

---

# Rupture Prématuration des Membranes

---

Lucie Bresson

Mars 2010

---

# Définition

Toute rupture des membranes avant le début du travail.

- A terme
  - Avant terme:
    - De 34 à 35+6 SA
    - De 24 à 33+6 SA
    - avant 24 SA.
-

---

## Avant 37 SA

- Fréquence: 5 à 10 % des grossesses
  - Responsable d'1/3 des naissances prématurées.
  - Mêmes facteurs de risques que ceux de la prématurité spontanée à membranes intactes.
-

## Facteurs de risque des RPM avant terme

Facteurs présentes avant la grossesse		Facteurs liés à la grossesse
Atcd obstétricaux	<b>Prématurité</b>	<b>Hémorragies</b>
	<b>RPM avant terme</b>	
	RPM à terme	<b>Béance cervicale</b>
<b>Anomalies cervicales</b>	Cerclage	<b>Infection</b> cervicovaginale
	Conisation	Chorioamniotite
	Exposition au dystilbène	<b>Grossesse multiple</b>
<b>Conditions sociales défavorables</b>	Femme seule, faibles revenus, niveau d'étude faible	<b>Ttt et prélèvements invasifs:</b> cerclage, amniocentèse, biopsie de trophoblaste
		<b>Tabac</b>

---

# Pronostic, Complications

- Néonatal:

- selon l'âge gestationnel au moment de la RPM,
- selon l'existence ou non d'un oligo-anamnios
- selon l'existence ou non d'une chorioamniotite.

Intérêt d'une rencontre avec les pédiatres  
informer les parents sur les risques  
encourus.

---

---

# CAT

- Selon l'âge gestationnel de survenue de la RPM
  - Ces recommandations sont valables pour les grossesses multiples et pour les présentations du siège.
-

---

# RPM après amniocentèse

- Plus fréquent si amnio précoce
  - Bon pronostic, rassurer les patientes: « colmatage », mécanisme physiopath différent.
  - Hospitalisation, une semaine, contrôle écoulement et en écho quantité de LA.
  - Suivi identique / autres RPM.
-

---

## < 24 SA, RPM du second trimestre

- 0,6 % des grossesses: rare
  - < 20 SA et en cas d'oligoamnios sévère: risque d'hypoplasie et de décès très importants et demande d'interruption médicale de grossesse est recevable.
  - 24 SA: limite choisie car correspond à un moment clé de la physiologie fœtale:
    - Viabilité: conditions de naissance doivent être optimisées
    - Développement pulmonaire: stade canaliculaire: pression positive intrabronchique nécessaire; donc pronostic lié à la quantité de liquide restant
-

---

# Grossesse multiple

- Plus fréquent
  - Plus précoce: prématurissime
  - Quasi toujours sur J1
-

---

# Diagnostic

- **Interrogatoire, examen clinique** au speculum: signe de Tarnier suffisent dans 90 % des cas.
  - **Test à la nitrazine, Amniocator** ®: bonne sensibilité, faible coût, simplicité d'utilisation. Après 17 SA.
  - **Echographie** peut aider: mesure quantité de liquide, recherche ologo anamnios (grande citerne < 2 cm).
  - **Actim Prom**®: IGFBP1, faussement négatif s'il n'y a pas eu d'écoulement depuis > 12 h. Laisser l'écouvillon en place dans le vagin 10 sec. Après 12 SA.
  - Autres tests: diamine oxydase,, fibronectine,...
-

---

# Clinique

- ❑ **TV augmente le risque infectieux** et réduit l'intervalle RPM/ accouchement: doit donc être évité dans tous les cas où la patiente ne présente pas des signes de début de travail.
  - ❑ **Rechercher signe clinique de chorioamniotite:** fièvre, tachycardie maternelle, utérus tendu, LA nauséabond, métrorragies, tachycardie foetale
  - ❑ **ECTF:** enregistrement cardio-tocographique foetal:
-

---

# Biologique

## Prélèvement vaginal bactériologique

- ❑ Numération Formule Sanguine: (hyperleucocytose ?)
  - ❑ CRP (augmentée?)
  - ❑ bilan préopératoire
  - ❑ Pas d'amniocentèse pour rechercher une chorioamniotite
  - ❑ Chez une patiente ayant un cerclage: Ablation a priori du cerclage et analyse bacterio du fil.
-

---

# CAT

- Echographique:
    - ❑ Quantité LA
    - ❑ Présentation
    - ❑ longueur du col, PFE
  
  - Hospitalisation
    - ❑ >1/2 patientes vont accoucher dans la semaine qui suit la rupture.
    - ❑ Hospitalisation à domicile possible pour les situations stables et sans critères de gravité.
    - ❑ Pas de données justifiant le repos strict au lit.
-

# Traitement

- Avant 24 SA (cf chapitre dédié)
  - Entre 24 et 33 SA+ 5j:
    - Antibiothérapie
    - Corticothérapie (NP1, systématique et immédiate)
    - Tocolyse
    - Tranfert in utero
    - (autres moyens: colle biologique, amnio-infusion)
  - Entre 34 et 36 SA: 2 attitudes possibles: déclenchement systématique ou expectative avec ATB prophylactique.
-

---

- Antibiothérapie:

- ❑ courte durée 5 à 7 j, systématique et immédiate,
  - ❑ diminue la morbidité infectieuse maternelle d'environ 50 % et néonatale (hémorragies intraventriculaires).
  - ❑ prolonge la grossesse ( au moins 48 H) (NP1)
  - ❑ Choix: cf MAP
-

---

## Tocolyse: discutée, jusqu'à 32, 34 SA?

- CU = 1ers signes de chorioamniotite
  - Tocolyse souvent employée par excès, a ses effets secondaires, tocolyse de longue durée est délétère (↑ risque infectieux)
  - Peu d'études sur l'intérêt de la tocolyse dans les RPM
  - Si oui: tocolyse de courte durée (48 H), le temps de faire la corticothérapie.
-

---

# Hospitalisation, Surveillance

- Quotidiennement:
  - Température et le pouls maternels, MAF et RCF
  - Une à deux fois par semaine: NF, CRP, PV



---

# A l'Accouchement

- Pas de CI à l'analgésie péridurale
  - Antibiothérapie per partum pour réduire le risque d'infection maternelle et foétale
  - Transmission aux pédiatres des données prénatales – en particulier bactériologiques – indispensable++
  - Indication ATB au néé:
    - Systématiquement avant 32 SA
    - si signe clinique néé, fièvre maternelle, tachycardie foétale, signe de souffrance perpartum, LA teinté, malodorant, présence de germe(s) ex direct du liquide gastrique, portage strepto B.
-

## Complications RPM < 26SA:

Complications Obstétricales, 9 études, 731 cas patientes

	%	Cas extrêmes
Chorioamniotite	39	24-77
Endométrite	10	1-17
Rétention placentaire	12	0-25
HRP / DPPNI	3	0-10
Procidence du cordon	2	0-7
Sepsis maternel	1	0-3
Mort in utero	15	5-27

## Complications RPM < 26SA:

Complications néonatales immédiates (8 études, 462 nnés)

	%	Cas extrêmes
Hypoplasie pulmonaire	6	0-27
Syndrome detresse respi	52	18-88
Infection	15	2-37
Bronchodysplasie pulmonaire	18	7-42
Ankylose	1.5	0-6
Enterocolite ulcéronecrosantes	6	2-11
HIV	24	2-32

## Complications RPM < 26SA:

### Complications Obstétricales

	%	Cas extrêmes
Chorioamniotite	39	24-77
Endométrite	10	1-17
Rétention placentaire	12	0-25
HRP / DPPNI	3	0-10
Procidence du cordon	2	0-7
Sepsis maternel	1	0-3
Mort in utero	15	5-27

---

# Triade oligoamnios

- Ankylose des membres par immobilisation prolongée: environ 1,5 % des nnés: flessum de coude, de genoux et de pieds, main en battoir, pied varus.
  - Faciès similaire au Sd de Potter: nez aplati, oreilles aplaties, basses implantées, menton fuyant.
  - RCIU
  - Hypoplasie pulmonaire: environ 6 % des nnés.
-

---

# Complications orthopédiques

- **Malposition bénignes fréquentes:** pieds varus, attitude asymétrique de l'axe (torticolis) et du bassin: kinésithérapie, remettre l'articulation en position fonctionnelle
  - **Potentiellement grave:** luxation de hanche et pieds bots, prise en charge spécialisée par orthopédiste pédiatrique
-

---

# Hypoplasie pulmonaire

- Risque varie selon
    - Terme de survenue de RPM. > 26 SA risque faible.
    - Sévérité oligoamnios: récupération intermittente ou permanente d'un volume de liquide normal améliore nettement le pronostic
    - Durée de RPM ne change pas le risque d'hypoplasie pulmonaire.
  - Diagnostic:
    - Mouvements respi non corrélés à la présence ou à l'absence d'une hypoplasie
    - Volume pulmonaire: mesure plus difficile si oligo-anamnios
    - Circonférence thoracique/ circonférence abdo
    - Doppler des artères pulmonaires
-

---

# Hypoplasie pulmonaire

- A la naissance: détresse respiratoire immédiate majeure
  - Évolution possible vers dysplasie bronchopulmonaire: maladie respiratoire chronique spécifiquement liée aux phénomènes inflammatoires pulmonaires.
  - Surtout si autre facteur de risque associé tel que immaturité pulmonaire, oxygénothérapie, ventilation mécanique.
-

---

## RPM à terme

- Bénéfice au déclenchement systématique du travail par rapport à une attitude expectative sous antibiotiques: moindre morbidité maternelle, moindre morbidité néonatale et plus grande satisfaction des patientes (NP1). Le délais entre la RPM et le déclenchement ne devrait pas excéder 48 H.
  - Antibiothérapie à débiter si l'accouchement est différé.
  - Pas de TV avant travail spontané ou avant décision de déclenchement.
-