

ITEM 21 : PREMATURITE ET RCIU : FDR ET PREVENTION.

ITEM 21 : MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE (MAP)

GENERALITES

Accouchement prématuré	<ul style="list-style-type: none"> - Accouchement survenant entre 22 et 37 SA - 32-37 SA : Moyenne prématurité - 28-32 SA : Grande prématurité - < 28 SA : Très grande prématurité / prématurissime NB : NN viable : Naissance > 22 SA – Poids > 500g
MAP	<ul style="list-style-type: none"> - Contractions utérines douloureuse – Rapprochées – Persistentes - Entraînant une modification du col - Aboutissant à un accouchement prématuré en l'absence d'intervention médicale

ETIOLOGIE

M A T E R N E L L E S	FdR	<ul style="list-style-type: none"> - ATCD d'accouchement prématuré - ATCD de FCS/IVG - Age maternel < 18 ans ou > 35 ans - Longs trajets quotidiens – Travail difficile - Mère célibataire - Bas niveau socio-économique - Prise de toxiques
	Générales	<ul style="list-style-type: none"> - Infection (même bactériurie asymptomatique) - Fièvre - Anémie maternelle - Diabète gestationnel - Traumatisme abdominal - Pré-eclampsie - FIV
	Locales	<ul style="list-style-type: none"> - Malformations utérines/utérus Distilbène - Béance cervico-isthmique - Fibrome endo-cavitaire volumineux
Foetale		<ul style="list-style-type: none"> - Surdistension utérine : Grossesse multiple – Hydramnios - Chorioamniotite - RPM - Anomalie placentaire : PP – Décollement placentaire - Métrorragies des T2 et T3 - Anomalies chromosomiques - Souffrance fœtale aiguë ou chronique - RCIU - Incompatibilité rhésus
Idiopathique		40% des cas

CLINIQUE

Diagnostic positif	<ul style="list-style-type: none"> - Terme entre 22 et 37 SA - Contractions utérines régulières – douloureuses – rapprochées - Modifications du col utérin : Raccourci – Ramolli +/- ouvert – Se centrant
Diagnostic étiologique	++ Rechercher un RPM – Métrorragies Signes infectieux

PARACLINIQUE

Diagnostic	- Electrocardiogramme externe : Contractions utérines - Echographie endovaginale du col utérin : MAP si col < 25 mm - Recherche de fibronectine fœtale dans les sécrétions vaginales : Si négatif : VPN = 90% pour éliminer une MAP avant 34 SA
Etiologique	- Bilan infectieux : NFS _{sq} – CRP – PV – ECBU – HC si T>38,5°C - Test à la diamine oxydase si suspicion de RPM
Pré-thérapeutique	Si utilisation de β ₂ ⁺ : Iono – Glycémie - ECG
Fœtal	- RCF – MAF - Echographie obstétricale – Présentation – Manning – Estimation du poids fœtal – Liquide amniotique – Position du placenta

PRISE EN CHARGE D'UNE MAP < 34 SA

! Urgence thérapeutique

Mise en conditions	- Hospitalisation dans un centre adapté au degré de prématurité - Repos au lit
Tocolyse	- Au minimum 48h - En l'absence de CI : Toute pathologie maternelle ou fœtale rendant périlleuse la poursuite de la grossesse (chorioamniotite ++) - 1 ^{ère} intention : Loxen IV - 2 ^{ème} intention : Atosiban IV (Antagoniste de l'ocytocine) - Pas de tocolyse avant 34 SA - Eviter le salbutamol IV – CI si grossesse gémellaire ou ATCD cardiologique
Autre TTT médic	- Corticothérapie maturative : Célestène – 2 injections IM à 24h d'intervalle - Ig antiD si Rh -
TTT étiologique	Systématique
Surveillance	- Maternelle : CU – Monitoring – Echo cervicale – EI des tocolytiques - Fœtales : MAF – RCF

COMPLICATIONS DE LA PREMATURITE

	Aiguë	Chronique
Générale	- Hypocalcémie - Hypoglycémie - Hypothermie - Anémie - Infection NN précoce	Mort subite inexpliquée plus fréquente
Pulmonaire	- MMH (< 34 SA ++) - Apnée (centrale) - Retard de résorption du liquide amniotique - Infections pulmonaires	Bronchodysplasie
Neurosensorielle	- Hémorragie intra-ventriculaire - Ischémie péri-ventriculaire	- Leucomalacie péri-ventriculaire - Trouble du dvpmt psychomoteur - Tb du comportement - Myopie – Strabisme - Surdité - Tb de la relation parent-enfant - Sévices à enfant
Digestive	- Entérocolite ulcéro-nécrosante - Difficultés alimentaires	- Sténose post-entérocolite - Sténose du pylore
Hépatique	- Ictère	
CV	- HTAP - PCA	
Rénal	- Tubulopathie	

PREVENTION DE LA PREMATURITE

Lorraine Waechter - <http://ficheseqn.wordpress.com/>

- Connaître et rechercher les FdR de prématurité
- Cotation du CRAP : Coefficient de Risque d'Accouchement Prématurité
- Transfert in utéro en maternité de niveau adapté au terme
- TTT des MAP
- CorticoT anténatale si MAP < 34 SA
- Cerclage du col en cas de béance
- Arrêt de travail précoce / Aides ménagères

ITEM 21 : RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES (RPM)

ETIOLOGIES

- Infection
- Placenta praevia
- Hydramnios
- Béance cervicale
- Amniocentèse tardive
- Traumatisme abdominal
- Idiopathique

DIAGNOSTIC

Diagnostic positif	- Ecoulement de liquide à l'interrogatoire/au spéculum - Test à la diamine oxydase positif /!\ Limiter les TV pour limiter le risque infectieux
Retentissement	- Monitoring fœtal - Echographie : Quantité de liquide – Manning – Poids fœtal
Complications	- Toujours rechercher une chorioamniotite - NFSpq – CRO – PV – ECBU – HC si fièvre - Echographie du col si suspicion de MAP

COMPLICATIONS

Infectieux	- Chorioamniotite - Infections périnatales
Obstétrical	- Prématurité - Décollement placentaire
Fœtal	Si RPM précoce + Oligoamnios sévère : - Hypoplasie pulmonaire - Déformation des membres et de la face

PRISE EN CHARGE < 34 SA

Mise en condition	- Hospitalisation en maternité adaptée à l'âge gestationnel - Repos au lit
TTT médical	- ATB : Amoxicilline 7-14j – Dalacine si CI - Corticothérapie maturative
Surveillance	- Clinique quotidienne : T – MAF – CU – RCF - Paraclinique : NFS – CRP – PV
Accouchement	- Si signe de chorioamniotite : Extraction fœtale en urgence par césarienne - Si pas de signes infectieux : Balance entre expectative (↑ risque infectieux - ↓ risque de la prématurité) et extraction rapide (↓risque infectieux - ↑ risque de la prématurité)

- NB : Si RPM > 34 SA : Naissance rapide

ITEM 21 : RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTERIN (RCIU)

GENERALITES

RCIU	Biométries fœtales < 10 ^{ème} percentile
RCIU sévère	Biométries fœtales < 3 ^{ème} percentile
RCIU harmonieux	- Globale – Touchant tous les pôles (céphaliques, abdominal, fémoral) - Précoce – plus grave - Etio : Anomalies chromosomiques – Infections
RCIU dysharmonieux	- Segmentaire – Touche un seul pôle (abdominal ++) - Tardif (T3) – moins grave - Etio : Insuffisance placentaire

ETIOLOGIES

M A T E R N E L E S	FdR	- Age < 20 ou > 40 ans - Primiparité - ATCD de RCIU - Conditions socio-économiques défavorisées
	Générale	- Malformations utérine/Utérus Distilbène - Hypoxie chronique (I.respiratoire, anémie, cardiopathie cyanogène) - Carences nutritionnelles/dénutrition - Sd vasculo-rénaux : HTA/pré-éclampsie – Néphropathie – LED – SAPL - Toxiques : Tabac – Drogues – Médicaments – Rayons X
	Placentaire	RCIU dysharmonieux - Insuffisance placentaire - Mal placentation / Pré-éclampsie - Placenta praevia - Chorirangiome (tumeur placentaire) - Pathologie du cordon : Cordon grêle – A.ombilicale unique – Nœud au cordon - Infarctus placentaire
Foetale		RCIU harmonieux - Grossesse multiple - Infection - Anomalie chromosomique – Malformation
Autre		- Foetus constitutionnellement petit : Petit PDN isolé (dg d'élimination) - Cause non retrouvée

DIAGNOSTIC

/!\ Devant toute RCIU :

1) Eliminer une erreur de terme 2) Faire une courbe de croissance à la recherche d'une cassure

Positif		- HU insuffisance pour l'âge gestationnel - Echographie : Biométries fœtales < 10 ^{ème} percentile
Etiologie	Maternel	- Interrogatoire + Examen clinique complet avec TA - BU - Taille des parents - Bilan infectieux : Sérologies TORSCHE - Bilan HTA - Bilan auto-immun - Doppler des A.utérines
	Foetal	- Echographie : Morphologie – Etude du placenta – Doppler ombilical et cérébral

		- Amniocentèse après consultation en diagnostic anté-natal si RCIU sévère précoce : Caryotype fœtal – Bilan infectieux sur liquide amniotique - IRMc fœtal à 32 SA +/- Etude du squelette fœtal par radio du contenu utérin si suspicion de nanisme
Retentissement	- Echographie : Manning	

COMPLICATIONS

- Augmentation de la morbi-mortalité
- Tb métabo : Hypoglycémie – Hypocalcémie – Hypothermie – Tb hydro-électrolytiques
- Polyglobulie – Thrombopénie
- Asphyxie périnatale

PRISE EN CHARGE

Mise en condition	Transfert maternel en maternité adapté à l'âge gestationnel et au poids fœtal estimé
TTT médicamenteux	Corticothérapie maturative si risque de prématurité induite < 34 SA
Issue de la grossesse	- Proposer l'IMG selon étiologie/signes associé - Selon étiologie : Extraction fœtale en urgence pour sauvetage maternel/foetal
PEC NN	- Alimentation précoce – Apports caloriques adaptés - Incubateur - Monitoring – Surveillance - Au long cours : Surveillance de la croissance SP +/- TTT par hormone de croissance vers 4 ans
Prévention (grossesse ultérieure)	- TTT des FdR/pathologies maternelles - Sevrage des toxiques - Prévention des infections : Vaccinations – RHD – Eradication des foyers - Si RCIU vasculaire : Aspirine jusqu'à 35 SA