

## Rupture prématurée des membranes et transfert

Historique des modifications		
Version	Dates de modification	Objets de la modification
N°1	17/03/2023	Création

**Indexation :** 2023\_Ref\_RPM\_Transfert, référentiel accessible sur [www.perinatalite-occitanie.fr](http://www.perinatalite-occitanie.fr)

Seule la version informatique fait foi.

**Périodicité de révision :** 5 ans

- ✓ **Rédaction :** Dr Harmonie DUPUIS -Gynécologue-obstétricienne- RPO, CHU Toulouse  
Dr Romy RAYSSIGUIER – Gynécologue-obstétricienne -CHU Arnaud de Villeneuve, Montpellier  
Mme Coralie FREGONESE – Sage-femme enseignante – Hôpital Paule de Viguier, Toulouse  
Mme Emilie HERVE-ANDRE – Sage-femme enseignante – CHU Arnaud de Villeneuve, Montpellier  
Dr Louise PARET, Gynécologue-obstétricienne – Hôpital Paule de Viguier, Toulouse  
Dr Géraldine GASCOIN – Pédiatre – Hôpital des Enfants, Toulouse
- ✓ **Relecture :** Membres du Conseil scientifique du RPO
- ✓ **Validation :** Conseil scientifique RPO du 18/04/2023
- ✓ **Diffusion :**

<b>Objet</b>	Le protocole décrit la prise en charge des patientes lors d'un transfert in-utero pour rupture prématurée des membranes.
<b>Domaine d'application</b>	Ce référentiel s'adresse aux équipes des maternités. Rédigé sous l'égide du Réseau de Périnatalité Occitanie, ce référentiel est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier.
<b>Documents de référence</b>	Recommandations CNGOF 2018 _ Rupture prématurée des membranes avant terme
<b>Abréviations</b>	CAN : corticothérapie anténatale LA : liquide amniotique RPM : rupture prématurée des membranes RCIU : retard de croissance intra utérin TV : touché vaginal

# Référentiel

I.	Rupture prématurée des membranes avant viabilité avant 23 SA et 5j .....	2
II.	Rupture prématurée des membranes entre 23 SA + 5j et 36 SA + 6J .....	3

## I. Rupture prématurée des membranes avant viabilité avant 23 SA et 5 jours

### 1. Diagnostic

- Ecoulement franc de LA visualisé au niveau vaginal
- Amnisure® >16 SA
- Anomalie de la quantité de LA en échographie : Oligoamnios / an amnios

Le pronostic est lié aux risques de :

- Prématurité extrême
- Infection intra-utérine
- Complications de l'oligoamnios chronique (hypoplasie pulmonaire, RCIU, déformations des membranes et de la face)

Ces risques sont d'autant plus importants que la RPM survient précocement dans la grossesse.

### 2. Prise en charge

- Bilan initial
  - Examen clinique : pas de TV systématique (échographie du col), pas d'ERCF
  - Bilan biologique : NFS CRP, préopératoire, PV, ECBU
  - Echographie obstétricale : vitalité fœtale, présentation, quantité de LA, EPF, localisation placentaire + longueur cervicale

Hospitalisation initiale pour le risque de fausses couche tardive, sortie à environ 48h si stable

- Antibiothérapie selon les protocoles de chaque centre

Devant le mauvais pronostic d'un anamnios prolongé en cas de rupture précoce avant 22 SA, une interruption médicale de grossesse peut être discuté dans certains cas.

Dans ce contexte, lorsque la patiente est stable depuis au moins 48h, le CDPDN référent peut être contacté afin d'organiser une première information et une première évaluation échographique précoce. Pour trouver le CPDPN le plus proche : [Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal - Plan interactif \(cpdpn.fr\)](#)

Lorsque la quantité de LA reste normale et que la patiente n'a pas encore bénéficié de son échographie du 2ème trimestre, l'échographie de référence pourra être réalisée à cette occasion.

Si la grossesse se poursuit, le suivi peut se faire en hospitalisation (conventionnelle ou de jour) selon les protocoles habituels de chaque service.

### 3. Transfert in utero

Dans les suites de l'hospitalisation initiale, la patiente peut rentrer à domicile si la situation est stable mais doit être surveillée régulièrement dans sa maternité d'origine (état clinique, bilan biologique, surveillance échographique de la quantité de LA...) jusqu'au terme de viabilité et de réorientation, pour vérifier l'absence d'infection clinique, de fausse couche tardive imminente...

La patiente peut être transférée secondairement dans une maternité de niveau adapté une fois le seuil de viabilité atteint. (Cf. paragraphe TIU ci-dessous)

## II. Rupture prématurée des membranes entre 23 SA + 5j et 36 SA + 6j

### 1. Diagnostic

- Ecoulement franc de LA visualisé au niveau vaginal
- Amnisure®
- Anomalie de la quantité de LA en échographie

### 2. Prise en charge

- Bilan initial :
  - Examen clinique : pas de TV systématique (échographie du col)
  - Bilan biologique : NFS CRP, préopératoire, PV, ECBU
  - Echographie obstétricale : vitalité fœtale, quantité de LA, EPF, localisation placentaire + longueur cervicale
  - ERCF systématique à partir de 26 SA, à discuter avec le couple entre 24 et 26 SA après cure de corticothérapie anténatale et discussion couple / équipe pédiatrique
- Antibiothérapie
- Corticothérapie anténatale à partir de 23 SA + 5j
- Tocolyse si CU et en l'absence de signes infectieux
- Consultation pédiatrique

### 3. Transfert in utero

- **Appel de la cellule transfert qui fait le point sur les places maternelles et pédiatriques disponibles et appel du régulateur SAMU pour faire le point sur le vecteur disponible le plus adapté à la patiente et au trajet**
- **Décision médicale** : accord entre le médecin demandeur (qui doit être présent auprès de la patiente) et le médecin receveur (chef de garde) .
- **L'état clinique de la patiente doit être réévalué au moment du départ afin de confirmer la faisabilité du transport**

#### Checklist avant transfert in utero :

- Information et consentement de la patiente
- Dossier médical complet (sérologies, carte de groupe sanguin, échographies, résumé du suivi obstétrical, dernier ERCF)
- Fiche TIU RPO ou courrier médical

#### Choix de l'établissement receveur

Les indications recommandées de transfert in utero selon les types de maternité sont en fonction du terme de survenue des symptômes et de l'estimation pondérale fœtale.

Le choix de l'établissement receveur tient compte des contraintes géographiques et des places disponibles dans la maternité d'accueil.

- **Pour les grossesses <23 SA + 5j** : pas d'indication de TIU à priori
- **Pour les grossesses ≥ 23 SA + 5j et <32 SA, ou si l'estimation pondérale fœtale <1500g** : le TIU doit se faire vers les maternités de niveau III
- **Pour les grossesses entre 32 SA et 35 SA + 6 j avec estimation pondérale fœtale > 1500g** : le TIU doit s'effectuer vers une maternité de type II.

#### Contre-indications à unTIU

- **Suspicion d'infection intra utérine :**
  - **Fièvre** (t° maternelle ≥ 38°C confirmée à 30 min d'intervalle sans cause infectieuse extra gynécologique identifiée)
  - Tachycardie fœtale > 160 bpm persistante, des douleurs utérines ou contractions utérines douloureuses
  - LA purulent
  - Syndrome inflammatoire biologique (mais la performance de la CRP plasmatique et de l'hyperleucocytose maternelle pour le diagnostic d'infection intra-utérine est limitée, ils ont plutôt une valeur négative)
- **Début de travail**
- **Toute anomalie du rythme cardiaque fœtal** nécessitant une extraction d'urgence

#### Choix du vecteur

Transfert selon les recommandations établies dans le classeur transfert.

Intérêt d'une tocolyse pour le TIU (Tractocile® -Atosiban®) à discuter selon le tableau clinique, l'éloignement, la disponibilité des vecteurs entre le médecin demandeur et receveur.

*Pensez aux substituts nicotiques pour les patientes tabagiques lors du transfert.*

## 4. Réorientation

Le retransfert doit être proposé à la femme enceinte dès que l'amélioration de son état l'y autorise ou en fonction de l'avancée du terme de la grossesse.

Ces 2 situations permettent le retour de la femme enceinte vers sa maternité d'origine ou vers un établissement plus proche de son domicile.

- Réfléchir ensemble (centre adresseur, centre receveur, patients) afin de déterminer la CAT en étudiant toutes les possibilités :
  - Rester en niveau III
  - Aller dans un niveau III plus proche
  - Aller dans un niveau II
  - Retourner dans le niveau I d'origine
  - Retour à domicile avec surveillance en HDJ ou en HAD
  
- Un contact avec l'équipe médicale de l'établissement receveur est réalisé pour :
  - Valider la demande et transmettre les éléments du dossier
  - Vérifier, en concertation avec les pédiatres, les disponibilités de places
  - Définir les modalités de transport
  - Déterminer la date et l'heure du transfert
  
- Dans certains cas, un retour à domicile peut être discuté et nécessite un accord préalable entre l'équipe médicale de l'établissement demandeur et receveur (accord souhaitable du médecin qui assurera la poursuite du suivi obstétrical)

### Checklist avant retransfert

- Dossier médical complet (sérologies, carte de groupe sanguin, échographies, résumé du suivi obstétrical, dernier ERCF)
- Fiche TIU RPO ou courrier médical