

PATHOLOGIES DE LA PARTURIENTE

Dr Isabelle MORTIER

CHU Nord

Jeudi 12 Février 2015



**GYNÉPÔLE
MARSEILLE**

Points essentiels!

- Principaux motifs d'appel d'urgence chez la femme enceinte:
 - accouchement imminent
 - douleurs pelviennes
 - céphalées
 - métrorragies
- La régulation médicale doit recueillir les **informations pertinentes** pour adapter les moyens à engager au juste soin.

Points essentiels!

- **Réseaux de périnatalité:** amélioration de la prise en charge des parturientes et des nouveau-nés selon leur besoin de soin.
- Respect des indications et des contre-indications des transferts in utéro: **INDISPENSABLE.**

MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

INTRODUCTION

- Grossesse entre 22 SA et 36 SA révolues.

- **Définition:**

Association de modifications cervicales et de contractions utérines régulières et douloureuses conduisant à l'accouchement en l'absence d'intervention médicale.

- **Etiologies:**

- Infectieuse: ovulaire, urinaire, autres

- Anomalies placentaires

- Utérines: surdistension utérine, incompetence cervico-isthmique, malformation utérine

- **Facteurs de risque:** atcd de MAP, âge, bas niveau socio-économique, tabagisme actif, surmenage

➔ Mortalité et morbidité néo-natales corrélées à l'âge gestationnel à la naissance; infection à l'origine d'un excès de lésions cérébrales chez l'enfant.

ÉPIDÉMIOLOGIE

- **1^{ère} cause d'hospitalisation** chez la femme enceinte.
- 60% des accouchements prématurés sont précédés d'une MAP.
- Seulement 20 à 40% des MAP accoucheront prématurément.
- Accouchement prématuré: 7% des naissances dont 1,5% de grande prématurité.

PROBLÉMATIQUE

CU = motif fréquent de consultation pendant la grossesse

2 types de difficulté

- Identifier les patientes à risque d'accouchement prématuré (attention aux *fausses MAP*)
- Adapter les choix du traitement en fonction du niveau de risque et de la cause supposée de la MAP

PRISE EN CHARGE INITIALE

- **À domicile**

- Evaluer le degré de gravité
- Adapter le type d'équipe intervenante
- Choisir le lieu du transfert

- **Transfert hospitalier**

- Eliminer toute CI à un transfert in utero
- Eviter un transfert inutile

AU DOMICILE

➤ Interrogatoire:

- Terme
 - Gestité, parité
 - ATCD d'accouchement prématuré ou de MAP
 - Caractéristiques des CU: intensité, fréquence
 - Signes associés: rupture de la poche des eaux, fièvre, métrorragies
-
- ## ➤ Score prédictif d'imminence d'accouchement (prémat-SPIA et SPIA)

➤ **Prémat-SPIA:** < 33SA, score de **0 à 9**

4 items:

- Indication de l'appel: grossesse normale **0**
panique de l'appelant **2**
- Contact avec la parturiente: possible **0**
impossible **2**
- Douleurs abdominales: <3h **0**
>3h **2**
- Rupture de la poche des eaux: non **0**
oui **3**

- Organigramme décisionnel: (*sfar, 2009*)

nombre de facteurs de risque*	score Prémat-SPIA	risque d'accouchement dans l'heure suivant l'appel	décision
- 1 facteur	≤ 4	0	ambulance simple
- 2 facteurs (sauf RPDE)			
- 2 facteurs dont RPDE	5	12 %	SMUR ?
- 3 facteurs	6 ou 7	17 à 23 %	
- 4 facteurs	9	60 %	SMUR

➤ **SPIA**: ≥ 33 SA ou terme indéterminé, score de **0 à 33**

Contact avec appelant	Panique +3
Contact avec parturiente	Impossible +3
Envie de pousser, depuis?	Oui +2 , Oui > 30 min +5 , Oui < 30 min +6
Rythme des CU	NON évaluées +4 , Fréquentes (4-6 min) +5 , Permanententes +8
Facteurs aggravants	Atcd accouchement <1h ou domicile +2 , 26-35 ans +3 , grossesse non suivie +8
Facteurs améliorants	TTT tocolytique pendant la grossesse -3 , premier accouchement -7

Organigramme décisionnel: *sfar*, 2009

Score	Délais d'admission	Transport
<10	<30 min	Ambulance
<5	<1h ou <2h	Ambulance
>24	<30min	SMUR
>15	<1h	SMUR
>10	<2h	SMUR

Dans tous les autres cas: recalcul du score sur place et adapter le transport à l'évolution.

DANS LE TRANSPORT

- Patiente allongée en décubitus latéral gauche
- Si risque élevé d'accouchement:
 - VVP
 - Spasmolytique IV (*Phloroglucinol*)
 - ± Tocolytique disponible (β 2 mimétique mais problème de tolérance maternelle, antagoniste ocytocine) plutôt en cas de transfert inter hospitalier
 - Contexte infectieux, RPM: antibiothérapie IV à débuter après prélèvements bactériologiques (pénicilline A, C3G)
- **PIEGES**: HRP, placenta praevia hémorragique

LIEU DU TRANSFERT

- Le choix du niveau du centre sera adapté en fonction des risques obstétricaux et maternels

- MAIS si:
 - accouchement imminent,
 - doute sur HRP,
 - placenta praevia hémorragique



Transfert vers la maternité la plus proche!

DIFFÉRENTS NIVEAUX DES MATERNITÉS

- **Niveau 1:** Bas risque obstétrical (Nné à terme, $\geq 2500\text{g}$)
Pédiatre d'astreinte
- **Niveau 2A:** Bas risque obstétrical (> 32 SA, $> 1500\text{g}$)
Service de néonatalogie
- **Niveau 2B:** Haut risque obstétrical (> 32 SA, $> 1500\text{g}$)
Services de néonatalogie et de soins intensifs
- **Niveau 3:** Haut risque obstétrical (< 32 SA, $< 1500\text{g}$)
Soins intensifs et réanimation néonatale



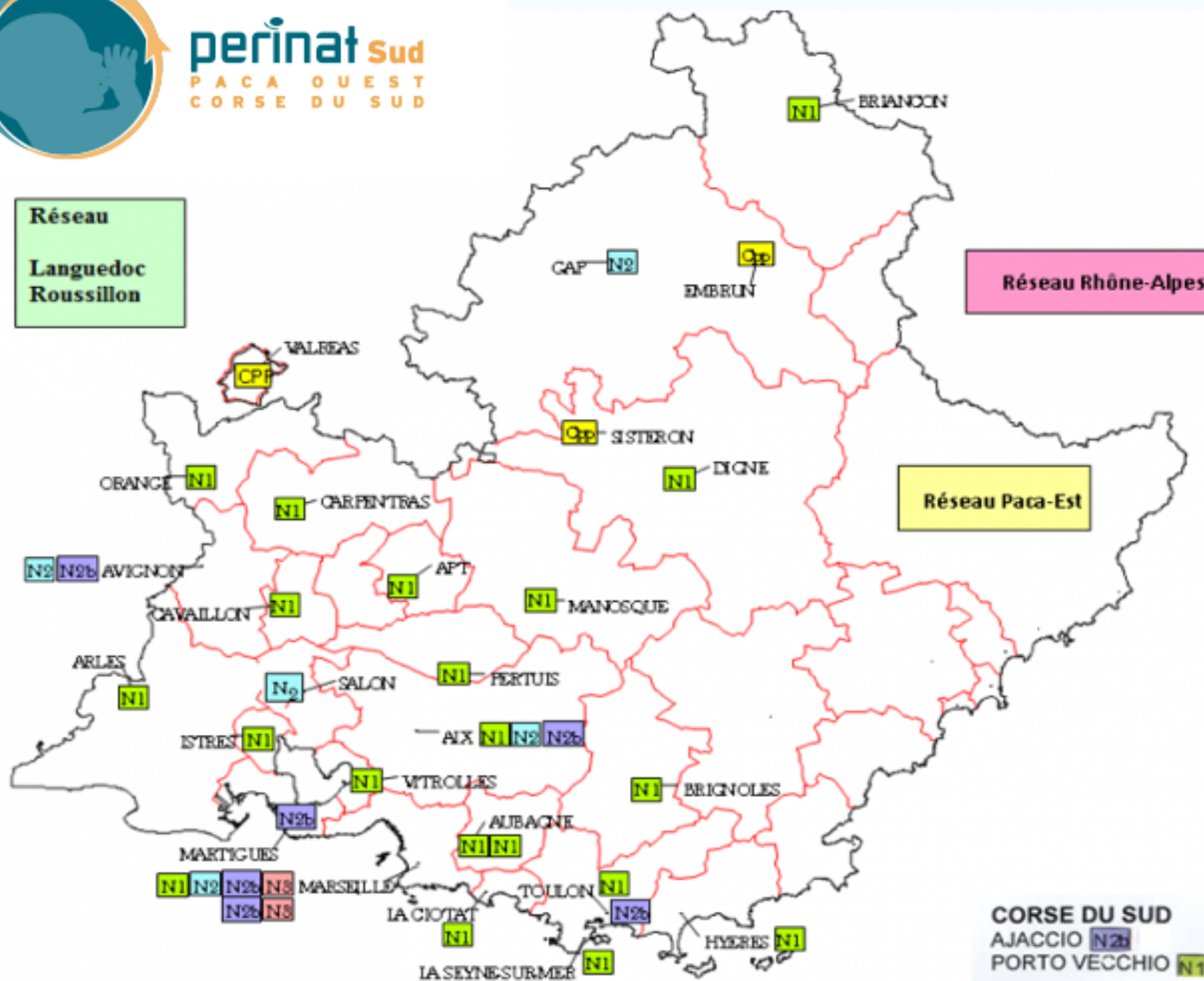
perinat Sud
PACA OUEST
CORSE DU SUD

Réseau

Languedoc
Roussillon

Réseau Rhône-Alpes

Réseau Paca-Est



CORSE DU SUD
AJACCIO N2b
PORTO VECCHIO N1



PRÉ-ÉCLAMPSIE

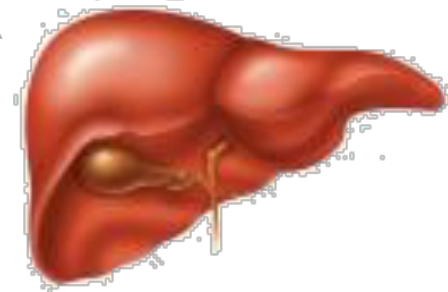
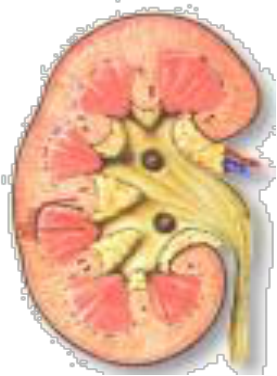
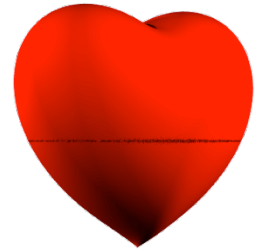
DÉFINITIONS

- Pathologie spécifique de la grossesse.
- À partir de **20 SA**, disparaissant avant la fin de la 6^{ème} semaine du post-partum.
- **Pré-éclampsie**: association HTA gravidique (PAS \geq 140 et/ou PAD \geq 90) et protéinurie \geq 0,3 g/ 24h / BU 2 croix.

DÉFINITIONS

- **Pré-éclampsie sévère:** au moins 1 critère suivant
 - HTA sévère (PAS \geq 160 et/ou PAD \geq 110)
 - atteinte rénale: oligurie ou créatininémie $>$ 135 μ mol/L ou protéinurie $>$ 5g/24h
 - OAP ou barre épigastrique persistante ou HELLP syndrome
 - éclampsie ou troubles neurologique rebelles (céphalées, phosphènes, ROT vifs)
 - thrombopénie $<$ 100 G/L
 - HRP ou retentissement foetal

- Pathologie « systémique »



COMPLICATIONS

Éclampsie	Atteinte encéphalique, convulsions
Syndrome HELLP	Douleur épigastrique
Hématome rétro placentaire	MTR, hypertonie utérine, choc
Cardio-respiratoire	Dyspnée, OAP
Insuffisance rénale aigue	Oligo-anurie
AVC	Déficit neurologique

PROBLÉMATIQUE

- Beaucoup de symptômes MAIS aucun spécifique
 - Pièges cliniques:
 - formes précoces (< 20 SA)
 - formes tardives (post partum)
 - formes à « TA normale »
 - formes sans protéinurie...
- **TOUJOURS Y PENSER!**
- **Mise en jeu du pronostic materno-foetal.**

CONDUITE À TENIR

➤ Régulation primaire:

SMUR: si forme grave ou complication

Orientation selon état maternel et fœtal: possibilité de réanimation maternelle/plateau médico technique

➤ Transfert inter-hospitalier:

- Maternité adaptée à l'âge gestationnel / poids fœtal estimé ou selon état maternel (réanimation)

- Contre-indication:

Maternelles: HRP, hémodynamique instable, OAP, éclampsie.

Fœtales: ARCF

➔ **Extraction fœtale en urgence**

TRAITEMENT

- Le seul traitement **curatif** est l'arrêt de la grossesse
- Traitement **symptomatique** :
 - But: protection maternelle et prolongation de la grossesse
 - Monitoring: TA, FC, SpO2, RCF
 - Traitement anti-hypertenseur: **si PAS>160mmHg**

Baisse prudente de la TA (hypoperfusion foetale)

Inhibiteur calcique IV (nicardipine)

Association éventuelle avec Clonidine ou Labétalol

TRAITEMENT

- Éclampsie:
 - prévention: en cas de signes neurologiques, ROT vifs+++
MgSO₄ IVSE 1g/h
canule de Guédel à disposition
 - traitement: MgSO₄: 4g en bolus puis 1g/h IVSE
autre ttt: BZD (diazépam 10mg)
Oxygénothérapie
si nécessité d'intubation: **intubation difficile**
 - surveillance: ROT, score de Glasgow

CONCLUSION

- MAP: importance d'évaluer le **risque d'accouchement prématuré** pour adapter au mieux l'orientation et la prise en charge de la patiente.
- Prééclampsie: pathologie grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital materno-foetal.
- Importance d'une **coordination efficace** entre les différents intervenants: régulation médicale, maternité de transfert, gynécologues-obstétriciens, anesthésistes.
- **Réseaux de périnatalité.**

