



Rupture des membranes à terme avant travail (RMTAT) : recommandations CNGOF 2020

Quand et comment faire accoucher les patientes?

Dr Caroline ADRADOS (CHU Nice)

Dr Justine LESCA (CHU Nice)

Groupe d'experts : H . Bouchghoul (CHU, Le Kremlin-Bicêtre) ; C. Diguisto (CHU Tours); A. Girault (CHU Port-Royal, Paris) ; J.Sibiude (CHU Colombe)



Sémantique :

RMT car confusion au niveau des ruptures « prématurées »

- à terme

- avant mise en travail

RMT : 26,5 % des femmes avec grossesses monofoetales (enquête périnatale 2016)

RMTAT : 6 % à 22 % des grossesses monofoetales

associées à (fréquence non connue) :

- fièvre pré/per/post partum
- infection intra-utérine
- infection néo-natale

FDR de RMTAT :

- Antécédent de RMTAT
- Nulliparité
- Contractions utérines ayant nécessité un traitement
- Métrorragies au premier trimestre

RMTAT : rappel de la prise en charge initiale :

- Prise en charge à domicile NON RECOMMANDÉE (NP3)
- PV si non réalisé en amont (grade C)
- Recherche des signes cliniques d'infection intra-utérine (accord professionnel)
- Limitation du nombre de TV
- syndrome inflammatoire biologique ?
 - Faible valeur prédictive d'infection, pas de données suffisantes pour une recommandation
 - Si réalisé : **CRP** à privilégier (excellente VPN)
- Quantité de liquide amniotique : non recommandée (accord professionnel)
- ERCF recommandé (accord professionnel)

Et l'antibioprophylaxie ?

- Bénéfice non démontré pour diminuer le risque d'infection néonatale

MAIS

- Intérêt potentiel pour diminuer le risque d'infection intra-utérine si ATTITUDE EXPECTATIVE > 12h (NP3)
 - DONC : **bêta lactamines** (première intention) en IV ou IM dans les RMTAT > 12h

RMTAT : Faut-il déclencher ?

Expectative

- Éviter la iatrogénie
- Éviter une césarienne



- hyperthermie
- RCF pathologique
- LAM



Déclenchement

- Raccourcir le délai RMT - accouchement
- Diminuer la morbidité maternelle et NN

RMTAT : Faut-il déclencher ?

- Publications en français et en anglais entre 1990 et 2018
- Population étudiée :
 - grossesse mono-foetale
 - en présentation céphalique
 - sur utérus sain principalement
 - avec un liquide clair au moment de la RMT

Différentes attitudes selon les sociétés savantes

ACOG / OMS	NICE	RANZCOG	SOGC
Déclenchement immédiat	déclenchement à partir de 24h	déclenchement immédiat OU expectative 24h	déclenchement immédiat

RMTAT : Faut-il déclencher ?



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

essai TERMPROM 1996

- Multicentrique
- Inclusion : 1992 - 1995
- Haut niveau de preuve
- 5042 femmes dans 6 pays (Canada, Royaume Uni, Australie, Israël, Suède et Danemark)
- RMTAT
- RCF / PV à l'admission
- Exclusion : LAM, C°, RMT > 4 jours

ORIGINAL ARTICLE

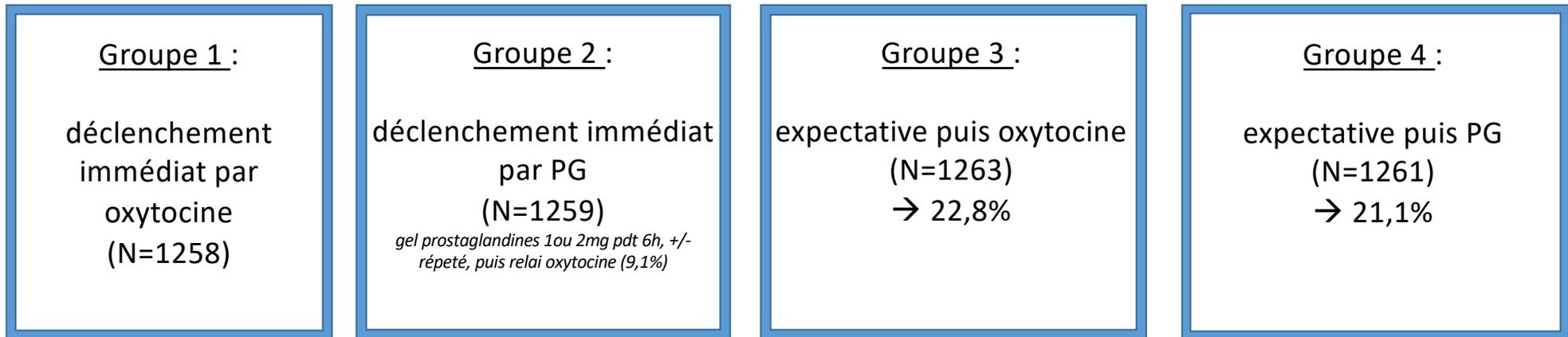
Induction of Labor Compared with Expectant Management for Prelabor Rupture of the Membranes at Term

Mary E. Hannah, M.D.C.M., Arne Ohlsson, M.D., Dan Farine, M.D., Sheila A. Hewson, B.A., Ellen D. Hodnett, R.N.,
Ph.D., Terri L. Myhr, M.Sc., Elaine E.L. Wang, M.D.C.M., Julie A. Weston, B.Sc.N., and Andrew R. Willan, Ph.D. for the
TermPROM Study Group*

RMTAT : Faut-il déclencher ?

- essai TERMPROM 1996

4 groupes :



Surveillance clinique 2 x / jour

- T°
- Couleur LA

0,2% de césarienne avant travail dans chaque groupe

RMTAT : Faut-il déclencher ?

- essai TERMPROM 1996

LES LIMITES :

- Protocole ABP éloigné des recommandations actuelles
- ATBprophylaxie dans 7,5 à 11,6 % des cas selon les groupes
- Statut Streptocoque B inconnu



Quelles sont les interventions associées à une réduction du délai entre RMT et l'accouchement en comparaison à une attitude expectative ?

Quelles sont les interventions associées à une réduction du délai entre RMT et l'accouchement en comparaison une attitude expectative ?

Produits	Type d'étude	Issue en terme de délai RMT - accouchement
Oxytocine	<ul style="list-style-type: none"> • Termprom Oxytocine direct Vs oxytocine à 96h de RMT 	→ Accouchement plus rapide : 17h versus 33h (p < 0,0001)
Dinoprostone (analogue PGE2)	<ul style="list-style-type: none"> • Essai randomisé Propess 12h puis oxytocine Vs expectative 12h puis oxytocine 	→ réduction de 2h du délai RMT – accouchement (p : 0,03)
	<ul style="list-style-type: none"> • TermProm Prostine 1 ou 2mg Vs Expectative 96h puis prostine 	→ Réduction significative du délai RMT – accouchement (23h vs 33h, p < 0,0001)
Misoprostol oral (analogue PGE1)	<ul style="list-style-type: none"> • 4 essais randomisés - 50µg/4h Vs AE 12h : 13,7h Vs 20,3 (p < 0,05) - 50µg/4h Vs AE 24h -> accouchement dans les 24h : 72% Vs 26,9% (p = 0,002) - 100µg/4h Vs AE 8h → mise en W : 90% Vs 37% (p = 0,001) - Placebo 24h Vs 50µg/4h Vs 100µg/4h → 25,1h Vs 14,5h Vs 13h 	→ Réduction significative du délai RMT – accouchement allant de 7h à 18h
Ballonnet de Cook / Sonde de Foley	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'étude 	?
Dilapan-S	<ul style="list-style-type: none"> • Étude rétrospective 	→ Pas de différence significative
Acupuncture	<ul style="list-style-type: none"> • 2 essais randomisés 	→ Pas de différence significative

Quelles sont les interventions associées à une réduction du délai entre RMT et l'accouchement en comparaison une attitude expectative ?

Au total :

- **Déclenchement = raccourcissement du délai entre RMT et accouchement si :**
 - Oxytocine (NP2)
 - prostaglandines E2 (NP2)
 - misoprostol (NP2)
- **Données limitées concernant :**
 - sonde de Foley® / ballonnet de Cook® (NP2)
 - les dilateurs osmotiques (NP2)
 - l'acupuncture (NP2)

Le déclenchement réduit-il le risque
d'infection néonatale ?

Le déclenchement réduit-il le risque d'infection néonatale ?

Essai TermProm :

Critère de jugement principal : **Infection néo-natale (INN)**

- signes cliniques d'infection
- bactériologie positive (sang, LCR, urine, aspiration trachéale)

- signes cliniques d'infection
- hyperleucocytose sang/LCR sans germe identifié

} INN certaine

} INN probable

Groupe 1 (synto) : 2,5%

Groupe 2 (AE puis synto) : 3,0%

Groupe 3 (prostine) : 2,8%

Groupe 4 (AE puis prostine) : 2,7%



Pas de différence significative (NP1)

CJS : Apgar < 7, pH < 7,10, réanimation NN, ventilation → Pas de différence significative (NP2)

Le déclenchement réduit-il le risque d'infection néonatale ?

TermProm : risque INN selon le statut Streptocoque B ?

518 PV positif Streptocoque B

Groupe 1	2,5%
Groupe 2	8,1%
Groupe 3	9,8%
Groupe 4	8,7%



Pas de différence significative

Limites : seulement 30% ABP (statut PV à l'admission inconnu car absence de dépistage systématique)

Le déclenchement réduit-il le risque d'infection néonatale ?

Au total :

- **Un déclenchement immédiat du travail n'est pas associé à une réduction de l'infection néonatale en comparaison à une attitude expectative (NP1), et ce quel que soit le statut des patientes pour le streptocoque B (NP2)**

Le déclenchement induit-il une augmentation
du taux de césarienne ?

Le déclenchement induit-il une augmentation du taux de césarienne ?

TermProm :

CJS : risque de césarienne

- 29-32% col défavorable
 < 3cm
 < 80% effacement
- 5-7% col favorable
- Pas de TV pour le reste des patientes



Groupe 1	10,1%
Groupe 2	9,7%
Groupe 3	9,6%
Groupe 4	10,9%
Pas de différence significative	

14 ERC

- 13 concordants
- 1 retrouvant un taux de 9,4% de césariennes lors d'un déclenchement par misoprostol immédiat Vs 47,6% lors d'une expectative 24h
 → sauf que césarienne d'emblée dans le groupe expectative si pas de mise en travail spontanée !!!!

Le déclenchement induit-il une augmentation du taux de
césarienne ?

**[Management of premature rupture of the
membranes at term: how long to delay? Results of a
prospective multicentric study in 713 cases]**

[Article in French]

N Seince ¹, F Biward, R Sarfati, P Barjot, F Foucher, L Lassel, C Levallant, R M'Bwang Seppoh,
F Perrotin, N Rachedi, O Guérin, F Pierre, P Descamps

Le déclenchement induit-il une augmentation du taux de césarienne ?

Au total :

- **Le déclenchement n'est pas associé à une augmentation ou une réduction du taux de césarienne en comparaison à une attitude expectative (NP2), quels que soient la parité (NP2) et le score de Bishop (NP3)**

Le déclenchement réduit-il le risque de morbidité maternelle infectieuse ?

Le déclenchement réduit-il le risque de morbidité maternelle infectieuse ?

TermProm :

CJS : morbidité maternelle infectieuse

Infection intra-utérine :

- T° > 37,5 x 2 ou > 38°C
- Leucocytes > 20 000 G/L
- LA nauséabond

	Groupe 1	Groupe 2	
IIU	4,0%	8,6%	P < 0,001
T° post partum	1,9%	3,6%	P = 0,008
	Groupe 3	Groupe 4	
IIU	6,2%	3,1%	NS
T° post partum	7,8%	3,0%	NS

Le **prélèvement vaginal positif à streptocoque B** est significativement associé au risque d'IIU : OR ajusté = 1,71 [IC 95% 1.23-2.38], p=0,002
au risque de T° du post partum : OR ajusté = 1.88 [1.18-3.00], p=0,007

Validité externe limitée

- **faible administration d'antibioprophylaxie** (11% dans les groupes expectative, délai RMT-acc 33h)
- **absence de dépistage systématique pour le streptocoque B.**



Le déclenchement induit-il une augmentation du taux de césarienne ?

Au total :

- **Le déclenchement par oxytocine et non par prostaglandines est associé à une réduction du risque d'infection intra-utérine et de fièvre du post-partum en comparaison à l'expectative (NP2).**

RMTAT : Par quoi déclencher ?

Toutes les méthodes peuvent être utilisées en cas de déclenchement des ruptures des membranes à terme avant travail (**Grade B**)



Synthèse des recommandations

En cas de rupture des membranes à terme avant travail (RMTAT) :

- un déclenchement peut être proposé sans augmenter le risque de césarienne (Grade B)
- Sous couvert d'une surveillance, l'attitude expectative peut être proposée sans augmenter le risque infectieux néonatal (Grade B), et ce même en cas de dépistage positif pour le streptocoque B (Accord professionnel)
- L'attitude expectative peut être associée à une augmentation de la morbidité infectieuse maternelle en l'absence d'antibioprophylaxie systématique.
- Le moment du déclenchement dépendra principalement de l'organisation des soins en maternité et de la préférence des femmes après les avoir informées des risques et bénéfices des deux stratégies possibles (accord professionnel)
- En cas de liquide méconial ou de rupture des membranes > 4 jours, il est recommandé de proposer un déclenchement (accord professionnel)

Protocole du réseau

PROTOCOLE OBSTETRICAL N°11 RUPTURE DES MEMBRANES À TERME AVANT TRAVAIL

3. INDICATIONS DE NAISSANCE ET DÉLAI

- **Envisager une naissance rapide** (déclenchement **immédiat, voir césarienne**) en cas de signes cliniques et/ou biologiques d'infection intra-utérine associant :
 - Une fièvre maternelle (> 38°C)
 - Et présence d'au moins un signe parmi :
 - Liquide amniotique purulent
 - Tachycardie fœtale (> 160 bpm) persistante
- **Déclenchement dans les 12 à 24 heures** de durée d'ouverture de l'œuf en l'absence des signes précédents et selon les conditions locales (**naissance souhaitable dans les 36-48h**).
- **En précisant que :**
 - Prescription d'un second dispositif de Dinoprostone (Propess®) à éviter en cas de conditions locales défavorables 24 heures après l'application d'un premier tampon de Dinoprostone.
 - En cas d'utérus cicatriciel : expectative envisageable pendant 24 heures avec surveillance des critères cliniques infectieux et en l'absence de ceux-ci.

Merci de votre attention

