



**HAL**  
open science

## Menace d'accouchement prématuré : circonstances d'hospitalisation et pronostic de la grossesse

Anne Betend

► **To cite this version:**

Anne Betend. Menace d'accouchement prématuré : circonstances d'hospitalisation et pronostic de la grossesse. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00617442

**HAL Id: dumas-00617442**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00617442v1>**

Submitted on 29 Aug 2011

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE**

**MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE :  
CIRCONSTANCES D'HOSPITALISATION ET  
PRONOSTIC DE LA GROSSESSE**

Mémoire soutenu le 19 mai 2011

Par Anne BETEND  
Née le 27 janvier 1987

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2011

## **Remerciements aux membres du jury**

Je remercie les membres du jury :

**Mr le Docteur Fabrice SERGENT,**

Praticien hospitalier en Gynécologie Obstétrique au CHU de Grenoble,  
Président du jury ;

**Mr le Dr Xavier MORIN,**

Praticien hospitalier en Gynécologie Obstétrique à la Clinique des Cèdres ;

**Mme Chantal SEGUIN,**

Directrice de l'école de Sages-Femmes de Grenoble ;

**Mr Lionel Di Marco,**

Sage-Femme Enseignant à l'école de Sages-Femmes de Grenoble,  
Guidant de ce mémoire ;

**Mme Sabrina BOTTET**

Sage- Femme Cadre au centre hospitalier de Valence.

## **Remerciements particuliers**

Je remercie plus particulièrement,

**Mme le Dr Virginie Delorme,**

Assistant des Hôpitaux en Gynécologie Obstétrique, au CHU de Grenoble,

Directrice de ce mémoire ;

*pour son aide précieuse, sa disponibilité, et ses encouragements ;*

**Mr Lionel Di Marco,**

Sage-Femme Enseignant à l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble,

Guidant de ce mémoire ;

*pour son soutien et sa disponibilité ;*

**Ma famille et mes proches,**

*pour leur soutien et leur bienveillance.*

# Table des matières

<b>Liste des Abréviations .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Introduction .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Matériel et méthodes.....</b>	<b>4</b>
2.1 Population .....	4
2.2 Méthodes.....	5
2.3 Critères de jugement .....	7
2.4 Tests statistiques .....	7
<b>3. Résultats .....</b>	<b>9</b>
3.1 Diagramme d'éligibilité.....	9
3.2 Caractéristiques générales des populations de l'étude.....	10
3.3 Données de l'hospitalisation et de l'accouchement.....	11
3.4 Lien entre exposition et maladie.....	13
<b>4. Discussion.....</b>	<b>15</b>
4.1 Choix de l'étude et limites .....	15
4.2 Justificatif de la sélection de la population.....	16
4.2.1 <i>Eléments exclus</i> .....	16
4.2.2 <i>Eléments répertoriés</i> .....	17
4.2.3 <i>Eléments manquants</i> .....	17
4.3 Analyses de nos résultats .....	18
4.3.1 <i>Caractéristiques générales de la population</i> .....	18
4.3.2 <i>Caractéristiques des populations à l'admission à l'hôpital</i> .....	18
4.3.3 <i>Traitement tocolytique</i> .....	21
4.3.4 <i>Caractéristiques de l'hospitalisation et de l'accouchement</i> .....	22
4.4 Lien entre motif d'admission et accouchement prématuré.....	22
<b>5. Conclusion .....</b>	<b>24</b>
<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>26</b>

## Liste des Abréviations

**MAP** : menace d'accouchement prématuré

**AP** : accouchement prématuré

**CU** : contraction utérine

**SA** : semaines d'aménorrhées

**TV** : toucher vaginal

**MCP** : modification cervicale pathologique

**CNGOF** : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

**GHR** : grossesses à haut risque

**HCE** : Hôpital Couple Enfant

**CHU** : centre hospitalier universitaire

**TIU** : transfert in utéro

**RPM** : rupture prématurée des membranes

**PEC** : prise en charge

**DMO** : dossier médical obstétrical

**IMC** : indice de masse corporelle

**FCT** : fausse couche tardive

**OI** : orifice interne du col de l'utérus

# **1. Introduction**

La menace d'accouchement prématuré (MAP) constitue la première cause d'hospitalisation pendant la grossesse (40%) et elle se complique d'un accouchement prématuré (AP) dans 15 à 50% des cas [1] [2] [3]. En 2009, 10 à 12 % des grossesses se sont achevées par un accouchement prématuré et ont constitué à elles seules 70% de la mortalité périnatale [4], [5].

Les étiologies du travail prématuré spontané sont nombreuses et souvent associées entre elles [1] [3] [6].

L'enjeu de la MAP réside dans son dépistage. Il est nécessaire d'hospitaliser et de traiter les femmes à risque élevé d'accouchement prématuré. Ce dépistage doit être optimal, afin de limiter les hospitalisations inutiles, qui engendrent un surcoût pour la société et une surmédicalisation de la grossesse. Cependant, les critères prédictifs d'un accouchement prématuré étant médiocres et souvent subjectifs, le dépistage des MAP est parfois approximatif et les équipes obstétricales sont amenées à tocolyser « par excès » deux tiers des patientes, dont le risque effectif d'accouchement prématuré excède rarement 30% [7].

Le diagnostic de MAP est évoqué sur deux critères : la présence de contractions utérines (CU) régulières et douloureuses survenant entre 22 et 36 semaines d'aménorrhées (SA) + 6 jours, et la présence de modifications cervicales pathologiques [1] [8].

Un nombre important de femmes consulte spontanément aux urgences obstétricales pour des contractions utérines qu'elles jugent anormales (trop nombreuses, trop fréquentes, douloureuses). Le toucher vaginal (TV) et l'échographie endovaginale viennent ensuite objectiver d'éventuelles modifications cervicales, conséquences de ces contractions.

Certaines femmes, bien qu'asymptomatiques, présentent des modifications cervicales. Elles sont dépistées grâce à la réalisation d'un toucher vaginal systématique réalisé lors du suivi de grossesse de routine ou grâce à une échographie endovaginale réalisée à l'occasion d'une échographie obstétricale.

Pourtant, la réalisation du toucher vaginal systématique en vue du dépistage de modifications cervicales pathologiques à risque d'aboutir à un accouchement prématuré est une pratique bien française. Pour d'autres pays européens, comme l'Angleterre, le toucher vaginal de dépistage ne fait pas partie de l'examen systématique. Et divers travaux, telle l'étude de P Buekens, S Alexander et M Bousten, ont démontré la non efficacité du toucher vaginal de routine en terme de prévention de l'accouchement prématuré [9]. Force est même de constater que celui-ci peut conduire à une inflation des hospitalisations maternelles pour « modifications cervicales pathologiques (MCP) », improprement qualifiées de MAP lorsque ces modifications cervicales sont isolées, non associées à des contractions utérines.

Ainsi le motif d'hospitalisation pour MAP regroupe en réalité deux circonstances bien distinctes :

Soit la patiente a consulté en urgence pour des contractions utérines régulières et douloureuses conduisant à la constatation d'une modification cervicale. Nous retenons alors pour motif d'hospitalisation la « MAP vraie », cette circonstance correspondant selon nous à la définition retenue par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) [1].

Soit la patiente a consulté dans le cadre de son suivi habituel, la modification cervicale est découverte par le praticien lors d'un examen systématique (toucher vaginal systématique ou échographie du col systématique lors d'une échographie obstétricale). L'interrogatoire cherche ensuite à préciser l'existence de contractions utérines. Nous définissons arbitrairement le motif d'admission comme « modification cervicale pathologique (MCP) » pour distinguer cette circonstance de la précédente.

L'objectif de notre recherche est de préciser si le pronostic de la grossesse, en terme de prématurité, est différent selon que la patiente est hospitalisée dans le cadre d'une « MAP vraie » ou d'une « MCP ».

Notre hypothèse de travail est que les patientes hospitalisées dans le cadre d'une « MAP vraie » accouchent plus prématurément que les patientes hospitalisées dans le cadre d'une « MCP ».



## **2. Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude monocentrique, observationnelle, à visée étiologique de type cohorte, portant sur les patientes hospitalisées pour MAP dans le service de Grossesses à Haut Risque (GHR) de la maternité de niveau III de l'hôpital couple enfant (HCE) du CHU de Grenoble sur la période du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 décembre 2009. L'étude a été menée en rétrospectif.

### **2.1 Population**

Nous avons inclus les patientes hospitalisées pour MAP dans le service de GHR, présentant une grossesse unique, de datation précise définie par une échographie de datation précoce réalisée entre 11 SA et 13 SA + 6 jours. L'âge gestationnel à l'admission devait être supérieur ou égal à 24 SA. Le motif d'hospitalisation devait être la MAP que celle-ci corresponde à une « MAP vraie » ou à une « MCP ».

Ont été exclues :

- les patientes hospitalisées à l'hôpital couple enfant après un transfert in utero (TIU) depuis un autre établissement ;
- les patientes présentant une rupture prématurée des membranes (RPM) à l'admission ou durant l'hospitalisation ;
- les patientes présentant une pathologie surajoutée à la MAP pouvant aboutir à une extraction fœtale prématurée.

Ces pathologies surajoutées étaient :

- les anomalies de l'insertion placentaire : placenta bas inséré, placenta accreta, percreta ou increta ;
- les anomalies de la quantité de liquide amniotique : hydramnios non idiopathique, non résorbé spontanément, défini par une flèche amniotique supérieure à huit cm, ou oligoamnios, défini par une flèche amniotique inférieure à deux cm;

- les pathologies fœtales de diagnostic anténatal : malformations fœtales ou retard de croissance intra-utérin, défini par des biométries inférieures au 10<sup>ème</sup> percentile pour un âge gestationnel donné ;
- les pathologies maternelles pouvant avoir un retentissement sur la grossesse : cholestase gravidique, lupus érythémateux disséminé de forme obstétricale, syndrome vasculo-rénal, et diabète maternel non équilibré, défini par un retentissement fœtal de la maladie : macrosomie définie par un périmètre abdominal ou un diamètre abdominal transverse du fœtus supérieur au 90<sup>ème</sup> percentile, ou un retentissement annexiel de la maladie: hydramnios.

Les patientes qui bénéficiaient d'un cerclage du col pour la grossesse en cours ont également été exclues, ainsi que les patientes qui bénéficiaient déjà au moment de leur admission à l'hôpital d'une prise en charge (PEC) ambulatoire de la MAP.

La prise en charge ambulatoire de la MAP était définie par :

- un suivi à domicile de la patiente par une sage-femme libérale ou une sage-femme de la protection maternelle et infantile (PMI), avec réalisation systématique ou non de monitoring cardiotocographique fœtal,
- un suivi médical rapproché défini par plus d'une consultation mensuelle,
- un suivi échographique du col utérin régulier.

Enfin, nous avons exclu les patientes ayant bénéficié d'une PEC partielle de la MAP selon le protocole du CHU avant leur hospitalisation, définie par la réalisation d'un bilan infectieux et/ou d'une corticothérapie anténatale, sans traitement tocolytique, ni hospitalisation.

## **2.2 Méthodes**

Nous avons défini deux groupes selon la circonstance ayant conduit à l'hospitalisation :

Le groupe exposé correspondait aux « MAP vraies » définies par les patientes ayant consulté spontanément aux urgences obstétricales pour des contractions utérines régulières et/ou douloureuses et pour lesquelles ont été observées des modifications cervicales à l'examen clinique ou échographique, ayant conduit à l'hospitalisation.

Le groupe non exposé correspondait aux « MCP » définies par les patientes hospitalisées pour une modification cervicale associée ou non à des CU, non identifiées par la patiente, ou n'ayant pas motivé de consultation. La modification cervicale a pu être observée lors d'une échographie endovaginale réalisée à l'occasion d'une échographie obstétricale, lors d'un toucher vaginal systématique réalisé lors d'une consultation de suivi de grossesse ou lors d'une consultation en urgence motivée par d'autres raisons que des CU ou des algies abdominales, pelviennes ou lombaires évoquant des CU.

La maladie a été définie par l'accouchement prématuré (naissance avant la 37<sup>ème</sup> SA révolue).

Le recueil des données a été effectué de manière rétrospective par requête manuelle des données informatisées du Dossier Médical Obstétrical (DMO).

Les caractéristiques étudiées pour comparer les deux populations étaient : l'âge maternel, la parité, l'indice de masse corporelle avant la grossesse, la consommation de tabac pendant la grossesse en cours, les antécédents de fausse couche tardive (FCT), définie par une expulsion entre la dixième et la 22<sup>ème</sup> semaine de gestation, les antécédents de MAP, les antécédents d'accouchement prématuré (AP), les antécédents de curetage ou aspiration, les antécédents de conisation du col utérin, les antécédents de malformation utérine, la présence pendant la grossesse d'un hydramnios idiopathique spontanément régressif, et le type de suivi de grossesse.

Le suivi de grossesse hospitalier a été défini par des consultations exclusivement effectuées à l'hôpital.

Le suivi de ville a été défini par des consultations réalisées chez un praticien libéral (sage-femme ou obstétricien) jusqu'au septième mois de grossesse inclus, suivies d'un relais à l'hôpital pour les consultations du huitième et/ou du neuvième mois.

Le suivi mixte a été défini par des consultations de grossesses tantôt à l'hôpital, tantôt chez un praticien libéral.

Pour chaque patiente, les caractéristiques à l'admission ont été précisées : l'âge gestationnel, le score de bishop, l'ouverture à l'orifice interne estimée en cm par le toucher vaginal, la longueur échographique du col, la constatation à

l'échographie endovaginale d'une ouverture de l'orifice interne du col ou d'une protrusion des membranes dans le canal cervical.

Concernant l'hospitalisation, nous avons relevé la ligne de tocolyse utilisée, ainsi que le nombre de cures de tocolyse nécessaires. Concernant la ligne de tocolyse utilisée, nous avons défini le recours à une première ligne de tocolytiques uniquement : administration en première intention de nifédipine (Adalate®) ou atosiban (Tractocile®) et le recours à une deuxième ligne de tocolytiques, après échec de la première ligne : administration d'atosiban (Tractocile®) après échec de la nifédipine (Adalate®). Concernant le nombre de cures nécessaires, nous avons relevé si la cessation des CU avait été observée à l'issue d'une cure unique de tocolytiques (quelle que soit sa nature), ou si le traitement avait nécessité la répétition des cures, quelque en soit le nombre.

Le terme de sortie de l'hôpital a été relevé.

Pour chaque patiente ont été précisés le nombre d'hospitalisations ainsi que la durée en jours de l'hospitalisation. En cas d'hospitalisations répétées, seul le motif de la première hospitalisation a été retenu et a défini l'appartenance de la patiente au groupe « MAP vraie » ou « MCP ».

Enfin, nous avons relevé le terme de l'accouchement et les circonstances de l'accouchement : au cours de l'hospitalisation ou à distance de celle-ci.

### **2.3 Critères de jugement**

Le critère de jugement principal était le terme de l'accouchement.

Les critères de jugement secondaires étaient la durée de l'hospitalisation et le délai entre l'hospitalisation et l'accouchement.

### **2.4 Tests statistiques**

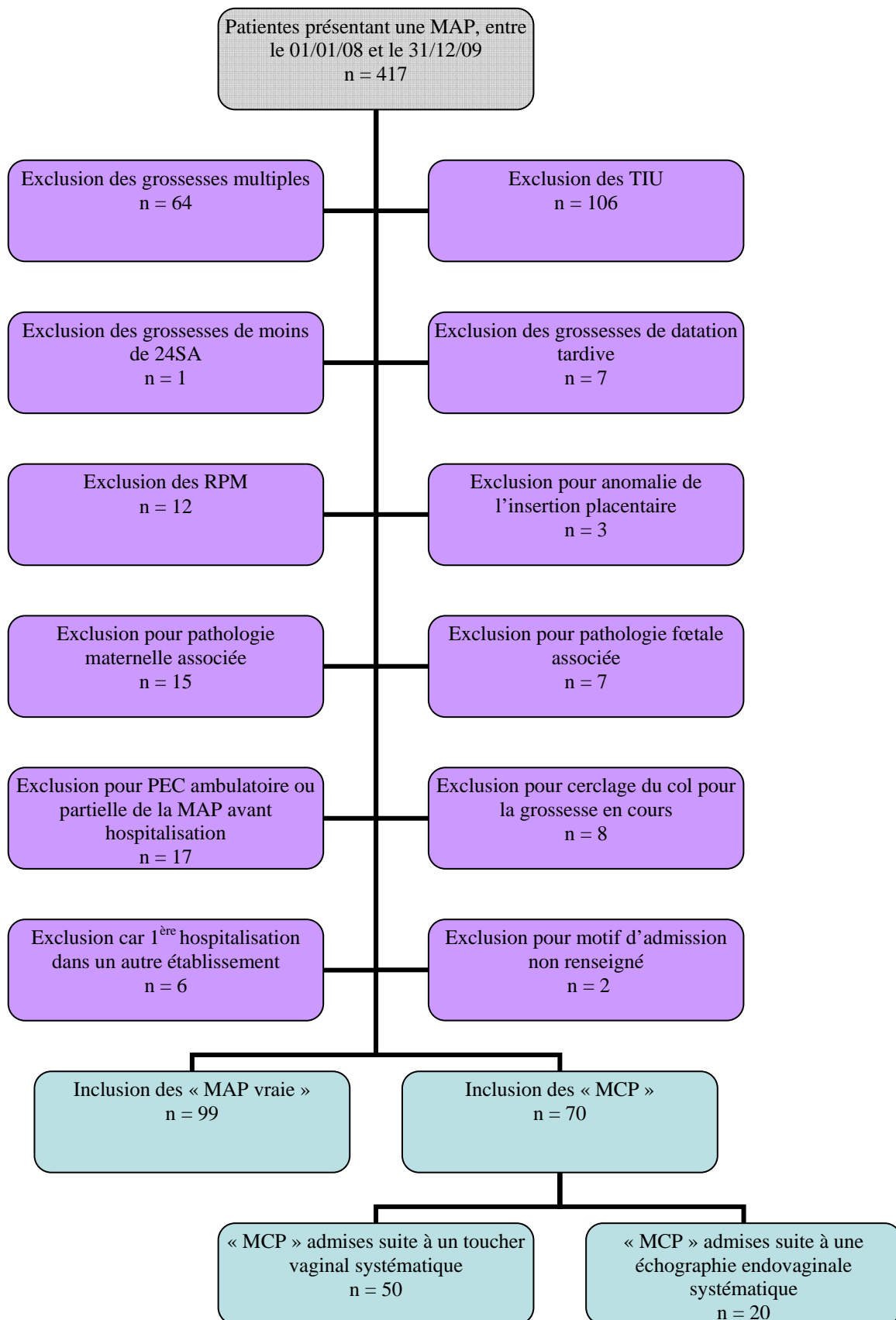
Nous avons réalisé la comparaison des variables qualitatives grâce au test du Chi 2 sur le logiciel Statview. Le test de Fisher a été utilisé lorsque le Chi 2 n'était pas applicable (effectifs attendus inférieurs à cinq).

Les différences ont été considérées comme significatives lorsque la valeur de la p-value (p) était inférieure à 0,05, ce qui correspondait à un risque d'erreur de 5%.

Pour les variables quantitatives, nous avons réalisé des tests de comparaison de moyennes et médianes (test t de Student).

## 3. Résultats

### 3.1 Diagramme d'éligibilité



Quatre cent dix sept dossiers ont été étudiés sur la période du premier janvier 2008 au 31 décembre 2009. Deux cent quarante huit dossiers ont été exclus. Cent soixante neuf dossiers ont été inclus. Parmi ceux-ci, 99 dossiers (58,58%) concernaient des patientes hospitalisées dans le cadre d'une « MAP vraie », et 70 dossiers (41,42%) concernaient des patientes hospitalisées dans le cadre d'une « MCP », dont 50 (71,43%) ont été admises suite à un toucher vaginal systématique et 20 (28,57%) suite à une échographie endovaginale systématique.

### **3.2 Caractéristiques générales des populations de l'étude**

Tableau I : Caractéristiques générales des populations étudiées.

	<b>MAP vraie</b>	<b>MCP</b>	<b>p</b>
<b>Age,</b> médiane (25p-75p)	29 (24-33)	28 (25-31)	0,378
<b>Parité,</b> médiane (min-max)	1 (0-3)	0 (0-4)	0,184
<b>IMC avt grossesse,</b> médiane (25p-75p)*	20,6 (19,4-24,2)	20,9 (19,3-23,8)	0,344
<b>Tabac pendant grossesse,</b> n (%)	18 (18,2)	17 (24,3)	0,335
<b>ATCD FCT,</b> n (%)	4 (4)	1 (1,4)	0,405
<b>ATCD AP,</b> n (%)	14 (14,1)	8 (11,4)	0,606
<b>ATCD MAP,</b> n (%)	20 (20,2)	9 (12,9)	0,212
<b>ATCD curetage,</b> n (%)	10 (10,1)	3 (4,3)	0,162
<b>ATCD conisation,</b> n (%)	0 (0)	1 (1,4)	0,414
<b>ATCD malformation utérine,</b> n (%)	1 (1)	0 (0)	> 0,999
<b>Hydramnios,</b> n (%)	0 (0)	2 (2,9)	0,170

\* les données n'étaient pas renseignées pour l'IMC avant grossesse (n = 11)

Les caractéristiques des deux populations ne présentent pas de différence statistiquement significative en termes d'âge maternel, de parité, d'IMC avant la grossesse, de consommation tabagique pendant la grossesse, et d'antécédents de fausse couche tardive, d'accouchement prématuré, de menace d'accouchement prématuré, de curetage, de conisation et de malformation utérine, ainsi que d'hydramnios idiopathique pendant la grossesse.

Tableau II : Mode de suivi de grossesse des populations étudiées.

	MAP vraie	MCP	p
<b>Hopital</b> , n (%)	45 (45,5)	25 (35,7)	0,440
<b>Ville</b> , n (%)	37 (37,4)	30 (42,9)	
<b>Conjoint</b> , n (%)	17 (17,2)	15 (21,4)	

Les deux populations ne présentent pas de différence statistiquement significative quant à leur suivi de grossesse.

### 3.3 Données de l'hospitalisation et de l'accouchement

Tableau III : Caractéristiques à l'admission des populations étudiées.

	MAP vraie	MCP	p
<b>Age gestationnel admission</b> , Médiane en SA+jours (25p-75p)	30+2 (27+4 - 32)	30+1 (28+3 - 32+3)	0,795
<b>Bishop</b> , médiane (min-max) *	3 (0-8)	4 (1-7)	< 0,0001
<b>Bishop&gt;4</b> , n (%) *	16 (18)	26 (46,4)	0,0002
<b>Bishop&gt;5</b> , n (%) *	9 (10,1)	13 (23,2)	0,032
<b>Ouverture à l'OI</b> , médiane en cm (min-max) **	0 (0-3)	1 (0-3)	0,018
<b>Ouverture OI &gt; ou = 1cm</b> , n (%) **	38 (40)	38 (62,3)	0,007
<b>Longueur écho du col</b> , médiane en mm (25p-75p) ***	25 (20-29)	18,4 (14,8-25)	< 0,0001
<b>Longueur écho du col &lt; 25mm</b> , n (%) ***	43 (47,8)	48 (73,8)	0,001
<b>Béance écho de col</b> , n (%) ****	17 (32,1)	24 (58,5)	0,010

\* les données n'étaient pas renseignées pour le score de bishop (n=24)

\*\* les données n'étaient pas renseignées pour l'ouverture à l'orifice interne (n=13)

\*\*\* les données n'étaient pas renseignées pour la longueur échographique du col (n=14)

\*\*\*\* les données n'étaient pas renseignées pour la béance échographique du col (n=75)



Concernant les caractéristiques à l'admission des deux populations, l'âge gestationnel au moment de l'hospitalisation ne diffère pas pour les deux groupes : les médianes de l'âge gestationnel à l'admission sont de 30 SA + 2 jours dans le groupe « MAP vraie » et 30 SA + 1 jours dans le groupe « MCP ».

La médiane du score de Bishop est significativement supérieure dans le groupe « MCP » (4) que dans le groupe « MAP vraie » (3) ( $p < 0,0001$ ).

La médiane de l'ouverture à l'orifice interne est significativement supérieure dans le groupe « MCP » (1) que dans le groupe « MAP vraie » (0) ( $p = 0,018$ ).

La longueur échographique du col est significativement inférieure dans le groupe « MCP » (18,4 mm) que dans le groupe « MAP vraie » (25 mm) ( $p < 0,0001$ ).

Les effectifs présentant une béance échographique du col sont significativement supérieurs dans le groupe « MCP » (24) que dans le groupe « MAP vraie » (17) ( $p = 0,01$ ).

Tableau IV : Traitement tocolytique des populations étudiées.

	MAP vraie	MCP	p
<b>Pas de tocolyse, n (%)</b>	8 (8,1)	18 (25,7)	<b>0,002</b>
<b>1<sup>ère</sup> ligne de tocolyse, n (%)</b>	74 (74,7)	40 (57,1)	<b>0,006</b>
<b>2<sup>ème</sup> ligne de tocolyse, n (%)</b>	17 (17,2)	12 (17,1)	
<b>Cure tocolyse unique, n (%)</b>	76 (76,8)	48 (68,6)	<b>0,003</b>
<b>Cure tocolyse répétée, n (%)</b>	15 (15,2)	4 (5,7)	

Durant l'hospitalisation, le groupe « MCP » est moins traité par tocolyse (25,7%) que le groupe « MAP vraie » (8,1%), et cette différence est statistiquement significative ( $p = 0,002$ ).

Le groupe exposé a plus recours que le groupe non exposé aux tocolytiques de première ligne (respectivement 74 versus 40), ainsi qu'aux tocolytiques de deuxième ligne (respectivement 17 versus 12), et ces différences sont statistiquement significatives ( $p = 0,006$ ). Le groupe exposé répète les cures de tocolyse plus souvent que le groupe non exposé (respectivement 15 versus 4) et cette différence est statistiquement significative ( $p = 0,003$ ).

Tableau V : Caractéristiques de l'hospitalisation et de l'accouchement des populations étudiées.

	MAP vraie	MCP	p
<b>Nbre d'hospitalisation,</b> moyenne (e.t)	1,1 (0,3)	1,1 (0,3)	0,614
<b>Terme de sortie,</b> médiane en SA+jours (25p-75p)	31+5 (29+3 - 33+1)	31+6 (29+5 - 33+2)	0,543
<b>Durée de l'hospitalisation,</b> médiane en jours (25p-75p)	4 (3-8)	5 (3-10)	0,081
<b>Délai hospitalisation-accouchement,</b> médiane en semaines+jours (25p-75p) *	7+5 (5+6 - 10+1)	7+5 (4+5 - 10+2)	0,854
<b>Accouchement pendant hospitalisation,</b> n (%)	5 (5,1)	2 (2,9)	0,701

\* les données n'étaient pas renseignées pour le délai hospitalisation - accouchement (n=22)

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux populations en termes de nombre d'hospitalisations, de terme de sortie et de circonstances de l'accouchement.

Les durées d'hospitalisation ne diffèrent pas significativement entre les deux populations, celles-ci étant respectivement de quatre et cinq jours pour les groupes exposé et non exposé.

Les délais entre l'hospitalisation et l'accouchement ne diffèrent pas significativement entre les deux populations, ceux-ci étant de sept semaines et cinq jours dans chacun des deux groupes.

### 3.4 Lien entre exposition et maladie

Tableau VI : Accouchement des deux populations étudiées.

	MAP vraie	MCP	p
<b>Terme de l'accouchement,</b> médiane en SA+jours (25p-75p) *	38+3 (37+3 - 39+6)	39+1 (36 - 40)	0,888
<b>Naissances prématurées &lt; 37 SA,</b> n (%) *	16 (19)	19 (30,1)	0,118
<b>Naissances prématurées &lt; 32 SA,</b> n (%) *	5 (6)	4 (6,3)	> 0,999

\* les données étaient manquantes pour le terme de l'accouchement (n=22)

Concernant la maladie, le groupe exposé n'accouche pas significativement plus prématurément que le groupe non exposé. Les médianes du terme de l'accouchement sont respectivement pour les « MAP vraies » et les « MCP » de 38 SA + 3 jours et 39 SA + 1 jour ( $p=0,888$ ).

## **4. Discussion**

### **4.1 Choix de l'étude et limites**

Notre étude présente des limites qui imposent d'être prudent dans l'interprétation de nos résultats.

Nous avons choisi de réaliser notre étude à l'Hôpital Couple Enfant du CHU de Grenoble afin de privilégier une maternité de niveau III, accueillant des patientes présentant une MAP, à un terme très précoce ou plus tardif, que celle-ci soit sévère ou non. Ainsi la population du CHU était la plus représentative possible de l'ensemble des patientes hospitalisées pour MAP. Toutefois, notre étude était limitée par son caractère monocentrique, en termes de reproductivité et d'extrapolation des résultats à la population générale.

Le fait d'avoir réalisé notre étude de manière rétrospective, a entraîné une imprécision dans le recueil des données, à l'origine d'un défaut d'information. En effet, la problématique du motif d'admission était constamment soulevée durant tout le recueil des données. D'une part, lorsque le motif exact d'admission n'était pas précisé, la patiente a du être exclue puisqu'il nous était impossible de définir son appartenance au groupe « MAP vraie » ou « MCP ». D'autre part, certaines patientes ont consulté, en urgence, pour une symptomatologie autre que des CU: métrorragies, syndrome pseudo grippal, fièvre maternelle, malaise vagal, etc. Ces patientes ont été examinées de manière systématique et l'observation de modifications cervicales pathologiques a conduit à les classer dans le groupe « MCP » alors que le dépistage n'avait pas été réalisé lors d'une consultation de routine, mais bien à l'évocation d'une symptomatologie maternelle. Elles constituent des « MCP » constatées de manière fortuite alors que le motif de consultation était autre qu'un examen de routine.

L'étude de cohorte, en elle-même, a introduit un biais de sélection par le phénomène de pertes au suivi. Effectivement, sur les 169 patientes incluses, 22 n'ont pas accouché à l'HCE du CHU de Grenoble et ont donc été perdues de vue. Quatorze

patientes perdues de vue appartenait au groupe « MAP vraie », huit au groupe « MCP ».

La taille de notre échantillon était certainement trop faible, surtout pour certains critères d'incidence rare, tels que les malformations utérines, les hydramnios idiopathiques, ou les antécédents de fausse couche tardive, de conisation, etc.

## **4.2 Justificatif de la sélection de la population**

Il est important de rappeler qu'il existe de nombreuses étiologies à la MAP, et que celles-ci sont souvent associées entre elles [1] [3] [6].

### **4.2.1 Éléments exclus**

Afin de ne traiter que de la prématurité spontanée, nous avons choisi d'exclure toutes les pathologies maternelles, fœtales et annexielles pouvant conduire à une naissance prématurée volontairement induite par le corps médical. Les patientes qui présentaient au moment de leur admission une RPM surajoutée à leur MAP ont été exclues puisque la prise en charge différait et que la RPM représentait à elle seule un facteur de risque de naissance prématurée.

Les grossesses multiples ont été exclues alors qu'elles représentent un des principaux facteurs de risque d'accouchement prématuré.

Les grossesses de datation tardive ont été exclues afin d'affranchir notre étude d'un éventuel biais de classification lié à une imprécision du terme de la grossesse.

Enfin les patientes qui bénéficiaient déjà, au moment de l'hospitalisation, d'une prise en charge ambulatoire ou partielle de la MAP, comme défini dans la partie matériel et méthodes, ont été exclues. En effet, ces patientes ont présenté avant leur hospitalisation, un antécédent ou un épisode alarmant quant au risque d'accouchement prématuré, insuffisamment grave pour aboutir à une hospitalisation avec PEC de la MAP selon le protocole du CHU, mais justifiant une PEC personnalisée : suivi à domicile par une sage-femme libérale, suivi médical rapproché, mesure échographique régulière du col utérin, corticothérapie anténatale,

cerclage du col. Ces patientes étaient donc sensibilisées au risque d'accouchement prématuré, et on peut supposer que des CU qui n'auraient pas motivé une consultation aux urgences obstétricales chez une patiente non prise en charge, auraient davantage alarmé une patiente sensibilisée, qui aurait consulté en urgence. Ces situations auraient conduit à une inflation des patientes dans le groupe « MAP vraie ». Cette hypothèse a également justifié de ne retenir comme motif d'hospitalisation, en cas d'hospitalisations répétées, que le motif d'admission initial lors de la première hospitalisation. Inversement, on peut également imaginer, qu'un suivi échographique régulier du col utérin est plus à risque de dépister une modification cervicale pathologique qu'en cas de simple suivi de routine, et donc d'entraîner une inflation du groupe « MCP ».

Concernant le cas particulier des patientes hospitalisées à l'HCE suite à un transfert in utéro, nous avons choisi de les exclure pour deux raisons. D'une part, le motif d'hospitalisation au CHU ne précisait pas toujours dans quelle circonstance ces patientes avaient initialement été admises. Il nous aurait donc fallu recueillir le motif d'admission au sein des différentes maternités du réseau dans le but de classer correctement ces patientes dans le groupe « MAP vraie » ou « MCP ». D'autre part, nous ne pouvions garantir que ces patientes bénéficiaient du même dépistage, par un suivi de grossesse assuré à l'identique au CHU et dans la maternité d'origine, en termes de toucher vaginal de dépistage et d'échographies de col.

#### **4.2.2 Eléments répertoriés**

Certains facteurs de risque d'accouchement prématuré ont été répertoriés : il s'agit principalement des antécédents gynécologiques et obstétricaux de la patiente, nous amenant à discuter la notion de « col physiologiquement modifié », notion sur laquelle nous reviendrons plus tard.

#### **4.2.3 Eléments manquants**

Il aurait été intéressant de comparer nos populations quant à d'autres facteurs de risque afin d'augmenter la précision de notre étude.

Les infections ainsi que les contextes d'inflammation n'ont pas été relevés, alors que ces deux situations sont reconnues comme augmentant le risque d'échappement à la tocolyse et donc d'accouchement prématuré [1] [3].

Nous avons choisi de ne pas traiter des conditions socio-économiques des patientes bien qu'une situation défavorisée (faible niveau socio-économique, conditions de vie et de travail difficiles, faible accès aux soins) augmente le risque d'accouchement prématuré, dans la mesure où ces patientes sont moins bien dépistées [3].

Enfin, les antécédents de fécondation in vitro pour une précédente grossesse ou pour la grossesse en cours n'ont pas été précisés alors qu'ils représentent un facteur de risque d'accouchement prématuré.

### **4.3 Analyses de nos résultats**

#### **4.3.1 Caractéristiques générales de la population**

On peut observer que la MAP survenait chez des patientes plutôt jeunes et présentant un IMC dans les limites basses (*tableau I*), ce qui est en accord avec les données de la littérature [3] [10] [11].

« MAP vraie » et « MCP » semblent être des pathologies plus proches que nous ne le supposions au départ de l'étude puisque les deux populations étaient comparables quant à leurs caractéristiques, leurs antécédents (*tableau I*) et leur mode de suivi de grossesse (*tableau II*).

#### **4.3.2 Caractéristiques des populations à l'admission à l'hôpital**

On constate que les patientes du groupe « MCP » présentaient des modifications cervicales plus importantes que les patientes du groupe « MAP vraie », avec des différences statistiquement significatives et ceci pour tous les éléments relevés (*tableau III*).

Le score de Bishop était plus important dans le groupe « MCP » (médiane à 4) que dans le groupe « MAP vraie » (médiane à 3) ( $p < 0,0001$ ). Goffinet et Kayem affirmaient en 2002 que plus le score de Bishop est élevé, plus le risque d'accoucher dans les 48 heures ou avant 37 SA est important [8]. Nous avons retrouvé que 46,4% des patientes du groupe « MCP » présentait un bishop supérieur à 4, contre 18% dans le groupe « MAP vraie » ( $p=0,0002$ ) et 23,2% des patientes du groupe « MCP » présentait un bishop supérieur à 5, contre 10,1% dans le groupe « MAP vraie »

( $p=0,032$ ). L'étude de Iams, Goldenberg et Mercer établissait en 2001 un lien significatif entre score de bishop supérieur ou égal à quatre et accouchement prématuré [12]. Nous constatons donc, au vu des résultats de la littérature, que les patientes du groupe « MCP » présentaient, plus fortement que les patientes du groupe « MAP vraie », des caractéristiques en lien avec un risque élevé d'accouchement prématuré.

Il est à noter que les données concernant le score de bishop manquaient pour 24 patientes. Si la longueur du col, sa consistance et sa dilatation étaient globalement bien précisées, la position du col et la hauteur de la présentation n'étaient pas toujours retrouvées. Selon Benichou, la longueur et la dilatation du col à l'examen clinique sont les deux variables du score de Bishop les plus prédictives d'accouchement prématuré imminent [13].

L'ouverture à l'orifice interne variait également de façon significative entre les deux groupes avec 62,3% de patientes du groupe « MCP qui présentait une ouverture à l'orifice interne au moins égale à un centimètre, contre 40% dans le groupe « MAP vraie » ( $p=0,007$ ).

Il existe une différence statistiquement significative entre les deux populations quant à la longueur échographique du col : la médiane du groupe « MCP » était de 18,4mm contre 25mm dans le groupe « MAP vraie » ( $p<0,0001$ ). De plus, 73,8% des patientes du groupe « MCP » présentait un col de moins de 25mm contre 47,8% dans le groupe « MAP vraie ». La longueur du col normal selon Iams est de 45mm pour le 90<sup>ème</sup> percentile, 35mm pour le 50<sup>ème</sup> percentile et 26mm pour le 10<sup>ème</sup> percentile [14]. Ainsi nous observons d'une part, qu'en moyenne, l'ensemble des patientes hospitalisées pour MAP présentait un col de longueur inférieure au 10<sup>ème</sup> percentile de la normale définie par Iams, et d'autre part, que la grande majorité des patientes hospitalisées pour « MCP » étaient en dessous de ce 10<sup>ème</sup> percentile (73,8%) contre moins de la moitié dans le groupe « MAP vraie » (47,8%). Iams affirmait également dans son étude que le critère « longueur du col » est une variable continue et qu'il n'existe pas de seuil particulièrement lié à l'AP, que plus le col se raccourcit, plus le risque d'accoucher prématurément s'élève [14]. Toutefois, nous devons préciser qu'un col de moins de 25mm constitue au CHU de Grenoble un facteur de gravité de la MAP. D'après la littérature, les seuils les plus



discriminants pour prédire un AP se situent entre 18 et 30 mm et un seuil de 25 mm est souvent retenu pour sa bonne spécificité [2] [5] [8] [11] [14].

Le dernier critère montrant une différence statistiquement significative à l'admission était la béance échographique de l'orifice interne du col : 58,5% des patientes du groupe « MCP » présentait une béance du col, contre 32,1% du groupe « MAP vraie » ( $p=0,010$ ). Un orifice interne ouvert d'au moins 5mm voire une protrusion de la poche des eaux sont des critères retenus pour définir un risque d'accouchement prématuré [2] [8]. Iams a également établi différents stades de gravité de la MAP en fonction de la forme du col avec ouverture de l'orifice interne. Par ordre croissant de gravité, il définit le col fermé en forme de « T », l'ouverture à l'orifice interne en forme de « Y », en forme de « V » et enfin en forme de « U » [15]. Une béance de l'orifice interne est liée de façon significative à un risque augmenté d'accouchement prématuré [16]. Cette stadification montre l'importance de l'estimation échographique de la béance du col et nous permet de définir le groupe « MCP » comme plus à risque d'accouchement prématuré en regard de cette caractéristique que le groupe « MAP vraie ». Toutefois, il nous faut nous montrer très prudent quant à cette interprétation car l'aspect échographique du col n'était pas précisé pour 75 patientes. On peut cependant supposer que cette donnée n'était pas renseignée dans le DMO d'avantage lorsque le col était fermé à l'orifice interne que lorsqu'il présentait une béance échographique. Pour certains auteurs, la béance échographique à l'orifice interne ne semble pas apporter de bénéfice en terme de valeur diagnostic par rapport à l'utilisation de la longueur cervicale, et la présence d'une protrusion des membranes ne semblerait avoir de valeur qu'avant 32SA [8] [17].

Ainsi, les patientes hospitalisées pour « MCP » présentent, par rapport aux patientes hospitalisées pour « MAP vraie » des cols nettement plus modifiés et donc nettement plus inquiétants quant au risque d'accouchement prématuré, ce qui est à l'opposé de ce à quoi nous nous attendions. Une même modification cervicale n'alerte pas le professionnel de la même façon selon qu'elle s'accompagne ou non de CU annoncées par la patiente. La symptomatologie de la patiente est donc prise en compte, que celle-ci soit positive ou négative, illustrant, selon nous, de bonnes pratiques professionnelles.

Nous précisons également que le premier TV réalisé en début de grossesse n'a pas été relevé dans notre étude. Nous ne pouvons donc pas éliminer avec certitude l'hypothèse selon laquelle certaines patientes du groupe « MCP » auraient toujours présenté un col modifié par rapport aux normes attendues. Ces patientes présenteraient donc plus une « modification physiologique du col » qu'une modification pathologique justifiant une hospitalisation. Cette modification physiologique serait une variation anatomique, maintenue sans évolution durant toute la grossesse, plutôt qu'une véritable pathologie. C'est la répétition des TV par un même observateur qui permet d'affirmer la variété anatomique du col, et l'absence d'aggravation au cours de la grossesse. La présence de différents intervenants au cours du suivi de grossesse peut expliquer que bien que « physiologique », une modification du col observée à un instant t puisse sembler pathologique et aboutir à une hospitalisation.

#### **4.3.3 Traitement tocolytique**

Notre étude s'est déroulée sur deux années (2008 et 2009) durant lesquelles le protocole de prise en charge de la MAP au CHU de Grenoble n'a pas été modifié.

25,7% des patientes du groupe « MCP » ont été hospitalisées mais n'ont pas été traitées par l'administration d'un traitement tocolytique, contre 8,1% des patientes du groupe « MAP vraie » et cette différence est statistiquement significative ( $p=0,002$ ) (*tableau IV*). Cette constatation semble relever du bon sens dans la mesure où les patientes du groupe « MCP » ne présentant pas de CU, elles n'ont pas besoin d'être tocolysées. La prise en charge des deux groupes n'était donc pas exactement identique.

Cependant, plus de la moitié des « MCP » ont tout de même bénéficié d'une tocolyse. Carbonne et Tsatsaris affirmaient en 2002 que les équipes obstétricales tocolysent « par excès » deux tiers des patientes dont le risque effectif d'accouchement prématuré excède rarement 30% [7]. Notre étude n'a pas relevé si des CU étaient objectivées ou non au monitoring chez les patientes hospitalisées pour « MCP ». Nous ne savons donc pas si ce traitement tocolytique était instauré dans une démarche systématique ou en regard de CU objectivées par un enregistrement cardiotocographique.

L'étude de Crenn-Hebert, Chave, Monclin, et Tournaire, réalisée à l'aide d'un tocographe ambulatoire, révélait que seules 20% des CU sont perçues par la

femme, et que pour les grossesses uniques, cette perception est meilleure (26%) dans le groupe des femmes suivies pour MAP que dans le groupe témoin (11%) [18]. Ainsi, pour certaines femmes, les CU sont présentes mais non ressenties. Ceci justifie un dépistage de la MAP par un TV systématique pendant le suivi de grossesse, ainsi qu'une tocolyse pour les patientes prises en charge pour MAP.

Pour 15,2% des patientes du groupe « MAP vraie », la répétition des cures de tocolyse était nécessaire contre seulement 5,7% des patientes du groupe « MCP » ( $p=0,003$ ) (*tableau IV*). La cessation des CU est obtenue plus difficilement dans le groupe où ces CU sont effectivement ressenties que dans le groupe où elles ne sont pas perçues.

Ces constatations iraient dans le sens d'un lien entre perception des CU par la patiente et difficultés de traitement, à défaut d'un lien entre perception des CU et impact sur le col.

#### **4.3.4 Caractéristiques de l'hospitalisation et de l'accouchement**

Nous faisons l'hypothèse que les « MCP » représentaient des situations moins à risque d'accouchement prématuré que les « MAP vraies », et supposons donc que la durée de l'hospitalisation des « MCP » serait moindre par rapport à celle des « MAP vraies ». Notre étude ne retrouve pas de différence entre les deux populations quant à la durée de l'hospitalisation, celle-ci étant respectivement de quatre et cinq jours dans les groupes « MAP vraie » et « MCP » (*tableau V*).

De même, contrairement aux résultats attendus, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes quant au délai entre la sortie de l'hôpital et l'accouchement, celui-ci étant pour chacune des deux populations de sept semaines et cinq jours (*tableau V*).

#### **4.4 Lien entre motif d'admission et accouchement prématuré**

P Buekens, S Alexander et M Bousten ont démontré dans leur étude de 1994 que la réalisation d'un TV de dépistage systématique ne permettait pas de diminuer le nombre d'accouchement prématuré [9]. Nous nous posons la question de l'intérêt de ce dépistage systématique, qui bien que ne réduisant pas la taux d'accouchement prématuré, conduisait à une inflation des hospitalisations pour MAP. Notre étude a infirmé nos hypothèses de départ en montrant que les patientes hospitalisées pour

« MCP » étaient autant à risque d'accoucher prématurément que les patientes hospitalisées pour « MAP vraie ». Il nous faut être prudent quant au lien entre motif d'admission et accouchement prématuré dans la mesure où les deux groupes n'ont pas été exactement traités de la même manière, les patientes du groupe « MCP » ayant été globalement moins tocolysées que les patientes du groupe « MAP vraie ». Mais bien que non tocolysées, les patientes du groupe « MCP » bénéficiaient quand même, à l'instar des patientes du groupe « MAP vraie », des principales mesures de prise en charge de la MAP : hospitalisation, repos, sensibilisation au risque d'accouchement prématuré, suivi à domicile par une sage-femme libérale dès la sortie de l'hôpital et jusqu'à 36 SA. Ces mesures nous semblent être primordiales dans la prévention de l'accouchement prématuré, et responsables en majeure partie de la réussite du traitement.

Bien que non significative, nous pouvons par ailleurs observer une tendance des patientes du groupe « MCP » à plus accoucher prématurément que les patientes du groupe « MAP vraie ». En effet, 19% des patientes du groupe « MAP vraie » ont accouché prématurément, contre 30,1% dans le groupe « MCP » (différence non statistiquement significative). Le taux de grande prématurité était similaire dans les deux groupes (6% pour les « MAP vraies » et 6,3% pour les « MCP ») (*tableau VI*). Cette tendance peut s'expliquer par deux théories : Nous pouvons supposer que certaines patientes du groupe « MCP » ne ressentent pas leurs CU et consultent donc plus tardivement que les patientes qui identifient leurs contractions. Ces patientes souffrent d'un retard de prise en charge par l'équipe obstétricale qui intervient pour des modifications cervicales plus importantes. On peut également imaginer qu'au moins une part des patientes du groupe « MCP » présentent une incompétence du col, pathologie pour laquelle nous ne disposons pas d'un traitement correcteur efficace, à la différence des CU que nous parvenons à traiter dans la majorité des cas par tocolyse et mesures associées (repos, sensibilisation au risque d'accouchement prématuré, etc). Selon la littérature, l'incompétence cervicale serait un syndrome qui concernerait 0,5% des femmes enceintes et serait responsable de 10% de la prématurité [19]. Cabrol et Grange suggèrent d'ailleurs que le traitement symptomatique de la MAP ne doit pas être exclusivement centré sur le contrôle des CU, mais également dirigées sur le col [20].

## **5. Conclusion**

L'objectif de notre étude était de préciser si le pronostic de la grossesse, en terme de prématurité, était différent selon que la patiente est hospitalisée dans le cadre d'une « MAP vraie » ou d'une « MCP ». Nous faisons l'hypothèse que les patientes hospitalisées dans le cadre d'une « MAP vraie » accouchent plus prématurément que les patientes hospitalisées dans le cadre d'une « MCP ».

Notre étude a démontré que le risque d'accouchement prématuré était similaire, pour les patientes hospitalisées pour « MAP vraie » et pour les patientes hospitalisées pour « MCP ». Ceci s'explique selon nous par deux théories distinctes. Nous supposons que certaines patientes du groupe « MCP » présentent en réalité des CU mais ne les ressentent pas. Ces patientes sont donc prises en charge plus tardivement, c'est-à-dire pour des cols plus modifiés que les patientes identifiant leurs CU. Nous supposons que d'autres patientes du groupe « MCP », souffrent d'une incompétence du col, et sont donc à risque d'accouchement prématuré ou de fausse couche tardive, même en l'absence de CU. Afin de connaître, la part des patientes ne ressentant pas leur CU et la part de patientes présentant une incompétence cervicale sans CU, il serait intéressant de mener une étude dont le but serait d'objectiver d'éventuelles CU chez les patientes présentant une « MCP ».

Il nous semble justifié, au vu des résultats de notre étude, de réaliser un toucher vaginal systématique lors du suivi de grossesse, afin de dépister et de prendre en charge les patientes à risque d'accoucher prématurément, que celles-ci présentent une incompétence cervicale isolée, sans CU, ou des modifications cervicales accompagnées de CU, ressenties ou non par la patiente.

Notre étude a par ailleurs révélé que les patientes hospitalisées dans le cadre d'une « MCP », sont admises pour des modifications cervicales plus inquiétantes que les patientes hospitalisées pour « MAP vraie ». Ceci illustre à notre sens de bonnes pratiques professionnelles, où une juste mesure est prise, quant à l'hospitalisation des patientes, entre symptomatologie, CU décrites par la patiente et observations de

modifications cervicales par le professionnel. Cette pratique nous semble le reflet d'une bonne coopération medecin-patient.

## **Références bibliographiques**

- [1] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF).  
Recommandations pour la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré  
La menace d'accouchement prématuré à membranes intactes  
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002; 31(Suppl 7): 5S7-2S1128
- [2] Charra S.  
Les menaces d'accouchement prématuré : facteurs pronostics d'accouchement  
imminent et éléments prédictifs du bien être néonatal.  
Faculté de médecine de Dijon, 2005.
- [3] Ancel P.-Y.  
Menace d'accouchement prématuré et travail prématuré à membranes intactes :  
physiopathologie, facteurs de risques et conséquences.  
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002; 31: 5S10-5S21.
- [4] Deruelle P  
Place actuelle de la progestérone dans la prévention de la prématurité  
37èmes Assises nationales des sages-femmes, 2009 ; Lille, France.
- [5] Hee Jong Lee, Tae Chul Park, Errol R Norwitz  
Management of Pregnancies With Cervical Shortening: A Very Short Cervix Is a  
Very Big Problem.  
Obstet Gynecol. 2009; 2 (2): 107-115.
- [6] Steer P.  
The epidemiology of preterm labour.  
Faculty of Medicine, Imperial College London, Chelsea and Westminster Hospital,  
London, UK.  
BJOG, 2005; 112 (suppl 1): 1-3.

- [7] Carbonne B. Tsatsaris V.  
Menace d'accouchement prématuré : quels tocolytiques utiliser ?  
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002; 31: 5S96-5S104.
- [8] Goffinet F., Kayem G.  
Diagnostic et pronostic de la menace d'accouchement prématuré à l'aide de l'examen clinique et de l'échographie.  
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002; 31: 22-34.
- [9] Buekens P., Alexander S., Bousten B., Kaminski M. and Reid M. *et al*  
Randomised controlled trial of routine cervical examinations in pregnancy.  
European Community Collaborative Study Group on Prenatal Screening.  
Lancet, 1994; 344: 841-844.
- [10] Mercer B.M., Goldenberg R.L., Das A., Moawad A.H., Iams J.D., Meis P.J., *et al*  
The preterm prediction study: A clinical risk assessment system.  
Am J Obstet Gynecol 1996; 174 (6): 1885-1895
- [11] Tekesin I., Eberhart L.H.J., Schaefer V., Wallwiener D. and Schmidt S.  
Evaluation and validation of a new risk score (CLEOPATRA score) to predict the probability of premature delivery for patients with threatened preterm labor.  
Ultrasound in Obstetrics & Gynecology 2005; 26 (7): 699-706
- [12] Iams J.D., Goldenberg R.L., Mercer B.M., Moawad A.H., Meis P.J., Das A., *et al*  
The Preterm Prediction Study: Can low-risk women destined for spontaneous preterm birth be identified?  
Am J Obstet Gynecol 2001; 184 (4): 652-655.
- [13] Benichou S, Maillard F., Goffinet F., Cabrol D., Schmitz T.  
Comparaison du toucher vaginal et de l'échographie du col dans la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré.  
La Revue Sage-Femme, 2008; 7: 238-242.



[14] Iams J. D., Goldenberg R. L., Meis P. J., Mercer B. M., Moawad A., Das A., *et al.*

The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery.

National institute of child health and human development maternal fetal medicine unit network.

N Engl J Med 1996; 334 (9): 567-572.

[15] Iams J.D.

Prediction and early detection of preterm labor.

Obstet Gynecol. 2003; 101 (2): 402-412.

[16] Rust O.A., Atlas R.O., Kimmel S., Roberts W.E.

Does the presence of a funnel increase the risk of adverse perinatal outcome in a patient with a short cervix?

Am J Obstet Gynecol 2005; 192 (4): 1060-1066.

[17] Kayem G., Maillard F., Popowski T., Haddad B., Sentilhes L.

Mesure de la longueur du col de l'utérus par voie endovaginale : techniques et principales applications.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010; 39: 267-275.

[18] Crenn-Hebert C., Chave C., Monclin H., Tournaire M.

Evaluation de l'activité utérine par tocographie ambulatoire.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1990; 19: 1027-1032.

[19] Delemer M.

Existe-il encore des indications de cerclage en urgence ?

37èmes Assises nationales des sages-femmes, 2009 ; Lille, France.

[20] Cabrol D., Grange G.

Rôle des modifications du col utérin dans la menace d'accouchement prématuré.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998; 27: 259-264.

## Résumé

**Introduction.** Nous voulions savoir si le pronostic de la grossesse est différent selon que la patiente est hospitalisée dans le cadre d'une « MAP vraie » (admission en urgence pour modification cervicale et contractions utérines) ou d'une « MCP » (admission suite à une modification cervicale observée lors d'un examen de routine).

**Matériel et Méthodes.** Il s'agit d'une étude rétrospective de type cohorte, portant sur les femmes hospitalisées pour MAP au CHU de Grenoble, entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2009.

**Résultats.** Sur 169 inclusions, le terme de l'accouchement ne diffère pas (médiane de 38 SA + 3 jours pour les « MAP vraies » et 39 SA + 1 jour pour les « MCP »). Les caractéristiques à l'admission diffèrent significativement entre les deux groupes : score de Bishop plus élevé, ouverture à l'orifice interne plus importante, longueur de col plus courte à l'échographie et béance échographique du col plus fréquente pour le groupe « MCP ».

**Discussion.** Ainsi le pronostic de la grossesse est le même quelque soient les circonstances de l'admission. Le groupe « MCP » réunit, selon nous, deux contextes cliniques différents : les patientes présentant une incompétence cervicale et les patientes ne ressentant pas leurs contractions utérines. Il semble nécessaire de les identifier et de les traiter afin de prévenir la prématurité. Notre étude semble donc justifier le toucher vaginal systématique de dépistage.

Les cols plus inquiétants des « MCP » illustrent selon nous une bonne coopération médecin-patient avec prise en compte, dans la décision d'hospitalisation, des modifications cervicales observées par le professionnel et de la symptomatologie décrite par la patiente.

**Mots clés.** Menace d'accouchement prématuré. Contractions utérines. Toucher vaginal. Echographie endovaginale. Longueur cervicale. Bishop.