



**A** g e n c e   **N** a t i o n a l e  
d' **A** c c r é d i t a t i o n   e t  
d' **É** v a l u a t i o n   e n   **S** a n t é

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

## **Prévention anténatale du risque infectieux bactérien néonatal précoce**

**Synthèse des recommandations**

**SEPTEMBRE 2001**

**Service recommandations et références professionnelles**

---

## SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

---

### INFECTIONS CERVICO-VAGINALES

Toute femme enceinte ayant un prurit vulvaire ou des brûlures vulvaires, des leucorrhées anormales, nauséabondes, une menace d'accouchement prématuré, une rupture prématurée des membranes ou une suspicion de chorioamnionite, doit bénéficier d'un prélèvement vaginal.

Toute femme enceinte ayant une cervicite, une dysurie, une autre MST ou dont le partenaire est porteur d'une infection génito-urinaire, doit bénéficier d'un prélèvement endocervical à la recherche de *Chlamydiae* et de gonocoques.

Les femmes enceintes ayant un antécédent d'accouchement prématuré doivent avoir, en début de grossesse, un prélèvement vaginal orienté sur la recherche de vaginose bactérienne. Si ce prélèvement est positif, il doit être renouvelé une fois par trimestre après traitement.

Le meilleur moyen de diagnostiquer la vaginose bactérienne est l'examen direct des sécrétions vaginales par la coloration de Gram. Les recherches spécifiques par culture de *Gardnerella vaginalis* et des mycoplasmes, qui participent à la vaginose, sont inutiles.

Le traitement de la vaginose bactérienne repose sur le métronidazole *per os* (1 g/j pendant 7 j). Celui des infections à *Chlamydia trachomatis* sur l'azithromycine (1 g en dose unique) ou l'érythromycine (2 g/j pendant 7 j), avec traitement du partenaire. Celui des gonococcies sur la ceftriaxone (250 mg IM) ou la cefixime (400 mg *per os*).

### PORTAGE VAGINAL DU STREPTOCOQUE DU GROUPE B (SGB)

Le dépistage systématique du portage du SGB est recommandé en fin de grossesse, entre 34 et 38 semaines d'aménorrhée (SA). Le traitement du portage asymptomatique n'est pas justifié chez la femme enceinte à distance de l'accouchement.

Le test de dépistage est la culture en boîte de Pétri sur gélose au sang sans enrichissement sélectif d'un prélèvement vaginal réalisé à l'écouvillon. L'ensemble de la cavité vaginale, incluant impérativement le balayage des parois de la moitié inférieure du vagin jusqu'au vestibule et la vulve, est prélevé.

Si elle est réalisable, la recherche d'antigènes de SGB par des tests rapides n'est conseillée que chez les gestantes non dépistées en fin de grossesse qui sont hospitalisées pour rupture prématurée des membranes (RPM). Il est inutile de réaliser un prélèvement ano-rectal dans le cadre du dépistage.

Le dépistage systématique des autres bactéries à risque infectieux materno-fœtal n'est pas justifié dans la période de terme chez les patientes sans risque.

Une antibioprophylaxie *per-partum* du SGB à base de pénicilline G en IV (5 M d'UI, puis 2,5 M d'UI toutes les 4 h jusqu'à l'expulsion) ou d'amoxicilline en IV (2 g, puis 1 g toutes les 4 h) est recommandée en cas de dépistage positif, chez les femmes ayant un antécédent d'infection néonatale à SGB ou une bactériurie à SGB au cours de la grossesse. Elle doit être débutée le plus précocement possible au cours du travail. En cas d'allergie à la pénicilline,

l'érythromycine ou une céphalosporine seront utilisées en fonction de l'antibiogramme. En l'absence de recherche de SGB, une antibioprophylaxie doit être administrée en cas de prématurité, rupture des membranes supérieure à 12 heures ou fièvre maternelle (température > 38° C).

## **RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES (RPM)**

Le prélèvement vaginal est indispensable au cours des RPM pour rechercher une vaginose bactérienne et les bactéries à haut risque infectieux, à savoir pour les plus fréquentes *Streptococcus agalactiae* (SGB), *Escherichia coli* K1, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, pneumocoque et méningocoque.

La recherche de *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* est inutile en cas de RPM en raison de leur rareté en France.

L'hémoculture (1 ou 2 séries) est recommandée chez toute femme enceinte fébrile ayant une RPM.

L'hyperleucocytose maternelle et l'élévation de la CRP sont des marqueurs peu performants et tardifs d'inflammation.

L'élévation du taux sérique de l'interleukine-6 (IL-6) maternelle est plus précoce, plus sensible, et corrèle mieux avec le délai de mise en travail, le développement de chorioamniotite et le risque néonatal. Le coût encore élevé de ce dosage limite son utilisation.

Il n'y a pas d'arguments microbiologiques pour recommander systématiquement la ponction amniotique. L'examen direct du liquide de ponction est peu sensible, mais détecte les fortes colonisations. L'identification par culture du liquide amniotique de *L. monocytogenes*, *S. agalactiae*, *E. coli* et autres entérobactéries, *S. aureus*, *H. influenzae*, pneumocoques et méningocoques indique un haut risque de bactériémie materno-fœtale. L'augmentation du taux de l'IL-6 dans le liquide amniotique paraît être un bon marqueur précoce de l'inflammation. Son impact décisionnel n'a pas été évalué.

En cas de RPM à terme (> 37 SA), le travail doit être déclenché par ocytocine ou prostaglandines en fonction du score de Bishop. Ce déclenchement peut être différé de 48 heures sans augmenter le taux d'infections, sauf en cas de portage maternel de bactéries à haut risque infectieux où il doit être immédiat.

En cas de RPM entre 34 et 37 SA, 2 options sont possibles : déclenchement du travail d'emblée ou attitude d'expectative sous antibiotiques.

En cas de RPM avant 34 SA, il est recommandé d'associer la corticothérapie à visée de maturation pulmonaire fœtale à un traitement antibiotique débuté avant le résultat des prélèvements bactériologiques. L'amoxicilline est utilisée en 1<sup>re</sup> intention (en cas d'allergie, céphalosporine préférable à l'érythromycine), puis le traitement est interrompu ou adapté aux résultats. Une tocolyse courte paraît justifiée, au minimum le temps de la corticothérapie.