

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

-----0-----

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE-
STOMATOLOGIE



ANNEE : 2020

N°302

Pronostic à court terme de la rupture prématurée des membranes à la Clinique Gynécologique et Obstétricale de l'Hôpital Aristide Le Dantec

MEMOIRE

Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spéciales d'Obstétrique et de
Gynécologie Médicale et Chirurgicale
Présenté et soutenu publiquement le 08 Décembre 2020

Par

Docteur SEYNABOU GAYE

Née le 25 Septembre 1989 à Dakar (Sénégal)

MEMBRES DU JURY

Président :	M. Cheikh Ahmed Tidiane	CISSE	Professeur Titulaire
Membres :	M. Djibril	DIALLO	Professeur Assimilé
	M. Mohamed Tété E.	DIADHIOU	Maître de Conférences Titulaire
	M. Mouhamadou Mansour	NIANG	Maître de Conférences Titulaire
Directeur :	Mme Marie Edouard	FAYE DIEME	Professeur Titulaire
Co-directeur :	Mme Astou Coly	NIASSY DIALLO	Maitre-assistante

Pronostic à court terme de la rupture prématurée des membranes à la clinique
gynécologique et obstétricale de l'Hôpital Aristide Le Dantec

DEDICACES

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance...

- **A la mémoire de mon grand-père Feu le Pr Ibrahima Mar Diop, Paix à son âme.**

Ainsi, je dédie ce mémoire :

- **A mon Père, à ma Mère,**

Ce travail est l'occasion pour moi de vous remercier pour tous les sacrifices consentis à notre éducation.

Vous êtes toute la raison d'être de ce mémoire.

Puisse le Tout Puissant vous donner longue vie, santé, bonheur, afin que je puisse vous combler à mon tour.

- **A mon cher époux**

Merci pour ton amour, ta tendresse, ton attention, ta patience et tes encouragements qui ont toujours été pour moi d'un grand réconfort.

Je te dédie ce travail qui est aussi le tien en implorant Dieu de nous accorder une longue vie de bonheur, de prospérité et de réussite.

- **A ma sœur et mes frères**

Vous êtes ce que j'ai de plus précieux...

Vous m'avez soutenue et encouragée durant toutes ces années.

Ce travail vous est dédié, faible témoignage de ma profonde affection.

- **A tous mes parents, amis et collègues**
- **A tous ceux qui me sont chers**
- **A tous mes enseignants**
- **A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail**

REMERCIEMENTS

Je rends grâce à ALLAH le Très Haut, le Très Grand, le Clément, l'Omniscient, l'Omnipotent, le Tout Puissant, le Très Miséricordieux d'avoir permis à ce travail d'aboutir à son tour.
Paix et Salut sur son Prophète Muhammad SAWS.

A Notre Maître, Président du jury
Monsieur le Professeur Cheikh Tidiane CISSE

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de mémoire.

Nous avons bénéficié de votre enseignement lors de notre passage dans votre service et nous admirons en vous vos qualités humaines et professionnelles, votre savoir et votre savoir-faire.

Votre modestie, votre dévouement dans le travail, vos enseignements brillants et précieux, votre culture scientifique ainsi que vos compétences sont de multiples qualités que nous essayerons de suivre dans notre pratique de la profession.

Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

A Notre Maître, Directeur de mémoire
Madame le Professeur Marie Edouard FAYE DIEME

Vous nous faites l'honneur d'être parmi nos juges.

Nous avons pu apprécier l'étendue de vos connaissances de par vos enseignements riches et précis, votre disponibilité et vos grandes qualités humaines.

Nous vous sommes très reconnaissants de l'aide que vous nous avez apportée lors de l'élaboration de ce travail.

Veuillez accepter, cher Maître, l'expression de notre profond respect et de notre grande considération.

A Notre Maître et juge
Monsieur le Professeur Djibril DIALLO

Vous avez accepté de siéger dans notre jury malgré vos nombreuses occupations.

Votre disponibilité, votre amabilité et votre simplicité sont les compléments indéniables de votre haute compétence.

Veillez trouver ici, Cher Maître, le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

A notre Maître et juge
Monsieur le Professeur Mansour NIANG

Vous nous faites l'honneur et la gentillesse de participer à notre jury de mémoire.

Vos qualités professionnelles incontestables et votre rigueur sont pour nous des exemples à suivre.

Puisse ce modeste travail représenter notre profond respect et témoigner de notre estime la plus sincère.

Nous profitons de cette occasion pour vous féliciter de votre brillante réussite au concours d'agrégation. So Proud

A notre Maître et juge

Monsieur le Docteur Mohamed DIADHIOU

Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury de mémoire.

Votre accessibilité, votre modestie et votre rigueur dans le travail force notre admiration.

Soyez assuré, cher Maître, de notre admiration et de nos sincères remerciements.

Au Docteur Astou Coly NIASSY DIALLO

Co-directeur de mémoire

Votre modestie, votre sérieux et votre compétence professionnelle seront pour nous un exemple dans l'exercice de notre profession.

Vous avez toujours été disponible pendant notre passage au service ainsi que l'écriture de notre mémoire.

La pertinence de vos remarques et la justesse de vos corrections sont pour nous un exemple de rigueur et nous vous en remercions infiniment.

LISTE DES ABREVIATIONS

RPM	: Rupture prématurée des membranes
LA	: Liquide amniotique
SA	: Semaine d'aménorrhée
ACTH	: Adrénocorticotrophine
TV	: Toucher vaginal
PV	: Prélèvement vaginal
ECBU	: Examen cytbactériologique des urines
MAF	: Mouvements actifs du fœtus
PENI	: Pénicilline
ERCF	: Enregistrement du rythme cardiaque fœtal

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Schéma représentatif de la membrane amniotique	4
Figure 2 Différents constituants de la membrane amniotique	5
Figure 3 Prise en charge de la RPM en fonction du terme	13
Figure 4 Répartition des patientes en fonction de l'âge.....	20
Figure 5 Répartition des patientes en fonction de la parité.....	21
Figure 6 Répartition des nouveaux nés en fonction du poids	33

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des patientes en fonction de la situation matrimoniale .	21
Tableau 2 : Répartition des patientes en fonction des antécédents gynécologiques	22
Tableau 3 : Répartition des patientes en fonction des antécédents obstétricaux	22
Tableau 4 : Répartition des patientes en fonction du nombre de consultations prénatales.....	23
Tableau 5 : Répartition des patientes en fonction de la disponibilité du bilan prénatal	23
Tableau 6 Répartition des patientes en fonction de la présence ou non d'une Infection génitale en début de grossesse	24
Tableau 7 : Répartition des patientes en fonction de la présence de signe de menace.....	24
Tableau 8 : Répartition des patientes en fonction de l'âge gestationnel.....	25
Tableau 9 : Répartition des patientes en fonction de la température	25
Tableau 10 : Répartition des patientes en fonction de la présentation foetale.....	26
Tableau 11 : Répartition des patientes en fonction de la coloration du liquide amniotique	26
Tableau 12 : Répartition des patientes en fonction de la faisabilité de l'ERCF .	27
Tableau 13 : Résultats de l'ERCF	27
Tableau 14 : Répartition des patientes en fonction du type de grossesse	27
Tableau 15 : Répartition des patientes en fonction du taux de globules blancs .	28
Tableau 16 : Répartition des patientes en fonction de la faisabilité du prélèvement vaginal	28
Tableau 17 : Répartition des patientes en fonction de la faisabilité de l'examen cytobactériologique des urines	29
Tableau 18 : Répartition des patientes en fonction de l'utilisation de la tocolyse	29

Tableau 19 : Répartition des patientes en fonction du tocolytique utilisé	29
Tableau 20 : Répartition des patientes en fonction de l'utilisation de la corticothérapie	30
Tableau 21 : Répartition des patientes en fonction de la durée d'hospitalisation	30
Tableau 22 : Répartition des patientes en fonction de la durée RPM-Accouchement	31
Tableau 23 : Répartition des patientes en fonction du terme à l'accouchement.	31
Tableau 24 : Mode de déclenchement du travail	32
Tableau 25 : Répartition des patientes en fonction du mode d'accouchement...	32
Tableau 26 : Répartition des nouveaux nés en fonction du score d'Apgar à M533	
Tableau 27 : Répartition des nouveaux nés en fonction de l'état à la naissance	34
Tableau 28 : Répartition des nouveaux nés en fonction de l'hospitalisation en néonatalogie	34
Tableau 29 : Répartition des nouveaux nés en fonction du diagnostic en néonatalogie	35
Tableau 30 : Répartition des nouveaux nés en fonction des complications périnatales.....	35
Tableau 31 : Répartition des patientes en fonction des complications maternelles	36

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	3
I. GENERALITES.....	4
I. 1. DEFINITION.....	4
I.2. ETIOPATHOGENIE DE LA RPM.....	4
I.3. PHYSIOLOGIE DU LIQUIDE AMNIOTIQUE	5
II. DIAGNOSTIC	7
II.1. DIAGNOSTIC POSITIF	7
II.2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.....	9
II.3. DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE	9
III. PRONOSTIC	10
III.1. MATERNEL.....	10
III.2. PERINATAL	11
IV. PRISE EN CHARGE	12
IV.1. BUTS	12
IV. 2. MOYENS.....	12
IV-3- INDICATIONS	13
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	15
I. CADRE D’ETUDE.....	16
I.1. INFRASTRUCTURES.....	16
I.2. PERSONNEL	17
I.3. ACTIVITES.....	17
II. PATIENTES ET METHODES.....	18
II.1. TYPE D’ETUDE.....	18
II.2. CRITERES D’INCLUSION	18
II.3. CRITERES DE NON INCLUSION	18
II.4. PARAMETRES ETUDIES ET COLLECTE DES DONNEES.....	18
III. RESULTATS	20
III.1. FREQUENCE	20

III.2. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES.....	20
III.3. ANTECEDENTS	22
III.4. HISTOIRE DE LA GROSSESSE	23
III.5. PATHOLOGIE AU COURS DE LA GROSSESSE	24
III.6. DONNEES CLINIQUES A L'ADMISSION.....	25
III.7. DONNEES PARACLINIQUES	28
III.8. DONNEES THERAPEUTIQUES.....	29
III.9. ISSUE DE LA GROSSESSE.....	30
III.10. DONNEES NEONATALES A LA NAISSANCE.....	33
III.11. EVOLUTION NEONATALE ET MATERNELLE	34
IV. DISCUSSION	37
IV.1. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	37
IV.2. ANTECEDENTS D'AVORTEMENT OU D'ACCOUCHEMENT PREMATURE	37
IV.3. HISTOIRE DE LA GROSSESSE	38
IV.4. ASPECTS DIAGNOSTIQUES	38
IV.6. ASPECTS THERAPEUTIQUES	39
IV.7. ASPECTS PRONOSTIQUES	39
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	41
REFERENCES	44
ANNEXES	1

INTRODUCTION

La grossesse est un état physiologique particulier qui aboutit, dans la majorité des cas spontanément à un accouchement naturel. Cependant des accidents peuvent perturber l'évolution d'une grossesse et compromettre le pronostic fœtal et/ou maternel. C'est le cas de la rupture prématurée des membranes (RPM) qui est une rupture spontanée de l'amnios et du chorion au pôle inférieur de l'œuf et qui se produit avant tout début de travail d'accouchement.

Plusieurs facteurs de risques sont incriminés dans la rupture prématurée des membranes. Les plus fréquents sont : l'infection cervico-vaginale, le placenta bas inséré, l'infection urinaire, les grossesses multiples, la béance cervico-isthmique, l'hydramnios et les présentations irrégulières.

La rupture prématurée des membranes est une pathologie relativement fréquente qui concerne en moyenne 10% des grossesses [1] et à des conséquences graves surtout chez le fœtus à cause du risque de prématurité, de procidence du cordon et d'infections. Elle est beaucoup plus fréquente au troisième trimestre de la grossesse où on observe 80% des cas de RPM [2].

La rupture prématurée des membranes avant le terme constitue une préoccupation majeure devant laquelle le praticien a pour but de sauver le fœtus en minimisant ou même en annulant les risques liés à la prématurité et de prévenir les complications infectieuses materno-fœtales.

Malgré l'importance de la question qui est, et demeure un problème de santé publique, la rupture prématurée des membranes fait l'objet de très peu d'étude au Sénégal ; c'est dans cette optique que nous avons décidé de nous intéresser aux facteurs de risque et au pronostic materno-fœtal dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Aristide le Dantec.

Notre travail comportera deux parties : une première partie dans laquelle nous ferons une revue de la littérature et une deuxième partie qui nous permettra de décrire la méthodologie de notre travail, nos résultats que nous commenterons ensuite. Nous terminerons par faire des recommandations pour l'amélioration de la prise en charge de cette pathologie dans notre contexte.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

I. GENERALITES

I. 1. DEFINITION

La rupture prématurée des membranes (RPM) est la rupture franche de l'amnios et du chorion se produisant avant le début du travail. Cette définition inclut les fissurations, synonymes de ruptures hautes et exclut les ruptures en cours de travail. C'est un accident fréquent qui s'observe entre 3 - 10% des grossesses [3].

I.2. ETIOPATHOGENIE DE LA RPM

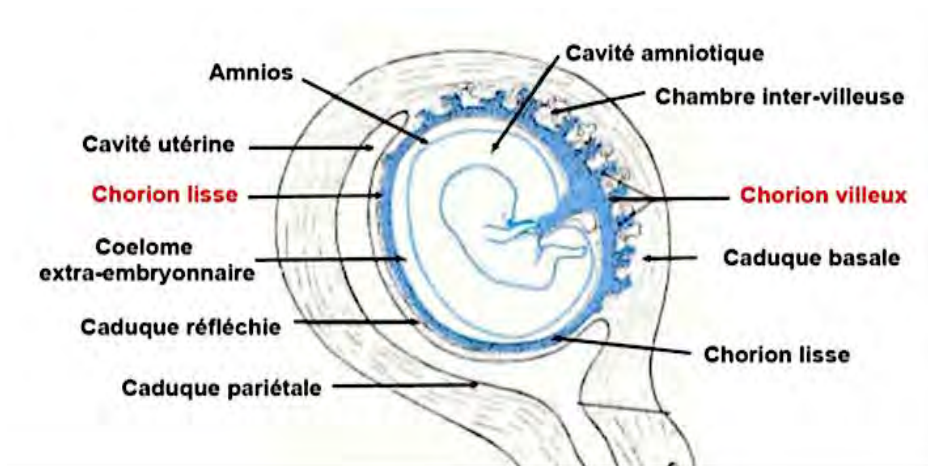


Figure 1 Schéma représentatif de la membrane amniotique

I.2.1. Condition anatomique et structurale [4]

L'amnios est une membrane dérivée de l'ectoderme, il est avasculaire et non innervé ; son épaisseur varie de 0,2 à 0,5 mm et repose sur un tissu conjonctif dense très riche en collagène.

Le chorion est un dérivé mésodermique qui comporte des cellules trophoblastiques. Bien qu'étant plus épais que l'amnios (0,4mm), il est moins résistant ; il est vascularisé et transporte, grâce à ses vaisseaux, des nutriments vers l'amnios. La zone de rupture se situe souvent juste au-dessus du col (endroit fragile de nature) mais sa localisation peut être variable.

I.2.2. Etiopathogénie [4]

Plusieurs mécanismes sont décrits, ce qui fait la difficulté du problème. Ce sont :

- L'augmentation des pressions internes de l'utérus (hydramnios) et externe (traumatismes).
- Les modifications des constituants des membranes : le collagène qui a un rôle mal défini. Cette modification entraîne un passage hydro électrolytique

accru à travers les membranes provoquant une altération des propriétés viscoélastiques, ce qui favoriserait la rupture.

- L'infection : les bactéries provoquent la libération des enzymes lysosomiales qui ont un effet toxique sur les membranes. Il y a une augmentation de l'activité phospholipidique entraînant une synthèse accrue des prostaglandines et conduit au démarrage du travail.

I.3. PHYSIOLOGIE DU LIQUIDE AMNIOTIQUE

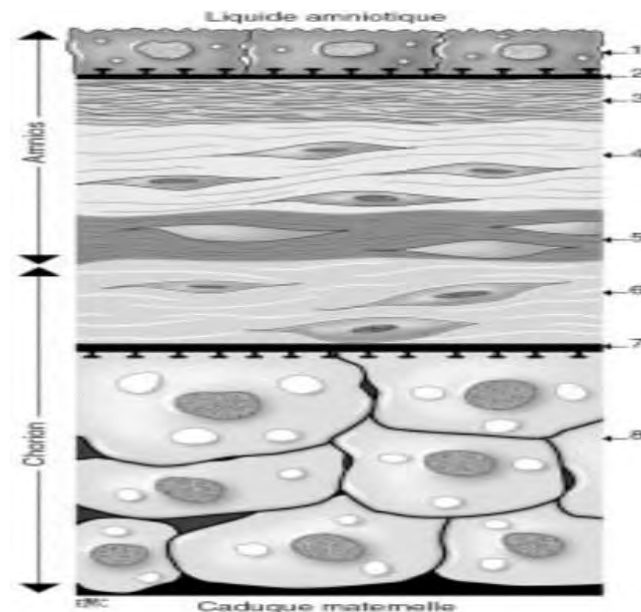


Figure 2 Différents constituants de la membrane amniotique

1. Épithélium ; 2. membrane basale ; 3. Couche compacte ; 4. couche fibroblastique; 5. couche spongieuse; 6. couche réticulaire; 7. membrane basale ; 8. trophoblaste.

I.3.1. Formation du liquide amniotique (LA)

Le liquide amniotique a 3 origines :

- Origine fœtale : l'origine est surtout urinaire et épidermique.
- Origine maternelle : la formation se fait par transsudation.
- Origine amniotique : le liquide amniotique est aussi sécrété par l'amnios (l'épithélium).

I.3.2. Composition du liquide amniotique

L'eau constitue 98 à 99% du liquide amniotique et les substances biologiques 1 à 2 %. Sa composition diffère selon qu'on se trouve entre 0 à 20 SA ou entre 20 à

40 semaines. Avant 20 SA : c'est surtout une expansion du liquide extracellulaire du fœtus liée à la perméabilité de la peau qui disparaît vers 20 SA d'après [3]. Après 20 SA, la provenance du liquide amniotique est surtout rénale. Au cours du dernier trimestre les sécrétions pulmonaires s'y associent.

I.3.3. Etude cytologique

L'évolution de la composition du liquide amniotique permet de mettre en évidence des cellules épidermiques desquamées, des poils et des fragments de matières sébacées qui forment les grumeaux blanchâtres. La culture de cellule fœtale permet son étude génétique. On peut dès le 3^{ème} mois de la grossesse établir le caryotype, déterminer le sexe et identifier certaines anomalies chromosomiques éventuelles.

I.3.4. Echanges

Ils sont représentés essentiellement par l'eau et se font entre les secteurs : fœtal, liquide amniotique et maternel. La quantité est d'environ 460 ml/h et 10 à 12 litres par 24 heures. Les constituants biochimiques fœtaux sont : la bilirubine, l'ACTH, les alphas foeto-protéines. Les constituants maternels se trouvent à des taux infimes confirmant donc la réalité très faible du passage trans-membranaire [5].

I.3.5. Résorption du liquide amniotique

Cette résorption se fait par 2 voies :

- La voie fœtale : par voie cutanée, le cordon ombilical et surtout par déglutition pour atteindre 800ml/24 heures. Il traverse la barrière placentaire, empreinte la circulation maternelle et pour être éliminer par les reins.
- L'épithélium amniotique : il s'agit d'un processus de résorption active pour certaines substances comme l'eau et les glucides.

I.3.6. Rôle physiologique

Il est différent pendant la grossesse et au cours de l'accouchement.

➤ Pendant la grossesse

Le liquide amniotique assure l'hydratation du fœtus et lui apporte quotidiennement une certaine quantité d'eau et de sels minéraux. Il permet le développement du fœtus et ses déplacements. Il facilite l'accommodation de la présentation. Il réalise l'isolement thermique du fœtus et le protège contre les traumatismes extérieurs, les compressions du cordon ombilical et l'infection car l'amnios est imperméable aux germes exogènes.

➤ Au cours de l'accouchement

Il continue à protéger contre l'infection et le traumatisme. Il concourt à la formation de la poche des eaux et lubrifie la filière génitale après la rupture des membranes, facilitant ainsi la progression de la présentation.

I.3.7. Régulation du liquide amniotique

Lorsqu'il existe une anomalie fœtale entraînant un déséquilibre entre les entrées et les sorties fœtales du liquide amniotique, on constate immédiatement une variation du volume de ce dernier, soit par défaut réalisant un oligoamnios, soit par excès entraînant un hydramnios. L'oligoamnios est toujours associé à une pathologie rénale grave entraînant une diminution voire une absence de miction (agénésie rénale syndrome de potter, reins polykystiques congénitaux, uropathies obstructives). L'hydramnios est souvent rencontré dans les malformations fœtales : atrésie de l'œsophage, sténose duodénale, omphalocèle, laparoschisis.

II. DIAGNOSTIC

II.1. DIAGNOSTIC POSITIF

II.1.1. Clinique

Le diagnostic de la RPM est avant tout clinique.

L'interrogatoire de la gestante révèle un écoulement vaginal provenant de la cavité amniotique et survenant de façon spontanée et brutale avant le début du travail.

L'inspection : classiquement, on a un écoulement liquidien clair et d'odeur fade, minime ou abondant à travers l'orifice vulvaire mouillant ainsi les garnitures. On note souvent des particules de vernix caséosa ou de méconium. Mais le liquide peut aussi être teinté, méconial ou sanglant. L'inspection du linge retrouve une tache blanchâtre, réalisant une empreinte en carte géographique amidonnée qui empêche le linge. La conséquence de la perte des eaux entraîne une diminution de la hauteur utérine.

La palpation apprécie la hauteur utérine, les pôles fœtaux si possible, les contractions utérines, le signe de Bonnaire : la pression du fond utérin provoque un écoulement liquidien par la vulve. L'écoulement peut être aussi accentué par la contraction utérine ou par la mobilisation trans-abdominale du fœtus.

L'auscultation objective les bruits du cœur fœtal si possible, à la recherche d'une éventuelle modification de ceux-ci (tachycardie ou bradycardie) qui oriente vers une souffrance fœtale aiguë nécessitant une prise en charge rapide et adéquate.

L'examen au spéculum : permet de visualiser la perte de liquide amniotique par l'orifice cervical et parfois la présence de LA dans le cul de sac vaginal postérieur. Il permet également d'éliminer une procidence du cordon ou d'un membre et de faire des prélèvements nécessaires à visée diagnostique et bactériologique.

Le toucher vaginal : (TV) : qui doit être pratiqué avec des précautions d'asepsie toutes particulières : une toilette vulvaire, les gants stériles. Le toucher vaginal appréciera : le col dans sa position, sa longueur, sa dilatation, sa consistance, la nature de la présentation fœtale, le score de BISHOP, le bassin maternel, le signe de Tarnier : au toucher vaginal (TV) le refoulement discret de la présentation provoque une exacerbation de l'écoulement de LA.

En plus un examen clinique complet sera effectué et concernant les autres appareils.

Dans notre contexte le diagnostic positif est posé essentiellement sur l'examen clinique complet se résumant à un écoulement liquidien d'apparition brutale minime ou abondant.

II.1.2. Examens complémentaires [3] [6] [7]

Les examens complémentaires décrits dans la littérature sont nombreux (tests diagnostiques). Ils sont inutiles si la rupture est cliniquement évidente ; leur intérêt ne se pose qu'en cas de doute.

- Test à la DAO (Diamine Oxydase) ;
- Test à la nitrazine ;
- Le dosage du facteur de croissance de l'insuline (insulin-like growth factor) ;
- Test de cristallisation ;
- Méthode calorimétrique ;
- Cytologie de l'écoulement ;
- Test de fluorescence : C'est une méthode invasive
- Dosage de l'hormone placentaire lactogène.
- Dosage immuno-enzymatique de l'alphafoeto protéine
- Dosage de la prolactine
- Test à la fibronectine: permet d'évaluer aussi le risque d'accouchement prématuré.

La plupart de ces examens complémentaires coûte cher et ne sont souvent pas disponibles dans nos laboratoires. C'est pourquoi le bilan est essentiellement infectieux à la recherche d'étiologie (goutte épaisse, examen cyto bactériologique des urines (ECBU), le prélèvement vaginal (PV).

- L'échographie obstétricale : C'est la plus facile à réaliser et la plus disponible, car pouvant être faite à tout moment par rapport aux autres examens complémentaires. Elle permet d'apprécier le volume du liquide amniotique, la présentation et la vitalité fœtale. Elle met en évidence une diminution de la quantité de liquide amniotique.

II.2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Hydrorrhée gravidique correspond à des pertes intermittentes de liquide clair ou teinté de sang provenant de l'utérus. Elle est liée à l'évacuation de sécrétions accumulées entre la caduque utérine et la caduque réfléchie
- Ecoulement du liquide d'une poche amniochoriale qui correspond à l'ouverture d'un épanchement liquidien se développant au niveau du pôle inférieur de l'œuf, entre amnios et chorion
- Leucorrhées abondantes
- Incontinence urinaire

II.3. DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Dans la littérature, de nombreux facteurs de risque de rupture prématurée des membranes sont cités:

- Les facteurs personnels [8] :
 - L'âge maternel : la RPM est plus fréquente chez la femme âgée.
 - La parité : la RPM est aussi fréquente chez les multipares.
 - Chez les femmes de bas niveau socio-économique,
 - Le déficit en vitamine C, en zinc ou cuivre [9] [10],
 - Les femmes présentant les maladies du collagène (le syndrome d'Ehlers Danlos).
 - Les conditions de travail notamment l'hyperactivité professionnelle, les charges domestiques,
 - Les angusties pelviennes,
 - Les femmes avec des antécédents gynéco-obstétricaux comme : l'avortement ou accouchement prématuré, la rupture prématurée des membranes avant terme ou à terme lors d'une grossesse précédente, l'utérus cicatriciel
 - Le tabagisme maternel.
- Les facteurs traumatiques : Ils peuvent être:
 - Iatrogènes : au cours d'une biopsie de trophoblaste, une ponction du cordon, une amniocentèse et différents gestes à visée thérapeutique (pendant un cerclage, l'amnioscopie, les touchers vaginaux répétés).

- Physiologiques : contractions utérines de Braxton Hicks, les mouvements actifs fœtaux (MAF)

- Facteurs utérins : On peut citer :

- La béance cervico-isthmique ;

- Fibrome

- Facteurs infectieux :

On a surtout l'infection urinaire qui est fréquente au troisième trimestre de la grossesse selon [11]. Les infections cervico-vaginales pourraient entraîner une chorioamniotite localisée (infection ovulaire) [12]. Les germes en cause sont *Escherichia coli*, streptocoque du groupe B gonocoque bactéroïdes, *Trichomonas intestinalis* ou *vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum* et *hominis*, *Chlamydia* et mycoplasmes.

Les facteurs entraînant les infections : touchers vaginaux répétés, fil de cerclage (comme corps étranger), diabète, grossesse sur stérilet, les gestes endo- utérins. L'infection survient par voie ascendante (endo-cervicale).

- Les facteurs ovulaires :

Ils impliquent la surdistension utérine (hydramnios, grossesse multiple, macrosomie), les présentations irrégulières, le placenta praevia, l'insertion basse du cordon, des métrorragies du premier trimestre.

III. PRONOSTIC

III.1. MATERNEL

III.1.1. Pendant la grossesse

Avant la naissance, la complication principale est l'infection amniotique. Dans la plupart des cas, la chorioamniotite est la conséquence de la RPM par ascension des bactéries du tractus génital dans la cavité amniotique ouverte. Mais l'infection pourrait être la cause de la rupture et se propager secondairement vers la cavité amniotique.

L'infection amniotique est en général polymicrobienne, aérobie et anaérobie. Les germes incriminés sont, par ordre de fréquence, les mycoplasmes, les germes anaérobies puis les germes aérobies (streptocoque du groupe B, *Escherichia coli*, autres germes à Gram négatif, *Gardnerella vaginalis*).

III.1.2. Pendant le travail

Dans plus de 20% des grossesses à terme, la perte des eaux survient avant le début des contractions, mais dans la moitié des cas, le travail démarre spontanément

dans les 4 heures qui suivent [13]. En cas de placenta prævia associé, le décollement placentaire peut favoriser la migration de particules de liquide amniotique à travers les vaisseaux maternels et conduire à une embolie amniotique.

III.1.3. Dans le post partum

Dans le post partum, la fréquence des infections pelviennes est augmentée (endométrite) pouvant aller jusqu'à la péritonite voire le choc septique qui sont devenues rares avec l'antibiothérapie.

III.2. PERINATAL

III.2.1. Pendant la grossesse

La mortalité périnatale liée essentiellement à la prématurité et à l'infection est augmentée atteignant 3%. La morbidité infectieuse reste une préoccupation majeure qui influence la conduite à tenir. Nous rappellerons que l'ouverture des membranes accélère au bout d'un certain temps la maturation pulmonaire du fœtus prématuré. Le risque de procidence du cordon est classiquement augmenté. Il est surtout lié aux présentations du siège et transversale. Les présentations vicieuses sont quant à elles d'autant plus fréquentes que la rupture est précoce [14].

III.2.2. Pendant le travail

Le liquide amniotique, après la rupture, lubrifie la filière génitale facilitant ainsi la progression de la présentation. Dans la RPM prolongée, il arrive que le travail se fasse <à sec> entraînant des lésions fœtales. Elle peut également être responsable d'une dystocie dynamique. L'ensemble de ces complications peut induire une souffrance fœtale aigue.

III.2.3. Dans le post partum

➤ RPM avant terme

La morbi-mortalité néonatale est élevée. La prématurité est la première complication des RPM avant terme. La morbidité est la plus fréquente et la plus préoccupante entre 34-37SA.

• Complications respiratoires

- Syndrome de détresse respiratoire ;
- Maladie des membranes hyalines ;
- Infection pulmonaire ;

- Dysplasie broncho-pulmonaire ;
- Hypoplasie pulmonaire.

- **Complications neurologiques**

- Hémorragie intra-ventriculaire ;
- Leucomalacie péri-ventriculaire.

- **Complications orthopédiques**

- Petites pertes de substance cutanée souvent cicatrisées, siégeant le plus souvent au niveau du cuir chevelu, au sommet de l'occiput, à la face antérieure des genoux, à la pointe des coudes...
- Des lésions graves peuvent s'observer tels l'anencéphalie, l'exencéphalie, la spina bifida ou encore l'amélie segmentaire ou totale.

➤ **RPM à terme**

L'infection néonatale peut être due à l'infection intra-amniotique ou à une colonisation fœtale lors du passage de la filière vaginale. Sa fréquence diminue avec une antibiothérapie anténatale. En définitive, la RPM augmente le risque d'infection materno-fœtale quel que soit l'âge gestationnel à la naissance et la chorioamniotite clinique aggrave la morbidité néonatale.

IV. PRISE EN CHARGE

IV.1. BUTS

- Obtenir la naissance d'un enfant vivant bien portant ;
- Prévenir et/ou traiter l'infection ;
- Prévenir et/ou prendre en charge la prématurité.

IV.2. MOYENS

- **Mesures générales** : repos au lit, garnitures stériles, proscrire les touchers intempestifs.
- **Moyens de réanimation** : voie veineuse, oxygénothérapie, cristalloïdes.
- **Moyens médicamenteux** :
 - Antibiotiques : Pénicilline G, Pénicilline A (ampicilline ou amoxicilline), Imidazolés, Céphalosporines, Aminosides.
 - Tocolyse : Bêtamimétiques (salbutamol).
 - Antipyrétiques.
 - Corticoïdes : Béthamétasone.
 - Ocytociques

- **Moyens obstétricaux** : amnio-infusion, déclenchement du travail : ocytociques, prostaglandines, extractions instrumentales : Forceps, ventouse, césarienne.
- **Moyens de réanimation du nouveau-né et de la prise en charge du prématuré**

IV-3- INDICATIONS

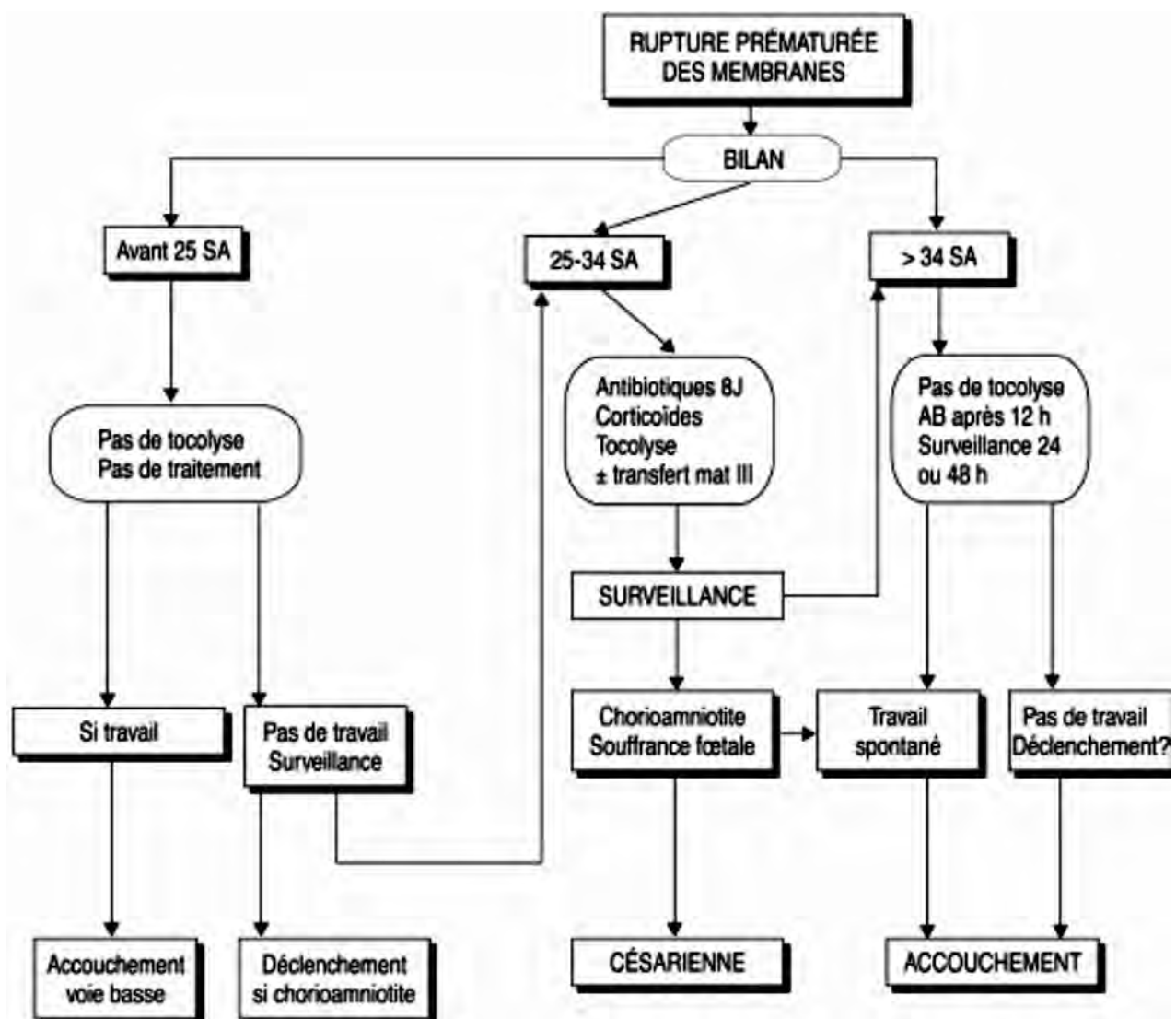


Figure 3 Prise en charge de la RPM en fonction du terme [15].

La prise en charge est établie en fonction du terme de la grossesse au moment de la rupture.

Avant 25SA, la surveillance est préconisée si pas de signes d'infection ; par contre, si le travail apparaît spontanément, l'accouchement se fera par voie basse.

Entre 25 et 34SA, un traitement à base d'antibiotiques, une tocolyse, une maturation pulmonaire et une surveillance doivent être instaurés ; si signes d'infection ou de souffrance fœtale apparaissent, une césarienne d'urgence doit être réalisée.

Après 34SA, la tocolyse n'est plus nécessaire ; si travail spontané, l'accouchement se fera par contre si pas de travail, un déclenchement peut être discuté.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I. CADRE D'ETUDE

La Clinique Gynécologique et Obstétricale (CGO) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Aristide Le Dantec a servi de cadre à notre étude. C'est un centre de référence-recours national en Santé de la Reproduction.

I.1. INFRASTRUCTURES

On distingue deux bâtiments : une unité de consultation et un bâtiment d'hospitalisation

➤ **Au rez-de-chaussée, on a :**

→ Une unité de consultations externes : depuis avril 1999, elle est transférée au centre-pilote des soins intégrés construit grâce au financement du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) où se font les consultations pré et post-natales, les consultations pour nourrissons, les consultations gynécologiques et la planification familiale. Ce centre comporte :

- six salles de consultation recevant en moyenne 30 patientes par jour, du lundi au vendredi,
- deux salles d'échographie,
- une salle de colposcopie,
- une salle d'insertion et de retrait d'implants sous-cutanés progestatifs à visée contraceptive,
- une salle pour la planification naturelle,
- une salle de consultations pour les nouveau-nés et les nourrissons pour la surveillance de la croissance et du développement psychomoteur, des conseils d'élevage des prématurés (méthode Kangourou), des vaccinations et une prise en charge des nouveau-nés de mères infectées par le VIH-SIDA,
- une salle de soins en ambulatoire pour les femmes opérées,
- une salle d'archives,
- deux bureaux de consultation pour les assistantes sociales ;
- Une unité de Néonatalogie et de prématurés composée de berceaux et de couveuses ;
- Une unité d'accueil des cas urgents ou référés qui comportent 2 tables d'examen;
- Une salle de travail avec 6 lits ;
- Une salle de restauration.

➤ **Au rez de jardin, on trouve :**

→ Une salle d'accouchement avec 4 tables d'accouchements, un bloc d'urgence et un espace de réanimation néonatale;

- Deux salles de grossesses pathologiques ;
- Un bloc chirurgical comprenant : trois salles où se font les césariennes et la chirurgie gynécologique (l'une des salles étant exclusivement réservée aux urgences) ;
- Une salle de suivi post-opératoire (6 lits).
- **Au premier étage, on trouve :**
- Une unité de suites de couches de 50 lits,
- Une salle de suivi post-molaire avec 7 lits,
- Une unité annexe de première catégorie composée de 10 cabines individuelles,
- Une salle de réunion,
- Un amphithéâtre.

I.2. PERSONNEL

La Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Aristide Le Dantec est sous la direction d'un Professeur Titulaire de chaire assisté par des Professeurs Titulaires, des Professeurs Agrégés, des Maîtres-Assistants et des Assistants-Chef de Clinique.

Le service dispose également d'internes, de médecins en cours de spécialisation, d'un médecin anesthésiste-réanimateur, d'un pédiatre.

Les autres membres du personnel sont les sages-femmes dont une maîtresse sage-femme, les techniciens supérieurs d'anesthésie réanimation, un infirmier major, une assistante sociale, des aides-infirmiers, des secrétaires, des techniciennes de surface...

I.3. ACTIVITES

La Clinique Gynécologique et Obstétricale a une triple vocation de soins, de formation et de recherche.

- Les soins qui sont quotidiens ;
- La formation : elle est théorique et pratique.
- La formation théorique porte sur les enseignements universitaires et post-universitaires. Cette formation est orientée vers la promotion de la santé maternelle et infantile et porte sur la Gynécologie, l'Obstétrique et la Néonatalogie. Depuis 1996, la Clinique Gynécologique et Obstétricale abrite le Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP) qui est une institution à vocation régionale créé en 1996 grâce au soutien de l'Agence Américain pour le Développement International (USAID). Ses activités

d'enseignement et de recherche sont essentiellement axées sur la santé de la reproduction.

- La formation pratique s'adresse aux médecins en cours de spécialisation dans le cadre du certificat d'études spéciales (C.E.S.) d'Obstétrique et de Gynécologie Médico-Chirurgicale. La Clinique Gynécologique et Obstétricale assure également l'encadrement des étudiants de septième année, de cinquième année et de deuxième année de Médecine lors de leur stage. Elle reçoit des élèves Sages-Femmes d'Etat, des élèves Infirmiers d'Etat et des stagiaires de la Croix Rouge Sénégalaise et des écoles paramédicales. Elle assure également la formation d'équipes compétentes en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) ainsi que des recyclages périodiques pour le personnel médical et paramédical du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale.

- La recherche : la Clinique Gynécologique et Obstétricale se singularise dans la recherche notamment dans le domaine de la maternité à moindre risque, de la planification familiale, de la santé des adolescentes, de la maladie trophoblastique et récemment de la colposcopie et de la pathologie cervico-vaginale, de la sénologie et de la ménopause.

II. PATIENTES ET METHODES

II.1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive incluant les patientes reçues à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Aristide Le Dantec pour rupture prématurée des membranes entre le 1 Janvier et le 30 Juin 2019.

II.2. CRITERES D'INCLUSION

Ont été incluses toutes les patientes qui avaient consulté dans la structure pour rupture prématurée des membranes quel que soit le terme.

II.3. CRITERES DE NON INCLUSION

Nous n'avons pas inclus les patientes qui consultaient pour écoulement liquidien et qui étaient en travail, de même que celles qui avaient une grossesse de moins de 22SA.

II.4. PARAMETRES ETUDIES ET COLLECTE DES DONNEES

Pour étudier les cas de rupture prématurée des membranes, la collecte de données a été faite à partir des dossiers médicaux des patientes vues en salle de tri en

remplissant pour chaque patiente une fiche de recueil de données dont les paramètres étudiés sont regroupés au niveau des annexes (voir ANNEXES).

III. RESULTATS

III.1. FREQUENCE

Le total de patientes venues consulter au service de Gynécologie et d'Obstétrique durant la période du 1^{er} janvier au 30 Juin 2019 était de 877 dont 122 cas de RPM, soit une fréquence globale de 13,9%.

III.2. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

III.2.1. Age

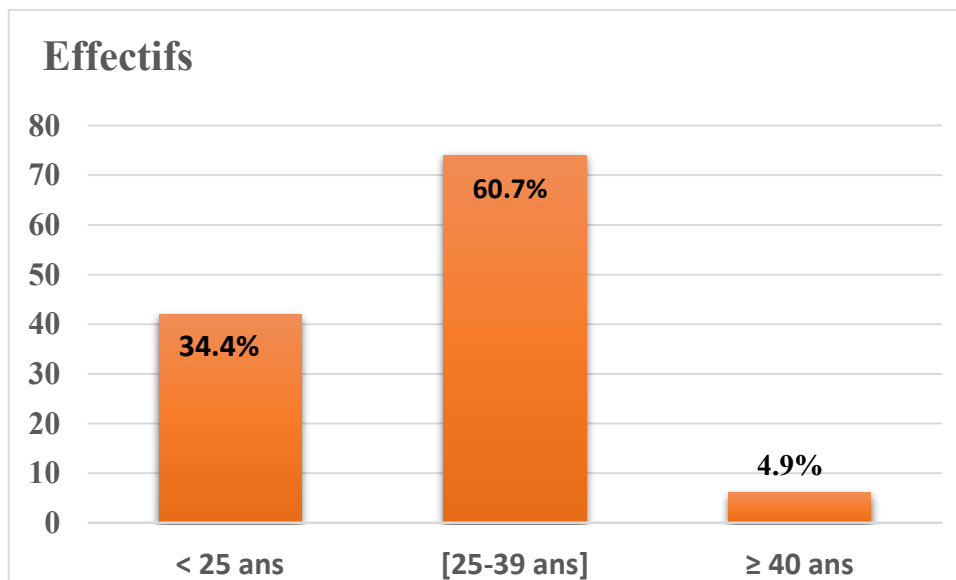


Figure 4 Répartition des patientes en fonction de l'âge

La figure 4 montre la répartition des patientes en fonction de l'âge. L'âge moyen des femmes qui étaient venues consulter pour rupture prématurée des membranes durant la période allant de Janvier à Juin 2019 était de 27 ans avec des extrêmes de 16 et 44 ans. Les femmes dont les âges étaient compris entre 25 et 39 ans étaient majoritaires (60,7%) soit un effectif de 74.

III.2.2. Parité

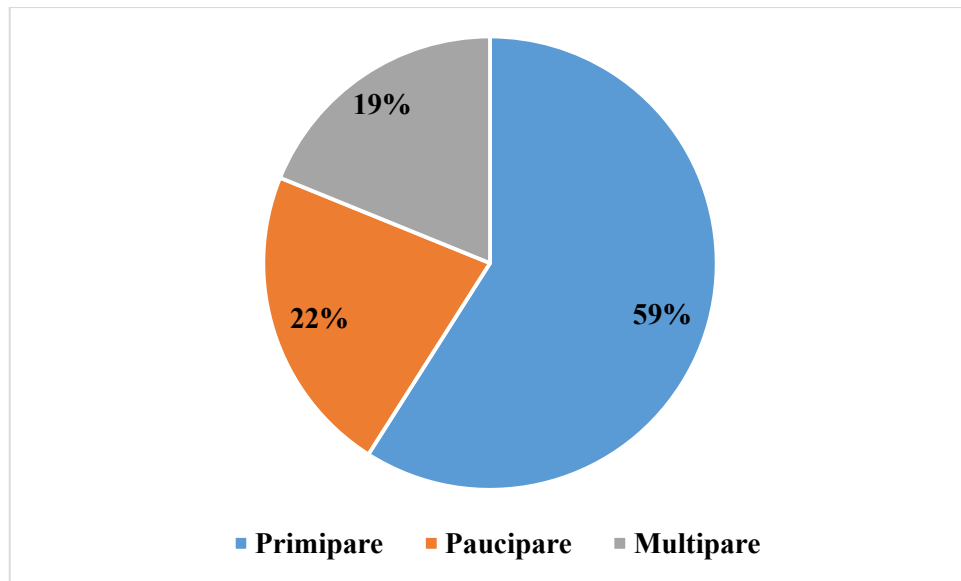


Figure 5 Répartition des patientes en fonction de la parité

La figure 5 montre la répartition des patientes en fonction de la parité. Nous voyons que sur les 122 patientes, la majorité était des primipares (59%) avec un effectif de 72.

III.2.3. SITUATION MATRIMONIALE

Tableau 1 : Répartition des patientes en fonction de la situation matrimoniale

	Effectifs	Pourcentage%
Célibataire	7	5,7
Mariée	106	86,9
Remariée	2	1,6
Non précisé	7	5,7
Total	122	100

Le tableau 1 indique la répartition des patientes en fonction de la situation matrimoniale. Nous nous apercevons que sur les 122 patientes, la majorité était mariée et au nombre de 106 soit 86,9%. Par contre, il y avait 7 dossiers où la situation matrimoniale n'était pas rapportée.

III.3. ANTECEDENTS

III.3.1. Antécédents gynécologiques

Tableau 2 : Répartition des patientes en fonction des antécédents gynécologiques

	Effectifs	Pourcentage%
Malformation utérine	1	0,8
Chirurgie	1	0,8
Béance cervico-isthmique	1	0,8
Myomatose utérine	3	2,5
Autres	1	0,8
Néant	48	39,3
Non précisé	67	54,9
Total	122	100

Ce tableau donne la répartition des antécédents gynécologiques des 122 patientes étudiées. La myomatose utérine était la pathologie gynécologique la plus représentée chez 3 patientes soit 2,5%. Mais la majorité des femmes n'avait pas d'antécédents rapportés (54,9%).

III.3.2. Antécédents obstétricaux

Tableau 3 : Répartition des patientes en fonction des antécédents obstétricaux

	Effectifs	Pourcentage%
Accouchement prématuré	6	5
Avortement	24	19.7
Césarienne	12	9,8
Néant	43	35,2
Non précisé	37	30.3
Total	122	100

Le tableau qui indique la répartition des patientes en fonction des antécédents obstétricaux, montre que 19,7% des femmes soit un effectif de 24 avaient eu à faire un avortement. Mais la majorité des femmes (35,2%) n'avait pas d'antécédent obstétrical pathologique.

III.4. HISTOIRE DE LA GROSSESSE

III.4.1. CPN

Tableau 4 : Répartition des patientes en fonction du nombre de consultations prénatales

	Effectifs	Pourcentage%
0	2	1,6
[1-2]	20	16,4
[3-4]	90	73,8
> 4	10	8,2
Total	122	100

Le tableau 4 indique la répartition des patientes en fonction du nombre de consultations prénatales. Nous avons noté que la majorité de nos patientes (82%) avaient fait plus de 3 consultations prénatales soit un effectif de 100. Les patientes ayant fait moins de 3 consultations prénatales représentaient 18%.

III.4.2. Bilan prénatal

Tableau 5 : Répartition des patientes en fonction de la disponibilité du bilan prénatal

	Effectifs	Pourcentage%
Oui	109	89,3
Non	11	9,0
Non précisé	2	1,6
Total	122	100

Le tableau 5 indique la répartition des patientes en fonction de la disponibilité du bilan prénatal. Nous apercevons que la majorité des femmes avait eu à faire un bilan prénatal avec un effectif de 109 soit 89,3%.

III.4.3. Notion d'infection génitale en début de grossesse

Tableau 6 : Répartition des patientes en fonction de la présence ou non d'une Infection génitale en début de grossesse

	Effectifs	Pourcentage%
Oui	9	7,4
Non	105	86,1
Non précisé	8	6,6
Total	122	100

Le tableau 6 montre la répartition des patientes en fonction de la présence ou non d'une Infection génitale en début de grossesse. Nous remarquons à travers ce tableau que seul 9 patientes avaient une infection génitale en début de grossesse. Ceci représente 7,4 % des patientes examinées.

III.5. PATHOLOGIE AU COURS DE LA GROSSESSE

Tableau 7 : Répartition des patientes en fonction de la présence de signe de menace

	Effectifs	Pourcentage%
Oui	3	2,5
Non	119	97,5
Total	122	100

Le tableau 7 indique la répartition des patientes en fonction de la présence de signe de menace. Seul 2,5% des femmes avaient eu une menace d'accouchement prématuré contre 97,5%.

III.6. DONNEES CLINIQUES A L'ADMISSION

III.6.1. Age gestationnel

Tableau 8 : Répartition des patientes en fonction de l'âge gestationnel

	Effectifs	Pourcentage%
< 28 SA	3	2,5
[28-32 SA [	3	2,5
[32- 36 SA [	26	21,3
[36-40 SA]	57	46,7
> 40 SA	28	23,0
Non précisé	5	4,1
Total	122	100

Le tableau 8 montre la répartition des patientes en fonction de l'âge gestationnel. Nous remarquons sur ce tableau que 46,7% des femmes avaient un terme compris entre 36 et 40SA au moment de la rupture des membranes soit un effectif de 57. Par contre, il y avait 2,5 % des femmes qui avaient une rupture des membranes avant 28SA.

III.6.2. Valeur de la Température

Tableau 9 : Répartition des patientes en fonction de la température

	Effectifs	Pourcentage%
< 37,5	88	72,1
37,5-37,9	6	4,9
>= 38	3	2,5
Non précisé	25	20,5
Total	122	100

Le tableau 9 montre la répartition des patientes en fonction de la température. Ainsi, la majorité des femmes (72,1%) avait une température normale ; par contre, il y avait 3 patientes soit 2,5% qui étaient fébriles. Nous avons enregistré 25 dossiers manquants concernant la température.

III.6.3. Présentation fœtus

Tableau 10 : Répartition des patientes en fonction de la présentation fœtale

	Effectifs	Pourcentage%
Céphalique	108	88,5
Siège	14	11,5
Total	122	100

Le tableau 10 montre la Répartition des patientes en fonction de la présentation fœtale. Nous remarquons que la présentation céphalique était la présentation dominante et était retrouvée chez 108 femmes soit 88,5%.

III.6.4. Aspect du Liquide amniotique (LA)

Tableau 11 : Répartition des patientes en fonction de la coloration du liquide amniotique

	Effectifs	Pourcentage%
Clair	86	70,5
Verdâtre	11	9,0
Jaunâtre	20	16,4
Méconial	1	0,8
Sanglant	2	1,6
Non précisé	2	1,6
Total	122	100

Le tableau 11 indique la Répartition des patientes en fonction de la coloration du liquide amniotique. Nous voyons que la coloration du liquide amniotique était à prédominance claire dans 70,5% des cas.

III.6.5. Données de l'ERCF

Tableau 12 : Répartition des patientes en fonction de la faisabilité de l'ERCF

	Effectifs	Pourcentage%
Fait	113	92,6
Non fait	3	2,5
Non précisé	6	4,9
Total	122	100

Tableau 13 : Résultats de l'ERCF

	Effectifs	Pourcentage%
Normal	73	64,6
Bradycardie	10	8,8
Tachycardie	8	7.1
Ralentissements	22	19.5
Total	113	100

Les tableaux 12 et 13 renseignent sur l'ERCF chez les patientes et les résultats obtenus. L'ERCF avait été fait chez 113 femmes soit un pourcentage de 92,6%. Et parmi ces dernières, 64,6% sont revenus normaux.

III.6.6. Type de grossesse

Tableau 14 : Répartition des patientes en fonction du type de grossesse

	Effectifs	Pourcentage %	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Monofœtale	114	93.4	93.4	93.4
Gémellaire	5	4,1	6.6	100
Total	119	97,5	100	
Non précisé	3	2.5		
Total	122	100		

Le tableau 14 montre la répartition des patientes en fonction du type de grossesse. La grossesse monofœtale était la plus représentée dans notre étude avec un effectif de 114 soit 93,4%.

III.7. DONNEES PARACLINIQUES

III.7.1. Globules Blancs

Tableau 15 : Répartition des patientes en fonction du taux de globules blancs

	Effectifs	Pourcentage%
<=10.000	59	48,4
10.000-14.000	25	20,5
> 14 000	16	13,1
Non précisé	22	18,0
Total	122	100

Le tableau 15 montre la répartition des patientes en fonction du taux de globules blancs. La majorité des patientes avait un taux de globules blancs normal avec un effectif de 59 soit 48,4%. Par contre, il y a 13,1% qui avaient une hyperleucocytose. Nous notons aussi 22 dossiers dans lesquels cette donnée n'était pas précisée.

III.7.2. Examen bactériologique PV

Tableau 16 : Répartition des patientes en fonction de la faisabilité du prélèvement vaginal

	Effectifs	Pourcentage%
Fait	2	1,6
Non fait	117	95,9
Non précisé	3	2,5
Total	122	100

III.7.3. ECBU

Tableau 17 : Répartition des patientes en fonction de la faisabilité de l'examen cytot bactériologique des urines

	Effectifs	Pourcentage%
Fait	1	0,8
Non fait	118	96,7
Non précisé	3	2,5
Total	122	100

Les tableaux 16 et 17 renseignent sur les examens bactériologiques qui avaient été fait ; c'est le cas du prélèvement vaginal et de l'examen cytot bactériologique des urines qui n'étaient réalisés respectivement que dans 1,6 et 0,8% des cas.

III.8. DONNEES THERAPEUTIQUES

III.8.1. Utilisation de la tocolyse

Tableau 18 : Répartition des patientes en fonction de l'utilisation de la tocolyse

	Effectifs	Pourcentage%
Oui	8	6,6
Non	113	92,6
Non précisé	1	0,8
Total	122	100

Le tableau 18 montre l'utilisation de la tocolyse chez nos patientes. La majorité de ces patientes n'avait pas eu à bénéficier d'une tocolyse et celle-ci n'avait été utilisée que dans 6,6% des cas.

III.8.2. Type de tocolytique utilisé

Tableau 19 : Répartition des patientes en fonction du tocolytique utilisé

	Effectifs	Pourcentage%
Nifedipine	6	75
Salbutamol	2	25
Total	8	100

La Nifedipine était la molécule la plus utilisée chez les femmes qui était sous tocolyse soit 75%.

III.8.3. Corticothérapie

Tableau 20 : Répartition des patientes en fonction de l'utilisation de la corticothérapie

	Effectifs	Pourcentage%
Oui	22	18,0
Non	97	79,5
Non précisé	3	2,5
Total	122	100

Le tableau 20 renseigne sur la répartition des patientes en fonction de l'utilisation de la corticothérapie. On note que la maturation pulmonaire était utilisée chez nos femmes dans 18% des cas.

III.9. ISSUE DE LA GROSSESSE

III.9.1. Durée hospitalisation

Tableau 21 : Répartition des patientes en fonction de la durée d'hospitalisation

	Effectifs	Pourcentage%
< 24 h	88	72,1
24-72h	21	17,2
> 72h	8	6,6
Non précisé	5	4,1
Total	122	100

Le tableau 21 montre la répartition des patientes en fonction de la durée d'hospitalisation. Selon notre étude, 72,1% des femmes avaient une durée d'hospitalisation de moins de 24H ; par contre, 6,6% avaient été hospitalisées plus de 72H.

III.9.2. Durée RPM

Tableau 22 : Répartition des patientes en fonction de la durée RPM-Accouchement

	Effectifs	Pourcentage%
< 24 h	42	34,4
24h-72h	27	22,1
72h- 1 semaine	11	9,0
> 1 semaine	6	4,9
Non précisé	36	29,5
Total	122	100

Le tableau 22 renseigne sur la durée entre la rupture et l'accouchement. Nous notons une majorité de moins de 24H de rupture chez 42 femmes soit 34.4%. Aussi, 4.9% avaient une durée de plus d'une semaine de rupture des membranes soit un effectif de 6. Par contre, nous avons obtenu 36 cas non précisé soit un pourcentage de 29,5.

III.9.3. Terme à l'accouchement

Tableau 23 : Répartition des patientes en fonction du terme à l'accouchement

	Effectifs	Pourcentage%
Avant terme	37	30,3
Terme	83	68,0
Non précisé	2	1,6
Total	122	100

Le tableau 23 montre la répartition des patientes en fonction du terme à l'accouchement. Dans 68% des cas, la grossesse était parvenue à terme et il y a eu 37 patientes soit 30,3% qui avaient accouché avant terme.

III.9.4. Travail

Tableau 24 : Modalités de déclenchement du travail

	Effectifs	Pourcentage%
Spontané	78	63,9
Déclenchement artificiel	25	20,5
Césarienne	18	14,8
Non précisé	1	0,8
Total	122	100

Le tableau 24 renseigne sur la répartition des patientes en fonction du mode de déclenchement du travail. Cependant, 63,9% des femmes étaient rentrées spontanément en travail et 20,5% avaient bénéficié d'un déclenchement. Par contre, il y a eu 14,8% de ces femmes qui ont bénéficié d'une césarienne avant travail.

III.9.5. Mode d'accouchement

Tableau 25 : Répartition des patientes en fonction du mode d'accouchement

	Effectifs	Pourcentage%
Voie basse	77	63,1
Césarienne	44	36,1
Non précisé	1	0,8
Total	122	100

Le tableau 25 renseigne sur la répartition des patientes en fonction du mode d'accouchement. Dans notre étude, nous avons eu 63,1% d'accouchement par voie basse contre 36,1% de césarienne.

III.10. DONNEES NEONATALES A LA NAISSANCE

III.10.1. Poids du nouveau-né

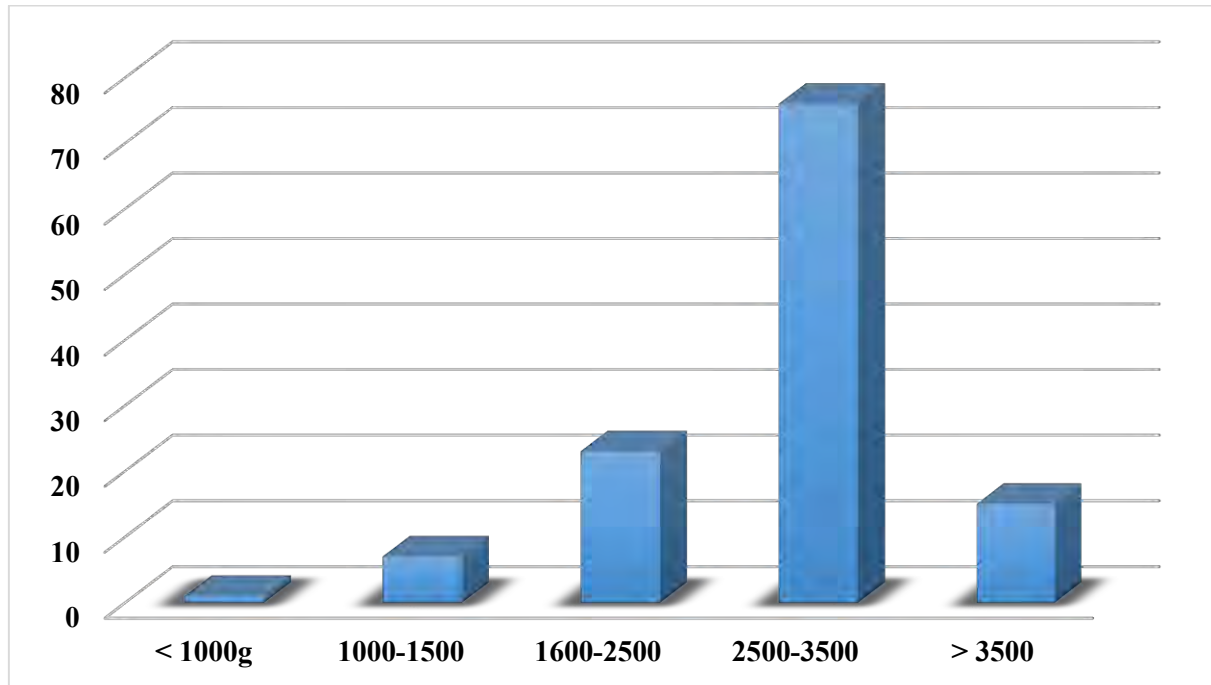


Figure 6 Répartition des nouveaux nés en fonction du poids

La figure 6 montre la répartition des nouveaux nés en fonction du poids. La majorité des nouveau-nés (62,3%) avait un poids de naissance compris entre 2500 et 3500g. Les nouveau-nés de poids de naissance inférieur à 2500 représentaient 25,4%.

III.10.2. Score d'Apgar

Tableau 26 : Répartition des nouveaux nés en fonction du score d'Apgar à M5

	Effectifs	Pourcentage%
<7/10	10	8.8
≥7/10	104	91.2
Total	114	100

Le tableau 26 montre la répartition des nouveaux nés en fonction du score d'Apgar à M5. Il y avait 91,2% des nouveaux nés qui avaient un bon score d'Apgar à la naissance.

III.10.3. Etat à la naissance

Tableau 27 : Répartition des nouveaux nés en fonction de l'état à la naissance

	Effectifs	Pourcentage%
Vivant	114	93.4
Décédé	8	6.6
Total	122	100

Le tableau 27 donne la répartition des nouveaux nés en fonction de l'état à la naissance. Cependant, 114 soit 93,4% étaient vivants contre 6,6% de décès néonataux.

III.11. EVOLUTION NEONATALE ET MATERNELLE

III.11.1. Hospitalisation en néonatalogie

Tableau 28 : Répartition des nouveaux nés en fonction de l'hospitalisation en néonatalogie

	Effectifs	Pourcentage%
Oui	24	19,7
Non	93	76,2
Non précisé	5	4,1
Total	122	100

Le tableau 28 donne la répartition des nouveaux nés en fonction de l'hospitalisation en néonatalogie. Seuls 19,7% avaient bénéficié d'une hospitalisation en néonatalogie.

III.11.2. Diagnostic en néonatalogie

Tableau 29 : Répartition des nouveaux nés en fonction du diagnostic en néonatalogie

	Effectifs	Pourcentage%
Infection	8	33,3
Prématurité	10	41.7
Infection + prématurité	3	12.5
RCIU	1	4.2
Syndrome polymalformatif	2	8.3
Total	24	100

Le tableau 29 donne la répartition des nouveaux nés en fonction du diagnostic en néonatalogie. La principale raison d'hospitalisation était la prématurité et était retrouvé chez 13 nouveaux nés soit un pourcentage de 41,7.

III.11.3. Complications Périnatales

Tableau 30 : Répartition des nouveaux nés en fonction des complications périnatales

	Effectifs	Pourcentage%
Souffrance fœtale	5	4.1
Infection néonatale	18	14.7
Prématurité	19	15.6
Autres	3	2.5
Non	77	63,1
Total	122	100

Le tableau 30 renseigne sur les complications périnatales. La principale complication périnatale demeure également la prématurité dans 15,6% des cas. Par contre, 63,1% des nouveaux nés n'avaient pas de complications.

III.11.4. Complications maternelles

Tableau 31 : Répartition des patientes en fonction des complications maternelles

	Effectifs	Pourcentage%
Chorioamniotite	10	8,2
Autres	1	,8
Non	111	91,0
Total	122	100

Le tableau 31 renseigne sur la répartition des patientes en fonction des complications périnatales. La complication maternelle prédominante était la chorioamniotite et était retrouvée chez 10 patientes soit 8,2%.

IV. DISCUSSION

IV.1. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

IV.1.1. Fréquence

La rupture prématurée des membranes est une pathologie relativement fréquente qui concerne en moyenne 10% des grossesses [1]. Durant la période de notre étude, 122 de RPM ont été retrouvés sur un total de 877 soit une fréquence de 13,9%.

Ce taux est très en deçà de celui rapporté par Andriamady et coll (50,5%) [15]. Par contre, cette fréquence est élevée par rapport à celles rapportées par d'autres auteurs africains comme Adisso [16], Obi [17] et Soumani [18] qui retrouvent des fréquences variables entre 2,5 et 4%.

IV.1.2. Age

L'âge moyen des femmes qui étaient venues consulter pour rupture prématurée des membranes durant la période allant de Janvier à Juin 2019 était de 27 ans. Ce résultat est superposable à celui retrouvé dans l'étude de Asmama Yamina et al avec un âge moyen estimé à 28,21+/- 6,4 ans [19] et dans les études de Adisso [16] et Obi [17] qui retrouvent également un âge moyen de 28ans.

IV.1.3. Parité

Dans notre série, la primiparité était dominante et a été retrouvée dans 59% des cas. Dans les études de Obi et Soumani, la fréquence de RPM est plus élevée chez les primipares soit 56,4% [17] [18].

Pour Andriamady, les primipares ont été les plus concernées avec 59,8% de la population étudiée [15].

IV.2. ANTECEDENTS D'AVORTEMENT OU D'ACCOUCHEMENT PREMATURE

Les antécédents de prématurité et de RPM lors d'une grossesse précédente sont également des facteurs de risque de RPM. Dans notre série, 19,7% des patientes avaient un antécédent d'avortement.

Ces chiffres sont inférieurs à ceux retrouvés dans la littérature, 67,2% pour Obi [17], 49,2% pour Andriamady [15] et 31% pour Camus [20].

Par contre, Lee et coll. Rapportent un risque de récurrence de la RPM de 16,7% [21].

IV.3. HISTOIRE DE LA GROSSESSE

Au cours de la grossesse, la majorité de nos patientes (82%) avaient fait au moins 3 consultations prénatales, les grossesses étaient monofœtales dans 93,4% ; le type de présentation était dominé par la présentation du sommet (88,5%). Ce profil est comparable à celui décrit par les auteurs cités précédemment [16] [17] [22].

IV.4. ASPECTS DIAGNOSTIQUES

Concernant la rupture, 46,7% des femmes avaient un terme compris entre 36 et 40SA au moment de la rupture des membranes soit un effectif de 57. En comparant ces résultats avec ceux de la littérature, il apparaît que ces taux restent comparables aux données des littératures. Le taux de la rupture prématurée des membranes avant terme varie de 1 à 3 % des grossesses [15] [16] et celui des ruptures prématurées des membranes à terme avant le travail de 8 à 10 % [16] [23]. Marret H et coll ont rapporté que la fréquence de la rupture prématurée des membranes s'accroît avec le terme de la grossesse [24].

La coloration du liquide amniotique était à prédominance claire dans 70,5% des cas et ce rejoint celui de Asmama Yasmina en 2017 [19].

Le délai moyen entre la survenue de la rupture et l'accouchement était majoritairement de moins de 24H de rupture chez 42 femmes soit 34,4%. celle de Laadioui M menée à Fès [25] qui trouvait que la majorité de ces cas avait un délai relativement bref entre la rupture prématurée des membranes et l'accouchement (les patientes dont le délai entre la rupture prématurée des membranes et l'accouchement était supérieur ou égal à 48H occupaient le 4,5 % des cas seulement).

Les examens bactériologiques ont été rarement fait (3 cas) dont 2 prélèvements vaginaux et 1 ECBU et cela pour des raisons de disponibilité. Dans la majorité des cas, une échographie obstétricale a été réalisée mettant en évidence un oligoamnios. Ce résultat d'examen échographique de nos cas était comparable à celui de Keita N qui a révélé que les examens échographiques obstétricaux objectivaient un oligoamnios dans 42,5% des cas [26]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'échographie obstétricale est la plus facile à réaliser et la plus disponible [26] [27] et que l'oligoamnios n'est autre qu'une manifestation de la perte d'eau.

IV.6. ASPECTS THERAPEUTIQUES

Une antibioprophylaxie avait été institué pratiquement chez toutes les patientes qui avaient consulté pour une RPM et la molécule la plus utilisée était l'ampicilline. Dans les cas d'infection amniotique, une triple antibiothérapie à base d'amoxicilline, d'aminoside et de dérivé imidazolé était d'emblée instaurée. En France, l'amoxicilline est prescrit pendant 7 jrs, alors qu'aux Etats-Unis, l'amoxicilline est associée à l'érythromycine [28] [29]. Le traitement généralement recommandé est l'ampicilline ou l'amoxicilline du fait de leur excellent passage transplacentaire, en association a la gentamicine [30].

Par contre, la majorité de ces patientes n'avait pas eu à bénéficier d'une tocolyse et celle-ci n'avait été utilisée que dans 6,6% des cas. Comme la tocolyse, la maturation pulmonaire n'était pas trop utilisée chez nos femmes ; seulement 18% en avaient bénéficié et elle avait été administrée pour des patientes dont l'âge de la grossesse était inférieure ou égal à 34 SA.

IV.7. ASPECTS PRONOSTIQUES

Dans 68% des cas, la grossesse était parvenue à terme et il y a eu 37 patientes soit 30,3% qui ont accouché avant terme ; 63,9% des femmes étaient rentrées spontanément en travail et 20,5% avaient bénéficié d'un déclenchement. Par contre, il y a eu 14,8% de ces femmes qui ont bénéficié d'une césarienne avant travail ; dans notre étude, nous avons eu 63,1% d'accouchement par voie basse contre 36,1% de césarienne.

Selon Asmama, l'accouchement était par voie basse dans 72,2% des cas, par voie haute dans 27,8% des cas [19].

Andriamady et coll [15] ont obtenu 20,9 % de césarienne dans leur étude sur la rupture prématurée des membranes à la Maternité Befelatanana en 1998.

Keita N [26] a trouvé 79,6% d'accouchement par voies basses des femmes présentaient une rupture prématurée des membranes au cours de son étude réalisée à Bamako en 2007.

La majorité des nouveau-nés (62,3%) avait un poids de naissance compris entre 2500 et 3500g ; les nouveau-nés de poids de naissance inférieur à 2500 représentaient 25,4% et nous avons noté 6,6% de décès néonataux ; 91,2% des nouveaux nés avaient un bon score d'Apgar à la naissance ; concernant l'hospitalisation en néonatalogie, seuls 19,7% soit un effectif de 24 nouveaux-nés ont bénéficié d'une hospitalisation en néonatalogie, la principale raison était la prématurité (41,7%) chez 10 nouveaux-nés, suivie de l'infection fœtale (33,3%) chez 8 nouveaux- nés.

D'après plusieurs auteurs, l'infection amniotique après la prématurité est la deuxième complication la plus redoutée en cas de RPM [31] [32].

Selon Keita M A [26], la mortalité périnatale est liée essentiellement à la prématurité et à l'infection et la morbidité infectieuse reste une préoccupation majeure qui influence la conduite à tenir.

La complication maternelle prédominante était la chorioamniotite et était retrouvée chez 10 patientes soit 8.2%. Les taux rapportés varient de 1 à 7 % [31] [33] [34].

Le taux le plus faible est rapporté par Ladfors (0,9%) qui ne pratique pas de toucher vaginal à l'admission [34]. Cette complication peut être prévenue grâce à la mise en œuvre de mesures d'hygiène simples ainsi que la prise d'antibiotiques.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La rupture prématurée des membranes est une situation à risque qui pose un problème d'opportunité et expose à des complications maternelles et périnatales. Dans notre pratique, la rupture prématurée des membranes fait l'objet de très peu d'étude au Sénégal ; c'est dans cette optique que nous avons décidé de nous intéresser aux facteurs de risque et au pronostic materno-fœtal.

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant toutes les gestantes prises en charge pour rupture prématurée des membranes entre le 1^{er} Janvier et le 30 Juin 2019 au service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Aristide le Dantec.

Durant cette période, le total de patientes venues consulter était de 877 dont 122 cas de RPM, soit une fréquence globale de 13,9% ; l'âge moyen était de 27 ans avec des extrêmes de 16 et 44 ans ; la majorité était des primipares (59%) avec un effectif de 72 ; la myomatose utérine était la pathologie gynécologique la plus représentée chez 3 patientes soit 2,5% ; 19,7% des femmes soit un effectif de 24 avaient eu à faire un avortement.

Au cours de la grossesse, la majorité de nos patientes (82%) avaient fait au moins 3 consultations prénatales, les grossesses étaient monofœtales dans 93,4% ; le type de présentation était dominé par la présentation du sommet (88,5%).

Concernant la rupture, 46,7% des femmes avaient un terme compris entre 36 et 40SA au moment de la rupture des membranes soit un effectif de 57. Par contre, il y avait 2,5 % des femmes qui avaient une rupture des membranes avant 28SA ; la coloration du liquide amniotique était à prédominance claire dans 70,5% des cas ; Pour le délai moyen entre la survenue de la rupture et la consultation, nous notons une majorité de moins de 24H de rupture chez 42 femmes soit 34,4%. Aussi, 4,9% avaient une durée de plus d'une semaine de rupture des membranes soit un effectif de 6.

72,1% des femmes avaient une durée d'hospitalisation de moins de 24H ; par contre, 6,6% avaient été hospitalisées plus de 72H ; l'ERCF avait été fait chez 113 femmes soit un pourcentage de 92,6. Et parmi ces dernières, 64,6% sont revenus normaux.

Sur le plan paraclinique, les examens bactériologiques ont été rarement fait (3 cas) et cela pour des raisons de disponibilité.

Sur le plan thérapeutique, une antibioprophylaxie à base d'Ampicilline avait été institué pratiquement chez toutes les patientes qui avaient consulté pour une RPM. Par contre, la majorité de ces patientes n'avait pas eu à bénéficier d'une tocolyse et celle-ci n'avait été utilisée que dans 6,6% des cas. Comme la tocolyse, la maturation pulmonaire n'était pas trop utilisée chez nos femmes ; seulement 18% en avaient bénéficié.

Concernant l'issue de la grossesse, dans 68% des cas, la grossesse était parvenue à terme et il y a eu 37 patientes soit 30,3% qui ont accouché avant terme ; 63,9% des femmes étaient rentrées spontanément en travail et 20,5% avaient bénéficié d'un déclenchement. Par contre, il y a eu 14,8% de ces femmes qui ont bénéficié d'une césarienne avant travail ; dans notre étude, nous avons eu 63,1% d'accouchement par voie basse contre 36,1% de césarienne.

Par rapport au pronostic périnatal, la majorité des nouveau-nés (62,3%) avait un poids de naissance compris entre 2500 et 3500g ; les nouveau-nés de poids de naissance inférieur à 2500 représentaient 25,4% et nous avons noté 6,6% de décès néonataux ; 91,2% des nouveaux nés avaient un bon score d'Apgar à la naissance ; concernant l'hospitalisation en néonatalogie, seuls 19,7% ont bénéficié d'une hospitalisation en néonatalogie et la principale raison était la prématurité.

La complication maternelle prédominante était la chorioamniotite et était retrouvée chez 10 patientes soit 8,2%. Par contre, on note un pourcentage élevé d'information manquante concernant les complications maternelles.

Ces résultats montrent que malgré les délais de consultation souvent allongés et l'insuffisance des moyens paracliniques disponibles, le pronostic global de la rupture prématurée des membranes reste favorable dans notre pratique.

Pour améliorer ces résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

- Sensibiliser les patientes au cours des consultations prénatales sur les signes de danger dont fait partie la rupture prématurée des membranes, afin de les amener à consulter précocement ;
- Lutter contre les facteurs favorisants (voir plus haut) ;
- Systématiser les prélèvements bactériologiques aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né en cas de RPM ;
- Améliorer les conditions de prise en charge néonatale, en augmentant les unités de néonatalogie pour la prise en charge des prématurés ;
- Favoriser la prévention primaire ainsi que la prévention secondaire par le dépistage et le traitement des facteurs de risques au cours des consultations prénatales.

REFERENCES

- [1] BOOG G., Le déclenchement de l'accouchement dans la rupture prématurée des membranes., vol. 24, J Gynecol Biol Reprod, 1995, pp. 48-53.
- [2] ALEXANDER JM, COX SM., Clinical course of premature rupture of the membranes., vol. 20, Demin Perinatal, 1996, pp. 369-374.
- [3] MERGER R ; LEY J; MELCHIOR J., Précis d'obstétrique, 6eme éd., vol. 597, Masson, pp. 282-286.
- [4] PONS J., Rupture prématurée des membranes au deuxième trimestre, Paris: In Papiernick Emile, Dominique Cabrol, Obstétrique, Medecins science, p. 1587.
- [5] TRAORE L., «Efficacité comparée de l'expectative armée et la conduite à tenir dans la prise en charge de la rupture prématurée des membranes a BAMAKO» , These, 2001.
- [6] LANSAC J., Conduite à tenir devant les RPM, 3eme SIMEP éd., Paris: Pratique de l'accouchement, 1994.
- [7] KEITA A., «La Rupture prématurée des membranes: aspect épidémiologique, clinique et thérapeutique au service de gynéco obstétrique du centre de santé de reference de la commune V» , These, 2002.
- [8] KONE H., «L'infection urinaire et grossesse a la maternité René Cissé d'hamdallaye, à propos de 35 cas» Bamako, These, 2002.
- [9] BARRAT J H, BOSSATT J, LEWIN D, RENAUD R, traité d'obstétrique, la grossesse pathologique et l'accouchement dystocique, 2eme éd., paris, New York, Barcelone, Milan, Mexico, Sao Paulo: Masson, 1985.
- [10] DELLENBBACH P. ; MULLER P.; PHILLIPPE E., Les anomalies des membranes de l'oeuf, vol. 4, Paris: EMC, 1971.
- [11] TOGO A., «L'infection urinaire sur grossesse dans le service de gyneco-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré,» Bamako, These, 1993.

- [12] MIRLESSE V., Rupture prématurée des membranes dans infection bactérienne maternofoetale, scientifique et médicale éd., E. SAS., Éd., Journal de pédiatrie de puériculture, pp. 1-2000.
- [13] SAVITZ DA, ANANTH CV, LUTHER ER, THORP JM JR., Influence of gestationnel age on the time from spontaneous rupture of the choriarnniotic membranes to the onset of labor, vol. 14, Am J Perinatal, 1997, pp. 129-133.
- [14] AUDRA P, PASQUIER JC, Rupture prématurée des membranes a terme, vol. 20, Encycl Méd Chir, Obstétrique, 2002, pp. 5-72.
- [15] ANDRIAMADY RCL, RASAMOELISA JM, RAVAONARIVO H., «Les ruptures prematurees des membranes vues a la maternite de Befelatanana, centre hospitalier universitaire d'Antananarivo,» *Arch Inst Pasteur Madagascar* 1999, vol. 2, n° %165, pp. 100-102, 1998.
- [16] ADISSO S, TAKPARA I, TEGUETE I, OGOUDJOBI MO, DE SOUZA J, ALIHONOU E., Facteurs de risque de la rupture prématurée des membranes a la maternité nationale de référence de cotonou, Cotonou: Fondation Genevoise pour la formation et la reherche médicales, 2006, p. 10.
- [17] OBI SN, OZUMBA BC., «Preterm premature rupture of fetal membranes : the dilemma of management in a developing nation.,» *J Obstet Gynecol*, vol. 26, pp. 740-743, 2006.
- [18] SOUMANI A, SALAH-EDDINE A., «La rupture prématurée des membranes : une prise en charge encore controversée,» *Tunisie Med*, vol. 78, pp. 90-100, 2000.
- [19] ASMAMA Y, AMINA B, «Rupture prématurée des membranes à terme: facteurs pronostiques et consequences néonatales,» *Pan African Medical Journal*, n° %126:68, pp. 1-5, 2017.
- [20] CAMUS M, KHADAM L, LLOKI LH, FITOUSSI A, GALLI-DOUANI D., «Analyse de 42 ruptures des membranes au 2eme trimestre de la grossesse.,» *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, n° %118, pp. 765-775, 1989.
- [21] LLE T, CARPENTIER MW, HEBER WW, SILVER HM., «Preterm premature rupture of membranes : risks of recurrent complications in the

next pregnancy among a population-based sample of gravid women,» *Am J Obstet Gynecol*, vol. 188, pp. 209-213, 2003.

- [22] EDERMOGLU E, MUNGAN T., «Significance of detecting insulin-like growth factor binding protein-1 in cervicovaginal secretions : comparaison with nitrazine test and amniotic fluid volume assessment.,» *Acta Obstet Gynecol Scand*, vol. 83, pp. 622-626, 2004.
- [23] AUDRA P, PASQUIER JC., «Rupture prématurée des membranes a terme,» *EMC Obstétrique*, vol. B, n° %15-072, pp. 20-25, 2002.
- [24] MARRET H, DESCHAMPS PH, FINGON A, PERRONTIN F, BODY G, LANSAC J., «Conduite a tenir devant une rupture prématurée des membranes sur une grossesse monofoetale avant 28SA,» *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, n° %127, pp. 665-675, 1998.
- [25] LAADIOUI M., «Rupture prématurée des membranes a propos de 675 cas,» Fes, These, 2012.
- [26] KEITA N., «Facteurs de risque et pronostic maternofoetal de la rupture prématurée des membranes dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune 2 du district de Bamako,» Bamako, These, 2009.
- [27] QUETTEVILLE C., «Rupture prématurée prolongée des membranes entre 26 SA et 37 SA au CHU de Rouen: étude rétrospective a propos de 135 cas,» Rouen, These, 2013.
- [28] SAVITZ D., «Practice Bulletin Premature Rupture of Membranes. Clinical Management guidelines for obstetrician-gynecologist,» *Int J Gynecol Obstet*, n° %163, pp. 75-84, 1998.
- [29] MERCER BM, MODOVNIK M, THURNAU GR, «Antibiotic therapy for reduction of infant morbidity after preterm premature rupture of the membranes. A randomized controlled trial. National institute of child health and human development maternal-fetal medicine units network,» *JAMA*, n° %1278, pp. 989-995, 1997.

- [30] YOON BH, PARK CW, CHAIWORAPONGSA T., «Intrauterine infection and the development of cerebral palsy,» *BJOG*, vol. 20, n° 1110, pp. 124-127, 2003.
- [31] HANNAH ME, OHLSSON A, FARINE D, HEWSON SA, HODNETT ED, MYHR TL , «Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term,» *N Engl J Med*, n° 1334, pp. 1005-1010, 1996.
- [32] BOOG G., «Pour ou contre un traitement agressif de la rupture prématurée des membranes au voisinage du terme. La réponse d'une méta-analyse,» *JOBGYN*, n° 16, pp. 338-374, 1995.
- [33] CARARACH V, BOTET F, SENTIS J, ALMIRAIL R, PEREZ-PICANOL E, «Administration of antibiotics to patients with rupture of membranes at terms : a prospective, randomized, multicentric study. Collaborative group on PROM. Acta,» *Obstet Gynecol Scand*, n° 177, pp. 298-302, 1998.
- [34] LADFORS L, MATTSSON LA, ERIKSSON M, FALL O, «A randomized trial of two expectant managements of prelabour rupture of the membranes at 34 to 42 weeks,» *Br J Obstet Gynecol*, n° 1103, pp. 755-762, 1996.

ANNEXES

Fiche de recueil de données pour pronostics materno-fœtaux de la rupture prématurée des membranes

I. Etat civil

- 1. Age :**
- 2. Profession :**
- 3. Situation matrimoniale**

☐ Célibataire

☐ Mariée

☐ Divorcée

☐ Veuve

☐ Remariée

II. Antécédents gynéco-obstétricaux

4. Parité

☐ Primipare

☐ Paucipare

☐ Multipare

5. Antécédents gynécologiques

☐ Malformation

☐ Chirurgie

☐ Béance cervico-isthmique

☐ Myomatose utérine

☐ Cerclage

☐ Portage streptoB grossesse antérieure

☐ Autres :

6. Antécédents obstétricaux

☐ RPM grossesse antérieure

- ☐ Accouchement Prématuro
- ☐ AVB instrumental
- ☐ Césarienne
- ☐ Avortement si oui, terme :
- ☐ Autres :

III. Antécédents médico-chirurgicaux et mode de vie

7. Antécédents médico-chirurgicaux

- ☐ HTA
- ☐ Diabète
- ☐ Asthme
- ☐ Allergie si oui lesquelles :
- ☐ Laparotomie si oui indication :
- ☐ Autres :

8. Mode de vie

- ☐ Tabac
- ☐ Alcool
- ☐ Thé
- ☐ Vie en couple
- ☐ Niveau socio-économique

IV. Grossesse actuelle

9. Suivi prénatal

Nombre de CPN :

Bilan prénatal : Particularités ☐ oui, lesquelles ☐ non

10. Notion d'infection génitale en début de grossesse

- ☐ Oui germe : traitement :
- ☐ Non

11. Notion de métrorragies

- ☐ Oui terme : étiologie : traitement :
- ☐ Non

12. Notion de MAP

- ☐ Oui CU : modifications cervicales : traitement :
- ☐ Non

13. Notion de cerclage

☐ Oui Terme :

☐ Non

14.Amniocentèse

☐ Oui

☐ Non

V. Admission

15.Terme à la rupture :

16.Terme à l'admission :

17.Mode diagnostic

-Plaintes :

-Clinique

Speculum :

TV :

-Paraclinique

Test a la fibronectine

☐oui Résultats :

☐non

Echographie avec diminution LA

☐oui

☐non

18.Examen clinique

-Constantes

Température :

TA :

Pouls :

-MAF

☐Présents

☐Absents

-Présentation fœtus

☐Céphalique

☐Siege

☐Transversale

☐Non précisée

-HU :

-Signe de Bonnaire

☐Positif

☐Négatif

-Spéculum : ☐fait résultats :

☐non fait

-Toucher vaginal : ☐fait

☐non fait

Ecoulement : ☐oui

☐non

Couleur ☐clair ☐verdâtre ☐jaunâtre ☐méconial ☐sanglant

☐NP

Quantité : ☐minime ☐abondant ☐non précisé

Modifications cervicales :

-Signe de Tarnier

☐Positif ☐Négatif

-ERCF

☐Fait Résultats :

☐Non fait

19.Examen paraclinique

-Biologie

RAI

☐faite résultats : ☐non faite

NFS(GB)

☐faite résultats : ☐non faite

CRP

☐faite résultats : ☐non faite

Interleukine 6

☐fait résultats : ☐non fait

-Bactériologie

PV ☐fait résultats :

☐non fait

ECBU ☐fait résultats

☐non fait

-Echographie ☐faite

☐non faite

Biométrie PC : BIP : Diamètre thoracique :

Vitalité ☐oui ☐non

Morphologie ☐normale ☐anomalies lesquelles :

Quantité LA ☐normale ☐diminuée ☐augmentée

Insertion placentaire ☐normale ☐bas inséré

Nombre de fœtus ☐monofoetale ☐multiples

Estimation pondérale :

Score biophysique de Manning

VI. Hospitalisation

20.Terme à l'hospitalisation :

21.Durée hospitalisation :

22.Antibiothérapie ou prophylaxie

☐oui Nature :

Durée :

Modalités d'administration :

☐non

23.Tocolyse

☐oui Nature :

Durée :

Modalités :

Prophylactique ou thérapeutique :

☐non

24.Corticothérapie

☐oui Terme de réalisation :

Nombre de doses :

☐non

25.Cerclage/décerclage

☐oui Terme cerclage :

Terme décerclage :

☐non

VII. Devenir

26.Terme à l'accouchement

☐Avant terme

☐Terme

27.Travail

☐Spontané

☐Déclenchement Nature : durée déclenchement-accouchement :

☐Pas de travail

28.Mode d'accouchement

☐Voie basse

☐Césarienne

29.Etat de l'enfant

☐Mort intra partum

☐Décédé

☐A la naissance

☐Après naissance Préciser :

☐Causes décès :

☐ Vivant

Score d'apgar :

Poids nouveau-né :

Sexe :

Hospitalisation en néonatalogie :

☐ oui durée : diagnostic : traitement :

☐ non

VIII. Complications

30. Maternelles

☐ Chorioamniotite

☐ Autres :

31. Périnatales

☐ Souffrance fœtale

☐ Détresse respiratoire

☐ Infection néonatale

☐ Autres :

RESUME

Objectifs. L'objectif général de notre étude était de déterminer le pronostic à court terme de la rupture prématurée des membranes à la clinique Gynécologique et Obstétricale de l'Hôpital Aristide Le Dantec.

Matériels et Méthodes. Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive incluant les patientes reçues à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Aristide Le Dantec pour rupture prématurée des membranes (122 cas) entre le 1 Janvier et le 30 Juin 2019. La collecte de données a été faite à partir des dossiers médicaux des patientes vues en salle de tri en remplissant pour chaque patiente une fiche de recueil de données.

Résultats. La prévalence de la RPM dans la structure durant cette période était de 13.9% ; l'âge moyen était de 27 ans avec des extrêmes de 16 et 44 ans ; la majorité était des primipares soit 59% ; la myomatose utérine était la pathologie gynécologique la plus représentée dans 2,5% des cas ; 19.7% des femmes avaient eu à faire un avortement. La majorité de nos patientes (82%) avaient fait au moins 3 consultations prénatales ; les grossesses étaient monofœtales dans 93,4% ; le type de présentation était dominé par la présentation du sommet (88,5%).

Concernant la rupture, 46.7% des femmes avaient un terme compris entre 36 et 40SA au moment de la rupture ; la coloration du liquide amniotique était à prédominance claire dans 70.5% des cas ; Pour le délai moyen entre la survenue de la rupture et la consultation, nous notons une majorité de moins de 24H de rupture chez 42 femmes soit 34.4%. 72.1% des femmes avaient une durée d'hospitalisation de moins de 24H ; l'ERCF avait été fait chez 113 femmes soit un pourcentage de 92.6. Sur le plan paraclinique, les examens bactériologiques avaient été rarement fait (3 cas) et cela pour des raisons de disponibilité. Sur le plan thérapeutique, une antibioprophylaxie à base d'Ampicilline avait été institué pratiquement chez toutes les patientes qui avaient consulté pour une RPM. Par contre, la majorité de ces patientes n'avait pas eu à bénéficier d'une tocolyse et d'une maturation pulmonaire. Concernant l'issue de la grossesse, dans 68% des cas, la grossesse était parvenue à terme et il y a eu 37 patientes soit 30.3% qui ont accouché avant terme ; 63.9% des femmes étaient rentrées spontanément en travail et 20.5% avaient bénéficié d'un déclenchement. Par contre, il y a eu 14.8% de ces femmes qui ont bénéficié d'une césarienne avant travail ; dans notre étude, nous avons eu 63.1% d'accouchement par voie basse contre 36.1% de césarienne.

Par rapport au pronostic périnatal, la majorité des nouveau-nés (62.3%) avait un poids de naissance compris entre 2500 et 3500g ; nous avons noté 6.6% de décès néonataux ; 91.2% des nouveaux nés avaient un bon score d'Apgar à la naissance ; concernant l'hospitalisation en néonatalogie, seuls 19.7% ont bénéficié d'une hospitalisation en néonatalogie et la principale raison était la prématurité. La complication maternelle prédominante était la chorioamniotite et était retrouvée chez 10 patientes soit 8.2%.

Conclusion. La rupture prématurée des membranes est une situation à risque qui expose à des complications maternelles et périnatales. Ces résultats montrent que malgré les délais de consultation souvent allongés et l'insuffisance des moyens paracliniques disponibles, le pronostic global de la rupture prématurée des membranes reste favorable dans notre pratique.