

Mater.li@n

LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN MATERNITE

N°32 mai 2016

Streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A : organisation de l'alerte et conduite à tenir en maternité M.L. Valdeyron, M.A. Confesson

Le Streptocoque A, ou *Streptococcus pyogenes*, est un micro-organisme à portage pharyngé qui peut être responsable d'infections invasives gravissimes du post-partum.

L'infection se définit par l'isolement du germe pendant le post-partum ou dans les 7 jours qui suivent la sortie, associé à une infection clinique du post-partum (endométrite, septicémie, infection urinaire), ou par l'isolement d'un site stérile ou d'une plaie opératoire.

En cas d'infection invasive, la mise en route d'une antibiothérapie est une urgence thérapeutique. De ce fait, dès la découverte de la bactérie, le laboratoire de microbiologie doit immédiatement alerter le médecin responsable de la patiente, le cadre de santé du service, le pédiatre et l'équipe opérationnelle d'hygiène. Des précautions complémentaires sont mises en place et maintenues pendant 24 h minimum après le début du traitement.

Il est nécessaire de tenter de déterminer si l'infection est d'origine nosocomiale ou non. Pour cela, avant administration de l'antibiotique, un prélèvement de gorge pour culture du Streptocoque A et un test de diagnostic rapide seront effectués chez la patiente. La notion de dysphagie, lésion cutanée ou portage vaginal sera recherchée dans son dossier.

Une enquête devra déterminer si des membres de l'entourage proche de la patiente présentent une infection à Streptocoque A : angine, scarlatine, plaie cutanée, varicelle surinfectée, impétigo.

Dans un 2ème temps, si l'origine nosocomiale est suspectée, l'enquête s'étendra aux personnels (obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes...) ayant réalisé des soins rapprochés pendant l'accouchement. Si un membre du personnel est porteur de Streptocoque A, il sera traité par antibiothérapie pour éradiquer le portage et éviter d'autre transmission croisée. L'enfant de la patiente et les patientes présentes au même moment dans le service feront l'objet d'une surveillance clinique renforcée.

Les souches de Streptocoques A isolées au cours de l'enquête seront analysées par le Centre National de Référence des Streptocoques et leur clonalité déterminée par le génotype *emm*.

Enfin, l'enquête épidémiologique pourra être complétée par une revue des pratiques de soins.

Audit Antibioprophylaxie en Maternité

Marie-Laure Valdeyron

Objectif de l'audit

Il était double :

1. voir si les maternités répondent aux exigences de :
 - Disposer d'un protocole d'antibioprophylaxie
 - Doubler la dose d'antibiotique si $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$
2. connaître les pratiques concernant le moment de l'injection de l'antibiotique.

Méthode

L'enquête a été réalisée par questionnaire : 1 questionnaire par établissement (Nombre d'anesthésistes ; existence et contenu du protocole) ; 1 questionnaire par anesthésiste sur leur pratique concernant l'antibioprophylaxie dans le cadre de la césarienne. L'audit a eu lieu de juin à septembre 2015. Les résultats ont été saisis et analysés à l'aide d' EpiInfo 2002. Un rapport par établissement était disponible. Le réseau Mater a élaboré un rapport pour l'ensemble des maternités.

Résultats

Trente maternités ont répondu dont 25 maternités faisaient partie du réseau Mater en 2014. Ces maternités représentent 282 d'anesthésistes (Médecins, internes, intérimaires) ; 229 anesthésistes ont répondu (81,2%). Toutes les maternités ayant répondu ont un protocole.

Douze maternités sur 30 (40%) déclarent dans leur protocole, doubler la posologie si l'indice de masse corporelle (IMC) $> 35 \text{ kg/m}^2$. Les protocoles préconisent, dans 93,3% des maternités (28/30), l'injection de l'antibiotique après clampage du cordon. La Céfazoline est indiquée dans le protocole de 29 maternités sur 30. Si allergie ou intolérance à la Céfazoline, la Clindamycine est toujours prévue.

Les anesthésistes ont répondu individuellement concernant leur pratique par « Jamais », « Parfois », « Souvent » ou « Toujours ». 225 anesthésistes sur 229 ont répondu toujours réaliser l'antibioprophylaxie dans le cadre de la césarienne. 52,9% d'entre eux doublent souvent ou toujours la posologie si l'IMC $> 35 \text{ kg/m}^2$.

Concernant le moment de l'antibioprophylaxie, 10,5% des anesthésistes déclarent réaliser l'injection souvent ou toujours 15 à 60 min avant l'incision du site opératoire ; 7,9% à l'incision du site opératoire ; 83,4%, après clampage du cordon.

Aucune corrélation n'a été montrée entre ces items et les Ratio Standardisés d'Infections Nosocomiales (RSIN).

Conclusion

L'audit a relevé les points forts suivants : toutes les maternités ont un protocole d'antibioprophylaxie pour les césariennes. Tous les protocoles précisent le moment de l'injection, la molécule de première intention et en cas d'allergie. Le point à améliorer concerne le doublement de la posologie si l'IMC $> 35 \text{ kg/m}^2$.

Le point faible est que seule la moitié des anesthésistes déclarent doubler, or c'est une recommandation de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (Actualisation 2010).

Complications infectieuses du déclenchement du travail Dr Barjat, Camille Sarkis, CHU SAINT ETIENNE

Les indications de déclenchement sont définies par les recommandations HAS de 2008. Différents moyens de déclenchement sont à notre disposition et les éléments de choix vont reposer principalement sur le score de Bishop, le contexte d'utérus cicatriciel et de rupture des membranes. Le seul dépistage pratiqué dans un but de prévention d'une infection materno-fœtale repose sur un prélèvement vaginal à la recherche de streptocoque du groupe B au 9^{ème} mois de grossesse. Les principales complications infectieuses perpartum redoutées sont la chorioamniotite, l'infection néonatale, et l'endométrite du post-partum.

Existe-il un lien entre déclenchement artificiel du travail et complications infectieuses ?

Les études sur les complications infectieuses des déclenchements par ocytocine et prostaglandines sont rares et anciennes et ne font pas état d'un surrisque infectieux en lien avec le déclenchement. Les études sur les déclenchements par sonde de Foley et sonde à double ballonnet (technique plus récente) sont plus nombreuses. A membranes intactes, l'étude multicentrique PROBAAT menée au Pays-Bas répond assez bien à la question. Versus gel de Prostine et versus Propess®, le ballonnet n'entraîne pas plus de complications infectieuses. A membranes rompues, compte tenu d'une contre-indication relative à l'utilisation du ballonnet établi par le laboratoire, les études sont beaucoup plus rares. Cette contre-indication repose sur le principe de prudence et non sur des données scientifiques.

Nous avons réalisé une étude dans le but de déterminer si le déclenchement du travail par sonde à double ballonnet augmentait le risque de chorioamniotite par rapport aux autres méthodes de déclenchement en cas de rupture prématurée des membranes à terme.

Cette étude rétrospective, unicentrique a été menée dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Saint Etienne entre le premier janvier 2012 et le 31 juin 2015 et a inclus des patientes présentant une grossesse unique nécessitant un déclenchement pour rupture prématurée des membranes à terme. L'utilisation de la sonde à double ballonnet a été comparée aux autres modes de déclenchement. Le critère de jugement principal était la survenue d'une chorioamniotite.

224 patientes ont été incluses, 29 ont été déclenchées par sonde à double ballonnet (12,5%), 113 par prostaglandines E2 à libération prolongée Propess® (48,9%), 38 par gel de Prostine® (16,5%), et 44 par ocytocine (19%). Il n'existait pas de différence significative sur l'apparition de complications infectieuses dans le groupe ballonnet par rapport aux autres moyens de déclenchement du travail : chorioamniotite (p=1 versus Propess®, Prostine® et ocytocine), endométrite (p=0,11 versus Propess®, p=0,17 versus gel de Prostine®, p=0,56 versus ocytocine) et infection néonatale (p=0,21 versus Propess®, p=1 versus gel de Prostine® et ocytocine).

Ces résultats sont similaires à ceux de Cabrera at al. ayant comparé les complications infectieuses des ballonnets et de l'ocytocine en cas de RPM. L'utilisation de la sonde à double ballonnet n'entraîne pas plus de complications infectieuses lors d'une utilisation en cas de RPM. Le taux d'infection semble plutôt corrélé à la durée de RPM, au nombre de touchers vaginaux, et à la nulliparité.

L'utilisation du ballonnet peut donc être autorisée dans le déclenchement des patientes présentant une rupture prématurée des membranes à terme ce qui permet le déclenchement des patientes présentant une RPM sur un utérus cicatriciel avec un col non accessible à l'ocytocine.

La consultation d'aide au sevrage tabagique des femmes enceintes P.A. Migeon

Les effets néfastes du tabagisme maternel sont connus : le tabac est un facteur de risque des troubles de la fertilité, et fumer pendant la grossesse comporte des risques pour le déroulement de celle-ci et le développement du fœtus.

Actuellement en France, 17,8% des femmes enceintes fument pendant leur troisième trimestre de grossesse, ce qui constitue un record en Europe¹. Ces mêmes patientes vont avoir l'occasion à 21 reprises de rencontrer un professionnel de santé et d'aborder la problématique du tabac.

Du point de vu du fœtus, celui ci est potentiellement exposé dans 50% des cas au tabac. En effet, pour la femme enceinte, le tabagisme passif est associé à une diminution du poids de naissance. Les femmes exposées ont 2 à 4 fois plus de risques d'accoucher d'un enfant présentant un retard de croissance, et ceci indépendamment de l'accouchement prématuré.

La réussite de cette action nécessite une triple cohérence :

- la cohérence institutionnelle, en effet il est indispensable que les centres hospitaliers, les institutions, les équipes hospitalières soient exemplaires : il faut créer et valoriser des espaces sans tabac/fumée.
- la cohérence de l'équipe, en effet il est essentiel que le message véhiculé soit « 0 Alcool, 0 tabac »,
- enfin la cohérence de la prise en charge passe par la mise à disposition des équipes d'outils efficaces (protocoles, CO tester, ...)

Une fois ces éléments réunis, une formation adaptée permettra d'amener chaque professionnel à dépister, initier la prise en charge et orienter.

¹ INPES, Baromètre santé 2014

L'étude embarquée « Tabac » 2011-2014 Michel Berland

Nous n'avons pas trouvé d'étude dans la littérature sur «consommation tabagique et risque infectieux en obstétrique».

Les seules études concernent les risques après interventions chirurgicales (complications respiratoires, morbidité cardio-vasculaire, complications infectieuses, complications chirurgicales - cicatrisation, lâchage de sutures, altération de la fécondité...) en anesthésie, chirurgie (chirurgie orthopédique, chirurgie esthétique, chirurgie mammaire – cancer, reconstruction après chirurgie d'exérèse ou anomalie constitutionnelle, chirurgie stomatologique – implantologie, reconstruction après accident), ORL, PMA. Les auteurs concluent à la nécessité d'un sevrage tabagique 6 à 8 semaines avant l'intervention.

En 2009 nous avons réalisé une étude au Centre Hospitalier Lyon Sud (CHLS) portant sur 3533 grossesses. La seule complication significative était l'augmentation du risque d'endométrite en cas de césarienne chez les patientes qui fument pendant la grossesse (2/1). Mais il y avait peu d'infections nosocomiales d'où l'intérêt d'une étude plus importante.

Lors de cette étude embarquée, réalisée de 2011 à 2014, portant sur 121 987 grossesses (50 maternités ont été volontaires pour participer), nous avons étudié les mêmes critères :

Tabac avant et pendant la grossesse :

Non

1 – 10 cg/j

>10 cig/j

Inconnu.

Nous avons obtenus les résultats suivants : 36,4% des accouchées qui fumaient avant la grossesse ont arrêté leur consommation de tabac pendant la grossesse et 28,0% l'ont diminué. Par contre, 0,3% des accouchées qui ne fumaient pas avant la grossesse, ont démarré une consommation de tabac pendant la grossesse et 0,6% des accouchées qui fumaient avant la grossesse ont augmenté leur consommation.

Chez les accouchées par césarienne, le tabac n'est pas un facteur de risque pour les infections du site opératoire, les infections urinaires et les endométrites, statistiquement significatif.

Chez les accouchées par voie basse, le tabac n'est pas un facteur de risque pour les infections du site opératoire, les infections urinaires et les endométrites, statistiquement significatif.

Chez les fumeuses il y a 26,29% de césariennes versus 21,10% chez les non-fumeuses (la différence est significative $p=0.002$), 1,5% de fièvre (/1,8%), 4,4% de RPM (/3,8%), 0,10% d'infections du bébé (/0,16%)

Bibliographie :

Avila C., Bhangoo R., Figueroa R., Santorelli J., Ogburn P., Desan P. H.

Association of smoking with wound complications after cesarean delivery.

J. Matern. Fetal Neonatal Med. 2012;25:1250-1253.

Bagaitkar I., Demuth D. R., Scott D. A.

Tobacco use increases susceptibility to bacterial infection.

Tobacco Induced Disease 2008;4:12-22.

Bello P.-Y., Benrekassa J.

Journée Mondiale Sans Tabac // World No Tobacco Day

Coordination Scientifique // Scientific coordination. B.E.H. 2015;n° 17-18: 279-327.

- Bège T., Berdah S.-V., Moutardier V., Brunet C.
Risques liés au tabagisme en chirurgie générale et digestive
Journal de Chirurgie 2009 ; 146, 532-536.
- Berland M.
Est-ce que le tabagisme a une influence sur les infections nosocomiales en maternité?
Mémoire pour l'obtention du Diplôme Interuniversitaire de Tabacologie et Aide au Sevrage Tabagique. Université Paris XI et Paris XII. 2008
- Buyle-Bodin Y.
Tabac et implantologie: aspects actuels, prise en charge du patient tabagique
EMC – Odontologie 1 (2005) 256-261.
- Clerdain A.M., Baccus C., Brichant J.F., Deflandre E., Degey S., Hans P.
Sevrage tabagique en période péri opératoire: bénéfices potentiels et modalités de prise en charge
Rev. Med. Liège 2010; 65: 442-447.
- Dautzenberg B., Dureuil B., Trosini-Désert V., Masquelet A.-J.
Le défi de la prise en charge du tabagisme péri opératoire
B.E.H. 2006;n° 21-22: 142-145.
- Dechanet C., Brunet C., Anahory T., Hamamah S., Hedon B., Dechaud H.
Effets du tabagisme sur la reproduction: de l'ovocyte à l'embryon (partie 1)
Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2011; 39: 559-566.
- Dotters-Katz S. K., Feldman C., Pueshl A., Grotegut C. A., Heine R. P.
Risk factors for post-operative wound infection in the setting of chorioamnionitis and cesarean delivery.
J. Matern. Fetal Neonatal Med. 2015;Early online 1-5.
- Dureuil B., Dautzenberg B. Masquelet A.-C.
Tabagisme en période péri opératoire
Presse Med. 2006; 35: 1009-15.
- Kamat A.A., Brancazio L., Gibson M.
Wound Infection in Gynecologic Surgery
Infectious diseases in Obstetrics and Gynaecology 2000; 8: 230-234.
- Lafosse J.M., Reina N., Gaudias J., Coudane H., Mabit C., Bonneville P., Bonnomet F., la Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique
Infection précoce du site opératoire en traumatologie de l'adulte. Résultats rétrospectifs et identification des facteurs de risque. Early surgical site infection in adult trauma : Outcome retrospective and risk factors identification.
Revue de chirurgie orthopédique et traumatologique 2012;98:612-619.
- Lindström D., Azodi O. S., Wladis A., Tonesen H., Linder S., Nasell H., Ponzer S., Adami J.
Effects of a Perioperative Smoking Cessation Intervention on Postoperative Complications. A randomized Trial
Annals of Surgery 2008; 248:739-745.
- Moller A.M., Villebro N., Pedersen T., et al.
Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomized clinical trial.
Lancet 2002;359:114-117.
- Moore S., Mills B. B., Moore R. D., Do, Miklos J. R., Mattox T. F.
Perisurgical smoking cessation and reduction of postoperative complications
American Journal of Obstetrics and Gynecology 2005;192:1718-1721.
- Myles P. S., Iacono G. A., Hunt J. O., Fletcher H., McIlroy D.
Risk of Respiratory Complications and Wound Infection in Patients Undergoing Ambulatory Surgery

- Anesthesiology 2002;97:842-847.
- Palot M., Vissaux H., Causse-Mariscal A., Daigremont-Botmans C.
Tabac et anesthésie Quelle est la prise en charge périnatale après exposition in utero au tabac ?
J. Gynecol. Obstet, Biol. Reprod 2005;34 (hors série n°1:3S242-3S245.
- Saboye J.
Plastic reconstructive and esthetic surgery and tobacco, a legal approach.
Annales de Chirurgie plastique et esthétique 2015;60 :e67-e70.
- Villebro T. T., Moller N.
Interventions for preoperative smoking cessation (Review)
The Cochrane Collaboration® 2014, Issue 3,1-40
(<http://www.thecochranelibrary.com>)
- Webb A.R., Robertson N., Sparrow M.
Smokers know little of their increased surgical risks and may quit on surgical advice.
J. Surg. 2013;83:753-757.
- Wirth N., Derlon V., Michy B., Peyrin-Biroulet C., Martinet Y., Bouaziz H.
Tabagisme périopératoire.
EMC - Anesthésie-Réanimation2015;12(1):1-11 (Article 36-400-A-06).

Agenda 2016

Michel Berland, Catherine Haond

Intitulé	date	Lieu, organisation	Contact
MAI			
Congrès de la Société Française de Pédiatrie	18 au 20 mai 2016	LILLE	EUROPA Organisation - 19 allée J. Jaurès BP 61508 - 31015 Toulouse Cedex 06 Fax : 05 61 42 00 09 insc-pediatie@europa-organisation.com Site : www.pediatrie2016.org
14e Congrès International de Gynécologie-Obstétrique et Reproduction de la Côte d'Azur	25 au 27 mai 2016	ANTIBES JUAN LES PINS	Sabrina PARRA-MARBI Tél. : 04 22 10 60 19 Fax : 04 22 10 61 01 sabrina.marbi@antibesjuanlespins.com Site : www.antibesjuanlespins-congres.com
44èmes Assises Nationales des Sages-femmes - 27ème Session Européenne	25 au 27 mai 2016	SAINT MALO	Informations à venir Site : www.cerc-congres.com
13e Journée de Médecine fœtale Port Royal - Thèmes : La fosse postérieure Les infections fœtales Innovations en Cytogénétique	26 mai	PARIS	Inscriptions : jpc@gmail.com avec le document joint - Bulletin d'inscription Site : www.materniteportroyal.fr
2èmes rencontres 3B de gynécologie	28 mai	PAU Palais Beaumon	Tel : 05 59 30 01 53 Email : cerclepyreeneen@free.fr Site : http://cerclepyreeneen.fr
JUIN			
Journées d'imagerie de la femme et du fœtus	1 au 4 juin 2016	PARIS Faculté médecine 45 rue des St Pères	Marie-France MANSOIS Tel. : 01 47 55 31 78 Email : mfmansois@len-medical.fr
GYN Monaco	2-4 juin 2016	MONACO Fairmont Monte Carlo	Aurore DAVY - MCO Congrès - 285 Corniche Kennedy - 13007 MARSEILLE Tél : 04 95 09 38 00 Port. : 06 28 78 33 67
Journée scientifique : "la grossesse à l'épreuve de la précarité"	6 juin 2016	PARIS	R. GASSIN relations médicales - C163 34 Grande Rue Charles de Gaulle 94130 NOGENT-SUR-MARNE Tél. : 09 61 22 30 44 - Fax : 01 48 76 03 62 Email : contact@reletions-medicales.com Site : www.infocongres.com
Journée à thème du Collège National des sages-femmes de France	6 juin 2016	PARIS	Informations à venir Site : www.cnsf.asso.fr
Journées Nationales des Puéricultrices ANPDE	15 au 17 juin 2016	Futuroscope de POITIERS	Site : www.congres-puericultrices.com

EUROGIN 2016	15-18 juin 2016	AUTRICHE Salzburg	EUROGIN 174 rue de Courcelles - Paris 17 Tel. : 01 44 40 01 20 peter.mattonet@eurogin.com
SEPTEMBRE			
ASTARTE : Femme et Cancer du sein	16-17 septembre	PARIS CHU St Louis	JP COM - 75 avenue Georges Clémenceau - 14000 CAEN - E-mail : jpcom@jpcom.fr
European Paediatric Stroke Symposium	21 et 22 septembre	ST ETIENNE	Centre National de Référence AVC de l'Enfant - Hôpital Bellevue 42055 SAINT- ETIENNE Cedex 2
13es Journées de chirurgie gynécologique et pelvienne	21 au 23 septembre	PARIS	Com&Co Events, Benjamin Richier 12, Bd Fellen - 13016 Marseille Tél. : 04 91 09 70 53 - Fax : 04 96 15 33 08 Email : brichier@comnco.com
Journées annuelles des collèges GYN-ECHO : l'endomètre	29-30 septembre	MARSEILLE	http://fncgm.com/
OCTOBRE			
Séminaire de maternologie clinique	3-7 octobre	Versailles	Association Française de Maternologie 10 rue des Bruyères - 92600 ASNIERES Portable : 06 46 62 54 30 Email : MATERNO@SFR.FR
Journée Pathologies Psychiatriques Chroniques et Grossesse	7 octobre	PARIS Faculté de Jussieu 4 Place Jussieu 75005 Paris	Relations Médicales - Raphaël GASSIN SAS Tél. : 09 61 22 30 44 Email : contact@relations-medicales.com
46e journées nationales de la S.F.M.P.	12 au 14 octobre	CLERMONT- FERRAND	CERC-CONGRES - 17 rue Souham - 19000 TULLE Tél. : 05 55 26 18 87 Email : inscription@cerc-congres.com Site : www.cerc-congres.com
NOVEMBRE			
3ème journée nationale "Initiative hôpital Ami des Bébés"	8 nov.	PARIS 12 ^{ème} Espace Charenton	APOLES santé Tél. : 05 56 75 36 09 Email : info@apoles-sante.com
7ème congrès du Groupe d'étude sur la Ménopause et le vieillessement Hormonal	17-18 novembre	LYON Espace tête d'or	JP COM 75 avenue G. Clémenceau - 14000 CAEN Email : jpcom@jpcom.fr
12e journée des Réseaux de Santé Périnatale Rhône-Alpes- Auvergne	24 nov.	LYON	Réseau périnatal Aurore - Hôpital de la Croix Rousse - Bât. F - 103 grande rue de la Croix Rousse - 69317 LYON Cedex 04 - Tél. : 04 72 00 41 62 - Fax : 04 72 00 41 63 Email : aurore-perinat@chu-lyon.fr Site : www.aurore-perinat.org
Journées Jean Cohen - Gynécologie - Obstétriques et Reproduction	25-26 novembre	PARIS	CFEE - 12, rue du Quatre-Septembre 75002 Paris Tél. : 01 42 86 55 69 Fax : 01 42 60 45 35 Email : congres@eska.fr

Adresses utiles...

Conseil National de l'Ordre des Sages Femmes :

<http://www.ordre-sages-femmes.fr/>

CERDAM Centre de Ressource Documentaire pour l'Allaitement Maternel :

www.info-allaitement.org/CERDAM/

Nosobase® Hygiène Hospitalière et Infections nosocomiales:

<http://www.cclin-arlin.fr/nosobase>

SFHH Société Française d'Hygiène Hospitalière :

<http://www.sf2h.net/>

✉ Appel à communications

Afin que ce bulletin devienne un lieu privilégié d'échange entre les maternités, n'hésitez pas à nous faire parvenir de courts textes (1 page Word, taille de caractères 12) traitant de vos expériences ou bien exposant vos problèmes et interrogations.

Responsable de publication : Louis AYZAC

Pour tout renseignement contacter le Cclin* Sud-Est

Tel : 04 78 86 49 20 - Fax : 04 78 86 49 48

E-mail : cclinse@chu-lyon.fr

Site Internet : <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/>

*Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales