

INFECTIONS FOETO-MATERNELLES

Date de la diffusion : 22 avril 2008

Version : 3

Rédaction : sous la coordination du Dr LAGIER

Validation: 22 avril 2008

MENTION RESTRICTIVE : « Ce protocole de soins est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier »

1. OBJECTIF

Prise en charge des nouveau-nés à risque infectieux avéré afin d'éviter le développement d'une infection symptomatique potentiellement grave.

2. PROTOCOLE

1. Germes principaux

JNN 2000	Réanimation	Maternité
Streptocoque B	22.8 %	59.2 %
Streptocoque alpha hémolytique	13.9 %	8.5 %
Streptocoque non hémolytique	5 %	1.4 %
Staphylocoque aureus	7.6 %	1.4 %
Staphylocoque epidermidis	3.8 %	0 %
E coli	20.2 %	19.7 %
Listeria	0 %	1.4 %
Candida	7.6 %	1.4 %

Fréquence accrue des staphylocoques si geste invasif pendant la grossesse, syndrome inflammatoire important chez le NN, cocci + en amas au direct du liquide gastrique.

Fréquence accrue des escherichia coli chez les prématurés.

2. Signes cliniques : tableau complet de septicémie ou pathologie isolée

Aucun signe n'est spécifique. Tout nouveau-né qui va mal sans explication est suspect d'infection. Cependant une détresse respiratoire dans le cadre d'une prématurité induite n'est pas un signe d'infection.

Détresse respiratoire : Tachypnée, geignement expiratoire, tirage, apnées peuvent simuler un syndrome de détresse respiratoire idiopathique, pneumothorax.

Troubles hémodynamiques : Cyanose, allongement du TRC, hypotension, tachycardie peuvent simuler une cardiopathie congénitale (hypoplasie du cœur gauche ++)

Hépatomégalie, splénomégalie.

Signes neurologiques : Apathie, irritabilité, trémulations/convulsions, hypo/hypertonie, bombement fontanelle (méningite ++) peuvent simuler une souffrance fœtale asphyxique.

Signes digestifs : Difficultés alimentaires, résidus gastriques, ballonnement abdominal, vomissements, diarrhée peuvent simuler une affection chirurgicale, hépatosplénomégalie.

Signes cutanés : Exanthème, purpura, ictère, omphalite, sclérome (œdème dur)

Signes généraux : Hyper, mais surtout hypothermie. Fièvre

3. Signes biologiques

- Leucopénie < 5000 GB
 - Thrombopénie < 100000 - Discutable si strictement isolée.
 - Fibrinémie > 3,5 g / l.
 - CRP
 - Myélocytose > 5 %.
 - Pathologique > 10 mg / l. à H 12 mais 50 % de faux négatifs avant H 12.
> 20 mg / l. à H 48
- Intérêt de la cinétique de la CRP en particulier dans les cas douteux
Permet d'apprécier l'efficacité des antibiotiques
Insuffisant pour une antibiothérapie sans autre élément mais impose une surveillance répétée.

Augmentée durant 3 jours après Curosurf (Arch Pediatr. 1997 ; 4 ; 27)

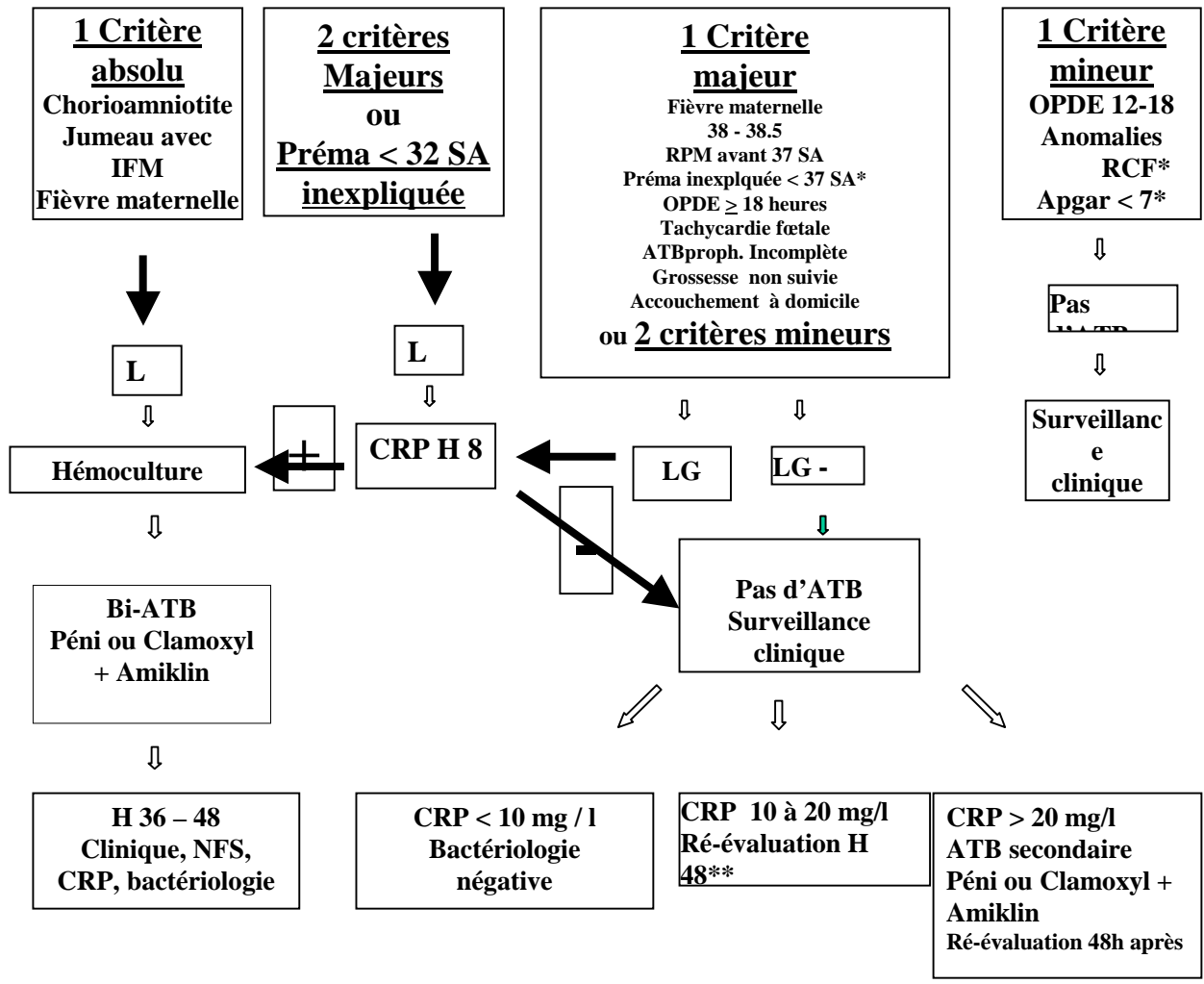
N = 60	J0	J1	J2	J3	J4	J5
Total	4.15 ± 0.26	15.35 ± 3.31	28.28 ± 5.42	18.96 ± 4.40	10.11 ± 2.83	7.07 ± 1.84
< 30 SA	4 ± 0	12.65 ± 3.34	19.8 ± 6.73	14 ± 6.45	9 ± 5.33	6.5 ± 2.77
> 30 SA	4.26 ± 0.46	17.41 ± 5.25	34.76 ± 7.6	22.76 ± 5.84	10.97 ± 3.17	7.5 ± 2.58

Retenir les valeurs pathologiques suivantes en cas de Curosurf

	J1	J2	J3
< 30 SA	> 25	> 40	> 30
> 30 SA	> 30	> 50	> 40

- Prélèvements bactériologiques systématiques à l'entrée.
 - Hémoculture. 1 ml minimum (jamais au sang du cordon).
 - Gastrique : Examen direct +++ Présence de germes et de leucocytes.
Reflet durant les premières heures du liquide amniotique
Bonne valeur prédictive négative
Mauvaise valeur prédictive positive. Un examen positif isolé n'est pas un critère de traitement. Il permet d'adapter l'antibiothérapie si elle est indiquée.
 - L'ANAES recommande au moins 2 prélèvements périphériques (rarement effectués en pratique).
 - LCR avant 72 heures si hémoculture positive, syndrome septique, signes neurologiques, ou altération de l'état général.

Infections foetomaternelles asymptomatiques



Infections foetomaternelles symptomatiques

Préoccupant



Modéré



LG, Hémoculture, ± PL, NFS



Tri-ATB
Péni ou Clamoxyl
+ Claforan
+ Amiklin

Bi-ATB
Péni ou Clamoxyl
+ Amiklin

H 36 – 48 Clinique. NFS. CRP. bactériologie

Infection certaine

Hémoculture ou LCR positif
CRP > 20 mg/l ± signes cliniques
ATB 8 jours septicémie
15-21 jours méningite

Infection probable

Bactério négative CRP > 20 mg/l
ATB jusqu'à J 5

- Maintien première antibiothérapie
- Claforan ± Péni ou Clamoxyl

Contrôle CRP à J 5 : adaptation ATB

Pas d'infection

Bactério négative
CRP < 20 mg/l
Arrêt traitement

3. DOCUMENTS DE REFERENCE

Diagnostic et traitement curatif de l'infection bactérienne précoce du nouveau-né :
Recommandation pour la pratique clinique, Anaes, septembre 2002

4. GLOSSAIRE

5. DIFFUSION

Tous les établissements adhérents au réseau PS