



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **MESURE DE LA LONGUEUR DU CANAL CERVICAL DU COL DE L'UTERUS PAR ECHOGRAPHIE PAR VOIE VAGINALE**

Intérêt dans la prévision de l'accouchement prématuré spontané

### **AVIS SUR LES ACTES**

Classement CCAM : 09.01.02 – code : JQQJ037

**Juillet 2010**

**Service évaluation des actes professionnels**

Ce document est téléchargeable sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

**Haute Autorité de Santé**  
Service communication  
2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX  
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en **Juillet 2010**.

© Haute Autorité de Santé –**2010**.

## ÉQUIPE

---

Ce document a été réalisé par M. le D<sup>r</sup> Olivier ALLAIRE, docteur en chirurgie dentaire, chef de projet au Service évaluation des actes professionnels.

Le travail de secrétariat a été réalisé par M. Félix MULLER et M<sup>lle</sup> Stéphanie BANKOUSSOU.

-----  
Pour tout contact au sujet de ce document :

Tél. : 01 55 93 71 12

Fax : 01 55 93 74 35

Courriel : [contact.seap@has-sante.fr](mailto:contact.seap@has-sante.fr)

Service évaluation des actes professionnels :  
Chef de service, M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Sun Hae Lee-Robin ;  
Adjoint au chef de service, M. le D<sup>r</sup> Denis Jean David, docteur ès sciences.

---

## **TABLE DES MATIERES**

---

<b>L'EQUIPE .....</b>	<b>3</b>
<b>PREAMBULE .....</b>	<b>5</b>
<b>TEXTE COURT DU RAPPORT D'EVALUATION : « MESURE DE LONGUEUR DU CANAL CERVICAL DU COL DE L'UTERUS PAR ECHOGRAPHIE, PAR VOIE VAGINALE – INTERET DANS LA PREVISION DE L'ACCOUCHEMENT PREMATURE SPONTANE » .....</b>	<b>6</b>
<b>AVIS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE .....</b>	<b>16</b>

## **PREAMBULE**

---

Dans le cadre de ses missions, la Haute Autorité de Santé (HAS) évalue le service attendu (SA) des actes professionnels puis, rend un avis quant à leur inscription, à la modification de leur condition d'inscription ou à leur radiation de la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale (CSS), c'est-à-dire la liste des actes pris en charge par l'Assurance maladie. L'avis de la HAS est notamment transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) qui prend la décision d'inscrire, de modifier les conditions d'inscription ou de radier les actes.

Ce document contient l'avis de la HAS relatif aux indications de la mesure de longueur du canal cervical du col de l'utérus par échographie, par voie vaginale.

Cet avis s'appuie sur l'argumentaire et les conclusions du rapport d'évaluation technologique « Mesure de longueur du canal cervical du col de l'utérus par échographie, par voie vaginale – Intérêt dans la prévision de l'accouchement prématuré spontané » (mai 2010) de la HAS, dont le texte court figure ci-après. Ce rapport est disponible sur le site de la HAS.

## **TEXTE COURT DU RAPPORT D'ÉVALUATION : « MESURE DE LONGUEUR DU CANAL CERVICAL DU COL DE L'UTERUS PAR ECHOGRAPHIE, PAR VOIE VAGINALE – INTERET DANS LA PREVISION DE L'ACCOUCHEMENT PREMATURE SPONTANE »**

---

### **INTRODUCTION**

L'accouchement prématuré est une cause importante de morbidité et de mortalité périnatale. La détermination du risque de survenue de l'accouchement prématuré constitue un enjeu important en obstétrique. Plusieurs méthodes ont été proposées pour essayer de prévoir la survenue de l'accouchement prématuré. Parmi celles-ci, figure la mesure de la longueur du canal cervical du col de l'utérus par échographie endovaginale. Cet acte semble être largement réalisé d'après les bases de données de l'Assurance maladie, à l'origine de la demande d'évaluation.

Le potentiel de l'acte à discriminer les patientes, qui vont accoucher prématurément de celles qui accoucheront à terme, répond à un double objectif : permettre la mise en place précoce d'un traitement préventif efficace, et éviter des traitements et des hospitalisations intempestives, générateurs d'effets indésirables et de dépenses inutiles.

Ce rapport répond à une demande de la CNAMTS de mai 2009, et poursuit l'objectif de déterminer la capacité de l'acte à prévoir la survenue d'un accouchement prématuré spontané (APS).

### **CONTEXTE**

#### **– Acte à évaluer**

##### **▪ Généralités**

L'acte évalué dans ce rapport est la mesure de la longueur du canal cervical du col de l'utérus, par échographie, par voie vaginale. Cet acte est réalisé selon une technique standardisée. Il est inscrit à la classification commune des actes médicaux pris en charge par l'Assurance maladie. Les bases de données de l'Assurance maladie montrent que le recours à cet acte est fréquent.

##### **▪ Intérêt potentiel de l'acte**

Il a été démontré une relation inverse entre la longueur du col et la fréquence de l'APS.

La mesure de la longueur du col, par échographie vaginale, a donc été proposée comme outil pour prévoir la survenue d'un APS, où une longueur inférieure à un seuil préalablement fixé serait prédictive de l'APS.

L'intérêt de l'acte dépend :

- De ses performances à prévoir l'APS ;
- Du rapport bénéfice/risque des mesures visant à prévenir l'APS, ou du rapport bénéfice/risque des mesures permettant de préparer le nouveau-né à sa prématurité.

Seules les performances de l'acte à prévoir l'APS sont étudiées dans ce rapport.

##### **▪ Techniques alternatives**

Le toucher vaginal permet de mettre en évidence les modifications du col utérin. Il fournit des renseignements cliniques servant de base à l'élaboration du score de

Bishop. Le score de Bishop permet d'apprécier l'imminence de l'accouchement. Plus le score est élevé, plus l'accouchement est proche.

La présence de fibronectine foétale, normalement absente des sécrétions vaginales entre la 2<sup>e</sup> et la 37<sup>e</sup> semaine, est augmentée à l'approche de l'accouchement prématuré.

▪ **Recommandations**

Des recommandations françaises, sur la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré et sur la prise en charge des grossesses gémellaires, ont été réalisées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Le recours à la mesure de la longueur du col de l'utérus par échographie, par voie vaginale, est recommandé pour les menaces d'accouchement prématuré et pour les grossesses gémellaires monochoriales.

Il existe également de nombreuses recommandations étrangères sur la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré et sur l'évaluation ultrasonore de la longueur du col dans la prévision de l'APS. En dehors des indications en cas de menace d'accouchement prématuré, ces recommandations sont parfois discordantes.

– **Accouchement prématuré**

▪ **Définition**

L'accouchement prématuré désigne toute naissance survenue avant la 37<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée révolue, soit 259 jours d'aménorrhée. Il peut être spontané ou induit, et représente 7,2 % des naissances.

▪ **Morbidité et mortalité du prématuré**

La prématurité est un facteur essentiel de mortalité et de morbidité périnatales. La mortalité et la morbidité néonatales sont étroitement liées à l'âge gestationnel, à la naissance, et augmentent avec la précocité de l'accouchement. La prématurité est responsable de 70 % des morts néonatales et d'une morbidité néonatale importante, notamment avec possibilité de séquelles psychomotrices, visuelles et respiratoires.

▪ **Étiologies**

Les anomalies utérines, placentaires et les infections urinaires, génitales ou intra-amniotiques sont les étiologies principales de l'APS.

▪ **Facteurs de risques**

Les facteurs de risque d'APS sont liés à :

- des critères socio-économiques (âge maternel, tabac, alcool, niveau socio-économique, etc.) ;
- des antécédents gynécologiques et obstétricaux (malformations utérines, chirurgie du col, antécédents d'APS ou de fausses couches tardives, etc.) ;
- la grossesse elle-même (grossesse multiple, bécance cervicale, hématomes placentaires, troubles hémorragiques, pathologie maternelle, etc.).

– **Population concernée par l'acte évalué**

Toutes les femmes enceintes ne présentent pas le même risque d'accoucher prématurément, et les prises en charges visant à prévenir la survenue d'un APS sont différentes selon les tableaux cliniques.

C'est pourquoi, les performances de l'acte ont été évaluées dans quatre situations cliniques où les mesures proposées pour éviter l'APS sont différentes :

– **Femme symptomatique, c'est-à-dire présentant des signes de menace d'accouchement prématuré**

La menace d'accouchement prématuré est une pathologie associant des modifications cervicales et des contractions utérines, régulières et douloureuses, survenant entre 22 et 36 semaines d'aménorrhée + 6 jours, pouvant évoluer spontanément vers l'accouchement en l'absence de traitement.

En 1998, 20 % des femmes enceintes ont été hospitalisées au cours de leur grossesse, et 38 % l'ont été pour cause de MAP. En France, avec 800 000 naissances par an, l'incidence de la MAP est estimée à 60 000. De plus, il est à noter que la prévalence des APS chez ces patientes est très variable selon les études (20 à 40 %).

En 2003, le taux de prématurité est de 7,2 %, dont 75 % de prématurité spontanée. Le nombre d'APS peut être estimé à 43 000 cas par an. Si l'on considère que ces APS sont presque toujours précédés de MAP, et que 20 à 40 % des femmes hospitalisées pour MAP accouchent prématurément, l'incidence de la MAP est estimée entre 107 500 et 215 000.

Au total, l'incidence de la MAP peut être estimée entre 60 000 et 215 000 patientes/an.

Le traitement de la menace d'accouchement prématuré vise dans un premier temps à réduire les contractions utérines. Il s'appuie sur le repos et la tocolyse. Dans un second temps, une corticothérapie maternelle est réalisée pour permettre à la maturation pulmonaire fœtale d'avoir lieu avant l'accouchement.

En cas de menace d'accouchement prématuré, il est important de savoir si l'accouchement est imminent ou non. Les traitements ne sont pas anodins. Les tests, permettant de prendre la décision de traiter, doivent être efficaces pour éviter des traitements donnés inutilement ou au contraire s'abstenir à tort de traiter.

▪ ***Femme asymptomatique, mais présentant un facteur de risque identifié d'APS***

Il s'agit de patientes indemnes de contractions pour lesquelles les antécédents gynécologiques ou obstétricaux représentent un facteur de risque d'accoucher prématurément. Il s'agit de patientes ayant des malformations utérines ou des antécédents de fausses couches tardives, d'APS ou de chirurgie du col.

Outre le repos et l'administration de progestérone, un cerclage prophylactique peut être réalisé. Toutefois, le recours au cerclage n'est pas une pratique consensuelle.

▪ ***Femme asymptomatique sans facteur de risque identifié d'APS***

Il s'agit de grossesses unifœtales de patientes indemnes de contractions, et qui ne présentent pas d'antécédent d'accouchement prématuré ni de chirurgie du col, ni de malformation utérine.

Dans cette population, la prévention de l'APS repose sur la surveillance mensuelle par les examens cliniques habituels, éventuellement l'adaptation du poste de travail et des trajets, la recherche et le traitement d'infection locale.

▪ ***Grossesse gémellaire asymptomatique***

Cette population concerne toutes les grossesses gémellaires, sans distinction de leurs antécédents obstétricaux ou gynécologiques. En France, entre 1995 et 1998, 43,7 % des jumeaux nés vivants naissaient avant 36 semaines.

De récentes recommandations du Collège national des gynécologues et obstétriciens français, sur la prévention de la prématurité dans les grossesses gémellaires, précisent que le repos au lit, l'administration de tocolytique par voie orale, l'administration de progestérone et le cerclage prophylactique ne sont pas



recommandés chez les patientes asymptomatiques enceintes de jumeaux. Les recommandations précisent que les moyens de prévention de l'APS, en cas de grossesse gémellaire asymptomatique, sont très limités.

– **Enjeux**

La mesure de la longueur du col permettrait d'identifier les femmes à risque d'APS, et donc, d'initier des traitements de manière pertinente et d'éviter des traitements administrés, à tort, à des patientes qui n'accoucheront pas prématurément.

Du point de vue de la santé publique, on espère réduire le nombre d'APS, la morbi-mortalité néonatale et les hospitalisations inutiles, et ainsi, permettre une bonne utilisation des ressources et des moyens.

Les pratiques en matière de prévision de l'APS, par la mesure de la longueur du col de l'utérus par voie endovaginale, sont hétérogènes. Cette évaluation pourrait harmoniser les pratiques des professionnels.

## **MÉTHODE D'ÉVALUATION**

– **Recherche documentaire**

▪ ***Méthode***

La recherche bibliographique a été menée en interrogeant les bases de données automatisées, les sites d'évaluation en santé et les sites des sociétés savantes. Elle a été réalisée de 01/1999 à 06/2009. Une veille a été réalisée jusqu'en 02/2010.

▪ ***Résultats***

Nombre références identifiées : 431 ;  
Nombres de références analysées : 272 ;  
Nombre de références retenues : 68.

– **Sélection des documents identifiés**

▪ ***Critères généraux de sélection***

Les études devaient présenter des résultats comparés à la référence : l'APS. Le comparateur étant l'événement lui-même, l'APS est la référence idéale.

Pour pouvoir calculer les performances diagnostiques, les études devaient permettre la réalisation de tableau de contingence selon le modèle suivant :

En deçà d'un seuil de longueur choisi, le test est jugé positif (vrais et faux positifs) et au dessus il est jugé négatif (vrais et faux négatifs). Ces résultats sont ensuite comparés à la survenue de l'accouchement, prématurément ou à terme, pour identifier les vrais positifs des faux positifs et les vrais négatifs des faux négatifs.

Les données relatives à l'âge gestationnel de la mesure, à la définition du seuil de prématurité et à la définition du seuil de longueur de col sont des données qui influencent les résultats. Les études devaient donc également présenter ces données.

Les critères d'inclusion et d'exclusion des populations des études devaient être clairs, et permettre de distinguer les populations étudiées.

Les études rétrospectives ont été exclues de la sélection.

▪ ***Critères de sélection propre à chaque population ?***

Pour les patientes symptomatiques, le critère de sélection était l'accouchement dans les 48 heures et/ou les 7 jours qui suivaient l'admission.

Pour les patientes asymptomatiques avec facteur de risque identifié, seules les études s'attachant aux risques basés sur les antécédents obstétricaux et gynécologiques ont été retenues.

Pour les patientes asymptomatiques sans facteur de risque identifié, seules les études, incluant des patientes sans antécédents gynécologiques et obstétricaux, ont été retenues.

Enfin, pour les grossesses gémellaires, seules les études, réalisées sur les grossesses gémellaires asymptomatiques, ont été retenues.

– **Analyse des documents sélectionnés**

Les résultats ont été exprimés en valeurs de sensibilité (Se), spécificité (Spe), valeur prédictive positive (VPP) ou négative (VPN) et de rapports de vraisemblance positifs (RV+) ou négatifs (RV-).

– **Groupe de travail**

Un groupe de travail a été constitué avec des représentants des disciplines suivantes : gynécologie-obstétrique, sage-femme, radiologie et néonatalogie. Le groupe de travail s'est réuni, et s'est exprimé sur l'analyse de la littérature et sur l'intérêt de la mesure de la longueur du col par échographie, par voie vaginale, dans les quatre populations étudiées.

## **RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION**

– **Performance dans la prévision de l'APS chez des patientes symptomatiques**

▪ ***Présentation des études***

La recherche bibliographique a permis d'identifier 13 études qui totalisaient 2 279 patientes, et une méta-analyse qui comptait 2 114 patientes. Deux études retrouvées ne figuraient pas dans la méta-analyse, 1 sans raison identifiée, 1 a été publiée après la méta-analyse.

Toutes ces études ont été réalisées selon des schémas similaires, en termes de critères de sélection, mode de mesure et expression des résultats. Parmi ces treize études, seule deux études présentaient des résultats comparés au toucher vaginal (score de Bishop). Parmi ces deux études, une seule présentait des résultats interprétables.

▪ ***Résultats***

Dans la méta-analyse, pour un accouchement dans les 48 heures et pour une longueur de col à 25 mm, le rapport de vraisemblance positif était égal à 2,09 (résultat sur 2 études) Pour un accouchement dans les 7 jours, les rapports de vraisemblance positifs étaient égaux à 5,7 pour une longueur de col de 15 mm (6 études), 3,74 pour 20 mm (4 études) et 2,77 pour 25 mm (4 études). Les valeurs de sensibilités étaient comprises entre 60 et 93 %

Les performances de l'échographie du col étaient comparables à celles du score de Bishop (une étude).

*Au total, les données montraient que la mesure de longueur de col était un bon examen pour prédire l'APS dans un délai de 7 jours, mais aucune donnée ne permettait de dire s'il s'agissait d'un bon examen pour prévoir un accouchement dans les 48 heures.*

▪ ***Position du groupe de travail***

La mesure de la longueur du col par échographie endovaginale facilite l'identification des femmes à risque d'accouchement prématuré, et facilite ainsi la sélection de celles qui pourraient bénéficier d'une prise en charge spécifique.

Le seuil recommandé par le groupe de travail est de 25 mm. Toutefois, ce seuil :

- peut varier selon que l'on souhaite privilégier une sensibilité ou une spécificité élevée ;
- peut être modulé en fonction de l'âge gestationnel auquel la mesure est effectuée ou être directement exprimée sous forme de Z score ou de percentile pour le terme.

La mesure ne présente plus d'intérêt après 34 SA.

La mesure n'a pas besoin d'être répétée à distance de l'épisode aigu et en l'absence de nouveaux symptômes.

– **Performance dans la prévision de l'APS chez des patientes asymptomatiques avec facteur de risque identifié d'APS**

▪ **Présentation des études**

La recherche bibliographique a permis d'identifier 8 études qui totalisaient 1 796 patientes. Les critères d'inclusion de chacune des études désignaient des populations à risque accru d'accouchement prématuré. Les risques étudiés n'étaient pas toujours les mêmes.

Les âges de mesure, la définition du seuil de prématurité et les définitions des seuils de longueur n'étaient pas rigoureusement homogènes d'une étude à l'autre.

▪ **Résultats**

Les résultats ont été analysés pour des seuils de longueurs de col communs entre les études, puis regroupés selon la définition du seuil de prématurité.

- Seuil de longueur de col défini à 20 mm  
Des sensibilités très variables (10 à 83 %) étaient constatées selon les études. Les rapports de vraisemblance positifs étaient toujours supérieurs à 5.
- Seuil de longueur de col défini à 25 mm  
Il était constaté des sensibilités variables d'une étude à l'autre (19 à 83 %), et un rapport de vraisemblance positif généralement compris entre 2 et 8.
- Seuil de longueur de col défini à 30 mm  
Deux études montraient des valeurs de sensibilité inférieures à 40 %, et des rapports de vraisemblance positifs supérieurs à 2 et inférieurs à 5.

*Au total, ces données retrouvaient l'association entre la longueur de col et l'APS. Les rapports de vraisemblance positifs étaient d'autant plus élevés que les seuils étaient bas. L'examen était informatif à des seuils de longueur bas. Toutefois, les valeurs de sensibilité pour des seuils de longueur de col bas montraient qu'il a été difficile d'identifier avec certitude les femmes qui ont accouché prématurément (nombreux faux négatifs).*

▪ **Position du groupe de travail**

Un col court est associé à une augmentation du risque d'accouchement prématuré.

La mesure de la longueur du col par échographie endovaginale, éventuellement répétée, peut aider à la sélection des patientes qui pourraient bénéficier d'une prise en charge spécifique.

Le seuil recommandé par le groupe de travail est de 25 mm. Toutefois, ce seuil :

- peut varier selon que l'on souhaite privilégier une sensibilité ou une spécificité élevée ;
- peut être modulé en fonction de l'âge gestationnel auquel la mesure est effectuée ou être directement exprimée sous forme de Z score ou de percentile pour le terme.

La mesure ne présente plus d'intérêt après 34 SA.

– **Performance dans la prévision de l'APS chez des patientes asymptomatiques sans facteur de risque identifié d'APS**

▪ ***Présentation des études***

La recherche bibliographique a permis d'identifier 5 études qui totalisaient plus de 3 343 patientes.

L'existence de facteurs d'hétérogénéité susceptibles d'influencer l'interprétation des résultats était constatée entre les études. Ces facteurs étaient le mode de sélection des patientes, l'âge gestationnel de la mesure, la définition de l'accouchement prématuré et les valeurs seuil de longueur choisies.

▪ **Résultats**

Les valeurs de sensibilité étaient moyennes et hétérogènes : comprises entre 39 et 84 %, pour des valeurs de spécificité meilleures, comprises entre 78 et 98 %. Les rapports de vraisemblance positifs étaient compris entre 2,57 et 6,15.

De manière attendue, plus les seuils de longueurs étaient élevés, plus les valeurs de sensibilité étaient grandes. Les mesures effectuées ou commencées à des âges gestationnels plus précoces ont donné des résultats de sensibilité plus faibles que les mesures effectuées ou commencées à des âges gestationnels plus tardifs.

*Au total, les données de la littérature ont montrées que la mesure de la longueur du col dans une population de patientes sans facteur de risque identifié se traduisait par un gain diagnostique (rapports de vraisemblance positifs supérieurs à 2,5). Toutefois, une sensibilité plutôt faible, même à des seuils supérieurs à 30 mm, montrait un nombre important de faux négatifs. Cet examen n'a donc pas permis pas d'identifier de manière fiable les patientes qui ont accouché prématurément.*

▪ **Position du groupe de travail**

Un col court est associé à une augmentation du risque d'accouchement prématuré.

Cependant, la faible prévalence de la prématurité, la faible VPP de l'examen dans cette population de patiente sans facteur de risque identifié incitent le groupe de travail à ne pas recommander la mesure systématique de la longueur cervicale en l'état actuel des connaissances et en dehors de protocole de recherche.

– **Performance dans la prévision de l'APS pour des grossesses gémellaires**

▪ **Présentation des études**

La recherche bibliographique a permis d'identifier 6 études qui totalisaient 2 466 patientes.

Les âges de mesure, les seuils de longueur de col et les définitions des seuils de prématurité étudiés étaient variables. Les critères d'inclusion de chacune des études désignaient toutes des grossesses gémellaires asymptomatiques. Aucune des études n'a défini de critères d'exclusion basés sur les antécédents obstétricaux, et, par conséquent, chacune des études a exprimé ses résultats « tout risque confondu ».

▪ **Résultats**

Les résultats ont été analysés pour des seuils de longueurs de col communs entre les études, puis regroupés selon la définition du seuil de prématurité.

Des valeurs de sensibilités pour un seuil donné étaient très variables. Elles étaient plus élevées pour des seuils de longueur de col plus grands. Les performances étaient meilleures pour des seuils de prématurité proche de l'âge de la mesure.

Les valeurs de sensibilité trop différentes étaient difficilement exploitables, et probablement le reflet d'une grande hétérogénéité entre les études. Les rapports de vraisemblance positifs les plus favorables (valeurs et intervalle de confiance) étaient observés pour une longueur de col à 25 mm et pour un terme de grossesse situé à 33 ou 34 semaines.

*Au total, les données de la littérature montraient que la mesure de la longueur du col, en cas de grossesse gémellaire représentait un gain diagnostique dans la prévision de l'APS avant 35 semaines.*

▪ ***Position du groupe de travail***

Le groupe de travail adhère aux recommandations du Collège national des gynécologues et obstétriciens français sur la prise en charge des grossesses gémellaires de décembre 2009 qui précisent que « cet examen permet, avec une valeur prédictive négative de plus de 90 %, de lever un risque de prématurité mécanique pour les quatre semaines qui suivent l'examen. À ce titre, il peut permettre d'alléger utilement et considérablement la surveillance médicale d'une grossesse gémellaire. Cependant, la constatation d'un col court à l'échographie peut être source d'attitudes potentiellement iatrogènes puisque la valeur prédictive positive de cet examen est deux fois moins importante que sa VPN ». Toutefois, en cas de grossesses gémellaires monochoriales, le terme optimal d'accouchement est inférieur au terme d'accouchement d'une grossesse bichoriale. Ainsi, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français recommande la surveillance mensuelle du col par échographie endovaginale.

## CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

### Conclusions :

Les données de la littérature montrent qu'il existe une association entre la longueur de col et l'APS où un col très court sera prédictif de l'APS et, *a contrario*, un col très long sera prédictif d'un accouchement à terme.

Entre ces valeurs extrêmes, se situe une zone d'incertitude dans laquelle les performances diagnostiques de la mesure de la longueur du col, dépendantes des seuils de longueur de col choisis, sont insuffisantes pour prévoir, de manière fiable et à elles seules, la survenue d'un APS.

Les données de la littérature montrent également que la présence d'un col court rend la survenue d'un APS plus probable à des degrés divers selon les populations étudiées et selon les seuils de longueur de col choisis. Ainsi, si la mesure de la longueur du col ne permet pas de prévoir la naissance prématurée, elle permet d'en apprécier un niveau de risque.

Toutefois, en raison de l'incertitude qu'il subsiste quant à la survenue d'une naissance prématurée après la mesure de la longueur du col, l'intérêt de cette mesure dépendra du rapport bénéfice/risque des mesures visant à empêcher l'APS. Ces mesures n'ont pas fait l'objet d'une évaluation dans ce rapport.

Ainsi, après l'analyse des performances diagnostiques de la mesure de la longueur du col de l'utérus et après consultation des experts, la HAS estime que :

- La mesure de la longueur du col de l'utérus par échographie endovaginale, chez des patientes symptomatiques, présente un intérêt pour aider à la sélection des patientes qui pourraient bénéficier d'une prise en charge spécifique.

La mesure n'a pas besoin d'être répétée à distance de l'épisode aigu et en l'absence de nouveaux symptômes.

- La mesure de la longueur du col de l'utérus par échographie endovaginale, chez des patientes asymptomatiques qui présentent des facteurs de risque identifiés, a un intérêt sous réserve de l'efficacité des mesures permettant d'empêcher la survenue de l'APS.

La mesure peut être bimensuelle de la 12<sup>e</sup> à la 24<sup>e</sup> semaine.

- La mesure de la longueur du col de l'utérus par échographie endovaginale n'a pas d'intérêt chez des patientes asymptomatiques qui ne présentent pas de risque identifié d'APS.
- La mesure de la longueur du col de l'utérus par échographie endovaginale n'a pas d'intérêt en cas de grossesses gémellaires, en dehors de grossesse gémellaires monochoriales. (Recommandations professionnelles).
- La mesure de la longueur du col de l'utérus par échographie endovaginale ne présente plus d'intérêt au-delà de la 34<sup>e</sup> semaine.

### Perspectives :

La définition d'un seuil, en deçà duquel la décision thérapeutique est prise, est capitale. Afin d'améliorer l'acuité de prévision de l'APS, des études sont souhaitées pour mieux définir un seuil spécifique en fonction du terme pour chacune des populations concernées.

L'intérêt de la mesure dépend du rapport bénéfice/risque des traitements envisagés. Une évaluation des bénéfices et des risques de ces traitements est souhaitée.

## AVIS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

---

*Libellé transmis pour évaluation :*      *Mesure de la longueur du canal cervical du col de l'utérus par échographie, par voie vaginale.*

*Classement CCAM :* 09.01.02                      *Code :* JQQJ037.

*Date de l'avis :* 21 Juillet 2010.

### **Indications retenues :**

- Chez des patientes symptomatiques, la mesure de la longueur du col de l'utérus par échographie endovaginale peut être indiquée pour aider à la sélection des patientes qui pourraient bénéficier d'une prise en charge spécifique. Dans cette indication, la mesure n'a pas besoin d'être répétée à distance de l'épisode aigu et en l'absence de nouveaux symptômes.
- Chez des patientes asymptomatiques qui présentent des facteurs de risque identifiés (malformations utérines, antécédents d'APS, de fausses couches tardives ou de chirurgie du col), la mesure de la longueur du col de l'utérus par échographie endovaginale peut être indiquée, sous réserve de l'efficacité des mesures permettant d'empêcher la survenue de l'APS. Dans cette indication, la mesure peut être bimensuelle de la 12<sup>e</sup> à la 24<sup>e</sup> semaine.
- Grossesses gémellaires monochoriales

### **Indications non retenues :**

- Chez les patientes symptomatiques et chez les patientes asymptomatiques présentant des facteurs de risque identifiés, la mesure de la longueur du col de l'utérus n'est pas indiquée au-delà de la 34<sup>e</sup> semaine.
- Chez des patientes asymptomatiques qui ne présentent pas de facteur de risque identifié d'APS, la mesure de la longueur du col de l'utérus n'est pas indiquée.
- Grossesses gémellaires, à l'exclusion des grossesses gémellaires monochoriales.