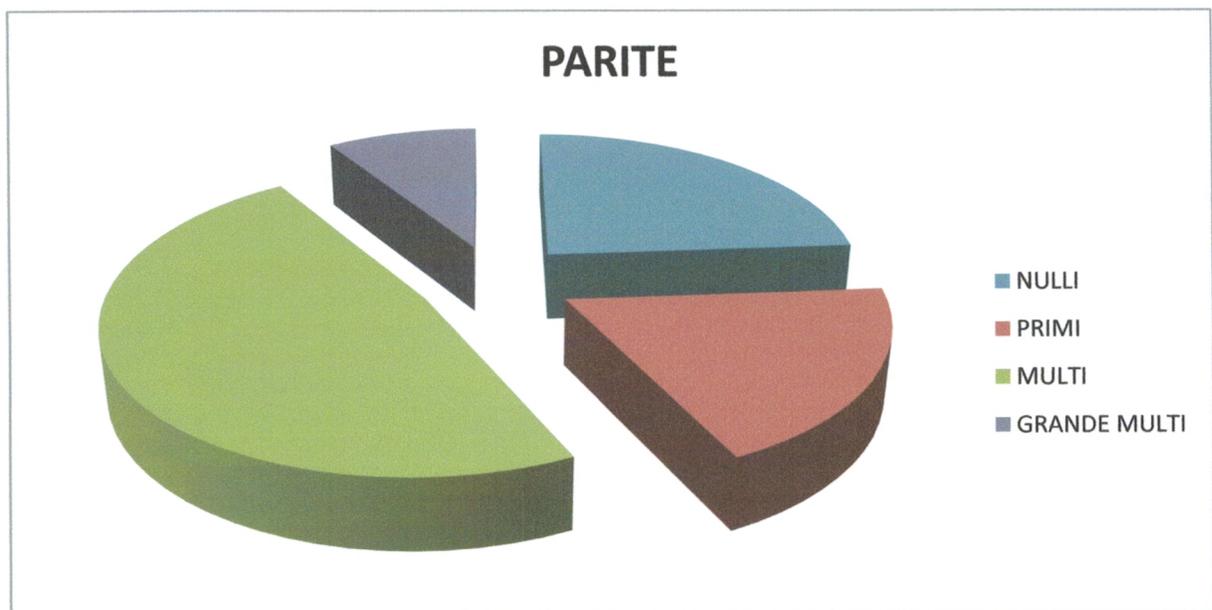
5/ Répartition des gestantes selon la Gestité :

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primi	317	22%
Multi	814	56%
Grande multi	317	22%
TOTAL	1448	100%



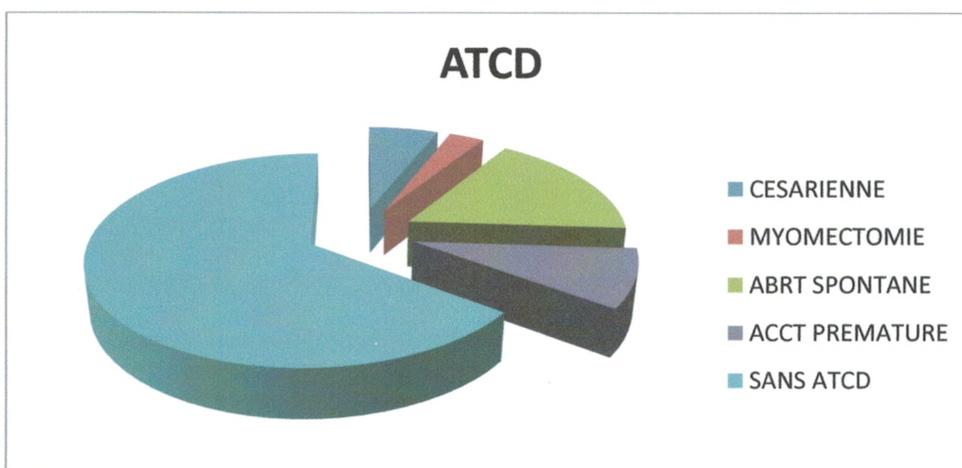
6/ Répartition des gestantes selon la parité :

parité	EFF	%
Null	354	24%
Primi	276	19%
Multi	694	48%
Grande multi	124	9%
TOTAL	1448	100%



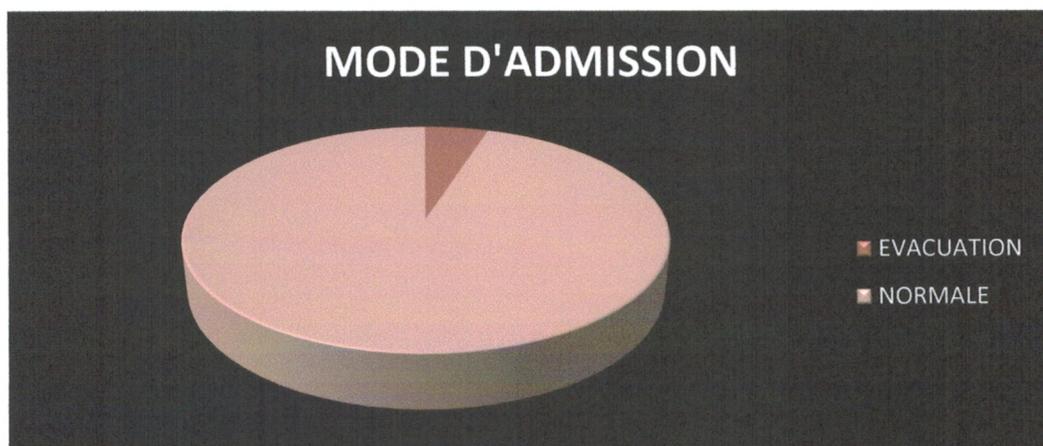
7/ Répartition des gestantes selon les antécédents personnels :

ATCD	EFF	%
Césarienne	85	6%
Myomectomie	45	3%
Avortement spontané	246	17%
Accouchement prématuré	128	9%
Aucun ATCD	944	65%
TOTAL	1448	100%



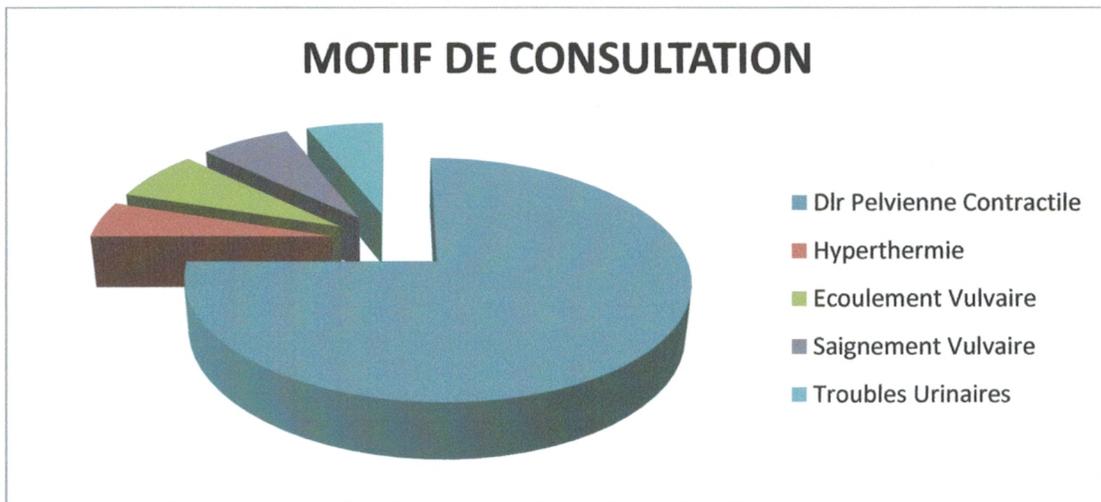
8/ Répartition des gestantes selon le mode d'admission :

MODE D'ADMISSION	EFF	%
Venue d'elle-même	1386	95%
évacuée	62	5%
TOTAL	1448	100%



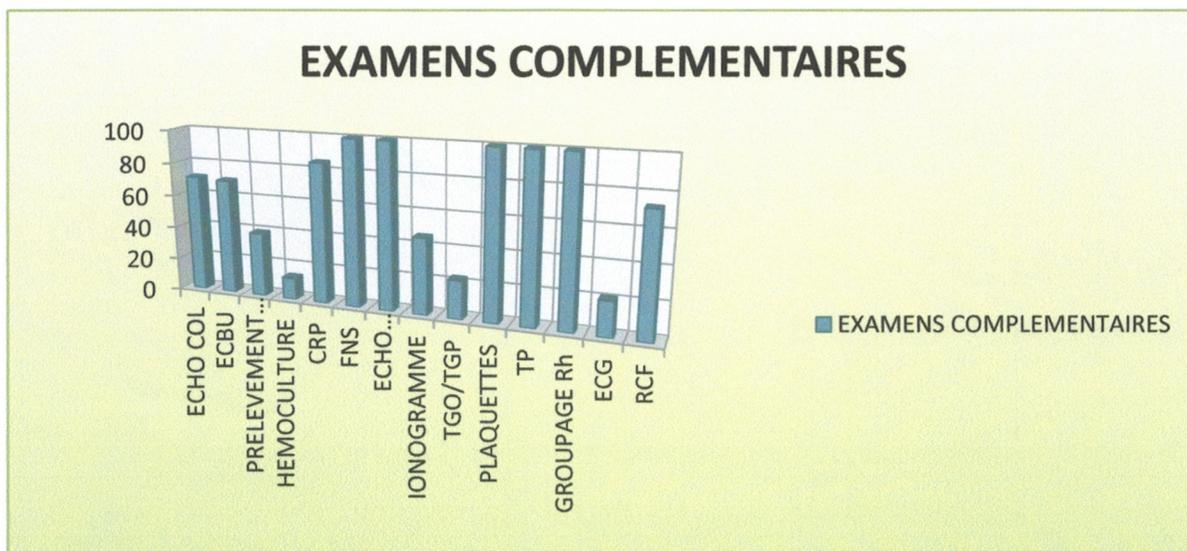
9/ Répartition des gestantes selon le motif de consultation :

MOTIF	EFF	%
Dlr pelvienne contractile	1097	75%
Hyperthermie	66	5%
Ecoulement à la vulve	112	7%
Saignement à la vulve	102	7%
Troubles urinaires	71	6%
TOTAL	1448	100%



10/ Répartition des gestantes selon les examens complémentaires :

Examens complémentaires		%
Echo col	1036	71%
ECBU	1027	70%
Prélèvement vaginal	561	39%
Hémoculture	188	13%
CRP	1228	85%
FNS	1448	100%
Echo obst	1448	100%
Ionogramme	665	46%
ASAT ALAT	343	23%
Plaquettes	1448	100%
TP	1448	100%
Groupage	1448	100%
ECG	305	21%
RCF	1053	73%

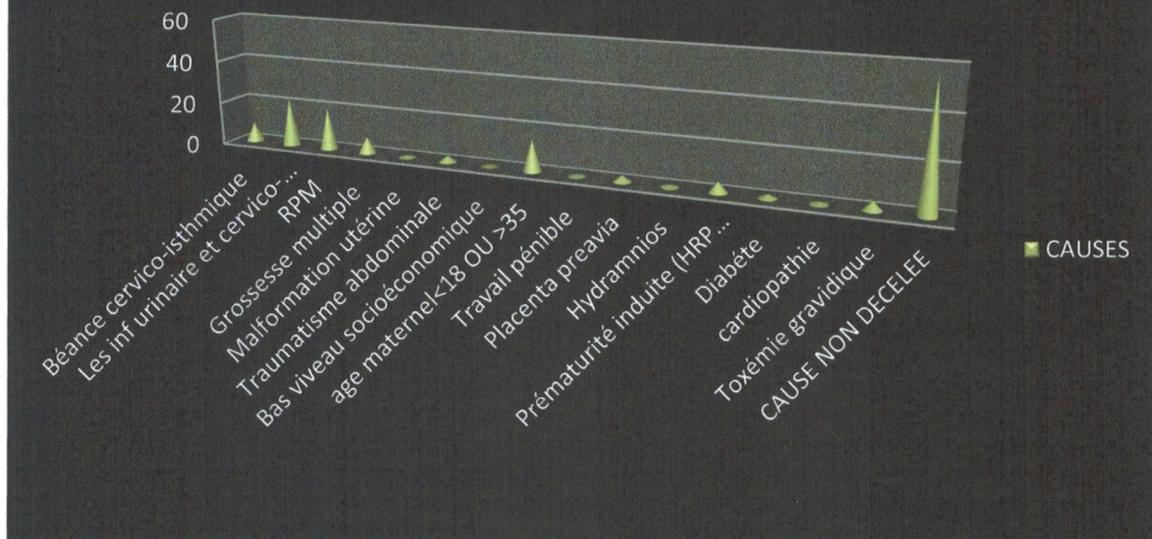


11/ Répartition des gestantes selon les Causes (TOTAL 1448) :

CAUSE	EFF	%
Béance cervico-isthmique	124	9%
Les inf urinaire et cervico-vaginales	328	23%
RPM	279	20%
Grossesse multiple	118	8%
Malformation utérine	14	1%
Traumatisme abdominale	34	3%
Bas niveau socioéconomique	04	0,2%
age maternel <18 OU >35	217	15%
Travail pénible	09	0,6%
Placenta preavia	34	3%
Hydramnios	12	1%
Prématurité induite (HRP RCIU incompatibilité rh SFA)	77	5%
Diabète	28	2%
cardiopathie	11	1%
Toxémie gravidique	60	4%
Cause non décelé	117	36%

N.B : Relation RPM & MAP :

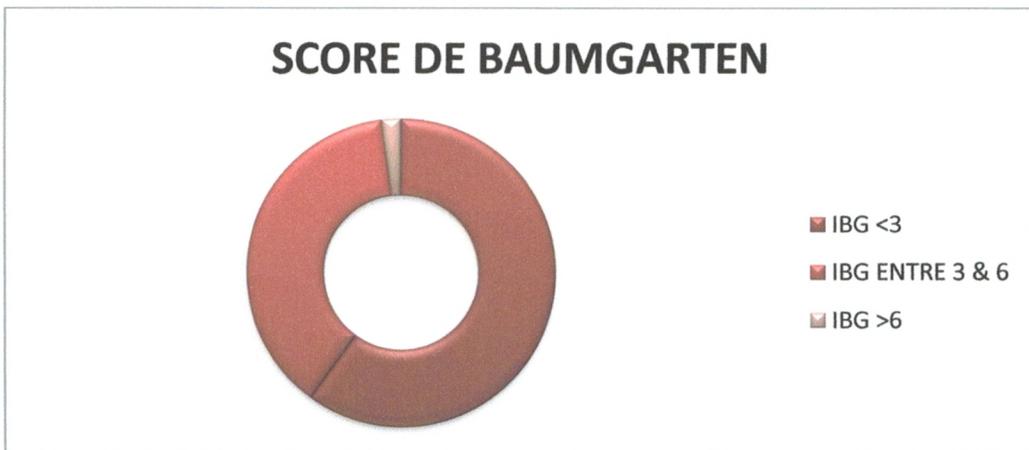
## ETIOLOGIES



### 12/ Répartition des gestantes selon le score de Baumgarten :

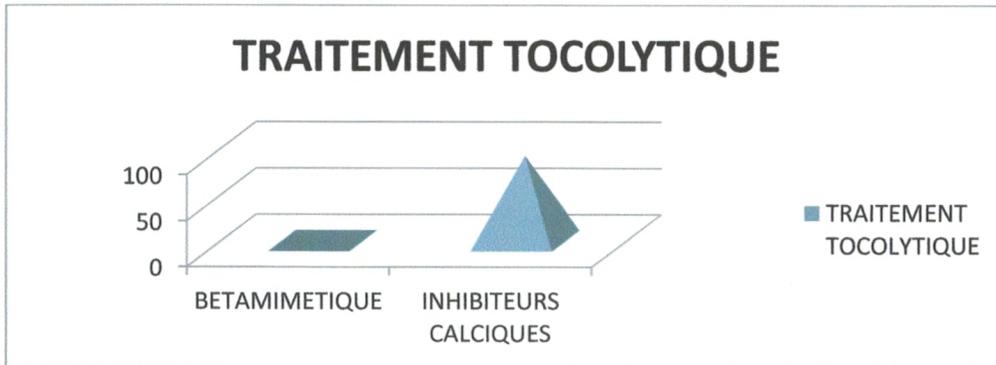
IBG	EFF	%
<3	882	60%
3-6	552	38%
>6	134	2%

## SCORE DE BAUMGARTEN



13/ Répartition des gestantes selon le traitement Tocolytiques reçu :

tocolytique	EFF	%
Bêtamimétiques	00	0%
Inhibiteurs calciques	1339	92%



N.B :

Durant notre périple de recherche au sujet de la MAP , on a remarqué que dans la majorité des MAP(96% des cas) l'association d'un traitement antispasmodique ( 04 AMP de spasfon dans 500 cc de SSi relié par 02 cp LYOC 3 fois par jour ) avec le traitement tocolytique a été retrouvée , cela augmentait le confort des patientes dont l'âge gestationnel dépassait les 35 SA .

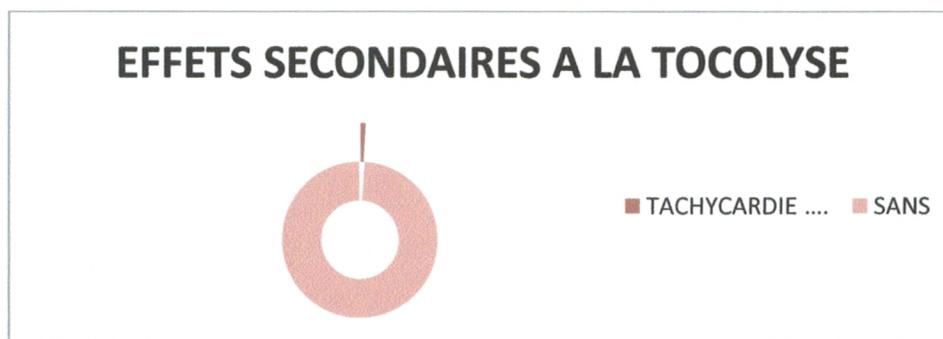
14/ Répartition des gestantes selon le résultat de la Tocolyse :

Résultat	EFF	%
Bon	1175	81%
Echec à la tocolyse(accouchement)	273	19%
total	1448	100%



15/ Effets secondaire de la tocolyse :

Effets secondaire de la tocolyse	EFF	%
Type tachycardie, céphalée, vertige	16	1%
TOTAL	1339	100%



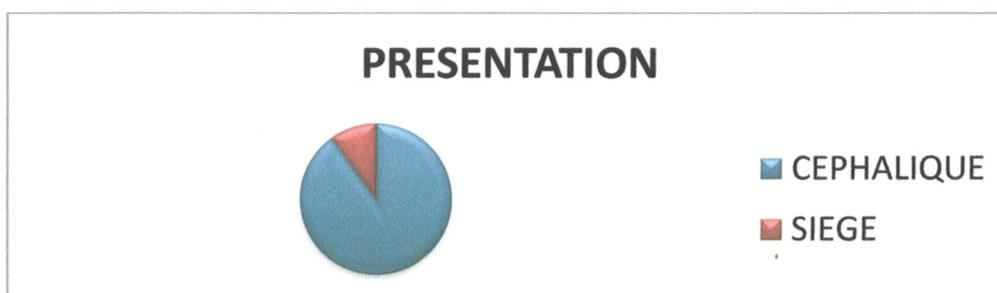
16/ Répartition des gestantes selon la corticothérapie :

CTC	EFF	%
Reçu	1283	88%
Non reçu	165	12%
total	1448	100%



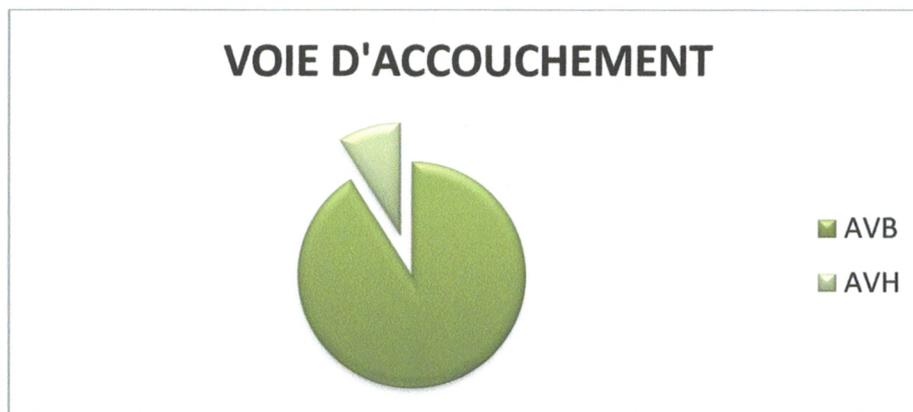
17/ Répartition des gestantes selon la présentation du fœtus :

PRESENTATION	EFF	%
CEPH	248	90%
SIEGE	25	10%
TOTAL	273	100%



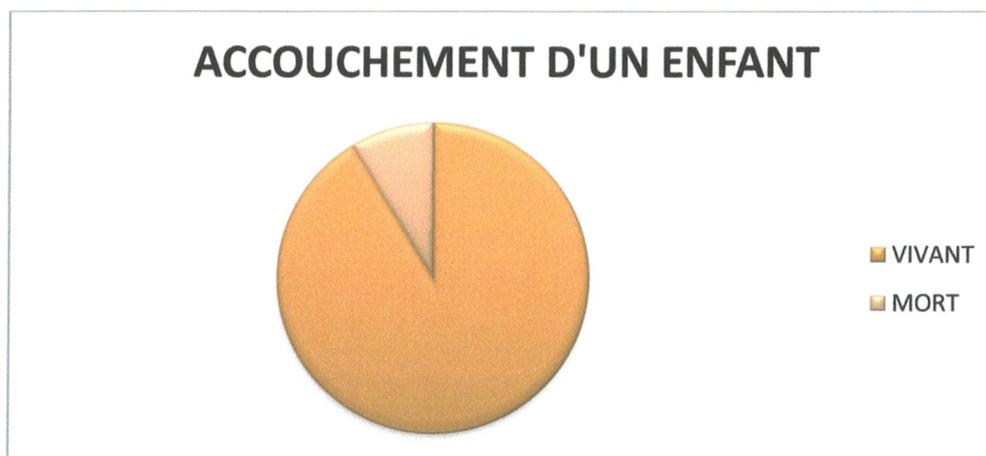
18/ Répartition des gestantes selon la voie d'accouchement :

VOIE D'ACCOUCHEMENT	EFF	%
AVB	250	91%
AVH	23	9%
TOTAL	273	100%



19/ Repartition selon la viabilité de l'enfant :

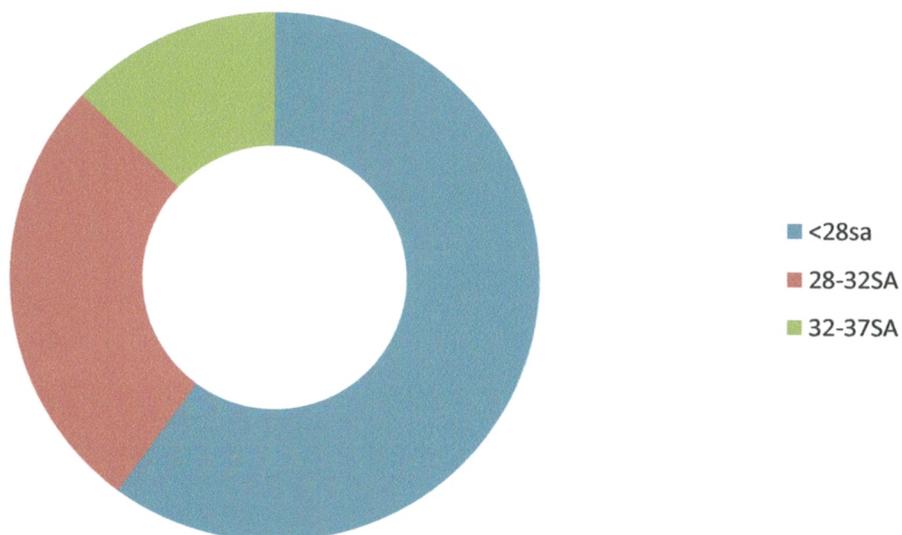
Prématuré	EFF	%
Vivant	258	94%
décédé	15	6%
total	273	100%



20/ Repartition des mort-nés selon leur age gestationnel :

Age Gestationnel	EFF	%
< 28 SA	09	60%
28-32 SA	04	27%
32-37 SA	02	13%
TOTAL	15	100%

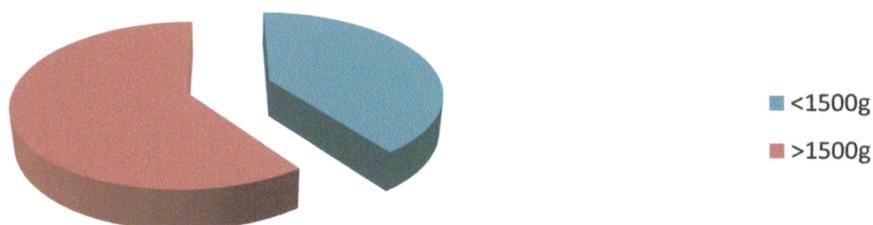
## Mort-Nés selon Age gestationnel



### 21/Repartition des mort-Nés selon leur poids :

Poids	EFF	%
< 1500 g	06	40%
> 1500 g	09	60%
TOTAL	15	100%

## Mort-Nés selon Poids

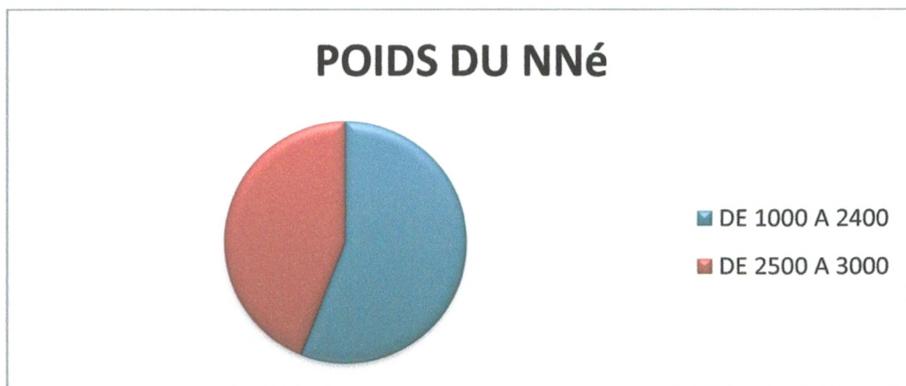


N.B :

On a noté une nette prédominance des malformations ( essentiellement l'anencéphalie) chez les mort-nés de plus 1kg500.

### 22 /Répartition des nouveau-nés prématurés selon leur poids de naissance :

POIDS	EFF	%
1000-2400	154	56%
2500-3000	116	44%
TOTAL	273	100%



23/ Répartition des nouveau-nés prématurés selon leur score d'Apgar :

SCORE	EFF	%
<3	72	26%
4-7	80	30%
>7	106	44%
TOTAL	258	100%



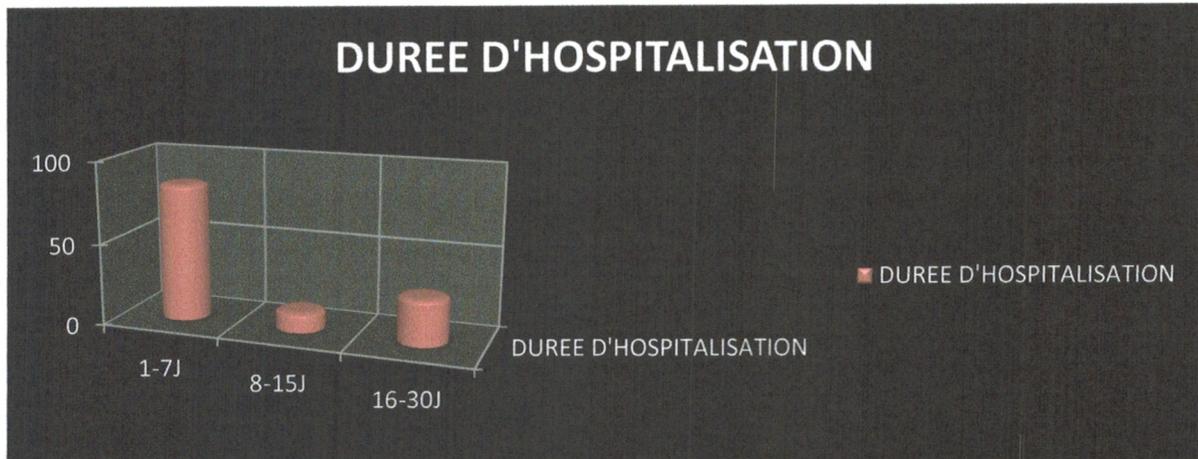
24/ Répartition des nouveau-nés prématurés Selon leur pronostic :

PRONOSTIC	EFF	%
BON	106	41%
Reserve	80	31%
Mauvais	72	28%
Total	258	100%



## 25/Répartition des gestantes selon la durée d'hospitalisation :

Durée d'hospitalisation	EFF	%
1-7	1228	84%
8-15	170	12%
16-30	50	28%
TOTAL	1448	100%



### COMMENTAIRES ET DISCUSSION

L'étude rétrospective descriptive nous a permis de recenser 1448 gestantes présentant la menace d'accouchement prématuré sur une période de 12 mois (du 1<sup>er</sup> Octobre 2011 au 31 Septembre 2012)

**1- La fréquence** de la MAP à l'EHS de Tlemcen est de 14%.

#### **2- L'analyse des paramètres socio-démographiques**

##### **2-1 L'âge :**

La grande partie des patientes avait un âge compris entre 18 et 35 ans avec une fréquence de 85%. Cette tranche d'âge correspond à celle de la femme en pleine activité génitale.

##### **2-2 Profession :**

Non mentionnée sur les dossiers (Faute d'anamnèse ?!!)

##### **2-3 Gestité et parité :**

Les multi gestes avec 56% et les multipares avec 48% des cas ont constitué la population la plus forte dans cette série.

#### **3- Les antécédents personnels de la gestante :**

Les antécédents d'avortement spontané (17%) sont fortement représentés à l'opposé de césarienne (6%), myomectomie (3%) et accouchement prématuré (9%) et 65% sans antécédents (Faute d'anamnèse ?!!)

#### **4- Motif de consultation**

L'algie pelvienne était le principal motif de consultation avec 75% des cas ensuite suivent les écoulements liquidiens vulvaires et métrorragie avec une fréquence de 7% chacun, les troubles urinaires à 6%, enfin l'hyperthermie avec 5%.

## 8.2- 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 utilisés :

- Le traitement est débuté par voie intraveineuse avec deux ampoules Et demi de Loxen diluées dans 500cc de SSI à renouveler 24h après.

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 calcique nous avons fait recourt aux spasmolytiques : le triméthylphloroglucinol = spasfon<sup>®</sup> 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). Dix -huit patientes soit 12% ont reçu ce traitement.

**Causes d'échec :**

- **A- la sévérité de la menace : le succès de la tocolyse est improbable devant une dilatation du col supérieure à 4cm.**
- **B-Le repos strict est obligatoire devant une MAP , en absence de ce dernier la tocolyse est vouée à l'échec.**

**8.3- La corticothérapie** a été systématique chez toutes les femmes ayant présentée une MAP moyenne ou sévère avec un âge gestationnel inférieur à 34SA. C'est ainsi que 1283 gestantes soit 88 % ont reçu des corticoïdes dans le but d'une maturation pulmonaire fœtale. Le produit utilisé dans notre service est le bétaméthasone = célestene<sup>®</sup> 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.

## 8.6- Evaluation du traitement

Ce protocole thérapeutique utilisé par le service a fait preuve d'efficacité ; sur les 1448 gestantes admises pour MAP durant notre période d'étude, 1175 gestantes soit 81% ont vu leur menace jugulée, 273 gestantes soit 19% ont fait un accouchement prématuré et les nouveaux nés ont été référés à la pédiatrie de l'EHS de Tlemcen.

## 9- Pronostic

### - Foetal

Sur les 273 nés prématurément en milieu hospitalier 258 soit 94% étaient vivants dont 106 soit 44% ont un APGAR >7 et 72 soit 26% ont un APGAR <3.

**Difficultés rencontrées au cours de notre étude :**

-Certains dossiers consultés étaient presque vides, ne contenaient pas assez d'anamnèse et ceci pourrait être à cause du nombre élevé des consultantes au près de notre unité rendant le personnel médical incapable de faire une parfaite traçabilité de sa prise en charge, cependant, afin d'optimiser cette traçabilité , l'intégration d'un réseau informatisé au sein des hôpitaux serait un grand atout au profit des médecins, et de tout le personnel du secteur de la santé et surtout des patients

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verrons pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

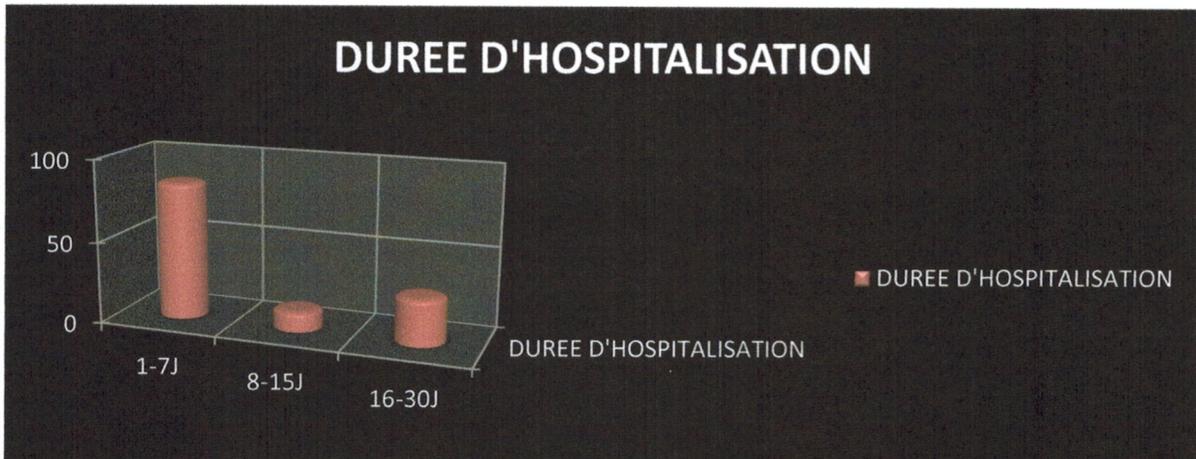
Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque

**J E L E J U R E**

## 25/Répartition des gestantes selon la durée d'hospitalisation :

Durée d'hospitalisation	EFF	%
1-7	1228	84%
8-15	170	12%
16-30	50	28%
TOTAL	1448	100%



### COMMENTAIRES ET DISCUSSION

L'étude rétrospective descriptive nous a permis de recenser 1448 gestantes présentant la menace d'accouchement prématuré sur une période de 12 mois (du 1<sup>er</sup> Octobre 2011 au 31 Septembre 2012)

**1- La fréquence** de la MAP à l'EHS de Tlemcen est de 14%.

#### **2- L'analyse des paramètres socio-démographiques**

##### **2-1 L'âge :**

La grande partie des patientes avait un âge compris entre 18 et 35 ans avec une fréquence de 85%. Cette tranche d'âge correspond à celle de la femme en pleine activité génitale.

##### **2-2 Profession :**

Non mentionnée sur les dossiers (Faute d'anamnèse ?!!)

##### **2-3 Gestité et parité :**

Les multi gestes avec 56% et les multipares avec 48% des cas ont constitué la population la plus forte dans cette série.

#### **3- Les antécédents personnels de la gestante :**

Les antécédents d'avortement spontané (17%) sont fortement représentés à l'opposé de césarienne (6%), myomectomie (3%) et accouchement prématuré (9%) et 65% sans antécédents (Faute d'anamnèse ?!!)

#### **4- Motif de consultation**

L'algie pelvienne était le principal motif de consultation avec 75% des cas ensuite suivent les écoulements liquidiens vulvaires et métrorragie avec une fréquence de 7% chacun, les troubles urinaires à 6%, enfin l'hyperthermie avec 5%.

## 5- Les causes

- **Causes utérines :**

La béance cervico-isthmique était la seule cause utérine retrouvée avec 279 cas soit 20%.

- **Causes ovulaires :**

La RPM a été la cause ovulaire la plus observée avec 124 cas soit 9%.

Le placenta praevia 34 cas soit 3%.

La grossesse multiple est la deuxième cause ovulaire observée 118 cas soit 8,2%

- **Causes infectieuses générales**

Les infections urinaires et cervico-vaginales avec 328 cas soit 23%.

Ces Taux d'infection urinaire peuvent s'expliquer par le non suivi et le suivi incorrect des gestantes.

- **Causes idiopathiques**

La proportion de MAP d'étiologie inconnue est de 36% de cas dans notre étude.

## 8 - Prise en charge et stratégie thérapeutique :

La prématurité restant la première cause de mortalité et de morbidité périnatales, il paraît justifié, devant une menace d'accouchement avéré, de tenter d'inhiber l'activité utérine : c'est la tocolyse. Ce traitement curatif sera différent selon la gravité de la menace et le terme auquel elle survient. Parallèlement, il s'agira de préparer l'enfant à une éventuelle naissance prématurée. Enfin, il est souhaitable d'accompagner la mère lors de cet accident gravidique, rupture dans le contrat de normalité naturelle de la grossesse.

### 8-1 Hospitalisation

L'hospitalisation avec repos strict a été systématique chez toutes les femmes ayant au moins un signe de gravité et cela quelque 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.

La durée de la menace d'accouchement prématuré variait entre 2 jours et 7 jours.

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 durée Moyenne entre l'Hospitalisation et L'accouchement Prématuré (Echec à la Tocolyse) : 5j

## 8.2- 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 utilisés :

- Le traitement est débuté par voie intraveineuse avec deux ampoules Et demi de Loxen diluées dans 500cc de SSI à renouveler 24h après.

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 calcique nous avons fait recourt aux spasmolytiques : le triméthylphloroglucinol = spasfon<sup>®</sup> 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). Dix -huit patientes soit 12% ont reçu ce traitement.

**Causes d'échec :**

- **A- la sévérité de la menace : le succès de la tocolyse est improbable devant une dilatation du col supérieure à 4cm.**
- **B-Le repos strict est obligatoire devant une MAP , en absence de ce dernier la tocolyse est vouée à l'échec.**

**8.3- La corticothérapie** a été systématique chez toutes les femmes ayant présentée une MAP moyenne ou sévère avec un âge gestationnel inférieur à 34SA. C'est ainsi que 1283 gestantes soit 88 % ont reçu des corticoïdes dans le but d'une maturation pulmonaire fœtale. Le produit utilisé dans notre service est le bétaméthasone = célestene<sup>®</sup> 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.

## 8.6- Evaluation du traitement

Ce protocole thérapeutique utilisé par le service a fait preuve d'efficacité ; sur les 1448 gestantes admises pour MAP durant notre période d'étude, 1175 gestantes soit 81% ont vu leur menace jugulée, 273 gestantes soit 19% ont fait un accouchement prématuré et les nouveaux nés ont été référés à la pédiatrie de l'EHS de Tlemcen.

## 9- Pronostic

### - Foetal

Sur les 273 nés prématurément en milieu hospitalier 258 soit 94% étaient vivants dont 106 soit 44% ont un APGAR >7 et 72 soit 26% ont un APGAR <3.

## CONCLUSION

Ce travail nous a permis de tirer quatre enseignements essentiels :

- La MAP est une urgence obstétricale qu'il convient de gérer au mieux que possible.
- La MAP est une pathologie fréquente avec une fréquence de 14% sur 10454 grossesses
- Le pronostic des nouveau-nés prématurés est mauvais (28% décès)
- La prise en charge précoce et adéquate de la MAP améliore le pronostic fœtal

## RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude des recommandations sont proposées et s'adressent :

### 1) Au Ministère de la Santé

- ✓ Recycler périodiquement les sages femmes, les infirmières obstétriciennes des maternités périphériques pour la prise en charge de la MAP, dans le but de réduire le taux d'accouchement prématuré.
- ✓ Créer des services de néonatalogie pour une prise en charge adéquate des prématurés.

### 2) Aux Agents de la Santé

- ✓ Pratiquer un examen clinique de qualité lors des consultations pour diagnostiquer tôt les cas de MAP.
- ✓ Introduire systématiquement l'ECBU dans l'examen clinique dans le but de détecter les infections urinaires évoluant à bas bruit

### 3) Aux Gestantes

- ✓ Respecter la fréquence des consultations obligatoires pendant la grossesse (une fois au 1er trimestre, une fois au 2<sup>ème</sup> trimestre, deux fois au 3ème trimestre) dans le but de prévenir les complications.

## Suggestions :

- Pour optimiser la prise en charge des prématurés et/ ou des hypotrophes, il est nécessaire de créer des structures adaptées aux besoins du nouveau-né, en fonction du terme et/ou du poids fœtal estimé .  
Les transferts materno-fœtaux anténataux dans pareilles structures permettent de diminuer la morbidité et la mortalité néonatale d'un grand prématuré en adressant la femme enceinte dans le centre le plus apte à la prendre en charge en fonction du terme de sa grossesse.  
Schématiquement, 3 niveaux de soins peuvent être définis (inspiré des maternités en France) :
- Maternité de niveau 1: présence d'une unité de soins de courte durée pour des n-nés présentant des pathologies sans gravité (terme > 35 SA, et poids > 2000g)
- Maternité de niveau 2 a: présence d'un service de néonatalogie (terme >33 SA, et poids >1600g)
- Maternité de niveau 2b: présence d'une unité de soins intensifs (terme >32, poids >1600)
- Maternité de niveau 3: présence d'une réanimation néonatale, avec accueil des n-nés < 32 SA et ou <1500 g et ou pathologie grave

**Difficultés rencontrées au cours de notre étude :**

-Certains dossiers consultés étaient presque vides, ne contenaient pas assez d'anamnèse et ceci pourrait être à cause du nombre élevé des consultantes au près de notre unité rendant le personnel médical incapable de faire une parfaite traçabilité de sa prise en charge, cependant, afin d'optimiser cette traçabilité , l'intégration d'un réseau informatisé au sein des hôpitaux serait un grand atout au profit des médecins, et de tout le personnel du secteur de la santé et surtout des patients