

# Rupture Prématurée des Membranes: Devenir Maternel et Foetal en l'Absence de la Prophylaxie Antibiotique

R. E. Mbu<sup>1</sup>, R. Tchio<sup>2</sup>, R.J.I. Leke<sup>3</sup>, N.E.Tamba<sup>4</sup>, and N. Njoh<sup>5</sup>

## RÉSUMÉ

La prophylaxie antibiotique dans la prise en charge des Ruptures prématurées des Membranes (RPM) avant le terme est jusqu'à nos jours controversée. Cent dix femmes enceintes avec Rupture Prématurée des Membranes avant terme ont été distribuées dans l'un des deux groupes suivant: groupe A (groupe sans traitement) ou groupe B (groupe sous traitement). Les taux d'accouchements prématurés étaient similaires, 71% contre 77%, ( $p=0,56$ ). Le faible poids à la naissance, le score d'Apgar, la détresse foetale, l'ictère néonatal et l'infection néonatale ont été observée dans les proportions similaires entre les deux groupes. 6,5% des sujets du groupe A ont développé une endométrite contre 5,7% dans le groupe B ( $p=0,69$ ). Les taux de mortalité périnatale étaient de 33,3% et de 50% respectivement dans les groupes A et B ( $p=0,13$ ). La prophylaxie antibiotique n'a pas semblé influencer le pronostic materno-foetal chez les patientes présentant une Rupture Prématurée des Membranes dans notre environnement. (*Afr J Reprod Health* 1998;2(1):26–31)

## ABSTRACT

**Premature rupture of membranes: maternal and foetal outcome in the absence of antibiotic prophylaxis.** Antibiotic prophylaxis in the management of Premature Rupture of foetal Membranes (PROM) before term still remains controversial. 110 pregnant women with PROM were assigned to either group A (no treatment) or group B (treatment group). The rates of premature deliveries were similar in the two groups, 71% versus 77% ( $p= 0.56$ ). Additionally, low birth weight, Apgar score, foetal distress, neonatal icterus and foetal sepsis were all observed in similar proportions in both groups. 6.5% of the subjects in group A developed endometritis as against 5.7% in group B ( $p=0.69$ ). Perinatal mortality rates were high (33.3% and 50%, in group A and B, respectively), but not statistically different in the two groups ( $p=0.13$ ). Prophylactic antibiotics do not seem to influence maternal and foetal outcome in patients who present with PROM in this environment. (*Rev Afr Santé Reprod* 1998;2(1):26–31)

---

MOTS CLÉS: Membranes, mortalité, prophylaxie, chorioamniotite, endométrite

---

<sup>1,2,3</sup> WHO/HRP/Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I B.P. 1935 Yaoundé et Maternité Principale de l'Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun. <sup>4,5</sup> Maternité Principale, Hôpital Central de Yaoundé Cameroun.

Correspondance: RE Mbu, WHO/HRP, Faculté de Medecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I. B.P. 1935 Yaoundé Cameroun.

quand ce poids était compris entre 600 et 2500 grammes ceci dans le groupe A.

Dans le groupe B, la variation du taux de mortalité périnatale était similaire allant de 100% à 22.2% quand ce poids était compris entre 750 grammes et 2500 grammes. Considérant que le poids à la naissance est fonction de l'âge gestationnel, il a été agréé que la prématurité est responsable de l'augmentation du taux de mortalité périnatale observé dans cette étude.

La Rupture Prématurée des Membranes reste un problème où la décision obstétricale demeure difficile surtout avec le fort taux de mortalité périnatale associé.

Cependant, les femmes qui ont été prises en charge sans prophylaxie antibiotique ne courent aucun risque particulier de complication telle la Chorioamniotite, la septicémie, et la naissance d'un enfant de faible poids. Toutefois les patientes qui ont reçues une thérapie antibiotique ont eu une durée d'hospitalisation longue dans notre étude, mais qui n'a malheureusement pas influencé de façon remarquable le devenir de la grossesse.

Cette longue durée était influencée par plusieurs facteurs et ne pouvait pas être expliquée par l'utilisation de l'amoxicilline seule. Car il n'est pas prouvé que ce médicament ait des propriétés tocolytiques.

L'adhésion des femmes au traitement était un acquis étant donné qu'elles étaient conscientes que quelque chose était faite pour améliorer leur condition. L'alitement pourrait être contributif, mais le repos au lit était prescrit dans les deux groupes de patients et elles étaient suivies dans les mêmes conditions.

Il est accepté que la prophylaxie antibiotique peut être justifiée dans les cas spécifiques en particulier chez les femmes avec Rupture Prématurée des Membranes en provenance des pays Européens ou Nord-Américains mais pas chez celles qui sont nées et vivent au Cameroun.

## Remerciements

Nous remercions s'adressent: Au Professeur Leke R.J.I., Chef de Service de la Maternité Principale de l'Hopital Central de Yaoundé, pour avoir accepté son service comme cadre de cette étude. A tous nos collègues et étudiants en médecine, en particulier Dr. Tchio R. pour l'attention particulière qu'ils ont portée dans le suivi des malades. Aux Drs. Zambou B. et Temkou S. pour la traduction en français du manuscrit originellement en anglais. A Madame Anguo et ses collègues sage-femmes de la salle d'accouchement de l'Hôpital Central de Yaoundé. A Mademoiselle Wanatu Gertrude pour le traitement informatique de ce texte.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Jacqueline B, Fondrimier E. La rupture prématurée des membranes. *Gynecol Obstet Biol Reprod* 1986; 15:37–39.
2. Greenwald J. Premature rupture of the membranes: diagnosis and management strategies. *Am Fam Physician* 1993; 48(2): 293–306.
3. Mandarinnier V, Beradi C, Beradi-Grassias L. Rupture prématurée des membranes. Le rôle de la CRP dans la prédiction des Chorioamniotites. *Gynecol Obstet Biol Reprod* 1986; 15:39.
4. Rotschild A, Ling E, Puterman M, Farguharson D. Neonatal outcome after prolonged rupture of the membranes. *Am Obstet Gynecol* 1990;162:46–52.
5. Alihonou E, Perin R, Hopazo A, Aminou K. La rupture prématurée des membranes. Contribution à l'étude du risque infectueux. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1986; 15:39.
6. Bohossou K, Brettes J, Sangaret M. La rupture prématurée des membranes. Notre attitude thérapeutique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1986; 15:38.

7. Ernest J, Givner L. A prospective randomised placebo-controlled trial of penicillin in preterm premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170:516–521.
8. Johnston M, Sanchez-Ramos L, Vaughn A, Todd M, Benrubi G. Antibiotic therapy in preterm premature rupture of membranes: A randomised prospective double blind trial. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163:743–747.
9. Mac Gregor J, Janice I, Seo K. Antimicrobial therapy in preterm premature rupture of membranes: results of a prospective double-blind, placebo controlled trial of erythromycin. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169(2): 436–463
10. Ohisson A, Wang E. An analysis of antenatal tests of detect infection in preterm premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162–818.
11. Mac Gregor J, French J. Use of antibiotics for preterm rupture of Membranes. Rationales and results. *Obstet Gynecol Clin-North-Am* 1992; 19(2): 327–328.
12. Christmas J, Cox S, Andrews W, Dax J, Leveno K; Gilstrap L. Expectant Mangement of preterm ruptured membranes: Effects of antimicrobial therapy. *Obstet Gynecol* 1992; 80(5): 759–521.
13. Chaaban M, Nanreddine S, Duchateau J, Wilkin P. Intérêt de la “C reactive Protein” dans le diagnostic de la chromniotite en cas de rupture prématurée de la poche des eaux. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1988, 17: 1045–1049.
14. Kouam L, Kamdom M. Les complications obstetricales après les ruptures prématurées des membranes: une étude retrospective. *Gynecol Obstet Biol Reprod* 1986; 15:30–37.