



MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ (MAP)

PROTOCOLE réalisé par SCGO group 2019

Présenter le 22 Novembre 2019

18^{ème} SCGO Symposium : "maternal and new born health"

Venue: Hotel Phnom Penh

Prof KRUY LEANG SIM

OUTLINE

- **INTRODUCTION**
- **LES FACTEURS DE RISQUE**
- **PRISE EN CHARGE A L'ADMISSION DE LA PATIENTE**
- **PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE**

I. INTRODUCTION

- La prématurité concerne 11 % dans le monde.
- l'enquête de SCGO de 31 Janvier – 31 Mars 2018 au Cambodge environ 8.6%
- Pose de grand problème medical important.
- Coût élevé et sequelles graves pour les survivants

Donc l'importance est la prevention et pose des mesures preventives lors d'une grossesse ultérieure.

DEFINITION

Le MAP est définie par l'association de contractions uterines (CU) et de modifications cervicale survenant entre 26 SA à 36 SA + 6 jours avec ou non rupture des membranes . En absence de traitement elle peut conduire, spontanément ou non, à une naissance prématurée.

II. LES FACTEURS DE RISQUE

- Grossesse rapprochée
- Age maternel < 18 ou > 40 ans
- pathologies avec grossesse : HTA , Diabète, Anémie.....
- Malnutrition, BMI trop faible ou trop élevée
- Mode de vie(Tabac, drogues...)
- Bas niveau socio économique et intellectuel
- Problèmes psychologiques
- Traitements pour infertilité
- Infection pendant la grossesses

II.LES FACTEURS DE RISQUE (Con't)

- Grossesses mal suivies
- Antécédent d'accouchement prématuré
- Grossesses multiples
- Pathologie utérine
- Hydramnios
- ATCD d'avortement du 2ème trimestre
- Antécédents familiaux d'accouchement prématuré (soeur ou mère)
- Placenta praevia, métrorragies du 1er trimestre,
- Malformation foetale

III. PRISE EN CHARGE A L'ADMISSION DE LA PATIENTE

Interrogatoire :

- Rechercher les facteurs de risque.
- Evaluer l'âge gestationnel en semaine révolue (DDR, Echographie de datation)

Examen Clinique :

- Pouls, tension artérielle, température, poids de la patiente
- Tonus utérin, hauteur utérine
- Examen au spéculum et prélèvements vaginaux si nécessaire
- Toucher vaginal : état du col(Score de Bishop)
- Recherche des bruits du cœur foetal et /ou procède un enregistrement du rythme cardiaque foetal
- Recherche de mouvements actifs foetaux (MAF)

Examens complémentaires :

- Echographie transvaginale du col. Pour détecter la béance et la longueur cervicale (< 25 mm) et estimer le poids foetal par échographie obstétricale.
- Numération de formule sanguine (NFS),
- Le dosage de la protéine C réactive (CRP)
- Examen cyto bactériologique des urines systématique (ECBU).
- Examen bactériologique vaginal

Demander une consultation d'anesthésie, et consultation néonatalogue systématique

Informer la patiente des risques par un senior et/ou avec un pédiatre.

IV- PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

En cas de MAP avec membranes intactes:

- le repos au lit
- l'hospitalisation si nécessaire (hospitalization prolongée ne réduisent pas l'accouchement prématuré).

Arrêter les CU en 48 heures:

Inhibiteur calcique, la Nifédipine (Adalate[®] LP 20mg cp / LP sup), 30 à 40mg PO en dose de charge soit 10mg toutes les 10 à 15 minutes puis 60mg par jours avec dose maximum de 150mg

Contre-indications :

- Hépatopathie,
- Tension Artérielle Systolique (TAS) < 90mmHg,
- Angor instable
- Pathologie cardiaque y compris les troubles du rythme
- Infarctus du myocarde datant de moins d'un mois et
- Allergie.

- **Corticothérapie** avant 36 SA. Dexaméthasone (12mg X 2 fois dans l'intervalle de 12 h) /ou Betaméthasone (12 mg 2 fois dans l'intervalle 24h), en IM. Pas de recommandation pour la 2^{ème} injection en cas d'accouchement imminent. On discute d'une cure après 34 SA dans les situations à haut risque, de détresse respiratoire sévère et en cas particulier de césarienne programmée.
- **Sulfate de magnésie** pour la neuroprotection (paralysie cérébrale et retard de développement moteur) de l'enfant qui risque d'accoucher prématurément ≤ 32 SA dose initiale 5g en IV lente et 5g IM profonde des deux fesses.
- **Mode d'accouchement :**
 - Présentations eutociques, la césarienne systématique n'est pas recommandée.
 - Une surveillance continue du RCF au cours du travail.
 - L'épisiotomie est nécessaire.
- **Pas d'indication** d'antibiothérapie systématique

CONCLUSION

La meilleure connaissance des facteurs de risque (mise au point diagnostic et le traitement), l'administration de corticoïde et du sulfate de magnésie, et l'efficacité au long cours des tocolytiques ont permis de réduire la prématurité.

