



الجمعية التونسية لطب الولدان

Association Tunisienne de Médecine Néonatale

Tunisian Association of Neonatal Care

Protocole de prise en charge des nouveau-nés suspects d'infection materno-fœtale bactérienne précoce (≤ 72 H)

Mise à jour : Décembre 2020

Conduite à tenir devant une suspicion d'infection materno-fœtale bactérienne précoce (≤ 72 H)

I- Ce protocole concerne les nouveau-nés ayant les critères d'inclusions suivants:

- **Nouveau-nés asymptomatiques**
- **AG ≥ 34 SA**
- **Anamnèse infectieuse maternelle positive:** définie par la présence d'au moins un élément d'anamnèse infectieuse :
 - une durée de rupture des membranes > 12 heures ;
 - une prématurité spontanée et inexplicquée (Terme < 37 SA);
 - une fièvre maternelle $> 38^{\circ}\text{C}$ en perpartum (au cours du travail ou dans les 2 heures qui suivent l'accouchement)
 - une chorio-amnionite définie par l'association d'une fièvre maternelle $\geq 38^{\circ}\text{C}$ + ≥ 1 des cinq critères suivants :
 - Leucocytose $> 15\ 000/\text{mm}^3$,
 - Tachycardie maternelle $> 100/\text{mn}$,
 - Tachycardie fœtale $> 160/\text{mn}$,
 - Utérus sensible,
 - Odeur fétide du liquide amniotique
 - une colonisation maternelle à SGB durant la grossesse actuelle (PV de dépistage de SGB positif et/ou bactériurie à SGB) ; et/ou un antécédent d'infection néonatale à SGB lors d'une précédente grossesse

- une infection maternelle suspectée ou documentée, une fièvre maternelle dans les 48 heures qui précèdent l'accouchement, ou une infection urinaire non traitée ou traitée depuis moins de 48 heures
- IMF suspectée ou confirmée chez un jumeau

II- Classification des nouveau-nés selon le degré du risque :

- Les enfants asymptomatiques seront classés en **2 groupes (A et B)** selon le degré du risque d'IMF et selon que la mère a reçu ou non une antibioprophylaxie perpartum adéquate.

Les critères d'une antibioprophylaxie per-partum adéquate sont les suivants:

l'antibiothérapie maternelle 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 (deux injections doivent être reçues). En cas d'allergie à la Peni, la mère doit avoir reçu Clindamycine en IV ou érythromycine en IV au moins 4 heures avant la naissance,

- Les enfants devenus secondairement symptomatiques seront classés dans un 3^{ème} groupe (groupe C)

Groupe A : nouveau-nés à faible risque d'IMF :

Inclus les enfants ayant un des critères suivants :

1. Colonisation maternelle à SGB et/ou antécédents d'infection néonatale à SGB ayant reçu une antibioprophylaxie adéquate
2. Portage de SGB inconnu avec : prématurité spontanée et/ou rupture des membranes de durée > 12 Heures avec antibioprophylaxie adéquate
3. Portage de SGB inconnu avec prématurité spontanée ou rupture des membranes de durée > 12 Heures avec antibioprophylaxie inadéquate ou non administrée
4. Chorioamniotite maternelle et/ou fièvre maternelle > 38 °C confirmée pendant l'accouchement ou dans les 2 heures qui suivent l'accouchement, et/ou une infection maternelle suspectée ou documentée, et/ou une fièvre maternelle ou une infection urinaire non traitée ou traitée depuis moins de 48 heures, ayant reçu une antibioprophylaxie adéquate

Prise en charge : Surveillance en maternité pendant 48 Heures (cf feuille de surveillance) ET une CRP entre H12 et H24

* Si CRP < 10mg/L, nouveau-né asymptomatique

⇒ Sortant, évaluation clinique dans les 48 heures si le nouveau-né a été mis sortant précocement + évaluation téléphonique à J8 ET J40 de vie.

* Si CRP entre 10 et 30 mg/L, ⇒ Surveillance clinique, CRP entre H 36 et H 48 heures sans traitement;

* Si la 2ème CRP est négative ou reste identique (pas d'ascension)

⇒ Sortant, évaluation clinique dans les 48 heures si le nouveau-né a été mis sortant précocement + évaluation téléphonique à J8 de vie et à J40

* Si la première CRP est > 30 mg/L ou devenant > 30 mg /L lors du deuxième contrôle de la CRP

⇒ Hospitalisation,

⇒ Surveillance clinique stricte, CRP contrôlée 24 heures après et toutes les 24 à 48 heures sans traitement;

⇒ Si le nouveau-né est toujours asymptomatique, et la CRP est en hausse ou stable, rechercher une autre cause favorisant l'élévation de la CRP et continuer le contrôle de la CRP chaque 24 h jusqu'à la baisse sans traitement.

⇒ Le nouveau-né ne sera mis sortant que s'il est asymptomatique avec une CRP < 30 mg avec contrôle clinique au bout de 48 heures et il sera revu à la moindre anomalie + contrôle téléphonique à J40.

Groupe B : nouveau-nés à haut risque d'IMF :

Inclus les enfants ayant les critères suivants

- colonisation maternelle à streptocoque SGB et/ou antécédent d'infection néonatale à SGB lors d'une précédente grossesse n'ayant pas reçu une antibioprophylaxie adéquate
- Chorioamniotite maternelle et/ou fièvre maternelle $> 38^{\circ}\text{C}$ confirmée pendant l'accouchement ou dans les 2 heures qui suivent l'accouchement, et/ou une infection maternelle suspectée ou documentée, et/ou une fièvre maternelle ou une infection urinaire non traitée ou traitée depuis moins de 48 heures, n'ayant pas reçu une antibioprophylaxie adéquate
- IMF suspectée ou confirmée chez un jumeau
- Portage de SGB inconnu avec : prématurité spontanée et rupture des membranes de durée > 12 Heures n'ayant pas reçu une antibioprophylaxie adéquate

Prise en charge : Hospitalisation systématique en néonatalogie ou surveillance stricte en maternité

- Pas d'antibiothérapie empirique
- Pas de Prélèvements périphériques
- Surveillance clinique stricte (examen clinique par un pédiatre toutes les 6 heures) pendant 48 H
- CRP à H12 et à H24

- Si les 2 CRP sont < 10mg et bébé asymptomatique à H48, à mettre sortant et contrôle téléphonique J8 ET J40
- Si CRP à H12 >10mg ou CRP à H24 > 10mg (malgré une CRP initiale <10) → à hospitaliser (s'il ne l'est pas encore) et démarrer les antibiotiques pas Totapen + Genta après bilan bactériologique (voir infra : bébé symptomatique)

Tout nouveau-né non traité doit avoir la possibilité de reconsulter et d'être ré hospitalisé si apparition d'un signe clinique anormal avant le RDV prévu de J8 et/ou J40

Groupe C : nouveau-nés devenus secondairement symptomatiques :

Tout nouveau-né devenant secondairement symptomatique au bout de quelques heures doit être immédiatement hospitalisé en néonatalogie (voir annexe : signes d'IMF)

⇒ NFS, CRP, HC,

⇒ La Ponction lombaire sera indiquée d'emblée si Sepsis ou signes neurologiques. Elle sera faite systématiquement si Hémoculture positive ou en l'absence d'amélioration sous ATB ou si CRP ≥ 50 mg/l

⇒ Mettre sous bi-antibiothérapie (Claforan + Genta) par voie intraveineuse en l'absence de signes de gravités et de troubles neurologiques

⇒ En cas d'infection jugée sévère du fait de troubles hémodynamiques ou de détresse respiratoire sévère, le nouveau-né est mis sous triple antibiothérapie (les doses de l'ampicilline et la céfotaxime sont doublées à 200 mg/kg) en attendant la PL différée.

- Si la CRP initiale est négative, et pas d'aggravation clinique → ne pas faire une CRP de contrôle après 48 heures de traitement. Les antibiotiques sont arrêtés en cas d'évolution clinique favorable après une durée totale de 2 jours si Hémoculture Négative.
- Si la CRP initiale est > 50 mg/ml, une PL sera pratiquée de façon systématique. Une CRP de contrôle sera pratiquée après 5 jours de traitement antibiotique. (La durée totale de l'antibiothérapie sera au minimum de 5 jours avec une évolution clinique favorable, une CRP négative et en absence de méningite ou de septicémie)
- Si la CRP initiale est entre 10 mg/l et 50 mg/l → refaire une CRP après 48 heures
 - Si la CRP de contrôle est > 50 mg/l et/ou en cas d'aggravation clinique : une PL sera pratiquée
 - Si la CRP de contrôle est stable ou en baisse sans aggravation clinique : la PL ne sera pas pratiquée

- les antibiotiques sont poursuivis pendant 8j si septicémie, 15 à 21 jours si méningite néonatale non compliquée).

Tous les nouveau-nés devenus symptomatiques seront revus à la consultation externe à l'âge de 40 J.

Annexe 1 : feuille de surveillance clinique de l'IMF (SFN 2017)

Age (heures)	H4	H8	H12	H16	H20	H24	H30	H36	H42	H48
Date et heure										
Température $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$										
Fréquence cardiaque >160 (au calme) ou $<80/\text{min}$										
Fréquence respiratoire $>60/\text{min}$										
Signes de lutte respiratoire (tirage, geignement)										
Aspect de la peau anormal (pâleur, cyanose, marbrures, teint gris)										

Annexe 2: Signes cliniques chez le nouveau-né faisant suspecter une infection materno-fœtale

- fièvre ($> 37,8^{\circ}\text{C}$) ou hypothermie ($< 35^{\circ}\text{C}$),
- difficulté à téter ou refus de téter ou fausse route à répétition
- signes hémodynamiques : teint gris, tachycardie, bradycardie, cyanose des extrémités, temps de recoloration allongé, dénaturation, état de choc
- signes neurologiques : fontanelle tendue, somnolence, troubles du tonus, troubles de conscience, convulsions ;

- signes cutanés : ictère précoce non hémolytique, teint sale, , purpura, éruption, cyanose ;
- signes digestifs : vomissements à répétition (2-3 reprises sous traitement anti-reflux), météorisme abdominal, hépatosplénomégalie.
- signes respiratoires : geignements, difficulté respiratoire, tachypnée, dyspnée, pauses respiratoires, détresse respiratoire secondaire, apnées ;



