

LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTES PRIMIPARES PRÉSENTANT UNE RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES À TERME

ÉTUDE AVANT-APRÈS COMPARANT LA MORBI-MORTALITÉ FŒTO-MATERNELLE, EN HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE VERSUS EN AMBULATOIRE, DE 2011 À 2016



FLORA MICHEL - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE NANCY

RÉSUMÉ

INTRODUCTION → La rupture prématuée des membranes (RPM) concerne 8 % des grossesses à terme. Les stratégies de prise en charge existantes étant divergentes et non consensuelles à ce jour, le questionnement quant à un déclenchement immédiat, différé, ou l'expectative dans l'attente d'une éventuelle entrée en travail spontané, reste d'actualité. Sur le lieu d'étude, un protocole intra-hospitalier a été récemment rédigé qui permet aux patientes présentant une RPM à terme, selon certaines conditions définies, de bénéficier d'une prise en charge en expectative à domicile, de 24 à 36 heures. Ce type de prise en charge permettrait hypothétiquement une plus grande satisfaction des patientes et des économies pour le système de santé.

OBJECTIF → Étudier la morbi-mortalité foeto-maternelle des patientes primipares présentant une RPM à terme, lors de la prise en charge ambulatoire, comparée à la prise en charge hospitalière.

MATÉRIEL ET MÉTHODE → Une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique, de type avant-après protocole, a été réalisée entre 2011 et 2016. L'étude portait sur 100 patientes dans chaque groupe. Un focus a été réalisé chez les patientes primipares. Le groupe « *avant* » était composé de 34 patientes hospitalisées et le groupe « *après* » de 62 patientes rentrées à domicile. Cette étude a été réalisée grâce à l'exploitation des dossiers médicaux. Ont été pris en compte dans le recueil de données : les critères démographiques et médicaux. Les différences étaient considérées comme significatives pour des valeurs $p < 0,05$.

RÉSULTATS → Les deux populations étaient comparables en termes d'âge, d'IMC et d'âge gestationnel ($p > 0,05$). Dans le groupe « *avant* », la proportion de déclenchement était de 26,50 % contre 46,80 dans le groupe « *après* » ($p = 0,052$), et la proportion d'accouchements voie basse de 67,65 % contre 56,45 ($p = 1,00$). Aucune différence significative n'a été retrouvée, concernant les délais entre la RPM, le déclenchement ou le travail spontané, et l'accouchement, ni concernant la morbidité foeto-maternelle ($p > 0,05$). Des contractions utérines douloureuses faisaient l'objet d'une manifestation plus importante de la part des patientes rentrées à domicile ($p = 0,02$).

ANALYSE ET DISCUSSION → Malgré le type d'étude, les deux populations avaient les mêmes caractéristiques et étaient comparables. Les modalités de prise en charge des patientes (en hospitalisation ou à domicile) n'avaient pas d'impact sur le devenir des femmes et des nouveau-nés. La présence plus

importante de contractions utérines douloureuses pouvait être liée à un biais d'information dû au manque d'exhaustivité des dossiers médicaux. Une tendance plus importante au déclenchement des patientes rentrées à domicile pouvait être due à des craintes des professionnels quant à l'apparition d'une infection foeto-maternelle.

CONCLUSION → L'étude n'a pas montré de différence d'un point de vue de la morbi-mortalité foeto-maternelle entre la prise en charge ambulatoire des patientes présentant une RPM à terme et la prise en charge hospitalière. Si ces résultats se confirmaient lors de prochaines études prospectives randomisées, il serait intéressant de proposer cette alternative à l'hospitalisation, lors de la période d'expectative, de manière plus généralisée et d'homogénéiser les pratiques françaises. Par ailleurs, il serait intéressant de recueillir l'avis des professionnels et des patientes afin d'objectiver leurs opinions et leurs craintes.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

→ TYPE D'ÉTUDE

Une étude épidémiologique, observationnelle, analytique, rétrospective, monocentrique, de type avant-après protocole, concernant la prise en charge des patientes présentant une RPM à terme, était sur le point d'être débutée. Celle-ci reposait sur une comparaison de la morbi-mortalité foeto-maternelle, lors de la prise en charge en hospitalisation conventionnelle versus en ambulatoire. Ainsi, dans le cadre de ce mémoire, une étude en sous-groupe, concernant les patientes primipares, a été proposée. En effet, ce focus sur la population permettait de réaliser une étude totalement indépendante et qui restera valide malgré une publication ultérieure de l'étude globale.

Ainsi, deux études se sont déroulées simultanément : l'étude en sous-groupe concernant les patientes primipares (ce mémoire), et une étude globale regroupant les résultats de l'étude en sous-groupe et les résultats d'une étude concernant les patientes multipares.

Les deux études se sont donc déroulées de manière autonome et indépendante l'une de l'autre.

Le groupe « *avant* » était composé de patientes primipares présentant une RPM après 37 SA et qui ont été hospitalisées, sur la période allant de novembre 2011 à novembre 2013 (période « *avant* »).

Le groupe « *après* » était composé de patientes primipares présentant une RPM après 37 SA et qui ont bénéficié d'une prise en charge ambulatoire, sur la période allant de novembre 2013 à novembre 2016 (période « *après* »).

FLORA MICHEL - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE NANCY (SUITE)

Population étudiée

Les patientes ayant présenté une RPM après 37 SA, ayant eu une grossesse singleton non compliquée avec un foetus en présentation céphalique étaient la population cible de l'étude. De plus, ces patientes présentaient un bilan infectieux négatif (CRP < 10 mg/L et prélèvement vaginal ne retrouvant pas de *Streptococcus agalactiae*) et ne montraient aucun signe infectieux tel qu'un liquide amniotique de couleur modifiée. Ces patientes ne devaient pas avoir de contractions utérines au moment du diagnostic, devaient présenter un examen obstétrical sans particularité, habiter à moins d'une heure de trajet de la maternité et devaient adhérer à la prise en charge ambulatoire. Un examen cardiotocographique devait être réalisé pendant au moins deux heures en salle de naissance avant de laisser partir la patiente.

L'étude en sous-groupe s'est ainsi intéressée aux patientes primipares présentant ces critères.

Modalités de réalisation de l'étude**■ Critères de non-inclusion**

Les patientes qui présentaient des antécédents d'infection materno-foetale à *Streptococcus agalactiae* ne pouvaient faire partie de l'étude.

■ Échantillonnage

La taille de l'échantillon de l'étude globale était de 100 patientes du groupe « *avant* » et 100 patientes du groupe « *après* ».

La taille de l'échantillon de l'étude en sous-groupe concernant les primipares était de 34 patientes du groupe « *avant* » et 62 patientes du groupe « *après* ».

La sélection des dossiers a été réalisée à partir de la base de données du département d'informations médicales, grâce au codage « *rupture prématuée des membranes après 37 semaines d'aménorrhée* ». Une deuxième sélection a été effectuée en fonction des critères d'inclusion et de non-inclusion.

■ Critères de jugement

Le critère de jugement principal était l'infection néonatale précoce. Celle-ci a été définie par la présence d'au moins un des critères suivants : une hyperthermie à la naissance (température corporelle > 38 °C), un liquide gastrique non stérile et/ou la mise en place d'une antibiothérapie néonatale.

Les critères de jugement secondaires ont été définis par une hospitalisation du nouveau-né en unité de soins intensifs ou en réanimation néonatale, par la survenue d'une infection maternelle dans le post-partum (présence d'au moins un des critères suivants : fièvre isolée, endométrite, infection urinaire, antibiothérapie mise en place), et par le taux de césarienne, d'accouchement voie basse spontané, de maturation cervicale et de déclenchement du travail.

→ OUTIL DE RECUEIL DES DONNÉES

Le recueil de données a été réalisé de manière anonyme en utilisant un numéro d'inclusion.

Une grille de recueil de données a été élaborée à l'aide du

logiciel Excel® (Microsoft, France) conjointement pour l'étude globale et pour l'étude en sous-groupe et a servi de support. Ses principales variables étant les caractéristiques maternelles, l'évaluation clinique, les éléments intercurrents entraînant un changement de conduite à tenir, l'accouchement, la morbidité maternelle, les caractéristiques et la morbidité néonatale.

Les caractéristiques maternelles étaient représentées par l'âge maternel, la taille, le poids, l'indice de masse corporelle, la parité, l'âge gestationnel au diagnostic et la présence ou non de diabète gestationnel.

L'évaluation clinique reposait sur la méthode de diagnostic (clinique ou biologique) et le score de Bishop à l'entrée. Le diagnostic clinique étant défini par un unique examen clinique de la patiente (inspection et utilisation d'un spéculum stérile afin d'objectiver les pertes de liquide amniotique); le diagnostic biologique étant défini par l'utilisation supplémentaire d'un test de diagnostic.

Les éléments intercurrents entraînant un changement de conduite à tenir étaient la fièvre, les altérations du rythme cardiaque foetal ou tout autre élément notable.

La catégorie accouchement reposait sur la mise en travail (spontanée ou induite), le type d'induction du travail si nécessaire (maturation cervicale ou déclenchement par oxytocine), le délai entre la RPM et le début du travail ou le déclenchement et entre la RPM et l'accouchement, le mode d'accouchement (voie basse spontanée ou instrumentale ou césarienne), et sur l'exécution de manœuvres endo-utérines.

La morbidité maternelle reposait sur la fièvre per-partum, des signes infectieux dans le post-partum et par la durée d'hospitalisation.

Les caractéristiques néonatales reposaient sur le pH au cordon, l'Apgar à cinq minutes et le poids de naissance.

La morbidité néonatale reposait sur les signes d'infection néonatale précoce, l'infection néonatale précoce (hyperthermie à la naissance > 38 °C, liquide gastrique non stérile et antibiothérapie néonatale mise en place), l'exécution d'une réanimation néonatale avec intubation, un transfert en unité de soins intensifs et la durée d'hospitalisation. Les potentiels décès néonataux ont également été recherchés.

Toutes ces informations ont été recensées dans les dossiers médicaux des patientes et des nouveau-nés, à la fois en format numérique à l'aide du logiciel DxCare® (Medasys, France) et en format papier.

→ PLAN D'ANALYSE STATISTIQUE**Tests statistiques**

Des statistiques descriptives ont été réalisées en ce qui concerne les caractéristiques maternelles, obstétricales et foetales.

Pour les variables quantitatives, des tests paramétriques de *Student* ont été réalisés. Dans le cas où les conditions d'application de ce test n'étaient pas retrouvées (notamment lorsque l'homoscédasticité des variances n'était pas vérifiée), des tests non paramétriques de *Kruskal-Wallis* ont été effectués. Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne et leur écart-type.