

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

Mbongo JA

Received: 10 December 2015 Accepted: 4 January 2016 Published: 15 January 2016

---

## Abstract

**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

---

**Index terms**— premature rupture of membranes; to term.

**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 ; 23 gestantes 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 et 6 à la première minute, le test de Fisher indique qu'il n'y a pas de différence significative, entre le mode d'accouchement et la couleur du liquide amniotique. Par contre lorsque l'Apgar se situe entre 7 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 et 10 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.

## 1 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.

**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

45 and 10, the difference was significant, and there are 68.2% of vaginal deliveries when the amniotic fluid is clear.  
46 For the Apgar score between 7 and 10, 100% of vaginal deliveries.

## 47 2 Conclusion:

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

51 Keywords: premature rupture of membranes; to term.

## 52 3 I. Introduction

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

57 Les décès maternels liés aux infections sont rares dans les pays développés, mais restent un problème majeur  
58 dans les pays en voie de développement [2]. L'infection puerpérale constitue la cinquième cause de mortalité  
59 maternelle en France, d'après le rapport publié par l'Institut de Veille Sanitaire [3]. L'infection néonatale reste  
60 encore un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement. Elle est l'une des causes  
61 principales de mortalité néonatale. L'infection néonatale est plus fréquente dans les groupes de population  
62 défavorisés, qui n'ont habituellement pas accès aux infrastructures de soins néonataux de bonne qualité ni à une  
63 couverture antibiotique adaptée [4]. Les possibles agents étiologiques dans les pays développés et les pays en  
64 voie de développement pourraient varier d'un endroit à un autre. Néanmoins, les moyens nécessaires à la culture  
65 bactériologique pourraient être insuffisants ou trop onéreux dans de nombreuses régions des pays en voie de  
66 développement et des antibiotiques à large spectre pourraient devoir être utilisés de façon empirique [4]. En raison  
67 des taux plus élevés d'infection et de morbidité néonatale dans les pays en voie de développement, l'administration  
68 systématique d'antibiotiques dans ces cas aurait un impact relativement supérieur sur l'amélioration des résultats  
69 cliniques dans ces régions par rapport aux pays industrialisés [4].

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

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

## 75 4 II. Patientes et Méthodes

## 76 5 III. Résultats

77 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  
78 à 46 ans. L'analyse du tableau I, fait ressortir que la plupart de nos patientes exerçaient dans le secteur informel,  
79 ou le secteur public.

80 Concernant la surveillance prénatale, 37 gestantes soit 80,4% ont effectué plus de 4 consultations ; 5 gestantes  
81 (10,9%) ont en fait 3, et 4 (8,7 %) ont consulté une à deux fois.

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

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

85 A l'admission, nous avons noté 13 gestantes (28,3%) non en travail ; 23 gestantes en phase de latence (50%) ; et  
86 10 en phase active (21,7%). L'examen de la couleur du liquide amniotique à l'admission faisait noter, un liquide  
87 clair chez 26 gestantes (56,5%) ; un liquide jaunâtre chez 4 gestantes (8,7%) et 16 gestantes (34,8%) avaient un  
88 liquide méconial.

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

90 La césarienne a été le mode d'accouchement des parturientes avec rupture des membranes dans 27 cas soit  
91 58,7% ; la voie basse a été sollicitée dans 19 cas soit 41,3%.

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

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

## 95 6 IV. Discussion

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

99 L'âge moyen de nos patientes a été de 29,5 ans, nous n'avons pas constaté une particularité de survenue  
100 de la RPM en fonction de l'âge maternel, pour certains auteurs [1], elle est plus fréquente chez les femmes  
101 âgées. Toutes nos patientes étaient des agents d'exécution (ménagère, élève, agent du secteur informel etc?),

---

102 souvent multi gestes et multipares. Le bas niveau socio-économique, et la multiparité sont déjà incriminés dans  
103 la survenue de la RPM [1]. Pour les deux tiers environs de nos gestantes, la rupture des membranes remontait de  
104 1 à 6 heures. En effet, le risque infectieux, augmente avec le temps d'exposition [1,7]. Le risque de chorioamniotite  
105 est significativement plus élevé dès 12 heures et le risque d'endométrite augmente à partir de 16heures [8]. Nous  
106 n'avons pu identifier le germe en cause. Dans la littérature la principale bactérie dans les infections materno-  
107 foetales est le streptocoque du group B [9]. Dans la plupart des cas, nous n'avons pu retrouver une étiologie à  
108 la rupture prématurée des membranes, cela peut s'expliquer par la déficience de notre plateau technique. Il est  
109 classique de reconnaître que l'étiologie de la RPM est multifactorielle, mais l'infection joue un rôle important  
110 [10]. Il semblerait donc que les membranes se rompent en raison d'une fragilisation progressive plutôt qu'en  
111 raison d'une anomalie constitutionnelle.les infections surviennent par voie ascendante et colonisent la déciduale  
112 depuis le canal cervical [7]. Elles induisent les réactions inflammatoires au contact des membranes. En fin de  
113 grossesse, on observe un amincissement généralisé des membranes et une perte de leur élasticité ce qui diminue  
114 leur résistance [7]. Le point de rupture est habituellement situé en regard du col au niveau d'une zone dite à  
115 morphologie altérée. Chronologiquement, la séparation de l'amnios et du chorion apparait être l'un des premiers  
116 éléments amenant à la rupture [7].

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

136 La couleur du liquide amniotique à l'admission n'a pas été influencée par la durée de la rupture. En effet, le  
137 liquide amniotique en cas de RPM peut se teinter en cas d'infection(Chorioamniotite) qui peut être la cause ou  
138 la conséquence de la RPM ; ou en cas d'hypoxie quelconque. Les complications de la RPM telles, que l'anamios  
139 prolongé, le décollement placentaire, les complications cordonales (procidence ou compression) sont responsables  
140 d'anomalie du rythme cardiaque foetal [7]. L'infection n'est pas systématique, pourtant selon Guikovaky et al  
141 [1], le risque infectieux augmente avec le temps d'exposition. Le diagnostic d'infection en cas de RPM se fait  
142 par des tests sanguins maternels [16] : L'hyperleucocytose maternelle, et les dosages sériques de la C-réactive  
143 protéine, l'interleukine-6 sérique, du glucose intraamniotique.

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

## 150 7 V. Conclusion

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

## 154 8 Volume XVI Issue III Version I

155 1 2 3

---

<sup>1</sup>© 2016 Global Journals Inc. (US)

<sup>2</sup>© 2 016 Global Journals Inc. (US) Premature Rupture of Membranes at Term Pregnancy: Management, At the Teaching Hospital of Brazzaville

<sup>3</sup>© 2016 Global Journals Inc. (US) Premature Rupture of Membranes at Term Pregnancy: Management, At the Teaching Hospital of Brazzaville



Figure 1: L

---

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

*[Note: 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 foetale in utéro, ont été exclues.]*

Figure 2:

Il s'est agi

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 foetales 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  
l'épidémiologie  
d'une descriptive  
étude

inclus, les gestantes dont l'âge

Figure 3:

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 et 6 ; le test de Fisher indique qu'il n'y a 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 entre 7 et 10, le test de Fisher a une différence significative au seuil de

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

D  
D  
D  
D  
)  
E  
(

Figure 4:

		Apgar entre 7 et 10 Non en travail						Tableau I : Profession des gest	
	Ménagère							Phase de latence	1
	Elève Etudiante							Phase active	1
	Employé secteur publique							Total	1
	Employé secteur informel								
								Tableau II : G	
								E	
Year	Gestité								
2016	Parité	1	grossesse						
Year		2-3							
2016		grossesses							
		? 4							
		grossesses							
22	Nullipare								
Volume XVI	Paucipare (1-3)								
Issue III	Multipare (?4)	1-6 heures	12 heures	24 heures	36-48 heures	? 72 heures	1-6 heures	Clair 3	3
Version I									
( D D D D E D D D ) E	12 heures	24 heures						-2	
Global Journal of Medical Research	36-48 heures	? 72 heures	Total	Tableau V : Mode d'accouchement				3 1 2 2 10 4	Voie basse Césarien

Tableau VI : Mode d'accouchement

Apgar entre 4 et 6

Liquide méconial Total 3 1

Non en travail Phase de latence Total 1 1



- 156 [ Eur J obstet gynecol Reprod Biol ( ) ] , *Eur J obstet gynecol Reprod Biol* 1996. 70 p. .
- 157 [ J gynecol obstet et Biol reprod ( ) ] , *J gynecol obstet et Biol reprod* 1997. 26. (P)
- 158 [Lansac et al. ( )] , J Lansac , H Maret , J F Oury . 2006. (Pratique de l'accouchement 4 e édition Masson)
- 159 [Accouchement programmé ou expectative (attente) en cas de rupture prématurée des membranes à terme (37 semaines et plus)]  
160 *Accouchement programmé ou expectative (attente) en cas de rupture prématurée des membranes à terme (37*  
161 *semaines et plus)*, (Bibliothèque de santé génésique de l'OMS)
- 162 [Festin] *Antibiothérapie en cas de rupture prématurée des membranes : Commentaires de la Bibliothèque Santé*  
163 *Génésique de l'OMS Genève .Organisation Mondiale de la Santé, M Festin .*
- 164 [Festin ( )] *Antibiotiques en cas de rupture prématurée des membranes : Commentaire de la BSG (dernière révision*  
165 *: 14 juin, M Festin . 2003. (Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève : Organisation mondiale de*  
166 *la Santé)*
- 167 [Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Prévention anté -natale du du risque infectieux bactériennéonatal p  
168 'Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Prévention anté -natale du du risque infectieux  
169 bactériennéonatal précoce'. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003. 32 p. .
- 170 [Diagnostic de l'infection en cas de RPM J Gynecol Obtet Biol Reproduct ( )] 'Diagnostic de l'infection en cas  
171 de RPM'. *J Gynecol Obtet Biol Reproduct* 1999. 28 p. .
- 172 [Physiopathologie ( )] 'diagnostic, consequences et prise en charge'. Physiopathologie . *J gynecol Obstet Biol*  
173 *Reprod* 2013. (42) p. .
- 174 [Accoceberry et al. ( )] 'Déclencher sans délai ou attendre devant une rupture des membranes à terme sur col  
175 défavorable ? n'ayant pas peur de l'expectative !'. M Accoceberry , D Gallot , L Vellemir , V Sapin . *Gynecol*  
176 *Obstet Fertil* 2008. 36 p. .
- 177 [Iloki et al. ( )] L H Iloki , Gbala Sapoulou , M V Kpékpédé , F Ekoundzola , JR . *Mortalité maternelle à*  
178 *Brazzaville, 1993-1994.*
- 179 [Guikovaty et al. ( )] *La rupture prématurée des membranes. Traité d'obstétrique Vokaer, J P Guikovaty , P*  
180 *Dellenbach , D Lervin . 1985. p. . (Masson paris)*
- 181 [Susan et al. ( )] 'Length of rupture of membranes in the setting of premature rupture of membranes at term and  
182 infections morbidity'. H Susan , M D Tran , Yvonne W Chang , M D Anjoli , Mph Kamal , J . *Am J Obst*  
183 *and Gynecol* 2008. p. .
- 184 [Rydhstrom and Ingemarsson ( )] 'No benefit from conservative management in multiparous woman with prema-  
185 ture rupture of membranes a terme'. H Rydhstrom , Ingemarsson . *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991. 70 p.  
186 .
- 187 [Alcalay et al.] *Prelabour rupture of membranes at term:early induction of labour verous expectant management,*  
188 M Alcalay , A Hourvitz , B Reichman , A Luski .
- 189 [Recommandations De L'anaes ( )] *Prevention du risque infectieux bactérien néonatal précoce, Recommandations*  
190 *De L'anaes . 2001.*
- 191 [Lamy et al. ( )] 'Prise en charge de l'infection du post-partum'. C Lamy , S Perdirolle , E Gauchotte , E Villeroyde  
192 -Galhan , M Delaporte . *J Gynecol Obstet et Biol de la Reproduct* 2012. 8 p. .
- 193 [Mrezgina ( )] *Prise en charge obstétricale des ruptures prématurées des membranes à terme ; à propos de 400*  
194 *cas, Mrezgina . 2005. (Thèse médecine Tunis)*
- 195 [Recommandations pour la pratique clinique. Rupture prématurée des membranes J Gynecol Obstet Biol Reprod ( )]  
196 'Recommandations pour la pratique clinique. Rupture prématurée des membranes'. *J Gynecol Obstet Biol*  
197 *Reprod* 1999. 28 p. .
- 198 [Blanchon et al.] *Rupture des membranes, L Blanchon , M Accoceberry , C Belville , A Delabaeré , C Prat , D*  
199 *Lemery .*