

 <p>Aux portes de la vie</p>	<p><b>PRISE EN CHARGE DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES</b></p>	<p><b>Protocole obstétrical n°1</b> version 3 page 1/3</p>
--	--	--

Référence : RSN/PR/REA.O/001/C	Date de 1 <sup>ère</sup> mise en service : 04/07/2000
--------------------------------	---

Suivi des modifications			
N° version	Date de la modification	Objet de la modification	Faite par :
1	09/05/2004		CMS
2	04/10/2011		RSN

Rédaction	Mise à jour	Vérification	Approbation
Nom et fonction	Nom et fonction Dr AMIEL C. BERRAFATO MC	Nom et fonction : CMS	Nom et fonction : Dr JC PICAUD
Date :	Date : septembre 2011	Date : 04/10/2011	Date : 04/10/2011
Signature :	Signature : <b>signé</b>	Signature : <b>signé</b>	Signature : <b>signé</b>

La conduite à tenir diffère selon l'âge gestationnel auquel survient la rupture, il faut distinguer  
Les ruptures prématurées des membranes (RPM) avant terme (<36 SA) des RPM à terme (>37 SA).

## 1. A l'admission :

- ↯ Eviter le toucher vaginal en l'absence d'activité contractile.
  - ↯ Si besoin confirmation du diagnostic de rupture : diamine oxydase, IGFBP1.
  - ↯ Examen au spéculum en condition d'asepsie stricte et pratiquer un prélèvement vaginal pour recherche bactériologique.
  - ↯ Recherche des signes cliniques d'une chorio amniotite.
- Si cerclage ablation systématique et examen bactériologique du fil
- ↯ Echographie si besoin
  - ↯ Examens biologiques : NFS, plaquettes, CRP, bilan de coagulation, ECBU.

## **RPM entre 24 et 25+6 SA**

Cf Protocole pédiatrique n°24 version 1 : Naissance ou grossesse pathologique à 24 SA et 25 SA conduite à tenir en maternité de niveau I et II

## **RPM entre 26 SA et 33+6 SA**

- ↪ Corticothérapie prophylactique (Cf protocole obstétrique n°2 version B : Corticothérapie anténatale chez les femmes à risque d'accouchement prématuré) ;
- ↪ Antibiothérapie prophylactique systématique (Amoxicilline) de courte durée ;
- ↪ Tocolyse en cas d'activité utérine, sans signes infectieux et au maximum 48 h pour permettre l'efficacité de la corticothérapie ;
- ↪ Transfert in utero (cf protocole TIU) ;
- ↪ Hospitalisation dont le maintien est à discuter.

## **RPM entre 34 SA et 36+6 SA**

- ↪ Hospitalisation dont le maintien est à discuter
  - ↪ Deux attitudes possibles à discuter en concertation obstétrico-pédiatrique
    - Déclenchement
    - Expectative sous antibiothérapie prophylactique avec surveillance
- ↪ Pas de tocolyse.

## **2. Antibiothérapie**

- Amoxicilline (Clamoxyl®) 3g/j)
  - ou Clindamycine (Dalacine®) 600mg x3 /j en cas d'allergie à la pénicilline.
- Durée : 5 jours
- Adapter secondairement selon les résultats bactériologiques.

### **3. Surveillance**

- Température 2 fois/j
- Pouls maternel au moins 2 fois/j
- Mouvements fœtaux
- Enregistrement du rythme cardiaque foetal quotidien de durée adaptée à la situation clinique
- Biologie : 2 fois/semaine : NFS, plaquettes, CRP /Bactériologie des prélèvements vaginaux et urinaires 1fois/semaine.
- Echographie (fréquence non définie).
- Prophylaxie des complications du décubitus : contention veineuse, anticoagulants en fonction des risques, lever autorisé.

### **4. La chorio-amniotite :**

- Les signes de chorio-amniotite :
  - ↳ Clinique : température  $\geq 37^{\circ}8$ , tachycardie maternelle, douleurs utérines, leucorrhées suspectes.
  - ↳ Enregistrement du rythme cardiaque foetal : tachycardie foetale  $\geq 160$  bpm associée, à des ralentissements variables (= signe de gravité) ;
  - ↳ Biologique : leucocytose supérieure à  $15\ 000/\text{mm}^3$ , CRP  $\geq 50\text{mg/L}$ , présence de bactéries pathogènes sur prélèvement cervico-vaginal ;
- En cas de suspicion de chorioamniotite, nécessité d'une naissance rapide de l'enfant.
- Après la naissance : si suspicion de chorio-amniotite, prélèvement gastrique néonatal, examen bactériologique et anatomopathologique du placenta et des membranes.

### **5. Bibliographie :**

1-Gynécologie Obstétrique et fertilité 39(2011)383-387 : les chorio-amniotites : aspects cliniques, biologiques et implications médico-légales.

2-Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction (2010)39,554-559 : prévention des infections maternofoetales à streptocoque B.

3-ACOG Practice Bulletin N°80: premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Obstet Gynecol 2007; 109:1007.

4-HAS Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 SA Avril 2008.

3-Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF : rupture prématurée des membranes. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999 ; 28 :606-699.

4- Protocoles cliniques en obstétrique.D.CABROL/F.GOFFINET. 2008

5-Protocoles en gynécologie obstétrique.CNGOF. 2010