


RECOMMANDATIONS DU RESEAU PERINATAL LORRAIN

<p>Réseau Périnatal Lorrain</p> 	<p>RECOMMANDATIONSSRPL_2018_PEC INBP</p> <p>Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce (≥36SA)</p>	<p>Version du 24/06/2021</p> <p>Rédaction Dr Creutz Leroy Margaux Dr Gerard Marion</p> <p>Validation Conseil de coordination</p>
---	---	--

I. Facteurs de risque d'infection néonatale bactérienne précoce (IBNP)

- Colonisation maternelle à streptocoque B durant la grossesse actuelle
- ATCD d'infection néonatale à strepto B lors d'une précédente grossesse
- Ouverture prolongée de la poche des eaux de plus de 12h
- Prématurité spontanée et inexplicquée (<37 SA)
- Une fièvre maternelle ($T^{\circ} > 38$) en per partum ou dans les suites directes de l'accouchement (ou 2h avant l'accouchement)

II. Signes cliniques pouvant faire évoquer une IBNP

Dans les 48 premières heures de vie :

- Fièvre ou hypothermie (<36°)
- Détresse respiratoire, tachypnée ou apnée
- Tachycardie ou bradycardie, signes de choc
- Somnolence, irritabilité, hypotonie ou convulsions
- Refus alimentaire ou vomissements

III. CAT

a. Prélèvements à la naissance

Les prélèvements de liquide gastrique et superficiels ne sont plus recommandés. Il en est de même pour la NF, la CRP, la PCT.

En cas de fièvre maternelle et/ou notion d'exposition à *Listeria* et/ou d'anomalies macroscopiques placentaires, un frottis placentaire et une culture du placenta doivent être demandés.

b. Nouveau-nés symptomatiques

Recherche des signes de gravité :

- Troubles hémodynamiques nécessitant une expansion volémique ou l'admission de drogues vaso-actives
- Signes cliniques neurologiques

Demande de transfert dans un établissement de niveau de soins adapté à l'état clinique du nouveau-né (annexe 1).

c. Nouveau-nés asymptomatiques mais présentant au moins 1 FDR

Les parents doivent être informés de la mise en place d'une surveillance particulière et de ses indications et modalités.

La surveillance en suites de couches peut être assurée par les auxiliaires de puéricultures.

Si la mère a reçu une antibioprophylaxie per-partum adéquate hors hyperthermie maternelle (groupe A):

- Surveillance habituelle en suites de couches
- Pas de sortie avant 48h

Si la mère n'a pas reçu une antibioprophylaxie per-partum ou pas d'ATB adéquate ou si la mère a reçu une ATB adaptée pour une fièvre > à 38° (groupe B) :

- Surveillance standardisée en suites de couches toutes les 4h pendant les 24 premières heures puis toutes les 6 heures les 24 heures suivantes (grille de surveillance en annexe 2)
- Si apparition d'un signe clinique => examen clinique sans délai par pédiatre +/- examens complémentaires + ATB si nécessaire après hémoc

Si la mère a présenté une fièvre sans antibiothérapie adéquate (groupe C):

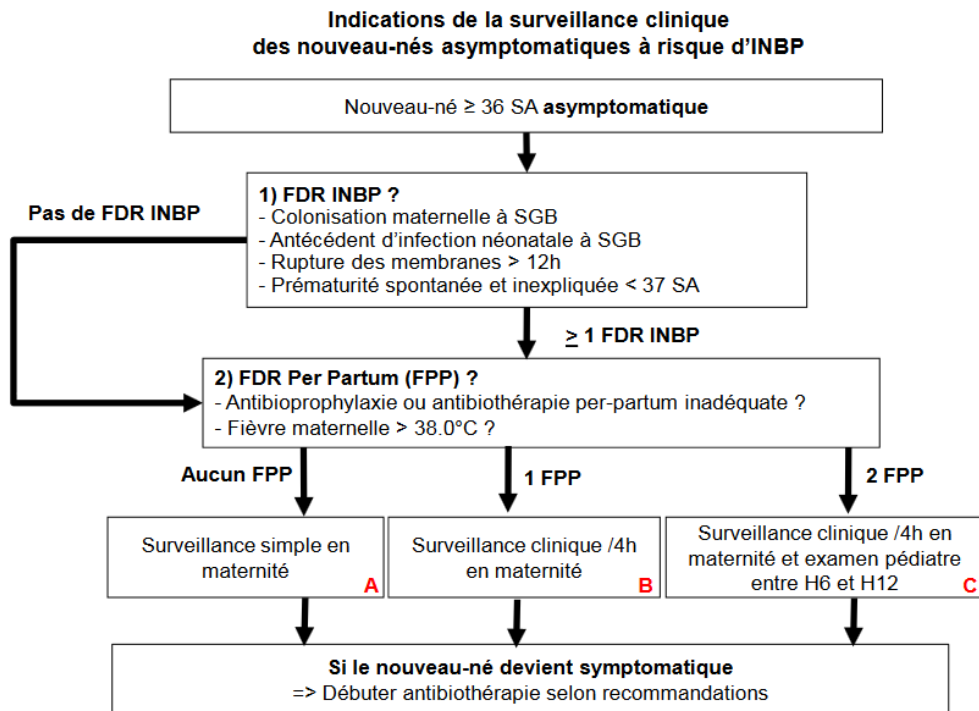
- Surveillance standardisée en suites de couches toutes les 4h pendant les 24 premières heures puis toutes les 6 heures les 24 heures suivantes (grille de surveillance en annexe 2)
- Examen clinique systématique par un pédiatre entre H6 et H12 de vie
- Si signe clinique => ATB proba dans les plus brefs délais après hémoc

d. Examens complémentaires

En plus de l'hémoculture (voir indication dans 3.c), une ponction lombaire est recommandée si :

- Hémoculture positive à un germe pathogène
- NN avec altération de l'état général ou signes cliniques neurologiques

La PL ne doit pas retarder la mise en route de l'ATB.



- Surveillance des nouveau-nés asymptomatiques des catégories A, B, et C < 36 SA (et ≥ 34 SA) :
- admission dans le niveau de soins adéquat (unité kangourou, néonatalogie)
 - surveillance adaptée à leur prématurité et au niveau de risque d'INBP

Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce (≥ 34 SA)
Recommandations- Version septembre 2017

e. Choix de l'ATB

Un dosage de la CRP doit être fait à l'instauration d'une ATB si débutée après plus de 12h de vie.

En cas d'hémoculture stérile, une CRP à 24h et 48h contribue à la décision de maintenir ou non l'ATB.

En première intention si NN symptomatique sans signe de gravité :

- Amoxicilline 100mg/kg/24h en 2 injections IVL 20 min ou IVD
- Gentamicine ou Amikacine
 - o Gentamicine en 1 injection IVL 30 min
 - 5.5 mg/kg/24h chez NN ≥ à 37 SA
 - Sinon 6 mg/kg/24h

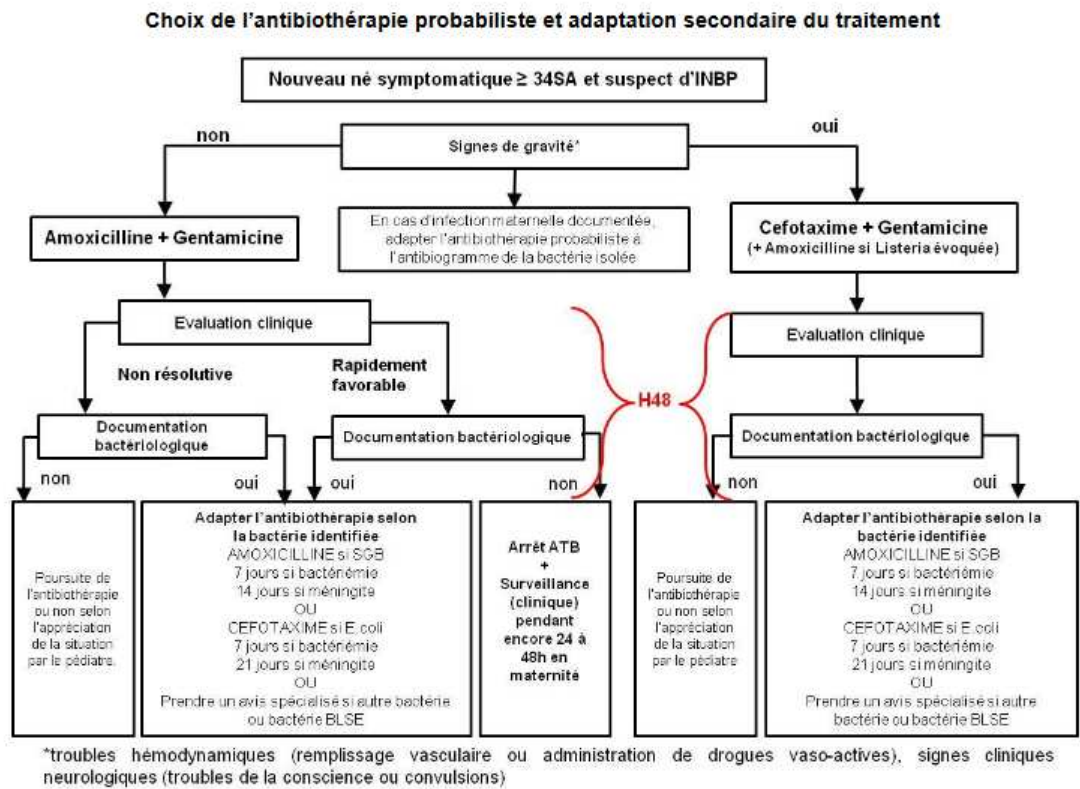
- Amikacine
 - 15 mg/kg/24h chez NN ≥ à 36 SA

En cas de signes de gravité :

- Céfotaxime 200 mg/kg/24h en 2 injections IVL 20 min ou IVD
- Gentamicine en 1 injection IVL 30 min
 - 5 mg/kg/24h chez NN ≥ à 37 SA
 - Sinon 6 mg/kg/24h
- Si une listériose est évoquée, ajouter de l'amoxicilline de 100 mg/kg/24h en 2 injections IVL 20 min ou IVD

Si infection maternelle en cours documentée à une autre bactérie que streptocoque =>antibiothérapie adaptée à ce germe.

La ceftriaxone est CI chez le nouveau-né dans le cadre de l'INBP.



Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce (≥ 34 SA)
Recommandations- Version septembre 2017

BIBLIOGRAPHIE

- Recommandation de bonne pratique de la société Française de Néonatalogie et de la Société Française de Pédiatrie : Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce (≥ 34 SA). Septembre 2017

Annexe 1

TABLEAU DES GRADATIONS DE PRISES EN CHARGE NEONATALES PAR TYPE DE MATERNITE, CRITERES, ET PAR DEPARTEMENT

Maternité de type I	≥ 36SA et Pds de naissance estimé ≥ 2000g
	54 Meurthe et Moselle CH Alpha Santé de Mont Saint Martin CH de Briey CH de Toul CH de Lunéville
	55 Meuse
	57 Moselle Clinique Saint Nabor CH de Sarrebourg CH de Sarreguemines
	88 Vosges Maternité La Ligne Bleue (anciennement Clinique Arc-En-Ciel) CH de Neufchâteau CH de Saint-Dié
Maternité de type IIA (+ Néonatalogie)	≥ 34SA et Pds de naissance estimé ≥ 1800g
	54 Meurthe et Moselle
	55 Meuse CH de Verdun
	57 Moselle Clinique Claude Bernard
	88 Vosges CH de Remiremont
Maternité de type IIB (+ néonatalogie + Soins Intensifs néonataux)	≥ 31SA et Pds de naissance estimé ≥ 1200g
	54 Meurthe et Moselle Clinique Majorelle
	55 Meuse
	57 Moselle CHICUnisanté+ de Forbach CHR site de Metz (Mercy) / CHR site de Thionville
	88 Vosges CH d'Epinal
Maternité de type III (+ Néonatalogie + Soins Intensifs néonataux + Réanimation Néonatale)	< 31 SA et /ou Pds de naissance estimé < 1200g Autres AG et Pds de naissance avec pathologie associée
	54 Meurthe et Moselle CHRU de Nancy

Les modalités d'organisation sont disponibles sur le site du réseau – Recommandations « Transfert materno-fœtal » du Réseau Périnatal Lorrain

<http://www.reseaperinatallorrain.fr/reseau-perinatal-lorrain/recommandations/>



Recommandation transfert materno-fœtal

Annexe 2

FICHE DE SURVEILLANCE CLINIQUE DES NOUVEAU-NES ASYMPTOMATIQUES A RISQUE D'INFECTION NEONATALE BACTERIENNE PRECOCE

A remplir en suites de couches pour tout nouveau-né asymptomatique si :

- La mère a reçu une antibioprofylaxie per-partum inadéquate (incluant l'absence d'antibioprofylaxie alors qu'elle était indiquée).
- La mère était fébrile > 38°C et a reçu une antibiothérapie per-partum (quel que soit le délai avant la naissance).

Age (heures)	H4	H8	H12	H16	H20	H24	H30	H36	H42	H48
Date et heure										
Température $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$										
Fréquence cardiaque > 160 (au calme) ou $< 80/\text{min}$										
Fréquence respiratoire $> 60/\text{min}$										
Signes de lutte respiratoire (tirage, geignement)										
Aspect de la peau anormal (pâleur, cyanose, marbrures, teint gris)										

Prévenir le pédiatre ou la sage-femme si une case d'anomalie est cochée ou tout signe clinique ou tout changement d'état inquiétant l'équipe soignante