



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Rupture prématurée des membranes à terme sur col défavorable : quel délai pour déclencher ?

Premature rupture of membranes at term on unfavourable cervix: Immediate or delayed induction?

P. Zelli^{a,*}, B. Boussat^b, J.-C. Reynaud^c, J.-C. Pons^{a,d,e}, F. Sergent^{a,d,e}

^a Service de gynécologie et obstétrique, clinique universitaire de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, CHU de Grenoble, C.S. 10217, 38043 Grenoble cedex 9, France

^b Service de santé publique et médecine sociale, centre d'investigation clinique 003, CHU de Grenoble, C.S. 10217, 38043 Grenoble cedex 9, France

^c Service de gynécologie-obstétrique, groupe hospitalier Mutualiste, 8, rue Docteur-Calmette, 38000 Grenoble, France

^d Clinique universitaire de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, CHU de Grenoble, C.S. 10217, 38043 Grenoble cedex 9, France

^e Université Joseph-Fourier, B.P. 53, 38041 Grenoble cedex 9, France

Reçu le 13 novembre 2012 ; avis du comité de lecture le 14 février 2013 ; définitivement accepté le 4 mars 2013

MOTS CLÉS

Rupture prématurée des membranes à terme ;
Col défavorable ;
Césarienne ;
Infection materno-fœtale

Résumé

But. – Définir le délai de déclenchement optimal dans les ruptures prématurées des membranes (RPM) à terme sur col défavorable permettant de réduire le risque de césarienne et le risque d'infection materno-fœtale.

Patientes et méthodes. – Étude rétrospective réalisée dans deux maternités sur quatre ans comparant trois cohortes homogènes. Toutes les patientes ayant présenté une RPM à terme sur col défavorable (Bishop < 6) sur la période donnée ont été incluses. Trois délais d'expectative ont été définis après la rupture : inférieur à sept heures (groupe 1), entre sept et 12 heures (groupe 2) et supérieur à 12 heures (groupe 3). Les conséquences obstétricales, maternelles et fœtales ont été étudiées dans les trois groupes.

Résultats. – Les groupes 1, 2 et 3 comprenaient respectivement 60, 49 et 46 patientes. Concernant le taux de césarienne, aucune différence significative n'a été observée entre les trois groupes mais il demeurerait plus bas dans le groupe 2 : 6,1% versus 18,3% dans le groupe 1 et 21,7% dans le groupe 3. Les morbidités maternelle et fœtale étaient identiques dans les trois groupes.

Conclusion. – En cas de RPM à terme sur col défavorable, ni notre étude ni les données de la littérature ne permettent de définir un délai de déclenchement optimal.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pauline.zelli@hotmail.com (P. Zelli).

KEYWORDS

Premature rupture of membranes at term; Unfavourable cervix; Caesarean section; Maternal and foetal infection

Summary

Objectives. – To define the optimal delay before inducing labor in the management of premature rupture of the membranes (PRM) at term with unfavourable cervix in order to reduce the risk of caesarean section as well as the risk of maternal and foetal infection.

Materials and methods. – Retrospective study of three homogeneous groups carried out over on a period of 4 years in two centres. All the patients were included after premature rupture of membranes at term with unfavourable cervix (Bishop score < 6). We defined three expected delays after PRM at term: less than 7 h (group 1), between 7 and 12 h (group 2) and more than 12 h (group 3). We have assessed the obstetrical, maternal and foetal consequences for each group.

Results. – Sixty patients were allocated in group 1, 49 in group 2 and 46 in group 3. There was no significant difference in the rate of caesarean between the three groups but it was lower in group 2: 6.1% versus 18.3% in group 1 and 21.7% in group 3. No statistical difference was observed concerning maternal or foetal infections.

Conclusion. – In PRM at term, neither our study nor literature data allow us to conclude about the optimal delay before inducing labor.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La rupture prématurée des membranes (RPM) à terme est définie par l'ouverture de la poche des eaux avant le début du travail. Elle survient pour 5 à 10% des grossesses à terme. La conduite obstétricale qu'il convient d'adopter face à cette situation fréquente, à savoir déclenchement immédiat ou différé de l'accouchement, expectative jusqu'à l'entrée spontanée en travail demeure un sujet de controverse, en particulier quand le col est défavorable. Les risques supposés seraient un excès de césariennes en cas de prise en charge activiste versus un excès d'infection materno-fœtale en cas d'attentisme.

Bien que les études portant sur le sujet soient nombreuses, elles se révèlent contradictoires. Il faut souligner qu'au sein de ces études, on observe bien souvent un mélange entre déclenchement immédiat et différé et entre déclenchement différé et expectative. Les délais de déclenchement sont très variables d'une étude à l'autre, le degré de maturité cervical avant déclenchement n'est pas toujours recherché et le déclenchement de l'accouchement se fait tantôt avec des prostaglandines, tantôt avec des ocytociques. L'antibioprophylaxie n'est pas nécessairement renseignée et, quand bien même elle existe, n'est pas nécessairement documentée. Si bien que des groupes non homogènes de patientes sont comparés.

En avril 2008, la Haute Autorité de santé (HAS) a édicté des recommandations professionnelles sur le déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée (SA) [1]. Cependant, l'HAS s'est bien gardée de conclure sur l'attitude à adopter vis-à-vis d'une RPM à terme sur col défavorable. Tout au plus, elle nous informe que la conduite à tenir doit prendre en compte le risque infectieux qui augmente avec la durée d'ouverture de l'œuf et le délai d'expectative qui, sauf exception, ne doit pas excéder 48 heures. Pour terminer, elle ajoute que si l'accouchement n'a pas eu lieu dans les 12 heures qui suivent la RPM, il est recommandé d'instaurer une antibioprophy-laxie.

Si bien qu'à ce jour, en cas de col défavorable, la question du délai de déclenchement par rapport à la survenue de la rupture reste entière. Faut-il déclencher le travail sans délai, pour limiter le risque d'infection materno-fœtale sévère ou peut-on se permettre d'attendre, afin de diminuer le risque de césarienne?

L'objectif de notre étude est de définir le délai de prise en charge optimal dans les RPM à terme sur col défavorable, permettant de réduire ces deux risques.

Patientes et méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective de décembre 2006 à décembre 2010, sur deux centres périnataux dont l'attitude vis-à-vis du délai de déclenchement dans un contexte de RPM à terme sur col défavorable différait. Un centre déclenchait systématiquement l'accouchement dans un délai inférieur à sept heures alors que l'autre s'octroyait un délai d'expectative pouvant aller jusqu'à 12 heures et plus.

Nous avons inclus toutes les patientes ayant rompu la poche des eaux à terme (≥ 37 SA), non en travail, avec un col défavorable (Bishop < 6) lors de l'examen d'entrée à la maternité, dans un contexte de grossesse unique non compliquée.

Trois cohortes homogènes ont été constituées en fonction du délai d'expectative avant déclenchement de l'accouchement, à savoir :

- déclenchement de l'accouchement dans les sept heures suivant la rupture des membranes (groupe 1) ;
- déclenchement de l'accouchement dans un délai compris entre sept et 12 heures suivant la rupture des membranes (groupe 2) ;
- déclenchement de l'accouchement dans un délai supérieur à 12 heures suivant la rupture des membranes mais inférieur à 24 heures (groupe 3).

Au-delà des attitudes propres à chacun des centres, pour chacun des trois groupes, le délai d'expectative a pu être

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3272517>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3272517>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)