

Mise à jour du protocole Rupture prématuée des membranes (RPPM)

Les infections peuvent être la cause ou la conséquence d'une RPPM. Le but de l'antibiothérapie est de réduire la fréquence d'infections maternelle et fœtale et donc de retarder le travail. L'importance de réduire le risque d'infection provient d'études démontrant une relation entre une chorioamnionite, la durée de rupture de la membrane et le développement de paralysie cérébrale ou de troubles neurodéveloppementaux.

Une revue systématique en 2013 de 22 études randomisées contrôlées par placebo incluant plus de 6800 femmes a évalué l'utilisation d'antibiotiques suite à une RPPM avant 37 semaines de gestation. Comparativement à aucun traitement, l'usage d'antibiotique a démontré une réduction significative de :

- Chorioamnionite (RR 0,66, 95% CI 0,46-0,96);
- Enfants nés dans les 48 heures (RR 0,71, 95% CI 0,58-0,87) et 7 jours (RR 0,79, 95% CI 0,71-0,89) de la randomisation;
- Infection néonatale (RR 0,67, 95% CI 0,52-0,85);
- Usage de surfactant (RR 0,83, 95% CI 0,72-0,96);
- Thérapie néonatale à base d'oxygène (RR 0,88, 95% CI 0,81-0,96);
- Échographie cérébrale anormale avant le congé d'hôpital (RR 0,81; 95% CI 0,68-0,98).

Les données étaient insuffisantes pour déterminer quel traitement antibiotique était meilleur, mais **l'utilisation de Clavulin^{MD} a démontré une augmentation des entérocolites nécrosantes (NEC)**. En se basant sur ces données, l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) recommande une prophylaxie antibiotique pour prolonger la latence des grossesses avec RPPM de moins de 34 semaines de gestation. Un régime avec une activité raisonnable contre la majorité des pathogènes du tractus génital devrait être utilisé en prophylaxie, mais le régime optimal n'est pas connu.

Suite à des consultations entre experts locaux et d'un autre centre d'expertise au Québec (CHUSJ), nous suggérons de modifier le régime actuel pour celui ci-bas.

Le régime proposé est basé sur les données disponibles dans la littérature ainsi que sur l'expérience clinique de d'autres centres.

Une ordonnance pré-imprimée est désormais disponible pour guider la prescription. Consulter l'onglet « Documents d'encadrement clinique » dans l'intranet du CIUSSSE-CHUS

Régime proposé pour l'antibiothérapie lors de RPPM avant 37 semaines

Azithromycine 500 mg PO x 1 j puis 250 mg PO DIE x 4 j

PLUS un des trois choix ci-dessous

Si pas d'allergie aux bêta-lactamines :

Ampicilline 2 g IV aux 6 heures pour 8 doses
suivi de Amoxicilline 500 mg PO TID pour 5 jours (total = 7 jours)

Si allergie non anaphylactique aux bêta-lactamines :

Céfazoline 2 g IV aux 8 heures pour 6 doses
suivi de Céphalexine 1 g PO TID pour 5 jours (total = 7 jours)

Si allergie anaphylactique aux bêta-lactamines : Vancomycine ET tobramycine selon le poids pour 48 h de traitement.

Dose suggérée de Vancomycine
<=70 kg : 1000 mg IV q8h
70.1-89.9 kg : 1250 mg IV q8h
>= 90 kg : 1500 mg IV q8h

Dose suggérée de tobramycine
5 mg/kg de poids actuel aux 24h
Dose max : 500 mg/dose

Références :

Patrick Duff . (2019) Preterm prelabor rupture of membranes : Management. [En ligne]. In V. A. Barss (Ed.), *UpToDate*. [consulté le 13 août 2019]. Disponible :<https://www.uptodate.com/contents/screening-for-depression-in-adults>

Mark H. Yudin, Julie van Schalkwyk and Nancy Van Eyk. Journal of Obstetrics and Gynaecology [En ligne]. Canada (JOGC), 2017-09-01, Volume 39, Issue 9, Pages e207-e212 [consulté le 13 août 2019]. 6p. Disponible :
<https://www.clinicalkey.com/#!/content/playContent/1-s2.0-S1701216317305820?returnurl=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1701216317305820%3Fshowall%3Dtrue&referrer=>

Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes. Cochrane Database Syst Rev 2003;CD001058.

Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of the membranes: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2004;104:1051e7.