

Chap I. GENERALITES

Selon l'OMS la menace d'accouchement prématuré (MAP) est un accident gravidique qui, en l'absence et/ou malgré un traitement approprié aboutira à une naissance entre 22 et 37 SA révolues d'un enfant respirant ou manifestant tout signe de vie et de plus de 500 g. (7) La menace d'accouchement prématuré est l'existence de contractions utérines et de modifications du col utérin entre 22 et 37 semaines d'aménorrhée

Le traitement tocolytique est un traitement symptomatique visant à arrêter les contractions utérines. Son objectif est d'essayer de retarder l'accouchement afin d'améliorer la morbidité et la mortalité néonatales(7)(8)

Le travail prématuré est habituellement défini par la survenue de contractions utérines douloureuses, rapprochées, persistantes, s'accompagnant d'une modification du col, dont l'issue est un accouchement prématuré en l'absence d'intervention médicale (3)

I.1. Étiologie de la MAP

Elles sont nombreuses et souvent associées entre elles. Les causes de prématurité sont multiples. Au premier rang des causes retrouvées se trouvent les infections mais la plupart des accouchements prématurés (environ 2 sur 3) surviennent sans cause évidente.

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

A. Causes maternelles

1. Facteurs favorisants

Ils sont nombreux :

- antécédents d'accouchement prématuré, de rupture prématurée des membranes, de fausse couche tardive (pour certains d'interruption volontaire de grossesse ou de curetage) ;
- primiparité ;
- âge maternel compris entre 18 et 35 ans ;
- niveau socio-économique défavorisé ;
- conditions de travail pénibles, transports longs.

2. Infection

• Infections vaginales ou cervico-vaginales ascendantes :

– les infections cervico-vaginales

– la vaginose bactérienne

• **Chorioamniotite** (voir causes ovulaires).

• **Les autres infections** sont l'infection urinaire, basse (cystite) ou haute (pyélonéphrite), et toute infection sévère.

3. Causes utérines

• Bécance cervico-isthmique

• Malformation utérine

• Exposition in utero au Distilbène (DES)

B. Causes ovulaires

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

1. Causes fœtales

Les causes fœtales pouvant être à l'origine d'un accouchement prématuré sont : les grossesses multiples (jumeaux, triplés...), certaines malformations fœtales, notamment par le biais d'un hydramnios (atrésie de l'œsophage, atrésie duodénale...).

2. Causes liées aux membranes et au liquide amniotique

• Rupture prématurée des membranes

• Chorioamniotite

• Hydramnios

3. Causes placentaires

Certaines anomalies de placentation peuvent favoriser un accouchement prématuré : notion de métrorragies au premier trimestre de la grossesse, placenta prævia, hématome rétro placentaire (habituellement, il existe un contexte particulier de métrorragies et de

contracture utérine, parfois, le tableau peut être atypique, évoquant une menace d'accouchement prématuré).

I.2. Conduite à tenir

Évaluation pronostique

Les critères de gravité d'une menace d'accouchement prématuré sont : terme précoce ; modifications importantes du col (col effacé, dilatation > 2 cm, poche des eaux bombant) ; rupture prématurée des membranes et, à un moindre degré : segment inférieur dilaté et présentation plongeante ; contractions utérines fréquentes et douloureuses ; ces manifestations sont d'autant plus graves qu'il existe des antécédents d'accouchement prématuré.

a. Recherche de la cause

Il s'agit principalement de la recherche d'une cause infectieuse :

- recherche de signes fonctionnels urinaires ;
- recherche de signes fonctionnels d'infection vaginale ;
- température maternelle ;
- prélèvement vaginal ;
- examen cyto bactériologique des urines ;
- numération formule sanguine (NFS) ;
- recherche de signes de chorioamniotite (tachycardie fœtale, tachycardie maternelle...).

Bilan pré thérapeutique

Il est réalisé systématiquement avant toute prescription de tocolytiques de type b-mimétiques :

- recherche de contre-indications ;
- auscultation cardiaque ;
- électrocardiogramme (ECG) ;
- prélèvement sanguin pour numération formule sanguine, ionogramme, glycémie.

b. Mesures thérapeutiques

Hospitalisation

Elle est nécessaire lorsqu'il existe des signes de gravité et permet la mise au repos de la patiente.

En cas de menace d'accouchement prématuré avant 32 SA dans structure de niveau 1 ou 2, demander un transfert in utero vers une structure de niveau 3.

Tocolyse

Éliminer une contre-indication à la tocolyse : chorioamniotite, souffrance fœtale, hématome rétro-péritonéal (HRP)...

Vérifier la normalité du bilan pré thérapeutique, débiter le traitement tocolytique et l'adapter selon la réponse

Corticothérapie

En cas de terme inférieur à 34 SA et en l'absence de signe de chorioamniotite ou d'autre contre-indication aux corticoïdes : débuter le traitement immédiatement avec, par exemple, Célestène Chronodose (bétaméthasone) 12 mg IM par jour 2 jours de suite, renouvelable 1 semaine plus tard.

I.3. Cas particuliers

a. Rupture prématurée des membranes

Il s'agit d'une forme grave qui expose à la survenue d'une chorioamniotite et à un risque élevé d'accouchement prématuré.

La prise en charge initiale d'une rupture prématurée des membranes comporte pour la plupart des équipes une antibiothérapie systématique active sur le streptocoque B débutée immédiatement après les prélèvements bactériologiques. Par exemple : amoxicilline 1 g 3 fois par jour.

Les autres mesures (corticothérapie, transfert en niveau 3, tocolyse...) sont nécessaires car il s'agit d'une forme grave de menace d'accouchement prématuré.

b. Chorioamniotite

Cette situation aboutit dans la plupart des cas à un accouchement prématuré spontané rapide. Il existe un risque majeur d'infection néonatale grave. C'est une contre-indication à la tocolyse.

On doit réaliser immédiatement des prélèvements bactériologiques et débuter un traitement antibiotique actif sur le streptocoque B type amoxicilline, éventuellement associée à un aminoside. Si l'accouchement ne se produit pas spontanément, il est le plus souvent déclenché artificiellement.

I.4. PRISE ENCHARGE

a. Traitement étiologique si possible

b. Tenter d'arrêter les contractions :

- **Tocolyse majeures :**

Inhibiteurs calciques

Les inhibiteurs des canaux calciques ont une action myorelaxante sur les fibres musculaires lisses vasculaires et utérines. Leur utilisation comme tocolytiques fait appel à la Nifédipine par voie orale (Adalate) : 10 mg (capsule à libération immédiate) par voie orale toutes les 15 minutes si les contractions persistent (maximum 4 doses ou 40 mg), puis 20 mg toutes les 6 heures.

B-mimétiques

Le mode d'action des β mimétiques repose sur la stimulation des récepteurs β 2 adrénergiques utérins.

Cette stimulation aboutit à la production d'un second messager intracellulaire, l'AMP cyclique qui empêche les modifications de la myosine responsables de son interaction avec l'actine

Les effets ne sont pas strictement sélectifs des récepteurs $\beta 2$ adrénergiques, ce qui explique les effets secondaires multiples de ces produits, en grande partie liés à la stimulation des récepteurs $\beta 1$ adrénergiques.

Salbutamol peut être administré à défaut, de la Nifédipine (ampoule de 0,5 mg) en perfusion IV : 10 ampoules dans 500 ml de sérum glucosé 5%. Commencer par 30 à 40 gouttes par minute. Si les contractions persistent, augmenter le débit de 10 à 20 gouttes par minute toutes les 30 minutes jusqu'à l'arrêt des contractions sans dépasser 90 gouttes par minute. Maintenir un débit efficace pendant une heure après l'arrêt des contractions puis le réduire de moitié toutes les 6 heures.

La durée du traitement est de 48 heures quel que soit le produit utilisé.

Autres tocolytiques :

Anti-ocytocine

Analogues de structure de l'ocytocine entrant en compétition au niveau de ses récepteurs, les anti-ocytocines ont obtenu très récemment l'autorisation de mise sur le marché. Leur efficacité semble comparable à celle des b-mimétiques mais leur tolérance est supérieure (moins d'interruptions du traitement en rapport avec les effets secondaires).

La progestérone naturelle

Longtemps été utilisée alors que son efficacité n'a pas été démontrée formellement.

Son emploi peut favoriser la survenue d'une cholestase gravidique et elle n'est pratiquement plus employée.

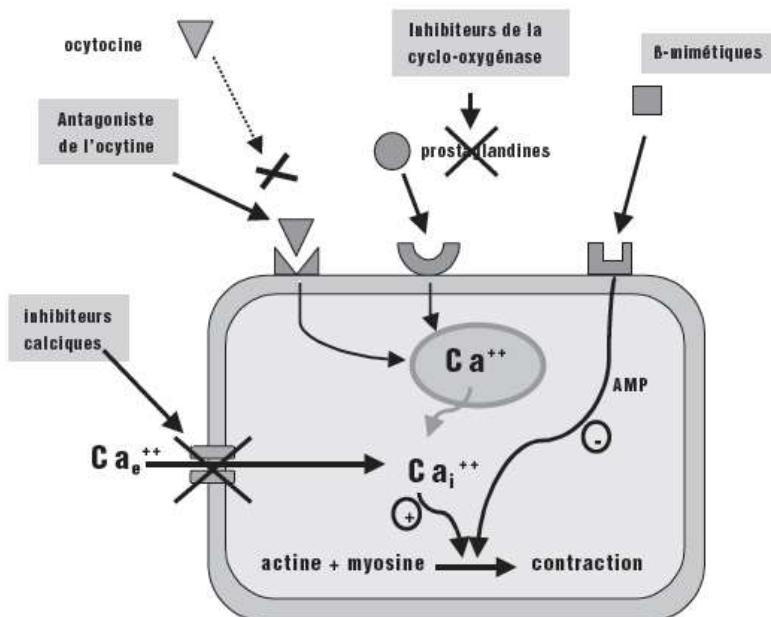


Figure 1 Mode d'action des principaux tocolytiques

SOURCE : E. Maisonneuve et B. Carbone, Tocolyse d'entretien par les inhibiteurs calciques, France, Elsevier Masson SAS, 2015