

La rupture prématurée des membranes

DEFINITION: Rupture prématurée de l'amnios et le chorion du pôle inférieur de l'œuf avant le début du travail.

Accident fréquent 3-10% des gsses et grave pour le fœtus soumis au risque infectieux, pour la mère :risque infection ,chorioamniotite ,endométrite.

- ➔ La RPM est qualifiée par une latence supérieure à 12H ou 24H.
- ➔ La rupture est précoce lorsqu'elle survient en début de travail.
- ➔ La rupture est dite tempestive au cours du travail ou à dilatation complète.

Physiopathologie de la rupture prématurée des membranes

deux membranes, l'amnios et le chorion

brèches spontanées, le plus souvent en regard de l'orifice interne du col

l'amnios est six à neuf fois plus résistant à l'étirement que la couche sous-jacente, le chorion

La RPM peut s'expliquer d'une part par un amincissement focalisé des membranes, d'autre part par une atteinte chimique.

- Facteur mécanique

L'amincissement des membranes apparaît plutôt généralisé lorsque l'on s'approche du terme et plutôt focalisé lorsque la RPM survient avant terme. Une surdistension peut être liée à un hydramnios ou à une grossesse multiple, à l'existence de contractions utérines. Cette surdistension augmenterait la production de prostaglandines E2.

- Facteur chimique

- Une augmentation de la dégradation du collagène peut être retrouvée
- D'autres protéases ont été incriminées dans la genèse d'une RPM : la trypsine, l'élastase, les enzymes bactériens collagénolytiques, les cystines protéinases et les protéoglycanases.
- Enfin, la consommation tabagique double le risque de RPM. Elle présente une relation dose-dépendante et fait intervenir différents mécanismes :
 - concentration de nicotine dans le mucus cervical ;
 - inhibition de la fixation des macrophages sur les microbes.

- Rôle de l'infection

De nombreuses études démontrent qu'une proportion importante de patientes atteintes d'une RPM présentent une infection

- L'infection cervicovaginale facilite la RPM en stimulant la collagénolyse et en provoquant des contractions utérines, en dégradant les immunoglobulines A (IgA) du mucus cervical et en modifiant l'acidité vaginale.
- La dégradation du collagène peut être induite de diverses manières :
 - Libération directe de protéases par les micro-organismes démontrée in vitro pour le staphylocoque doré, le streptocoque B, le Trichomonas, les germes de la vaginose bactérienne, le Pseudomonas et les entérobactéries. Inversement, la protéolyse est inhibée in vitro dans les membranes foetales par l'apport d'antibiotiques (macrolides) ;
 - Synthèse de métalloprotéinases par l'endotoxine de bactéries à Gram négatif ;
 - Réaction inflammatoire supportée par les polynucléaires neutrophiles et les monocytes recrutés qui produisent des cytokines (interleukine 1 et tumour necrosis factor [TNF]) qui stimulent l'activité des collagénases en dégradant le collagène de type III

Données épidémiologiques

- Facteurs favorisants
 - les catégories sociales les plus défavorisées
 - l'exposition prolongée au tabac et à d'autres drogues
 - interruptions volontaires de grossesse si elles sont multiples
 - La béance cervico-isthmique constitue de loin le principal facteur
 - La fréquence des hématomes rétroplacentaires est multipliée par cinq lors des RPM avant terme
 - Le placenta praevia peut également se compliquer d'une RPM
 - Le travail prématuré est une complication souvent suivie d'une RPM avant terme
 - la RPM avant terme peut être consécutive à un geste invasif sur la cavité ovulaire
 - Il s'agit habituellement d'une fissuration haute des membranes survenant dans les 24 heures chez 1,2 % des femmes ayant subi une amniocentèse précoce. Ces fissurations peuvent guérir spontanément sous l'effet du repos
 - Malnutrition : carence en vit C, zinc
 - Maladies du collagène
 - Age maternel avancé.

Complications de la rupture prématurée des membranes avant terme

- ❖ La RPM avant terme peut entraîner quatre catégories de complications : la survenue d'une prématurité, l'infection, des complications funiculaires et placentaires des conséquences liées à une rupture très précoce.
- ❖ Prématurité
 - La RPM s'accompagne d'un accouchement dans les 24 premières heures dans 60 % des cas
- ❖ Complications infectieuses
 - L'infection peut survenir à la suite d'une contamination bactérienne ascendante et apparaît comme la conséquence de la rupture
 - L'infection peut survenir avant la naissance et atteindre les annexes placentaires, il s'agit alors d'une chorioamniotite
 - atteindre le fœtus dans le cas d'une infection néonatale
 - infection du post-partum de la mère et il s'agit alors d'une endométrite
 - Le streptocoque B et *Escherichia coli* prennent une place particulière et représenteraient 45 % des germes retrouvés dans les prélèvements fœtaux dans les suites d'infection intra-amniotique
- ❖ Complications funiculaires et placentaires
 - procidence du cordon,
 - anomalies du rythme cardiaque fœtal en rapport avec des compressions funiculaires
 - décollement du placenta
- ❖ Complication des ruptures prématurées des membranes précoces
 - ensemble des déformations que peut présenter le fœtus après RPM
 - hypoplasie pulmonaire
 - déformation des membres à type d'arthrogrypose
 - retard de croissance
 - déformation faciale
 - Les facteurs de risque retrouvés dans la littérature sont : la gravité de l'oligoamnios, l'âge gestationnel au moment de la rupture et la durée de l'exposition à l'oligoamnios

Armes thérapeutiques

- Tocolyse
 - L'atosiban : Tractocile
 - Inhibiteurs Calcique : Adalate Loxen

- Évaluation du risque infectieux
 - portage connu de streptocoque β -hémolytique
 - recherche de l'hyperthermie
 - bilan infectieux
 - prélèvements vaginaux
 - examen cytbactériologique urinaire
 - une numération-formule sanguine (NFS)
 - un dosage de la protéine C réactive (CRP)
 - La définition clinique de la chorioamniotite associe une hyperthermie supérieure 37,8 °C et la présence d'au moins deux des signes suivants :
 - sensibilité utérine,
 - odeur vaginale désagréable,
 - hyperleucocytose supérieure à 15 000 cellules/mm³,
 - tachycardie maternelle supérieure à 100 bpm,
 - tachycardie foetale supérieure à 160 bpm
- Recherche de signe de mise en route du travail
 - tocogramme externe
 - modifications cervicales (échographie cervicale)

☐ **Diagnostic différentiel:**

- Rupture d'une poche amniochoriale.
- Hydrorrhée
- Incontinence urinaire.

Mode d'accouchement

- Naissance devant des modifications cliniques ou paracliniques
 - Mise en route spontanée du travail
 - voie basse est privilégiée dans le cas d'une présentation céphalique
 - présentation du siège : la voie d'accouchement est discutée au cas par cas
 - Hypoxie foetale : anomalies du rythme cardiaque foetal
 - le mode d'accouchement privilégié est la césarienne
 - Signes infectieux
 - Devant l'apparition de signes de chorioamniotite , le mode d'accouchement se décide au cas par cas. Il faut privilégier un mode d'accouchement rapide et, si le travail n'est pas avancé, la césarienne apparaît ici également comme la voie souvent privilégiée.
- Extraction à titre systématique par décision médicale
 - Cette situation peut se produire dans trois circonstances :
 - avant 22 SA dans le cadre d'une interruption volontaire de grossesse à titre médical,
 - à titre systématique après 34 SA. maturation pulmonaire pendant 48 heures effectuée

➔ avant 34 SA: Antibiothérapie ,corticothérapie,tocolyse si CU.

➔ Entre 34-36 SA :déclenchement ou expectative avec antibioprofylaxie.

➔ Une surveillance clinique s'impose température ,les MAF,le rythme cardiaque foetal ,NFS et CRP.

➔ En cas d'RPM à terme :déclenchement du travail par une perfusion d'ocytocine le délais rupture déclenchement ne doit pas excéder les 48H.

Devenir des enfants après rupture prématurée des membranes

- Le devenir néonatal des enfants nés après RPM est essentiellement d'une part la prématurité et d'autre part à la RPM et à ses conséquences propres.
- Mortalité et rupture prématurée des membranes
 - directement corrélée dans la littérature à l'âge au moment de la naissance pour les grands prématurés
- Morbidité des enfants nés après rupture prématurée des membranes
 - Complications pulmonaires
 - La MMH est une des complications les plus importantes de la prématurité
 - L'hypoplasie pulmonaire survient essentiellement pour les RPM avant 24 SA
 - Déformation des membres
 - liée à l'immobilisme directement en rapport avec l'oligoamnios
 - Complications infectieuses
 - La leucomalacie périventriculaire
 - L'ischémie
 - Les phénomènes inflammatoires (chorioamniotite)

Prise en charge des ruptures prématurées des membranes en fonction de l'âge gestationnel

- *Cas de rupture avant 24 semaines d'aménorrhée*
 - Surveillance Elle recherche des signes infectieux et de mise en route spontanée du travail :
 - NFS et CRP deux fois par semaine ;
 - prélèvement bactériologique une fois par semaine ;
 - biométrie foetale tous les 15 jours ;
 - recherche des mouvements foetaux par la mère ;
 - recherche de bruits du coeur deux fois par semaine.
 - Aspect thérapeutique
 - Repos au lit strict.
 - Antibiothérapie au moins jusqu'à la réponse des examens bactériologiques.
 - Pas de tocolyse.
 - Pas de corticothérapie.
- *Cas de rupture après 24-26 semaines d'aménorrhée*
 - Surveillance
 - un enregistrement du rythme cardiaque deux à trois fois par jour ;
 - « un score biophysique échographique deux fois par semaine. »
 - Aspect thérapeutique
 - Repos au lit strict.
 - Transfert in utero vers une maternité de niveau III.
 - Antibiothérapie couvrant le streptocoque B hémolytique.
 - Corticothérapie anténatale.
 - Tocolyse à discuter (peut être nécessaire pour le transport) et ou corticothérapie.
 - Thérapeutique après 48 heures
 - En cas de résultats bactériologiques positifs, il faut adapter le traitement antibiotique
 - La deuxième cure de corticothérapie est réalisée le plus près possible de la naissance.
 - Mode d'accouchement cf. précédent chapitre