

L'ACCOUCHEMENT PREMATURE (AP)

OBJECTIFS

- Définir l'accouchement prématuré
- Reconnaître trois (3) signes cliniques de l'AP
- Identifier quatre (4) causes maternelles et quatre (4) causes ovulaires de l'AP
- Enumérer les éléments du score de Baumgarten
- Décrire la conduite à tenir devant un accouchement prématuré

PLAN

1. GENERALITES

1.1 Définition

1.2 Intérêt

1.3 Rappel

2. ETHIOPATHOGENIE

3. SIGNES

3.1.1 Signes Cliniques

3.1.2 Signes Para cliniques

4. DIAGNOSTIC

4.1 Diagnostic positif

4.2 Diagnostic étiologique

4.3 Diagnostic différentiel

5. CONDUITE A TENIR

5.1 Prévention

5.2 Le choix de la voie d'accouchement

5.3 La voie d'accouchement

5.4 La conduite de l'accouchement

5.5 La surveillance du travail d'accouchement

5.6 Prise en charge du nouveau-né prématuré

6. PRONOSTIC

6.1 Maternel

6.2 Neonatal

CONCLUSION

1. GENERALITES

1.1 Définition :

Selon l'OMS, on appelle accouchement prématuré toute naissance survenant entre la 22ème et la 37ème semaine d'aménorrhée (SA) révolue, soit avant 259 jours d'aménorrhée d'un enfant de plus de 500 grammes.

1.2 Intérêt :

- La fréquence : l'AP est fréquent, 1 femme sur 5 sera hospitalisée pendant sa grossesse pour menace d'accouchement prématuré (MAP). Parmi ces femmes 1/3 accouchera avant 37 SA. La prématurité est donc un problème important de santé publique. Au Mali, sa fréquence est de 9,1% au CHU Gabriel Touré.
- La gravité : la prématurité est grave : elle est responsable à elle seule de 70% de la mortalité et de la morbidité néonatale, responsable de la moitié des séquelles neurologiques observées chez des nouveau-nés accouchés avant 30 SA.
- La diversité étiologique : les étiologies sont nombreuses.
- La prise en charge : la prise en charge du nouveau-né prématuré est difficile et coûteuse.

1.3 Rappel

➤ Périodes du travail d'accouchement

Le travail d'accouchement comprend trois périodes ou stades

- **Première période** : effacement et dilatation du col. Elle comprend 2 phases, la phase de latence et la phase active.

○ La phase de latence : elle précède la phase active du travail. Pendant la phase de latence, le col se modifie (raccourcissement et début de la dilatation jusqu' à 4 cm). C'est au terme de cette phase de latence que débute le travail proprement dit

○ La phase active : elle commence à la fin de la phase de latence et se poursuit jusqu'à la **dilatation cervicale complète**

- **Deuxième période**

Elle comprend 3 étapes successives : l'engagement de la présentation, sa descente et sa rotation et, pour finir, son dégagement et expulsion du fœtus.

- **Troisième période : la délivrance**

Elle évolue en 3phases, le décollement et l'expulsion du placenta et l'hémostase assurée par la rétraction utérine.

➤ Effets de la contraction utérine : ces effets sont :

- Formation de la poche des eaux
- Effacement et dilatation du col de l'utérus
- Progression du mobile fœtal
- Hémostase (globe utérin)

2. ETHIOPATHOGENIE

2.1 Causes

L'accouchement prématuré est précédé de la menace d'accouchement prématuré. Il peut être secondaire à une pathologie maternelle ou ovulaire (ovulaire = fœtale, placentaire ou amniotique). Elle est le plus souvent d'origine multifactorielle. Dans 40 % des cas, on ne met pas en évidence de cause particulière.

2.1.1 Facteurs de risque

- Petite taille < 150 cm
- Maigreur / faible prise de poids / Amaigrissement
- Insuffisance du volume cardiaque
- Age maternel en début de grossesse
- <18 ans, >35 ans
- Malnutrition
- Milieux défavorisés
- Travaux pénibles, famille nombreuse, trajets
- Illégitimité, abandon, vie frénétique
- Tabagisme
- *Accouchements prématurés antérieurs*
- Curetages, grossesses très rapprochées (<1 an)
- IVG répétées

2.1.2 Causes maternelles

- *Toute malformation utérine congénitale* (hypoplasie, utérus cloisonné, uni- ou bicorne) ou acquise (synéchie, utérus cicatriciel, fibrome)
- *La béance cervico-isthmique* constitue une incapacité (incompétence) du col et de l'isthme utérin à se maintenir fermés ; elle est congénitale ou acquise
- *Syndrome vasculo-renaux* (*prééclampsie, éclampsie, Hématome retroplacentaire*)

- *Diabète*
- *L'infection* est certainement la principale cause des menaces d'accouchements prématurés. Elle peut être d'origine virale (hépatite virale, cytomégalovirus...), bactérienne (*E. coli*, streptocoque B), ou parasitologique (paludisme en zone d'endémie). L'hyperthermie peut, à elle seule, être responsable de l'apparition de contractions utérines. L'infection urinaire doit être systématiquement recherchée. Elle est en effet extrêmement fréquente pendant la grossesse et est le plus souvent asymptomatique. De même, il faut savoir suspecter une listériose devant un syndrome grippal. La présence de *Gardnerella vaginalis* et (ou) de germes anaérobies au niveau vaginal (vaginose) pourrait être associée à un excès de prématurité

2.1.3 Causes ovulaires

- **Les causes annexielles**
 - Elles sont représentées par le placenta prævia (responsable d'une irritation du segment cervico-isthmique),
 - l'hydramnios (excès de liquide amniotique entraînant une surdistension utérine)
 - l'infection ovulaire (chorio-amnionite).
 - La rupture prématurée des membranes
- **Causes fœtales**
 - *Les grossesses multiples* (jumeaux, triplés...) sont responsables d'environ 20 % de la prématurité.
 - Les malformations fœtales *ou une autre pathologie fœtale* peuvent être responsables d'une menace d'accouchement prématuré, principalement par surdistension utérine ou secondairement aux gestes invasifs qui peuvent être réalisés.

Près de 40% des accouchements prématurés restent inexplicés.

D'après ces données, un coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP) a été établie par Papernick. Il évalue pour chaque femme le danger d'avoir une interruption prématurée de sa grossesse.

CRAP (voir annexe 1)

- 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, il y a un danger potentiel.

- Si le CRAP est supérieur à 10, le risque est certain.

2.2 Pathogénie

La menace d'accouchement prématuré (MAP) est la situation clinique aboutissant à l'accouchement prématuré en l'absence de traitement. Elle représente la pathologie la plus fréquente de la grossesse (15 à 20 % des grossesses). L'accouchement prématuré peut être :

- **Spontané** faisant suite à une menace d'accouchement prématuré plus ou après échec du traitement ou il peut se faire d'emblé sans qu'on ait eu le temps d'instaurer un traitement.
- **Provoqué** : interruption de la grossesse nécessaire en raison d'une pathologie maternelle ou fœtale.

3. SIGNES

3.1 Signes Cliniques

• **Signes fonctionnels** : souvent constitués par

- L'existence des contractions utérines
 - 2 ou 3 contractions utérines par période de 10 mn
 - involontaires
 - intermittentes et rythmées
 - progressives dans leur durée, intensité, fréquence
 - totales
 - douloureuses
- la rupture prématurée des membranes
- la perte du bouchon muqueux
- les Métrorragies

• **Signes physiques**

- La perception des contractions utérines à la palpation
- Au toucher vaginal le col est effacé, ramolli et dilaté
- le segment inférieur est amplifié
- la présentation appuie sur le col

3.2 Signes paracliniques

- L'échographie note un âge gestationnel inférieur à 37 SA.
- Le cardiotocographe met évidence des contractions utérines régulières.

A visée diagnostic :

- Ce pendant certains **marqueurs vaginaux** sont prédictifs :
 - La fibronectine: Elle est normalement absente des sécrétions
 - Cervico-vaginales entre la 21ème et la 37ème SA. Sa libération se fait suite à la séparation des tissus foetaux de l'utérus maternel. Le Prélèvement se fait par écouvillonnage dans le culs de sac vaginal. La valeur seuil de détection : 50ng/ml
 - L'alphafœtoprotéine (AFP): retrouvée à des concentrations élevées lors d'une infection ovulaire.
 - Les marqueurs vaginaux de l'inflammation: les cytokines vaginales (Il1, Il6 et TNFa) sont libérées suite à l' infection.

L'échographie du 1^{er} trimestre permet de déterminer l'âge gestationnel avec plus de précision. Celle du troisième trimestre permet d'estimer le poids du fœtus.

A visée étiologique :

Le Bilan biologique permettra de noter les signes d'une infection : numération formule sanguine [NFS (hyperleucocytose)], protéine C réactive élevée (CRP), prélèvements vaginaux (PV) et examen cytobactériologique des urines (ECBU) mettant en évidences des . Des hémocultures sont réalisées en cas d'hyperthermie. La goutte épaisse, le sérodiagnostic de Widal ou la coproculture.

4. DIAGNOSTIC

4.1 Diagnostic positif

- **Age gestationnel < 37 semaines d'aménorrhée associé à :**
 - 2 à 3 Contractions utérines en 10 minutes, douloureuses et régulières, involontaires ,
 - Pertes glaireuses (bouchon muqueux)
 - Rupture de la poche des eaux
 - Au toucher vaginal
 - le segment inférieur est amplifié
 - la présentation appuie sur le col

- Dilatation du col > 4 cm

4.2 Diagnostic différentiel

- Contractions Contractions de Braxton X
- Travail d'accouchement sur grossesse à terme (erreur de calcul de l'âge gestationnel).
- RCIU

5. CONDUITE A TENIR

5.1 La prévention : passe par :

- Le dépistage et prise en charge des facteurs de risque
 - Traitement chirurgical des malformations utérines, fibromes utérins ect ...
 - Cerclage du col
 - Traitements corrects des infections
 - Traitement des syndromes vasculo-rénaux et autres pathologies
 - Repos et traitement de la menace d'accouchement prématuré,
 - *Amélioration des conditions socio-économiques des femmes*
- La prise en charge de la menace d'accouchement prématuré en tenant compte du score de Baumgarten (voir annexe2). Score ≤ 3 = MAP légère; 4-5 =MAP modérée; ≥ 6 = MAP sévère .

5.2 Le choix de la voie d'accouchement

• Moins de 28 SA :

- **Moins de 26 SA** : l'accouchement se fera par voie basse si poids inférieur à 750g,
- **Entre 26 -28 SA (750g -1000g)** :l'accouchement se fera par césarienne.

• Entre 29-31 SA (1000 à 1500g) :

- l'accouchement par voie basse si présentation céphalique avec extraction instrumentale (spatule, Forceps)
- césarienne si autre présentation

• Au-delà de 32 SA (>1500g) : accouchement par voie basse.

5.3 Conduite de l'accouchement

- Extrême douceur
- Indication large (épisiotomie large, extraction instrumentale)
- Réanimation néonatale à proximité (préparer le matériel de réanimation, mettre en marche la plaque chauffante)
- Dans l'immédiat :

- Révision utérine
- Examen bactériologique du placenta
- Examen anatomo-pathologique du placenta
- Prélèvements bactériologiques chez la mère (vaginal) et le nouveau-né (les orifices naturelles, et cordon)

5.4 La surveillance du travail

- Surveillance du travail d'accouchement sur le partographe
- Surveillance continue du rythme cardiaque fœtal sur le cardiotocographe ou à l'auscultation intermittente des BCF
- La saturométrie si possible pour surveiller les troubles du rythme.

5.5 Prise en charge du nouveau-né

- **La réanimation néonatale** : c'est facteur déterminant du pronostic.
 - Le transfert in-utero est plus raisonnable que le transfert néonatal.
 - Le progrès de la prise en charge immédiate et de la réanimation néonatale permettent une survie de 80% si le poids de naissance est supérieur à 1000g.
- **la prise en charge néonatales**
 - Soins essentiels au nouveau-né (SENN)
 - l'administration de la vitamine K1
 - les soins mère-kangourou
- **Référer le nouveau-né en néonatalogie**

6. Pronostic

6.1 **Maternel** = les infections responsables de l'AP peuvent persister ou récidiver lors des grossesses ultérieures.

6.2 Néonatal

Les conséquences de la prématurité sont d'autant plus graves que l'âge gestationnel est plus faible. Il faut donc distinguer :

- l'extrême prématurité entre 22SA et 27 SA + 6 jours

- Avant 28 SA, une grossesse sur deux seulement aboutit à un enfant vivant et un enfant sur deux né avant 27 SA décédera la première année de vie. Un sur deux pré- sentera un handicap (sévère 8 %, modéré 14 %, mineur 26%)
- 50 % de séquelles neurologiques à 5 ans.

- la grande prématurité entre 28 SA et 32 SA + 6 jours

- le taux de survie s'améliore passant à près de 90 %. La morbidité entre 31

et 32 SA est de 5 % pour les handicaps sévères, 7 % pour les handicaps modérés, 22 % pour les handicaps minimes

- 36 % de séquelles neurologiques à 5 ans.

- la moyenne prématurité entre 33 SA et 36 SA + 6 jours

- 12 % de séquelles neurologiques à 5 ans.

Conclusion :

La prématurité occupe une grande place parmi les décès néonataux et les handicaps neurologiques. Sa prise en charge nécessite le dépistage des facteurs de risque et le traitement de la menace d'accouchement prématuré.

<p>≥2 enfants sans aide familiale</p> <p>Conditions socioéconomiques médiocres</p>	<p>Un curetage</p> <p>Court intervalle après grossesse précédente (< 1 an)</p>	<p>Travail à l'extérieur</p>	<p>Fatigue inhabituelle</p> <p>Prise de poids excessive</p>
<p>Grossesse illégitime non hospitalisée en maison maternelle</p> <p>< 20 ans</p> <p>> 40 ans</p>	<p>2 curetages</p>	<p>>3 étages sans ascenseur</p> <p>> 10 cigarettes/jour</p>	<p>Prise de poids < 5 kg</p> <p>Albuminurie</p> <p>PA > 130/80</p>
<p>Mauvaises conditions socioéconomiques</p> <p>< 150 cm</p> <p>< 45 kg</p>	<p>≥3 curetages</p> <p>Uterus cylindrique</p>	<p>Long trajet quotidien</p> <p>Efforts inhabituels</p> <p>Travail fatiguant</p> <p>Grand voyage</p>	<p>Chute de poids le mois précédent</p> <p>Tête trop bas située pour un fœtus loin du Segment inférieur déjà formé à une date é</p> <p>Siège à plus de 7 mois</p>
<p>< 18 ans</p>	<p>Pyélonéphrite</p>		<p>Métrorragies du 2ème trimestre</p> <p>Col court</p> <p>Col perméable</p> <p>Utérus contractile</p>
	<p>Malformation utérine</p> <p>Un avortement tardif</p> <p>Un accouchement prématuré</p>		<p>Gémellarité</p> <p>Placenta praevia</p> <p>Hydramnios</p>

Annexe 1. CRAP : coefficient de risque d'accouchement prématuré de Papernick

Annexe 2 : SCORE DE BAUMGARTEN

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

