

 <p>Aux portes de la vie</p>	PRISE EN CHARGE D'UN NOUVEAU-NE DE MERE PRESENTANT UNE TUBERCULOSE	Protocole Pédiatrique n°30 version 1 page 1/2
Référence : RSN/PR/REA.P/032/A	Date de 1 ^{ère} mise en service : 15/10/2013	

Suivi des modifications			
N° version	Date de la modification	Objet de la modification	Faite par :

Rédaction	Mise à jour	Vérification	Approbation
Nom et fonction Dr AM. MAILLOTTE Pr M. ALBERTINI	Nom et fonction	Nom et fonction : Dr C. DAGEVILLE	Nom et fonction : CMS
Date : 17/09/2013	Date :	Date : 25/09/2013	Date : 15/10/2013
Signature : signé	Signature : signé	Signature : signé	Signature : signé

Le nouveau-né de mère présentant une tuberculose est exposé à 2 risques différents : la tuberculose congénitale et l'infection post-natale.

1- Impact de la tuberculose sur le fœtus et risques de contamination :

La tuberculose congénitale est la forme la plus grave de tuberculose chez le nouveau-né mais elle reste très rare. La contamination se fait soit par voie hématogène soit par un foyer tuberculeux placentaire se rompant dans la cavité amniotique.

L'examen du placenta doit donc être systématique chez toute femme ayant développé une tuberculose pendant la grossesse.

Il est en pratique souvent difficile de distinguer une tuberculose congénitale d'une tuberculose néo-natale et la prise en charge est identique.

2- Prise en charge du nouveau-né dont la mère a présenté une tuberculose pendant la grossesse :

a- Le nouveau-né dont la mère présente une tuberculose active traitée depuis plus de 15 jours :

- Ne pas isoler l'enfant de sa mère
- Pas de contre-indication à l'allaitement maternel
- Bilan avec radiographie du thorax et tubages (PCR et culture) ; l'IDR n'a aucun intérêt. La PL n'est indiquée qu'en cas de signes cliniques évocateurs d'une méningite.

- Le traitement :
 - Si mère BK+ en pré-partum : traitement curatif complet du nouveau-né : trithérapie pendant 2 mois par INH (5 à 10 mg/kg/j) + Rifampicine (10 à 20 mg/kg/j) + Pyrazinamide (20 à 30 mg /kg/j) (+ Pyridoxine (50 mg/j)). Puis bithérapie par INH et Rifampicine (+ Pyridoxine 50 mg/j) pendant les 4 mois suivants
 - Si mère BK+ en cours de grossesse et BK – en pré-partum : si examen clinique normal du nouveau-né, traitement prophylactique pendant 3 mois : bithérapie par INH et Rifampicine. A 3 mois réaliser une IDR, si elle est négative arrêt du traitement et vaccination par le BCG.
 - Si la mère a toujours été BK - : BCG et surveillance

b- Le nouveau-né dont la mère présente une tuberculose active traitée depuis moins de 15 jours :

- Isoler temporairement l'enfant de sa mère
- Contre-indication temporaire de l'allaitement (tire-lait et jeter le lait)
- Traitement de l'enfant (cf ci-dessus)

Attention à la co-infection avec le VIH et au BK résistant.

Références :

- Albertini M. Traitement de la tuberculose. Arch Pediatr 2005;12 suppl 2:110-6
- Pillay T and al. Perinatal tuberculosis and HIV-1 : considerations for resource-limited settings. Lancet Infect Dis 2004;4:155-85
- Tuberculose : femme enceinte et nouveau-né. Groupe d'études en néonatalogie Nord-PDC.