



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

La position du cerclage préventif à l'échographie postopératoire est-elle prédictive d'un accouchement prématuré ?

Does post operative sonographic position of preventive cervical cerclage affect gestational age at birth?

L. Melle^a, C. Le Ray^a, P. Delorme^a, O. Anselem^a, F. Goffinet^a, L. Marcellin^{b,*}

^a Maternité Port-Royal, centre hospitalier universitaire Cochin-Broca Hôtel-Dieu, AP-HP, université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, 123, boulevard Port-Royal, 75014 Paris, France

^b Département de gynécologie obstétrique 2 et médecine de la reproduction, hôpital Cochin, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75679 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 11 juillet 2016

Accepté le 20 septembre 2016

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Cerclage préventif

Échographie cervicale endovaginale

Prématurité

Keywords:

Preventive cerclage

Cervical transvaginal sonography

Preterm birth

RÉSUMÉ

Objectif. – Évaluer si la position du cerclage préventif déterminée par l'échographie cervicale endovaginale le jour de l'intervention est prédictive de la survenue d'un accouchement prématuré.

Méthodes. – Étude rétrospective monocentrique réalisée entre le 1^{er} août 2007 et 31 décembre 2015 dans une maternité de type III ayant inclus des grossesses monofœtales ayant bénéficié d'un cerclage préventif selon la méthode de McDonald. La position du cerclage était définie par les ratios orifice interne-fil/col et fil-orifice externe/col. Ces données ont été comparées selon le terme d'accouchement (avant et après 32 SA et 37 SA).

Résultats. – Durant la période de l'étude, 379 grossesses avec un cerclage préventif selon McDonald ont été incluses. Le terme moyen d'accouchement était de $37,6 \pm 3,6$ SA. Le taux d'accouchement prématuré avant 32 SA était de 6,5 % ($n = 25$) et avant 37 SA de 16,6 % ($n = 63$). Il n'y avait pas de différence significative pour les ratios distance orifice interne-fil/longueur du col et distance fil-orifice externe/longueur du col entre les femmes ayant accouché avant et après 32 SA ni pour celles ayant accouché avant et après 37 SA. Les aires sous la courbe ROC pour les différents paramètres étaient toutes inférieures ou égales à 0,6.

Conclusions. – La position du cerclage déterminée à l'échographie cervicale endovaginale en post-opératoire immédiat ne semble pas prédictive du risque d'accouchement prématuré.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objective. – To evaluate whether the position of preventive cerclage determined by immediate postoperative transvaginal cervical ultrasound is predictive of preterm birth.

Methods. – A single-center retrospective study conducted between 1 August 2007 and 31 December 2015 in a maternity type III who included women carrying out for a single pregnancy and who receive a McDonald preventive cerclage. Measurements of internal os-stitch, stitch-external os and the total length of the cervix were performed during immediate postoperative transvaginal cervical ultrasound. The position of the cerclage has been defined by the internal os-stitch/cervical length and stitch-external os/cervical length ratios. Measures were compared according to gestational age at delivery (before and after 32 weeks and before and after 37 weeks).

Results. – During the study period, 379 single pregnancies that received a McDonald preventive cerclage were included. The mean gestational age at delivery was 37.6 ± 3.6 SA. The rate of preterm birth before 32 weeks was 6.5% ($n = 25$) and before 37 weeks was 16.6% ($n = 63$). There was no significant difference in the internal ost-stitch/cervical length ratios and the stitch-external ost/cervical length ratio between women

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : louismarcellin@gmail.com (L. Marcellin).

who delivered before and after 32 weeks or for those who delivered before and after 37 weeks. The areas under the ROC curves for the various parameters studied were all less than or equal to 0.6.

Conclusions. – The position of cerclage determined by transvaginal cervical ultrasound in immediate post operative does not seem predictive of the risk of premature birth.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La survenue d'un accouchement prématuré avant 37 semaines d'aménorrhée (SA) représente 5 à 12 % des naissances dans les pays industrialisés [1,2] et correspond à 60 000 naissances chaque année en France [2] avec une augmentation constante depuis 1995 (7,4 % des naissances en 2010) [3]. C'est la première cause d'infirmité motrice cérébrale dans la petite enfance dont la sévérité dépend de l'âge gestationnel à la naissance [2,4,5]. Le cerclage préventif a été proposé pour réduire le risque de récurrence d'un accouchement prématuré spontané. Un large essai randomisé a montré, pour les femmes comportant au moins trois antécédents de fausse couche tardive (FCT) ou d'accouchement prématuré ($n = 107$), une diminution significative du taux d'accouchement avant 33 SA dans le groupe cerclage par rapport au groupe témoin (15 % vs 32 % ; $p < 0,005$) [6]. Le cerclage selon la technique de McDonald est dit « préventif » lorsqu'il est placé avant la survenue de modifications cervicales, le plus souvent en fin de premier trimestre, afin de réduire la survenue d'un accouchement prématuré chez une femme dont le risque est augmenté. Dans la description de sa technique, McDonald recommandait de placer les fils de cerclage aussi haut que possible pour se rapprocher de l'orifice interne [7]. Les recommandations internationales sur le cerclage (CNGOF, ACOG et RCOG) [8–10] ne donnent pas d'indication sur la position optimale à laquelle le fil doit être placé. Une question peu étudiée est celle de savoir si la hauteur de la position du cerclage sur le col pourrait avoir un impact sur le terme d'accouchement. Le but de cette étude est d'évaluer s'il existe un lien entre la position à l'échographie cervicale endovaginale du fil de cerclage préventif et la survenue d'un accouchement prématuré.

2. Méthode

Il s'agit d'une étude de cohorte monocentrique rétrospective. La population d'étude était composée de toutes les femmes majeures ayant des grossesses monofoetales pour qui un cerclage préventif avait été pratiqué pendant la grossesse et qui ont accouché entre le 1^{er} août 2007 et le 31 décembre 2015 à la maternité Port-Royal de l'hôpital Cochin. Seuls les cerclages préventifs réalisés selon la technique de McDonald ont été inclus. Les critères d'exclusion de l'étude étaient : les femmes porteuses de grossesse multiple, les femmes transférées in utero, les cerclages selon d'autres techniques que McDonald (Shirodkar, cervico-isthmique), les cerclages utilisant des bandelettes, les cerclages à chaud et ceux réalisés après 17 SA. Les femmes ont été identifiées à partir de la base informatique des dossiers informatisés Diamm[®] (Micro6, Villers-les-Nancy, France) de la maternité. L'étude a été approuvée par le comité institutionnel local, en accord avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL déclaration n° 1755849v0, 10 avril 2014). Au cours de la période de l'étude, les cerclages préventifs étaient proposés aux femmes ayant au moins un antécédent de FCT ou d'accouchement très prématuré (< 28 SA) ou de rupture prématurée des membranes avant 28 SA. Pour chaque femme, l'âge gestationnel de la grossesse était confirmé par une échographie avec une mesure de la longueur craniocaudale entre 11⁺⁰ et 13⁺⁶ SA. Lorsque la grossesse était

obtenue par assistance médicale à la procréation, l'âge gestationnel était déterminé en fonction de la date de la fécondation in vitro. Le cerclage préventif était réalisé entre 13⁺⁰ et 16⁺⁶ SA en ambulatoire, par un obstétricien senior ou un résident supervisé par un senior.

Le cerclage était réalisé généralement sous rachianesthésie. Une échographie de vitalité fœtale était systématiquement réalisée avant et après la procédure. La technique opératoire utilisée était celle de McDonald utilisant un fil tressé non résorbable de diamètre 1/0 (Mersuture[®] - Ethicon France, Issy-les-Moulineaux) faufilé 4 à 6 fois dans le col en prenant soin de ne pas atteindre le canal cervical. Le fil était noué à midi en laissant les chefs longs de 2 cm en prévision du retrait. Au décours immédiat du cerclage, une échographie endovaginale était systématiquement réalisée pour contrôler la position du fil et réaliser différentes mesures consignées dans le dossier incluant : la distance de l'orifice interne au fil du cerclage (OI-fil), du fil à l'orifice externe (fil-OE) et la longueur totale du col. Pour les femmes qui le nécessitaient, un arrêt de travail était prescrit pour le restant de la grossesse. Le repos strict au lit n'était pas recommandé. Les femmes étaient revues chaque mois en consultation. Un contrôle mensuel du prélèvement vaginal était pratiqué. L'ablation du cerclage était faite en consultation entre 36 et 38 SA. La prise en charge de la fin de grossesse et les indications de césarienne ou de déclenchement n'étaient pas différentes de la prise en charge des femmes non cerclées et respectaient les protocoles habituels du service.

L'âge gestationnel à la naissance, le terme du cerclage, la distance OI-fil, la distance fil-OE et la longueur du col ont été comparés entre les groupes de femmes ayant accouché avant et après 32 SA et avant et après 37 SA. Par ailleurs, dans l'optique d'analyser l'effet de la position du cerclage en tenant compte de la longueur totale du col qui est connue pour être prédictive de l'accouchement prématuré en cas de longueur inférieure à 25 mm au deuxième trimestre de la grossesse [11,12], nous avons estimé le ratio distance OI-fil/longueur du col (OI-fil/Col) et le ratio distance fil-OE/longueur du col (fil-OE/Col). Nous avons comparé ces ratios entre les femmes ayant accouché avant et après 32 SA et avant et après 37 SA.

Pour toutes les femmes de la cohorte, les dossiers médicaux étaient revus un à un afin de recueillir les informations détaillées sur le déroulement de la grossesse. Les données recueillies étaient l'âge de la femme au moment du cerclage, le poids, la taille, l'origine géographique, le tabagisme, l'activité professionnelle avant le cerclage, les antécédents de conisation et de malformation utérine, les antécédents obstétricaux (gestité, parité, interruption volontaire de grossesse, grossesse extra-utérine, fausse couche spontanée précoce < 14 SA, fausse couche tardive entre 14 et 21⁺⁶ SA, accouchement entre 22 et 36⁺⁶ SA, antécédent de grossesse cerclée), un recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP), le terme de cerclage et de décerclage, les distances OI-fil et fil-OE, la réalisation de ponction de liquide amniotique ou de biopsie de trophoblaste, un diabète gestationnel, un prélèvement vaginal (PV) positif à streptocoque B, l'administration de corticoïdes, le terme et la voie d'accouchement, la durée du travail.

L'analyse a débuté par une comparaison des caractéristiques maternelles et des données de la grossesse en fonction du terme

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8781154>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8781154>

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