

La Rupture prématurée des membranes

I/-Définition :

*La RPM est un accident fréquent de la grossesse

*Se définit par la rupture franche de l'amnios et du chorion, se produit avant le début du travail, inclut les fissurations de la poche des eaux et exclut les ruptures en cours du travail.

*Fréquence variable :5-11% ,les conséquences fœtales sont graves, en rapport avec la prématurité, l'infection et l'anoxie.

II/-Etiopathogénie :

A l'état normal, les résistances des membranes sont supérieures aux pressions auxquelles elles sont soumises. Proche du terme, la diminution de l'élasticité favorise la rupture spontanée.

La RPM à distance du terme serait le fait de :

1/-Facteurs mécaniques : altération favorisée par :

-Pression excessive du liquide amniotique (hydramnios,gsse multiple)

-Fragilisation des membranes (placenta praevia, béance cervico-isthmique)

2/-Facteurs infectieux : infection amnio-fœtale d'origine maternelle

3/-Autres facteurs :

-Patiente à risque d'accouchement prématuré

-Carence en vit c

-Traumatismes (amniocentèse tardive, amnioscopie, cerclage tardif)

III/-Diagnostic positif :

1/-clinique :

Dans la moitié des cas le diagnostic est évident :écoulement liquidien clair, abondant et continu, accru parla mobilisation trans-abdominale du fœtus(signe de Tarnier),parfois méconéal ou sanglant.

***spéculum :** mise en évidence de perte de liquide par l'orifice cervical également une éventuelle complication(procidence du cordon ou d'un membre)

Réaliser des prélèvements à visée dgc et aussi thérapeutique.

***toucher vaginal : doit être réduit au maximum en respectant les mesures d'asepsie ;permet d'apprécier le score cervical si on décide un déclenchement artificiel du travail.**

2/-les tests dgc :

Inutiles si le dgc clinique est évident

***test de cristallisation :feuille de fougère**

***le PH : inefficace (rupture ancienne, infection vaginale, prise d'antibiotiques)**

***test à la diamine-oxydase :(DAO) dosée par la méthode radio-isotopique,sa valeur prédictive positive est excellente(95-100%),taux de positivité est de 40micro U/ml**

***dosage du facteur de croissance de l'insuline : spécificité et sensibilité excellente supérieure à95%.**

IV/-Diagnostic différentiel :

-rupture d'une poche amniochoriale (écoulement unique) ;

-Hydrorrhée déciduale : caractère intermittent et rosé de l'écoulement ;

-Incontinence urinaire.

V/-Conséquences de la RPM :

1/-la prématurité : première cause de morbidité et mortalité. conséquence d'un déficit en surfactant et d'hypoxie en rapport avec une souffrance fœtale.

2/-l'infection : s'accroît avec la durée d'ouverture de l'œuf ;le dgc de l'infection amniotique est basé sur des signes cliniques non spécifiques(fièvre,tachycardie maternelle et fœtale, douleurs utérines, LA nauséabond, hyper leucocytose, CRP positive).

3/-autres complications : procidence du cordon, présentations irrégulières,infection néonatale, infection du post-partum(endométrite, annexite...).

VI/-Conduite à tenir :

A/-pendant la grossesse :

***hospitalisation, si dgc certain.**

***ATB (les bétalactamines présentent une bonne et rapide diffusion).**

***avant 24 SA : expectative armée :**

- repos strict au lit et ATB
- CRP et NFS 2fs/semaine
- ECBU et prlv endocervical 1fs/semaine
- biométrie fœtale/15j
- MAF, BCF.

***après 24-26SA :**

- surveillance sur le même rythme
- ERCF2-3fs/j
- score biophysique 2fs/semaine
- repos au lit et ATB
- maternité niveau III
- corticothérapie anténatale
- la tocolyse peut être discutée
- mode d'accouchement décidé selon les conditions obstétricales.

***la rupture à terme :**

Pour réduire le risque d'infection materno-fœtale, on fait appel au déclenchement artificiel du travail si conditions favorables (score de Bishop sup à 5 : dilatation, effacement, descente, Consistance, position), en dehors des contre-indications au déclenchement dans les 24 heures, sinon césarienne prophylactique.

***cas particuliers : -décerclage ;**

-évacuation utérine dans les 12h qui suivent si infection amniotique (risque materno-fœtale) par déclenchement ou césarienne extra-péritonéale si contre-indication à la voie basse.

B/-En post-partum :

***nouveau-né :** prélèvements systématiques (orifices, plis de flexion, ombilic, hémocultures), CRP.

***la mère :** ATB, prélèvements infectieux, anticoagulation.