

LES ENDOMETRITES EN MATERNITE

Dr AM DUMAS

Centre Hospitalier Lyon Sud

Endométrite du post-partum

- ❑ Complication la + fréquente
- ❑ Morbidité et même mortalité non négligeable, en France
- ✓ Nécessité d' un diagnostic précoce et antibiothérapie adaptée
- ✓ MAIS REMISE EN CAUSE SI DEF AUT D'HYGIENE

Endométrite

- Signes cliniques entraînant la prescription d' une antibiothérapie :
 - Écoulement cervical purulent
 - Et/ou douleurs pelviennes
 - Et/ou hyperthermie avec signes de localisation utérine
- Ou par un diagnostic clinique d' endométrite, porté par le médecin ou la sage-femme entraînant la prescription d' une antibiothérapie
- En l' absence de chorioamniotite

En l'absence de traitement

- Infection annexielle
- Phlegmon du ligament large
- Pelvipéritonite
- Péritonite généralisée
- Phlébites puerpérales suppurées
- Septicémies puerpérales
- Localisations secondaires

Endométrites

- Accouchement par voie basse :
 - 2 % (Quentin 1998)
 - 3 % (Bisseriex 2006)

- Accouchement par césarienne :
 - 10 à 45% (Quentin 1998)
 - 15 à 90 % (Bisseriex 2006)

**COMITE NATIONAL D'EXPERTS
SUR LA MORTALITE
MATERNELLE**

**ANALYSE STATISTIQUE
DES DECES
1997 – 1998**

CAUSES OBSTETRIQUES DIRECTES (1)

Infections :

4^o cause

10,1 pour 100 000 NN vivantes

10 /123 décès

10 INFECTIONS
(morts maternelles)
1997-1998

2
Postavortements

4
Septicémies
puerpérales

1
Amnionite

3
Infections
génitales
gravidiques

MORTALITE MATERNELLE et INFECTION

- 80 % des décès sont évitables
- Retard au diagnostic et traitement inadéquat dans 40 % des cas
- MAIS aucun traitement ne peut suppléer le respect rigoureux et permanent des règles d'asepsie

FLORE VAGINALE NORMALE

Groupe 1 : bactéries acidophiles
lactobacilles (flore de Döderlein)

Groupe 2 : bactéries portage fréquent
origine = flore digestive
sgb-entérobact.(E.Coli, Klebsiella..)staphyl.,bact.
anaérobies (Bacteroides)
origine = + incertaine
G. vaginalis, Mycoplas. hominis
Ureaplasma urealyticum

Groupe 3 : bactéries portage exceptionnel
origine= oropharyngée
Strepto.A,pneumo.,méningo.,Haemophilus

(Groupe 4 : bactéries pouvant infecter l'endocol
pathologie vénérienne
N. gonorrhoeae- C. trachomatis)

BACTERIES DES GROUPES 2 ET 3 SONT A RISQUE D'INFECTION;

BACTERIES DU GROUPE 4 DONNENT DES COMPLICATIONS TRES SPECIFIQUES ET NON ENVISAGEES ICI

PHYSIOLOGIQUEMENT : DEUX SECTEURS

➤ Colonisation
microbienne +++ :

❖ Vulve

❖ Vagin

❖ Exocol

➤ Pas de bactérie
commensale :

❖ Endocol

❖ Cavité utérine

❖ Cavité tubaire et
péritonéale

LA CAVITE ENDOCERVICALE

=

**BARRIERE ENTRE LE VAGIN
ET
L' UTERUS**

**L' endométrite est une infection
ascendante et polymicrobienne
MAIS**

**LES COMPLICATIONS
MATERNELLES DEPENDENT DES
BACTERIES IMPLIQUEES + DE
LA NOTION DE PORTAGE OU
D'INFECTION ET DU STADE DE
LA GROSSESSE**

BACTERIOLOGIE (1)

- *Mycoplasma hominis* et *Ureaplasma urealyticum* :
flore commensale de la grossesse
rôle pathogène non établi dans l'endométrite
- *Chlamydia trachomatis* :
portage cervical=2 à 8 %
cervicite ou urétrite
rôle pathogène non établi
- Vaginose bactérienne :déséquilibre de la flore vaginale de Döderlein
(riche en lactobacilles) remplacée par une
prolifération bactérienne type *G. vaginalis* (90 %) de Mycoplasmes
(70 %) et bactéries anaérobies

BACTERIOLOGIE (2)

- Streptocoque B :

responsable de 50 % des endométrites

taux de portage maternel : 10 à 25 %

portage asymptomatique

dépistage et antibioprophylaxie

perpartum = réduction de + des $\frac{3}{4}$ du RI

néonatal et maternel du post-partum

BACTERIOLOGIE (3)

- Streptocoque A :
 - endométrite ou infection d' épisiotomie
 - 0,8 °/00 naissances
 - d' origine endogène ou d' origine nosocomiale
 - risque d' épidémie dans une structure de soins (germe véhiculé par les mains des patients ou des soignants porteurs)
 - le réservoir est pharyngé, cutané, anal, vaginal
 - isolement de la patiente+antibiothérapie
 - +recherche de sujets porteurs parmi le personnel

- prévention: hygiène des mains+port du masque

CETTE INFECTION = SIGNALEMENT AUX AUTORITES SANITAIRES

PHYSIOPATHOLOGIE

Endométrite = infection ascendante

- Ascension des germes du vagin vers uterus :
 - TV +++ pdt le travail
 - après RPM
 - interventions manuelles ou instrumentales
 - par voie basse
- Apport des germes de l'extérieur :
 - faute d'asepsie

Endométrite

Infection polymicrobienne

=

- Identification des germes et établissement d'antibiogrammes sont complexes
- Nécessité d'une antibiothérapie à large spectre (Céphalosporines, Pénicillines et inhibiteurs des β -lactamases)

EPIDEMIOLOGIE (1)

- ❖ 3 situations à risque infectieux :
 - ❑ la césarienne
 - ❑ La rupture prématurée des moyens mécaniques de protection de l'œuf : RPM
RAP
 - ❑ Les manœuvres transcervicales par voie basse exposant à l'infection : TV répétés
tocographie interne
pose de prostaglandines
DA ou RU

EPIDEMIOLOGIE (2)

■ Césarienne :

Taux global d' endométrite: 10 à 45 %
1/3 des césarisées en l' absence d'
antibioprophylaxie

RI x 2.3 à 2.7 après rpm supér. à 6 h.

RI x 1.75 si cés. pendant le w

RI si César en w ou en urgence (25 %) >
cés. programmée (9 %)

EPIDEMIOLOGIE (3)

- Autres facteurs de risque :
 - infection cervicovaginale
 - infection urinaire récente ou à rechutes
 - rpm > à 6 heures
 - rap et accouchement prématuré
 - les tv répétés pendant le w
 - les manoeuvres endo-utérines
 - l' hémorragie
 - l' anesthésie générale
 - l' obésité
 - un bas niveau socio-économique

PREVENTION (1)

■ Césarienne :

Conférence de Consensus (SFHH) 2004

Douche pré-opératoire

Tonte ou dépilation chimique

Tenue en non tissé ou micro-fibre et coiffe à usage unique

Toilette pré-opératoire : déterSION + rinçage à l' eau stérile + essuyage + produit antiseptique + séchage spontané complet du

champ opératoire

Antibioprophylaxie

PREVENTION (2)

- Césarienne et antibioprophylaxie :

SFAR Consensus :Recommandations pour la pratique de l' antibioprophylaxie en chirurgie (actualisation)

Antibiotique après clampage du cordon

1 dose unique

Bactéries cibles:anaérobies,Sgb,E.coli,
S. aureus

CEFALOZINE : 2 G.

Si allergie : CLINDAMYCINE 600 MG

PREVENTION (3)

– STREPTOCOQUE B :

Intérêt du dépistage systématique :

Fréquence du portage maternel

Conséquences graves : infections
maternofoetales , endométrite du post-partum

Efficacité de l'antibioprophylaxie perpartum =
diminution de 75 % du RI néonatal + du RI maternel

Coût faible du dépistage et de l'antibioφ =
économies

Test non traumatisant , fiable

PREVENTION (4) - SGB

- ❑ Dépistage à 35-37 SA

- ❑ Facteurs de risque :

 - Antécédent d' infection maternofoetale

 - Bactériurie ou atcd de portage maternel

 - Naissance avant 37 SA

 - RPM sup. à 12 h.

 - Fièvre sup. à 38°

 - Absence de dépistage

PREVENTION (5) - SGB

- Antibioprophylaxie perpartum :

- Ampicilline IVD :

2 gr

1 gr /4 heures jusqu'à la naissance

- Si allergie :

Dalacine IV : 1.2 gr puis 600 mg / 6 h.

ou Erythrocin IV : 2 gr puis 1 gr / 4 h.

PREVENTION (6) – Infections cervicovaginales maternelles

- ANAES : la recherche d' une infection est recommandée à chaque consultation

MAIS

- dans 50 % ces inf. sont asymptomatiques
- dans 50 % les inf. néonatales sont liées à des germes non responsables d' infection mais à l' origine d' un portage vaginal asymptomatique

PREVENTION (7) - Infections maternelles

- ❑ Portage maternel :
 - Pas de traitement
 - Traitement si rap et/ou rpm
- ❑ Portage isolé vaginal de Mycoplasmes :
 - Pas de traitement
- ❑ Vaginose : prolifération anormale de bact.
remplaçant les lactobacilles = Tt par Métronidazole 1gr/j
pdt 7 j. ou 2gr en dose unique
- ❑ Portage isolé du Sgb : pas de traitement
- ❑ Cervicites à Chlamydia trachomatis : Erythromycine 2gr/j
pdt 7 j. ou Azithromycine 1gr en dose unique

PREVENTION (8)

Délivrance artificielle ou révision utérine
après AVB :

PAS D' ANTIBIOPROPHYLAXIE

(C Chongsomchai; Cochrane Database of
Systematic Reviews 2006, Issue 3)

PREVENTION (9) – Tt des Endométrites

Nécessité d' une antibiothérapie à large spectre :

- Céphalosporines de 2° ou 3° génération
- Pénicillines et inhibiteurs des β -lactamases

PREVENTION (10)

Intérêt des réseaux de surveillance épidémiologique des IN
avec dépistage des facteurs de risque infectieux et
développement des stratégies de prévention

Mater Sud-Est :

Endométrites post avb :

1997-1998 : 0,47 %

2005 : 0,16 %

Endométrites post césarienne :

1997-1998 : 0,66 %

2005 : 0,19 %

CONCLUSION (1)

Endométrite du post-partum nécessite :
un diagnostic précoce
un traitement adapté

MAIS

Nécessité de respecter les règles d'hygiène
et des protocoles d'antibioprophylaxie
Ne pas traiter un portage vaginal maternel isolé

CONCLUSION (2)

Quand doit-on réaliser un PV pendant la grossesse:

En début , si antécédent d' accouchement prématuré (vaginose bactérienne)

Si vulvo-vaginite

Si MAP , RPM ou suspicion d' amniotite

Dépistage du SGB à 35 – 37 SA

CONCLUSION (3)

CAT si PV positif :

Vaginose bactérienne+ antcd d' acc. Prématuré
et/ou vulvovaginite : Métronidazole per os puis
pv / 3 mois

Isolement d' une bactérie d' origine intestinale
ou oropharyngée : pas de tt en dehors de
situation d' accouchement imminent

Si RPM ou suspicion d' amniotite ,
antibiothérapie adaptée