Rupture prématurée des membranes avant 37 SA

N Winer

C Gras Leguen-C Flamant-J Caillon

CHU Nantes

Une question clinique fréquente

< 31 SA

0,7%

des naissances

6 000 / an

33-36 SA

5,1 %

des naissances

40 000 / an

Complications de la rupture des membranes

- La prématurité
- L'infection maternofoetale
- La procidence du cordon et les anomalies du rythme cardiaque foetal
- L'hématome rétroplacentaire

Contexte

- Les recommandations relatives au Streptocoque B (SB) datent de 2002 pour la France
- L'incidence de l'infection néonatale à SB est en France de l'ordre de 0.2 ‰ soit, dans les Pays de la Loire, de 10 à 15 nouveau-nés pour 45 000 naissances,
  - avec 0.75 ‰ pour les prématurés et
  - 0.25 ‰ pour les nouveau-nés à terme (qui représentent cependant les ¾ des infectés).

Contexte

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Evaluation of Universal Antenatal Screening for Group B Streptococcus

Melissa K. Van Dyke, Ph.D., Christina R. Phares, Ph.D., Ruth Lynfield, M.D.,

- Parmi les enfants infectés:
  - **20 % sont nés de mères dépistées avec PV + à SB**
  - 60 % de mères dépistées avec un PV - et
  - 20 % de mères non dépistées
  - Le taux de léthalité est estimé à 2 à 10 % pour les enfants à terme, et
  - de 10 à 30 % pour les prématurés

Van Dyke MK, Phares CR, Lynfield R, et al. Evaluation of universal antenatal screening for group B streptococcus. N Engl J Med 2009;360(25):2626-2636.

Quelles sont nos pratiques ?

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2013) 42, 21—28

ELSEVIER MASSON

Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

ÉTAT DES CONNAISSANCES

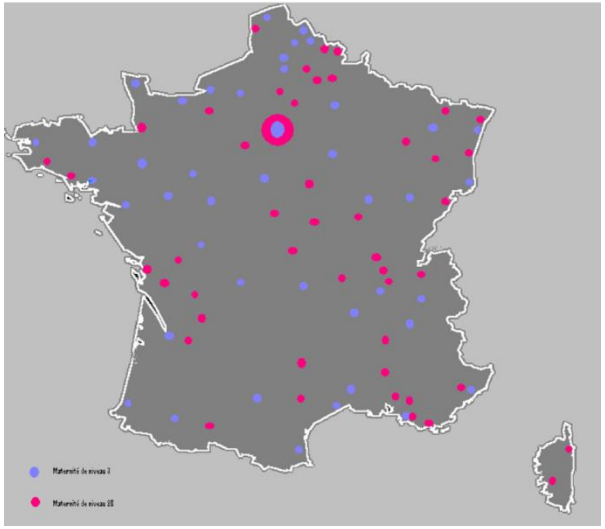
Pratiques en France de prise en charge des ruptures prématurées des membranes

Management of preterm and prelabour rupture of membranes in France

C. Couteau[a,*], J.-B. Haumonté[a], F. Bretelle[a], M. Capelle[b], C. D'Ercole[a]

[a] *Hôpital nord, chemin des Bourrely, 13915 Marseille cedex 20, France*
[b] *Hôpital de la Conception, 147, boulevard Baille, 13385 Marseille, France*

Reçu le 6 août 2012 ; avis du comité de lecture le 4 octobre 2012 ; définitivement accepté le 15 octobre 2012
Disponible sur Internet le 24 novembre 2012



118 maternités
59 type IIB
59 type III
Enquête : Aout 2011-février 2012

Antibiothérapie

- Réalisée dans 100 % des Type III et 86% des Types II
- Amoxicilline : 82%
- Bi ou tri thérapie : 10%
  - Penicilline ou C3G
  - + macrolide, aminosid
- C3G 4%
- Péni G

60% de résistance des E Coli a l'amox

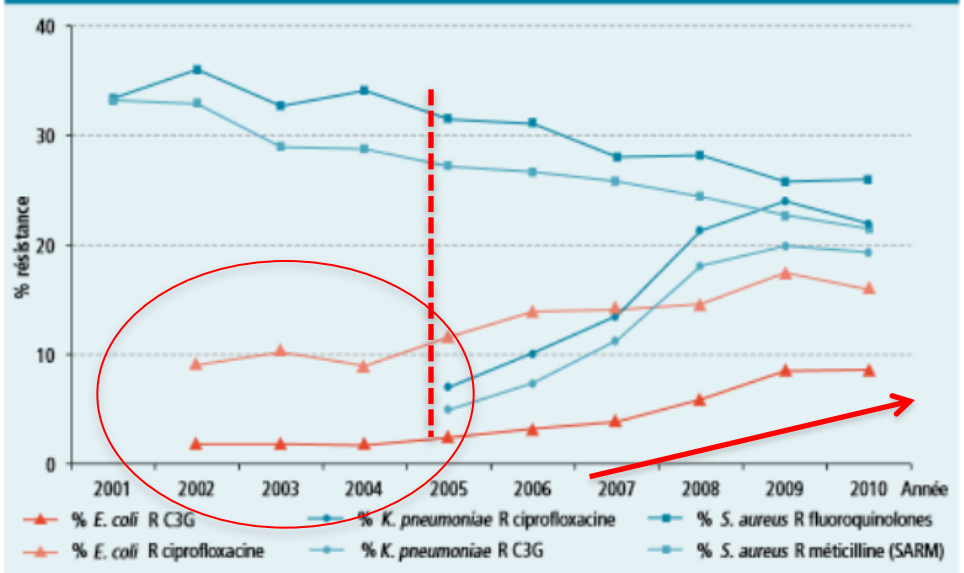
Principe de l'ATB

- Eviter l'infection néonatale grave
- Eviter l'exposition prolongée aux ATB
- Eviter des ATB inefficaces
- Traiter préventivement sans germe identifié car prolonge la grossesse et diminue la prématurité mais… expose aux sélections de germes
- **Traiter de façon probabiliste et court**

Apparition de résistances C3G

- Résistances de certains germes aux antibiotiques

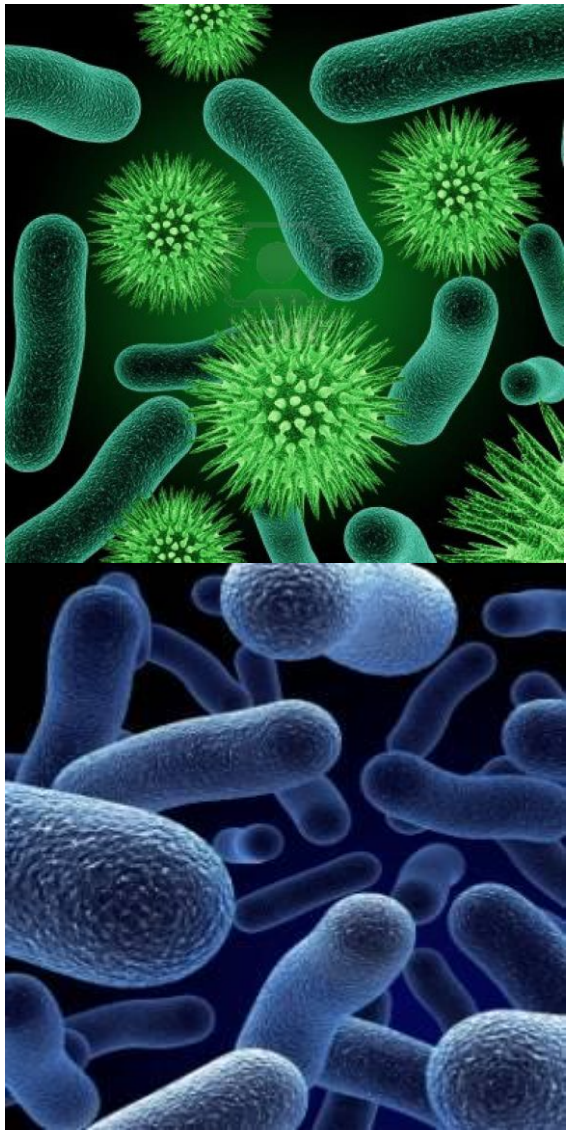
Figure 1 Évolution des % de résistance aux β-lactamines et aux fluoroquinolones chez *S. aureus*, *E. coli*, *K. pneumoniae* dans les bactériémies en France de 2001 (*S. aureus*, *E. coli*) ou 2005 (*K. pneumoniae*) à 2010. Réseau EARSS-France / *Figure 1 Trends in % of resistance to β-lactam antibiotics and fluroquinolones in S. aureus, E. coli, K. pneumoniae bacteraemia in France between 2001 (S. aureus, E. coli) or 2005 (K. pneumoniae) and 2010. EARSS-France Network.*



C3G = céfotaxime.

Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease

Revised Guidelines from CDC, 2010



L'antibiothérapie doit être dirigée contre les bactéries les plus fréquemment impliquées dans le sepsis néonatal, a savoir l'ampicilline pour le Streptocoque B et aussi les autres bactéries (E coli et autre bacilles gram négatifs) en tenant compte de l'écologie bactérienne locale et des résistances habituelles.

ANTIBIOTIC
ACTION
THE ARMS RACE
“
Antibiotic resistance - one of the three greatest threats to human health.
”
World Health Organisation, 2009

Conséquences néonatales des antibiothérapies maternelles

- En cas d'utilisation d'amox - ac. clav : augmentation des entérocolites ulcéro-nécrosantes

  Kenyon, 2003, *Cochrane Database*
  Essai ORACLE

- Augmentation des infections à BGN résistantes précoces, proportionnelle à la durée de l'antibiothérapie maternelle

  Kuhn, 2010, Paediatr Perinat Epidemiol.
  Laugel 2003 Biol Neonate
  Terrone 1999Am J Obstet Gynecol
  Towers 1998 Am J Obstet Gynecol

Grands Principes avant 34 SA(1)

- Eviter les TV si possible et si asymptomatique
- Bilan infectieux initial: NFS, CRP, ECBU, PV
- Corticothérapie (single course, 2ème ?)
- Tocolyse possible courte 48H, (pas systématique)
- ATB probabiliste SGB, E Coli, courte, spectre large a dose efficace ne provoquant pas de résistance
- → On a longtemps proposé
  - Amox mais résistance a E Coli
  - C3G car efficace sur les germes attendus
- **→ Apparition de résistances aux C3G des E Coli**

Les bêtalactamases à spectre élargi (BLSE) engendrent une résistance à la majorité des bêtalactamines.

Facteurs de risque des bactériémies dues à des entérobactéries BLSE

- Usage récent d'antibiotiques OR = 3,1 IC95% (1,8-5,4)
- Amoxicilline OR = 1,1 IC95% (0.4-1.7)
- Céphalosporines OR = 13,4 IC95% (2,9-61)

Rodriguez-Bano CID 2010;50:40

Bactéries BLSE En pratique

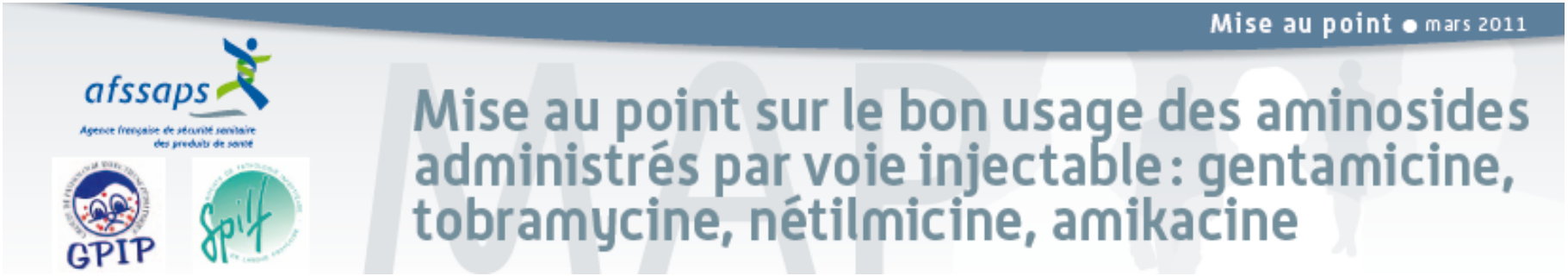
- Limiter le risque de sélection +++
  - Diminuer les prescriptions de C3G +++
  - Préférer ATB spectre étroit
  - Interrompre les traitements ATB probabilistes au plus vite
- Carbapémène en cas d'infection grave
  - Méropénem ou Imipenem
- Bithérapie avec Aminoside

- Piège de l'antibiogramme mal interprété …

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nb Total	1423	1434	1570	1452	1524	1689	1811	1766	1794	1857	1953	1937	1906
Cultures positives (%)	213 15%	180 12.6%	186 11.8%	219 15.1%	173 11.3%	227 13.4%	248 13,7%	221 12,5%	192 10,7%	240 12,9%	273 13,9%	268 13,8%	234 12,2%
Bactéries isolées													
E.coli	89 (40%)	67 (35%)	74 (39%)	82 (37%)	89 (51%)	116 (51%)	122 (49%)	109 (49%)	86 (44,7%)	127 (52,9%)	156 (57,1%)	159 (59,3%)	137 (58,5%)
Streptocoque B	81 (36%)	75 (39%)	77 (40%)	96 (44%)	64 (37%)	74 (32%)	70 (28%)	63 (28,5%)	61 (31,7%)	71 (29,5%)	74 (27,1%)	72 (26,8%)	64 27,3%)
Listeria	2	0	1	0	0	1	2	1	0	1	0	0	0
S.aureus	3	7	6	3	5	5	8	3	6	3	3	5	3
P.aeruginosa	0	12	3	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0
Streptocoque A C G	3	1	2	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0
Enterocoques	6	4	4	3	0	3	4	6	1	4	4	4	2
Autres Streptocoques	8	7	11	10	3	6	9	7	8	10	12	7	14
Pneumocoque	3	2	0	2	0	0	2	0	1	2	0	0	2
Gardnerella	4	4	4	5	1	0	2	6	9	4	2	8	10
Proteus/Morganella	5	3	1	0	3	0	4	1	0	0	3	0	0
Klebsiella	5	3	2	2	1	1	5	5	3	3	2	4	2
Citrobacter	2	0	2	1	0	3	1	0	0	0	1	1	1
Enterobacter	4	3	0	1	1	2	2	1	0	3	1	1	1
Salmonelle	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Acinetobacter	0	3	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Anaérobies	5	3	2				2	3	2	2	3	3	1
Capnocytophaga	0	0	0	1	0	0	1			1	0	0	0
Eikenella /Haemophilus								1+3	0+2	2	1	2	6
Levures									2	2	1	0	1

Bactéries isolées des liquides gastriques . CHU NANTES, J CAILLON

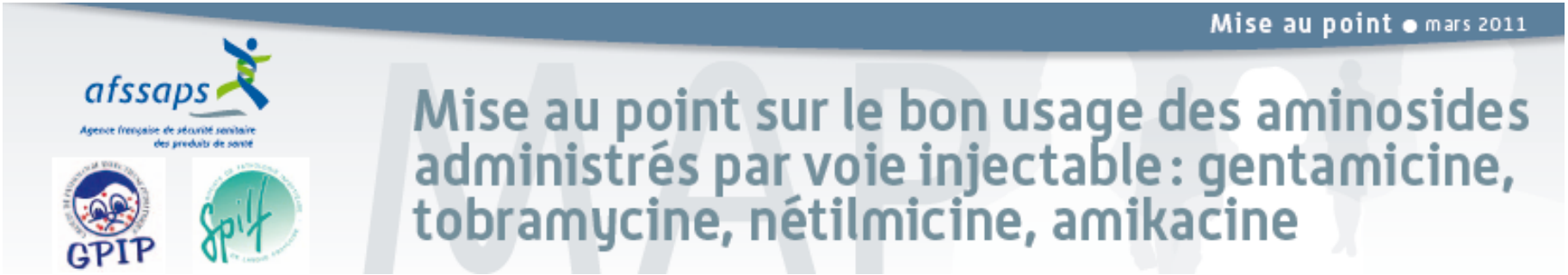
Principes avant 34 SA (2)



- Les aminosides sont une famille homogène d'antibiotiques. Ils ont un intérêt certain….
  - dans les infections sévères en conservant une activité bactericide vis-a-vis des bactéries à Gram négatif et à Gram positif

Principes avant 34 SA (3)

Ce document a ete discute au Groupe de Travail des Medicaments Anti-Infectieux du 17 mai 2010 et du 6 septembre 2010 présidé par Robert Cohen.



- **Dans la quasi-totalité des situations, les aminosides sont utilises dans le cadre d'une association** dans le but de :

- 1) rechercher une synergie bactéricide (essentiellement démontrée *in vitro*) ;
- 2) prévenir l'émergence de résistances ;
- 3) élargir le spectre d'activité du traitement.

- **Adulte** (Les objectifs restent les memes quelle que soit la situation (sujets ages, insuffisants rénaux, obésité morbide, grossesse et allaitement...).

- Les posologies des aminosides sont variables en fonction de la gravite du tableau clinique, du terrain, de la bacterie identifiee ou
- suspectée, et de la durée du traitement :
- • **gentamicine, tobramycine : 3 a 8 mg/kg/jour ;**

- **Les posologies (mg/kg) chez le nourrisson et l'enfant sont les mêmes que chez l'adulte et la dose unique journalière reste la règle.**
- **Les risques de survenue de toxicité rénale et auditive augmentent pour les durées de traitement supérieures a 5-7 jours**

Principes avant 34 SA (4)

- Association Amox 2g X 3 par jour + Genta une injection par jour 5 à 8 mg/kg pendant 48H et stop
- Si asymptomatique, CRP <10 et PV et ECBU - → arrêt du ttt
- Attention : Ne pas traiter une biologie ou une colonisation isolée
- Et …Plus de prélèvements sanguins ou biologiques, sauf ECBU et sauf patiente symptomatique (contractions, fièvre, douleurs, pertes louches, métrorragies…)→ le traitement devient alors thérapeutique,a fortiori si germe retrouvé→ 7 jours avec ATB adapté au germe

CAT

- Expectative jusqu'à ….35 SA…36
- Déclenchement si signes infectieux (fièvre, tachycardie fœtale, contractions ou symptomatologique)

Nouveau?

- Plus de C3G sauf cas particulier
- Plus d'amox seule
- Plus de prélèvements systématiques sauf a l'admission
- Bithérapie amox et Aminoside bonnes doses 48H
- Adaptation secondaire

Merci