

La rupture prématurée des Membranes

Cours de 5^{ème} année de médecine

Présenté par :

DR MEZAACHE –H

Maitre assistante en gynécologie obstétrique

PLAN

- I. Introduction.***
- II. Physiopathologie.***
- III. Diagnostic.***
- IV. Conséquences de la rupture prématurée des membranes.***
- V. Conduite à tenir.***
- VI. Conclusion.***
- VII. Références.***

OBJECTIFS

- être capable:

- d'énumérer les causes des ruptures prématurées des membranes ;
- d'énumérer les conséquences maternelles et fœtales de la rupture ;
- de décrire les moyens cliniques et paracliniques du diagnostic de la rupture prématurée des membranes ;
- de proposer une conduite à tenir en fonction de l'âge de la grossesse ;

INTRODUCTION :

La rupture prématurée des membranes (RPM) se définit comme la rupture franche de l'amnios et du chorion se produisant avant le début du travail quel que soit le terme de la grossesse.

Le terme de « prématuré » s'applique au travail et non à l'âge gestationnel. Cette définition inclut les fissurations de la poche des eaux et exclut les ruptures en cours du travail.

La période de latence est le temps écoulé entre le moment de la RPM et le début du travail. Sa durée peut être extrêmement variable.

PHYSIOPATHOLOGIE :

1-Structure des membranes :

Les membranes fœtales sont composées de deux couches : l'amnios et le chorion, entre lesquelles se situe une couche spongieuse.

-L'amnios est la membrane la plus interne. Elle est formée de collagène et de glycoprotéines. Elle est avasculaire et non innervée. Globalement, l'amnios est six à neuf fois plus résistant à l'étirement que le chorion.

-Le chorion contient également du collagène et il est avasculaire.

-La couche spongieuse effectue la transmission entre l'amnios et le chorion. Cette couche est importante car elle permet à l'amnios de glisser sur le chorion fortement amarré à la caduque maternelle et elle absorbe l'essentiel des contraintes physiques supportées par les membranes ovulaires pendant la grossesse.

2 -Causes des ruptures prématurées des membranes:

Deux phénomènes doivent nécessairement s'associer pour provoquer la rupture :

- d'une part, une anomalie localisée de la structure membranaire ;
- d'autre part, une augmentation du tonus utérin qui fait céder les membranes à un endroit où elles présentent une fragilisation.

Plusieurs éléments sont incriminés:

❖ Traumatisme:

1- physiologique: distension utérine, mouvements fœtaux, contractions utérines (Braxton-Hicks), Coït.

2- iatrogène : toucher vaginal, amnioscopie ,amniocentèse ,cerclage ,biopsie de trophoblaste, ponction du cordon.

❖ Maladie des membranes:

Les membranes peuvent voir leur résistance globale diminuée par des facteurs nutritionnels (vitamine C – Cu – Zn) ou toxiques (tabac, plomb ...) ; la maladie d'Ehlers-Danlos, surtout dans sa forme grave.

❖ Fragilisation des membranes:

- Infections endocervicale et amniotique ++++
- la surdistension globale de la poche des eaux (gémellaire, hydramnios, macrosomie)
- le placenta praevia ou l'insertion basse du placenta.

❖ **Femmes à risques:**

- multiparité.
- âge élevé .
- bas niveau socioéconomique
- les antécédents de rupture prématurée car le risque de récurrence est estimé à 16–30 %.

DIAGNOSTIC :

A-Examen clinique :

➤ Le diagnostic de la RPM est avant tout anamnestique et clinique ; il est évident dans 90 % des cas lorsque l'écoulement est franc, abondant et continu.

L'écoulement survient de façon soudaine en dehors de tout travail, le plus souvent sans signe d'alerte.

La perte de liquide est accrue par une contraction utérine spontanée ou par la mobilisation transabdominale du fœtus (signe de Tarnier).

Quelquefois, l'écoulement est moins abondant, ou intermittent, prêtant à confusion avec des pertes d'urine ou des pertes cervicovaginales.

Dans la majorité des cas, le liquide est clair, mais dans certains cas le liquide peut être méconial ou sanglant.

- L'examen au spéculum stérile est recommandé à l'admission, Il objective la présence de liquide amniotique dans le cul-de sac vaginal postérieur et l'écoulement de liquide par l'orifice cervical.

Il permet enfin de réaliser les prélèvements nécessaires à visée diagnostique et bactériologique.

- Le toucher vaginal (TV) est actuellement déconseillé si la patiente n'est pas en travail. Il augmenterait le risque infectieux.

Dans les ruptures avant terme, il a été démontré qu'il diminue la durée de la phase de latence. Il reste en revanche indiqué si la patiente a des contractions régulières ou lorsqu'on décide de déclencher le travail.

• **B- Examens complémentaires :**

1-Tests diagnostiques : Ils sont inutiles si la rupture est cliniquement évidente.

a- Le test à la nitrazine : qui recherche aussi une élévation du pH endocervical ou vaginal.

Le prélèvement doit être fait dans le cul-de-sac vaginal postérieur ou sur la paroi vaginale latérale pour éviter le mucus cervical.

Le pH vaginal normal est compris entre 4,5 et 6 alors que le pH du liquide amniotique est voisin de 7,2. La réponse est immédiate. Sa sensibilité est bonne (proche de 90 %) mais son taux de faux-positifs est élevé (environ 20 %), pouvant faire poser à tort le diagnostic de rupture.

b- le test à la diamine oxydase :

Il repose sur le dosage dans les pertes vaginales de cette enzyme présente en grande quantité dans le liquide amniotique après 20 SA. Sa valeur prédictive positive est excellente, comprise entre 95 % et 100 %. Mais il fait appel à une méthode radio-isotopique. Actuellement, ce test est de moins en moins utilisé en pratique courante.

c- Le dosage du facteur de croissance de l'insulin dans les pertes cervicales .Le prélèvement est réalisé à l'orifice externe du col ou du vagin.Les résultats sont obtenus en 5 minutes.

Ce test paraît adapté au diagnostic des ruptures du deuxième trimestre.

d- La mise en évidence de la protéine placentale alphamicroglobulin 1 :

dans les pertes vaginales est également proposé .

Les concentrations sont élevées dans le liquide amniotique alors qu'elles sont faibles dans le sang et les sécrétions vaginales.

La sensibilité est excellente (99 %) et la spécificité serait de 100 %. Les faux-négatifs sont exceptionnels ; Le test paraît fiable à n'importe quel âge de la grossesse.

- ❖ Les autres tests (cristallisation, étude cytologique, test à la fluorescéine) ont peu d'intérêt et sont actuellement abandonnés.

2-Bilan infectieux :

En l'absence de signes cliniques d'infection, différents examens biologiques sont proposés à titre systématique dans le but de diagnostiquer précocement une infection infra clinique ; dosage de la protéine C réactive [CRP], Un prélèvement vaginal pour examen bactériologique systématiquement réalisé à l'admission au cours de l'examen au spéculum et un ECBU.

3-Échographie :

L'échographie fournit des renseignements importants.

Elle permet de vérifier la présentation fœtale, la localisation placentaire, de donner une estimation du poids fœtal et d'apprécier la quantité de liquide amniotique restant, tout en sachant qu'il existe d'autres causes d'oligoamnios que la rupture prématurée des membranes.

Elle a l'avantage de l'innocuité mais un examen normal n'élimine pas la rupture.

Conséquences de la rupture prématurée des membranes :

1-Mise en route du travail :

Après rupture prématurée à terme avant travail, la moitié des patientes accouchent dans les cinq heures et 95 % dans les 28 heures.

Après rupture prématurée des membranes avant terme, la durée moyenne de latence avant les naissances varie de dix à 21 jours.

2-Infection:

Elle est souvent la cause de la rupture prématurée des membranes, et parfois la conséquence.

➤ **Infection fœtale:**

Elle se propage par voie funiculaire, transcutanée et transmuqueuse, pénétrant dans le fœtus par le tube digestif, les voies respiratoires et les fosses nasales.

Cette agression microbienne peut être responsable de pneumonie, d'otite, de méningite, d'infection cutanée et de septicémie pour le fœtus.

Le germe le plus souvent observé est le streptocoque du groupe B(SGB) dans plus de la moitié des cas, puis Escherichia coli puis Haemophilus influenzae, et enfin loin après les autres entérobactéries.

➤ **Infection maternelle:**

Elle est consécutive à l'infection amniotique qui provoque une atteinte de la caduque et une endométrite par ascension des bactéries du tractus génital dans la cavité amniotique ouverte.

Ce foyer septique est un point de départ possible de septicémie.

Après 24 heures de rupture, 20 % des mères deviennent fébriles.

L'infection amniotique est en général poly microbienne, aérobie et anaérobie et son incidence est d'autant plus élevée que l'âge de la rupture est plus bas.

3-Prématurité :

La prématurité est la complication majeure de la rupture prématurée des membranes car la rupture induit le travail dans 78 % des cas.

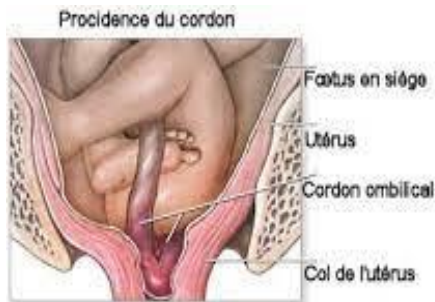
La rupture avant terme expose donc en priorité à la prématurité et à ses conséquences surtout respiratoires et neurologiques.

L'âge gestationnel à la naissance est le principal déterminant des mortalités périnatale et néonatale mais l'âge à la rupture est également considéré comme un facteur pronostique.

Des taux élevés de mortalité sont observés dans les ruptures prématurées avant terme.

4-Procidence du cordon

On doit donc toujours avoir cette complication présente à l'esprit de façon à en faire le diagnostic précocement et à mettre en route le traitement.



< La Procidence Du Cordon >



5-Présentation du siège :

Elle est fréquente du fait de la prématurité

6-Oligoamnios précoce:(srt Avant 26 SA)

Il est responsable de déformations des extrémités, surtout des pieds, de déformations articulaires, le risque majeur est cependant l'insuffisance du développement du thorax avec hypoplasie pulmonaire, d'autant plus grave que la rupture est précoce (avant 26 semaines).

Conduite à tenir:

Chez toutes patientes présentant avant terme une RPM, il faut à l'admission s'assurer :

- de l'âge gestationnel exact ;
- de la présentation fœtale ;
- du bien-être fœtal ;
- de l'absence d'infection

Il faut également rechercher si la patiente a des contractions utérines et dans ce cas estimer si elle est ou non en travail.

La conduite à tenir dépend en grande partie de l'âge gestationnel au moment de la rupture.

En l'absence de travail, les décisions doivent dépendre de la balance bénéfiques/risques entre la poursuite de la grossesse pour gagner en âge et la naissance de l'enfant sans attendre pour éviter une éventuelle complication. Schématiquement, plusieurs périodes sont à envisager.

➤ *Avant 24 semaines :*

-Une interruption médicale de grossesse ne devrait pas être envisagée en l'absence d'anamnios ou de chorioamniotite.

- Si la patiente est en travail, il faut diriger le travail et accoucher par voie vaginale.
- En l'absence de travail, l'expectative avec repos et surveillances clinique et biologique est de mise ; il faut cependant apporter à la mère une information complète, sur les risques de cette expectative, en particulier les conséquences de l'oligoamnios prolongé.

➤ *Entre 24 et 34 semaines :*

Le traitement initial doit comporter :

- une hospitalisation dans une maternité de niveau 3.
- une antibiothérapie, systématique et immédiate, qui diminue la morbidité infectieuse maternelle et néonatal.
- une corticothérapie systématique et immédiate à partir de la viabilité.
- une tocolyse, en faveur de laquelle il existe des arguments, en cas d'activité utérine jusqu'à 34 SA.
- la surveillance doit être stricte, surveillance de l'écoulement, des mouvements actifs, et du tonus utérin, de la température maternelle .
- les TV sont proscrits si la patiente n'est pas en travail.
- La survenue d'une chorioamniotite, ou la persistance d'un anamnios ou d'anomalies du RCF doivent précipiter l'accouchement.

➤ *Après 34 semaines:*

L'antibiothérapie est toujours obligatoire chez une femme non en travail.

Il n'y a pas d'indication à tocolyser ou à administrer des corticoïdes.

Le transfert en niveau 3 ne s'impose plus.

. En absence de signes cliniques ou biologiques de chorioamniotite, essayer de gagner encore un peu de temps.

Si RPM après 37 SA; déclenchement artificiel du travail dès 12 heures après la rupture des membranes en absence de contre indication à la voie basse.

➤ *Surveillance après le traitement initial :*

Il est proposé de surveiller :

- quotidiennement : la température et le pouls maternel, les mouvements actifs fœtaux et le rythme cardiaque fœtal;
- une à deux fois par semaine : la NFS, la CRP, l'examen bactériologique d'un nouveau prélèvement vaginal (recommandations du CNGOF).
- Après l'accouchement, il faut faire tous les prélèvements bactériologiques à la mère et à l'enfant ainsi que sur le placenta et les membranes.

Conclusion

La RPM est une situation fréquente en pratique obstétricale courante, mais sa prise en charge fait encore à ce jour l'objet de plusieurs incertitudes.

Le risque infectieux maternel et néonatal est augmenté. Un prélèvement vaginal doit être fait à l'admission et les TV doivent être limités.

Sur le plan clinique, plusieurs tableaux peuvent se présenter.

La conduite à tenir dépend essentiellement de l'âge gestationnel.

Références:

- ❑ P. Audra, M. Le Garrec Rupture prématurée des membranes à terme et avant terme EMC 5-072-B-10.
- ❑ P. Gillard, L. Sentilhes, P. Descamps Rupture prématurée des membranes en dehors du travail: conduite à tenir pratique d'accouchement chapitre 19 page 233.
- ❑ T. Beillat Rupture prématurée des membranes traité d'obstetrique chapitre 23 page 176.