



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Article original

Prise en charge et issues des grossesses compliquées d'une rupture prématurée des membranes avant 26 semaines d'aménorrhée

Management and outcomes of pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes before 26 weeks of gestation

L. Homer^{a,b,*}, C. Bernard^a, M. Collet^{a,b}

^a Service de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction, CHU de Brest, 29609 Brest, France

^b Université européenne de Bretagne, 29609 Bretagne, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 22 mai 2011

Accepté le 27 octobre 2011

Disponible sur Internet le 21 avril 2012

Mots clés :

Rupture prématurée des membranes

Chorioamnionite

Infection materno-fœtale

Hypoplasie pulmonaire

Keywords:

Preterm premature rupture of the membranes

Chorioamnionitis

Materno-foetal infection

Pulmonary hypoplasia

RÉSUMÉ

Objectif. – Évaluer le devenir à court terme des grossesses compliquées d'une rupture prématurée des membranes (RPDM) avant 26 semaines d'aménorrhée (SA).

Patientes et méthodes. – Étude rétrospective incluant 40 patientes prises en charge entre 1998 et 2008.
Résultats. – La moitié des RPDM a eu lieu avant 23 SA. Un pourcentage de 21,4 des enfants ont survécu lorsque la RPDM a eu lieu avant 22 SA versus 54,5 % lorsqu'elle a eu lieu entre 22 et 23 SA + six jours et 80 % après 24 SA ($p = 0,006$). Les patientes primigestes ont été plus fréquemment confrontées à un décès périnatal (OR = 5,16 ; IC95 % [0,99–36,59]). La réalisation d'un geste invasif avant la RPDM n'a pas modifié le taux de survie. Le tabagisme a induit un raccourcissement de la latence ($19,1 \pm 13,8$ jours vs $40,5 \pm 32,3$ jours ; $p = 0,01$). Une chorioamnionite a compliqué toutes les grossesses interrompues avant 26 SA versus 50 % des grossesses après 26 SA ($p = 0,02$). Soixante-dix pour cent des germes à l'origine d'une chorioamnionite étaient identifiés en anténatal. Les patientes dont la CRP était supérieure à 6 mg/L lors de la RPDM ont eu un taux de mortalité fœtale supérieur (63,6 % vs 27,8 % ; $p = 0,02$; OR = 4,3 ; IC95 % [0,99–22,1]). Il n'a pas été retrouvé de différence significative pour la fréquence de survenue d'une chorioamnionite en fonction de l'âge gestationnel à la rupture, du résultat du prélèvement vaginal à l'admission ou de la quantité de liquide amniotique (LA).

Discussion et conclusion. – L'âge gestationnel de la RPDM et celui de la naissance restent les facteurs pronostiques majeurs. Les patientes primigestes sont plus exposées au décès périnatal. La CRP apparaît comme un facteur prédictif de décès périnatal.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objective. – To evaluate short-term outcomes of pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes (PPROM) before 26 weeks of gestation (wg).

Patients and methods. – Forty patients were included in a retrospective study from 1998 to 2008.
Results. – Fifty percent of PPRM occurred before 23 wg. Survival rate was 21.4% when PPRM occurred before 22 wg versus 54.5% when it occurred between 22 and 23 + 6 wg and reached 80% after 24 wg ($P = 0.006$). Perinatal mortality affected more frequently primigravida women (OR = 5.16; IC95% [0.99–36.59]). Invasive procedures before PPRM did not affect survival rates. Smoking induced shorter latency (19.1 ± 13.8 vs. 40.3 ± 2.3 j; $P = 0.01$). Chorioamnionitis complicated all pregnancies terminated before 26wg versus 50% of pregnancies terminated after 26 wg ($P = 0.02$). In case of chorioamnionitis, 70% of the germs were identified prenatally. Patients whose CRP was higher than 6 mg/L at the time of PPRM had a higher fetal mortality rate (63.6% vs. 27.8%; $P = 0.02$; OR = 4.3; IC95% [0.99–22.1]). No significant difference was found in the occurrence of chorioamnionitis based on gestational age at PPRM, result of the vaginal swab on admission or the amount of amniotic fluid.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lionelhomer@yahoo.fr (L. Homer).

Discussion and conclusion. – The gestational age of PPROM and the one of delivery are the major prognostic factors. Primigravida women are more exposed to perinatal mortality. CRP appears to be a predictive factor of perinatal mortality.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La rupture prématurée des membranes (RPDM) avant le terme de viabilité est une situation relativement rare puisque son incidence a été évaluée à 0,37 % des grossesses avant 24 semaines d'aménorrhée (SA) [1]. Comparativement, dix fois plus de patientes (3 %) seront concernées par une RPDM si l'on considère les grossesses avant 34 SA. Actuellement, le pronostic de ces grossesses est principalement corrélé au terme de la RPDM et à celui de la naissance. Aucun enfant n'a survécu jusqu'à présent lorsque l'accouchement a eu lieu avant 24 SA. La survie périnatale atteint, par contre, 83 % lorsque la naissance intervient entre 24 et 27 SA, 97 % lorsque la naissance a lieu entre 28 et 31 SA et enfin 99,6 % pour une naissance entre 32 et 33 SA. Toutefois, ces enfants risquent des séquelles dont la survenue est également corrélée au terme de la RPDM et à celui de la naissance ; Paumier et al. ont bien montré que la survie sans séquelle était de 84,6 % lorsque la naissance avait lieu entre 26 et 30 SA et atteignait 97,5 % au-delà de 30 SA. Outre ces paramètres, les mêmes auteurs ont également démontré que l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal à l'admission influençait le pronostic et que la chorioamniotite pouvait accroître le risque de mortalité de 41 % [2]. La systématisation de l'antibiothérapie et de la corticothérapie anténatale a considérablement fait progresser le pronostic de ces enfants. Toutefois, aucune autre mesure thérapeutique n'a permis d'obtenir depuis une avancée similaire. L'amnio-infusion notamment, n'est plus recommandée de manière systématique depuis qu'il a été prouvé qu'elle n'était pas efficace pour la prévention de l'oligoamnios. Elle peut, par contre, conserver une place dans le bilan étiologique des anamnios ou peut améliorer les conditions de réalisation de l'échographie morphologique [3].

Nous avons évalué la prise en charge des grossesses compliquées d'une RPDM avant 26 SA au sein d'une maternité de niveau 3 au travers d'une étude rétrospective portant sur les patientes hospitalisées au CHU de Brest entre janvier 1998 et décembre 2008. Nous avons ainsi comparé nos données à celles de la littérature et tenté d'identifier des paramètres supplémentaires susceptibles d'aider les équipes dans l'information des couples et la prise en charge de ces situations.

2. Patientes et méthodes

L'étude rétrospective a concerné les grossesses prises en charge au CHU de Brest entre le 1^{er} janvier 1998 et le 31 décembre 2008 pour lesquelles le diagnostic de RPDM a été confirmé jusqu'au terme de 26 SA ; 40 patientes ont été incluses. Les patientes ayant accouché dans les 24 heures suivant le diagnostic de RPDM ont été exclues de l'étude.

Le diagnostic de RPDM a été établi sur la constatation d'un écoulement de liquide amniotique (LA) provenant de l'endocol et confirmé par des tests biochimiques : test à la nitrazine (Amniocator) ou test à IGFBP-1 (PROM test). L'âge gestationnel a été confirmé sur les données de l'échographie de datation du premier trimestre.

Quatre-vingt-dix-sept pour cent des patientes (39/40) ont reçu un traitement antibiotique probabiliste systématique au moment de la rupture ; une patiente n'en a pas bénéficié en raison de la réalisation rapide d'une interruption volontaire de grossesse pour raison médicale (rupture à 16 SA). L'antibiotique était administré

par voie orale pour une durée initiale de sept jours et adaptée secondairement aux résultats des prélèvements bactériologiques. L'antibiotique majoritairement utilisé a été l'amoxicilline (81 %) puis l'amoxicilline + acide clavulanique (13,5 %) et enfin l'érythromycine (5,5 %). À noter que l'amoxicilline + acide clavulanique n'a plus été prescrit de manière systématique à partir de l'année 2002.

Sur le plan infectieux, la surveillance minimale a comporté la réalisation de prélèvements bactériologiques hebdomadaires (ECBU, prélèvement vaginal), ainsi que la surveillance bihebdomadaire de la CRP et la NFS comme marqueurs de l'infection maternelle.

La surveillance de la quantité de LA a été réalisée lors du diagnostic puis idéalement deux fois par semaine par la mesure de l'index amniotique de Phelan.

La corticothérapie de maturation pulmonaire fœtale (Dexaméthasone, CELESTENE[®] 12 mg, deux injections à 24 heures d'intervalle) et la tocolyse ont été systématiquement proposées dès 25 SA et deux jours.

La surveillance du rythme cardiaque fœtal a consisté en la vérification quotidienne de la présence d'une activité cardiaque à partir de 25 SA et deux jours, puis de la réalisation d'un enregistrement (ERCF) biquotidien à partir de 26 SA.

À partir de 25 SA et deux jours, la prise en charge du nouveau-né résultait d'une concertation multidisciplinaire tenant compte du souhait des parents. En cas de travail spontané, la voie basse était néanmoins privilégiée. À partir de 26 SA, la naissance par césarienne était systématiquement envisagée en cas d'urgence maternelle et/ou fœtale.

Avant le terme de la viabilité (< 26 SA), les critères d'interruption de la grossesse ont été :

- suspicion clinique et/ou biologique de chorioamniotite ou signes patents de chorioamniotite : température maternelle supérieure à 38 °C (sans autre point d'appel), tachycardie fœtale supérieure ou égale à 160 battements par minute (bpm), CRP ≥ 10 mg/L, pertes vaginales nauséabondes, utérus contractile ;
- pronostic fœtal défavorable établi sur des critères échographiques et après avis du centre pluri-disciplinaire de diagnostic prénatal (CPPDPN) : oligoamnios persistant, signes évocateurs d'arthrogrypose précoce ;
- mise en travail spontanée.

Au-delà du terme de viabilité (≥ 26 SA), les critères d'extraction fœtale ou de déclenchement du travail ont été :

- suspicion clinique et/ou biologique de chorioamniotite ou signes patents de chorioamniotite ;
- métrorragies en lien avec un décollement placentaire ;
- anomalies de l'ERCF ;
- mise en travail spontanée ;
- terme ≥ 34 SA atteint

La latence a été définie par la période exprimée en jours séparant le diagnostic de RPDM de l'expulsion ou de la naissance, selon le terme.

L'étude a porté sur l'analyse des données démographiques de la population ainsi que sur les complications maternelles et fœtales ; nous nous sommes également intéressés aux événements inter-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3948802>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3948802>

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