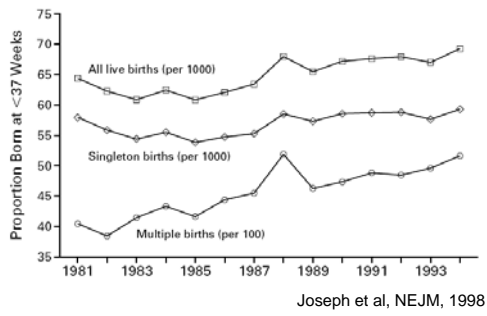


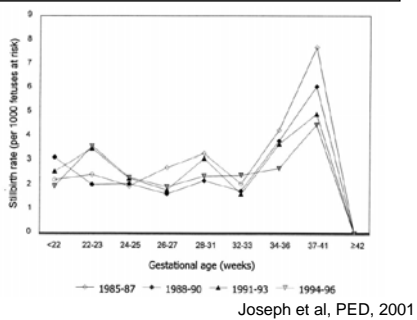
**Trop tôt pour venir au monde:
Pouvons-nous retarder l'inévitable?**

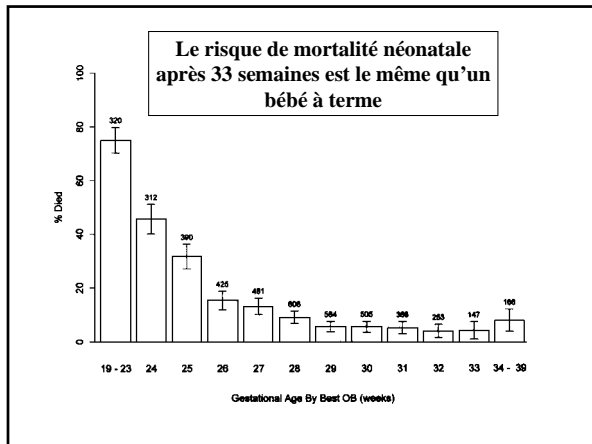
**Robert Gagnon
UWO, London, ON**

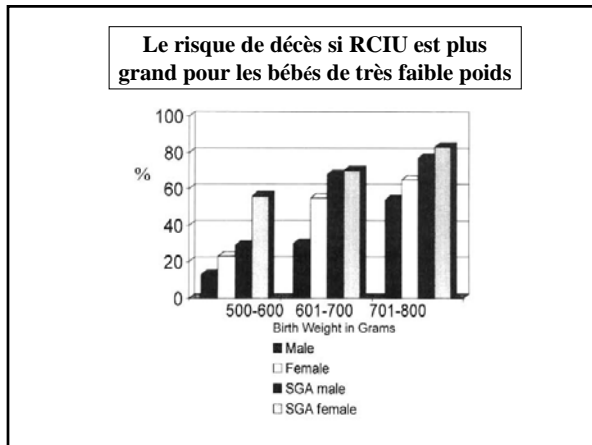
**L'incidence d'accouchement prématuré
continue d'augmenter au Canada re: multiples**



**Plus de prématurés chez les jumeaux mais
20% moins de mort-nés!!**







**Chaque semaine compte!!
Surtout de 25 à 29 semaines**

TABLE 33-1. Predicted Survival by Gestational Age and Weekly Improvement in Neonatal Survival

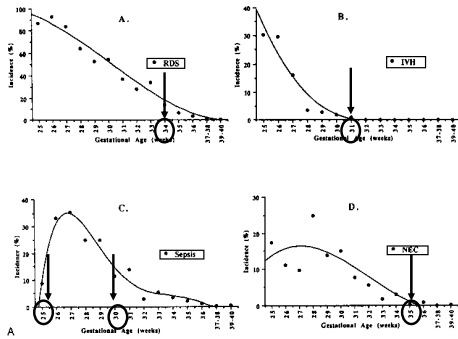
GESTATIONAL AGE (Weeks)	SURVIVAL BY GESTATIONAL AGE (%)	WEEKLY IMPROVEMENT IN SURVIVAL (%)
22	0.0	0.0
23	1.8	1.8
24	9.9	8.1
25	15.5	5.6
26	54.7	39.2
27	67.0	12.3
28	77.4	10.4
29	85.2	7.8
30	90.6	5.4
31	94.2	3.6
32	96.5	2.3
33	97.9	1.4

Adapted from Cooper RL, Goldenberg RL, Creasy RK, et al: A multicenter study of preterm birth weight and gestational age specific mortality. Am J

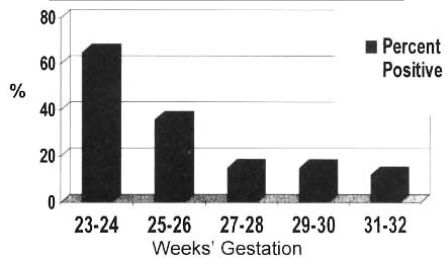
Résumé sur l'épidémiologie du travail prématuré

- L'incidence du travail prématuré continue d'augmenter re:multiples
- La survie après 33 semaines est équivalente au bébé né à terme
- RCIU augmente le risque
- La plus grande amélioration de survie (+60%) est entre 26 et 29 semaines

Morbidité and TP



Infection et TP Chorioamniotite est plus fréquente avec TP au deuxième trimestre (23-26 sem)



Sommaire: morbidité and TP

- Septicémie néonatale la plus fréquente entre 25-28 semaines correspondant au pic de l'incidence de chorioamniotite
- HIV est rare après 31 semaines
- Morbidité due to SDR minime après 34 semaines
- Séquelles neurologiques pour 50% des survivants de moins de 1500 gm!!!

Le Travail, une question d'équilibre

Quiescence Utérine

Facteurs Fœtaux
Facteurs Maternels
Facteurs Placentaires

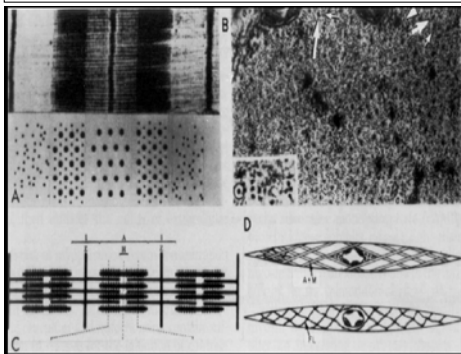
Maturation des organes fœtaux



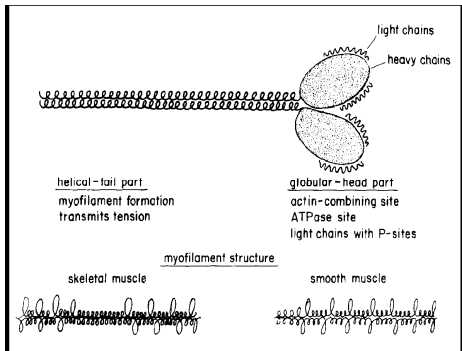
Activation Utérine



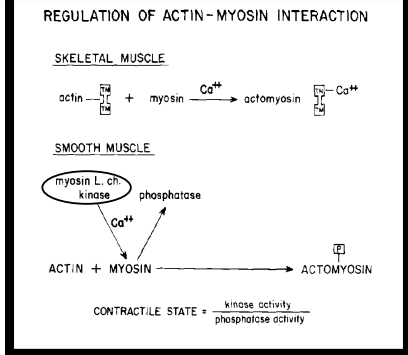
Squelettique vs. Lisse



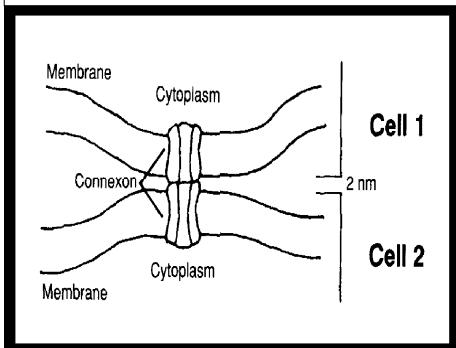
Le muscle utérin génère une contraction plus puissante mais moins fréquente



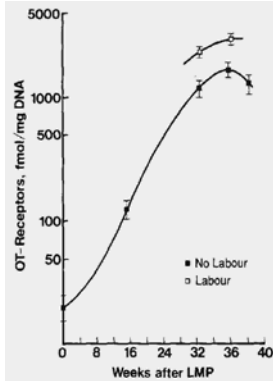
L'augmentation de l'activité de l'enzyme MLCK est responsable de la relaxation utérine



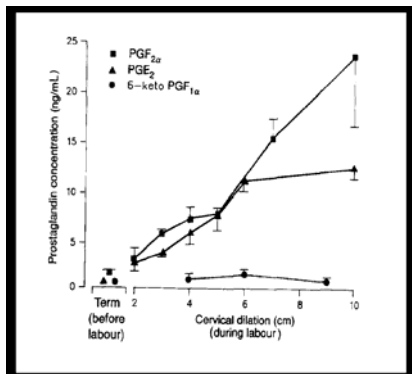
L'étirement de l'utérus et les œstrogènes sont responsables de l'augmentation des jonctions intercellulaires



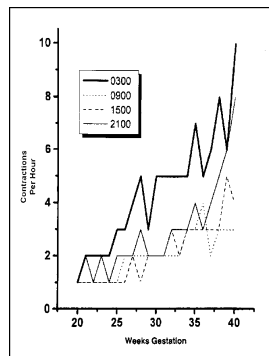
L'augmentation des récepteurs de l'ocytocine



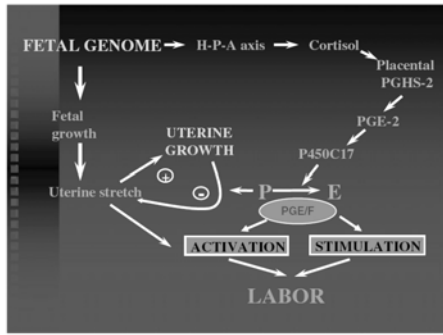
L'augmentation des prostaglandines durant le travail



Le rythme circadien des contractions utérines cause beaucoup de « faux travail prématuré » la nuit



Le rôle crucial du fœtus dans l'initiation du travail

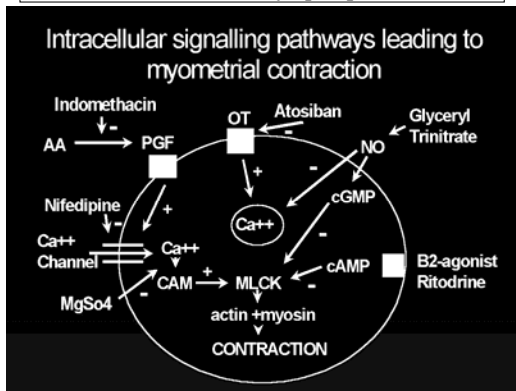


Sommaire

- TP est responsable de 70% des mortalités périnatales
- RCIU augmente le risque de mortalité, morbidité et TP
- Facteurs de risque: antécédent de TP, infection (PPROM), RCIU, stress maternel, étirement excessif de l'utérus
- Activation prématurée des mécanismes normaux de préparation au travail: raccourcissement du col, augmentation de l'activité utérine
- Hormones: Cx43,46; E2/P; Ocytocine et récepteurs; PGs; stéroïdes fœtaux

↑

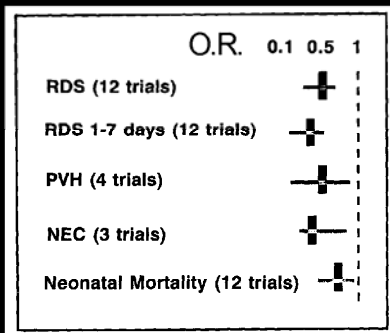
L'utilisation des tocolytiques pour le TP



Tocolytiques dans le traitement du TP

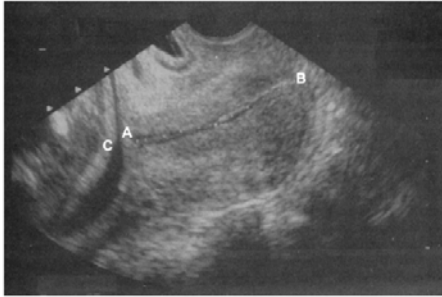
- Le sulfate de magnésie est le plus utilisé malgré son manque d'efficacité
- La nitroglycérine peut être utile mais les effets secondaires ne sont pas négligeables
- Les B2-agonistes ont été abandonnés au Canada
- L'atosiban n'est pas approuvé
- L'indométacine a des effets secondaires sur le fœtus: canal artériel et oligohydramnios
- La nifédipine peut diminuer le flot sanguin utéroplacentaire

L'administration de glucocorticoïdes anténatale réduit la morbidité et la mortalité néonatale

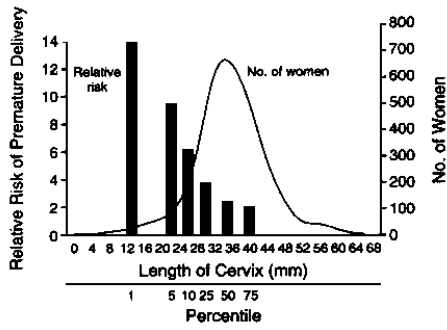


La prévention du travail prématuré-Nouvelles tendances

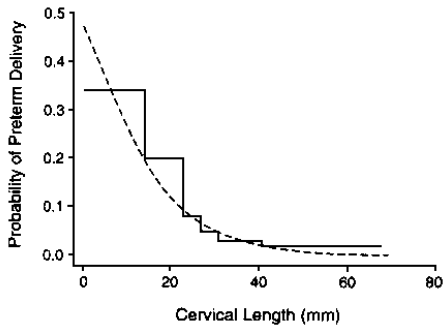
La mesure de la longueur du col utérin identifie une population à risque élevé

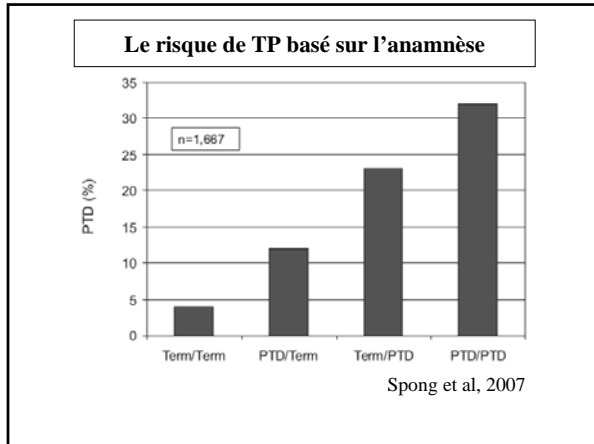


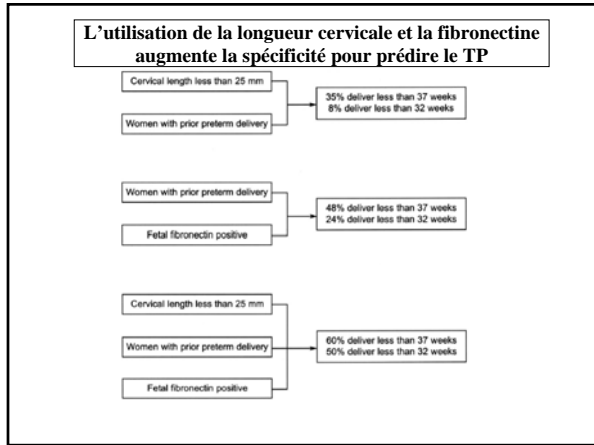
La mesure de la longueur du col utérin identifie une population à risque élevé

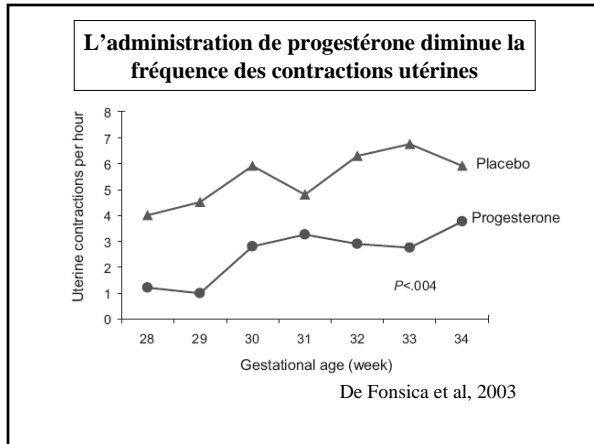


La mesure de la longueur du col utérin identifie une population à risque élevé









L'administration de progestérone diminue l'incidence du TP

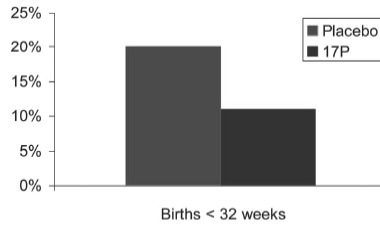


Fig. 2. Percentages of births at less than 32 weeks of gestation in the treatment (17P) and placebo groups.
Meis. 17 Hydroxy Progesterone. Obstet Gynecol 2005.

L'administration de progestérone diminue la morbidité néonatale

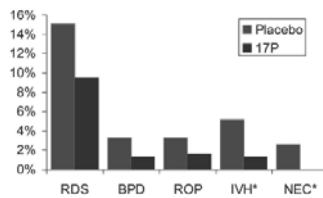


Fig. 3. Rates of respiratory distress syndrome (RDS), bronchopulmonary dysplasia (BPD), retinopathy of prematurity (ROP), intraventricular hemorrhage (IVH), and necrotizing enterocolitis (NEC) in the treatment (17P) and placebo groups. * $P < .05$.
Meis. 17 Hydroxy Progesterone. Obstet Gynecol 2005.

L'utilisation de progestérone pour la prévention du TP

- **Chez les patientes dont l'anamnèse indique un antécédent de TPS**
 - L'administration de 17a OH progestérone 250 mg im une fois par semaine commençant entre 16-20 semaines devrait être discutée avec la patiente
- **Chez les patientes avec un col utérin court**
 - L'administration de progestérone intra vaginale de 100 mg (col <28 mm) ou 200 mg (col <15 mm) diminue le risque de TPS d'environ 50%
- **L'utilisation de la fibronectine n'est pas recommandé comme méthode de dépistage de TP chez les patientes asymptomatiques**

Merci de votre attention