

Prise en charge des RPM avant terme

Comment et quand faire accoucher les patientes ?

Charles Garabedian
CHU Lille
EA 4489 – Université de Lille

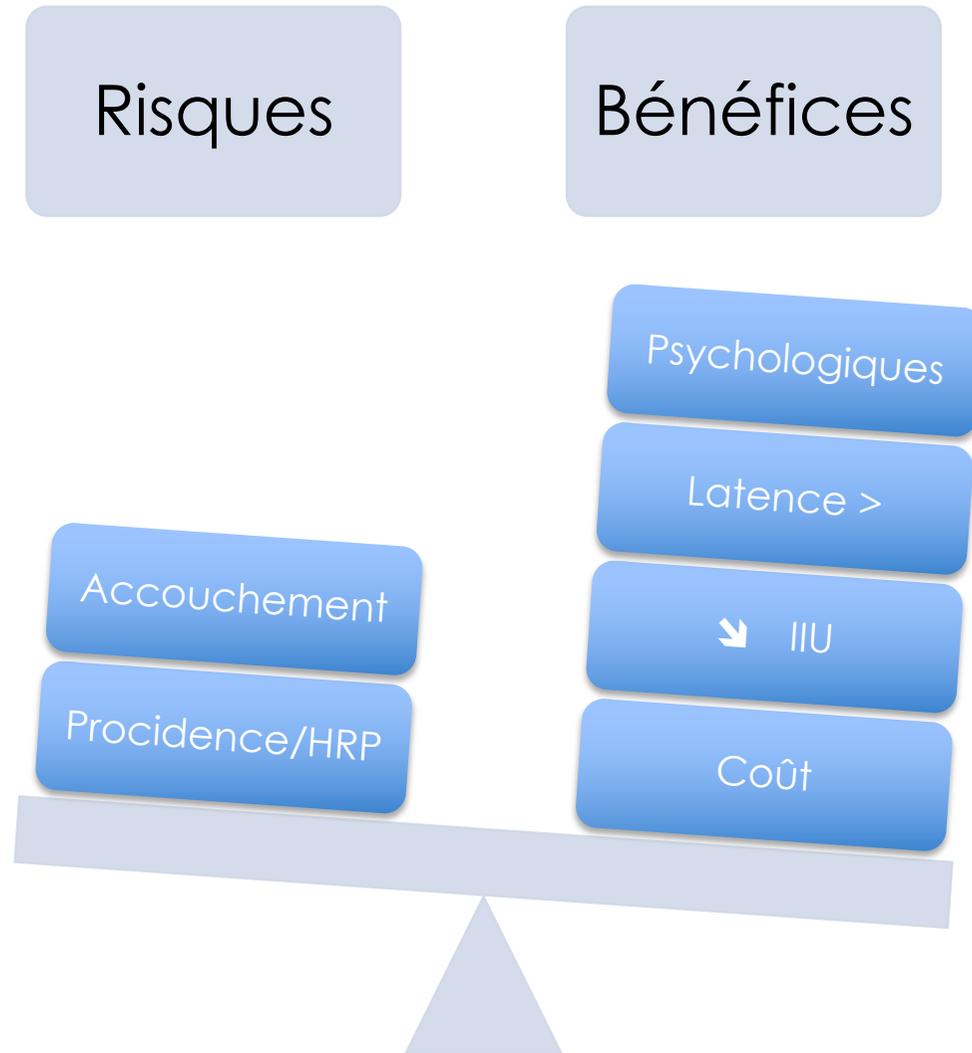
HAD

Quand et comment déclencher?

IIU



Place de l'HAD dans les RPM



Chez quelles patientes?

- ❑ RPM < 37 SA,
- ❑ Absence d'entrée en travail après 72 heures,
- ❑ Absence d'infection clinique,
- ❑ LA: au moins une citerne de 2 cm,
- ❑ Présentation céphalique, singleton
- ❑ Dilatation cervicale < 4 cm.



NOTRE EXPÉRIENCE

Critères de sortie

Comparaison historique - hospitalisation vs HAD

Critères de complications

Critères de sortie

- Singleton ou jumeaux
- Terme : 24-36 SA
- Absence d'infection intra utérine
- Stabilité clinique à J2 de la RPM
- Dilatation cervicale < 3 cm
- Lieu de résidence situé à moins de 30 min de la maternité
- Accord et compréhension adaptée de la patiente

Initialement, ni la présentation foetale, ni la quantité de liquide amniotique ne modifiaient l'éligibilité d'une patiente.

Comparaison avant/après

- ❑ 2 périodes avec même protocole de PEC:
 - Période 1: 2002-2009
 - Période 2: 2009-2015
- ❑ Inclusion de toutes les patientes éligibles pour l'HAD

	Période 1 n = 204	Période 2 n = 187	p
AG lors RPM	27.7 (24.3-31.3)	27.9 (24.0-31.0)	NS
MIU	0	2 (1%)	-
IIU	49 (24,0%)	30 (15,7%)	0,039
AG naissance	32.4 (29.3 ; 35.0)	35.6 (32.0 ; 36.1)	<0.001
Durée latence	21.0 (13.0 ; 42.0)	39.0 (20.0 ; 66.0)	<0.001
Césarienne	49 (24%)	26 (14%)	0,02

Comparaison avant/après

	Période 1 n = 204	Période 2 n = 187	p
Poids naissance	1860 (1170 ; 2265)	2310 (1690 ; 2680)	<0.001
Transfert USIN	157 (77.7)	94 (49.7)	<0.001
MMH	74 (36.3)	38 (20.2)	<0.001
Infection néonatale	45 (22.1)	26 (13.9)	0,03
HTAP	21 (10.3)	9 (4.8)	0,04
Décès	8 (3,9%)	4 (2,1%)	0,3

Critères de complications



Complications étudiées

- MIU
- HRP
- Procidence du cordon
- Accouchement hors maternité
- Décès néonatal

FDR de complication	RPM NON COMPLIQUEES n = 175	RPM COMPLIQUEES n = 12	OR [IC95%]	p-value
Terme < 26 SA	57 (32.6)	9 (75.0)	6.2 [1.6 ; 23.8]	0.008
Présentation non céphalique	55 (31.4)	8 (66.7)	4.4 [1.3 ; 15.1]	0.020
Oligoanamnios	56 (32.0)	8 (66.7)	4.3 [1.2 ; 14.7]	0.022

Risque de complication selon le nombre de FDR au moment de la RPM :

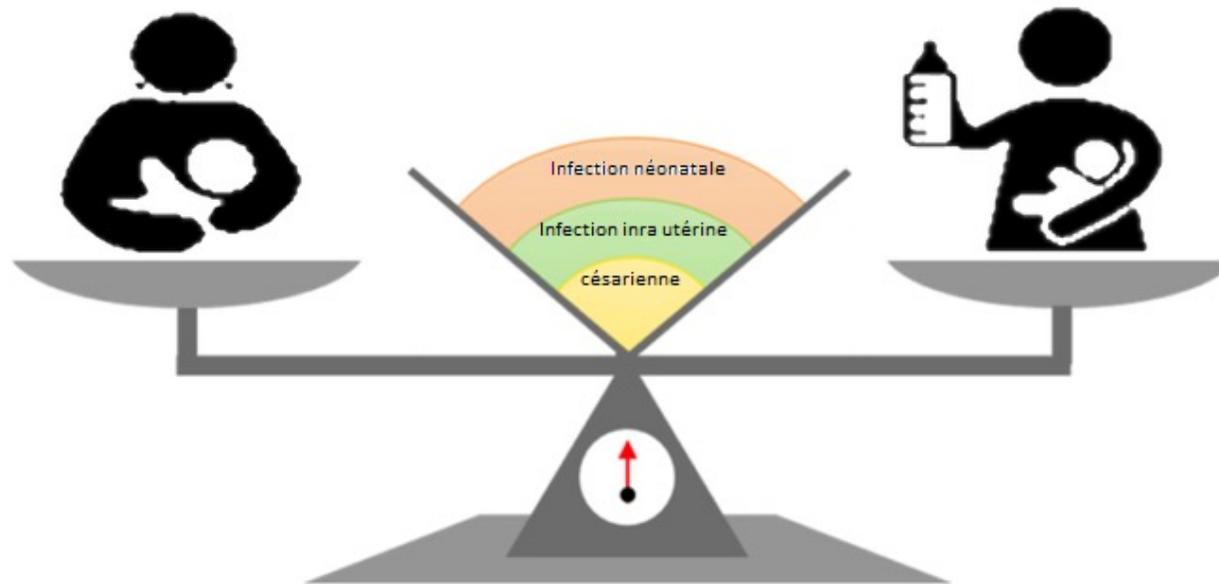
- 1 FDR : OR = 1.6 [0.1 ; 18.3] → sortie possible en HAD
- 2 FDR : OR = 6.9 [0.7 ; 65.7] → sortie en HAD à étudier au cas par cas
- 3 FDR : OR = 32.8 [3.4 ; 313,7] → contre-indication sortie en HAD

Recco CNGOF

- ❑ Prise en charge à domicile considérée comme possible (NP2)
- ❑ Critères d'éligibilité non comparés entre eux
- ❑ Consensus : *stabilité clinique, grossesse monofoetale, présentation céphalique, col non dilaté, absence d'oligoanamnios et lieu de résidence à proximité de l'hôpital*
- ❑ **Au total, la prise en charge à domicile des RPMAT cliniquement stables après au moins 48 heures de surveillance hospitalière est possible (Accord professionnel)**
- ❑ **En revanche, il n'est pas possible de proposer de critères de sélection des patientes éligibles à un suivi à domicile (Accord professionnel)**

Comment et quand faire accoucher?

Objectif - Définir un âge gestationnel « cible » d'accouchement et les modalités de naissance en cas de RPM avant terme



Faut-il déclencher avant 34 SA?

Table II. Neonatal morbidity after premature rupture of membranes by gestational week

	32 wk–32 wk 6 d	33 wk–33 wk 6 d	34 wk–34 wk 6 d	35 wk–35 wk 6 d	36 wk–36 wk 6 d
No. of infants	43	36	52	67	66
Respiratory distress syndrome					
No.	7	8	3	7	1
%	16.3	22.2	5.8	10.4	1.5
Ventilation					
No.	6	9	1	6	1
%	13.0	22.5	1.7	9.0	1.5
Mean ventilation (d/infant ventilated)	3.8 ± 1.9	3.4 ± 0.5	5.0 ± 0.0	4.7 ± 1.6	2.0 ± 0.0
Infant hospital stay (d)	14.6 ± 8.2	11.2 ± 7.3	5.3 ± 4.7*	4.6 ± 3.7	2.7 ± 1.8*
Increase in bilirubin (%)	69.8	52.8	15.4*	23.9	9.1
Neonatal infection (%)	2.3	2.8	0	3.0	1.5

Neerhof et al., AJOG,
1999

Impact de la période de latence?

Faut-il déclencher avant 34 SA?

Impact de la période de latence (EPIPAGE 2)

Factors	Survival*	Survival without severe morbidity*	Early-onset sepsis†
	n‡ = 702	n‡ = 702	n‡§ = 669
Latency period duration, d	aOR (95% CI)	aOR (95% CI)	aOR (95% CI)
0.5-2	1	1	1
3-7	1.6 (0.8-3.2)	1.2 (0.7-2.1)	1.5 (0.4-5.2)
8-14	1.2 (0.5-2.9)	1.5 (0.8-23.0)	0.3 (0.1-1.9)
>14	1.0 (0.3-3.2)	1.5 (0.7-3.3)	0.9 (0.2-4.7)
GA at birth (days)	1.12 (1.09-1.15)	1.08 (1.06-1.10)	1.00 (0.98-1.03)

Lorthe et al., *J of Pediatrics*, 2018

Au total, une période de latence prolongée n'est pas associée à une augmentation du risque de complications néonatales (NP3).

Il est donc recommandé de ne pas déclencher avant 34 SA une rupture prématurée des membranes non compliquée (Grade C).

Que faire après 34 SA ?

- **3 essais randomisés :**

532 PPROMEXIL 1 (60 centres, Pays Bas, Plos medicine 2012)

195 PPROMEXIL 2 (60 centres, Pays Bas, AJOG 2012)

1839 PPROMT (65 centres, 11 pays, Lancet 2015)

- **Population :**

RPM après 34 SA, de plus de 24h

35-41% d'antibiothérapies PPROMEXIL 1 et 2, 92% d'ATBT PPROMT

- **Intervention :**

Attitude interventionniste:

Maturation, déclenchement, césarienne dans les 24h

Attitude Expectative:

Surveillance jusqu'à 37 SA

Résultats des essais randomisés

		Attitude interventionniste	Attitude expectative	
Critère principal				
Sepsis néonatal	PPROMEXIL	2.2%	2.9%	0.76 [0.3-2.1]
	PPROMT	2%	3%	0.8 [0.5-1.3]
Critères secondaires				
Terme ≥ 37	PPROMEXIL	0%	77%	<0.001
	PPROMT	2%	19%	<0.001
IIU fièvre	PPROMEXIL	2.3%	5.6%	0.4 [0.2-1.02]
	PPROMT	0	6%	
	PPROMT	1%	2%	0.4 [0.2-0.9]
Détresse respiratoire	PPROMEXIL	6.3%	7.8%	1.2 [0.7-2.3]
	PPROMT	8%	5%	1.6 [1.1-2.3]
Césarienne	PPROMEXIL	13%	14%	0.9 [0.6-1.5]
	PPROMT	26%	19%	1.4 [1.2-1.7]

Méta analyses et études médico économiques

L'attitude interventionniste après 34 SA était associée à :

- ❑ Autant d'infections néonatales **RR 0,7 [0,5-1,1]**
- ❑ Plus de détresses respiratoires **RR 1,5 [1,1-2,0]**
- ❑ Plus d'hospitalisations en USI **RR 1,2 [1,1-1,2]**
- ❑ Plus de de césariennes **RR 1,3 [1,1-1,5]**
- ❑ Moins d'infections intra utérines **RR 0,2 [0,1-0,3]**
- ❑ Un coût de prise en charge plus élevé ou équivalent

Avant 37 SA, il est recommandé d'avoir une attitude expectative en cas de RPM non compliquée (Grade A).

FAUT-IL MODIFIER LE TERME CIBLE EN CAS DE PREL VAGINAL POSITIF AU STREPTOCOCCOQUE B?

Méta analyse des 3 précédents essais randomisés (PROMEXIL 1 et 2, PROMT):

- ❑ PV + dans 9,7% des cas
- ❑ Critère composite de morbi mortalité: 9,2% (immédiat) vs 14% (expectative); RR 0,66, 95% CI 0,33 – 1,30
- ❑ Limite= 35% ATB dans PROMEXIL 1 et 41% dans PROMEXIL 2

Quist Nelson et al., Obstet Gynecol, 2018

Au total, en cas de PV pour le Streptocoque B, sous couvert d'une antibioprophylaxie lors du diagnostic de RPM, il n'est pas recommandé de modifier la prise en charge avant 37SA (Accord professionnel).

Comment déclencher?

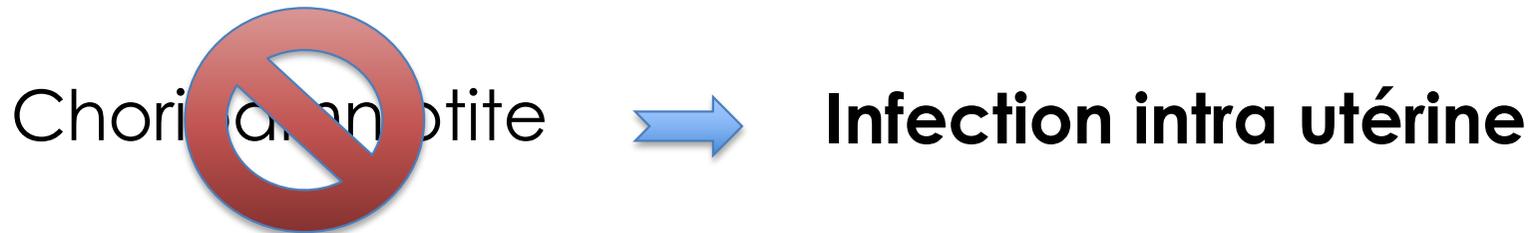
- ❑ Prostaglandines et ocytocine: Méthode utilisée dans PROMEXIL et PROMT
- ❑ Méthodes mécaniques:
 - ❑ A membranes intactes: pas de sur risque d'IIU par rapport aux PG
McMaster et al., Obstet Gynecol, 2015
 - ❑ Résultats discordants et peu de données en cas de RPM *Amorosa et al., AJOG, 2017; McKeen et al., Obstet, 2018*

Au total, l'ocytocine et les prostaglandines sont deux options envisageables (Accord professionnel).

Les données sont actuellement trop limitées pour émettre une recommandation quant au recours aux ballons trans cervicaux (Accord professionnel).

La césarienne programmée est réservée aux indications obstétricales habituelles (accord professionnel).

Particularité de l'infection intra utérine



Diagnostic clinique d'IIU si (accord pro) :

- **Fièvre** = T° ≥ à 38°C confirmée à 30 minutes d'intervalle, sans cause infectieuse extra-gynécologique identifiée,
- Associée à **au moins deux critères suivants** :
 - **Tachycardie foetale** > 160 bpm persistante
 - **Douleurs utérines** ou **CU douloureuses** ou **mise en travail spontané**
 - **Liquide amniotique purulent.**

Traitement de l'IIU

- ❑ **Une fois le diagnostic d'IIU posé :**
 - **Antibiothérapie**
 - **Naissance de l'enfant (grade A).**
- ❑ **ATBT: Combinaison d'une bêta-lactamine et d'un aminoside par voie intraveineuse (Grade B).**
 - Amoxicilline ou C3G
 - + Gentamycine (5 mg/kg/jour)
- ❑ **L'IIU ne justifie pas à elle-seule le recours à une césarienne → indications obstétricales habituelles (accord pro).**

Conclusion

- ❑ Oui à la surveillance à domicile
- ❑ Déclenchement à 37 SA en cas de RPM non compliquée
- ❑ Ne plus parler de chorioamniotite mais d'IIU
- ❑ IIU = ATBT + Naissance de l'enfant

À RETENIR!

Rupture prématurée des membranes avant terme : recommandations pour la pratique clinique du CNGOF – Texte court

T. Schmitz ^{a,*,b,c}, L. Sentilhes ^d, E. Lorthe ^{c,e}, D. Gallot ^{f,g}, H. Madar ^d, M. Doret-Dion ^h, G. Beucher ⁱ, C. Charlier ^{j,k,l}, C. Cazanave ^{m,n}, P. Delorme ^{c,k,o}, C. Garabedian ^{p,q}, É. Azria ^{c,k,r}, V. Tessier ^{o,s}, M.-V. Senat ^{t,u}, G. Kayem ^{c,v,w}

Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie 46 (2018) 998–1003



Merci pour votre attention