

# **I. La menace d'accouchement prématuré**

**D<sup>r</sup> Benchabane F.**

CHU Mustapha –Alger centre-

# OBJECTIFS:

- Faire le diagnostic d'accouchement prématuré
- Evaluer le pronostic
- Connaitre l'étiologie et les facteurs favorisants

- Prise en charge de la menace
- Les conséquences de la prématurité sur le fœtus
- La prévention

# I. DEFINITION

- C'est la survenue de C.U entre 22 et 37 S.A associées à des modifications cervico-isthmique.
- Il faut distinguer la MAP spontanée de la prématurité induite ou l'accouchement prématuré, provoqué pour des raisons foétales ou maternelles.

## II. INTERET

- Retarder l' échéance de l'accouchement
- Diminuer le risque de complications foetales.

# III. ETIOLOGIES

- CAUSES MATERNELLES
- **1-D'ORIGINE INFECTIEUSE**
  - FIEVRE
  - INFECTION URINAIRE
  - INFECTION CERVICO-VAGINALE
  - LISTERIOSE

## **2-CAUSES LOCALES**

**Synechie**

**Myome sous muqueux ou intracavitaire**

**-Malformation utérine congénitales**

**Utérus cloisonné**

**Utérus unicorne**

**Utérus bicorne**

**Utérus hypoplasique**

**Béance cervico-isthmique**

**(congénitale-traumatique ou fonctionnelle)**

**Interrogatoire calibrage du col à la  
bougie de Hegar n°8**

### **3-CAUSES OVULAIRES**

- **-Grossesse multiples**
- **- Hydramniose**
- **- placenta prævia**
- **- Chorioamniotite**
- **- R.P.M**



# **FACTEURS FAVORISANTS LA MAP**

- **-Tabagisme**
- **-Col court**
- **ATCD d'accouchement prématuré ou d'avortement tardif**
- **Bas niveau socio-économique**
- **Grossesses rapprochées**

## IV. Diagnostic

- Diagnostic positif: clinique +++
- Interrogatoire notion de C.V douloureuses  
Répétées
- Palpation: Utérus tonique lors de la C.U
- Examen au speculum:
  - Apprécie le col
  - La présence éventuelle de leucorrhées
  - D'un écoulement liquidien
  - De métrorragies

- Le toucher vaginal :
  - Apprécie le col; sa consistance ,sa longueur, sa perméabilité , sa position
  - L'épaisseur du segment inférieur

- **Les examens paracliniques:**
- Echographie endo-vaginale du col
  - Longueur
  - protrusion de la poche des eaux au sein de l'orifice interne du col.
  - Ouverture de l'orifice interne cervical supérieur à 10mm
  - Recherche de fibronectine foetale

- **BIOLOGIE**

- F.N.S

- C.R.P

- Groupage

- ECBU des urines

- Prélèvement cervico-vaginal

- Doute sur le R.P.M test à la diamine oxydase

- -Cardiotocographie
- - Confirme les C.U
  - Apprécie l'état foetal
- Echographie obstétricale
  - Biométrie foetale
  - Nombre de foetus
  - Placenta
  - L.A

## VI. CONDUITE A TENIR

- -Hospitalisation dans une maternité de niveau III si la menace est sévère
  - Repos+++
  - Traitement ATB s'il existe un syndrome infectieux.

- **Tocolyse : 48h par voie parentérale**
- **$\beta$  mimétiques: De moins en moins utilisés du fait de leur retentissement cardiaque.**
- **Inhibiteurs calciques: Loxen**
- **Antagonistes de l'ocytocines: atosiban**

## **Indications:**

- **CI au loxen**
- **Dilatation avancée**



- Progestatifs: pour leur effet anti-prostaglandine
- Corticothérapie préventive: < a 34 S.A
  - Betamethasone 12mg/jr pdt deux jours
  - Dexamethasone 12 mg/jr monodose

La Corticothérapie accélère la maturité pulmonaire fœtale, elle diminue les complications fœtales

C.I de la tocolyse: - Chorioamniotite  
- Hémorragie importante

## VII. PRENVENTION DE LA MAP

- Par le dépistage des facteurs de risque.
- Pas de tabagisme
- Traitement médical si la cause est infectieuse
- Cerclage vers la 15<sup>eme</sup> S.A si le col présente une BCI

- Chirurgie: -Synéchie  
-Malformation intense  
-Myomes

## II. L'accouchement prématuré

Il doit se dérouler dans une maternité de niveau III.

- Particularités du travail:

- La présentation du siège est fréquente: mauvaise accommodation ----->césarienne

- La P.D.E est bombante

- Si le fœtus se présente par son pôle céphalique, l'accouchement par voie basse est accepté

- La période d'expulsion ne doit pas se prolonger (éviter le traumatisme entre une tête fœtale fragile et le périnée

- > Episiotomie

- > Forceps parfois

- Complications foetales:
  - Inversement corrélées à l'âge gestationnel
  - Très grande prématurité < 28SA
  - Grande prématurité: entre 28 et 32SA
  - Prématurité modérée : entre 32 et 34SA
  - Prématurité tardive: entre 34 et 37SA

- Complications métaboliques; hypothermie, hypoglycémie, hypocalcémie.
- Complications respiratoires:
  - Apnée
  - Maladie des membranes hyalines
- Complications rénales: tubulopathie
- Complications cardiovasculaires: - PCA  
-HTAP
- Complications neurologiques:-Hémorragies intraventriculaires  
- Leucomalacie périventriculaire
- Rétinopathie
- digestive : enterocolite necrosante

- CAT en salle de travail:
  - Asepsie+++
  - Aspiration des voies aérienne
  - Oxygénothérapie si détresse respiratoire
  - Transfert en néonatalogie



- Pronostic: dépend de l'âge gestationnel
  - 1ere cause de mortalité (détresse respiratoire, hémorragie méningée)
  - Morbidité liée aux séquelles neurologiques

# Conclusion

- La prématurité demeure la première cause de morbidité néonatale.
- Outre, la tocolyse et la prévention par des corticoïdes, un diagnostic étiologiques doit être posé dans un but préventif et ce afin d'éviter les récives aux grossesses ultérieures.