



PROTOCOLE OBSTETRICAL N°11

RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES A TERME

PROTOCOLE OBSTETRICAL N°11

RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES A TERME

Suivi des modifications				
N° version	Date de la validation	Rédaction	Relecture	Validation
1	20/07/2018	Groupe de travail régional* Rapporteur : Dr Caroline PEYRONEL	Groupe de relecture régional	Conseil scientifique

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 »

PROTOCOLE OBSTETRICAL N°11

RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES A TERME

Objet

Ce protocole concerne la prise en charge des ruptures prématurées des membranes précisant les indications de naissance, d'antibioprophylaxie et d'antibiothérapie après 37 semaines d'aménorrhée.

Préambule : Modalités de dépistage du streptocoque B (SGB) pendant la grossesse :

- Le dépistage du SGB doit être réalisé par un prélèvement vaginal réalisé **moins de 5 semaines** avant la naissance et donc prescrit systématiquement en consultation de suivi de grossesse pour être réalisé à partir de 36 semaines d'aménorrhée

- **En cas d'allergie vraie à la Pénicilline**, il est recommandé de prescrire un prélèvement vaginal en spécifiant la réalisation d'un antibiogramme en cas de SGB ou de germe pathogène de façon à adapter au mieux l'antibioprophylaxie.

1. DEFINITION DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES A TERME

- Rupture des membranes avant le début du travail
- Après 37 semaines d'aménorrhée

2. DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE INITIALE

- Diagnostic :
Le diagnostic est clinique reposant sur l'interrogatoire et l'examen clinique identifiant un écoulement de liquide à l'examen au spéculum.
En cas de doute, un test complémentaire peut être réalisé (test à la nitrazine, test à la recherche de l'IGF-BP1 ou test à la recherche de PAMG-1 selon les ressources du service).
- Prise en charge initiale :
 - Constantes maternelles : température, pouls
 - Toucher vaginal
 - Bilan biologique à réaliser d'emblée à la recherche d'un syndrome inflammatoire : NFS, CRP, PV, ECBU si BU positive
 - Vérifier le résultat du PV de fin de grossesse réalisé dans les 5 semaines précédentes ou réaliser un PV avec recherche rapide de streptocoque B par POC si possible
 - Cardiotocographie

PROTOCOLE OBSTETRICAL N°11

RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES A TERME

3. INDICATIONS DE NAISSANCE ET DELAI

- **Envisager une naissance rapide** (déclenchement **immédiat, voir césarienne**) en cas de signes cliniques et/ou biologiques de chorioamniotite associant :
 - Une fièvre maternelle (> 38°C)
 - Et présence du ou des signes suivants :
 - Sensibilité utérine, contractions utérines
 - Odeur anormale du LA
 - Tachycardie fœtale (> 160 bpm)
 - Hyperleucocytose (> 15 000 GB / mm³) ou leucopénie < 5000/mm³
 - PCR > 15
 - Tachycardie maternelle (> 100-120/mn)
 - Diminution des MAF
 - ***En l'absence de fièvre maternelle mais en présence des signes d'alerte suivants : sensibilité utérine, odeur anormale du LA, tachycardie fœtale, diminution ou absence des MAF, discuter du délai de naissance (déclenchement ou césarienne).***

- **Déclenchement dans les 12 à 24 heures** de durée d'ouverture de l'œuf en l'absence des signes précédents et selon les conditions locales (**naissance souhaitable dans les 36-48h**)

- **En précisant que :**
 - Prescription d'un second dispositif de Dinoprostone (Propess®) à éviter en cas de conditions locales défavorables 24 heures après l'application d'un premier tampon de Dinoprostone.
 - En cas d'utérus cicatriciel : expectative envisageable pendant 24 heures avec surveillance des critères cliniques infectieux et en l'absence de ceux-ci. Déclenchement possible par ballonnet dans ces cas (pas d'augmentation du risque de chorioamniotite par mise en place de ballonnet comparé aux prostaglandines quel que soit l'indication de déclenchement.

PROTOCOLE OBSTETRICAL N°11

RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES A TERME

4. INDICATION D'UNE ANTIBIOPROPHYLAXIE

<p>Schéma de l'antibioprophylaxie :</p> <p>Amoxicilline (Clamoxyl®) 2g puis 1g toutes les 8 heures par voie IV jusqu'à la naissance</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p>en cas d'allergie à la Pénicilline en accord avec le GO ou ARE :</p> <p>Si allergie à bas risque : Céfazoline 2g puis 1g toutes les 8 heures par voie IV</p> <p>Si allergie à haut risque : Clindamycine (Dalacine®) 900mg toutes les 8 heures par voie IV (idéalement adapté à l'antibiogramme du PV de fin de grossesse)</p>

<p>Critères d'antibioprophylaxie ou antibiothérapie per-partum adéquate (Recommandations HAS, grade B) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Voie parentérale ▪ Au moins 4 heures avant la naissance ▪ En utilisant Pénicilline G, Ampicilline, Amoxicilline ou Céfazoline ▪ Tout autre traitement antibiotique (molécules, modalités et délais d'administration) étant considéré comme inadéquate

OPTION 1	OPTION 2
<p>Antibioprophylaxie immédiate dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ En cas de portage de streptocoque B pendant la grossesse actuelle (PV ou ECBU) ➤ En cas d'antécédent d'infection néonatale précoce à streptocoque B 	
<p style="text-align: center;">A 12heures de RPM :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Antibioprophylaxie dans <u>TOUS</u> les autres cas 	<p style="text-align: center;">A 12 heures de RPM :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Antibioprophylaxie: En cas de PV inconnu ou datant de plus de 5 semaines ➤ Pas d'antibioprophylaxie même si durée supérieure à 12H avec <u>PV négatif de moins de 5 semaines</u> (et pas de signes d'alertes de chorioamniotite)

PROTOCOLE OBSTETRICAL N°11

RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES A TERME

5. INDICATION D'UNE ANTIBIOTHERAPIE

En cas de signes de chorioamniotite maternels et/ou fœtaux:

➤ En l'absence allergie à l'amoxicilline :

- **Amoxicilline** 2g IV sur 30 min puis 1g IVDL/8h
- Et **Gentamicine** (5 mg/kg/jour) en IVL 30 min en 1 injection /j pendant 48h00

➤ En cas d'allergie à la Pénicilline et après avis du GO ou de l'ARE:

Si allergie à bas risque : Cefazoline 2g puis 1g toutes les 8 heures par voie IV

Si allergie à haut risque : **Clindamycine** (Dalacine®) 900 mg toutes les 8h en perfusion sur 1h
Ou antibiotique adapté à l'antibiogramme

Glossaire

RPM : Rupture Prématurée des Membranes
IGF-BP1 : Insulin-like Growth Factor-Binding Protein-1
PAMG-1: Placental Alpha 1-Microglobulin
NFS: Numération Formule Sanguine
CRP: C-Reactive Protein
PV : Prélèvement vaginal
POC : laboratoire « Point-Of-Care »

PROTOCOLE OBSTETRICAL N°11

RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES A TERME

BIBLIOGRAPHIE

1. <http://www.societe-francaise-neonatalogie.fr/wp-content/uploads/2017/02/LABEL-HAS-RECOMMANDATIONS-INBP.09.2017.pdf>
2. Middleton P et al., Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more), Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jan 4
3. [McMaster K](#) et al, Evaluation of a Transcervical Foley Catheter as a Source of Infection: A Systematic Review and Meta-analysis, [Obstet Gynecol.](#) 2015 Sep
4. Saccone G, Berghella V, Antibiotic prophylaxis for term or near-term premature rupture of membranes: metaanalysis of randomized trials, Am J Obstet Gynecol. 2015 May;212(5):627.e1-9.
5. Wojcieszek AM, Stock OM, Flenady V, Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term, Cochrane Database Syst Rev. 2014 Oct 29;(10)
6. Recommandation de Bonne Pratique HAS, Accouchement Normal: accompagnement de la physiologie et interventions médicales, Décembre 2017
7. Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement des infections maternelles périnatales. 2015, WHO

PROTOCOLE OBSTETRICAL N°11

RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES A TERME

*Groupe de travail

Rapporteur : Dr Caroline PEYRONEL

Participants :

Dr Caroline ADRADOS, gynécologue obstétricien, CHU Nice
Dr Julie BLANC, gynécologue obstétricien, CHU Nord
Mme Katia BOUJNAIAH, Sage-femme cadre, CHU Nice
Dr Marianne CAPELLE, gynécologue obstétricien, CHU Conception
Dr Cécile CHAU, gynécologue obstétricien, CHU Nord
Dr Laurence FAYOL, Pédiatre, CHU Conception
Mme Corinne GARCIA, Sage-femme cadre CHU Conception
Dr Béatrice GUIDICELLI, gynécologue obstétricien, CHU Conception
Dr Hélène HECKENROTH, gynécologue obstétricien, CHU Conception
Dr Anne-Marie MAILLOTTE Pédiatre, CHU Nice
Dr Sandrine MARIOLI, Pédiatre, CHU Nice
Dr Mélinda PETROVIC, gynécologue obstétricien, CHU Nord
Dr Marine QUINQUIN, gynécologue obstétricien, CHU Nice
Dr Raha SHOJAI, gynécologue obstétricien, Maternité de l'Etoile
Dr Cynthia TRASTOUR, gynécologue obstétricien, CHU Nice
Mme Valérie VAUGIRARD, Sage-femme cadre, CHU Nord

Membres de droit du conseil scientifique

Pr André BONGAIN (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHU Nice
Dr Farid BOUBRED (et/ou suppléant) pédiatre réanimation néonatale APHM
Pr Florence BRETELLE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien APHM
Pr Bruno CARBONNE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHPG Monaco
Pr Claude D'ERCOLE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien APHM
Pr Jérôme DELOTTE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHU Nice
Dr Sergio ELENI DIT TROLLI (et/ou suppléant) pédiatre réanimation néonatale CHU Nice
Dr Catherine GIRE (et/ou suppléant) pédiatre néonatalogie APHM
Pr François POINSON (et/ou suppléant) pédopsychiatre APHM

Membres consultatifs du conseil scientifique

Dr Caroline ADRADOS gynécologue obstétricien CHU Nice
Dr Julie BLANC gynécologue obstétricien APHM
Dr Michel DUGNAT pédopsychiatre APHM
Dr Caroline PEYRONEL gynécologue obstétricien CH La Ciotat
Dr Jean-Claude PICAUD pédiatre CH Cannes
Dr Cynthia TRASTOUR, gynécologue obstétricien, CHU Nice
Dr François TURK gynécologue obstétricien libéral (Var), représentant des URPSML
Dr Jean VOISIN médecin généraliste, directeur en retraite du CAMSP d'Avignon