

INFECTION NEONATALE PRECOCE

DOCTEUR TAREK FATMI

CHU ANNABA

2019-2020

Tarek.pediatre.78@gmail.com

1/Définition :

Agression de l'organisme du nouveau né par un agent bactérien.

Le caractère précoce varie selon les études:

- dans les 3 premiers jours de vie.
- dans les 7 premiers jours de vie.

En France, la définition de l'INBP «diffère» des autres pays

Infection certaine :

- Mise en évidence du germe dans le sang ou le LCR
- En général accompagnée de signes cliniques

Infection probable :

- Anomalie clinique et/ou biologique associée à l'isolement d'un germe dans les prélèvements bactériologiques.

Colonisation :

- Isolement d'un germe dans les prélèvements bactériologiques.
- Sans anomalie clinique ou biologique associée.

Infection possible :

- diagnostiquée par une anomalie clinique et /ou biologique, mais non documentée (bactériostérile).

2/Intérêt :

Des publications récentes ont évalué l'incidence du sepsis néonatal précoce prouvé par hémoculture à 0.76–0.9 pour mille naissances vivantes.

La proportion des infections à SGB est de 38 à 50 %.

La mortalité du sepsis néonatal à SGB est de 4–11 %.

Les prématurés ont une mortalité clairement plus élevée que les nouveau-nés à terme.

Le pronostic dépend de la précocité de traitement.

3/Physiopathologie :

Issue d'un milieu stérile.

Contamination par des germes des le passage par la filière génitale.

Colonisation par la flore saprophyte mais équilibre fragile.

Déficit physiologique immunitaire :

Déficit fonctionnel des lymphocytes T

Immunité potentielle, pas encore de mémoire.

Déficit humoral compense par les IGG maternelle.

Immaturité du système du complément.

L'infection est transmise de la mère à l'enfant soit avant l'accouchement (in utero) soit pendant l'accouchement (per partum).

Trois modes de contamination : hématogène, génitale ascendante, transnationale.

4/Facteurs de risque :

❖ **critères majeurs :**

- Chorioamniotite.
- Jumeau atteint d'IMF.
- Fièvre maternelle $\geq 38^\circ$ avant ou début de travail.
- Prématurité spontanée < 35 SA.
- RPDE ≥ 18 heures.
- RPM < 35 SA.
- Si pas d'antibioprophylaxie maternelle complète :
 - ✓ ATCD d'IMF à Strepto B.
 - ✓ PV + à Strepto B.
 - ✓ Bactériurie à Strepto B (dernier mois de grossesse).

❖ **critères mineurs :**

- $12 \text{ heures} \leq \text{RPDE} < 18 \text{ heures}$.
- $35 \text{ SA} \leq \text{RPM} < 37 \text{ SA}$.
- anomalies du RCF.
- asphyxie fœtale inexplicée.
- LA teinte ou méconial.
- antibioprophylaxie maternelle complète.

(1 injection d'antibiotique au moins 4h avant l'accouchement)

5/Les signes cliniques :

Tout nouveau-né qui va mal sans raison apparente est a priori suspect d'infection

- Instabilité thermique : fièvre $> 37,8$, hypothermie $< 35^\circ$.
- signes hémodynamiques : teint gris, tachycardie > 160 , bradycardie, hypotension < -2 DS, allongement du TRC.
- signes respiratoires : tachypnée, geignements, apnée, détresse respiratoire inexplicée.
- signes neurologiques : hypotonie, somnolence, troubles de conscience, convulsions, fontanelle tendue.
- signes cutanés : purpura, éruption, ictère précoce.

6/Bilan biologique :

❖ L'hémogramme :

Les valeurs des leucocytes totaux, des neutrophiles totaux (T), des neutrophiles immatures (I), le rapport I/T, les plaquettes sont très peu contributives au diagnostic d'infection néonatale.

❖ La protéine C-réactive :

Du fait de sa cinétique d'apparition tardive, le dosage de la CRP est essentiellement contributif après la 12e heure de vie.

Si le taux de CRP est normal ou modérément élevé, la répétition du dosage permet de différencier les faux négatifs.

En l'absence d'argument clinique ou bactériologique, une élévation modérée isolée de la CRP n'est pas un critère suffisant pour débiter une antibiothérapie.

❖ Les interleukines :

Parmi les interleukines, l'Il-6 est la mieux validée, mais ne constitue pas actuellement un examen de routine. Le dosage sérique de l'Il-6 dans les 12 premières heures de vie rendrait un meilleur service que la CRP pour le diagnostic précoce de l'infection chez le nouveau-né (notamment en salle de naissance sur sang de cordon).

❖ La procalcitonine :

Le dosage de la procalcitonine (PCT) n'est pas recommandé en raison des variations horaires de son taux durant les 48 premières heures de vie, de l'insuffisance de la validation de sa spécificité et des faux négatifs.

7/Bilan bactériologique :

• Liquide gastrique :

Examen direct (si possible, pour sa bonne valeur prédictive dans les 6 premières heures de vie) et culture.

- conduit auditif externe.
- pli inguinal ou anus.
- placenta en cas de fièvre maternelle.
- Prélèvements bactériologiques centraux :
 - hémoculture, (au moins 1 ml de sang).
 - Ponction lombaire est indiquée en cas d'altération de l'état général, de signes cliniques neurologiques ou de signes de sepsis (dès que l'état de l'enfant le permet), et secondairement en cas d'hémoculture positive.

Chez le nouveau-né, la performance des examens bactériologiques périphériques dans le diagnostic d'infection est difficile à établir.

• Germe :

Streptocoque B, E coli, listeria monocytogène.

8/ CAT a la naissance :

I. NOUVEAU-NE SYMPTOMATIQUE :

- Seul cas ou les ATB seront débutes d'emblee.
- Signes cliniques d'infection ou ne dans un contexte de Chorioamniotite avérée
 - ▶ Prélèvements bactériologiques périphériques.
 - ▶ Hémoculture, (exceptionnellement PL)
 - ▶ Début d'ATB IV, Amoxicilline+Amikacine.
 - ▶ CRP a H12.

II. NOUVEAU-NE ASYMPTOMATIQUE :

- **1 critère anamnestique majeur ou association 2 critères mineurs :**
 - ▶ Prélèvements bactériologiques périphériques.
 - ▶ CRP a H12 ou H24.
 - ▶ ATB à mettre en place secondairement, en fonction des résultats de la CRP (précèdes d'une hémoculture).
- **1 critère d'anamnèse mineur:**
 - ▶ pas de prélèvement bactériologique.
 - ▶ Surveillance clinique.
 - ▶ CRP et hémoculture en fonction signes d'infection cliniques.

9/ Stratégies de traitement :

- Infection certaine:

O hémoculture positive: traitement IV 10j (bithérapie 48h monothérapie 8j)

O Méningite: traitement IV 15j a 21j (bithérapie 5j).

- Infection probable: ATB IV 48h, relais PO 8j (meme si CRP non normalisee a H48).
- Infection possible: ATB IV 2j, relais PO 5j.

ANTIBIOTIQUES IV

- Amoxicilline: 100 mg/kg/j en 2 injections IVD.
- Amikacine: 15 mg/kg/j en IVL sur 1h, en 1 injection.
- Lorsque les ATB sont débutés, a maintenir au moins 48h IV, soit 4 injections
- Adaptation de l'antibiothérapie en fonction des résultats bactériologiques.

ANTIBIOTIQUES PO

- Choix fonction de l'antibiogramme:
 - Amoxicilline 125 mg: 100mg/kg/j en 4 prises.
 - Céfixime 40mg: dose/kg, 2 fois par jour.
 - Amoxicilline/acide clavulanique nourrisson: dose/kg, 3 fois par jour.

10/PREVENTION :

Dépistage et traitement des infections maternelles.

Dépistage des femmes avec flore pathologique des voies génitales.

Prise en charge des ruptures prématurées de la poche des eaux.

Éviter toute antibiothérapie non indispensable chez le nouveau né.

POUR EN SAVOIR PLUS :

- ❖ HAS; Diagnostic et traitement curatif de l'infection bactérienne précoce du nouveau-né.2009.
- ❖ Mise au point sur les infections materno-fœtales précoces. Dr Laurent LAMBRECHT Médecine et réanimation néonatales Centre Hospitalier de Mayotte Sakouli, 12 décembre 2014.
- ❖ Gen/p'titnip11/04/2013.INFECTIONS BACTERIENNES PRECOCES à la maternité.