



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Recommandations pour la pratique clinique

Rupture des membranes à terme avant travail. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF – Texte court



Term Prelabor Rupture of Membranes: CNGOF Guidelines for Clinical Practice – Short Text

M.-V. Senat^{a,*,b,c}, T. Schmitz^{d,e,f}, H. Bouchghoul^{a,b,c}, C. Diguisto^{f,g,h}, A. Girault^{f,i},
S. Paysant^j, J. Sibiude^k, L. Lassel^l, L. Sentilhes^m

^a Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Bicêtre, AP-HP, 78, avenue du Général-Leclerc, 94270 Le Kremlin-Bicêtre, France

^b Université Paris-Sud, université de médecine Paris-Saclay, 94270 Le Kremlin-Bicêtre, France

^c Inserm, centre de recherche en épidémiologie et en santé en population, université Paris-Saclay, université Paris-Sud, université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, 94800 Villejuif, France

^d Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Robert-Debré, AP-HP, 48, boulevard Sérurier, 75019 Paris, France

^e Université de Paris, 75014 Paris, France

^f Université de Paris, epidemiology and statistics research Center/CRESS, Inserm, INRA, 75004 Paris, France

^g Service de gynécologie-obstétrique, CHU Bretonneau, Maternité Olympe de Gougues, 2, boulevard Tonnellé, 37044 Tours cedex 9, France

^h Université François-Rabelais, 37044 Tours, France

ⁱ Service de gynécologie-obstétrique, maternité Port-Royal, université de Paris, DHU risques et grossesse, AP-HP, 123, boulevard de Port-Royal, 75014 Paris, France

^j Collège national des sages-femmes de France, 136, avenue Emile-Zola, 75015 Paris, France

^k Service de gynécologie-obstétrique, maternité Louis-Mourier, université de Paris, DHU risques et grossesse, AP-HP, 178, rue des Renouillers, 92701 Colombes cedex, France

^l Département de gynécologie-obstétrique et reproduction humaine, hôpital Sud, CHU de Rennes, 16, boulevard de Bulgarie, 35203 Rennes, France

^m Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Pellegrin, centre hospitalier universitaire de Bordeaux, place Amélie-Raba-Léon, 33076 Bordeaux, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 25 octobre 2019

R É S U M É

Objectif. – Déterminer la prise en charge des patientes avec une rupture des membranes à terme avant travail (RMTAT).

Méthodes. – Synthèse de la littérature à partir des bases de données PubMed et Cochrane et des recommandations des sociétés et collèges français et étrangers.

Résultats. – Une RMTAT est définie par une rupture des membranes après 37 semaines d'aménorrhée (SA) en l'absence de travail (Accord professionnel). La RMTAT est considérée comme un processus physiologique jusqu'à 12 heures de rupture (Accord professionnel). En cas d'attitude expectative, avec un faible taux d'antibioprophylaxie, la prise en charge à domicile en comparaison à l'hospitalisation pourrait être associée à une augmentation du taux d'infections néonatales (NP3) et ce d'autant qu'il existe une colonisation au streptocoque du groupe B (NP3). La prise en charge à domicile n'est donc pas recommandée (Grade C). Lors d'une RMTAT, en l'absence de travail spontané dans les 12 heures suivant la rupture, une antibioprophylaxie pourrait diminuer le taux d'infection intra-utérine (IIU) sans diminuer le taux d'infection néonatale bactérienne précoce (INBP) (NP3). Son utilisation dans les RMTAT, après 12 h de RMTAT est donc recommandée (Grade C). Lorsqu'une antibioprophylaxie est indiquée, une bêta-lactamine par voie intraveineuse sera privilégiée (Grade C). Le déclenchement du travail par oxytocine (NP2), prostaglandines E2 (NP2), ou misoprostol (NP2) permet de raccourcir le délai entre la rupture des membranes et l'accouchement en comparaison à l'expectative. Un déclenchement immédiat du travail n'est pas associé à une réduction de l'INBP en comparaison à une attitude expectative (NP1), et ce quel que soit le statut des patientes pour le streptocoque B (NP2). Le déclenchement n'est pas associé à une augmentation ou une réduction du taux de césarienne en comparaison à une attitude expectative (NP2), quels que soient la parité (NP2) et le score de Bishop (NP3). En cas de RMTAT, l'attitude expectative

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marie-victoire.senat@aphp.fr (M.-V. Senat).

peut être proposée sans augmenter le risque infectieux néonatal (Grade B), et ce même en cas de dépistage positif pour le streptocoque B (Accord professionnel) et un déclenchement peut être proposé sans augmenter le risque de césarienne (Grade B). Les différentes méthodes de déclenchement (oxytocine, dinoprostone, misoprostol, sonde de Foley[®]) n'ont pas permis de démontrer la supériorité d'une stratégie par rapport à une autre, que ce soit pour diminuer le taux d'IIU ou d'INBP, le taux de césarienne ou raccourcir le délai déclenchement-accouchement ; et ce quel que soit le score de Bishop ou la parité.

Conclusion. – La RMTAT est un événement fréquent. Un délai de 12 heures, après la rupture, sans entrée en travail spontané, a été retenu pour différencier une situation physiologique d'une situation potentiellement à risque pouvant justifier une antibioprophylaxie. En cas de RMTAT, l'attitude expectative ou le déclenchement du travail peuvent être proposés et ce, même en cas de dépistage positif pour le streptocoque B, en fonction du désir de la patiente et de l'organisation des soins dans les maternités (Accord professionnel).

© 2019 Publié par Elsevier Masson SAS.

A B S T R A C T

Objective. – To determine the management of patients with term prelabor rupture of membranes.

Methods. – Synthesis of the literature from the PubMed and Cochrane databases and the recommendations of French and foreign societies and colleges.

Results. – Term prelabor rupture of membranes is considered a physiological process up to 12 hours of rupture (Professional consensus). In case of expectant management and with a low rate of antibiotic prophylaxis, home care compared to hospitalization could be associated with an increase in neonatal infections (LE3), especially in case of group B streptococcus colonization (LE3). Home care is therefore not recommended (Grade C). In the absence of spontaneous labor within 12 hours of rupture, antibiotic prophylaxis could reduce the risk of maternal intrauterine infection but not of neonatal infection (LE3). Its use after 12 hours of rupture in term prelabor rupture of the membranes is therefore recommended (Grade C). When antibiotic prophylaxis is indicated, intravenous beta-lactams are recommended (Grade C). Induction of labor with oxytocin (LE1), prostaglandin E2 (LE1) or misoprostol (LE1), is associated with shorter rupture of membranes to delivery intervals when compared to expectant management. Compared with expectant management, immediate induction of labor is not associated with lower rates of neonatal infection (LE1), even among women with a positive streptococcus B vaginal swab (LE2). Thus, expectant management can be offered without increasing the risk of neonatal infection (Grade B). Induction of labor is not associated with an increase or decrease in the cesarean delivery rate (LE2), whatever parity (LE2) or Bishop score at admission (LE3). Induction can thus be proposed without increasing the risk of cesarean delivery (Grade B). No induction method (oxytocin, dinoprostone, misoprostol or Foley[®] catheter) has demonstrated superiority over another, whether to reduce rate of intrauterine or neonatal infection, rate of cesarean delivery or to shorten rupture of membranes to delivery intervals regardless of Bishop's score and parity.

Conclusion. – Term prelabor rupture of membranes is a frequent event. A 12-hour delay without onset of spontaneous labor was chosen to differentiate a physiological condition from a potentially unsafe situation justifying an antibiotic prophylaxis. Expectant management or induction of labor can both be proposed, even in case of positive screening for streptococcus B, depending on the patient's wishes and maternity units' organization (Professional consensus).

© 2019 Published by Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

Les recommandations pour la pratique clinique élaborées par le Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF) visent à aider le clinicien à prendre une décision en lui offrant une synthèse disposant d'un niveau de preuve scientifique ou d'un accord professionnel pour essayer d'améliorer la prise en charge des mères et des futurs enfants à naître.

Ces recommandations ont un but informatif. Elles ne sont absolument pas « médicalement opposables » et non pas pour but d'être instrumentalisées lors de contentieux médicaux. Ainsi, un soignant (sage-femme, gynécologue-obstétricien, pédiatre, anesthésiste) a le libre choix de ne pas appliquer une recommandation élaborée par le groupe d'experts si il estime que cette recommandation ne représente pas l'option la plus appropriée pour la prise en charge de la patiente dont il a la charge. Ceci est particulièrement vrai pour les recommandations de faible grade.

Concernant les niveaux de preuve observés (NP), trois éléments méritent d'être clarifiés pour aider le lecteur à la compréhension de la cotation et de la formulation de ces RPC [1] :

- le groupe de travail a privilégié le présent pour le temps des verbes quand le NP est élevé (NP1 et NP2, voire exceptionnellement NP3 quand toutes les études sont concordantes pour l'événement étudié) ; dans le cas contraire, le conditionnel est privilégié ;
- deux résultats issus de la même étude ont pu être cotés différemment (NP2 pour l'un et NP3 pour l'autre par exemple) si l'un des événements était le critère de jugement principal de l'étude et l'autre un des critères de jugement secondaire, ou si la puissance statistique de l'étude était considérée comme insuffisante pour l'un des deux critères étudiés ;
- la qualité scientifique d'une étude est évaluée par un niveau de preuve (NP) tandis que la force de la recommandation, élaborée à partir des données scientifiques, est évaluée par un grade, selon la cotation proposée par la Haute Autorité de santé (HAS) ;
- enfin, il est important pour le lecteur de comprendre sans ambiguïté la formulation des recommandations :
 - « il est recommandé de faire... » signifie que la littérature a démontré que faire ce geste diminuait les risques ; il faut donc faire ce geste dans la mesure du possible,

- « il n'est pas recommandé de faire... » signifie que la littérature n'a pas démontré que faire ce geste diminuait les risques ; il n'est donc pas nécessaire de faire ce geste systématiquement. Mais il n'est pas interdit de le faire,
- « il est recommandé de ne pas faire... » signifie que la littérature a démontré que faire ce geste augmente les risques ; il faut donc éviter de faire ce geste.

2. Épidémiologie : définition, fréquence, facteurs de risque et complications de la rupture prématurée des membranes à terme avant travail

En obstétrique, le mot prématuré correspond habituellement à un événement survenant avant 37 SA soit avant terme, alors que dans l'appellation rupture prématurée des membranes à terme, le mot « prématurée » signifie que la rupture est survenue à terme (> 37 SA) mais avant le début de travail. Il existe donc une confusion dans l'utilisation sémantique du mot « prématurée ». C'est pourquoi le groupe d'expert a choisi pour ces RPC la dénomination « Rupture des membranes à terme » (RMT) pour désigner les femmes ayant rompu après 37 SA. Dans les RMT, l'enjeu est de distinguer les patientes en travail, des patientes pour lesquelles la RMT se prolonge sans travail. En effet, parmi ces RMT, certaines femmes se mettront en travail spontanément dans un délai variable. D'autres ne présenteront pas de contractions utérines cliniquement évidentes associées à des modifications cervicales et définiront alors le groupe de femmes avec une Rupture des membranes à terme avant travail (RMTAT). L'acronyme RMTAT s'harmonise ainsi avec le terme anglo-saxon de « Term Prelabor Rupture of Membranes » utilisé par les autres sociétés savantes. Ces deux situations, RMT et RMTAT, présentent potentiellement des pronostics différents en termes d'infection materno-fœtale.

D'après les données non publiées de l'Enquête nationale périnatale (ENP) française de 2016, une RMT survient chez 26,5 % des femmes avec grossesse monofœtale, avant leur admission en salle de naissance, sans que l'on puisse définir précisément s'il s'agissait d'une RMTAT (NP3). La fréquence de la RMTAT rapportée dans la littérature serait d'environ 6 à 22 % des grossesses monofœtales (NP3). Dans l'ENP de 2016, la RMTAT, 12 heures après la rupture, a concerné 35,6 % des femmes avec une RMT, soit 8,9 % de l'ensemble des grossesses monofœtales (NP3). La RMTAT serait associée à un risque de fièvre avant (NP3), pendant (NP3) et après le travail (NP3), ainsi qu'à celui d'infection intra-utérine et néonatale (NP3). La fréquence de ces complications dans un contexte d'antibioprophylaxie systématique n'est pas connue. Le groupe d'experts a choisi un délai de 12 heures sans entrée en travail spontané pour différencier une situation physiologique d'une situation potentiellement à risque pouvant justifier une intervention médicale (accord professionnel). Les facteurs de risque de RMTAT sont l'antécédent de RMTAT (NP3), la nulliparité (NP3), des contractions utérines ayant nécessité un traitement (NP3), et la présence de métrorragies au premier trimestre (NP3) [2].

3. Prise en charge initiale

Chez les femmes ayant une RMTAT, lorsqu'une attitude expectative est décidée, la prise en charge à domicile dans un contexte de faible taux d'antibioprophylaxie, en comparaison à l'hospitalisation, pourrait être associée à une augmentation du risque d'infection néonatale (NP3), ce d'autant qu'il existe une colonisation au streptocoque du groupe B (NP3). La prise en charge à domicile n'est donc pas recommandée (Grade C). Chez une

patientes ayant une RMTAT, il est recommandé de rechercher les signes cliniques d'infection intra-utérine (Accord professionnel) et de limiter le nombre de touchers vaginaux avant et pendant le travail (Grade C). La performance diagnostique de la numération de leucocytes et de la concentration de la C-Reactive Protein (CRP) plasmatique pour la prédiction d'une infection néonatale est faible (NP3). Il n'y a pas de données suffisantes pour recommander un dosage de la CRP ou du taux de leucocytes lors du diagnostic d'une RMTAT (Accord professionnel). Cependant, en cas d'utilisation de ces marqueurs, la CRP doit être privilégiée en raison de son excellente valeur prédictive négative (Grade C). La Haute Autorité de santé recommande un dépistage systématique du portage du streptocoque du groupe B par prélèvement vaginal en fin de grossesse entre 34 et 38 semaines d'aménorrhée. Lorsque celui-ci a été réalisé et quel que soit son résultat, il n'est pas recommandé de le renouveler lors de la rupture (Accord professionnel). Lorsque le prélèvement vaginal n'a pas été réalisé entre 34 et 38 semaines d'aménorrhée, celui-ci est recommandé à l'admission (Grade C). La réalisation, à l'admission, d'une échographie pour évaluer la quantité de liquide amniotique n'est pas recommandée (Accord professionnel). Il est recommandé de réaliser une analyse du rythme cardiaque fœtal à l'admission en cas de RMTAT (accord professionnel). Le bénéfice de l'antibioprophylaxie chez les femmes avec une RMTAT n'a pas été démontré pour la diminution du risque d'infection néonatale (NP2). L'intérêt d'une antibioprophylaxie n'a pas été démontré en cas de déclenchement immédiat mais pourrait diminuer le taux d'infection intra-utérine lors d'une attitude expectative supérieure à 12 heures (NP3). En cas de RMTAT supérieure à 12 heures, il est recommandé d'administrer une bêta-lactamine en première intention (Grade C), par voie intraveineuse ou intramusculaire (Grade C) car seules ces voies d'administration ont été évaluées dans les essais randomisés (NP3) [3].

4. Déclenchement : quand et comment ?

En cas de RMTAT, deux options sont envisagées : une attitude interventionniste avec un déclenchement immédiat du travail, ou une expectative jusqu'à l'entrée en travail spontané. L'objectif du déclenchement du travail serait de diminuer le risque d'infection intra-utérine ainsi que la morbidité maternelle ou néonatale qui y serait associée. L'attitude expectative viserait à diminuer le risque de césarienne, ainsi qu'à limiter la iatrogénie potentiellement associée à une intervention médicale non nécessaire.

Le déclenchement permet de raccourcir le délai entre la rupture des membranes et l'accouchement en comparaison avec l'expectative quand il est réalisé par oxytocine (NP2), par prostaglandines E2 (NP2), ou par misoprostol (NP2). Les études existantes concernant le ballonnet de Cook[®] (NP2) ou la sonde de Foley[®] (NP2), les dilateurs osmotiques (NP2) et l'acupuncture (NP2) sont limitées et ne mettent pas en évidence de raccourcissement du délai entre la rupture des membranes et l'accouchement.

Pour comparer les bénéfices et les risques d'une politique de déclenchement versus une attitude expectative, seul la TERM PROM study possède une méthodologie robuste. Toutefois, cet essai réalisé il y a plus de 20 ans présente comme principales limites : un statut des femmes pour le streptocoque B inconnu au moment de l'accouchement et un faible taux d'antibioprophylaxie (12 %). Dans cet essai, un déclenchement immédiat du travail n'était pas associé à une réduction de l'infection néonatale en comparaison à une attitude expectative (NP1), et ce quel que soit le statut des patientes pour le streptocoque B (NP2). Le déclenchement n'était pas associé à une augmentation ou une réduction du taux de césarienne en comparaison à une attitude expectative (NP2), quels que soient la parité (NP2) et le score de Bishop (NP3).

Le déclenchement par oxytocine (NP2), et non par prostaglandines (NP2), était associé à une réduction du risque d'infection intra-utérine et de fièvre du post-partum en comparaison à l'expectative.

En cas de RMTAT, l'attitude expectative peut être proposée sans augmenter le risque infectieux néonatal (Grade B), et ce même en cas de dépistage positif pour le streptocoque B (Accord professionnel) et un déclenchement peut être proposé sans augmenter le risque de césarienne (Grade B). Le moment du déclenchement dépendra donc principalement de l'organisation des soins en maternité et de la préférence des femmes après les avoir informées des risques et bénéfices des deux stratégies possibles (Accord professionnel). En cas de liquide méconial ou de rupture des membranes > 4 jours, il est recommandé de proposer un déclenchement (Accord professionnel).

Les essais randomisés majoritairement de faible effectif ayant comparé spécifiquement les différentes méthodes de déclenchement (oxytocine, dinoprostone, misoprostol, sonde de Foley) n'ont pas permis de démontrer la supériorité d'une stratégie par rapport à une autre, que ce soit pour diminuer le taux d'infection intra-utérine ou néonatale, le taux de césarienne ou raccourcir le délai déclenchement-accouchement ; et ce quel que soit le score de Bishop ou la parité. Toutes ces méthodes peuvent donc être utilisées (Accord professionnel), toutefois les données sont insuffisantes pour éliminer un sur-risque infectieux associé à l'utilisation de la sonde de Foley® [4,5].

5. Conclusion

En cas de RMTAT, la prise en charge à domicile n'est pas recommandée (Grade C). Après 12 heures de rupture, il est recommandé de prescrire une antibiothérapie prophylactique (grade C) par bêta-lactamines en première intention (Grade C). En cas de RMTAT, l'attitude expectative ou le déclenchement du travail peuvent être proposés et ce, même en cas de dépistage positif pour le streptocoque B, en fonction du désir de la patiente et de l'organisation des soins dans les maternités (Accord professionnel).

Déclaration de liens d'intérêts

Loïc Sentilhes est consultant pour le laboratoire Ferring et membre du CNGOF. Linda Lassel est consultante pour le laboratoire LSD et membre du CNGOF. Marie-Victoire Senat et Thomas Schmitz sont membres du CNGOF.

Promoteur

CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français)
91, boulevard de Sébastopol, 75002 Paris

Comité d'organisation

Linda Lassel, Président (gynécologue-obstétricien, Rennes), M.V. Senat, coordonateur, CNGOF (gynécologue-obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), L. Sentilhes, coordonateur, CNGOF (gynécologue-obstétricien, CHU, Bordeaux), Thomas Schmitz, coordonateur, CNGOF (gynécologue obstétricien, CHU

Robert-Debré, Paris), CNGOF, Sabine Paysant (CNSF, Collège national des sages-femmes de France).

Experts du groupe de travail

Hanane Bouchghoul (gynécologue-obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), Caroline Diguisto (gynécologue-obstétricien, CHU, Tours) Aude Girault (gynécologue-obstétricien, CHU Port-Royal, Paris), Jeanne Sibiude (gynécologue-obstétricien, CHU, Colombes).

Relecteurs des textes

C. Arthuis (gynécologue-obstétricien, CHU, Nantes), R. Béranger (sage-femme, CHU, Rennes), D. Body-Bechou (gynécologue-obstétricien, PSPH, Nantes), J.B. Brest (gynécologue-obstétricien, centre hospitalier, Morlaix), J. Cirier (gynécologue-obstétricien, CHU, Tours), P. Delorme (gynécologue-obstétricien, CHU, Paris), P. Dias (sage-femme, CHU, Colombes), C. Garabedian (gynécologue-obstétricien, CHU, Lille), B. Harvey (pédiatre, centre hospitalier, Saint-Cloud), M. Le Lous (gynécologue-obstétricien, CHU, Rennes), A. Letourneau (gynécologue-obstétricien, CHU, Clamart), C. Le Ray (gynécologue-obstétricien, CHU, Paris), E. Lorthie (Sage femme, Inserm, Paris), H. Madar (gynécologue-obstétricien, CHU, Bordeaux), E. Maisonneuve (gynécologue-obstétricien, CHU, Paris), D. Menzella (gynécologue-obstétricien, PSPH, Paris), É. Misbert (gynécologue-obstétricien, CHU, Nantes), A. Nguyen (gynécologue-obstétricien, libéral, Paris), F. Pachy (gynécologue-obstétricien, centre hospitalier, Saint-Maurice), V. Peyronnet (gynécologue-obstétricien, CHU, Colombes), C. Plesse (sage-femme, CHU, Rennes), S. Pomès (sage-femme, CHU, Tours), T. Quibel (gynécologue-obstétricien, CHI, Poissy), A. de Quillacq (gynécologue-obstétricien, libéral, Paris), M. Rajguru (gynécologue-obstétricien, centre hospitalier, Versailles), E. Rault (gynécologue-obstétricien, CHU, Lyon), É. Serre (gynécologue-obstétricien, centre hospitalier, Nevers), C. Tardif (gynécologue-obstétricien, CHU, Rennes), C. Thuillier (gynécologue-obstétricien, CHI, Poissy), C. Vérot (sage-femme, CHU, Paris), S. Vigoureux (gynécologue-obstétricien, PSPH, Paris), M.C. Wimmer (gynécologue-obstétricien, centre hospitalier, Saint-Malo).

Références

- [1] Senat MV, Schmitz T, Lassel L, Sentilhes L. Rupture des membranes à terme avant travail. Recommandations pour la pratique Clinique du CNGOF-Méthode et organisation. *Gynecol Obstet Fert Senol* 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2019.10.011> [48].
- [2] Diguisto C. Rupture des membranes à terme avant travail. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF-Définition, fréquence, complications et facteurs de risque. *Gynecol Obstet Fert Senol* 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2019.10.016> [48].
- [3] Bouchghoul H. Rupture des membranes à terme avant travail. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF-Prise en charge initiale. *Gynecol Obstet Fert Senol* 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2019.10.012> [48].
- [4] Sibiude J. Rupture des membranes à terme avant travail. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF-Faut-il déclencher ? *Gynecol Obstet Fert Senol* 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2019.10.015> [48].
- [5] Girault A. Rupture des membranes à terme avant travail. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF-Méthodes de déclenchement. *Gynecol Obstet Fert Senol* 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2019.10.014> [48].