

PROCEDURE DE	Page : 1 / 8
PDV – RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES AVANT TERME (JUSQU’A 36SA+6SA)	Indexation : PDV-PRO-006 Version : 4 Date d’application : 20 juin 2023

	NOM	FONCTION	DATE
REDACTION	Dupuis H	Médecin PH	15/05/23
RELECTURE	Guyard-Boileau B	Médecin PH	
	Guerby P	Médecin PH	
	Connan L	Médecin PH	
	Di Donato E	CCA	
VERIFICATION/APPROBATION		Médecin PU-PH	

Approuvé en réunion de service le **15 mai 2023**

ANNEE DE REVISION (PERIODICITE)
2025 (2 ans)

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS		
N° version	Date	Nature
1	30/12/2011	Création
2	21/09/2015	Mise au format GED SharePoint
3	25/01/2016	Mise à jour
4	15/05/2023	Mise à jour

MOT(S) CLE(S) :

Rupture prématurée des membranes, prématurité, déclenchement, antibiotiques, infection

SOMMAIRE

I.	OBJET	2
II.	DOMAINE D’APPLICATION	2
III.	DOCUMENTS DE REFERENCE	2
IV.	DOCUMENTS ASSOCIES	2
V.	DEFINITIONS ET ABREVIATIONS.....	2
VI.	DESCRIPTIF	2

PROCEDURE DE	Page : 2 / 8
PDV – RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES AVANT TERME (JUSQU’A 36SA+6SA)	Indexation : PDV-PRO-006 Version : 4 Date d’application : 20 juin 2023

I. OBJET

Décrire la prise en charge obstétricale des patientes présentant une rupture prématurée des membranes avant terme (avant 37SA), dans un but d’homogénéisation des pratiques.

II. DOMAINE D’APPLICATION

Cette procédure s’applique à l’ensemble du personnel de Paule de Viguier.

III. DOCUMENTS DE REFERENCE

RPC CNGOF 2018 - Rupture prématurée des membranes avant terme

IV. DOCUMENTS ASSOCIES

néant

V. DEFINITIONS ET ABREVIATIONS

néant

VI. DESCRIPTIF

PROCEDURE DE	Page : 3 / 8
PDV – RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES AVANT TERME (JUSQU'A 36SA+6SA)	Indexation : PDV-PRO-006 Version : 4 Date d'application : 20 juin 2023

I- Diagnostic et bilan à l'admission

- Perte de liquide, abondant, de survenue brutale et à répétition, le plus souvent clair.

- **Confirmation du diagnostic:** Examen au spéculum

. Diagnostic facile dans 90 % des cas = visualisation de LA dans le CDS postérieur

. En cas de doute :

- Faible écoulement (rupture haute ?)

- Diagnostic différentiel : fuite urinaire (effort), hydrorrhée gravidique, rupture d'une poche amniochoriale

→ Tests diagnostiques :

* sur la détection de la protéine l'IGFBP-1

* test du PH vaginal

NB: Pas d'Amnisure® si métrorragies importantes (faux+)

- **Bilan d'admission** (aux urgences) :

. TV si CU (*la répétition des TV augmenterait le risque d'infection intra utérine et d'A. Prématuré*)

. Enregistrement du RCF (systématiquement à partir de 26 SA, à discuter au cas par cas à partir de 24 SA si cure de corticoïdes réalisée et après entretien obstétrico pédiatrique)

. Prélèvements bactériologiques : PV + ECBU systématique

Préciser si allergie connue à la pénicilline et non explorée (*un antibiogramme sera alors réalisé*) et préciser sur la prescription informatique « rupture prématurée des membranes »

. NG-plaquettes + CRP

. Echographie . vitalité fœtale

. Présentation fœtale

. quantité de LA (mesure de la GC)

. réalisation d'une EPF si non récente

. mesure de la longueur cervicale

- Rechercher les **signes évocateurs d'infection intra utérine**

Une fièvre maternelle (température > 38°C confirmée à 30 min d'intervalle) sans cause infectieuse extra gynécologique identifiée, associée à au moins un des deux critères suivants :

- tachycardie fœtale > 160 battements par minute, persistante,

- liquide amniotique purulent.

D'autres signes (hors définition) sont fréquemment associés à une IIU : tachycardie maternelle > 100 bpm hors douleur, frissons, utérus douloureux entre les CU et à la mobilisation, LA malodorant, teint grisâtre.

Le risque d'infection intra-utérine est plus élevé si le LA est méconial.

PROCEDURE DE	Page : 4 / 8
PDV – RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES AVANT TERME (JUSQU'A 36SA+6SA)	Indexation : PDV-PRO-006 Version : 4 Date d'application : 20 juin 2023

II- Rupture prématurée des membranes avant 23 SA et 5 jours

- CF le protocole correspondant

III- Rupture prématurée des membranes entre 23 SA + 5 jours et 34 SA

⌘ Prise en charge initiale

- Hospitalisation
- Repos relatif, sans alitement strict (BAT, déambulation autorisée et activité physique possible)
- Antibio prophylaxie sans attendre les résultats des prélèvements bactério (cf. encadré 1)
- Corticothérapie immédiate selon protocole
Bétaméthasone 12 mg, IM, à renouveler 24 H plus tard
- Tocolyse : si CU et en l'absence de signes infectieux
 - . Traitement d'attaque pendant 48 heures au maximum [Cf. Protocole MAP]
 - . Pas de relai par une tocolyse d'entretien au-delà de 48H
 - . Pas de nouvelle tocolyse par la suite *a priori* (à discuter cependant si **CU < 30 SA** en l'absence de tout signe clinique et/ou biologique infectieux et/ou de tachycardie fœtale)
- Pas de retrait systématique d'un cerclage ou d'un pessaire en l'absence de signes infectieux ou de CU
- *Transfert in utero (RPO) accepté à partir de 23 SA et 5 jours et EPF à 500 g, après discussion avec les parents*

⌘ Surveillance initiale (en hospitalisation) :

- . Surveillance maternelle (température)
- . Couleur du LA, contractions utérines
- . RCF: 2 fois/j les 48 premières heures puis 1 / jour
- . Pas de TV, sauf si Contractions utérines
- . Récupérer prélèvements bactériologiques faits aux urgences et planifier un PV hebdomadaire
- . Echographie (vitalité, LA): uniquement en cas d'événement clinique
- . CRP et NFS en cas de signes cliniques ou RCF évocateurs d'infection intra utérine (pas en systématique)

Entretien obstétrico pédiatrique à organiser
Consultation anesthésique

Les PV hebdomadaires sont réalisés essentiellement à visée documentaire pour les pédiatres en cas d'accouchement prématuré.

PROCEDURE DE	Page : 5 / 8
PDV – RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES AVANT TERME (JUSQU’A 36SA+6SA)	Indexation : PDV-PRO-006 Version : 4 Date d’application : 20 juin 2023

Si clinique peu évocatrice sans récurrence de la perte de liquide et quantité de liquide amniotique restée normale en échographie (Par exemple faux positif dans les cas de métrorragies) : possibilité de réaliser un nouveau test par Amnisure/amniodiag lors de l’hospitalisation. Et en cas de résultat négatif : arrêt du suivi spécifique.

✕ **Surveillance secondaire :**

Sortie envisageable après 5 à 7 jours d’hospitalisation si état stable et si les critères de sécurité ci-dessous sont présents

(tous les critères doivent être présents) :

- . RCF normal
- . Aucun signe infectieux clinique ou paraclinique
- . LA écoulé clair
- . Col peu modifié ((si modifications cervicales [Cf. Protocole MAP]))
- . Conditions socio-économiques suffisantes / repos possible / bonne compréhension / possibilité de logement à proximité (hébergement au Laurier Rose envisageable)

Contre-indication à une sortie si ces 3 critères sont présents :

Rupture avant 26 SA + Oligoamnios (GC < 20 mm) + Présentation non céphalique

Les critères de vigilance :

- 2 critères sur les 3 critères ci-dessus,
- col modifié,
- RCIU,
- grossesses gémellaires,
- habitant à distance d’une maternité de type III (> 30 min) avant 32 SA

= > **Discussion au staff obstétrico pédiatrique**

. Surveillance ambulatoire comportant :

- Autosurveillance de la température, de l’activité fœtale, des CU
- Surveillance 3 fois par semaine par SF avec RCF et PV hebdomadaire (privilégier HAD si possible géographiquement, SAD possible dans les autres cas)
- Bilan de jour à Paule de Viguier **toutes les 2 semaines** (Echo avec présentation, QLA (GC), vitalité tous les 15 jours et croissance mensuelle, RCF, PV)

Si patiente issue d’une autre maternité : re transfert possible selon le terme et la provenance de la patiente via le RPO

Au-delà de l’antibiothérapie initiale, **si la patiente est asymptomatique, il n’y a pas d’indication à traiter par antibiotiques les éventuels germes identifiés lors des prélèvements bactériologiques vaginaux.** Ce prélèvement reste nécessaire à visée pédiatrique.
(Ceci ne concerne pas l’antibioprophylaxie per partum éventuelle)

✕ **Fin de la grossesse :**

Déclenchement (ou césarienne) **à partir de 37 SA**

PROCEDURE DE	Page : 6 / 8
PDV – RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES AVANT TERME (JUSQU’A 36SA+6SA)	Indexation : PDV-PRO-006 Version : 4 Date d’application : 20 juin 2023

IV- Rupture prématurée des membranes entre 34 et 36SA+6

⌘ En l’absence de signe de mauvais pronostic et col défavorable, expectative possible jusqu’à 37 SA selon les mêmes modalités que les ruptures prématurées avant 34 SA

En cas de traitement conservateur :

- Pas de tocolyse,
- Pas de corticothérapie,
- Ablation d’un éventuel cerclage ou pessaire,

→ Sortie envisageable avec HAD ou SAD et PV hebdomadaire à partir du 3^{ème} jour de surveillance initiale,
si les critères de sécurité sont présents (cf. ci-dessus)

Dans tous les cas, information obstétrico-pédiatrique des bénéfices et des risques materno-fœtaux de l’expectative et du déclenchement (infection intra utérine +/- infection néonatale, risque lié à la prématurité modérée).

PROCEDURE DE	Page : 7 / 8
PDV – RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES AVANT TERME (JUSQU’A 36SA+6SA)	Indexation : PDV-PRO-006 Version : 4 Date d’application : 20 juin 2023

Encadré 1

Antibioprophylaxie dans les RPM avant 37 SA
<p>Antibiothérapie IV, sans attendre les résultats du PV, (à adapter aux résultats bactériologiques éventuels)</p> <p style="padding-left: 40px;">Amoxicilline 2g x3/j IV pendant 48 h, puis relais per os (1g x3/j) jusqu’à réception des prélèvements bactériologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - continuer ATB pour 5 jours au total si PV+ avec un germe sensible - stop ATB à la réception des résultats si PV négatif <p style="padding-left: 40px;">Adaptation du tt si PV avec germe résistant à l’antibiothérapie initiale (cf. annexe)</p>
<p>Allergie à la pénicilline :</p> <ul style="list-style-type: none"> - si antécédent d’allergie grave (choc, œdème de Quincke, urticaire, détresse respiratoire) et avérée : Clindamycine (Dalacine®) 900 mg x 3/J, IV ; - si allergie douteuse ou sans signe de gravité (autres que ceux mentionnés ci-dessus) : Céfazoline 2g puis 1g toutes les 8h (IV pendant 48h, puis relai PO)
<p>En cas de strepto B connu pour être résistant à la dalacine :</p> <p>Discuter l’administration de Vancomycine au cas par cas en concertation pédiatre, obstétricien si PCR positive: 20 mg/kg dose initiale sans dépasser 2g, et à une vitesse inférieure à 500 mg sur 30 minutes. A répéter toutes les 8 heures.</p>

Remarques :

- Si accouchement alors que la patiente est toujours sous traitement antibiotique, poursuivre pendant le travail (cf. protocole),
- Ne pas oublier l’antibioprophylaxie pendant le travail si indiquée (cf. protocole)
- Ne pas oublier :
 - . le **bilan infectieux néonatal**,
 - . les **prélèvements bactériologiques néonataux** (oreille, L. gastrique)
 - . et l’**examen anatomo-pathologique du placenta, + placentoculture.**

PROCEDURE DE	Page : 8 / 8
PDV – RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES AVANT TERME (JUSQU'A 36SA+6SA)	Indexation : PDV-PRO-006 Version : 4 Date d'application : 20 juin 2023

V- En cas de suspicion d'infection intra utérine* dans les RPM avant 37 SA

- Appel du médecin sénior
- Arrêt d'une éventuelle tocolyse
- Rechercher des signes de gravité** nécessitant l'appel de l'anesthésiste (cf. protocole spécifique)
- Débuter une antibiothérapie probabiliste à large spectre d'emblée,
 - . Ceftriaxone (Rocéphine®) 1g/j en 1 injection IV
 - . Métrodidazole (Flagyl®) 500 mg IV x3/j
 - . Aminoside (Gentamycine) 3 à 5 mg/kg/j en perf IV de 30 à 60 min (si fonct. rénale correcte)

En cas d'allergie prouvée et grave à la pénicilline :

- . quinolone (ofloxacine) 200 mg en perf IV x2/j
- . clindamycine (Dalacine®) 900 mgx3/J, IV
- . métronidazole (Flagyl®) 500 mg IV x3/j

Puis, antibiothérapie à adapter aux prélèvements bactériologiques.

Si IIU avérée : induire la naissance. Voie d'accouchement à discuter en fonction du contexte clinique et des conditions locales.

Dans le post partum,

- arrêt de l'antibiothérapie après une voie basse en l'absence de signe clinique maternel,
- à poursuivre au moins 24h après une césarienne.

*Signes d'infection intra utérine:

Fièvre > 38°, tachycardie fœtale, contractions utérines importantes, douleur utérine, liquide amniotique fétide ou hémorragique, hyperleucocytose maternelle > 15000 /mL, CRP élevée d'emblée ou cinétique croissante

** Signes de gravité au cours de la grossesse ou du post-partum (sepsis grave) : tachycardie maternelle > 120 bpm, polypnée > 20/min, température ≥ 39°C ou < 36°C, PAS < 90 mmHg ou < 40 mmHg par rapport à la pression artérielle de base, marbrures cutanées, ou une altération des fonctions supérieures.