

Rupture prématurée des membranes

PLAN

- I. Définitions
- II. Etiologies
- III. Diagnostic
- IV. Complications
- V. Prise en charge

I-Définitions :

- 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 tempestive
- 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 :

A-Fragilisation des membranes :

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

B-Maladies des membranes :

- malnutrition : manque en vitamine C ,CU , Zn
- maladies du collagène
- syndrome d'Ehlers Danlos
- Tabac
- Autres toxique (plomb)

C-Traumatisme :

- ❖ Physiologique :
 - ✓ Distension utérine

- ✓ Mouvements fœtaux
- ✓ Contractions utérines (Braxton-Hicks)
- ✓ Coït
- ✓ Pression barométrique
- ❖ **iatrogène :**
 - ✓ Toucher vaginal
 - ✓ Amniocentese, amnioscopie
 - ✓ Cerclage
 - ✓ Biopsie du trophoblaste
 - ✓ Ponction du cordon

D-Etiologies idiopathiques : Femmes à risque :

- ✓ Multiparité
- ✓ Age élevé
- ✓ Bas niveau socio-économique

III-Diagnostic :

A-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 contractions utérines rapprochées pour vérifier la dilatation du col

B-Examens complémentaires : on utilise des tests pour rechercher des marqueurs situés au niveau des membranes :

- Test à la nitrazine : Amniocator^R
- Test à la recherche de l'insulin-like growth factor-binding protein-1(IGF-BP1) : ActimProm^R ou Amniodiag^R
- 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
- Infection fœtale (chorioamniotite)
- Procidence du cordon

- Présentation dystocique
- Oligoamnios prolongé responsable de déformations des extrémités ; articulations, du thorax, hypoplasie pulmonaire (syndrome de Potter)

V-Prise en charge :

A-RPM avant 24SA :

- ✓ Débuter une antibiothérapie par voie oral : 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
- ✓ Evaluer 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 (hyperthermie, pertes vaginales suspectes, contractions utérines), il est préférable d'envisager une interruption médicale de grossesse surtout si le bilan biologique est positif (élévation du CRP et hyperleucocytose)

B-RPM entre 24 SA et 34 SA :

- ✓ 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
- ✓ En cas de prélèvement vaginal positif à un germe pathogène, on instituera uniquement un traitement local s'il n'existe aucun signe biologique ou clinique de chorioamniotite
- ✓ s'il existe des doutes de début de chorioamniotite (CRP élevé, température limite), une double antibiothérapie amoxicilline-gentamycine par voie intraveineuse sera instituée, l'antibiothérapie 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

C-RPM entre 34 SA 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

D-RPM après 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)
- ✓ Déclenchement artificiel du travail 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 fais de préférence immédiatement après la rupture des membranes