

RECOMMANDATIONS DU RESEAU PERINATAL LORRAIN

 <p>Réseau Périnatal Lorrain</p>	RECOMMANDATIONSRPL_2020_RMTAT	Version du 14/10/2020
	RUPTURES DES MEMBRANES A TERME AVANT TRAVAIL	Rédaction : Groupe de travail
		Validation : Conseil de coordination

GROUPE DE TRAVAIL

Mme BASSET Pascale
Mme BOILEAU Amandine
Mme BOYER Astiana
Dr CREUTZ-LEROY Margaux
Mme DESILLES Sabine
Dr GAUCHOTTE Emilie
Dr HEID Chantal
Mme LALLOUETTE Sylvie
Mme METRYKA Romane
Pr MOREL Olivier
Mme PETIT Julie
Mme TISSIER Alexia

ABREVIATIONS

BU : bandelette urinaire
C3G : céphalosporines de 3^{ème} génération
CPDP : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal
CRP : protéine C réactive
ECBU : examen cytbactériologique des urines
HAD : Hospitalisation à Domicile
IV : intraveineux
MAF : mouvements actifs fœtaux
NF : Numération Formule
PV : prélèvement vaginal
RCF : rythme cardio-fœtal
RPL : Réseau Périnatal Lorrain
RMTAT: rupture des membranes à terme avant travail
SA : semaines d'aménorrhées
TV : toucher vaginal

I. DIAGNOSTIC ET BILAN INITIAL

Diagnostic clinique basé essentiellement sur les éléments de l'interrogatoire. En cas de doute : test basé sur la détection de IGFBP-1 (Insulin Growth Factor Binding Protein de type 1) ou de PAMG-1 (alpha-1 microglobuline placentaire)

Bilan initial :

- Clinique :
 - heure de la RMTAT
 - statut portage strepto B au PV réalisé entre 35 et 38 SA
 - température
 - constantes hémodynamiques
 - TV après PV
- Biologie : NF, CRP en fonction du contexte clinique et/ou protocole local
- Autres examens si point d'appel
- PV si pas fait entre 35 et 38 SA +/- BU
- Surveillance materno-fœtale pendant au moins 2 h avec un monitoring continu d'au moins 20 min.
- Limiter les TV

II. PRISE EN CHARGE

1. Expectative

Conditions pour cette CAT :

- Pas de contractions utérines
- Pas d'argument en faveur d'une infection, ni clinique, ni biologique
- Pas de portage de strepto. B au PV fait après 35 SA, ni colonisation urinaire
- LA clair
- Examen obstétrical normal
- Col non favorable (Bishop < à 6)
- RCF satisfaisant

Gestion possible des patientes en ambulatoire si :

- Trajet domicile/maternité réalisable en moins d'une heure
- Adhésion, compréhension et accord de la patiente vis-à-vis de la prise en charge

Modalités de PEC des patientes :

- Conseils d'usage transmis à la patiente suivie en ambulatoire sur une fiche d'information (hygiène/pas de bain) en annexe 1
- Surveillance de la température, des pertes liquidiennes et des MAF
- RCF programmé 12 à 24 h après la RMTAT, soit par SF à domicile, soit par convocation sur la maternité puis 1 fois par jour
- Pas d'antibiothérapie avant 12 h de RMTAT si pas d'ATCD d'infection néonatale à strepto. B (car PV négatif et pas d'infection)

Proposition de déclenchement 24 à 36 h après la RMTAT.

2. Maturation et déclenchement

Déclenchement en fonction du choix de la patiente et des possibilités d'organisation de la maternité.

Indications d'une maturation et déclenchement d'emblée (1 seul critère suffit) :

- Suspicion clinique d'infection
- Bilan infectieux positif
- LA teinté ou méconial
- Anomalie du RCF

Pour les patientes avec un portage de strepto. B au PV fait après 35 SA ou avec une colonisation urinaire, le RPL encourage un déclenchement dans les 12 h qui suivent la RMTAT.

Déclenchement par ocytocine, prostaglandines E2, ballonnet extra-amniotique ou misoprostol.

3. Antibiothérapie :

L'antibiothérapie doit être débutée précocement au cours du travail (et au moins 4 heures avant l'accouchement) car son efficacité est optimale à partir de la 2ème injection.

Dans le cas d'une RMTAT sans indication d'antibiothérapie IV d'emblée (voir ci-dessous), l'antibiothérapie est débutée **après la 12^{ème} heure** si l'accouchement n'a toujours pas eu lieu. **La voie d'admission est à adapter en fonction du délai envisageable avant l'accouchement ; préférer la voie IV si l'accouchement est imminent (au début de la maturation ou à l'arrivée en SDN au moment du travail si pas de maturation).**

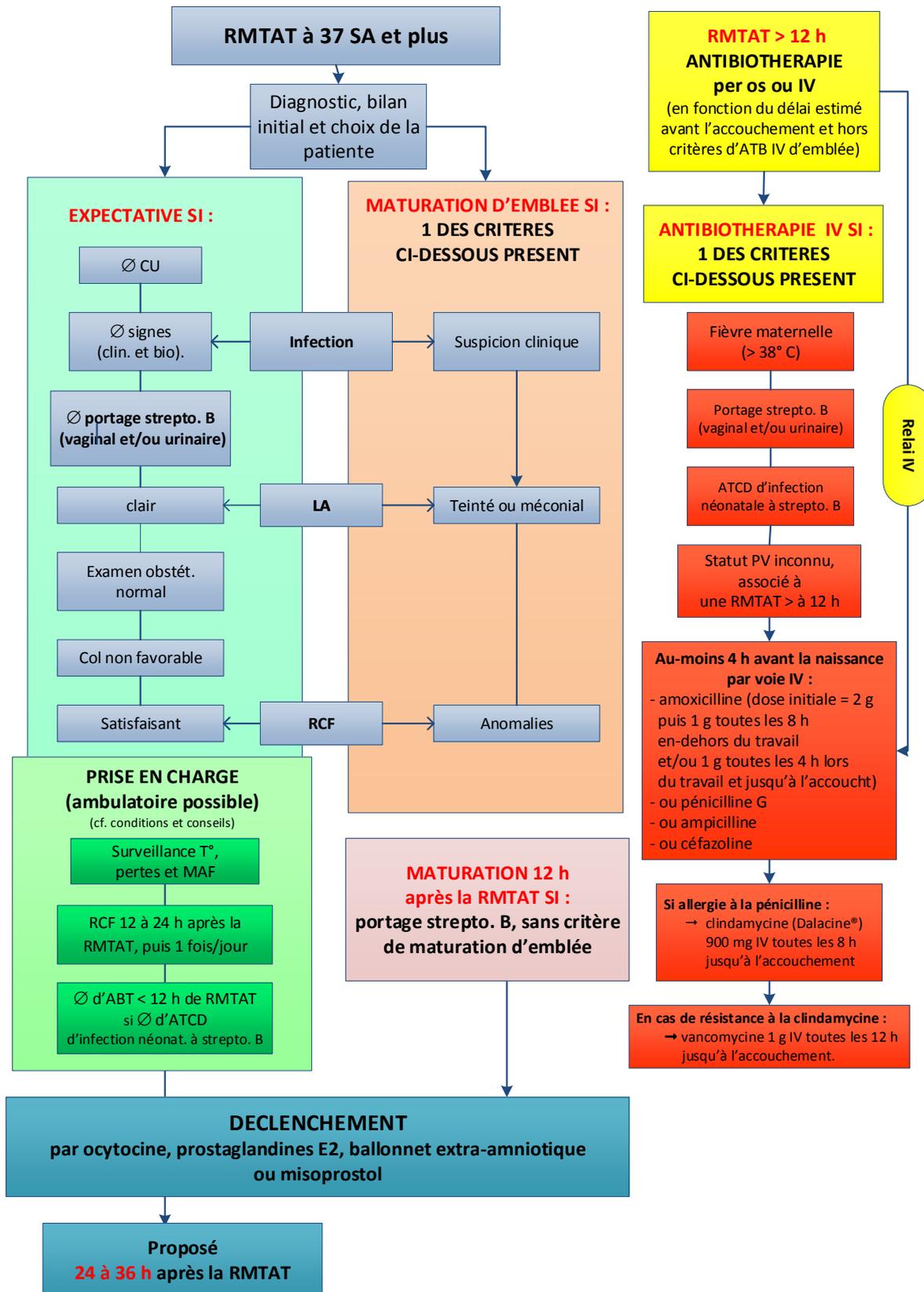
Indication d'une antibiothérapie en IV dès que (un seul critère suffit) :

- fièvre maternelle (> 38° C)
- portage de strepto. B au PV fait après 35 SA ou colonisation urinaire
- ATCD d'infection néonatale à strepto.
- statut PV inconnu, associé à une RMTAT > à 12 h

L'antibiothérapie doit être administrée :

- au-moins 4 h avant la naissance
- par voie parentérale
- en utilisant l'amoxicilline (2 g IV en dose initiale puis 1 g toutes les 8 heures en dehors du travail et/ou 1 g toutes les 4 heures lors du travail et jusqu'à l'accouchement) ou pénicilline G ou ampicilline ou céfazoline.
- Si allergie à la pénicilline :
 - o En 1^{ère} intention : clindamycine (Dalacine®) 900 mg IV toutes les 8 heures jusqu'à l'accouchement
 - o Alternative en cas de résistance à la clindamycine : vancomycine 1 g IV toutes les 12 heures jusqu'à l'accouchement.

PRISE EN CHARGE DES RMTAT APRES 37 SA



BIBLIOGRAPHIE

- Recommandation de bonne pratique de la société Française de Néonatalogie et de la Société Française de Pédiatrie : **Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce (\geq 34SA)**. Septembre 2017
- Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF : **Rupture prématurée des membranes à terme avant travail**. 2020

ANNEXE 1 : CONSEILS PRATIQUES AUX FUTURES MAMANS PRESENTANT UNE RMTAT

Réseau Périnatal Lorrain



Conseils pratiques aux futures mamans présentant une rupture des membranes à terme avant travail

Vous avez perdu les eaux. La protection que constituait les membranes de la poche des eaux n'existe plus ; le liquide amniotique va s'écouler jusqu'à la naissance de votre enfant (en petite ou grande quantité) et votre bébé peut donc être en contact direct avec les germes du vagin. Les quelques conseils ci-dessous sont destinés à diminuer le risque d'infection et vous énumère les signes devant vous faire consulter aux urgences de la maternité.

Conseils d'hygiène :

- Lavez-vous les mains avec un savon liquide après chaque changement de protection, miction ou selle. Utiliser un essuie-tout à usage unique pour vous sécher les mains.
- Prenez une douche matin et soir avec du savon doux.
- Laver la zone intime de l'avant vers l'arrière.
- Les protections doivent être changées aussi souvent que nécessaire pour que la zone soit le plus au sec possible.



Surveillance :

Une surveillance va être mise en place pour vous et votre futur bébé :

- A votre domicile par une sage-femme libérale qui viendra à la maison
- Ou à la maternité dans laquelle vous avez prévu d'accoucher

Un monitoring sera réalisé dans les 12 à 24 heures suivant la rupture de la poche des eaux puis ensuite 1 fois par jour.

Il faut venir à la maternité si :

- Si vous ne sentez plus votre bébé bouger
- Si vous avez des contractions régulières et douloureuses (toutes les 3 à 5 min. pendant 1 h)
- Si la couleur du liquide amniotique que vous perdez, change
- Si vous perdez du sang
- Si vous avez de la température (> 38° C)