

RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES APRES 34 SA

Date de la diffusion : 23/04/2009
Version : 1

Rédaction : Dr Anne Sophie Maisonneuve, Dr Nadia Slim
Participation à la correction : Dr Philippe Minodier, Dr Pierre Opinel, Dr Alain Ricard
Validation : Conseil Scientifique du 01/12/08 présidé par le Dr JY Col

MENTION RESTRICTIVE : « Ce protocole de soins est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier »

1. **OBJECTIF**

- préciser les indications d'antibioprophylaxie et ses modalités
- préciser les indications de déclenchement ou césarienne
- insister sur le dépistage du portage maternel de streptocoque B

2. **RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES (RPM) APRES 34 SA ET AVANT 37 SA (HORS SUSPICION DE CHORIOAMNIOTITE)**

A- Diagnostic et bilan

Le diagnostic est clinique. En cas de doute diagnostic : Amniocator[®], à confirmer par un Actim prom[®].

Examen clinique : t^o maternelle, Pouls

L'examen au spéculum est indispensable et il a trois objectifs : diagnostic, évaluation de la dilatation cervicale (en cas de poche des eaux bombante et visible au spéculum), et pratique du prélèvement vaginal à visée bactériologique (PV).

Le toucher vaginal n'est pas systématique. Le nombre de TV doit être limité, afin de diminuer le risque infectieux. Le TV peut être pratiqué mais ne doit pas être répété inutilement.

Bilan infectieux : NFS, CRP, PV, ECBU

Bilan de coagulation (TP, TCA) et Complément bilan prénatal si besoin.

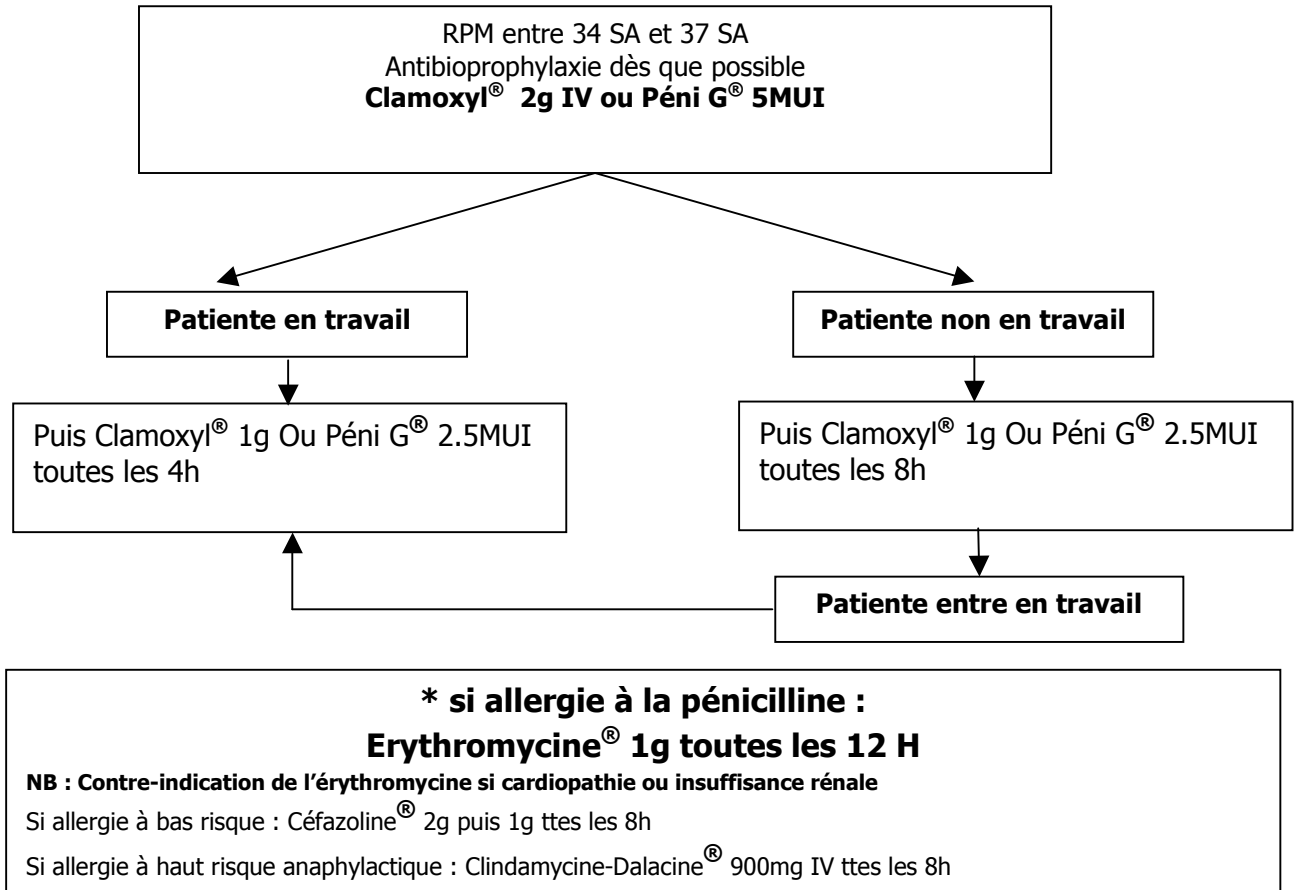
Echographie obstétricale : Présentation, biométries, quantité de LA, éventuellement longueur cervicale.

Cardiotocographie.

B- Conduite à tenir

1. Antibioprophylaxie ? : Oui
Quand ? : Immédiatement
Durée ? : Pendant 48heures, secondairement adaptée aux résultats du PV.

Posologie ? : Voir schéma suivant



2. Déclenchement ou expectative jusqu'à 36 SA -37 SA (l'expectative ne peut être choisie qu'en dehors de toute anomalie et sous réserve d'une surveillance en hospitalisation)
3. Transfert en fonction des possibilités d'accueil du nouveau né : si transfert materno-fœtal, tocolyse par Tractocile pendant le transport.

En cas d'expectative :

Hospitalisation

Surveillance t° fréquence cardiaque 3x/24h

2-3 enregistrements par monitoring /24h

Bilan infectieux x 2/semaine

Antibiothérapie pendant 48 heures secondairement adaptée au résultat du PV (interrompue si PV négatif)

Pas de tocolyse

Pas de corticothérapie.

3. RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES (RPM) A TERME

A- Diagnostic et bilan

Le diagnostic est clinique.

En cas de doute diagnostic : Amniocator, à confirmer par un Actim prom.

Examen clinique : t° maternelle, Pouls

L'examen au spéculum est indispensable et il a trois objectifs : diagnostic, évaluation de la dilatation cervicale (en cas de poche des eaux bombante et visible au spéculum), et pratique du prélèvement vaginal à visée bactériologique (PV).

Le toucher vaginal n'est pas systématique. Le nombre de TV doit être limité, afin de diminuer le risque infectieux. Le TV peut être pratiqué mais ne doit pas être répété inutilement.

Bilan infectieux : NFS, CRP, PV, ECBU, hémocultures si t°>38°C.

Bilan de coagulation (TP, TCA) et Complément bilan prénatal si besoin.

Cardiotocographie.

B- Conduite à tenir en fonction des différents tableaux :

La conduite à tenir est dépendante du tableau clinique et de la colonisation connue ou non connue à Streptocoque B (4 cas).

- **1^{er} cas : Tableau de chorioamniotite**
- **2^{ème} cas : Patiente colonisée à Streptocoque B**
- **3^{ème} cas : Patiente non colonisée par le streptocoque B**
- **4^{ème} cas : Patiente dont le statut de colonisation à Streptocoque B n'est pas connu**

1^{er} cas : Tableau de chorioamniotite

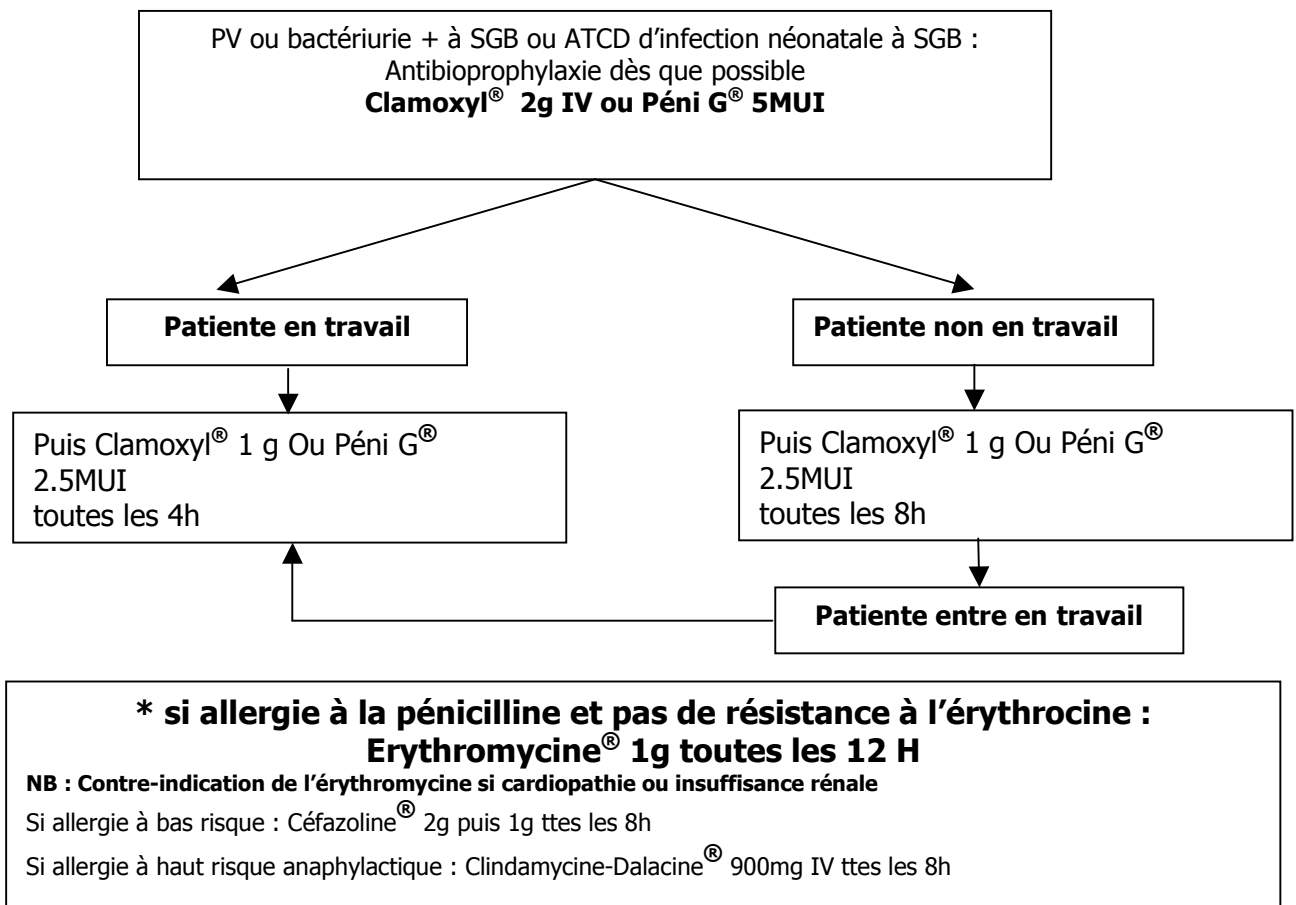
Devant une suspicion de chorioamniotite (signes non spécifiques : fièvre maternelle, tachycardie maternelle, tachycardie fœtale, douleur utérine, syndrome inflammatoire biologique) :

1. Antibiothérapie : Amoxicilline-Clamoxyl® 2g IV + Gentalline-Gentamycine® 3mg/kg en IVL
2. Déclenchement immédiat ou césarienne

2^{ème} cas : Patiente colonisée à Streptocoque B

Càd : ATCD d'infection néonatale à streptocoque B ou infection urinaire à streptocoque B au cours de la grossesse, ou PV positif à streptocoque B au cours de la grossesse.

1. Antibioprophylaxie ? : Oui
Quand ? : Immédiatement
Durée ? : Jusqu'à l'accouchement
Posologie ? : Voir schéma suivant



2. Maturation et/ou déclenchement immédiat en fonction des conditions cervicales et de la parité

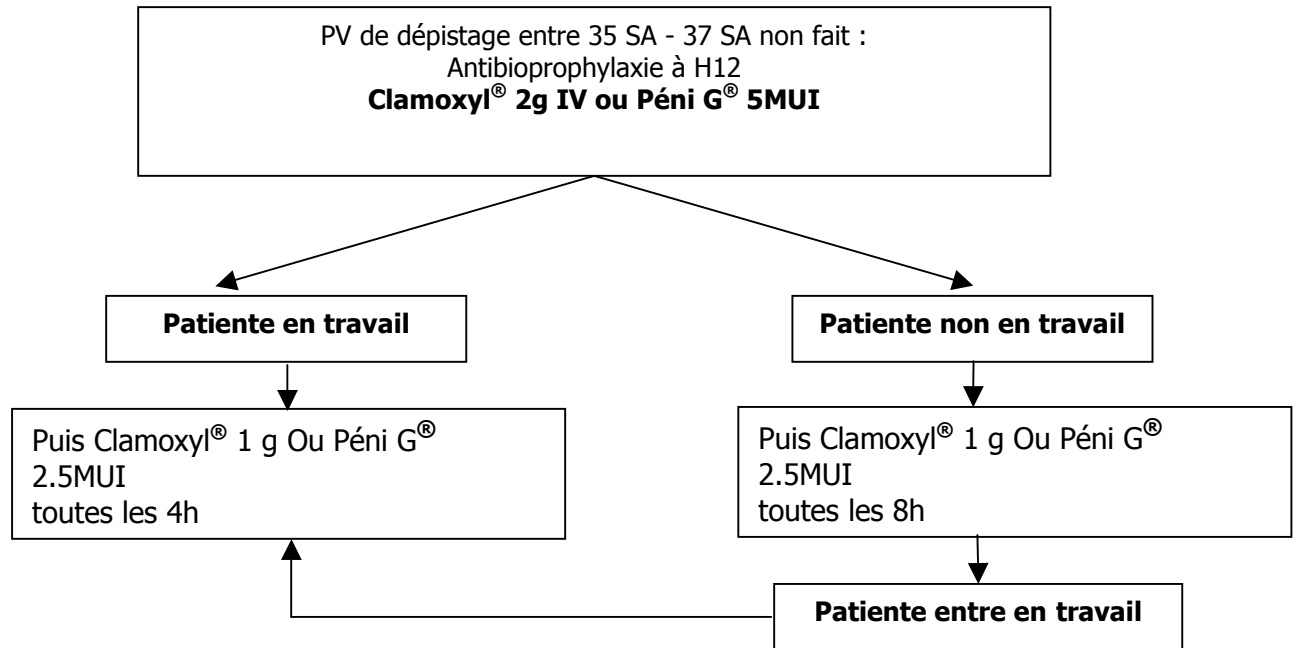
3^{ème} cas : Patiente non colonisée par le streptocoque B

Càd : Patiente ayant un PV fait entre 35 et 37 SA négatif et pas d'infection urinaire à streptocoque B, ni ATCD d'infection néonatale à streptocoque B

1. Antibioprophylaxie ? : Les recommandations américaines ACOG-CDC préconisent l'absence d'antibioprophylaxie dans ces cas ; les recommandations HAS 2009 sur le déclenchement du travail après 37 SA recommandent une antibioprophylaxie à 12H. (Une antibioprophylaxie à 18 heures de la rupture semblait une alternative acceptable, limitant le nombre d'antibiothérapies).
2. Maturation et/ou déclenchement en fonction des conditions cervicales et de la parité dans les 24 heures suivant la RPM.

4^{ème} cas : Patiente dont le statut de colonisation à Streptocoque B n'est pas connu

1. Antibioprophylaxie ? : Oui
Quand ? : À 12h de la rupture (recommandations HAS 2009)
Durée : Jusqu'à l'accouchement
Posologie ? : Voir schéma suivant



*** si allergie à la pénicilline et pas de résistance à l'érythrocyne :
Erythromycine® 1g toutes les 12 H**

NB : Contre-indication de l'érythromycine si cardiopathie ou insuffisance rénale

Si allergie à bas risque : Céfazoline® 2g puis 1g ttes les 8h

Si allergie à haut risque anaphylactique : Clindamycine-Dalacine® 900mg IV ttes les 8h

2. Maturation et/ou déclenchement en fonctions des conditions cervicales et de la parité dans les 24 heures suivant la RPM.

Modalités du dépistage du Streptocoque B

La politique de prévention du risque bactérien néonatal à terme repose sur le dépistage systématique du portage maternel du Streptocoque B.

Pour qui ? Toutes les patientes. Seules les patientes ayant eu une bactériurie positive à streptocoque B au cours de la grossesse, ou un ATCD d'infection néonatale à streptocoque B au cours d'une grossesse précédente sont exemptées du dépistage.

Quand ? Entre **35 SA et 37 SA**.

Comment ? Par un **prélèvement vaginal**.

Rappel de la technique : pose d'un spéculum stérile (sans lubrifiant), ne pas appliquer d'antiseptique, balayage à l'écouvillon de l'ensemble de la cavité vaginale : culs de sac vaginaux, exocol, et surtout **1/3 inférieur du vagin** jusqu'à l'orifice vulvaire (2 écouvillons identiques, avec le même balayage).

Milieu de culture non enrichi : ensemencement sur des milieux gélosés (délai de réponse > 18h). Réponse semi quantitative.

Demander un **antibiogramme uniquement si la patiente est allergique à la pénicilline**.

4. BIBLIOGRAPHIE

- 1) Schrag SJ, Zywicki S, Farley MM, Reingold AL, Harrison LH, Lefkowitz BL, Hadler JL, Danila R, Cieslak PR, Schuchat A. Group B Streptococcal disease in the era of intrapartum antibiotic prophylaxis. *N Engl J Med* 2000; 342:15.
- 2) Parry S, Strauss JF. Premature rupture of the fetal membranes. *N Engl J Med* 1998; 338:663.
- 3) Lewis DF, Robichaux AG, Jaekle RK, et al. Expectant management of preterm premature rupture of membranes and nonvertex presentation: what are the risks?. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196:566.
- 4) Alexander JM, Mercer BM, Miodovnik M, et al. The impact of digital cervical examination on expectantly managed preterm rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2000 ; 183:1003.
- 5) ACOG Practice Bulletin No. 80 : premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol* 2007 ; 109:1007.
- 6) Naef RW, 3rd, Allbert JR, Ross EL, et al. Premature rupture of membranes at 34 to 37 weeks' gestation: aggressive versus conservative management. *Am J Obstet Gynecol* 1998 ; 178:126.
- 7) Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes. *Cochrane Database Syst Rev* 2003 : CD001058.
- 8) Mozurkewich EL, Wolf FM. Premature rupture of membranes at term: a meta-analysis of three management schemes. *Obstet Gynecol*. 1997 Jun;89(6):1035-43.
- 9) Hannah M, Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term *N Engl J Med* 1996;334:1615-a.
- 10) Philippe Audra, Jean-Charles Pasquier. Rupture prématurée des membranes. EMC 2002.
- 11) Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease. *MMWR* 2002 ; 51:1–18.6. Heath.
- 12) Smail F. Intrapartum antibiotics for group B streptococcal colonisation. *Cochrane Database Syst Rev* 2002 ; CD000115.
- 13) Moore MR Schrag SJ Schuchat A. Effects of intrapartum antimicrobial prophylaxis for prevention of group B streptococcal disease on the incidence and ecology of early onset neonatal sepsis. *Lancet Infect Dis* 2003; 3 : 201–13.
- 14) Schrag SJ, Zell ER, Lynfield R, Roome A, Arnold KE, Craig AS, et al. A population-based comparison of strategies to prevent early onset group B streptococcal disease in neonates. *N Engl J Med* 2002; 347 : 233–9.

- 15) Schrag S, Gorwitz R, Fultz-Butts K, Schuchat A. Prevention of perinatal group B streptococcal disease. Revised guidelines from CDC. MMWR Recomm Rep 2002 ; 51:1.
- 16) ACOG Committee Opinion No. 279. Prevention of early-onset group B streptococcal disease in newborns. Obstet Gynecol 2002 ; 100 : 1405.
- 17) Perinatal group B streptococcal disease after universal screening recommendations- United States, 2003-2005. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2007 ; 56:701.
- 18) Sutkin G, Krohn MA, Heine RP, Sweet RL. Antibiotic prophylaxis and non-group B streptococcal neonatal sepsis. Obstet Gynecol 2005 ; 105 : 581
- 19) Prevention of early onset neonatal group B streptococcal disease, Guideline 36, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists November 2003. Available at www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=520 (Accessed on January 18, 2006).
- 20) HAS Recommandation pour la pratique clinique : Prévention anténatale du risque infectieux bactérien néonatale précoce Septembre 2001. Service recommandations et références professionnelles.
- 21) Craig A. Morin, Karen White, Anne Schuchat, Richard N. Danila, and Ruth Lynfield Perinatal Group B Streptococcal Disease Prevention, Minnesota Emerging Infectious Diseases • www.cdc.gov/eid • Vol. 11, No. 9, September 2005.
- 22) Gilbert RE, Pike K, Kenyon SL, Tarnow-Mordi W, Taylor DJ. The effect of prepartum antibiotics on the type of neonatal bacteraemia insights from the MRC ORACLE trials. BJOG. 2005 Jun ; 112 (6) : 830-2.
- 23) Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan 25 ; (1) : CD005302. Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more).
- 24) Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of the membranes : a systematic review. Obstet Gynecol. 2004 Nov ; 104 (5 Pt 1) : 1051-7.
- 25) N. Seince, F. Biquard, R. Sarfati, P. Barjot, F. Foucher, L. Lassel, C. Levailant, R. M'Bwang Seppoh, F. Perrotin, N. Rachedi, O. Guérin, F. Pierre, P. Descamps Rupture prématurée des membranes à terme : quel délai d'expectative ? Résultats d'une étude prospective multicentrique à propos de 713 cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001 ; 30 : 42-50.

5. DIFFUSION

Tous les professionnels des maternités du réseau, la cellule de régulation, les infirmiers du réseau, les Samu.