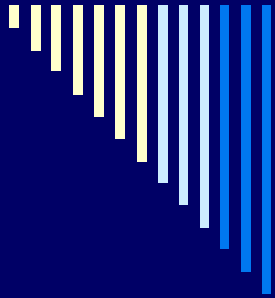


Infection bactérienne materno- foetale

Diagnostic et prise en charge

Dr fernane. A

Saida Mars 2012



- 0,5 a 1 % des naissances
 - Gravité potentielle et difficultés diagnostiques
 - Urgence thérapeutique
 - Décision initiale probabiliste
-



Critères anamnestiques

□ les signes évocateurs :

- l'accouchement fébrile
 - la prématurité : inexpliqué
 - l'ouverture la poche des eaux:+12h
 - le liquide amniotique
 - le rythme cardiaque foetal :
Accéléré
-



CRITERES ANAMNESTIQUES

- Les circonstances favorisantes :
 - béance du col utérin ; cerclage ;
 - infection urinaire ; travail prolongé

“Portage maternel streptocoque b:
recommandation ANAES:pv
systématique
antibiothérapie Perpartum



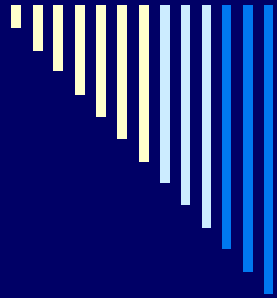
clinique

- Très inconstants et pas spécifique
 - Intérêt d'un dépistage précoce et une surveillance attentive et répétée du nouveau née au cours des premières heures de vie
-



clinique

- Fièvre : dans les heures suivant l'accouchement rare mais fortement évocatrice
 - Mauvais état de naissance (Apgar bas ; acidose ; récupération lente ...)
 - Tout nouveau née qui va mal.....
 - Respiratoire ; digestive ; neurologique....
-



biologie

- Anomalie hématologique:
 - neutropénie franche ; myélemie élevé
 - polynucléose ; thrombopénie
- Les protéines de l'inflammation :
 - CRP: spécifique mais élévation tardive après 12 h
 - interleukines plus spécifiques mais dosage non fait en pratiques courantes
 - pro calcitonine : trop de variation pendant les 48 premières heures de vie



biologie

□ Les examens bactériologiques :

liquide gastrique prélevé immédiatement à la naissance ou du frottis placentaire sont les plus utilisés

- Données bactériologiques :

**prédominance du streptocoque B(1/3)*

**fréquence des strepto. alfa hémolytique*

**bacilles gram négatifs : E .coli (20%)*

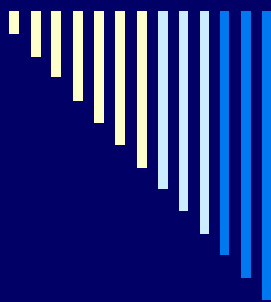
** plus rarement : listériose ;staphylocoque ;
enterobacterie*

Le diagnostic de la méningite néonatale

	LCR normal (valeurs limites)		LCR dans la méningite
	Nouveau-né à terme	Prématuré	
Aspect du LCR	Xanthochromique	Jaune/rosé	Puriforme
Protéines (g/l)	1	1,50	↗
Glucose (mmol/l)	2,2	2,2	↘
Glucose LCR/sang	0,5	0,5	↘
Leucocytes (/mm ³)	30	50	↗ Poly. Neuro. Altérés
Germes Antigènes solubles	Pas	Pas	Présents (dir.) Cult. Test latex ⊕ (Strep.B)

Malformations urinaires chez le petit enfant et Infection urinaire néonatale

Type	Fréquence relative
■ Néphropathies malformatives Dysplasies multikystiques Duplicités pyéliqués(non dilatées)	25%
■ Uropathies malformatives	65%
Hydronéphroses Urétéro-hydronéphroses(Synd. de jonction)	30%
Obstacles sous-vésicaux (mégavessies)	5%
Reflux vésico-urétéraux(bas grade)	30%
■ Autres	10%



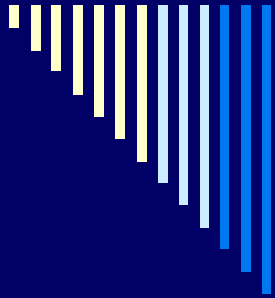
L'épidémiologie bactérienne de l'infection materno-fœtale

- Streptocoque B.....25-60%S. β Lactamines
- Escherichia coli K1 20-40%..... R.Pénicillines (10-40%)
- Streptocoques non B 5-10%.....R.Céphalosporines
- Listeria monocytogenes..... < 5%.....R.Céphalosporines

- Autres:
 - Entérobactéries..... Klebsiella
 - Chlamydiae C. trachomatis
 - Mycoplasmes U. urealyticum
 - Staphylocoques
 - Levures

Conduite pratique

- En maternité : FDR d'IMF ; indications des prélèvements périphériques
 - tableau évocateurs de chorio amnionite
 - température maternelle > 38
 - RPM < 37
 - portage vaginale SB
 - prématurité spontané



□ Critères mineurs :

-ouverture prolongé de PDE

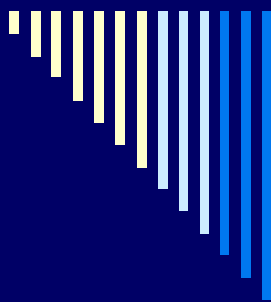
-prématurité < 37 ; anomalie rythme cardiaque ; liquide amniotique teinté ou méconial

*critères majeurs :- jumeau atteint IMF

-prématurité spontané < 35 semaines

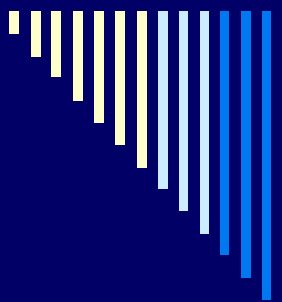
- rupture membranes > 18 semaines

- bactériurie SB chez la mere

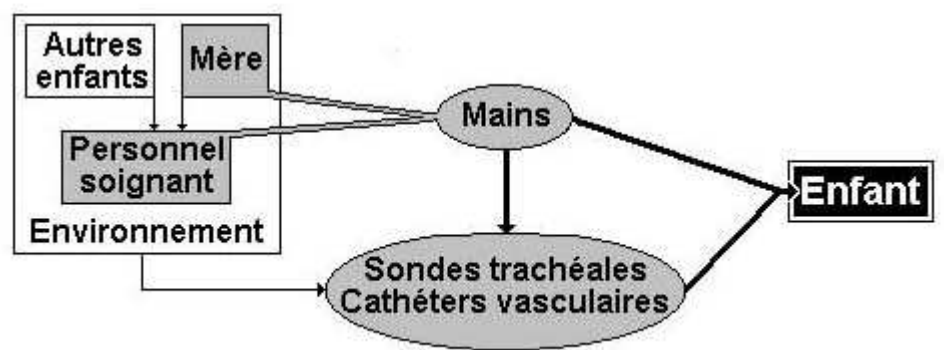
- 
-
- critères majeurs : prélèvements périphérique ;CRP h12 ; hémoculture ; examen post natale précoce
 - CRP < 20 >>>> SURVEILLANCE
 - 20 <CRP< 50 : ATB en maternité
 - CRP > 50 transfert en néonatalogie
-

Les modalités d'emploi des principaux antibiotiques en Néonatalogie

	Dose/kg.	Voie	Nb. doses/j.
Clamoxyl Augmentin	50mg.	IVD	2 ; 3(après j7)
Claforan Rocéphine	25-50mg. 50mg.	IV 20mn.	2 ; 3(après j7) 1
Amiklin	5-7,5mg.	IV 20mn.	2 3 (après j7 et 34sem.)
Erythromycine	15-20 mg.	Per os	2



Les modes de contamination dans l'infection post-natale





conclusion

- Pathologie fréquente en néonatalogie
 - La mortalité reste toujours élevée
 - Intérêt d'un diagnostic précoce et prise en charge rapide
 - Toute infection néonatalogie est considéré comme une septicémie et doit être traité comme telle
-