

RUPTURE DES MEMBRANES : ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE (DECLenchement VERSUS EXPECTATIVE)

Chouali Leila^{a,b,*}

^a Faculté de médecine, Université Ferhat Abbas Sétif-1

^b Service de gynécologie obstétrique, CHU Sétif, Algérie.

* Corresponding authors: L. Choualileila_medgyn@yahoo.com Tél:(+213)699623679

Résumé

Introduction : La rupture prématurée des membranes est une pathologie obstétricale survenant avant le début du travail, le plus souvent à terme. Il s'agit d'une grossesse à haut risque materno-fœtal. C'est un sujet de controversé et ce depuis sa définition jusqu'à la conduite à tenir car il faut affronter deux risques : l'infection et la prématurité. L'objectif de notre étude est de déterminer le profil épidémiologique, clinique de nos gestantes, les facteurs favorisant la RPM, établir le pronostic fœtal et maternel et proposer une conduite à tenir pratique conformément aux pratiques actuelles rapportées par la littérature avec laquelle nous comparons nos résultats. **Matériel et méthode :** Pour répondre à cet objectif nous avons mené une étude prospective, descriptive et transversale réalisée sur l'ensemble des données épidémiologiques, anamnestiques, cliniques et paracliniques enregistrées sur une fiche d'exploitation. **Résultat :** Au cours de la période d'étude nous avons recensé 900 dossiers de RPM sur un total de 16400 accouchements, qui se sont déroulés au niveau du service d'obstétrique colligé pendant une période d'un an soit une fréquence de 5.48 %. La prise en charge de la RPM n'est pas univoque et la prise de décision dépend de certains facteurs : l'âge gestationnel, les conditions obstétricales et l'existence ou non d'infection maternelle ou fœtale. **Conclusion :** La rupture des membranes est sans doute à l'heure actuelle le sujet le plus controversé de toute l'obstétrique, la conduite thérapeutique médicale et obstétricale reste un sujet de discussion sur lequel n'existe pas un protocole fixe, l'amélioration du pronostic de cette affection est fortement liée à l'amélioration des moyens de diagnostic, du traitement et de surveillance, l'amélioration du plateau technique et obligatoirement par une bonne collaboration multidisciplinaire entre les équipes obstétricales et pédiatriques.

Mots clés : Rupture des membranes, chorioamniotite, infection materno-fœtale, grossesse à haut risque

Citation: To be added by editorial staff during production.

Academic Editor: First name Last name

Received: date:06/04/2025

Revised: date:20/04/2025

Accepted: date:07/06/2025

Published: date:22/06/2025

Copyright: © 2024 by the authors. Submitted publication under the terms and conditions of the Creative Commons

1. Introduction :

The terms and conditions of the Creative Commons La rupture des membranes avant le travail est l'un des accidents qui peuvent émailler le déroulement de la grossesse [1] ; il s'agit d'une véritable grossesse à haut risque. Elle est définie comme la rupture spontanée de l'amnios et du chorion, avant le début du travail quel que soit l'âge gestationnel, inclut les fissurations de la poche des eaux et exclut les ruptures en cours du travail

L'intérêt d'étudier la rupture des membranes s'impose pour deux raisons principales :

- La morbi-mortalité maternelle et néonatale qu'elle engendre
- Sa fréquence qui reste relativement élevé concerne 5 à 10 % des grossesses [2].

C'est un sujet controversé, et ce depuis sa définition jusqu'à la conduite à tenir, car il faut affronter deux risques : l'infection et la prématurité.

En effet, deux critères entrent en jeu:

- Un critère anatomique ; il s'agit d'une ouverture de l'amnios et du chorion, mettant en communication la cavité amniotique avec le milieu vaginal, cette ouverture se situe le plus souvent au pôle inférieur incluant également les fissurations, synonymes de rupture haute..
- Un critère chronologique : la RPM se situe par rapport au début du travail et non par rapport au terme, le problème est le diagnostic du début du travail qui est presque difficile à préciser, surtout dans les études rétrospectives.

La RPM place la femme et le fœtus dans une situation à haut risque, ce qui nécessite la définition de la « période de latence » [3]. Cet intervalle se définit comme le temps qui s'écoule entre la rupture des membranes et l'accouchement : Durant cette période de latence, les complications sont multiples, les deux principales sont la prématurité et l'infection

Le diagnostic repose essentiellement sur la clinique (anamnèse et examen clinique) et peut être confirmé par des examens paracliniques en cas de doute.

La prise en charge de la RPM n'est pas uniforme, la prise de décision dépend de certains facteurs : l'âge gestationnel, les conditions obstétricales, l'existence ou non d'infection maternelle ou fœtale, ainsi que l'existence d'un service de néonatalogie performant.

De nombreuses stratégies thérapeutiques s'offrent au praticien, qu'elles soient médicamenteuses (tocolyse, antibiotiques, corticoïdes) ou obstétricales (expectative ou déclenchement). Cependant, dans la littérature on ne retrouve pas de consensus largement admis concernant la prise en charge obstétricale et néonatale, néanmoins les progrès en néonatalogie ont nettement amélioré le pronostic.

L'objectif de notre étude est de déterminer le profil épidémiologique, clinique de nos gestantes, les facteurs favorisant la RPM, établir le pronostic fœtal et maternel dans notre contexte et proposer une conduite à tenir pratique conformément aux pratiques actuelles rapportées par la littérature.

Objectif principal : Evaluer la prise en charge de la rupture des membranes avant le travail RPM au niveau du service de gynécologie-obstétrique du CHU de Sétif selon un protocole déterminé

Objectifs spécifiques :

- Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutifs chez la population étudiée.
- Confirmer le diagnostic dans le but :
 - Etablir des procédures de diagnostic fiable a l'attention des praticiens
 - Eviter l'hospitalisation abusive avec gain de place
 - Eviter le risque infectieux notamment les infections nosocomiales
 - Réduire le coût hospitalier
- Déterminer les facteurs pronostiques maternels et obstétricaux ainsi que le devenir des nouveau-nés issus d'une grossesse compliquée de rupture des membranes ayant été hospitalisés au service ou gérés à la consultation externe en période néonatale précoce
- Etablir un protocole de prise en charge des ruptures des membranes applicable dans toutes les maternités avec harmonisation des soins (antibiothérapie, tocolyse, expectative, transferts).
- Etablir des recommandations afin d'améliorer le pronostic maternel et fœtal

2. Matériel et méthodes

Ce travail est une étude prospective, descriptive et transversale réalisée sur l'ensemble des données épidémiologiques, anamnestiques, cliniques et paracliniques enregistrées sur une fiche d'exploitation et analysés à l'aide du logiciel Epi Info 6.

Nous avons colligé les dossiers de RPM parmi tous les accouchements qui se sont déroulés au service de gynécologie-obstétrique du CHU de Sétif et colligé pendant une période d'un an de 2019 à 2020.

Population d'étude :

La population étudiée comprend les gestantes admises durant la période de recrutement. Sont considérées comme « cas » les gestantes admises en urgence ou hospitalisées et chez qui l'examen a permis de mettre en évidence un écoulement de liquide amniotique (L.A.). La confidentialité des données a été garantie, les noms des gestantes ne figurant dans aucun document relatif aux résultats de cette étude. Les participantes ont donné leur consentement libre ; et nous avons respecté l'anonymat et la confidentialité des données analysées.

Les gestantes ont toutes été hospitalisées et après l'évaluation de l'état clinique materno-fœtal, les cas sélectionnés répondaient à ces critères :

A. Critères d'inclusion

La population étudiée comprend l'ensemble des grossesses ayant présenté une RPM après 24 semaine d'aménorrhée, le diagnostic à l'entrée a reposé essentiellement sur l'interrogatoire retrouvant un écoulement liquidien de survenue brutale, abondant et continu, d'odeur fade se répétant de façon inopinée et à l'examen au spéculum avec visualisation d'un écoulement de liquide amniotique par l'orifice cervical pouvant être exagéré par la mobilisation du fœtus, la toux ou la mobilisation de la gestante.

Nous avons choisi la définition la plus large de la RPM : l'ouverture ovulaire de façon spontanée avant tout début du travail, c'est-à-dire avant toute contraction utérine rythmée (3 contractions utérines/10 mn)

B. Critères de non inclusion

Nous avons exclu dans notre étude :

- a) Une rupture précoce de la poche des eaux
- b) Une grossesse de moins de 24 SA
- c) Diagnostic non confirmé

Recueil des données :

Le recrutement des gestantes avec RPM a été fait anonymement à partir des :

- a) Registres d'accouchement
- b) Comptes rendus opératoires,
- c) Dossiers obstétricaux,
- d) Carnets de Consultation Pré-Natale (CPN)
- e) Partogrammes
- f) Fiches de référence et d'évacuations.

Une fiche d'enquête individuelle a été élaborée pour chaque gestante puis tous les dossiers médicaux ont été revus au terme d'un an. Après recensement des numéros de toutes les gestantes répondant aux critères d'inclusion de l'étude, les données ont été collectées grâce à un questionnaire élaboré à cet effet et traitées avec un logiciel SPSS/PC+ (Statistical Package for Social Science/Personnel Computer) et Epi Info 6 (version française). Les données ont été saisies sur les logiciels Microsoft® Word®, Microsoft® Excel® et EPI Data et analysées sur le logiciel SPSS®.

Modalités d'enquête :

Un protocole d'étude et une fiche d'enquête ont été élaborés après une revue bibliographique sur le thème. Les gestantes sont prises en charge par une équipe pluridisciplinaire au sein du service de gynécologie-obstétrique du CHU de Sétif.

Au cours de cette étude notre protocole a comporté quatre étapes

1. Diagnostic

2. Hospitalisation et évaluation de l'état fœto-maternel
3. Prise en charge thérapeutique
4. Suivi

3. Résultats

Toutes les femmes répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ont été recrutées dans notre étude.

Au cours de notre étude, 900 cas de RPM ont été enregistré sur 68750 gestantes ayant consulté à la maternité qui représente une fréquence de 1.30% du total des motifs de consultation journaliers.

Le profil de la gestante présentant une rupture des membranes est celui d'une primigeste (57,3 %) et nullipare (67,3 %). Elle est majoritairement jeune, âgée de 25 à 30 ans (50,3 %), de niveau d'étude primaire (46 %), femme au foyer (94,9 %) et de bas niveau socio-économique. Plus de la moitié (56 %) sont en surpoids. La majorité a été admise après un délai de rupture compris entre 12 et 24 heures (48 %). La grossesse est à terme dans 76,3 % des cas et prématurée dans 23,7 %.

Nombre de consultations obstétriques	68 750
Nombre d'accouchement	16 400
Nombre de RPM	900
Fréquence RPM (/ Nb d'accouchement)	5,48 %
Fréquence % (/NB consultations)	1,3 %

Figure 01 : Fréquence des RPM en fonction du nombre d'accouchements

Âge gestationnel	FA	%
<= 28	30	3,3 %
29 - 33	42	4,7 %
34 - 36	141	15,7 %
≥37	687	76,3 %
Total	900	100 %

Figure 02 : Fréquence des RPM en fonction de l'âge gestationnel

Les facteurs de risque de la RPM sont multifactoriels, avec une prédominance des facteurs infectieux (37,14 %), notamment les infections urinaires (69,23 %) et les infections cervico-vaginales (78,84 %). Les germes les plus fréquemment retrouvés sont le Streptocoque B et Candida albicans.

Nous avons relevé comme facteurs mécaniques les grossesses multiples avec une fréquence de 1,55 %, la macrosomie soit 8 %, les présentations irrégulières dans 4,56 % des cas.

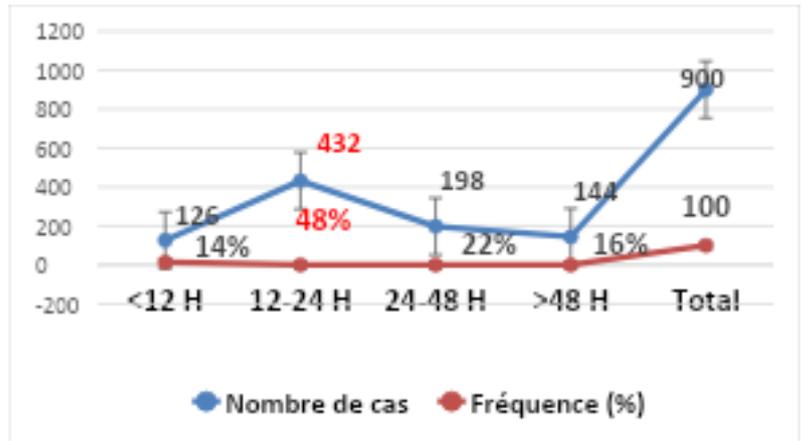


Figure 03 : Répartition des gestantes selon la durée de RPM

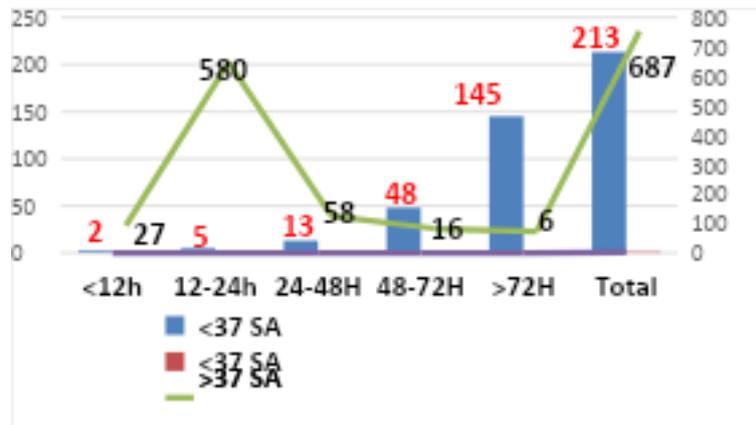


Figure 04 : Répartition des gestantes selon délai entre la RPM et l'accouchement

Sur le plan obstétrical, l'attitude attendiste adoptée dans 60,55 % des cas a permis une entrée spontanée en travail dans 95,17 % des cas, dans un délai de 24 heures. A l'opposé, le déclenchement artificiel du travail à terme dès l'hospitalisation après RPM de 24 heure (94.9 %) a permis de réduire la durée globale de l'accouchement et d'améliorer le pronostic maternel néonatal. et fœtal.

L'accouchement par voie basse a été obtenu dans 92,44 % des cas, eutocique dans 91,55 % des cas sans manœuvres obstétricales. La césarienne a été réalisée dans 7,55 % des cas, principalement pour des indications obstétricales.

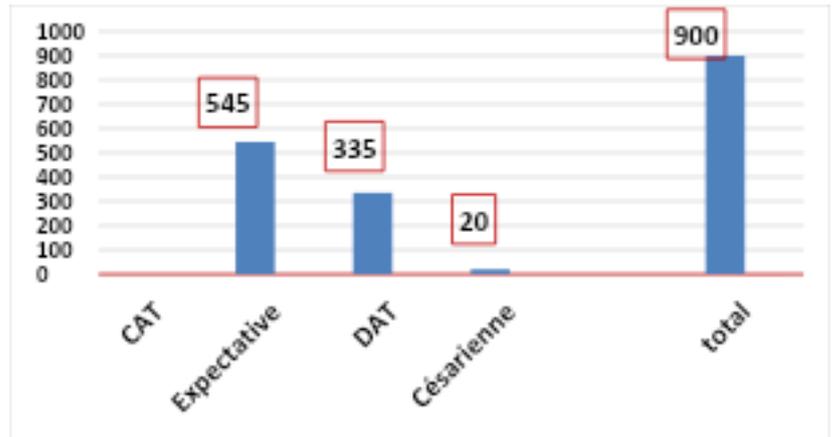


Figure 05 : Répartition selon la PEC obstétricale dès l'admission

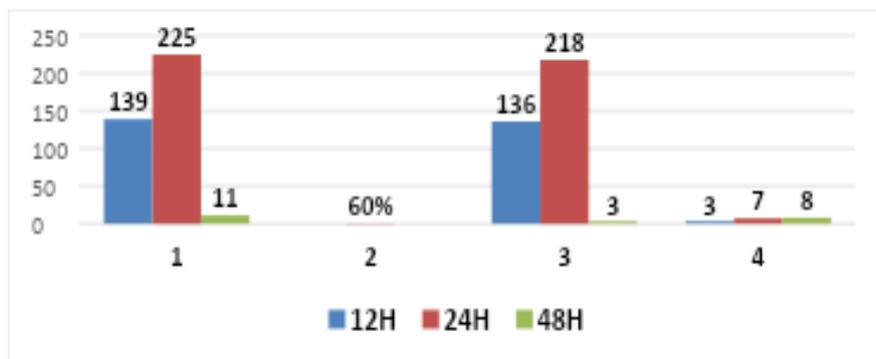


Figure 06 : Nombre de gestantes ayant bénéficié de l'Expectative

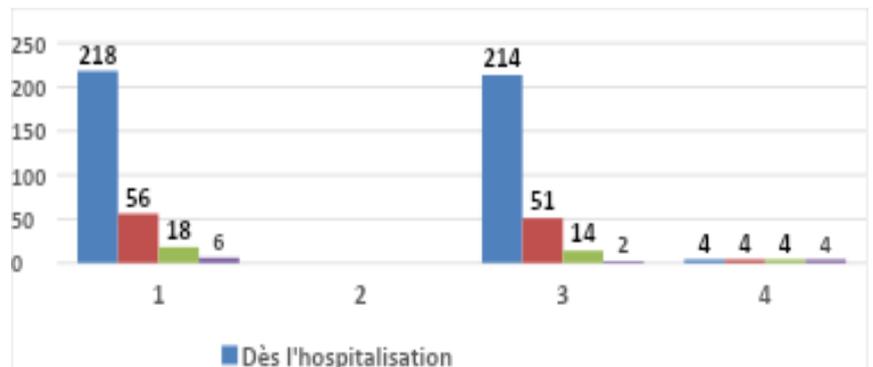


Figure 07 : Nombre de gestantes ayant bénéficié d'un déclenchement artificiel du travail

Les complications sont dominées par la chorioamniotite (2,33 %), observée surtout dans les grossesses avant terme (1,55 %), après attitude expectative (1,77 %) et lorsque le délai de rupture dépasse 72 heures (0,88 %).

Les suites de couches maternelles sont marquées par une morbidité de 2 %, essentiellement liée aux infections du post-partum (1,33 %). La morbidité

néonatale est dominée par l'infection néonatale qui représente (2,29 %) et la grande prématurité (3.3 %)

4. Discussion

La rupture des membranes avant le travail est une situation clinique à laquelle l'ensemble des acteurs impliqués dans la périnatalité est confronté fréquemment dans leur exercice. [4] Cet accident obstétrical est assez fréquent et concerne 1 à 18 % des grossesses [2].

Dans notre série elle représente 5,48 % soit 900 cas sur 16400 accouchements à la maternité de Sétif, ce taux est inférieur aux données nationales et maghrébines (7,4 % en Algérie, entre 6,7 % et 15,4 % au Maghreb en 2010) [5]. L'incidence est estimée à 8,7 % en Afrique du Nord [6]., alors que l'incidence mondiale varie entre 3.8% et 17.5% [7].

Ce taux à Sétif s'explique par le nombre élevé de références et évacuations pour une prise en charge obstétricale adéquate, ainsi que par le fait que la maternité du CHU de Sétif est la seule structure compétente pour la réanimation des nouveau-nés.

La majorité des RPM se produisent au-delà de 37 SA, ce qui est retrouvé dans notre étude (76.3 %) ; alors que celles survenant avant 37 SA ne concernent que 23.7 % des accouchements, et celles avant 28 SA à peine dans 3.3 %. Ces données sont concordantes avec plusieurs études réalisées en Afrique (Gabon, Maroc et République Démocratique du Congo).

Cet écart dans la fréquence de la RPM est expliqué par le nombre des parturientes incluses dans l'étude et la variabilité de la définition, d'une part pour l'âge gestationnel, et d'autre part pour l'intervalle considéré entre la rupture et le début du travail

Au cours de la période de notre étude nous avons colligé 900 gestantes présentant une RPM sur un total de 16400 accouchements soit une fréquence de 5.48 % ; dont 832 accouchements par voie basse (soit une fréquence 92.44 %). Ce taux est proche de celui rapporté par Zraïdi et Benamar à Rabat en 2004 (90.25 %) et celui Djiva Jivraj en France en 2008 (soit 92.6 %) [08-10].

Les facteurs de risque de la rupture des membranes sont multifactoriels. La littérature sur les facteurs de risque de RPM est abondante et a fait l'objet de plusieurs revues critiques très complètes. L'analyse des facteurs de risque devrait permettre d'identifier des groupes à risque élevé de RPM afin de mieux les prendre en charge et éventuellement de prévenir la RPM ou ses conséquences.

Dans notre étude, les facteurs de risque de RPM rapportés sont les mêmes que ceux mentionnés dans la littérature, à savoir :

- Facteurs de risque non-infectieux :

Seince dans sa mise au point [11] a identifié trois catégories de facteurs non infectieux qui sont associées à la RPM : les facteurs socio-comportementaux, l'histoire obstétricale des parturientes et les complications de la grossesse

- Facteurs de risque infectieux :

Les facteurs de risque de la rupture des membranes sont multifactoriels, mais les facteurs infectieux (37.14 %) y sont prépondérants.

Dans notre série les facteurs infectieux sont dominés par les infections urinaires soit 69.23 % et les infections cervico-vaginales soit 78.84 %.

- Infections vaginales : Elle représente le facteur de risque le plus fréquent de notre série avec un taux de 78.84% parmi les cas de rupture des membranes.

La relation entre la vaginose bactérienne et le risque RPM a été le sujet de nombreuses études ces vingt dernières années ,la plupart d'entre elles ont montré une relation significative entre ces deux événements.

La vaginose bactérienne est le plus fréquent des déséquilibres de la flore vaginale chez les femmes en âge de procréer ; et le déséquilibre de cette flore aboutit à une disparition quasi complète des lactobacilles au profit de la flore anaérobie. La prolifération de cette flore anaérobie est polymorphe même si *Gardnerella vaginalis* est très fréquemment retrouvé.

La réduction de l'activité lactobacillaire entraîne une élévation du pH vaginal qui dépasse 5,5 responsable alors des leucorrhées malodorantes.

Plusieurs revues de littérature ont mis le point sur le lien entre le type de l'infection et la RPM

Dans notre série, nous avons retrouvé 410 cas d'infections vaginales soit une fréquence de 78.84 %. diagnostiquées par prélèvement vaginal chez 520 parturientes soit une fréquence globale de 57.77 %. Les germes les plus fréquemment retrouvés sont Streptocoque B 48.84 %, Staphylocoque 1.53 %, *Candida albicans* 40 %, *Trichomonas* 5.96 %, *E. Coli* 1.34 %

En France, la politique de dépistage du SGB a été définie par la Haute Autorité de Santé qui a émis des recommandations sur l'accouchement physiologique en 2017 : le dépistage systématique du portage du SGB est recommandé en fin de grossesse, idéalement entre 34 et 38 semaines d'aménorrhée ou à l'entrée en salle de naissance si l'on dispose de test rapide fiable [12]

Ainsi, les infections génitales peuvent en effet, entraîner une infection du pôle inférieur de l'œuf génératrice de rupture à court terme ou à moyen terme même si les infections génitales surviennent à distance de la grossesse, la parturiente courte deux risques : risque de réactivation d'une infection ancienne et risque de réinfection.

Toutefois, on estime que le dépistage et le traitement précoce de toute cervico-vaginite devrait faire diminuer la fréquence des RPM.

- Infections urinaires :

Il y a une augmentation du risque RPM en cas d'infection urinaire que celle-ci soit basse ou haute ou qu'elle soit ou non symptomatique . Cela justifie la pratique systématique d'examen cyto-bactériologiques répétés en cours de grossesse et un traitement même si elle est asymptomatique pour prévenir le risque de pyélonéphrite. Le risque RPM est probable en cas de cystite ou de colonisation bactérienne.

Ce risque est également présent en cas de bactériurie ou d'infection urinaire à streptocoque B, et le traitement de la bactériurie réduit le risque RPM

Dans notre étude, nous avons noté 360 cas d'infection urinaire confirmée par la bactériologie (ECBU) soit une fréquence de 69.23 0%. L'ECBU a été fait chez 520 gestantes soit une fréquence globale de 57.77 % . Les germes les plus fréquemment retrouvés sont *E. Coli* 55 % et le Streptococcique B 25 % *Candida albicans* 8.61 % , *Trichomonas* 2.5 % , *Klebsielle pneumoniae* 5 % , Staphylocoque 1.94 %

Ces pourcentages sont bien supérieurs à celui des 7% d'infections urinaires retrouvés dans la population générale des femmes enceintes

Une infection urinaire représente le deuxième facteur de risque dans notre série après les infections vaginales.

Dans la littérature, aucune rupture n'a été constatée avant 14 SA. Elles sont pratiquement rares au 1er trimestre et ce n'est qu'à la fin du 3e mois de grossesse que les membranes s'individualisent nettement, devenant plus fragiles et donc susceptibles de se rompre. La RPM peut survenir à tout âge de la grossesse, mais sa fréquence augmente avec l'âge gestationnel. Dans notre série, (76.7 %) des cas de RPM sont survenues au-delà de 37 SA et 23.7% avant 37 SA soit (3.3 %) inférieur à 28 SA, (4.7 %) entre 28 - 34 SA et (15.7 %) entre 34- 37 SA .L'âge gestationnel moyen est de 38,24 SA pour les grossesses à terme, et 32.18 SA pour les grossesses avant terme.

Nos résultats sont proches de ceux de Savitz qui a retrouvé plus de 75 % à 80 % des cas de RPM à terme[13]

Cela peut s'expliquer par la plus grande fréquence de l'infection urinaire au 3e trimestre de la grossesse et par le fait que le col soit généralement déhiscent pendant cette période chez les multipares. La répartition des termes de survenue de la rupture des membranes démontre que la fréquence de celle-ci s'accroît avec le terme gestationnel.

Le délai de rupture avant l'arrivée à l'hôpital a été précis dans 900 cas soit 100% la plupart des gestantes avaient consulté 12 heures et 24 heures après la survenue de la rupture avec 432 cas soit 48 % , ce qui constitue une source d'augmentation de la morbidité materno-fœtale.

Selon Merger et coll., ce délai constitue le haut risque de contamination par les germes par la période dite de Latence : temps qui sépare la rupture des membranes de l'accouchement (ou temps global).

Nous avons considéré dans notre série le « temps global », car le début réel du travail est souvent mal précisé par nos parturientes et demeure donc une source d'erreur dans l'appréciation du temps de latence (temps entre la rupture des membranes et le début des contractions utérines).

Le temps écoulé entre la rupture et l'accouchement est variable selon l'âge gestationnel.

En général, elle est d'autant plus longue que la rupture a lieu loin du terme

La majorité des gestantes accouchent dans la semaine qui suit la rupture pour la grossesse avant terme et la durée de latence diminue avec l'augmentation de l'âge gestationnel à la rupture, à terme ce délai ne dépasse pas 24 heures

La prise en charge de la RPM n'est pas univoque et la prise de décision dépend de plusieurs facteurs : l'âge gestationnel, les conditions obstétricales, l'existence ou non d'infection maternelle ou fœtale et la disponibilité d'un service de néonatalogie adéquat.

-Deux types de situations très différentes existent, selon que la RPM survient à terme, ou prématurément avec un éventail de questions et de conduites à tenir variables selon le terme.

Nous distinguerons schématiquement 4 périodes : avant 28 semaines, entre 28 et 34 semaines, entre 34 et 37 semaines, après 37 semaines :

- Si la RPM survient avant l'âge de viabilité avec anamnios à l'échographie une attitude expectative est préconisée , si échec une interruption médicale de la grossesse est préconisée par un DAT mais discussion avec les parents
- Si la RPM survient avant 34SA : notre conduite dépend de la présence ou non de signes d'infections amniotiques (Température, globules blancs, CRP, ERCF); en l'absence de ces signes une tocolyse avec une cure de corticoïde et antibiotique est adoptée sous surveillance étroite.
- Si cette rupture survient entre 34 SA-37SA, une expectative est adoptée (en l'absence de signes infectieux maternels et fœtaux et de SFA)
- Si elle survient au-delà de 37 SA une expectative ou un déclenchement du travail est adoptée.

En ce qui concerne le mode d'accouchement, celui-ci dépend essentiellement des autres critères (conditions obstétricales, existence d'infection maternelle ou fœtale, disponibilité d'un service de néonatalogie adéquat).

L'intérêt de l'antibiothérapie prophylactique systématique en cas de RPM est assez discuté. Un certain nombre d'auteurs préfèrent ne pas y recourir pour plusieurs raisons :

- Le liquide amniotique présente une activité bactériostatique et l'infection sera prise en charge si elle devient patente
- Elle peut masquer les premiers signes infectieux, elle est coûteuse, inconfortable et parfois mal supportée, elle donne une impression de fausse

sécurité en altérant la flore saprophyte bactérienne, elle favorise enfin la sélection de germes résistant.

Par contre, cette prévention pourrait s'appliquer à des terrains particuliers : valvulopathie rhumatismale, diabète, corticothérapie récente ou en cours, syndrome d'immunodépression. L'antibiothérapie systématique en cas de RPM d'après Goffinet, permet une réduction nette de la morbidité infectieuse maternelle et néonatale [14]. Le choix est large : aux Etats-Unis, l'érythromycine est la molécule utilisée en première intention, seule ou associée aux Bêtalactamines ; alors qu'en France, les Bêtalactamines sont les plus utilisés. Ceux-ci présentent une bonne diffusion dans le compartiment fœtal et sont efficaces sur le Streptocoque du groupe B.

Si l'utilité de la corticothérapie est désormais admise en cas d'accouchement prématuré sans aucune restriction qui soit, son usage après RPM a demeuré assez longtemps matière à controverse, alimentée par deux motifs majeurs : le premier concerne les risques infectieux maternels et néonataux potentiels, le second est lié au fait que la maturité pulmonaire pourrait être spontanément accélérée après une RPM. Dans les RPM avant 34 SA, la corticothérapie a permis de révolutionner le pronostic des enfants nés entre 24 et 34 SA. Le principal bénéfice concerne la réduction de l'incidence, mais aussi de la gravité de la maladie des membranes hyalines (réduction de 50 %). D'autres bénéfices significatifs sont également obtenus en termes de réduction des hémorragies intraventriculaires (réduction de 50 %), des entéocolites RPM. (réduction de 35 %). Au total, la baisse de mortalité estimée grâce aux corticoïdes atteint les 40 % .

Dans notre série, le traitement par les corticoïdes sous forme de Bétaméthasone à la dose de 12 mg, répétés dans les 24 heures, a été institué dans le cas d'éminence de l'accouchement et avec un âge gestationnel inférieur à 34SA chez 56 patientes soit 77.77 %.

La prématurité étant le facteur de risque principal de morbidité néonatale en cas de RPM, la ténolyse doit pouvoir trouver sa place dans l'arsenal thérapeutique.

Le principal intérêt du traitement tocolytique est de prolonger la grossesse de quelques jours, nécessaires à l'efficacité de la corticothérapie anténatale en termes de maturité fœtale et au transfert in utero dans une maternité avec structure pédiatrique adaptée à l'âge gestationnel

L'administration d'un traitement tocolytique ainsi que sa durée d'utilisation restent donc très controversées. Selon les recommandations de la HAS, « bien que son efficacité ne soit pas démontrée, une ténolyse courte paraît justifiée, au minimum le temps de la corticothérapie » [12]

L'American College of Obstétriciens and Gynecologists (ACOG), recommande aussi la tocolyse pendant les 48 premières heures afin d'obtenir les bénéfices de la maturation pulmonaire et de l'antibiothérapie [15].

Actuellement trois molécules sont utilisées:

- Bêtamimétiques: Bien que leur utilisation soit en diminution en France, se sont toujours les tocolytiques les plus employés dans le monde mais qualifiés de tolérance médiocre
- Les inhibiteurs calciques: Ils sont largement utilisés comme tocolytiques, malgré l'absence d'AMM dans cette indication, le plus utilisé est la nifedipine par voie orale.
- Les antagonistes de l'ocytocine: Le seul antagoniste de l'ocytocine actuellement disponible est l'atosiban , ce produit possède l'AMM à visée tocolytique sans effets

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, même s'ils sont probablement les plus puissants tocolytiques, ne seront pas prescrits en première intention

Mode d'entrée en travail dans notre étude ;

Dans notre étude, notre attitude attentiste (60.55 %) a permis une entrée spontanée en travail dans (78.78 %) des cas, dans un délai de 24 heures.

La durée moyenne de l'expectative dans notre étude a été 36.30 heures

Le temps de latence, entre la rupture et l'accouchement ou le temps globale a été de 24 heures dans la majorité des cas de RPM a terme (84.42 %), cependant avant terme les femmes accouchent après 72 heure (68.07 %)

Un délai d'expectative prolongé entraînant une naissance au-delà de 24 heures après la rupture des membranes semble augmenter le risque d'infection néonatale sans augmenter les chances d'accouchement par voie basse.

Ce taux élevé de déclenchement spontané du travail s'explique par le fait que la RPM entraîne la libération des prostaglandines du liquide amniotique qui agissent sur le col (mûrissement du col), par stimulation du a la sécrétion endogène prostaglandine E2, entraînant la sécrétion post hypophysaire d'ocytocine par l'intermédiaire des prostaglandines endogènes.

Nous avons eu 37.22 % de déclenchement artificiel. A l'opposé, le déclenchement artificiel du travail à terme dès l'hospitalisation après RPM de 24 heure (73.15 %) a permis de réduire la durée global de l'accouchement et d'améliorer le pronostic maternel néonatal et fœtal

Le déclenchement du travail a été fait par l'ocytocine selon le tableau clinique (soit un score de Bishop > 6)

Modalité d'accouchement ; Le choix entre la voie basse et la voie haute est en fonction du terme, des conditions locales de la présentation, de la souffrance fœtale

Durant notre étude, la voie basse est le mode d'accouchement le plus fréquent

-L'accouchement par la voie basse a été obtenu dans (92.44 %), eutocique avec 91.55 % des cas sans manœuvre obstétrical, il y a 9 accouchements gémellaires

Nous avons ainsi relevé une fréquence de 0.88 % d'extractions instrumentales.

Pronostic néonatal en fonction de l'attitude adoptée : expectative ou déclenchement du travail ?

Dans notre série, nous avons noté que le pronostic néonatal était meilleur lorsque le travail est déclenché

Nous constatons que la fréquence d'INN est inférieure en cas de césarienne soit 0.44%.

Pour J-C Pasquier, le déclenchement du travail permet une diminution de la morbidité néonatale en comparaison avec le travail spontané. Pour Seince une attitude agressive de déclenchement dans le but d'éviter une morbidité infectieuse maternelle et fœtale, peut accroître inutilement le taux de césariennes. À l'inverse, le respect d'un travail spontané lors d'une conduite trop attentiste, peut favoriser le développement d'infections materno-fœtales sévères. De même, Djiva Jivraj préfère une expectative de 36h en cas de conditions cervicales défavorables et qui n'augmente pas la morbidité maternelle et fœtale. [9]. En revue de la littérature et des résultats apportés par notre étude, aucun consensus n'est actuellement validé. En effet, si le déclenchement du travail permet une diminution du risque infectieux avec amélioration de la morbidité néonatale, l'expectative permet de favoriser la survenue d'un travail spontané et ainsi d'augmenter les chances d'un accouchement eutocique. Ainsi, les recommandations actuelles laissent la porte ouvertes sur 2 attitudes possibles : l'expectative ou l'attitude interventionniste.

Prématurité : Dans notre série nous avons relevé 213 prématurés soit une fréquence de 23.7%. Il s'agit de la complication majeure de la RPM avant terme, elle expose le nouveau-né à de multiples problèmes, notamment le syndrome de détresse respiratoire par immaturité pulmonaire, mais aussi les hémorragies intraventriculaires, les infections néonatales et les entérocolites ulcéronécrosantes.

Dans notre étude nous avons relevé 16 cas de détresse respiratoire soit une fréquence de 1.75%

La fréquence du syndrome de DRNN est comprise entre 30 et 60%. Ces résultats sont proches de celles retrouvés dans la littérature [16]

Pronostic maternel:

Le pronostic maternel est considéré comme bon, et il n'y a pas eu de cas de décès maternel.

Mortalité maternelle : Dans notre série, aucun décès lié directement à la RPM n'a été signalé. Nous n'avons pas enregistré de cas de décès maternel dû aux complications de la RPM au cours de cette étude mais certaines complications ont été notées. De nos jours, grâce à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique et obstétricale, la mortalité dont la première cause était la septicémie, est devenue exceptionnelle. Dans notre série, nous n'avons retenu aucun décès maternel en rapport avec la RPM, ce qui concorde avec les études de la plupart des auteurs

Morbidité maternelle:

La majorité des parturientes avaient une suite de post partum simple avec 882 cas, soit 98%. La fréquence de la morbidité maternelle est diversement appréciée par les différents auteurs. Dans notre série les suites de couches maternelles sont marquées par une morbidité de 2 % essentiellement liée à l'infection du post partum 12 cas soit une fréquence globale de 1.33% dominé par l'endométrite (1 %) suivi de l'hémorragie de la délivrance soit (0.66 %) , (0,33%) de sepsis de la paroi.

Les risques thromboemboliques sont rarement quantifiés dans les études mais l'allongement, la majoration des infections fœto-maternelles, le taux élevé de césarienne sont responsables d'une élévation de leurs taux. Aucun cas de thrombophlébite n'a été signalé dans notre série.

Dans notre série, la morbidité maternelle est représentée essentiellement par les infections du post partum (IPP). Nous constatons que la morbidité infectieuse maternelle en post partum est élevée en cas de présence d'infection amniotique qu'en son absence soit une fréquence de 1.11% avec un délai de rupture plus de 48 heures (0.77 %). Nous remarquons que la fréquence des infections du post partum en cas d'attitude expectative est légèrement plus élevée (0.88 %) et que les déclenchements sont associés à une morbidité infectieuse moindre. L'endométrite a été observée chez 0,98 % des cas.

En ce qui concerne la suppuration pariétale, nous avons noté une fréquence de 0,33%. Il s'agit de référence tardive, avec un délai de rupture de plus de 72 heures. La césarienne augmente le risque d'infection du post-partum et prolonge l'hospitalisation des femmes, et la suppuration pariétale semble plus fréquente après RPM Ce taux faible est dû probablement à un défaut d'enregistrement des cas et à la sortie précoce des patientes (24 heures après accouchement).

La conduite obstétricale en cas de RPM dépend en réalité de l'âge gestationnel :

Avant terme : Le choix entre intervention ou expectative revient à rechercher un compromis entre le risque lié à la prématurité, d'une part, et celui de l'infection maternofoetale, de complications funiculaires et d'hématome rétroplacentaire, d'autre part. Quatre essais randomisés ont été réalisés pour tenter de définir la meilleure stratégie de prise en charge, les auteurs de ces travaux ne trouvent pas de différence significative entre les groupes pour l'infection néonatale et le taux de césarienne mais trouvent dans les quatre études un taux plus élevé de chorioamniotite clinique dans le groupe expectative.

Mais la validité de ces travaux est contestable puisque aucun des groupes traités de manière expectative n'a reçu d'antibiotiques systématiques ni de tocolytiques, ni de corticoïdes. La tendance vers une attitude conservatrice semble instinctivement plus logique. [17]

Dans notre série, 213 de nos parturientes avaient une RPM avant terme soit 23.7%. Une attitude expectative a été adoptée chez 171 gestantes, soit 80.28 % .

Le travail s'est déclenché spontanément après 72 heures, soit avec une fréquence de 68.07%. Le déclenchement artificiel du travail a été adopté chez 28 gestantes (soit une fréquence de 13.14 %) pour Interruption Médicale de la Grossesse, IMG (anamnios, absence d'activité cardiaque) ou pour chorioamnionite / LA teinté. Parmi ces 28 gestantes, deux ont subi une césarienne (soit une fréquence de 7.14%).

Une césarienne a été pratiquée chez 14 gestantes, soit une fréquence de 6.57 %.

Le traitement tocolytique a été prescrit chez 74 gestantes soit 34.74 % présentant des contractions utérines et/ou des modifications cervicales, en dehors des contre indications materno-fœtales.

La prescription d'un traitement corticoïde pour la prévention de la maladie des membranes hyalines (MMH) a été réalisée chez 82 parturientes soit 38.49 %.

La prescription d'une antibioprofylaxie était systématique.

A terme : La plupart des études randomisées montrent un bénéfice du déclenchement par rapport à une attitude expectative en cas de RPM à terme.

D'autres auteurs préfèrent l'attitude expectative afin de favoriser la survenue d'un travail spontané et ainsi d'augmenter les chances d'un accouchement eutocique, puisque le déclenchement du travail en dépit de conditions cervicales défavorables favoriserait le plus souvent le risque de césarienne.

Selon la littérature, le déclenchement immédiat du travail en cas de RPM à terme est l'attitude la plus raisonnable lorsque les conditions cervicales sont favorables : 81,5 % des gestantes entrent en travail spontané dans un délai moyen de 36 heures. [18]

Expectative ou déclenchement ?

La prise en charge des RPM a évolué sur les 50 dernières années. Avant les années 80, il était préconisé de déclencher artificiellement le travail dès le diagnostic de RPM posé. La littérature retrouvait une diminution significative de la mortalité périnatale en cas d'attitude proactive par rapport à l'expectative. Cette attitude a été remise en question notamment par l'étude prospective multicentrique de Hannah réalisée de 1992 à 1995 sur 5041 RPM à terme [19] : Les patientes ont été randomisées en 4 groupes : induction d'emblée par ocytocine, induction d'emblée par prostaglandines en gel vaginal, expectative jusqu'à 72 heures et déclenchement par ocytocine ou par prostaglandines. Le taux de césarienne est équivalent dans les différents groupes, de même que le taux d'infections néonatales (de 2 à 3%) ; mais il apparaît dans les groupes induction immédiate une diminution significative des chorioamnionites et des fièvres après l'accouchement.

Les données de la littérature (taux d'entrée en travail spontané en moyenne de 60% dans les 24 heures) étant concordantes avec celles de notre étude, nous pouvons donc proposer un délai d'expectative de 24 heures afin d'optimiser les chances d'un accouchement par voie basse, et ce avec très peu de complications infectieuses du post-partum

Aussi, en dehors des contre-indications à l'accouchement par voie basse, le déclenchement du travail après RPM à terme est admis par tous les experts lorsque les conditions obstétricales sont favorables (score de Bishop 6)

Quel délai d'expectative ?

Les délais d'expectative sont variables d'une étude à une autre, et un délai idéal reste difficile à établir.

Pour un délai de 48 et de 72 heures, plusieurs auteurs ont noté que cette expectative a augmenté le nombre d'infection maternelle et néonatale sans diminuer le taux de césariennes

Seince recommande un délai optimal de 12 heures en comparant 3 délais (6, 12 et 24 heures). Le taux de césarienne était plus important pour un délai de 6 heures et l'infection maternofoetale était plus fréquente pour un délai de 48 heures. [11]

Dans notre série, un délai d'expectative de 24 heures a été observé suivi d'une induction du travail par les ocytociques si les conditions se sont améliorées. Ainsi, en comparant notre groupe de gestantes à celui du reste de la population, que l'expectative de 24 heures n'augmente pas de manière significative ni la fréquence de l'infection, ni la morbidité néonatale, ni le taux de césariennes.

Recommandations pratiques :

- Assurer des CPN de qualité en vue de dépister précocement les divers facteurs de risque
- Rechercher et traiter les infections cervico vaginales des femmes
- Le dépistage systématique du portage de Streptococcus du groupe B (SGB) est recommandé en fin de grossesse, idéalement entre 34 et 38 SA
- L'antibioprophylaxie immédiate est de règle, orientée selon les résultats des prélèvements bactériologiques. Sa durée est limitée à 8 jours.
- Cure anténatale de corticoïdes si le terme est inférieur à 34 SA et du sulfate de magnésium en cas d'accouchement imminent, spontané ou programmé, avant 32 SA
- La tocolyse reste une arme thérapeutique efficace pour gérer les situations de menace d'accouchement prématuré associée le temps du transfert de la patiente dans une maternité de palier III ou IV mais surtout pour permettre l'action de la corticothérapie.
- Avant 37 SA, il est recommandé d'avoir une attitude expectative armée en cas de RPM non compliquée sous couvert d'une antibioprophylaxie
- Respecter le délai maximal de 24 heures pour obtenir l'accouchement en cas de RPM afin d'améliorer le pronostic néonatal.
- La terminaison de la grossesse est de règle devant une chorioamniotite clinique ou biologique
- Référer tous les cas de RPM sur une structure de référence pour la prise en charge obstétrico-pédiatrique. Préférer le transfert in utero au transfert post-natal.
- Equiper les CHU et les hôpitaux en unité de réanimation néonatale pour réduire la mortalité et la morbidité néonatale
- Ceuvrer pour une étroite collaboration obstétrico-pédiatrique anté- et per-natale
- Information, éducation et communication (I.E.C) des femmes et souvent des parents lors des consultations prénatales
- Consulter les centres de santé dès qu'il y a RPM, saignement (métrorragie) ou une douleur pelvienne.
- Faire des soins intimes normaux visant à réduire les infections vaginales, et éviter les mauvaises habitudes d'usage systématique des antiseptiques vaginaux qui favorisent la survenue de vaginose bactérienne (laquelle favorise la RPM)

Conclusion

La rupture prématurée des membranes demeure, à l'heure actuelle, l'un des sujets les plus controversés de l'obstétrique, tant par sa définition que par la diversité des conduites thérapeutiques proposées. Notre étude confirme que la prise en charge de la RPM reste complexe et doit être adaptée à chaque situation, en tenant compte de l'âge gestationnel, des conditions obstétricales, de l'existence ou non d'une infection maternelle ou fœtale, ainsi que des ressources disponibles, notamment en néonatalogie.

L'amélioration du pronostic maternel et fœtal passe inéluctablement par le renforcement des moyens diagnostiques, l'optimisation des protocoles thérapeutiques (antibiothérapie, tocolyse, corticoïdes) et la surveillance rigoureuse des patientes. La mise en place d'un plateau technique performant et, surtout, une collaboration étroite et multidisciplinaire entre obstétriciens, pédiatres et néonatalogistes s'avèrent essentielles pour réduire la morbi-mortalité liée à cette pathologie.

Par ailleurs, il apparaît nécessaire d'harmoniser les pratiques à travers l'élaboration de protocoles locaux adaptés au contexte, tout en s'appuyant sur les recommandations internationales. Le dépistage et la prise en charge précoce des facteurs de risque, notamment infectieux, doivent être systématisés afin de limiter les complications maternelles et néonatales.

Enfin, la formation continue des équipes médicales et paramédicales, ainsi que la sensibilisation des patientes, constituent des leviers majeurs pour améliorer la qualité de la prise en charge. Des études complémentaires, multicentriques et à plus grande échelle, seraient utiles pour affiner les stratégies thérapeutiques et adapter les recommandations aux réalités de terrain.

En somme, la prise en charge optimale de la RPM repose sur une approche individualisée, fondée sur l'évaluation rigoureuse des risques et bénéfiques, et sur une collaboration multidisciplinaire, gage d'un meilleur pronostic materno-fœtal.

Déclaration d'intérêts : Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Références bibliographiques

- [1] Soumani A, Salah-Eddine A, Bouhya S, Hermas S, Samouh N, Himmi A. La rupture prématurée des membranes. Une prise en charge encore controversée. *La Tunisie médicale*. 2000;78(2):90-100.
- [2] Seaward PG, Hannah ME, Myhr TL, Farine D, Ohlsson A, Wang EE, Hodnett E, Haque K, Weston JA, Ohel G, Term PROM Study Group. International multicenter term PROM study: evaluation of predictors of neonatal infection in infants born to patients with premature rupture of membranes at term. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1998 Sep 1;179(3):635-9.
- [3] Alcalay M, Hourvitz A, Reichman B, Luski A, Quint J, Barkai G, Mashiach S, Lipitz S. Prelabour rupture of membranes at term: early induction of labour versus expectant management. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1996 Dec 27;70(2):129-33.
- [4] Rodney K.E., Loksmith G.H., Duff P. Expanded-Spectrum antibiotics with preterm premature rupture of membranes. *Obstet Gynecol* 2000; 96, 1: 60-63.
- [5] Rozenberg P. Prise en charge non médicamenteuse et surveillance d'une rupture prématurée des membranes. *J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod.* (1999); 28(7):674-677.
- [6] Savitz DA, Ananth CV, Luther ER, Thorp JM. Influence of gestational age on the time from spontaneous rupture of the chorioamniotic membranes to the onset of labor. *Am J Perinatol* 14(1997) : 129-33.
- [7] Polzin WJ, Brady K. The etiology of premature rupture of the membranes. *Clin Obstet Gynecol*. 41(1998): 810-816.
- [8] Rizzo G, Capponi A, Angelini E, Vlachopoulou A, Grassi C, Romanini C. The value of transvaginal ultrasonographic examination of the uterine cervix in predicting preterm delivery in patients with preterm premature rupture of membranes. *Obstet Gynecol* 1998; 11:23–9.
- [9] Pasquier JC., Picaud J-C. Rabilloud M., Claris O., Ecochard R., Moret S., Mellier G. Neonatal outcomes after elective delivery management of preterm premature rupture of the membranes before 34 weeks' gestation (DOMINOS study). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 143 (2009) 18–23
- [10] Gafni A, Goeree R, Myhr TL, Hannah ME, Blackhouse G, Willan AR, Weston JA, Wang EE, Hodnett ED, Hewson SA, Farine D. Induction of labour versus expectant management for prelabour rupture of the membranes at term: an economic evaluation. *Cmaj*. 1997 Dec 1;157(11):1519-25.
- [11] Seince N, Biquard F, Sarfati R, et al. Rupture prématurée des membranes à terme: quel délai d'expectative? Résultats d'une étude prospective multicentrique, à propos de 713 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2001;30(1):42-50.
- [12] Haute Autorité de Santé. Accouchement normal: accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Recommandations de bonne pratique. France: Saint-Denis La Plaine. 2017.
- [13] Savitz DA, Ananth CV, Luther ER, Thorp JM Jr. Influence of gestational age on the time from spontaneous rupture of the chorioamniotic membranes to the onset of labor. *Am J Perinatol*. 1997;14(3):129-133.
- [14] Goffinet F. Antibiotics and Antenatal Perpartum in Case of Premature Rupture of Membranes. *Obstetrics & Gynecology (Paris)*. 1999;28:650-9.
- [15] ACOG practice bulletin. Premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 1, June 1998. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet*. 1998;63(1):75-84.
- [16] Ayres AW. Home management of preterm premature rupture of membranes. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002;78(2):153-155.

- [17] Gafni A, Goeree R, Myhr TL, et al. Induction of labour versus expectant management for prelabour rupture of the membranes at term: an economic evaluation. TERMPROM Study Group. Term Prelabour Rupture of the Membranes. *CMAJ*. 1997;157(11):1519-1525.
- [18] Marcellin L, Anselem O, Guibourdenche J, De la Calle A, Deput-Rampon C, Cabrol D, Tsatsaris V. Analyse comparative de deux tests diagnostiques de rupture prématurée des membranes dans les sécrétions cervico-vaginales. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2011;40(7):651-656.
- [19] Hannah ME, Ohlsson A, Farine D, Hewson SA, Hodnett ED, Myhr TL, Wang EE, Weston JA, Willan AR. Induction of labor compared with expectant management for prelabour rupture of the membranes at term. TERMPROM Study Group. *N Engl J Med*. 1996;334(16):1005-1010.