

Impact de la mesure systématique de la longueur cervicale entre 16 et 24 semaines d'aménorrhée sur la prévention des accouchements prématurés

Marine Momal-Manet

► **To cite this version:**

Marine Momal-Manet. Impact de la mesure systématique de la longueur cervicale entre 16 et 24 semaines d'aménorrhée sur la prévention des accouchements prématurés. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02382857

HAL Id: dumas-02382857

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02382857>

Submitted on 27 Nov 2019

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.

Ecole de Maïeutique

**Impact de la mesure systématique de la longueur cervicale
entre 16 et 24 semaines d'aménorrhée sur la prévention des
accouchements prématurés.**

Présenté et publiquement soutenu

Le 24/04/2019

Par

Par MOMAL-MANET Marine
Né(e) le 19/10/1995 à Puyricard (13)

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année universitaire 2018/2019

Membres du jury :

- Donato Xavier (directeur de mémoire)
- Frémondrière Pierre (sage-femme enseignant à l'EU3M)
- Petazzoni Sandrine (sage-femme)

Remerciements

Je remercie mon directeur de mémoire, Xavier Donato, sage-femme praticien et investigateur clinique à l'Hôpital Saint-Joseph, pour toute son implication, son soutien et sa disponibilité au cours des différentes étapes de ce mémoire.

Je remercie également le personnel des archives de l'Hôpital Saint Joseph pour leur travail lors de la récupération des dossiers.

Sommaire

I.	Introduction.....	2
II.	Matériel et Méthode.....	4
	a) Caractéristiques générales de l'étude.....	4
	b) Population.....	5
	c) Recueil des données.....	5
	d) Analyses statistiques.....	8
III.	Résultats.....	9
IV.	Analyse et discussion.....	17
V.	Conclusion	20
VI.	Bibliographie.....	21
VII.	Glossaire.....	24
VIII.	Annexes.....	25

Introduction

L'accouchement prématuré (AP) correspond à la naissance d'un enfant entre 22 semaines d'aménorrhée et 37 semaines d'aménorrhée (SA). Il correspond à l'expulsion d'un fœtus pesant un poids supérieur ou égal à 500 grammes et/ou d'âge supérieur ou égal à 22 semaines d'aménorrhée respirant ou manifestant tout signe de vie (Organisation Mondiale de la santé, 2018).

Ces naissances ne sont pas sans conséquences puisque ces nouveaux nés sont exposés à des complications liées à leur immaturité pulmonaire (maladies des membranes hyalines), neurologique (leucomalacie périventriculaire), digestive (entérocolite ulcéro-nécrosante) pouvant être responsable de décès mais également de cécité et de handicap à vie. Ces complications sont d'autant plus importantes que l'âge gestationnel est bas.

L'impact économique de cette pathologie n'est pas non plus négligeable, avec un coût annuel estimé à environ 26 milliards de dollars par an, aux États-Unis (Behrman 2007).

D'après une étude publiée par le journal de gynécologie et biologie de la reproduction (2016) : « La prématurité constitue un enjeu de santé majeure, au niveau mondial, c'est l'une des principales causes de mortalité avant l'âge de 5 ans ainsi que de troubles du développement. ». A l'échelle mondiale, on estime à 15 millions le nombre de prématurés qui naissent chaque année. Malgré certaines inégalités entre les pays développés et non développés ce chiffre ne cesse d'augmenter. Selon l'INSERM (2015) : « En France et dans de nombreux pays développés le taux de prématurité est passé de 5,9% des naissances en 1995 à 7,4 % en 2010 ». Selon l'OMS (2018) : « Dans presque tous les pays disposant de données fiables, les taux de naissances prématurées sont en hausse. ».

En France, ces naissances sont dues, pour plus de la moitié, à de la prématurité spontanée. L'AP spontané est un syndrome dont les causes peuvent être multiples : infection intra amniotique, anomalies placentaires, anomalies vasculaires, anomalies utérines, anomalies d'action de la progestérone, mécanismes immunitaires, et autres. (Romero R, 2014).

Bien que le fait d'avoir déjà accouché prématurément augmente le risque d'avoir de nouveau un AP, 50 % des AP surviendraient en dehors de facteurs de risque connus.

Pour lutter contre la prématurité il est nécessaire de pouvoir dépister les patientes à risque d'AP. Les deux facteurs prédictifs les plus importants de l'AP sont, actuellement, le col court utérin (mesure échographique) et l'antécédent d'AP (Romero et al 2013).

Un bon outil de dépistage permet à la fois de proposer une prise en charge adéquate mais aussi de développer de futurs traitements plus efficaces. Parmi les traitements pouvant être utilisés en cas de découverte d'une longueur cervicale (LC) raccourcie, c'est à dire une LC inférieure à 25 mm, on retrouve le cerclage, le pessaire (encore à l'étude) et la progestérone. Chez les patientes avec un col court asymptomatique avant 24 SA, la progestérone intra vaginale réduit de 44% le taux d'AP avant 33 SA (Romero R, et al, 2012). Cependant malgré des traitements disponibles, il n'existe pas de preuves suffisantes pour recommander la réalisation systématique d'une mesure de la LC en population générale (les patientes à bas risque).

Au vu des données de la littérature, la maternité Saint Joseph a décidé, en 2016, de proposer une mesure de LC aux patientes lors de leur consultation d'ouverture de dossier. Cette mesure doit permettre de proposer un traitement par progestérone aux patientes présentant un col court asymptomatique avant 24 SA. Comme toute pratique professionnelle, cette démarche nécessite une évaluation afin de mesurer son intérêt.

La question de recherche de ce mémoire est : « Quel est le bénéfice d'une mesure systématique de la LC entre 16 et 24 SA dans la prévention des AP chez les patientes de l'hôpital Saint Joseph ? »

Matériel et Méthode

a) Caractéristiques générales de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'intérêt de la réalisation systématique d'une mesure de la LC en début de grossesse comme outil de dépistage de l'AP afin de pouvoir proposer un traitement en cas de découverte d'un col court (LC < 25 mm) lors de cette échographie.

L'objectif secondaire était d'évaluer la faisabilité pratique d'un tel dépistage.

Pour répondre à ces objectifs, une étude rétrospective et descriptive a été réalisée, sur dossier, dans la maternité de Saint Joseph entre le 4 février 2018 et le 10 janvier 2019.

La récupération des données s'est déroulée en deux temps. Une partie du dossier se trouvait sous une forme papier alors que l'autre partie était informatisée.

Il a d'abord été collecté les données informatisées c'est à dire les données socio-économiques, les antécédents de la patiente, l'admission en salle de naissance, le déroulement du travail et de l'accouchement ainsi que le suivi en grossesse à risque (si la patiente avait été hospitalisée pendant sa grossesse).

Ensuite, les informations retrouvées sur le dossier papier ont été recherchées : Il s'agissait de la mesure de la LC, du terme de la réalisation de cette mesure ainsi que des informations manquantes sur le dossier informatisé (la profession, la taille, le poids habituel de la patiente).

b) Population

La population de cette étude a été constituée de toutes les patientes qui se sont inscrites à la maternité entre le 1^{er} septembre 2018 et le 30 septembre 2018.

A la Maternité de Saint Joseph, une échographie de la LC est systématiquement proposée aux patientes lors de cette consultation d'ouverture de dossier. Les patientes ont eu le choix de refuser l'examen et si tel était le cas, il était précisé sur le dossier "LC non souhaité". Dans certains cas l'examen avait déjà été fait par leur gynécologue ou leur sage-femme en début de grossesse, il n'a alors pas été réitéré mais les valeurs n'ont pas toujours pu être récupérées. Lorsque les patientes étaient à un terme de grossesse supérieur à 24 SA, la mesure de la LC ne leur était, généralement, plus proposée.

Les patientes incluses dans cette étude ont été toutes les patientes ayant pris rendez-vous pour la consultation d'inscription soit 405 patientes au total. Il a été nécessaire d'exclure de l'analyse les patientes dont le dossier papier ou le dossier informatisé n'a pas été retrouvé ainsi que celles qui ne sont, finalement, pas venues à la consultation d'inscription. A la suite de cette exclusion, la population analysable était de 390 patientes.

c) Recueil de données

Le recueil de données de cette étude a été fait grâce au logiciel Microsoft Excel®. Ce logiciel permet de faciliter le recueil et le traitement des données à grande échelle. Dans ce tableau plusieurs types de données ont été collectés après une analyse de la littérature ayant permis la confection de la grille de recueil :

- Données socio-économiques
- Antécédents (ATCD)
- Déroulement de la grossesse actuelle

- Dépistage échographique
- Issues de grossesse

Données socio-économiques

Pour les données socio-économiques, il a été choisi de récolter les informations concernant l'IMC, l'âge, les habitudes (tabac, alcool) ainsi que la profession des patientes.

Antécédents

Une partie a été consacrée aux ATCD médicaux, gynécologiques et obstétricaux.

Les ATCD médicaux à inscrire étaient répartis en 2 sections. Une section concernant les ATCD pouvant impacter la grossesse et une section concernant les autres ATCD.

Pour la partie gynécologique, il a été recueilli des ATCD tel que la conisation, la grossesse extra-utérine, la fausse couche spontanée (FCS définie par un terme inférieur à 14 SA) et tardive (FCT définie par un terme supérieur à 14 SA et inférieur à 24 SA), l'interruption volontaire de grossesse (IVG : en mentionnant les méthodes utilisées) et l'interruption médicale de grossesse (IMG).

Pour la partie obstétricale des ATCD de morts *in utero*, d'accouchement prématuré (terme de celui-ci), d'accouchement à terme, d'utérus cicatriciel (nombre de césariennes) ainsi que la gestité et la parité des patientes ont été recherchés.

Déroulement de la grossesse actuelle

Une partie des données collectées a concerné la grossesse actuelle c'est à dire, le mode d'obtention de la grossesse (spontanée ou induite), si la grossesse était monofoetale ou multiple, s'il y avait eu des épisodes de

métrorragies au premier trimestre et si le déroulement de la grossesse avait été normal ou pathologique.

Dépistage échographique

La partie suivante traitait d'éléments en rapport avec le dépistage échographique. Il a été précisé le terme (en SA) auquel la mesure de la LC avait été effectuée ainsi que la présence ou non d'une procdence de la poche des eaux et, si cela avait été nécessaire, la prise en charge réalisée suite à cette découverte.

Issue de grossesse

La dernière partie a été consacrée au déroulement de l'accouchement où ont été notés le terme, la prise de poids, la nature de la mise en travail, la voie d'accouchement, le score d'Apgar, le poids de naissance et le devenir de l'enfant.

Toutes ces données ont été récoltées afin de répartir les patientes selon leur niveau de risque d'AP avant la grossesse de par leurs ATCD médicaux, gynécologiques ou obstétricaux et de connaître à quel terme et dans quelles conditions elles avaient accouché ainsi que le devenir de leurs enfants.

d) Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été effectuées grâce au site Biostatgv®. Les variables quantitatives ont été traitées par leur moyenne et leur écart-type.

Une partie des variables quantitatives, comme les longueurs cervicales, a été traitée par leur moyenne, leur écart-type, leur valeur maximum, minimum et analysées en percentile.

Une autre partie des variables quantitatives a été traitée par leur écart-type et un test de Fisher a été utilisé. Les résultats étaient considérés statistiquement significatif si $p < 0,05$. Cette partie a concerné la population des accouchements prématurés soit la population de patientes ayant accouché entre 24 semaines d'aménorrhée et 36 semaines d'aménorrhée et 6 jours.

Concernant la prématurité induite et spontanée, il a été choisi de considérer les AP dû à une rupture prématurée des membranes comme de la prématurité spontanée, qu'elle qu'en soit l'issue (mise en travail spontanée ou déclenchement).

Les variables qualitatives telles que la profession, les ATCD médicaux, obstétricaux et le devenir des nouveaux nés n'ont pas été traitées en raison de la difficulté rencontrée pour les regrouper et les analyser.

Résultats

Caractéristiques de la population

Parmi les 405 patientes incluses dans l'étude, 380 dossiers ont été analysés. Les patientes ont été exclues soit parce qu'elles n'étaient pas venues au rendez-vous d'inscription soit parce que leur dossier papier ou informatisé n'a pas été retrouvé.

Certaines patientes ont été perdues de vue. Parmi ces patientes, une patiente a présenté, lors de la consultation, une LC de 12,75 mm avec une procidence de la poche de eaux. Un traitement par progestérone a été mis en place. Elle a finalement été hospitalisé à 22,3 SA avec une LC retrouvé à 6 mm (sans contraction). Il a été décidé réaliser un cerclage à chaud puis un retour à domicile avec une LC à 15 mm. Cette patiente a été exclue de l'analyse car elle a été perdue de vue.

Pour cette étude le taux de dossiers récupérés a donc été de 94 %.

Le tableau 1 décrit l'âge moyen, l'IMC moyenne, le nombre de patiente fumant au moins une cigarette par jour et l'âge gestationnel moyen en SA auquel a été réalisé la mesure de la LC. Il est a noté qu'aucune des patientes n'a déclaré boire de l'alcool.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

Variable étudiée	n = 380	% / écart type	+/- marge d'erreur 95 %
Age moyen (année)	31,6	5,1	0,51
Age gestationnel moyen (SA) à la mesure de LC	21	3,5	0,4
IMC moyen (poids en kg/taille ^2)	23,8	4,9	0,49
Tabac (au moins une cigarette par jour)	n = 36	9	x
Alcool (au moins un verre par jour)	n = 0	0	x

Dans l'étude (n=380), 177 des patientes étaient nullipares soit 47 % (+/-5 %). La population étudiée a présenté majoritairement des grossesses monofoetale. Il a été enregistré 15 grossesses gémellaires soit 4 % et aucune grossesse supérieure à 2 fœtus.

Il a été noté que 15 patientes avaient déjà accouché prématurément soit 4 % de la population totale. 70 patientes avaient déjà eu au moins un ATCD de FCS avant 14 SA soit 18 % (+/- 4%), 2 patientes avaient parmi leurs ATCD au

moins un ATCD de FCT soit 0,5 %, 65 patientes avaient déjà eu un ATCD d'IMG ou d'IVG soit 17,1 % (+/- 4 %). Parmi ces patientes, 34 avaient eu un curetage comme traitement soit 9 % (+/- 3 %).

Le tableau 2 présente les différents types de mise en travail (spontané ou déclenché) et le mode d'accouchement de la population d'étude comparé aux chiffres de l'établissement pour l'année 2018.

Tableau 2 : Caractéristiques de la mise en travail et du mode d'accouchement dans la population étudiée

Variable	n	%	+/- marges d'erreur 95%	Chiffres de l'établissement 2018 en %
Césarienne totale	68	18%	4	18,4 %
Césarienne programmé	26	7%		
Césarienne en urgence	42	11%		
Voie basse totale	312	82%	4	81,6 %
VB avec mise en travail spontané	263	76 %		
VB avec déclenchement du travail	84	24%	5	24 %

Consultation au 1er trimestre

Dans la population étudiée (n=380), 286 patientes ont bénéficié de l'échographie cervicale soit 75 % (n=380) +/- 4 % contre 94 patientes qui n'en ont pas eu soit 25 % (n=380) +/- 4%. Parmi ces dernières, certaines ont eu une mesure de la LC mais la valeur de celle-ci n'a pas été reportée dans le dossier, certaines n'ont pas eu de mesure car leur terme était supérieur à 24 SA enfin 12 des 94 patientes n'ont pas souhaité avoir une échographie cervicale soit 3% (n = 94).

Au total, parmi les patientes ayant consulté avant 24 SA, 90 % ont bénéficié d'une mesure de LC. 63 patientes ont eu une consultation après 24 semaines d'aménorrhée, soit 17 % de la population.

Longueur cervicale dans la population de l'étude

- Pour une LC à 53,5 mm (90ème percentile) le terme moyen d'accouchement était de 39,5 SA.
- Pour une LC à 47,9 mm (75ème percentile) le terme moyen d'accouchement était de 39,4 SA.
- Pour une LC à 43,2 mm (50ème percentile), le terme moyen d'accouchement était de 39,5 SA
- Pour une LC à 40 mm (25ème percentile), le terme moyen d'accouchement était de 39,2 SA
- Pour une LC à 36,4 mm (10ème percentile), le terme moyen d'accouchement était de 38,7 SA
- Pour une LC à 34,1 mm (5ème percentile), le terme moyen d'accouchement était de 38,6 SA
-

Dans la population (n = 287), la LC moyenne était de 44,3 mm +/- 0,8 avec un maximum de 75 mm, un minimum de 27 mm et un écart-type de 6,6. Aucune LC n'a été retrouvée à 25 mm ou à une valeur inférieure.

Accouchement prématuré dans la population de l'étude

Dans la population étudiée, 26 patientes ont accouché prématurément soit 7 % (n = 380) +/- 3%. 7 des AP ont été dû à de la prématurité induite soit 27 % (n = 26) +/- 5 % et 19 ont été dû à de la prématurité spontanée soit 73 % (n = 26).

Parmi ces patientes, 7 présentaient une grossesse gémellaire et 19 une grossesse monofoetale. Pour 19 des 26 patientes, cette grossesse était leur première soit 73 % (n=26) +/- 17 % (p = 0,01).

Chez les grossesses gémellaires, le taux d'AP était de 7/15 (dont 4/7 spontanés). En raison du faible effectif de cette population, il a été fait le choix de ne pas analyser les données concernant les mesures de longueurs cervicales.

Dans la population des AP spontanés la moyenne du terme d'accouchement était de 34,8 SA contre 33,7 SA pour la population d'AP induits. La répartition des AP, en fonction du terme s'est faite comme présenté dans le tableau 3.

Tableau 3 : Répartition des AP en fonction du terme

Terme (SA)	n = 26	Ecart type (%)	IC (95%)
24 - 28	0	x	x
28 - 32 + 6	7	2	1
33 - 36 + 6	19	5	2

Parmi ces 26 patientes, certaines avaient des facteurs de risques d'AP. Cinq de ces patientes avaient pour ATCD au moins 1 FCS soit 19 %, une patiente avait au moins un ATCD de FCT soit 4 %, 2 patientes avaient au moins un ATCD d'AP soit 8 % et 5 de ces patientes avaient déjà eu au moins un curetage (4 pour des ATCD d'IVG et 1 pour un ATCD de FCS) soit 19 % ($p = 0,01$).

Il a été noté que 4 des 26 patientes fumait au moins 1 cigarette par jour soit 15 % de la population.

LC et AP chez les grossesses monofoetale ayant accouché spontanément

15 naissances ont été dues à de la prématurité spontanée dans une population de grossesse monofoetale. Parmi ces patientes 12 étaient nullipares soit 80 % de la population ($n = 15$).

Sur ces 15 naissances, 4 patientes présentaient des risques d'AP de par leurs ATCD obstétricaux :

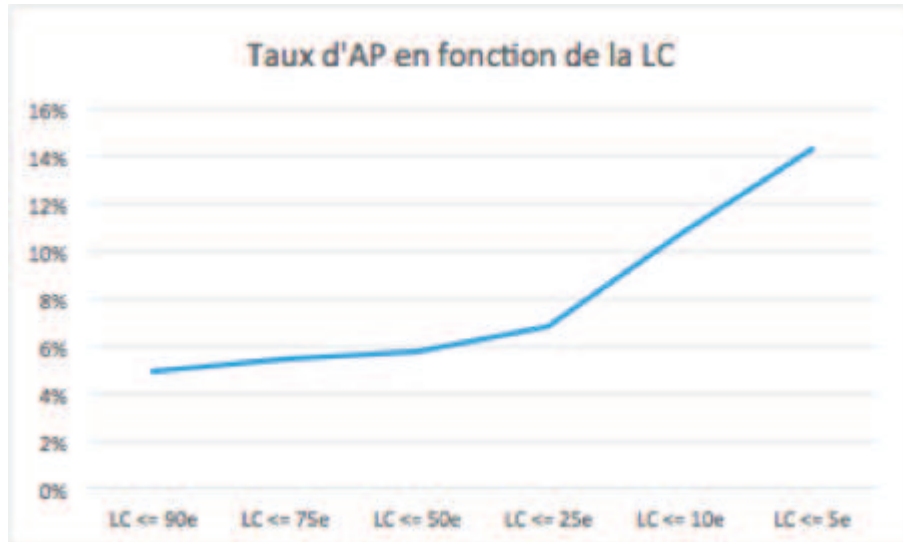
- Patiente 1 : 1 ATCD de FCS + 1 ATCD de conisation
- Patiente 2 : 4 ATCD de FCS + 1 ATCD de curetage
- Patiente 3 : 2 ATCD d'AP à 34 SA + 1 ATCD de FCT à 20 SA (grossesse cerclée + progestérone)
- Patiente 4 : 1 ATCD d'ablation de polype par voie endovaginale

Le tableau 4 décrit les différentes LC regroupées en percentile du 90ème percentile au 5ème percentile avec le nombre d'accouchements avant 37 SA et le nombre d'accouchements avant 33 SA correspondant parmi le nombre de grossesses suivies ainsi que le taux d'accouchement associé avant 37 SA et avant 33 SA

Tableau 4: Taux d'accouchements avant 37 SA et 33 SA en fonction des percentiles de LC.

Percentile	LC (mm)	<37SA	<33SA	Grossesse simple (n)	% < 37 SA	% < 33 SA
LC <= 90e	53,6	12	1	246	5%	0,4%
LC <= 75e	48	12	1	219	5%	0,5%
LC <= 50e	43,1	8	1	138	6%	0,7%
LC <= 25e	40	5	0	74	7%	0%
LC <= 10e	36,8	3	0	28	11%	0%
LC <= 5e	34,1	2	0	14	14%	0%

Figure 1 : Taux d'AP spontanés en fonction de la LC dans une population de grossesse monofoetale (n = 15)



Il a été évalué le pouvoir prédictif de la LC sur la survenue d'AP dans l'échantillon d'étude.

Pour une longueur cervicale inférieure au 25ème percentile soit une LC mesurée à 40 mm la sensibilité était de 33 % et la spécificité de 73 %.

Pour celle inférieure au 10ème percentile soit une LC mesurée à 36,8 mm la sensibilité a été de 20 % avec une spécificité de 90 %.

Enfin pour une longueur cervicale inférieure au 5ème percentile soit une LC mesurée à 34,1 mm la sensibilité du test a été de 13 % avec une spécificité à 95 %.

Analyse et discussion

De façon globale, les caractéristiques de la population étudiée semblent bien représenter la population de la maternité de Saint Joseph. En effet, le taux annuel, pour l'année 2018, de césariennes dans cette maternité est de 18,4 % pour un taux retrouvé dans l'étude à 18%. Il était respectivement de 81,6 % pour les accouchements par voie basse pour un taux de 82 % dans l'étude et de 24 % pour les déclenchements pour un taux de 24 % dans la population étudiée (cf : tableau 2).

De plus, le taux de prématurité de l'échantillon étudié était de 7 %, ce qui correspond au taux de prématurité nationale qui est de 7,4 % selon l'INSERM.

En accord avec la littérature, nous avons noté 73 % de prématurité spontanée et 27 % de prématurité induite (Goldenberg RL, 2008).

Parmi les patientes qui ont accouché prématurément, aucune n'a présenté une longueur cervicale inférieure à 25 mm lors de la consultation d'ouverture de dossier. Cependant, cette consultation a permis une prise en charge adéquate pour deux patientes (une grossesse simple et une grossesse gémellaire). L'issue de la grossesse simple n'a pas été connue. Cette patiente a présenté une menace d'AP sévère et un cerclage à chaud a été pratiqué à 22,5 SA ainsi qu'un transfert dans une maternité de niveau III. La patiente présentant une grossesse gémellaire a eu une longueur cervicale jugée courte à l'échographie (LC = 27 mm) et il lui a été proposé de participer à une étude sur l'efficacité du pessaire dans la prévention des AP chez les grossesses gémellaires (Étude Pessar'one). Cette patiente a accouché spontanément à 34 SA.

Cependant, lorsque les LC de l'étude ont été traduit en percentile, il a pu être observé une augmentation du taux d'AP en fonction de la LC (cf : Figure 1). Il en a été de même pour la population générale. Le terme moyen d'accouchement a baissé lorsque la LC été diminuée. En effet, le terme moyen d'accouchement était de 39, 5 SA pour une LC inférieure au 90ème percentile alors que le terme moyen d'accouchement était de à 38,6 SA pour une LC inférieure au 5ème percentile.

Bien que ces résultats ne soient pas statistiquement significatifs, ils corréleraient aux données de la littérature (Iams et al 1996) qui montrent que le risque d'AP spontané augmente avec la diminution de la LC.

Les résultats concernant la population des grossesses monofoetale ayant accouché prématurément ont été comparés aux données de la littérature. Il a été noté que les LC de la population d'étude étaient globalement plus élevées que celles de deux études de référence (Iams JD et al., 1996 ; Salomon et al., 2009). En effet, dans la population étudiée, il aurait pu être attendu d'obtenir une LC inférieure à 25 mm (entre 5^{ème} et 10^{ème} percentile) chez environ une trentaine de patientes or il en a été noté aucune.

Cette différence pourrait s'expliquer par plusieurs hypothèses :

- la différence réelle des populations étudiées (influence géographique ou socio-économique). Cette hypothèse pourra être vérifiée par les résultats de l'étude régionale « EchoCol », pilotée par l'ARS (Agence Régionale pour la Santé) qui seront bientôt publiés.
- Un défaut de mesure due à la formation en échographie endovaginale des sages-femmes (SF) effectuant l'examen. Néanmoins, cela semble peu probable étant donné le nombre d'opérateurs (5 SF).
- Le hasard : si tel est le cas, la poursuite de l'étude sur un plus grand échantillon devrait le corriger.

Concernant la faisabilité d'un tel dépistage, le taux global de patientes (n=380) ayant bénéficié de cette mesure de LC était de 75 %. Néanmoins, parmi ces patientes, 63 ont consulté après 24 SA. Lorsqu'on s'intéresse aux patientes ayant consulté avant 24 SA, le taux de mesure de la LC était de 90 %, ce qui est satisfaisant. Le nombre de patientes ayant refusé la mesure de LC était de 3%.

Malgré ces résultats intéressants, notre étude présente certaines faiblesses, dont un faible taux d'AP (attendu), une absence de col inférieur à 25mm (inattendu), un caractère rétrospectif ainsi qu'un biais d'information. En effet, plusieurs patientes ont été exclues de l'analyse parce qu'elles ont été perdues de vue.

L'étude était monocentrique, réalisée au sein d'une maternité privée de niveau IIb. Il paraît évident que la population de cette maternité ne présente pas les mêmes caractéristiques que celle d'une maternité publique de niveau III à Marseille. Une étude multicentrique permettrait de réduire ce biais de sélection.

La majorité des AP surviennent chez des patientes sans ATCD et de façon spontanée c'est pour cela qu'il semble intéressant de trouver un moyen de dépistage pour cette population.

A l'heure actuelle, la longueur de col est considérée comme le meilleur facteur prédictif de l'AP dans la population générale. De plus, chez les patientes ayant une LC courte, les professionnels de santé disposent d'un traitement efficace pour réduire le risque d'AP. Il semble donc intéressant de proposer une LC systématiquement aux patientes en début de grossesse.

Conclusion

La bonne prévision du risque d'AP permettrait d'identifier les patientes à risque d'AP et d'initier un traitement, d'harmoniser les pratiques professionnelles et de diminuer le budget que représente l'hospitalisation des nouveau-nés prématurés. Néanmoins, l'étude présentée ici ne permet pas de mettre en évidence la pertinence d'un tel dépistage. En effet, l'effectif trop faible et le type d'étude menée ne permettent pas de conclure sur l'efficacité du dépistage par échographie cervicale. Cependant cette étude constitue un point de départ pour une analyse des données cliniques sur une année complète, de l'ensemble des patientes suivies à la maternité Saint Joseph (n= 4800 environ) afin d'évaluer l'impact de cette mesure sur le taux d'accouchement prématuré spontané qui devrait être autour de 5 % (n=240).

Bibliographie

Behrman RE (2007) , *Preterm Birth: Causes, Consequences, and prevention*, Washington DC, National Academies Press

Cochrane (2013). *Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth in women considered to be at risk of preterm birth*, <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004947.pub3/information#CD004947-sec1-0015>, consulté le 9/10/17

CNGOF (2016). *Recommandation pour la pratique clinique, prévention de la prématurité et de ses conséquences (hors ruptures des membranes)*, <http://ansfl.org/document/cngof-2016-prevention-de-la-prematurite-spontanee-et-de-ses-consequences-hors-rupture-des-membranes/>, consulté le 9/10/17

HAS (2010). *Mesure de la longueur du col par échographie par voie vaginale, intérêt dans la prévision de l'accouchement prématuré spontané*, rapport d'évaluation technologique, service d'évaluation des actes professionnels https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/mesure_de_la_longueur_du_col_de_luterus_par_echographie_endovaginale_-_rapport.pdf, consulté le 11/10/17

Jay d. Iams, M.D., Robert L. Goldenberg, M.D, Paul J. Meis, m.d., Brian M. Mercer, M.D., Atef Moawad, m.d., Anita Das, M.S., Elizabeth Thom, Ph.D., Donald Mcnellis, M.D., Rachel L. Copper, M.S.N., C.R.N.P., Francee Johnson, R.N., B.S.N., James M. Roberts, M.D., and the National Institute Of Child Health And Human Development Maternal Fetal Medicine Unit Network (1996), *The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery*, volume 334 numéro 9, p 567 à p 572

Inserm(2015). *La prématurité*, <https://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/la-prematurite-un-monde-a-explorer>, consulté le 26/10/17

JAMA (2001), *Mid trimester endovaginal sonography in women a high risk for spontaneous preterm birth*, volume 286 numéro 11, <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/194203>, Consulté le 25/11/18

Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction (2010). *Mesure de la longueur du col de l'utérus par voie endovaginale : technique et principales applications*, volume 39 numéro 4, pages 267-275, <http://www.em-consulte.com/en/article/252571> , Consulté le 11/10/17

Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction (2010). *Mesure de la longueur du canal cervical du col de l'utérus par échographie par voie vaginale. Intérêt dans la prévision de l'accouchement prématuré spontané*, volume 40 issue 4, pages 375-380, <http://www.sciencedirect.com.lama.univ-amu.fr/science/article/pii/S0368231511000494>, Consulté le 9/10/11

Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction (2016). *Epidémiologie et facteurs de risque de la prématurité*, volume 45, issue 10, pages 1213-1230, http://www.sciencedirect.com.lama.univ-amu.fr/science/article/pii/S0368231516301144?_rdoc=1&_fmt=high&_origin=gateway&_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb, Consulté le 2/11/17

La revue de la sage-femme (2010) . *Mesure de la longueur du col de l'utérus par voie endovaginale : techniques et applications*, journal, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1637408810001409>, consulté le 26/10/17

L. J Salomon, C. Diaz-Garcia, J.P Bernard and Y. Ville (2009), *Reference range for cervical length throughout pregnancy: non-parametric LMS-based model applied to a large sample*, p 459 - p464

OMS (2018). *Naissances prématurés*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/fr/>, consulté le 25.11.18

Romero R, Nicolaidis K, Conde-Agudelo A, Tabor A, et al. (2012), *There is insufficient evidence to claim that cerclage is the treatment of choice for patients with a cervical length <10 mm*, AM J Obstet gynecol p 161-180, [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(18\)30287-4/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(18)30287-4/fulltext), consulté le 12.03.19

Romero, Roberto, Yeo, Lami, Miranda, Jezid, Hassan, Sonia, Conde-Agudelo, Agustin, Chaiworapongsa, Tinnakorn (2013). *Un modèle pour la prévention de la prématurité: progestérone vaginale chez les femmes ayant un col utérin court*, https://explore.openaire.eu/search/publication?articleId=od_____267::f9aba9d71892bcdaedb04240c9ac5752, consulté le 12.03.19

Glossaire

AP : Accouchement prématuré

ATCD : antécédent

FCS : Fausse couche spontané

FCT : Fausse couche tardive

IMC : Indice de masse corporelle

IMG : Interruption médicale de grossesse

IVG : interruption volontaire de grossesse

GEU : grossesse extra-utérine

LC : longueur cervicale

MAP : Menace d'accouchement prématuré

SA : semaine d'aménorrhée

TV : toucher vaginal

Annexe I : Définitions

Cerclage : Serrage du col de l'utérus à l'aide de suture pour empêcher le col de l'utérus de se dilater prématurément

Conisation : Ablation d'un fragment de tissu en forme de cône au niveau de l'orifice externe du col de l'utérus

Fausse couche : interruption spontanée de grossesse qui survient au cours des 5 premiers mois

Gestité : Nombre de grossesse comprenant les IVG, les IMG et les FC

Grossesse extra-utérine : Grossesse se développant en dehors de la cavité utérine

Grossesse induite : Grossesse obtenue par une aide médicale

IMG : Interruption médicale de grossesse (IMG) est une interruption de grossesse pratiquée pour des raisons médicales, sans restriction de délai. Décidée par les parents ou par la femme enceinte seule, sa réalisation nécessite une attestation médicale.

IVG : Avortement provoqué au tout début de la grossesse. L'interruption volontaire de grossesse, ou IVG, est, comme son nom l'indique, un choix de la femme.

Métrorragies : Saignement vaginal survenant en dehors des règles

Parité : Nombre de naissance vivante ou supérieur à 25 SA

Pessaire : Serrage du col de l'utérus à l'aide d'un anneau en silicone

Progestérone : La progestérone est une hormone qui réduit les contractions de l'utérus, elle a un rôle important dans le maintien de la grossesse. L'utilisation de la progestérone est associée à des effets bénéfiques chez le nourrisson après l'administration chez des femmes considérées comme présentant un risque accru d'accouchement prématuré, dû soit à une naissance prématurée préalable ou pour lesquelles un col court a été identifié sur l'échographie (Cochrane 2013).

Protrusion des membranes : Poche des eaux qui bombe dans le vagin à travers le col de l'utérus

Semaines d'aménorrhée : Elle débute au premier jour des dernières règles. L'aménorrhée correspond à l'absence des règles ou menstruations.

Annexe II : Comparaison des données de l'étude aux données de la littérature

LC (mm)/ étude en fonction du terme de réalisation de la LC	Étude Saint Joseph grossesses simples (16-24 SA)	IAMS et al (24 SA)	Salomon et al (24 SA)
75 ème percentile	48	40	45,1
50 ème percentile	43,1	35	40
25 ème percentile	40	30	34,6
10 ème percentile	36,8	26	29,2
5 ème percentile	34,1	22	25,8
1ème percentile	NC	13	18,6

Comparaison des longueurs cervicales en millimètre et regroupées en percentile issue de notre étude et deux études internationales (IAMS et al, Salomon et al)

Résumé

Introduction : Selon l'Inserm (2015) « En France et dans de nombreux pays développés le taux de prématurité est passé de 5,9 % des naissances en 1995 à 7,4 % en 2010 ». Les conséquences sur ces nouveaux nés mais également sur leur famille sont multiples, sans oublier les coûts non négligeables que ces naissances impliquent. Suite à ce constat et aux traitements actuellement disponibles, la maternité de Saint-Joseph a décidé d'instaurer une consultation d'inscription comprenant une mesure de la longueur cervicale (LC). L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la pertinence d'un tel dépistage. L'objectif secondaire était d'évaluer la faisabilité de ce dépistage. Matériel et Méthode : Une étude rétrospective, monocentrique et descriptive a été réalisée, sur dossier, à l'aide d'une grille de recueil constituée de différents items comme les caractéristiques socio-économiques, les antécédents, le déroulement de la grossesse etc. Résultat : Les LC enregistrées étaient plus importantes que celles issues de la littérature internationale. Cependant une tendance a pu être observée dans la population de grossesses monofoetales ayant accouché prématurément : plus les LC étaient raccourcis plus le taux d'AP étaient importants. Il en a été de même dans la population générale, plus les LC étaient courtes plus les patientes ont accouché tôt. Cette tendance est en adéquation avec les données de la littérature. Conclusion : Cette étude constitue un point de départ pour une analyse des données cliniques sur une année complète, de l'ensemble des patientes suivies à la maternité Saint Joseph (n= 4800 environ).

Mots clés : Dépistage, échographie de la longueur cervicale, accouchement prématuré

Abstract

Introduction: According to Inserm (2015) « In France and in many other developed countries, the rate of preterm births has increased from 5,9 % in 1995 to 7,4 % in 2010 ». There are several consequences on these new-borns and their families and the cost of prematurity is also quite high. Based on these observations and available treatments, Saint-Joseph maternity hospital has decided to initiate a registration consultation involving measurement of the cervical length (CL). The main purpose of this study was to assess the relevance of such a screening. The secondary goal was to consider the feasibility of this test. Material and method: A retrospective, monocentric and descriptive study was carried out, using patients' medical files as well as a collected-information grid made of several selections such as socio-economic features, family background, pregnancy progression. Results: We observed that, CL measures were longer than those previously published. Nevertheless, a clear trend was noticed in the singleton preterm deliveries: the shorter the cervical length, the higher the preterm delivery rate. The same occurrence was observed on the overall population: the shorter the cervix, the earlier the baby was born. This trend is in line with published data. Conclusion: This study is a starting point for an analysis on clinical data over a full year, of all patients followed at Saint-Joseph maternity hospital (n = 4800 approximately).

Keyword: screening test, cervical length, preterm delivery