

Université Abou Bekr Belkaid Faculté de Médecine

Thème :

MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE

Présenté par :

- Dr Bendjemai Imad Eddine
- Dr Bennour Nihad
- Dr Kebir Cherifa

Encadré par : Pr OUALI

Année Universitaire :2013-2014

TABLE DE MATIERE

I-Introduction

II- Objectifs

III- Généralités

➤ Définition d'accouchement prématuré

➤ Physiologie d'accouchement

➤ Accouchement prématuré

1-Définition

2-Etiologies

IV-Matériels et méthodes

1-Etude épidémiologique

2- Diagnostic

V- Traitement

VI- Prévention

Conclusion

Dédicaces

On dédie affectueusement ce travail à :

Allah le Tout Puissant

Toi qui a guidé nos pas chaque jour, merci pour cette volonté et ce courage

que tu nous as donné. Aide nous par cette formation à sauver des vies et aussi à apaiser des cœurs blessés.

A notre cher professeur monsieur Ouali

Professeur en gyneco-obstetrique CHU

Tlemcen

C'est un grand honneur pour nous de vous présenter ce modeste travail

Nous avons apprécié vos qualités humaines votre esprit scientifique votre compétence et votre grande expérience en domaine

Acceptez ce travail comme témoignage de notre reconnaissance et notre profonde gratitude

Remerciements

Nous tenons a remercier

Monsieur le professeur Belarbi chef de service
de gynéco-obstétrique Chu Tlemcen

Tout le personnel médical paramédical et
administratif de l'EHS Tlemcen

Nos chères familles pour leurs soutien et
encouragements.

Tous nos confrères de la promotion nous
n'avions que de bons souvenirs de vous tous,
nous souhaitons d'avancer tous sur le bon
chemin

Soyez amicalement remerciés

I- INTRODUCTION :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de six mois (28 semaines d'aménorrhée). S'il se produit avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée révolue, on l'appelle accouchement prématuré (soit le 259^{ème} jour d'aménorrhée).

La fréquence de l'accouchement prématuré est élevée, variable suivant le lieu et l'époque. Elle dépend surtout de la prévention et du traitement de la menace d'accouchement prématuré

Chaque année 4 millions de nourrissons meurent dans les quatre premières semaines suivant leur naissance pendant la période néonatale, cela représente plus de 10000 décès par jour. La plupart de ces décès ne sont pas recensés et restent invisibles sauf pour les familles qui en font le deuil, au lieu de célébrer le début d'une nouvelle vie.

Bien que quasiment tous ces décès (99%) aient lieu dans les pays à faible et moyen revenu, la plupart des recherches, des publications et des financements portent sur les technologies avancées consacrées aux soins de 1% des nourrissons qui meurent dans les pays riches.

La prématurité est la deuxième cause de mortalité néonatale avec 28% après les infections 30%, les problèmes liés aux complications de l'accouchement 23%.

La prématurité est responsable de la mortalité périnatale et constitue un déterminant important de la morbidité néonatale et infantile dont les troubles neurologiques du développement, les troubles respiratoires chroniques, la sensibilité aux infections et les problèmes ophtalmologiques tels que les conjonctivites du nouveau-né, la cataracte congénitale....

L'accouchement prématuré demeure encore une préoccupation constante dans la pratique obstétricale d'où le présent travail qui vise les objectifs suivants :

II -OBJECTIFS

1- Objectif général

Etudier les aspects épidémio-cliniques de l'accouchement prématuré dans le service de gynéco-obstétrique de EHS MERE ET ENFANT Tlemcen durant les deux années 2012 et 2013 .

2- Objectifs spécifiques

- Déterminer le nombre de cas de l'accouchement prématuré ;
- Identifier les facteurs de risque ;
- Proposer des mesures prophylactiques en vue d'améliorer le pronostic foetal.

III- GENERALITES

1- DEFINITION DE L'ACCOUCHEMENT PREMATURE

L'accouchement prématuré est toute naissance survenant entre la 28^{ème} et 37^{ème} semaine d'aménorrhée révolue soit inférieur à 259 jours d'aménorrhée depuis le premier jour des règles.

2- PHYSIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT

2-1- Définition

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 7 mois (28 SA). Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions des diamètres fœtaux, celle de la tête fœtale en particulier, à celle du bassin maternel et des parties molles, permettant au fœtus de traverser la filière génitale et par les contractions utérines du travail qui poussent le fœtus vers le dehors.

2-2- Evolution de l'accouchement

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

- la première correspond à l'effacement et la dilatation du col,
- la deuxième à la sortie du fœtus,
- la troisième à la sortie des annexes (placenta, membranes) ou délivrance.

Ces trois périodes portent le nom de travail.

2-2-1- Période d'effacement et de dilatation ; première phase du travail, Elle est marquée par l'apparition des contractions utérines du travail et leurs conséquences et se termine lorsque la dilatation du col est complète.

Etude physiologique de la contraction utérine

Les méthodes d'enregistrement de la contraction utérine étudient les phénomènes mécaniques ou les phénomènes électriques.

- Phénomènes mécaniques : l'enregistrement par voie externe met en évidence la contraction par l'intermédiaire de la paroi abdominale sur laquelle est placé un capteur.

L'enregistrement de la pression amniotique par voie interne mesure l'activité globale de l'utérus, donne les valeurs exactes de la pression amniotique, du tonus utérin et de l'intensité des contractions mais ne renseigne pas sur la topographie de l'activité utérine.

- Phénomènes électriques : l'électro hystérogaphie se propose d'étudier l'activité du muscle utérin chez la femme en travail qu'il ne faut pas confondre avec les potentiels d'action de la cellule musculaire isolée.

L'électro hystérogaphie n'est pas utilisée en pratique.

- Caractères cliniques de la contraction

La contraction de la fibre utérine résulte d'un raccourcissement des chaînes de protéines contractiles (actomyosine) grâce à l'énergie libérée par l'adénosine triphosphate, en présence d'ions (Na, K, Ca)

- Régulation de l'activité utérine

L'activité contractile dépend de la contraction de chaque fibre et de la synchronisation entre fibres.

Caractères cliniques de la contraction utérine

- **Le début du travail** : est en général franc. Il est parfois insidieux, marqué dans les jours précédents de pesanteurs pelviennes, de pollakiurie et surtout de la fréquence et de l'intensité des contractions utérines de la grossesse, qui peuvent devenir sensibles et même douloureuses, surtout chez la multipare. L'écoulement par la vulve de glaires épaisses et brunâtres, parfois sanguinolentes, traduisant la perte du bouchon muqueux lorsqu'il existe un signe prémonitoire du travail.

- **Les contractions utérines du travail** :

Une fois commencé, le travail est caractérisé par l'apparition de contractions utérines ayant acquis des caractères particuliers. Elles sont involontaires, intermittentes, rythmées et irrégulières séparées par un intervalle de durée variable d'abord long au début de travail (15 à 20 min) puis de plus en plus court (2-3 min) à la fin de la période de dilatation.

Elles sont progressives dans leur durée qui est de 15 à 20 secondes au début, atteint 30 à 45 secondes à la fin de la dilatation, dans leur intensité qui croît du début à la fin de la dilatation, elles sont totales, se propageant comme une onde du fond de l'utérus à sa partie basse ; elles sont douloureuses, la douleur augmente avec la progression du travail, avec la durée et l'intensité de la contraction. Pendant les contractions les bruits du cœur fœtal deviennent plus difficilement perceptibles à l'auscultation.

- Maturation du col :

Quelques jours avant le début du travail au cours d'une phase préparatoire se produit la maturation du col qui lui permettra de se dilater, liée au changement de la structure du tissu conjonctif cervical.

Cette maturation entraîne une modification des propriétés mécaniques du col qui se laisse distendre sous l'effet des contractions. Parallèlement à la maturation du col les propriétés contractiles du myomètre s'accroissent profondément sous l'influence d'une modification de production d'œstrogène et progestérone par le placenta.

- Effets de la contraction

La contraction utérine du travail a pour effet essentiel d'ouvrir le col, puis de pousser le fœtus vers le bas hors des voies vaginales.

Effet sur l'utérus

L'ouverture de l'utérus

- La formation et l'ampliation du segment inférieur :

l'effacement et la dilatation du col, l'ampliation du fornix sont les étapes successives d'un phénomène dont la contraction utérine est la cause principale. Mais la poche des eaux et la présentation ont cependant un rôle mécanique. L'effacement et la dilatation se réalisent même en l'absence d'une présentation appuyant sur le col comme dans la présentation de l'épaule.

Sur le plan clinique

Le toucher vaginal permet de reconnaître les modifications du col utérin et le pôle inférieur de l'œuf.

- Effacement

Le degré d'effacement se mesure en centimètre du col restant à la fin de l'effacement, le col est incorporé au segment inférieur réduit à son orifice externe de sorte que le doigt ne perçoit plus de saillie cervicale mais seulement le dôme régulier du segment inférieur, percé au centre d'un orifice de 1 cm de diamètre, à bord mince et régulier.

- Dilatation

La dilatation du cercle cervical augmente progressivement de 1 à 10 cm ; dimension de la dilatation complète.

La marche de la dilatation n'est pas régulière, plus lente au début jusqu'à la fin. La dilatation comprend deux phases :

* la première ou phase de latence ou phase de dilatation lente est la dilatation de 1 à 4 cm,

* la deuxième ou phase de dilatation rapide est la phase active, va de 4 à 10 cm.

Chez la primipare l'effacement et la dilatation sont successifs et sont simultanés chez la multipare.

Effets sur le pôle inférieur de l'œuf

Les progrès de la dilatation laissent découvrir une partie de plus en plus grande du pôle membraneux à son point déclive. Sous la pression du liquide amniotique, surtout pendant la contraction, les membranes se tendent et forment dans l'orifice cervical une saillie plus ou moins marquée, la poche des eaux lisse au toucher.

Effets sur le mobile fœtal

La contraction a pour effet de pousser le fœtus vers le bas et lui faire franchir les étages de la filière pelvienne. L'ensemble de cette progression porte le nom de phénomène mécanique de l'accouchement.

La présentation procède à chaque étage à une accommodation successive qui s'opère par orientation et par amoindrissement.

La traversée de la filière pelvienne comprend trois temps.

- L'engagement

C'est le franchissement du détroit supérieur. Une présentation est dite engagée quand son plus grand diamètre franchit l'aire du détroit supérieur.

Pour le diagnostic clinique, au toucher vaginal lorsque la présentation est engagée, deux doigts introduits sous la symphyse et dirigés vers la deuxième pièce sacrée sont arrêtés par la présentation (signe de Demelin). Pour Faraboeuf la tête est engagée lorsqu'on ne peut introduire qu'un ou deux doigts dans le

vagin, entre le plan coccyx-sacré et la partie déclive de la présentation.

Les anglo-saxons utilisent comme repère le signe qui joint les épines sciatiques (niveau 0).

- La descente et la rotation

La présentation doit faire une rotation intra-pelvienne telle qu'il amène son plus grand axe à coïncider avec le plus grand axe du détroit inférieur, le sous pubo-coccygien. La descente est appréciée par le niveau de la présentation.

- Le dégagement

C'est le franchissement du détroit inférieur. Il faut que la dilatation soit complète, la présentation descendue et orientée et que les membranes soient rompues.

2-2-2- Période d'expulsion : deuxième période du travail

Elle correspond à la sortie du fœtus et s'étend depuis la dilatation complète jusqu'à la naissance. Elle comprend deux phases :

- la première est celle de l'achèvement de la descente et de la rotation de la présentation.

- la seconde est celle de l'expulsion proprement dite au cours de laquelle la poussée abdominale contrôlée et dirigée vient s'ajouter aux contractions utérines. La contraction s'accompagne du besoin de pousser, qui ne devra être effectif que lorsque la présentation sera sur le périnée et bien orientée.

Sous l'influence simultanée de la contraction et de l'effort abdominal, le bassin bascule, le périnée postérieur se tend, l'orifice anal devient béant.

La dilatation vulvaire se poursuit jusqu'à atteindre les dimensions de la grande conférence de la présentation, celle-ci ayant franchi l'orifice, le retrait du périnée en arrière dégage complètement la présentation.

2-2-3- Délivrance : 3^{ème} période du travail

La délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Physiologiquement elle évolue en trois phases réglées par la dynamique utérine :

- décollement du placenta,
- expulsion du placenta,
- hémostase.

Cliniquement elle comprend trois phases :

- Phase de rémission clinique : c'est la sensation de bien-être qui remplace la période de contraction, l'utérus rétracté devient dur et régulier au palper.

- Phase de migration du placenta : réapparition des contractions utérines en général indolores, le décollement placentaire se traduit :

*Par le déroulement du cordon hors de la vulve ;

*Par le fait que si la main appliquée à plat au dessus du pubis refoule de bas en haut le corps de l'utérus, le cordon ne remonte pas dans le vagin, il remonterait si le placenta était encore adhérent. Phase d'expulsion : l'expulsion du placenta et de ses membranes peut être spontanée sous l'effort d'une poussée abdominale.

3- ACCOUCHEMENT PREMATURE

3-1- Définition

La survenue d'un accouchement entre la 28^{ème} et la 37^{ème} SA révolue réalise ce qu'il est convenu d'appeler un accouchement prématuré.

Dans les pays développés l'accouchement prématuré est tout accouchement survenant entre la 22^{ème} et la 37^{ème} SA.

La menace d'accouchement prématuré est l'existence de contractions utérines et de modification du col utérin entre la 28^{ème} SA et 37^{ème} SA.

La prématurité est classée en :

- très grande prématurité : inférieur à 28SA
 - grande prématurité : l'âge gestationnel est entre 28 à 32 SA
 - prématurité : l'âge gestationnel est entre 32 et 37 SA
- la prévention de l'accouchement prématuré est au premier rang des préoccupations de l'obstétrique, tant est aléatoire l'avenir des prématurés. Leur mortalité représente 65% de la mortalité périnatale globale.

3-2- Etiologies

Les causes de l'accouchement prématuré sont multiples. Parmi les causes retrouvées, les infections occupent le premier rang, mais la plupart des accouchements prématurés surviennent sans causes évidentes.

On distingue des facteurs favorisants et les causes directes de l'accouchement prématuré.

3-2-1- Facteurs favorisants

-antécédents d'accouchement prématuré, de rupture prématurée des membranes, de fausses couches tardives (pour certaines interruptions volontaires de grossesses ou curetage).

-Primiparité

-Age maternel inférieur à 21 ans et supérieur à 36 ans

-Grossesses multiples : triplets, jumeaux

-Niveau socio-économique défavorisé

-Activités physiques débordantes,

-Taille inférieure à 1,50 mètres,

-Malformation utérine,

-Cardiopathie,

-anémie

3-2-2- Causes gynéco-obstétricales

* Causes ovulaires

On entend par causes ovulaires tout ce qui dépend du fœtus et de ses annexes : placenta, membranes, liquide amniotique.

* Causes fœtales

Les causes fœtales pouvant être à l'origine d'un accouchement prématuré sont :

-les grossesses multiples (jumeaux, triplets...)

-certaines malformations fœtales notamment par le biais

d'hydramnios (atrésie de l'œsophage, atrésie duodénale).

* Causes liées aux membranes et au liquide amniotique

- *Rupture prématurée des membranes*

La rupture prématurée (avant l'entrée en travail) de la poche des eaux lorsqu'elle survient avant 37 SA est un facteur de risque majeur d'accouchement prématuré, notamment d'origine infectieuse.

La disparition de la barrière membranaire favorise l'infection ascendante à partir des germes vaginaux et la survenue d'une chorio-amniotite.

Le diagnostic est évoqué devant un écoulement de liquide clair. Il peut être confirmé par un simple examen au spéculum relevant un écoulement de liquide provenant de l'orifice cervical. Dans certains cas le diagnostic peut être étayé par un test pH calorimétrique (le pH vaginal normal est acide, il devient alcalin en cas de rupture des membranes) ou par un test à la diamine oxydase (DAO).

- *Chorioamniotite* : est une infection ovulaire ; elle survient le plus souvent après une rupture prématurée des membranes. Elle se traduit par l'existence d'au moins deux des signes suivants :

-fièvre supérieure à 37,8°C,

-tachycardie fœtale supérieure à 160 battements par minute

-hyperleucocytose supérieure à 18000

-présence de contractions utérines.

- Hydramnios : c'est l'existence d'une quantité excessive de liquide amniotique. La surdimension utérine qu'il provoque entraîne des contractions utérines et un accouchement prématuré.

Le diagnostic peut être évoqué devant une hauteur utérine excessive et doit être confirmé par une échographie.

Les causes d'hydramnios peuvent être maternelle (diabète gestationnel ou permanent) fœtales (malformation, myasthénie, myopathie) parfois idiopathiques.

* Causes placentaires

L'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur, compliqué ou non d'hémorragie ou d'ouverture de l'œuf, provoque souvent l'accouchement avant terme. L'hématome rétro-placentaire est responsable également d'accouchement prématuré.

* Causes utérines

* *Béances cervico-isthmiques :*

C'est l'incompétence du col qui s'ouvre précocement au cours de la grossesse. Le diagnostic repose essentiellement sur les antécédents : (fausse couche spontanée, tardive ou accouchement très prématuré en l'absence d'étiologie patente).

L'existence d'une béance avérée impose des mesures préventives de repos et peut justifier la réalisation d'un cerclage (faufilage d'un fil non résorbable autour du col permettant de diminuer le risque d'ouverture prématurée).

* *Malformation utérine :* hypoplasie, utérus bicorne, utérus Cloisonné.

Exposition in-utero au distilbène (DES) : ce traitement a été prescrit à des femmes enceintes jusqu'en 1975 environ. Les filles de ces femmes traitées au DES peuvent présenter à des degrés divers des malformations utérines (hypoplasie utérus en T), cervicales (adénome vaginal, adénocarcinome vaginal).

3-2-3- Causes génitales

* *Infections*

Parmi les infections celles qui intéressent l'arbre urinaire (pyélonéphrites aiguës ; subaiguës chroniques), méritent une mention spéciale.

Un ECBU, une numération des corps microbiens par ml pour la recherche de la bactérie en cause sont nécessaires.

Infections vaginales ou cervico-vaginales ascendantes :

-les infections cervico-vaginales sont responsables d'une réaction inflammatoire qui peut induire des contractions et des modifications du col utérin.

Les germes les plus fréquemment en cause sont :

streptocoque bêta-hémolytique, E. coli, les bacilles gram négatif, la vaginose bactérienne,

-la vaginose bactérienne n'est pas une vaginite c'est un déséquilibre de la flore vaginale normale avec disparition de la flore de Doderlein (lactobacilles, producteurs d'acide lactiques), elle est la conséquence d'une alcalinisation du pH vaginal (supérieur à 5,5) et favorise la prolifération de germes plus souvent anaérobies :

Gardnerella vaginalis, pepto-streptococcus, mobilucuns, bactéroïdes flagilis, urea plasma, uréalycum.

-Chorioamniotite (voir causes utérines)

-*Les autres infections sont :*

. cystite

. toutes infections sévères

infection parasitaire: le paludisme.

Recherche d'affection inapparente comme la toxoplasmose ou la maladie des inclusions cytomégaliqes ou une infection à Rickettsie ou à Néorickettsie.

-Les syndromes vasculo-rénaux sont souvent cause d'accouchement prématuré.

Le diabète : quand il s'accompagne d'hydramnios est une cause qui favorise la prématurité.

-Les cardiopathies

3-2-4- Causes socio-économiques

La prématurité est plus fréquente dans les milieux défavorisés.

Interviennent les mauvaises conditions de logement, l'absence de confort et en particulier d'ascenseur pour les femmes habitant à des étages élevés. Interviennent aussi l'obligation de travaux pénibles professionnels ou ménagers surtout quand ils doivent être associés et quand la famille est nombreuse, les longs trajets du domicile au lieu de travail dans l'inconfort et les secousses des transports ; on a prouvé aussi le rôle défavorable du célibataire et de l'abandon, les longs voyages en voiture, l'abus de tabac.

3-2-5- Anomalies morphologiques et physiologiques générales

Accouchent souvent de façon prématurée les femmes de petite taille (inférieur à 1,5 mètres) ; les femmes maigres moins de 45kgs ; ou celles dont le poids n'augmente pas au cours de la grossesse.

3-2-6- Antécédents obstétricaux

Les accouchements prématurés antérieurs, les grossesses à intervalle inter-génésique inférieur à 1 an favorisent la prématurité. Une place de plus en plus importante est accordée aux interruptions volontaires de la grossesse ayant pour conséquences les accouchements prématurés. Mais de nombreuses causes nous échappent encore, particulièrement d'éventuelles causes fœtales.

Aujourd'hui encore 40% des accouchements prématurés restent inexpliqués.

3-2-7- Prématurité induite

Il s'agit du cas particulier où l'accouchement prématuré n'est pas spontané mais provoqué par décision médicale devant une situation à risque de mort fœtale ou de séquelles pour l'enfant : souffrance fœtale, retard de croissance intra-utérin sévère, l'accouchement peut être provoqué par un déclenchement ou par une césarienne (PP hémorragique).

Un coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP) a été établi par Papiernik, qui évalue pour chaque femme le danger d'avoir une interruption prématurée de sa grossesse. Plusieurs facteurs sont retenus, côtés suivant leur importance et classés en série.

L'addition des points donne un coefficient qui schématise le risque.

Si le CRAP est inférieur à 5, il n'y a pas de danger de prématurité

Si le CRAP est compris entre 5 et 10 le risque est potentiel

Si le CRAP est supérieur à 10 le risque est certains

1	Deux enfants ou plus sans aide familiale. Conditions socio-économiques médiocres	Un curetage Courtintervalle après grossesse, précédente (1an entre accouchement et fécondation)	Travail à l'intérieur	Fatigue inhabituelle, prise de poids excessive
2	Grossesse illégitime, non hospitalisée en maison maternelle. Moins de 20 ans Plus de 40 ans	Deux curetages	Plus de trois étages sans ascenseur Plus de dix cigarettes par jour	Moins de 5 kgs de prise de poids, albuminurie, tension artérielle :maxima supérieure à 13, minima supérieur à 8
3	Mauvaises conditions socio-économiques Moins de 1,5m moins de 45kg	Trois curetages ou plus utérus cylindrique	Long trajet quotidiens. efforts inhabituels. travail fatigant, grand voyage	Chute de poids le mois précédent, tête trop basse située pour un fœtus lointerme segment inférieur déjà formé à une date éloignée du terme, siège à plus de sept mois
4	Moins de 18ans			Puélonéphrite, me trorage de 2éme trimestre,col court ,utérus contractile

5		Malformations utéries Avortement tardif Accouchement prématuré		Grossesse gémellaire Placenta praevia hydramnios

IV. MATERIELS ET METHODES

1. ETUDE EPIDEMIOLOGIUE :

A. Répartition annuelle des MAP

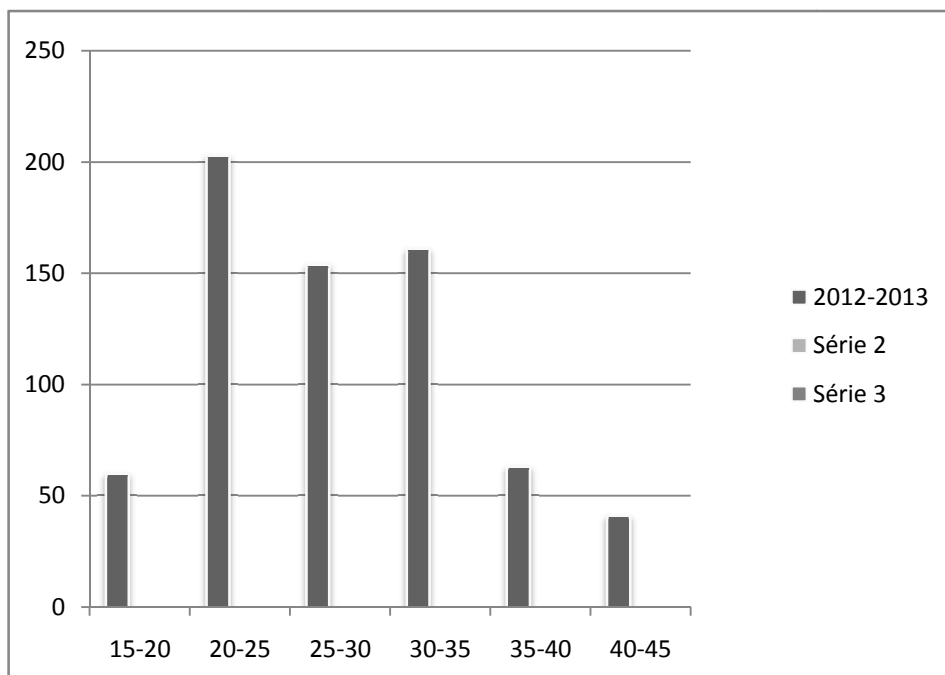
année	Nombre de cas
2012	327
2013	355

La fréquence au cours des deux années ne cesse d'être croissante

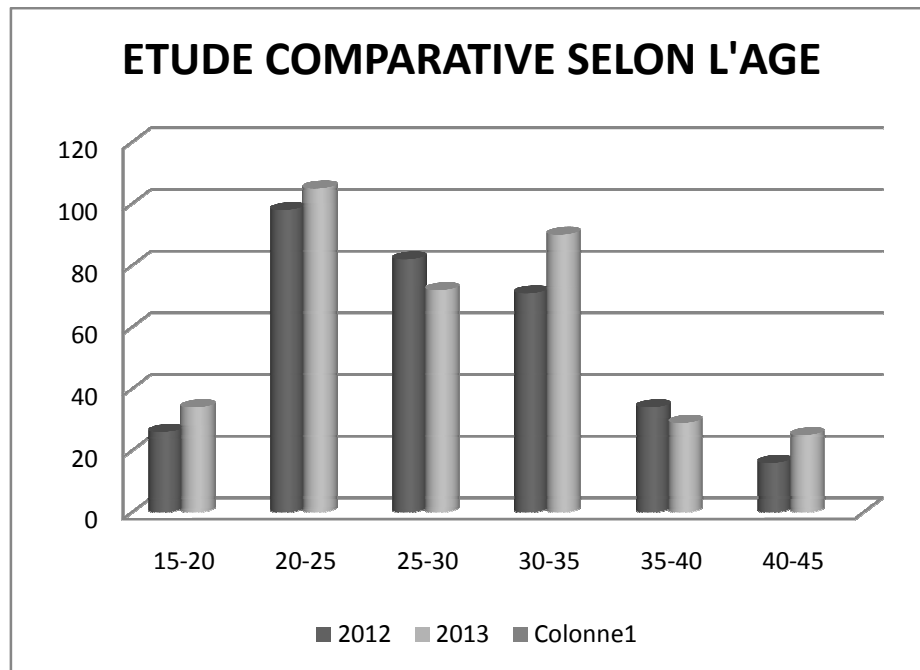
B. répartition selon l'âge

	2012	2013	TOTAL	POUCENTAGE
15 - 20	26	34	60	8,79%
20 - 25	98	105	203	29,76%
25 - 30	82	72	154	22,58%

30 35	71	90	161	23,60%
35 40	34	29	63	9,23%
40 45	16	25	41	6,01%
	327	355	682	100%



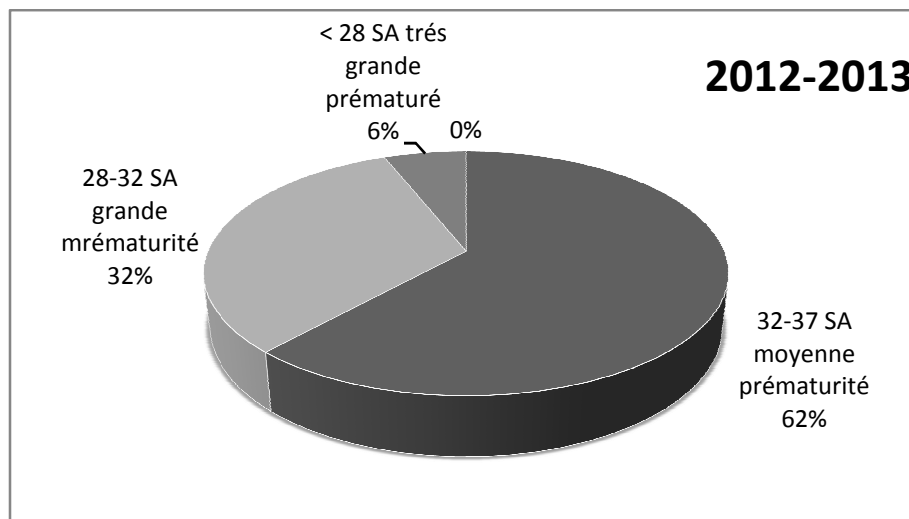
La tranche d'âge 20-25 ans représente l'intervalle le plus exposé à la survenue de la MAP



Etude comparative entre 2012 et 2013 (selon l'âge)

A. Répartition Selon le degré de prématurité

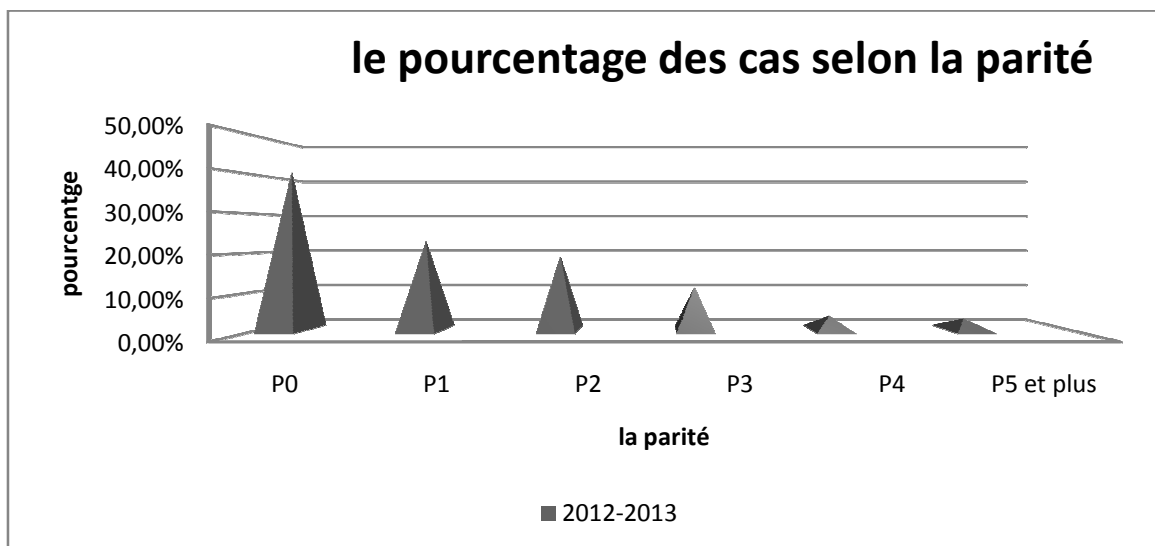
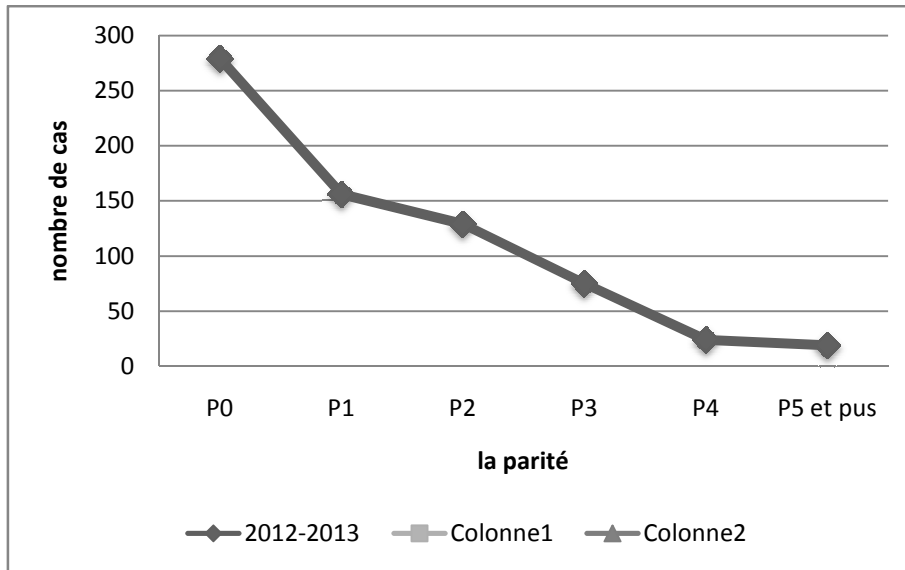
	2012	2013	2012- 2013	Pourcentage
Moyenne prématurité	196	225	421	61,73%
Grande prématurité	100	120	220	32,25%
Très grande prématurité	31	10	41	6,01%
total	327	355	682	100%



On constate que la moyenne prématurité de 32-37 SA prédomine dans notre série d'étude avec 62%.

B. répartition Selon la parité

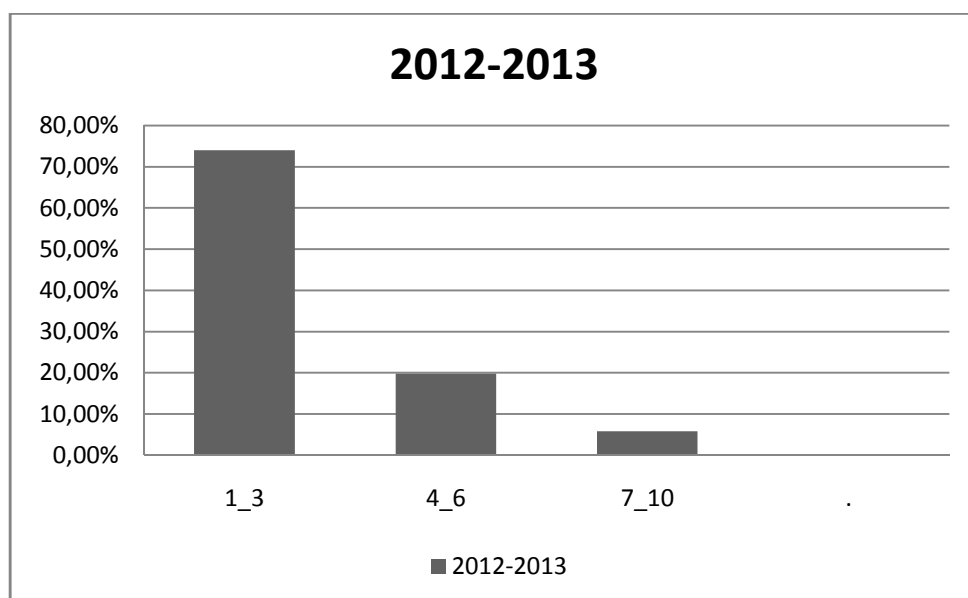
	2012	2013	2012-2013	Pourcentage
P0	137	142	279	40,90%
P1	76	80	156	22,87%
P2	59	70	129	18,91%
P3	35	40	75	10,99%
P4	11	13	24	3,51%
P5 et plus	9	10	19	2,78%
	327	355	682	100%



La classe modale correspond à la tranche de P0 soit une fréquence de 40,9 %

C. répartition selon le nombre de geste

	2012	2013	total	pourcentage
1-3	247	260	505	74,04%
4-6	65	70	135	19,79%
7-10	15	25	40	5,86%
total	327	355	682	100%



2. DIAGNOSTIC

A. critères de diagnostic clinique

La menace d'accouchement prématuré associe des modifications cervicales et des contractions utérines régulières et douloureuses. Sa sévérité est donc dépendante de l'intensité de l'activité contractile de l'utérus, de l'ampleur des modifications cervico-segmentaires, et de la réponse au traitement tocolytique.

En pratique, ces critères ne sont pas toujours aussi francs puisque l'on peut observer des patientes présentant des CU régulières et douloureuses sans modification cervicale et de même des modifications cervicales en l'absence de CU.

Le toucher vaginal, permet d'évaluer ces modifications cervicales (de part la position, la longueur, la consistance et l'ouverture à l'orifice externe et interne du col utérin). De cet examen clinique découle un score prenant en compte ces différents éléments : le score de Bishop. (Score non validé ne pouvant pas être recommandé pour les décisions en pratique quotidienne.

	0	1	2	3
<i>Dilatation</i> (cm)	0	1-2	3-4	5 ou +
<i>effacement</i>	0 - 30%	40-50%	60-70%	80 ou +
<i>présentation</i>	Haute et mobile	amorcée	fixée	engagée
<i>consistance</i>	ferme	moyen	mou	
<i>position</i>	postérieure	moyen	antérieure	

Tableau I : Score de Bishop

Cependant cet examen clinique reste subjectif avec une variation interindividuelle de l'appréciation de ses critères par les différents examinateurs. En effet, la valeur diagnostique du toucher 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. Parmi les examens para-cliniques, la mesure échographique cervicale et la recherche de fibronectine foétale dans les sécrétions vaginales.

Il existe d'autres examens complémentaires, tels que le dosage de l'estriol salivaire, de la CRH plasmatique (corticotropin-releasing hormone), de l'alpha-foeto-proteine plasmatique, des cytokines dans sécrétions cervico-vaginales, faisant encore l'objet d'études, qui ne peuvent être utilisés en pratique clinique.

-La mesure échographique du col utérin

Il s'agit d'une méthode plus précise et plus reproductible que le toucher vaginal pour évaluer la longueur cervicale à condition que l'opérateur ait bénéficié d'un apprentissage et d'une pratique suffisante.

C'est une échographie réalisée par voie endovaginale chez une patiente dont la vessie est vide. Elle consiste, après avoir posé la sonde sur le col, à repérer en coupe sagittale l'orifice interne, le canal cervical et l'orifice externe au milieu de l'écran, en exerçant une pression suffisante sur le col. Après repérage, la sonde échographique nécessite d'être retirée légèrement afin de ne pas trop appuyer sur le col, ce qui allongerait artificiellement la longueur cervicale. (Figure 1).

Longueur fonctionnelle. Deux mesures doivent être réalisées et c'est la longueur du canal cervical la plus petite qui sera retenue.

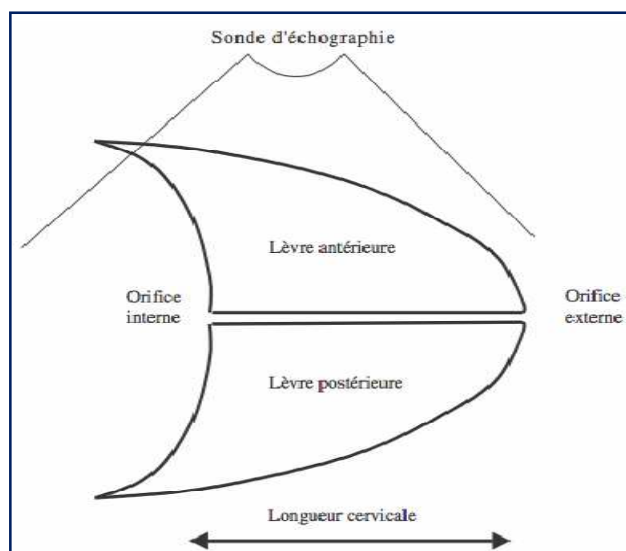


Figure 1. Aspect normal d'un col à l'échographie par voie endovaginale

En cas de MAP, plus le col se raccourcit plus le risque d'accouchement prématuré augmente. Selon une étude, la fréquence d'accouchement avant 35 SA est de 20% pour un col mesurant moins de 20 mm, alors qu'elle n'est que de 4% pour un col en dessous de 40 mm. Il n'existe pas de consensus fixant une longueur seuil. Néanmoins, les seuils de longueur cervicale les plus discriminants pour prévoir l'accouchement prématuré se situent entre 18 et 30 mm. Soit le seuil est élevé, autour de 30 mm, auquel cas on observera une sensibilité élevée avec une bonne valeur prédictive négative mais avec de nombreux faux positifs. Ou inversement, de nombreux faux négatifs avec un seuil bas aux alentours de 20 mm.

Les critères pathologiques retenus sont :

- une longueur cervicale fonctionnelle (canal cervical fermé) inférieure à 26 mm,
- une protrusion des membranes supérieure à 50% en profondeur.
- une dilatation de l'orifice interne.

Ces critères distinguent trois types d'anomalies : col court, orifice interne large et présence d'une protrusion des membranes dans le canal cervical (Figure 2). La longueur cervicale fonctionnelle est le critère le plus étudié et semble plus discriminant que la largeur de l'orifice interne ou la protrusion des membranes qui doivent être utilisées avec prudence dans les conduites à tenir.

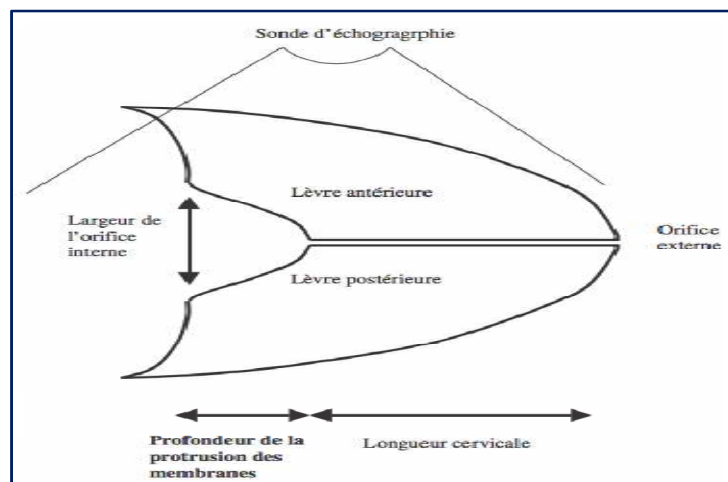


Figure 2. Aspect anormal d'un col à l'échographie par voie endovaginale

Cette technique dispose d'une excellente valeur prédictive négative permettant de diminuer le nombre d'hospitalisation, de traitements tocolytiques et de corticothérapies anténatales inutiles. De plus, elle est mieux tolérée par les patientes que le toucher vaginal. Cependant aucune donnée actuelle ne recommande l'abandon du toucher vaginal au profit de l'échographie du col utérin. Cet examen paraclinique est donc utilisé en seconde intention afin d'affiner le diagnostic.

Le test de recherche de fibronectine fœtale

1. Définition

Identifiée en 1985 par Matsuura et Hakomori, la FNF est une glycoprotéine synthétisée par le trophoblaste qui permet l'adhésion du blastocyste à l'endomètre, puis la cohésion du chorion à la caduque utérine.

En 1991, Lockwood et al. ont montré que la quantité de fibronectine dans les sécrétions vaginales varie durant la grossesse (Figure 3). Au cours des premières semaines de gestation, elle joue un rôle essentiel d'adhésion et d'implantation. Cinquante pourcent de fibronectine ont été retrouvés dans les sécrétions cervicales avec un seuil de positivité supérieur à 0,05 µg/ml. Chez les patientes présentant une grossesse physiologique, le pourcentage de FNF diminue ensuite jusqu'après 21 SA. Ceci s'expliquerait par la fusion des membranes avec la caduque à cette période, empêchant tout relargage de la FNF au niveau du col utérin ou du vagin. À partir de 37 SA, la FNF subit une glycosylation qui entraîne la séparation du chorion et de la caduque, et donc sa libération au niveau cervico-vaginal, où elle devient détectable.

C'est pourquoi, cette glycoprotéine est dite normalement absente entre la 21^{ème} et la 37^{ème} semaine. L'effet des contractions utérines joue également un rôle dans la libération de la fibronectine de liaison à cette période.

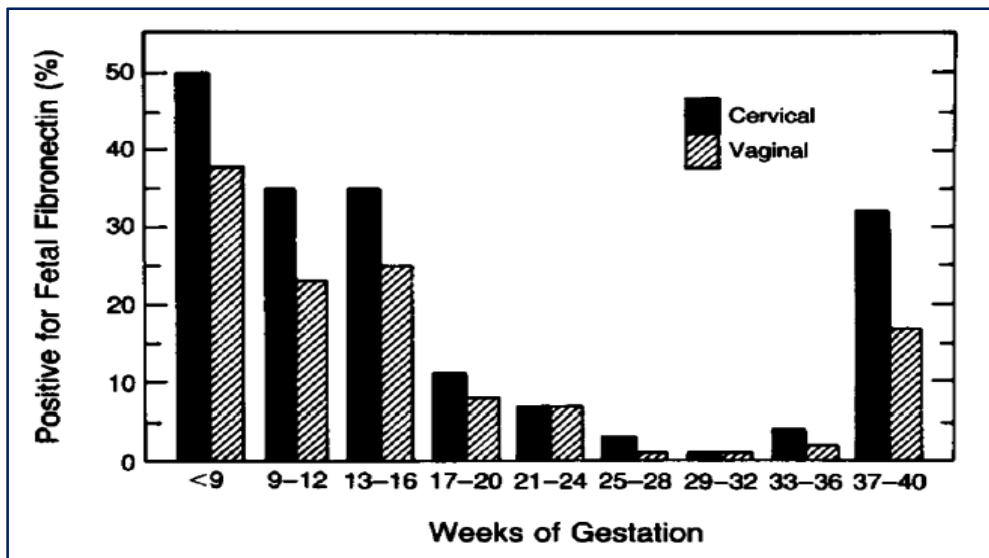


Figure 3. Evolution du pourcentage de fibronectine dans les sécrétions cervicales et vaginales au cours de la grossesse

La présence avant terme de FNF au niveau des voies vaginales fait donc suspecter une séparation précoce du chorion et de la caduque, soit à cause des contractions utérines, soit à cause d'une protéolyse de la molécule, témoin d'une inflammation du chorion. La FNF serait donc un marqueur prédictif de l'accouchement prématuré de cause mécanique ou inflammatoire.

2. Précautions

La recherche de fibronectine fœtale nécessite un certain nombre de précautions avant la réalisation du test :

- l'échantillon doit être prélevé 24 heures après un toucher vaginal ou une échographie par voie endovaginale ;
- ne pas contaminer le liquide cervico-vaginal avec des agents topiques tels que les lubrifiants, savons, désinfectants ou crèmes ;
- ne pas pratiquer le test chez les femmes ayant eu des rapports sexuels dans les 24 heures précédentes ;
- ne pas pratiquer le test chez des parturientes présentant des métrorragies.

3. Technique de prélèvement

Il existe actuellement deux méthodes de mise en évidence de la présence de FNF dans les sécrétions cervico-vaginales. Dans les deux cas, la technique des anticorps monoclonaux FDC-6 est utilisée.

Le principe du test est de créer un complexe antigène-anticorps, en mettant en contact la fibronectine avec un anticorps monoclonal spécifique de la fibronectine. C'est ce complexe qui sera dosé par la suite.

La méthode ELISA, où le dosage de la fibronectine fœtale est effectué au laboratoire, sert de référence. Il s'agit du test quantitatif. L'écouvillon est inséré dans un tube servant au

transfert, et l'ensemble doit être acheminé le plus rapidement possible au laboratoire car l'analyse doit être pratiquée dans un délai maximum de 4 heures après le prélèvement. L'avantage de ce test est de donner un résultat chiffré de la quantité de FNF.

La deuxième méthode dite semi-quantitative, colorimétrique, ou test rapide a l'avantage de pouvoir être pratiquée « au lit de la patiente » et de mettre en évidence ou non la présence de fibronectine au bout de 10 minutes. Parfois, une difficulté de lecture peut limiter la précision.

Les deux méthodes semblent avoir des résultats superposables si la manipulation est rigoureusement respectée.

Le principe de prélèvement est le même dans les deux méthodes (Figure 4). Il nécessite la mise en place au préalable d'un spéculum stérile. Ce prélèvement est effectué avec un écouvillon en Dacron stérile le long du cul de sac vaginal postérieur ou de l'exocol en tournant pendant 10 secondes pour absorber les sécrétions cervico-vaginales.

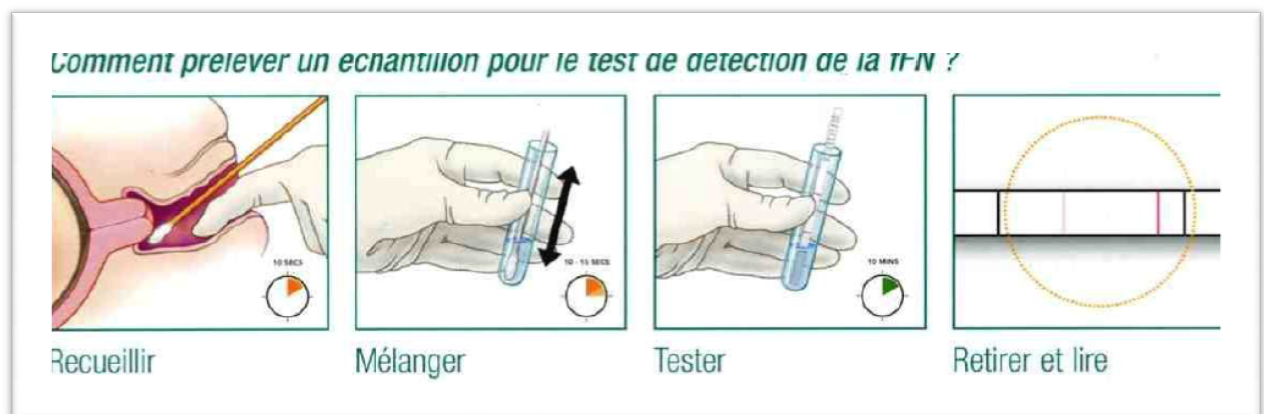


Figure 4. Technique de prélèvement et méthode semi-quantitative

Dans la méthode semi-quantitative, l'écouvillon est inséré puis mélangé vigoureusement pendant 10 à 15 secondes dans le tube tampon d'extraction. Puis, l'écouvillon est sorti et jeté pour laisser place à une bandelette réactive insérée dans le tube

tampon du côté des flèches (partie immergée) pendant dix minutes. Après ce délai, le résultat apparaît sur la bandelette réactive. (Figure 4).

Le kit utilisé possède une bandelette réactive sur laquelle apparaît, lorsque la recherche de FNF est positive, deux lignes bleues, et lorsqu'elle est négative, une seule ligne bleue (Figure 5).

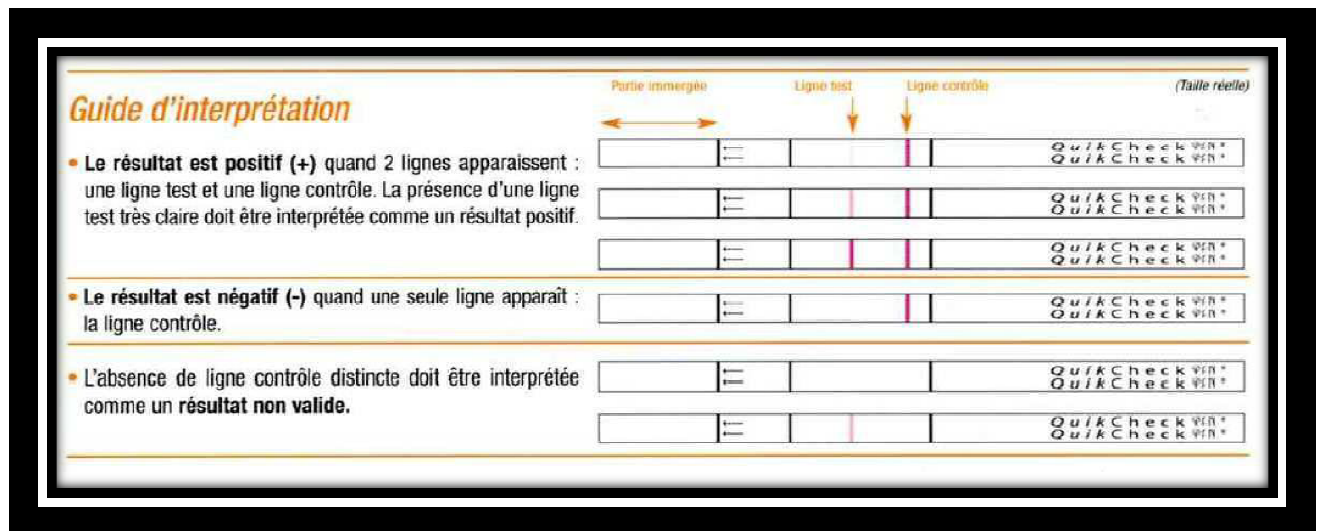


Figure 5. Guide actuel d'interprétation du test de FNF

4. Comparaison avec la mesure échographique du col

Les valeurs prédictives négatives de chacun de ces deux examens sont excellentes et supérieures à celles du toucher vaginal. Il apparaît qu'aucune de ces techniques n'est supérieure à l'autre.

Aucune de ces deux méthodes ne doit être préférée à l'autre et le choix de la technique utilisée dépendra de l'accès à la technique et de son coût ».

Plusieurs équipes ont montré que l'utilisation combinée de la fibronectine et de la mesure échographique de la longueur du col utérin a une très bonne spécificité et une très bonne valeur prédictive négative, tout en ayant un coût plus rentable.

En 2006, Schmitz et Al. ont confirmé cette spécificité augmentée avec une réduction du nombre de test de recherche de FNF ELISA de 55%.

En 2010, Deplagne et al. ont montré l'intérêt d'un test séquentiel avec utilisation sélective de la détection de FNF dans une population sélectionnée par la mesure échographique du col utérin ; ce qui réduit le coût de la prise en charge de la MAP en économisant plus d'un tiers des tests de FNF.

2 - Conduite de l'examen

Interrogatoire :

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

À l'examen :

- Température, tension artérielle, pouls,
- Hauteur utérine (HU) (une HU excessive évoque un hydramnios),
- Activité cardiaque,
- Examen au **spéculum** (rupture des membranes ? hémorragies ?),
- Toucher vaginal : longueur et dilatation du col ? Normalement, le segment intravaginal du col est long d'au moins 2 cm, et l'orifice

interne du col est fermé. L'évasement isolé de l'orifice externe du col est banal chez la multipare,

- Bandelette urinaire (**nitrites**),
- Palpation de la thyroïde et auscultation cardiaque à la recherche d'une cardiopathie pouvant contre-indiquer les **béta-mimétiques**.

Cet examen est complété par :

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

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

- de contractions utérines fréquentes et régulières (au moins 3 en 30 minutes),
- et de modifications cervicales significatives (col court ou orifice interne perméable),
- avant 37 SA.

Elle exige l'hospitalisation immédiate.

Diagnostic différentiel :

- Douleurs ligamentaires. Les femmes enceintes signalent fréquemment des douleurs à type de tiraillement centrées sur le pubis et la racine des cuisses, sans aucun phénomène de durcissement utérins. Ces douleurs ligamentaires (**syndrome de Lacomme**) sont désagréables mais sans danger.
- Contractions physiologiques. Il est normal au troisième trimestre de ressentir une à cinq contractions par jour, surtout le soir ou après un effort.

- Certaines femmes ont un utérus « contractile » avec contractions relativement fréquentes (> 10 / jours) mais irrégulières, évoluant depuis plusieurs jours ou semaines sans modification cervicale notable. Cette situation justifie du repos et une surveillance renforcée, mais, en l'absence de facteurs de risque associés, le risque d'accouchement prématuré semble assez faible et l'hospitalisation n'est pas nécessaire.

3 - Bilan de la Menace d'Accouchement Prématuré (MAP)

- Recherche d'un facteur déclenchant :
 - Conditions socio-économiques difficiles (après guérison de la MAP, un contexte social défavorable fera discuter une aide familiale à domicile et une surveillance par une sage-femme de PMI).
 - Infection intercurrente, notamment urinaire (ECB urinaire) et vaginal (polype endocervical), NFS, CRP.
 - Les autres examens seront orientés par la clinique.
 - Échographie obstétricale à visée étiologique (nombre de fœtus, biométrie fœtale, morphologie, liquide amniotique, localisation du placenta).
- Sévérité appréciée par :
 - Terme : prématurité < 37 SA, grande prématurité < 32 SA, très grande prématurité < 28 SA.
 - Cardiotocographie.
- Mesure de la longueur du col par échographie vaginale. Un col < 25-30 mm serait le témoin d'une « vraie MAP » avec haut risque d'accouchement prématuré. Cet examen reste néanmoins incomplètement évalué.
- Recherche d'une rupture prématurée des membranes, qui a pu passer inaperçue, mais qui modifie radicalement le pronostic et la prise en charge : examen au spéculum ; au moindre doute, prélèvement pour tests biochimiques instantanés (Amniocator*, PROM test*).

- Évaluation du bien-être fœtal : Enregistrement cardiotocographique +++ et par échographie.

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

V -Traitement

- Traitement curatif

* Repos : en cas de menace d'accouchement prématuré sévère, terme précoce, col très modifié le repos est débuté en hospitalisation.

En cas de menace modérée, le repos peut être institué à domicile, parfois avec des mesures de surveillance par une sage-femme, en cas d'échec une hospitalisation est indispensable.

- Traitement de la cause

Les tocolytiques : traitement visant à arrêter ou à diminuer les contractions utérines, n'ont qu'une action sympathomimétique. Les tocolytiques de référence jusqu'aujourd'hui sont **les bêtas sympathomimétiques (Salbutamol)**. Cependant, ces molécules présentent des effets secondaires parfois sévères et peuvent être responsables *d'accidents cardio-vasculaires graves*. Leur utilisation doit être précédée d'un *bilan pré-thérapeutique*.

D'autres molécules, d'utilisation plus simples, ayant moins d'effet secondaires et semblant aussi efficaces sont en cours de développement : **les inhibiteurs calciques** et les **antiocytocines**.

La tocolyse est souvent inefficace pour 50% des femmes hospitalisées avec un col <1 cm et dilaté à plus de 3 cm.

* *Les bêta mimétiques*

Contre indications

- *absolues* : cardiopathie maternelle (valvulopathie, trouble du rythme, cardiomyopathie, hypocalcémie, chorioamniotite, hématome rétroplacentaire, hyperthyroïdie).

- *relatives* : diabète (gestationnel ou non) mal équilibré, métrorragie sévères d'origine indéterminée, hypertension artérielle, pré-éclampsie sévère.

Effets secondaires : tachycardie, tremblement, anxiété, dyspnée, polypnée.

Complications : accidents hypokaliémie, hyperglycémie, troubles du rythme cardiaque, œdème aigu du poumon, décès maternel.

- *Bilan pré-thérapeutique*: interrogatoire (+++)

Auscultation cardiaque (+++) électrocardiogramme, ionogramme sanguin, glycémie pour certain.

Mode d'administration, posologie: le traitement est débuté par voie intraveineuse, **Salbutamol (Salbumol)**, 5 ampoules dans 500 ml de sérum physiologique. Débuter par une perfusion contrôlée à 25 ml/H pendant 1 H. Le débit n'est augmenté qu'en cas de persistance des contractions et doit être limité au minimum efficace. Ne jamais dépasser une fréquence cardiaque maternelle de 120 battement/min, même en cas d'inefficacité de la tocolyse. Après 48H de traitement si les contractions utérines sont jugulées, le relais est généralement assuré par la forme orale (Salbutamol 4 à 6 comprimés/j).

*** Les inhibiteurs calciques**

Les initiateurs des canaux calciques ont une action *myoleraxantes* sur les fibres musculaires lisses. Vasculaires et utérines, leur utilisation comme tocolytique fait appel à la **Nifedipine** par voie orale, (Adalate 20 LP1 comprimé, 3 fois/jour ou **Chronadate** 1 comprimé 2 fois/jour) ou à la **Nicardipine** par voie orale (Loxen 50 LP1 comprimé 2 à 3 fois/jour).

Les effets secondaires : Flush, céphalées, veinite. L'efficacité semble au moins comparable à celle des bêtas mimétiques.

*** Autres tocolytiques**

La progestérone naturelle a longtemps été utilisée formellement. Son emploi peut favoriser la survenue d'une cholestase gravidique et elle n'est pratiquement plus employée. La posologie : 400mg toutes les 4 heures.

Les antispasmodiques de type **phloroglucinol (spasfon)** sont largement prescrits mais leur efficacité n'est nullement établie.

Les inhibiteurs de synthèse des prostaglandines (anti-inflammatoires non stéroïdiens) sont des tocolytiques efficaces mais peuvent provoquer des effets fœtaux potentiellement sévères : fermeture prématurée du canal artériel, hypertension artérielle pulmonaire insuffisance rénale, oligoanuries. Ils ne sont utilisés que de manière ponctuelle (généralement pas plus de 48 H), en cas d'échec ou de contre-indication d'un traitement.

***Mesures visant à améliorer le pronostic néonatal en cas de menace d'accouchement prématuré.**

*** Corticoïdes** : maturation pulmonaire fœtale

En cas d'accouchement prématuré les principales complications néonatales sont respiratoires (maladie des membraneshyalines) et neurologiques (hémorragies intraventriculaires).

L'administration de corticoïdes passant la barrière placentaire (bêtaméthasone, dexaméthasone) en cas de menace d'accouchement prématuré permet de réduire l'incidence de ces 2 complications ainsi que la mortalité néonatale, principalement en cas d'accouchement prématuré avant 34 SA.

Les contre-indications des corticoïdes sont rares :

chorio-amnionite clinique, ulcère gastroduodéal évolutif. La rupture prématurée des membranes n'est pas une contre-indication absolue.

Le traitement s'administre par voie intramusculaire par cure de 48 H, éventuellement répété une semaine plus tard.

VI-Prévention

Le dépistage précoce des contractions utérines, la persistance des contractions utérines de plus de 35 secondes imposent l'hospitalisation chez les femmes avec des facteurs de risque d'accouchement prématuré.

Certaines patientes sont à haut risque d'accouchement prématuré dès le début de la grossesse :

- antécédent d'accouchement prématuré
- antécédent de rupture prématurée des membranes
- antécédent de fausses couches tardives
- malformation utérine
- exposition in-utero au Distilbene connu (voir facteurs de risque),
- signes de modifications cervico-isthmiques :

- * une longueur cervicale < 1cm,
- * une ouverture de l'orifice interne > 1cm,
- * une présentation située à hauteur ou en dessous des épines sciatiques,
- * un segment inférieur amplifié et par la présence de contraction utérine douloureuse et durant plus de 35 secondes.

Certaines mesures préventives peuvent être prises selon les cas :

- modification des conditions de travail si possible
- arrêt de travail précoce
- cerclage du col utérin en cas de béance.

Conclusion :

L'accouchement prématuré est une urgence obstétricale qu'il convient de gérer du mieux possible.

L'objectif général de ce travail était d'étudier les aspects

Épidémiologiques de l'accouchement prématuré sur deux ans 2012 et 2013.

La prise en charge précoce et efficace de la MAP contribuerait à diminuer le taux d'accouchement prématuré qui a de lourdes conséquences tant pour le prématuré que pour la mère.

Sa réduction ne peut résulter que de l'amélioration simultanée conjuguée de l'éducation sanitaire et de celle de la qualité des soins au niveau des centres de santé.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Haute Autorité de Santé. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de leur accouchement. Recommandations de bonne pratique 2010.

[2] La menace d'accouchement prématuré (MAP) à membranes intactes. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002

[3] Rozenberg P. Utilisation des bêtamimétiques dans la menace d'accouchement prématuré : revue critique. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001

[4] Société française d'anesthésie et de réanimation et Société française de médecine d'urgence. Menace d'accouchement prématuré. Recommandations formalisées d'experts sur les urgences obstétricales extrahospitalières, 2010.

[5] Société française d'anesthésie et de réanimation et Société française de médecine d'urgence : Transfert In Utero. Recommandations formalisées d'experts sur les urgences obstétricales extrahospitalières, 2010.

[6] Haute Autorité de Santé. Transferts en urgence des femmes enceintes présentant une complication au cours de leur grossesse. Recommandations de bonne pratique 2012.

[7] Gomez R, Galasso M, Romero R, et al. Ultrasonographic examination of the uterine cervix,. Am J Obstet Gynecol 1994

[8] Cabrol D, Magnin G.
Mise à jour. Diagnostic du travail prématuré.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001 ; 30 : 3S5-8.

[9] Ancel PY.

Recommandations pour la pratique clinique. Menace d'accouchement prématuré et travail prématuré à membranes intactes : physiopathologie, facteurs de risque et conséquences.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002 ; 31 (suppl 7) : 5S10-21.

[10] Fennebresque C.

Prise en charge de la menace d'accouchement prématuré et intérêt de la recherche de fibronectine foetale dans une maternité de niveau III.

Diplôme d'état de sage-femme : Besançon ; 2009.

[11] Cabrol D, Goffinet F, Carbonne B, Dreyfus M, D'Ercole C.

Recommandations pour la pratique clinique. La menace d'accouchement prématuré (MAP) à membranes intactes. Introduction.

[12] Herbst A, Nilsson C.
Diagnosis of early preterm labour.
Br J Obstet Gynaecol 2006 ; 113 (suppl 3) : 60-7.