

POINT DE VUE D'EXPERT

Prise en charge des patientes ayant un antécédent d'avortement tardif ou d'accouchement très prématuré

Management of patients with a history of late abortion or very premature delivery

B. Langer*, A. Gaudineau, N. Sananes, G. Fritz

Département de gynécologie-obstétrique, hôpital de Haute-pierre, avenue Molière, 67098 Strasbourg, France

Reçu le 2 décembre 2012 ; accepté le 20 décembre 2012

Disponible sur Internet le 29 janvier 2013

Résumé

Les patientes présentent un avortement tardif ou un accouchement très prématuré dans 2–3 % des grossesses. Leur prise en charge lors d'une grossesse ultérieure doit rechercher une infection, une cause fœtale (aneuploïdie, syndrome polymalformatif, mort in utero) ou une pathologie de type vasculaire (pré-éclampsie, RCIU, mort in utero). Chez les femmes ayant dans leurs antécédents un avortement tardif ou un accouchement très prématuré, plusieurs thérapeutiques préventives de la prématurité sont aujourd'hui proposées. La principale cause de prématurité est l'infection ascendante à partir de la cavité vaginale. Le cerclage ou le pessaire a pour but de mieux isoler la cavité utérine. Leur efficacité a été validée chez les patientes où la mesure répétée de la longueur du col utérin par échographie endovaginale montre un col < 25 mm. La mise en évidence en début de grossesse d'une vaginose et son traitement par Dalacine[®] semble réduire significativement le risque de prématurité. Enfin, l'administration systématique de progestérone par voie intramusculaire ou vaginale en début de 2^e trimestre a également fait la preuve de son efficacité dans plusieurs études randomisées.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS.

Abstract

Patients have a very late abortion or premature delivery in 2–3 % of pregnancies. Management in a subsequent pregnancy should seek an infection, a fetal cause (aneuploidy, malformation syndrome, intrauterine death) or vascular pathology (preeclampsia, IUGR, intrauterine death). In women with a late abortion or very premature childbirth history, several preventive treatments of prematurity are now available. The main cause of prematurity is ascending infection from the vagina. Cerclage or pessary is designed to better isolate the uterine cavity. Their effectiveness has been validated in patients for whom the repeated measurement of cervical length by transvaginal ultrasound shows a cervical length < 25 mm. Early pregnancy vaginosis and treatment with Dalacin[®] seem to significantly reduce the risk of prematurity. Finally, the routine administration of intramuscular or vaginal progesterone at the beginning of the 2nd quarter also proved effective in several randomized studies.

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Avortement tardif ; Accouchement prématuré ; Prématurité ; Mort in utero ; Pré-éclampsie ; Thrombophilie ; Vaginose ; Progestérone ; Cerclage ; Pessaire ; Col utérin ; Incompétence cervicale ; Échographie endovaginale

Keywords: Late abortion; Premature delivery; Prematurity; Intrauterine death; Preeclampsia; Thrombophilia; Vaginosis; Progesterone; Strapping; Pessary; Cervix; Cervical incompetence; Transvaginal ultrasound

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Bruno.Langer@chru-strasbourg.fr (B. Langer).

I. INTRODUCTION

Longtemps, le fléau de la prématurité n'a pas diminué peut-être en partie parce que les progrès de la réanimation néonatale ont permis la prise en charge d'une prématurité plus sévère. Dans les pays à haut niveau de développement, on vient de montrer que la prématurité peut être réduite par 5 mesures :

- suppression du tabagisme maternel ;
- réduction du taux de grossesses multiples liées à la procréation médicalement assistée ;
- réalisation de cerclage du col utérin ;
- supplémentation en progestérone ;
- et réduction du taux de déclenchement et des césariennes sans indication médicale [1].

Les avortements du 2^e trimestre sont habituellement définis comme les pertes de grossesse entre la 14^e et 24^e semaine d'aménorrhée (SA). Selon Simpson, leur incidence est de 1–2 % des grossesses diagnostiquées [2]. Quant aux accouchements très prématurés survenus entre 22 à 27 semaines, selon la dernière enquête périnatale française de 2010, leur taux était de 0,7 % [3].

Le pronostic d'une nouvelle grossesse chez les patientes ayant un antécédent soit d'avortement tardif soit d'accouchement très prématuré (ATAP) est réservé [4]. Une étude prospective a comparé des patientes ayant un antécédent d'avortement tardif (14⁺⁰–23⁺⁶ SA) à celles ayant un antécédent d'accouchement prématuré spontané (24⁺⁰–36⁺⁶ SA) et celles ayant un accouchement à terme. Parmi les patientes ayant un antécédent d'avortement tardif, 27 % présentaient un nouvel avortement tardif et 33 % un accouchement prématuré. Celles qui avaient un antécédent d'accouchement prématuré avaient respectivement un risque de 3 et 39,5 %.

Parfois, une pathologie vasculaire peut être à l'origine d'un retard de croissance intra-utérin (RCIU) très sévère au point d'entraîner soit une mort in utero (MIU), soit une mort néonatale en raison de la grande prématurité associée. Beaucoup plus souvent, les ATAP sont les manifestations cliniques du même processus pathologique : l'infection ascendante [5,6]. Un dysmicrobisme au départ vaginal va être responsable d'une infection de la decidua, elle-même entraînant une infection de la cavité amniotique pour aboutir à l'infection fœtale [7]. On dispose de plus en plus d'arguments montrant que plus la grossesse s'interrompt tôt et plus souvent

une infection est en cause. Russell et Paul ont montré sur plus de 7500 placentas que l'on retrouvait une chorioamniotite histologique dans 94 % des cas de grossesses s'interrompant entre 21 et 24 SA contre 40 % entre 25 et 28 SA et 11 % à 33–36 SA [8]. Watts et al. ont cultivé le liquide amniotique obtenu par amniocentèse chez des patientes admises pour menace d'accouchement prématuré (MAP) [9]. Les cultures bactériologiques étaient positives dans 67 % des cas à 23–24 SA, dans 36 % des cas à 25–26 SA pour chuter ensuite à 17 % entre 27 et 30 SA puis à moins de 12 % après 31 SA. De même, Goldenberg et al. ont montré en analysant le liquide amniotique obtenu au cours de césarienne qu'une infection était bien plus fréquente s'il existait une MAP et si l'âge gestationnel était plus faible. Par ailleurs, Gomez et al. ont montré que la mesure échographique du col utérin était inversement proportionnelle à la fréquence d'infection du liquide amniotique en cas de MAP [10].

La mesure du col est par ailleurs devenue aujourd'hui un paramètre validé dans l'évaluation du risque d'accouchement prématuré [11]. Son intérêt a été étudié dans diverses situations : patientes présentant une MAP, patientes à antécédent de fausse-couche tardive, d'accouchement prématuré ou patiente suspecte de béance cervicale. Plus récemment, elle a même été proposée de façon systématique vers 20 SA.

La prise en charge des patientes ayant un antécédent d'ATAP s'est considérablement modifiée en raison de la meilleure connaissance de la physiopathologie de la prématurité, de la validation de la mesure échographique du col utérin comme test de dépistage et de nouvelles possibilités thérapeutiques récemment proposées pour la prévention des ATAP. Ce travail se propose de faire le point sur ce sujet.

2. ÉTIOLOGIE

Le **Tableau 1** résume les différentes étiologies des ATAP dont certaines peuvent être plus ou moins intriquées. Ces diverses étiologies pour être validées nécessitent des examens complémentaires dont certains sont à réaliser lors de l'avortement ou de l'accouchement prématuré. D'autres devront être faits dans les mois qui suivent. Idéalement, une synthèse de l'ensemble des examens est réalisée lors de la consultation préconceptionnelle recommandée par l'HAS en 2007 [12]. Trop souvent, malheureusement, elle n'est réalisée que lors de la 1^{re} consultation de la nouvelle grossesse.

Tableau 1
Étiologies des avortement tardif soit d'accouchement très prématuré (ATAP).

Étiologie	Bilan préconceptionnel
Anomalie fœtale génétique ou structurelle	Autopsie, caryotype, recherche génétique, rapport du CPDPN
Anomalie placentaire (insuffisance placentaire, hypotrophie, décollement placentaire, hématome rétroplacentaire)	Anatomie pathologique du placenta, rapport d'hospitalisation de pédiatrie
Maladie de système (lupus érythémateux, autres connectivites)	Bilans sanguins, génétiques
Thrombophilies	
Infection ascendante (colibacille, streptocoque B, vaginose)	Bilan infectieux, échographie 3D, hystérosalpingographie
Incompétence cervicale, anomalies utérines, DES syndrome, conisation	

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3948999>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3948999>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)