

Évaluation du risque d'infection materno-foetale après rupture prématurée des membranes isolée chez le nouveau-né à terme

Emira Ben Hamida Nouaili, Kamel Abidi, Sihem Chaouachi, Zahra Marrakchi

Service de néonatalogie.
Hôpital Charles Nicolle. Tunis. Tunisie
Université Tunis El Manar

E. Ben Hamida Nouaili, K. Abidi, S. Chaouachi, Z. Marrakchi

E. Ben Hamida Nouaili, K. Abidi, S. Chaouachi, Z. Marrakchi

Évaluation du risque d'infection materno-foetale après rupture prématurée des membranes isolée chez le nouveau-né à terme

Evaluation of materno-fœtal infectious risk after isolated Premature rupture of membranes in at term new-born

LA TUNISIE MEDICALE - 2011 ; Vol 89 (n°03) : 266 - 268

LA TUNISIE MEDICALE - 2011 ; Vol 89 (n°03) : 266 - 268

R É S U M É

Prérequis : La rupture prématurée des membranes (RPM) à terme survient dans 5 à 10 % des grossesses. Elle rend compte d'une part importante de morbidité et de mortalité néonatales.

But : Evaluer le risque infectieux associé à la RPM chez le nouveau-né à terme et asymptomatique et de l'étudier en fonction de la durée d'ouverture des membranes.

Méthodes : Etude rétrospective, analysant toutes les observations de nouveau-nés à terme et asymptomatiques issus de grossesses compliquées de RPM, enregistrées au service de néonatalogie de l'hôpital Charles Nicolle entre le 1er janvier et le 31 décembre 2007.

Résultats : Au cours de la période d'étude nous avons colligé 299 cas de RPM isolée sur un total de 3749 naissances vivantes (NV) soit une prévalence de 8 % NV, répartis comme suit : 21 cas de RPM (7%) entre 6 et 12 heures, 86 cas (28.8%) entre 12 et 18 heures, 61 cas (20.4%) entre 18 et 24 heures et 131 cas (43.8%) supérieure à 24 heures. Le diagnostic de colonisation était retenu dans 54% des cas de RPM lorsque celle-ci durait entre 12 et 18 heures versus respectivement 27.3%, 0%, et 18 % dans les sous groupes de 6 à 12 heures, 18 à 24 heures et supérieur à 24 heures ($p = 0.03$). Le diagnostic d'IMF probable a été retenu dans 26 cas dont 61.5 % dans le sous groupe > 24 h versus respectivement 11.5%, 23.1% et 3.8% dans respectivement les sous groupe 18 à 24 h, 12 à 18 h et 6 à 12 h ($p=0.03$). 62% des cas d'IMF appartenaient au sous groupe : supérieure à 24 heures et 13.8 % au sous groupe 18 à 24 heures.

Conclusion : Ce travail souligne le risque important d'IMF associé à une RPM isolée. Ce risque est d'autant plus important que la rupture est supérieure à 12 heures de temps. La limite de 18 h adoptée par certaines équipes peut méconnaître des cas d'IMF probables.

S U M M A R Y

Background: Premature rupture of membranes (PROM) is defined as rupture of membranes occurring before the onset of labor. It complicates 5 to 10 % of pregnancies. It continues to be a major cause of morbidity and mortality in the newborn.

Aim: To evaluate infectious risk associated with PROM in at term and asymptomatic new-born and to study this risk according to the duration of rupture.

Methods: Retrospective study in neonatal unit of Charles Nicolle hospital of Tunis including all cases with isolated PROM in at term new-born during the year 2007.

Results: 299 cases were identified over 3749 live births that is an incidence of 8 %, divided to: 21 cases (7 %) between 6 and 12 hours, 86 cases (28.8 %) between 12 and 18 hours, 61 cases (20.4 %) between 18 and 24 hours and 131 cases (43.8 %) more than 24 hours. Diagnosis of colonization was reported in 54 % of cases when PROM occurred between 12 and 18 hours versus respectively 27.3%, 0 % and 18 % in respectively subset of 6 to 12 hours, 18 to 24 hours and more than 24 hours ($p=0,03$). 62 % of fœto-maternal infections were reported in subset of PROM more than 24 hours and 13.8 % in the subset between 18 and 24 hours.

Conclusion: Our study emphasizes the important risk of fœto-maternal infection associated with isolated PROM. This risk is major when the rupture exceed 12 hours but the limit of 18 hours can unrecognized some cases of probable fœto-maternal infection.

Mots-clés

Rupture prématurée des membranes, nouveau-né à terme, infection materno-foetale

Key- words

Premature rupture of membranes, at term newborn, neonatal bacterial infections.

La rupture prématurée des membranes (RPM) est définie, quel que soit le terme de la grossesse par la rupture franche de l'amnios et du chorion se produisant avant toute contraction utérine. La RPM à terme survient dans 5 à 10 % des grossesses et représente 80 % des ruptures des membranes [1]. Elle rend encore compte d'une part importante de la morbidité et de la mortalité néonatale malgré l'amélioration du pronostic liée à l'antibiothérapie maternelle prophylactique en péri partum. Elle est évaluée à 7.93/10 000 nouvelles naissances [2].

Le but de ce travail était d'évaluer le risque infectieux associé à la RPM chez le nouveau-né à terme et asymptomatique et de l'étudier en fonction de la durée d'ouverture des membranes.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de Néonatalogie de l'hôpital Charles Nicolle entre le 1er janvier et le 31 décembre 2007. Cette étude a porté sur les RPM ayant compliqué des grossesses aboutissant à des naissances vivantes à terme. Nous avons constitué 4 sous groupes de RPM selon la durée de la rupture : [6-12 h] ;]12- 18 h] ;]18- 24 h] et > 24 h. Selon le protocole de prise en charge du risque d'infection materno-fœtale (IMF), adopté par notre équipe, toute RPM isolée indique la pratique de prélèvements périphériques (PP) (gastrique, anal et auriculaire) ainsi qu'un bilan biologique sanguin comprenant une numération formule sanguine (NFS) et une C-Reactive Protein (CRP). La CRP est pratiquée en moyenne après 12 heures de vie. Selon les résultats des examens biologiques et bactériologiques les nouveau-nés asymptomatiques seront classés en 3 groupes :

- Infection certaine septicémique, définie par la présence d'un germe dans un site normalement stérile (prélèvements centraux: sang et /ou LCR).

- Infection certaine non septicémique, définie par une atteinte clinique et/ou biologique évocatrice et la positivité d'un ou de plusieurs PP à un seul germe pathogène, avec des prélèvements centraux stériles

- et infection probable définie par une anomalie clinique et/ou biologique évocatrice d'infection, mais sans qu'aucun germe n'a pu être isolé.

Le seuil de positivité de la CRP est fixé à 20 mg/l.

La conduite obstétricale en cas de RPM isolée consiste en une expectative de 24 heures précédant le déclenchement du travail si les conditions locales sont favorables, sous couverture d'une antibio-prophylaxie systématique à base d'ampicilline, sinon une césarienne est indiquée. Un prélèvement vaginal ou un examen cytobactériologique des urines ne sont pas de pratique systématique.

Nous avons calculé des fréquences simples et des fréquences relatives (pourcentages) pour les variables qualitatives. Pour les variables quantitatives, nous avons calculé des moyennes. Les comparaisons de pourcentages ont été effectuées par le test du chi-deux de Pearson. Les comparaisons de 2 moyennes ont été effectuées au moyen du test t de Student.

Dans tous les tests statistiques, le seuil de signification a été fixé à 0.05

RÉSULTATS

Au cours de la période d'étude, nous avons colligé 299 cas de RPM isolée sur un total de 3749 naissances vivantes (NV) soit une prévalence de 8% NV, répartis comme suit : 21 cas de RPM (7 %) entre 6 et 12 heures, 86 cas (28.8 %) entre 12 et 18 heures, 61 cas (20.4 %) entre 18 et 24 heures et 131 cas (43.8 %) de RPM supérieure à 24 heures.

Les 4 sous groupes étaient comparables en termes d'âge gestationnel, de poids de naissance, de score d'Apgar, de gestité et de parité maternelle (Tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques de base des 4 sous groupes de RPM

	6-12h	12-18h	18-24h	> 24 h	SS
AG moyen	39	39	39	38	NS
PN moyen	3399	3342	3197	3236	NS
Apgar 1/5	8/9	8/9	8/9	8/9	NS
Age maternel moyen	30.38	30.23	30.17	30.35	NS
Gestité	1.95	1.93	1.93	1.85	NS
Parité	1.47	1.65	1.59	1.58	NS

Le taux de césarienne était de 22.7 %, sans différence statistiquement significative entre les différents sous groupes. La césarienne en dehors du travail était indiquée dans 54 % des cas devant une RPM supérieure à 24 heures ($p=0.015$). Le travail était déclenché quand la durée de la RPM était supérieure à 24 heures dans 59 % des cas versus respectivement 11%, 20.9 %, et 5.5% dans, respectivement, les sous groupes 18-24 heures et 6-12 heures ($p=0.015$).

La valeur moyenne de la première CRP, pratiquée en moyenne à H 20 de vie était de 6.32 mg/l, les globules blancs avaient une moyenne de 17 266 /mm³ et les plaquettes à 247 657/mm³.

Le diagnostic de colonisation était retenu dans 54 % des cas de RPM lorsque celle-ci avait duré entre 12 et 18 heures versus respectivement 27.3 %, 0 % et 18 % dans respectivement les sous groupes "6 à 12 heures", "18 à 24 heures" et "supérieure à 24 heures" ($p=0.03$). Les colonisations étaient toutes à streptocoque du groupe B. Aucun cas d'IMF certaine dans les sous groupes de 6 à 12 heures et de 12 à 18 heures n'a été colligé. Ainsi 66.7 % des cas d'IMF certaine (2/3) appartenaient aux sous groupes "RPM supérieure à 24 heures" et 33.3 % (1/3) dans le sous groupe "RPM de 18 à 24 heures". Il s'agissait dans tous les cas d'IMF à streptocoque du groupe B. Le diagnostic d'IMF probable a été retenu dans 26 cas dont 61.5 % dans le sous groupe "RPM de 18 à 24 heures" versus respectivement 11.5 %, 23.1 % et 3.8 % dans respectivement les sous groupes 18 à 24 heures, 12 à 18 heures et 6 à 12 heures ($p=0.03$) (Tableau 2).

Tableau 2 : Diagnostic retenu en fonction des sous-groupes de RPM

	Colonisation	IMF probable	IMF certaine	IMF non confirmée	Total
6 – 12 h	3	1	0	17	21 7%
12 – 18 h	6	6	0	74	86 28.8%
18 – 24 h	0	3	1	57	61 20.4%
> 24 h	2	16 61.5%	2	111	131 43.8%
Total	11 3.7%	26 8.7%	3 1%	259 86.6%	299 100%

DISCUSSION

L'incidence de la RPM chez le nouveau-né à terme est variable d'une équipe à une autre en raison de l'imprécision de la définition. Les taux rapportés sont généralement compris entre 5 et 31 % [3]. Cette disparité est essentiellement liée à la définition de la période de latence, délai entre la rupture et le début du travail. Une durée de 12 heures est retenue par la plupart des équipes [4]. Dans notre série, le taux de RPM était de 8 % du total des naissances vivantes, une phase de latence de 6 heures était retenue pour définir la RPM.

L'ouverture prolongée de la poche des eaux favorise la contamination du liquide amniotique par voie ascendante [5]. Seince et al [6] dans une étude multicentrique, n'ont pas trouvé de différence significative en termes d'IMF selon que le délai

de la rupture soit de 6 à 12 h, de 12 à 24 h ou de plus de 24 h. De même, Mozurkeuwich et Wolf [7], dans une méta-analyse étudiant les conséquences infectieuses néonatales selon le délai d'expectative adoptée en cas de RPM à terme, n'ont pas montré de différence significative en terme d'IMF quelque soit le délai adopté.

Dans notre série, le risque infectieux global associé à une RPM isolée était évalué à 9.7 % ainsi un nouveau-né parmi 10, né après une RPM isolée, est à risque d'IMF, ce même chiffre a été rapporté par Seo et al en 1992 [8].

Dans notre série, l'analyse comparative entre les différents sous groupes de RPM établis a montré que le sous groupe "RPM supérieure à 24 heures" est le plus lié à un risque d'IMF certaine (66.7 %) et d'IMF probable (61.5 %) ($p < 0.03$) malgré l'antibiothérapie maternelle souvent démarrée. Dans chacun des sous-groupes "6 – 12 h" et "18 – 24 h" aucun cas d'IMF certaine n'a été retrouvé et un seul cas d'IMF probable a été noté. La taille de notre population d'étude ne nous permet pas de tirer des conclusions.

Dans le sous groupe "12 – 18 h", nous n'avons pas colligé de cas d'IMF certaine, mais, parmi les cas d'IMF probable, 23 % survenaient dans ce sous groupe avec une valeur moyenne de CRP moyenne supérieure à 25 mg/l dans 66.5 % des cas. Ce résultat est retrouvé même en regroupant les sous groupes d'IMF en en deux sous groupes 12 – 18 h et > 18 h : 24 % des IMF probables survenaient avant 18 h avec une valeur moyenne de CRP toujours supérieure à 25 mg/l. D'où l'intérêt de considérer ce sous groupe comme un sous groupe à risque d'IMF.

CONCLUSION

Ce travail souligne le risque important d'IMF associé à une RPM isolée chez le nouveau-né à terme. Ce risque était plus important en cas de rupture supérieure à 18 h de temps (76 % des IMF). La limite de 18 h adoptée par plusieurs équipes peut méconnaître des cas d'IMF.

Références

1. Bloog G. Le déclenchement de l'accouchement dans la rupture prématurée des membranes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1995; 24: 48-53.
2. Hannah ME, Ohlsson A, Farine D, et al. Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term. *N Engl J Med* 1996;334:1005-10.
3. 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; 14:129-33.
4. Audra P, Pasquier JC. Rupture prématurée des membranes à terme. *Encycl. Med Chir* 5-072-B-20.
5. Blond M.M, Gold F, Quentin R. Infection bactérienne du nouveau-né par contamination materno-foetale : on peut se fier à l'anamnèse. *J Gynecol Biol Reprod*, 1992; 21:393-7.
6. Seince N, Biquared 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* 2001; 30 :42-50.
7. Mozurkeuwich EI, Wolf FM. Premature rupture of membranes at term: A meta-analysis of three management schemes. *Obstet Gynecol*.1997; 89: 1035-43.
8. Seo K, Gregor JA, French JI. Preterm birth is associated with increased risk of maternal and neonatal infection. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 75-80