

Ambre-Marie BOMAL
Dr Marie-Charlotte FAURANT
Dr Marie-Thérèse CHEVE
Dr Florence BIQUARD
Dr Philippe GILLARD
Pr Pierre-Emmanuel BOUET
CH du Mans / CHU d'Angers
2023

RUPTURE INCOMPLÈTE DES MEMBRANES À TERME : CONSÉQUENCES SUR LE TRAVAIL ET LES ISSUES OBSTÉTRICALES ET NÉONATALES.

« ELLE N'A PAS ROMPU, ELLE A FISSURÉ »

RAPPELS

- RMTAT : rupture des membranes à terme (>37SA) avant travail. 10% des grossesses monofoetales.
- Sans déclenchement, 60% des RMTAT sont en travail dans les 24 heures, et 95% dans les 72 heures.
- Recommandations du CNGOF 2020:
 - antibiothérapie si rupture > 12h ou d'emblée si porteuse SB+ (PV à 34-38SA)
 - déclenchement si LA méconial ou rupture > 4 jours
 - surveillance rapprochée (hospitalisation)
- Et les « fissurations » ? selon le CNGOF, les équipes qui considèrent cette entité comme une RMT doivent la prendre en charge comme telle (accord d'experts).

OBJECTIFS

- Objectif principal : évaluer si une RMTAT incomplète pouvait influencer la mise en travail.
- Critère de jugement principal : comparer la proportion de patientes **en travail dans les 24h suivant la RMTAT** selon les groupes rupture incomplète ou complète (groupe contrôle).
- Objectifs secondaires : comparer les **fréquences et types de déclenchements** entre RMTAT complète et RMTAT incomplète ainsi que les **les issues obstétricales et néonatales** entre ces 2 groupes.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

- Etude **rétrospective monocentrique** au CH du Mans de Janvier 2020 à Décembre 2020, chez les patientes avec RMTAT incomplètes ou complètes (groupe contrôle).
- Protocole au CH du Mans :
Fissuration=RMTAT, hospitalisation et déclenchement selon score de Bishop à 24-48 heures
=> Bishop < 6 : maturation par ANGUSTA ® ou PROPESS ®
=> Bishop > ou = 6 : rupture complémentaire +/- syntocinon IV

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none">- RMTAT \geq 37 SA complète ou incomplète (clinique ou Amnicator®)- grossesse monofoetale céphalique	<ul style="list-style-type: none">- grossesse multiple- césarienne programmée- rupture < 37SA- rupture > 4 jours- métrorragies- données manquantes

RÉSULTATS

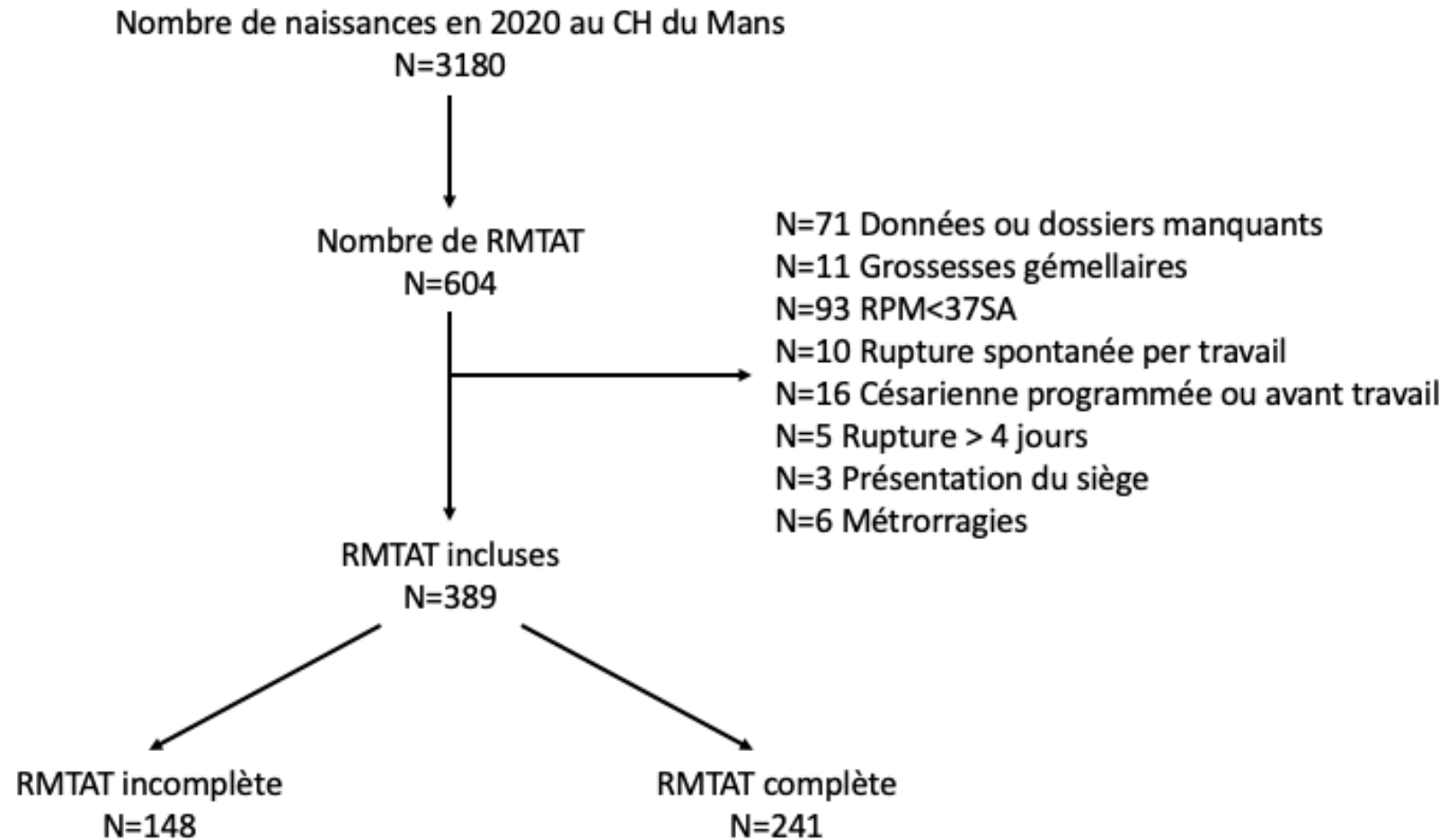


Tableau 1. Caractéristiques de la population étudiée.

Variables	Incomplète	Complète	P value
Total N = 389	N=148	N=241	
Age (années)	28.75 ±5.81	30.35 ±5.16	0.005
IMC (kg/m²)	24.42 ±6.41	24.72 ±6.02	0.65
Tabac	37 (25)	40 (16.6)	0.04
Utérus cicatriciel	10 (6.8)	15 (6.2)	0.83
<u>Gestité</u>	2.28 ±1.63	2.15 ±1.46	0.42
Parité	0.84 ±1.14	0.82 ±1.14	0.89
Terme (SA)	39.25 ±1.2	39 ±1.1	0.18
RCF pathologique à l'admission	14 (9.4)	21 (8.7)	0.80
Fièvre >38°C à l'admission	0	0	-
Prélèvement vaginal positif à Streptocoques B	18 (12.2)	35 (14.5)	0.52

Data expressed as mean ± standard deviation or n (%)

Différence significative pour l'âge et le tabac.

Pas de différence sur la parité.

Tableau 2. Proportion de mises en travail (spontanées ou déclenchées) selon le délai de rupture des membranes, analyse en intention de traiter.

Durée de rupture	Incomplète	Complète	P value
Total N =389	N=148	N=241	
< 24 heures	67 (45.3)	160 (66.4)	<0.001
≥ 24 heures	81 (54.7)	81 (33.6)	

Data expressed as mean ± standard deviation or n (%)

- En analyse univariée, il était retrouvé un OR = 0.42 (0.27-0.64) ($p < 0.001$).
- En analyse multivariée (facteurs de confusion : âge, tabac et parité) il était retrouvé un OR= 0.44 (0.29-0.68) ($p < 0.001$).

Tableau 3. Caractéristiques du travail.

Variables	Incomplète	Complète	P value
Total N = 389	N=148	N=241	
Déclenchements du travail	74 (50)	49 (20.3)	<0.001
Durée du travail (heures)*	6.16 ±7.88	6.45 ±5.39	0.67
Fièvre pendant le travail	12 (8.1)	18 (7.4)	0.82
Nombre de Touchers vaginaux	9.68 ±4.11	8.78 ±4.32	0.04
Antibioprophylaxie	135 (91)	177 (73)	<0.001

Data expressed as mean ± standard deviation or n (%)

*La durée du travail était définie comme le délai entre le toucher vaginal constatant les modifications cervicales et réalisé pour des contractions utérines douloureuses.

- Il était constaté significativement plus de **déclenchements** et **d'antibioprophylaxie** dans le groupe rupture incomplète.
- Le nombre moyen de **touchers vaginaux** était également significativement supérieur.

Tableau 4. Indications et techniques de déclenchements.

Déclenchement	Incomplète	Complète	P-value
Total N = 123	N=74	N=49	
Indications			0.46
Rupture > 24h et < 48h	16 (21.6)	11 (22.4)	
Rupture >48h	44 (59.5)	23 (46.9)	
Raisons médicales	12 (16.2)	13 (26.5)	
Dystocie de démarrage	2 (2.7)	2 (4)	
Techniques			0.002
Complément de rupture et/ou Ocytocine	41 (55.4)	13 (26.5)	
Prostaglandine vaginale ou orale	33 (44.6)	36 (73.5)	

Data expressed as mean ± standard deviation or n (%)

¹Une dystocie de démarrage était définie par des contractions utérines douloureuses fréquentes sans modifications cervicales sur une durée supérieure à 6h.

- Les indications de déclenchements étaient comparables entre les 2 groupes.
- Les techniques de déclenchements étaient significativement différentes: moins de déclenchements par prostaglandines dans le groupe rupture incomplète.
- Il était retrouvé des “cols plus favorables” dans le groupe rupture incomplète : significativement moins de cols longs (9.5% groupe I vs 24.4% groupe C, p=0.04) et plus de cols à 2 doigts (70.3% groupe I vs 34.7%, p<0.01).

Tableau 5. Issues obstétricales et néonatales.

Variables	Incomplète	Complète	P value
Total N = 389	N=148	N=241	
Césarienne	22 (14.8)	37 (15.3)	
Accouchement instrumental	24 (16.2)	51 (21.1)	0.45
Accouchement physiologique	102 (69)	153 (63.5)	
Hémorragie du Post-Partum	11 (7.4)	20 (8.3)	0.76
Infections maternelles	0	3 (1.2)	0.29
Score Apgar <7 à 5 minutes	0	1 (0.4)	1
pH artériel	7.25 ±0.08	7.27 ±0.08	0.06
Lactates (mmol/L)	4.45 ±1.72	4.32 ±1.96	0.53
Infections néonatales	0	0	-

Data expressed as mean ± standard deviation or n (%).

- Réalisation d'une **analyse multivariée** prenant en compte la voie d'accouchement et le type de mise en travail (spontanée ou déclenchée):
 - pas d'augmentation du risque de survenue d'HPP en cas de RMTAT incomplète avec un aOR=1.22 (0.55-2.76)(p=0.62).
 - pas d'incidence sur le pH ou les lactates en cas de RMTAT incomplète avec des coefficients de régression ajustés respectivement de 0.02 (- 0.01 à 0.03) (p=0.07) et -0.17 (-0.59 à 0.26) (p=0.44).

DISCUSSION

Aucune étude évaluant les RMTAT incomplètes dans la littérature.

Quelques études sur les RMTAT complètes et leurs issues obstétricales et néonatales:

- La principale : *Term Prelabor Rupture of the Membranes* (TERMPROM study) :
 - 4 groupes après randomisation : 2 groupes déclenchés immédiatement soit par Ocytocine (n=1258) ou Prostaglandines (n=1259) et 2 groupes « expectatifs » pouvant aller jusqu'à 4 jours avec un déclenchement si pas de travail spontané par Ocytocine (n=1263) ou Prostaglandines (n=1261).
 - **Les taux d'infections néonatales et de césarienne étaient comparables** entre ces 4 groupes.
 - **Le taux de chorioamniotites était plus faible** dans le groupe déclenché immédiatement.
- Revue récente se basant principalement sur les résultats de la TERMPROM study et d'une Cochrane méta-analyse concluait qu'une **attitude active** pourrait être associé à une **diminution du risque d'infection maternelle** en comparaison à une attitude expectative.

DISCUSSION

- Très récemment, une analyse secondaire de l'étude TERMPROM pour déterminer le **décal optimal pour déclencher les RMTAT** en comparant les issues obstétricales et néonatales entre les déclenchées et les expectatives.
- Résultats : les **taux d'infections maternelles et néonatales et les taux d'admission en réanimation néonatale augmentaient** avec le délai post-rupture.
- Les auteurs concluaient qu'une induction du travail **dans les 20h** suivant la rupture permettrait de limiter le risque de complications maternelles et néonatales.

DISCUSSION

- **Notre étude montre que les RMTAT incomplètes ont un allongement de la mise en travail au-delà de 24h : il semblerait donc y avoir un intérêt à diminuer ce temps de latence pour limiter ainsi le risque de complications maternelles ou néonatales.**
- **Il serait également possible de diminuer le recours à une antibioprophylaxie intra partum.**
- En effet, l'exposition intra partum aux antibiotiques exposerait :
 - À une augmentation du risque d'asthme, de dermatite atopique et d'allergie aux pollens dans l'enfance.
 - Et en cas d'exposition d'antibiotiques > 4 heures en intra partum: augmentation de l'IMC à 5 mois, majoration des atopies et des infections fongiques dans la première année de vie.

LIMITES DE L'ÉTUDE

- Son design **rétrospective et monocentrique**.
- **Effectifs réduits** de chaque groupe ne permettant pas d'évaluer des événements rares comme les infections maternelles et néonatales : selon l'ENP 2021 il est estimé 1 infection néonatale avérée pour 1000 naissances, corroborant l'absence d'infection néonatale retrouvée dans ce recueil de 400 dossiers.

CONCLUSION

Significatif	Non significatif
<ul style="list-style-type: none">- Moins de mise en travail dans les 24 heures- Augmentation des déclenchements- Augmentation de l'antibioprophylaxie	<ul style="list-style-type: none">- Voies d'accouchement- Infections maternelles et néonatales (faible effectif)

Intérêt de proposer une rupture complémentaire à toutes les RMTAT incomplètes qui se présentent aux urgences obstétriques :

➡ protocole à l'étude au CHU d'Angers depuis Janvier 2023.

MERCI POUR VOTRE ATTENTION,
DES QUESTIONS ?

