

	<b>Infection intra-utérine</b>		
	Réseau Périnatal des 2 Savoie	<a href="http://www.rp2s.fr">www.rp2s.fr</a> Protocoles Onglet Obstétrique	Création : Mars 2019
		Validé par com scient. Mars 2019	

## 1 - Domaine d'application - Objectifs - Abréviations - Bibliographie

- Le terme d'infection intra-utérine est à préférer à celui de chorio-amnionite, qui est une définition anatomo-pathologique.
- Objectif principal : Aide à la prise en charge des infections intra-utérines pour l'ensemble des maternités du RP2S, en vue d'une harmonisation entre les sites (antibiothérapie, transferts).
- Abréviations :
 

NFS : numération de formule sanguine	CRP : C Reactive Protein
PV : prélèvement vaginal	SGB : streptocoque du groupe B
CU : contractions utérines	LA : liquide amniotique
C1G, C2G, C3G : céphalosporine de 1 <sup>ère</sup> , 2 <sup>ème</sup> , 3 <sup>ème</sup> génération	
- Voir RCP du CNGOF, décembre 2018, page 58. Lien : [http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF\\_RPC\\_2018-RPM.pdf&i=21004](http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF_RPC_2018-RPM.pdf&i=21004)

## 2 - Diagnostic positif et bilan initial

- Diagnostic positif est en 1<sup>er</sup> lieu clinique.
  - Fièvre maternelle  $\geq 38^\circ$  à 2 reprises à 30 minutes d'intervalle, sans cause extra gynécologique identifiée.
  - Associée à au minimum 2 des critères suivants :
    - Tachycardie fœtale  $> 160$  bpm persistante
    - Douleur utérine ou CU douloureuses ou mise en travail spontanée
    - LA purulent
- Bilan initial :
  - NFS, CRP (valeur prédictive négative si CRP  $< 5$  mg/L)
  - Hémo cultures
  - PV et ECBU

## 3 – Antibiothérapie

- En cas d'infection intra-utérine, débiter immédiatement une antibiothérapie IV à visée : SGB et E. Coli
- Choix des antibiotiques
  - o **En 1<sup>ère</sup> intention : Amoxicilline (3 g / 24h) + Gentamycine (3mg / kg / 24h en 1 injection)**
  - o En cas d'allergie avérée à l'Amoxicilline : préconiser une C3G (risque d'allergie croisée  $< 3\%$ ) : Ceftriaxone 1 g /24h + Gentamycine (3mg /kg /24h en 1 injection)
  - o En cas d'allergie avérée aux bêta lactamines ou suspicion d'allergie grave à la pénicilline (œdème de Quincke, choc anaphylactique) : clindamycine 600 mg toutes les 6 heures + Gentamycine (3mg /kg /24h en 1 injection)
  - o Alternative CNGOF : En cas d'allergie grave aux bêta-lactamines, l'aztréonam peut être utilisé. L'usage de l'aztréonam nécessite l'ajout d'une molécule active sur les bactéries à Gram positif.
- Dans les situations douteuses sur les antécédents allergiques, ne pas oublier de prescrire un bilan allergologique à réaliser dans les mois qui suivent la naissance (contre-indiqué en cours de grossesse).
- A poursuivre durant toute la durée du travail, adapter aux résultats bactériologiques
- En post partum :
  - Après un accouchement par voie basse, discuter la poursuite ou non de l'antibiothérapie
  - Après césarienne, une dose post partum souhaitable, puis discuter la poursuite du traitement
  - En cas de bactériémie : prolonger le traitement

## 4 – Accouchement

- En cas d'infection intra-utérine, il est recommandé de faire naître l'enfant
- L'infection intra-utérine ne justifie pas à elle seule le recours à une césarienne
- Césarienne sur indication obstétricale habituelle