

RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES DE 24 A 36 SA

2 complications majeures : prématurité et infection intra utérine

1) Diagnostic

- Clinique : écoulement de liquide amniotique reconnaissable
- En cas de situation douteuse aide au diagnostic : test de détection d'IGFBP 1 (Insulin Growth factor Binding Protein 1) ou PAMG 1 (Placental Alpha 1 Microglobulin) – excellente valeur prédictive négative

2) Hospitalisation et bilan initial

- Hospitalisation lors du diagnostic
- Examen clinique à la recherche signe d'infection intra-utérine : contractions utérines, pertes vaginales, température
- Pas de TV systématique chez une femme Asymptomatique
- Examens complémentaires : NFS, CRP, prélèvement vaginal, ECBU avec antibiogrammes
- Evaluation fœtale :
 - enregistrement cardiaque fœtal
 - échographie obstétricale présentation, localisation placenta, quantité de LA, EPF (ou avoir une EPF récente)

3) Prise en charge

- Corticothérapie de maturation pulmonaire si âge gestationnel inférieur à 34 SA
- Pas de tocolyse initiale systématique (si tocolyse maximum 48 heures)
- Organiser transfert in utero vers type 2 ou 3 selon l'âge gestationnel et contexte clinique
- En cas d'accouchement imminent et terme < 32 SA administration de sulfate de magnésium
- Pas de repos strict au lit
- En cas de cerclage : pas d'argument pour maintenir ou retirer systématiquement le cerclage à l'admission, à retirer sans délai en cas de signe clinique ou biologique évocateur d'infection intra-utérine

4) Antibioprophylaxie

- A débuter à l'admission (ciblant streptocoque B et E coli)
En 1^{ère} intention,
 - amoxicilline IV ou PO
 - ou association amoxicilline + érythromycine IV ou PO
 - ou céphalosporine 3^{ème} G IV
 - ou érythromycine IV ou PO

- Durée de l'antibiothérapie : 7 jours mais arrêt possible plus précoce si PV négatif
- Adapter l'antibiothérapie à l'antibiogramme du germe retrouvé
- Ne pas répéter systématiquement une antibioprophylaxie en cas d'examen biologique isolément perturbé (CRP augmentée, hyperleucocytose, PV positif) chez une femme **Asymptomatique**

5) Surveillance

- **Maternelle**

- clinique : fièvre, contractions utérines, pertes vaginales malodorantes
Surveillance température 1x/ jour
- biologique
NFS (hyperleucocytose) CRP une fois par semaine (et plus si symptômes)
BU/ ECBU une fois par semaine (être vigilant sur conditions de réalisation)
PV à réaliser sur signes d'appel clinique et à la mise en travail

- **Fœtale**

ERCF (tachycardie fœtale) initialement une fois par jour chez patiente **Asymptomatique** et à adapter ensuite

Suivi ambulatoire à domicile envisageable selon le contexte après au moins 48h d'hospitalisation pour une patiente stable cliniquement résidant à proximité du lieu d'accouchement adapté à son terme avec mise en place d'une surveillance

6) Infection intra utérine

Voir aussi référentiel fièvre pendant le travail

- **Diagnostic d'infection intra-utérine**

- Fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ confirmée à 30 mn d'intervalle ou d'emblée si > 39 sans cause infectieuse extra gynécologique identifiée associée à au moins 2 critères suivants
 - tachycardie fœtale > 160 bpm persistante
 - douleurs utérines ou contractions utérines douloureuses ou mise en travail spontanée
 - liquide amniotique purulent

Pas de diagnostic avec une élévation de la CRP ou l'apparition d'une hyperleucocytose isolée (à corrélérer aux données cliniques)

- **Traitement de l'infection intra-utérine**

- Administration immédiate d'une antibiothérapie par voie IV associant betalactamine + aminoside
- Pas de tocolyse
- Faire naître l'enfant : voie basse ou césarienne en fonction des indications obstétricales habituelles
- Poursuivre antibiothérapie pendant le travail

7) Modalités de naissance en l'absence de complications

- En l'absence d'infection intra-utérine ou autre complication expectative jusqu'à 37 SA (sans tocolyse) même si PV positif
- A 37 SA déclenchement avec oxytocine ou prostaglandines selon les conditions locales
Recours au ballon trans-cervical non envisagé en 1^{ère} intention (données de la littérature trop limitées)
- Pendant le travail administration d'une antibioprofylaxie (dans tous les cas même si PV négatif)

8) Information des parents

- Informer les parents et d'adapter l'information en fonction de l'âge gestationnel (prématurité) et l'évolution clinique. Le couple doit bénéficier de l'information de la part de l'obstétricien et aussi du pédiatre
- Intérêt d'une consultation avec l'obstétricien en postnatal et d'une visite pré conceptionnelle pour la prochaine grossesse
Risque de récurrence pour une grossesse ultérieure : 6 à 17% quel que soit l'âge gestationnel du cas index

Référentiel RSN issu du travail de la commission des obstétriciens

Voir aussi Recommandations pour la pratique clinique : rupture prématurée des membranes avant terme - CNGOF 2018
<http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique>

A retrouver in extenso via
Schmitz Tet al - Gynécologie Obstétrique Fertilité § Sénologie 2018; 46

NB : pour RPM avant 24 SA et RPM \geq 37 SA se reporter aux référentiels correspondants