1. OBJET

Diagnostic et prise en charge des **ruptures prématurées des membranes (RPM) avant 37 semaines d'aménorrhée (SA)** et des **ruptures des membranes à terme (RMT).**

2. DOMAINE D'APPLICATION - PERSONNEL CONCERNÉ

Domaine d'application : pôle Femme-Enfant
Personnel concerné : médecins et sages-femmes

3. RESPONSABILITÉS

Les médecins et les cadres de santé du pôle Femme-Enfant sont responsables de la bonne application du document.

4. DESCRIPTION DE L'OBJET

I- RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES AVANT 37 SA (cf. Annexe 1)

1. Bilan initial à l'admission :

- Pas de TV systématique, sauf si contractions utérines (CU) ou pour décider d'un mode de déclenchement
- Examen au spéculum : confirmation de la RPM, ECB vaginal
  - Un **test diagnostique** immunochromatographique (IGFBP-1 ou PAMG-1) n'est utilisé qu'en cas de doute clinique : en cas de test négatif, la RPM est très peu probable ; risque de faux-positif en cas de modifications cervicales ou de saignements.
- Température
- NFS, CRP, ECBU, ECB vaginal
- Tocométrie
- Evaluation du bien-être fœtal : RCF, échographie (liquide, présentation, +/- biométries)
- Échographie du col

2. Antibioprophylaxie :

- Dès les prélèvements bactériologiques effectués
  - **CEFTRIAXONE 1g IV par jour pendant au moins 48 heures** (si IMC > 35, 2g IV/jour)
  - **Si allergie aux bêtalactamines : Aztréonam** (action sur les entérobactéries) **1g IV 30 mn x 3 par jour + Vancomycine** (action sur streptocoque B) **15 mg/kg IV 45-60 mn x 2 par jour**, pendant 48 heures.
- Arrêt de l'antibiothérapie au retour des résultats bactériologiques
- **Si prélèvement positif : adaptation à l'antibiogramme, traitement pour une durée totale de 7 jours** (pas de contrôle de l'ECB vaginal en l'absence de signes cliniques)
  - **Streptocoque B** (résistances actuelles : clindamycine et érythromycine 25 %, pénicillines 0 %) : selon la sensibilité de la bactérie, amoxicilline per os (2 g/j) ou clindamycine per os (600 mg /j) ou vancomycine 15mg/kg x 2 par jour pendant 7 jours.
  - ***E.coli*** (résistances actuelles : amoxicilline 45 %, macrolides 100 %)

3. Autres traitements :

- **Corticothérapie prénatale systématique jusqu'à 34 SA** (cf. protocole)
- **Pas de tocolyse**

4. Surveillance :

- Température : 2 x /jour
- RCF : 1 à 2 x /jour
- Liquide amniotique /semaine : mesure de la GC (seuil = 2 cm)

Ce document est propriété du CHU de Caen – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

- CRP et NFS : après 48h puis 1 x /semaine
- **Pas de prélèvements bactériologiques systématiques, uniquement sur signes d'appel cliniques** (éventuellement en cas d'élévation isolée des CRP)

5. **Possibilité de suivi ambulatoire à domicile :** après hospitalisation d'**au moins 48 heures** et retour complet des résultats bactériologiques
   - **Critères d'inclusion stricts :**
     - Bilan infectieux strictement négatif (la vaginose n'est pas un critère d'exclusion)
     - Liquide amniotique en quantité normale (GC > 2 cm)
     - Col long et fermé (ou LF écho > 25 mm)
     - Absence d'antécédents obstétricaux notoires, grossesse actuelle de déroulement simple jusqu'à la RPM, grossesse singleton
     - Adhésion complète de la patiente à la proposition de suivi ambulatoire, remise de la fiche information patiente RPM
     - Secteur d'une SF libérale pouvant effectuer une surveillance à domicile
   - **Modalités du suivi ambulatoire à domicile :**
     - Transmissions des données à la SF libérale : orales par téléphone ET écrites via le dossier périnatal partagé et le CRH
     - **Surveillance clinique à domicile par SF libérale** : 2 fois par semaine (WE non inclus), avec réalisation d'un monitorage,
     - **COS** : toutes les 2 semaines, à 32 SA : échographie T3 à programmer le même jour, à 36 SA : réévaluer des conditions de l'accouchement à 37 SA.
     - **Bilan hebdomadaire** : NFS, CRP, réalisé par SF à domicile, ordonnances préparées avant la sortie du service (résultats adressés au service et à la SF)
   - **Cas particulier :** absence d'écoulement lors de l'hospitalisation ET liquide amniotique en quantité normale : possibilité de faux-positif du test biologique, surtout si saignements
     - Contrôle du test à l'aide d'un spéculum,
     - Si négatif et absence de contexte clinique particulier : sortie et suivi classique

6. **Accouchement :** (cf. algorithme de décision, annexe 1)
   - **En cas de RPM avant 37 SA, le terme d'accouchement est de 37 SA** quelle que soit la situation clinique, en l'absence de signes d'infection intra-utérine.
   - **Modalités du déclenchement :** selon la situation obstétricale, maturation cervicale par prostaglandines ou ballonnet ou déclenchement par ocytociques ou césarienne (dans ce cas, discussion d'une 2ème cure de corticoïdes, cf. protocole).
   - **Si présence de signes d'infection intra-utérine : accouchement impératif +++** (Cf. algorithme infection intra-utérine, annexe 3)

   - **TRAVAIL SPONTANE avant 37 SA et absence de signes d'infection intra-utérine :**
     - **CEFTRIAXONE 1g IV par 24 heures** (si IMC > 35, 2g IV/jour)
     - **Si allergie aux bêtalactamines : Aztréonam 1g IV 30 mn toutes les 8 heures + Vancomycine 15 mg/kg IV 45-60 mn toutes les 12 heures**.

II- RUPTURE DES MEMBRANES A TERME (APRES 37 SA)

cf. algorithme de décision, annexe 2

III- ANTIBIOTHERAPIE AU COURS DU TRAVAIL > 37 SA

Cf. algorithme de décision, annexe 2

1. **Antibioprophylaxie débutée dès l'admission en salle de naissance**
   - **Toute rupture des membranes ≥ 12 heures**

Ce document est propriété du CHU de Caen – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

- **Dès le diagnostic de travail, quel que soit l'état des membranes** : **dépistage du streptocoque B vaginal par test PCR réalisé à l'admission : si positif**, antibioprophylaxie débutée débuter par la dose de charge.
- Une fois le travail déclenché, poursuivre les injections **toutes les 4 heures** sans refaire de dose de charge (pénicilline G et amoxicilline)

2. Antibioprophylaxie au cours du travail

- **Rupture des membranes ≥ 12 heures**
- **Fièvre ≥ 38°C isolée** (absence d'autres signes d'infection)**:**
  - **Faire bilan infectieux** (NFS, CRP et ECB vaginal) avant les antibiotiques
  - **Amoxicilline 2g IV puis 1g/4 h jusqu'à l'accouchement**
  - **Si allergie :** Clindamycine 900 mg/ 8h en perfusion IV de 30 minutes
- **Fièvre ≥ 38°C et autres signes d'infection :** cf. algorithme infection intra-utérine
  - Rajouter gentamicine 5 mg/kg en une fois

3. Après l'accouchement :

- Prélèvement gastrique néonatal non systématique
- Si fièvre maternelle ou LA fétide : prélèvements bactériologiques des membranes et examen anatomopathologique du placenta

IV- DANS LE POST-PARTUM

cf. algorithme infection intra-utérine (annexe 3)
cf. protocole fièvre dans le post-partum

5. REFERENCES EXTERNES ET INTERNES

- Rupture prématurée des membranes avant terme : RPC CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol 2018.
- Rupture des membranes à terme : RPC CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol 2020.
- EPIPAGE 2 Obstetric Writing Group. Antibiotic prophylaxis in preterm premature of membranes at 24-31 weeks' gestation : Perinatal and 2-year outcomes in the EPIPAGE-2 cohort. BJOG 2021.

6. LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : algorithme de décision en cas de RPM avant 37 SA
ANNEXE 2 : algorithme de décision en cas de RMT après 37 SA
ANNEXE 3 : algorithme infection intra-utérine

7. HISTORIQUE DU DOCUMENT

Dernière version	*Objet de la révision*
07 - 26/02/2022	modification de l'antibioprophylaxie en cas de RPM avant 37 SA et introduction du dépistage du streptocoque B par PCR à l'admission en cas de RM > 37 SA
Historique des révisions	
01 - 01/12/2008 - Création du document sous format électronique, 02 - 02/08/2011 - mise à jour du document, 03 - 03/07/2015 - prise en charge ambulatoire des ruptures prématurées des membranes, 04 - 14/08/2015 - mise à jour du logigramme, 05 - 15/06/2019 - mise à jour du protocole selon les RPC CNGOF 2018 rupture prématurée des membranes avant terme, 06 - 28/02/2020 - mise à jour du protocole selon les RPC CNGOF 2020 rupture des membranes à terme	

Groupe de relecture

Obstétriciens : Dr G Beucher (rédacteur), Dr P Dolley, Dr M Eslier, Pr M Dreyfus, Néonatologiste : Dr C Alexandre, Infectiologue : Pr R Verdon, bactériologiste : Dr C Isnard.

Ce document est propriété du CHU de Caen – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

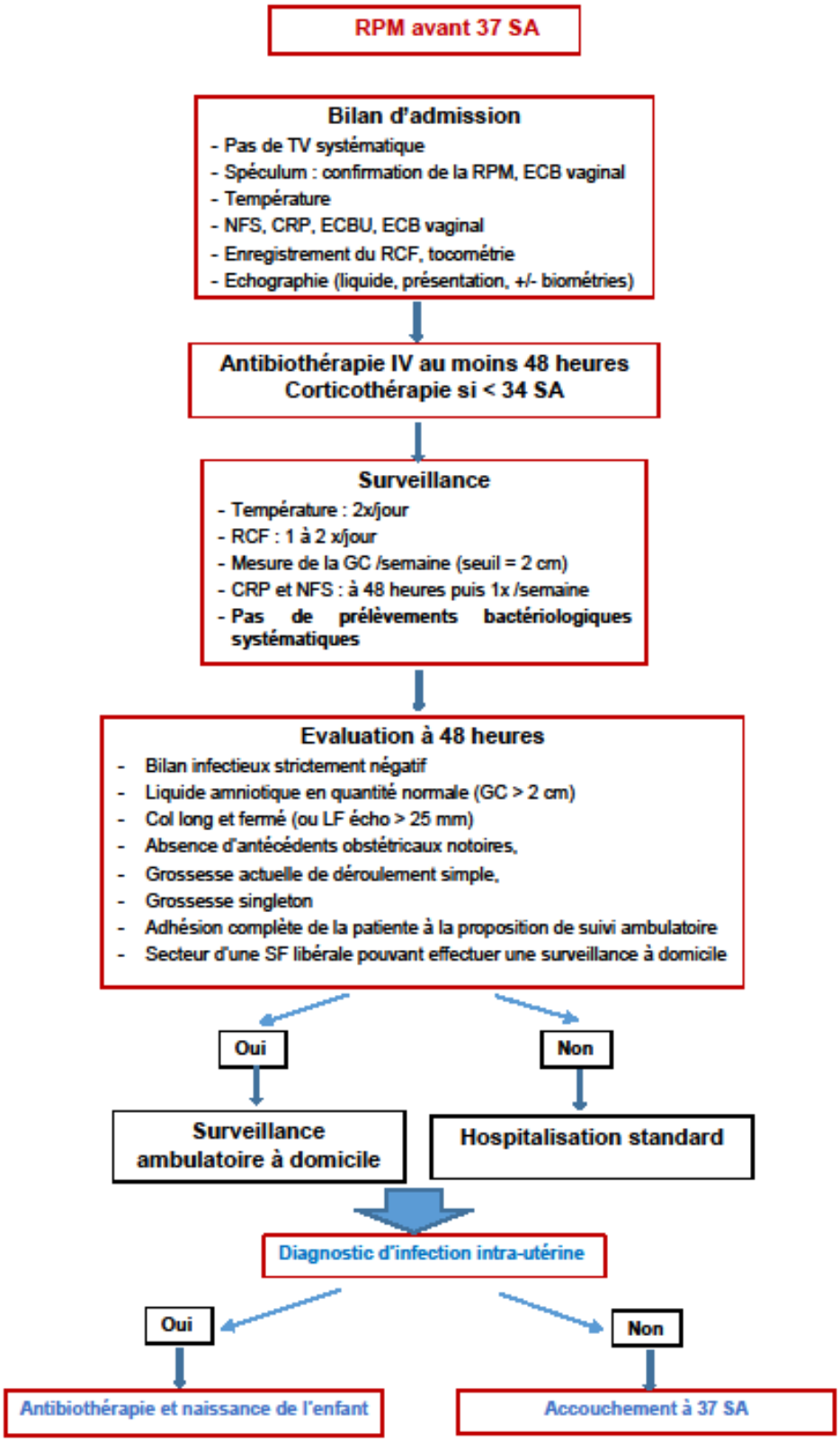
8. EVALUATION

Néant

CYCLE DE VALIDATION		
Rédaction	**Vérification**	**Approbation**
Gael BEUCHER Médecin - CHU\POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique 23/02/2022 09:20:37	*Michel DREYFUS* Chef de Service - CHU\POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique 23/02/2022 09:51:44	*Aurore BOUQUEREL (par Marie LEGLAIVE)* Directeur - CHU\DIRECTION DE LA QUALITE, GESTION DES RISQUES ET DES USAGERS 24/02/2022 10:23:11

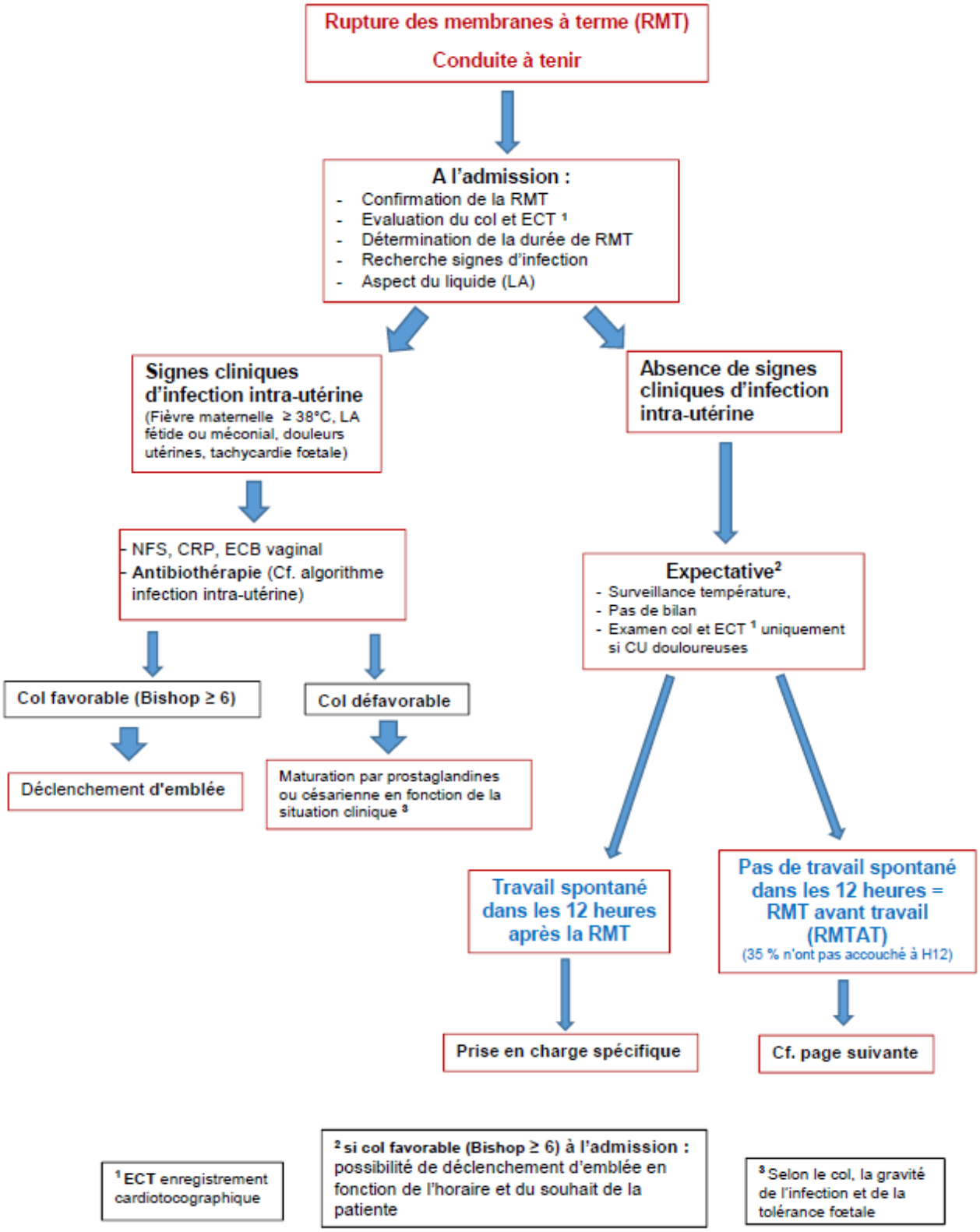
Ce document est propriété du CHU de Caen – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

ANNEXE 1 : Algorithme de décision en cas de RPM avant 37 SA

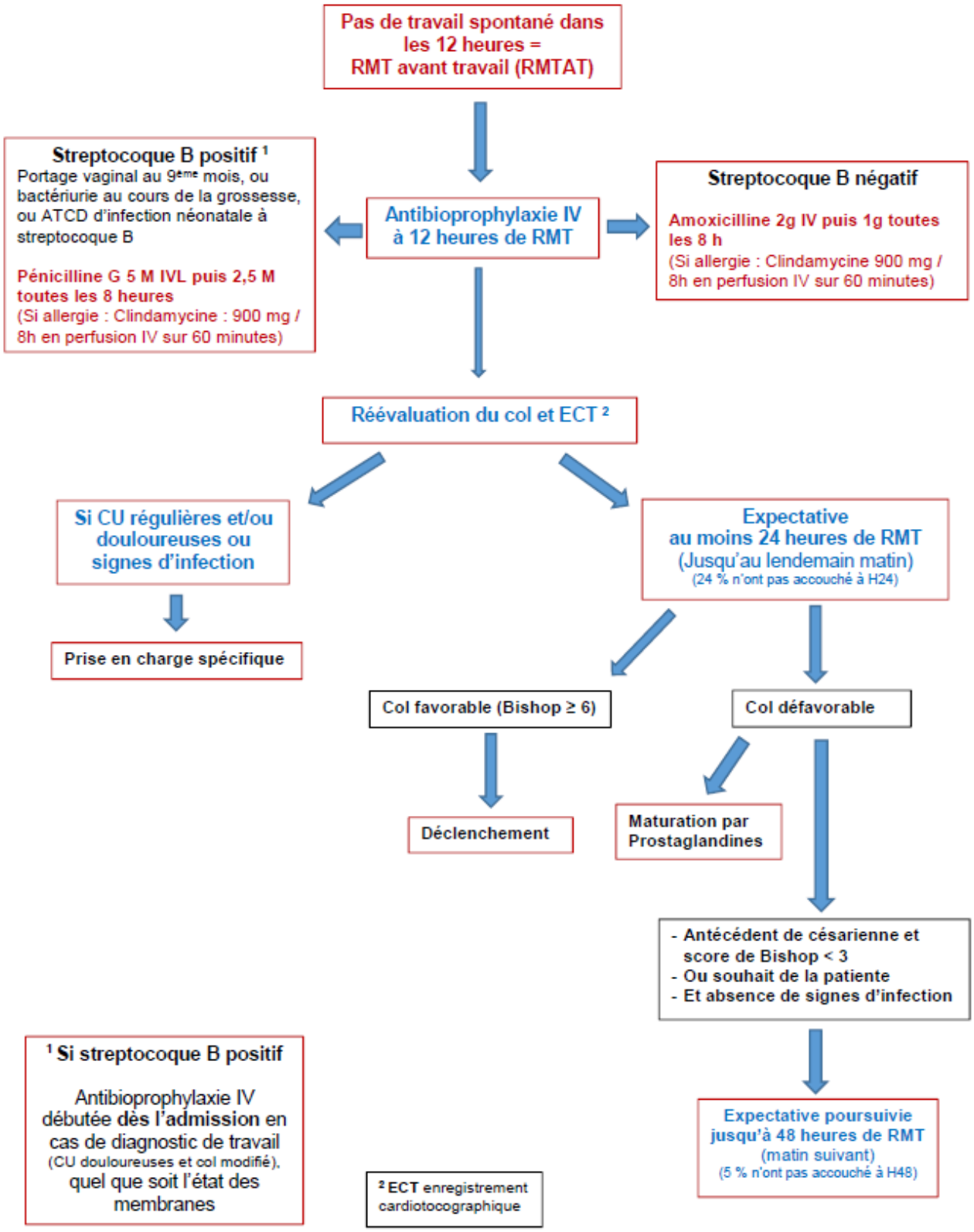


Ce document est propriété du CHU de Caen – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

Annexe 2 : Algorithme de décision en cas de rupture des membranes à terme (RMT)



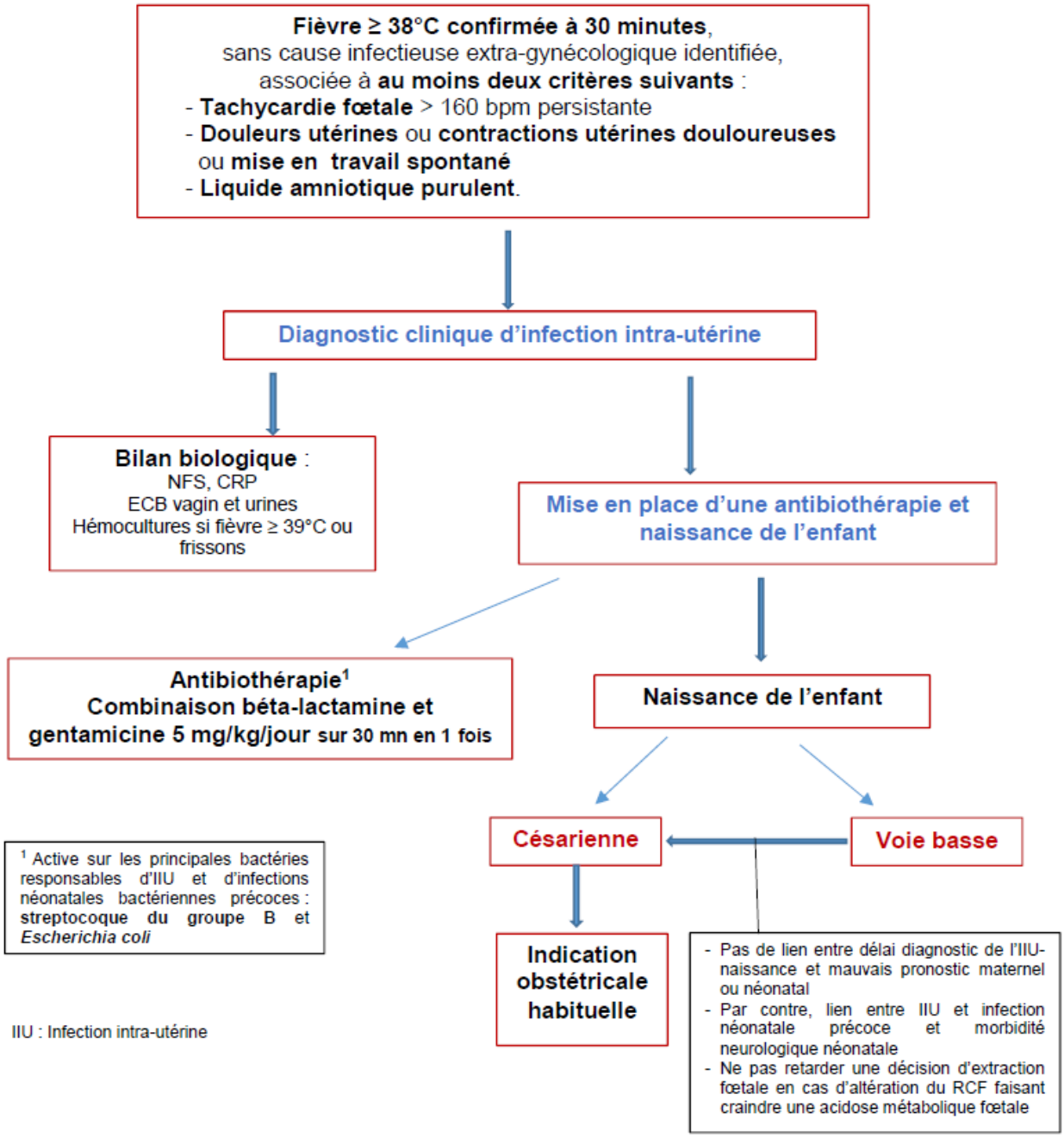
Ce document est propriété du CHU de Caen – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.



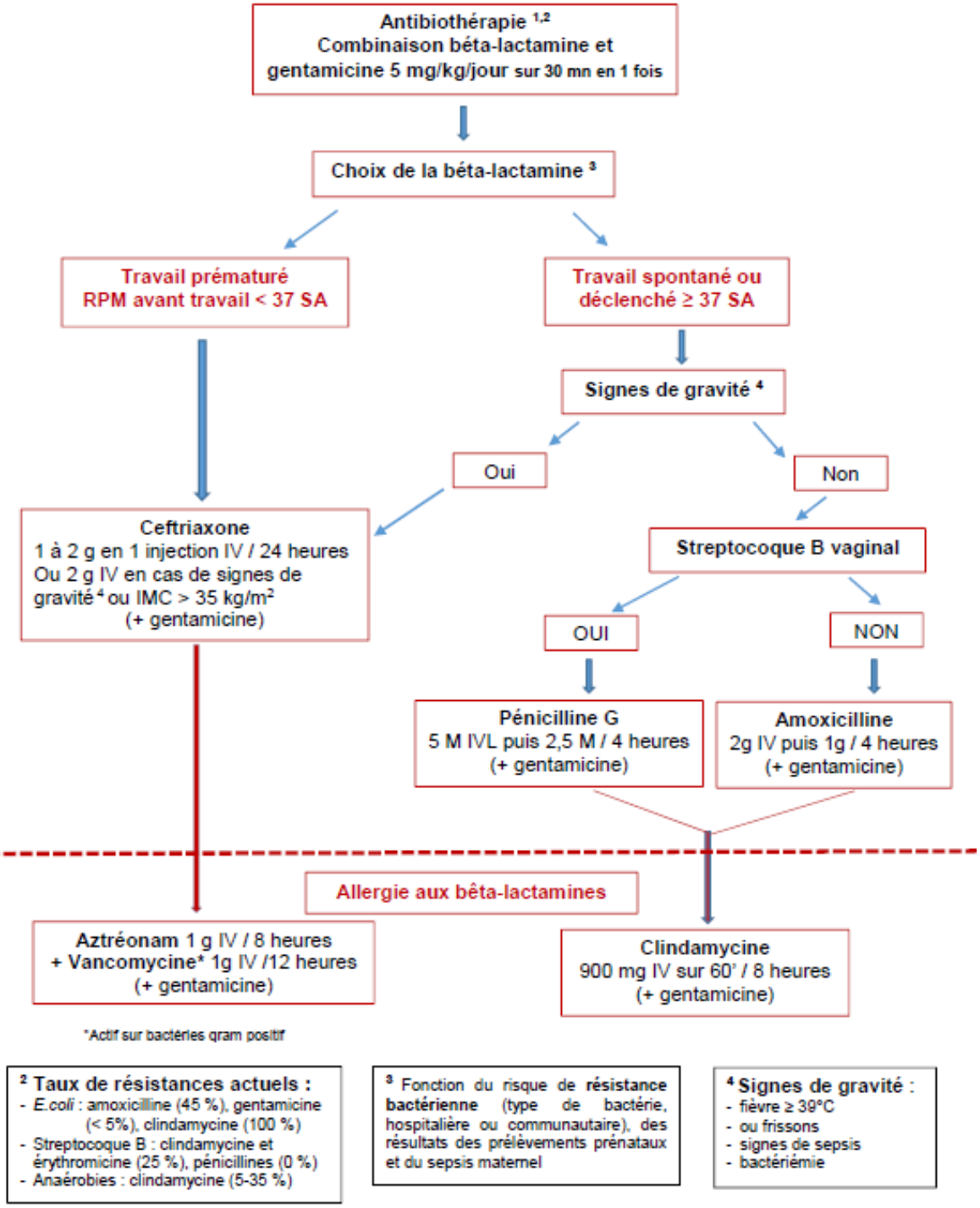
Ce document est propriété du CHU de Caen – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

Annexe 3 : Diagnostic et prise en charge d'une infection intra-utérine (IIU) en cas de rupture prématurée des membranes avant travail ou en cas de travail

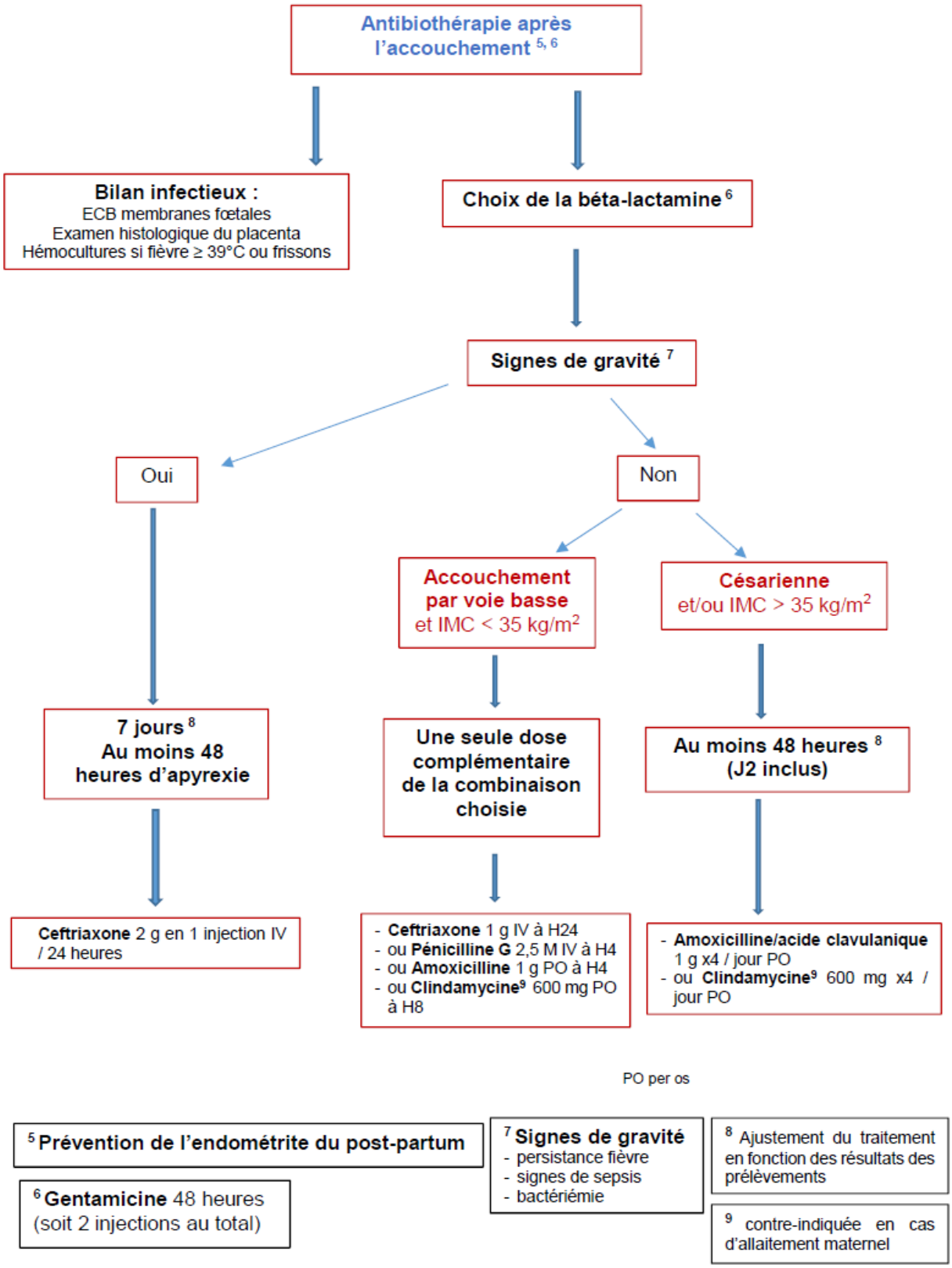
Le **diagnostic d'IIU** repose sur un ensemble d'arguments cliniques, éventuellement étayé par des arguments paracliniques (élévation des CRP).



Ce document est propriété du CHU de Caen – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.



Ce document est propriété du CHU de Caen – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.



Ce document est propriété du CHU de Caen – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.