

## I Obstétrique

# Rupture prématurée des membranes avant terme : peut-on envisager le retour à domicile ?

**RÉSUMÉ :** La rupture prématurée des membranes (RPM) avant terme est une complication fréquente de la grossesse responsable d'hospitalisations prolongées. La place de la prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) est discutée. Deux essais anciens randomisés ont montré une non-infériorité en termes de morbidité périnatale et maternelle.

Plusieurs études de cohorte ou de type avant/après semblent montrer un bénéfice de l'HAD, notamment au niveau de la durée de la période de latence, réduisant ainsi les complications liées à la prématurité. Il existe toutefois une grande hétérogénéité des critères d'éligibilité en fonction des centres. Il est néanmoins consensuel d'attendre au moins 48 heures en hospitalisation avant une sortie en HAD et de ne l'autoriser qu'en cas de stabilité clinique et d'absence de signes d'infection intra-utérine.



**C. GARABEDIAN, C. PETIT,  
M. GUCKERT**

CHU Lille, Hôpital Jeanne de Flandre,  
Clinique d'obstétrique, LILLE.

La rupture prématurée des membranes (RPM) avant terme survient dans 1-3 % des grossesses et est une des causes principales de prématurité. Elle est responsable d'hospitalisations prolongées avec une morbi-mortalité maternelle et néonatale non négligeable [1].

La pratique habituelle de prise en charge des RPM non compliquées (travail prématuré, hématome rétroplacentaire, infection intra-utérine) consiste en une hospitalisation dans une maternité de niveau adapté, avec expectative jusqu'à 37 semaines d'aménorrhée (SA), terme de déclenchement.

L'hospitalisation à domicile (HAD) est répandue en obstétrique, notamment pour la prise en charge du post-partum précoce [2]. Pour les RPM, l'objectif de l'HAD est multiple : permettre aux patientes d'avoir une meilleure expé-

rience de leur grossesse, libérer des lits d'hospitalisation, diminuer le risque de chorioamniotite nosocomiale et diminuer les coûts. Elle reste toutefois insuffisamment évaluée dans le cadre des RPM.

### Seulement deux essais randomisés

Une méta-analyse de la *Cochrane* en 2014 a repris les deux essais randomisés ayant évalué l'HAD en RPM [3].

>>> Le premier essai a été publié en 1993 par Carlan *et al.* et les patientes étaient considérées comme éligibles (n = 63) si la grossesse était monofœtale, si elles n'avaient pas accouché 72 heures après la RPM, si la présentation était céphalique, s'il n'y avait aucun signe d'infection intra-utérine, s'il existait une citerne de liquide amniotique de plus de 2 cen-

timètres avec une dilatation cervicale inférieure à 4 centimètres et si la patiente habitait à proximité de l'hôpital.

>>> Le second essai, publié par Ryan *et al.*, retenait comme critère d'éligibilité une grossesse monofœtale en présentation céphalique, sans contraction utérine, ni dilatation cervicale, ni signe infectieux, et un lieu de résidence proche de l'hôpital [4].

À partir des résultats de ces deux essais randomisés, la méta-analyse retenait 116 patientes avec RPM avant terme ayant les critères d'éligibilité précédemment décrits et randomisées après 48 à 72 heures de surveillance hospitalière initiale en deux groupes : maintien en hospitalisation conventionnelle ou prise en charge à domicile. Le risque de mortalité périnatale n'était pas augmenté en cas de prise en charge à domicile (RR = 1,93 [IC 95 % = 0,19-20,05]). Aucune différence n'était retrouvée en termes d'infection néonatale précoce ni d'infection intra-utérine (RR = 0,74 [IC 95 % = 0,37-1,48]). Une tendance à moins de césariennes était constatée en cas de prise en charge à domicile (RR = 0,28 [IC 95 % = 0,07-1,15]). Les effectifs demeuraient cependant faibles avec des critères de jugement non disponibles dans chaque étude et des critères d'éligibilité à une prise en charge à domicile différents entre les deux essais.

## ■ Autres études

D'autres études d'un plus faible niveau de preuve apportent également des arguments permettant d'envisager le suivi à domicile des RPM avant terme. La difficulté dans ces études est la variabilité des critères d'éligibilité pour l'HAD (**tableau I**). En 1998, Bartfield *et al.* ont proposé 7 critères : absence de mise en travail après 72 heures, grossesse unique et en présentation céphalique, pas de signe clinique d'infection, plus grande citerne de liquide amniotique mesurée à plus de 2 centimètres, dilatation cer-

	N	Critères d'inclusion			
		Âge (SA)	Durée hosp. initiale	Présentation fœtale	Liquide amniotique
Petit, 2018	187	24-35	5-7 j	C/S/T	-
Dussaux, 2017	90	24-34	72 h	-	-
Palmer, 2017	87	23-34	72 h	C/SD	-
Catt, 2016	133	20-34	7 j	-	-
Garabedian, 2016	32	24-35	5-7 j	-	-
Huret, 2014	9	32-37	5-7 j	C	N
Beckmann, 2013	53	< 34	72 h	-	-
Ayres, 2002	10	24-34	-	C	N
Ryan, 1999		34-37	72 h	C	N
Carlan, 1993	28	< 37	72 h	C	N

C : céphalique; S : siège; SD : siège décompleté; T : transverse; N : normal.

**Tableau I :** Critères d'éligibilité en hospitalisation à domicile.

vicale inférieure à 4 centimètres et lieu de résidence de la patiente à proximité de la structure hospitalière [5]. Dans une étude australienne, Beckmann *et al.* proposaient une sortie après 72 heures de stabilité, sortie décidée à la discrétion de l'obstétricien prenant en charge la patiente... [6]

En France, deux études rétrospectives ont été publiées sur cette thématique [7, 8].

>>> Huret *et al.* retenaient les critères d'éligibilité suivants : RPM survenue entre 33 et 37 SA, grossesse monofœtale en présentation céphalique, sans contractions utérines, col fermé, résidence à moins de 30 minutes de l'hôpital, absence de syndrome inflammatoire biologique, plus grande citerne de liquide amniotique d'au moins 3 centimètres et surveillance hospitalière initiale de 5 à 7 jours [7]. Ces auteurs n'ont pas mis en évidence de différence en termes d'issues maternelle et néonatale en cas de suivi à domicile de RPM (n = 9) par rapport à un suivi en milieu hospitalier (n = 44).

>>> Plus récemment, en 2017, Dussaux *et al.* ont comparé le devenir de

90 patientes avec RPM avant terme suivies à domicile *versus* 324 patientes hospitalisées jusqu'à leur accouchement [8]. Les critères d'éligibilité étaient : RPM entre 24 et 34 SA, grossesse monofœtale, stabilité après une surveillance hospitalière initiale d'au moins 72 heures. La période de latence plus longue (délai entre la RPM et l'accouchement) était plus longue dans le groupe suivi à domicile (29,9 jours *versus* 11,5 jours;  $p < 0,01$ ) avec un taux d'accouchement par voie vaginale plus important (78,9 % *versus* 58,3 %;  $p < 0,01$ ). Il n'existait pas de différence en termes de complications obstétricales sévères entre les deux groupes et aucun accouchement extrahospitalier n'a eu lieu.

La crainte d'une HAD est en effet la survenue d'un accouchement ou d'une procidence à domicile. Le **tableau II** reprend les complications des patientes en HAD dans les différentes séries. L'accouchement en dehors de la maternité est un événement exceptionnel. Dans l'étude initiale de Ryan *et al.* [4], 3 patientes n'accouchaient pas dans la maternité mais dans une autre maternité et aucune à domicile. La survenue d'une procidence du cordon varie de 1 à 3 % selon les séries.

## Obstétrique

	N	Complications					Total
		MIU	Décès néonatal	HRP	Procidence	Accht hors maternité	
Petit, 2018	187	2 (1)	1 (0,5)	4 (2)	3 (1,5)	2 (1) SAMU	12 (6,4%)
Dussaux, 2017	90	0 (0,0)	1 (1,1)	2 (2,2)	1 (1,1)	0 (0,0)	4 (4,4)
Palmer, 2017	87	0 (0,0)	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)
Catt, 2016	133	0 (0,0)	5 (3,7)	8 (6,0)	4 (3,0)	0 (0,0)	17 (12,8)
Garabedian, 2016	32	1 (3,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,1)
Huret, 2014	9	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Beckmann, 2013	53	2 (3,8)	3 (5,7)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	6 (11,3)
Ayres, 2002	10	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Carlan, 1993	28	0 (0,0)	2 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (10,7)	5 (17,8)

MIU : mort *in utero*; HRP : hématome rétroplacentaire.

Tableau II : Complications dans le groupe HAD.

### Notre expérience

Depuis 2009, l'hospitalisation à domicile est proposée dans notre centre. Après le diagnostic de la RPM avant terme, chaque patiente est admise pour surveillance en hospitalisation. Deux injections de bétaméthasone (12 mg IM) sont administrées à 24 heures d'intervalle. Une antibiothérapie systématique intraveineuse est initiée pendant 48 heures avec un relais oral pendant 5 jours. Un examen cytobactériologique des urines (ECBU) ainsi qu'un prélèvement vaginal (PV) sont réalisés à l'admission afin d'adapter secondairement l'antibiothérapie.

L'HAD est ensuite évoquée après 5 à 7 jours de surveillance si les conditions sont réunies : zone géographique de couverture de l'HAD (environ 30 km), désir de la patiente, terme inférieur à 35 SA. Nous ne tenions compte initialement ni de la présentation fœtale, ni de la quantité de liquide amniotique. Ainsi, les critères d'éligibilité sont plus importants que ceux précédemment décrits. Le suivi en HAD repose sur le passage à domicile d'une sage-femme réalisant la même surveillance qu'en hospitalisation : enregistrement du rythme cardiaque

fœtal à chaque passage, bilan sanguin bihebdomadaire, bilan bactériologique hebdomadaire. Tous les 15 jours, les patientes bénéficient d'une visite à la maternité afin de réaliser une évaluation globale du suivi avec une échographie pour contrôler la croissance et la quantité de liquide amniotique. En cas de complications, les patientes peuvent joindre une personne qualifiée ayant accès à leur dossier 24 heures sur 24. Le travail est induit vers 36-37 SA par l'utilisation de prostaglandines vaginales, d'une sonde à double ballonnet ou par ocytocine en fonction des conditions cervicales. Une césarienne est réalisée selon les indications obstétricales habituelles.

Dans un premier temps, nous avons comparé les pratiques de deux centres de niveau III dont l'un accordait la prise en charge à domicile des RPM avant terme (Lille) et l'autre maintenait une hospitalisation continue (Valenciennes) [9]. La durée de latence s'avérait être plus longue dans le groupe suivi à domicile (27,5 jours *versus* 16,5 jours ;  $p = 0,03$ ) avec en corolaire un âge gestationnel à la naissance plus élevé dans le groupe suivi à domicile (34,6 SA *versus* 31,8 SA ;  $p = 0,02$ ) associé à une durée d'hospitalisation en réanimation néonatale plus

faible. Les taux d'infections intra-utérines (21,9 % et 20,8 %) et d'issues obstétricales ainsi que les autres issues néonatales étaient similaires. Cette étude présente toutefois comme biais l'absence de randomisation et, dès lors, un probable biais d'indication et de sélection des patientes les moins à risque pour être suivies à domicile lors de l'appréciation initiale par le clinicien.

Nous avons ensuite mené une étude de type avant/après pour évaluer l'impact de la prise en charge en HAD sur la durée de latence (**tableau III**, données non publiées). En effet, un allongement de celle-ci permet de diminuer les risques de prématurité sans induire de morbidité supplémentaire [10]. 395 patientes ont été incluses entre 2002 et 2016 ; 2004 ont bénéficié d'une hospitalisation en continu *versus* 187 en HAD. La durée de latence était plus élevée dans le groupe HAD que dans le groupe hospitalisation (39,0 jours [20,0 ; 66,0] *versus* 21,0 [13,0 ; 42,0]) ;  $p < 0,001$ ). On ne notait aucun cas de mort *in utero* dans le groupe hospitalisation *versus* 2 (0,9 %) dans le groupe HAD. Trois (1,6 %) cas d'HRP sont survenus en HAD *versus* 4 (2,0 %) en hospitalisation. Enfin, 3 (1,6 %) procidences ont eu lieu en HAD *versus* 1 (0,5 %).

## POINTS FORTS

- L'hospitalisation à domicile (HAD) est une solution envisageable pour la prise en charge des ruptures prématurées avant terme.
- Les critères d'éligibilité ne sont pas consensuels dans la littérature.
- Il semble raisonnable d'attendre au moins 48 heures avant d'envisager une sortie en HAD avec une situation clinique stable et l'absence de signes d'infection intra-utérine.
- L'HAD semble allonger la période de latence et ainsi diminuer les complications liées à la prématurité.
- Un essai randomisé est nécessaire pour valider les peu nombreuses études de cohorte ou de type avant/après sur cette thématique.

	Hospitalisation n = 204	HAD n = 187	p
AG lors RPM (SA)	27,7 (24,3-31,3)	27,9 (24,0-31,0)	NS
Mort <i>in utero</i>	0	2 (1 %)	-
Chorioamniotite	49 (24,0 %)	30 (15,7 %)	0,039
AG à la naissance (SA)	32,4 (29,3 ; 35,0)	35,6 (32,0 ; 36,1)	< 0,001
Durée de latence	21,0 (13,0 ; 42,0)	39,0 (20,0 ; 66,0)	< 0,001
Césarienne	49 (24 %)	26 (14 %)	0,02
Poids de naissance (g)	1860 (1170 ; 2265)	2310 (1690 ; 2680)	< 0,001
Transfert USIN	157 (77,7)	94 (49,7)	< 0,001
MMH	74 (36,3)	38 (20,2)	< 0,001
Infection néonatale	45 (22,1)	26 (13,9)	0,03
HTAP	21 (10,3)	9 (4,8)	0,04
Décès	8 (3,9 %)	4 (2,1 %)	0,3

Résultats présentés en n (%).  
AG : âge gestationnel ; RPM : rupture prématurée des membranes ; MMH : maladie des membranes hyalines ; HTAP : hypertension artérielle pulmonaire.

Tableau III : Comparaison avant/après hospitalisation conventionnelle versus hospitalisation à domicile.

Le taux d'infection intra-utérine était plus faible dans le groupe HAD (15,7 % versus 20,1 % ; p = 0,03).

Concernant le devenir néonatal, le taux de transfert néonatal, de détresse respiratoire (29,4 % versus 47,5 % ; p < 0,001), de sepsis néonatal (13,9 % versus 22,1 % ; p < 0,037), de broncho-

dysplasie (2,7 % versus 9,8 % ; p = 0,004) et d'hypertension artérielle pulmonaire (4,8 % versus 10,3 % ; p = 0,04) étaient plus faibles dans le groupe HAD que dans le groupe hospitalisation continue. Enfin, le taux de décès néonatal était similaire entre les deux groupes (2,1 % versus 3,9 %). L'HAD semble allonger la période de latence et permettre ainsi une

diminution des complications liées à la prématurité.

Enfin, nous nous sommes intéressés aux facteurs liés à la survenue d'une complication lors de la prise en charge en HAD [11]. L'événement "complication" était défini par la survenue de l'un de ces événements : une mort *in utero* (MIU), un hématome rétroplacentaire (HRP), une procidence du cordon ombilical, un accouchement en dehors de la maternité ou un décès néonatal. 187 RPM ont bénéficié d'une prise en charge en HAD, parmi lesquelles 12 ont présenté une complication (6,4 %). À noter que 2 accouchements ont eu lieu hors maternité dans le camion du Samu. Dans le groupe "complicé", les termes de diagnostic (p = 0,006) et d'accouchement (p < 0,001) étaient plus précoces, sans différence concernant la latence entre ces deux événements. Trois critères augmentaient significativement le risque de survenue d'une complication sévère : une RPM avant 26 SA (p = 0,008), une présentation fœtale non céphalique (p = 0,02), un oligoamnios (p = 0,02). Lorsque ces critères étaient associés, le risque de survenue d'une complication augmentait :  
– 1 critère : OR = 1,6 (0,1 ; 18,3) ;  
– 2 critères : OR = 6,9 (0,7 ; 65,7) ;  
– 3 critères : OR = 32,8 (3,4 ; 313,7).

Ainsi, l'association de ces trois critères doit indiquer la poursuite d'une hospitalisation conventionnelle pour limiter la morbidité materno-fœtale. Lorsque deux critères s'associent, l'initiation d'une HAD doit être discutée au cas par cas. Si un seul critère défavorable est présent, l'HAD apparaît adaptée.

## Conclusion

L'hospitalisation à domicile semble être une alternative raisonnable en cas de rupture prématurée des membranes avant terme. Elle nécessite la mise en place d'un parcours de soins adapté avec notamment la définition de critères d'éligibilité. Au vu de la littérature actuelle, il

## I Obstétrique

n'était pas possible d'émettre une recommandation sur ces critères en dehors d'une hospitalisation initiale d'au moins 48 heures, d'une stabilité clinique et de l'absence de signes d'infection intra-utérine. Enfin, il est nécessaire de mettre en place un essai randomisé afin de valider cette pratique.

### BIBLIOGRAPHIE

1. KAYEM G, GIRARD G. [Prenatal management of the risk of maternofetal infection in cases of PPROM]. *Arch Pediatr*, 2015;22:1056-1063.
2. SERVAN-SCHREIBER E, GARABEDIAN C, DERUELLE P. Alternatives à l'hospitalisation en gynécologie/obstétrique. *EMC - Obstétrique* 2014;0:1-8 [Article 5-049-O-10].
3. ABOU EL SENOUN G, DOWSWELL T, MOUSA HA. Planned home versus hospital care for preterm prelabour rupture of the membranes (PPROM) prior to 37 weeks' gestation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014;4:CD008053.
4. RYAN G, OSKAMP M, SEAWARD PGR *et al.* Randomized controlled trial of inpatient vs outpatient management of PPROM. *Am J Obstet Gynecol*, 1999;180(1 Pt 1):S95.
5. BARTFIELD MC, CARLAN SJ. The home management of preterm premature ruptured membranes. *Clin Obstet Gynecol*, 1998;41:503-514.
6. BECKMANN M, GARDENER G. Hospital versus outpatient care for preterm pre-labour rupture of membranes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 2013;53:119-124.
7. HURET E, CHANAVAZ-LACHERAY I, GRZEGORCZYK-MARTIN V *et al.* Prise en charge à domicile des ruptures prématurées des membranes avant 37 semaines d'aménorrhée. *Gyn Obstet Fertil*, 2014;42:222-228.
8. DUSSAUX C, SENAT MV, BOUCHGHOUL H *et al.* Preterm premature rupture of membranes: is home care acceptable? *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2018;31:2284-2292.
9. GARABEDIAN C, BOCQUET C, DUHAMEL A *et al.* [Preterm rupture of membranes: Is home care a safe management?]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 2016;45:278-284.
10. LORTHE E, ANCEL PY, TORCHIN H *et al.* Impact of Latency Duration on the Prognosis of Preterm Infants after Preterm Premature Rupture of Membranes at 24 to 32 Weeks' Gestation: A National Population-Based Cohort Study. *J Pediatr*, 2017;182:47-52.e2.
11. PETIT C, DERUELLE P, BEHAL H *et al.* Preterm premature rupture of membranes : which criteria contraindicate home care management ? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018 (in press).

---

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.