

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/index.htm

Nosobase® Hygiène Hospitalière et Infections nosocomiales:

<http://nosobase.chu-lyon.fr/>

SFHH Société Française d'Hygiène Hospitalière :

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

Appel à communications

Afin que ce bulletin devienne un lieu privilégié d'échange entre les maternités du Sud-Est, 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 : Agnès VINCENT

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

Mater.li@n

LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN MATERNITE

N°14 mai 2007

Pour répondre à vos demandes documentaires : Nosobase®

Spécialisée dans la maîtrise des infections nosocomiales et l'hygiène hospitalière, la base de données bibliographiques NosoBase® recense plus de 18 000 documents. Accessible sur Internet <http://nosobase.chu-lyon.fr/>, elle propose des notices détaillées d'articles comportant : titre, auteurs, mots-clés, références bibliographiques et résumé en français. Une recherche personnalisée par mots-clés est possible.

Si vous n'avez pas accès à internet, si vous souhaitez des recherches complémentaires ou pour obtenir un document dans sa version intégrale, contactez le centre de documentation du CCLIN de votre inter-région (<http://cclin-sudest.chu-lyon.fr>).

Ci-dessous quelques références¹⁻⁴ tirées de Nosobase® ont été sélectionnées afin de vous donner un très bref aperçu des articles que vous pourrez y trouver.

- 1 Johnson A, Young D, Reilly J. Caesarean section surgical site infection surveillance. J Hosp Infect 2006; 64: 30-35. **Nosobase N° 17545**
- 2 Aisien A, Ujah I. Risk of blood splashes to masks and goggles during cesarean section. Med Sci Monit 2006; 12:CR94-97. **Nosobase N° 17307**
- 3 Dupont C, Touzet S, Cao D, Prunaret-Julian V, Audra P. Application d'un protocole de prévention de l'infection materno-foetale à streptocoque beta hémolytique au sein du réseau périnatal aurore. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005; 34:589-599. **Nosobase N° 14297**
- 4 Couto RC, Pedrosa TM, Nogueira JM, Gomes DL, Neto MF, Rezende NA. Post-discharge surveillance and infection rates in obstetric patients. Int J Gynaecol Obstet 1998; 61:227-231. **Nosobase N° 14572**

Risques nosocomiaux liés à un accouchement par césarienne programmée

Surveillance du réseau Mater Sud-Est – année 2005

Introduction

En France, en 2003, 20% des enfants naissaient par césarienne, contre 10% il y a une décennie¹. En 1985, L'OMS recommandait de ne pas dépasser le seuil de 15% de césariennes, au-delà duquel, estimait-il, la césarienne n'avait pas de justification médicale². Au sein du réseau Mater, 20% des enfants naissent par césarienne dont un peu plus de 50% par césarienne programmée. Ces chiffres sont stables depuis 1997, première année de surveillance du réseau. Nous avons voulu ici comparer le risque de développer une infection nosocomiale chez les femmes accouchant par voie basse et chez celles accouchant par césarienne programmée.

Résultats

Durant l'année de surveillance 2005, les maternités du réseau Mater Sud-Est ont inclus 38816 accouchements : 32023 accouchements voie basse et 7793 césariennes. Parmi les césariennes, 4213 (54% des césariennes) étaient prophylactiques. Le tableau ci-dessous présente la répartition des facteurs de risque recueillis chez les femmes incluses dans la surveillance.

Variable	Acc. voie basse N=32023	Césariennes programmées N=4213	p [£]
Age	29,53 ans	31,38 ans	<0,001
Parité	1,86	1,99	<0,001
Primiparités	44,3%	37,1%	<0,001
IU* pendant la grossesse	5,2%	4,2%	0,005
IU* à l'entrée	1,1%	0,9%	0,2
Rachianesthésies	-	86,0%	-
Anesthésies générales	-	3,9%	-
Pertes de sang >800 ml	-	6,1%	-
Premières césariennes	-	52,0%	-
Antibioprophylaxies	-	85,0%	-
Sondages à demeure	-	96,8%	-

*Infections urinaires £ Test de Chi2 ou test t de Student

Les taux d'infections acquises chez les femmes accouchées par voie basse et par césarienne programmée sont respectivement de 0,9% (287/32023) et 2,5% (104/4199).

Les taux des différentes infections surveillées, selon le mode d'accouchement, sont exposés dans le tableau ci-dessous.

Infections surveillées	Acc. Voie Basse	Césariennes programmées	p [£]
Endométrites	0,2%	0,1%	0,371
ISO*	0,1%	1,1%	<0,001
Infections Urinaires	0,4%	0,9%	<0,001

*Infections de Site Opératoire £ Test de Chi2 ou test t de Student

Discussion

Pour l'année de surveillance 2005, le taux d'infections nosocomiales (IN) des femmes accouchées par césarienne programmée est plus de 2,5 fois plus élevé que le taux d'IN des femmes accouchées par voie basse (0,9% versus 2,5%, p<0,001). L'écart entre les taux d'infections des accouchées par voie basse et par césarienne prophylactique est particulièrement marqué sur le taux d'infections de site opératoire. Si les accouchées par voie basse semblent présenter plus de facteurs de risque avant l'accouchement (taux de primiparité plus important, taux d'infections urinaires durant la grossesse plus élevé), les femmes accouchées par césarienne présentent, elles, les risques liés à une opération chirurgicale (pose d'une sonde à demeure, pertes de sang parfois importantes, rupture de l'intégrité cutanée, etc.). Même programmé (donc dans les meilleures conditions d'asepsie possibles) un accouchement par césarienne est nettement plus à risque d'infections nosocomiales qu'un accouchement par voie basse.

Ces résultats soulignent, comme d'autres études, la nécessité de restreindre les césariennes programmées aux indications prédéfinies^{3,4}.

Dr A. Vincent (CCLIN Sud-Est)

Dr AM. Dumas (Serviced'obstétrique, Centre Hospitalier Lyon-Sud)

Bibliographie

1. DRESS, Ministère des affaires sociales du travail et de la solidarité. La pratique des césariennes : Évolution et variabilité entre 1998 et 2001 -. Etudes et résultats 2003; Déc.
2. UNICEF, WHO, UNFPA. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. Second Edition ed. New York: 1997:110
3. Langer B, Schlaeder G. Que penser du taux de césarienne en France ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998; 27:62-70.
4. Declercq E, Barger M, Cabral HJ, et al. Maternal outcome associated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births. Obstet Gynecol 2007; 109:669-677.

LES ENDOMETRITES EN MATERNITE

L'endométrite reste une des complications du post partum la plus fréquente, responsable d'une morbidité et d'une mortalité non négligeable, en France (4^{ème} cause obstétricale directe). Cette complication infectieuse est estimée à 2 ou 3 % après un accouchement par voie basse et à 10 et 45 % après une césarienne, selon le contexte clinique.

L'endométrite est une infection ascendante et polymicrobienne, par atteinte de la cavité endocervicale qui, normalement, est indemne de bactérie commensale. La flore vaginale normale est constituée de trois groupes de bactéries, le premier comprend des bactéries acidophiles (lactobacilles), le deuxième groupe des bactéries à portage fréquent, d'origine digestive (par exemple, le Streptocoque B) et le troisième groupe des bactéries à portage exceptionnel d'origine oropharyngée (par exemple le Streptocoque A).

L'ascension des germes du vagin vers l'utérus se fait à l'occasion de touchers vaginaux répétés pendant le travail, après rupture prématurée des membranes, lors d'interventions manuelles ou instrumentales par voie basse.

Mais l'apport des germes peut aussi provenir de l'extérieur, par faute d'asepsie.

Ainsi trois situations à haut risque infectieux peuvent être définies : la césarienne, la rupture prématurée des moyens mécaniques de protection de l'œuf (rupture prématurée des membranes, risque d'accouchement prématuré) et les manœuvres transcervicales par voie basse (touchers vaginaux répétés, la tocographie interne, la pose vaginale de prostaglandines, la délivrance artificielle ou la révision utérine).

La prévention du risque infectieux lié à la césarienne doit respecter la conférence de Consensus de 2004 sur la gestion pré-opératoire du risque infectieux¹ sans oublier l'antibioprophylaxie : Cefalozine 2 gr en dose unique après clampage du cordon.

En cas d'allergie, on préférera la Clindamycine (600 mg).

Concernant le streptocoque B, responsable de 50 % d'endométrites, le portage maternel vaginal doit être dépisté à 35-37 semaines d'aménorrhée. L'antibioprophylaxie perpartum a ainsi permis de réduire de 75 % le risque infectieux néonatal et le risque infectieux maternel.

En outre, la Haute Autorité de Santé recommande la recherche d'une infection cervicovaginale maternelle à chaque consultation².

Il est important de souligner qu'un portage vaginal maternel isolé (exemple Streptocoque B, Mycoplasmes) ne doit pas être traité.

Concernant la vaginose bactérienne (prolifération anormale et importante de bactéries pathologiques remplaçant les lactobacilles), il est recommandé de prescrire un traitement par Métronidazole.

Actuellement, aucune antibioprophylaxie n'est recommandée lors d'une délivrance artificielle du placenta ou d'une révision utérine.

La prévention repose aussi sur le traitement des endométrites pour diminuer la morbidité et la mortalité maternelle.

Dr AM Dumas

**Service de gynécologie et Obstétrique, Centre Hospitalier Lyon
Sud**

Bibliographie

1 Gestion pré-opératoire du risque infectieux. Conférence de consensus, SFHH, 5 mars 2004

<http://nosobase.chu-yon.fr/recommandations/consensus/consensus.htm>

2 Prévention anténatale du risque infectieux bactérien néonatal précoce. ANAES / Service des recommandations et références professionnelles / Septembre 2001. <http://www.has-sante.fr/>

<u>AGENDA</u>		<u>2007</u>		
DATES	INTITULE		LIEU, ORGANISATION	RENSEIGNEMENTS
23-25 mai	Assises Nationales des Sages-Femmes		La Rochelle	a.deshons@wanadoo.fr
6-9 juin	30 ^e congrès de la société interdisciplinaire francophone d'urodynamique et de pelvi-périnéologie		Perpignan, Palais des congrès	Site officiel de la SIFUD PP
22-23 juin	Journées Parisiennes d'Echographie		Paris	www.jpecho.com
5-7 sept.	Maîtrise du risque infectieux en chirurgie et en anesthésie		Nîmes	04 78 77 71 20
6 sept.	Rôle de l'auxiliaire puéricultrice dans la prévention des infections nosocomiales (IN) en maternité		Lyon	04 78 77 71 20
13-15 sept.	Congrès de Gynécologie Obstétrique et Reproduction de la Côte d'Azur		Nice, Hôtel Negresco	www.gynazur-2007.com
20-21 sept.	Journée Henri Pigeaud		Lyon, Centre de congrès Champfleury	evelyne.da-costa@chu-lyon.fr
20-21 sept.	Journée de la Conception		Marseille, Faculté de médecine	Sud-conception@wanadoo.fr 04 91 25 96 82
11 oct.	Rôle de la sage-femme dans la prévention des IN en maternité		Lyon	04 78 77 71 20
12-14 oct.	5 ^e congrès de la société francophone de kinésithérapie périnéale		Toulouse	http://www.geyreelectro-nique.com/perineologie/page.php
17-19 oct.	Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale		Marseille	www.cerc-congres.com
16 nov.	Journée des réseaux périnataux Rhône-Alpes		Palais des congrès, Lyon	Aurore-perinat.org
29 nov.	Journée du réseau Mater Sud-Est		Hôtel Dieu, Lyon	04 78 86 49 20