



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Tribune des internes

En cas de naissance vivante prématurée, la rupture très précoce des membranes est-elle un facteur de risque supplémentaire de morbi-mortalité ?

In the case of premature live birth, is very early rupture of the membranes an additional risk factor for morbidity and mortality?

T. Isnard^{a,*}, A. Vincent-Rohfritsch^a, C. Le Ray^{a,b}, F. Goffinet^{a,b}, J. Patkai^c, J. Sibiude^{a,d}

^a Service gynécologie-obstétrique 1, groupe hospitalier Cochin – Broca – Hôtel-Dieu, Maternité Port-Royal, AP-HP, 123, boulevard de Port-Royal, 75014 Paris, France

^b DHU risques et grossesse, AP-HP, 75014 Paris, France

^c Service de médecine et réanimation néonatale, groupe hospitalier Cochin – Broca – Hôtel-Dieu, AP-HP, Paris, France

^d Inserm CESP 1018, équipe HIV-pédiatrie-reproduction, AP-HP, 94270 Le Kremlin-Bicêtre, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 22 septembre 2017

Mots clés :

Rupture prématurée des membranes avant terme
Prématurité
Mortalité néonatale
Morbidity néonatale

RÉSUMÉ

Objectif. – Décrire le taux de survie après rupture prématurée des membranes (RPM) avant 25 SA et comparer la morbi-mortalité néonatale parmi les enfants nés vivants avec des enfants nés au même terme sans RPM.

Méthodes. – Étude rétrospective, unicentrique, menée à la maternité Port Royal entre 2007 et 2015, comparant les issues néonatales des enfants nés vivants après une RPM survenue avant 25 SA avec un groupe non exposé à la RPM. Chaque enfant né vivant après RPM était apparié avec l'enfant suivant né après travail spontané à membranes intactes sur l'âge gestationnel à la naissance, le sexe et l'administration ou non d'une corticothérapie anténatale. Un critère composite de morbidité néonatale sévère a été défini par la présence d'une ou plusieurs des complications suivantes : rétinopathie stade 3–4, dysplasie bronchopulmonaire, hémorragie intraventriculaire grade 3–4, leucomalacie périventriculaire ou décès.

Résultats. – Sur 77 cas de rupture très prématurée des membranes, 55 enfants sont nés vivants. Parmi les enfants nés vivants, le terme moyen de naissance était de 28 SA et 1 jour. Le taux de morbidité néonatale sévère ne différait pas entre les deux groupes (43,6 % dans le groupe RPM vs. 36,4 %, $p = 0,44$) et le taux de survie à la sortie de réanimation était également similaire dans les deux groupes (85,5 % vs. 83,6 %, $p = 0,98$).

Conclusion. – Parmi les enfants nés vivants, la RPM avant 25 SA n'est pas associée à une augmentation du risque de morbi-mortalité par rapport à des enfants nés au même terme après travail spontané à membranes intactes.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objective. – To describe survival rate after preterm premature rupture of membranes (PPROM) before 25 weeks of gestation and compare neonatal morbidity and mortality among those born alive with a control group of infants born at a similar gestational age without premature rupture of membranes.

Methods. – We conducted a retrospective single-centre study at Port-Royal maternity, from 2007 to 2015, comparing neonatal outcomes between liveborninfants exposed to PPRM prior to 25 weeks of gestation (WG) and a control group not exposed to premature rupture of the membranes. For each live-born child, the next child born after spontaneous labor without PPRM was matched for gestational age

Keywords:

PPROM
Preterm birth
Neonatal mortality
Neonatal morbidity

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : tiphaine-Isnard@hotmail.fr (T. Isnard), aurelie.vincent@aphp.fr (A. Vincent-Rohfritsch), camille.le-ray@aphp.fr (C. Le Ray), francois.goffinet@aphp.fr (F. Goffinet), juliana.patkai@aphp.fr (J. Patkai), jeanne.sibiude@aphp.fr (J. Sibiude).

<https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.01.002>

2468-7189/© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : Isnard T, et al. En cas de naissance vivante prématurée, la rupture très précoce des membranes est-elle un facteur de risque supplémentaire de morbi-mortalité ? Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie (2018), <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.01.002>

at birth, sex, and whether or not they received antenatal corticosteroid therapy. The primary endpoint was severe neonatal complications assessed by a composite endpoint including neonatal deaths, grade 3–4 HIV, bronchopulmonary dysplasia, leukomalacia and stage 3–4 retinopathies.

Results. – Among 77 cases of very premature rupture of the membranes, 55 children were born alive. Among these, the average gestational age at birth was 28 WG and 1 day. The rate of severe neonatal complications did not differ between the two groups (43.6% in the PPROM group vs. 36.4%, $P = 0.44$) and the survival rate at discharge was also similar in the two groups (85.5% vs. 83.6%, $P = 0.98$).

Conclusions. – In our cohort and among livebirths after 24 WG, PPROM before 25 WG was not associated with an increased risk of morbidity and mortality compared to children born at the same gestational age after a spontaneous labor with intact membranes.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La rupture prématurée des membranes (RPM) avant 25 SA concerne 1 % des grossesses et est associée à un taux élevé de complications pour la mère et l'enfant [1,2]. Elle reste une cause majeure d'infection materno-fœtale [3], de mort fœtale in utero (entre 19 et 37 % dans la littérature [4–7]) et d'accouchement prématuré (100 % des patientes ayant une RPM < 25 SA accouchent prématurément) [8], avec une morbidité néonatale importante [9].

Les issues néonatales sont fortement corrélées avec l'âge gestationnel à la naissance [10,11]. Cependant, l'impact des risques spécifiques associés à la rupture très prématurée des membranes, notamment l'inflammation chronique à laquelle le fœtus peut être soumis, le risque de sepsis périnatal ou l'hypoplasie pulmonaire, est difficile à apprécier. La morbidité surajoutée doit être évaluée indépendamment de celle liée à l'extrême prématurité.

Une étude réalisée dans notre service entre 2003 et 2007 [9], a montré qu'à terme de naissance égal, le taux d'issues néonatales défavorables était plus élevé après RPM < 25 SA qu'en cas d'accouchement prématuré sans rupture prématurée des membranes (68,2 % vs. 27,3 %, $p = 0,007$). Cependant, une autre étude française conduite sur une période plus récente n'a pas retrouvé cet effet de la rupture prématurée des membranes sur le pronostic néonatal. Cette étude issue de la cohorte nationale prospective EPIPAGE 2 a inclus en population 3138 naissances singletons entre 24 et 34 SA, et s'est intéressée aux différentes causes de la prématurité. Elle n'a pas retrouvé d'augmentation du risque de mortalité néonatale après RPM par rapport aux accouchements prématurés sans RPM (OR ajusté = 1,3 [0,9–1,9]) [12]. Cependant cette étude ne s'est pas intéressée spécifiquement aux RPM très précoces avant 25 SA.

Il est important de pouvoir évaluer le risque spécifique lié à la rupture très précoce des membranes pour pouvoir apporter une information pronostique aux parents qui sera la plus juste possible.

L'objectif de cette étude est d'une part de décrire le taux de survie après RPM entre 15 SA et 25 SA dans notre centre et d'autre part de comparer sur une période récente la morbi-mortalité des nouveau-nés, nés vivants après rupture prématurée des membranes < 25 SA avec celle d'enfants nés au même terme sans rupture prématurée des membranes.

2. Méthodes

2.1. Sélection des cas exposés à la RPM

Il s'agit d'une étude rétrospective, unicentrique, réalisée à la maternité Port-Royal, maternité de type 3, entre janvier 2007 et juillet 2015. Toutes les patientes ayant accouché dans notre maternité après rupture des membranes entre 15 SA et 24 SA et 6 jours ont été incluses, après identification à partir de la base de

données informatisée du service. Les dossiers médicaux ont été revus un à un.

Nous avons exclu les grossesses multiples, les grossesses avec fœtus porteurs d'anomalies chromosomiques ou de malformations congénitales, et les ruptures survenues après un geste invasif. De même, nous avons exclu les patientes ayant accouché dans les 48 heures suivant la rupture et les patientes présentant des signes de chorioamniotite (fièvre ou CRP élevée) au moment de l'hospitalisation, ainsi que les femmes ayant été transférées dans notre maternité à partir d'un autre établissement.

Les fausses couches tardives (accouchement avant 23 SA), interruptions médicales de grossesse (IMG), morts fœtales in utero et décès per-partum ont été relevés, mais n'ont pas été appariés pour les analyses de comparaison.

2.2. Sélection des témoins : fœtus non exposés à la RPM

Pour chaque enfant né vivant, l'enfant suivant né dans notre maternité après travail spontané à membranes intactes a été apparié selon l'âge gestationnel (± 2 jours), le sexe et le fait d'avoir reçu une corticothérapie anténatale ou non. Dans les deux groupes, l'âge gestationnel était déterminé à partir de la mesure de la longueur craniocaudale à l'échographie du premier trimestre. Les transferts in utero ont également été exclus du groupe sans RPM.

2.3. Variable d'intérêt et prise en charge standardisée des ruptures des membranes

La rupture des membranes était définie par un écoulement de liquide franc constaté à l'examen sous spéculum ou par un test à l'IGFBP-1 (PROM test[®]) positif. Toutes les patientes du groupe RPM ont eu à l'admission un prélèvement vaginal bactériologique, ainsi qu'un bilan sanguin dosant la CRP et les globules blancs. Toutes les patientes ont reçu un traitement antibiotique par ampicilline (ou érythromycine en cas d'allergie) durant 5 jours. Une échographie calculant l'index de liquide amniotique a également été réalisée à l'admission. L'oligoamnios était défini par un index inférieur à 5 cm et l'anamnios par un index inférieur à 1 cm [13].

Une surveillance au cours d'une hospitalisation minimale de 5 jours a été instaurée pour chaque patiente. Puis, pour la majorité des patientes (83,6 %), une surveillance en hospitalisation à domicile a été mise en place après l'hospitalisation conventionnelle. La surveillance paraclinique consistait en un bilan sanguin inflammatoire bi-hebdomadaire (NFS, CRP), un ECBU et un prélèvement vaginal bactériologique hebdomadaire. Deux fois par mois les patientes étaient revues lors d'une hospitalisation de jour (HDJ) pour un contrôle échographique.

La période de latence était définie par l'intervalle entre la rupture des membranes et l'accouchement. Les fausses couches tardives étaient définies par un accouchement avant 24 SA, qui correspond au terme à partir duquel une prise en charge active à la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926241>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926241>

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