

# **INFECTION MATERNO-FŒETALE BACTERIENNE**

EXTRAIT DES TEXTES HA  
(2002)

# INTRODUCTION

- Incidence des sepsis 1 à 4<sup>°/°°</sup> naissances vivantes
- Incidence des infections probables 3 à 8<sup>°/°°</sup> naissances
- Mortalité 10%
- Séquelles 10 à 30 %
- Pour 774800 naissances en France(2001), 744-3100 décès, 2300-6200 infection probable, 230-690 séquelles par an

# INTRODUCTION

- 1% des colonisations dès la naissance s'infectent
- Contamination
  - Voie hématogène
  - Voie ascendante
  - Voie per natale
  - Voie postnatale

# IMF bactérienne

- Streptocoque B 40 à 60%
- E. Coli 20 à 35%
- Listeria par épidémie
- Streptocoque A, D
- Hemophilus influenza et pneumocoque
- Staphylocoque doré

# IMF bactérienne

- Infection materno-foetale certaine
- Infection materno-foetale possible
- Colonisation néonatale par contamination maternelle
- Absence de infection materno-foetale

# IMF symptomatique

## signes cliniques

- Absence de spécificité
- 80% des nouveau-nés infectés symptomatiques
  - Instabilité thermique
  - DR
  - Tachycardie, bradycardie, troubles hémodynamiques
  - Anomalies de coloration
  - Trouble de conscience
  - ictère

# IMF asymptomatique

## Critères majeurs (grade A)

- Tableau évocateur de chorio-amnionite
- Jumeau atteint d'IMF
- Fièvre maternelle  $>38^{\circ}$  avant ou début de travail
- Prématurité spontanée  $\leq 35$ SA
- Durée d'ouverture de la poche des eaux  $>18$ h
- RPM avant 37 SA
- Antécédent IMF à SB (si pas ATB chez la mère)
- Portage vaginal SB (si pas ATB chez la mère)
- Bactériurie à SB chez la mère (si pas ATB chez la mère)

# IMF asymptomatique

## Critères mineurs (grade B)

- Durée d'ouverture de la poche des eaux  $\geq 12$ h
- Prématurité spontanée  $< 37$ SA et  $\geq 35$ SA
- Anomalies du rythme cardiaque foetal
- Liquide amniotique meconial, fétide ou teinté



## Bilan bactériologique à pratiquer

- Liquide gastrique, examen direct et culture
- Prélèvements périphériques, adjonction de 2 prélèvements (oreille+ un autre au choix : anus) est suffisant
- hémoculture est l'examen de référence, 1ml au moins, 48 h d'incubation pour exclure une infection
- PL rendement faible en l'absence de signes cliniques sauf si hémoculture positive



# Bilan bactériologique

- La culture du LG et PP permet de dépister une colonisation
- Culture positive n'implique pas une infection
- Constitue un facteur de risque d'infection qui doit compléter par un bilan biologique

# Portage vaginal du SB

- Recommandé en fin de grossesse 34-38 SA
- Prévalence 10%, 75000 femmes enceintes/an
- Problème de santé publique, infection chez le nouveau-né à terme
- Antibioprophylaxie per partum guidé par le résultat du dépistage, réduction  $\frac{3}{4}$  du risque infectieux néonatal

# Portage vaginal du SB

- Dépistage inutile chez les femmes ayant antécédent IMF SB ou ayant présenté au cours de la grossesse une bactériurie
- Dépistage systématique des autres bactéries sans intérêt

# Indication bilan bactériologique à la naissance

- Tableau évocateur de chorioamniotite
- Fièvre maternelle  $> 38^{\circ}$  avant ou au début de travail
- RPM avant 37SA
- Durée RPDE  $> 12$ h
- Prématurité spontanée  $< 37$ SA
- Asphyxie périnatale non expliquée

# Indication bilan bactériologique à la naissance

- Liquide amniotique teinté, méconial ou fétide
- En l'absence d'antibioprophylaxie maternelle
  - Antécédents d'IMF à SB
  - PV + à SB
  - Bactériurie à SB chez la mère au cours de la grossesse

# biologie

- Pas d'examen miracle
- Les décisions prises sur un faisceau d'éléments clinique, biologiques et bactériologiques
- Hémogramme ( hyperleucocytose, leucopénie), Protéine (CRP), pro calcitonine (PCT)



# Biologie (CRP)

- Contributive au diagnostic après 12h
- Dosage répété dans les premières 72h
- Une élévation modérée (20 à 30 mg/l) isolée n'est pas un critère suffisant pour débuter une antibiothérapie
- Faux positifs liés à des causes non infectieuses
- Permet d'apprécier l'efficacité des ATB

## Antibioprophylaxie maternelle

- En cas de portage SB à l'approche de l'accouchement
- Si bactériurie SB au cours de la grossesse
- Antécédent IMF à SB
- En l'absence de PV, si un des facteurs de risques suivants:
  - Accouchement < 37SA
  - Durée RPDE >12h
  - Fièvre maternelle >38° au cours de travail

# Antibioprophylaxie maternelle per-partum

- Pénicilline G aux doses de 5 millions d'UI puis 2.5 millions d'UI IV toutes 4h jusqu'à l'expulsion
- Clamoxyl 2g puis 1g toutes 4h
- Précoce au début de travail car efficacité optimale à partir de la 2ème injection
- Si allergie, antibiogramme, si sensible érythromycine sinon céphalosporine

# Stratégie thérapeutique (nouveau-né symptomatique)

- Antibiotique probabiliste en urgence
- Par voie intraveineuse
- Après bilan bactériologique(hémoculture)

# Stratégie thérapeutique (nouveau-né asymptotique)

- Antibiothérapie recommandée en cas de chorioamniotite ou d'atteinte d'un jumeau
- Antibiothérapie en fonction des critères anamnestiques définit et le délai de récupérations des examens bactériologiques et biologiques

# Choix de l'antibiotique

- Une association de 3 ATB est habituelle chez l'enfant symptomatique
- Excessive? chez le nouveau-né asymptomatique
- Préconisation de C3G+aminoside en l'absence de syndrome grippal maternel
- Fréquence de la listériose faible

# Choix de l'antibiotique

- Céphalosporine de 3ème génération en cas de Bacille Gram- (E. Coli, HI, ), 50mg/kg/12h
- Amoxicilline en cas de Cocci Gram+ (strepto B, D) ou Bacille Gram + (listeria) 50 mg/kg/12h
- Aminosides, gentamycine 4mg/kg/24h pendant 48h

# Conduite à tenir devant RPM (RPM après 37 SA)

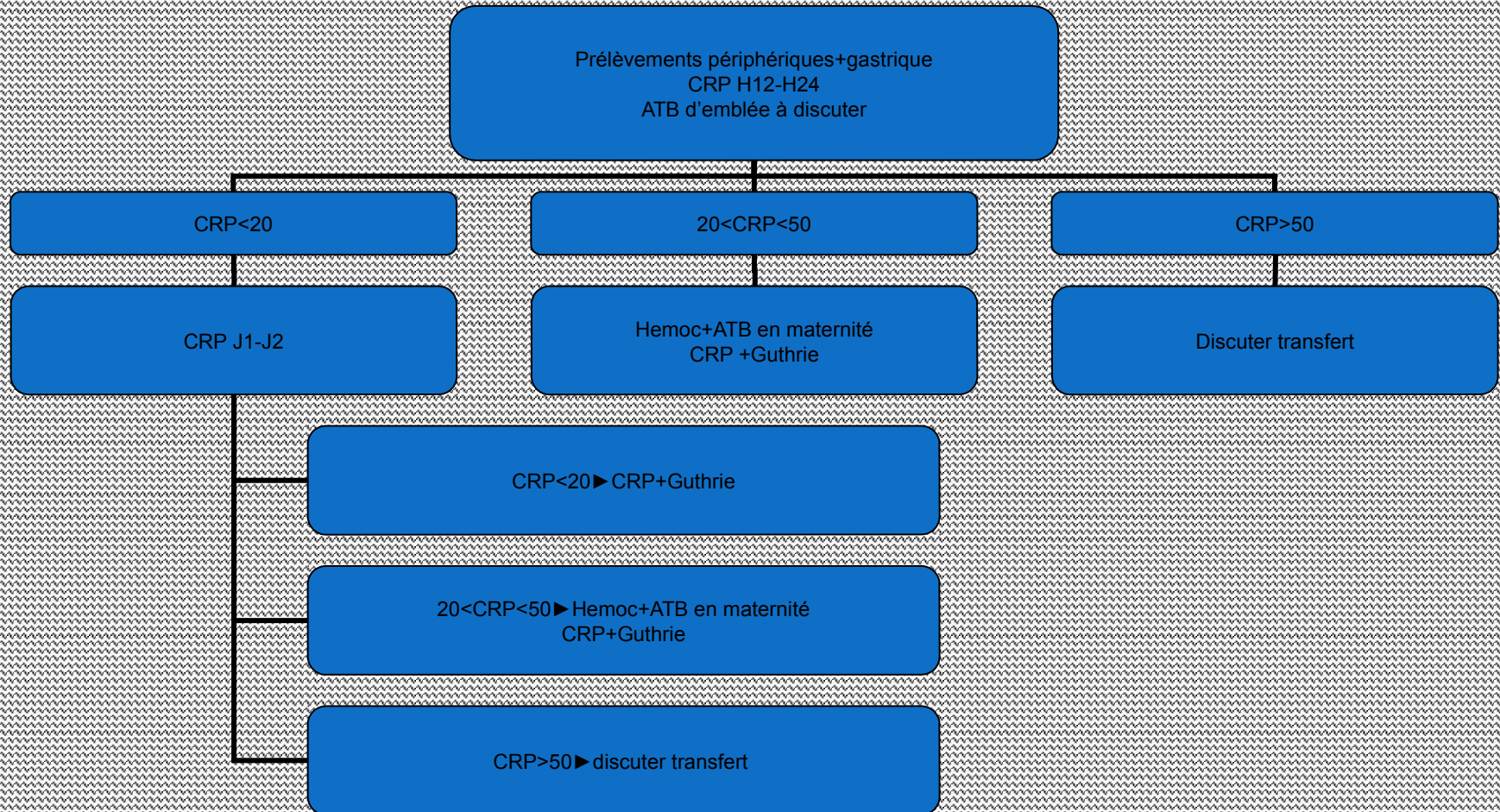
- Déclenchement du travail, tendance à la réduction des infections néonatales/attitude expectative
- ATB non recommandée sauf si portage vaginal de germes pathogènes
- PV systématique est recommandé pour orienter l'attitude des pédiatres



# Conduite à tenir devant RPM (RPM entre 34-37 SA)

- PV à l'admission
- Expectative sous antibiotique ? Déclenchement?
- Tocolyse non recommandée

# Stratégie thérapeutique



# Stratégie thérapeutique

