

RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES (1999)

Note sur les **Niveaux de preuve scientifique (NP)**

Le groupe de travail...

Avant-propos	Avant terme (</= 36 SA) <ul style="list-style-type: none">• au moment de la rupture• au-delà de la période initiale• au moment de la naissance	A terme (>/= 37 SA)
<p>Les TEXTES COMPLETS rédigés par les experts et la BIBLIOGRAPHIE sont réunis dans le numéro spécial du JOURNAL DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION <i>J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1999; 28:606-699</i></p>		

Promoteur : CNGOF

Comité d'organisation :

B. Carbonne (CNGOF), F. Goffinet (méthodologiste, INSERM U149), I. Nisand, D. Subtil

Experts du groupe de travail :

Président : I. Nisand

Coordonnateur du groupe de travail : F. Goffinet

P.-Y. Ancel, F. Audibert, B. Carbonne, F. Goffinet, B. Langer, P. Poulain, P. Rozenberg, P. Schoffler, D. Subtil, C. Vayssière, E. Verspyck, V. Zupan

Lecteurs :

L. Boubli, M. Collet, F. Devianne, J.-Y. Gillet, M. Herlicoviez, R. Kutnahorsky, R. Lenclen, J.-F. Oury, A. Pavard, F. Rimbault, P. Sagot

[< Sommaire des
RPC <](#)

[Haut de page](#)

Avant-propos

La rupture prématurée des membranes (rupture avant le début du travail) concerne 5 à 10 % des grossesses. Ses facteurs de risque sont les mêmes que ceux de la prématurité spontanée à membranes intactes. Les infections génitales constituent l'une des principales étiologies, d'autant plus fréquemment responsables que le terme est plus précoce. Les conséquences de la RPM sont principalement liées à l'âge gestationnel à la naissance d'une part, et aux infections périnatales d'autre part.

La conduite à tenir diffère selon l'âge auquel survient la rupture, et il faut distinguer les ruptures prématurées avant terme (\leq 36 SA) des ruptures prématurées à terme (\geq 37 SA). **Ces recommandations sont valables pour la présentation du siège et les grossesses multiples.**

1. Rupture prématurée des membranes avant terme

1.a. Au moment de la rupture :

Le pronostic pour l'enfant dépend (NP3) (Voir la note sur les **Niveaux de preuve scientifique**)

- de l'âge gestationnel à la rupture ;
- de l'existence ou non d'un oligo-anamnios (plus grande citerne $<$ 2 cm) ;
- de l'existence ou non d'une chorio-amnionite.

Dans le cas particulier des RPM avant 24 SA, une interruption médicale de grossesse ne devrait pas être envisagée en l'absence d'anamnios ou de chorio-amnionite (NP5). Dans tous les cas, la rencontre des pédiatres avec les parents en période anténatale doit permettre de les intégrer dans les décisions (NP5).

Diagnostic de la rupture

Dans 90 % des cas, le diagnostic repose uniquement sur l'interrogatoire et l'examen au spéculum. En cas de doute, le test à la nitrazine a l'avantage d'une bonne sensibilité, d'un faible coût et de sa simplicité d'utilisation (NP3). L'échographie peut constituer une aide au diagnostic. Enfin, des tests plus spécifiques peuvent être utilisés en cas de doute (diamine oxydase, IGFBP1) (NP4).

Le toucher vaginal augmente le risque infectieux et réduit l'intervalle rupture-accouchement (NP2). Il devrait donc être évité dans tous les cas où la patiente ne présente pas de signes de début de travail.

Prise en charge à l'admission

Les investigations initiales comportent la recherche de signes cliniques de chorio-amnionite, un examen cardiocytographique foetal, un prélèvement vaginal à visée bactériologique, un prélèvement sanguin maternel pour numération formule sanguine (NFS), dosage de la protéine C réactive (CRP) et bilan préopératoire, une échographie en cas de doute sur la présentation (NP5).

Il n'existe pas de marqueur idéal de l'infection, y compris par amniocentèse (NP3). Celle-ci n'a donc aucune indication en dehors d'un protocole de recherche.

Il n'existe pas de données pour recommander la pratique de l'amnio-infusion trans-abdominale ou trans-cervicale dans le but de réduire le risque d'infection ou d'hypoplasie pulmonaire (NP4). L'utilisation de colle ou de " blood-patch" ne doit pas être réalisée en dehors d'un protocole de recherche (NP4). En cas de RPM chez une patiente cerclée, le peu de données est en faveur d'un décerclage (le fil de cerclage peut être envoyé pour examen bactériologique) (NP5).

Avant 34 SA, le traitement initial doit comporter :

- une antibiothérapie de courte durée, systématique et immédiate, qui diminue la morbidité infectieuse maternelle et néonatale, et prolonge la grossesse (NP1) ;
- une corticothérapie systématique et immédiate à partir de la viabilité (NP1) ;
- une tocolyse, en faveur de laquelle il existe des arguments, en cas d'activité utérine jusqu'à 32 SA (NP3), voire pour certains jusqu'à 34 SA (NP4), qui prolonge la grossesse le temps de permettre l'efficacité de la corticothérapie ;
- un éventuel transfert in utero, selon l'âge gestationnel, si l'accouchement n'est pas imminent (NP5).

Entre 34 et 36 SA, deux attitudes sont possibles sans que l'on puisse trancher en faveur de l'une ou de l'autre: déclenchement systématique ou bien expectative avec antibiothérapie prophylactique.

[< Sommaire des
RPC <](#)

[Haut de page](#)

1.b. Au-delà de la période initiale

L'hospitalisation initiale des patientes présentant une RPM avant 37 SA est justifiée par le fait que plus de la moitié des patientes vont accoucher dans la semaine qui suit la rupture (NP3). Pour une petite proportion de patientes stables et sans critères de mauvais pronostic, une hospitalisation à domicile pourrait être proposée dans le but de réduire les coûts de prise en charge (NP3). Il n'existe pas de données justifiant le repos strict au lit.

Les recommandations concernant la surveillance s'appuient sur les pratiques plutôt que sur des études cliniques. Il est proposé de surveiller (NP5) :

- quotidiennement : la température et le pouls maternels, les mouvements actifs foetaux et le rythme cardiaque foetal ;
- une à deux fois par semaine: la NFS, la CRP, l'examen bactériologique d'un nouveau prélèvement vaginal.

[< Sommaire des
RPC <](#)

[Haut de page](#)

1.c. Autour de la naissance

Le risque d'infection de l'espace péridural semble bien inférieur aux risques que fait courir l'absence d'analgésie péridurale chez ces femmes à haut risque de césarienne ou de manoeuvres obstétricales. Il n'y a aucune donnée pour contre-indiquer la réalisation d'une analgésie péridurale sur la notion d'une RPM (NP5).

Si la patiente accouche avant 37 SA, l'administration d'antibiotiques pendant le travail réduit le risque d'infection maternelle et foetale (NP3).

Le bénéfice néonatal d'une amnio-infusion trans-cervicale prophylactique au cours du travail n'est pas démontré (NP2).

Enfin, la transmission aux pédiatres des données prénatales - en particulier bactériologiques - est indispensable (NP5).

[< Sommaire des
RPC <](#)

[Haut de page](#)

2. Rupture prématurée des membranes à terme

Il existe un 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). Lorsque les conditions locales sont défavorables, le déclenchement par prostaglandines semble apporter un bénéfice en diminuant le recours aux césariennes et aux extractions instrumentales (NP2). Le délai entre la RPM et le déclenchement ne devrait pas excéder 48 heures (NP5).

La pratique du toucher vaginal avant l'entrée en travail spontané ou avant la décision de déclenchement doit être limitée au minimum (NP4).

En cas de déclenchement immédiat, une antibiothérapie systématique ne semble pas justifiée, l'intervention pouvant à elle seule éviter le risque infectieux (NP5). Si l'accouchement est différé, l'antibiothérapie systématique diminue les infections maternelles et néonatales (NP1).

Paris, le 7 décembre 1999

Pr I. Nisand

[< Sommaire des
RPC <](#)