

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



ANNEE 2021

N° 253

PRONOSTIC DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES AVANT TERME AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE PIKINE

MEMOIRE

POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES (DES)
DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
PRESENTE ET SOUTENU PUBLIQUEMENT

Le 25 novembre 2020

Par

Natty SECK

Née le 15/12/1989 à Dakar (SENEGAL)

MEMBRES DU JURY

Président :	Mme	Marie Edouard	FAYE DIEME	Professeur Titulaire
Membres :	M.	Serigne M	KANE GUEYE	Professeur Titulaire
	M.	Omar	GASSAMA	Maitre de Conférences Titulaire
Directeur de Mémoire :	M.	Alassane	DIOUF	Professeur Titulaire
Co-directeur :	M.	Moussa	Diallo	Maitre de Conférences Titulaire

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

A ma très chère mère,

Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, l'exemple du dévouement. Tu es celle qui n'a jamais cessé de m'encourager et de prier pour moi.

Les mots me manquent pour t'exprimer toute ma gratitude pour tous les sacrifices que tu as endurés pour nous élever.

Je te dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection. Puisse Dieu, le Tout Puissant, te préserver et t'accorder une bonne santé, et une longévité dans le bonheur.

Merci Maman

A la mémoire de mon père Galaye SECK

Je te dédie ce travail.

A mon frère et mes sœurs

En témoignage de l'attachement, de l'amour et de l'affection que je porte pour vous, je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.

A ma famille

A mes amis et collègues

A tous nos maîtres de la Faculté de Médecine et d'Odontologie pour la science que vous nous avez apprise.

A tous nos enseignants du primaire au secondaire

A tout le personnel de la maternité de l'Hôpital de Pikine

A Allah sans Lequel rien ne peut exister et qui m'a TOUT donné.

A Son Prophète Mouhamed (Paix et Salut sur Lui).

A NOS MAITRES ET JUGES

A notre maître, juge et présidente de juge

Le Professeur Marie Edouard FAYE DIEME

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

Votre rigueur scientifique et votre générosité dans la transmission de votre savoir nous inspirent une vive admiration

Veillez accepter, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et juge

Le Professeur Serigne Modou Gueye KANE

C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi les membres de jury de notre mémoire.

Vos qualités scientifiques et pédagogiques sont connues et reconnues de tous.

Veillez trouver ici, Cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître

Le Docteur Omar GASSAMA

Vous nous avez fait l'honneur de juger ce travail en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos nombreuses occupations.

Nous retenons de vous votre rigueur scientifique, votre amour pour la recherche scientifique.

Veillez agréer, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude

A notre maître et directeur de mémoire

Le Professeur Alassane DIOUF

Pour l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail et en acceptant de nous guider et nous assister.

Nous avons beaucoup apprécié votre disponibilité, votre rigueur scientifique ainsi que votre engagement dans l'éducation et

la formation pratique des étudiants, ce qui témoignent de votre attachement incontesté à cette école.

Nous ne saurions ignorer tous les sacrifices que vous avez faits pour nous trouver une place dans votre emploi du temps si chargé et en dépit de vos responsabilités et espérons rester digne de votre confiance.

Qu'il nous soit permis cher maître, de vous témoigner toute notre gratitude et notre reconnaissance.

A notre maître et co-directeur de memoire

Monsieur le Docteur Moussa DIALLO

Votre disponibilité, votre suivi quotidien de nos travaux ainsi que vos précieux conseils nous ont été d'un grand profit. Vous vous y êtes grandement impliqués par vos directives, vos remarques et suggestions, mais aussi par vos encouragements dans les moments clés de son élaboration.

Ces instants passés à vos côtés nous ont permis de voir que les hautes responsabilités n'entravent en rien l'humilité et la générosité dans les rapports. Veuillez recevoir cher maître toute l'expression de notre reconnaissance et de notre profonde gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS

RPM : Rupture Prématuration des Membranes

LA : Liquide Amniotique

SA : Semaine d'aménorrhée

MAF : Mouvements actifs fœtaux

CRP : C. Réactive protein

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Relation entre les membranes ovulaires à l'intérieur de l'utérus	4
Figure 2 : Répartition selon l'âge des patientes	17
Figure 4 : Répartition selon la parité des patientes	18
Figure 5 : Répartition selon le délai entre l'écoulement liquidien et la consultation	20

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patientes selon les facteurs de risque(N=98)	19
Tableau III : Répartition selon le type de présentation fœtale (N=98)	20
Tableau IV : Répartition selon le terme de la grossesse (N=98).....	21
Tableau : Répartition des patientes selon la température (N=98)	21
Tableau VII : Répartition selon le taux de C- Reactive Protein (CRP) (N=98).....	22
Tableau VIII : Répartition selon le taux de globules blancs (N=98)	22
Tableau VIII : Répartition selon le traitement reçu à l'admission des patientes.....	23
Tableau IX : Répartition selon le mode d'accouchement (N=98).....	23
Tableau XI : Répartition selon le poids des nouveau-nés (N=98)	24
Tableau XIII :	25

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : MISE AU POINT SUR LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES	
I. GENERALITES	2
1. Définition	2
2. Physiologie du liquide amniotique	2
2.1. Formation du liquide amniotique	2
2.2. Composition chimique	2
2.3. Cytologie	3
2.4. Résorption.....	3
2.5. Rôle physiologique.....	3
2.6. Histophysiologie des membranes ovulaires	
II. DIAGNOSTIC DE RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES.....	5
1. Diagnostic positif.....	5
1.1. Circonstances de découverte	5
1.2. Examen clinique	5
1.2.1. Interrogatoire	5
1.2.2. Examen physique	6
1.3. Examens complémentaires	6
2. Diagnostic différentiel	6
3. Facteurs étiologiques	7
3.1. Facteurs personnels	7
3.2. Facteurs traumatiques.....	7
3.3. Facteurs infectieux	7
3.4. Facteurs ovulaires.....	7
III. PRONOSTIC DE RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES AVANT TERME	8
1. Pronostic fœtal	8
1.1. La prématurité	8
1.2. L'infection	8
1.3. La morbidité périnatale	8
1.4. Complications respiratoires.....	8
1.5. Complications neurologiques.....	9
1.6. Procidence du cordon	9
1.7. Oligoamnios prolongé	9

2. Pronostic maternel	9
2.1. Infections maternelles.....	9
IV. PRISE EN CHARGE	11
1. Prise en charge préventive	11
2. Prise en charge curative	11
2.1. Buts.....	11
2.2. Moyens	11
3. Indications.....	11
3.1. Avant la viabilité fœtale (avant 26 semaines d'aménorrhées)	11
3.2. Entre 26 et 34 semaines d'aménorrhée	12
3.3. Après 34 semaines	12
4. Cas particuliers	12
4.1. RPM et Mort fœtale in utero	12
4.2. RPM et cerclage du col utérin	12
4.3. RPM et utérus cicatriciel	13
4.4. RPM et grossesse gémellaire.....	13
4.5. RPM et infection à VIH.....	13
5. Surveillance après le traitement initial	13
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	
I. CADRE D'ETUDE	14
1. Infrastructures	14
2. Personnel.....	14
3. Activités	15
4. Formation théorique et pratique	15
5. Recherche.....	15
II. PATIENTES ET METHODES	15
1. Type d'étude	16
2. Population d'étude	16
2.1. Support de recueil des données	16
2.2. Variables d'étude.....	16
2.3. Saisie et analyse des données	16
III. RESULTATS.....	17
1. Epidémiologie.....	17
1.1. Fréquence	17
1.2. Age des gestantes	17
1.3. Gestité et parité.....	18
1.4. Facteurs de risque	19

1.5. Antécédents	19
1.6. Mode d'admission	19
2. Données cliniques	20
2.1. Délai entre la survenue de la RPM et la consultation	20
2.2. Type de grossesse	20
2.3. Type de présentation du fœtus	20
2.4. Caractéristiques du liquide amniotique	21
2.5. Terme de la grossesse	21
2.6. Température maternelle	
3. Données paracliniques	22
3.1. Bilan sanguin	22
3.2. Prélèvements bactériologiques	22
4. Données thérapeutiques	23
Traitement médicamenteux	23
4.1.....	23
4.2. Traitement obstétrical.....	23
5. Evolution et complications	24
6. Pronostic	24
6.1. Pronostic fœtal.....	24
6.2. Pronostic maternel	26
IV. DISCUSSION	27
1. Epidémiologie.....	27
1.1. Fréquence	27
1.2. Age.....	27
1.3. Gestité et parité.....	27
1.4. Facteurs de risque	27
2. Aspects diagnostiques.....	27
3. Aspects thérapeutiques	28
4. Aspects pronostiques	29
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	28
REFERENCES	30
ANNEXES	

INTRODUCTION

La rupture prématurée des membranes (RPM) est une pathologie obstétricale relativement fréquente compliquant 3% des grossesses avant terme [1] et survenant dans 60 à 80% à terme [2].

Elle est à l'origine de complications maternelles et néonatales redoutables d'où l'importance d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge adaptée [3].

Son diagnostic est facile et repose, dans la majorité des cas, sur un interrogatoire et un examen clinique rigoureux. Mais dans certains cas, l'écoulement discret et intermittent ne permettent pas de poser le diagnostic d'où la nécessité de réaliser certains tests diagnostiques pour une confirmation.

Les facteurs de risque de rupture des membranes sont nombreux. Ils peuvent être personnels, constitutionnels (âge, parité, conditions socio-économiques, antécédents pathologiques), traumatiques, infectieux ou iatrogènes.

La prise en charge est fonction de plusieurs paramètres dont l'âge gestationnel, le délai écoulé depuis l'ouverture de l'œuf, le score de Bishop, les éventuelles pathologies associées ainsi que le plateau technique disponible.

Dans tous les cas, l'objectif de cette prise en charge est d'améliorer le pronostic materno-fœtal en minimisant les complications liées à la prématurité et à l'infection.

Dans notre pratique, plusieurs attitudes sont rencontrées, et à notre connaissance il n'y a pas eu beaucoup d'études les concernant.

Toutes ces considérations nous ont motivé à effectuer ce travail dont l'objectif principal était d'évaluer le pronostic de cette pathologie en vue de proposer un protocole de prise en charge.

Notre travail comportera deux parties : une première partie dans laquelle nous ferons une revue de la littérature et une deuxième partie dans laquelle nous allons décrire la méthodologie de notre travail, nos résultats que nous commenterons ensuite.

**PREMIERE PARTIE : MISE AU
POINT SUR LA RUPTURE
PREMATUREE DES MEMBRANES**

I. GENERALITES

1. Définition

La rupture prématurée des membranes avant terme est définie comme une rupture spontanée des membranes fœtales, l'amnios et le chorion, survenant avant le début du travail (rupture prématurée) et avant 37 semaines d'aménorrhée (SA) (rupture « avant terme ») [2,4].

2. Physiologie du liquide amniotique

Le liquide amniotique est un fluide clair et transparent, il devient blanchâtre vers la fin de la grossesse. Son odeur est fade et son pH est compris entre 6,90 et 7,20. À terme, son volume varie entre 500 et 1000ml en moyenne.

Une quantité inférieure à 250ml définit l'oligoamnios et un volume supérieur à 1000 ml définit l'hydramnios.

2.1. Formation du liquide amniotique

Le liquide amniotique à trois origines :

❖ Origine fœtale

Sa production est assurée essentiellement par les sécrétions rénales et secondairement une expansion du liquide extracellulaire.

❖ Origine amniotique

Le liquide amniotique serait également sécrété par l'épithélium de l'amnios.

❖ Origine maternelle

La transsudation de liquide amniotique d'origine maternelle à travers les membranes ovulaires serait possible [31].

2.2. Composition chimique

Le liquide amniotique est constitué dans une proportion de 98,4% à 99,4% d'eau. Le résidu sec se compose de sels minéraux et de substances organiques. Les concentrations en ions chlore, sodium et potassium (Cl^- , Na^+ et K^+) varient avec l'âge gestationnel.

Il existe également des hormones dans le liquide amniotique dont deux sont intéressantes pour la surveillance du fœtus : l'oestriol et l'hormone chorionique somatotrophine ou hormone lactogène placentaire en jouant un rôle dans la croissance et le développement du fœtus.

La bilirubine permet d'évaluer la fonction hépatique. Quant au rapport lécithine sur sphingomyeline des phospholipides (L/S), il permet d'évaluer la maturation pulmonaire [5].

2.3. Cytologie

Le liquide amniotique contient de nombreux types cellulaires en suspension ; des cellules épidermiques desquamées, des poils, du lanugo et des fragments de matière sébacée. Il contient également des cellules épithéliales provenant de l'arbre urinaire et du vagin pour le fœtus de sexe féminin.

2.4. Résorption

La résorption du liquide amniotique est expliquée par deux mécanismes :

❖ Déglutition du liquide amniotique par le fœtus

Le liquide dégluti est absorbé par l'intestin. Parvenu dans le sang fœtal, il traverse la barrière placentaire, emprunte la circulation maternelle et est éliminé par les reins maternels.

❖ Réabsorption par l'épithélium amniotique

Il s'agit d'un processus de réabsorption active pour certaines substances : l'eau et les glucides. On admet en général que le passage de la circulation maternelle dans le liquide amniotique et, à l'inverse, le passage du liquide amniotique dans l'organisme maternel est soit direct à travers des membranes, soit indirect par l'intermédiaire du fœtus [5,6].

2.5. Rôle physiologique

❖ Rôle antibactarien

Il repose sur les propriétés bactériostatiques, qui apparaissent à partir de la 14^e SA mais qui ne sont réellement effectives qu'à partir de la 28^{ème} SA, ainsi que sur les propriétés bactéricides qui apparaissent vers la 31^{ème} SA et qui sont maximales à terme.

❖ Rôle mécanique

Etant incompressible, le liquide amniotique permet d'amortir les chocs par l'intermédiaire des membranes élastoplastiques et évite la compression du cordon ombilical. Il permet également les mouvements actifs du fœtus indispensables à la maturation de la motricité et de la trophicité musculaire générale. Il joue aussi un rôle primordial dans le développement des poumons fœtaux en permettant les mouvements respiratoires réguliers.

❖ Rôle environnemental

Le liquide amniotique assure la stabilité physique de l'environnement fœtal en maintenant une température et un volume adapté à l'âge gestationnel. Il permet de capter des différences de goût, d'odorat, d'audition et de luminosité [5].

2.6. Histophysiologie des membranes ovulaires

❖ Structures des membranes ovulaires

Les parois de l'œuf humain proviennent de la transformation successive du chorion et de l'amnios. Vers la fin du troisième mois, ces deux feuillets forment, avec les caduques réfléchies et pariétales, ce que l'on nomme membranes ovulaires. Ainsi, de dehors en dedans, nous avons le chorion et l'amnios (Figure 1).

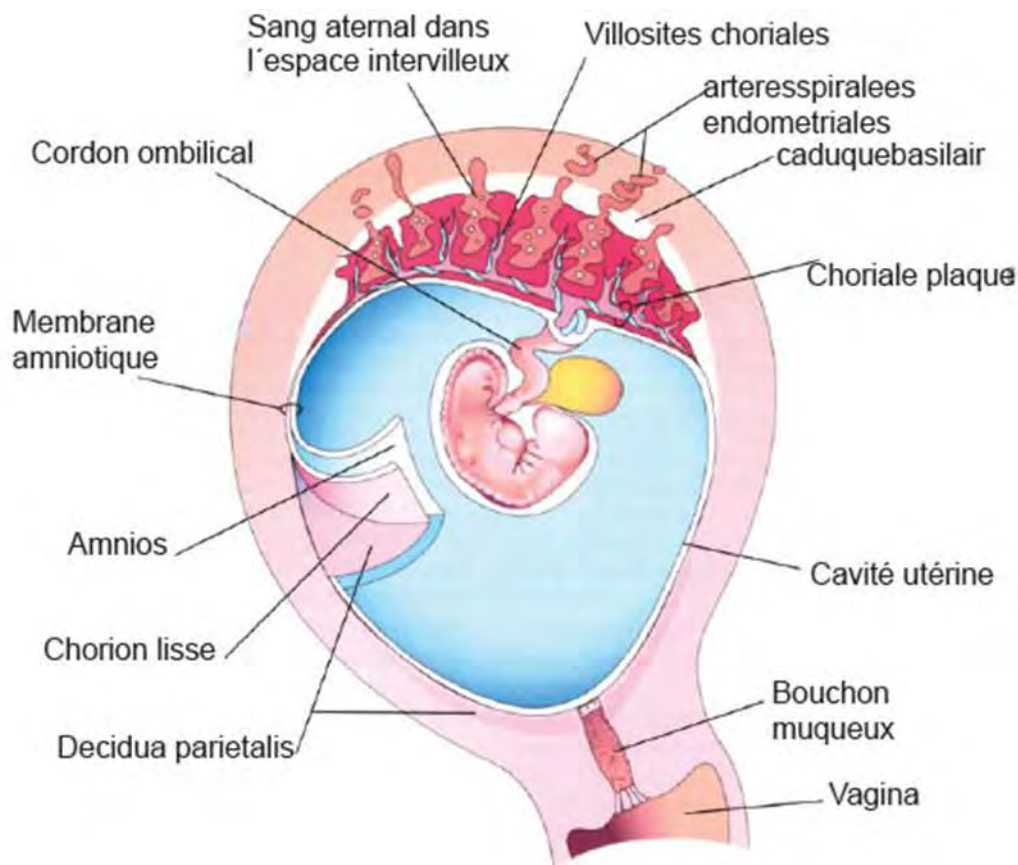


Figure 1 : Relation entre les membranes ovulaires à l'intérieur de l'utérus

- Le chorion

C'est la membrane située entre la caduque et l'amnios. Elle est fibreuse, transparente et résistante. Le chorion est constitué de deux parties : la zone sous amniotique et le trophoblaste chorial.

- **L'amnios**

C'est une membrane mince, transparente, très résistante, qui circonscrit en dedans la cavité amniotique. Son épaisseur varie de 0,3 à 0,5mm.

Membrane interne, l'amnios, tapisse la face interne du placenta, engaine le cordon et rejoint l'ombilic à la peau du fœtus. Il est constitué de 5 couches

❖ **Mécanismes de la rupture prématurée des membranes**

La RPM peut être liée à plusieurs mécanismes.

- L'augmentation des pressions internes de l'utérus (hydramnios) et externe (traumatismes) ;
- Les modifications des constituants des membranaires : les modifications de la synthèse et de la structure du collagène peuvent être dues à des atteintes du tissu conjonctif responsable d'anomalies au niveau des membranes fœtales et une augmentation de l'incidence de la RPM.
- L'infection, au cours de laquelle les bactéries provoquent la libération des enzymes lysosomiales qui ont un effet toxique sur les membranes en particulier l'élastase qui détruit le collagène de l'amnios.

II. DIAGNOSTIC DE RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES [6,7,8,9,10,11]

1. Diagnostic positif

1.1. Circonstances de découverte

- Écoulement liquidien (hydrorrhée amniotique)
- Fortuite lors d'un examen systématique du dernier tiers de la grossesse
- Complications : infection, souffrance fœtale, procidence du cordon.

1.2. Examen clinique

1.2.1. Interrogatoire

L'interrogatoire recherche les caractéristiques de l'écoulement. Il s'agit de l'hydrorrhée amniotique qui est un écoulement liquidien vulvaire clair, franc, brutal, d'emblée abondant, continu, exacerbé par les mouvements et changements de position de la gestante et les MAF. Ce liquide est opalescent avec une odeur caractéristique de javel ou de sperme frais « sui generis ».

En séchant, il laisse une trainée blanchâtre sur peau noire le long des membres inférieurs.

Les antécédents médico-chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux, ainsi que l'évolution de la grossesse en cours (date des dernières règles, âge gestationnel,

maladies intercurrentes, mouvements actifs fœtaux) seront également recherchés à l'interrogatoire.

1.2.2. Examen physique

La mesure la hauteur utérine est un temps capital. On accordera une attention particulière à un changement important de la hauteur utérine. Une palpation des pôles fœtaux permettra de déterminer la nature de la présentation ; et d'apprécier l'importance de l'écoulement par le signe de Bonnaire.

L'auscultation classique notera un caractère éclatant des bruits du cœur du fœtus. L'examen au speculum, en cas d'écoulement actif recherchera son origine endo utérine et des signes d'infection.

Le toucher vaginal (qui doit être réalisé avec des précautions d'asepsie rigoureuse et avec parcimonie) permet d'apprécier : le col, nature de la présentation, le bassin maternel : la pelvimétrie clinique interne, le signe de Tarnier (le refoulement discret de la présentation provoque un écoulement de liquide amniotique) et le score de Bishop.

Un examen complet des autres appareils recherchera des pathologies associées.

1.3. Examens complémentaires

Les tests diagnostiques décrits sont nombreux. Il s'agit :

- Le test à la DAO (diamine oxydase)
- Les tests de nouvelle génération : le test Actimprom ou Prom-test qui permet de détecter la présence de la protéine insuline-like growth factor binding protein de type 1 (IGFBP-1) et l'Amnisure qui recherche la placental alpha microglobulin-1 (PAMG-1).
- La méthode colorimétrique
- Le test à la nitrazine
- Le test à la fibronectine
- L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal
- L'échographie obstétricale

2. Diagnostic différentiel

Avant le terme de la grossesse et du fait du risque de prématurité induite, il est primordial d'éliminer certains diagnostics. Il pourra s'agir de

- L'hydrorrhée déciduale
- L'écoulement du liquide d'une poche amniochoriale
- Leucorrhées abondantes

- L'incontinence urinaire, fistule vessico- vaginale
- L'évacuation d'une douche vaginale

3. Facteurs étiologiques

Plusieurs facteurs de risque de rupture peuvent être retenus ici :

3.1. Facteurs personnels

L'âge maternel, la parité, le bas niveau socio-économique, le déficit en vit C, les antécédents gynéco-obstétricaux (d'accouchement prématuré et de RPM avant) et les femmes présentant des maladies du collagène comme le syndrome d'Elhers-Danlos [10].

3.2. Facteurs traumatiques

Ils peuvent être :

- Iatrogènes : au cours d'une biopsie de trophoblaste, une amniocentèse et différents gestes à visée thérapeutique (cerclage, l'amnioscopie, les touchers vaginaux répétés) ;
- Physiologiques : les contractions utérines de Braxton Hicks, les mouvements actifs fœtaux [12]

Facteurs utérins : béance cervico-isthmique ou incompetence cervicale, le fibrome utérin [13,14].

3.3. Facteurs infectieux

Il s'agit surtout l'infection urinaire qui est fréquente au troisième trimestre de la grossesse. Les infections cervico-vaginales pourraient entraîner une chorioamniotite localisée. Les germes en cause sont Escherichia coli, streptocoque du groupe B, Trichomonas intestinalis ou vaginalis, gardenella vaginalis, uréaplasma urealyticum et hominis, chlamydia trachomatis et mycoplasmes [10,15].

3.4. Facteurs ovulaires

Ils impliquent la surdistension utérine (hydramnios, grossesse multiple, macrosomie), les présentations vicieuses, le placenta prævia, l'insertion vélamenteuse du cordon et les métrorragies du premier trimestre [10,13].

III. PRONOSTIC DE RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES AVANT TERME

1. Pronostic fœtal

1.1. La prématurité

La prématurité est la première complication des RPM avant terme. La probabilité d'un accouchement dans la semaine qui suit la RPM est de 60%.

La prématurité expose à deux risques en plus du risque infectieux lié l'ouverture de l'œuf : la maladie des membranes hyalines et l'hémorragie intracérébrale [16].

1.2. L'infection

Les infections néonatales après une RPM surviennent généralement dans les 72 premières heures de vie. Le risque d'infection néonatale augmente avec le portage de streptocoque du groupe B par la mère, la présence d'une chorioamniotite et la prématurité. Ce risque est proportionnel à la durée de la phase de latence [17,18,19,20]. Il est important ici de noter l'importance capitale de la recherche d'une infection cervico-vaginale ou d'un portage du streptocoque B au troisième trimestre.

1.3. La morbidité périnatale

Les pertes fœtales sont surtout corrélées aux ruptures des membranes au deuxième trimestre de la grossesse, à la grande prématurité ou à la survenue d'une complication. La fréquence des décès néonataux est inversement proportionnelle à l'âge gestationnel, ainsi :

- Avant 24SA, le fœtus est rarement viable et en cas de RPM avant ce terme, le pronostic reste réservé. Paumier [1] dans une étude sur 131cas de grossesse, conclut à un taux de survie nul avant 24SA ;
- Après 24SA, le terme de rupture semble moins discriminant et toujours dans la même étude Paumier, conclut à un taux de survie de 92% pour des ruptures entre 26 et 30SA et 100% pour les ruptures supérieures de 30SA.

1.4. Complications respiratoires

La RPM expose les nouveau-nés à un risque important de morbidité respiratoire surtout si elle survient précocement (moins de 32 semaines d'aménorrhées) et si elle est prolongée (plus de 7jours). Cette altération de la fonction respiratoire s'explique par plusieurs mécanismes à savoir l'oligoamnios, le syndrome inflammatoire réactionnel fœtal et la prématurée induite par l'ouverture précoce de l'œuf.

Elle expose également ces nouveau-nés à un risque élevé de détresse respiratoire immédiate à la naissance et de dysplasie broncho-pulmonaire [9,21].

1.5. Complications neurologiques

La rupture prématurée des membranes est reconnue comme un des facteurs de risque majeur dans le développement de la leucomalacie périventriculaire chez le nouveau-né prématuré. En effet, les phénomènes inflammatoires associés à la RPM sont susceptibles par plusieurs mécanismes d'aboutir à la mort neuronale et/ou gliale à un stade de développement de grande vulnérabilité pour le cerveau immature [11,22].

1.6. Procidence du cordon

L'écoulement continu de liquide amniotique suite à la RPM peut être à l'origine du glissement du cordon ombilical, qui se trouve entraîné par la coulée brusque de liquide amniotique ou onnée procidogène de BAR. Cette situation est précédée le plus souvent par la présence du cordon entre la présentation et l'orifice interne du col [1].

1.7. Oligoamnios prolongé

Il est responsable de déformations des extrémités, surtout des pieds, de déformations articulaires, d'arthrogrypose, de craniosténose, voire d'un véritable syndrome de Potter. Le risque majeur est cependant l'insuffisance du développement du thorax avec hypoplasie pulmonaire, d'autant plus grave que la rupture est précoce (avant 26 semaines), prolongée (plus de 5 semaines) et l'oligoamnios très sévère, sans être pour autant une complication obligatoire [7].

2. Pronostic maternel

2.1. Infections maternelles

❖ Chorioamniotite

Cette infection apparaît secondairement à la RPM dans la majorité des cas. Les membranes étant rompues, il n'y a plus de barrière protectrice entre la cavité vaginale septique et la cavité utérine aseptique. Les bactéries du tractus génital peuvent atteindre la cavité amniotique : il s'agit d'une infection ascendante.

Aujourd'hui, l'administration d'antibiotique est systématique chez toutes les patientes ayant rompu prématurément les membranes ce qui réduit significativement le taux de chorioamniotite [1,22,23,24,25].

❖ Endométrite du post-partum

L'endométrite est une infection de l'endomètre se manifestant le plus souvent dans le post-partum.

Les facteurs de risque sont selon Steward et al sont la chorioamniotite, un travail long de plus de 12heures, la césarienne, un accouchement instrumental, un portage vaginal de streptocoque B et les manœuvres endo-utérines.

Devenues très rares depuis l'antibiothérapie, les endométrites peuvent avoir de lourdes conséquences sur la fertilité ultérieure si le traitement n'est pas mis en place de manière précoce et adaptée [12,16,26 ,27].

❖ **Gangrène utérine ou physométrie**

Il s'agit d'une forme exceptionnelle d'infection puerpérale à germe anaérobie.

A un stade avancé on peut noter une septicémie voire un état de choc septique.

IV. PRISE EN CHARGE

1. Prise en charge préventive

La prévention repose sur la supplémentation nutritionnelle et vitaminique ; mais surtout sur la recherche systématique dès la 24^{ème} SA de signes d'infection urogénitale à prendre en charge rapidement.

2. Prise en charge curative

2.1. Buts

- Obtenir la naissance d'un nouveau-né vivant bien portant ;
- Prévenir et/ou prendre en charge la prématurité ;
- Prévenir et/ou traiter les complications maternelles.

2.2. 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 : 1g toutes les 8H par voie intraveineuse pendant 48 heures puis par voie orale à la même posologie pendant 5 jours), Imidazolés, Céphalosporines, Aminosides.
 - Tocolyse : Bêtamimétiques (salbutamol).
 - Antipyrétiques.
 - Corticoïdes : Bétaméthasone.
 - Ocytociques
- **Moyens obstétricaux** : amnio-infusion, déclenchement du travail : ocytociques, prostaglandines, extractions instrumentales : Forceps, ventouse, césarienne.
- Moyens de prise en charge de la prématurité

3. Indications

3.1. Avant la viabilité fœtale (avant 26 semaines d'aménorrhées)

Une interruption médicale de grossesse ne devrait pas être envisagée en l'absence d'anamnios ou de chorioamniotite (recommandations du CNGOF) [28].

En l'absence de travail, l'expectative avec repos et surveillances clinique et biologique est de mise. Il faut cependant apporter une information complète, claire et objective sur les risques de cette expectative, en particulier les conséquences de l'oligoamnios prolongé et l'infection [9,19,24,29,30].

3.2. Entre 26 et 34 semaines d'aménorrhée

Le traitement initial doit comporter

- Une hospitalisation avec mise au repos ;
- Une antibiothérapie de courte durée, systématique et immédiate, qui diminue la morbidité infectieuse maternelle et néonatale, et prolonge la grossesse ;
- Une corticothérapie systématique et immédiate à partir de la viabilité ;
- Une tocolyse, en faveur de laquelle il existe des arguments, en cas d'activité utérine jusqu'à 32 SA, voire pour certains jusqu'à 34 SA, qui prolonge la grossesse le temps de permettre l'efficacité de la corticothérapie ;
- Administration de sulfate de magnésium
- Un éventuel transfert in utero vers une maternité de niveau II ou III selon l'âge gestationnel, si l'accouchement n'est pas imminent (recommandations du CNGOF) [19,30,31,32].

L'expectative armée nous paraît logique car :

- prolonger la latence est possible : avant terme, un gain de plus de 7 jours est obtenu entre 19 et 41 % des cas, sans aggravation évidente du risque infectieux ;
- cette latence est d'autant plus prolongée que l'on est avant terme et, dans un tiers des cas, avant 32 semaines ; il est possible de gagner plus de 3 jours ;
- la suppression du toucher vaginal avec pénétration de l'endocol réduirait considérablement le risque d'infection néonatale.

3.3. Après 34 semaines

Quatre-vingts dix pour cent (90%) des ruptures prématurées des membranes entrent spontanément en travail dans les 24 heures qui suivent la rupture.

Deux attitudes sont possibles en l'absence d'une induction spontanée du travail : soit le déclenchement du travail après une maturation cervicale, soit une expectative couverte par une antibiothérapie [6,7,19].

4. Cas particuliers [6,12,21]

4.1. RPM et Mort fœtale *in utero*

Le risque infectieux est au premier plan et dans ce cas, le déclenchement du travail est envisagé le plus rapidement possible voir césarienne.

4.2. RPM et cerclage du col utérin

En tant que corps étranger, le cerclage constitue un point d'appel infectieux. Il doit être enlevé dès que la RPM est confirmée.

4.3. RPM et utérus cicatriciel

Le schéma chronologique s'applique bien : corticothérapie et tocolyse avant 34 semaines. Par contre, l'expectative jusqu'au début spontané du travail est préférable au déclenchement.

4.4. RPM et grossesse gémellaire

Il faut appliquer le schéma thérapeutique habituel : tocolyse et corticothérapie avant 34SA, puis expectative.

4.5. RPM et infection à VIH

En cas de rupture prématurée des membranes avant 34 SA, la décision multidisciplinaire doit se fonder sur l'âge gestationnel et le contrôle de la charge virale maternelle ; si la femme est traitée par antirétroviraux et surtout si sa charge virale est indétectable, il convient de privilégier la corticothérapie maturative sous antibioprophylaxie et éviter une naissance très prématurée, sauf au moindre signe de chorioamniotite [33]. Par ailleurs en cas de découverte fortuite de l'infection en salle de naissance ou de mauvais suivi, donc en l'absence d'une trithérapie antirétrovirale, il sera licite d'arrêter la grossesse avec une courte maturation pulmonaire et avec l'accord des pédiatres néonatalogues.

5. Surveillance après le traitement initial

L'hospitalisation initiale des patientes présentant une rupture prématurée des membranes avant 37 SA est justifiée par le fait que plus de la moitié des patientes vont accoucher dans la semaine qui suit la rupture. Pour une petite proportion de patientes stables et sans critères de mauvais pronostic, une hospitalisation à domicile pourrait être proposée dans le but de réduire les coûts de prise en charge. Il n'existe pas de données justifiant le repos strict au lit. S'il est prescrit, il le sera sous couvert d'anticoagulants à titre préventif s'il devient prolongé ou devant des facteurs de risque associés.

Les recommandations concernant la surveillance s'appuient sur les pratiques plutôt que sur des études cliniques. Il est proposé de surveiller :

- Quotidiennement : la température et le pouls maternels, les mouvements actifs fœtaux et le rythme cardiaque fœtal (ERCF : 3fois/jour) ;
- Une à deux fois par semaine : l'hémogramme, la CRP, l'examen bactériologique d'un nouveau prélèvement vaginal (recommandations du CNGOF) [3,19].

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I. CADRE D'ETUDE

Cette étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP) qui est un Centre de référence et de formation enregistrant en moyenne 4000 accouchements par an.

1. Infrastructures

La maternité du CHNP nous a servi de cadre d'étude. Elle est composée des cinq unités suivantes :

- une salle d'accueil ayant une table d'examen ;
- une salle de travail (6 lits) ;
- deux salles d'accouchement ayant 3 tables chacun ;
- et une salle de néonatalogie avec 2 tables chauffantes.
- Le bloc d'hospitalisation qui comporte :
 - une salle de grossesses pathologiques (4 lits) ;
 - deux salles d'opérées récentes (5lits) ;
 - quatre salles à deux lits de suites de couches normales et pathologiques (16 lits) ;
 - deux salles de gynécologie (4 lits) ;
 - et deux cabines individuelles.

Le bloc des consultations externes est constitué de 2 salles d'examen équipées pour les consultations gynécologiques et obstétricales.

Le bloc chirurgical qui est en commun, partagé avec les autres spécialités chirurgicales, dispose de trois salles d'opération, l'une pour les urgences, l'autre étant réservée à la chirurgie programmée.

Une salle de réanimation polyvalente avec quatre lits.

2. Personnel

Le service de Gynécologie et d'Obstétrique est sous la direction d'un Professeur Titulaire, Chef de Service, secondé par un maître de conférences agrégé, un maître assistant et quatre gynécologues-obstétriciens du secteur étatique.

Les membres du personnel sont :

- quatre internes des hôpitaux ;
- des médecins en cours de spécialisation en Gynécologie-Obstétrique (DES) ;
- vingt quatre sages-femmes d'état ;
- seize infirmiers et trois agents sanitaires

3. Activités

Le service a trois vocations : les soins, l'enseignement et la recherche. Les soins constituent une activité importante et sont essentiellement de cinq types.

Il s'agit d'abord des soins obstétricaux et gynécologiques d'urgence assurés 24 heures sur 24 par des médecins en cours de spécialisation et/ou d'internes des hôpitaux et de sages-femmes, effectuant des gardes avec des rotations toutes les 24 heures.

Des soins généraux sont dispensés dans le secteur des hospitalisations : suivi et prise en charge des grossesses pathologiques, des accouchées, des patientes opérées et des cas gynécologiques.

Des activités d'échographie gynécologique et obstétricale sont assurées par 2 Professeurs, le Maître-assistant et les gynécologues-obstétriciens étatiques.

Les activités de consultations externes comportent des consultations pré et post-natales et des consultations gynécologiques, notamment de planification et de sénologie.

Les activités de chirurgie programmée qui sont effectuées sur le recrutement fait en consultations externes, à raison de 3 journées opératoires hebdomadaires, sont variées, et incluent la chirurgie coelioscopique, vaginale mais aussi la chirurgie carcinologique gynécologique et mammaire.

4. Formation théorique et pratique

La formation théorique est orientée vers la promotion de la santé maternelle et infantile, et comporte des exposés illustrés, des présentations de malades, des critiques de dossiers, ainsi que l'étude de cas cliniques et des audits de décès maternels selon le cas. Elle cible les médecins DES en gynécologie obstétrique, les internes des hôpitaux, les sages-femmes, les médecins compétents en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU), les étudiants en Médecine de 5ème et 7ème année, et les élèves sages-femmes.

La formation pratique qui est guidée par les objectifs de stages de chaque catégorie d'apprenants s'appuie sur l'enseignement théorique et les différentes activités de soins.

5. Recherche

Le CHNP est un excellent cadre de recherche en santé dans le domaine de la maternité à moindre risque, la planification familiale, la santé prénatale, les tumeurs gynécologiques et mammaires ainsi que d'autres spécialités médicales.

II. PATIENTES ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive allant du 1^{er} Janvier 2018 au 31 Décembre 2020, soit une période de 3 ans dont les objectifs étaient d'évaluer le pronostic maternel, fœtal et néonatal de la RPM avant terme au Centre Hospitalier National de Pikine.

2. Population d'étude

La population cible était constituée par l'ensemble des patientes reçues au CHNP présentant une RPM avant terme (22SA-36SA+6jours) et ayant accouché dans la structure.

2.1. Support de recueil des données

Le recueil des données a été fait à l'aide des questionnaires individuels, à partir du logiciel d'enregistrement des dossiers (filemaker), du registre des accouchements.

2.2. Variables d'étude

Les variables étudiées étaient : l'état civil, le mode et motif d'admission ; les facteurs de risque ; l'examen clinique ; la prise en charge et les complications maternelles fœtales et néonatales immédiates.

2.3. Saisie et analyse des données

Les données proviennent de l'enregistrement continu des entrantes sur une base de données virtuelle ; e-gynécologie à partir du logiciel Filemaker Pro advanced. Les données recueillies étaient complétées par des fiches d'enquête individuelles. Le programme d'analyse était réalisé grâce aux logiciels sphinx plus et SPSS version 21.0.

III. RESULTATS

1. Epidémiologie

1.1. Fréquence

Nous avons reçu, entre le 1^{er} Janvier 2018 et le 31 Janvier 2020, 13870 parturientes dont cas 3867 de RPM avérés et 98 cas de RPM avant terme, soit une fréquence de 2,53% des RPM et 0,71% de toutes les gestantes.

1.2. Age des gestantes

L'âge moyen des patientes était de 27,1an avec des extrêmes de 16 et 40 ans. La majorité de nos patientes (93,9%) avait un âge compris entre 16 et 39 ans (Figure 2).

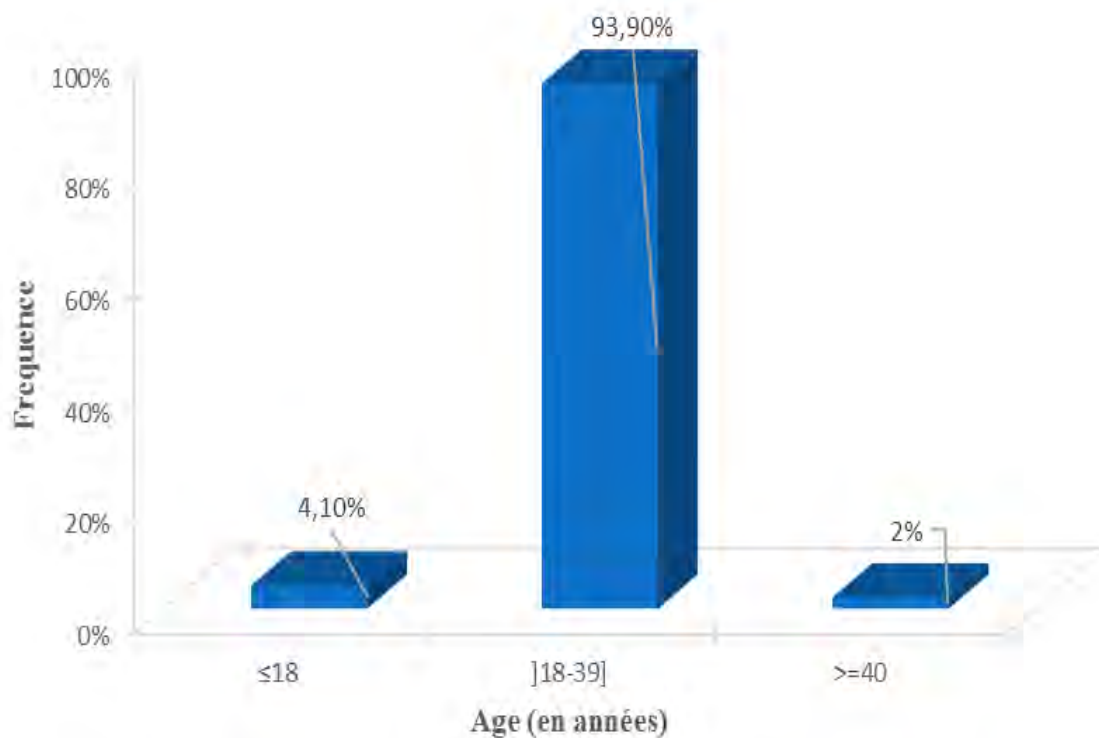


Figure 2 : Répartition selon l'âge des patientes (N=98)

1.3. Gestité et parité

La gestité moyenne était de 2,02 avec des extrêmes de 1 et 6. Les primigestes représentaient 49% (Figure 3).

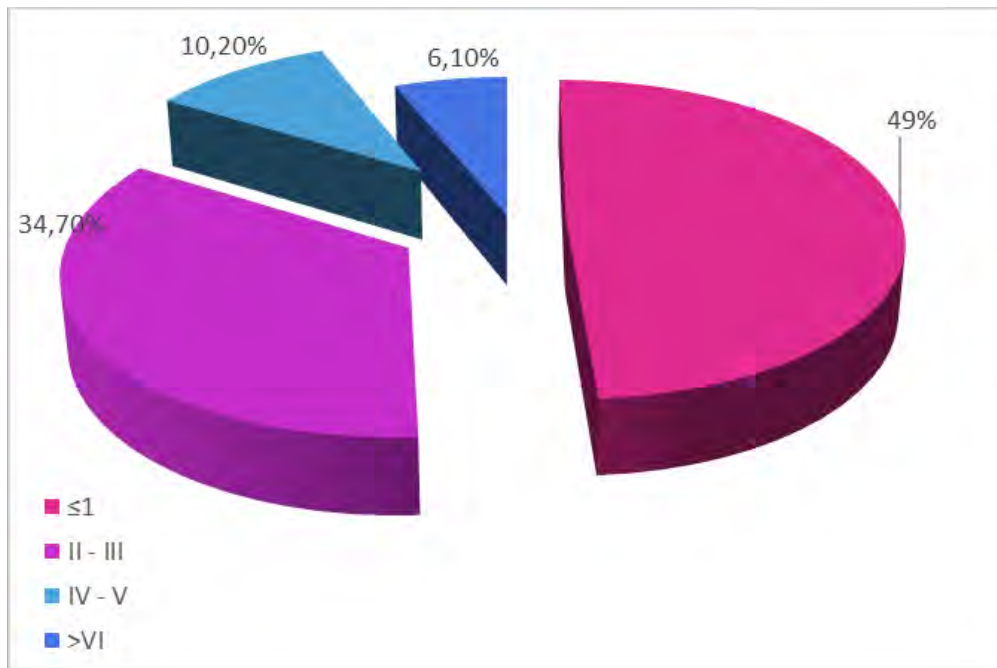


Figure 3 : Répartition selon la gestité des patientes (N=98)

La figure 4 montre la répartition des patientes selon la parité. Les primipares représentaient 60,2% des patientes avec une parité moyenne de 1,88.

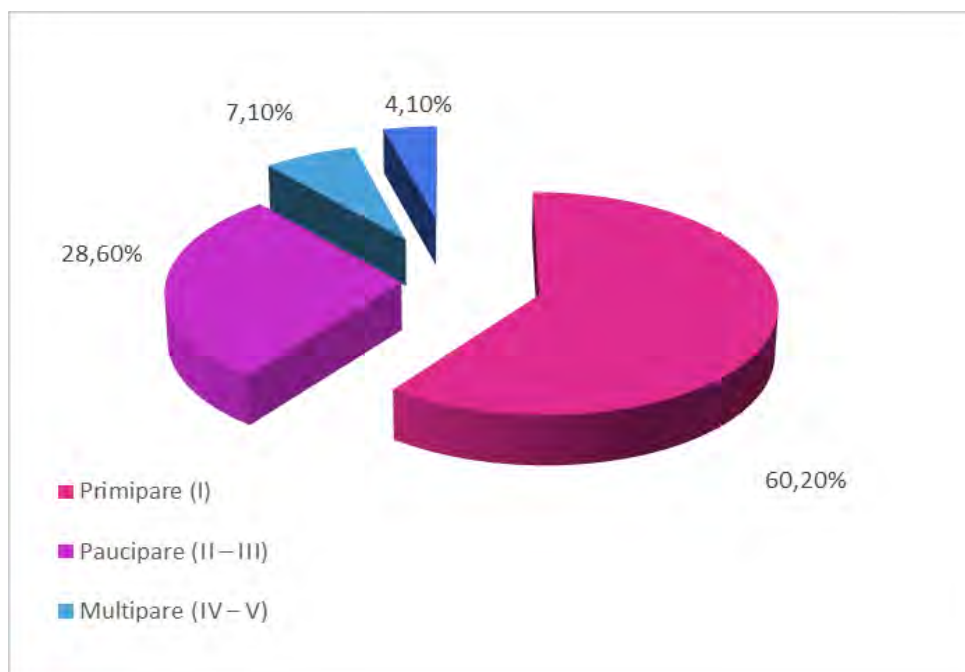


Figure 4 : Répartition selon la parité des patientes (N=98)

1.4. Facteurs de risque

Dans notre série, les facteurs de risque retrouvés étaient dominés par la grossesse gémellaire (16,3%) (Tableau I).

Tableau I : Répartition des patientes selon les facteurs de risque(N=98)

Facteurs de risque	Effectifs	Pourcentage (%)
Non retrouvé	71	72,4
Incompétence cervicale	3	3,1
Hydramnios	2	2
Infections urogénitales	6	6,2
Grossesse gémellaire	16	16,3
Total	98	100

1.5. Antécédents

L'antécédent obstétrical le plus fréquent était la fausse couche spontanée soit 16,3% des patientes. Notons également que 10,4% des patientes avaient un utérus cicatriciel (Tableau II).

Tableau II : Répartition des patientes selon les antécédents gynéco-obstétricaux

Antécédents Gynéco-Obstétricaux	Effectifs	Pourcentage (%)
Avortement	16	16,3
Césarienne	13	13,3
Prématurité	3	3,1
Mort fœtal in utéro	4	4,1
Non retrouvé	62	63,2
Total	98	100

1.6. Mode d'admission

Les patientes référées représentaient 39,8% contre 60,2% d'admissions spontanées.

2. Données cliniques

2.1. Délai entre la survenue de la RPM et la consultation

Nous remarquons que la majorité des patientes (46 patientes soit 46,9%) avait consulté dans les 12 premières heures suivant la survenue de l'écoulement liquidien (Figure 5) et 25 patientes (25,1%) avaient consulté 24 heures après.

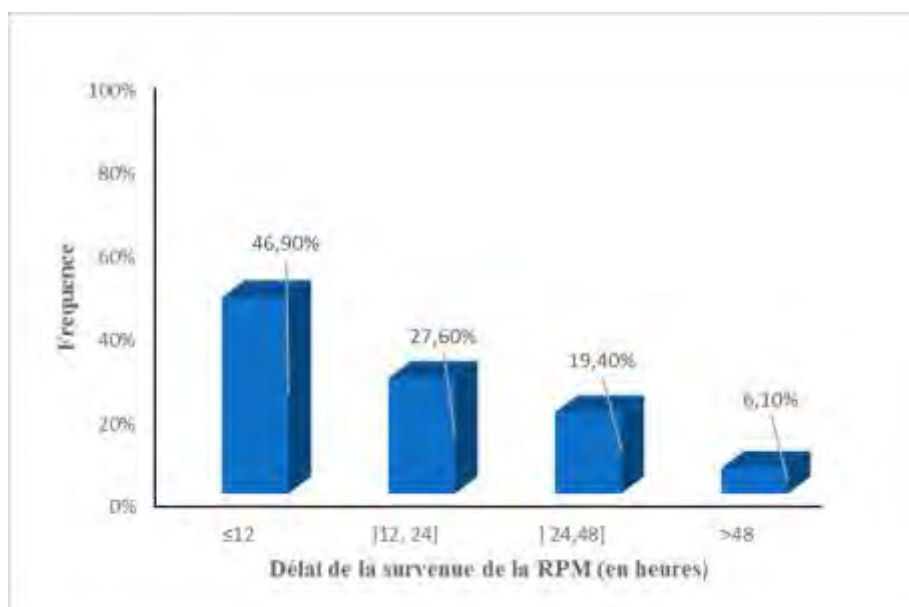


Figure 5 : Répartition selon le délai entre l'écoulement liquidien et la consultation

2.2. Type de grossesse

Les grossesses monofoétales représentaient 83,7% des cas alors que les grossesses gémellaires constituaient 16,3% des cas.

2.3. Type de présentation du fœtus

Nous avons enregistré dans notre série 84,7% de cas de présentation céphalique contre 15,3% en présentation de siège, (Tableau III).

Tableau III : Répartition selon le type de présentation fœtale (N=98)

Type de présentation fœtale	Effectifs	Pourcentage (%)
Céphalique	83	83,7
Siège	15	15,3
Transversale	1	1
Total	98	100

2.4. Caractéristiques du liquide amniotique

Dans 60,9% des cas le liquide amniotique était clair contre 23,4% de liquide teinté. Pour les 16,6% des cas restants l'aspect du liquide n'a pas été précisé.

2.5. Terme de la grossesse

La moyenne pour l'âge gestationnel était de 30,64 SA avec des extrêmes de 21 et 36 SA.

La majorité des patientes (63,3%) avaient un âge gestationnel compris entre 32 et 36 SA (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition selon le terme de la grossesse (N=98)

Age gestationnel (SA)	Effectifs	Pourcentage (%)
]22-27]	15	15,3
[28-31]	21	21,4
[32-36]	62	63,3
Total	98	100

2.6. Température maternelle

Dans notre étude, la majorité des patientes (69,4%) avaient une température normale et une seule patiente était fébrile. (Tableau V)

Tableau V : Répartition des patientes selon la température (N=98)

Température	Effectifs	Pourcentage %
Non retrouvé	23	23,5
<37,5	68	69,4
[37,5-37,9]	6	6,1
≥38	1	1
TOTAL	98	100

3. Données paracliniques

3.1. Bilan sanguin

La CRP a été réalisée chez 36 patientes et elle était élevée dans 7,1% (Tableau VI).

Tableau VII : Répartition selon le taux de C- Reactive Protein (CRP) (N=98)

C- Reactive Protein	Effectif	Pourcentage %
≤ 6	29	29,6
> 6	7	7,1
Non fait	62	63,3
Total	98	100

La numération formule sanguine était réalisée chez 87 patientes et en prenant 15000 éléments par mm³, une hyperleucocytose était notée chez 6 patientes soit 6,1% des cas (Tableau VII).

Parmi les 6 patientes ayant une hyperleucocytose, 2 avaient une CRP élevée.

Tableau VIII : Répartition selon le taux de globules blancs (N=98)

Taux de globules blancs	Effectif	Pourcentage %
≤ 10000 éléments par mm ³	87	88,8
> 15000 éléments par mm ³	6	6,1
Non fait	5	5,1
Total	98	100

3.2. Prélèvements bactériologiques

Dans notre série, aucun prélèvement bactériologique n'était réalisé dans l'immédiat, aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né.

4. Données thérapeutiques

4.1. Traitement médicamenteux

Parmi les 98 cas,

- 46 patientes avaient reçu une corticothérapie soit 46,9% des cas ;
- 98 avaient bénéficié d'une antibiothérapie, soit une fréquence de 100% ;
- aucune patiente n'a reçu une tocolyse (Tableau VIII).

Tableau VIII : Répartition selon le traitement reçu à l'admission des patientes

Traitements	Effectifs	Pourcentage %
Corticothérapie	46	46,9
Antibiothérapie	98	100
Tocolyse	0	0

4.2. Traitement obstétrical

Parmi les 83 patientes qui avaient fait l'objet d'une surveillance, 69 (83,1%) avaient accouché par voie basse et 14 (16,9%) par césarienne. Au total 28 patientes avaient accouché par césarienne soit 28,6% des cas et 70 patientes avaient accouché par voie basse soit 71,4% des cas (Tableau IX et X).

Tableau IXX : Répartition selon le mode d'accouchement (N=98)

Décision obstétricale	Mode d'accouchement	Effectifs	Pourcentage (%)
Expectative	Accouchement par voie basse	69	83,1
	Césarienne	14	16,9
Déclenchement	Accouchement par voie basse	1	100
	Césarienne	0	0
Césarienne d'emblée		14	100
Total		98	100

Tableau X : Répartition selon les indications de césarienne (N=98)

Indications de césarienne	Effectif	Pourcentage (%)
Syndromes vasculo-rénaux	23	43,4
Grossesse gémellaire	5	9,4
Chorioamniotite	2	3,8
Pathologie gynécologique	2	3,8
Maladie métabolique	2	3,8
Utérus cicatriciel	6	11,3
Bassins rétrécis	8	15,1
Souffrance fœtale	4	7,5
Rupture utérine	1	1,9
Total	53	100

5. Evolution et complications

Dans 98% des cas l'évolution était normale. Nous avons retrouvé 2 cas de chorioamniotite (2%) dont le diagnostic a été posé sur la base d'une CRP élevée et une hyperleucocytose.

6. Pronostic

6.1. Pronostic fœtal

Parmi les 98 accouchements, 16 grossesses gémellaires étaient enregistrées, ce qui donnait un total de 114 nouveau-nés. Cinquante-huit nouveau-nés (50,9%) avaient un poids inférieur à 2000 g (Tableau XI).

Tableau XI : Répartition selon le poids des nouveau-nés (N=98)

Poids nouveau-nés en (grammes)	Effectif	Pourcentage %
≤1000	20	17,5
]1000-2000]	38	33,3
]2000-2499]	43	37,7
≥2500	13	11,4
Total	114	100

Tableau XII : Répartition selon le score d'Apgar à la 5^{ème} minute

Score d'Apgar	Effectif	Pourcentage %
<7	33	28,9
≥7	81	71,1
Total	114	100

Dans ce tableau, on observe que 81 nouveau-nés avaient un bon score d'Apgar à la 5^{ème} minute soit 71,1% des cas.

Tableau XIII : Répartition selon l'hospitalisation en néonatalogie

Hospitalisation en néonatalogie	Effectif	Pourcentage%
Oui	16	14
Non	98	86
Total	114	100

Parmi les 114 nouveau-nés, 16 ont été transférés au service de néonatalogie.

Tableau XIV : Répartition selon le diagnostic en néonatalogie

Diagnostic	Effectif	Pourcentage%
Prématurité	9	56,2
Prématurité + Infection	7	43,8
Total	16	100

Les 16 nouveau-nés étaient hospitalisés dans un contexte de prématurité mais pour les 7cas (43,8%), elle était associée à une infection néonatale. (Tableau XIV)

Mortalité néonatale

Parmi les 114 nouveau-nés, 24 (21,1%) étaient décédés et 90 (78,9%) étaient vivants. Parmi les nouveau-nés décédés, 10 étaient des mort-nés frais, 7 des morts fœtales in utéro et 7 étaient décédés en période néonatale.

Pour les 7 nouveéu-nés décédés en période néonatal, la cause retrouvée était la grande prématurité.

6.2. Pronostic maternel

Dans notre série, aucun de complications maternelles n'a été enregistrée avant la sortie de l'hôpital. Ceci pouvant être lié au fait d'une antibiothérapie systématique.

IV. DISCUSSION

1. Epidémiologie

1.1. Fréquence

La rupture prématurée des membranes avant terme est une pathologie courante compliquant 3% des grossesses. Dans notre série, elle est de 2,53%. La fréquence retrouvée dans notre série est superposable à celle retrouvée par l'Enquête nationale périnatale (ENP) menée en France en 2016 qui avait estimé cette fréquence entre 2 à 3%.

1.2. Age

Dans notre étude, l'âge maternel moyen était de 27ans avec des extrêmes de 16 à 40ans. Cependant, nous avons constaté un pic de fréquence entre 16 et 39 ans qui était la tranche d'âge la plus représentée (93,9%).

Cette moyenne correspond à celle émise par Randrianomanana [34] qui avait retrouvé une moyenne d'âge de 26 ans.

Cependant aucune étude parcourue ne place un accent particulier sur l'âge des patientes dans le cadre de RPM.

1.3. Gestité et parité

Plus de la moitié de nos patientes étaient des primipares (60,2%) alors que les grandes multipares ne représentaient que 4,1% des patientes. La parité variait entre 1 et 8 avec une moyenne de 1,88. Dans les études de Randrianomanana, les primipares représentaient 55,56%.

1.4. Facteurs de risque

Les antécédents de prématurité, de RPM et d'avortement sont associés de façon constante à la RPM [35]. Randrianomanana avait retrouvé la même fréquence de 16,3% d'antécédent d'avortement, Alexia [36] une fréquence de 25,5% de fausses couches spontanées contre 29,5% pour les antécédents d'accouchement prématuré et de RPM. Dans notre travail, 16,3% des patientes avaient un antécédent d'avortement et 3,1% des antécédents d'accouchement prématuré. Même si aucun prélèvement vaginal n'avait été réalisé dans notre série, ces antécédents rapportés sont connus comme des témoins d'infections génitales basses notamment la vaginose bactérienne.

2. Aspects diagnostiques

Les patientes qui avaient un âge gestationnel compris entre 32 et 36SA représentaient 63,3% de la série. Cette fréquence est comparable à celle retrouvée par Randrianomanana qui est de 53,9%.

Ces chiffres sont comparables à ceux retrouvés dans la littérature. Marret H et al. ont rapporté que la fréquence de la rupture prématurée des membranes s'accroît avec le terme de la grossesse [37].

La majorité des patientes (74,5%) avaient consulté dans les 24 heures suivant la survenue de la RPM. Randrianomanana avait retrouvé un taux de 53,3% des cas. Selon Lorthé [38], l'âge gestationnel à la rupture est le principal facteur associé à la prolongation de la grossesse : la durée de latence est d'autant plus longue que la RPM avant terme survient précocement en cours de grossesse.

Après l'examen clinique, en cas de doute diagnostique des examens complémentaires peuvent être réalisés. Dans notre pratique courante, ces examens complémentaires ne sont pas disponibles. Au maximum, une échographie obstétricale est réalisée et révèle une diminution de la quantité de liquide amniotique.

Dans notre série, le diagnostic de RPM était posé sur la base des données de l'examen clinique.

3. Aspects thérapeutiques

La prescription systématique d'antibiotiques dans les RPM avant 34 SA réduit la morbidité infectieuse néonatale et maternelle. Elle est aussi associée à un allongement du temps de latence permettant d'administrer une corticothérapie [19].

Toutes nos patientes avaient bénéficié d'une antibioprophylaxie à base d'ampicilline. Cette antibioprophylaxie a été poursuivie jusqu'à l'accouchement. En France, l'amoxicilline est prescrit pendant 7 jours alors qu'aux Etats-Unis l'ampicilline associée à l'érythromycine est administré pendant 48h par voie intraveineuse puis l'amoxicilline associée à l'érythromycine par voie orale pendant 5 jours [5,30].

La corticothérapie anténatale en cas de risque d'accouchement prématuré avant 34 SA permet une diminution du risque de détresse respiratoire, d'hémorragie intra-ventriculaire et la survenue d'une entéocolite ulcéro-nécrosante ainsi que la mortalité néonatale, mais elle augmente le risque infectieux.

Dans notre étude, 46 patientes soit 46,9% des cas avaient bénéficié d'une corticothérapie à base de bétaméthasone.

Dans notre travail, 83 (84,7%) patientes avaient bénéficié d'une expectative, 1 (1%) d'une induction du travail et 14 (14,3%) d'une césarienne d'emblée.

Parmi les patientes qui avaient bénéficié d'une expectative, 83,1% avaient accouché par voie basse et 16,9% par césarienne.

Le taux global de césarienne représentait 28,6% des accouchements effectués dans un contexte de RPM alors que la césarienne d’emblée représentait 14,3% des cas. Les indications de césarienne étaient diverses : syndromes vasculo-rénaux (43,4%), souffrance fœtale aiguë (7,5%), anomalies du bassin (15,1%), grossesses gémellaires (9,4%).

Au total, 71,4% des patientes avaient accouché par voie basse et 28,6% par césarienne.

Ces résultats ne sont pas loin des données de certains auteurs :

- Randrianomanana avait retrouvé 71,86% d’accouchement par voie basse contre % de césarienne ;
- Cissé [12] avait noté 76,7% d’accouchement par voie basse contre 23,3% de césarienne.

La prévention repose sur la lutte contre les facteurs favorisants ; une bonne hygiène de vie (une alimentation équilibrée, éviction des activités débordantes et du tabagisme) ; les consultations prénatales de qualité ; la prudence dans la pratique des gestes endo-utérins ; et le cerclage en cas de béance cervico-isthmique.

4. Aspects pronostiques

La prématurité est la principale complication de la RPM avant terme. Dans notre travail, la majorité des nouveau-nés (49,1%) avait un poids de naissance supérieur à 2000g ; les nouveau-nés de poids de naissance compris inférieur à 2000 représentaient 50,8% et parmi ces nouveau-nés, 71,1% des nouveaux nés avaient un bon score d’Apgar à la naissance (supérieur à 7) ; concernant l’hospitalisation en néonatalogie, elle était de 14% soit un effectif de 16 nouveau-nés et la principale raison était la prématurité. La mortalité périnatale enregistré était de 21,1% soit 24 nouveau-nés sur les 114. Parmi ces 24 cas de décès, 10 étaient des mort-nés frais, 7 des morts fœtales in utéro alors que 7 étaient décédés en période néonatale précoce.

Ce taux de mortalité périnatale est comparable à ceux retrouvés par Randrianomanana et Paumier qui avaient retrouvés respectivement des taux de 15,3 % et 14,5%.

Dans ces contextes de RPM avant terme, la morbidité est liée, d’une part, à la prématurité, et d’autre part, à l’environnement infectieux. Maladies des membranes hyalines, entérocolites ulcéro-nécrosantes, hémorragies intraventriculaires sévères, sepsis, pneumonies et encéphalopathies anoxiques compliquent l’évolution à court terme de 84 % des nouveau-nés après RPM [39,40].

Dans notre travail, la chorioamniotite était retrouvée chez 2% des cas soit 2 patientes. Ce taux faible d'infection amniotique peut s'expliquer par l'administration systématique d'antibiotiques chez toutes les parturientes. Les taux rapportés varient de 1 à 7% [3,14].

CONCLUSION ET RECOMMENDATIONS

La rupture prématurée des membranes avant terme est une situation obstétricale relativement fréquente dans notre pratique courante. Cependant, elle fait rarement l'objet d'une étude dans nos régions, ce qui nous a motivé à effectuer ce travail d'en apprécier le pronostic.

Il s'agissait d'une étude rétrospective concernant toutes les patientes admises à la maternité du Centre Hospitalier National de Pikine et chez qui le diagnostic de rupture prématurée des membranes avant terme était retenu. Elle s'est déroulée du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2020.

Nous avons enregistré 98 cas de grossesses associées à une rupture prématurée des membranes avant terme et parmi les 13870 gestantes admises pendant cette période, soit une fréquence de 0,71%.

L'âge moyen des patientes était de 27,11ans. La gestité moyenne dans notre population était de 2,02 et la parité moyenne de 1,88.

Les grossesses monofoetales représentaient 83,7% des cas et les grossesses gémellaires 16,3%. Le type de présentation était dominé par la présentation céphalique (84,7%) suivie de la présentation de siège (15,3%).

La majorité des patientes (74,5%) avait consulté dans les 24 heures et 6,1% après 48 heures de rupture.

La moyenne d'âge gestationnel était de 30,64 SA avec des extrêmes de 21 et 36 SA. La majorité des patientes (63,3%) avaient un âge gestationnel compris entre 34-36 SA (prématurité légère). La très grande prématurité représentait 15,3% et la prématurité moyenne 21,4%.

Sur le plan paraclinique, aucun examen bactériologique n'a été réalisé.

L'antibiothérapie à base d'ampicilline était instaurée chez toutes les patientes et était poursuivie jusqu'à l'accouchement.

Les patientes qui avaient un âge gestationnel (46,9%) inférieur ou égal à 34 SA avaient bénéficié d'une corticothérapie.

Sur le plan obstétrical, l'expectative était adoptée dans 84,7% des cas, l'induction du travail dans 1% et la césarienne d'emblée dans 14,3% des cas.

Parmi les patientes qui avaient bénéficié d'une expectative, 83,1% avaient accouché par voie basse et 16,9% par césarienne.

Les indications de césarienne étaient dominées par les syndromes vasculo-rénaux (43,4%) utérus cicatriciels (11,3%), la souffrance fœtale aiguë (7,5%), les anomalies du bassin (15,1%) et la gémellité (9,4%).

Au total, 71,4% des patientes avaient accouché par voie basse et 28,6% par césarienne.

Les nouveau-nés qui avaient un poids inférieur à 2000g était de 50,8% et ceux dont le poids était supérieur à 2000g étaient de 49,1%.

Le taux de mortalité périnatale était de 21,1% soit 24 nouveau-nés sur les 98. Parmi ces 24cas de décès, 10 étaient des mort-nés frais, 7 morts fœtales in utéro et 7 étaient décédés en période néonatale.

Deux cas de chorioamniotite étaient enregistrés.

Ces résultats montrent que le pronostic de la rupture prématurée des membranes reste favorable dans notre pratique.

Pour améliorer ce pronostic nous pouvons formuler les recommandations suivantes :

- sensibiliser les patientes et leurs parents au cours des consultations prénatales vis-à-vis des signes de danger,
- réaliser un cerclage systématique chez les patientes présentant une béance cervico-isthmique
- effectuer systématiquement les prélèvements bactériologiques chez toute gestante en fin de grossesse ;
- orienter les patientes vers les structures de références en cas de RPM.
- Augmenter l'effectif des unités de néonatalogie

REFERENCES

- 1. Paumier AC, Gras-Leguen B, Branger G, Boog JC, Roze HJ, Philippe NW.**
Rupture prématurée des membranes avant 32 semaines d'aménorrhée facteurs pronostiques prénatals.
Gynecol Obst et Fertil 2008 ; 36 :748-56.
- 2. Vendittelli F, Houlle C, Laurichesse H, Lémery D, Gallot D.**
Morbidity néonatale après attitude d'expectative suivie d'une naissance systématique à 34 semaines d'aménorrhée en situation de rupture prématurée des membranes.
Gynecol Obst et Fertil (2005) ; 33 :577-581.
- 3. Pasquier J.-C, Doret M.**
Les complications et la surveillance pendant la période de latence après une rupture prématurée des membranes avant terme : mise au point.
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2008, vol. 37, no 6, p. 568-578.
- 4. Aïdibe I.**
Prise en charge de la rupture prématurée des membranes à l'Institut d'Hygiène Sociale de Dakar.
Thèse de doctorat d'état en Médecine. Dakar : Université Cheikh Anta Diop, 2008. N°110.
- 5. Merger R; Ley J; Melchior J.**
Précis d'obstétrique 6eme édition
Paris : Manson, 1995.627p. 2-294-00897-9.
- 6. Jacques L, Heni M, Jean-François O.**
Pratique de l'accouchement 4e édition.
Manson 2006.572.2-294-01985-7.
- 7. Blanchona L, M. Accoceberryb, C. Belvillea, A. Delabaere, C. Patra, D. Lemery, V. Sapin, D. Gallot.**
Rupture prématurée des membranes : physiopathologie, diagnostic, conséquences et prise en charge.
J Gynecol. Obstet Biol Reprod 2013 ; 42 :105-116

8. Parry S, Strauss J F.

Premature rupture of the fetal membranes.

New England Journal of Medicine, 1998; vol. 338, no 10, p. 663-670.

9. Strome LT, Rakza V, Houffin-Debarge P, Dufour A, Bouissou, D. Subtil, P. Duruelle.

Physiopathologie des conséquences respiratoires néonatales de la rupture prématurée des membranes : application à la prise en charge.

Archives de pediatrie 14 (2007) S42-S48.

10. Aloulou S.

Les ruptures prématurées des membranes : A propos de 549 cas.

Thèse de Doctorat d'état en Médecine. Marrakech : Université DADI AYYD 2009. n°131.

11. Arsac, S. Hovhannisyan, C. Farnoux, Aujard.

Rupture très prématurée des membranes : physiopathologie des conséquences neurologiques.

Archive pédiatrie 14 (2007) S42-S48.

12. Cissé K.

Facteurs de risque de la rupture prématurée des membranes dans le service de gynécologie obstétrique du centre de référence de la commune du district de Bamako.

Thèse de Doctorat d'état en Médecine. Université de Bamako, 2006.n°122.

13. American College of Obstetricians And Gynecologists (ACOG).

Practice Bulletin Premature Rupture of Membranes.

Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologist. Int J Gynecol Obstet 1998 ; 63 : 75-64.

14. Cararach V, Botet F, Sentis J et al.

Administration of antibiotics to patients with rupture of membranes at term, A prospective, randomized, multicentric study. Acta Obstet Gynecol Scand 1998; 77(3) : 298-302.

15. Carbonne B, Tsatsaris V.

Menace d'accouchement prématuré : quels tocolytiques utiliser ? Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction 31 Suppl 7, 96-104.

16. Foix-Hélias, Ancel PY et Blondel B.

Facteurs de risque de prématurité en France et comparaisons entre prématurité spontanée et prématurité induite : résultats de l'enquête nationale périnatale de 1995.

Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 2000, vol. 29, no 1, p. 55-65.

17. Audibert, F.

Diagnostic de l'infection en cas de rupture prématurée des membranes.

Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 1999, vol. 28, p. 635-41.

18. Marret S, Ancel, PY, Marpeau L.

Neonatal and 5-year outcomes after birth at 30–34 weeks of gestation. Obstetrics&Gynecology, 2007, vol. 110, no 1, p. 72-80.

19. Nouaili E, Ben Hamida AK, Chaouachi S.

Épidémiologie des infections materno-fœtales à streptocoque du groupe B. Médecine et maladies infectieuses, 2011, vol. 41, no 3, p. 123-125.

20. Popowski, F. Goffinet, F. Batteux, F. Maillard, G. Kayem

Prédiction de l'infection materno-fœtale en cas de rupture prématurée des membranes par les marqueurs sériques maternels.

Journal de Gynécologie Obstétrique et Fertilité 39 (2011) 302-308.

21. Hallak M, Sidney F.

Accelerated pulmonary maturation from preterm premature rupture of membranes : a myth.

American journal of obstetrics and gynecology, 1993, vol. 169, no 4, p. 1045-1049.

22. Verma U, Tejani Nergesh, Klein Susan.

Obstetric antecedents of intraventricular hemorrhage and periventricular leukomalacia in the low-birth-weight neonate.

American journal of obstetrics and gynecology, 1997, vol. 176, no 2, p. 275-281.

23. Ancel PY.

Épidémiologie de la rupture prématurée des membranes : Facteurs de risque et conséquences en termes de santé : Morbidité et mortalité maternelles, néonatales et de la petite enfance: Recommandations pour la pratique clinique: Rupture prématurée des membranes.

Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 1999, vol. 28, no 7, p. 607-625.

24. Homer L, C. Bernard, M. Collet.

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

Journal de Gynécologie Obstétrique et Fertilité.2012.02.012.

25. Mirlesse V.

Rupture prématurée des membranes.

Journal de pediatrie et de puériculture, 2000, vol. 13, p. S23-S28.

26. Gallot D, J. Guibourdenche, V. Sapin, F. Goffinet, M. Doret, B. Langer, J Jouannic, D. Subtil, H. Fernandez.

Quel test biologique utiliser en cas de suspicion de rupture des membranes?

Journal de Gynecologie Obstétrique et Biologie de la reproduction (2012) 41, 115-121.

27. Savitz DA, Ananth CV, Luther ER, Thorp JM.

Influence of gestationnel age on the time from spontaneous rupture of the chorioamniotic membranes to the onset of labor.

Am J Perinatol 1997 ; 14 129-33.

28. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.

Recommandations pour la pratique clinique. Rupture pré- maturée des membranes.

J Gynecol Obst et Biol Reprod 1999 ; 28 : 606 – 694.

29. Marret S, Ancel, PY, Marpeau L.

Neonatal and 5-year outcomes after birth at 30–34 weeks of gestation. *Obstetrics&Gynecology*, 2007, vol. 110, no 1, p. 72-80.

30. Merveille M, Mauviel F, Parant O.

Faut-il tocolyser les ruptures prématurées des membranes (RPM) ?
Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2008, vol. 36, no 3, p. 331-333.

31. Huret EI. Chanavaz-Lacheray V. Grzegorzczuk-Martin, Fournet P.

Prise en charge à domicile des ruptures prématurées des membranes avant 37SA ; *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 42 (2014) 222-228.

32. Zelli PB. Boussat JC, Raynaud JC, Pons F S.

Rupture prématurée des membranes à terme sur col défavorable : Quand faut-il déclencher. *Journal de Gynecologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (2013) 42, 671-677.

33. Mandelbrot L, Berrébi A, Matheron S.

Infection par le VIH et grossesse : nouvelles recommandations 2013 du groupe d'experts français.
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2014, vol. 43, no 7, p. 534-548.

34. Randrianomanana Désir Olivier

Pronostic materno-fœtal de la rupture prématurée des membranes avant terme observée dans le service de grossesse à risque de la maternité de BEFELATANANA

Thèse de Doctorat d'état en Médecine. MADAGASCAR : Université ANTANANARIVO, 2016. N°8860.

35. Marpeau L. Traité d'obstétrique. Elsevier Health Sciences, 2010 ; 02:15-18

36. Alexia Hilpert-Denis

Etude du devenir des enfants issus de rupture prématurée des membranes au deuxième trimestre, mortalité et morbidités à partir de la série de cas de suivis à la maternité régionale et universitaire de Nancy entre 2002 et 2009. Thèse de Doctorat d'état en Médecine. NANCY: Université HENRY POINCARE, Nancy1, 2010.

- 37. Marret H, Deschamps PH, Fingo A, Perrontin F, Body G, Lansac J.**
Conduite à tenir devant une rupture prématurée des membranes sur une grossesse monofoetale avant 28SA
Journal de Gynecol Obstet, Biol Reprod, pp 665-675,1998
- 38. Lorthe E.**
Epidémiologie, facteurs de risque et pronostic de l'enfant. RPC : rupture prématurée des membranes avant terme CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie (2018), <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.019>
- 39. Fanaroff AA, Wright LL, Stevenson DK, Shankaran S, Donovan EF, Ehrenkranz RA, et al.**
Very-low-birth-weight outcomes of the national institute of child health and human development neonatal research network.
Am J Obstet Gynecol 1995;173:1423–31.
- 40. Bengtson JM, VanMarter LJ, Barss VA, Greene MF, Tuomala RE, Epstein MF.**
Pregnancy outcome after premature rupture of the membranes at or before 26 weeks' gestation. Obstet Gynecol 1989;73:921–6.

ANNEXE

Fiche d'enquête

EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DES RPM

N° Dossier..... Date d'entrée/...../.....

1- IDENTITE:

Nom : Prénom :

Age : Profession.....

Adresse..... Statut matrimonial.....

Gestité..... Parité.....

Scolarité :

2- MOTIFS DE CONSULTATION :

- Douleurs abdomino-pelviennes .
- Ecoulement liquidien .
- Saignement

3- FACTEURS DE RISQUES :

- Infections urogénitales .
- Grossesse gémellaire .
- Hydramnios .
- Placenta prævia .
- Béance cervico-isthmique .
- primipare âgée .
- Examen obstétrical .

4- ANTECEDENTS :

A- Obstétricaux :

- Accouchement prématuré .
- RPM .
- Cerclage .
- Avortement spontané .
- Avortement provoqué .
- Autres.....

B- Médico-chirurgicaux :

Césarienne . - nombre

- indications

Autres.....

5- CONSULTATIONS PRENATALES

Lieu..... Nombre..... Qualité.....

6- DONNEES DE L'EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION :

• Référence Oui . délai/Rpm

Non .

• Traitement avant admission

A - Examen Général :

• Constantes :

o Température :°C TA : /mmhg Pouls :

o Poids : kg Taille :cm

• Etat général.....

B -Examen Obstétrical :

- TermeSA

- HuCm
- Type de présentation
- BDCF
- Aspect du LA
- Etat du col
- Pelvimétrie Clinique

7- PARA- CLINIQUE :

- Echographie
- NFS : GB..... Hémoglobine..... PLQ.....
- CRP
- TCK
- TP

8- FACTEURS DETERMINANTS DE LA RPM :

9- PATHOLOGIES ASSOCIEES A LA RPM :

10- TRAITEMENT :

- **Mesures hygiènes :**
 - Rasage .
 - Garniture hygiénique .
 - Autres.....
- **Traitement médicamenteux :**
 - Tocolyse Antibiotique Corticoïde Maturation Cervicale

Molécule

Dose

Durée

11- EVOLUTION AU COURS DE L'HOSPITALISATION :

- Normale .
- Complications .
- Type.....
- Traitement complémentaire.....

12-ISSUE DE LA GROSSESSE :

Accouchement :

- Durée totale de la RPM
- Présentation
- Modes d'accouchement :
- Voie basse
 - Naturelle .
 - Forceps .
 - Ventouse .
- Césarienne : type
 - CBT .
 - CBL .
- Indication.....

13- NOUVEAU-NE :

- Température
- Poids : Kg
- Apgar : M1..... M5..... M10.....

➤ Traitements reçus :

.....
➤ Durée d'hospitalisation

➤ Devenir

• Vivant bien portant ▪

• Infection ▪

- Délai /accouchement :.....

- Germe :

- Traitement :

• Décédé ▪

- Délai/accouchement.....

- Causes

14- MERE :

➤ Vivante bien portante ▪

➤ Complications

- Infection ▪

• Type.....

• Délai/accouchement.....

• Germe.....

• Traitement.....

• Evolution.....

- Autres

.....
- Décédée ▪

• Délai/accouchement.....

• Causes.....

**PRONOSTIC DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES
AVANT TERME AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE
PIKINE DU 1^{er} JANVIER 2018 AU 31 DECEMBRE 2020**

RESUME

OBJECTIFS : L'objectif de notre étude était d'apprécier le pronostic de la rupture prématurée des membranes avant terme au Centre Hospitalier National Pikine.

METHODOLOGIE : il s'agit d'une étude rétrospective, analytique et descriptive réalisée à la maternité du Centre Hospitalier National de Pikine concernant 98 patientes chez qui le diagnostic de rupture prématurée des membranes avant terme était retenu. Elle s'est déroulée pendant la période allant du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2020.

Les variables étudiées étaient les caractéristiques socio-démographiques ; les aspects clinique, paraclinique et thérapeutiques ainsi les complications maternelles fœtales et néonatales immédiates. Les données proviennent de l'enregistrement continu des entrantes sur une base de données virtuelle ; e-gynécologie à partir du logiciel Filemaker Pro advanced. Les données recueillies étaient complétées par des fiches d'enquête individuelles. Le programme d'analyse était réalisé grâce aux logiciels sphinx plus et SPSS version 21.0.

RESULTATS : l'âge maternel moyen était de 27,11ans et la majorité des femmes était âgée entre 16 et 40 ans (93,9%). La gestité moyenne était de 2,02 et la parité moyenne de 1,88. Aucun examen bactériologique n'était réalisé. La numération formule sanguine montrait que 6,1% des patientes avaient une hyperleucocytose et la CRP était positive chez 7,1% des patientes. Une antibiothérapie à base d'ampicilline était instaurée chez toutes les patientes, la corticothérapie dans 46,9%. Une expectative était adoptée dans 84,7% des cas, une induction du travail dans 1% et une césarienne d'emblée dans 14,3% des cas. Au total, 71,4% des patientes avaient accouché par voie basse et 28,6% par césarienne. Le taux de mortalité périnatale était de 21,1% soit 24 nouveau-nés sur les 114. Aucun décès maternel n'a été enregistré.

CONCLUSION : Notre étude a montré que la RPM est une pathologie fréquence non banale par ses complications et ses multiples facteurs de risque. La sensibilisation des patientes et des consultations prénatales de qualité pourrait réduire la survenue des RPM.

Mots-clés : Pronostic, RPM avant terme, Pikine