	Prévention des infections néonatales bactériennes précoces : Antibiothérapie per partum			
RP2S	Réseau Périnatal des 2 Savoie	www.rp2s.fr Protocoles Obstétrique	**Création janvier 2018** **Mise à jour : mai 2018**	2 pages
			Validation : com scient RP2S mars 2018 et 31 mai 2018	

1 - Domaine d'application - Références – Abréviations - Prérequis

- Ce protocole concerne les accouchements ≥ 34 SA
- Il est applicable dans toutes les maternités du RP2S (quel que soit leur type)
- Voir protocoles : surveillance du nouveau-né à risque et prise en charge du nouveau-né symptomatique

- **Références :**
  - Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce (≥ 34 SA), recommandations pour la pratique clinique, SFN et SFP septembre 2017. Lien : http://www.societe-francaise-neonatalogie.fr/2017/02/27/recommandationsss/
  - Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. HAS décembre 2017. Lien : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales

- **Abréviations :** Infection néonatale bactérienne précoce : INBP - Streptocoque de groupe B : SGB

- **Prérequis :**
  - **Le dépistage du Streptocoque B doit rester systématique pendant la grossesse**, y compris pour les patientes devant avoir une césarienne
  - Effectué par prélèvement vaginal (PV) entre 35 et 37 SA.
  - Antécédents **d'allergie aux pénicillines**
    - demander réalisation d'un **antibiogramme** en cas de streptocoque B positif
    - si disponible, utiliser la recherche SGB par PCR rapide en salle de naissance
    - si allergie mal documentée : prévoir consultation allergologie après l'accouchement.
  - Rattrapage possible en per-partum, en utilisant la recherche par PCR rapide, si examen disponible
  - Si PV non fait durant la grossesse, faire PV (ou PCR) à la recherche de SGB à l'admission en salle d'accouchement ou avant la césarienne (sauf si membranes intactes et avant travail).

2 – Indications d'antibiothérapie per-partum dans le cadre de la prévention des INBP

☐ **Fièvre maternelle** > 38,0°C isolée ou non (signes de chorioamniotite associés) en per-partum et ceci quel que soit le statut du PV.
On considère comme fièvre maternelle toute température > 38° contrôlée à 38° ou plus à 1 h d'intervalle si isolée, dès le 1er pic si associée (frissons, liquide fétide, tachycardie fœtale...)

☐ **Colonisation maternelle à SGB** durant la grossesse actuelle (PV de dépistage de SGB positif soit par culture, soit par PCR rapide en per-partum, et/ou bactériurie à SGB), sauf si césarienne avant travail et avec membranes intactes

☐ **Antécédent d'infection néonatale à SGB** lors d'une précédente grossesse

☐ **Statut inconnu** du PV (culture non réalisée ou résultat non disponible, PCR rapide en per-partum avec résultat invalide ou non disponible) **et** :
- une **durée de rupture** des membranes > 12 heures **ou**
- une **prématurité** spontanée et inexpliquée < 37 SA

☐ **Rupture des membranes > 12 heures** (quel que soit le résultat du PV)

☐ **Prématurité spontanée et inexpliquée < 37 SA** (quel que soit le résultat du PV)

3 – Choix de l'antibiotique et posologie

AMOXICILLINE (CLAMOXYL®) IV : 2 gr IVD au début du travail (ou à l'entrée en cas de RPM), après hémoculture si fièvre maternelle ; puis 1 gr IVD toutes les 4 heures jusqu'à l'accouchement si patiente en travail, (ou ou1 gr toutes les 8h si non en travail). Eventuellement, 1 gr 12 h après la délivrance.

Ou **PENICILLINE G IV** : 5 millions UI au début du travail (ou à l'entrée en cas de RPM) ; puis 2.5 millions UI toutes les 4 h si patiente en travail ou 2.5 millions UI toutes les 8 h si non en travail. Poursuivre avec 2.5 millions UI à la délivrance si délai depuis la dernière injection >3h. Eventuellement, 2.5 millions UI 12 h après la délivrance.

Si allergie, privilégier si possible **CEFAZOLINE (CEFACIDAL®) IV** : 2 gr IV au début du travail (ou à l'entrée en cas de RPM), puis 1 gr toutes les 8 h, patiente en travail ou non. Eventuellement, 1 gr 12 h après la délivrance.

4 – Critères d'une antibiothérapie per-partum adéquate

L'antibiothérapie maternelle doit être administrée :

- par voie parentérale (intraveineuse)
- au moins 4 heures avant la naissance
- en utilisant la pénicilline G, l'ampicilline ou l'amoxicilline, ou la céfazoline

Tout autre traitement antibiotique (molécule, modalités et délai d'administration inférieur à 4 heures avant la naissance) sera considéré comme inadéquat.

5 – Conséquences sur le protocole néonatal

- Dès lors qu'une antibiothérapie per-partum est indiquée, le nouveau-né est considéré comme à risque d'INBP.
- Le pédiatre, l'obstétricien et la sage-femme doivent s'assurer des indications et du caractère adéquat de antibiothérapie per-partum afin d'apprécier le niveau de risque d'INBP du nouveau-né.
- Le caractère adéquat ou inadéquat de l'antibiothérapie per-partum va contribuer à définir le niveau de surveillance des nouveau-nés à risque d'INBP.

=> Se référer au protocole surveillance du nouveau-né à risque d'INBP.

6 – Indications des examens à la naissance

- **Liquide gastrique** et prélèvements périphériques :

Le prélèvement du liquide gastrique et les prélèvements périphériques (oreilles et anus) **ne sont plus recommandés** dans la prise en charge du risque d'INBP chez le nouveau-né de terme ≥ 34 SA.

- **Placenta** :

En cas de fièvre maternelle avec notion d'exposition à Listeria et/ou d'anomalies macroscopiques placentaires (micro-abcès), il est recommandé de réaliser un frottis placentaire et une culture du placenta.

- **Examens sanguins** :

PCT au cordon, NFS à la naissance et CRP systématiques ne sont actuellement pas recommandés.

- **Attention** :

La suppression du prélèvement gastrique doit s'accompagner de la mise en place du protocole de surveillance clinique spécifique du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce.

Voir protocole spécifique.