

## RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES À TERME SUR COL DÉFAVORABLE

El Fekih Chiraz, Ouerdiane Nadia, Mrezguia Chaouki, Mourali Mechaal, Douagi Mohamed\*, Abdennebi Monia\*\*, Ben Zineb Nabil

*Service de gynécologie obstétrique hôpital Mahmoud El Matri Ariana*

*\* Service de néonatalogie hôpital Militaire de Tunis*

*\*\* Laboratoire de biologie hôpital Mahmoud El Matri Ariana*

*C.El Fekih, N.Ouerdiane, C.Mrezguia, M.Mechaal, M.Douagi, M.Abdennebi, N.Ben Zineb*

*C.El Fekih, N.Ouerdiane, C.Mrezguia, M.Mechaal, M.Douagi, M.Abdennebi, N.Ben Zineb*

RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES À TERME SUR COL DÉFAVORABLE

PREMATURE RUPTURE MEMBRANE AT TERM WITH UNFAVOURABLE CERVIX

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°09) : 603 - 606

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°09) : 603 - 606

### RÉSUMÉ

**Prérequis :** La prise en charge des RPM à terme sur col défavorable demeure controversée entre l'expectative en milieu hospitalier ou le déclenchement immédiat du travail.

**Le but :** de notre étude est d'évaluer notre protocole de prise en charge des RPM à terme chez les patientes qui présentent un mauvais score de Bishop initial.

**Matériel et méthodes :** étude rétrospective du protocole de prise en charge des RPM à terme sur col défavorable. Un délai d'expectative de 24 heures a été observé, est suivi d'un déclenchement par ocytotiques si score de Bishop ? à 6. Si ce score reste défavorable, une maturation cervicale par le dinoprostone est entamée. Nous préconisons une dose par 24 heures sans dépasser 3 doses. Au-delà un déclenchement par les ocytotiques est entamé. Une antibioprofylaxie est systématiquement prescrite dès que le délai d'ouverture de l'œuf atteint 12 heures, et ce jusqu'à l'accouchement.

**Résultats :** nous avons inclus 137 dossiers. 51% des patientes sont entrées spontanément en travail. L'expectative de 24 heures n'augmentait significativement ni la fréquence de l'infection ni la morbidité néonatale.

**Conclusion :** au vu des résultats obtenus dans notre étude et ceux de la littérature, un délai d'expectative de 24 heures semble raisonnable. Les prostaglandines E2 (PGE2) sont intéressantes pour la maturation cervicale en cas de RPM à terme avec col défavorable.

### SUMMARY

**Background :** Between expectant attitude in hospital and labour induction, management of and premature rupture membrane at term stay controversial.

**Aim:** The aim of our study was to evaluate the management rupture of the membranes at term with unfavourable cervix.

**Material and methods :** We conducted a retrospective study. An expectant delay of 24 hours had been followed by induction labour in women with favourable Bishop. Maturation by prostaglandins E2 (PGE2) was performed in case of unfavourable cervix. We administrate one dose each 24 hours (3 doses maxima). Over, labour induction by ocytocine was started. The prescription of antibioprofylaxis is systematic until delivery.

**Results:** We included 137 patients. 51% of patients had a spontaneous labour during the expectant delay. There was no significant difference in neonatal and maternal morbidity in case of expectant management of premature rupture membrane at term.

**Conclusion:** Based on our findings and a review of the literature, an expectative of 24 hours is interesting in case if unfavourable conditions. Prostaglandin E2 maturations can be performed in unfavourable cervixes.

### MOTS - CLÉS

RPM à terme, col défavorable, expectative, déclenchement, prostaglandines.

### KEY - WORDS

Premature rupture membrane at term, unfavourable cervix, expectant management, labour induction, prostaglandins.

La rupture prématurée des membranes (RPM) à terme est un accident obstétrical fréquent. Entre l'expectative en milieu hospitalier ou le déclenchement immédiat du travail, la prise en charge des RPM sur col défavorable demeure problématique et discutée (1). Obstétriciens et pédiatres se trouvent donc face à une situation inconfortable où le risque infectieux maternel et néonatal représente la complication la plus redoutée (2). Notre travail a pour but d'évaluer la prise en charge des RPM à terme avec mauvais Bishop en comparant nos résultats à ceux de la littérature à fin de dégager une attitude rationnelle réduisant ainsi la morbidité maternelle et néonatale liée à cet accident gravidique fréquent.

## MATERIEL ET METHODES

Cette étude rétrospective est réalisée au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Mahmoud El Matri de l'Ariana. La période d'étude est de 4 ans et demi allant de novembre 2000 à mai 2004. Toutes les patientes ayant une grossesse évolutive et qui ont présenté une RPM à un terme  $\geq 37$  SA ont été incluses dans cette étude. Nous avons retenu comme définition de la RPM, la rupture des membranes 12 heures avant l'entrée en travail.

Nous nous sommes intéressés au groupe de patientes chez qui une induction de travail est permise. Le déclenchement est réalisé immédiatement si les conditions obstétricales sont favorables. Si le score de Bishop est inférieur à 6, une réévaluation est pratiquée après 24 heures : un déclenchement par ocytotiques est indiqué si score de Bishop  $\geq 6$ . Si ce score reste défavorable, une maturation cervicale le dinoprostone (gel de Prépédil®) est entamée. Nous préconisons une dose par 24 heures sans dépasser 3 doses.

Avant d'envisager l'expectative, nous avons exclu les parturientes présentant un ou plusieurs des critères suivants: infection amniochoriale d'emblée, pathologie maternelle surajoutée indiquant l'accouchement sans délai et la souffrance fœtale.

Nous avons procédé à un calcul statistique pour établir la signification de certaines différences de proportions pour un risque d'erreur de 5%, ce calcul était fondé sur le test X<sup>2</sup>.

## RESULTATS

Parmi 400 grossesses avec RPM à terme observées pendant la période d'étude, nous avons recensés 137 patientes chez qui l'induction du travail était permise mais avec des conditions locales défavorables à l'admission.

L'âge moyen des patientes était de 29 ans avec des extrêmes allant de 17 à 43 ans. La gestité moyenne était de  $2.11 \pm 1.47$ . La parité moyenne était de  $1.79 \pm 1$ . Deux facteurs de risque de RPM ont été identifiés : la primiparité et les infections génitales basses.

L'attitude obstétricale globale adoptée à l'admission est représentée par le tableau suivant:(Tableau 1)

Le groupe de patientes qui n'étaient pas en travail et chez qui une induction du travail était permise comporte 203

**Tableau 1** : répartition des patientes selon l'attitude obstétricale

Attitude obstétricale à l'admission	Notre série	
	Nb	%
Césarienne d'emblée	10	3
Voie basse acceptée :		
• Déclenchement immédiat (Bishop $\geq 6$ )	66	16
• Expectative (Bishop $\geq 6$ )	137	24
• Travail spontané	147	27
• Expectative (contre-indication au déclenchement)	40	10
Total	400	100

parturientes.

La conduite obstétricale vis à vis de ces patientes est réparti comme suit :

- Bishop favorable ( $\geq 6$ ): déclenchement immédiat du travail (66 patientes soit 16%).
- Bishop défavorable (inférieur à 6) : l'expectative était préconisée chez 137 patientes soit 34% de l'ensemble des RPM à terme.

L'étude de ce dernier groupe après 24 heures d'expectative a permis de dégager les résultats suivants : (Tableau 2)

Le taux de césarienne était de 16%. La stagnation de la

**Tableau 2** : répartition des patientes après 24 h d'expectative

Après expectative de 24 heures	Nb	%
Travail spontané	69	51
Déclenchement (Bishop $\geq 6$ )	28	20
Maturation cervicale	40	29
Total	137	100

dilatation (20%), la souffrance fœtale aigue (11%) et l'infection amniotique (9%) semblent les principales indications de césarienne dans ce groupe de patientes.

Pour les patientes qui ont bénéficié d'une maturation cervicale (n=40), une seule dose de Prépédil® a été suffisante dans 95% des cas, 5% de nos patientes ont nécessité une 2e dose à 24 heures d'intervalle. Nous n'avons pas eu recours à une 3e dose. Quatre patientes ont accouché par césarienne pour une indication autre que l'échec du déclenchement.

Le délai moyen entre la RPM et l'accouchement était de 25 heures  $\pm$  14 heures. Plus de la moitié (51%) des patientes ont accouché avant un délai de 24 heures de RPM, ces femmes étaient entrées spontanément en travail.

Les complications maternelles sont représentées par l'infection

amniotique dans 13 cas (9%). Les principales complications néonatales étaient l'infection (6 cas soit 4%) et la détresse respiratoire néonatale (9 cas soit 6.5%). Aucune mort fœtale n'est survenue au cours du travail. Aucun décès néonatal n'a été déploré dans notre service, avec la réserve d'un suivi post natal n'atteignant pas 7 jours.

La durée moyenne d'hospitalisation dans notre série était de  $2 \pm 1$  jour.

Nous avons comparé les principaux résultats pour ce groupe au reste de notre population de RPM. (Tableau 3)

Le taux de césariennes, d'infections amniotiques et de transferts

**Tableau 3 :** Evaluation des patientes avec Bishop défavorables à l'admission

Mauvaises conditions obstétricales	Oui		Non		Total (Nb)
	Nb	%	Nb	%	
Effectif	137	-	263	-	400
Césarienne	22	16	42	15.96	64
Infection amniotique	13	9	25	9.50	38
Séjour USINN	15	10.94	18	6.66	33

(p)

en unité de soins intensifs néonatalogies sont statistiquement comparables entre les groupes.

## DISCUSSION

La RPM, définie par la rupture de l'amnios et du chorion au pôle inférieur de l'œuf avant le début du travail, survient dans 4 à 10% des grossesses à terme (3). Sa fréquence dans notre série est de 6.6%.

La prise en charge des RPM à terme sur col défavorable demeure controversée (1). Il n'existe pas de consensus sur l'attitude à adopter : Déclencher sans délai ou attendre le travail spontané devant une RPM à terme avec conditions locales défavorables? Dans tous les cas, une surveillance materno-fœtale en milieu hospitalier doit être instaurée à fin de détecter l'infection et la souffrance fœtale.

En dehors des contre-indications à l'accouchement par les voies naturelles, le déclenchement du travail après RPM à terme est admis par tous les auteurs lorsque les conditions obstétricales sont favorables (score de Bishop  $\geq 6$ ) (1,4). Dans notre série, nous avons compté 66 patientes (16.5%) favorables au déclenchement. Cependant, Il n'existe pas de consensus sur l'attitude à adopter lorsque les conditions locales sont défavorables (score de Bishop  $<6$ ) (1).

Deux conduites totalement opposées sont envisageables, soit le déclenchement immédiat du travail, soit l'expectative en milieu hospitalier.

Déclencher sans délai a pour but d'éviter une morbidité infectieuse maternelle et néonatale mais peut accroître

inutilement le taux de césariennes. Seince (5) rapporte un taux de césarienne plus élevé dans le groupe expectative 6 heures par rapport à une expectative de 24 heures (12% versus 5%). Boog (6) montre également une augmentation significative du taux de césariennes lors d'un traitement agressif dès les premières heures après la RPM.

Toutefois, Yancey (7), en comparant une expectative de 24 heures à une induction immédiate par les ocytociques, conclue qu'un déclenchement immédiat n'augmente pas le taux de césarienne ni le taux de la morbidité maternofoetale mais diminue par contre le séjour hospitalier et offre une meilleure satisfaction maternelle.

Dans le groupe déclenchement différé, la plupart des patientes entrent spontanément en travail avant d'atteindre la limite de délai d'expectative prévue. Dans la littérature, le taux d'entrée en travail spontané est en moyenne de 60% dans les 24 heures (1). Dans notre série, ce taux était de 51%. Hannah (8) a comparé dans une étude randomisée incluant 5041 RPM à terme, une attitude de déclenchement immédiat contre une attitude d'attente de 4 jours. Il a conclu que 77.7% des patientes du groupe expectative sont entrées spontanément en travail. Ceci incite à réfléchir quant à la nécessité d'un déclenchement immédiat des RPM à terme sur un col défavorable.

En différant le déclenchement, il faut prendre en considération le risque infectieux. Au cours de la même étude, Hannah (8) a remarqué que le taux de chorioamniotites, de fièvre pendant le travail et d'endométrites du post partum était moins élevé dans le groupe déclenchement immédiat. Les taux d'infection néonatale et de détresse respiratoire étaient comparables dans les 2 groupes.

Pour quelles patientes proposer donc l'expectative ?

Une attitude d'expectative en milieu hospitalier est envisageable pour des patientes ayant une grossesse évolutive, sans facteur de risque obstétrical surajouté, en l'absence d'infection et en dehors d'une souffrance fœtale (3,9).

Durant la période d'expectative, la prévention de l'infection est impérative. Elle implique la proscription des touchers vaginaux, l'usage de garnitures stériles, une surveillance clinique et biologique régulière. L'antibioprophylaxie systématique est admise par la majorité des auteurs (2). Les modalités de prescription : dose et durée de traitement ne constitue pas jusqu'à nos jours un consensus. Une antibiothérapie doit être débutée en cas de signes cliniques et/ou biologiques de chorioamniotite ou en cas de présence de Streptocoque B au prélèvement vaginal. Lorsque le statut de la patiente n'est pas connu, il serait utile de réaliser un prélèvement vaginal à l'admission afin de guider la prise en charge néonatale ultérieure (10). Nous suggérons de réaliser des études prospectives randomisées pour évaluer l'intérêt de cette antibiothérapie en cas de RPM à terme dans notre milieu.

Quel délai d'expectative?

Les délais d'expectative sont variables d'une étude à une autre.

Le délai idéal est difficile à définir. Hider (11) et Hamrouni (9) préconisent un délai de 24 heures en trouvant qu'il n'augmente ni l'infection, ni la morbidité néonatale. Seince (5) 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 24 heures. 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 (12, 13).

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 ou d'une maturation cervicale par les prostaglandines si le score de Bishop reste inférieur à 6. Nous avons conclu en comparant notre groupe de patientes à celui du reste de la population que l'expectative de 24 heures n'augmente significativement pas la fréquence de l'infection ni la morbidité néonatale ni le taux de césariennes. Une expectative de 24 heures peut donc continuer à être préconisée dans notre milieu.

Utilité des prostaglandines dans les RPM avec Bishop défavorable ?

Depuis 1973, les prostaglandines sont utilisées pour une maturation cervicale en cas de conditions locales défavorables (14). Il a été prouvé qu'il n'y avait pas de différence quant aux infections ni aux hypercinésies aussi bien après administration de Prépédil® sur poche intacte ou en cas de RPM (15). Ainsi l'administration intra cervicale de prostaglandines après RPM n'impose pas une surveillance supplémentaire par rapport à son utilisation sur poche intacte (3).

Seince (5) recommande un maximum de 2 maturations par prostaglandines à 12 heures d'intervalles, la 3e dose étant inutile. Il utilise les prostaglandines E2 (Prépédil® 1mg) si score de Bishop est entre 3 et 5, la Prostin E2 (Proress® 2 mg) si le score de Bishop est inférieur à 3. D'autres utilisent uniquement 2 maturations à 6 heures d'intervalle avec déclenchement par syntocinon dans un délai de 24 heures quelles que soient les conditions locales (16).

Dans notre étude, 40 patientes ont bénéficié d'une maturation cervicale par le Prépédil®. Une seule dose a été suffisante dans 95% des cas, 5% de nos patientes ont nécessité une 2e dose à 24 heures d'intervalle. Nous n'avons pas eu recours à une 3e dose. Compte tenu de la demi vie du produit, on peut proposer à l'avenir de réduire l'intervalle entre 2 doses à 12 heures et de limiter le nombre de doses à 2 maximum.

Au vue de nos résultats et ceux de la littérature on peut conclure qu'il est difficile de définir une prise en charge standardisée des RPM à terme avec mauvais Bishop à l'admission. La majorité des auteurs s'accordent sur le fait qu'un déclenchement immédiat augmente inutilement le taux de césarienne et par conséquent augmente la morbidité maternelle post opératoire sans pour autant réduire le taux de chorioamniotites et d'infections néonatales (1,3,5,6). Un délai d'expectative de 24 heures semble raisonnable. En effet, plusieurs études n'ont pas retrouvé de différence significative en terme de morbidité maternelle et néonatale après une expectative de 24 heures. La maturation cervicale par le gel de Prépédil® est fort intéressante si le Bishop reste mauvais. La prévention de l'infection maternofoetale est quant à elle impérative.

## CONCLUSION

Notre protocole préconise globalement un déclenchement immédiat si le score de Bishop est favorable et l'expectative si les conditions obstétricales sont défavorables. Un délai de 24 heures peut continuer à être préconisé dans notre milieu puisque le taux d'infections amniotiques n'est pas augmenté ni la morbidité néonatale et le taux de césariennes. Les femmes qui gardent un mauvais Bishop après 24 heures d'expectative peuvent bénéficier d'une maturation par les prostaglandines à la quelle fera suite un déclenchement par les ocytociques.

## REFERENCES

1. Accoceberry M, Gallot D, Velemir L, Sapin V. Déclencher sans délai ou attendre devant une rupture des membranes à terme sur col défavorable ? N'ayons pas peur de l'expectative ! *Gynecol Obstet Fert* 2008 ; 36 : 1245-7.
2. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Prévention anténatale du risque infectieux bactérien néonatal précoce. *J Gynecol Biol Reprod* 2003; 32: 68-74.
3. Mrezguia C. Prise en charge obstétricale des ruptures prématurées des membranes à terme : à propos de 400 cas. Thèse de doctorat en médecine. Tunis 2005.
4. Alcalay M, Hourvitz A, Reichman B, Luski A. Prelabour rupture of membranes at term: early induction versus expectant management. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996; 70: 129-33.
5. Seince N, Biquard F, Sarfati R, Barjot P. Rupture prématurée des membranes à terme : quel délai d'expectative ? *J Gynecol Biol Reprod* 2001; 30: 42-50.
6. Boog G. Le déclenchement de l'accouchement dans la rupture prématurée des membranes. *J Gynecol Biol Reprod* 1995 ; 24 : 48-53.
7. Yancey MK. Prelabour rupture of membranes at term: Induce or wait? *Medscape womens health* 1996; 1:2.
8. Hannah ME, Ohlsson A, Farine D. Induction of labor compared with expectant management for prelabour rupture of the membranes at term. *N Engl J Med* 1996; 334: 1005-10.
9. Hamrouni L. Evaluation d'un protocole de prise en charge obstétricale des ruptures prématurées des membranes. Thèse de doctorat en médecine. Tunis 1997.
10. Chhuy T, Mansour G, Zejli A, Bouquigny C. Dépistage du streptocoque de groupe B pendant la grossesse. *J Gynecol Biol Reprod* 2005; 34: 328-33.
11. Hider S, Bibi M, Jerbi M. Apport de l'administration intracervicale de PGE2 dans les ruptures prématurées à terme. Essai prospectif randomisé. *J Gynecol Biol Reprod* 2000; 29: 607-13.
12. Rydhström H, Ingemarsson I. No benefit from conservative management in nulliparous women with premature rupture of the membranes at term. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991; 70: 543-7.
13. Shalev E, Peleg D, Eliyahu S, Nahum Z. Comparaison of 12 and 72 hour expectant management of premature rupture of membranes in term pregnancies. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 766-8.
14. Calder AA, Embrey MP. Prostaglandines and the unfavorable cervix. *Lancet* 1973; 3: 1322-3.
15. Meikle S, Bissel M, Freedman W, Gibbs R. A retrospective review of the efficacy and safety of prostaglandin E2 with premature rupture of the membranes at term. *Obstet Gynecol* 1992; 80: 76-9.
16. McKenzie IZ, Burns E. Randomised trial of one versus two doses of prostaglandin E2 for induction of labour: clinical outcome. *Br J Obstet Gynecol* 1997; 104: 1062-7.