

I. DEFINITIONS

- Dans les conditions physiologiques, les membranes de l'œuf (chorion et amnios) se rompent spontanément au cours du travail à dilatation complète : c'est la rupture tempesitive
- La rupture est dite précoce lorsqu'elle survient au cours du travail avant la dilatation complète
- Elle est dite prématurée lorsqu'elle se rompt avant le début du travail
- l'œuf étant ouvert, il est d'autant plus exposé à l'infection que le travail tarde à se mettre en route
- la notion de délai entre la rupture et le début de travail est donc très importante, cette durée pouvant varier de 2 à 24 heures et plus de 24heures on parle de rupture prolongée
- Il y a la RPM après 37 SA et la RPM avant terme

II. ETIOLOGIES

1. Fragilisation des membranes

- Infection endo cervicale et amniotique
- Infection urinaire
- Ischémie
 - o par surdistension utérine (GG , hydramnios, macrosomie, présentation irrégulière)
 - o sans surdistension (béance cervicale, placenta praevia, MAP, insertion marginale du cordon)

2. Maladies des membranes

malnutrition : manque en vitamine C ,CU , Zn
maladies du collagène
syndrome d'Ehlers Danlos
Tabac

Autres toxique (plomb)

3. Traumatisme

Physiologique :

- ✓ Distension utérine
- ✓ MAF
- ✓ CU (Braxton-Hicks)
- ✓ Coït
- ✓ Pression barométrique

Iatrogène :

- ✓ TV
- ✓ Amniocentese,
- ✓ Amnioscopie
- ✓ Cerclage
- ✓ Biopsie du trophoblaste
- ✓ Ponction du cordon

4. Idiopathiques

Multiparité

Age élevé

Bas niveau socio-économique

III. DIAGNOSTIC

1. Examen clinique

Dans 80% des cas, le diagnostic est évident, marqué par un écoulement liquidien bien clair, abondant, parfois teinté ou mêlé à des particules de vernix

Cet écoulement survient de manière inopinée, soudaine en dehors de tout travail, il est continue, accru par la mobilisation du fœtus ou ses mouvements

Les signes généraux sont absents, il faut cependant prendre la température pour rechercher une infection

Vérifier les BCF

Au speculum stérile et non lubrifié, on voit bien le liquide qui sourd du col et baigne le cul-de-sac

Le toucher vaginal augmente le risque infectieux donc à éviter sauf si présence de contactions utérines rapprochées pour vérifier la dilatation du col

2. Examen complémentaires

Test à la nitrazine : le pH alcalin du LA fait virer l'indicateur Amniocator[®];
Test à la recherche de l'insulin-like growth factor-binding protein-1 (IGF-BP1) : ActimProm[®] ou Amniodiag[®] Test à la diamine oxydase : sur le placenta se trouve dans le LA
recherche de la fibronectine fœtale
Test à la recherche de placental alpha 1-microglobulin (PAMG-1) : Amnisure
l'échographie obstétricale signifie indirectement par la quantité réduite du liquide amniotique

IV. COMPLICATIONS

- Infection maternelle (chorioamniotite : fièvre 38° + un des signes suivants : tachycardie maternelle ou fœtale, hyperleucocytose 15000, CU, dlrs utérines),
- Infection fœtale, prématurité : MMH, hypoplasie pulmonaire, la leucomalacie périventriculaire ;
- Complication funiculaire et placentaire : Procidence compression du cordon
- Présentation dystocique
- Oligoamnios prolongé si RPM inf à 24sa : déformation des membres, dysmorphie faciale, RCIU

V. PEC

1. RPM avant 24SA

Débuter une antibiothérapie par voie orale : amoxicilline 3g/j pendant 5 jours

La prise en charge initiale se fait par hospitalisation puis si la situation est stable un retour à domicile avec une surveillance clinique et biologique (NFS ; CRP, PV) deux fois par semaine

La patiente est ensuite rehospitalisée à partir de 24 SA

Évaluer la quantité de liquide amniotique, le pronostic est plus défavorable si la plus grande citerne est inférieure à 2cm

En cas de signes cliniques infectieux, il est préférable d'envisager une interruption médicale de grossesse surtout si le bilan biologique est positif (élévation du CRP et hyperleucocytose)

2. RPM entre 24 et 34SA

Hospitalisation systématique pendant au moins 1 semaine

Le lever est autorisé

Bilan infectieux d'entrée qui sera renouvelé 2 fois par semaine : NFS, plaquettes, CRP, Prélèvement vaginal, ECBU

Débuter une corticothérapie sans attendre les résultats du bilan infectieux : bethaméthasone 12mg en IM à renouveler 24 heures après

Dès l'hospitalisation, on débute une antibiothérapie probabiliste pendant 5 jours puis on adapte selon les résultats bactériologiques

s'il existe des doutes de début de chorioamniotite (CRP élevé, température limite), une double antibiothérapie par voie intraveineuse sera instituée, sera ensuite adaptée à l'antibiogramme

surveillance :

échographie deux fois par mois : évaluation de la croissance, de la quantité de liquide amniotique, Doppler ombilical

ERCF : une fois par jour les trois premiers jours puis deux fois par semaine (à répéter si contractions utérines, fièvre maternelle, CRP élevée, etc)

Bilan infectieux deux fois par semaine

Tocolyse intraveineuse de 24 heures en général par inhibiteurs calciques ou par atosiban

Pas de tocolyse au-delà de 34 SA

3. RPM entre 34 et 37SA

Pas de tocolyse

Si suspicion de chorioamniotite, même biologique (CRP habituellement) ; proposer un déclenchement

Expectative jusqu'à 36 SA

Si col favorable : déclenchement à 36 SA

Si col non favorable : expectative jusqu'à 37SA, puis déclenchement après maturation cervicale

4. RPM plus de 37 SA

Bilan infectieux après 12 heures de rupture : NFS, CRP, PV, ECBU puis CRP toutes les 48 heures

Antibiothérapie débutée après 12 heures de rupture et si la patiente n'est pas entrée en travail (amoxicilline 1gx3/j par voie orale)

DAW dès 12 heures après la rupture des membranes si pas de contre-indication à la voie basse

S'il y a une indication de césarienne prophylactique se fait de préférence immédiatement après RPM