

Cas clinique 1

Fièvre – sepsis - ...

DESC « Pathologie Infectieuse et Tropicale »
Thématique n° 21: infections et femmes enceintes
Mercredi 14 octobre 2020

1. Que recherchez-vous à l'interrogatoire/examen clinique et quel bilan programmez vous?

Mme D. 29 ans consulte pour hyperthermie.

Cette patiente est d'origine marocaine, en France depuis 8 mois où elle est aide-soignante en EHPAD. Elle n'a pas d'antécédent particulier. Elle est G2P1 avec une première grossesse compliquée d'un diabète gestationnel il y a 4 ans. Elle est enceinte à 13 SA, immunisée pour la rubéole et la toxoplasmose.

Elle rapporte une hyperthermie à 38,5°C depuis 48h associée à une asthénie

Fièvre et grossesse

Démarche diagnostique structurée

1) Recherche des signes de gravité

TABLEAU	SIGNES DE GRAVITÉ
	Maternels
	Hypotension : PA systolique < 80 mmHg Tachycardie > 120/min Fréquence respiratoire > 25 min Troubles de conscience Signes de localisation neurologique Convulsions Marbrures Purpura Syndrome hémorragique Oligo-anurie
	Obstétricaux
	Perte de liquide Perte de sang Baisse des mouvements fœtaux Contractions régulières/fréquentes Modifications du col utérin

Fièvre et grossesse

Démarche diagnostique structurée

2) Recherche d'un point d'appel

- Les pathologies courantes: pyélonéphrite, cholécystite, infections des voies respiratoires
- Les urgences: appendicite, méningite, déshydratation (vomissements)
- Les pathologies à risque foetal: chorioamniotite, listériose, CMV, toxo, parvoB19, rubéole, varicelle (faire le point sur contagé, sérologies, vaccinations)

3)

Rechercher une exposition à risque

Notion de contagé ?

- Tuberculeux.
- Avec un proche ayant une symptomatologie respiratoire ou ORL ? Cutanée ? Digestive ?
- Si symptômes respiratoires/ORL : évoquer virose ORL, grippe, rougeole ou varicelle (à partir de 3 j avant le début de l'éruption).
- Cutanés : rougeole, varicelle, parvovirus B19, rubéole, coxsackie.
- Digestifs : gastro-entérite aiguë.

Geste obstétrical invasif dans les 30 jours précédents ?

- Risque de chorio-amnionite.

Consommation de certains aliments ?

- Charcuterie artisanale, produits au lait cru ou traiteur non recuits (au cours du mois précédent) : redouter une listériose.

Voyage récent ?

- Où ? Quand ? Durée ?
- Prophylaxies adaptées en cas de séjour en zone impaludée ?
- Bains en eau douce ? Piqûres de moustique ? De tiques ? Autres ?
- Gestion du péril fécal ?

Rapports non protégés à risque d'IST ?

2. Que lui répondez-vous (argumentez) ?

L'évolution de ce premier épisode fébrile est spontanément favorable en 72h.

La sage-femme ayant effectué la consultation vous appelle pour les résultats de l'ECBU réalisé au moment de la consultation:
leucocytes = 10^6 /ml, hématies = ,
cellules pavimenteuses
nombreuses, bactéries
nombreuses, culture =
Streptococcus agalactiae 10^5 /ml,
pas d'antibiogramme réalisé.

Colonisation urinaire (*ex bactériurie asymptomatique*)

- A traiter chez la femme enceinte
- A contrôler par un second ECBU ?
- Pas d'urgence au traitement, toujours documenté
- *S. agalactiae*:
 - plutôt témoin d'une colonisation vaginale
 - Attention, si allergie: préciser l'allergie, demander antibiogramme
- ECBU de contrôle 8-10j après la fin du traitement puis tous les mois

IU gravidiques : colonisation

Colonisation urinaire (bactériurie asymptomatique)
1 culture monomicrobienne $\geq 10^5$ ufc/mL

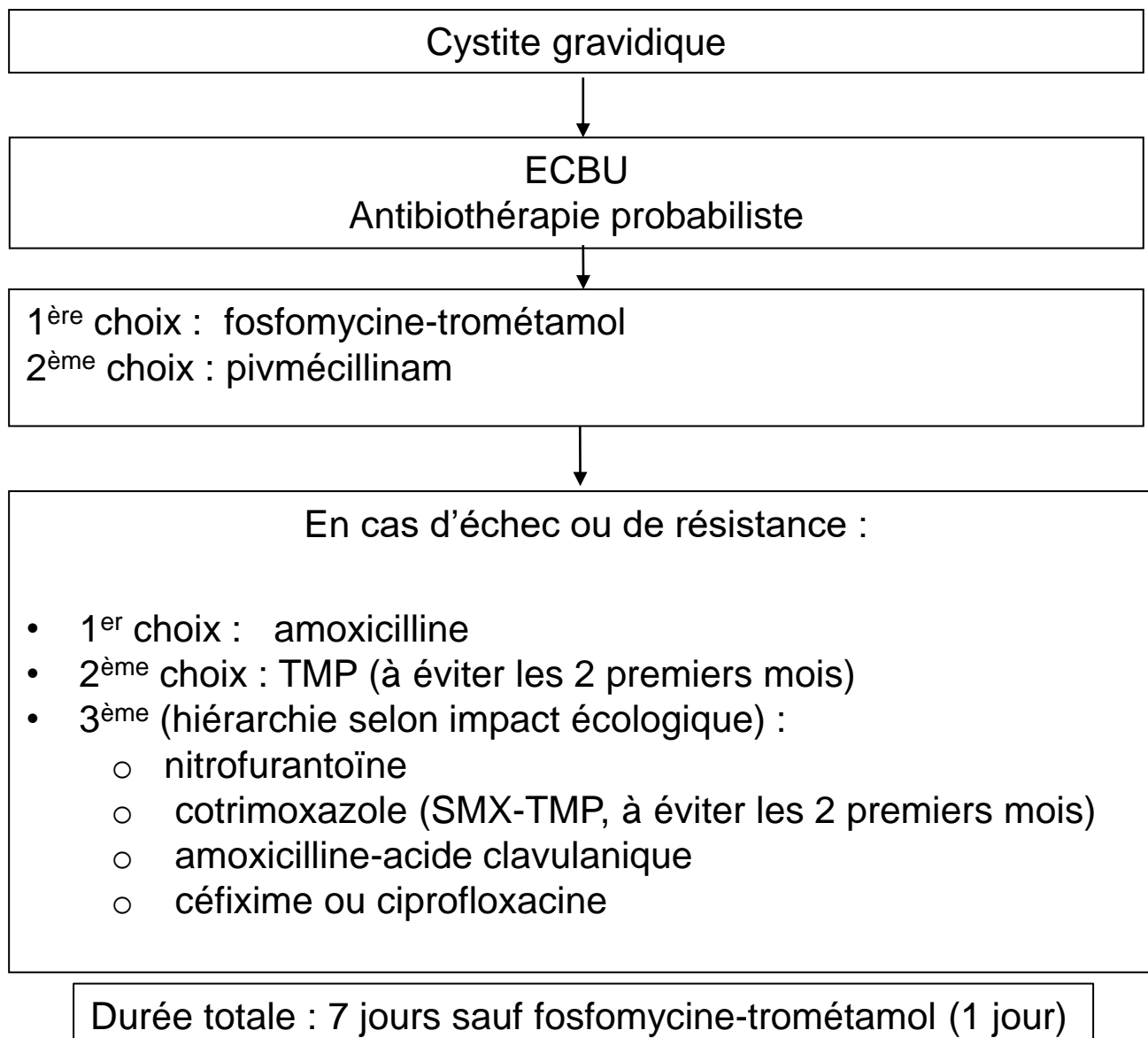


Traitement d'emblée selon l'antibiogramme

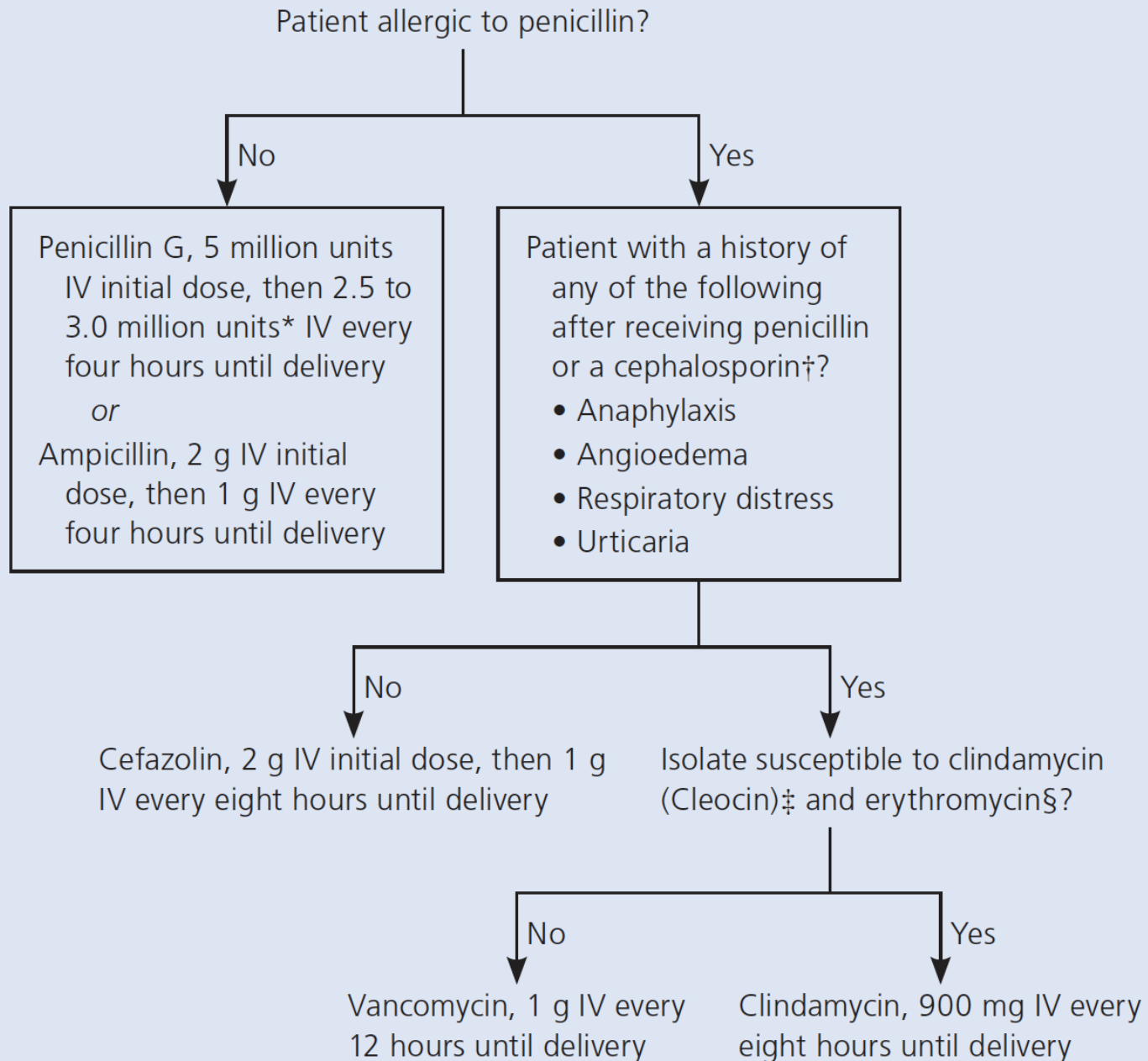
- 1^{er} choix : amoxicilline
- 2^{ème} choix : pivmécillinam
- 3^{ème} choix : fosfomycine-trométamol
- 4^{ème} choix : TMP (à éviter les 2 premiers mois)
- 5^{ème} choix (hiérarchie selon impact écologique) :
 - nitrofurantoïne
 - cotrimoxazole (SMX-TMP, à éviter les 2 premiers mois)
 - amoxicilline-acide clavulanique
 - cefixime

Durée totale : 7 jours sauf fosfomycine-trométamol 1 jour

IU gravidiques : cystite



Intrapartum Antibiotic Prophylaxis for GBS Disease Prevention



Infections materno-foetales

- u Méningites
- u Septicémies (chocs)

- Streptocoque agalactiae (B) : 60 %
- E. Coli : 20 %
- Autres * : 20 %

- Colonisation bactérienne = obligatoire
 - 50 à 70 % des nouveau-nés de mères porteuses de Strepto B se colonisent à la naissance ;
- Infection : sévère +++ si retard au traitement
- Choc, hypoxémie réfractaire, méningite

Dépistage

+++

*Autres : E. coli K1, Entérocoque, Haemophilus, Klebsiella, Staphylocoque doré, Pseudomonas, Listéria, anaérobies ...

Stratégie préconisée

Le dépistage systématique du portage de *Streptococcus agalactiae* ou streptocoque du groupe B (SGB) (prescrit comme tel) est recommandé en fin de grossesse, idéalement entre 34 et 38 SA, en raison de :

① Dépister toutes les femmes à T3, idéalement entre 34 et 38 SA)

- « PV strepto B »
- ordonnance laboratoire, possibilité auto-prélèvement *
- si allergie : demander ATB gramme +++ (résistance macrolides)

👉 Noter le résultat dans le dossier +++ et ne pas traiter !

* Mercer BM et al. AmJ Obstet Gynecol, 1995;173:1325-8

② A l'accouchement (pdt travail)

Strepto B -

Pas de ttt

Pas de notion

Sauf si : facteur de risque
(acct avant 37 SA, RPM > 12 h, fièvre > 38° C pdt W)

Strepto B +

PV + et/ou ECBU + lors de la grossesse

ATCD Nné infecté strepto B

PV inutile

ATB IV

3. Quelle prise en charge proposez-vous (argumentez) ?

La patiente reconsulte à 21 SA pour nouvelle hyperthermie à 39°C évoluant depuis 24 heures.

Elle décrit des arthromyalgies, une toux sèche.

L'examen clinique est sans particularité.

Elle vous informe que de nombreux résidents de l'EHPAD présentent le même type de symptômes "comme tous les hivers".

Grippe et grossesse

Incidence

- Peu d'études spécifiques
- Grippe ou syndrome respiratoire aigu
- 5-22% au cours de la grossesse versus 5-10% chez l'adulte

Neuzil KM, Infect Dis Clin North Am 2001; Influenza vaccine: issues and opportunities

Griffiths PD, J Epidemiol Community Health 1980; A prospective study of influenza infections during pregnancy

Grippe et grossesse

Gravité

- Pandémie 1918 H1N1 (*Harris JW, JAMA 1919*)
 - n= 1350
 - 50% de pneumonie avec environ 50% de décès
 - Létalité globale = 27%

	1 ^{er} trimestre	2 ^{ème} trimestre	3 ^{ème} trimestre	9 ^{ème} mois
Mortalité	7%	17%	24%	39%

- Pandémie 1918 H1N1 (*Nuzum JW, JAMA 1918*)
 - n= 86 femme enceinte hospitalisées
 - Létalité globale = 45,5%



Impact of Influenza on Acute Cardiopulmonary Hospitalizations in Pregnant Women

Neuzil KM

Pour 10 000 femmes au 3^{ème} trimestre de grossesse

– sans autre facteur de risque que la grossesse

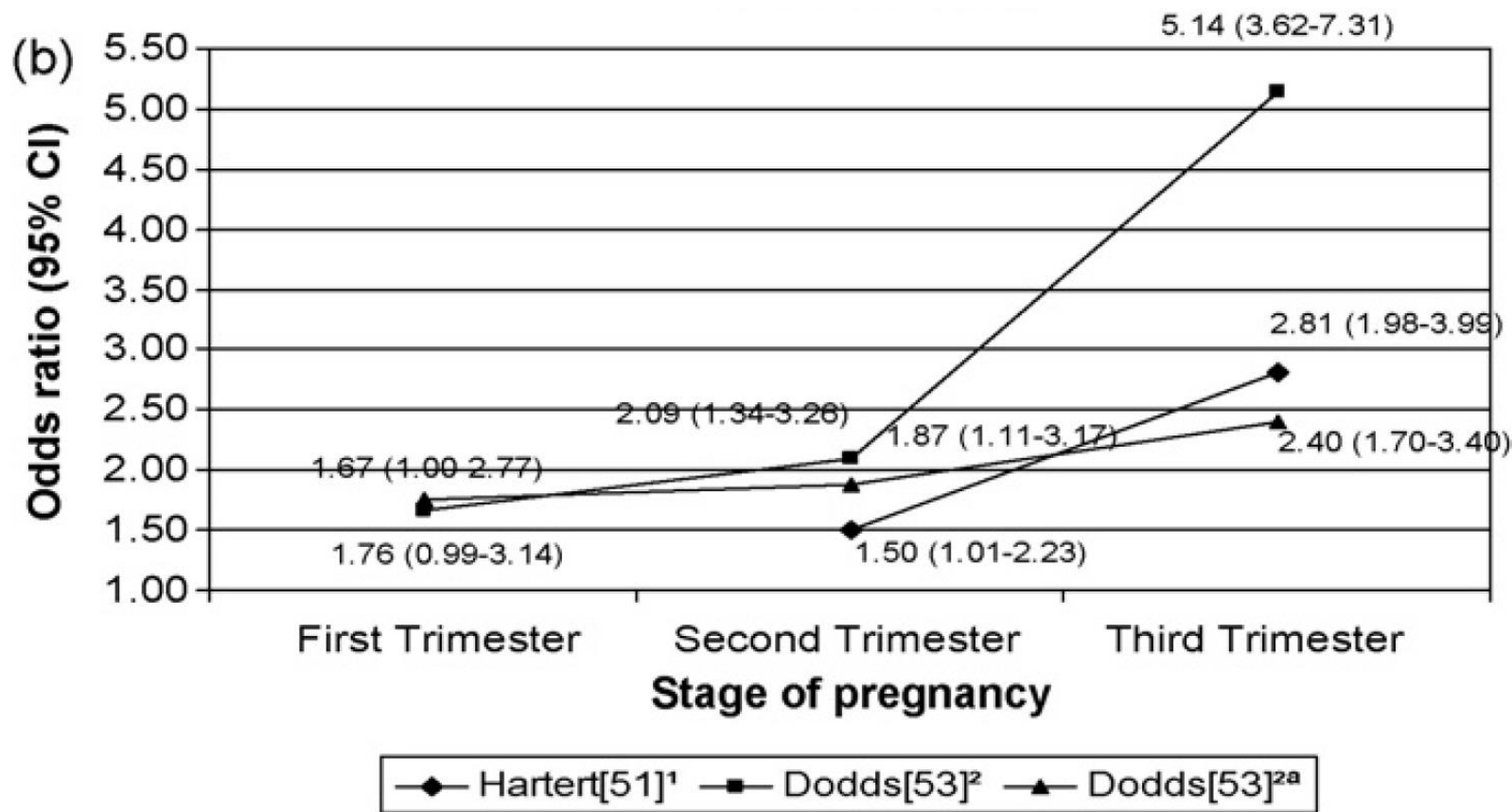
– et exposées à 2,5 mois de saison grippale,

25 seront hospitalisées pour une complication grave liée à la grippe

Is routine influenza immunization warranted in early pregnancy?

Skowronski DM, Vaccine 2009

Hospitalisation pour syndrome respiratoire aigu chez les femmes enceintes sans comorbidité selon l'âge gestationnel



French Experience of 2009 A/H1N1v Influenza in Pregnant Women

Dubar G, PlosOne 2010

Table 4. Impact of coexisting illnesses and the timing of antiviral treatment on admission to an intensive care unit.

	Adjusted OR	95% CI	p value
Coexisting illness	5.11	2.22–11.78	<0.001
Delay of treatment <3 days after symptom onset	Reference	-	-
Delay of treatment 3–5 days after symptom onset	4.78	1.89–12.09	0.001
Delay of treatment >5 days after symptom onset	61.24	14.35–261.25	<0.001

Grippe et grossesse

- La grippe chez la femme enceinte
 - Est plus grave
 - Met en jeu le pronostic de la mère
de la grossesse
du nouveau-né
- Le traitement
 - Oseltamivir
 - Le plus rapidement possible
- La vaccination
 - Protège la mère
 - Et son bébé

4. Quelle est votre prise en charge ?

A 29SA, un diabète gestationnel est diagnostiqué et la patiente est traitée par insuline après échec du régime seul.

A 31 SA, elle est amenée par son mari aux urgences pour douleur abdominale.

Elle est fébrile à 39,2°C. La palpation de l'hypocondre droit et de la fosse lombaire droite est douloureuse.

Pyélonéphrite

Toute fièvre doit faire rechercher une pyélonéphrite

- Bandelette ++ (leuco?, nitrites, sang, protéines)

- ECBU

 - E coli +++, autres BGN, S. agalactiae

- Hospitalisation habituelle au 3^{ème} trimestre

- Echographie rénale et des voies urinaires recommandée

surtout si présentation sévère ou hyperalgique

PNA - stratégie probabiliste (1)



PNA sans signe de gravité

PNA simple :

Ciprofloxacin ou lévofloxacin
(sauf si FQ dans les 6 mois)

OU

Céfotaxime ou ceftriaxone

PNA à risque de complication :

Céfotaxime ou ceftriaxone (à privilégier si
hospitalisation)

OU

Ciprofloxacin ou lévofloxacin
(sauf si FQ dans les 6 mois)

Si contre-indications : aminoside (amikacine, gentamicine ou tobramycine) ou aztréonam

Nouveau!

Ciprofloxacin possible en cas d'allergie aux bétalactamines

5. Quels traitements débutez-vous (argumentez)?

L'ECBU retrouve:

- leucocyturie à 10^8 /ml
- nombreuses bactéries à l'ED.

L'échographie rénale met en évidence une dilatation modérée des voies urinaires à droite, considérée comme physiologique par le radiologue.

L'état de la patiente se dégrade rapidement, la TA chute à 8/5 malgré un remplissage, elle est tachycarde à 123/min et fébrile à $39,8^{\circ}\text{C}$ malgré le paracétamol.

PNA - stratégie probabiliste (2)



PNA avec signes de gravité (quick-SOFA \geq 2) **OU** geste urologique urgent

Pas de choc septique

Céfotaxime ou ceftriaxone + amikacine

Si allergie : aztréonam + amikacine

Si atcd d'IU/colonisation urinaire à EBLSE < 6 mois, choix selon la documentation microbiologique antérieure :

- Piperacilline-tazobactam + amikacine si souche sensible
- A défaut imipénème ou méropénème + amikacine

Choc septique

Céfotaxime ou ceftriaxone + amikacine

Si allergie : aztréonam + amikacine

Si atcd d'IU/colonisation à EBLSE < 6 mois, **OU** amox-clav/C2G-C3G/FQ < 6 mois **OU** voyage en zone d'endémie EBLSE

Imipénème ou méropénème + amikacine

6. De quelles alternatives disposez-vous en relais en fonction de votre antibiogramme?

Sous votre traitement, la patiente s'améliore rapidement.

La culture de l'ECBU retrouve un *E. coli*.

PNA - antibiothérapie de relais



Tous types de PNA (en dehors IU masculine **OU** gravidique)

Désescalade si possible dès que l'antibiogramme est disponible

Relais oral possible si contrôle clinique acquis :

Selon la sensibilité :

- Amoxicilline, à privilégier
- Amoxicilline - acide clavulanique
- Ciprofloxacin ou lévofloxacin
- Céfixime
- Cotrimoxazole (TMP-SMX)

PNA - durée de traitement



- PNA simple
 - 7 j si β -lactamine parentérale **OU** fluoro-quinolone
 - 5 j si aminoside en monothérapie
 - 10 j dans les autres cas
- PNA à risque de complication
 - 10 j si évolution rapidement résolutive
 - 14 j autres situations
 - Au cas par cas, rares indications de traitement plus prolongé.

7. Quelle est la conduite à tenir (y compris les grandes de la prise en charge obstétricale importante pour la prise en charge infectiologique) ?

La suite de la grossesse se déroule sans complication.

La patiente consulte aux urgences obstétricales à 39SA + 5 pour perte des eaux.

Rupture des membranes à terme

- Pas de tocolyse
- Monitoring foetal
- Recherche d'un syndrome septique maternel
- Pas d'antibiothérapie systématique sauf si colonisation *S. agalactiae*: ATB immédiate!
- ATB recommandée si rupture > 12h