



MATERNITE		<i>Procédure n° : MAT P0060</i>
<i>Responsables : Dr RAYNAL Dr JACQUEMOT Dr HENTGEN</i>	<i>Approbateur : Dr P. PANEL Fonction : Chef de Service</i>	<i>Version : 4 Mise à jour : 09/06/2012 Date de création : 09/01/2006 Modification : 19/02/2011</i>
<i>Fonction : Praticien Hospitalier signature</i>	<i>signature</i>	<i>Liste de diffusion : salle accouchement Mater 1</i>
PRISE EN CHARGE DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES <37SA		

1. Confirmer la rupture des membranes par

- . La clinique, écoulement de liquide amniotique (LA) à la vulve dans 90% des cas

En l'absence d'écoulement de LA, pratiquer

. **AMNISURE® Test (PAMG-1)**

Si le test est positif, les membranes sont considérées comme rompues.

Si le test est négatif, les membranes sont considérées comme intactes.

Ne pas l'utiliser si

- . Métrorragies abondantes (OK si modérées)
- . Pose d'un ovule vaginal datant de moins de 6 heures
- . Ecoulement de LA franc (Possible faux négatif (Hook effect))

2. A l'admission

Contre indication du toucher vaginal sauf si femme suspecte d'être en travail.

Port d'un masque lors de l'examen d'une femme suspecte d'avoir perdu les eaux.

Bilan infectieux :

- . NFS-Plaquettes
- . CRP
- . Prélèvement vaginal, prélèvement du liquide amniotique sous spéculum
- . ECBU

Echographie : quantité de LA (index amniotique), présentation et biométries fœtales, localisation placentaire.

**PRISE EN CHARGE DE LA
RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES <37SA**

3. Lors de l'hospitalisation

. **RPM avant 24 SA**

- . Information et discussion avec la patiente / le couple par le senior d'obstétrique et le pédiatre sur le contexte et les issues possibles
- . Pas de tocolyse ni corticoïdes jusqu'à 24SA ; débuter l'antibioprophylaxie
- . Appeler maternité de Poissy (Type 3 de référence) pour prise en charge consensuelle

. **RPM entre 24 et 32 SA : Transfert vers maternité Type III**

Initier au plus vite la cure de corticoïdes (à discuter avec diabétologues si diabète) et antibiothérapie par Pénicilline G 5 millions d'unités IVL

. **RPM ≥ 32SA :**

- . Repos, lever autorisé
- . Surveillance .T° toutes les 4 heures (sauf la nuit)
 - . Bandelette urinaire 1/semaine
 - . Prélèvement vaginal, prélèvement liquide amniotique 1/semaine avec port de la bavette
 - . Bilan infectieux 2 fois/semaine
 - . NFS-Plaquettes
 - . CRP
 - . Enregistrement RCF 1 fois par jour les 3 premiers jours puis 2 fois par semaine (à répéter si CU, fièvre maternelle ...)



**PRISE EN CHARGE DE LA
RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES <37SA**

- . Echographie : quantité de LA (index amniotique),
présentation et biométries fœtales, localisation
placentaire.
A faire / 15 jours

**Proscrire tout TV sauf en cas de contractions utérines
faisant suspecter l'entrée en travail**

A. Si Chorioamniotite (contractions utérines, hyperthermie, tachycardie fœtale, élévation de la CRP et des globules blancs) . **Laisser accoucher ou déclencher avec un traitement antibiotique adapté** (cf protocole antibiothérapie en salle de travail).

Intérêt de la corticothérapie

B. En l'absence de chorioamniotite

a. **32-34 SA** : Traitement conservateur

. **Antibiothérapie systématique** :

Pénicilline G 5 millions d'unités IVL par jour durant 5 jours.

Si allergie aux Pénicillines, Rovamycine 2g/j per os pendant 5 jours.

Adapter l'antibiothérapie secondairement en fonction des résultats bactériologiques.

. **Corticothérapie** :

Béthaméthasone (Célestène® chronodose) 12 mg IM à renouveler 24 heures plus tard. Une seconde cure de corticoïdes ne sera pas systématique et sera rediscutée au cas par cas 15 jours après la première.



**PRISE EN CHARGE DE LA
RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES <37SA**

. Tocolyse :

Dose de charge : Adalate ® 20 mg toutes les 30 minutes en cas de persistance des contractions, jusqu'à 3 prises maximum.

Puis relais Adalate ® 20 mg per os toutes les 3 à 8 heures selon l'importance des contractions pendant 48 heures.

La dose maximum quotidienne est de 160 mg/jour.

Cf CI et précautions d'emploi Procédure MAP à membranes intactes

En cas d'intolérance à l'Adalate® ou d'échec constaté de cette tocolyse, relais par Loxen IV selon procédure existante.

En cas d'échappement à la tocolyse par Loxen® qui aura été tenté à doses progressivement croissantes pour une durée d'au moins 4 heures, envisager une :
Tocolyse intra-veineuse par β -mimétiques (Salbutamol®) en respectant bien les contre-indications (Diabète. Cardiopathie maternelle. Grossesses gémellaires)

En cas d'échec de la tocolyse par Loxen et β -mimétiques, tenter une tocolyse par antagoniste de l'ocytocine : Atosiban (Tractocile®)

Ce traitement est à envisager idéalement en association avec un transfert in-utero vers une maternité de Type 3 **sur seule décision du chef de garde.**

Arrêt systématique du traitement après 48h



**PRISE EN CHARGE DE LA
RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES <37SA**

A PARTIR DE 34SA, faire accoucher la patiente

Pénicilline G 5 millions d'unités IVL, puis 2,5 millions d'unités toutes les 4 heures dès la mise en travail

⇒ **Si col défavorable (Score de Bishop < 6), maturation cervicale (en l'absence d'utérus cicatriciel)**

⇒ **Si col favorable (Score de Bishop ≥ 6) déclenchement par Oxytocine**

⇒ **Si utérus cicatriciel et col défavorable**

. **Si strepto B + → césarienne**

. **Si strepto B - → expectative 24h**

⇒ **Après 24h . si col défavorable : césarienne**

. **si col favorable : voie basse**



MATERNITE

Procédure n° : **MAT P0060**

Version :

**PRISE EN CHARGE DE LA
RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES <37SA**