

ASPECT EPIDEMIO-CLINIQUE ET FACTEURS DE RISQUE DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES

Ley BAFENO LYANDE*¹ Daniel MBISA ², Franck TOKANEKE ATCHALEMA¹,
MUSAFIRI YANYELO Raphael¹, Franck BASOSILA BOMATCHAKA¹, Paul MANGASA
KUMIELE¹, BOTOMOITO ILANGA¹, Dieu donné EPELEKA MAZEMBE¹, Dieu Merci
KOMBOZI YAYA¹, Monique ITOMALI LINA¹

(1) Institut Supérieur des Techniques Médicales de YANGAMBI (ISTM – YBI)

(2) Institut Supérieur des Techniques Médicales de KISANGANI (ISTM – KIS)

*Corresponding Author: -

E-mail: -: bafenolyandel@gmail.com

Résumé

La rupture prématurée des membranes est responsable d'un taux élevé de la mortalité néonatale surtout si celle-ci survient avant 37SA, car elle met en communication la cavité amniotique qui est stérile à la cavité vaginale où se trouve une flore microbienne importante et variée. Elle occasionne également des accouchements prématurés, responsables d'une détresse respiratoire chez le nouveau-né due à un retard de synthèse de surfactant. Elle peut compromettre le pronostic fœtal et maternel.

En effet, la possibilité de l'infection intra-amniotique ainsi que l'accouchement prématuré sont là les responsables de la plupart de la mortalité périnatale, et la morbidité maternelle lors de suite de couche à cause de l'infection.

Les progrès jusque-là réalisés en néonatalogie ont permis de prendre en charge les enfants nés trop tôt et l'accessibilité aux antibiotiques efficace et de bonne qualité, contre la plupart d'infection, a permis d'améliorer le pronostic vital de ces derniers.

Mots clés : *rupture prématurée des membranes, accouchement, morbidité périnatale et morbidité maternelle*

Abstract

The premature rupture of the membranes is responsible for a high rate of neonatal mortality, especially if this occurs before 37 weeks of amenorrhea, because it connects the amniotic cavity which is sterile to the vaginal cavity where there is a microbial flora important and varied. It also causes premature deliveries, responsible for respiratory distress in the newborn due to a delay in surfactant synthesis. It can compromise the fetal and maternal prognosis.

Indeed, the possibility of intra-amniotic infection as well as premature delivery is responsible for most of the perinatal mortality, and maternal morbidity during delivery due to infection. The progress made so far in neonatology has made it possible to take care of children born too early and the accessibility to effective and good quality antibiotics; has made it possible to improve the vital prognosis of the latter.

Keywords: *premature rupture of membranes, childbirth, perinatal morbidity and maternal morbidity.*

I. INTRODUCTION

La rupture prématurée des membranes constitue un problème en obstétrique, car elle met en communication la cavité amniotique qui est stérile et la cavité vaginale où se trouve une flore microbienne importante et variée. Ces microbes vaginaux peuvent même être la cause de rupture des membranes qui occasionne des accouchements prématurés responsable d'une détresse respiratoire chez le nouveau-né due à un retard de synthèse de surfactant. La rupture prématurée des membranes est responsable d'un taux élevé de la mortalité néonatale surtout si celle-ci survient avant 37SA (1).

Elle peut compromettre le pronostic fœtal et maternel. En effet, la possibilité de l'infection intra-amniotique ainsi que l'accouchement prématuré responsable de la mortalité périnatale, et la morbidité maternelle de suite de couche à cause de l'infection.

Dans les pays développés les progrès réalisés en néonatalogie ont permis de prendre en charge les enfants nés trop tôt et l'accessibilité aux antibiotiques de bonne qualité et efficace contre la plupart d'infection a permis d'améliorer le pronostic de ce nouveau-né (4). Bien que nombreux travaux aient récemment apportés un nouvel éclairage sur les thérapeutiques en mettre en œuvre sur cette pathologie, la conduite thérapeutique médicale et obstétricale reste un sujet de discussion ou jusque-là aucun consensus n'est trouvé (2).

Dans les pays en voie de développement comme la RDCongo par contre les enfants nés trop tôt sont confrontés à des problèmes de survit liés à leur immaturité de grande fonction, qui nécessite un élevage dans un centre spécialisé.

La République Démocratique du Congo et d'autres pays Africains sont confrontés à d'énorme problème de santé publique. Le budget alloué à la santé n'a que pour la conséquence d'accroître cette situation.

A Yangambi, aucune étude a été menée dans ce domaine; c'est pourquoi nous avons voulu mener cette étude pour répondre à la question de savoir : quelle est la situation épidémiologique, clinique et facteurs de risque de rupture prématurée des membranes dans cette contrée ?

L'objectif est de connaître la fréquence actuelle de la rupture prématurée des membranes à Yangambi ainsi que le profil clinique et les facteurs de risques en vue de contribuer à la prévention et la prise en charge afin de réduire le taux de la mortalité périnatale et celui des accouchements prématurés dus à la rupture prématurée des membranes.

II. METHODOLOGIE

1 CADRE D'ETUDE

Cette étude a été conduite dans 2 formations sanitaires de Yangambi. Il s'agit de l'Hôpital Général de Référence INERA et de Centre de Santé de Référence de LOMBOTO/YANGAMBI

2. POPULATION D'ÉTUDE ET ÉCHANTILLONNAGE

2.1 Population d'étude.

La population d'étude est constituée des femmes enceintes qui ont consulté ces structures sanitaires au service de maternité pour rupture prématurée des membranes durant notre période d'étude.

2.2 Echantillon.

Notre échantillon est composé de 51 gestantes qui s'étaient présentées pour écoulement du liquide claire ou opalescent, abondant et continu, aggravé par mobilisation Trans abdominale du fœtus ; TARNIER POSITIVE et dont le diagnostic de rupture prématurée des membranes a été évoqué durant notre période d'étude.

2.3 Technique d'échantillonnage.

Nous avons utilisé la méthode empirique.

2.4 Critères d'inclusion

Le diagnostic est strictement clinique : écoulement continu d'un liquide clair, d'odeurs fades aggravées par le mouvement fœtal et changement de position. Et TARNIER positive.

Nous avons choisi la définition la plus large de la rupture prématurée des membranes, à savoir toute rupture spontanée des membranes avant le début de travail et chez les patientes porteuses d'une grossesse d'au moins 22 SA.

Toute gestante hospitalisée durant notre période d'étude,

2.5 Critères d'exclusions.

Nous avons exclu dans notre étude :

- ❖ Patiente ayant présenté à l'admission un travail avancé ;
- ❖ Une grossesse de moins de 22 SA ;
- ❖ Tarnier douteux ;
- ❖ Fissuration haute de membranes.
- ❖ Toute parturiente avec rupture intempestive des membranes

2.6. Matériel d'étude

- ✓ Registre d'accouchement de la maternité deces deux structures
- ✓ Fiches de consultation des malades ;
- ✓ Fiches de récolte des données ;

3. METHODE

3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique rétrospective

3.2. Technique de collecte des données.

Revue documentaire rendu possible grâce à la disponibilité des dossiers imprimés et informatisés des patients.

3.3 Collectes des données

Les données ont été collectées pour chaque gestante sur des fiches conçues pour la présente étude.

3.4 Analyse statistique des données

Pour le traitement de nos données, nous nous sommes servis de dépouillement manuel.

Pour mieux exprimer les résultats de notre recherche, nous avons fait recours au calcul de pourcentage (%), de moyenne arithmétique et de ratio lesquels nous a permis d'avoir une vision systématique de nos résultats que nous avons présenté sous forme de tableaux.

Les formules suivantes ont été utilisées :

$$\% = \frac{F}{N} \times 100 \quad \text{où } \% = \text{Pourcentage ;}$$

F=Fréquent de cas observés ;
N=Nombre total de cas

II. RÉSULTATS

PRESENTATION DES RESULTATS

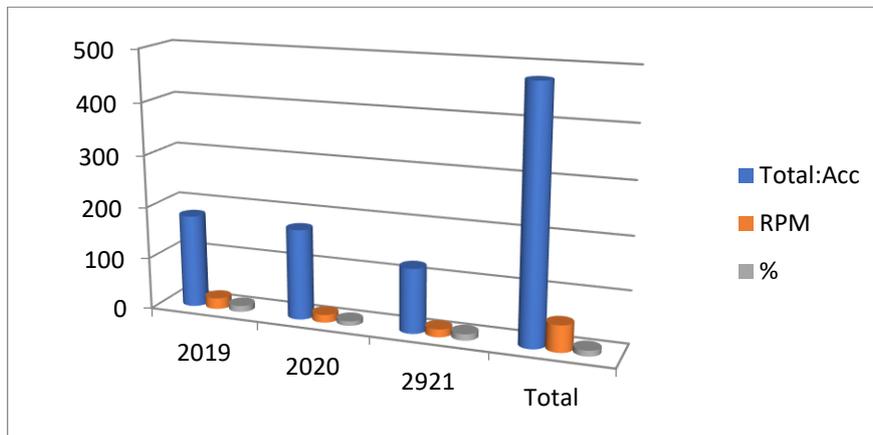
III.1.1. Fréquence Globale

Au cours de notre étude (du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2021) 51 cas de rupture prématurée des membranes ont été enregistré chez 477 gestantes ayant consulté ledeux structures, ce qui représente une fréquence de 10 ,6 %.

III.1.2. Fréquence annuelle

Le graphique ci-dessous donne la fréquence annuelle de la rupture prématurée des membranes.

Graphique 1. Représentation de nombre d'accouchement et de rupture prématurée des membranes par an.

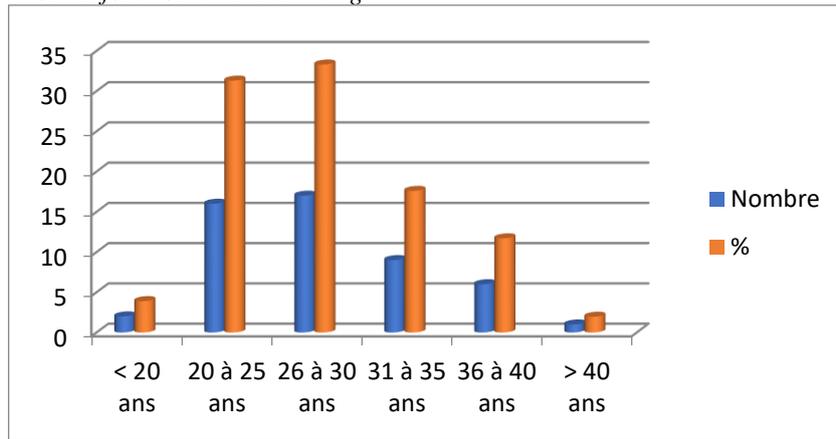


Il ressort de ce graphique que l'année 2019 qu'on a eu plus de cas avec 21 cas sur 179 gestantes soit 11,7%.

III.2. Profil épidémiologique

III.2.1. Age des gestantes

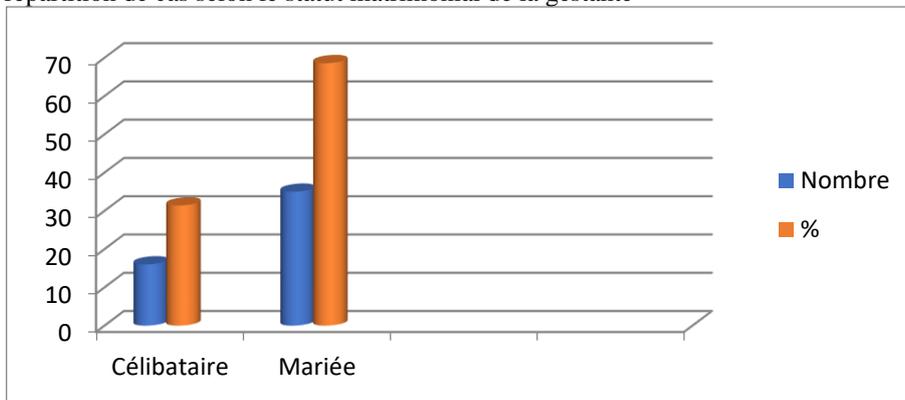
Graphique 2 : répartition en fonction de tranche d'âge.



Il ressort de ce graphique que la tranche d'âge la plus concernée a été celle comprise entre 26 et 30 ans avec 17 gestantes soit 33,3%.

III.2.2 Statut matrimonial

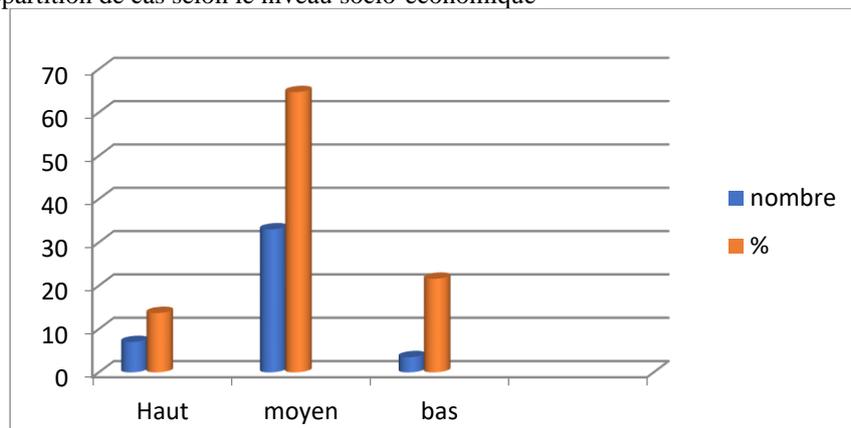
Graphique 3 : la répartition de cas selon le statut matrimonial de la gestante



Il ressort de ce graphique que la majorité de nos gestantes étaient mariées avec une fréquence de 35 soit 68,6% contre 16 célibataires soit 31,4%.

III.2.3 Niveau socio-économique

Graphique 4 : la répartition de cas selon le niveau socio-économique

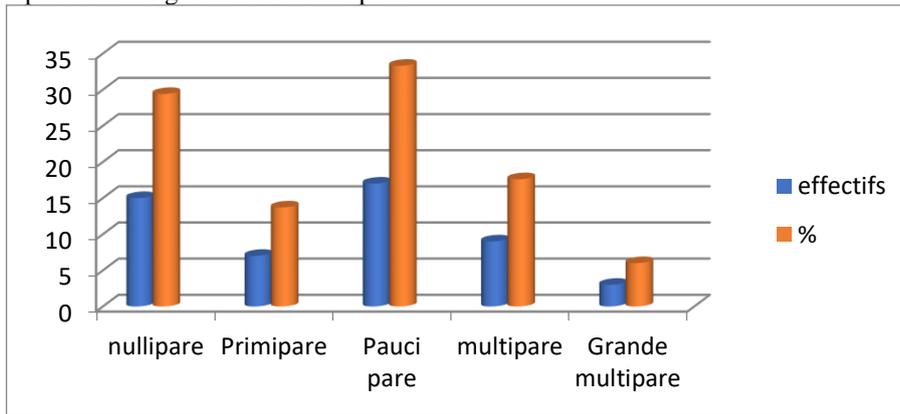


Il ressort de ce graphique que la majorité de nos gestantes avaient un niveau économique moyen avec une fréquence de 35 soit 64,7%.

III.2.4. Parité

Le graphique ci-dessous montre la répartition des gestantes en fonction de parité.

Graphique 5. La répartition des gestantes selon la parité



Il ressort de ce graphique que la rupture prématurée des membranes était l’apanage des pauci pares avec 17 cas soit 43,1% suivi des femmes qui n’avaient encore jamais accouché avec 15 cas soit 29,4 % et nombre non négligeable des multipares avec 9 cas soit 17,3 %

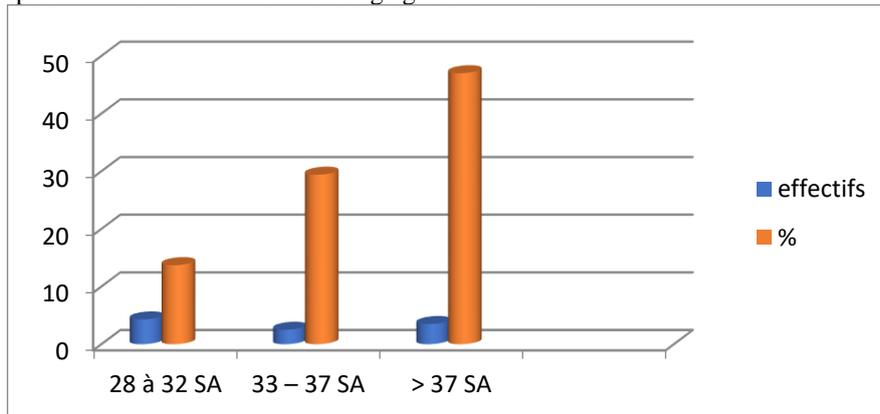
III.3. Eléments cliniques

III.3.1 L’âge gestationnel

Au cours de cette étude nous avons réparti les parturientes en trois groupes selon l’âge gestationnel :

- Le 1^{er} groupe était constitué de parturientes dont l’âge gestationnel était entre 28 à 32 SA ;
- Le deuxième comportait les parturientes dont l’âge gestationnel est compris entre 33 à 37 SA ;
- Le troisième groupe comportait les parturientes dont l’âge gestationnel était > à 37 SA.

Graphique 6. La répartition de cas en fonction de l’âge gestationnel

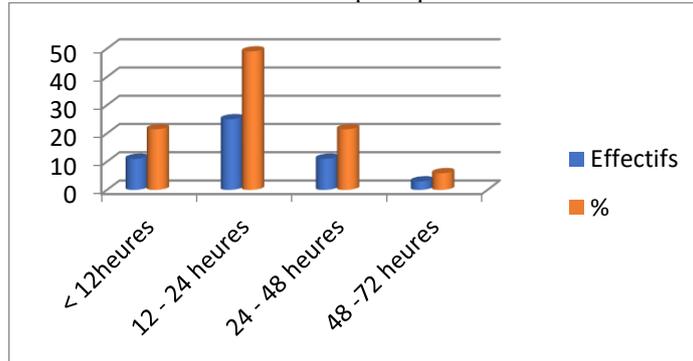


De ce graphique, se dégage que la rupture prématurée des membranes était survenue principalement aux âges gestationnels > 37 SA chez 24 cas soit 47 %.

III.3. 2. Délai entre la Rupture Prématuurée des Membranes et l'accouchement

La répartition des gestantes selon le délai entre la rupture prématurée des membranes et l'accouchement est reprise dans le graphique ci-dessous.

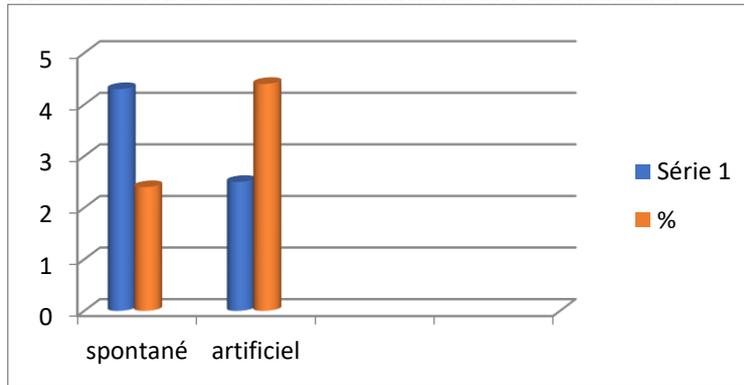
Graphique 7. La répartition de cas selon le délai entre la rupture prématurée des membranes et l'accouchement



Il note de ce graphique que la plupart des gestantes avaient accouché entre 12 à 24h après la survenue de la rupture avec 25 cas soit 49%. Nous remarquons également que 3 gestantes ont consulté après entre 48 à 72 ce qui représente 5 ,9%

III .3.3 Mode du déclenchement de l'accouchement

Graphique 8. La répartition de cas selon le mode du déclenchement de l'accouchement



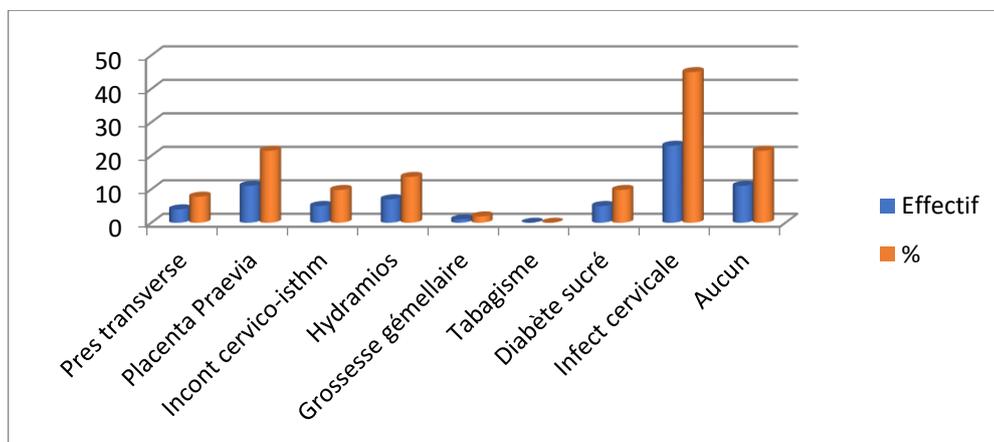
Il ressort de ce graphique que la majorité de cas, soit 62,7 % ont accouché spontanément sans intervention artificielle.

III.4 FACTEURS DE RISQUES

III.4.1 Facteurs de risque de rupture prématurée des membranes

Le graphique ci-dessous donne les facteurs de risques de la rupture prématurée des membranes.

Graphique 9. Répartition selon les facteurs de risque de rupture prématurée des membranes



Il ressort de ce graphique que l'infection représente le facteur de risque le plus rencontrés au cours de notre étude avec 23 cas, soit 45%. Notons par Alléur que nous n'avons pas eu à déterminer les facteurs de risque de 11 gestantes

DISCUSSION

1. Fréquence.

La rupture prématurée des membranes concerne 1 à 18 % des grossesses, selon le journal de gynécologie obstétrique et biologie de la production (9). Mais des fréquences plus élevées ont été rapportées : jusqu'à 31 % des accouchements selon SAVITZ D.A et coll. (5). La fréquence de rupture prématurée des membranes varie sensiblement en fonction du délai entre la rupture et le début du travail : de 31 % si aucun délai n'est pris en compte, à 6 pour un délai supérieur ou égal à 12 heures(5).

Au cours de la période de notre étude, nous avons rassemblé 51 gestantes présentant une rupture prématurée des membranes sur un total de 477 gestantes ayant consulté les deux structures sanitaires de Yangambi, ce qui représente une fréquence de 10,7%. Cette fréquence est inférieure à celle SAVITZ et coll (5).

2. Age de la gestante

Dans notre série, la moyenne d'âge maternel est de 30 ans avec un intervalle de 18 à 42 ans et un pic de fréquence entre 26 et 30 ans qui représente la tranche d'âge la plus affectée.

La moyenne d'âge dans notre série est proche de celle retrouvée par *DIYAMONA. L* (11): 29 ans et Cédric BISENGO(12) au centre hospitalier BOMOI à KISHASA. Il n'y a aucune justification par rapport à cette légère concordance et aucune étude parcourue ne place un accent particulier sur l'âge des gestantes dans le cadre de la rupture prématurée des membranes.

3. la parité

Contrairement à certaines études qui affirment que la rupture prématurée des membranes est plus fréquente chez les multipares par contre *Adrien BETHU* et *LAADIOUI M.* (10,24) dans leur série les grandes multipares représentent un taux faible par rapport aux primipares, notre étude révèle que la majorité des parturientes ayant connu une rupture prématurée des membranes sont pauci pares (76 ,4%) suivie des nullipares (29,4 %) comme chez *DIYAMONA* (11) et Cédric BISEMBO(12) qui étaient les plus touchés (40 %). Cette contradiction pourrait s'expliquer par l'approche méthodique du fait que *GILLIBRAND* et *PLAVANIL* (30, 23) ont utilisé un grand échantillonnage avec une recherche qui a duré plusieurs années.

4. l'âge gestationnel

Nous avons noté 47 % cas de rupture prématurée des membranes survenu après 37 SA dans notre étude cette fréquence rejoint celle de la littérature et du *MERGER* et coll(17). cela pourrait se justifier du fait que la majorité de nos gestantes ont bien suivi leur CPN. Ce résultat se diffère à celui trouvé par *MUTABAZI* et qui dans son étude a trouvé une fréquence élevée soit 34 ,8% d'âge inférieur à 28 SA. Nous n'avons pas trouvé une raison pouvant expliquer cette différence.

5. le délai entre RPM et la consultation

La présente étude révèle que la plus grande partie des femmes (49%) ont consulté entre 12 et 24 heures après la survenue de la rupture prématurée des membranes cela s'expliquerait du faite que là plus part de nos gestante avaient un niveau socio-économique moyen ce qui leur avaient permis de consulter l'Hôpital au si tôt qu'un signe se manifeste. Selon *R. MERGER et coll.*, ce délai constitue le haut risque de contamination par les germes car, l'infection s'installe lorsque le délai de la rupture prématurée des membranes et la consultation dépasse 6H (17). Ce pendant cette théorie est réfutée par d'autres auteurs qui rapportent que le risque de contamination se verrait plutôt dans les 24H voire même dans les 48H après rupture (*LANSAC, THOULON*)(27,3). Notons en outre que plus le délai entre la RPM et la consultation est éloigné plus il y a risque et installation effective de l'infection du fait que durant toute cette période aucune mesure de prévention de l'infection serait prise (*ELONGI*) (8).

6. le mode de déclenchement d'accouchement

Selon *MERGER*, la plupart des accouchements après rupture prématurée des membranes cela se passe par la voie basse et se fait spontanément(17). Dans notre série, 32 accouchements, soit 62,7% ont été spontané. Nos résultats son proche de *LAADIOUI*(24) qui lui aussi n'ayant inclut que les parturientes ayant accouché par voie basse et de façon spontanée 76,2% ce qui fait la différence avec le résultat obtenu par *BISENGO* 93,5% ont été induit(12). La rupture prématurée des membranes est une pathologie obstétricale survenant avant le début du travail et le plus souvent à terme. Il s'agit d'une grossesse à haut risque materno-fœtal.

CONCLUSION

Au terme de ce travail rétrospectif colligé à l'hôpital Général de Référence de l'INERA YANGAMBI et Centre de Santé de Référence de LOMBOTO/YANGAMBI rapportant sur une série de 51 cas de rupture prématurée des membranes sur un total de 477 accouchements, sur une période d'un an allant du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2021 ; nous avons abouti à la conclusion suite :

- La rupture prématurée des membranes reste une pathologie obstétricale fréquemment rencontrée sa prévalence est 10,7% ;
- Elle plus rencontrée chez les femmes dont l'âge varie entre 26 à 30 ans (35,1%), les pauci pares (76,4%), et les pauci gestes (36,3%) sont plus concernées ;
- Le diagnostic est avant tout anamnestic et clinique ; survient la rupture prématurée des membranes plus après 37 SA 47% ;
- L'accouchement le plus souvent survient entre 12 à 24 heures ;
- la plupart des accouchements après rupture prématurée des membranes cela se passe par la voie basse et se fait spontanément 62,7%

BIBLIOGRAPHIE

- [1] American college of obstetricians and gynecologists, ACOG practice. Bulletin numero 172: Premature rupture of membranes. Octobre 2016
- [2] LEOLA N'TESSE Charles: Rupture prématurée des membranes : Etude rétrospective : cas de l'HGR de Kinshasa de Janvier à Décembre 2002. Université Simon Kimbangu RDC 2004
- [3] THOULON JM : les césariennes : Encyclopédie Médicale, chirurgie obstétrique, Paris 2010
- [4] Lorain P, Laac E, Girard G: Rupture prématurée des membranes de 34 à 36 + 6 semaines d'aménorrhée : quelle prise en charge ? Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2016
- [5] Savitz DA, Ananth CV, Luther ER, Thorp JM: influence of gestational age on the time from Spontaneous rupture of the chorio amniotic membranes to the onset of labor Am J perin 1997
- [6] Seince N., Biquard F. et coll: Rupture prématurée des membranes à terme, quel délai d'expectative. J. Gyn. Obst. Biol. Repr 2001
- [7] OMS : Rupture prématurée des membranes : Fondation genevoise pour la formation et la recherche médicale
- [8] ELONGI MOYENE Jean pierre cours d'obstétrique cours inédit 2ème doctorat faculté de médecine, Université de kinshasa R.D.Congo 2018-2019
- [9] Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction vol 29, N° 6, 2012
- [10] Bithu A. : étude rétrospective de Rupture prématurée des membranes menée au département de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa. Thèse de Médecine Kinshasa RDC 2009
- [11] Diyamona DL : Rupture prématurée des membranes : Epidémiologie et facteurs de risque, Etude menée au département de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa. Thèse de Médecine Kinshasa RDC 2009
- [12] Cédric BISEMBO : la fréquence de la Rupture prématurée des membranes : étude menée à la maternité Bomoi du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011. Université technologique Bel Campus à Kinshasa. RDC 2012
- [13] T. Schmitz, L. Sentilhes et coll : Rupture prématurée des membranes avant terme : recommandation pour la pratique clinique du CNGOF. Elsevier Masson 2018
- [14] Morris JM, Roberts CL, Bowen JR and Al. Immediate delivery compared with expectant management after preterm pre-labour of the membranes close to term: a randomized controlled trial. The lancet 2016
- [15] Nelson L, Anderson R, O'shea M and Swain M: expectant management of preterm premature rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol 1994
- [16] C. Kayem, F. Maillard: Gynécologie obstétrique et AMP: Fertilité; volume 37, N°4, Avril 2009
- [17] Robert MERGER et coll., Précis d'Obstétrique, 6^e édition revue et corrigée, Masson, Paris, 2011
- [18] Lansec J et coll : Obstétrique du praticien, 4^{ème} édition 1995
- [19] Marpeau L., Lansec J., Teurnier F. et Nguyen F. : Traité d'obstétrique. Edition Elsevier Masson, Paris 2010
- [20] Lansac J., Descamps P., Oury J.-F., Pratique de l'accouchement, 5e édition, Elsevier Masson Paris 2011.
- [21] Body G., Daraï E., Luton D et Marès P. Gynécologie obstétrique, 3e ed sous l'égide du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français et de la Conférences Nationales des PU-PH en gynécologie-obstétrique. Elsevier Masson Paris 2015.
- [22] LABAMA LOKWA B., *Obstétrique du praticien*, Presse Universitaire, Université de Kisangani, 2005
- [23] Plavfanyl : Pronostic dans la rupture prématurée des membranes ; thèse de médecine, Bordeaux 1964
- [24] Laadioui M : Rupture prématurée des membranes, Etude rétrospective à propos de 675 cas au service d'obstétrique de l'hôpital Al Ghassani-CHU Hassan II de Fes, Thèse de médecine, Fes 2010
- [25] Forzy G et Al : Place de la Prom-test dans la prise en charge de la Rupture prématurée des membranes. Ann. Biol. clin. 2007
- [26] Marion Lucet : Rupture prématurée des membranes ; Université Paris Descartes 2013
- [27] Lansac J., Marret H., Descamps PH et Al : conduite à tenir devant une Rupture prématurée des membranes sur une grossesse mono-fœtale avant 28 SA, 1998
- [28] Body G., Forvelle F. et Al : Rupture prématurée des membranes avant 38 SA. Evolution obstétricale et périnatale. A propos de 28 cas. J. Gyneco. Obst. Biol. Reprod 1991
- [29] Camus M., Khadam I et Al : Analyse de 42 rupture prématurée des membranes au 2^{ème} trimestre de la grossesse. Recommandation pour la pratique clinique. J. Gyneco. Obst. Biol. Reprod 1989
- [30] Gillibrand: Premature of the membranes and prematurity J. Obst Gyneco. Brit Comm PCT 1967