

Rupture des Membranes à Terme (≥ 37 SA) Avant Travail

La rupture des membranes à terme (≥ 37 SA) avant travail = **RMTAT** est considérée comme une situation « physiologique » jusqu'à 12h de rupture.

Au-delà de 12h sans entrée en travail spontanée = situation potentiellement à risque → prise en charge en hospitalisation

Les risques principaux sont l'infection intra utérine et l'infection néonatale bactérienne précoce (INBP)

1 - Prise en charge initiale

Le diagnostic est clinique (recours à un test diagnostique uniquement en cas de doute)

1. Bilan infectieux maternel

- NFS, CRP (intérêt de sa valeur prédictive négative) dans les 12 heures
- ECBU si BU positive
- PV de dépistage du Strepto B dès l'admission si pas de PV de dépistage du strepto B entre 34 et 38 SA ou si symptomatique (+/- test rapide PCR strepto B si disponible)

2. Antibioprophylaxie

- **A débuter d'emblée dès l'entrée si portage streptocoque B** (PV strepto B +, bactériurie strepto B+ ou antécédent d'infection néonatale précoce à strepto B)
A débuter à 12 heures de rupture si PV strepto B négatif ou non fait / en cours
- En l'absence d'allergie, amoxicilline en **IV** 2 g puis 1gr toutes les 8 heures jusqu'au début du travail et dès le début du travail 1 g IV toutes les 4 heures
- En cas d'allergie aux beta lactamines
 - Discuter de la pertinence d'une antibioprophylaxie qui ne sera qu'à visée maternelle
 - De 1^{ère} intention clindamycine 600 mg IV (en 30 mn à 1h) toutes les 6 heures
 - Intérêt uniquement chez les patientes allergiques ou suspectées d'allergie d'avoir demandé spécifiquement un ATBgramme lors de la prescription du PV de dépistage de strepto B (NB ~ 15% de résistance à la clindamycine, 20% de résistance à l'érythromycine)

Critères d'une ATBprophylaxie ou ATBthérapie per-partum adéquate :

L'antibiothérapie maternelle doit être administrée par voie parentérale (intraveineuse), au moins 4 heures avant la naissance, en utilisant la pénicilline G, l'ampicilline ou l'amoxicilline, ou la céfazoline.

Tout autre traitement antibiotique (molécule, modalités et délai d'administration inférieur à 4 heures avant la naissance) sera considéré comme inadéquat.

2 - Surveillance / déclenchement

- Limiter le nombre de TV avant et pendant le travail
- Discuter risques et bénéfices des 2 stratégies possibles : attitude expectative et déclenchement
- L'attitude expectative n'est envisageable qu'en l'absence de signes immédiats de complications tels qu'une fièvre maternelle, un RCF anormal ou un liquide méconial qui seront une indication au déclenchement d'emblée
- Dans une étude rétrospective française 70,8% des femmes étaient entrées en travail spontanément dans les 24 h
- Le déclenchement n'est pas associé à une augmentation ou à une réduction du taux de césarienne en comparaison à une attitude expectative (quels que soient la parité NP2 et le score de Bishop NP3)
- En cas de conditions locales favorables, on peut proposer un déclenchement d'emblée
En cas de conditions locales défavorables, proposer un déclenchement dans les 12 à 24H et/ou un déclenchement par prostaglandines E1 ou E2

Le moment du déclenchement dépendra principalement de l'organisation des soins en maternité et de la préférence de la femme informée des risques et bénéfices

- Le portage streptocoque B, sous réserve d'une ATBprophylaxie efficace, ne modifie pas la stratégie.
Privilégier cependant le déclenchement d'emblée si antécédent d'infection néonatale précoce à strepto B
- Pas de supériorité démontrée d'une méthode de déclenchement par rapport à une autre.
Dans le contexte on privilégiera en 1^{ère} intention une autre méthode que le ballonnet

Annexe : surveillance du nouveau-né – recommandations HAS/ SFN 2017

En cas de fièvre maternelle au cours du travail cf protocole spécifique

Après l'accouchement en l'absence de fièvre maternelle arrêt des antibiotiques

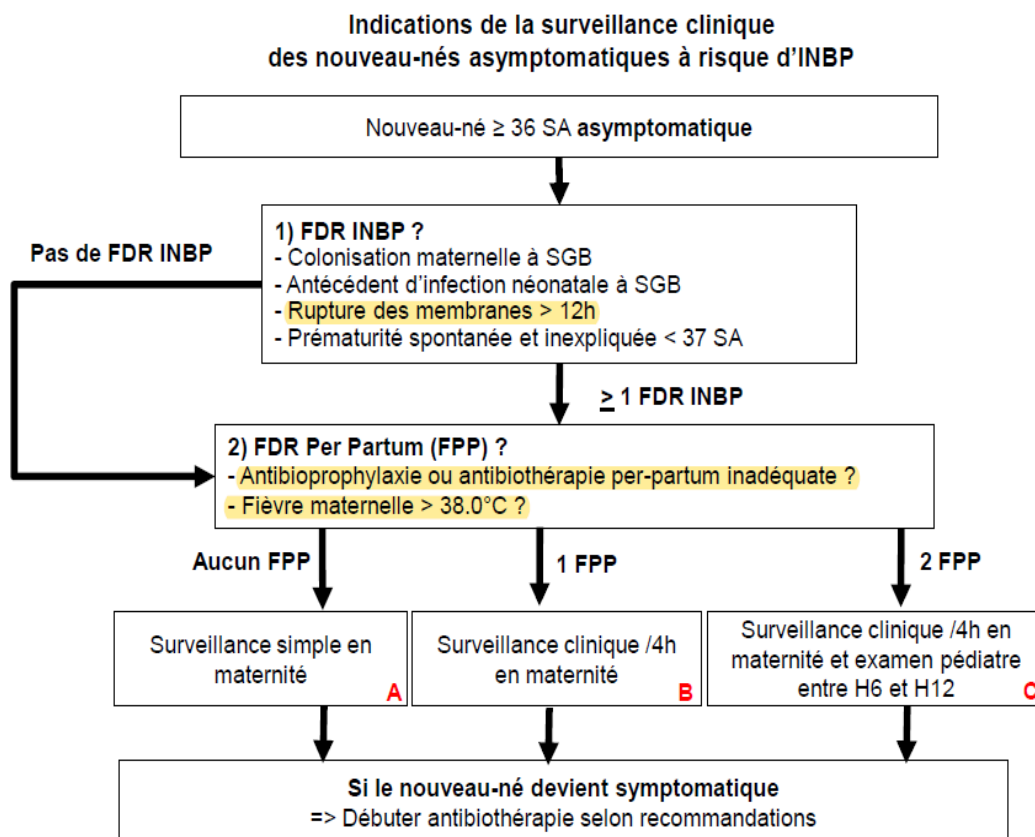
Notifier dans le dossier le risque d'infection bactérienne néonatale précoce et établir groupe de surveillance du nouveau-né

Référentiel RSN issu du travail de la commission des obstétriciens + table ronde webinar pluripro obst-ped-inf Nov 2020
Et

Recommandations pour la pratique clinique : rupture des membranes à terme avant travail - CNGOF 2020

Recommandations de bonnes pratiques prise en charge du nouveau-né à risque d'INBP (≥ 34 SA) -SFN/SFP/label HAS 2017

Annexe : surveillance du nouveau-né – recommandations HAS/ SFN 2017



Éléments de la surveillance clinique devant alerter

- Température $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$
- Fréquence cardiaque > 160 (au calme) ou $< 80/\text{mn}$
- Fréquence respiratoire $> 60/\text{mn}$
- Signes de lutte respiratoire (tirage, geignement)
- Aspect de la peau anormal (pâleur, cyanose, marbrures, teint gris)