

## PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

# RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES AVANT TERME

Suivi des modifications				
N° version	Date de la validation	Rédaction	Relecture	Validation
1	22/05/2020	Dr Franck MAUVIEL	Groupe de travail 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 OBSTÉTRICAL

## RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES AVANT TERME

### 1. DÉFINITIONS

Ce protocole concerne la prise en charge des ruptures prématurées des membranes avant 37<sup>+0</sup> semaines d'aménorrhée.

### 2. DIAGNOSTIC ET BILAN INITIAL

Le diagnostic est clinique. Le test biologique n'est nécessaire que si doute clinique.

#### a. Examen clinique

- Constantes maternelles : température maternelle, pouls, tension artérielle.
- Examen au spéculum stérile : écoulement de liquide amniotique (couleur, abondance), dilatation cervicale
- Si l'évaluation cervicale est nécessaire (transfert envisagé, diagnostic de travail) : cervicométrie ou TV (mais limiter le nombre d'examen)

#### b. Paraclinique

- En cas de doute diagnostique, faire un test de RPM (IGF-BP1 ou PAMG-1 selon les ressources du service) : très bonne VPN, mais faible spécificité (par ex. col modifié)
- Bilan sanguin : NFS, CRP, ECBU, PV
- Échographie obstétricale : Présentation fœtale, localisation placentaire, biométries et estimation du poids fœtal, quantité de LA ± longueur cervicale (jusqu'à 33<sup>+6</sup> SA)
- Cardiotocographie (à partir de 24<sup>+0</sup> SA)

#### c. Éliminer en premier lieu une Infection Intra-Utérine +++

#### Critères diagnostiques :

- Hyperthermie maternelle (> 38°C)
- + au moins 2 des signes suivants :
  - Douleurs utérines ou contractions utérines ou mise en travail spontané
  - LA purulent
  - Tachycardie fœtale persistante (> 160 bpm)

→ Dès le diagnostic d'IIU : cf. § 4. a.

# PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

## RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES AVANT TERME

### 3. PRISE EN CHARGE INITIALE

#### a. Information des parents (idéalement conjointe obstétrico-pédiatrique)

- Pronostic obstétrical : selon le terme (risque de prématurité spontanée ou induite)
- Pronostic foetal néonatal : selon le terme (avis néonatalogique si disponible)
- Pronostic maternel (risque de septicémie et morbidité en cas de césarienne)

#### b. Hospitalisation et mise en condition

- Au moins une semaine
- Repos, pas d'alitement strict
- Évaluer le risque thromboembolique et adapter la prévention
- Pose d'un cathéter IV (à retirer à 48 heures si patiente stable et pas d'administration IV)
- Organiser un TMF selon le terme et le type de maternité d'accueil (entre 23<sup>+0</sup> et 23<sup>+6</sup> SA : à discuter avec l'équipe du type III)

#### c. Traitement

- Antibioprophylaxie probabiliste dès l'admission :
  - Pas de voie d'administration préférentielle : IV ou PO
  - Pendant au moins 48 heures
  - Amoxicilline 2 g puis 1 g toutes les 8 heures
  - Si allergie à la pénicilline, en accord avec le GO ou l'ARE :
    - Si allergie à bas risque : Céfazoline 2 g IV puis 1 g toutes les 8h
    - Si allergie à haut risque : Clindamycine 900 mg toutes les 8h
- Tocolyse :
  - **Aucun bénéfice néonatal + risque de masquer des signes d'IU**
  - → Pas d'indication en l'absence de CU, même si TMF
  - Entre 24<sup>+0</sup> et 33<sup>+6</sup> SA
  - Pendant les 48 premières heures maximum
  - À ne prolonger au-delà du transfert qu'après avis médical
  - Modalités : Atosiban pour les TMF selon les indications du Protocole du Réseau PRISE EN CHARGE DE LA MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ À MEMBRANES INTACTES ET CORTICOTHÉRAPIE ANTÉNATALE
- Corticothérapie :
  - Entre 24<sup>+0</sup> et 33<sup>+6</sup> SA (à discuter au cas par cas avec le type III entre 23<sup>+0</sup> et 23<sup>+6</sup> SA)
  - Modalités : cf. Protocole du Réseau PRISE EN CHARGE DE LA MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ À MEMBRANES INTACTES ET CORTICOTHÉRAPIE ANTÉNATALE
- Sulfate de magnésium :
  - Si naissance imminente (= contre-indication au TMF)
  - Avant 32<sup>+0</sup> SA
  - Modalités : cf. Protocole du Réseau MISE EN PLACE D'UN TRAITEMENT PAR SULFATE DE MAGNÉSIUM

#### d. Surveillance

- Palper utérin, tension artérielle, température et pouls au moins 2 fois par jour
- MAF, couleur, odeur de l'écoulement de LA
- PV - ECBU x 1 / semaine + NFS - CRP x 2 / semaine
- Cardiotocographie 1 fois par jour (à partir de 24<sup>+0</sup> SA)

# PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

## RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES AVANT TERME

### 4. PRISE EN CHARGE SECONDAIRE

#### a. Si suspicion d'Infection Intra-Utérine → Prise en charge urgente

##### Critères diagnostiques :

- **Hyperthermie maternelle** (> 38°C)
- **+ au moins 2 des signes suivants** :
  - Douleurs utérines ou contractions utérines ou mise en travail spontané
  - LA purulent
  - Tachycardie fœtale persistante (> 160 bpm)

#### 1. Prise en charge immédiate

##### • Bi-antibiothérapie bactéricide probabiliste au moins jusqu'à la naissance :

- **Amoxicilline** 2 g IV sur 30 minutes puis 1 g IVDL toutes les 8 heures
- + **Gentamicine** 5 mg/kg/jour en IVL en 30 min. x 1 par jour pendant 48 heures
- En cas d'allergie à la Pénicilline et après avis du GO ou de l'ARE, on peut proposer :  
*Si allergie à bas risque : Cefazoline* 2 g puis 1 g toutes les 8 heures par voie IV  
*Si allergie à haut risque : Clindamycine* 900 mg toutes les 8 heures en perfusion sur 1 h  
Ou **Aztreonam** 1 g toutes les 8 heures + **Vancomycine** 10 mg/kg toutes les 8 heures  
Ou antibiotique adapté à l'antibiogramme

→ Dans tous les cas, prudence vis-à-vis de ces patientes à risque.

##### • Faire naître l'enfant, quel que soit le terme

- Selon les conditions obstétricales
- Voie basse si conditions très favorables
- Césarienne réservée aux indications obstétricales habituelles (pas d'amélioration du pronostic néonatal démontrée en cas de césarienne et augmentation du risque d'endométrite).
  - Prise en charge néonatale : en fonction du terme, du contexte médical, du pronostic néonatal, de la demande parentale.
  - Surveillance maternelle :
- Surveillance clinico-biologique pluriquotidienne dans le post-partum
- Dépister les signes de sepsis sévère ⇔ réanimation médicale

#### 2. Antibiothérapie dans le post-partum

- 1 seule dose complémentaire en post-partum si accouchement voie basse
- Poursuite de l'antibiothérapie si bactériémie, fièvre persistante à 48 heures, obésité, césarienne
- Si fièvre persistante à 48-72h du post-partum : exclusion de causes infectieuses et non infectieuses (thrombophlébite pelvienne, abcès pelvien ou de paroi...) et élargissement du spectre antibiotique (BMR, etc...)

# PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

## RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES AVANT TERME

### b. En l'absence de suspicion d'IIU

#### 1. Poursuite de l'antibioprophylaxie

- À adapter aux résultats bactériologiques
- Durée de 7 jours en tout, mais arrêt possible au bout de 48 h si PV négatif et aucun signe infectieux
- Pas de reprise systématique de l'antibioprophylaxie si latence, élévation isolée de la CRP ou portage bactérien vaginal asymptomatique

#### 2. Retour à domicile

À l'issue de la période d'évaluation initiale, un retour à domicile peut être envisagé, après concertation dans la maternité dont la patiente dépend, si aucun signe infectieux clinique ou biologique et si une surveillance rapprochée est possible, c'est à dire :

- Conditions socio-économiques suffisantes, repos possible (pas de repos strict au lit)
- Monitoring une fois par jour, week-ends et fériés compris ;
- Suivi obstétrical rapproché

#### 3. Naissance

- A discuter à partir de 37<sup>+0</sup> SA pour toute RPM avant terme
- Pas d'indication de naissance avant 37<sup>+0</sup> SA si pas de complication, même si PV + SGB
- Modalités selon protocole du Réseau RUPTURE DES MEMBRANES À TERME AVANT TRAVAIL
- Voie d'accouchement : selon indications obstétricales habituelles
- Déclenchement possible selon modalités habituelles de la maternité
- Antibioprophylaxie perpartum : cf. Protocole du Réseau INFECTION NÉONATALE BACTÉRIENNE PRÉCOCE du nouveau-né ≥ 34 SA
- Anapath et bactériologie du placenta

# PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

## RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES AVANT TERME

### 5. CAS PARTICULIER DES RPM AVANT 24 SA

- Hospitalisation initiale pour évaluation dans la maternité d'origine (éliminer une IIU)
- Pas de monitoring fœtal, tocométrie non indispensable si activité utérine ressentie, tocolyse non recommandée, pas de corticothérapie
- Antibioprophylaxie : cf. supra
- Surveillance échographique (quantité de LA à l'entrée, réévaluée à J7 puis J14)
- Retour à domicile possible selon le souhait des parents
- Pas de réhospitalisation systématique hors complication ou évènement intercurrent
- Lieu de naissance à discuter avec l'équipe obstétrico-pédiatrique du type III de référence
- Information par un néonatalogue de maternité de type III sur le pronostic fœtal et néonatal (consultation dans le cadre d'un CPDPN et/ou TMF entre 23<sup>+0</sup> et 23<sup>+6</sup> SA)
- Place de l'IMG : critères pronostiques controversés ⇨ consultation et/ou staff au CPDPN si demande parentale

### Glossaire

BMR : Bactéries Multi-Résistantes
CRP : C-Reactive Protein
IGF-BP1 : Insulin-like Growth Factor-Binding Protein-1
IIU : Infection Intra-Utérine
INBP : Infection Néonatale Bactérienne Précoce
LA : Liquide Amniotique
NFS : Numération Formule Sanguine
PAMG-1 : Placental Alpha 1-Microglobulin
POC : Laboratoire « Point-Of-Care »
PV : Prélèvement vaginal
RPMAvT : Rupture Prématurée des Membranes Avant Terme
TMF : Transfert Materno-Fœtal

# PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

## RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES AVANT TERME

### Groupe de travail

#### **Rapporteur :**

Dr Franck MAUVIEL, gynécologue obstétricien, CH Toulon

#### **Participants :**

Dr Julie BLANC, gynécologue obstétricien APHM

Dr Véronique BREVAUT, pédiatre, Néonatalogie APHM

Dr Cécile CHAU, gynécologue obstétricien APHM

Dr Clotilde DES ROBERT, pédiatre, Néonatalogie APHM

Dr Raoul DESBRIERE, gynécologue obstétricien, Hôpital Saint Joseph, Marseille

Dr Hélène HECKENROTH, gynécologue obstétricien APHM

Dr Anne-Sophie MAISONNEUVE, gynécologue obstétricien, CH Aubagne

Dr Caroline PEYRONEL, gynécologue obstétricien CH La Ciotat

Dr Raha SHOJAI, gynécologue obstétricien, Clinique de l'Étoile, Aix en Provence

#### **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 BRETTELL (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 ELENIT 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 Isabelle LECLAIR médecin généraliste (Var), représentant des URPSML

Dr Jean VOISIN médecin généraliste, directeur en retraite du CAMSP d'Avignon