Volume 16 Issue 31
Originally issued as E3

Global Journal of Medical Research: E
Gynecology and Obstetrics
Volume 16 Issue 3 Version 1.0 Year 2016
Type: Double Blind Peer Reviewed International Research Journal
Publisher: Global Journals Inc. (USA)
Online ISSN: 2249-4618 & Print ISSN: 0975-5888

Premature Rupture of Membranes at Term Pregnancy: Management, At the Teaching Hospital of Brazzaville

By Mbongo JA, Mahoungou J D, Ovanga EB & Iloki LH

Summary- *Objective:* To describe the management of pregnant woman with premature rupture of membranes at term.

Patients and methods: A Cross sectional study conducted during two months. Were included, pregnant women with a gestational age greater than or equal to 37 weeks who presented a Premature Rupture of Membranes (PROM). Those with associated fetal death in utero, were excluded.

Results: The frequency of PROM was 4.25% of deliveries; the pregnant mean age was 29.5 years, ranging from 16 to 46 years. Thirty-seven pregnant or 80.4% have performed more than 4 prenatal consultations. Etiological research was unsuccessful in 42 cases (91.3%) At admission, we observed 13 pregnant (28.3%) not in labor. 23 pregnant in labor transition stage. Sixteen pregnant women (34.8%) had meconium. The duration PROM was 1 to 6 hours, with over a third of pregnant women.

Keywords: *premature rupture of membranes; to term.*

GJMR-E Classification : *NLMC Code: WJ 190*

PREMATURERUPTUREOFMEMBRANESATTERMPREGNANCYMANAGEMENTATTHETEACHINGHOSPITALOFBRAZZAVILLE

Strictly as per the compliance and regulations of:

Open Association of Research Society, USA
Research | Diversity | Ethics

© 2016. Mbongo JA, Mahoungou J D, Ovanga EB & Iloki LH. This is a research/review paper, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 3.0 Unported License http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/), permitting all non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Premature Rupture of Membranes at Term Pregnancy: Management, At the Teaching Hospital of Brazzaville

Rupture Prématurée Des Membranes Sur Grossesse A Terme : Prise En Charge, Au Centre Hospitalier Universitaire De Brazzaville

Mbongo JA [α], Mahoungou J D [σ], Ovanga EB [ρ] & Iloki LH [ω]

Résumé- Objectif: Décrire la prise charge des gestantes ayant des ruptures prématurées des membranes à terme, au CHU de Brazzaville.

Patientes et méthodes: Il s'est agi d'une étude descriptive transversale, sur une période de deux mois. Ont été inclus, les gestantes dont l'âge gestationnel a été supérieur ou égal à 37 semaines et ayant présenté une Rupture Prématurée des Membranes(RPM). Celles ayant des cas de RPM avec mort fœtale in utéro, ont été exclues.

Résultats: La fréquence des RPM a été de 4,25% des accouchements ; l'âge moyen de 29,5 ans avec des extrêmes de 16 à 46 ans. Trente sept gestantes soit 80,4%, ont effectué plus de 4 consultations prénatales. La recherche étiologique a été vaine dans 42 cas (91,3%). A l'admission, nous avons noté 13 gestantes (28,3%) non en travail ; 23gestantes en phase de latence. Seize gestantes (34,8%) avaient un liquide méconial. La durée de la rupture des membranes a été de 1 à 6 heures, chez plus du tiers des gestantes. La césarienne a été le mode d'accouchement le plus fréquent avec 27 cas soit 58,7%.

Trente deux nouveau-nés (69,6%), nés de mères ayant présenté une rupture des membranes avaient une cotation d'Apgar à la première minute de 7 à 10 ; chez 14 nouveau-nés (30,4%), ce score a été entre 4 et 6. Lorsque l'Apgar a été entre 4 et6 à la première minute, le test de Fisher indique qu'il n' ya pas de différence significative, entre le mode d'accouchement et la couleur du liquide amniotique. Par contre lorsque l'Apgar se situe entre7 et 10, la différence est significative, il ya 68,2% d'accouchements par voie basse lorsque le liquide amniotique est clair. Pour les Apgar entre 7 et10 il ya 100% d'accouchements par voie basse en phase active du travail.

Conclusion: Devant une RPM sur grossesse à terme avec un score de bishop favorable, nous pratiquons un déclenchement systématique. Si les conditions locales sont défavorables, une expectative de 24 heures est admise, à l'issue de laquelle une maturation cervicale en vue d'un déclenchement est effectuée.

Mots clés: rupture prématurée des membranes; grossesse à terme.

Summary- Objective: To describe the management of pregnant woman with premature rupture of membranes at term.

Author α σ ρ ω: Service de gynécologie obstétrique CHU de Brazzaville Congo, BP 32 Brazzaville. e-mail: mbongojalf@gmail.com

Patients and methods: A Cross sectional study conducted during two months. Were included, pregnant women with a gestational age greater than or equal to 37 weeks who presented a Premature Rupture of Membranes (PROM). Those with associated fetal death in utero, were excluded.

Results: The frequency of PROM was 4.25% of deliveries; the pregnant mean age was 29.5 years, ranging from 16 to 46 years. Thirty-seven pregnant or 80.4% have performed more than 4 prenatal consultations. Etiological research was unsuccessful in 42 cases (91.3%) At admission, we observed 13 pregnant (28.3%) not in labor. 23 pregnant in labor transition stage. Sixteen pregnant women (34.8%) had meconium. The duration PROM was 1 to 6 hours, with over a third of pregnant women. The Caesarean delivery was the mode of delivery the most common with 27 cases (58.7%). Thirty-two infants (69.6%) born from mothers who experienced rupture of membranes had a rating Apgar in the first minute of 7 to 10; this score was between 4 and 6 in 14 newborns (30.4%). When the Apgar was between 4 and 6 in the first minute, the Fisher test indicates no significant difference between mode of delivery and the color of the amniotic fluid. By cons when the Apgar was between 7 and 10, the difference was significant, and there are 68.2% of vaginal deliveries when the amniotic fluid is clear. For the Apgar score between 7 and10, 100% of vaginal deliveries.

Conclusion: In case of PROM in term pregnancy with a favorable Bishop score, we practice a systematic labor induction. If local conditions are unfavorable, a wait of 24 hours is allowed, after which cervix maturation for a labor induction is performed.

Keywords: premature rupture of membranes; to term.

I. Introduction

La rupture prématurée des membranes (RPM), se définit comme solution de continuité de l'amnios et du chorion, avant le début du travail. Dans la majorité des cas, la RPM précède le travail de quelques minutes ou de quelques heures. Si un temps plus long s'écoule entre son apparition et la mise en route de l'accouchement, l'œuf est exposé à l'infection [1].

Les décès maternels liés aux infections sont rares dans les pays développés, mais restent un problème majeur dans les pays en voie de développement [2]. L'infection puerpérale constitue la

© 2016 Global Journals Inc. (US)

cinquième cause de mortalité maternelle en France, d'après le rapport publié par l'Institut de Veille Sanitaire [3]. L'infection néonatale reste encore un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement. Elle est l'une des causes principales de mortalité néonatale. L'infection néonatale est plus fréquente dans les groupes de population défavorisés, qui n'ont habituellement pas accès aux infrastructures de soins néonatals de bonne qualité ni à une couverture antibiotique adaptée [4]. Les possibles agents étiologiques dans les pays développés et les pays en voie de développement pourraient varier d'un endroit à un autre. Néanmoins, les moyens nécessaires à la culture bactériologique pourraient être insuffisants ou trop onéreux dans de nombreuses régions des pays en voie de développement et des antibiotiques à large spectre pourraient devoir être utilisés de façon empirique [4]. En raison des taux plus élevés d'infection et de morbidité néonatale dans les pays en voie de développement, l'administration systématique d'antibiotiques dans ces cas aurait un impact relativement supérieur sur l'amélioration des résultats cliniques dans ces régions par rapport aux pays industrialisés [4].

Au Congo Brazzaville, les infections qui étaient autrefois la cause essentielle de décès maternel à Brazzaville, sont reléguées à un rang secondaire grâce à l'amélioration sensible des conditions d'hygiène et l'utilisation plus large des antibiotiques [5].

Ainsi, nous nous proposons de décrire la prise charge des gestantes ayant des ruptures prématurées des membranes à terme, au CHU de Brazzaville.

II. Patientes et Méthodes

Il s'est agi d'une étude descriptive transversale, sur une période de deux mois, allant du 2 janvier au 2 mars 2016. Elle s'est déroulée dans le Service de gynécologie obstétrique du CHU de Brazzaville. Toutes les parturientes à terme, ayant accouché au CHU de Brazzaville ont constitué notre population cible.

Ont été inclus, les gestantes dont l'âge gestationnel a été supérieur ou égal à 37 semaines et ayant présenté une RPM. Celles ayant des cas de RPM avec mort foetale in utéro, ont été exclues.

Pendant cette période, nous avons enregistré 1082 accouchements, dont 236 par césarienne, avec 1247 naissances vivantes ; 60 morts fœtales intra et anté-partum, et 4 décès maternelles.

Toutes les gestantes avec RPM, ont été mises sous antibiothérapie probabiliste à l'admission. Celles qui avaient un score de Bishop favorable ont bénéficié d'un déclenchement immédiat, pour les autres, on pratiquait une expectative de 24heures, puis une maturation en vue d'un déclenchement, si l'entrée spontanée en travail n'était survenue.

Les variables analysées ont été : l'épidémiologie, la durée de la rupture des membranes avant l'admission, la cause de la rupture des membranes, la couleur du liquide amniotique, le stade du travail à l'entrée, le mode d'accouchement et la cotation d'Apgar.

Le masque de saisie des données a été élaboré dans CSPro [Census and Survey Processing System]. Des contrôles a priori ont été programmés dans CSPro afin de minimiser les erreurs de saisie des données. Les données ainsi saisies dans CSPro, ont été ensuite exportées dans Stata ou SPSS pour faire l'objet d'analyses uni et bi-variées.

L'analyse des correspondances a été effectuée à l'aide des tests du khi2 de Pearson ou de Yates et de Fisher. Le seuil de significativité des tests a été fixé à 5% ($p<0,05$).

III. Résultats

La fréquence des PRM a été de 4,25% des accouchements, avec L un âge moyen de 29,5 ans et des extrêmes de 16 à 46 ans.

L'analyse du tableau I, fait ressortir que la plupart de nos patientes exerçaient dans le secteur informel, ou le secteur public.

Concernant la surveillance prénatale, 37 gestantes soit 80,4% ont effectué plus de 4 consultations ; 5 gestantes (10,9%) ont en fait 3, et 4 (8,7 %) ont consulté une à deux fois.

La plupart des gestantes étaient pauci-gestes et paucipares (Tableau II).

La recherche de la cause de la rupture des membranes a été vaine dans 42 (91,3%) cas .Dans deux cas (4,3%) la gémellité a été incriminée et les deux derniers cas ont été rattachés à l'infection urinaire.

A l'admission, nous avons noté 13 gestantes (28,3%) non en travail ; 23gestantes en phase de latence (50%) ; et 10 en phase active (21,7%). L'examen de la couleur du liquide amniotique à l'admission faisait noter, un liquide clair chez 26 gestantes (56,5%) ; un liquide jaunâtre chez 4 gestantes (8,7%) et 16 gestantes (34,8%) avaient un liquide méconial.

La durée de la rupture des membranes a été de 1 à 6 heures, chez plus du tiers des gestantes (tableau III).

La césarienne a été le mode d'accouchement des parturientes avec rupture des membranes dans 27 cas soit 58,7% ; la voie basse a été sollicitée dans 19 cas soit 41,3%.

Trente deux nouveau-nés (69,6%), nés de mères ayant présenté une rupture des membranes avaient une cotation d'Apgar à la première minute de 7 à 10 ; chez 14 nouveau-nés (30,4%), ce score a été entre 4 et 6.

L'analyse du tableau IV, a montré que la couleur du liquide amniotique à l'admission n'a pas été

© 2016 Global Journals Inc. (US)

influencée par la durée de la rupture des membranes (.Pearson Chi-2=0,724 ; Fisher exact 0,854, test non significatif).

Nous avons voulu établir une relation entre la cotation d'Apgar, la couleur du liquide amniotique et le mode d'accouchement. Lorsque l'Apgar a été entre 4 et6 ; le test de Fisher indique qu'il n ya pas de différence significative, entre le mode d'accouchement et la couleur du liquide amniotique. Il y a donc ambiguïté pour établir une correspondance entre les 2 variables. Par contre lorsque l'Apgar se situe entre7 et 10, le test de Fisher a une différence significative au seuil de 10% : il ya 68,2% d'accouchements par voie basse lorsque le liquide amniotique est clair (Tableau V).

La recherche de la relation entre l'Apgar, le mode d'accouchement et le stade du travail à l'admission a montré que lorsque l'Apgar se situe entre 4 et 6, le test de Fisher n'indique pas de différence significative entre le mode d'accouchement et le stade du travail. Par contre

Pour les Apgar entre 7 et10, le test de Fisher a indiqué une différence significative au seuil de 1%, 5%, et 10% : il ya 100% de cas d'accouchements par voie basse en phase active du travail (Tableau VI).

IV. Discussion

La fréquence de la rupture prématurée des membranes retrouvée (4,25%), parait faible par rapport à celle rapportée dans la littérature : 6,6% selon le collège des Gynécologues Obstétriciens Français [6] et jusqu'à 10% pour Blanchon et al [7].Cela est du au fait que nous n'avons pris en compte que les RPM à terme.

L'âge moyen de nos patientes a été de 29,5 ans, nous n'avons pas constaté une particularité de survenue de la RPM en fonction de d'âge maternel, pour certains auteurs [1], elle est plus fréquente chez les femmes âgées. Toutes nos patientes étaient des agents d'exécution (ménagère, élève, agent du secteur informel etc….), souvent multi gestes et multipares. Le bas niveau socio-économique, et la multiparité sont déjà incriminés dans la survenue de la RPM [1]. Pour les deux tiers environs de nos gestantes, la rupture des membranes remontait de 1à 6 heures. En effet, le risque infectieux, augmente avec le temps d'exposition [1,7]. Le risque de chorioamniotite est significativement plus élevé dès 12 heures et le risque d'endométrite augmente à partir de 16heures [8]. Nous n'avons pu identifier le germe en cause. Dans la littérature la principale bactérie dans les infections materno-fœtales est le streptocoque du group B [9]. Dans la plupart des cas, nous n'avons pu retrouver une étiologie à la rupture prématurée des membranes, cela peut s'expliquer par la déficience de notre plateau technique. Il est classique de reconnaitre que l'étiologie de la RPM est multifactorielle, mais l'infection joue un rôle important[10]. Il semblerait donc que les membranes se rompent en raison d'une fragilisation progressive plutôt qu'en raison d'une anomalie constitutionnelle.les infections surviennent par voie ascendante et colonisent la déciduale depuis le canal cervical[7]. Elles induisent les réactions inflammatoires au contact des membranes. En fin de grossesse, on observe un amincissement généralisé des membranes et une perte de leur élasticité ce qui diminue leur résistance [7]. Le point de rupture est habituellement situé en regard du col au niveau d'une zone dite à morphologie altérée. Chronologiquement, la séparation de l'amnios et du chorion apparait être l'un des premiers éléments amenant à la rupture [7].

La césarienne a été le mode d'accouchement le plus fréquent, avec plus de la moitié des cas. En effet, dans le tiers des cas, le liquide amniotique était méconial à l'admission parmi lesquelles 78,3% étaient non travail ou en phase de latence. L'expectative en milieu hospitalier en cas de RPM ou le déclenchement immédiat du travail pour prise en charge des RPM sur score de Bishop défavorable, demeure une problématique discutée [11]. L'obstétricien et le Pédiatre se trouvent face à une situation inconfortable ou le risque infectieux maternel et néonatal présente la complication la plus redoutable [6]. Il est reconnu qu' une attitude d'expectative en milieu hospitalier est envisageable que pour les patientes ayant une grossesse évolutive, sans facteur de risque obstétrical surajouté, en absence d'infection et en dehors de toute souffrance fœtale[12].durant la période d'expectative, la prévention de l'infection est impérative ; elle implique la proscription des touchers vaginaux, l'usage des garnitures stériles, la surveillance clinique et biologique régulière. L'antibioprophylaxie systématique est admise par la majorité des auteurs [6].Selon Festin, en raison des taux plus élevés d'infection et de morbidité néonatale dans les pays en de développement, l'administration systématique d'antibiothérapie en cas de RPM aurait un impact relativement supérieur, sur l'amélioration de résultats clinique dans ces régions par rapport aux pays développés[13]. Pour certains auteurs, un délai d'expectative de 48 à 72 heures, augmente le risque d'infection maternelle et néonatale sans diminuer le taux de césarienne [14]. D'autres auteurs pensent qu'il existe un bénéfice au déclenchement systématique du travail par rapport à une attitude expectative sous antibiothérapie en raison de la moindre morbidité maternelle, moindre morbidité néonatale et une plus grande satisfaction des patientes lorsque les conditions sont locales sont défavorables, le déclenchement par les prostaglandines semblent apporter un bénéfice en diminuant le recours aux césariennes et aux extractions instrumentales [15].

La couleur du liquide amniotique à l'admission n'a pas été influencée par la durée de la rupture. En effet, le liquide amniotique en cas de RPM peut se teinter en cas d'infection(Chorioamniotite) qui peut être

© 2016 Global Journals Inc. (US)

la cause ou la conséquence de la RPM ; ou en cas d'hypoxie quelconque. Les complications de la RPM telles, que l'anamios prolongé, le décollement placentaire, les complications cordonales (procidence ou compression) sont responsables d'anomalie du rythme cardiaque fœtal[7]. L'infection n'est pas systématique, pourtant selon Guikovaky et al [1], le risque infectieux augmente avec le temps d'exposition. Le diagnostic d'infection en cas de RPM se fait par des tests sanguins maternels [16] : L'hyperleucocytose maternelle, et les dosages sériques de la C-réactine protéine, l'interleukine-6 sérique, du glucose intra-amniotique.

En cas de liquide amniotique teinté, à faible dilatation du col, souvent l'indication de césarienne était posée, à dilatation avancée l'accouchement par voie basse, avec extraction instrumentale ont été réalisés. Par contre quand le liquide amniotique était clair, la voie basse était privilégiée. Pour les RPM sur grossesse à terme, L'OMS Préconise une prise en charge programmée qui est « une sorte d'accouchement systématique» qui réduit le risque de morbidité maternelle infectieuse sans augmenter le taux de césarienne , d'accouchement assisté par voie basse et le nombre de nouveau-nés nécessitant des soins intensifs néonatals[17].

V. Conclusion

Devant une RPM sur grossesse à terme avec un score de bishop favorable, nous pratiquons un déclenchement systématique. Si les conditions locales sont défavorables, une expectative de 24heures est admise, à l'issue de laquelle une maturation cervicale en vue d'un déclenchement est effectuée.

References Références Referencias

1. Guikovaty JP, Dellenbach P, Lervin D. La rupture prématurée des membranes. Traité d'obstétrique Vokaer 1985, Masson paris p160-172.
2. Lamy C, zuily S, Perdirolle E, Gauchotte E, Villeroy-de –Galhan, Delaporte M O et al. Prise en charge de l'infection du post-partum. J Gynecol Obstet et Biol de la Reproduct 2012 ,8 ; 886-903.
3. Alcalay M,Hourvitz A,Reichman B,Luski A, et al.Prelabour rupture of membranes at term:early induction of labour verous expectant management. Eur J obstet gynecol Reprod Biol 1996,70;129 -33.
4. Festin M. Antibiotiques en cas de rupture prématurée des membranes : Commentaire de la BSG (dernière révision : 14 juin 2003). Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève : Organisation mondiale de la Santé
5. Iloki LH, Gbala Sapoulou MV, Kpékpédé F, Ekoundzola JR. Mortalité maternelle à Brazzaville (1993-1994); J gynecol obstet et Biol reprod 1997, 26; 2: P 63.
6. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Prévention anté –natale du du risque infectieux bactériennéonatal précoce. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003; 32: 68-74.
7. Blanchon L, Accoceberry M, Belville C, Delabaeré A, Prat C, Lemery D et al. Rupture des membranes ; Physiopathologie, diagnostic, consequences et prise en charge. J gynecol Obstet Biol Reprod 2013, 42; 105-16.
8. Lansac J, Maret H, Oury JF. Pratique de l'accouchement 4e édition Masson 2006.
9. Susan H, Tran MD, Yvonne W, Chang MD, Anjoli MPH Kamal J el al. Length of rupture of membranes in the setting of premature rupture of membranes at term and infections morbidity. Am J Obst and Gynecol 2008; 700-2.
10. Recommandations de l'ANAES. Prevention du risque infectieux bactérien néonatal précoce 2001.
11. Accoceberry M, Gallot D, Vellemir L, Sapin V. Déclencher sans délai ou attendre devant une rupture des membranes à terme sur col défavorable ? n'ayant pas peur de l'expectative ! Gynecol Obstet Fertil 2008, 36: 1245-7.
12. Mrezgina. Prise en charge obstétricale des ruptures prématurées des membranes à terme ; à propos de 400 cas. Thèse médecine Tunis 2005.
13. Festin M. Antibiothérapie en cas de rupture prématurée des membranes : Commentaires de la Bibliothèque Santé Génésique de l'OMS Genève .Organisation Mondiale de la Santé.
14. Rydhstrom H, Ingemarsson. No benefit from conservative management in multiparous woman with premature rupture of membranes a terme .Acta Obstet Gynecol Scand 1991, 70: 543-7.
15. Recommandations pour la pratique clinique. Rupture prématurée des membranes. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999; 28: 606-99.
16. Diagnostic de l'infection en cas de RPM. J Gynecol Obtet Biol Reproduct 1999; 28: 635-41.
17. Accouchement programmé ou expectative (attente) en cas de rupture prématurée des membranes à terme (37 semaines et plus).Bibliothèque de santé génésique de l'OMS.

© 2016 Global Journals Inc. (US)

Tableau I : Profession des gestantes ayant la RPM

	Effectif N=46	%
Ménagère	7	15,2
Elève	6	13,1
Etudiante	8	17,4
Employé secteur publique	10	21,7
Employé secteur informel	15	32,6

Tableau II : Gestité et parité des patientes présentant la RPM

	Effectif N=46	%
Gestité		
1grossesse	6	13,3
2- 3 grossesses	23	50
≥ 4 grossesses	17	36,9
Parité		
Nullipare	8	17,4
Paucipare (1-3)	35	76,1
Multipare (≥4)	3	6,5

Tableau III : Durée de la rupture des membranes à l'admission des patientes

	Effectif N=46	%
1-6 heures	17	39,6
12 heures	5	11,6
24 heures	7	16,3
36-48 heures	8	18,6
≥ 72 heures	6	13,9

Tableau IV : Influence de la durée de la rupture des membranes sur la couleur du liquide amniotique

	Couleur du liquide amniotique			
	Clair	Jaune	méconial	total
1-6 heures	3	1	5	9
12 heures	-	-	1	1
24 heures	2	-	2	4
36-48 heures	3	1	2	6
≥ 72 heures	2	2	5	9
Total	10	4	15	29

Tableau V : Apgar en fonction du mode d'accouchement et de la couleur du liquide amniotique

	Mode d'accouchement		
	Voie basse	Césarienne	Total
Apgar entre 4 et 6			
Liquide clair	1	3	4
Liquide jaune	-	2	2
Liquide méconial	-	8	8
Total	1	13	14
Apgar entre 7 et 10			
Liquide clair	15	7	22
Liquide Jaunâtre	-	2	2
Liquide méconial	3	5	8
Total	18	14	32

Tableau VI : Apgar en fonction du stade du travail à l'admission des gestantes et au mode d'accouchement

	Mode d'accouchement		
	Voie basse	Césarienne	Total
Apgar entre 4 et 6			
Non en travail	-	6	6
Phase de latence	1	7	8
Total	1	13	14

© 2016 Global Journals Inc. (US)

Apgar entre 7 et 10			
Non en travail	-	7	7
Phase de latence	8	7	15
Phase active	10	-	10
Total	18	14	32

© 2016 Global Journals Inc. (US)