


RECOMMANDATIONS DU RESEAU PERINATAL LORRAIN

<p>Réseau Périnatal Lorrain</p> 	<p>RECOMMANDATIONS RPL_2020_MAP</p> <p>MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE (MAP) A MEMBRANES INTACTES</p>	<p>Version du 18/12/2019</p> <p>Rédaction Dr Gauchotte Dr Rouabah Dr Creutz Leroy Mme Trabelsi</p> <p>Validation Conseil de coordination du 16/01/2020</p>
---	--	--

I – DEFINITION

Survenue de contractions utérines et/ou modifications cervicales chez la femme enceinte entre 22 SA et 36 SA+6j conduisant à une naissance prématurée en l'absence de traitement.

II – PRISE EN CHARGE A L'ADMISSION DE LA PATIENTE

L'interrogatoire	Objectifs	Commentaires
	<p>Rechercher les facteurs de risques d'accouchement prématuré</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Antécédent</u> d'accouchement prématuré, de fausse-couche tardive, d'infection (pyélonéphrite aiguë Conisation, utérus malformé, exposition au diéthylstilbestrol (Distilbène) ➤ Placenta bas inséré, grossesse multiple ➤ Socio-économique : femme seule, bas niveau socio-économique, travail pénible, stress, grossesse non/mal suivie ou non déclarée ➤ Tabagisme, alcoolisme, autres addictions <p><i>(liste non exhaustive)</i></p>
	<p>Evaluer le terme</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'âge gestationnel doit être recalculé précisément et exprimé <u>en SA + jours</u> avec les éléments à disposition (DDR, date de grossesse déterminée par l'échographie de datation).

L'examen clinique	Objectifs	Commentaires
	Procéder à un examen médical et obstétrical complet	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pouls, tension artérielle, température, poids de la patiente ➤ Tonus utérin, hauteur utérine ➤ Examen au spéculum et prélèvements vaginaux ➤ Toucher vaginal : état du col
	Rechercher les bruits du cœur fœtal et /ou procéder à un enregistrement cardiaque fœtal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enregistrement du RCF à partir de 24 (RCF + toco) pendant 30 minutes avant la mise en route du traitement ➤ Recherche des bruits du cœur avant 24. ➤ Recherche de mouvements actifs fœtaux (MAF)
Les autres examens	Affiner le diagnostic - Préparer la prise en charge	
	Echographie du col	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Longueur cervicale < 25 mm avec contractions utérines <i>Cf. Annexe 1</i>
	Bilan biologique	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Numération formule sanguine (NFS) ➤ Recherche d'agglutinines irrégulières + Compléter si nécessaire le groupage sanguin ➤ Bandelette urinaire (+/- ECBU selon signes d'appel) ➤ Sur signe(s) d'appel : TP, TCA, Protéine C Réactive (CRP) Ionogramme, Transaminases
	Estimer le poids fœtal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Echographie obstétricale
	Demander une consultation d'anesthésie	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Systématique
	Informers la patiente	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Information conjointe du senior d'obstétrique et de pédiatrie. Informations sur les risques liés à la prématurité. Si nécessaire, évoquer le transfert.

III - PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION ET TRAITEMENT

Principales situations cliniques :	
MAP « certaine » = Contractions utérines régulières et modifications cervicales avec longueur cervicale < 25mm	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tocolyse ➤ Maturation fœtale Cf. recommandations du Réseau Périnatal Lorrain « Maturation fœtale par corticothérapie anténatale » ➤ Demande de transfert materno-fœtal sur maternité adaptée à l'âge gestationnel et/ou à l'estimation du poids fœtal (tableau en annexe 2)
MAP « suspectée » = Contractions utérines mais longueur cervical > 25 mm	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tocolyse ➤ Réévaluation clinique après 2h de traitement tocolytique <ul style="list-style-type: none"> ○ Si arrêt des contractions et pas de modification cervicale : pas de maturation fœtale ni de transfert ○ Si poursuite des CU et/ou modifications cervicales avec longueur cervicale < 25 mm : maturation fœtale et demande de transfert materno-fœtal sur maternité adaptée à l'âge gestationnel et/ou à l'estimation du poids fœtal (tableau en annexe 2)
Découverte fortuite d'un col court < 25 mm sans contraction utérine	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Demande d'avis auprès du senior de garde de la maternité adaptée à l'âge gestationnel et/ou à l'estimation du poids fœtal (tableau en annexe 2)
A noter que toute MAP « certaine » ou MAP « suspectée » échappant à la tocolyse implique une corticothérapie de maturation et un transfert vers un établissement adapté à l'âge gestationnel.	

LA TOCOLYSE

Mise en œuvre

A partir de 22 SA et jusqu'à 35 SA-36 SA.

- Entre 35SA et 36SA, la tocolyse est à discuter au cas par cas en fonction des bénéfices attendus.

Durée 48 heures maximum.

Il semble ne pas avoir de bénéfice à la poursuite du traitement au-delà des 48 heures.

Contre-indications obstétricales à la tocolyse

Toute situation maternelle ou fœtale contre-indiquant la poursuite de la grossesse.

Choix du médicament

Entre 22 SA et 35 SA

En 1^{ère} intention : Nifédipine (ADALATE®)

Contre-indications :

- Hépatopathie,
- Tension Artérielle Systolique (TAS) < 90mmHg,
- angor instable,
- déficit en lactase
- syndrome de malabsorption du glucose
- infarctus du myocarde datant de moins d'un mois et
- allergie.

Dose de charge :

1 cp d'ADALATE® 20 mg LP (à avaler sans croquer)

Evaluation après 30 min de traitement

Si persistance des CU : 1 cp d' ADALATE® 20 mg LP

Si traitement **inefficace après 2 heures au total** : relais par **TRACTOCILE®**

Traitement d'entretien :

Poursuivre avec 1 cp d' ADALATE® à H3 puis 1 cp d' ADALATE® toutes les 8h pendant 48 heures si les CU persistent.
Traitement maintenu maximum 48h (prise totale de 8cp au maximum)

En cas d'intolérance à l'ADALATE® (céphalées, hypotension)

Discuter l'arrêt du traitement ou la substitution par **TRACTOCILE®**

Surveillance

Tension artérielle et fréquence cardiaque toutes les 15 minutes pendant 2 heures.

RCF pendant la 1^{ère} heure de traitement.

LA TOCOLYSE (suite)

Choix du médicament (2)

Entre 22 SA et 35 SA

2ème intention : Atosiban (TRACTOCILE®)

Indications

- Echec de tocolyse par Nifédipine,
- Contre-indication à la Nifédipine.

Contre-indications

Aucune

Dose de charge

Bolus initial : Prélever 0,9 ml dans un flacon de Tractocile* 6,75 mg /0,9 ml solution injectable et administrer lentement, en 1 minute, le bolus par voie intraveineuse, sous surveillance médicale dans un service d'obstétrique. Tractocile* 6,75 mg/0,9 ml solution injectable doit être utilisé immédiatement.

Perfusion de charge

Perfusion continue à dose forte : Préparation de la solution à perfuser par voie intraveineuse qui fait suite au bolus, Tractocile* 37,5 mg/5 ml solution à diluer à l'aide de l'une des solutions suivantes :

- Solution injectable de chlorure de sodium 9 mg/ml (0,9 %)
- Solution de Ringer Lactate
- Solution de glucose à 5 % p/v.

Prélever 10 ml de solution de la poche de perfusion de 100 ml et les éliminer. Les remplacer par 10 ml de Tractocile 37,5 mg/5 ml soit la solution à diluer prélevée à partir de 2 flacons de 5 ml, pour obtenir une concentration de 75 mg d'Atosiban par 100 ml. Administrer la préparation à un débit de 24 ml/heure (soit 18 mg/heure) pendant 3 heures sous surveillance médicale dans un service d'obstétrique.

Perfusion d'entretien

Perfusion d'entretien : Après 3 heures de perfusion de charge, le débit est réduit à 8 ml/heure pendant 15 à 45 heures au maximum.

Préparer de la même façon d'autres poches de 100 ml afin de pouvoir assurer la continuité de la perfusion.

Effets indésirables
(peu fréquents)

Nausées, vomissements, hyperglycémie, céphalées, vertiges, tachycardie, bouffées de chaleur, hypotension.

Surveillance

Pas de surveillance spécifique au traitement

Quel que soit le traitement retenu	
Entre 35 SA et 36 SA	➤ Evaluer le rapport bénéfice risque maternel et fœtal.
Au-delà de 36 SA	➤ Pas d'indication de tocolyse.
Durée de la tocolyse	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien de la tocolyse pendant 48 heures. • Pas de poursuite du traitement ou relais per os non systématique
En cas de récurrence de la Menace d'accouchement prématuré :	➤ Mettre en place les mêmes traitements

IV – CORTICOTHERAPIE ANTENATALE

<i>Cf Recommandation «Maturation fœtale par Corticothérapie Anténatale » du Réseau Périnatal Lorrain</i>	
Indications	Menace d'accouchement prématuré avérée (MAP « certaine » ou MAP « suspectée » échappant à la tocolyse) à partir de 23 SA + 5 jours (délai d'efficacité de 48h) et jusque 34 SA.
<u>Cas particulier</u>	<p><i>La maturation fœtale peut être envisagée au cas par cas pour les âges gestationnels compris entre 23 SA et 23 SA + 5 jours, si une demande formelle de prise en charge est exprimée par les parents après une information claire et loyale.</i></p> <p><i>La décision est prise conjointement par les parents, l'équipe médicale en charge de la mère et les équipes obstétricales et de réanimation de type 3 qui seront en charge de l'enfant à naître.</i></p>
Durée d'action de la cure de corticothérapie	Une cure de corticothérapie anténatale a une durée d'action estimée entre 10 et 15 jours environ.
Renouvellement de la cure de corticothérapie	Une deuxième cure est possible passé le délai de 15 jours. Une 3 ^{ème} cure n'est pas recommandée (pas de bénéfice prouvé).

V – ANTIBIOTIQUES

Indications	<i>Pas d'indication d'antibiothérapie systématique</i>
En cas de points d'appel infectieux	<ul style="list-style-type: none">➤ Réaliser un bilan infectieux complet➤ Attention, si une antibiothérapie est indiquée, l'utilisation de l'Augmentin (amoxicilline + acide clavulanique) n'est pas conseillée car risque augmenté d'entérocolite néonatale.

VI – AUTRES

Repos	<ul style="list-style-type: none">➤ Attention au risque thromboembolique : pas de repos strict
Prévention thromboembolique	<ul style="list-style-type: none">➤ Contention veineuse : bas de contention ajustés aux mensurations de la patiente
Prophylaxie par Gamma-globulines anti-D	<ul style="list-style-type: none">➤ Chez la mère Rhésus négatif (cf. annexe 3)

VII – ORGANISATION DU TRANSFERT MATERNO-FCETAL

Les modalités d'organisation sont disponibles sur le site du réseau – Recommandations
« Transfert materno-fœtal » du Réseau Périnatal Lorrain

Le tableau des gradations de prises en charge néonatales par type de maternité, critères, et par département est disponible en Annexe 2.

CONDUITE A TENIR EN CAS DE TRANSFERT	
Indications	MAP stable = pas de CU et plus de modification cervicale durant 2 h.
Organisation du transfert	➤ Voir recommandations « transfert materno-fœtal » du RPL
Médicalisation du transfert	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Concertation entre l'obstétricien senior demandeur, l'obstétricien senior receveur, le pédiatre senior receveur et le senior régulateur du SAMU. ➤ Type de transfert : indications de la médicalisation des transferts en annexe 5 mais de manière générale, le transfert est non médicalisé en ambulance simple. ➤ L'accord de transfert est donné par l'établissement receveur.
Traitement médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avant le départ de la patiente : <ul style="list-style-type: none"> • tocolyse par atosiban • corticothérapie anténatale ➤ Durant le transport : atosiban en seringue électrique, la seringue doit être pleine au moment du départ, pas de modification de dosage nécessaire.
Juste avant le départ	<ul style="list-style-type: none"> ➤ +/- Dernier contrôle du col (TV) à l'appréciation du praticien ➤ Vérification quantité d'atosiban (seringue pleine) ➤ Vérification du bon fonctionnement de la SE
Durant le transport	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les ambulanciers sont tenus : <ul style="list-style-type: none"> • d'informer la régulation du SAMU en cas de mise en route de l'alarme de la SE ou de tout autre événement clinique (douleurs, contractions, perte de sang ou de liquide) • de retourner le pousse-seringue à l'établissement adresseur s'il a été prêté

VIII – SURVEILLANCE AU COURS DE L'HOSPITALISATION

Activité cardiaque fœtale	➤ Vérification quotidienne
ERCF	➤ 1 fois par semaine
Pas de toucher vaginal	➤ Sauf point d'appel clinique

IX – RETOUR A DOMICILE APRES HOSPITALISATION

Prescriptions	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pas de traitement tocolytique au long cours systématique ➤ Arrêt de travail – repos
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reprise des consultations prénatales habituelles ➤ +/- surveillance à domicile par une sage-femme (1 à 2

BIBLIOGRAPHIE

Cabrol D, Goffinet F. Menace d'accouchement prématuré à membranes intactes. Protocoles cliniques en obstétrique. Abrégés de périnatalité. 3^{ème} Edition. Masson 2009 ; p129-132

Prise en charge d'une menace d'accouchement prématuré. Protocoles en Gynécologie Obstétrique. CNGOF Masson 2007 ; p101-102

Tsatsaris V, Goffinet F, Carbonne B, Abitayeh G, Cabrol D. Tocolyse de première intention par Nifédipine. Gynecol Obstet Fertil 33 (2005) 263-265

Bekkari Y, Lucas J, Beillat T, Chéret A, Dreyfus. Tocolyse par la Nifédipine : utilisation en pratique courante. Gynecol Obstet Fertil 33 (2005) 483-487

Cabrol D, Goffinet F, Carbonne B, Dreyfus M, d'Ercole C. La menace d'accouchement prématuré à membranes intactes. Recommandations pour la pratique clinique CNGOF. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002 ; 31 suppl. au n°7.

Tsatsaris V, Papatsonis D, Goffinet F, Dekker G, Carbonne B. Tocolysis with nifedipine or beta-adrenergic agonists: a meta-analysis. Obstet Gynecol 97 (2001) 840-47.

Mesure de la longueur du canal cervical du col de l'utérus par échographie par voie vaginale – intérêt dans la prévision de l'accouchement prématuré spontané, Avis sur les actes, HAS, juillet 2010.

Prévention de l'allo-immunisation Rhésus D fœto-maternelle, recommandations pour la pratique clinique, 2005.

Recommandations formalisées d'experts 2010 : urgences obstétricales extrahospitalières de la société française d'anesthésie et de réanimation et de la société française de médecine d'urgence et Guide d'aide à la régulation au SAMU centre 15.

Annexe 1

TECHNIQUE DE MESURE DU COL UTERIN A L'ECHOGRAPHIE INTRAVAGINALE

- Voie endovaginale exclusivement
- Vessie vide
- Placer la sonde échographique sur le col (lèvre antérieure du col le plus souvent) et repérer en coupe sagittale l'orifice interne, le canal cervical et l'orifice externe.

Après la reconnaissance de ces repères grâce à une pression suffisante sur le col, **il est nécessaire de retirer la sonde** pour ne pas trop appuyer sur le col, ce qui « allongerait » artificiellement sa longueur.

Deux mesures au moins doivent être réalisées et, concernant la longueur du canal cervical, c'est la mesure la plus petite qui doit être retenue.

Annexe 2

TABLEAU DES GRADATIONS DE PRISES EN CHARGE NEONATALES PAR TYPE DE MATERNITE, CRITERES, ET PAR DEPARTEMENT

Maternité de type I	≥ 36SA et Pds de naissance estimé ≥ 2000g
	54 Meurthe et Moselle CH Alpha Santé de Mont Saint Martin CH de Briey CH de Toul CH de Lunéville
	55 Meuse CH de Bar le Duc
	57 Moselle Clinique Saint Nabor CH de Sarrebourg CH de Sarreguemines
Maternité de type IIA (+ Néonatalogie)	≥ 34SA et Pds de naissance estimé ≥ 1800g
	54 Meurthe et Moselle
	55 Meuse CH de Verdun
	57 Moselle
Maternité de type IIB (+ néonatalogie + Soins Intensifs néonataux)	≥ 31SA et Pds de naissance estimé ≥ 1200g
	54 Meurthe et Moselle Clinique Majorelle
	55 Meuse
	57 Moselle Clinique Claude Bernard CHIC Unisanté+ de Forbach CHR site de Metz (Mercy) / CHR site de Thionville
	88 Vosges CH d'Epinal
Maternité de type III (+ Néonatalogie + Soins Intensifs néonataux + Réanimation Néonatale)	< 31 SA et /ou Pds de naissance estimé < 1200g Autres AG et Pds de naissance avec pathologie associée
	54 Meurthe et Moselle CHRU de Nancy

Les modalités d'organisation sont disponibles sur le site du réseau – Recommandations «Transfert materno-fœtal» du Réseau Périnatal Lorrain

<https://www.reseauperinatalloirain.fr/recommandations-rpl/transfert/>



Recommandation transfert materno-foetal

Annexe 3

PROPHYLAXIE PAR GAMMA-GLOBULINES ANTI-D

http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_13.HTM

- La fiche de demande de transfert est disponible sur le site du RPL :

<https://www.reseaperinatalorrain.fr/recommandations-rpl/transfert/>

Annexe 5

INDICATIONS DE MEDICALISATION D'UN TRANSFERT IN UTERO POUR MAP

Recommandations formalisées d'experts 2010 : urgences obstétricales extrahospitalières de la société française d'anesthésie et de réanimation et de la société française de médecine d'urgence et Guide d'aide à la régulation au SAMU centre 15.

Tableau 4. Choix du vecteur selon l'état de la patiente (circulaire n° DHOS 2006-273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnataux des mères)

Classe 1 : ambulance simple

Rupture prématurée des membranes isolée

MAP sans tocolyse intraveineuse, y compris les jémellaires

MAP d'une grossesse simple avec tocolyse intraveineuse par antagoniste de l'ocytocine

Classe 2 : transfert infirmier interhospitalier (T2IH)

MAP d'une grossesse simple avec tocolyse intraveineuse (médicalisation à discuter au cas par cas en fonction du tocolytique choisi)

MAP jémellaire avec tocolyse intraveineuse par antagoniste de l'ocytocine (à défaut classe 1, si vecteur 2 indisponible)

Classe 3 : transport médicalisé (Smur)

MAP avec tocolyse intraveineuse : médicalisation à discuter au cas par cas en fonction du tocolytique choisi

MAP avec dilatation du col ≥ 4 cm et terme < 30 SA : à discuter avec le Samu en conférence téléphonique avec demandeur et receveur