RP2S Réseau Périnatal des 2 Savoie	Menace d'Accouchement Prématuré : prise en charge			
	Réseau Périnatal des 2 Savoie	www.rp2s.fr Protocoles Obst / transferts	**Création : sept 2016** MàJ : **oct 2023**	3 pages
			Validation : Comité scientifique RP2S oct 2023	

Objectif – Domaine d'application – Définition et objectifs du document

Définition MAP : situation associant des modifications cervicales et des contractions utérines entre 24 SA et 36 SA + 6 j, conduisant à l'accouchement en l'absence d'intervention médicale.
Objectif : Harmoniser les pratiques dans les maternités du RP2S, en proposant une conduite à tenir pour les MAP.

Abréviations

MAP : menace d'accouchement prématuré
CRP : C Réactive Protéine
ECBU : examen cytobactériologique des urines
CMV : cytomégalovirus
PA : pression artérielle
SA : semaines d'aménorrhées
TV : toucher vaginal
PV : prélèvement vaginal
CRTPRA : Cellule Régionale des Transferts Périnataux Rhône Alpes
NFS : numération de formule sanguine
RAI : recherche d'agglutinines irrégulières
VIH : virus d'immunodéficience humaine

Références

- Texte des recommandations du CNGOF décembre 2016 et communiqué de février 2020 : http://www.cngof.fr/actualites/703-adalate-map-20mg
- 2023 : mise sur le marché de MAPAKNA® LP 20 mg (Nifédipine)

1 – Bilan à faire à l'admission

Clinique : Interrogatoire, examen général et obstétrical
Examens complémentaires :
- Monitoring systématique
- Echographie du col : systématique ; sauf dilatation cervicale > 3 cm au TV
- NFS, plaquettes, coagulation, RAI, CRP
- PV, ECBU

2 – Critères de non hospitalisation

- Patiente présentant des contractions utérines sans modifications cervicales, ni clinique ni échographique (longueur cervicale > 26mm), et cédant après tocolyse per os (protocole Nifédipine – MAPAKNA® LP 20mg ; cf. 4A)
- Patiente ne présentant pas de contractions utérines, avec un col cliniquement fermé et ayant une longueur échographique > 15mm, avec un orifice interne fermé
- Pour ces patientes, l'hospitalisation peut se discuter si facteurs de risque d'accouchement prématuré (grossesse multiple, antécédent de MAP ou d'accouchement prématuré, précarité importante…)
- Une fibronectine fœtale négative est un argument supplémentaire pour non hospitalisation (si disponible)

3 – Prise en charge en hospitalisation

Compléter le bilan initial :
- Echographie obstétricale : systématique pour présentation fœtale, biométries et annexes
- Sérologies : vérifier toxoplasmose, rubéole, hépatite B, VIH et syphilis ; autres sur point d'appel (hépatites ; Parvovirus B19 ; CMV)
- Vérifier carte de groupe Rhésus, 2 déterminations
- Hémocultures si hyperthermie > 38°5 et/ou frissons

Consultation d'anesthésie et proposer une consultation pédiatrique.
Un repos strict au lit n'est pas recommandé. Contention veineuse.

4 – Tocolyse : utiliser Nifédipine ou Atosiban, ne pas additionner les molécules

Principes (CNGOF 2016) **:**
- Il est recommandé de ne pas utiliser la Nicardipine (accord professionnel) et de ne plus prescrire de bêtamimétiques à visée tocolytique (grade C)
- L'Atosiban et la Nifédipine peuvent être utilisées à visée tocolytique pour les grossesses monofœtales (grade B) et multiples (accord professionnel)
- Il est recommandé de ne pas associer les molécules tocolytiques (grade C)
- Il n'y a pas d'argument pour proposer une tocolyse à une dilatation avancée (grade C), ni pour prescrire une tocolyse au-delà de 34 SA (accord professionnel)

Contre-indications absolues à toute tocolyse :
- Infection intra-utérine
- Suspicion d'HRP
- RCF pathologique : anomalies justifiant une naissance immédiate

A. Protocole Nifédipine (MAPAKNA® LP 20 mg).

Inhibiteur calcique ayant l'AMM à visée tocolytique (mise sur le marché en 2023).

Contre-indications :

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

Effets secondaires : Céphalées, bouffées de chaleur, flush. Rarement : hypotension

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

Traitement d'attaque :

- Voie veineuse périphérique avec RINGER, 1 litre /24 h
- 1 cp de Nifédipine 20 mg LP, à répéter une fois après 30 minutes (soit 2 cp en 30 minutes)
- Surveillance :
  - de la pression artérielle maternelle toutes les 15 minutes pendant 2 heures
  - du rythme cardiaque fœtal et des contractions utérines pendant 1 heure en continu

Traitement d'entretien :

- Nifédipine 20 mg LP : 1 cp / 8h (3/j)
- A débuter 3 heures après la dernière prise du traitement d'attaque
- Attendre au moins 2 heures pour juger de l'efficacité ou non de la Nifédipine.
- Durée du traitement : 48 heures
- Surveillance de la pression artérielle maternelle, des contractions utérines et du rythme cardiaque fœtal dans la demi-heure suivant chaque prise. La fréquence du monitoring reste à adapter à la clinique et à la tolérance de la molécule. Elle doit être au minimum réalisée une fois par jour pendant la tocolyse.

B. Protocole Atosiban (TRACTOCILE®)

Antagoniste de l'ocytocine naturelle.
Effets secondaires : Hyperglycémie. Tachycardie maternelle, douleur thoracique : décrits, très rares
Pas de contre-indication décrite.

Bolus initial :

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

Entretien :

- Préparation des seringues/**poches de 50ml** : 1 flacon de **TRACTOCILE® de 5ml** (contient 37,5 mg soit 7,5mg/ml) à diluer dans 45ml de sérum physiologique
- **Ou Poches de 100 ml** : 1 flacon d'Atosiban de 10ml (contient 75mg/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 jusqu'à la fin du traitement
- La dose totale de TRACTOCILE® administrée ne doit jamais dépasser 330mg (soit 8 flacons), soit un traitement de 48 heures au maximum.

Surveillance des contractions utérines et du rythme cardiaque fœtal une fois par jour.

5 – Corticothérapie

- Bénéfices : diminue le risque de maladie des membranes hyalines, d'hémorragie intra-ventriculaire et d'entérocolite ulcéro-nécrosante post-natales.
- Indications selon le terme :
  - A réaliser pour toutes les patientes dont le terme est compris entre 25 et 33+6 SA.
  - Entre 23+0 SA et 24+6 SA : la corticothérapie sera réalisée après TIU, en maternité de type 3. Exceptionnellement au cas par cas avant transfert, après discussion collégiale avec le type 3
  - Patientes entre 34 et 35+6 SA : Pas de corticothérapie systématique (éventuellement à discuter au cas par cas en concertation obstétrico-pédiatrique si situation jugée à risque de détresse respiratoire).
- Il est possible de réaliser au maximum 2 cures de corticoïdes pour une même grossesse. La 2ème cure ne doit être envisagée qu'en cas de risque élevé d'accouchement prématuré, avec au minimum 15 jours d'intervalle entre les 2 cures.
- Bétaméthasone (CELESTENE®) : 2 injections de 12 mg par voie IM à 24 heures d'intervalle. **Ne pas avancer la seconde injection avant 24h**.
- Aucune contre-indication absolue sauf tableau d'infection intra utérine (chorioamniotite) clinique.
- Une CRP élevée isolée n'est pas une contre-indication.

6 – Autres traitements

A. Antibiothérapie :

- Pas d'antibiothérapie systématique
- A adapter en fonction des bilans infectieux
- Pour les PV : ne pas traiter de façon systématique un portage Streptocoque B ou une vaginose, si patiente asymptomatique.

B. Prévention de l'allo-immunisation Rhésus

- si nécessaire (cf. recommandations du CNGOF 2005 inchangées)

C. Neuroprotection par Sulfate de Magnésium

- à considérer si terme ≥ 24 SA et < 33 SA (voir protocole)

7 – **Surveillance** (proposition à adapter par chaque centre)

- Constantes maternelles 1/j : pouls, T°
- Pas de TV sauf point d'appel
- Monitoring et PA:
  - Si tocolyse par Nifedipine : 1 fois dans la demi-heure suivant la prise du comprimé soit 3 fois par jour. A adapter en fonction de la clinique et de la tolérance de la molécule par la patiente.
    La surveillance doit être réalisée au moins 1/j (pendant 48 h) puis 2/semaine en situation stable.
  - Si tocolyse par Atosiban : 1/j durant la période de tocolyse (48h) puis 2/semaine si situation stable.
- PV et ECBU : 1/15 jours ou sur point d'appel
- NFS, CRP : 1/semaine ou sur point d'appel

8 – Transferts

A. Contre-indications aux transferts

- Anomalies du RCF
- Dilatation cervicale ≥ 4 cm
- Persistance de contractions utérines sous tocolyse
- Métrorragies actives

B. Demande de transfert en maternité de type adapté (voir protocole seuils de termes)

- En type 2A à partir de 32 SA ; type 2B à partir de 30 SA ; en type 3 à partir de 24 SA, au cas par cas entre 23 et 24 SA.
- En cas de grossesse multiple, le seuil inférieur de terme peut être ramené à 31 SA en 2B, et est de 33 SA en 2A.
- Toute demande de transfert doit être faite auprès de la CRTPRA (Cellule Régionale des Transferts Périnataux Rhône Alpes ; **Tél : 04 72 63 47 99**). Informer CRTPRA si organisation sans la cellule.
- S'assurer de la stabilité de la situation avant transfert. Transmettre : dossier photocopié avec échographie et copie monitoring.

C. Patientes ≥ 23 SA et < 26 SA

- Se référer au protocole spécifique : « **Prise en charge des patientes à risque d'accouchement prématuré entre 23 et 25 SA »** (décembre 2020).
- *NB : La demande de transfert doit être envisagée systématiquement à partir de 24 SA + 0.*

9 – Sortie ou re-transfert

En cas de sortie : l'examen clinique (TV) et échographique sera réalisé au cas par cas, à l'appréciation du praticien responsable de la sortie

En cas de demande de re-transfert :

- Toujours passer par la CRTPRA
- L'échographie cervicale est nécessaire
- La recherche de la fibronectine fœtale peut être réalisée, si disponible