

<p> GRUPE HOSPITALIER PITIE SALPETRIERE Service de gynécologie Obstétrique Professeur DOMMERGUES </p>	<p> Auteurs : Danièle VAUTHIER BROUZES (GO) Jacky NIZARD (GO) Marc DOMMERGUES (GO) Date rédaction : février 2010 Date révision : Juin 2017 GO : Elsa Cesario Marc Dommergues Jacky Nizard Danièle Vauthier Brouzes Antoine Agman Pédiatres : Dr Foix l'hélias, Dr Carpentier, Dr Millions </p>
<p>RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES (RPM) ≥ 24 SA</p>	

AVANT 37 SA

Prise en charge initiale

1. Limiter les TV. Un seul à l'entrée pour éliminer une procidence puis pas de TV en l'absence de contraction utérine. (risque infectieux surajouté).
2. Confirmer le diagnostic de rupture prématurée des membranes (RPM):
 Pour confirmer le diagnostic de RPM, il faut au moins deux des trois critères suivants :
 - Ecoulement de LA sous spéculum stérile
 - Test biochimique positif
 - Échographie (oligoamnios)
3. Examens paracliniques :
 - PV, ECBU
 - Longueur échographique du col (voie vaginale),
 - Echographie : estimation de poids fœtal, mouvements actifs fœtaux, quantité de liquide, doppler ombilical
 - Bilan : TP, TCA, Groupe, Rhésus, RAI, NFS, CRP
4. Rechercher des signes de chorio-amnionite :
 - Fièvre,
 - Cardiotocographie : Contractions utérines, ARCF
 - Douleur utérine
 - Liquide amniotique méconial
 - Hyperleucocytose >15 000
 - CRP > 20

Attention : Si patiente VIH → charge virale en urgence à l'admission puis cf protocole VIH

Conduite à tenir après prise en charge initiale :

1. Femme en travail sans suspicion de chorioamnionite :
 - Antibiotiques : Amoxicilline à la dose de charge de 2 g suivi de 1g/4 heures (si allergie à la pénicilline : Dalacine IV 600 mg (à passer sur une heure) / 8 heures) sauf si PV négatif connu pour le streptocoque B

2. Femme en travail actif et vraisemblable chorioamniotite

- Antibiotiques :
 - o Claforan (1g x 3/j IV) + Gentalline (5mg/kg/j en 1 fois IVL). En cas d'allergie à la pénicilline et risque d'allergie croisée aux céphalosporines : Dalacine (600 mg x 3/j) + Gentalline (5mg/kg/j en 1 fois IVL).
 - o Après 34 SA : ajout Amoxicilline à la dose de charge de 2 g suivi de 1g/4 heures sauf si allergie à la pénicilline
- Accepter la voie basse si travail rapide avec accouchement imminent et la tolérance fœtale et maternelle le permettent

3. Femme pas en travail et forte suspicion de chorioamniotite

- Antibiotiques :
 - o Claforan (1g x 3/j IV) + Gentalline (5mg/kg/j en 1 fois IVL). En cas d'allergie à la pénicilline et risque d'allergie croisée aux céphalosporines : Dalacine (600 mg x 3/j) + Gentalline (5mg/kg/j en 1 fois IVL).
- Césarienne en urgence pour limiter les risques du syndrome inflammatoire fœtal

4. Pour tous les autres cas :

- **Indication de transfert :**
 - o **Avant 32 SA**
 - o **EPF < 1600g**
 - o **Pas de place en néonatalogie**
- Pas de tocolyse si RPM
- Surveillance en hospitalisation 48h
- Pas d'alitement strict
- Maturation pulmonaire fœtale avant 34 SA (Célestène chronodose® 12 mg IM à répéter après 24 heures)
- Antibiothérapie : Josacine 250mg x 4/j, PO, pendant 5 jours
- Bas de contention
- NFS CRP 1/jour
- Adaptation de l'antibiothérapie aux résultats bactériologiques.

Réévaluation à 48 heures de rupture des membranes

1. Discuter une surveillance ambulatoire en HAD + une visite par semaine explorations fonctionnelles, si la situation est stable, le contexte le permet, et en l'absence de tout signe de chorioamniotite.
2. Éléments de surveillance après retour à domicile :
 - Autosurveillance température, mouvements actifs foetaux, contractions utérines, couleur du liquide amniotique.
 - Par semaine : 2 visites à domicile + 1 visite aux explorations fonctionnelles incluant :
 - cardiocardiographie 1/semaine
 - NFS CRP 2/semaine
 - PV 1/ semaine
 - échographie 1/semaine
5. Objectif de terme :

Sauf exception* → accouchement à 37 SA. Modalités selon les conditions obstétricales.

- Si PV streptocoque B : antibiothérapie au cours du travail : Amoxicilline à la dose de charge de 2 g suivi de 1g/4 heures (si allergie à la pénicilline : Dalacine IV 600 mg (à passer sur une heure) / 8 heures)
- Le nombre de toucher vaginaux doit être le plus réduit possible (éviter l'examen horaire).
- Surveillance clinique infectieuse pédiatrique selon le protocole.
- Placenta adressé en anatomie pathologique.

*Exceptions devant faire discuter l'objectif de terme en staff (par exemple à 34 SA)

- Immunodépression (greffées, traitement immunosuppresseur, corticoïdes >10mg/j au long cours)
- Diabète pré-gestationnel

APRES 37 SA

FAIRE ACCOUCHER

Rappel : 80% des femmes vont se mettre en travail spontanément dans les 12 heures après la rupture. Un déclenchement ou une maturation après ces 12 heures diminue le risque de choriomaniotite et d'hospitalisation en néonatalogie sans augmenter les risques de césarienne ou d'APGAR bas.

Prise en charge initiale :

1. Limiter les TV. Un seul à l'entrée pour éliminer une procidence puis pas de TV en l'absence de contraction utérine avant la réévaluation à 12h. (risque infectieux surajouté majeur).
2. Confirmer le diagnostic de rupture prématurée des membranes :
Pour confirmer le diagnostic de RPM, il faut au moins deux des trois critères suivants :
 - Ecoulement de LA sous spéculum stérile
 - Test biochimique positif
 - Échographie (oligoamnios)
3. Examens paracliniques
 - PV, ECBU
 - TP, TCA, fibrinogène
 - Groupe, Rhésus, RAI, NFS CRP
 -
4. Rechercher des signes de chorio-amniotite
 - Fièvre,
 - Cardiotocographie : Contractions utérines, ARCF
 - Douleur utérine
 - Liquide amniotique méconial
 - Hyperleucocytose >15000
 - CRP > 20

Le résultat de l'examen direct des PV est disponible sur STARE ou en téléphonant au 62085. Quand les PV parviennent au laboratoire entre 8h et 17h30, le résultat du direct peut être obtenu rapidement. Quand les PV parviennent au laboratoire après 18H les résultats doivent être récupérés le lendemain matin. Pour les PV effectués du samedi 18h au dimanche 17h30 : appeler le laboratoire (tel : 62085) le dimanche pour leur demander de techniquer le prélèvement rapidement.

Conduite à tenir après prise en charge initiale :

1. Femme en travail actif = direction du travail si nécessaire
 - Le nombre de toucher vaginaux doit être le plus réduit possible (éviter l'examen horaire).
2. Femme non en travail et forte suspicion de chorioamniotite
 - Antibiotiques : Claforan (1g x 3/j IV) + Gentalline (3mg/kg/j en 1 fois IVL)
 - Césarienne pour limiter les risques du syndrome inflammatoire fœtal
3. Femme non en travail, pas de signe de chorioamniotite, PV négatif ou pas de connaissance du portage de Strepto B, LA clair :
 - Expectative jusqu'à 12 heures après la RPM
 - Antibiothérapie :
 - Amoxicilline (Clamoxyl®) 1g /8 heures IV ou
 - Clindamycine (Dalacine®) 600mg/8 heures si allergie. Voie IV dans 100cc sérum physiologique sur 30 mn
 - A 12 heures de RPM :
 - Bishop \geq 6 : déclenchement au syntocinon
 - Bishop <6 : maturation cervicale par Propess

Si contre-indication aux prostaglandines (utérus cicatriciel, siège...), réévaluation uniquement à 24 heures : déclenchement si Bishop > 6 ou césarienne.

4. Femme non en travail, pas de signe de chorioamniotite, liquide amniotique teinté ou portage de streptocoque B :
 - Pas d'expectative, déclenchement ou maturation cervicale
 - Antibiothérapie :
 - Amoxicilline (Clamoxyl®) 1g /8 heures IV
 - Clindamycine (Dalacine®) 600mg/8 heures si allergie. Voie IV dans 100cc sérum physiologique sur 30 mn

Antibiothérapie du postpartum (quelque soit le terme)

- Si suspicion de chorioamniotite : 7 jours de traitement à adapter aux prélèvements bactériologiques
- En l'absence de chorioamniotite : poursuite de l'antibiothérapie débutée en cours du travail jusqu'au résultat du PV et de l'ECBU. Si PV/ECBU négatifs et pas de signes cliniques d'endométrite → arrêt de l'antibiothérapie.

Références

Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD004735.
DOI: 10.1002/14651858.CD004735.pub4.

Middleton P, Shepherd E, Flenady V, McBain RD, Crowther CA.
Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No.: CD005302.

Directives cliniques de la SOGC, 2009 : <https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/gui233CPG0909f.pdf>

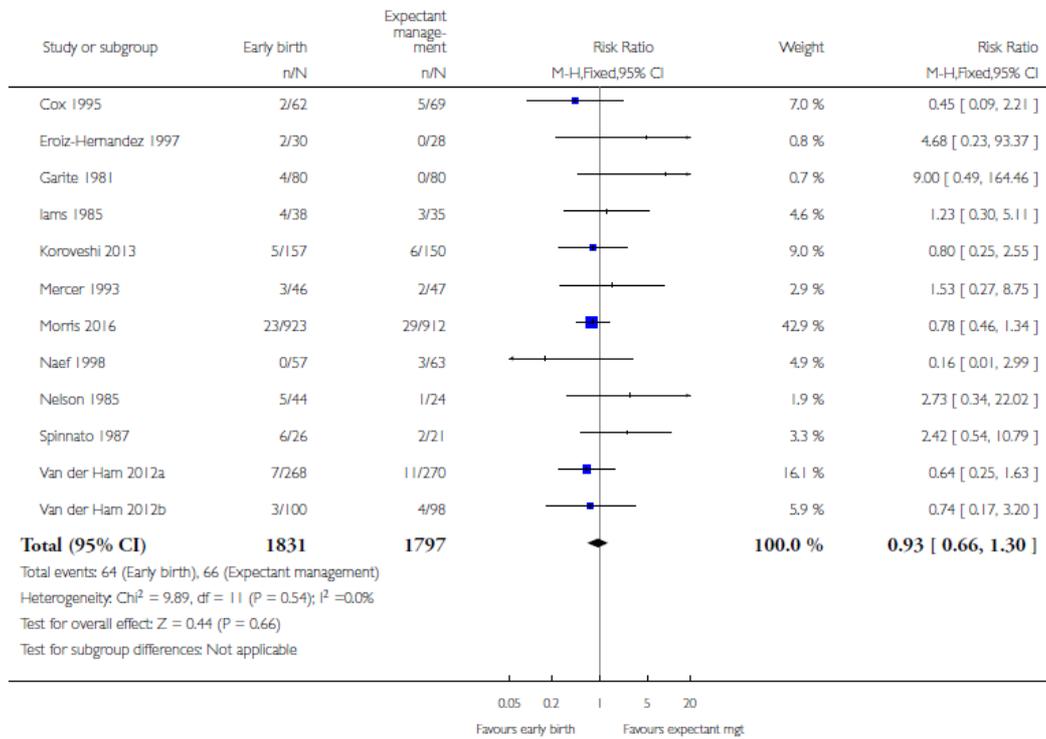
NB : la Josacine est utilisée comme bio équivalent de l'érythromycine, qui n'est pas disponible en forme orale à la Pitié

Analysis 1.1. Comparison 1 Any planned birth versus expectant management: by type, Outcome 1 Neonatal infection/sepsis.

Review: Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome

Comparison: 1 Any planned birth versus expectant management: by type

Outcome: 1 Neonatal infection/sepsis

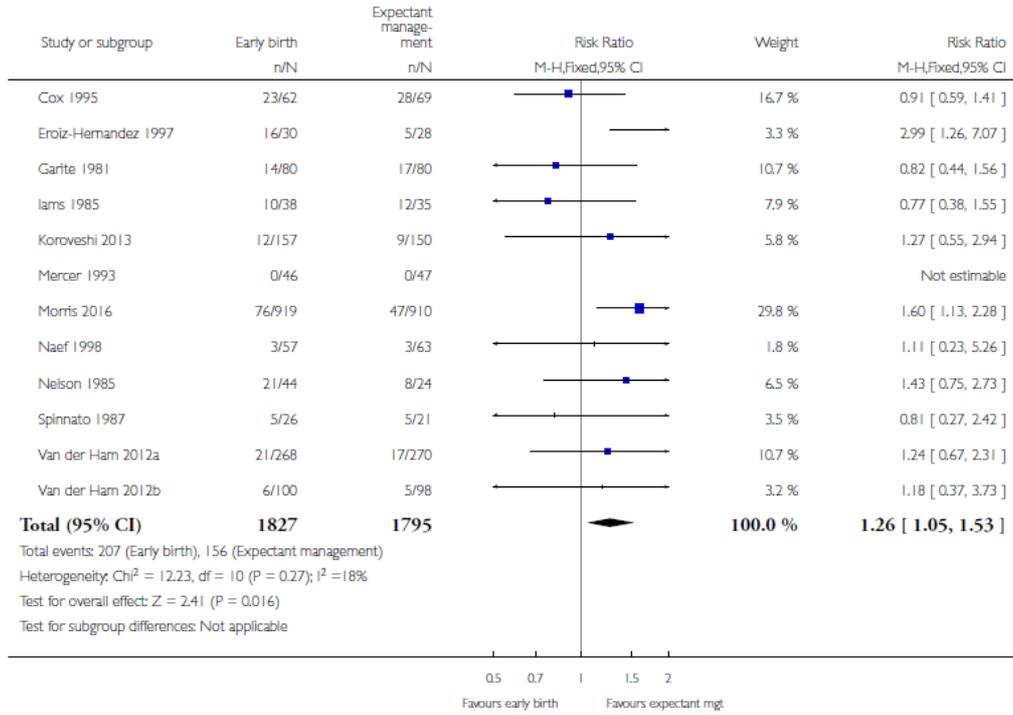


Analysis 1.3. Comparison 1 Any planned birth versus expectant management: by type, Outcome 3 Respiratory distress syndrome.

Review: Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome

Comparison: 1 Any planned birth versus expectant management: by type

Outcome: 3 Respiratory distress syndrome



Analysis 1.4. Comparison 1 Any planned birth versus expectant management: by type, Outcome 4 Caesarean section.

Review: Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome

Comparison: 1 Any planned birth versus expectant management: by type

Outcome: 4 Caesarean section

