

LA MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PRISE EN CHARGE DANS UN SERVICE UNIVERSITAIRE DE GROSSESSES À RISQUE : évaluation de la pratique clinique comparée aux recommandations internationales

S. JOHNSON (1), F. KRIDELKA (2), M. NISOLLE (3), P. EMONTS (4)

RÉSUMÉ : La prématurité représente un réel problème de santé publique. Elle est la cause principale de morbidité et de mortalité fœtales périnatales et engendre des coûts considérables en termes de soins de santé. La prévention de la mise en travail prématurée ainsi que la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré (MAP) représentent deux aspects importants de la pratique obstétricale permettant de réduire cet impact négatif, tant médical que financier, sur la société. Dans cet article, nous exposons les résultats d'une analyse rétrospective étudiant la prise en charge des patientes admises pour MAP à l'hôpital de la Citadelle de Liège au cours de l'année 2012. Nous confrontons ces résultats aux recommandations internationales et mettons en avant les points essentiels à améliorer dans le but d'optimiser la prise en charge.

MOTS-CLÉS : Prématurité - Tocolyse - Menace d'accouchement prématuré - Pratiques cliniques

THREATENED PRETERM DELIVERY MANAGED IN A UNIVERSITY
MEDICAL CENTER DEVOTED TO HIGH RISK PREGNANCIES :
ASSESSMENT OF DAILY PRACTICE IN RELATION TO
INTERNATIONAL GUIDELINES

SUMMARY : Premature birth poses a real problem of public health. As the principal cause of fetal ill-health and perinatal mortality, it generates high healthcare costs. By seeking to prevent early labour and to deal with its causes, a good obstetrical practice can reduce its negative impact, both medical and financial, on society. This article describes the results of a study of threatened preterm delivery admissions at the Citadelle hospital in Liège during the year 2012. The findings are compared to international guidelines with a view to identify aspects that could be improved...

KEYWORDS : Premature birth - Tocolysis - Threatened preterm delivery - Clinical practice

INTRODUCTION

La prématurité constitue un problème majeur de santé publique. Elle survient dans environ 5 à 13% des grossesses et est la cause principale de mortalité et de morbidité foetale périnatale (1, 2).

La prévention de la prématurité représente un défi quotidien en obstétrique tant sur le plan médical que sur le versant financier, le coût de la prématurité au niveau des soins de santé étant considérable. Un séjour en Unité de Soins intensifs néonataux se chiffre à plus de 10.000 euros par semaine, pour une dépense annuelle de plusieurs centaines de millions d'euros. Par comparaison, le coût annuel de la prématurité aux Etats-Unis fut, en 2007, de 5,8 billion de dollars, ce qui représente 47% de toutes les hospitalisations pédiatriques (3). *In fine*, toute

intervention permettant de retarder l'accouchement dans la période de la prématurité représente un bonus tant médical que financier pour la société.

LA MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ (MAP)

Environ 70% des naissances prématurées surviennent de manière spontanée et sont la conséquence d'un travail prématuré (45%) ou d'une rupture prématurée des membranes (25%); les 30% restants sont dus à des causes iatrogènes pour sauvetage maternel et/ou foetal (4).

La stratégie médicale repose sur deux grands axes : la prévention d'une mise en travail prématurée et la prise en charge de la MAP.

En matière de prévention, des mesures multiples ont été prises : gestion des assuetudes (tabac, alcool, autres drogues), aménagement du temps de travail, aide psychologique et sociale, nutrition appropriée et suppléments vitaminés, prévention des infections, réduction des grossesses multiples (limitation des transferts en fécondation *in vitro*, embryo-réduction), dépistage précoce des modifications du col utérin (raccourcissement, béance) et mise en place de traitements prophylactiques (progestérone, cerclage, pessaire, incapacité de travail).

(1) Assistante, (2) Professeur, Université de Liège. Chef de Service, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU, Site NDB, Chênée.

(3) Professeur, Université de Liège. Chef de Service, Service de Gynécologie, CHR Citadelle, Liège.

(4) Professeur, Université de Liège. Chef de Clinique, Service de Gynécologie, CHU de Liège.

Pour ce qui est de la prise en charge de la MAP, l'enjeu médical (prématurité délétère) et financier (coût de la prématurité sur le long terme) engendre une pratique excessivement interventionniste qui s'éloigne de la démarche optimale exprimée dans les recommandations internationales.

ETUDE RÉTROSPECTIVE OBSERVATIONNELLE (5, 6, 7)

Pour évaluer objectivement l'écart entre pratique clinique et recommandations, nous avons réalisé une étude rétrospective observationnelle de 12 mois. Pour ce faire, nous avons recueilli les données relatives aux gestantes admises pour MAP à membranes intactes entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2012 dans le Service Universitaire qui s'occupe des grossesses à haut risque (Unité MIC) sur le site de l'hôpital de la Citadelle de Liège.

Durant cette période, 109 patientes ont été admises, ce nombre incluant les réadmissions. Dans le cadre de l'étude, les données de 87 patientes ont pu être analysées. Nous avons exclu les grossesses triples et les patientes pour lesquelles certaines données étaient manquantes.

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES

- Le 1^{er} défi consiste à confirmer l'existence d'une réelle MAP, c'est-à-dire la présence de contractions utérines régulières et douloureuses avant 34 semaines d'aménorrhée (< 34 SA) induisant une modification du col de l'utérus et conduisant à l'accouchement en l'absence de toute intervention.
- Le 2^{ème} défi est de trouver une éventuelle cause à cette MAP et de la traiter : infection uro-génitale, hémorragie déciduale, surdistension utérine, anomalies utérines,...
- Le 3^{ème} défi est de s'assurer du bien-être tant maternel que foetal : recherche d'anomalies foetales ou placentaires, recherche d'un éventuel retard de croissance (RCIU), découverte d'une pathologie maternelle évolutive gravissime, qui contre-indiquerait toute poursuite de la grossesse.
- Le 4^{ème} et dernier défi, non le moindre, est d'instaurer un traitement de tocolyse pour interrompre les contractions, retarder l'accouchement et utiliser ce temps gagné pour permettre une maturation foetale, notamment pulmonaire (béthaméthasone) (8).

La stratégie tocolytique est clairement définie comme étant l'utilisation en première intention des inhibiteurs calciques sous forme intra-veineuse (nicardipine, Rydène®) ou *per os* (nifédipine, Adalat®). La durée du traitement sera courte (48h par voie intraveineuse 7 jours *per os*) et aucun traitement de fond ne sera maintenu. En présence de contre-indications à ces inhibiteurs calciques (troubles tensionnels sévères, pertes de sang, gemellité) ou d'effets secondaires indésirables (céphalées, bouffées, rash cutané), le choix se portera sur l'antagoniste de l'ocytocine, l'atosiban (Tracocile®) qui a l'avantage d'avoir une action spécifique et unique sur la contraction utérine et, donc, d'être sans effet secondaire systémique, mais qui est très onéreux (> 1.000 euros pour une cure de 48h). La durée de traitement est également limitée à 48h et aucun relais n'est conseillé. A noter que les bêta-mimétiques, largement utilisés par le passé, sont aujourd'hui écartés vu leur moindre tolérance et leur danger potentiel sans efficacité supérieure par rapport aux antagonistes calciques (9).

ETUDE RÉTROSPECTIVE OBSERVATIONNELLE

- Défi 1 : identifier une patiente présentant des contractions utérines prématurées susceptible d'accoucher prématurément est difficile, d'autant que 30% des contractions précoces se résolvent spontanément (10). Dans notre étude de 87 gestantes étiquetées patientes en MAP, seulement 23, appelées «vraies» MAP, correspondaient aux critères du référentiel (contractions utérines et modification cervicale). Il n'est pas étonnant dès lors que peu de ces patientes aient un accouchement prématuré : près des trois quart des patientes traitées (73,6%) accouchent au-delà de la 34^{ème} SA. La distribution des âges gestationnels (AG) à l'accouchement par rapport à l'AG à l'admission est décrite dans la figure 1, tandis que cette même distribution répartie entre les 23 «vraies» MAP et les 64 «fausses» MAP est reprise dans la figure 2.

- Défis 2 et 3 : la recherche des différentes étiologies et le contrôle systématique du bien-être materno-foetal ont été, en tous points, conformes aux recommandations dans notre série de 87 gestantes.

- Défi 4 : de l'analyse des dossiers de notre cohorte, il apparaît que le choix du tocolytique en première intention, est aléatoire et que sa durée d'utilisation est excessive ($7,67 \pm 3,67$ jours pour la nifédipine et $4,58 \pm 6,4$ jours pour l'atosiban). Nous avons mis en évidence

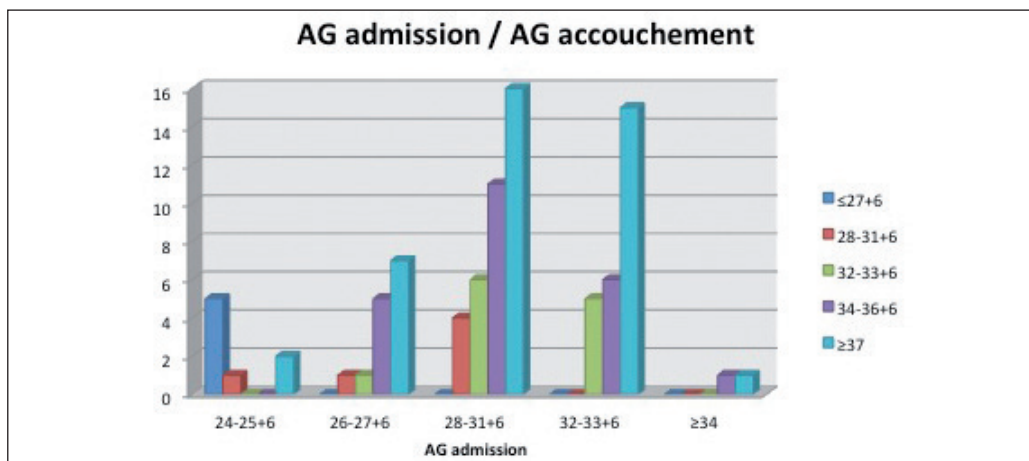


Figure 1. AG admission / AG accouchement

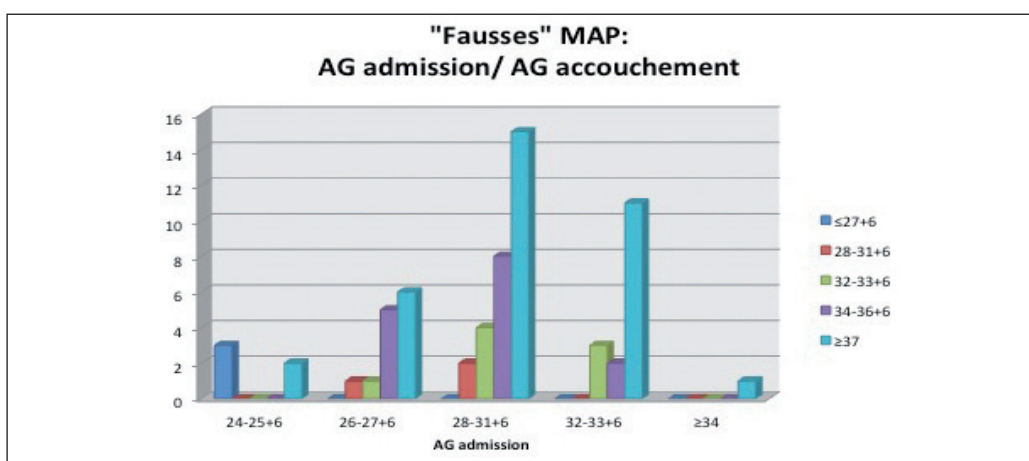
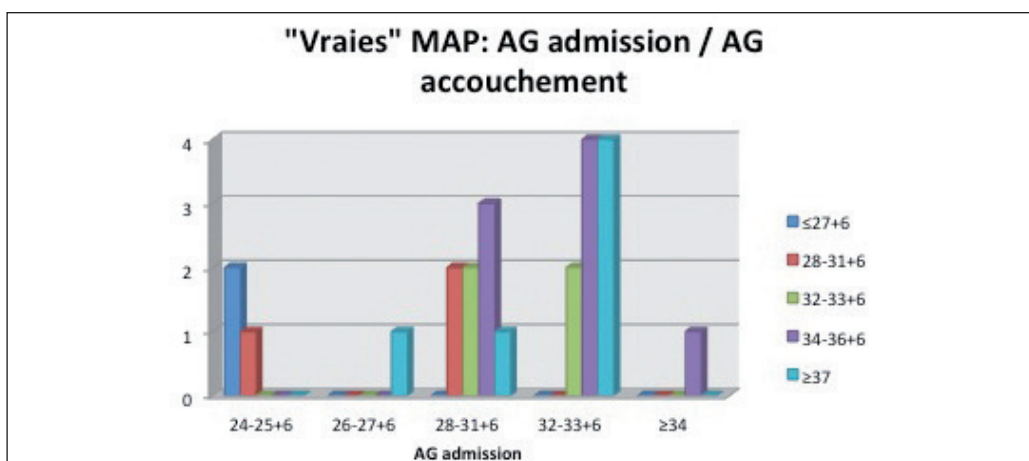


Figure 2. «Vraies» MAP et «fausses» MAP : AG admission / AG accouchement

comme motivation au choix de l'atosiban en première intention l'AG dans la très grande prématurité (fig. 3) et l'étroitesse (< 25 mm) du col utérin (fig. 4). Il est probable que le surcoût considérable de l'utilisation de l'atosiban soit mis spontanément en balance avec le coût bien

plus élevé de la prise en charge d'un très grand prématuré. Pourtant, aucun article ne démontre une supériorité de l'atosiban sur les inhibiteurs calciques dans ces indications (11). A noter d'ailleurs que, dans notre série, 88% des patientes traitées par la nifédipine accouchent

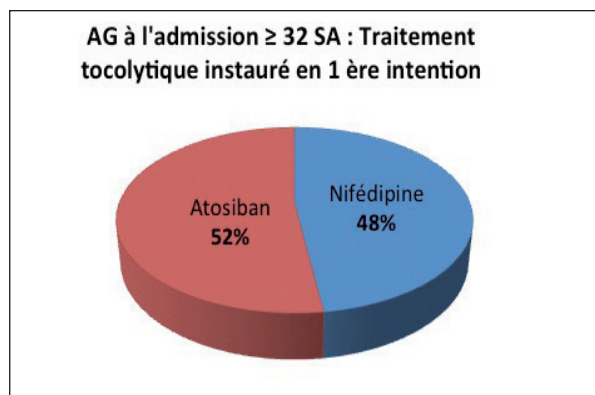
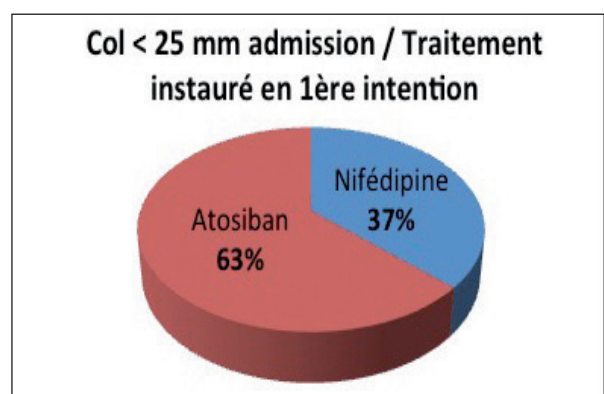
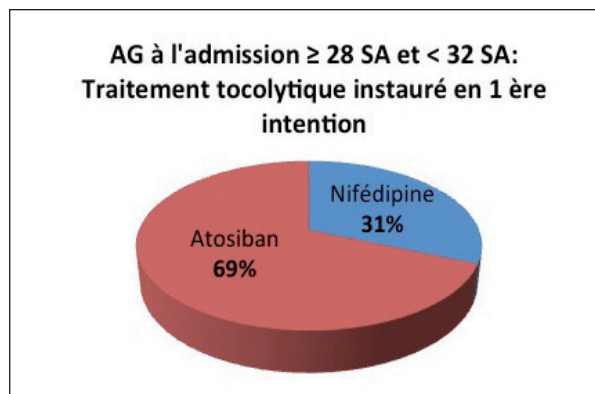
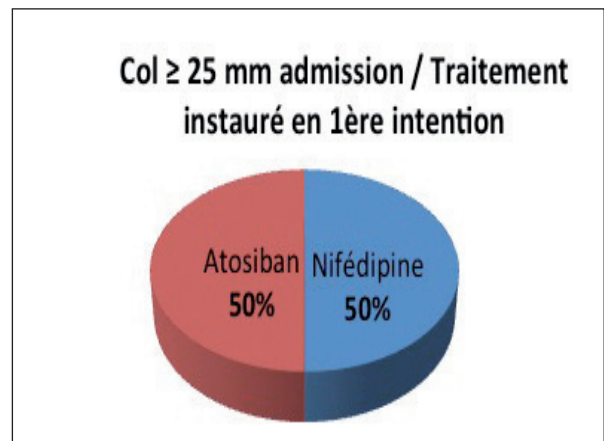
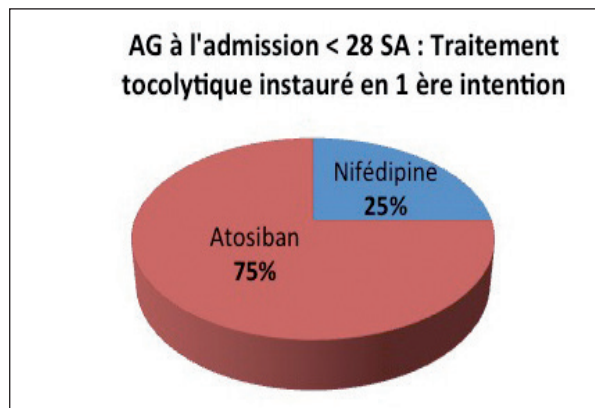


Figure 4. Traitement tocolytique en 1^{ère} intention selon la longueur de col (+/-25mm)

Figure 3. Traitement tocolytique en 1^{ère} intention selon l'AG

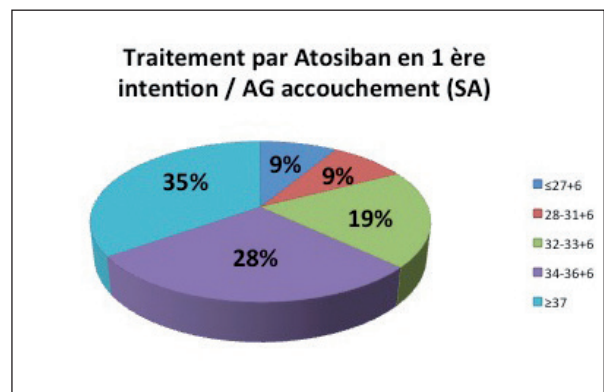
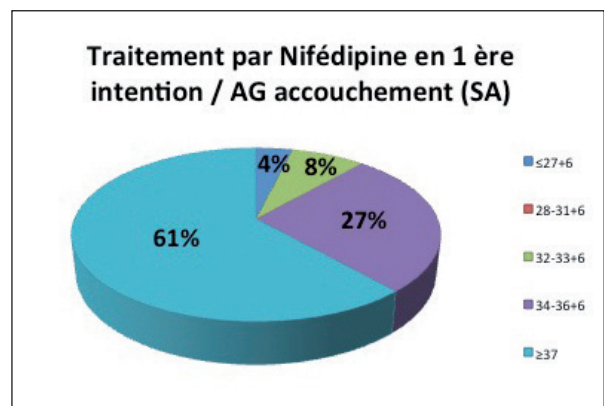


Figure 5. AG d'accouchement selon le tocolytique de 1^{ère} intention

au-delà de 34 SA contre 63% seulement pour le groupe atosiban (fig. 5). Il convient toutefois de pondérer cette observation par le biais de sélection lié au choix préférentiel de l'atosiban dans les conditions les plus défavorables (AG et longueur col).

CONCLUSION

Une meilleure identification des «vraies» MAP avec plus de rigueur diagnostique et éventuellement l'aide d'outils biophysiques et/ou biochimiques semble nécessaire pour obte-

nir une stratégie optimale de tocolyse, actuellement excédentaire. Une meilleure observance des directives dans les choix des tocolytiques et dans la durée des traitements doit être encouragée pour éviter les dérives onéreuses qui peuvent mettre en péril la balance financière des institutions de soins, sans y gagner en réduction de l'incidence de la prématurité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Iams JD, Romero R, Culhane JF, et al.— Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. *Lancet*, 2008, **371**, 164-175.
2. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, et al.— Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*, 2008, **371**, 75-84.
3. Russel Rb, Green NS, Steiner CA, et al.— Cost of hospitalization for preterm and low birth infants in the United States. *Pediatrics*, 2007, **120**, e1.
4. Slattery MM, Morrison JJ.— Proportion of preterm birth by etiology. *Lancet*, 2002, **360**, 1489.
5. Cabrol D, Goffinet F.— *Protocoles cliniques en Obstétrique*. Elsevier Masson Paris. 4^{ème} édition. 2013, 133-136.
6. American College of obstetricians and gynecologists.— ACOG practice bulletin n°127 : management of preterm labor. *Obst Gynecol*, 2012, **119**, 1308.
7. Haas DM, Caldwell DM, Kirkpatrick P, et al.— Tocolytic therapy for preterm delivery : systematic review and network meta-analysis. *BMJ*, 2012, **345**, e6226.
8. Roberts D, Dalziel S.— Antenatal corticostéroïds for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006, CD004454.
9. Tsatsaris V, Papatsonis D, Goffinet T, et al.— Tocolysis with Nifedipine or beta-adrenergic agonists : a meta-analysis. *Obst Gynecol*, 2001, **97**, 840-847£.
10. Fuchs IB, Henrich W, Osthues K, et al.— Sonographic cervical length in singleton pregnancies with intact membranes presenting with threatened preterm labor. *Ultrasound Obst Gynecol*, 2004, **24**, 554.
11. Kashanian M, Akbarian AR, Soltanzadeh M.— Atosiban and Nifedipine for treatment of preterm labor. *Gynecol Obst*, 2005, **272**, 26-30.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr P. Emonts, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique. Email : patrick.emonts@chu.ulg.ac.be