

# RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANE

---

COURS DESTINE AUX EXTERNES

PRESENTE PAR DR A.ABES

MODULE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

## A. DEFINITION :

La rupture prématuré des membranes est une solution de continuité des membranes ovulaires (chorion et amnios) mettant en communication la cavité amniotique et le milieu extérieur avant tout début de travail ;

Dans les conditions physiologiques, les membranes de l'oeuf(chorion et amnios) se rompent spontanément au cours du travail à dilatation complète. C'est la rupture tempestive.

La rupture est dite précoce lorsqu'elle survient au cours du travail avant dilatation complète ; elle est dite prématurée lorsqu'elles se rompent avant le début du travail.

La conduite à tenir diffère selon l'age gestationnel auquel survient la rupture.

On définit la période de latence qui est le temps entre la rupture et la naissance.

## B. FREQUENCE :

Estimée à 5-10% des grossesses, responsable d'un tiers des accouchements prématurés.

## C. FACTEURS DE RISQUE :

### 1. LES CAUSES TRAUMATIQUES :

- PHYSIOLOGIQUES : -distension utérine,
  - mouvements foetaux ;
  - contractions utérines ;
  - rapports sexuels ;
  - pression barométrique,
- IATROGENES : -toucher vaginal ;
  - foetoscopie, amnioscopie ou amniocentèse;
  - cerclage du col ;
  - biopsie du trophoblaste,
  - ponction du cordon ;

## 2. LES ANOMALIES OU MALADIE DES MEMBRANES :

- Malnutrition : carence en vitamine C, Zn, CU ou autres ;
- Maladies du collagène ;
- Syndrome d'Ehlers-Danlos
- Le tabac
- Autres toxiques : plomb, ...

## 3. LA FRAGILISATION DES MEMBRANES :

- Infections endo-cervicales et amniotiques
- Infections urinaires
- Surdistension utérine (gemellité, hydramnios, macrosomie, présentation irrégulière.
- Béance cerico-isthmique
- Placenta praevia ;
- Menace d'accouchement prématuré ;
- Anomalies d'insertion du cordon ;

## 4. CAUSES IDIOPATHIQUES :

- Multiparité
- Age maternel avancé ;
- Bas niveau socio-économique ;

## D. CONSEQUENCES DE LA RUPTURE PREMATURÉE DES MEMBRANES :

Le pronostic de l'enfant dépend de :

- l'âge gestationnel à la rupture ;
- l'existence ou non de l'oligo-anamnios ;
- l'existence ou non d'une chorio-amnionite.

1. L'accouchement prématuré : un accouchement dans les 24H accompagne la RPM dans 60% des cas ;
2. L'infection : foetale par voie funiculaire, transcutanée et transmuqueuse ; et maternelle par atteinte de la caduque : endométrite voire même septicémie ;
3. La précocité du cordon
4. La présentation de siège ;
5. L'oligo-amnios ( déformation des pieds, des articulations, arthrogrypose, craniosténose, syndrome de potter, hypoplasie pulmonaire) ;

## **E. LE DIAGNOSIC :**

- A. L'INTERROGATOIRE : circonstances de survenue, caractéristiques de l'écoulement, signes associés.
- B. SIGNES FONCTIONNELS : l'hydrorrhée amniotique : écoulement par la vulve de liquide amniotique incolore ou opalescent qui apparaît de façon brutale, d'abord abondant puis continu de façon permanente ;
- C. L'EXAMEN CLINIQUE :
  - diminution de la hauteur utérine ;
  - le toucher vaginal augmente le risque infectieux et réduit l'intervalle rupture-accouchement. Il devrait donc être évité dans tout les cas où la patiente ne présente pas de signes de début du travail ;
  - l'examen sous spéculum permet de mettre en évidence l'écoulement du liquide amniotique spontanément ou à la mobilisation de l'utérus (signe de TARNIER) ou au refoulement de la présentation (signe de Farabeuf) ;
- D. LE TEST A LA NITRAZINE : recherche une élévation du PH endocervical ou vaginal par simple réaction colorimétrique.
- E. LE TEST A LA DIAMINE OXYDASE : la diamine oxydase est une enzyme sécrétée par le placenta, elle est présente dans le liquide amniotique et le sang maternel dès 20 SA . le test consiste à appliquer un papier buvard dans le vagin puis le prélèvement est envoyé au laboratoire.
- F. LA FIBRONECTINE : qui est une protéine de la matrice extra-cellulaire située au niveau des points d'ancrage du placenta et des membranes, elle ne doit pas être présente dans les sécrétions cervico-vaginales entre 25 et 37 SA.son dosage a un intérêt pour évaluer le risque d'accouchement prématuré.
- G. L'IGFBP-1(insulin growth factor binding protein de type 1) : présente à des taux élevés dans le liquide amniotique > 25µg/l.
- H. L'échographie : permet d'apprécier le liquide amniotique restant .

## **F. CONDUITE A TENIR :**

- Un examen clinique minutieux à la recherche de signes de chorio-amnionite
- Un examen cardio-tocographique foetal
- Un prélèvement vaginal à visée bactériologique ;
- Des prélèvements sanguins pour NFS, CRP et un bilan pré opératoire,
- Une échographie foetale pour le diagnostic de présentation, biométrie foetale.
- Décervelage( fil de cerclage envoyé pour examen bactériologique)
- Amnio-infusion trans-abdominale peu recommandée ; ainsi que le «blood-patch»
- AVANT 34SA :-antibiothérapie de courte durée ;
  - corticothérapie,
  - tocolyse si contractions utérines ;
- ENTRE 34-36 SA : déclenchement ou expectative avec antibioprofylaxie.
- Une surveillance clinique s'impose si expectative : une surveillance quotidienne de la température et du pouls maternels, les MAF, et le rythme cardiaque foetal ; NFS et CRP deux fois par semaine,
- EN CAS DE RPM A TERME : déclenchement du travail par une perfusion d'ocytocine ,le délais rupture-déclenchement ne doit pas excéder les 48H.
- A la naissance, le nouveau-né bénéficiera de prélèvements bactériologiques, NFS et CRP.