

RECOMMANDATIONS DU RESEAU PERINATAL LORRAIN

<p>Réseau Périnatal Lorrain</p> 	<p>RECOMMANDATIONS RPL_2019_RPM</p> <p>RUPTURES PREMATUREES DES MEMBRANES AVANT 37 SA</p>	<p>Version du 19/03/2019</p> <p>Rédaction Dr Creutz Leroy Dr Eszto Dr Gauchotte Dr Lemarié Dr Charmillon (Antibioest)</p> <p>Validation Conseil de coordination du 19/03/2019</p>
---	--	---

Abréviations

BU : bandelette urinaire
C3G : céphalosporines de 3^{ème} génération
CPDP : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal
CRP : protéine C réactive
ECBU : examen cytobactériologique 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
RPM : rupture prématurée des membranes
SA : semaines d'aménorrhées
TV : toucher vaginal

I. DEFINITIONS

Rupture prématurée des membranes : rupture des membranes qui a lieu **avant le début du travail**.

Infection intra-utérine : fièvre ($T^{\circ} \geq 38^{\circ}C$) confirmée à 30 min d'intervalle **sans cause infectieuse extra-gynécologique identifiée associé, au moins, à 2 critères suivants** :

- Tachycardie fœtale > 160 bpm persistante
- Douleurs utérines ou contractions utérines douloureuses ou mise en travail spontané
- Liquide amniotique purulent.

II. DIAGNOSTIC ET BILAN INITIAL

Diagnostic essentiellement clinique sur les éléments de l'interrogatoire, si doute : test basé sur la détection de IGFBP-1 (Insulin Growth Factor Binding Protein de type 1) ou de la PAMG-1 (alpha-1 microglobuline placentaire). Ces tests ne peuvent être à eux seuls un critère diagnostic car il existe de nombreux faux-positifs.

Bilan initial :

- Clinique :
 - o heure de la RPM
 - o température,
 - o constantes hémodynamiques
 - o TV ou écho de col après PV
 - o évaluation des contractions utérines
 - o statut portage strepto B au PV à partir de 35SA
 - o bruits du cœur ou RCF à partir de 26 SA
- Biologie : NF, CRP (bonne valeur prédictive négative pour le diagnostic d'infection intra-utérine)
- Autres examens si point d'appel
- Prélèvement vaginal (antibiogramme si +)
- Bandelette urinaire +/- ECBU
- Echographies : présentation fœtale, localisation du placenta, estimation du poids fœtal, plus grande citerne +/- col avant 34 SA

Il convient de limiter au maximum les gestes endovaginaux.

En cas de cerclage, il n'y a pas d'argument pour retirer ou maintenir le cerclage à l'admission sauf en cas de signes d'infection intra-utérine.

Information du couple par l'obstétricien et le pédiatre. A renouveler en fonction de l'évolution.

III. PRISE EN CHARGE INITIALE

Avant 23 SA + 5 jours : contact avec type 3 pour définir la stratégie obstétrico-néonatale et avis CPDP.

A partir de 23 SA +5 jours, la patiente doit être hospitalisée et le senior de garde d'un établissement adapté à l'âge gestationnel doit être contacté pour avis +/- transfert (annexe 1) et discussion avec les parents.

1. *Maturation fœtale*

Entre 23 SA + 5 jours et 34 SA, une **cure anténatale de corticoïdes** doit être réalisée. En cas de transfert, elle doit être débutée avant celui-ci. (cf recommandations du RPL sur la corticothérapie).

Avant 32 SA en cas d'accouchement imminent (spontané ou programmé), l'administration de **sulfate de magnésium** est recommandée.

2. Tocolyse (avant 34 SA)

Tocolyse, à mettre en place avant 34SA, le temps de la maturation fœtale et en l'absence d'infection intra-utérine (durée max 48h).

3. Antibioprophylaxie

A débiter dès l'admission et à adapter en fonction du résultat du PVet de en fonction de l'antibiogramme. Si le PV initial est négatif, un arrêt de l'antibioprophylaxie est possible.

Molécules utilisables par ordre de préférence et à adapter à l'antibiogramme si disponible : amoxicilline (orale ou parentérale) ou céfotaxime (parentérale) ou érythromycine (orale ou parentérale) ou érythromycine associée à l'amoxicilline (orale ou parentérale)

L'antibioprophylaxie ne doit pas être répétée de manière systématique pendant la période de latence.

4. Surveillance clinique en hospitalisation

Hospitalisation initiale au moins 48 h puis HAD si possible ou maternité adaptée au terme.

Éléments de surveillance :

- RCF : A partir de 26 SA : 1/jour
Avant 26 SA : à discuter au cas par cas
- Echo obstétricale : évaluation de la plus grande citerne toutes les semaines
- PV toutes les semaines + traitement si positif
- NFS et CRP 2 fois par semaine
- BU/ECBU 2 fois par semaine

5. Prise en charge en Hospitalisation à Domicile (HAD)

Gestion possible des patientes en HAD si :

- Pas d'argument en faveur d'une infection ni clinique ni biologique
- RCF satisfaisant
- trajet domicile/maternité < à 1h
- Adhésion et accord de la patiente avec la prise en charge

Premier passage de la SF au plus tard dans les 24h après la sortie de la maternité.

	Avant 26 SA	Après 26 SA
Fréquence	2 à 3 fois par semaine	Quotidienne
Surveillance clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Examen général et obstétrical complet - Recherche des signes d'appel infectieux - Evaluation du risque d'accouchement prématuré - Evaluation du bien être foetal : <ul style="list-style-type: none"> ○ MAF ○ Prise des battements cardiaques foetaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Examen général et obstétrical complet - Recherche des signes d'appel infectieux - Evaluation du risque d'accouchement prématuré - Evaluation du bien être foetal : <ul style="list-style-type: none"> ○ MAF ○ Enregistrement du RCF sur 30 min

Surveillance biologique :

- NFS, CRP 2 fois/semaine.
- PV 1 fois/semaine

Surveillance échographique comme durant hospitalisation réalisée par l'établissement prescripteur de l'HAD : plus grande citerne + échographies habituellement recommandées.

Indications d'hospitalisation :

- MAP
- Anomalie du RCF
- Signes d'infection intra-utérine

6. Arrêt de la surveillance

En cas d'arrêt des pertes liquidiennes depuis 15 jours dans un contexte de **PGC normale**, le RPL propose un **contrôle du test basé sur la détection de IGFBP-1 ou de la PAMG-1**.

En cas de négativité de ce test, l'arrêt du suivi spécifique est possible (arrêt de l'hospitalisation ou de l'HAD, simple surveillance par SF libérale).

IV. INFECTION INTRA-UTERINE

Antibiothérapie :

- débutée dès le diagnostic posé
 - poursuivi durant le travail
 - par voie intraveineuse
 - avec association :
 - o de bêta-lactamines : amoxicilline ou céfotaxime. En cas d'allergie : aztréonam associé à la vancomycine.
 - o et d'un aminoside (gentamicine IV en une injection journalière sur 30 minutes)
- à adapter en fonction des résultats des prélèvements et de l'état maternel.
- Après l'accouchement : prolongement en fonction de la situation clinique (bactériémie, persistance de la fièvre, césarienne, obésité,...)

Organisation de la naissance, pas d'indication à une césarienne d'emblée.

V. MODALITES DE NAISSANCE EN L'ABSENCE DE COMPLICATION

L'ocytocine et les prostaglandines peuvent être utilisées pour le déclenchement.

La césarienne n'a pas d'indication d'emblée hors urgences materno-fœtales.

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 (≥ 34 SA). Septembre 2017
- Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF : Rupture prématurée des membranes avant terme. 2018

Annexe 1

TABLEAU DES GRADATIONS DE PRISES EN CHARGE NEONATALES PAR TYPE DE MATERNITE, CRITERES, ET PAR DEPARTEMENT

Maternité de type I	≥ 36SA et Pds de naissance estimé ≥ 2000g
	54 Meurthe et Moselle CH Alpha Santé de Mont Saint Martin CH de Briey CH de Toul CH de Lunéville
	55 Meuse CH de Bar le Duc
	57 Moselle Clinique Saint Nabor CH de Sarrebourg CH de Sarreguemines
Maternité de type IIA (+ Néonatalogie)	≥ 34SA et Pds de naissance estimé ≥ 1800g
	54 Meurthe et Moselle
	55 Meuse CH de Verdun
	57 Moselle
Maternité de type IIB (+ néonatalogie + Soins Intensifs néonataux)	≥ 31SA et Pds de naissance estimé ≥ 1200g
	54 Meurthe et Moselle Clinique Majorelle
	55 Meuse
	57 Moselle Clinique Claude Bernard CHICUnisanté+ de Forbach CHR site de Metz (Mercy) / CHR site de Thionville
	88 Vosges CH d'Epinal
Maternité de type III (+ Néonatalogie + Soins Intensifs néonataux + Réanimation Néonatale)	< 31 SA et /ou Pds de naissance estimé < 1200g Autres AG et Pds de naissance avec pathologie associée
	54 Meurthe et Moselle CHRU de Nancy

Les modalités d'organisation sont disponibles sur le site du réseau – Recommandations « Transfert materno-fœtal » du Réseau Périnatal Lorrain

<http://www.reseaperinatalloirain.fr/reseau-perinatal-loirain/recommandations/>



Recommandation transfert materno-foetal