

GROUPE HOSPITALIER PITIE SALPETRIERE
Service de gynécologie Obstétrique
Professeur M DOMMERGUES

Auteurs :
Marc DOMMERGUES (GO)
Danièle VAUTHIER BROUZES (GO)
Jacky NIZARD (GO)
Frédérique QUETIN (P)
Catherine RENAUD (P)
Date rédaction : Juin 2004
Date révision : novembre 2014

PRISE en CHARGE de la MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE

- Définition :

Contractions utérines associées à modifications cervicales entre 22+0 et 36 SA+6 Jours

- Diagnostic :

Examen clinique : contractilité utérine et col <25mm

Tocométrie (associée à l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal)

Echographie du col par voie endo vaginale : longueur cervicale documentée par un cliché. Un col > 25mm diminue considérablement le risque d'accouchement prématuré dans la semaine qui suit.

L'échographie du col après 34 SA est inutile car il n'y aura pas de tocolyse médicamenteuse.

Le toucher vaginal en consultation de suivi de grossesse pour évaluer le risque d'accouchement prématuré chez une patiente à bas risque n'améliore pas la prise en charge ou l'issue. Il n'y a donc pas d'indication à faire un toucher vaginal systématique en consultation.

La prise en charge d'une patiente avec une suspicion de MAP <34SA doit comporter en première intention une mesure de la longueur du col à l'échographie.

- Hospitalisation :

Pas de traitement tocolytique en ambulatoire

- Bilan d'admission :

Clinique : poids, température, TA, pouls et examen général

Bactériologique : PV et ECBU

Biologique : Numération globulaire, CRP, TP, TCA, RAI, Groupe sanguin

- Toute patiente hospitalisée pour MAP doit avoir un examen obstétrical complet et une échographie (quantité de LA, position du placenta, une estimation de poids fœtal...)

- Prévenir le pédiatre de garde en cas d'hospitalisation.

- Consultation d'anesthésie en cas d'hospitalisation.

- Objectif de la tocolyse :

Différer la naissance pour diminuer la mortalité et la morbidité néonatale. **PAS de TOCOLYSE MEDICAMENTEUSE à partir de 34 SA + 0 j**

CONTRE-INDICATIONS DE LA TOCOLYSE :

Anomalies du RCF, chorioamniotite, suspicion d'HRP

Fièvre maternelle $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$.

MOYENS et MODALITES THERAPEUTIQUES :

A : TRAITEMENT TOCOLYTIQUE

Une seule classe thérapeutique est retenue : inhibiteur calcique (ADALATE® per os)

ADALATE® : traitement de première intention

Contre-indications : Hypotension déjà mal tolérée, OAP, certaines précautions sont à prendre dans des situations cardiologiques particulières (notés sur le dossier si c'est le cas)

Modalité d'administration : PER OS (comprimé avalé : pas de voie sublinguale)

Traitement d'attaque : Inhibiteurs du flux calcique : Adalate 20 mg LP per os.

Schéma thérapeutique : 1 comprimé toutes les 30 minutes en cas de persistance des contractions, jusqu'à 3 comprimés maximum.

Puis Adalate 20 mg LP per os toutes les 6 à 8 heures selon l'importance des contractions pendant 48 heures.

La dose maximum quotidienne est de 120 mg/jour.

Peut être arrêté au bout de 24H si plus de contractions utérines et cure de corticoïdes faite

Puis arrêt : pas d'indication à un traitement d'entretien.

TRACTOCILE® : Pas d'indication dans le service

Pour mémoire :

Contre - indications : hypersensibilité connue à l'un des composants

Modalité d'administration : Prescription après accord du médecin senior

Bolus IV initial (6.75 mg : 0.9 ml en 1 mn)

Perfusion de charge sur 3 heures (18 mg/heures soit 24 ml par heure)

Perfusion d'entretien IV (6 mg/h soit 8ml/h pendant 24 à 48 heures). Il n'y a pas lieu de prescrire ensuite un traitement d'entretien préventif.

B : MATURATION PULMONAIRE FŒTALE

CELESTENE® : cf protocole spécifique

C : TRAITEMENTS ADJUVENTS

ANTIBIOTIQUES : Si les membranes sont intactes. Administration systématique non recommandée

Si les membranes sont rompues, cf protocole RPM < 37 SA

Bactériurie asymptomatique ($\geq 100\ 000$ germes/ml sauf E Coli et autres entérobactéries ≥ 1000 unités formant colonies (UFC) /ml AFSSAPS 2008) : traitement en raison du risque de pyélonéphrite

BAS de CONTENTION

REPOS : pas de contre indication à une activité physique modérée : toilette, wc, lever, déambulation...

DUREE D'HOSPITALISATION : en fonction de l'évolution clinique, des conditions de repos au retour à domicile,....

Le plus souvent 24 heures, le temps de la corticothérapie

Arrêt de travail, proposer accompagnement par sage femme libérale à domicile, organisation d'un RDV de consultation en maternité dans un délai de 15j à 3 semaines.

D. SITUATIONS PARTICULIERES :

RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES : cf protocole RPM < 37 SA

GROSSESSE GEMELLAIRE :

Les bêta-mimétiques sont formellement contre-indiqués.

Maintenir le même protocole de tocolyse que pour les singletons.

Attention aux complications spécifiques des grossesses gémellaires comme le syndrome transfuseur transfusé en cas de grossesse monochoriale : évaluation échographique

TRANSFERT IN UTERO : cf protocole TIU

Contre indications : accouchement imminent, anomalies du RCF, suspicion d'HRP...

Contacts :

En première intention : Terme \geq 26 SA contacter la maternité de Trousseau Tel : 20 158
(standard) **01 44 73 52 53 (salle de travail)**

Terme : dès 24SA et < 26 SA contacter la maternité de Port Royal ou autre
Tel : 20 127 (standard) **01 58 41 20 66 (salle de travail)** 01 58 41 20 47 (urgences mater)

En l'absence de place: contacter la cellule de transfert in utero Tel : 01 46 01 50 00

Le transfert des patientes est réalisé en ambulance.

SUR LE PLAN ADMINISTRATIF :

- Pour faciliter le recensement de ces patientes transférées, effectuer une admission dans l'UH 484, coucher la patiente dans un lit fictif puis faire une sortie par transfert (se rapprocher du personnel de l'accueil afin que ces modalités administratives soient faites)
- Ne pas transférer la patiente avec son dossier, faire une photocopie la plus complète possible + un courrier.
- Conserver le dossier et le transmettre à la sage femme d'évaluation informatique (Anne Laubies) dès que possible afin d'effectuer la saisie MSI