

Mater.li@n

LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN MATERNITE

N°2 Mai 2001

La réunion annuelle du réseau Mater Sud-Est s'est déroulée le 23 novembre dernier en présence de nombreux représentants des services participant à la surveillance au sein de ce réseau.

La première partie de la journée a été consacrée à la présentation des résultats de l'année 1999 et aux questions pratiques concernant la surveillance. Chacun a pu exposer ses difficultés d'organisation et connaître la façon dont d'autres équipes les ont résolues (recherche de l'infection urinaire à l'entrée par exemple). Ce fut aussi l'occasion de confronter les techniques de soins ou de prévention, comme la prévention de l'infection à Streptocoque B du nouveau-né.

Des modifications de la grille de recueil des données ont été proposées et discutées, afin d'améliorer la qualité et la précision des items recueillis.

Durant l'après-midi, un point a été fait sur le lien entre rupture prématurée des membranes et infections nosocomiales (Dr. AM Dumas) ainsi que sur le choix et la gestion des antiseptiques chez la mère et le nouveau-né (Dr. ME Reverdy). Enfin, le Dr R. Girard a présenté l'expérience du Centre Hospitalier Lyon-Sud dans le suivi à 30 jours des accouchées et des bébés sur le plan des infections nosocomiales et de l'allaitement maternel.

Cette journée, particulièrement riche en discussions et en échanges sur les aspects concrets et pratiques de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales en maternité, témoigne du dynamisme du réseau Mater Sud-Est.

Dr. C. Chapuis¹ Dr. R. Girard²

¹Service inter établissement Rhône-Sud

²Service d'hygiène hospitalière, Centre Hospitalier Lyon Sud, Lyon

L'ENDOMETRITE DU POST PARTUM

Résumé de l'exposé qui a été fait
lors de la journée Mater de novembre 2000

L'endométrite est la complication la plus fréquente des suites de couches pathologiques . Elle survient dans environ 2 % des cas d'accouchements par voie basse.

Les germes sont le plus souvent saprophytes du vagin. On distingue les bacilles Gram négatif (*Escherichia Coli* et autres entérobactéries), les cocci Gram positif (Enterocoques, Streptocoques alpha-hémolytiques, Streptocoques B, Staphylocoques pathogènes), les anaérobies (*Clostridium Perfringens*, *Bacteriodes Fragilis*).

Les infections ont souvent un caractère polymicrobien.

Certains facteurs favorisent cette complication du post partum : la rupture prématurée des membranes, l'extraction instrumentale, un travail prolongé, l'hyperthermie du travail, les manœuvres intra-utérines (révision utérine, délivrance artificielle), les hémorragies péri partum.

L'endométrite du post partum, autrefois gravissime, est éradiquée si le traitement est rapidement instauré.

L'endométrite aiguë est de diagnostic facile. La fièvre est modérée, les lochies sont fétides, parfois absentes.

Cliniquement, l'utérus est augmenté de volume, mou, douloureux lors de la mobilisation.

Une antibiothérapie à large spectre (Amoxicilline + Acide Clavulanique :

3 g/24 heures ou Ampicilline : 3 g/24 heures et Métronidazole 1 g/24 heures) associée à un traitement utérotonique doit entraîner une amélioration en 48 heures.

Les signes précoces de l'endométrite peuvent être absents et le tableau clinique de l'endométrite survenir 10 à 15 jours après l'accouchement ; des métrorragies importantes peuvent être alors le seul signe. Après instauration d'un traitement antibiotique, un curage digital ou un curetage prudent sera pratiqué si une rétention placentaire du post partum est diagnostiquée.

Par contre, en l'absence de traitement antibiotique, l'infection peut se propager aux trompes, au tissu cellulaire pelvien (phlegmon du ligament large, pelvipéritonites) responsable de septicémie.

Les salpingites régressent sous antibiothérapie.

Le phlegmon du ligament large associe une fièvre élevée, oscillante ; l'examen clinique retrouve une masse unilatérale latéro-utérine. Le traitement nécessite un drainage chirurgical associé à un traitement à large spectre pendant trois semaines.

La pelvipéritonite est devenue heureusement exceptionnelle. Elle se traduit par une altération de l'état général, des douleurs abdominales et une fièvre importante. L'examen clinique ne retrouve pas de défense mais parfois un météorisme important. La radiographie de l'abdomen sans préparation révèle une distension gazeuse et des niveaux liquides. La sanction thérapeutique ne peut être alors que chirurgicale.

Une autre complication grave est la thrombophlébite pelvienne suppurée qui se manifeste par des poussées fébriles de plus en plus fréquentes. Le diagnostic topographique est facilement fait par l'échographie et la tomodensitométrie. Le traitement doit associer une antibiothérapie adaptée et un traitement anticoagulant.

Si le traitement précoce des infections puerpérales est important, leur prévention ne l'est pas moins en respectant les bonnes pratiques d'hygiène et d'asepsie.

Certaines infections liées au terrain sont plus difficilement évitables (les ruptures prématurées des membranes prolongées, les hémorragies péri partum, l'obésité...).

L'antibioprophylaxie au cours des césariennes est généralisée, faisant diminuer les cas d'endométrites et d'abcès de paroi.

L'antibioprophylaxie pendant le travail des parturientes présentant un portage périnéal à Streptocoque B apporte le même bénéfice.

Docteur A. M. DUMAS
Service de Gynécologie-Obstétrique
Centre Hospitalier Lyon Sud, Lyon

AGENDA 2001

DATES	INTITULE	LIEU	RENSEIGNEMENTS
2001			
16-17/05	Journées Régionales d'Hygiène Hospitalière	Lyon - Bron : Novotel	04 72 11 51 14
17-18/05	Xe Journées Valentinoises de Gynécologie-Obstétriques	Centre Hospitalier de Valence	04 75 44 90 49
16-18/05	Assises Nationales des Sages-Femmes	Nantes	01 34 15 56 75
31/05-2/06	5 ^e Assises de la Société Française de Gynécologie	Lyon (Pr. Raudrant)	04 72 41 32 51
14-16/06	19 ^e journées de Gynécologie de Nice et Côte d'Azur	Nice (Dr Namanovici)	04 93 81 71 50
7-8/06	Congrès de la Société Française d'Hygiène Hospitalière	Lille	02 98 22 38 69
11-13/06	Infections Nosocomiales : les bases de leur prévention	Institut international sup. de formation des cadres de santé (IISFCS) - HCL - Lyon	04 72 11 51 14
17-21/09	Infirmières Conseil en Hygiène Hospitalière	IISFCS - HCL - Lyon	04 72 11 51 14
20-22/09	Journées Lyonnaise de Gynécologie-Obstétrique	Lyon (Pr Dargent)	04 72 11 77 26
3-5/10	Prévention des Infections Nosocomiales en Maternité - Niveau 1	IISFCS - HCL - Lyon	04 72 11 51 14
5-6/10	Journées Pyrénéennes de Gynécologie-obstétrique	Tarbes (Dr Dagues-Bié)	05 62 34 74 89
11/10	Prévention des Infections Nosocomiales en Maternité - Niveau 2	C.CLIN Sud-Est	04 78 86 19 71
18/10	Fonction de l'auxiliaire puericultrice dans la prévention des infections nosocomiales en maternité	C.CLIN Sud-Est	04 78 86 19 71
22-24/10	Hygiène au Bloc Opératoire	IISFCS - HCL - Lyon	04 72 11 51 14
29/11	Journée du réseau Mater Sud-Est	C.CLIN Sud-Est	04 78 86 19 71

LE POINT DE VUE DE LA SAGE-FEMME

La lutte contre les infections nosocomiales est l'affaire de tous et de tous les instants.

Nul ne remet en question la réflexion et la pratique des différents intervenants de l'équipe soignante (même si et parce que cette pratique est réévaluée régulièrement). Néanmoins, il convient d'étendre la sensibilisation aux multiples « passants » que représentent les accompagnants et visites diverses.

L'explication donnée, aux patientes comme à leur visites, des règles d'hygiène élémentaires telles que le lavage des mains, l'habillage dans certains secteurs de la maternité, les pièces réservées (bloc, pouponnière...), le respect du temps de

soins pour ne pas déranger la pratique, le respect de l'espace du voisin, le respect des règles de visites (nombre de personnes et interdiction des enfants), etc, permettra de potentialiser l'action de prévention.

Initiée dès le cours de préparation à l'accouchement (si ce n'est avant), la prise de conscience du partage des responsabilités en augmentera l'efficacité.

M.D. GUASH-GIRAUD¹
C. GIGNOUX²

¹Sage-femme, Maternité de l'Hôtel-Dieu

²Sage-femme Chef, Service de Pathologie de la Grossesse, Hôtel-Dieu, Lyon

COMMENT NOTER LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

CHEZ LE NOUVEAU-NE ?

Résumé de l'exposé qui a été fait

Lors de la journée Mater de novembre 2000

La grande difficulté est de faire la distinction entre infection nosocomiale du nouveau-né à la maternité et infection materno-foetale.

L'infection materno-foetale est celle qui est transmise de la mère à l'enfant, par exemple :

1. la mère a, au moment de l'accouchement, une infection urinaire à *Escherichia coli* et le nouveau-né a, lui aussi, une infection à *Escherichia coli* : on ne comptera pas l'infection du nouveau-né en infection nosocomiale.
2. la mère est porteuse de Strepto B une semaine avant l'accouchement ou au moment de l'accouchement : l'enfant qui aurait une infection à Strepto B ne serait pas compté en infection nosocomiale.
3. l'enfant qui présente une conjonctivite staphylococcique ou une pustule à *Staphylococcus aureus* n'est pas compté en infection nosocomiale lorsqu'un prélèvement vaginal a été fait pour une autre raison et montre *Staphylococcus aureus*.

Dans ces conditions, bien se reporter aux définitions de l'infection nosocomiale du nouveau-né (voir guide de surveillance).

Le cas de l'infection urinaire nosocomiale est également intéressant.

Nos pédiatres disent « qu'il n'y a pas d'infection urinaire nosocomiale chez le nouveau-né sauf manœuvres invasives et qu'il s'agit la plupart du temps, de malformation des voies urinaires ».

Dans ces conditions, on ne comptera, en infection urinaire nosocomiale, que l'infection présentée par un nouveau-né, au moins à J3 après la naissance, qui ne serait pas due à un germe présent chez la mère au moment de l'accouchement et chez qui on n'aurait pas trouvé de malformation des voies urinaires.



Une autre situation est également intéressante à développer : celle de l'enfant muté pour "risque infectieux" ou même gardé à la maternité avec la mention "risque infectieux".

Risque infectieux chez le nouveau-né ne signifie pas infection nosocomiale.

Un enfant qui présente un risque infectieux est celui né d'une mère qui a eu une rupture prématurée des membranes \geq à 12 heures, qui a présenté une hyperthermie à l'admission ou au moment du travail, qui a présenté une pathologie infectieuse de quelque origine que ce soit... On voit bien que l'enfant est considéré à "risque" pour ne pas laisser passer quelque chose, en particulier pour lui faire un bilan de dépistage et de pathologie infectieuse, et le surveiller tout particulièrement.

➔ Il ne s'agit pas d'infection nosocomiale (voir à le guide 2001 des infections nosocomiales - Réseau mater)

Dr F. Tissot-Guerraz

SOINS DU CORDON

La fabrication d'éosine alcoolique en ampoule unitaire « deux pointes » ayant cessé au laboratoire Bioluz (St Jean de Luz) nous conseillons pour les soins du cordon comme antiseptiques :

Alcool à 70° non modifié ou

Biseptine® (laboratoire Roche Nicholas) : avec ce produit l'efficacité antiseptique est excellente mais l'aspect esthétique médiocre. Une dose = un soin = un bébé et pas de spray.

Attention les anciennes recommandations sont toujours valables :

- L'éosine à l'eau n'est pas un antiseptique.
- On ne peut et on ne doit en aucun cas remplacer l'éosine alcoolique par un soin en deux temps « éosine aqueuse-alcool ».
- La chlorhexidine aqueuse (Doseptine® ou Chlorhexidine® aqueuse Gilbert 0,05%) n'a pas d'activité antiseptique suffisante.
- La chlorhexidine alcoolique (Hibitane champs® 0,5%) n'existe pas en dose unitaire.

Dr F. Tissot-Guerraz¹ Dr ME. Reverdy²

¹Laboratoire d'hygiène hospitalière, Hôpital Edouard Herriot, Lyon

²Laboratoire de microbiologie, Hôpital Edouard Herriot, Lyon