

PROTOCOLE OBSTETRICAL N°11 RUPTURE DES MEMBRANES À TERME AVANT TRAVAIL

Suivi des modifications				
N° version	Date de la validation	Rédaction	Relecture	Validation
A	20/07/2018	Groupe de travail régional* Rapporteur : Dr Caroline PEYRONEL	Groupe de relecture régional	Conseil scientifique
B	04/02/2020	Mise à jour : Dr Caroline Peyronel et Dr Franck Mauviel : actualisation après les RPC du CNGOF 2020	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.* »

PROTCOLE OBSTETRICAL N°11

RUPTURE DES MEMBRANES À TERME AVANT TRAVAIL

Objet

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

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. DÉFINITION DE LA RUPTURE DES MEMBRANES À TERME AVANT TRAVAIL

- 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

PROTCOLE OBSTETRICAL N°11

RUPTURE DES MEMBRANES À TERME AVANT TRAVAIL

3. INDICATIONS DE NAISSANCE ET DÉLAI

- **Envisager une naissance rapide** (déclenchement **immédiat, voir césarienne**) en cas de signes cliniques et/ou biologiques d'infection intra-utérine associant :
 - Une fièvre maternelle (> 38°C)
 - Et présence d'au moins un signe parmi :
 - Liquide amniotique purulent
 - Tachycardie foetale (> 160 bpm) persistante
- **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 d'infection intra-utérine par mise en place de ballonnet comparée aux prostaglandines, quelle que soit l'indication de déclenchement).

PROTCOLE OBSTETRICAL N°11

RUPTURE DES MEMBRANES À TERME AVANT TRAVAIL

4. INDICATION D'UNE ANTIBIOPROPHYLAXIE

Schéma de l'antibioprophylaxie :

Amoxicilline 2 g puis 1 g toutes les 8 heures par voie IV jusqu'à la naissance

En cas d'allergie à la Pénicilline en accord avec le GO ou ARE, on peut proposer :

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

Si allergie à haut risque : Clindamycine 900 mg toutes les 8 heures par voie IV
(idéalement adapté à l'antibiogramme du PV de fin de grossesse)

Rappel : Critères d'antibioprophylaxie ou antibiothérapie per-partum adéquate selon les recommandations HAS sur la prévention de l'INBP (grade B) :

- 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 inadéquat.**

OPTION 1

OPTION 2

Antibioprophylaxie immédiate dans les situations suivantes :

- 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

A 12 heures de RMTAT :

- **Antibioprophylaxie dans TOUS les autres cas.**

A 12 heures de RMTAT :

- **Antibioprophylaxie** : En cas de PV inconnu ou datant de plus de 5 semaines
- **Pas d'antibioprophylaxie** même si durée supérieure à 12 heures avec PV négatif de moins de 5 semaines (et pas de signes d'alerte d'IIU)

PROTCOLE OBSTETRICAL N°11

RUPTURE DES MEMBRANES À TERME AVANT TRAVAIL

5. INDICATION D'UNE ANTIBIOTHÉRAPIE

En cas de signes maternels et/ou fœtaux d'infection intra-utérine :

- En l'absence allergie à l'amoxicilline :
 - **Amoxicilline** 2 g IV sur 30 min puis 1 g IVDL toutes les 8 heures
 - Et **Gentamicine** (5 mg/kg/jour) en IVL 30 min en 1 injection 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 heure
Ou **Aztreonam** 1 g toutes les 8 heures + **Vancomycine** 10 mg/kg toutes les 8 heures
Ou antibiotique adapté à l'antibiogramme

Glossaire

RMTAT : Rupture des Membranes à Terme Avant Travail
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 »
INBP : Infection Néonatale Bactérienne Précoce
IIU : Infection Intra-Utérine

PROTCOLE OBSTETRICAL N°11

RUPTURE DES MEMBRANES À TERME AVANT TRAVAIL

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 : Accouchement Normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales, HAS, Décembre 2017
7. Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement des infections maternelles périnatales, WHO, 2015.
8. Recommandations pour la Pratique Clinique : Rupture des membranes à terme avant travail, CNGOF, Janvier 2020.

PROTCOLE OBSTETRICAL N°11

RUPTURE DES MEMBRANES À TERME AVANT TRAVAIL

*Groupe de travail

Rapporteurs : Dr Caroline PEYRONEL – Dr Franck Mauviel

Participants :

Dr Caroline ADRADOS, gynécologue obstétricien, CHU Nice
Dr Julie BLANC, gynécologue obstétricien, CHU Nord
Mme Katia BOUJNIAH, 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 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 ELENI DIT TROLLI (et/ou suppléant) pédiatre réanimation néonatale CHU Nice
Dr Catherine GIRE (et/ou suppléant) pédiatre néonatalogie APHM
Pr François POINSO (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