



| <b>MATERNITE</b>  |  | <i>Procédure n° : MAT P0087</i>   |
|---|--|---|
| <i>Responsable : Dr RAYNAL</i><br><i>Praticien Hospitalier</i><br><i>Dr Naveau</i><br><i>Assistant</i><br><br><u>signatures</u> | <u>Approbateur : Dr PANEL</u><br><i>Fonction : praticien Hospitalier</i><br><i>Chef de service</i><br><br><u>signature</u> | <i>Version : 1</i><br><i>Date de création : 25/06/2012</i><br><br><i>Liste de diffusion : bloc maternité,</i><br><i>mater 1, mater2</i> |
| <b>Menace d'accouchement prématuré (MAP)</b><br><br><b>à membranes intactes</b>   |  |   |

### Critères diagnostiques

- Contractions utérines régulières
- Modifications cervicales

### Evaluer le risque d'accouchement prématuré par l'échographie du col utérin :

- Sonde endovaginale, vessie vide, ne pas appuyer sur le col avec la sonde
- MAP si le col est  $\leq 25$  mm.

#### 1.1. Hospitalisation

- Bilan infectieux (NFS, CRP, PV complet, ECBU) et pré-opératoire.
- Recherche d'un contexte psycho-social favorisant (contexte de vie, de travail, stress ...)
- Echographie obstétricale si la dernière date de plus de 15 jours (importance de l'EPF)
- Repos
- Information de la patiente sur les risques de la prématurité (par le senior d'obstétrique et le pédiatre), organisation de la visite de l'unité de néonatalogie si besoin
- Consultation anesthésie

#### 1.2. Traitement d'urgence

Le traitement est réalisé à partir de 24 SA et interrompu au-delà de 34 SA.

**Si terme < 32SA et/ou estimation du poids fœtal < 1500g : transfert avec tocolyse et corticothérapie en maternité de type III**

- ⇒ Privilégier la Maternité du réseau de périnatalité des Yvelines : POISSY
- ⇒ Si pas de place sur Poissy, appeler cellule de transfert



|   |  |
|---|--|
| <b>MATERNITE</b>  | Procédure n° : <b>MAT P0087</b><br>Version : 1 |
| <b>Menace d'accouchement prématuré (MAP)<br/>à membranes intactes</b> |  |

**Si terme entre 32 et 34SA et pas de place en Mater/Néonatal sur le CHV**

⇒ Transferts en priorité sur les maternités du réseau (classeur TIU en SDN)

**Corticothérapie** : Célestène chronodose® 12mg IM répété 1 fois après 24 heures

Maximum 2 cures de corticoïdes au cours de la grossesse.

Classiquement, la tocolyse a pour objectif de gagner les 48 heures nécessaires à la réalisation de la cure de corticoïdes, et assurer un transfert anténatal si nécessaire.

**Tocolyse** :

**En première intention : Inhibiteurs du flux calcique :**

**Nifédipine ⇒ Adalate® 10 mg 2 cp per os**

### **Schéma thérapeutique Adalate® dans la MAP**

Dose de charge : Adalate® 10 mg 2cp per os toutes les 30 minutes (soit 20 mg) en cas de persistance des contractions, jusqu'à 3 prises maximum de 2 cp à 10 mg.

Puis relais Adalate® 10 mg 2cp per os toutes les 3 à 8 heures selon l'importance des contractions pendant 48 heures.

La dose maximum quotidienne est de 160 mg/jour.

Arrêt systématique du traitement après 48h

En cas d'intolérance à l'Adalate® ou d'échec constaté de cette tocolyse, relais par loxén IV selon procédure existante.

Arrêt systématique du traitement après 48h

**Surveillance de la tocolyse par Adalate® :**

- Cardiotocométrie pendant la période contractile
- TA et pouls maternel toutes les 15 minutes pendant 1 heure puis surveillance classique
- 2 RCF/24h, à adapter en fonction du contexte



|   |  |
|---|--|
| <b>MATERNITE</b>  | Procédure n° : <b>MAT P0087</b><br>Version : 1 |
| <b>Menace d'accouchement prématuré (MAP)</b><br><b>à membranes intactes</b> |  |

**Contre-indications à tocolyse par Adalate® :**

- Prééclampsie, HTA
- Utilisation concomitante de traitement anti-hypertenseur
- Age gestationnel > 34 SA
- Hypotension artérielle
- MFIU
- Anomalies du RCF
- HRP
- Chorio-amnionite
- Allergie à la nifédipine
- Pathologie cardiaque maternelle
- Pathologie hépatique
- Utilisation concomitante de  $\beta$ -mimétiques

**Effets secondaires de la tocolyse par Adalate® :**

- Hypotension  $\leq 90/50$  mmHg justifiant l'arrêt du traitement
- Tachycardie, palpitations
- Flushes
- Céphalées, malaises
- Nausées

**Cas particulier :**

Si une patiente est transférée sous  $\beta$ -mimétiques, le relais par Adalate ® ne sera réalisé qu'après obtention d'une tocolyse efficace et en respectant un intervalle libre de tout traitement d'au moins 3 heures (risque d'OAP, d'infarctus du myocarde).



|   |   |
|---|---|
| <b>MATERNITE</b>  | <i>Procédure n° : MAT P0087</i><br><i>Version : 1</i> |
| <b>Menace d'accouchement prématuré (MAP)</b><br><b>à membranes intactes</b> |   |

## **En cas d'échec de la tocolyse par Adalate® per os :**

### **A. Tocolyse par Loxen® IV de seconde intention à privilégier**

- . Nicardipine (LOXEN®) par voie intraveineuse à la seringue électrique
- . Ampoules de 10ml = 10mg
- . Diluer 2 ampoules de LOXEN dans 250ml de G5% (dégradé dans le sérum physiologique).
- . Débuter la tocolyse à 20ml/heure (équivalent à 1,5mg/heure)
- . Augmentation par paliers de 7ml/heure (0,5 mg/h) toutes les 30 minutes si nécessaire
- . Augmenter jusqu'à un maximum de 40ml/heure si nécessaire (équivalent à 3mg/heure)

#### **Contre-indications au LOXEN® :**

- . Hypersensibilité connue à la nicardipine
- . Intolérance au fructose

#### **Surveillance en cours de traitement par LOXEN® :**

- . Fréquence cardiaque
- . Pression artérielle
- . Prévenir les patientes de la possibilité de céphalées et bouffées de chaleur.

En cas de persistance des contractions utérines malgré une tocolyse par LOXEN 40 ml/heure depuis deux heures de temps, envisager une tocolyse par Tractocile®

### **B. Tocolyse par Salbutamol® de seconde intention possible**

Ampoule de 5ml = 5mg : Salbutamol fort

#### **Bilan pré-traitement :**

Auscultation cardio-pulmonaire, Pouls, Tension artérielle, s'assurer de l'absence de diabète, Ionogramme sanguin, ECG.



|   |  |
|---|--|
| <b>MATERNITE</b>  | Procédure n° : <b>MAT P0087</b><br>Version : 1 |
| <b>Menace d'accouchement prématuré (MAP)</b><br><b>à membranes intactes</b> |  |

Posologie :

2 ampoules de Salbumol fort (=10mg) dans 500cc de glucosé à 5% ou de sérum physiologique.

Faire un ECG avant le début du traitement.

Débuter à 15 ou 20 microgrammes/min soit entre **45 et 60ml/h**.

Augmenter par paliers de 5 à 10 microgrammes/min soit de **15 à 30ml/h** toutes les 10min sans dépasser 100ml/h (=2mg/h).

Le débit d'entretien se situe en général entre **30 et 60ml/h**.

La préparation se conserve 24 heures.

Diminuer le débit 1 heure après l'arrêt des contractions.

Surveillance : pouls : doit rester inférieur à 140/mn, TA, auscultation pulmonaire si symptômes, diurèse. Apport maximal de 1,5 litre de soluté par 24h.

Effets secondaires : tachycardie maternelle et fœtale parallèle, sueurs, nausées, vomissements, tremblements, vertiges, sensation de malaise. Hyperglycémie et hypokaliémie transitoires.

Exceptionnellement OAP (œdème aigu pulmonaire) : ne pas dépasser 1,5 litre de soluté par 24h.

Précautions d'emploi :

Diabète gestationnel sans insuline : risque de déséquilibre glycémique surtout si corticoïdes associés. Surveillance glycémies. Préférer sérum physiologique pour la préparation. Prendre contact avec les diabétologues avant début du traitement pour la surveillance conjointe.

L'utilisation de suppositoires de Salbutamol® sera à discuter au cas par cas.

CONTRE-INDICATIONS du Salbutamol® (IV ou suppositoire) : cardiopathie sévère, hyperthyroïdie, HTA non contrôlée, tachycardie supérieure à 120/mn au repos, éclampsie et pré-éclampsie, **diabète avec insuline**, **grossesse multiple** et toute contre-indication à la poursuite de la grossesse.

|   |  |
|---|--|
| <b>MATERNITE</b>  | Procédure n° : <b>MAT P0087</b><br>Version : 1 |
| <b>Menace d'accouchement prématuré (MAP)<br/>à membranes intactes</b> |  |

### **C. Tocolyse par Tractocile® (Atosiban) si échec de tocolyse de seconde intention**

Si tocolyse par Tractocile®, prévoir un transfert vers une maternité de type 3 dès le début de la tocolyse.

S'assurer que la corticothérapie a été entreprise, sinon la faire.

Posologies :

. **T0 : Bolus IV initial**

Boite bleue, Tractocile® 7,5mg/ml, solution injectable.

1 flacon de 0,9ml (soit 6,75mg de Tractocile®) à injecter en IV lente sur 1 minute.

. **T 1min : Perfusion d'une dose de charge**

Boite violette, Tractocile® 7,5mg/ml, solution à diluer pour perfusion.

Flacon de 5ml soit 37,5mg de Tractocile®

. Préparation d'une solution à 10% de Tractocile® avec une solution pour dilution.

Au choix : . solution de chlorure de sodium (0,9% p/v)

. solution de Ringer

. solution de glucose (5% p/v)

Si pousse seringue électrique (50ml) ⇒ **à privilégier**

. 1 flacon de Tractocile® de 5ml + 45 ml de solution pour dilution.

Si poche de perfusion de 100ml

. 2 flacons de Tractocile de 5ml + 90ml de solution pour dilution.

. Vitesse de perfusion : **24ml/heure les 3 premières heures** (300µg/min ou 18mg/heure)

. **T 3 heures** : En l'absence de la possibilité d'un transfert in-utero

**Perfusion d'une dose d'entretien**

Boite violette, Tractocile 7,5mg/ml, solution à diluer pour perfusion.

Flacon de 5ml soit 37,5mg de Tractocile

Utiliser la solution de Tractocile® à la même concentration que pour la phase précédente (cf ci-dessus) **MAIS avec vitesse de perfusion réduite : 8ml/heure pendant 45 heures au maximum** (soit 100µg/min ou 6mg/heure).



|   |  |
|---|--|
| <b>MATERNITE</b>  | Procédure n° : <b>MAT P0087</b><br>Version : 1 |
| <b>Menace d'accouchement prématuré (MAP)</b><br><b>à membranes intactes</b> |  |

### **1.3 Après sédation de l'épisode aigu de travail prématuré :**

- . Retour à domicile avec arrêt de travail.
- . Le repos est préconisé mais en aucun cas le repos strict au lit qui majore le risque thrombo-embolique
- . Surveillance par sage-femme à domicile 1 à 2 fois par semaine en fonction du contexte
- . S'assurer de la bonne prise de RDV en consultation obstétricale et surveillance échographique

Si l'état clinique de la patiente nécessite une 2e hospitalisation avec une tocolyse, une seule et unique seconde cure de corticoïdes peut être discutée, si la dernière injection remonte à plus de 14 jours.

### **1.4 En cas de faux travail prématuré**

a. Le faux travail prématuré est défini par l'existence de contractions utérines régulières sans modifications du col (col > 25 mm stable)

- Prélever un bilan infectieux
- Repos durant une heure (le temps du monitoring)
- Adalate ® 10 mg 2 cp per os

Si l'épisode est résolutif (et le RCF normal), retour à domicile et au besoin contrôle à distance.

Si les contractions persistent, hospitalisation et mise en route du traitement comme dans le cas du travail prématuré. Pas de corticothérapie dans ce contexte.

b. Si découverte échographique d'un col ( 15 mm sans contractions utérines

- Prélever un bilan infectieux
- Pas de tocolyse
- Discuter en Staff l'opportunité d'une corticothérapie



|   |  |
|---|--|
| <b>MATERNITE</b>  | Procédure n° : <b>MAT P0087</b><br>Version : 1 |
| <b>Menace d'accouchement prématuré (MAP)</b><br><b>à membranes intactes</b> |  |

### **1.5 Cas particulier de la tocolyse des grossesses multiples :**

- . Contre-indication du Salbutamol® (IV ou suppositoire) pour les grossesses multiples
- . Privilégier tocolyse par Adalate® per os
- . ATTENTION si tocolyse par Loxen® IV
  - ⇒ Risque d'OAP si association . Grossesse multiple
    - . Tocolyse par Loxen® IV
    - . Corticothérapie
    - . Apport hydriques excessifs (> 1500cc/24h)
  - ⇒ Diminuer les apports hydriques et traquer les signes cliniques d'OAP

La tocolyse par Tractocile® est à privilégier chez les grossesses multiples en seconde intention, et peu se discuter en première intention.

Tocolyse par Tractocile® à privilégier si transfert in-utero.

#### **Références :**

- . CNGOF Recommandations pour la pratique clinique La menace d'accouchement prématuré à membranes intactes 2002
- . V. Tsatsaris, F. Goffinet, B. Carbonne, G. Abitayeh, D. Cabrol  
Tocolyse de première intention par nifédipine  
Gynecol Obstet Fertil 2005;33:263-65