



PRONOSTIC PERINATAL AU COURS DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DE COTONOU (BENIN)

TSHABU AGUEMON C¹, LOKOSSOU S¹, COOVI F¹, BAGNAN TOSSA L², DENAKPO J¹

¹Clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique du CNHU-HKM, Bénin

²Service de néonatalogie du CNHU-HKM, Bénin

Auteur correspondant : Christiane Tshabu Aguemon, caguemon@yahoo.fr

RESUME

Introduction : la rupture prématurée des membranes (RPM) est une complication de la grossesse pouvant compromettre le pronostic périnatal en augmentant le taux de morbidité et de mortalité. L'objectif était de déterminer le pronostic périnatal en cas de rupture prématurée des membranes.

Méthode : il s'est agi d'une étude descriptive et analytique à collecte de données prospective du 1^{er} juin 2017 au 31 mai 2018. L'échantillonnage était exhaustif. Tous les nouveau-nés des accouchées ayant présenté une RPM dont l'issue a eu lieu à la CUGO étaient inclus. Les données ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS 21. Le seuil de significativité des résultats était fixé à 5%. **Résultats** : la fréquence de la RPM était de 3,5% (n= 140/3955) d'accouchements. Des 140 cas recensés nous avons retenu 130 cas soit un taux de participation de 92,8%. La morbidité périnatale était dominée par la prématurité (33,8%) et les infections néonatales (33,1%). La mortalité périnatale était de 10%. Les principaux facteurs pronostiques étaient : l'âge gestationnel à l'accouchement et la durée de la rupture des membranes. La prématurité était fortement liée à l'infection néonatale ($p < 0,001$). La durée de RPM supérieure à 72h favorisait la survenue des infections néonatales ($p < 0,05$). La durée de RPM supérieure à 96h était un facteur influençant de mortalité néonatale ($p < 0,05$). **Conclusion** : la rupture prématurée des membranes engage le pronostic périnatal.

Mots clés : Rupture prématurée des membranes, morbidité, mortalité, périnatal

SUMMARY

Perinatal prognosis during premature rupture of membrane at the University Clinic of Gynecology and Obstetrics of Cotonou (Benin)

Introduction: premature rupture of membranes (PROM) is a complication of pregnancy that can compromise perinatal prognosis by increasing the morbidity and mortality rate. The objective was to determine the perinatal prognosis in case of premature rupture of the membranes. **Method**: this was a descriptive and analytical study with prospective data collection from 1 June 2016 to 31 May 2017. The sampling was exhaustive. All newborn infants who submitted an RPM that took place at the CUGO were included. The data was processed using the SPSS 21 software. The significance threshold for the results was set at 5%. **Results**: we identified 140 cases of PROM on the 3955 cases of deliveries during our study period, a frequency of 3.5%. Only 130 pregnant participants were included, with a participation rate of 92.8%. Perinatal morbidity was dominated by prematurity (33.8% and neonatal infections (33.1%). Perinatal mortality was 10%. The main prognostic factors were : gestational age at childbirth and duration of membrane rupture. Prematurity was strongly related to neonatal infection ($p < 0.001$). The duration of PROM greater than 72h promotes the occurrence of neonatal infections ($p < 0.05$). The duration of PROM greater than 96h was a factor influencing perinatal mortality ($p < 0.05$). **Conclusion**: premature rupture of membranes engages perinatal prognosis.

Key words: premature rupture of membranes, morbidity, mortality, perinatal.

INTRODUCTION

La rupture prématurée des membranes est une complication obstétricale pouvant compromettre le pronostic périnatal. La fréquence varie entre 3% et 18% dans le monde [1]. Au Bénin sa fréquence est en moyenne de 4,2% [2]. Les facteurs étiologiques sont intriqués et complexes. La rupture prématurée des membranes accroît les risques d'infection néonatale et de prématurité [1,3]. La prise en charge de ces morbidités est bien codifiée dans les pays développés du fait du plateau technique avancé. Par contre, dans les pays en voie de développement, le niveau du plateau technique rend difficile la prise en charge de ces patholo-

gies. Ainsi le taux de morbidité et mortalité périnatales reste élevé pouvant hypothéquer l'atteinte des objectifs de développement durable en 2030. Afin de contribuer à l'atteinte de ces objectifs, la présente recherche a été initiée pour étudier le pronostic périnatal et les facteurs qui l'influencent en cas de rupture prématurée des membranes à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier et Universitaire- Hubert K .M (CNHU-HKM).

PATIENTS ET METHODE D'ETUDE

L'étude a été réalisée à la CUGO du CNHU-HKM. Il s'est agi d'une étude descriptive et

analytique à collecte de données prospective sur une période de un an (1^{er} juin 2017 - 31 mai 2018). L'échantillonnage était exhaustif.

Les critères d'inclusion étaient : toutes les gestantes après 28 Semaines d'Aménorrhée (SA) et les accouchées chez qui le diagnostic de Rupture Prématuroe des membranes (RPM) a été posé et ayant donné leur consentement à participer à l'étude. Les nouveau-nés issus de ces cas ont été inclus.

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche de collecte à partir des patientes, dossiers médicaux et de l'examen des nouveau-nés. A chaque admission de femme pour RPM nous nous rapprochions de la patiente en lui expliquant les objectifs de la recherche. Si la patiente consent à participer à l'étude nous remplissions la fiche concernant les paramètres socio-démographiques par un jeu de questions-réponses puis le reste des items était rempli au fur et à mesure à partir des données collectées dans le dossier médical. Cette collecte a été faite jusqu'à la sortie de l'hôpital de la mère et du nouveau-né.

Les données étaient introduites dans une maquette puis analysées avec le logiciel SPSS 21 et le test statistique de chi carré a été réalisé avec un seuil de significativité de 0,05.

RESULTATS

Nous avons recensé 140 cas de rupture prématurée des membranes (RPM) sur 3955 cas d'accouchements au cours de la période d'étude, soit une fréquence de 3,5%.

Parmi les 140 cas, 10 gestantes n'avaient pas consenti à participer à l'étude et 130 gestantes étaient incluses soit un taux de participation de 92,8 %. Tous les cas inclus étaient des grossesses monofoetales. Les causes dominantes des RPM étaient les infections cervico-vaginales (38,5%), les infections urinaires (14,6%) et les causes mécaniques (46,9%).

Le diagnostic de chorioamniotite était posé dans 10 cas. 44 /130 avaient accouché avant 37 SA soit un taux d'accouchement prématuré de 33,8%. 43 nouveau-nés avaient présenté l'infection néonatale soit 33,1%, 04 étaient mort-nés soit de 3,1%.

Seuls 106 nouveau-nés ont été admis dans le service de néonatalogie, parmi lesquels 09 (8,5%) sont décédés des complications de la prématurité (n=5) et de l'infection néonatale (n=4) [tableau I].

Tableau I : Rapport analytique entre le terme de la grossesse et le pronostic

	Prématurité		P value
	Oui	Non	
Infection néonatale			
Oui	29 (22,3%)	14(10,8%)	P=0,001
Non	15 (11,5%)	72(55,4%)	
Décès périnatal			
Oui	04 (03,1%)	09(06,9%)	P = 0,09
Non	40 (30,8%)	77(59,2%)	

Aucun décès n'a été enregistré chez les nouveaux nés laissés auprès de leurs mères. Le nombre total de décès était de 13 /130 naissances, soit 10,0%. La durée de la RPM supérieure ou égale à 72h était liée aux infections néonatales ($p < 0,05$) [tableau II],

Tableau II : Rapport entre infection néonatale et durée de la RPM

Durée RPM (heure)	Infections néonatales		Total	P-value
	Oui	Non		
	< 12	08			14	22	0,652
[12,24[	08	15	23	0,523
[24,48[	09	15	24	0,728
[48,72[	02	04	06	0,710
[72,96[	07	03	10	0,046
≥ 96	09	12	21	0,046
Total	43	63	106	

Pearson Chi 2 = 4,3431 ; $p=0,501$

La rupture supérieure à 96h était liée à la mortalité néonatale ($p < 0,05$) [tableau III]

Tableau III : Rapport entre état du nouveau-né à la sortie de la néonatalogie et la durée de la rupture des membranes

Durée RPM (heure)	Etat à la sortie		Total	P-value
	Vivant	Décédé		
< 12	22	00	22	0,109
[12,24[	23	00	23	0,099
[24,48[	22	02	24	0,975
[48,72[	06	00	06	0,442
[72,96[	08	02	10	0,170
≥ 96	16	05	21	0,005
Total	97	09	106	

Pearson Chi2 = 12,7804 ; $P=0,026$

DISCUSSION

La prématurité (33,8%) a représenté la première complication néonatale de la rupture prématurée des membranes dans cette étude.

Elle a été également retrouvée en première position par la plupart des auteurs. Ainsi, KAYEM [4] et BAUD et al. [5], la retrouvaient en tête des complications néonatales de la rupture prématurée des membranes dans 30% chacun. PAMBOU et al. [6] avaient trouvé une fréquence plus élevée de 48%. Ce constat s'expliquerait par le fait que la rupture prématurée des membranes qui survient avant 37 semaines d'aménorrhée oblige parfois l'obstétricien à procéder à un accouchement prématuré en vue d'en prévenir les complications infectieuses ou d'anticiper sur leur aggravation. Lesquelles infections néonatales (33,1%) représentent la deuxième complication néonatale. Elles sont statistiquement liées au délai de la rupture prématurée des membranes supérieur à 72h ($p < 0,05$).

L'augmentation de la durée de la rupture prématurée des membranes augmente significativement le risque d'infection périnatale. L'ouverture de l'œuf expose en effet la cavité amniotique à la flore microbienne vaginale qui la colonise rapidement. Cette colonisation est effective au bout de 6 heures de temps [1] mais l'infection ne se révèle qu'au bout de 48 à 72 heures, correspondant au temps d'incubation des germes. Ce risque est d'autant plus élevé car dans notre étude, la rupture prématurée des membranes était due aux causes infectieuses dans 53,1% des cas. Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre l'infection néonatale et la prématurité ($p < 0,05$).

Certains auteurs ont rapporté que la rupture prématurée des membranes était le premier facteur favorisant les infections materno-fœtales. Ainsi N'GUESSAN et al [3] en Côte d'Ivoire l'ont retrouvé dans 62,5%. Ce constat confirme le lien étroit entre la prématurité et l'infection néonatale. La mortalité périnatale dans notre étude était de 10%. Elle était significativement liée à la durée de la rupture prématurée des membranes ($p < 0,05$). La durée spécifique de la rupture des membranes supérieure à 96h est liée à la mortalité périnatale ($p < 0,05$). SIRAK [7] en Ethiopie a rapporté une mortalité néonatale de 3,6% en rapport avec la durée de la rupture des membranes. Les facteurs pronostiques retrouvés dans notre étude étaient : le terme de la grossesse à l'accouchement, le type d'accouchement et le délai entre la rupture et l'accouchement. PAUMIER et al [8] ont identifié le terme de la grossesse à l'accouchement comme premier facteur pronostique périnatal en cas de rupture prématurée des membranes. Le délai entre la rupture des membranes et l'accouchement est

un facteur déterminant du pronostic infectieux néonatal. KAYEM [4] a rapporté des résultats similaires en France. De ce qui précède, le pronostic périnatal dépend du délai de la RPM, de la prématurité et de l'infection néonatale.

CONCLUSION

La rupture prématurée des membranes engage le pronostic périnatal. Il faudrait agir sur les facteurs pronostiques afin de déduire les grossesses à risque et d'améliorer la prise en charge préventive. Ceci permettra de prévenir les complications de la prématurité particulièrement l'infection et les décès néonataux.

REFERENCES

1. Lansac J, Gillard P, Sentilhes L, Descamps P. Pratique de l'accouchement. 5e éd. Paris, Elsevier Masson, 2011, 589p.
2. Adisso S, Takpara I, Tegete I, Ogoudjobi MO, De souza J, Alihonou E. Facteurs de risque de la rupture prématurée des membranes à la maternité nationale de référence à cotonou. Fondation genevoise pour la formation et la recherche médicales. 23 août 2006.
3. N'guessan R, Gbonon V, Dick-amontanoh F, Guessennel N, Ouattara D, Kette F, Dossou M. Epidémiologie de l'infection bactérienne materno-foetale à Abidjan (Côte d'Ivoire) : étude prospective à propos de 80 cas. Mali médical. 2014 ; 29 (1) : 44-8.
4. Kayem G, Maillard F. Rupture prématurée des membranes avant terme : attitude interventionniste ou expectative? Gynecol Obstet et Fertilité 2009; 37(4): 334-41.
5. Baud O, Fontaine RH, Olivier P, Maury L, El-moussawi F, Bauvin I et al. Rupture très prématurée des membranes : physiopathologie des conséquences neurologiques. Archives de pédiatrie. 2007; 14: 49-53.
6. Pambou O, Ntsika-kaya P, Ekoundzola JR, Mayanda F. Naissances avant terme au CHU de Brazzaville. Santé. 2006; 16(3): 185-9.
7. Sirak B, Mesfin E. Maternal and perinatal outcome of pregnancies with preterm premature rupture of membranes at Tikur Anbessa specialized teaching hospital, Addis Abeba, Ethiopia. Ethiop Med J 2014; 52(4): 165-72.
8. Paumier A, Gras-leguen C, Branger B, Brog G, Roze J-C, Philippe H-J, Winer N. Rupture prématurée des membranes avant 32 semaines d'aménorrhée : facteurs pronostiques prénatals. Gynécologie obstétrique et fertilité. 2008; 36 : 748-56.