



HAL
open science

Col court symptomatique et asymptomatique : influence sur le pronostic obstétrical

Pauline Lagarde

► **To cite this version:**

Pauline Lagarde. Col court symptomatique et asymptomatique : influence sur le pronostic obstétrical. Gynécologie et obstétrique. 2022. dumas-03926172

HAL Id: dumas-03926172

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03926172v1>

Submitted on 6 Jan 2023

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.



École de Maïeutique

Col court symptomatique et
asymptomatique : influence sur le pronostic
obstétrical

MÉMOIRE

Présenté et publiquement soutenu devant
L'ÉCOLE DE MAÏEUTIQUE DE MARSEILLE

Le 07 juin 2022

Par Madame LAGARDE Pauline
Née le 18 juillet 1997 à Marseille

Pour obtenir de Diplôme d'État de Sage-Femme
Promotion 2017/2022

Membres du Jury du Mémoire :

- Mr DONATO Xavier Sage-Femme, Directeur de Mémoire
- Mme MATTEO Caroline SF Enseignante EU3M
- Mme VACHER Justine SF (attaché de recherche clinique)

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

École de Maïeutique

Col court symptomatique et asymptomatique : influence sur le pronostic obstétrical

LAGARDE Pauline

Née le 18 Juillet 1997

**Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-
Femme**

Année universitaire 2021-2022

Validation 1^{ère} session 2021 : oui non

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{ème} session 2021 : oui non

Mention :

Visa et tampon de l'école

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Xavier DONATO, mon Directeur de mémoire, pour son aide précieuse, sa disponibilité, et son soutien, qui m'ont permis de réaliser ce mémoire de fin d'étude.

Je présente mes remerciements à toute l'équipe de l'Hôpital Saint Joseph de m'avoir accompagné dans la réalisation de ce mémoire.

Je tiens également à remercier ma famille et mes amis pour leur soutien durant ces années d'études.

Table Des Matières

Résumé	6
Introduction	7
Matériels et méthodes	12
Analyse et discussion.....	24
Conclusion	27
Glossaire	30

Résumé

Introduction : Les menaces d'accouchement prématuré sont en pratique souvent considérées comme étant moins inquiétantes lorsque la patiente ne ressent pas ses contractions (col court asymptomatique), en comparaison avec celles qui les ressentent (col court symptomatique). Nous avons voulu comparer le pronostic de ces deux groupes en situation réelle.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective sur données unicentrique (centre hospitalier) sur l'ensemble des patientes hospitalisées au service de GRE de l'hôpital saint Joseph entre 2020 et 2021. L'objectif principal était de comparer le taux d'accouchement prématuré entre ces deux motifs d'hospitalisation.

Résultats : 152 patientes ont été incluses. Parmi elles, 88 dans le groupe CCS, et 64 dans le groupe CCA. Aucune différence cliniquement significative n'a été observée, que ce soit sur le risque d'accouchement prématuré, ou l'état de santé néonatal.

Conclusion : On peut s'interroger sur la pertinence de distinguer ces deux sous-groupes de patientes à risque d'accouchement prématuré, ainsi que sur la caractérisation clinique des contractions utérine chez ces patientes. D'autres investigations seront nécessaires pour répondre à ces questions.

Mots-clés : Menace d'accouchement prématuré ; prématurité ; col court symptomatique ; col court asymptomatique

Introduction

Col court symptomatique et asymptomatique : influence sur le pronostic obstétrical

Les menaces d'accouchement prématuré (MAP) se définissent comme une situation clinique faisant craindre un accouchement prématuré (AP) spontané, associant des contractions utérines (CU) à des modifications cervicales. Un accouchement prématuré survient entre 22 SA et 37SA, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [1].

La MAP représente en France la pathologie gravidique la plus fréquente, et se trouve être le premier motif d'hospitalisation en service de grossesse à risque [2]. En effet, 5,4% des grossesses en 2016 en France ont présenté une MAP ayant nécessité une hospitalisation.

La prématurité augmente petit à petit, avec un passage, en France, de 5,9% en 1994 à 7,4% des naissances en 2016, ce qui représente environ 50 000 à 60 000 naissances prématurées chaque année [3]. Elle est spontanée dans 60% à 70% des cas, et induite dans 30% à 40% des cas [4].

Cette prématurité représente à ce jour une problématique de santé publique française mais également mondiale, que ce soit au niveau médical, comme au niveau du système économique [1].

Cette augmentation est due, selon l'OMS [1], à plusieurs facteurs, notamment une augmentation de l'âge maternel du premier enfant, l'accroissement des parcours PMA pour lutter contre l'infertilité induisant par conséquent une augmentation des grossesses multiples, à risque d'accouchement prématuré. L'augmentation de la

prématurité est également induite par des changements de pratiques obstétricales comme l'augmentation du nombre de césarienne avant terme.

Parmi ces naissances :

- 85% sont des prématurés moyens (nés entre 32 et 37 SA)
- 10% sont des grands prématurés (nés entre 28 et 32 SA)
- 5% sont des très grands prématurés (nés à moins de 28 SA) [2].

Les conséquences de la prématurité sont, chez les nouveau-nés, principalement une immaturité du système nerveux central (SNC), pulmonaire, cardiorespiratoire, digestive, hépatique, etc. Le pronostic vital de ces nouveau-nés est dans de nombreux cas engagé, avec un taux de survie de 31% à 24SA, 59% à 25SA, 75% à 26SA et augmentant progressivement avec l'augmentation de l'âge gestationnel [5]. Il peut cependant persister des séquelles à plusieurs niveaux, à plus ou moins long terme, nécessitant une médicalisation importante

L'impact économique de l'AP n'est également pas à négliger. En effet, les dépenses liées à la prématurité sont, d'après une revue de la littérature [6], de l'ordre de plusieurs millions d'euros par an en France, avec un coût augmentant avec la sévérité de la prématurité. On estime, en France, à plus de 100 000 USD par enfant les dépenses liées à la grande prématurité, entre 40 000 USD et 100 000 USD pour la prématurité précoce, entre 10 000 USD et 30 000 USD pour la prématurité modérée et moins de 4 500 USD pour la prématurité tardive.

Pour lutter contre la prématurité, il est important de bien prendre en charge les patientes chez qui une MAP est dépistée.

Le diagnostic de la MAP repose sur la mesure de la longueur cervicale (<25mm), par une échographie endovaginale (HAS,2010) [7]. On peut alors dissocier les MAP en 2 catégories : les patientes qui ressentent les contractions utérines, ou « col court symptomatique » (CCS), et celles pour qui la MAP est de découverte fortuite, dont les CU ne sont pas ressenties, ou « col court asymptomatique » (CCA). Dans le terme asymptomatique, la MAP est découverte dans un contexte de dépistage systématique lors d'un contrôle de routine (dans la plupart du temps lors d'une échographie trimestrielle), ou lors de consultations pour un motif autre que des CU, lorsque celles-ci ne les ressentent pas.

La prise en charge d'une menace d'accouchement prématurée entre 24SA et 34SA pour tenter d'éviter un AP repose sur plusieurs facteurs :

- Hospitalisation
- Tocolyse
- Lutte contre effet prématurité avec : Corticothérapie anténatale, transfert materno-fœtal dans une maternité de niveau adapté, Sulfate de magnésium si échappement à la tocolyse
- Traitement de l'étiologie si retrouvée (CNGOF, 2016) [8]

En pratique, les cols courts asymptomatiques sont la plupart du temps considérés comme moins inquiétants, du fait de l'absence de ressenti des CU par la patiente.

La prise en charge est alors discutée et praticien-dépendant, et se distingue en :

- Prise en charge identique entre les CCA et les CCS, au risque d'une surmédicalisation des CCA
- Pas de prise en charge des CCA, considérés à risque moindre, avec dans ce cas une éventuelle majoration du risque d'AP faisant suite à un défaut de prise en charge

Or, une étude réalisée en 2021 conclut sur le fait que, chez les femmes asymptomatiques également, le raccourcissement cervical a montré une augmentation significative du risque d'accouchement prématuré, et suggère que le dépistage cervical de routine serait un moyen utile pour prédire le risque d'accouchement prématuré, même chez les femmes considérées comme à faible risque d'accouchement prématuré.

Cela nous a amené à réfléchir à la question de recherche suivante :

En quoi le caractère symptomatique ou asymptomatique d'une menace d'accouchement prématuré influence le devenir obstétrical des patientes hospitalisées en service de grossesse à risque ?

En ressort alors un **objectif principal** de recherche :

- Comparer le devenir obstétrical entre les cols courts symptomatiques et asymptomatiques hospitalisés en service de GRE à l'Hôpital Saint Joseph

Les **objectifs secondaires** sont :

- Comparer les caractéristiques cliniques des patientes en fonction de leur motif d'hospitalisation
- Comparer le devenir néonatal entre les cols courts symptomatiques et asymptomatiques hospitalisés en service de GRE à l'Hôpital Saint Joseph
- Chercher des possibles facteurs de confusion dans la comparaison des deux groupes de patientes

Matériels et méthodes

1. Définition du protocole de recherche

Afin de tenter de répondre à la question de recherche soulevée par ce mémoire et aux objectifs proposés, une étude rétrospective sur données chez les patientes hospitalisées en service de grossesse à risque pour motif de menace d'accouchement prématuré à l'Hôpital Saint Joseph sur les années 2020 et 2021 a été menée.

2. Définition et modalités de sélection de la population étudiée :

- Critères d'inclusion :

Les critères d'inclusion étaient les patientes ayant présenté durant leur grossesse singleton une menace d'accouchement prématuré symptomatique ou asymptomatique entre 22 SA et 34SA ayant nécessité une hospitalisation au sein du service de grossesse à risque de l'Hôpital Saint Joseph.

- Critères de non-inclusion :

Les critères de non-inclusion étaient les grossesses multiples, ainsi que toutes les grossesses présentant une pathologie obstétricale, maternelle ou fœtale responsable de prématurité induite (et non spontanée)

- Critères d'exclusion : 78 séjours ont été exclus, à savoir : 33 perdus de vue, 28 doublons, concernant une ré-hospitalisation de patientes déjà incluses dans l'étude, 17 erreurs de motif d'hospitalisation.

- Présentation du terrain :

L'étude a été réalisée au sein de l'Hôpital Saint-Joseph, une maternité de type 2B réalisant en moyenne 4800 accouchements par an. Cet hôpital possède un service de GRE de 13 lits, accueillant en moyenne 1250 hospitalisations par an.

Quant aux MAP, l'Hôpital Saint Joseph hospitalise une centaine de patientes par an, à savoir que celles-ci sont transférées, lorsque les disponibilités en type 3 le permettent, si le terme est <31SA, ou l'EPF <1500g.

Il s'agit de l'Hôpital réalisant le plus de naissance annuelle à Marseille.

Sage-Femme au sein de cet établissement, j'ai choisi d'y réaliser cette étude.

- Durée de l'étude :

Le recueil des données a été réalisé en 2 mois, sur les dossiers des patientes ayant été hospitalisées entre le 1er janvier 2020 et 20 décembre 2021.

3. Recueil de données

Le recueil de données de cette étude a été fait par une grille de recueil créée sur le logiciel Microsoft Excel®. Les données

descriptives maternelles et néonatales ont été récoltées et anonymisées à partir des dossiers médicaux individuels sur le terrain après autorisation des Cadres de service de la maternité pour la consultation des dossiers informatiques avec un code d'accès sécurisé.

Les variables ont été mesurées par des professionnels de santé au cours du suivi de la grossesse, de l'hospitalisation en GRE, du travail, de l'accouchement, et du post-partum puis répertoriées dans les dossiers médicaux informatisés.

Dans cette grille de recueil, plusieurs types de données ont été récoltés après étude bibliographique de la littérature médicale.

Des variables quantitatives et qualitatives ont été reportées.

Nous y retrouvons :

- Les données socio-économiques des patientes
- Les antécédents personnels des patientes
- Le déroulement de la grossesse
- Les données spécifiques à l'hospitalisation en GRE
- L'issue de la grossesse

Données socio-économiques : 5 items

Nous avons étudié les informations concernant l'âge (en années), l'IMC (en kg/m²), la profession, ainsi que consommation de toxique (avant et pendant la grossesse) des patientes incluses dans l'étude.

Antécédents : 12 items

Les antécédents des patientes ont également été recueillis. Ont été étudiés les antécédents médico-chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux.

Au niveau gynéco-obstétricaux, nous avons étudié les antécédents gynécologiques généraux, comme la conisation (pouvant être un FDR d'AP), ainsi que la gestité et parité (en UI) des patientes, comptabilisant : les antécédents d'IVG (interruption volontaire de grossesse, médicamenteuse ou par curetage), de FCS (fausse couche spontanée <14SA), de FCT (fausse couche tardive, entre 14 et 24SA), d'IMG (interruption médicale de grossesse), de MFIU (mort fœtale *in utero*), de MAP, d'AP, et d'accouchement à terme (par césarienne ou par voie basse).

Déroulement de la grossesse : 5 items

Concernant la grossesse actuelle, nous avons recalculé la date de début de chaque grossesse en se basant sur la LCC à l'échographie du 1^{er} trimestre, ainsi que la date de celle-ci lorsqu'il s'agissait d'une grossesse spontanée, et sur la base du transfert embryonnaire dans le cas d'une FIV. Ainsi, nous avons évité les erreurs dues aux mauvaises retranscriptions de terme.

Nous avons également étudié plusieurs facteurs, à savoir : grossesse spontanée ou induite, présence d'un diabète (de type 1, 2, gestationnel non insulino-dépendant ou insulino-dépendant), la présence ou non de métrorragies du 1^{er} trimestre, le déroulement libre de la grossesse.

Données spécifiques à l'hospitalisation : 9 items

Ont été recueillis :

- La date d'entrée et de sortie d'hospitalisation, afin de calculer la durée d'hospitalisation (en jours)
- Le motif d'hospitalisation, classifié à l'Hôpital Saint-Joseph en CCA ou CCS
- La date et le terme de la mesure de la LC (en SA)
- La LC (en mm)
- La présence, ou non, d'une procdence conoïde, facteur aggravant de la MAP
- Le tocolytique utilisé
- La mise en place, ou non, d'une corticothérapie
- Le nombre d'hospitalisation pendant la grossesse

Issue de la grossesse : 11 items

Concernant l'issue de la grossesse, nous avons étudié :

- La date d'accouchement ainsi que le terme d'accouchement (en SA)
- La prise de poids pendant la grossesse (en kg)
- La voie d'accouchement
- La mise en travail : spontanée ou déclenchée
- La survenue ou non d'une hémorragie du post-partum
- Le poids de naissance de l'enfant (en grammes)
- Le percentile du poids de naissance, classé en : hypotrophe, eutrophe, macrosome
- Le pH réalisé au sang du cordon (en mmol/L)
- Le score d'Apgar calculé à 1,5 et 10 minutes de vie
- Le devenir de l'enfant

4. Analyse statistique

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectif, de pourcentage et d'intervalle de confiance à 95% selon la loi binomiale exacte si nécessaire.

Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyenne et d'écart-type. La médiane et l'écart interquartile ont été utilisées en fonction de la distribution des données.

Les variables qualitatives ont été comparées entre elles par le test du Chi-deux, du Chi-deux corrigé ou de Fisher exact, selon les valeurs des effectifs attendus sous l'hypothèse d'indépendance.

Les variables qualitatives et quantitatives ont été comparées entre elles par le test de Student si les conditions de validité du test sont respectées (normalité de la loi et égalité des variances), sinon le test non paramétrique de Wilcoxon a été appliqué.

Les variables quantitatives ont été comparées entre elles par un test de corrélation si les conditions de validité du test ont été respectées, sinon le test non paramétrique de Sperman a été appliqué.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R (R Development Core Team (2005). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL : <http://www.R-project.org>).

Résultats

Caractéristiques de la population

Pendant l'étude, 230 dossiers d'hospitalisation en GRE durant les années 2020 et 2021 ont été consultés. Parmi ceux-ci, 78 patientes ont été exclues selon les critères définis précédemment (33 perdues de vue, 28 doublons, 17 erreurs de motif d'hospitalisation). Au total, 152 patientes (n=152) ont été incluses dans l'étude.

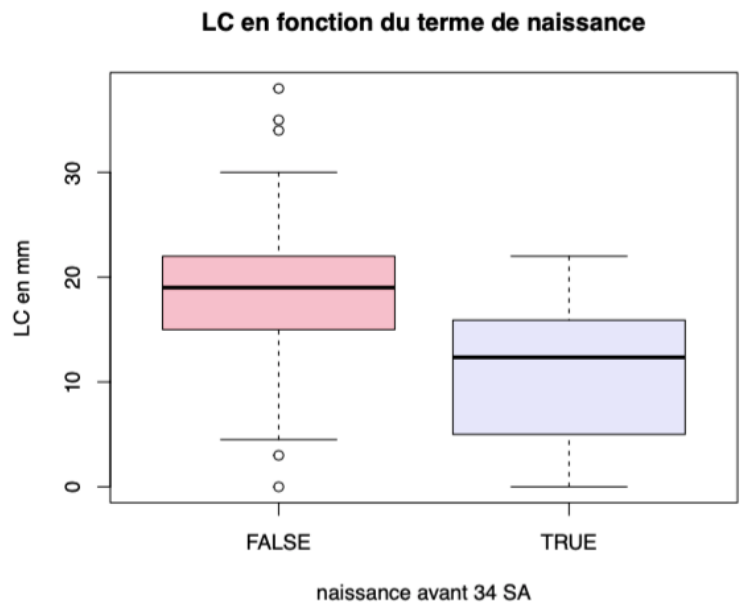
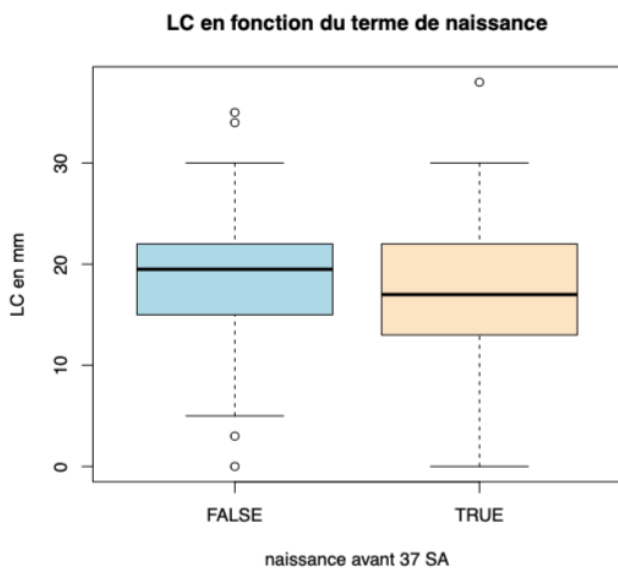
Parmi ces 152 patientes, 88 ont été hospitalisées pour col court symptomatique (CCS) et 64 pour un col court asymptomatique (CCA).

Dans notre échantillon, la moyenne d'âge est de 29,5 ans. Moins d'1% des patientes déclaraient avoir fumé pendant la grossesse. Au niveau des antécédents, très peu de patientes en présentaient au niveau gynécologique et obstétrical. 60% des patientes étaient des nullipares.

La moyenne d'accouchement de l'échantillon est de 37,65 SA +/- 2,79 SA.

Le taux de prématurité avant 37SA est de 29,6% (n=45), et avant 34SA de 8,6% (n=13).

L'hospitalisation en service de GRE a été réalisé aux alentours de 30SA en moyenne (IQR=3,65), avec une longueur de col à l'entrée moyenne de 18mm (sd=6,9).



Parmi les patientes ayant accouché avant 34SA, la LC moyenne était de 10,8mm.

Parmi celles ayant accouché avant 37SA, la LC moyenne était de 16,6mm.

Les patientes ayant accouché avant 34SA avaient en moyenne une LC significativement inférieure à celles ayant accouché après 34SA ($p < 0,05$). Cette différence ne se retrouve pas si l'on regarde les patientes ayant accouché avant 37SA.

Analyse descriptive des variables numériques en fonction du motif d'hospitalisation :

	motif hospit	Mean	SD
age	CCA	29.53	5.85
	CCS	29.64	4.35
imc	CCA	23.27	4.56
	CCS	23.90	4.70
terme LC	CCA	29.73	2.75
	CCS	30.09	2.69
LC (mm)	CCA	16.11	6.74
	CCS	19.32	6.78
durée hospit (j)	CCA	5.63	9.11
	CCS	4.34	3.47
terme acc numérique	CCA	37.57	2.64
	CCS	37.73	2.95
poids naissance	CCA	2988.54	511.21
	CCS	2929.76	565.55
pH	CCA	7.21	0.08
	CCS	7.21	0.08

Analyse descriptive des variables numériques en fonction du motif d'hospitalisation :

ATCD MAP	motif hospit			
	CCA		CCS	
non	49	77 %	67	78 %
oui	15	23 %	19	22 %

Parité	motif hospit			
	CCA		CCS	
0	42	66 %	49	56 %
1	15	23 %	28	32 %
>2	7	11 %	11	13 %

Frequencies of G spontanée/ induites				
	motif hospit			
G spontanée/ iNAuite	CCA		CCS	
Don d'ovocyte	1	2 %	0	0 %
FIV	3	5 %	4	5 %
IAC	1	2 %	1	1 %
Stim Clomid	0	0 %	1	1 %
spontanée	59	92 %	82	93 %

Frequencies of tocolyse?				
	motif hospit			
tocolyse?	CCA		CCS	
Adalate	21	33 %	35	40 %
Adalate / tractocile	2	3 %	4	5 %
Adalate / tractocile x2	0	0 %	3	3 %
Tractocile	27	42 %	42	48 %
Tractocilex2	1	2 %	2	2 %
non	13	20 %	2	2 %

Frequencies of CTC				
	motif hospit			
CTC	CCA		CCS	
non	3	4.7 %	6	6.8 %
oui	61	95.3 %	82	93.2 %

Concernant les variables ci-dessus nous observons des caractéristiques très similaires entre les deux groupes.

Les taux de corticothérapie sont quasiment identiques entre les deux groupes.

Le taux de grossesse spontanée, la parité, et les antécédents de MAP sont équivalents.

La seule différence identifiée concerne le taux de recourt à une tocolyse, qui est supérieure chez les CCS comparé aux CCA.

Comparaison du taux d'accouchement avant 37SA entre les CCS et les CCA

Contingency Tables				
	Prematurite37			
motif hospit	NON		OUI	
CCA	45	70.3 %	19	29.7 %
CCS	62	70.5 %	26	29.5 %

Les taux d'accouchement inférieurs à 37SA dans les deux groupes sont similaires (29,7% vs 29,5% non significatif).

Comparaison du taux d'accouchement avant 34SA entre CCA et CCS

Contingency Tables				
	Prematurite34			
motif hospit	NON		OUI	
CCA	59	92.2 %	5	7.8 %
CCS	80	90.9 %	8	9.1 %

Les taux d'accouchement inférieurs à 34SA dans les deux groupes sont similaires (7,8% vs 9,1% non significatif).

Comparaison de la durée d'hospitalisation entre CCA et CCS

La durée moyenne d'hospitalisation pour les CCS est de 4,29 jours, tandis qu'elle est de 5,62 jours pour les CCA. Ces résultats sont similaires et non significatifs.

Analyse et discussion

Cette étude n'a pas trouvé de différence majeure de pronostic entre les CCA et les CCS. En effet, ni le taux de prématurité, ni l'état de santé néonatal ne différait entre les deux groupes, dans notre population.

Le taux de prématurité <37 SA retrouvé à 30%, en comparaison à la population générale (7,4%), montre que nous avons bien à faire à une population à risque d'accouchement prématuré.

En accord avec la littérature [10], l'importance de la longueur de col est retrouvée dans notre échantillon (plus le col est court, plus le risque d'accouchement prématuré est important).

Concernant les nouveau-nés, on ne voit aucune différence d'adaptation néonatale, que ce soit au niveau du score d'Apgar, ou du pH (moyenne identique, aucun pH <7).

En ce qui concerne les caractéristiques générales de la population, celles-ci sont quasiment identiques entre les deux groupes comparés. En effet, la moyenne d'âge, l'IMC, les antécédents personnels sont identiques, nous n'observons pas de différence cliniquement importante.

Quant à l'hospitalisation des patientes pour les deux groupes, elle a été réalisée en moyenne au même terme, c'est-à-dire 30SA, avec une longueur de col moyenne à l'entrée équivalente entre 16mm et 19mm en moyenne.

La seule différence notable entre les deux groupes est le recours à la tocolyse : 80% de tocolyse pour les CCA contre 98% pour les CCS. Ce résultat est cohérent puisqu'en l'absence de contractions utérines, le recours à la tocolyse sera plus discuté.

Pour ce qui est de la corticothérapie anténatale, elle a été réalisée quasi-systématiquement dans les deux groupes (95% des CCS vs 93% des CCA).

L'étude a été réalisée au sein d'une maternité privée de type IIb, il s'agit donc d'une étude monocentrique. Or, les maternités de type IIb n'accueillent pas la même population que les maternités de type I, type IIa, et type III. Ainsi, il serait intéressant de réaliser étude multicentrique principalement dans des maternités de type III, afin de réduire ce biais de sélection.

Un autre biais de sélection a été identifié, concernant le recrutement des patientes. En effet, comme énoncé précédemment, certains gynécologues-obstétriciens prennent la décision de ne pas hospitaliser les cols courts asymptomatiques. Celles-ci n'ont pas été incluses dans l'étude, et leur terme d'accouchement reste donc inconnu. On peut alors se demander si les résultats auraient été différents si l'analyse avait inclus tous les cols courts asymptomatiques, y compris ceux qui n'ont pas été hospitalisés.

Bien que notre étude se soit intéressée à la totalité des patientes hospitalisées pour les années 2020 et 2021 à l'Hôpital Saint Joseph, notre échantillon de patientes reste modeste, avec 152 patientes. Nous gagnerions sans doute à élargir ce recueil sur d'autres années.

Cette étude a été aussi limitée par son aspect rétrospectif. Le risque de passer à côté de patientes, et la qualité des données, ne sont pas maîtrisés.

Il serait donc intéressant de réaliser une étude de manière prospective.

Un biais d'information a également été identifié, avec 33 patientes perdues de vue, soit 14,34% de la population étudiée initialement.

L'aspect rétrospectif ne nous a pas non plus permis de caractériser précisément les contractions utérines. Il est quasiment impossible de différencier des contractions ressenties douloureuses, enregistrées au monitoring, sur un dossier médical.

Dans une étude prospective, ce point serait à recueillir de manière plus précise.

Malgré les limites et les biais identifiés, cette étude nous apporte un nouvel éclairage sur la distinction entre les CCS et les CCA.

Notons que conformément à la bibliographie [9], les CCA semblent bien être une population à risque d'accouchement prématuré.

En revanche, la pertinence du dépistage systématique des cols courts asymptomatique n'a pas été démontré.

La littérature scientifique est très pauvre concernant la distinction entre ces deux populations.

Conclusion

Contrairement à ce que l'on aurait pu imaginer, cette étude n'a retrouvé aucune différence cliniquement significative entre les patientes hospitalisées pour CCA et celles hospitalisées pour CCS.

Malgré les limites inhérentes aux études rétrospectives, il serait intéressant d'élargir cette analyse à un nombre plus important de patientes, dans des maternités de niveau III, et avec une meilleure évaluation clinique de la symptomatologie des contractions.

Bibliographie

- [1] OMS (2018). Naissances prématurées, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>, consulté en mars 2022
- [2] Anne Betend. Menace d'accouchement prématuré : circonstances d'hospitalisation et pronostic de la grossesse. [Mémoire Maïeutique ; Gynécologie et obstétrique]. Université de Grenoble, 2011.
- [3] Inserm (2015). La prématurité, <https://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/la-prematurite-un-monde-a-explorer>, consulté en mars 2022
- [4] Pauline Fournier. Prématurité spontanée ou induite : quelle influence sur l'avenir du nouveau-né ? [Mémoire Maïeutique] Gynécologie et obstétrique] Université Aix-Marseille, 2010
- [5] Torchin H et al Épidémiologie de la prématurité : prévalence, évolution, devenir des enfants J Gynecol Obstet Biol Reprod 2015
- [6] Anne-Laure Soilly. Évaluation économique de la prématurité : une première année de vie aux enjeux majeurs : le cas de la France. Économies et finances. Université de Bourgogne, 2016.
- [7] 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_endovaginal_e_-_rapport.pdf, consulté en avril 2022

[8] 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-conséquences-hors-rupture-des-membranes/>, consulté en mars 2022

[9] Liu CZ, Ho N, Nguyen AD, Lehner C, Sekar R, Amoako AA. The risk of preterm delivery and pregnancy outcomes in women with asymptomatic short cervix: a retrospective cohort study. J Matern Fetal Neonatal Med. Juin 2021

[10] CNGOF (1999). Nouveaux marqueurs du risque d'accouchement prématuré. http://www.cngof.asso.fr/d_livres/1999_GO_043_goffinet.pdf consulté en mars 2022

Glossaire

AP : Accouchement Prématuré

ATCD : Antécédent

CCA : Col Court Asymptomatique

CCS : Col Court Symptomatique

CTC : Corticothérapie

CU : Contraction Utérine

AVB : Accouchement Voie Basse

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

FIV : Fécondation In Vitro

FCS : Fausse Couche Spontanée

FCT : Fausse Couche Tardive

GO : Gynécologue-Obstétricien

IAC : insémination Artificielle avec Conjoint

IMC : Indice de Masse Corporelle

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LC : Longueur de Col

MAP : Menace d'Accouchement Prématuré

MFIU : Mort Fœtale *In Utero*

PMA : Procréation Médicalement Assistée

SA : Semaine d'Aménorrhées

TMF : transfert materno-fœtal

Summary

Introduction: Risk of preterm labor are in practice often considered less worrying when the patient does not feel her contractions (asymptomatic short cervix), compared with those that feel them (symptomatic short cervix). We wanted to compare the prognosis of these two groups in real situations.

Methods: We carried out a retrospective study on unicentric data (hospital center) on all patients hospitalized in a high-risk pregnancy unit of Saint Joseph hospital between 2020 and 2021. The main objective was to compare the risk of preterm labor between these two groups.

Results: 152 patients were included. 88 in the CCS group and 64 in the CCA group. No clinically significant differences were observed, either in the risk of premature delivery, or in neonatal health status.

Conclusion: we can wonder if the relevance of distinguishing these two subgroups of patients at risk of premature delivery, as well as the clinical characterization of uterine contractions in his patients. Further investigations will be required to answer these questions.

Keywords: Threat of premature delivery; prematurity; symptomatic short cervix; asymptomatic short cervix