

# Spécificités de la prise en charge de la RPM avant 24 SA



Gynazur, 27 juin 2019

Aurélie Vincent

Institut Mutualiste Montsouris

Paris





Collège national des gynécologues-obstétriciens français - 2018

# **RPC SUR LA RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES AVANT TERME**



Recommandations pour la pratique clinique

## Prise en charge anténatale en cas de rupture prématurée des membranes avant la viabilité fœtale. RPC Rupture prématurée des membranes avant terme CNGOF

*Antenatal management in case of preterm premature rupture of membranes before fetal viability: CNGOF Preterm Premature Rupture of Membranes Guidelines*

E. Azria <sup>a,\*,b</sup>

- Événement rare : 0,3 -1%
- Définition viabilité non univoque : 14 SA → 24-25 SA ? 23 SA ?

# Limites des travaux

---

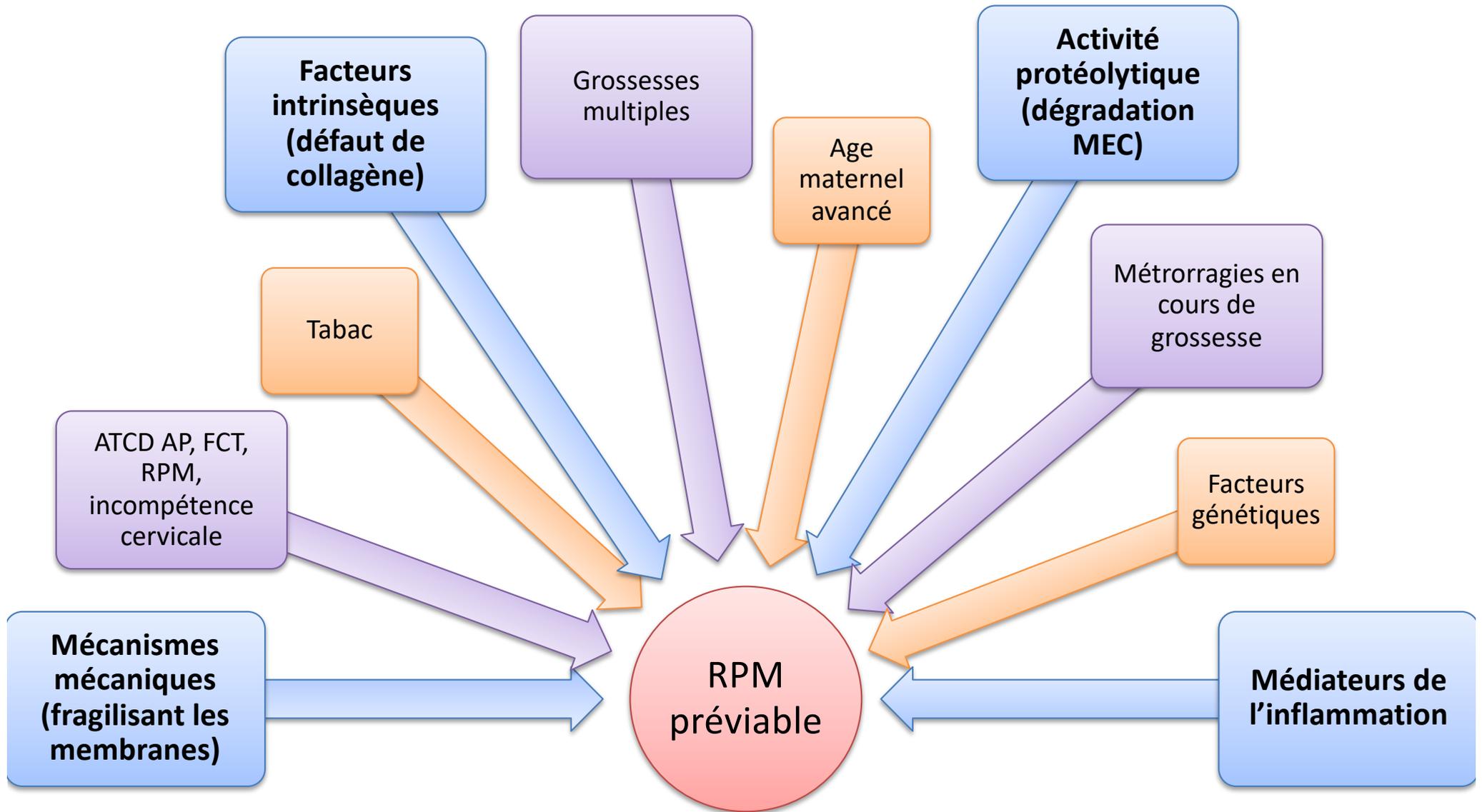
- Etudes rétrospectives surtout (1 seule en population) *Lorthe et al., AJOG 2018*
- Inclusion des foetus après PEC conservatrice (exclusion IMG) → surestimation issues favorables
- Variabilité résultats :
  - variabilité pratiques
  - différences de dénominateurs
  - délai avant l'entrée en travail
  - stratification en fonction âge gestationnel à la rupture
  - grossesses multiples

# Limites des travaux

---

**Faibles niveaux de preuve  
Faible grade des  
recommandations proposées**

# Facteurs de risque



# Evolution

---

- Quantité de LA :
  - Arrêt de l'écoulement : 14% des RPM < 28 SA  
*Beydoun et al., AJOG 1986*
  - Quantité de LA satisfaisante (ILA > 5) : 50-60%  
*Azria et al., BJOG 2012*
  - Oligoamnios sévère : 61,1% (EPIPAGE 2)
- Latence :
  - Moyenne : 20-43 jours, Médiane : 6-49 jours
  - Accouchement dans la semaine : 23-39%
  - Accouchement dans les deux semaines : 40%
  - Oligoamnios (PGC < 1 cm) associé à une latence courte

# Place de l'IMG

---

- IMG : 2 - 57,1%
- Conditions strictes prévues par le CSP article L2213-1.
- En lien avec le pronostic maternel : infection intra-utérine
  - 35% des femmes avec traitement conservateur
  - Sepsis sévère dans 0,8 à 2% des cas
  - Décès maternel : 3 cas dans l'ENCMM (2007-2012)
- En lien avec le pronostic de l'enfant à naître :  
« Important de s'attacher à renseigner ces facteurs pronostiques et de ne pas hâter une éventuelle demande en l'absence d'urgence motivée par une situation de mise en péril maternel (**Accord professionnel**) »

# Comparison of perinatal outcome after pre-viable preterm prelabour rupture of membranes in two centres with different rates of termination of pregnancy

E Azria,<sup>a,b</sup> O Anselem,<sup>c,d</sup> T Schmitz,<sup>b,e</sup> V Tsatsaris,<sup>c,d</sup> MV Senat,<sup>f,g</sup> F Goffinet<sup>c,d</sup>



- Etude ici/ailleurs Port Royal/ Antoine Béclère
- 2003-2007
- IMG proposée en cas de pronostic défavorable  
40,8% et 56%
- Issue périnatale meilleure dans le centre où les IMG étaient moins fréquentes :  
survie sans morbidité sévère 42,9% vs 20,3%, p=0,01

# Survie

---

- Survie hospitalière : 17 - 55% (attitude conservatrice)
- Survie sans morbidité majeure : 26 - 63%

## Associée au terme de rupture

- Augmentation de 10% pour chaque semaine d'âge gestationnel à la rupture après 19 SA

Deutsch et al., J Matern Neonatal Med  
2010

- Corrélation avec le terme à la naissance ?

## Associée à la quantité de LA

- Réduite en cas d'oligoamnios
- x 2,7 pour chaque augmentation de 5 mm de la plus grande citerne

Palacio et al, Obstet Gynecol Reprod Biol  
2008

# Complications

---

## Maternelles

Infection IU

**16 - 71 %**

Sepsis

**0,8 - 4,8 %**

Endométrite PP

**10 - 14,5 %**

Morbidité sévère

**10%**

Mort maternelle

**3 cas en 6 ans en France**

## Obstétricales

Procidence

**1,9 - 7,6 %**

Décollement  
placentaire

**17 - 35 %**

Rétention placentaire

**10%**

## Périnatales

FCT-MFIU

**4 - 52,6 %**

Prématurité

Hypoplasie pulmonaire

**1,7 - 29%**

Déformation des mb

**0 - 23%**

Infection néonatale

Mortalité néonatale

# Impact de la RPM sur le pronostic néonatal

---

- Controversé :
  - Etude à Port Royal 2003-2007 : issues néonatales plus défavorables si RPM < 25 SA vs pas RPM

Patkai *et al.*, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.2013

- Etude plus récente (EPIPAGE 2) : pas d'effet propre de la RPM, mais date de la RPM non connue

Delorme *et al.*, Obstet Gynecol 2016

En cas de naissance vivante prématurée, la rupture très précoce des membranes est-elle un facteur de risque supplémentaire de morbi-mortalité ?

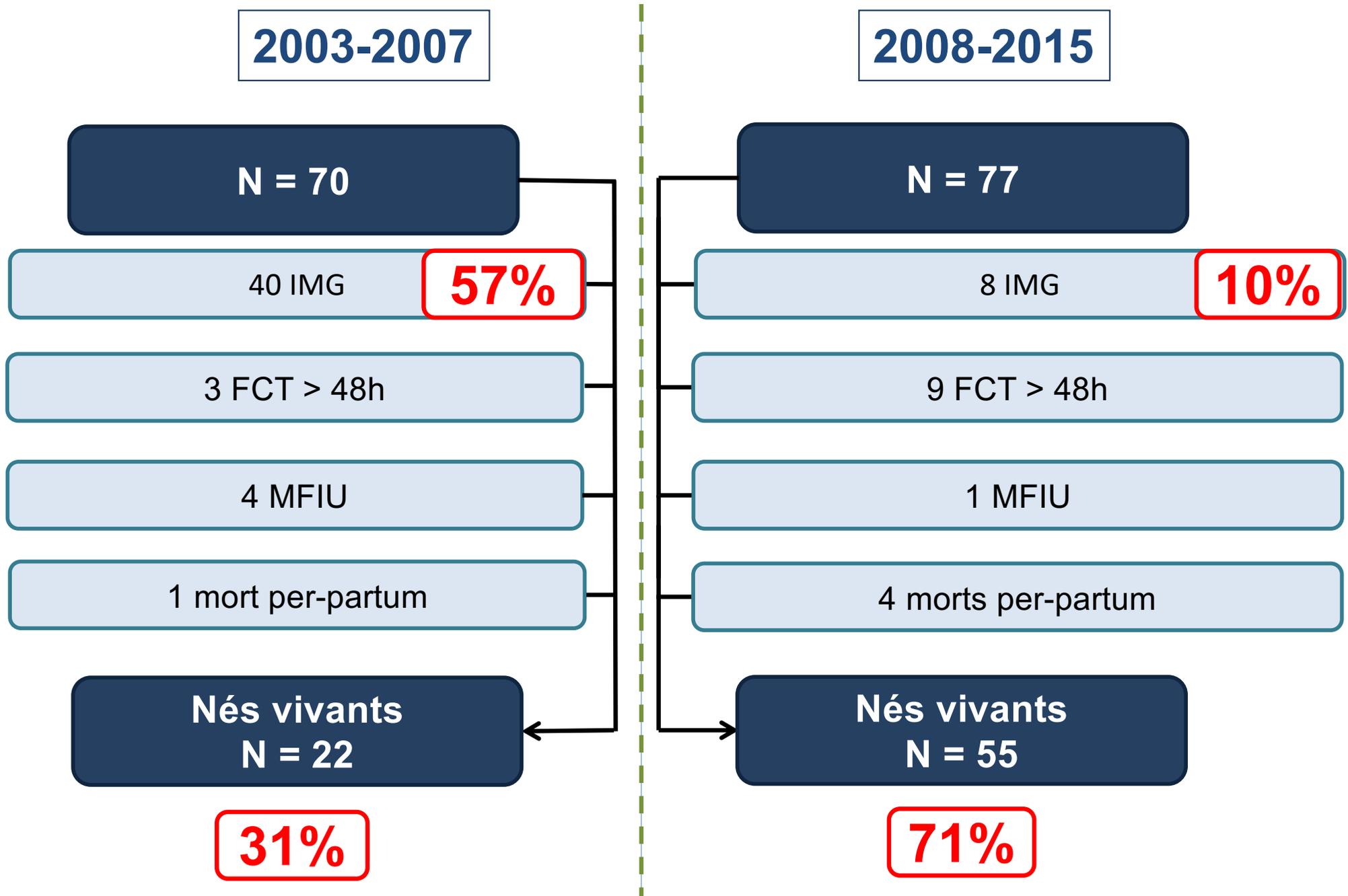
*In the case of premature live birth, is very early rupture of the membranes an additional risk factor for morbidity and mortality?*

T. Isnard <sup>a,\*</sup>, A. Vincent-Rohfritsch <sup>a</sup>, C. Le Ray <sup>a,b</sup>, F. Goffinet <sup>a,b</sup>, J. Patkai <sup>c</sup>, J. Sibiude <sup>a,d</sup>

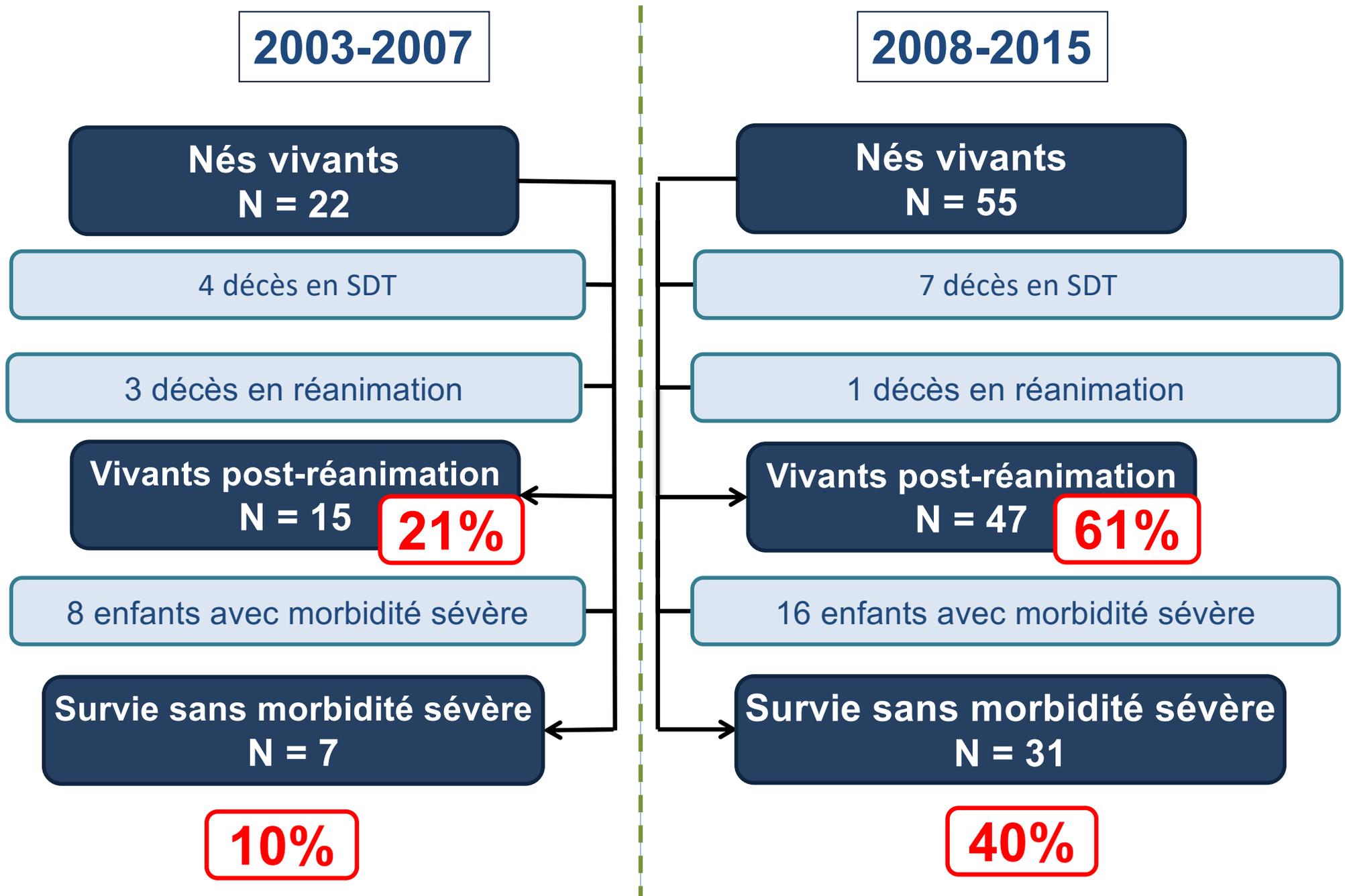


- Étude rétrospective, unicentrique, maternité Port Royal, 2003 – 2015
- Objectifs :
  - 1<sup>ère</sup> partie : **Décrire et comparer les prises en charge** des RPM entre 15 SA et 25 SA sur deux périodes (2003-2007 vs 2008-2015)
  - 2<sup>ème</sup> partie : Pour chaque période, identifier s’il existe un **rôle propre de la RPM sur le pronostic néonatal** en comparant la morbi-mortalité néonatale RPM vs sans RPM
- Critère composite de morbi-mortalité néonatale sévère

# 1<sup>ère</sup> partie : Prise en charge et issues de grossesse



# 1<sup>ère</sup> partie : Prise en charge et issues de grossesse



# 2ème partie : comparaison même terme sans RPM

---

**2003-2007**

Nés vivants  
après RPM  
N = 22

Nés vivants  
sans RPM  
N = 22

4 Décès en SDN 0

3 Décès en réanimation 3

Vivants  
post-réa  
N = 15

Vivants  
post-réa  
N = 19

8 Morbidité sévère 3

Survie sans  
morbidité  
N = 7

**32%**

Survie sans  
morbidité  
N = 16

**73%**

# 2ème partie : comparaison même terme sans RPM

**2003-2007**

Nés vivants  
après RPM  
N = 22

Nés vivants  
sans RPM  
N = 22

4 Décès en SDN 0

3 Décès en réanimation 3

Vivants  
post-réa  
N = 15

Vivants  
post-réa  
N = 19

8 Morbidité sévère 3

Survie sans  
morbidité  
N = 7

**32%**

Survie sans  
morbidité  
N = 16

**73%**

**2008-2015**

Nés vivants  
après RPM  
N = 55

Nés vivants  
sans RPM  
N = 55

7 Décès en SDN 5

1 Décès en réanimation 4

Vivants  
post-réa  
N = 47

Vivants  
post-réa  
N = 46

16 Morbidité sévère 3

Survie sans  
morbidité  
N = 31

**56%**

Survie sans  
morbidité  
N = 35

**64%**

# 2ème partie : comparaison même terme sans RPM

## Caractéristiques maternelles et néonatales immédiates

**2003-2007**

**2008-2015**

RPM n=22	Non RPM n=22	p	Caractéristiques	RPM n=55	Non RPM n=55	p
23,1			Age gestationnel à la RPM (SA)	23,2		
26,2	26,2	0,97	Age gestationnel à l'accouchement	28,1 +/- 3,3	28,1 +/- 3,3	0,97
3			Latence (semaines)	5		
			Poids en grammes	1153 +/- 525	1224 +/- 617	0,51
			Décès en salle de naissance n(%)	7 (12,7)	5 (9,1)	0,76
			Chorioamniotite clinique n(%)	36 (62,2)	10 (13,4)	<0,001
			Endométrite n(%)	24 (44,4)	5 (9,6)	<0,001

# 2ème partie : comparaison même terme sans RPM

## Evolution néonatale en réanimation

**2003-2007**

**2008-2015**

RPM n=18	Non RPM n=22	p	Evolution néonatale en réa, n(%)	RPM n=48	Non RPM n=50	p
18 (81,8)*	12 (54,5)	0,05	Infection materno-fœtale	14 (29,2)	18 (36,0)	0,47
7 (46,7)	3 (15,8)	0,07	Dysplasie broncho-pulmonaire	15 (31,2)	11(25,0)	0,51
1 (4,5)	0	1	Hypoplasie pulmonaire	0	0	
3 (16,7)	1 (4,5)	0,31	Leucomalacie grade 3 / 4	2 (4,2)	0	0,49
1 (5,6)	1 (4,5)	1	HIV grade 3 / 4	0	2 (4,2)	0,49
3 (16,7)	1 (4,5)	0,31	Entérocolite nécrosante	6 (12,5)	3 (6,2)	0,49
4 (22,2)	2 (9,1)	0,38	Rétinopathie grade 3 / 4	0	0	
3 (16,7)	3 (13,6)	1	Décès en réanimation	1 (2,1)	4 (8,0)	0,18
<b>15 (68,2)*</b>	<b>6 (27,3)</b>	<b>0,007</b>	<b>Critère composite</b>	<b>24(43,6)</b>	<b>20(36,4)</b>	<b>0,44</b>

# Discussion

---

## **Changement majeur de prise en charge entre les deux périodes :**

- Diminution du taux d'IMG (57% → 10%)
- Pas d'augmentation compensatrice importante des FCT, MFIU et des décès per-partum
  - Augmentation du pourcentage de naissances vivantes
- Augmentation importante du taux de survie sans morbidité sévère sur l'ensemble de la population, mais...
  - Augmentation du nombre absolu d'enfant vivant avec une morbidité sévère

## **Pas d'augmentation du taux de mortalité ni de morbidité sévère pour les nouveau-nés vivants RPM < 25 SA vs sans RPM :**

- En accord avec l'étude récente menée dans EPIPAGE 2
- Quelle explication ?
  - Allongement du délai RPM-accouchement ?
  - Meilleure prise en charge néonatale ?

# **PRISE EN CHARGE MATERNO- FOETALE**

# Diagnostic

---

- Clinique :
  - Histoire clinique
  - Description écoulement vaginal
  - Examen physique
  
- Tests complémentaires
  - IGFBP-1
  - PAMG-1



# Information

---

- Information claire, appropriée et loyale au couple
- Part intégrante du soin, à tracer
- Porte sur :
  - risques maternels, fœtaux et à long terme
  - modalités de la prise en charge
- Information pluriprofessionnelle :
  - obstétricien/pédiatre
  - menée conjointement
- Modulée en fonction facteurs pronostiques
- Répétée dans le temps
- S'appuyant sur les données scientifiques récentes
- Mesurée et empreinte de prudence

# Hospitalisation initiale

---

- Plusieurs arguments en faveur :
  - risque d'accouchement
  - risque d'infection intra-utérine débutante
  - information du couple
- TIU dans une maternité de type 3 :
  - pas d'indication formelle
  - intérêt : information par binôme expérimenté ++

# Prise en charge

---

- Bilan initial
  - Identique RPM plus tardive, sauf RCF
- Antibiothérapie initiale
  - pas de données spécifiques pour la RPM préviabile
  - extrapolation résultats études randomisées pour RPM plus tardives (attitude ACOG)
  - augmentation survie depuis antibiothérapie systématique
  - moins d'infections intra-utérines

# Prise en charge

---

- Mesures visant à prévenir la prématurité extrême et ses conséquences :
  - Corticothérapie anténatale :
    - terme fonction du seuil choisi dans la maternité pour entreprendre une réanimation néonatale
    - prend en compte le positionnement parental
  - Neuro-protection par MgSO<sub>4</sub> : accouchement imminent avant 32 SA
- Tocolyse : non recommandée (Accord professionnel)

# Surveillance échographique

---

- Association entre mortalité périnatale et oligoamnios (PGC < 1) plus forte quand évaluation à 7 jours qu'à la rupture :
  - OR = 5,75 [1,68-19,74]
  - OR = 14,67 [3,54-60,82]

*Cobo et al., Fetal Diagn Ther 2017*

- Evaluation de la quantité de LA (PGC ou IA) :
  - à la rupture
  - après quelques jours de latence (7 à 14 jours)

## Prise en charge extra-hospitalière

- Pas d'argument pour recommander une prise en charge hospitalière, en l'absence d'infection intra-utérine.

## Procédures pour colmater l'ouverture

- Efficacité et sécurité des procédures insuffisamment évaluées

## Amnio-infusion transabdominale

- Proposée par plusieurs auteurs
- Répétée au besoin
- Pas d'évaluation satisfaisante → non recommandée

# Cas particulier : RPM iatrogènes

---

- Risque de RPM difficile à estimer
- Pertes fœtales (RPM surtout) :
  - estimées à 1-2% initialement Tabor et al., Lancet 1986
  - entre 0 et 0,7%, dans les études récentes
- Arrêt plus fréquent de l'écoulement
- Procédures fœtoscopiques plus à risque
- Pas de recommandations de PEC

C N G O F

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

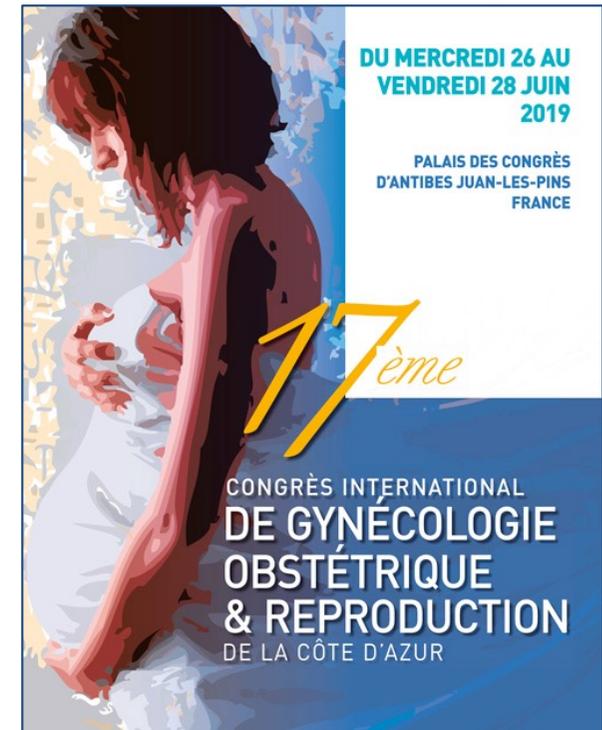


HÔPITAUX UNIVERSITAIRES  
PARIS CENTRE

Cochin • Port-Royal • Tarnier • Broca  
La Collégiale • La Rochefoucauld • Hôtel-Dieu



# Merci



O. Anselem

E. Azria

F. Goffinet

T. Isnard

P-H. Jarreau

J. Patkai

J. Sibiude