RP2S Réseau Périnatal des 2 Savoie	Rupture prématurée des membranes			
	Réseau Périnatal des 2 Savoie	www.rp2s.fr Protocoles Onglet Obstétrique	**Mise à jour Mars 2023**	3 pages
			Validation : comité scientifique, 15 mars 2023	

1 - Domaine d'application - Définitions - Abréviations

- Protocole de prise en charge des ruptures prématurées des membranes (RPM), applicable dans toutes les maternités du RP2S. Objectif principal : harmonisation entre les sites (antibiothérapie, transferts).
- Définitions :
  - **RPM :** ouverture de la poche des eaux sans entrée en travail, quel que soit le terme
  - **L'infection intra-utérine (ex-Chorioamniotite)** se définit par hyperthermie > 38° associée à au moins 2 des signes suivants : utérus douloureux (ou CU douloureuses, ou mise en travail spontané), liquide amniotique purulent, tachycardie fœtale > 160 bpm
  - **RPM non compliquée :** sans anomalie dynamique de croissance fœtale, sans anomalie RCF, sans anamnios, sans pathologie associée, sans infection intra-utérine …
- Abréviations :

RPM : rupture prématurée des membranes
NFS : numération de formule sanguine
RAI : recherche d'agglutinines irrégulières
ECBU : examen cytobactériologique des urines
TV : toucher vaginal
VIH : virus d'immunodéficience humaine
SA : semaines d'aménorrhée
CRP : C Reactive Protein
ILA : index de liquide amniotique
PV : prélèvement vaginal
CU : contractions utérines
CMV : cytomégalovirus
C1G, C2G, C3G : céphalosporine de 1ère, 2ème, 3ème génération

2 - Quelques références bibliographiques récentes

- RCP CNGOF, 2020. Ruptures des membranes avant travail à terme. Lien : http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2020%252FRPC-CNGOF-rupture-membranes-a-terme-avant-travail.pdf&i=3437
- RCP du CNGOF, 2018. Ruptures prématurées des membranes avant terme. Lien : http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF_RPC_2018-RPM.pdf&i=21004
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice bulletin N°172: premature rupture of membranes. Oct 2016
- Lorain P, Laas E, Girard G. Rupture prématurée des membranes de 34 à 36 + 6 semaines d'aménorrhée : quelle prise en charge ? *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2016;44:249-249
- Morris JM, Roberts CL, Bowen JR and al. Immediate delivery compared with expectant management after preterm pre-labour of the membranes close to term (PPROMT trial) : a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2016;387:444-52.

3 - Diagnostic positif et bilan initial

- Diagnostic positif :
  - En 1er lieu clinique. Examen au spéculum : objective l'écoulement de liquide
  - Test à l'IGFBP-1 (ex : Actim Prom®) ou PAMG-1 (ex : AmniSure® test) : sensible et très spécifique. A faire uniquement si doute diagnostic et disponible au sein de la maternité.
- Bilan initial : à faire en cas de RPM avant 37 SA

  Recherche signes cliniques en faveur d'une infection intra utérine (cf paragraphe 1)
  - PV et ECBU (pour le PV : seule la culture doit être prise en compte, pas l'examen direct)
  - Hémocultures si hyperthermie ≥ 38°5 °C et/ou frissons
  - NFS et CRP
  - Vérifier les sérologies recommandées : Toxoplasmose, Syphilis, Hépatite B, Rubéole, VIH
  - Vérifier carte de groupe sanguin avec 2 déterminations
  - Monitoring fœtal si terme ≥ 24 SA
  - Échographie obstétricale pour présentation, biométries, index de LA, Doppler
  - Échographie cervicale uniquement sur point d'appel clinique et si moins de 34 SA

4 – Prise en charge en cas de RPM < 24 SA

- Information détaillée à la patiente
  - Risque d'accouchement avant le terme de viabilité
  - Risque d'hypoplasie pulmonaire (surtout si RPM < 20 SA et anamnios)
  - Risque d'arthrogrypose
- Discuter poursuite ou non de la grossesse en fonction du contexte.
- Éventuellement demande d'avis auprès du CPDPN, surtout si terme < 20 SA et/ou anamnios.

- En cas d'expectative :
  - Hospitalisation initiale durant 24 à 48 heures
  - Puis surveillance à domicile
  - Examen clinique et bilan 1/semaine (PV, BU, NFS, CRP, écho pour ILA)
  - Antibiothérapie à discuter selon les résultats bactériologiques
- Hospitalisation à partir de 24 SA en maternité de type 3, à discuter à partir de 23 SA en fonction de la demande maternelle : se reporter au protocole inter réseaux AuRA extrême prématurité 23 SA à 26 SA.

5 – Prise en charge en cas de RPM ≥ 24 SA et < 34 SA

- Hospitalisation initiale en maternité de type adapté au terme au minimum de 48 heures (ne pas imposer le repos strict au lit).
- Antibiothérapie systématique
  - Amoxicilline (CLAMOXYL®) : 1g x 3 / 24h per os
  - En cas d'allergie avérée aux pénicillines : Erythromycine 500 mg x 4 /24h per os (les C3G peuvent être discutées)
  - Ne sont pas recommandés : Amoxicilline + acide clavulanique, aminosides, glycopeptides, C1G et C2G, Clindamycine, Métronidazole.
  - A adapter ensuite aux résultats bactériologiques :
    - Si bilan négatif : arrêt de l'antibiothérapie
    - Si bilan positif : adapter l'antibiothérapie, durée 7 jours en tout
    - La répétition systématique de cette antibiothérapie n'est pas recommandée en cas d'élévation de la CRP ou portage asymptomatique au cours de la surveillance
  - Dans les situations douteuses sur les antécédents allergiques, ne pas oublier de prescrire un bilan allergologique à réaliser dans les mois qui suivent la naissance (contre indiqué durant la grossesse)
- Corticothérapie (cf. protocole MAP) :
  - Bétaméthasone (CELESTENE®) : 2 injections de 12 mg par voie IM à 24 heures d'intervalle. Ne pas avancer la seconde injection avant 24h.
- Tocolyse (cf. protocole MAP) :
  - Pas d'indication systématique
  - Tocolyse uniquement si CU pour la durée de la corticothérapie
  - Pas de tocolyse si signes d'infection intra-utérine
- Surveillance :
  - Clinique : T° : 3/j ; pas de TV sauf sur point d'appel
  - Monitoring fœtal : 1/j ou plus sur point d'appel durant l'hospitalisation, puis 2/semaine en surveillance à domicile (SF libérale en alternance avec CS externe)
  - Échographique : hebdomadaire pour mesure de l'ILA ou plus sur point d'appel
  - Biologique : NFS, CRP : 1/semaine ; PV : 1/semaine ; ECBU : 1/15 jours
- Déclenchement :
  - Il est recommandé de ne pas déclencher une RPM non compliquée avant 34 SA.
  - Indication de déclenchement : infection intra-utérine.
  - Autres situations (croissance foetale, autres anomalies) : discussion collégiale obstétrico-pédiatrique du déclenchement à pondérer en fonction du terme.
- Sulfate de Magnésium :
  - Est recommandé en cas d'accouchement imminent, spontané ou programmé, avant 32 SA (voir protocole spécifique).
- **Surveillance en externe** en cas de RPM ≥ 24SA et < 34 SA : **<u>conditions d'acceptation</u>**
  - Uniquement après une hospitalisation initiale en maternité de type adapté d'au moins 48 heures et jusqu'à obtention des résultats bactériologiques ; sortie envisageable si stabilité clinique à l'arrêt de la tocolyse.
  - Uniquement si examen clinique normal : apyrexie, absence de CU
  - Uniquement si absence de signes d'infection intra-utérine
  - Uniquement si monitorings normaux et échographie normale (ILA en quantité normale)
  - A discuter selon contexte de vie (ex : isolement familial, temps de trajet élevé …)
  - Avec surveillance hebdomadaire à la maternité
  - Après discussion obstétrico-pédiatrique
- **Re-transfert** vers la maternité d'origine : **<u>conditions d'acceptation</u>**
  - Envisageable uniquement vers une maternité de type 2 (dans cette indication, les termes de retransferts sont décalés d'une semaine) soit : à partir de 31 SA pour les maternités de type 2B et à partir de 33 SA pour les maternités de type 2A
  - Après discussion obstétrico-pédiatrique
  - Uniquement si absence de signe d'infection intra-utérine
  - Discuter la prolongation de l'hospitalisation en maternité de type 3 si anamnios prolongé.

6 – Prise en charge en cas de RPM ≥ 34 SA et < 37 SA

- Hospitalisation initiale en maternité de type adapté d'au moins 48 heures et jusqu'à obtention des résultats bactériologiques et en cas de stabilité clinique ;
- Pas de tocolyse
- Antibiothérapie et surveillance :
  - Amoxicilline (CLAMOXYL®) : 1g x 3 / 24h per os
  - En cas d'allergie avérée aux pénicillines : Érythromycine 500 mg x 4 /24h per os (les C3G peuvent être discutées)
  - Ne sont pas recommandés : Amoxicilline + Ac Clavulanique, aminosides, glycopeptides, C1G et C2G, clindamycine, métronidazole.
  - A adapter ensuite aux résultats bactériologiques :
    - Si bilan négatif : arrêt de l'antibiothérapie
    - Si bilan positif : adapter l'antibiothérapie, durée 7 jours en tout
- Voie d'administration et choix de la molécule à adapter au cas par cas : si probable mise en travail rapide, proposition de se référer au paragraphe 4 du protocole « Prévention des infections néonatales bactériennes précoces »
- Corticothérapie envisageable, à discuter au cas par cas (discussion obstétrico-pédiatrique)
- Quel que soit le terme de la RPM, expectative recommandée jusqu'à 37 SA en cas de RPM **non compliquée** (voir paragraphe 1).
  - Un PV positif à Streptocoque B isolé n'est pas une indication de déclenchement avant 37 SA, sous couvert d'une antibiothérapie adaptée.
  - Si PV positif autre germe (E. Coli K1, Haemophilus Influenzae, Klebsiella Pneumoniae) : discussion collégiale pour déclenchement

7 – Prise en charge en cas de RPM ≥ 37 SA

Bilan initial :
- ✓ NFS et CRP
- ✓ PV ciblé SGB (PCR possible), BU
- ✓ Vérifier la carte de groupe

⇩

Conduite à tenir à adapter en fonction du statut du Streptocoque B

⇩

Streptocoque B négatif
Ou Strepto B inconnu
et test rapide non disponible

⇩

- ✓ Expectative possible jusqu'à 4 jours.
- ✓ Antibiothérapie :
  - A débuter à H12 après rupture
  - Cf protocole prévention des infections néonatales bactériennes précoces (2018)
- ✓ Déclenchement (ou césarienne si déclenchement non envisageable) <u>à discuter</u> à partir d'un délai de 24 h après la rupture
- ✓ Surveillance : NFS et CRP à l'admission puis chaque 12 heures

Streptocoque B positif

⇩

- ✓ Une attitude d'expectative **ou** un déclenchement (voire césarienne si déclenchement non envisageable) sont possibles : à adapter en fonction de l'organisation de la salle de naissance et après information et échange avec la patiente.
- ✓ Cependant un déclenchement peut être proposé d'emblée si la patiente arrive à plus de 24 heures de rupture, sans avoir reçu d'antibiothérapie.
- ✓ Antibiothérapie :
  - A débuter à l'arrivée de la patiente
  - Cf protocole prévention des infections néonatales bactériennes précoces (2018)
- ✓ Surveillance : NFS et CRP à l'admission puis chaque 12heures

Dans tous les cas, l'information des couples est un des éléments de la prise en charge d'une RPM.

L'information doit être adaptée en particulier en fonction du terme de survenue de la rupture, et de l'évolution (clinique, biologique, échographique…).

Un déclenchement <u>est recommandé</u> en cas de rupture > à 4 jours ou si le liquide est méconial.

Les informations doivent être délivrées par l'équipe obstétrico-pédiatrique.