

# Cas clinique 1

## *Fièvre durant la grossesse*

**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 26 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
	<b>Maternels</b>
	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
	<b>Obstétricaux</b>
	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 fœtal: 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 résolutif 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 ? (nombreuses cellules pavimenteuses)
- 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



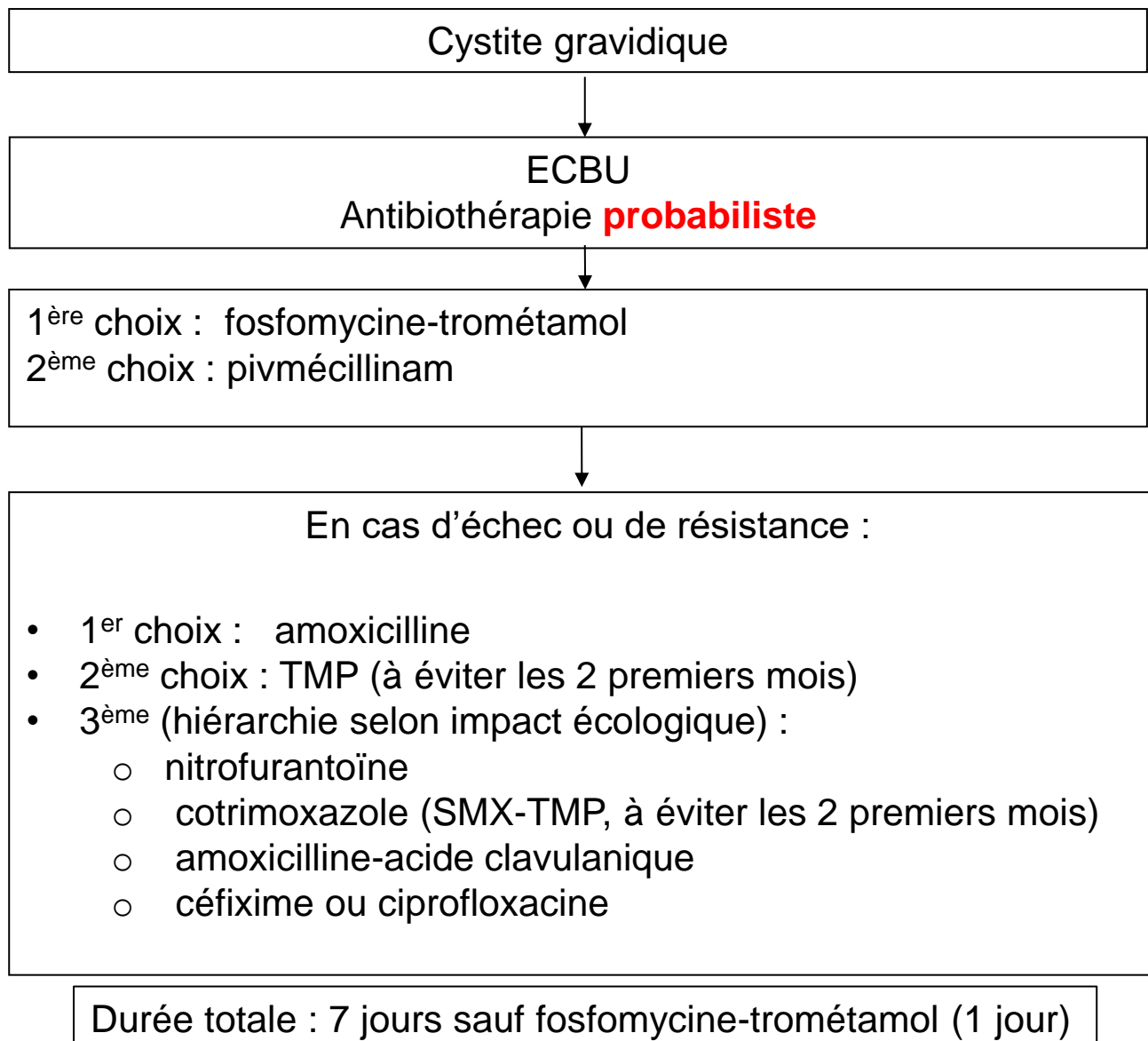
Traitement d'emblée **selon l'antibiogramme**

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

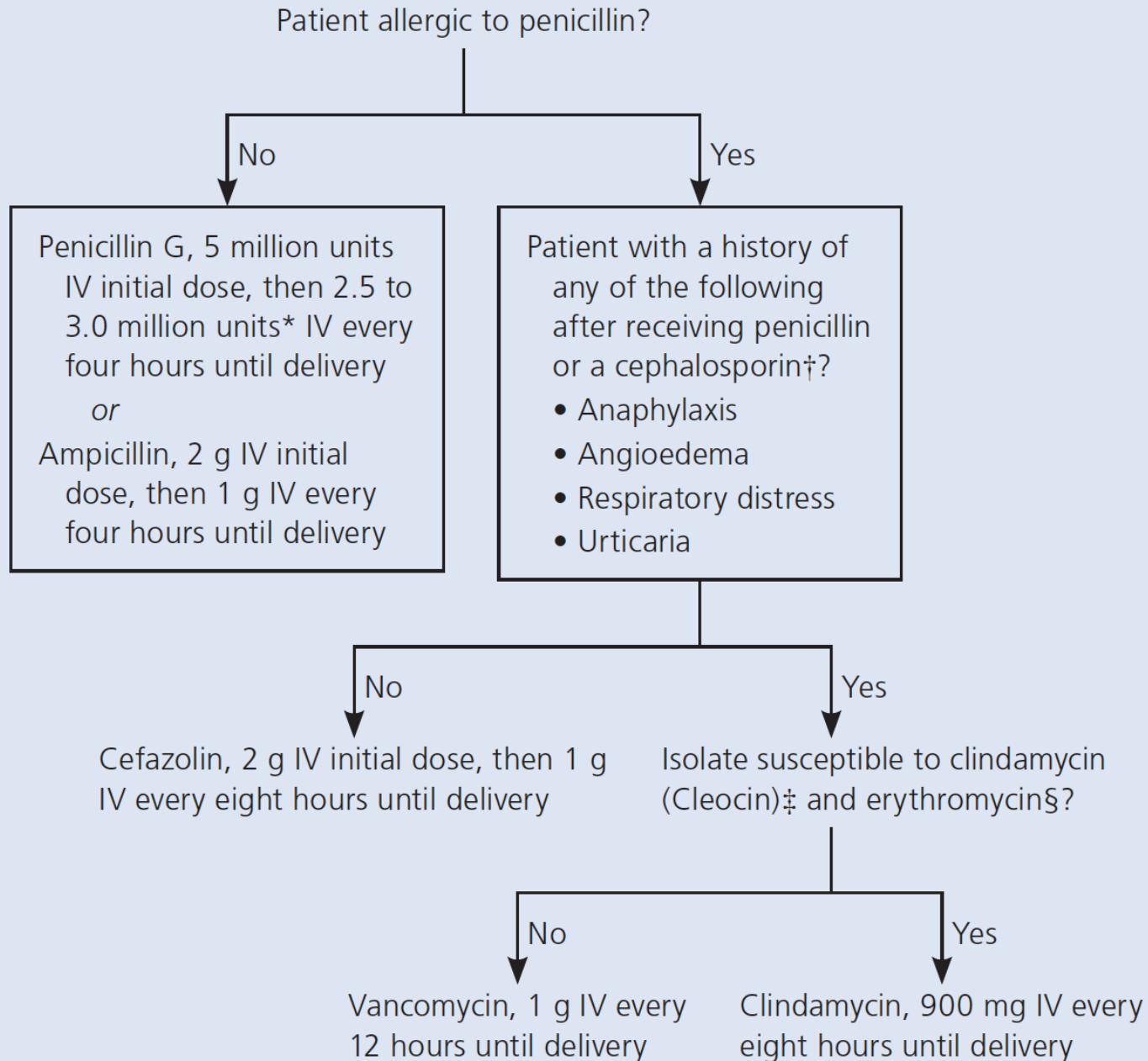
Durée totale : 7 jours sauf fosfomycine-trométamol 1 jour



# IU gravidiques : cystite



# Intrapartum Antibiotic Prophylaxis for GBS Disease Prevention



# Infections materno-foetales

- u Méningites
- u Septicémies (chocs)

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

- Colonisation bactérienne

➤ 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. Que proposez-vous ?

La patiente consulte à 32 SA pour nouvelle hyperthermie à 39°C évoluant depuis 24 heures.

Elle décrit des arthromyalgies, une toux sèche.

L'examen clinique est sans particularité.

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

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 <sup>er</sup> trimestre	2 <sup>ème</sup> trimestre	3 <sup>ème</sup> trimestre	9 <sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> trimestre de grossesse**

– sans autre facteur de risque que la grossesse

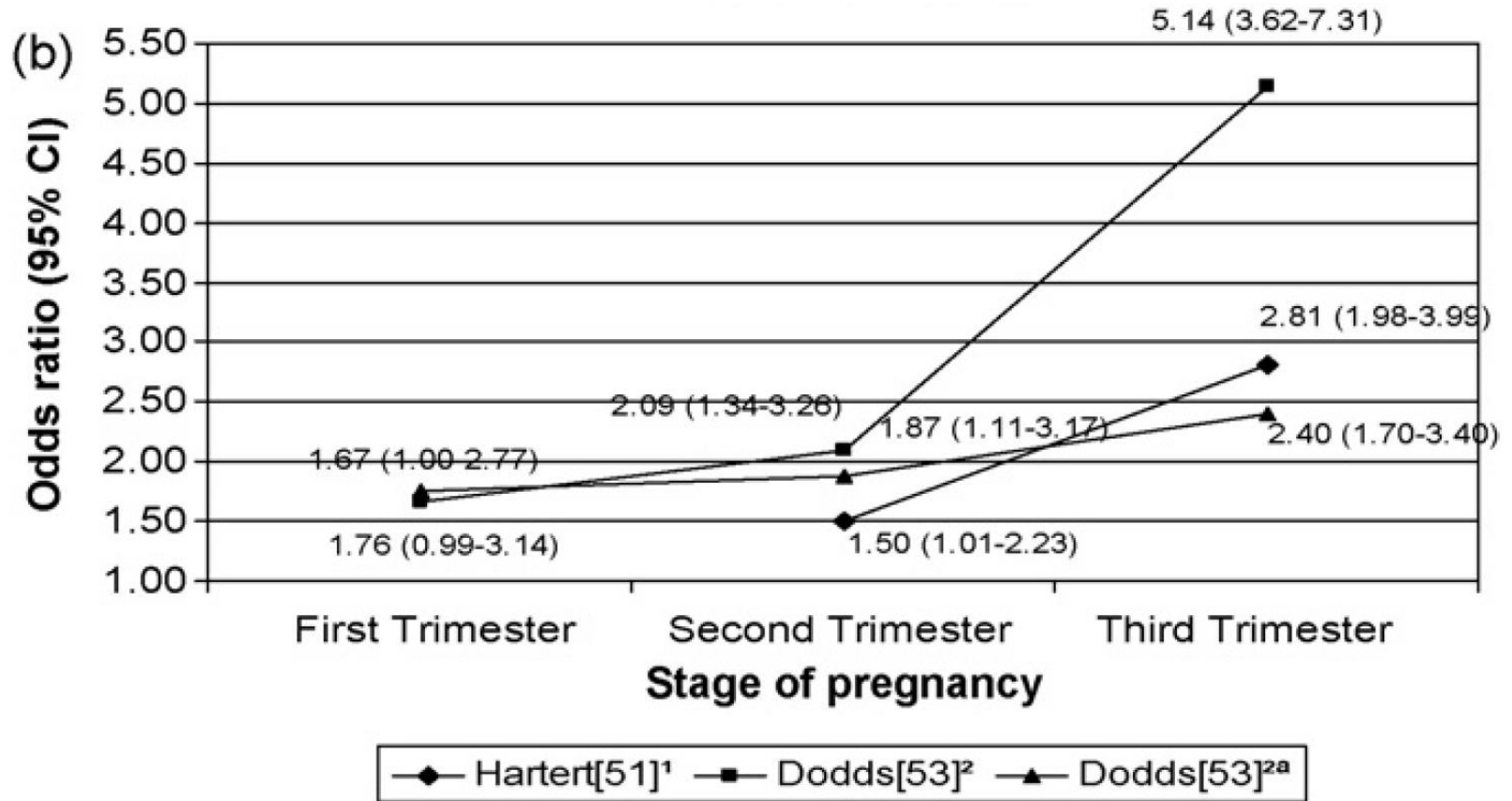
– et exposées à 2,5 mois de saison grippale,

**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.

	<b>Adjusted OR</b>	<b>95% CI</b>	<b>p value</b>
<b>Coexisting illness</b>	5.11	2.22–11.78	<0.001
<b>Delay of treatment &lt;3 days</b> after symptom onset	Reference	-	-
<b>Delay of treatment 3–5 days</b> after symptom onset	4.78	1.89–12.09	0.001
<b>Delay of treatment &gt;5 days</b> 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

## 5. Quelle est votre prise en charge ?

Quinze jours plus tard (34 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<sup>ème</sup> 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



**6. 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°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

**7. 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
- Ciprofloxacine ou lévofloxacine
- Céfixime
- Cotrimoxazole (TMP-SMX)

# PNA - durée de traitement



- PNA simple
  - 7 j si  $\beta$ -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.

**8. 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