

## 1. DÉFINITIONS

**Accouchement prématuré (AP)** : survenant avant 37 SA.

**Menace d'accouchement prématuré (MAP)** = situation associant avant 37 SA : CONTRACTIONS UTÉRINES (RESSENTIES OU ENREGISTRÉES À LA TOCOMÉTRIE) + MODIFICATIONS CERVICALES (EEV < 25mm et/ou TV).

**Une prise en charge active du risque d'AP est à instaurer entre 24 et 33 SA + 6j.**

Avant 22 SA, il s'agit d'une **menace de fausse couche tardive (FCT)**.

## 2. CRITÈRES DE GRAVITÉ

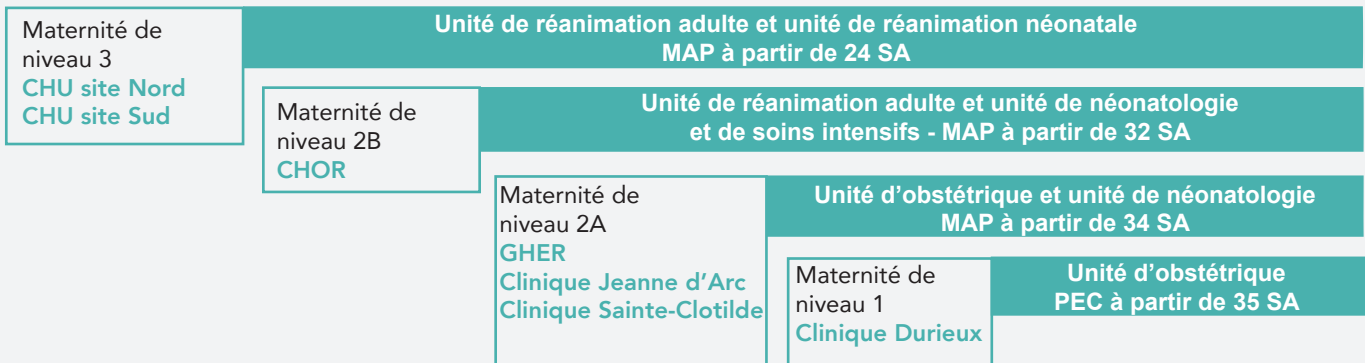
- Antécédents de : prématurité, béance cervico-isthmique, malformation utérine
- AG < 32 SA, grossesse multiple
- Signes infectieux (fièvre > 38°C, tachycardie fœtale > 160 bpm)
- CU fréquentes et/ou douloureuses
- Modifications cervicales
- Biologie : GB > 20 000, CRP > 20

## 3. PRISE EN CHARGE

PEC active du risque d'AP à instaurer en cas de MAP entre 24 et 33 SA + 6j.

HOSPITALISATION en maternité de niveau adapté selon AG et autres FDR.

En cas d'éloignement géographique de la patiente, adresser à la maternité de proximité qui réalisera si besoin un transfert médicalisé vers la maternité de niveau adapté.



## BILAN INITIAL INTRA-HOSPITALIER

CLINIQUE	BIOLOGIE	ÉCHOGRAPHIE	CARDIO-TOCOGRAPHIE FŒTALE
Constantes hémodynamiques, température, palper utérin TV Spéculum (éliminer RPM)	NFS, CRP +/- bilan pré-op +/- hémoculture si hyperthermie > 38°C et/ou frissons +/- iono, urée, créat, PV avec PCR CT, gono, mycoplasmes BU + ECBU Vérifier sérologies (toxos, rubéole, AgHBs, syphilis +/- hépatites, CMV, Parvovirus B19 sur points d'appel)	Présentation, biométries, QLA (éliminer hydramnios), vitalité, localisation placentaire EEV (ouverture col, présence ou non protusion des membranes)	

**Conseils d'usage** : repos (alitement si MAP sévère avec PDE dans le vagin), bas de contention, conseils hygiéno-diététiques (hydratation, +/- laxatifs).

Dépistage des violences intra-familiales (à fortiori en cas d'antécédent d'AP).

## TOCOLYSE envisagée si MAP entre 24 et 34 SA (par Nifédipine ou par Atosiban)

**CI à une tocolyse** : hypotension (CI Nifédipine), MFIU, HRP, infection intra utérine (IUU), PE sévère, allergie à une des molécules, à discuter avec spécialiste de la pathologie (cardiopathie maternelle, pathologie hépatique).

## PROTOCOLE NIFÉDIPINE LP

### Contre-indications :

- Hypersensibilité connue aux inhibiteurs calciques
- Administration par voie systémique de  $\beta$ mimétiques dans les 48 heures précédentes
- Antécédents cardio-vasculaires sévères : angor instable, infarctus du myocarde
- Hypotension artérielle

**Effets secondaires** : céphalées, bouffées de chaleur, flush. Rarement : hypotension. Arrêt du traitement si hypotension (si PAS < 80mmHg => Ephédrine 2ml (soit 6mg) en IVD), tachycardie sévère, malaise, allergie.

A avaler per os (ne pas utiliser en sublingual car risque d'hypotension).

## PRISE EN CHARGE (SUITE)

### PROTOCOLE NIFÉDIPINE LP (SUITE)

#### TRAITEMENT D'ATTAQUE

- Voie veineuse périphérique avec RINGER, 1 litre /24 h
- 1 cp de Mapakna® (nifédipine 20 mg LP), à répéter une fois après 30 minutes (soit 2 cp en 30 minutes)
- Surveillance de la pression artérielle : toutes les 15 minutes durant 2 heures

#### TRAITEMENT D'ENTRETIEN

- À débiter minimum 3H après la fin de la dose de charge
- Nifédipine 30mg LP toutes les 12h pdt 48H (soit 4 cp au total)
- Attendre au moins 2 heures pour juger de l'efficacité ou non de la Nifédipine.
- Durée du traitement : 48 heures.

### PROTOCOLE ATOSIBAN (TRACTOCILE®)

Antagoniste de l'ocytocine naturelle.

**Pas de contre-indication** décrite.

**Effets secondaires** : hyperglycémie, tachycardie maternelle, douleur thoracique : décrits, très rares.

#### BOLUS INITIAL

- Flacon de TRACTOCILE® de 0,9ml (soit 6,75mg d'Atosiban) en injection intra-veineuse sur 1 minute.

#### TRAITEMENT D'ENTRETIEN

- Préparation des seringues/poches de 50ml ou 100ml : 1 flacon de TRACTOCILE® de 5ml (contient 37,5 mg d'Atosiban/5ml soit 7,5mg/ml) à diluer dans 45ml de sérum physiologique
- Ou 1 flacon de TRACTOCILE® de 10ml (contient 75mg Atosiban/10ml soit 7,5mg/ml) à diluer dans 90 ml de sérum physiologique
- Débit des seringues électriques (idem poches de 50 ou 100 ml) : 24ml/h durant 3 heures puis 8ml/h pendant 45 heures.
- La dose totale de TRACTOCILE® administrée **ne doit jamais dépasser 330mg** (soit 8 flacons), soit un traitement de 48 heures au maximum.
- Surveillance : monitoring

## CORTICOTHERAPIE (uniquement en intra-hospitalier)

Cure indiquée entre 23 SA+6j et 33SA+6j de façon systématique pour MAP si col < 15 mm ou CU malgré tocolyse ou suspicion IIU. A discuter pour les MAP sans critère de sévérité avec une mesure du col entre 15 et 25 mm (effet max de la corticothérapie dans les 7 jours).

La répétition des cures est à éviter (risque neurologique néonatal) : une éventuelle 2ème cure peut être discutée au cas par cas (délai minimum de 2 semaines entre 2 cures et à réaliser avant 30 SA).

#### Posologie :

Bétaméthasone (Célestène chronodose®) : 1 injection 12mg en IM à répéter à 24H d'intervalle.

Pas d'indication à rapprocher 2 injections d'une même cure (le bénéfice optimal des corticoïdes débute à 24H de la 1<sup>ère</sup> injection).

**Effets secondaires** : Diminution de la variabilité du RCF et des mouvements actifs fœtaux, augmentation de la tension artérielle, déséquilibre glucidique (en cas de diabète : pas de contre-indication mais surveillance glycémique adaptée).

## AUTRES TRAITEMENTS

**Sulfate de magnésium** (cf protocole MgSO4 RePÈRE 10/06/21): indication pour la neuroprotection fœtale, à envisager si terme ≥ 24 et < 32 SA en cas de naissance imminente avec échappement à la tocolyse et en l'absence de Cl.

**Place de la progestérone** : col court + asymptotique découvert fortuitement en consultation + sans ATCD d'accouchement prématuré ou de FCT => progestérone vaginale 200mg/J jusqu'à 34 SA.

## 4. PROPOSITION DE SURVEILLANCE : (à adapter à chaque centre)

Maintien de l'hospitalisation au minimum jusqu'à la 2<sup>ème</sup> injection de bétaméthasone.

Pas d'ECT (monitoring) avant 26 SA (surveillance par bruits du cœur fœtaux).

**Pas de surveillance monitoring systématique** : seulement si CU ressenties par la patiente ou 1/j durant la période de tocolyse ; puis par exemple 1x/semaine et avant la sortie.

Pas de monitoring du col après corticothérapie anténatale.

PV/ECBU sur point d'appel.

NFS, CRP sur point d'appel.

**SORTIE et RAD** : examen par TV et EEV réalisés au cas par cas, à l'appréciation du praticien responsable de la sortie.

AG : âge gestationnel  
 CRP : C Réactive Protéine  
 CT : chlamydiae trachomatis  
 CU : contractions utérines  
 ECBU : examen cyto bactériologique des urines  
 EEV : échographie endovaginale  
 HRP : hématome rétro-placentaire  
 IIU : infection intra-utérine  
 MAP : menace d'accouchement prématuré  
 NFS : numération de formule sanguine  
 PDE : poche des eaux  
 PEC : prise en charge  
 PV : prélèvement vaginal  
 RAI : recherche d'agglutinines irrégulières  
 SA : semaines d'aménorrhées  
 TV : toucher vaginal  
 VIH : virus d'immunodéficience humaine