



# Menace d'accouchement prématuré

Approuvé par

Prs Thierry RIETHMULLER et Thierry DEBILLON, Dr Véronique EQUY

## 1. Définition

Survient entre 22 SA et 36 SA et 6 jours

Se caractérise par l'association de :

- Contractions utérines régulières et douloureuses
- Modifications cervicales

## 2. Prise en charge à l'arrivée :

**Constantes maternelles** : Pouls, Pression artérielle, Température, Poids, Bandelette urinaire

### Examen clinique :

Activité utérine régulière et douloureuse

Inspection, HU, TV +/- échographie endo-vaginale (accord professionnel)

### Si Échographie du col :

- Une **longueur cervicale utile < 15 mm est un critère péjoratif** pour la population à bas risque.
- Le seuil prédictif d'un accouchement prématuré est une longueur cervicale  $\leq 25$  mm pour une patiente « à risque » (ATCD de FCT, AP...).

Il n'est pas recommandé de réaliser une nouvelle échographie du col dans les 48 h après l'hospitalisation sauf évènement intercurrent (grade C).

**ERCF** si  $\geq 24$  SA : 30 min avant le début du traitement.

Une grande prudence d'interprétation est recommandée entre 24-28 semaines en cas d'anomalie.

## 3. Bilan

### Bilan d'admission :

- NFS, Plaquettes, Groupe Rhésus, RAI
- CRP
- Prélèvements vaginaux et ECBU

### Échographie obstétricale :

Présentation fœtale, biométries et estimation de poids fœtal, position placentaire et quantité de liquide amniotique.

Envisager la consultation d'anesthésie.

Prévenir les pédiatres de l'établissement.

## 4. Contre-indications générales à la tocolyse :

### Absolues à la tocolyse :

- materno-fœtale : chorioamniotite, HRP et éclampsie
- fœtale : anomalie du RCF évoquant une hypoxie

## 5. Traitement :

### 5.1. Mise en place d'un traitement tocolytique :

Il doit :

- Permettre de retarder la naissance de 48h le temps de réaliser une cure de corticothérapie (si nécessaire) et de transférer in utero la patiente (en cas de besoin).
- Être débuté en hospitalisation
- Être administré entre 24 SA + 0 et 33 +6 SA

Une tocolyse peut être réalisée au cas par cas entre 22 SA et 24 SA (ex : gémellaire...), ou après 34 SA.

Il n'y a pas d'argument pour proposer une tocolyse à dilatation avancée (grade C) : le risque d'atonie utérine secondaire à la tocolyse n'est pas négligeable.

La durée du traitement tocolytique n'a pas montré de bénéfice à être prolongée au-delà de 48h de perfusion quand l'arrêt des contractions a été obtenu et le relais per-os n'a pas démontré d'efficacité notable (grade A).

L'hospitalisation prolongée (grade B) et le repos strict au lit (grade C) ne sont pas recommandés.

### 5.2. Antagoniste de l'Ocytocine : Atosiban (Tractocile®)

#### **Protocole d'administration de l'Atosiban**

- **Bolus initial:** injection intraveineuse de 0,9 ml de solution injectable contenant 6,75 mg d'Atosiban en 1 min.
- **Étape de traitement d'attaque :** Préparation des seringues de 50 ml : un flacon de 5 ml de solution contenant 37,5 mg d'Atosiban, à diluer dans 45 ml de NaCl 0,9% et passer au PSE vitesse 24 ml/h pendant 3 h
- **Étape d'entretien :** Même dilution (5 ml + 45 ml de NaCl 0,9 %) vitesse 8 ml/h pendant maximum 45 h. La dose totale de Tractocile® administrée ne doit jamais dépasser 330 mg (soit 8 flacons),

#### **Surveillance :**

Cardiotocographie : Enregistrement cardiotocographique (ECTG) jusqu'à l'arrêt des CU

**Effets indésirables fréquents :** Céphalées, vertiges, nausées, tachycardie, hypotension, réaction au point d'injection, fièvre, prurit, rash.

### 5.3. La corticothérapie

**Entre 24SA+0 et 33 +6 SA**, la corticothérapie doit être réalisée (cf. protocole corticothérapie)

Cas particulier : Accouchement imminent et/ou dilatation avancée

- ⇒ La 1<sup>ère</sup> injection de la 1<sup>ère</sup> cure de corticothérapie peut être réalisée. **Il n'est pas recommandé d'avancer la 2<sup>ème</sup> injection** de la 1<sup>ère</sup> cure.
- ⇒ Si la patiente a déjà bénéficié d'une cure de corticothérapie complète, il n'est pas recommandé de faire une 2<sup>ème</sup> cure de sauvetage.

#### 5.4. Traitements associés

- Prévention de la maladie thromboembolique
- Traitement de l'éventuelle étiologie
- Prévention de l'iso-immunisation Rhésus
- Le sulfate de magnésium n'est indiqué qu'en cas d'accouchement imminent et avant 32 SA (à visée de protection cérébrale fœtale).

### 6. Surveillance de la MAP :

On ne préconise pas de surveillance systématique

La contractilité utérine et la tolérance fœtale pourront être appréciées par l'ECTG.

### 7. Transfert in utero (TIU)

Pour toutes les questions de prise en charge autour de la limite de viabilité et/ou les questions particulières sur l'opportunité de transfert *in utero*, l'équipe de niveau 3 est à disposition pour toute discussion à ce propos.

Dans le cas où le niveau de prise en charge néonatale de l'établissement ne correspond pas à l'âge gestationnel de la grossesse, le transfert doit être organisé (après appel de la Cellule Régionale des Transferts Périnataux ☎ 04 72 63 47 99).

NB : Entre 22 SA et 24 SA, un transfert *in utero* vers un niveau III peut se discuter au cas par cas, suivant le « Protocole inter réseaux de la région AuRA – Extrême prématurité de 23 à 26 SA » disponible sur le site du réseau : <https://www.rpai-perinat.org/espace-securise/protocoles>

Le médicament de choix pour le TIU est l'**Atosiban**.

### Bibliographie :

Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé - Transfert in utero : organisation et information Synthèse de la recommandation de bonne pratique – HAS 2012

La Menace d'Accouchement Préaturé à membranes intactes. Recommandations pour la pratique clinique CNGOF. J Gynecol Obstet Biol Reprod vol. 45 ; déc 2016, n° 10

Prescriptions hors AMM des inhibiteurs calciques à visée tocolytique, groupe de travail CNGOF, J Gynecol Obstet Biol Reprod vol 44 ; avril 2015, n° 4

RPC HAS 2012: Transfert *in utero* [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/09r26\\_synt\\_tiu\\_synthese\\_organisation\\_et\\_information.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/09r26_synt_tiu_synthese_organisation_et_information.pdf)

<http://www.cngof.fr/actualites/703-adalate-map-20mg>

V 5 - Validé par le Bureau Exécutif du 05 décembre 2022 (MAJ)

« Ce protocole émane d'un groupe de travail du RPAI, basé sur des données scientifiques publiés et/ou issues des sociétés savantes. Ce ne sont que des conseils de bonnes pratiques qui ne peuvent être opposables »