



Recommandations pour la pratique clinique

Rupture des membranes à terme avant travail

Epidémiologie et prise en charge initiale

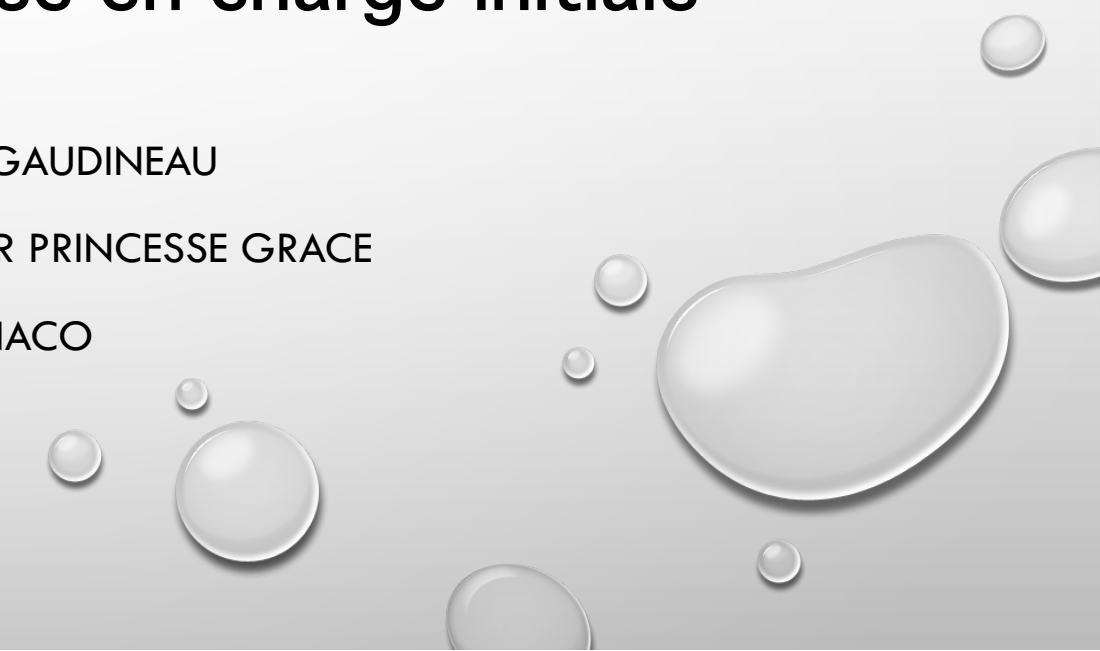
Dr ADRIEN GAUDINEAU

CENTRE HOSPITALIER PRINCESSE GRACE

MONACO

Dr Caroline Diguisto, Tours

Dr Hanane Bouchgoul, Le Kremlin-Bicêtre



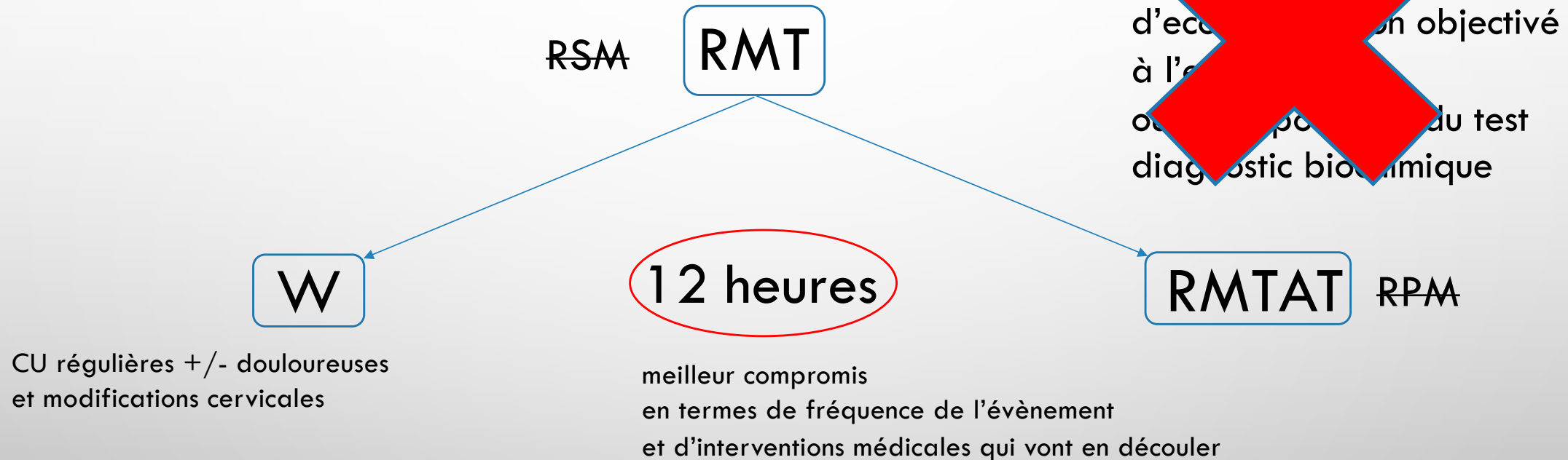
MÉDECINE BASÉE SUR DES PREUVES...?

- NP FAIBLE À TRÈS FAIBLE...
- QUALITÉ MÉDIOCRE
- SAUF 1 RCT MULTICENTRIQUE ... IL Y A 25 ANS
 - PAS DE DEPISTAGE STREPTO B
 - ABprophylaxie 12%



DÉFINITION (AP)

- RUPTURE DES MB > 37SA EN L'ABSENCE DE TRAVAIL



DIAGNOSTIC

- = RUPTURE DES MB AVANT 37SA (RPC CNGOF 2018)
- ÉCOULEMENT DE LA
 - PAS DE TEST DIAGNOSTIQUE BIOCHIMIQUE SYSTÉMATIQUE
 - PAS D'ÉCHO SYSTÉMATIQUE
- EN CAS DE DOUTE: IGFBP-1 OU PAMG-1

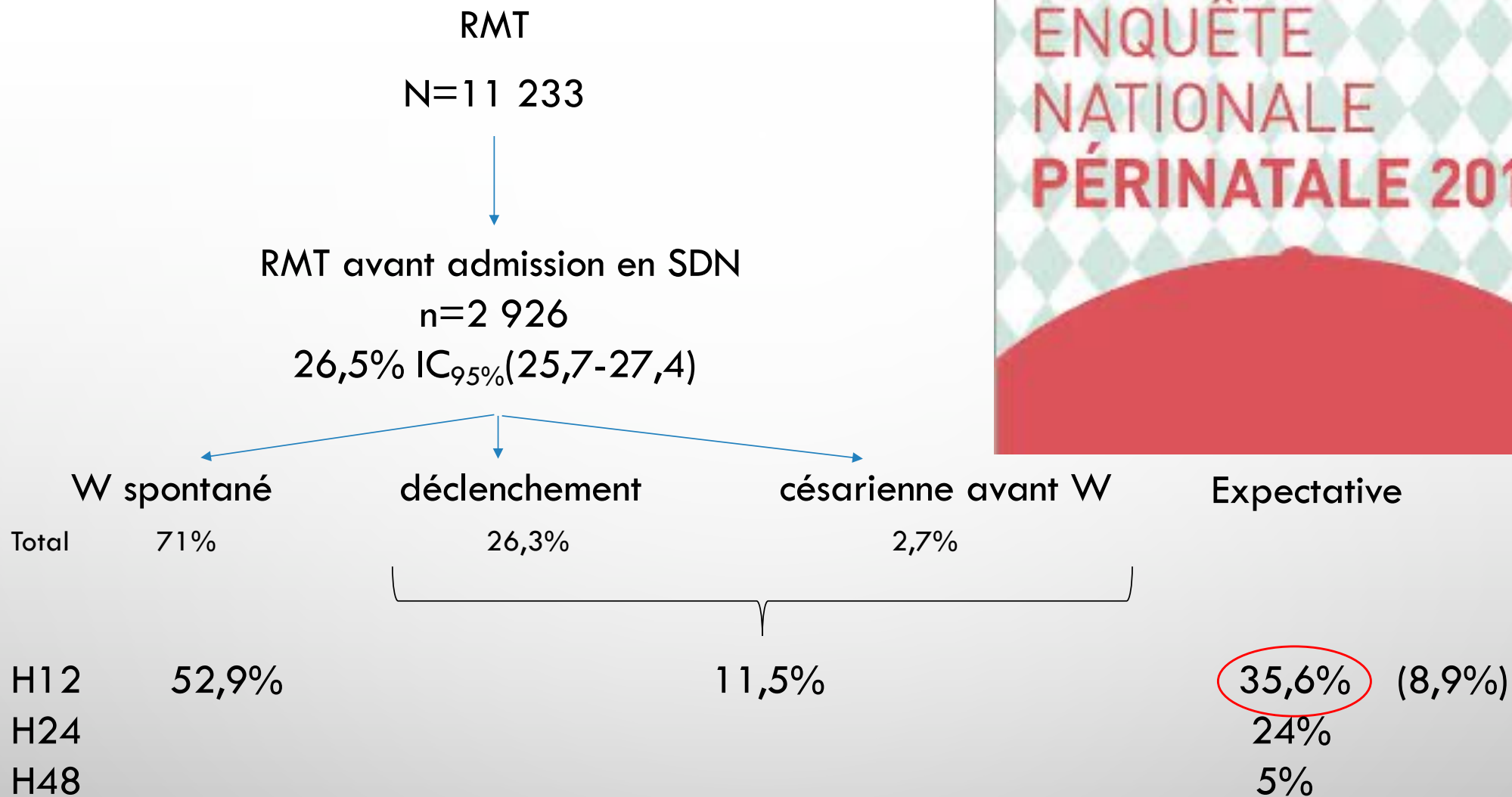


EPIDÉMIOLOGIE



- RMTAT ENTRE 6-22% DES GROSSESSES SINGLETONS (NP3)
- TERM PROM Study 1996 (n=2 524 dans le groupe expectative) (NP2)
délai médian entre RMT et W : 16h-17h IC_{95%}(2h – 3j)

Cammu. Obstet Gynecol 1990
Hirsch. J Matern Fetal Neonatal Med 2017
Yasmina. Pan Afr Med J 2017
Pintucci. J Perinat Med 2014
Ladfors. J Perinat Med 2000
Hannah. N Engl J Med 1996



MORBIDITE

- RMTAT ASSOCIÉE À RISQUE

- DE FIÈVRE

- AVANT W (1%) (NP3)
 - PENDANT W (7%) (NP3)
 - DANS LE POST PARTUM (2%) (NP3)

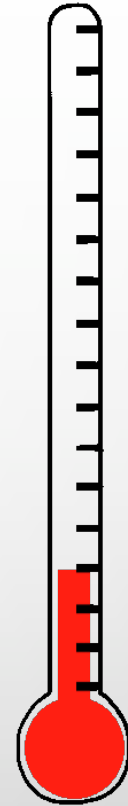
- D'INFECTION INTRA-UTÉRINE (1%) (NP3)

- D'INFECTION NÉONATALE (3%) (NP2)

Mais ABprophylaxie pour 12%

et résultats PV strepto B non pris en compte pour la prise en charge

Complications funiculaires ?
HRP?



FDR



- MÉTRORRAGIES T1 $OR_{\alpha} 3,04 IC_{95\%} (1,57-5,85) (NP3)$
- ATCD DE RMTAT $OR_{\alpha} 2,97 IC_{95\%} (1,60-5,51) (NP3)$
- CU AYANT NÉCESSITÉ UN TTT $OR_{\alpha} 2,19 IC_{95\%} (1,20-4,00) (NP3)$
- NULLIPARITÉ $OR_{\alpha} 1,95 IC_{95\%} (1,50-2,55) (NP3)$

Ladfors. J Perinat Med 2000

- DÉCOLLEMENT DES MB $RR 1,14 IC_{95\%} (0,89-1,45)$

Boulvain. Cochrane Database Syst Rev 2005
Hill. Obstet Gynecol 2008
de Miranda. BJOG 2006

PRISE EN CHARGE INITIALE - CLINIQUE



- RECHERCHER LES SIGNES CLINIQUES D'IIU (AP)
 - $T^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$ SANS CAUSE EXTRA-GYNECOLOGIQUE ASSOCIÉ À
 - TACHYCARDIE FŒTALE > 160 BPM
 - LA PURULENT
- LIMITER LE NOMBRE DE TV **AVANT ET PENDANT** LE TRAVAIL (GRADE C)
 - NB DE TV > 8 VS < 3
 - IIU OR α 5,07 IC $_{95\%}$ (2,51-10,2)
 - INN OR α 2,32 IC $_{95\%}$ (0,95-5,67)

RPC 2018

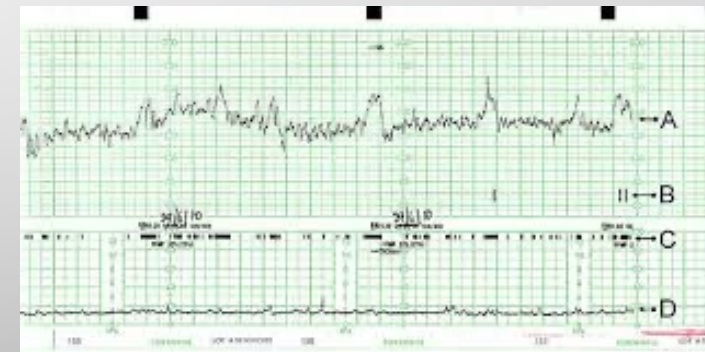
Seaward AJOG 1997
Seaward AJOG 1998

PRISE EN CHARGE INITIALE – EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- NFS-CRP NON SYSTÉMATIQUE (AP)
 - CRP > 5MG/L SE 93% ET SPE 88% **VPN 100%** ET VPP 7%
 - GB > 12,4G/L SE 70% ET SPE 62%
- ECHO POUR ÉVALUATION LA NON SYSTÉMATIQUE (AP)
 - AUCUNE VALEUR DANS LE DIAGNOSTIC ET LA GESTION DU W (NP4)
- ANALYSE RCF À L'ADMISSION (AP)
 - 0 ÉTUDE MAIS CRITÈRE DÉFINISSANT IIU

Popowski. BMC Preg Child 2011
Rewatkar. J Obstet Gynaecol 2018

Robson. BJOG 1990



AMBULATOIRE VS H

TERM PROM STUDY (NP3)

653 PATIENTES EN AMBU VS 1017 EN H

IIU 10,1% VS 6,4%

INN 3,1% VS 1,7%

INN (PORTAGE STREPTO B+)

ABTH CHEZ LES NN (PORTAGE STREPTO B+)

PROCIDENCE, HRP

OR_a 1,12 IC_{95%} (0,75-1,66)

OR_a 1,07 IC_{95%} (1,00-3,90)

OR_a 3,58 IC_{95%} (1,72-7,43)

OR_a 3,49 IC_{95%} (2,44-4,99)

?

FAIBLE TAUX D'ANTIBIOPROPHYLAXIE (12%)

DURÉE RUPTURE-ACCOUCHEMENT > 24H (8,1% VS 5,3%, P=0,001)

PEC À DOMICILE NON RECOMMANDÉE (GRADE C)



PLACE DU PV

- DÉPISTAGE DU PORTAGE STREPTO B PAR PV SYSTÉMATIQUE ENTRE 34-38SA
- PV ITÉRATIF À LA RMT NON RECOMMANDÉ SI FAIT SELON CRITÈRES HAS (AP)
- À REFAIRE À L'ADMISSION SI AVANT 34SA (GRADE C)



ABPROPHYLAXIE EN CAS DE RMTAT

- MÉTA-ANALYSE 2015 (1 354 ABprophylaxie VS 1 345 sans)

- SEPTICÉMIE NÉONATALE 1,0% VS 1,4% RR 0,69 IC_{95%} (0,34-1,39)
- IIU 2,7% VS 3,7% RR 0,73 IC_{95%} (0,48-1,12)
- ENDOMÉTRITE 0,4% VS 0,9% RR 0,44 IC_{95%} (0,18-1,10)

Sous-groupe > 12h

Septicémie néonatale	0,8% vs 2,4%	RR 0,34 IC _{95%} (0,11-1,04)
IIU	2,9% vs 6,1%	RR 0,49 IC_{95%} (0,27-0,91)
Endométrite	0% vs 2,2%	RR 0,12 IC_{95%} (0,02-0,62)

Saccone. AJOG 2015

- Cochrane (N=2 639)

- Septicémie néonatale probable 2,2% vs 2,2% RR 0,69 IC_{95%} (0,21-2,33)
- Septicémie néonatale certaine 0,8% vs 1,0% RR 0,57 IC_{95%} (0,08-4,26)
- IIU et/ou endométrite 2,9% vs 4,6% RR 0,48 IC_{95%} (0,20-1,15)



BÉNÉFICE DE L'ABPROPHYLAXIE AU TOTAL

- DIMINUER LE TAUX D'INBP NON DÉMONTRÉ (NP2)
- EN CAS DE DÉCLENCHEMENT IMMÉDIAT NON DÉMONTRÉ
- EN CAS D'EXPECTATIVE POURRAIT DIMINUER LE TAUX D'INFECTION INTRA-UTÉRINE (NP3)

ABPROPHYLAXIE APRÈS 12 HEURES RECOMMANDÉE (GRADE C)

β LACTAMINE IV OU IM (GRADE C)



ET AILLEURS...

ACOG 2018

- Pas d'ABprohylaxie systématique (seulement si strepto B)



ET AILLEURS...

NICE 2017

- PAS D'EXAMEN AU SPECULUM SI DIAGNOSTIC ÉVIDENT
- PAS DE TV SI PAS DE CU
- ÉVALUATION MAF ET RCF À L'ADMISSION PUIS TOUTES LES 24H
- PAS DE CRP, PV DANS LES 24 HEURES
- SURVEILLANCE T°/4H
- SIGNALER CHANGEMENT DE COULEUR OU ODEURS DES PERTES
- BAIN/DOUCHE AUTORISÉS
- PAS DE RAPPORTS SEXUELS



ET AILLEURS...

SOGC 2013

- ABPROPHYLAXIE SI > 18 HEURES



ET AILLEURS...

RANZCOG 2017

- TV À ÉVITER
- STREPTO B + : ABPROPHYLAXIE ET DECLenchement PRÉCOCE
- ABPROPHYLAXIE SI > 12 HEURES
- AMBULATOIRE POSSIBLE MAIS RÈGLEMENTÉE



The background of the slide is a light gray gradient. It is decorated with several realistic water droplets of various sizes. Some droplets are at the top left, some are in the middle right, and others are at the bottom right. Each droplet has a highlight and a shadow, giving it a three-dimensional appearance.

MERCI POUR VOTRE ATTENTION