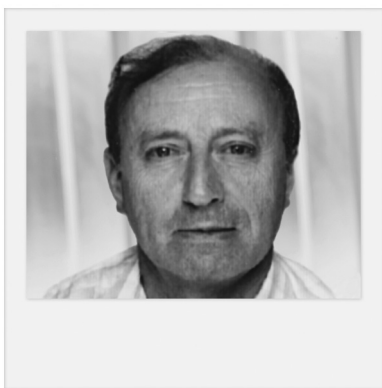


REPÈRES PRATIQUES

Obstétrique

Faut-il mesurer le col avant de transférer en niveau 3 ?



→ **Y. CHITRIT**
Service de gynécologie-
obstétrique, hôpital
Robert-Debré, PARIS.

La prématurité reste la principale cause de mortalité et morbidité périnatales. Devant des parturientes se présentant pour des contractions utérines et des modifications cervicales, le diagnostic de menace d'accouchement prématuré (MAP) reste toujours difficile. La faible sensibilité et spécificité de l'examen clinique du col chez ces patientes est responsable d'un taux élevé de faux-positifs et faux-négatifs. Ces difficultés d'identifier une parturiente présentant une MAP ont bien été documentées : 90 % des femmes se présentant pour des contractions utérines n'ont pas accouché dans les 48 heures et seules 16 % de celles-ci ont accouché dans les 7 jours.

Lorsqu'une patiente enceinte de moins de 32 SA consulte pour des contractions utérines notamment dans une maternité de niveau 1 ou 2, une évaluation objective de la MAP doit être réalisée afin de limiter, tant le taux de faux-négatifs résultant d'un accouchement inopiné d'enfants prématurés sans le bénéfice d'un traitement par corticoïdes et d'un transfert dans une maternité de niveau 3, que le taux de faux-positifs responsables de traitements et d'une prise en charge non nécessaire. L'important [1] ne serait pas de déterminer la probabilité d'accouchement avant un terme donné (34 SA ou 36 SA), mais d'estimer le risque d'accouchement immi-

nent, c'est-à-dire dans les 48 heures ou les 7 jours suivant l'admission afin que des mesures spécifiques comme un transfert en niveau 3 et une maturation pulmonaire par corticoïdes puissent être réalisées. De nouveaux marqueurs de la prédiction d'une naissance prématurée, comme le dosage de fibronectine dans la filière cervico-vaginale et la mesure échographique du col utérin, ont été développés chez les patientes se présentant pour une MAP.

Technique de mesure échographique de la longueur du col utérin

L'étude échographique du col utérin, contrairement au toucher vaginal, présente une bonne reproductibilité (variabilité intra-observateur de 5 à 10 %) et permet l'évaluation de toute la longueur du col dont la portion supravaginale et l'orifice interne. Plusieurs techniques échographiques d'évaluation du col utérin ont été étudiées dont les voies sus-pubiennes et transpérinéales. Seule la voie endovaginale donne les résultats les plus reproductibles (*fig. 1*).

1. Réalisation de l'échographie endovaginale [2]

- Une sonde endovaginale de 5 à 7 MHz est placée dans le cul-de-sac vaginal antérieur chez une patiente en décubitus dorsal, vessie vide ;
- le col est repéré sur une coupe sagittale ;
- lorsqu'une image satisfaisante est obtenue, la sonde est reculée légèrement jusqu'à la limite flou/net : la pression doit être juste suffisante pour avoir une image nette ;
- agrandir l'image jusqu'à ce que le col occupe au moins les deux tiers de l'image et que l'orifice interne et externe soient parfaitement visibles ;
- trois mesures de la longueur du col sont réalisées (distance de l'orifice externe à l'orifice interne fermé) en ne retenant que la mesure la plus courte en mm ;
- une éventuelle protrusion (*funelling*) des membranes amniotique est notée.

Le paramètre le plus généralement retenu et donc étudié est la longueur du col en mm.

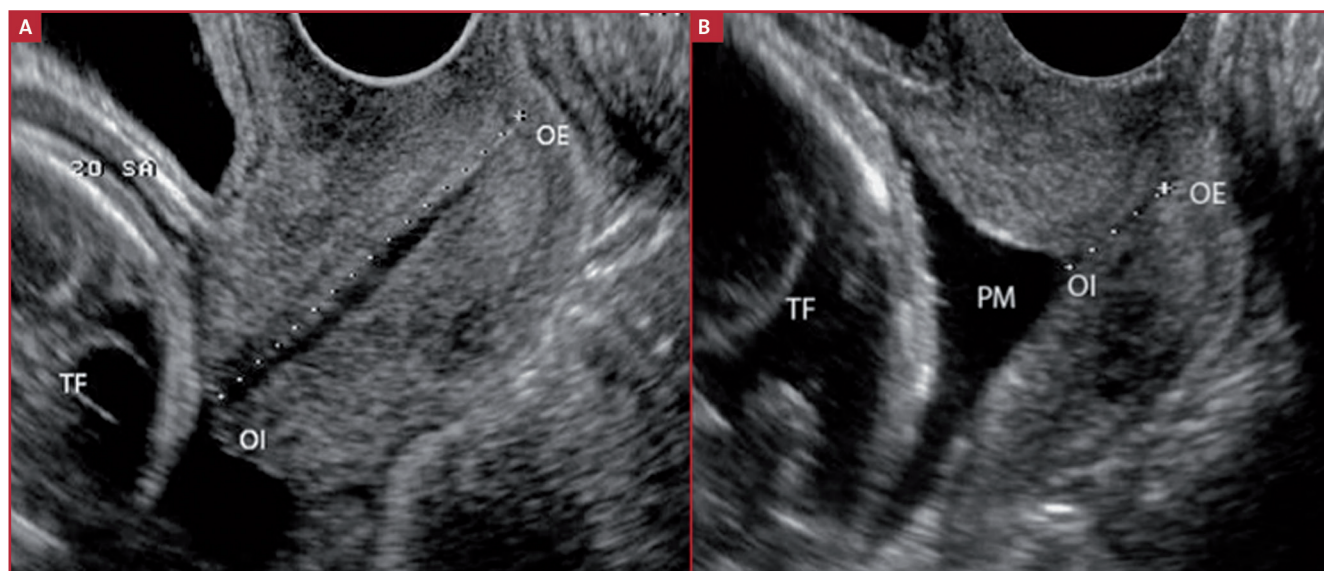


FIG. 1A : Col normal. B : Col court et protrusion des membranes. OE : orifice externe; OI : orifice interne; TF : tête fœtale; PM : protrusion des membranes.

2. Pertinence de l'évaluation clinique et échographique du col utérin

Nombreuses études souvent anciennes comparant la pertinence de l'examen clinique du col à celle de la mesure échographique de la longueur cervicale dans la prédiction de l'accouchement prématuré avant 35, 36 et 37 SA pour des parturientes se présentant pour une MAP à membranes intactes montraient une nette supériorité de l'examen échographique. Cependant, il a été rapporté récemment [1] que le score de Bishop prédisait aussi bien que la mesure échographique de la longueur cervicale un accouchement prématuré imminent, c'est-à-dire survenant dans les 48 heures à 7 jours suivant une consultation pour une MAP à membranes intactes, comme le soulignaient les aires sous les courbes ROC qui ne différaient pas significativement entre les méthodes clinique et ultrasonique.

3. Les valeurs seuils discriminatives de la longueur échographique cervicale chez une femme présentant une MAP

Ces valeurs seuils sont variables selon les auteurs. Ainsi, dans une méta-analyse [3] pour des parturientes se présentant pour une MAP à membranes intactes, le rapport de vraisemblance positif d'un accouchement prématuré dans les 7 jours suivants serait de 5,71, 3,74 et 2,77 pour une longueur échographique cervicale de 15 mm, 20 mm et 25 mm, respectivement. Le rapport de vraisemblance négatif serait pour ces mêmes valeurs de longueur cervicale de 0,51, 0,33 et 0,33, respectivement. Cela signifie, selon cette étude, que pour une parturiente consultant

pour une MAP sans rupture des membranes, la probabilité d'accoucher dans les 7 jours qui suivent est multipliée par 5,71 si la mesure échographique du col est inférieure à 15 mm ou multipliée par 0,51 (divisée par 2) en cas de longueur supérieure ou égale à 15 mm.

D'autres auteurs [4] ont montré que la longueur cervicale mesurée par échographie endovaginale était un facteur prédictif important d'accouchement prématuré chez des patientes se présentant pour une MAP à membranes intactes. Ils ont considéré qu'un col court (longueur cervicale de moins de 15 mm) identifiait les patientes à risque imminent d'accouchement prématuré (celles qui ont accouché dans les 48 heures ou 7 jours après leur admission pour MAP) et qu'un col long (longueur cervicale de 30 mm ou plus) identifiait des patientes à bas risque d'accouchement prématuré ou imminent.

4. Doit-on réaliser une échographie endovaginale pour mesurer la longueur du col utérin avant d'envisager un transfert dans une maternité de niveau 3 [1-5]

Devant une parturiente consultant à moins de 32 SA pour MAP définie sur des critères cliniques, à savoir des contractions utérines régulières et douloureuses durant plus de 30 secondes à une fréquence de 4 ou plus par 30 min associées à des modifications cervicales, plusieurs situations peuvent se présenter : – la patiente présente des métrorragies et/ou une rupture spontanée des membranes et/ou un col dilaté à 3 cm ou plus ou effacé à 80 % ou plus et/ou un score de Bishop supérieur ou égal à 8 : le risque d'accouchement imminent est important

REPÈRES PRATIQUES

Obstétrique

imposant si les conditions le permettent que la patiente soit transférée en niveau 3 ;

- le col est long, fermé à l'orifice interne et/ou un score de Bishop < 4 et sans modification lors d'un examen ultérieur : le risque d'accouchement imminent est faible de sorte qu'il ne soit pas nécessaire que la patiente soit transférée en niveau 3.
- le col est mi-long (raccourcissement inférieur à 80 %) ouvert à l'orifice interne à 2 cm ou moins et/ou un score de Bishop entre 4 et 7 : la mesure échographique de la longueur cervicale s'impose ; une mesure inférieure à 20-30 mm indiquerait un transfert en niveau 3 tandis qu'une mesure à 30 mm ou plus éliminerait le risque d'accouchement imminent et conduit à une surveillance.

En conclusion, les méthodes d'évaluation clinique et échographique du col utérin doivent être considérées comme complémentaires.

Bibliographie

1. SCHMITZ T, KAYEM G, MAILLARD F *et al.* Selective use of sonographic cervical length measurement for predicting imminent preterm delivery in women with preterm labor and intact membranes. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2008;31:421-426.
2. KAYEM G, MAILLARD F, POPOWSKI T *et al.* Mesure de la longueur du col de l'utérus par voie endovaginale : technique et principales applications. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2010;39:267-275.
3. SOTIRIADIS A, PAPTAEODOROU S, KAVVADIAS A *et al.* Transvaginal cervical length measurement for prediction of preterm birth with threatened preterm labor : a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2010;35:54-64.
4. GOMEZ R, ROMERO R, MEDINA L *et al.* Cervicovaginal fibrinectin improves the prediction of preterm delivery based on sonographic cervical length in patients with preterm uterine contractions and intact membranes. *Am J Obstet Gynecol*, 2005;192:350-359.

POINTS FORTS

- ➞ Une patiente qui se présente à moins de 32 SA dans une maternité de niveau 1 ou 2 pour des contractions utérines associées à des métrorragies et/ou une rupture des membranes doit être transférée si les conditions le permettent dans une maternité de niveau 3.
- ➞ Connaître la technique de la mesure échographique de la longueur du col utérin.
- ➞ Une longueur échographique du col utérin de 30 mm ou plus chez une patiente se présentant pour une menace d'accouchement prématuré (MAP) à membranes intactes diminue considérablement le risque d'accouchement dans les 48 heures à 7 jours qui suivent.
- ➞ Les méthodes d'évaluation clinique et échographique du col utérin doivent être considérées comme complémentaires.

5. NESS A. Prevention of preterm birth based on short cervix : symptomatic women with preterm labor or premature prelabor rupture of membranes. *Semin Perinatol*, 2009;33:343-351.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.