

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 : mars 2011
PRISE en CHARGE de la MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE	

- Définition :

Contractions utérines associées à modifications cervicales entre 24+0 et 36 SA + 6 Jours

- Diagnostic :

Examen clinique : contractilité utérine et toucher vaginal

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..

- Hospitalisation :

Pas de traitement tocolytique en ambulatoire

- Bilan d'admission :

Clinique : 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 avec un risque de prématurité.

- 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 :

Souffrance fœtale aigue, chorioamniotite, suspicion d'HRP

Fièvre maternelle.

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 : Hypo tension

OAP

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

TRACTOCILE® :

Indications : exceptionnelles, à réserver aux contre-indications aux inhibiteurs calciques, y compris sur les grossesses gémellaires.

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

Antibiothérapie systématique probabiliste par Josacine 250mg x 4/j, PO, pendant 10j maximum. Arrêt ou adaptation du traitement au retour des prélèvements bactériologiques vaginaux et urinaires. (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 dans la chambre ...

DUREE D'HOSPITALISATION : en fonction de l'évolution clinique, des conditions de repos au retour à domicile,.... Arrêt de travail, accompagnement par sage femme 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 :

La prise en charge initiale est identique avec une antibiothérapie initiale probabiliste. Au-delà de 32 SA pas d'indication à poursuivre la tocolyse après la cure de corticoïdes. En cas de signe de chorioamniotite : naissance rapide

GROSSESSE GEMELLAIRE :

Les bêtas mimétiques sont formellement contre indiqués.

Tocolyse per os, éviter de perfuser.

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

TRANSFERT IN UTERO :

Indication si terme < 32 SA et/ou estimation de poids fœtal < 1500g, à discuter avec le pédiatre de garde, en fonction de la réponse initiale au traitement et du contexte.

En cas de terme < 24 SA ou d'estimation de poids fœtal < 500g l'opportunité du transfert doit être discutée avec le pédiatre de garde et la famille.

Contre indications : accouchement imminent, souffrance fœtale aigue.

Contacts :

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

Terme < 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