



HAL
open science

Rupture prématurée des membranes avant 24 semaines d'aménorrhée : état des lieux de la prise en charge obstétricale

Laura Dussutour

► To cite this version:

Laura Dussutour. Rupture prématurée des membranes avant 24 semaines d'aménorrhée : état des lieux de la prise en charge obstétricale. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00617656

HAL Id: dumas-00617656

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00617656>

Submitted on 5 Oct 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

**RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES
AVANT 24 SEMAINES D'AMENORRHEE : ETAT
DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE
OBSTETRICALE.**

Mémoire soutenu le 19 mai 2011
Par Mlle DUSSUTOUR Laura
Née le 21 juillet 1987

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année 2011

Je remercie les membres du Jury :

Mr le Dr Fabrice Sergent, PH en Gynécologie-Obstétrique au CHU de Grenoble,
Président du Jury ;

Mr le Dr Xavier MORIN, gynécologue-obstétricien à la Clinique des Cèdres,
Médecin membre invité ;

Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble ;

Mme Claire BAUDON, Sage-femme enseignante à l'école de Sage-Femme de
Grenoble ;

Mme Sabrina BOTTET, Sage-femme cadre au CH de Valence, Sage-femme invitée.

Je remercie plus particulièrement :

Ma Directrice de mémoire

Mme Sophie PLONKA, gynécologue-obstétricienne.

... pour son aide précieuse pour la construction et la rédaction de mon mémoire.

Ma Guidante

Mme Claire BAUDON, Sage-femme enseignante à l'école de Sage-Femme de Grenoble

... pour sa patience, ses encouragements et son aide dans la réalisation de mon mémoire.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION	3
MATERIEL ET METHODES	4
<i>Type d'étude</i>	<i>4</i>
<i>Population</i>	<i>4</i>
<i>Recueil des données</i>	<i>4</i>
<i>Les variables recueillies (cf. Annexe 1).....</i>	<i>5</i>
<i>Méthodes statistiques</i>	<i>6</i>
RESULTATS.....	7
<i>Caractéristiques de la population</i>	<i>7</i>
<i>Concernant l'admission</i>	<i>8</i>
<i>Concernant l'hospitalisation.....</i>	<i>10</i>
<i>Concernant l'issue.....</i>	<i>11</i>
DISCUSSION	14
<i>Biais et limites</i>	<i>14</i>
<i>Caractéristiques de la population</i>	<i>15</i>
<i>Prise en charge à l'admission et durant l'hospitalisation.....</i>	<i>16</i>
<i>Les issues.....</i>	<i>23</i>
CONCLUSION	25
BIBLIOGRAPHIE.....	26
ANNEXES	28
<i>Annexe 1:.....</i>	<i>28</i>
<i>Annexe 2 :.....</i>	<i>30</i>
<i>Annexe 3 :.....</i>	<i>31</i>
<i>Annexe 4 :.....</i>	<i>36</i>

Liste des abréviations

ACCT ou Accts : Accouchements

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

Cf. : Confer

CRP : Protéine C réactive

Déclts : Déclenchements

DMO : Dossiers médicaux et obstétricaux

e.t.: Ecart-type

ECBU : Examen cytobactériologique des urines

EIQ : Espace interquartile

ERCF : Enregistrement du rythme cardiaque fœtal

FCS : Fausse couche spontanée

FNR : Fait mais résultats non retrouvés

FR : Facteurs de risques

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

Hospit. : Hospitalisation

IL-6 : Interleukine 6

IMG : Interruption médicale de grossesse

IV : Intra veineux

LA : Liquide amniotique

MAP : Menace d'accouchement prématurée

Med : Médiane

MF : Mouvements foetaux

MFIU : Mort fœtale in utéro

Moy. : Moyenne

NFS : Numération formule sanguine

Prop. : Proportion

PV : Prélèvements vaginaux

QLA : Quantité de liquide amniotique

RAD: Retour à domicile

RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RCF : Rythme cardiaque fœtal

RCIU : Retard de croissance in utéro

RPM : Rupture prématurée des membranes

RPMP : Rupture prématurée des membranes préterme

SA : Semaines d'aménorrhées

Tho. : Thoracique

TIU : Transfert in utéro

TV : Touchers vaginaux

x/j : Nombre de fois par jour

Introduction

La rupture prématurée des membranes (RPM) est définie comme une rupture ou fissuration des membranes en dehors du travail. Elle peut survenir avant terme ou à terme.

Parmi les RPM avant terme, on peut différencier la rupture avant et après 24 semaines d'aménorrhée (SA), seuil de viabilité reconnu aujourd'hui dans la plupart des maternités comme la limite de prise en charge des nouveau-nés.

Les RPM avant 24SA représentent environ 4 cas pour 1000 grossesses. (5)

Elles s'accompagnent d'une mortalité et d'une morbidité élevées pour l'enfant (hypoplasie pulmonaire, prématurité, infections notamment) et pour la mère, induites notamment par les chorio-amniotites qui compliqueraient 40 % de ces ruptures très précoces. (2) (4) (5) (8) (16)

Ces patientes nécessitent donc une prise en charge et une surveillance adaptées.

Or, il y a peu de données dans la littérature.

Le CNGOF (17) a édité des recommandations pour une prise en charge au-delà de 24 SA. L'HAS (19) ou le RCOG (16) parlent d'une prise en charge identique, quelque soit le terme, en deçà de 34 SA, mais ne se basent que sur des études s'intéressant à des ruptures au-delà du terme de viabilité. Certains protocoles de réseaux (21) ou abrégés de périnatalité (22) proposent une prise en charge pour ces patientes, sans toutefois citer leurs références.

On observe donc une absence de consensus parmi toutes ces données, alors que les RPM très précoces restent une réalité qui amène les équipes à s'interroger sur leur prise en charge.

L'objectif de notre étude est donc de faire l'état des lieux de la prise en charge des patientes ayant rompu les membranes jusqu'à 23SA et 6 jours, lors de leur admission et/ou de leur hospitalisation, et ceci quelque soit l'issue de la grossesse; la conduite à tenir pour les ruptures au delà de 24 SA étant déjà encadrée par les recommandations.

Pour avoir un aperçu des conséquences de ces RPM sur la pérennité ou non de ces grossesses, nous nous sommes aussi intéressés à leurs issues.

L'objectif secondaire est d'essayer de voir s'il existe une cohésion dans la prise en charge de ces RPM <24SA, et si celle-ci diffère nettement d'une prise en charge après 24 SA.

Matériel et méthodes

Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective, multicentrique, menée dans 2 centres, entre 2005 et 2010 :

- La maternité de l' « Hôpital couple enfant » (HCE) du CHU de Grenoble qui est une maternité de niveau 3 ;
- Et la maternité du CH de Voiron qui est une maternité de niveau 2.

Population

La population étudiée concerne:

- Les patientes ayant rompu les membranes avant 24 SA révolues, qu'il s'agisse d'une rupture franche ou d'une fissuration,
- Les patientes n'ayant pas accouché dans les 24 heures suivant la RPM, c'est-à-dire présentant une période de latence de minimum 24 heures.

Nous avons exclu:

- Les patientes ayant accouché moins de 24 heures après la rupture, spontanément ou après déclenchement du travail,
- Celles qui ont rompu avant 23 SA + 6 jours et dont le diagnostic de la rupture a été fait au-delà de 24 SA,
- Les grossesses gémellaires.

Recueil des données

Les patientes de l'HCE ont été sélectionnées par requête informatique sur la base des dossiers médicaux et obstétricaux (DMO). La requête s'est faite par recherche des termes « rupture », « RSM », « RPM », « fissuration » sur les pages « consultation de grossesse » et « hospitalisation » ainsi que par la recherche dans le menu déroulant de la fiche consultation concernant la perte de liquide amniotique : « doute » ou « positive ».

Les patientes du centre hospitalier de Voiron ont été retrouvées après lecture manuelle des cahiers d'accouchements.

Les variables étudiées ont été recueillies de manière rétrospective sur DMO informatisés et papiers, à l'aide d'un cahier d'observation papier (cf Annexe 4).

Elles concernaient les caractéristiques de la population, les éléments de prise en charge à l'admission et lors d'une éventuelle hospitalisation, ainsi que des éléments sur l'issue de ces grossesses.

Les variables recueillies (cf. Annexe 1)

Concernant la population étudiée, nous avons recueilli:

1. Des données générales.
2. Des facteurs de risques de rupture prématurée des membranes avant 24 SA.
3. Des malformations utérines
4. Les éléments pouvant modifier la prise en charge des RPM.

Concernant la prise en charge à l'admission nous avons recueilli :

1. Le terme à la rupture.
2. Le terme à l'admission.
3. Le mode de diagnostic.
4. Les éléments cliniques.
5. L'enregistrement /analyse du rythme cardiaque fœtal.
6. Les examens paracliniques.
7. Les données échographiques.
8. La suite de la prise en charge concernant :
 - La clinique et les traitements.
 - La surveillance biologique ou bactériologique.
 - La surveillance du rythme cardiaque fœtal et des contractions par tocographie.
 - La surveillance échographique.
 - La suite du parcours médicalisé de la patiente.

Concernant la prise en charge lors de l'hospitalisation, les données suivantes ont été recueillies :

1. Le terme à l'hospitalisation.
2. La durée de l'hospitalisation (durée totale ou jusqu'à 23 SA + 6 jours inclus)
3. La surveillance clinique, paraclinique et échographique.

4. L'antibioprophylaxie ou antibiothérapie.
5. La tocolyse.
6. La corticothérapie.
7. Le cerclage.

Pour les cinq dernières variables, nous nous sommes intéressés à leurs résultats (normaux ou non) et la fréquence à laquelle elles ont été réalisées.

Nous avons considéré comme anormales une tension artérielle supérieure à 14/9, une fréquence cardiaque supérieure à 100 battements par minute, une température supérieure à 38°C, une perte de liquide amniotique positive, des mouvements fœtaux diminués ou absents, des RAI positives, des leucocytes supérieurs à 15000/ mm³, une CRP supérieure à 5 mg/L, une culture bactérienne dans les prélèvements vaginaux ou dans les examens cytobactériologiques des urines supérieure à 10⁵ (nombreuses ou très nombreuses colonies), un rythme cardiaque fœtal pathologique, interprété selon la classification habituelle des tracés normaux ou pathologiques (normalement non interprétables à ces termes), la présence de contractions régulières à la tocographie, des biométries fœtales ou un examen morphologique décrits comme anormaux par l'échographiste, un placenta bas inséré, une vitalité fœtale diminuée ou absente, un oligoamnios ou anamnios, un Manning échographique inférieur à 8/8.

Concernant l'issue de ces grossesses :

Nous avons décrit, s'il y a eu lieu :

1. Les fausses couches spontanées
2. Les interruptions médicales de grossesse (IMG)
3. Les accouchements spontanés ou déclenchés, eutociques ou dystociques
4. Les morts fœtales in utéro (MFIU)
5. Si l'enfant est admis vivant en néonatalogie.

Méthodes statistiques

Les variables qualitatives ont été décrites par la fréquence et la proportion.

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et les écart-types, sauf si elles se sont avérées asymétriques et auquel cas ont été décrites par la médiane et l'espace interquartile (25^{ème} et 75^{ème} percentile).

Résultats

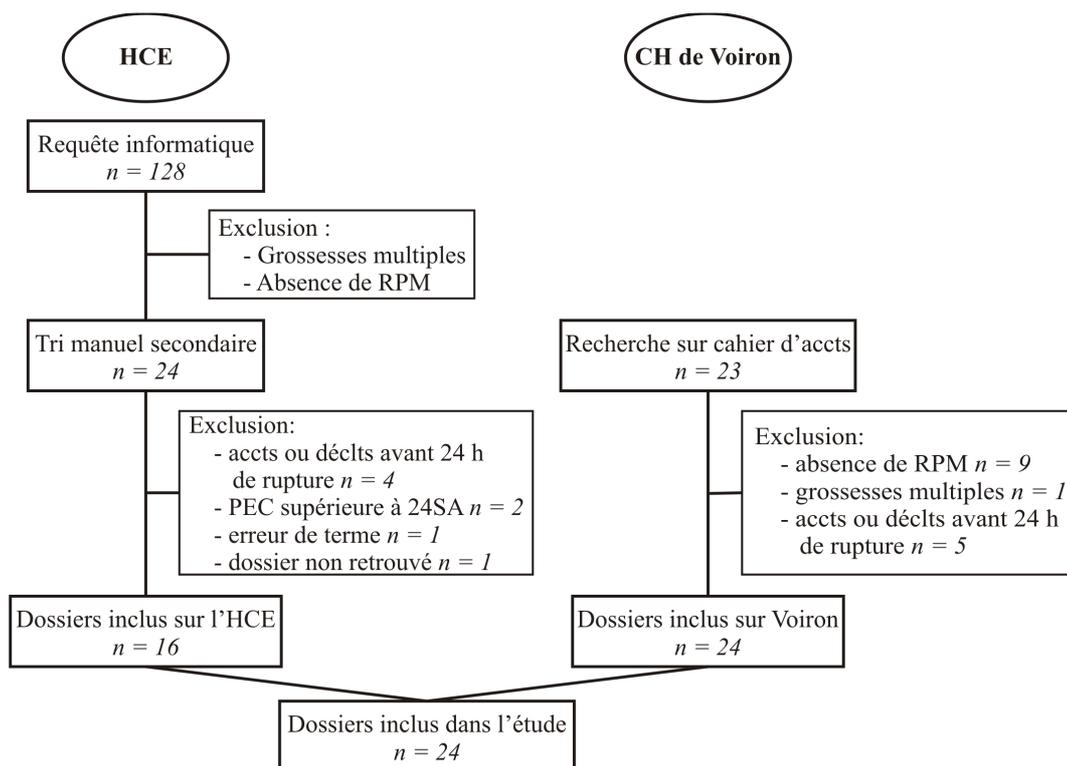


Schéma 1 : Dossiers inclus dans l'étude

Caractéristiques de la population

L'échantillon concerne des dossiers de ruptures ayant eu lieu entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2010 (6 ans).

Les patientes étaient en moyenne âgées de 31,6 ans, leur gestité moyenne était de 3,7 grossesses, et leur parité moyenne de 3,7 enfants.

100% de ces femmes vivaient en couple ou étaient mariées.

	Fréquence (%) (prop.)
Profession (n=20)	
sans	30% (6)
station debout prolongée, travail difficile	35% (7)
autres	35% (7)
FR de RPM avant la viabilité (n=24)	
Antécédents de RPM	16,7% (4)
"incompétences cervicales"	16,4% (4)
Amniocentèse	4,2% (1)
Métrorragies	16,7% (4)
Cerclage	12,5% (3)
Consommation tabac (n=22)	22,7% (5)

Tableau I : Caractéristiques de la population

Les autres caractéristiques de la population sont consignées dans le tableau I. (Cf. précédemment)

65% présentaient une condition socio-économique modeste, (n'exerçant pas de profession (n = 6, soit 30%) ou des conditions de travail plus difficiles, nécessitant une station debout prolongée (n = 7, soit 35%). Pour quatre patientes, la profession n'était pas renseignée.

Concernant l'admission

Le terme moyen à la rupture était de 20 SA, le terme minimal étant de 13 SA et 3 jours, et le maximal étant de 23 SA et 6 jours, limite de notre étude.

Le terme moyen à l'admission était de 20 SA et 2 jours.

Les éléments concernant la prise en charge à l'admission ont été consignés dans le tableau II.

Deux patientes avaient initialement été admises dans des centres périphériques, puis transférées vers le CHU, et c'est donc cette première admission qui a été prise en compte. Les éléments ont été retrouvés dans leurs dossiers médicaux et intégrés dans les résultats. C'est pour cela que l'on voit apparaître des TIU dans la suite du parcours médicalisé des patientes.

Au niveau des biologies (n = 22) et bactériologies (n = 23) effectuées :

- 82,6% des patientes ont bénéficié du prélèvement vaginal (n = 19), qui trouvait la présence de germes dans 26,3 % des cas (n = 5) : 2 PV positifs à *U. urealiticum*, un à *Streptocoque B*, un à *Streptocoque D*, et un à *Streptocoque anginosus*. Dans 21% des PV réalisés (n = 4), le résultat n'a pas été renseigné,
- 82,6% des patientes ont bénéficié d'un ECBU (n = 19), qui trouvait la présence de germes dans 10,5% des cas (n = 2). Il s'agissait de contaminations bactériennes. Pour 26,3% des ECBU réalisés, le résultat n'a pas été renseigné (n = 5).

Une patiente a été perdue de vue pour la prise en charge, seules des données concernant l'issue de sa grossesse étaient disponibles.

Les autres patientes ont été orientées après leur admission, soit vers le CHU (n = 2), soit directement vers le service d'hospitalisation des grossesses à haut risque (n = 15), soit vers leur domicile (RAD) (n = 6). Il n'y a pas eu d'hospitalisation à

domicile (HAD) ou de suivi à domicile par une sage-femme libérale immédiatement après une admission.

Pour 6 patientes soit 25%, il y a eu une deuxième consultation pour le même motif ; et une troisième pour une patiente soit 4,2%. Ces secondes admissions peuvent avoir eu lieu avant ou après une hospitalisation, entre deux hospitalisations, ou sans qu'il y ait eu une hospitalisation.

	Fait	Anormal	FNR
	Frequence (%) (prop.)		
Diagnostiques associés			
Contractions utérines (n=21)	28,6% (6)		
Métrorragies (n=21)	33,3% (7)		
MAP (n=19)	15,8% (3)		
Allergies à la pénicilline (n = 22)	4,5% (1)		
Diagnostic (n=23)			
Clinique (C) seul	21,7% (5)		
Paraclinique (P) seul	4,35% (1)		
Echographique (E) seul	4,35% (1)		
C+P	39,1% (9)		
C+P+E	17,4% (4)		
C+E	8,7% (2)		
P+E	4,35% (1)		
TV (n=22)	72,7% (16)	43,75% (7)	
Clinique (n=19)			
Tension artérielle	73,7% (14)	7,1% (1)	
Pouls	68,4% (13)	7,7% (1)	
Température	73,7% (14)	0%	
Perte LA	94,7% (18)	61,1% (11)	
Mouvements fœtaux	84,2% (16)	6,25% (1)	
Biologie (n=22)			
NFS/ Leucocytose	95,5% (21)	19% (4)	9,5% (2)
CRP	95,5% (21)	52,4% (11)	
IL-6	0%		
Bactériologie (n = 23)			
PV	82,6% (19)	26,3% (5)	21% (4)
ECBU	82,6% (19)	10,5% (2)	26,3% (5)
RCF (n=19)			
aucun	21% (4)		
Sonicaid	73,7% (14)	0%	
ERCF	5,3% (1)	0%	
Oxford	0%	0%	
Tocographie (n=20)	25% (5)	0%	
Echographie			
Vitalité fœtale (n=22)	81,8% (18)	11,1% (2)	11,1% (2)
QLA (n=22)	86,4% (19)	42,1% (8)	10,5% (2)

Tableau II : Eléments concernant la prise en charge à l'admission

Concernant l'hospitalisation

18 patientes ont été hospitalisées après l'admission, que ce soit à la première ou deuxième admission.

Le terme médian à l'hospitalisation était de 20 SA, le minimum étant à 16 SA et 2 jours, le 25^{ème} percentile correspondant à 16 SA et 6 jours et le 75^{ème} à 23 SA et 4 jours.

La durée médiane d'hospitalisation était de 2 jours.

Les éléments concernant la surveillance clinique et échographique de la patiente, ainsi que les éléments de la surveillance cardiotocographique durant l'hospitalisation ont été renseignés dans le tableau III. Ces éléments ont été renseignés chez dix-sept patientes.

Sept patientes sur quinze (46,7%) décrivaient un écoulement de liquide amniotique.

Le nombre médian de recherche de mouvement actifs fœtaux par questionnaire à la patiente durant le séjour a été de un, soit un nombre médian d'à peu près 0,5 par jour. Chez deux patientes sur onze, ces recherches se sont révélées anormales (18,2%), c'est-à-dire que les patientes ressentaient peu ou pas de mouvements actifs fœtaux.

	Fait durant hospit	(x/j)	anormal	FNR
	Med (EIQ) Fréquence (%) (prop.)			
Clinique (n=17)				
Tension artérielle	2 (1-2,5)	1 (0,46-1)	0% (0/15)	6,7% (1/15)
Pouls	1 (0-2,25)	1 (0-1)	16,7% (2/12)	0%
Température	2 (1-4,25)	1 (0,88-1,63)	6,7% (1/15)	0%
Perte LA	3 (1-4,25)	1,5 (1-2)	46,7% (7/15)	6,7% (1/15)
Mouvements fœtaux	1 (0-2)	0,5 (0-1)	18,2% (2/11)	0%
Echographie (n=17)				
Biométries	0 (0-0)		0% (0/3)	66,7% (2/3)
circonférence tho.	0 (0-0)		0% (0/3)	66,7% (2/3)
Vitalité fœtale	0 (0-1)		50% (3/6)	33,3% (2/6)
QLA	0 (0-1)		71,4% (5/7)	28,6% (2/7)
RCF (n=17)				
Sonicaid	0 (0-0,25)	0 (0-1)	0% (0/8)	0%
ERCF	0			
Oxford	0 (0-0)		.	100% (1/1)
Tocographie (n=17)	0 (0-0)		50% (1/2)	0%

Tableau III : Surveillance clinique et paraclinique de la mère et du fœtus durant l'hospitalisation

Les éléments concernant la surveillance biologique et bactériologique sont exprimés dans le tableau IV.

Concernant plus particulièrement la bactériologie, qui a été renseignée chez dix-sept patientes:

- parmi les cinq patientes qui ont bénéficié d'un prélèvement vaginal, un cas (20%) était positif à *Staphylocoque aureus*,
- parmi les trois patientes qui ont bénéficié d'un ECBU : un était contaminé non refait et un était positif à *Escherichia coli non KI* ; soit 66,7% de résultats anormaux.

	Fait durant hospit	anormal	FNR
	Med (EIQ)		
	Fréquence (%) (prop.)		
Biologie (n=17)			
NFP/ Leucocytose	0 (0-1)	14,3% (1/7)	0%
CRP	0 (0-1)	57,1% (4/7)	0%
IL-6	0		
Bactériologie (n=17)			
PV	0 (0-1)	20% (1/5)	40% (2/5)
ECBU	0 (0-0)	66,7% (2/3)	33,3% (1/3)
Antibiothérapie (n=18)			
Aucune	5,6% (1/18)		
Prophylactique	83,3% (15/18)		
Thérapeutique	11,1% (2/18)		
Type de l'antibiotique (n=17)			5,6% (1/18)
<i>Amoxicilline</i>	82,4% (14/17)		
<i>Augmentin</i> ®	11,8% (2/17)		
<i>Clindamycine + Gentamycine</i>	5,9% (1/17)		
Durée (j) (n=15)	2 (2-4,75)		16,7% (3/18)
Nb de cures	1 (1-1)		
Modalité d'administration (n=17)			5,6% (1/18)
<i>IV seul</i>	23,5% (4/17)		
<i>Per os seul</i>	58,8% (10/17)		
<i>IV 48h puis per os</i>	17,7% (3/17)		

Tableau IV : Surveillance infectieuse et antibiothérapie durant l'hospitalisation

Concernant l'issue

Après 24 SA, le terme d'une patiente a été réévalué, et la rupture prématurée des membranes a été ré-estimée postérieure à 24 SA. Elle a été prise en compte dans la prise en charge avant 24 SA, car durant cette période elle a bien été considérée comme ayant rompu ses membranes avant le terme de viabilité. Par contre, elle n'a

pas été prise en compte dans les issues. On a donc considéré l'issue de 23 grossesses (tableau 5).

Il y a eu une mort fœtale in utéro (4,3%), quatre fausses couches spontanées avant 24 SA (17,4%), huit accouchements (34,8%), dont quatre spontanés (17,4%), deux accouchements déclenchés (8,7%) et deux césariennes (8,7%), et dix interruptions de grossesses pour motif médical (43,5%).

	Total (n = 23)
	Med. (EIQ); Fréquence (%) (prop.)
FCS (n = 4)	17,4% (4)
IMG (n = 10)	43,5% (10)
Terme à la rupture (SA)	19+6 (17 SA - 21+3)
Terme à l'issue (SA)	20+3 (18+3 - 22+2)
Durée de la latence (j)	3 (2 - 10)
Motif	
<i>Anamnios seul</i>	50% (5)
<i>Anamnios et absence de MF</i>	20% (2)
<i>Anamnios et augmentation CRP</i>	10% (1)
<i>Oligoamnios</i>	10% (1)
<i>Suspicion chorioamniotite</i>	10% (1)
ACCT (n = 8)	34,8% (8)
Spontané	17,4% (4)
Déclenché	8,7% (2)
Motif	
<i>Anamnios, RCIU, augmentation CRP</i>	50% (1)
<i>Suspicion chorioamniotite</i>	50% (1)
Par césarienne	8,7% (2)
Motif	
<i>Suspicion chorioamniotite</i>	50% (1)
<i>Non renseigné</i>	50% (1)
MFIU (n = 1)	4,3% (1)
Enfants entrés vivants en néonatalogie (n = 6)	26% (6/23)
hors IMG/MFIU	50% (6/12)

Tableau V : Eléments sur l'issue des grossesses.

Le terme médian des fausses couches spontanées était de 20 SA et 6 jours, et la durée médiane de la latence de 8,5 jours.

Le terme médian des accouchements spontanés et déclenchés était respectivement de 24 SA et 3 jours et de 25 SA et 5 jours, et la durée médiane de la latence était respectivement de 9 et de 14,5 jours.

Pour les accouchements par césarienne, le terme médian était de 31 SA, et la durée médiane de la latence était de 83 jours.

Le terme de la seule mort fœtale in utero observée était de 21 SA et 2 jours et la latence de 35 jours.

Concernant le devenir de ces enfants, 6 nouveaux-nés sont sortis vivants de salle d'accouchement et transférés en néonatalogie (26%).

Si on ne prend pas en compte les IMG et la MFIU, la survie néonatale très précoce, c'est-à-dire avant le transfert en néonatalogie, a été de 50%.

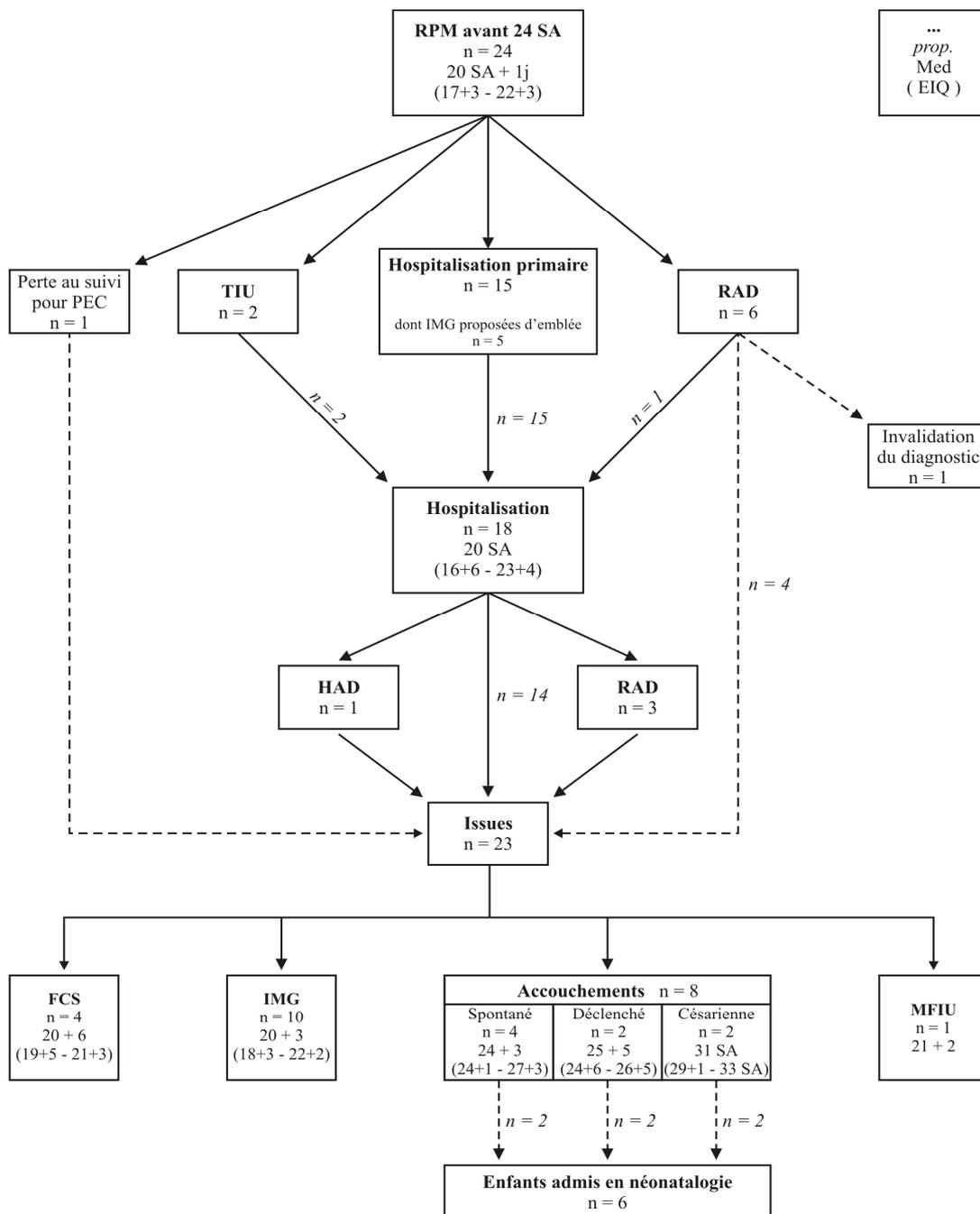


Schéma 2 : Parcours médicalisé des patientes.

Discussion

Biais et limites

Nous nous sommes intéressés à la prise en charge des patientes présentant une rupture prématurée des membranes avant 24 SA dans deux centres de notre région, entre 2005 et 2010. Cet événement, heureusement rare, (il concernerait moins de 1% des grossesses selon Yeast (11)) entraîne beaucoup de questionnements sur l'avenir de ces grossesses et sur les conduites à tenir à adopter, quand la décision de poursuivre la grossesse a été prise.

Le terme limite de 24 SA avait été choisi car c'est la limite communément retrouvée dans la littérature internationale (14) comme seuil de viabilité (seuil de prise en charge du nouveau-né). Il est vrai que ce seuil peut se discuter et d'ailleurs certains auteurs ne donnent pas de date précise, mais plutôt une période de viabilité, comme l'étude de Dinsmoor et al. (5) qui la situe entre 24 et 26 SA. Ce terme de viabilité est aléatoire, ne correspondant pas à une date franche de maturation fœtale mais plutôt à une date qui a évolué au fur et à mesure des avancées médicales et technologiques de néonatalogie, en tendant vers la limite inférieure de 24 SA actuellement.

Notre recueil de données a débuté en 2005, pour avoir un échantillon suffisamment grand, sans trop de disparités. De plus, nous voulions un reflet de la prise en charge actuelle. Mais il est vrai qu'en l'absence de protocoles ou recommandations définies sur la question, la prise en charge n'a peut-être pas été très différente entre ces patientes, et nous aurions pu élargir notre période de recueil aux années précédant 2005. Ceci aurait peut être permis d'avoir un échantillon plus important et plus représentatif que celui de notre étude.

De plus, même si la RPM avant 24 SA reste un événement rare, dont l'incidence minimale retrouvée est de 0,37% dans l'étude de Waters & Mercer (5), nous n'avons pu analyser que 24 dossiers sur 6 années, alors que nous avons globalement peu de critères d'exclusion. Les deux centres étudiés effectuant environ 3700 accouchements par an (chiffres de 2008), nous attendions à peu près 80 dossiers! Sur le CHU, 128 dossiers ont été requêtés sur cette période, et 106 ne correspondaient pas réellement à une rupture. Ceci peut s'expliquer par un problème de remplissage des dossiers, indiquant par exemple des pertes de liquide amniotique quand il n'y en a pas et inversement et ne permettant pas de retrouver toutes les patientes recherchées. Ceci rend donc notre recueil non exhaustif. Une étude prospective

permettrait de limiter ce biais mais devrait être effectuée sur plusieurs années, compte tenu de la fréquence des RPM avant 24 SA.

Nous n'avons pas choisi de critères d'inclusion trop restrictifs pour avoir une vue d'ensemble de la prise en charge de ces patientes, et non pas seulement d'une partie d'entre elles. Il devient alors difficile de comparer nos résultats aux autres études dont la plupart ont exclu les patientes présentant à l'admission un travail avancé, un placenta prævia, des métrorragies, une infection sévère ou ayant fait le choix d'une non-poursuite de la grossesse (5). Ceux-ci sous-estiment bien souvent la morbidité maternelle et fœtale ; et c'est aussi pour cela que bien souvent la question de l'IMG n'est pas abordée.

D'autres éléments limitent notre étude, comme notre manière de recueillir les données qui ne nous a pas permis d'établir la chronologie d'utilisation des méthodes diagnostiques. Le recueil d'un nombre important de données pas toujours intéressantes est un autre élément qui a limité notre étude et qui a fait oublier le recueil de certaines comme les antécédents de MAP ou d'accouchements prématurés pourtant compris dans les facteurs de risques de ruptures avant 24 SA selon Kilpatrick et al (6). De la même manière, la non prise en compte de la prise en charge après 24 SA n'a pas permis par exemple d'avoir une durée totale de prise d'antibiotique ou le nombre de bilans effectués par semaine, et limite en ce sens notre étude.

Caractéristiques de la population

L'âge maternel et la parité n'ont pas été incriminés comme facteurs de risques de RPMP. (3,13) En revanche, certaines études retrouvent comme facteur de risque de RPMP les conditions socio-économiques défavorisées (3, 4, 7, 13), concordant avec les résultats de notre étude qui retrouve que 65% des patientes n'avaient soit pas d'activité professionnelle, soit une activité professionnelle difficile nécessitant une station debout prolongée (qui représente 35% des patientes à elle seule).

Nous nous sommes intéressés aux facteurs de risques de RPM autour de la viabilité, énoncés dans l'étude de Kilpatrick et al. (6), à savoir un antécédent d'incompétence cervicale ou une incompétence cervicale lors de la grossesse en cours, un cerclage,

un antécédent de RPM, la consommation de tabac et un antécédent d'accouchement prématuré.

Mis à part l'antécédent d'accouchement prématuré dont la recherche a été omise, aucun de ces facteurs de risque n'est apparu en une proportion importante dans notre étude. D'autres auteurs (5) ont également étudiés comme facteurs de risques de rupture prématurée des membranes précoces, les saignements antépartum, les grossesses multiples, les antécédents de MAP et les amniocentèses. Nous avons également comptabilisé ces données, hormis les antécédents de MAP et les grossesses multiples, sans mettre en évidence de facteur à haut risque de rupture précoce. Nos résultats sont donc concordants à ceux de la littérature (5): tous ces facteurs de risques ont une valeur prédictive positive faible.

L'amniocentèse et le cerclage apparaissent comme fortement associés aux RPMP pour certains (10), alors qu'ils ne sont pas considérés comme facteurs de risque pour d'autres (5, 7). Dans notre étude, une seule patiente était concernée par l'amniocentèse et trois par un cerclage, ce qui représente respectivement 4,2% et 12,5% des patientes.

Prise en charge à l'admission et durant l'hospitalisation

Nous nous sommes intéressés, comme de nombreuses études, à la manière d'établir le diagnostic de RPM. Dans la majorité des cas dans notre étude, la rupture des membranes était diagnostiquée sur des éléments cliniques plus ou moins associés à des tests paracliniques. Ceci est conforme aux préconisations de la plupart des auteurs qui conseillent d'associer des tests paracliniques à l'interrogatoire et à l'examen au spéculum en cas de doute quant à la rupture pour certains (11, 18, 22), ou en systématique pour d'autres (2, 12), et ceci quelque soit le terme. On peut noter que le diagnostic est essentiellement clinique pour Mercer (4) et Caughey (7), du fait des faux-positifs (4,7) ou de faux-négatifs (7) des tests paracliniques.

L'échographie est peu souvent citée dans l'aide au diagnostic, elle pourrait compléter l'examen clinique en cas de doute, pour visualiser une diminution de la quantité de liquide amniotique (12, 16). Dans notre étude, l'échographie a permis de faire le diagnostic de RPMP pour une patiente, mais dans la majorité des cas a été utilisée en association avec d'autres méthodes. Pour une patiente, le diagnostic de rupture a été établi seulement à partir d'un test ActimProm®, sans autre mesure associée, ce qui peut paraître surprenant.

Environ 73% des patientes ont bénéficié d'un toucher vaginal lors de l'admission. Or la majorité des auteurs soulignent que les touchers vaginaux doivent être évités dans les ruptures précoces, augmentant le risque infectieux et diminuant la durée de la période de latence. Celui-ci peut cependant être réalisé dans le cas d'une suspicion de travail avancé (4, 8, 11, 16, 18, 22), qui était un critère d'exclusion pour nous. D'autres auteurs se posent la question d'un toucher vaginal prudent et unique (1, 21). Globalement on remarque que la clinique (tension artérielle, pouls, température, perte de liquide amniotique, mouvements fœtaux) a été bien effectuée, dans plus de 70% des cas lors de l'admission, et les résultats se sont rarement montrés anormaux, sauf évidemment pour l'écoulement de liquide amniotique. A l'inverse, lors de l'hospitalisation, huit patientes n'ont pas décrit de perte de liquide amniotique et parmi les sept patientes qui ont bénéficié d'une évaluation de la quantité de liquide amniotique par échographie, cinq étaient en situation d'anamnios ou d'oligoamnios, expliquant l'absence d'écoulement.

Lors de l'hospitalisation, on remarque qu'il n'y avait qu'une prise de température par jour. Or les recommandations sur les RPM en général en préconisent au moins 2 par jour (17). Le RCOG conseille une surveillance toutes les 4 à 8 heures (16) ; et dans l'étude de Yeast (11) une surveillance minimale de la température lors d'une RPM inférieure à 25 SA doit être de 3 à 4 par jour. Donc globalement, la surveillance devrait être plus importante que celle réalisée dans nos deux centres. On peut s'interroger, à savoir s'il s'agit d'un manque de surveillance ou d'un manque de remplissage des dossiers.

Dix-huit patientes ont été hospitalisées et la durée médiane d'hospitalisation se situait autour de deux jours. Il est vrai que cette durée a pu être biaisée par le fait que nous n'avons observé que ce qu'il se passait avant 24 SA, alors que certaines hospitalisations (5 au total) se sont poursuivies au-delà de 24 SA, et que donc nous pouvons sous-estimer cette durée. Cependant celle-ci correspond, à un jour près par rapport à certaines études, aux données de la littérature (12, 16, 21) qui recommandent une hospitalisation initiale de un à trois jours avant un retour à domicile et une réhospitalisation à partir de la viabilité. Inversement, d'autres auteurs conseillent une hospitalisation seulement à partir du terme de viabilité (8), et de façon non systématique en dessous de ce terme (11), ce qui a été observé dans notre étude chez les six patientes retournées à domicile après leur admission.

Peu d'auteurs abordent le problème des TIU qui concernent 2 patientes de notre étude. Pour le CNGOF (18), avant 34 SA, le traitement initial doit comporter un éventuel TIU, selon l'âge gestationnel, si l'accouchement n'est pas imminent. Dans les abrégés de périnatalité (22), ce transfert vers un centre de niveau III n'était pas recommandé avant 24 SA.

En dehors de l'hospitalisation, les études ne se sont pas penchées sur le type de surveillance à effectuer à domicile. Concernant notre étude, nous n'avons pas le détail des surveillances faites à domicile mais nous savons qu'il y a eu six patientes retournées à domicile suite à l'admission et trois suite à l'hospitalisation primaire, ainsi qu'une patiente hospitalisée à domicile suite à l'hospitalisation, avec une surveillance par une sage-femme du service HAD. Par contre, il n'y a pas eu de surveillance organisée avec une sage-femme libérale, surveillance qui aurait pu être envisagée.

Nous avons vu dans les études que la morbidité maternelle la plus importante était la survenue d'une infection, notamment d'une chorioamniotite (2, 5, 12). L'incidence d'une infection maternelle serait de 42% quand la rupture a lieu avant 24 SA (2). Il paraît donc nécessaire de faire une surveillance de l'infection, même si la prise en charge et la surveillance optimale restent incertaines et donc controversées (1, 3, 5, 9).

Les études s'accordent à dire qu'il faut faire à l'admission des NFS/CRP (16, 18, 21) et PV/ECBU (2, 11) ou seulement des PV sans ECBU (18), puis de renouveler régulièrement les contrôles, le rythme étant très souvent différents selon les auteurs (2, 11, 12, 16, 17, 19, 23), avec un contrôle minimum retrouvé de un par semaine pour les différents examens. Les bilans biologiques et bactériologiques dans notre étude (Tableau IV) ont été faits dans plus de 80% des cas lors de l'admission, donc en accord avec les données de la littérature et les recommandations faites pour le prise en charge au-delà de 24 SA (16, 17, 18, 19). Concernant le rythme de surveillance des biologiques, la durée d'hospitalisation est trop courte pour que nous puissions en avoir un aperçu, car nous n'avons pas d'information sur ce qu'il s'est passé à domicile, d'où le nombre médian de bilans effectués sur le séjour de zéro.

Aucun dosage de l'Il-6 n'a été effectué, alors que l'ANAES (19) indique que l'hyperleucocytose et la CRP sont peu performantes pour détecter une infection amniotique, et que l'Il-6 serait plus précoce et plus performante pour différencier les sujets infectés et non-infectés. De plus, le dosage de l'IL-6 corrèlerait mieux avec le

délai de mise en travail, le développement de chorioamniotite et le risque néonatal que les autres marqueurs disponibles. Sa non-utilisation peut peut-être s'expliquer par son coût élevé qui en diminuerait l'usage. Pourtant ce dosage permettrait de diminuer les risques pour la mère en détectant plus tôt une infection amniotique.

On peut déplorer que sur 19 ECBU effectués à l'admission, cinq résultats n'ont pas été retranscrits dans les dossiers. De plus, deux étaient contaminés et n'ont pas été recontrôlés par la suite. En effet, le résultat des cultures est parfois rendu trois jours plus tard, après la sortie des patientes du service ; mais il reste nécessaire d'effectuer des contrôles, pour pouvoir traiter si besoin. Il en est de même en ce qui concerne les prélèvements vaginaux.

L'utilisation des antibiotiques (Tableau IV) est une question largement posée dans les études. Elle a beaucoup augmenté ces dernières décennies, passant de 0% en 1984 à 97% en 2008, bien que les risques et bénéfices d'une antibiothérapie pour les femmes qui veulent une prise en charge conservatrice de leur grossesse (lorsqu'elles ont rompu autour du terme de viabilité) n'aient pas été prouvés, et qu'aucune étude randomisée n'ait trouvé de bénéfice à une antibiothérapie large spectre dans ce cas là (5).

Il ressort de notre étude qu'une antibioprofylaxie par amoxicilline a largement été effectuée, per os seul dans 60% des cas, sur une durée d'environ deux jours. La durée est probablement faussée (et donc non interprétable) par le fait que nous n'ayons pas d'information après la sortie d'hospitalisation ou lorsque celle-ci s'est poursuivie au-delà de 24 SA. Concernant le type d'antibiotique, il est souvent conseillé d'utiliser une pénicilline (ampicilline, amoxicilline) (20, 21, 22) et/ou un macrolide pour étendre le spectre (erythromycine) (2, 5, 11, 12, 15, 16). L'ANAES recommande, comme ce qui a été retrouvé dans notre étude l'utilisation d'amoxicilline en première intention pour les RPM inférieures à 34 SA, tandis que le CNGOF (17) indique l'utilisation en premier lieu pour des ruptures entre 24 et 34 SA d'une ceftriaxone, puis l'utilisation secondaire de l'amoxicilline en fonction du résultat des PV. Quant à la durée, elle varie entre 5 et 7 jours (22) (2, 9, 12, 17, 20, 21), allant parfois jusqu'à 10 jours de traitement quand le schéma ne comprend que de l'érythromycine (16). Concernant le mode d'administration, il est indiqué dans l'étude de Yudin & al. (15) que celle-ci peut comprendre une phase parentérale initiale suivie d'une phase orale ou seulement être composée d'une phase orale. Certaines études indiquent un schéma de deux jours IV suivis de cinq jours per os (8, 9, 21), ou bien la voie per os seule

(12, 16, 20, 22). Les données de la littérature restent donc controversées tant sur la molécule à utiliser que sur le mode et la durée d'administration.

Dans notre étude, l'Augmentin® a été utilisé chez deux patientes. Or, son utilisation entraînerait un risque accru d'entérocolite nécrosante et ne devrait pas être utilisé en première intention (15, 16).

L'incidence des chorioamniotites serait de 40% pour des RPM avant 23/24 SA (3, 4), et pour les ruptures inférieures à 26 SA (Schucker et al.). Il y aurait plus de risque de chorioamniotite avec les âges gestationnels bas (4), mais il est difficile de savoir si c'est une cause ou une conséquence de la rupture (14). En ce qui nous concerne, aucune des températures prises à l'admission ne s'est révélée anormale, signifiant qu'à priori aucune patiente ne présentait de chorioamniotite aigue à ce moment là, si l'on se base sur les diverses définitions de la chorioamniotite. Il y a eu une suspicion de chorioamniotite pour trois patientes sur les vingt-trois dont l'issue est connue (à peu près 13%), ce qui est bien en dessous de l'incidence retrouvée dans la littérature. Ceci peut s'expliquer par plusieurs faits. Tout d'abord par la définition utilisée, qui n'est pas toujours la même (cf. Annexe 2) et peut donc faire diminuer ou augmenter ce chiffre. Deuxièmement, nous ne nous sommes intéressés dans notre étude qu'aux motifs d'accouchements sans avoir de résultats de placentoculture, qui auraient pu faire tendre ce résultat à la hausse. De plus, la chorioamniotie est paucisymptomatique dans 30% des cas en général (20), les patientes ne présentant pas les signes et les symptômes traditionnels (8), ce qui pourrait faire passer à côté du diagnostic, notamment quand il n'y a pas de résultats de cultures. Troisièmement, il y a eu ces deux dernières décennies une augmentation de l'utilisation des antibiotiques (5, 9) qui sont souvent administrés dès l'admission de la patiente, comme dans notre étude.

Une chorioamniotite pourrait induire la production de cytokines, qui par une cascade de réaction pourrait induire des contractions utérines (20). Dans notre étude seulement 5 patientes ont bénéficié à l'admission d'une étude des contractions par tocographie et deux durant l'hospitalisation, mais son intérêt n'est pas retrouvé dans la littérature.

Dans notre étude, toutes les patientes cerclées ont été décerclées. Peu d'études se sont attachées à la question de l'ablation du cerclage, et aucune étude pour des

ruptures inférieures à 24 SA en particulier. Cette question reste un dilemme : d'un côté ce cerclage permet de prolonger la latence, de l'autre c'est une source d'infection (7). Dans le cas des RPMP en général, des études anciennes indiquaient qu'il multipliait par 7 la morbidité infectieuse et la mortalité néonatale, mais des études récentes (7) montrent qu'il n'y a pas de différence dans le devenir périnatal entre les cas où le cerclage est enlevé et celui où il est laissé en place. Cette question doit donc être posée au cas par cas, sauf si la patiente présente une infection intra-utérine, des saignements vaginaux inexplicables, si elle est à plus de 34 SA ou si la patiente se met en travail. Dans les autres cas, il semble raisonnable de le laisser en place afin d'augmenter la durée de la latence (7). Cependant des recommandations du CNGOF (18) ou de l'ANAES (19), toujours pour des RPMP en général, sont en faveur d'un décerclage, bien qu'elles soient basées sur une étude non contrôlée, d'effectif faible (19).

On ne peut bien évidemment pas parler de prise en charge sans aborder le sujet du pronostic fœtal, qui sera une aide pour considérer la suite de la grossesse et de la prise en charge. Le soignant doit être mis au courant des données actuelles concernant la morbidité et la mortalité néonatale en rapport avec l'âge gestationnel à l'accouchement, pour prendre des décisions appropriées par rapport aux effets bénéfiques d'une prise en charge conservatrice par rapport à un accouchement immédiat (4). L'évaluation précise du pronostic reste très problématique. L'âge gestationnel à la rupture n'est pas prédictif de la mortalité néonatale (12), même si aucune survie n'a été constatée lorsque la rupture avait eu lieu avant 16 SA (12). Il reste très difficile de donner un âge au dessus duquel la survie est espérée (12). Concernant les RPMP avant la viabilité, la prématurité est quasiment constante (14), entraînant ses propres conséquences. L'hypoplasie pulmonaire est retrouvée en proportion variable, allant de 1 à 40 % (10, 14), voire même 60% dans l'étude de Farooqi et al. (24) pour des RPMP avant 20 SA. Elle serait responsable d'une grande partie de la mortalité néonatale (jusqu'à 70%) (10, 14). Pour cette raison, les auteurs suggèrent de surveiller régulièrement la quantité de liquide amniotique et la croissance pulmonaire par échographie, sans que le rythme idéal ne soit mentionné (4, 5, 10, 11). Dans notre étude, cette surveillance de quantité de liquide amniotique a été faite dans plus de 85% des cas. Nous ne pouvons pas avoir d'aperçu du rythme de surveillance, toujours pour les mêmes raisons que pour le rythme des bilans sanguins. Concernant la surveillance de la croissance pulmonaire : plusieurs paramètres ont été

étudiés pour évaluer la prédictivité d'hypoplasie pulmonaire comme la mesure de la circonférence thoracique seule, le rapport circonférence thoracique sur circonférence abdominale (CTho/CAbdo), ou bien la circonférence pulmonaire (4, 10). Aucun ne paraît préférable aux autres (5). Toutefois, lorsque le rapport CTho/CAbdo est diminué et qu'il y a présence d'un oligoamnios, il y a un haut risque prédictif d'hypoplasie pulmonaire (4); la corrélation de ces deux paramètres paraît donc intéressante à effectuer, mais ne l'a pas été dans notre étude. De plus, des études s'accordent à dire qu'une quantité minimale de liquide amniotique paraît indispensable pour un bon développement pulmonaire, et que la prise en charge de cette grossesse est à reconsidérer lorsque le diagnostic d'hypoplasie pulmonaire est suspecté (4, 5, 11, 12, 14). En effet, il y a peu de chance de poursuite de la grossesse au-delà de 25 SA lorsque la quantité de liquide est insuffisante (à peu près 31%) selon Hadi et al. (23).

Lorsque la poursuite de la grossesse a été décidée, après évaluation des bénéfices et des risques, l'appréciation du bien-être fœtal paraîtrait nécessaire. Soit par un ERCF réalisé à partir de 24 SA, sans mention de rythme (4), soit à partir de 25 SA dans le protocole de réseau (21), ou encore quotidiennement sans mention de limite inférieure dans les recommandations du CNGOF de 1999 (18), ou bien 2 fois par jour pendant 48 heures puis une fois par jour à partir de 24 SA (17). Les recommandations du RCOG (16), concernant les RPMP en général, indiquent qu'il faudrait effectuer une auscultation cardiaque fœtale toutes les 4 à 8 heures, et qu'il faudrait utiliser un ERCF lorsque la surveillance fœtale est requise. L'étude de Caughey & al. (7) indique cependant qu'il n'y a pas de consensus sur le type et la fréquence des enregistrements et de la surveillance à effectuer, dans les RPMP en général. Dans notre étude, il y a eu plus de 70% de vérification du rythme cardiaque fœtal par Sonicaid® à l'admission, cette vérification étant un peu moins importante lors de l'hospitalisation. Une patiente a bénéficié d'un ERCF à l'admission, et une autre d'un Oxford® lors de son hospitalisation dont l'analyse n'a pas été retrouvée, bien que leur terme soit inférieur à 24 SA. On peut s'interroger sur la validité de ces enregistrements à un terme si bas. Par contre la vitalité fœtale a été vérifiée par échographie (dans plus de 80% des cas à l'admission), alors que cette question n'est pas abordée dans les études.

La notion de viabilité indique donc une notion de possible prise en charge fœtale et par la suite du nouveau-né. De ce fait la corticothérapie n'est envisagée dans de nombreuses études qu'à partir de 24 SA (2, 4, 5, 9, 16, 17, 21). On pourrait envisager que les corticoïdes aient une action avant 24 SA, puisque le stade canaliculaire où les échanges gazeux deviennent possibles s'étend de 18 à 26 SA environ (5, 10, 12), correspondant à la période de rupture concernant notre étude ; mais ceci s'apparente déjà à un début de prise en charge non cohérent avec cette notion de viabilité que nous expliquons aux parents. De plus, il est communément accepté que seulement deux cures pourront être faites par patiente. Dans notre étude, une seule patiente a bénéficié d'une corticothérapie avant 24 SA (23 + 4). Par ailleurs, les corticothérapies étaient prévues pour les autres patientes après 24 SA. Ceci nous amène à la question de la tocolyse, qui est communément acceptée pour permettre de différer l'accouchement et avoir le temps d'effectuer une corticothérapie. Celle-ci ne devrait donc pas être effectuée avant 24 SA (21), sauf en cas de contractions utérines car elle n'augmente pas la durée de latence quand elle est prophylactique (2, 16). Dans notre étude, une seule patiente a bénéficié d'une tocolyse qui était thérapeutique.

Les issues

Dans notre étude, dix patientes sur vingt-trois ont eu recours à l'IMG, et dans 9 cas sur dix pour oligo-anamnios. Il est vrai que la question de l'IMG peut se poser. En effet, nous bénéficions souvent de peu d'éléments pour établir un pronostic précis (14). Comme nous l'avons vu précédemment, l'incidence de l'hypoplasie pulmonaire pourrait atteindre 40%, et être responsable d'une grande partie de la mortalité néonatale. La mortalité néonatale en elle-même varie selon les études, retrouvée à 80% lorsque la rupture a lieu avant 22 SA (2), et à plus de 84% pour des ruptures inférieures à 20 SA. L'incidence des MFIU serait de 15% selon diverses études (4, 10, 14, 22), et retrouvée à 4% dans notre étude (ceci pouvant s'expliquer par le faible effectif). La mortalité périnatale analysée serait de 54 à 82% pour des RPM comprises entre 19 et 24 SA (13). Face à ces chiffres, cette question peut réellement être discutée. Certes, il y a toujours une chance de survie néonatale, estimée à 30% dans l'étude de Schucker & al. (10) pour des RPM inférieures à 24 SA, mais celle-ci peut s'accompagner d'une fréquence élevée de complications sévères notamment neurologiques (14), même si depuis les vingt dernières années, le taux de survie sans

séquelles majeurs (11) augmente. Dans notre étude, on peut voir que 6 nouveau-nés ont été pris en charge en unité de néonatalogie, ce qui représente une survie à la naissance de 26% toutes les patientes confondues, et de 50% lorsque nous excluons les IMG et la MFIU. Ce dernier taux de survie peut paraître supérieur aux résultats des autres études, cependant nous n'avons pas eu accès aux informations sur leur survie en néonatalogie et à long terme.

L'IMG semble être une option réaliste de prise en charge pour les RPM avant 20 SA (11). La médiane du terme de la rupture pour les patientes ayant bénéficié d'une IMG est retrouvée à 19 SA et 6 jours dans notre étude. Mais pour le CNGOF (18), en cas de rupture avant 24 SA, l'IMG ne devrait pas être envisagée en l'absence d'anamnios ou de chorioamniotite, comme dans nos deux centres et peut être envisagée en cas de bilan infectieux positif, de RCIU très précoce, ou de déformations fœtales (21, 22).

Lorsque l'IMG n'a pas été proposée ou acceptée et qu'il n'y a pas eu de MFIU, on remarque que nous sommes à l'origine d'un tiers des accouchements tous confondus (déclenchements et césarienne) et de 50 % des accouchements FCS exclues.

Conclusion

La prise en charge des patientes ayant rompu leurs membranes avant 24 semaines d'aménorrhée repose essentiellement sur une surveillance infectieuse intégrant une surveillance clinique, paraclinique ainsi qu'une antibioprophylaxie. Elle repose également sur la surveillance du bien-être fœtal par la mesure échographique de la quantité de liquide amniotique et la surveillance de la vitalité fœtale. Cette surveillance détermine souvent l'issue de la grossesse : conduisant à une interruption médicale de grossesse quand les critères de surveillance sont d'emblée défavorables, ou bien à un accouchement induit (déclenché ou par césarienne) quand ceux-ci le deviennent lors de la surveillance ultérieure.

On remarque que cette prise en charge est globalement homogène et assez proche des protocoles et recommandations pour la prise en charge au-delà de 24 semaines d'aménorrhée, à la différence près qu'étant sous le terme de la viabilité, la corticothérapie et la tocolyse, ainsi que les monitorings ne sont pas effectués.

Il serait bien à l'avenir, de pouvoir réaliser une étude prospective pour avoir un échantillon plus important, des résultats plus exhaustifs ; et une étude qui soit corrélée au devenir néonatal pour une vision plus globale du problème posé par ces patientes. De plus, les grossesses gémellaires étant en augmentation et concernées par ce problème, une étude pourrait être menée au niveau de cette population.

Bibliographie

1. Kjersti M. Aagaard-Tillery, M.D., Ph.D., Francis S. Nuthalapaty, M.D., Patrick S. Ramsey, M.D., and Kirk D. Ramin, M.D. Preterm premature rupture of membranes: perspectives surrounding controversies in management. *Am J of Perinatol* 2005; 22(6): 287-97
2. Grisaru-Granovsky S, Eitan R, Kaplan M, et al. Expectant management of midtrimester premature rupture of membranes: a plea for limits. *J Perinatol* 2003; 23:235-9
3. Bacchi Modena A., Kaihura C., Fieni S. Prelabour rupture of membranes: recent evidence. *Acta Bio Medica Ateneo Parmense* 2004; 75(1): 5-10
4. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes: diagnosis and management. *Clin Perinatol.* 2004; 31:765-82
5. Waters TP., Mercer BM. The management of preterm premature rupture of the membranes near the limit of fetal viability. *Am J Obstet Gynecol.* 2009 p230-40
6. Kilpatrick SJ, Patil R, Connell J, et al. Risk factors for previable premature rupture of the membranes or advanced cervical dilatation: a case control study. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 194:1168-75
7. Caughey AB., Robinson JN., Norwitz ER. Contemporary diagnosis and management of preterm premature rupture of membranes. *Rev obstet gynecol.* 2008; 1(1):11-22
8. Simhan HN., Canavan TP. Preterm premature rupture of membranes: diagnosis, evaluation and management strategies. *BJOG* 2005; 112(1): 32-37
9. Dinsmoor MJ, Bachman R, Haney EI, et al. Outcomes after expectant management of extremely preterm premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190(1):183-7
10. Schucker JL, Mercer BM. Midtrimester premature rupture of the membranes. *Semin Perinatol* 1996; 20 (5): 389-400
11. Yeast, J.D., Preterm premature rupture of the membranes before viability. *Clin Perinatol* 2001; 28(4):849-60
12. Manuck TA., Eller AG., Esplin MS., Stoddard GJ., Varner MW., Silver RM. Outcomes of expectantly managed preterm premature rupture of membranes occurring before 24 weeks of gestation. *ACOG* 2009; 114(1): 29-37

13. Ancel PY. Epidémiologie de la rupture prématurée des membranes. Facteurs de risques et conséquences en terme de santé : morbidité et mortalité maternelles, néonatales et de la petite enfance. J gynecol Obstet Biol Reprod 1993 ; 28 :607-625
14. Azria E. Rencontres de Port-Royal. Rupture prématurée des membranes avant 24 SA : Place de l'interruption médicale de grossesse ? 2006.
15. Yudin MH., Schalkwyk L., Eyk N. et al. Antibiothérapie et rupture prématurée des membranes préterme. JOGC. 2009 ; 233 : 868-74
16. Preterme prelabour rupture of membranes. RCOG. Guideline No 44, nov. 2006.
17. Rupture prématurée des membranes entre 24 et 34 SA. Protocoles en gynécologie obstétrique. CNGOF. Elsevier Masson SAS. 2007.
18. Rupture prématurée des membranes. Recommandations pour la pratique clinique. CNGOF. 1999.
19. Quels examens biologiques faut-il réaliser en cas de rupture prématurée des membranes ? Prévention anténatale du risque infectieux bactérien néonatal précoce. ANAES. Service des recommandations et références professionnelles. Sept. 2001.
20. Infections cervico-vaginales et grossesse. Recommandations pour la pratique clinique. CNGOF. 1997.
21. Rupture prématurée des membranes. Réseau périnatal Loire Nord-Ardèche. Mars 2009.
22. Rupture prématurée des membranes. Abrégés de périnatalité. Protocoles cliniques en obstétrique. D.Cabrol / F.Goffinet. Ed Masson, 3^{ème} édition : 2009.
23. Hadi HA, Hodson CA, Strickland D. Premature rupture of the membranes between 20 and 25 weeks' gestation: role of amniotic fluid vilume in perinatal outcome. Am J Obstet Gynecol. 1994; 170:1139-44
24. Farooqi A, Holmgren PA, Engberg S, et al. Survival and 2-year outcome with expectant management of second-trimester rupture of membranes. Obstet Gynecol. 1998; 92(6):895-901

Annexes

Annexe 1:

Les variables recueillies

Concernant la population étudiée, nous avons recueilli:

1. des données générales :
Âge,
Gestité, Parité,
Vie en couple et Profession
2. des facteurs de risques de rupture prématurée des membranes avant 24 SA :
Antécédents de RPM ;
Amniocentèse,
Métrorragies ou cerclage durant la grossesse
« Incompétences cervicales »
Tabagisme pendant la grossesse
3. des malformations utérines
4. Les éléments pouvant modifier la prise en charge des RPM :
Contractions utérines
Menace d'accouchement prématurée
Métrorragies
Allergies à la pénicilline.

Concernant la prise en charge à l'admission nous avons recueilli :

1. Le terme à la rupture
2. Le terme à l'admission
3. Le mode de diagnostic :
Clinique (spéculum +/- dires de la patiente seulement)
Paraclinique (utilisation d'un test Actim Prom® seulement)
Echographique (constatation d'une diminution importante de liquide amniotique seulement)
Combiné (soit parce que l'une d'entre elles n'était pas concluante (par exemple Actim Prom® douteux), soit pour conforter le diagnostic)
4. Les éléments cliniques :
Le toucher vaginal (TV) : s'il a été effectué, et s'il montrait un col modifié.
La tension artérielle (TA), pouls, température, perte de liquide amniotique, et les mouvements fœtaux.
5. L'enregistrement /analyse du rythme cardiaque fœtal par Sonicaid, monitoring classique ou système Oxford ; et tocographie.

6. Les éléments paracliniques :
 - La biologie : bilan préopératoire avec la recherche d'agglutinines irrégulières (RAI), numération formule sanguine (NFS) avec la numération des leucocytes, C-Reactive Protéine (CRP), interleukine-6 (IL-6)
 - La bactériologie : prélèvements vaginaux (PV) et examen cytotobactériologique des urines (ECBU))
7. Les données échographiques : biométries dont diamètre thoracique, morphologie, vitalité fœtale, insertion placentaire, quantité de liquide amniotique et le score biophysique ou Manning.
8. La suite de la prise en charge concernant :
 - La clinique et les traitements
 - La surveillance biologique ou bactériologique
 - La surveillance du rythme cardiaque fœtal et des contractions par tocographie
 - La surveillance échographique
 - La suite du parcours médicalisé de la patiente : transfert in utéro (TIU), retour à domicile (RAD), hospitalisation à l'hôpital, hospitalisation à domicile (HAD), ou suivi par une sage-femme libérale (SFL)

Concernant la prise en charge lors de l'hospitalisation, les données suivantes ont été recueillies :

1. Le terme à l'hospitalisation
2. La durée de l'hospitalisation (durée totale ou jusqu'à 23 SA + 6 jours inclus)
3. La surveillance clinique, paraclinique et échographique
4. L'antibioprophylaxie ou antibiothérapie :
 - Nature de l'antibiotique utilisé
 - Modalité d'administration : Intra-Veineux (IV) seul, Per os seul, IV 48 heures puis per os ou une autre modalité d'administration
 - Durée d'administration
5. La tocolyse :
 - Prophylactique ou thérapeutique
 - Nature du tocolytique utilisé
 - Durée
6. La corticothérapie :
 - Réalisée ou non
 - Terme lors de la réalisation
 - Ou terme prévu pour celle-ci, si mentionné
7. Le cerclage
 - Terme à la réalisation
 - Si oui, réalisation ou non d'un décerclage
 - Terme lors du décerclage

Annexe 2 :

Définitions de la chorioamniotite dans les études suivantes :

- Etude Caughey (7):
- Tachycardie foetale
 - Tachycardie maternelle
 - Fièvre maternelle supérieure ou égale à 38°C
- Et/ou
- Sensibilité utérine
- +/-
- Perte cervicale de pus
-
- Etude Manuck (12):
- Température maternelle supérieure à 38°C
- Et
- utérus tonique
-
- Selon le RCOG (16):
- Température maternelle
 - Tachycardie maternelle
 - Hyperleucocytose
 - Utérus tonique
 - Pertes vaginales nauséabondes
 - Tachycardie foetale
-
- Selon le CNGOF (17):
- Hypertermie
- Et/ou
- Contractilité utérine
- Et/ou
- Tachycardie foetale
- Et/ou
- Augmentation de la CRP et de l'hyperleucocytose
-
- Selon l'HAS (19) :
- Fièvre maternelle supérieure à 38°C + 2 critères au moins :
 - Sensibilité utérine
 - Contractions utérines
 - Odeurs anormales du liquide amniotique
 - Tachycardie foetale
 - Hyperleucocytose
 - Culture de liquide amniotique positive

Annexe 3 :

Caractéristiques de la population :

	Moy. +/- e.t. Frequence
Age (n=24)	31,6 +/- 4,6
Gestité (n=24)	3,7 +/- 2,5
Parité (n=24)	3,7 +/- 2,5
Vie maritale ou en couple (n=21)	100%
Profession (n=20)	
Sans	30% (6)
station debout prolongée, travail difficile	35% (7)
Autres	35% (7)
FR de RPM avant la viabilité (n=24)	
ATCD de RPM	16,7% (4)
"incompétences cervicales"	16,7% (4)
Amniocentèse	4,2% (1)
Métrorragies	16,7% (4)
Cerclage	12,5% (3)
Consommation tabac (n=22)	22,7% (5)
Malformations utérines (n = 22)	9,1% (2)

Prise en charge à l'admission

	Fait	Anormal	FNR
	moy. +/- e.t.		
	Frequence (%) (prop.)		
Terme (n=24)	20 + 2j +/- 19j		
Terme à la rupture (n=24)	20 SA +/- 21 j		
Diagnostics associés			
Contractions utérines (n=21)	28,6% (6)		
Métrorragies (n=21)	33,3% (7)		
MAP (n=19)	15,8% (3)		
Allergies à la pénicilline (n = 22)	4,5% (1)		
Diagnostic (n=23)			
Clinique (C) seul	21,7% (5)		
Paraclinique (P) seul	4,35% (1)		
Echographique (E) seul	4,35% (1)		
C+P	39,1% (9)		
C+P+E	17,4% (4)		
C+E	8,7% (2)		
P+E	4,35% (1)		
TV (n=22)	72,7% (16)	43,75% (7)	
Clinique (n=19)			
Tension artérielle	73,7% (14)	7,1% (1)	
Pouls	68,4% (13)	7,7% (1)	
Température	73,7% (14)	0%	
Perte LA	94,7% (18)	61,1% (11)	
Mouvements fœtaux	84,2% (16)	6,25% (1)	
Biologie (n=22)			
Bilan pré-op	68,2% (15)	6,7% (1)	13,3% (2)
NFP/ Leucocytose	95,5% (21)	19% (4)	9,5% (2)
CRP	95,5% (21)	52,4% (11)	
IL-6	0%		
Bactériologie (n = 23)			
PV	82,6% (19)	26,3% (5)	21% (4)
ECBU	82,6% (19)	10,5% (2)	26,3% (5)
RCF (n=19)			
aucun	21% (4)		
Sonicaid	73,7% (14)	0%	
ERCF	5,3% (1)	0%	
Oxford	0%	0%	
Tocographie (n=20)	25% (5)	0%	
Echographie			
Biométries (n=21)	19% (4)	0%	
Diam. Thoracique (n=21)	4,8% (1)	0%	
Morphologie (n=21)	9,5% (2)	0%	
Vitalité fœtale (n=22)	81,8% (18)	11,1% (2)	11,1% (2)
Insertion placentaire (n=22)	31,8% (7)	14,3% (1)	14,3% (1)
QLA (n=22)	86,4% (19)	42,1% (8)	10,5% (2)
Manning (n=22)	0%		

Conduites à tenir post admission

	Frequence (%) (prop.)
Clinique et traitements (n =27)	
Aucune spécifiée	29,6% (8)
Traitement antibiotique	33,3% (9)
<i>Clamoxyl 3g/j, durée?</i>	18,5% (5)
<i>Clamoxyl 3g/j per os 8j</i>	3,7% (1)
<i>Clamoxyl 3g/j, 5j</i>	3,7% (1)
<i>Augmentin 7j</i>	3,7% (1)
<i>Augmentin 3g/j, durée?</i>	3,7% (1)
Corticothérapie/célestène	3,7% (1)
Traitement par spafon	7,4% (2)
<i>Spafon IV</i>	3,7% (1)
<i>Spafon per os</i>	3,7% (1)
Contrôle de la RPM à faire	7,4% (2)
IMG proposée	18,5% (5)
Biologie/bactériologie (n = 24)	
Aucune spécifiée	83,3% (20)
bilan infectieux	12,5% (3)
NFS/CRP	4,2% (1)
ERCF/Toco (n = 24)	
Aucune spécifiée	100% (24)
Echographie (n = 24)	
Aucune spécifiée	87,5% (21)
Contrôle	8,3% (2)
QLA	4,2% (1)

Prise en charge durant l'hospitalisation

	Fait durant hospit	(x/j)	anormal	FNR
	Med (EIQ)		Frequence (%) (prop.)	
Clinique (n=17)				
Tension artérielle	2 (1-2,5)	1 (0,46-1)	0% (0/15)	6,7% (1/15)
Pouls	1 (0-2,25)	1 (0-1)	16,7% (2/12)	0%
Température	2 (1-4,25)	1 (0,88-1,63)	6,7% (1/15)	0%
Perte LA	3 (1-4,25)	1,5 (1-2)	46,7% (7/15)	6,7% (1/15)
Mouvements fœtaux	1 (0-2)	0,5 (0-1)	18,2% (2/11)	0%
CU	2 (0,75-5,25)	1 (0,5-1,17)	15,4% (2/13)	0%
TV	0 (0-0)	0 (0-0)	0% (0/1)	0%
ActimProm®	0 (0-0)		50% (1/2)	0%
Biologie (n=17)				
NFP/ Leucocytose	0 (0-1)		14,3% (1/7)	0%
CRP	0 (0-1)		57,1% (4/7)	0%
IL-6	0			
PV	0 (0-1)		20% (1/5)	40% (2/5)
ECBU	0 (0-0)		33,3% (1/3)	33,3% (1/3)
RCF (n=17)				
Sonicaid	0 (0-0,25)	0 (0-1)	0% (0/8)	0%
ERCF	0			
Oxford	0 (0-0)		.	100% (1/1)
Tocographie (n=17)	0 (0-0)		50% (1/2)	0%
Echographie (n=17)				
Biométries	0 (0-0)		0% (0/3)	66,7% (2/3)
diamètre tho.	0 (0-0)		0% (0/3)	66,7% (2/3)
Morphologie	0 (0-0)		33,3% (1/3)	66,7% (2/3)
Vitalité fœtale	0 (0-1)		50% (3/6)	33,3% (2/6)
Insertion placentaire	0 (0-0)		0% (0/3)	66,7% (2/3)
QLA	0 (0-1)		71,4% (5/7)	28,6% (2/7)
Manning	0 (0-0)		33,3% (1/3)	33,3% (1/3)
Antibiothérapie (n=18)				
Aucune	5,6% (1/18)			
Prophylactique	83,3% (15/18)			
Thérapeutique	11,1% (2/18)			
Type ATB (n=17)				5,6% (1/18)
Amoxicilline	82,4% (14/17)			
Augmentin®	11,8% (2/17)			
Clinda. + genta.	5,9% (1/17)			
Durée (j) (n=15)	2 (2-4,75)			16,7% (3/18)
Nb de cures	1 (1-1)			
Modalité d'administration (n=17)				5,6% (1/18)
IV seul	23,5% (4/17)			
Per os seul	58,8% (10/17)			
IV 48h puis per os	17,7% (3/17)			
Tocolyse (n=17)				
Aucune	94,1% (16/17)			
prophylactique	0%			
thérapeutique	5,9% (1/17)			
Type Tocolyse				
Loxen®	100% (1/1)			
Durée (j)	2			
Corticoïdes (n=18)	5,6% (1/18)			
Terme (SA) (n=17)	23 SA 4j			5,6% (1/18)
Terme prévu (SA) (n=4)	24 SA (23+6 - 24)			
Cerclage	16,7% (3/18)			
Terme (SA)	13+5 (13+3 -19+3)			
Décercelage (%age/ cerclées)	100% (3/3)			
Terme (SA)	21+5 (20+5 - 23+2)			

Issues

	Total (n = 23)
	Med. (EIQ)
	Frequence (%) (prop.)
FCS (n = 4)	17,4% (4)
Terme à l'issue (SA)	20+6 (19+5 - 21+3)
Durée de la latence (j)	8,5 (3,5 - 25,5)
IMG (n = 10)	43,5% (10)
Terme à l'issue (SA)	20+3 (18+3 - 22+2)
Durée de la latence (j)	3 (2 - 10)
Motif	
<i>Anamnios seul</i>	50% (5)
<i>Anamnios et absence MF</i>	20% (2)
<i>Anamnios et augmentation CRP</i>	10% (1)
<i>Oligoamnios</i>	10% (1)
<i>Suspicion chorioamniotite</i>	10% (1)
Causes fœtales	20%
Causes obstétricales	100%
ACCT (n = 8)	34,8% (8)
Spontané	17,4% (4)
Terme à l'issue (SA)	24+3 (24+1 - 27+3)
Durée de la latence (j)	9 (4,5 - 29)
Déclenché	8,7% (2)
Terme à l'issue (SA)	25+5 (24+6 - 26+5)
Durée de la latence (j)	14,5 (9 - 20)
Motif	
<i>Anamnios, RCIU, augmentation CRP</i>	50% (1)
<i>Suspicion chorioamniotite</i>	50% (1)
Par césarienne	8,7% (2)
Terme à l'issue (SA)	31 SA (29+1 - 33 SA)
Durée de la latence (j)	83 (78 - 88)
Motif	
<i>Suspicion chorioamniotite</i>	50% (1)
<i>Non renseigné</i>	50% (1)
MFIU (n = 1)	4,3% (1)
Terme (SA)	21 + 2
Durée de la latence (j)	35
Enfants entrés vivants en néonatalogie (n = 6)	26% (6/23)
hors IMG/MFIU	50% (6/12)

Annexe 4 :

Fiche de saisie

Caractéristique de la population

Age :

Gestité :

Parité :

Vie maritale/en couple : non / oui

Profession :

FR de RPM avant la viabilité :

Antécédents de RPM : non / oui

Amniocentèse : non / oui

Métrorragies : non / oui

Cerclage : non / oui

Consommation tabac: non / oui

Av g : pdt g :

Autre :

Allergies :

A l'admission :

CU : non / oui : <10/j >10/j

Métrorragies : non / oui

MAP : non / oui

Admission n°1 :

Terme :

Terme à la rupture :

Diagnostic :

C seul : non / oui

P seul : non / oui

E seul : non / oui

C+P : non / oui

C+P+E : non / oui

C+E : non / oui

P+E : non / oui

TV : non / oui

Détail :

Modifié : non / oui

Clinique :

Anormal : non / oui

TA : non / oui

Pouls : non / oui

T° : non / oui

Perte LA : non / oui

MF : non / oui

Biologie :

Anormal : non / oui

Bilan pré-op : non / oui

NFP/leucocytose : non / oui

CRP : non / oui

IL-6 : non / oui

PV : non / oui

ECBU : non / oui

RCF :

Anormal : non / oui

Sonicaid : non / oui

ERCF : non / oui

Oxford : non / oui

Tocographie : non / oui

Echographies : Anormal : non / oui
Biométries : non / oui
Circonférence thoracique : non / oui
Morphologie : non / oui
Vitalité fœtale : non / oui
Insert° placentaire : non / oui
QLA : non / oui
Manning : non / oui

CAT clinique :
CAT bio:
CAT ERCF/toco:
CAT écho :
TIU : non / oui
RAD : non / oui
Hospitalisation Hôpital : non / oui
HAD : non / oui
SFL : non / oui

Admission n°2 :

Terme :

Clinique : Anormal : non / oui
TA : non / oui
Pouls : non / oui
T° : non / oui
Perte LA : non / oui
Odeur LA : non / oui
Couleur LA : non / oui
MF : non / oui
CU : non / oui

ActimProm :

TV : non / oui Détail : Modifié : non / oui

Biologie : Anormal : non / oui
Bilan pré-op : non / oui
NFP/leucocytose : non / oui
CRP : non / oui
IL-6 : non / oui
PV : non / oui
ECBU : non / oui

RCF : Anormal : non / oui
Sonicaid : non / oui
ERCF : non / oui
Oxford : non / oui

Tocographie : non / oui

Echographies : Anormal : non / oui
Biométries : non / oui
Diamètre thoracique : non / oui
Morphologie : non / oui
Vitalité fœtale : non / oui
Insert° placentaire : non / oui
QLA : non / oui
Manning : non / oui

CAT clinique :
CAT bio
CAT ERCF/toco
CAT écho :
TIU : non / oui
RAD : non / oui
Hospitalisation Hôpital : non / oui
HAD : non / oui

SFL : non / oui

Hospitalisation :

Terme : Durée : j

Clinique : Nombre : Anormal :

TA :
Pouls :
T° :
Perte LA :
Odeur LA :
Couleur LA :
MF :
CU :

Biologique :

NFP/leucocytose :
CRP :
IL-6 :
PV :
ECBU :

ActimProm :

TV :

RCF :

Sonicaid :
ERCF :
Oxford :

Tocographie :

Échographie :

Biométries :
Diamètre thoracique :
Morphologie :
Vitalité fœtale :
Insertion placentaire :
QLA :
Manning :

Antibiothérapie : Prophylactique : non / oui

Amoxicilline : non / oui
Augmentin : non / oui
Ceftriaxone : non / oui
Spiramycine : non / oui
Erythromycine : non / oui

Modalité d'administration :

IV seul : non / oui
Per os seul : non / oui
IV 48h puis per os : non / oui
Autre : _____

Thérapeutique : non / oui

Amoxicilline : non / oui
Augmentin : non / oui
Ceftriaxone : non / oui
Spiramycine : non / oui
Erythromycine : non / oui

Modalité d'administration :

IV seul : non / oui
Per os seul : non / oui
IV 48h puis per os : non / oui
Autre : _____

Durée : _ j

Durée : _ j

Tocolyse : Prophylactique : non / oui

Aucune : non / oui
Loxen : non / oui
Salbutamol : non / oui
Adalate : non / oui
Tractocile : non / oui
Autre : _____

Thérapeutique : non / oui

Aucune : non / oui
Loxen : non / oui
Salbutamol : non / oui
Adalate : non / oui
Tractocile : non / oui
Autre : _____

Durée : _ j

Durée : _ j

Corticoïdes : non / oui
Terme : _ SA
Ou prévus au terme de : _____

Cerclage : non / oui Terme : _____
Decerclage : non / oui Terme : _____

Issues :

FCS : non / oui : terme à l'issue : __ SA
Durée de la latence : _____ j

IMG : non / oui : Motif : _____
Causes fœtales : non / oui
Causes obstétricales : non / oui
Autres
Terme à l'issue : __ SA
Durée latence : __ j

Accouchement : non / oui : Spontané : non / oui
Terme à l'issue : __ SA
Durée de la latence : _____ j
Déclenché : non / oui
Terme à l'issue : __ SA
Durée de la latence : _____ j
Motif : _____
Césarienne : non / oui
Terme à l'issue : __ SA
Durée de la latence : _____ j
Motif : _____

MFIU : non / oui : Terme : _ SA

Enfant entré vivant en néonatalogie : non / oui
Enfant DCD ds 1^{er} mois de vie : non / oui : Age : _____ j

Résumé

Objectifs : Notre but était de décrire la prise en charge et l'issue des grossesses des patientes ayant rompu leurs membranes avant 24 semaines d'aménorrhée (SA) sur deux centres de notre région et de voir si celle-ci différait des recommandations de prise en charge après 24 SA. **Matériels et méthode** : Dans une étude descriptive, rétrospective, multicentrique, nous avons étudié les dossiers papiers et informatisés des patientes ayant rompu leurs membranes (rupture ou fissuration) plus de 24 heures avant une mise en travail ou un déclenchement (jusqu'à 23 SA et 6 jours). Les patientes dont le diagnostic de rupture a été posé après 24 SA et les grossesses gémellaires ont été exclues. **Résultats** : 24 patientes ont été incluses, 18 ont été hospitalisées. Près de 40% des diagnostics étaient cliniques associés à un test ActimProm®. Une surveillance clinique, biologique, bactériologique, échographique et par monitoring, de la mère et de l'enfant, a été réalisée lors de l'admission et de l'hospitalisation. Une antibioprofylaxie par amoxicilline per os seul et un décerclage ont communément été effectués ; contrairement à la tocolyse prophylactique et la corticothérapie qui n'ont pas été utilisés dans la plupart des cas, conformément aux études. Il y a eu quatre fausses couches spontanées, une mort fœtale in utero, huit accouchements (4 spontanés, 2 déclenchés, 2 par césarienne), et 10 interruptions médicales de grossesses. Six nouveau-nés sont entrés vivants en néonatalogie. **Conclusion** : La prise en charge est globalement homogène et repose surtout sur une surveillance infectieuse, du bien être fœtal, et est assez proche des recommandations pour des ruptures au-delà de 24 SA.

Mots clés : rupture prématurée des membranes préterme, rupture prématurée des membranes avant la viabilité, prise en charge obstétricale, surveillance infectieuse, surveillance du bien-être fœtal.