



Agence **N**ationale
d'**A**ccréditation et
d'**É**valuation en **S**anté

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

**Diagnostic et traitement curatif
de l'infection bactérienne précoce
du nouveau-né**

Synthèse des recommandations

SEPTEMBRE 2002

Service des recommandations et références professionnelles

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

CRITÈRES ANAMNÉSTIQUES ET SIGNES CLINIQUES DE SUSPICION D'UNE INFECTION BACTÉRIENNE DU NOUVEAU-NÉ

Critères anamnétiques majeurs : tableau de chorio-amnionite, infection materno-fœtale chez le jumeau, température maternelle avant ou en début de travail $\geq 38^{\circ}\text{C}$, prématurité spontanée < 35 semaines d'aménorrhée (SA), durée d'ouverture de la poche des eaux ≥ 18 heures, rupture prématurée des membranes (RPM) avant 37 SA, et en dehors d'une antibioprofylaxie maternelle complète : antécédent d'infection materno-fœtale à streptocoque du groupe B (SB), portage vaginal de SB chez la mère, bactériurie à SB chez la mère pendant la grossesse.

Critères anamnétiques mineurs, peu liés à une infection néonatale, mais relativement fréquents, pour lesquels une surveillance rapprochée des nouveau-nés est nécessaire pendant les 24 premières heures : durée d'ouverture prolongée de la poche des eaux ≥ 12 h mais < 18 h, prématurité spontanée < 37 SA et ≥ 35 SA, anomalies du rythme cardiaque fœtal ou asphyxie fœtale non expliquée, liquide amniotique teinté ou méconial.

Aucun signe clinique n'est spécifique et le traitement est d'autant plus efficace qu'il est débuté précocément, c'est-à-dire à partir de signes peu évocateurs. « Tout nouveau-né qui va mal, surtout sans raison apparente, est *a priori* suspect d'infection ».

BILAN BIOLOGIQUE

L'hémogramme et en particulier le nombre de leucocytes totaux, neutrophiles totaux (T), neutrophiles immatures (I), rapport I / T, sont très peu contributifs au diagnostic.

Des dosages séquentiels de la CRP à partir de la 12^e heure de vie sont recommandés chez tout nouveau-né suspect d'infection. Une élévation modérée de la CRP, sans arguments cliniques ou bactériologiques, n'est pas un critère suffisant pour débiter une antibiothérapie. S'il était disponible, le dosage sérique de l'Il-6 dans les 12 premières heures de vie, notamment en salle de naissance sur sang de cordon, ou la combinaison des dosages de l'Il-6 et CRP après la 12^e heure sont recommandés.

BILAN BACTÉRIOLOGIQUE

L'analyse bactériologique du **liquide gastrique** (examen direct + culture) et de **2 prélèvements périphériques** (oreille + un autre au choix) est recommandée.

Les frottis et cultures placentaires sont réservés aux infections supposées hémotogènes.

L'hémoculture est l'examen de référence pour confirmer l'infection néonatale. Le volume de prélèvement est d'au moins 1 voire 2 ml de sang en particulier en cas d'antibiothérapie préalable. La durée d'incubation de l'hémoculture est d'au moins 5 jours. La majorité des bactéries en cause étant détectée en moins de 48 heures, il est recommandé d'attendre 48 heures d'incubation pour que la négativité des hémocultures permette d'exclure le diagnostic d'infection chez un nouveau-né « asymptomatique ».

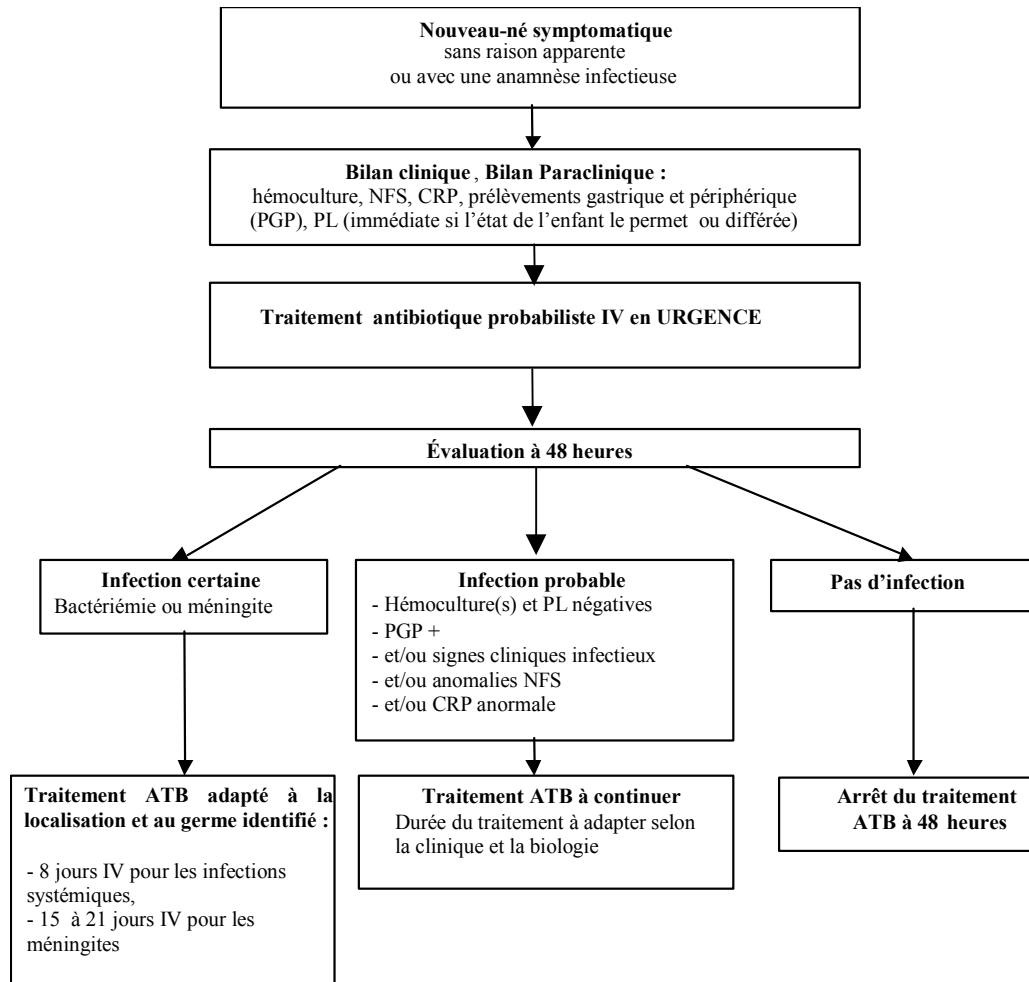
Le sérotypage du colibacille et de *S. agalactiae* des souches isolées d'hémoculture est recommandé.

La ponction lombaire (PL) est indiquée dès que l'état de l'enfant le permet, en cas d'altération de l'état général, de signes cliniques neurologiques ou de sepsis, et si l'hémoculture est positive. En cas de méningite, la PL sera répétée 48 heures plus tard. La recherche dans le LCR d'antigènes solubles de *S. agalactiae* et d'*E. coli* K1 est utile en cas d'antibiothérapie maternelle ou néonatale préalable.

L'ECBU n'est pas recommandé.

STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

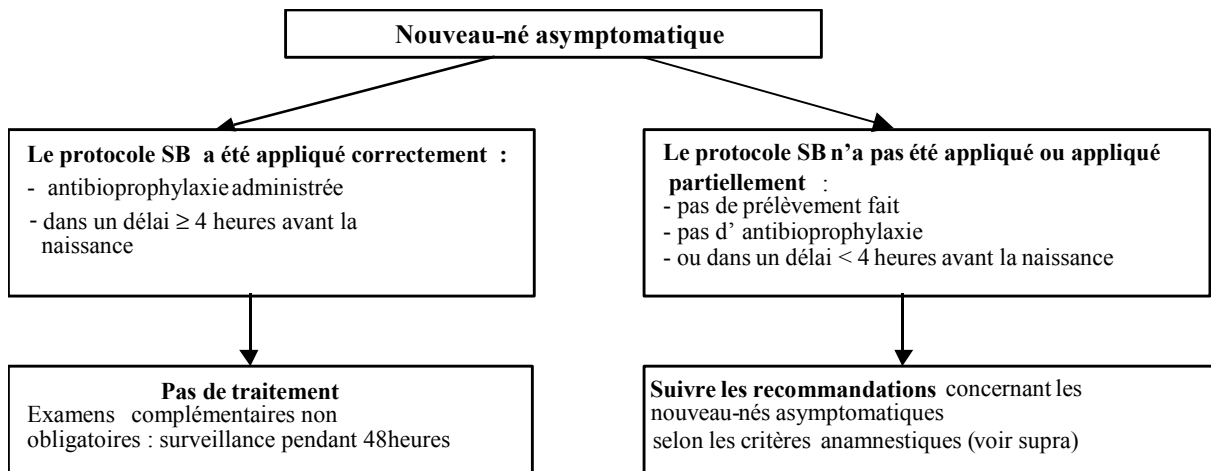
Indication d'un traitement antibiotique chez un nouveau-né symptomatique



Chez le nouveau-né asymptomatique, l'indication d'un traitement ATB est basée sur les arguments anamnestiques, biologiques et bactériologiques.

La chorio-amnionite chez la mère et l'atteinte du jumeau doivent entraîner une antibiothérapie chez le nouveau-né. Dans les autres situations, il est recommandé de tenir compte des critères anamnestiques et des conditions locales de réalisation des examens, des techniques de laboratoires, après avoir établi des normes locales, notamment pour le prélèvement gastrique et périphérique, et pour la CRP.

Indication d'un traitement antibiotique chez un nouveau-né asymptomatique dans le cadre d'un protocole « Streptocoque B » (SB)



Le choix de l'antibiotique selon le germe

Une association de deux ATB (β -lactamine + aminoside) est recommandée dans toutes les situations.

Si l'enfant est symptomatique et présente des troubles hémodynamiques et/ou troubles respiratoires persistants et/ou troubles neurologiques ou si la mère a reçu une antibiothérapie prolongée récente, une association de 3 antibiotiques est conseillée avec ampi/amoxicilline + céfotaxime + aminoside.

- SB et autres streptocoques (*S. mitis* ou *S. sanguis*) (cocci à gram +) : pénicilline ou ampi/amoxicilline + aminoside. Réserver le céfotaxime aux méningites à SB ;
- *Listeria* (cocco-bacilles à gram +) et entérocoques : ampi/amoxicilline + aminoside.
- Bactéries à gram négatif : céfotaxime + aminoside ;
- Pas de germe pressenti selon l'écologie locale : ampi/amoxicilline + aminoside ou ampi/amoxicilline + céfotaxime + aminoside ;
- Anaérobies : pénicilline ou ampi/amoxicilline + métronidazole.

Les durées du traitement antibiotique

➔ Pour les β -lactamines :

- Diagnostic bactériologique confirmé (hémoculture, LCR) : traitement IV adapté au germe et à la localisation de l'infection d'une durée de 8 jours pour les bactériémies, et de 15 à 21 jours au minimum selon le germe pour les méningites.
- Diagnostic d'infection probable (avec signes cliniques, et/ou biologiques, et positivité des prélèvements bactériologiques autres que sang et LCR) : le traitement est arrêté lors de la normalisation de l'examen clinique et du bilan biologique.

➔ Pour les aminosides : 2 injections au total à espacer d'au moins 24 à 48 heures selon l'âge gestationnel et l'état clinique de l'enfant. La durée de ce traitement peut être prolongée en cas d'infection sévère ou de germe particulier.

La surveillance des nouveau-nés est impérative dans les 12 premières heures. Une durée de surveillance d'au moins 48 heures est généralement préconisée pour tous les nouveau-nés normaux ou suspects d'infection, car 95 % des infections materno-fœtales surviennent dans les 48 premières heures.