

# RECOMMANDATIONS DU RESEAU PERINATAL LORRAIN

<p>Réseau Périnatal Lorrain</p> 	<p><b>RECOMMANDATIONS SRPL_2018_PEC INBP</b></p> <p><b>Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce (≥36SA)</b></p>	<p>Version du 24/06/2021</p> <p><b>Rédaction</b> Dr Creutz Leroy Margaux Dr Gerard Marion</p> <p><b>Validation</b> 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):**

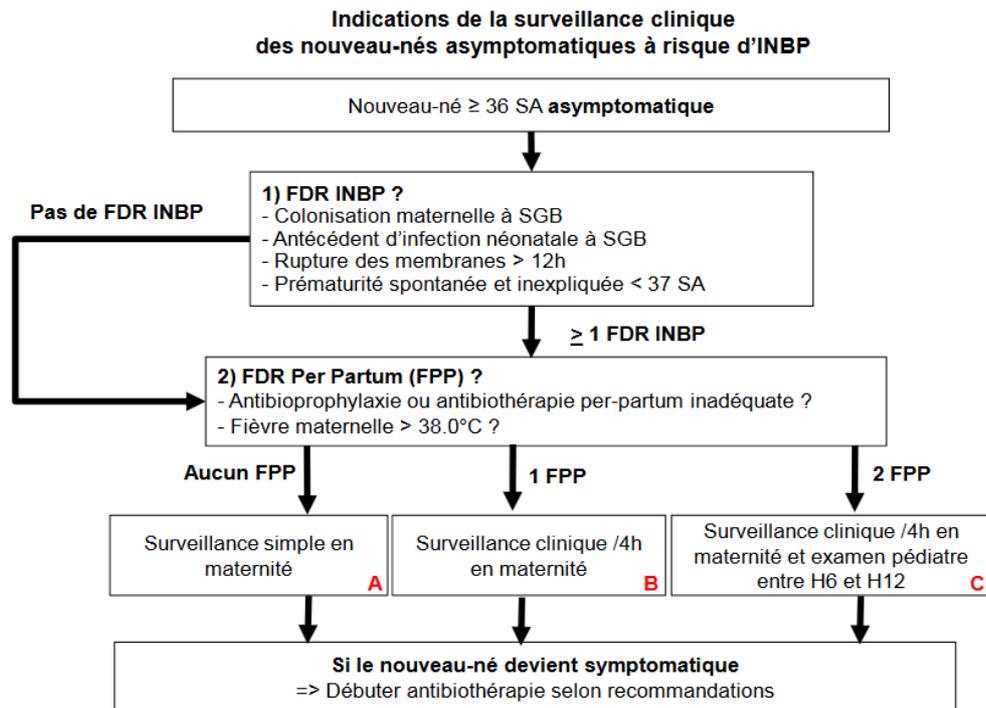
- Surveillance standardisée en suites de couches toutes les 4h pendant les 24 premières heures puis toutes les 6 heures les 24 heures suivantes (grille de surveillance en annexe 2)
- Examen clinique systématique par un pédiatre entre H6 et H12 de vie
- Si signe clinique => ATB proba dans les plus brefs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

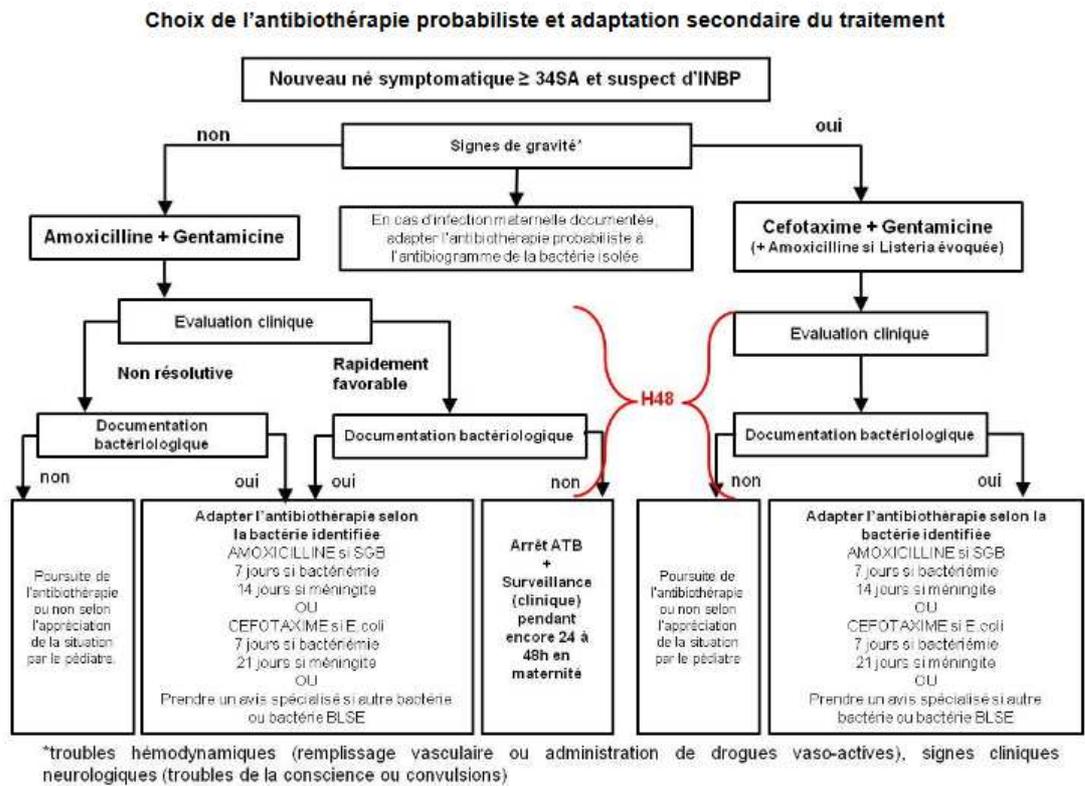
- Amikacine
  - 15 mg/kg/24h chez NN ≥ à 36 SA

**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 ( $\geq 34$ SA). Septembre 2017

## Annexe 1

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

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