

# Cas clinique grossesse



Caroline Charlier-Woerther

Une femme de 30 ans G1P0, enceinte 14 SA.

1. Elle présente des leucorrhées claires, un prurit vulvaire. La patiente est apyrétique. La grossesse se déroule normalement. Un prélèvement vaginal objective la présence de levures à l'examen direct : *C. albicans* en culture. Quel est votre diagnostic ? Quel traitement proposez-vous ?

- A. Azolé topique
- B. Azolé systémique
- C. Ovule antiseptique de type colposeptine.
- D. Absention thérapeutique, les azolés sont tératogènes pendant la grossesse
- E. Douches vaginales

Une femme de 30 ans G1P0, enceinte 14 SA.

2. Un prélèvement vaginal de contrôle a été prescrit à 14 SA. Il met en évidence la présence *d'E. coli* sauvage.  
La patiente n'a aucun symptôme.

Que proposez-vous ?

Une femme de 30 ans G1P0, enceinte 14 SA.

3. Le prélèvement vaginal met en évidence la présence *d'E. coli* avec ce phénotype. La patiente n'a aucun symptôme.

Que proposez-vous ?

Une femme de 30 ans G1P0, enceinte 14 SA.

4. Le prélèvement vaginal met en évidence la présence d'*E. coli* avec ce phénotype. La patiente n'a aucun symptôme. Que proposez-vous ?



•5. Un mois plus tard, à 28SA, la patiente présente une fièvre à 38°, des contractions utérines et des leucorrhées louches.

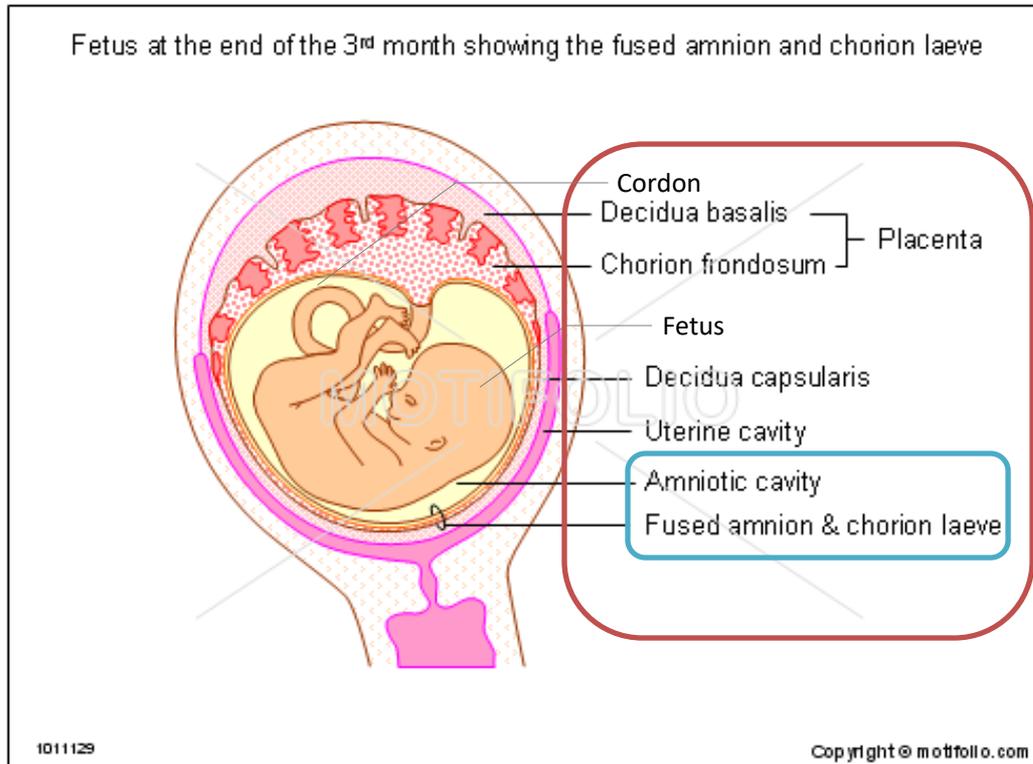
5a Quel diagnostic ?

5b Quels sont les germes les plus fréquemment associés ?

5c Quelle prise en charge proposez-vous ?

# Infection intra-utérine

- Remplace le terme de chorioamniotite



Infection intra-  
utérine

Chorioamniotite

# Infection intra-utérine

## définition

- Remplace le terme de chorioamniotite
- Diagnostic clinique

Confirmé si température  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , sans autre cause associée à  $\geq 2$  signes :

- tachycardie fœtale  $> 160$  bpm  $\geq 10$  min
- douleurs utérines ou travail spontané,
- liquide amniotique purulent à l'orifice cervical

### III Intra-utérine inflammation or infection

Fièvre supérieure à  $39^{\circ}\text{C}$  1 fois ou  $> 38^{\circ}\text{C}$  2 fois +  $\geq 1$  critères suivants :

- tachycardie fœtale  $> 160$  bpm  $> 10$  minutes,
- hyperleucocytose  $> 15\,000/\text{mm}^3$  hors corticothérapie maternelle,
- liquide purulent prélevé au niveau du col,
- arguments biochimiques ou microbiologiques dans le LA (examen direct positif, culture microbiologique positive, glycosamnie basse, hypercellularité du liquide).

# Infection intra-utérine épidémiologie

- **Données épidémiologiques**
  - 1-4% des grossesses
  - 25% des patientes avec RPM, soit d'emblée, soit secondairement
  - Facteurs de risque :
    - Durée rupture des membranes,
    - ATCD IIU,
    - IST ou vaginose

# Infection intra-utérine

- CRP < 5 mg /L exclut le dg
  - Ponction de liquid amniotique n'est plus recommandée
  - Agents en cause : flore vaginale/ fécale
    - Streptocoque B - autres
    - *E. coli* /entérobactéries
    - Anaérobies
    - Candida < 1%
- Plurimicrobien dans au moins 2/3 des cas

# Infection intra-utérine

## Traitement

- **Déclencher la naissance:** voie basse ou césarienne
- **Antibiothérapie maternelle : Bétalactamine/aminoside**
  - Cefotaxime 1g x 3/j
  - Gentamicine 5-7mg/kg/j
  - Métronidazole 500mg x 3/j optionnel si césarienne
- **Durée antibiothérapie**
  - 1 dose post accouchement
  - + long si bactériémie
  - + long si persistance de la fièvre ou obésité +/- César