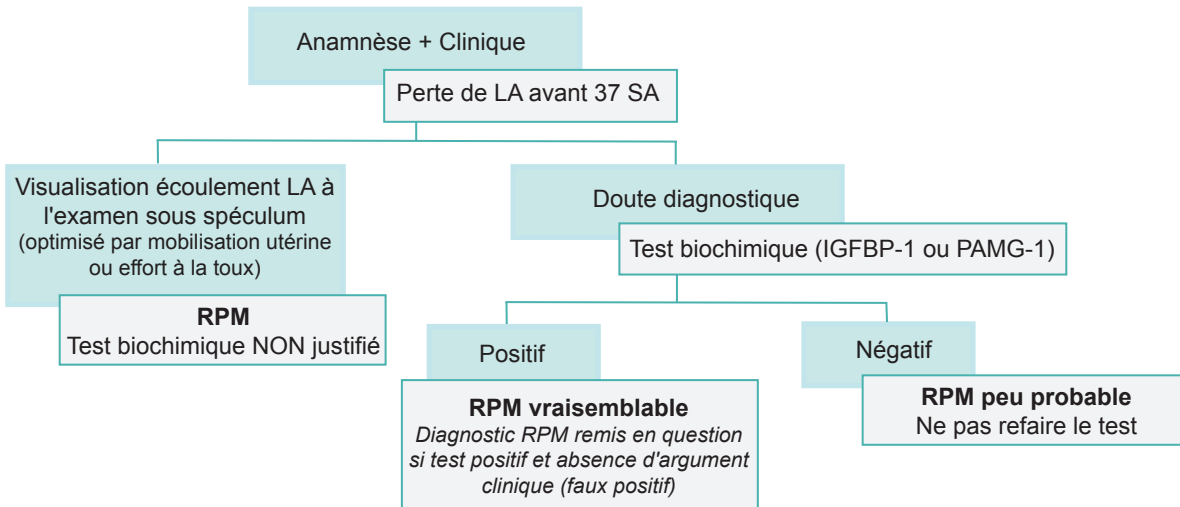


MÉTHODE DIAGNOSTIQUES



PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE (HORS ANTIBIOTHÉRAPIE)

HOSPITALISATION en maternité de niveau adapté selon AG et autres FDR, **minimum 48 heures**.

Bilan initial intra-hospitalier

CLINIQUE	BIOLOGIE	ÉCHOGRAPHIE	CARDIO-TOCOGRAPHIE FŒTALE
Constantes hémodynamiques, température, palper utérin (CU), aspect LA (sous spéculum si nécessaire)	NFS, CRP +/- bilan pré-op PV BU + ECBU	Présentation, biométries, QLA, vitalité, localisation placentaire	

NB : l'examen cervical (examen sous spéculum, toucher vaginal, cervicométrie échographique) peut être réalisé si nécessaire (en cas de contractions utérines). Il est recommandé de limiter les évaluations cervicales quelle que soit la méthode utilisée.

Si cerclage en place, le retirer sans délai si signes cliniques ou biologiques évocateurs d'infection intra-utérine
Fréquence de la surveillance à définir au sein de chaque service.

Information obstétrico-pédiatrique régulière des couples, adaptée à l'évolution clinique.

CAT (en l'absence de signes d'infection intra-utérine)

24-34 SA	34-37 SA	> 37 SA
- Corticothérapie anténatale - Antibiotrophylaxie - Si tocolyse prescrite : durée < 48H - Bas anti-thrombose (BAT) - Cure sulfate de magnésium à visée fœtale si naissance imminente/programmée < 32 SA	- antibiotrophylaxie - BAT - pas d'indication de déclenchement si clinique et paraclinique normales	- Indication de naissance à discuter en fonction de la stabilité clinique et du souhait de la patiente (39 voire 41 SA)
RAD et surveillance à domicile si critères favorables (cf verso)		

En cas d'infection intra-utérine, organiser la naissance en fonction de l'âge gestationnel.

ANTIBIOPROPHYLAXIE SI RPM

Monothérapie AMOXICILLINE 1g x 3/ jour PO ;
 En cas d'allergie : ERYTHROMYCINE 250 mg x 4 PO.
 Si PV positif : traitement adapté en fonction de l'antibiogramme et maintenu 7 jours,
 Si PV négatif : arrêt ATB prophylaxie à 48H possible.
 Répétition du traitement non recommandée systématiquement (pendant la période de latence, si élévation isolée de la CRP ou portage bactérien asymptomatique).

INFECTION INTRA UTÉRINE «IIU» (remplace le terme de «Chorio-amnionite»)

→ DIAGNOSTIC CLINIQUE :

• **Température maternelle supérieure ou égale à 38°C** confirmée à 30 minutes d'intervalle sans cause infectieuse extra-gynécologique identifiée, **associée à au moins deux critères suivants** :

- **tachycardie fœtale** > 160 bpm persistante ;
- **douleurs utérines ou contractions utérines** douloureuses ou mise en travail spontanée ;
- **liquide amniotique purulent.**

Chez une patiente asymptomatique, un taux de CRP plasmatique inférieur à 5 mg/L permet d'exclure le diagnostic d'infection intra utérine. Le dosage de la CRP plasmatique est recommandé pour sa valeur prédictive négative. L'interprétation de l'hyperleucocytose maternelle doit se faire à distance d'une corticothérapie.

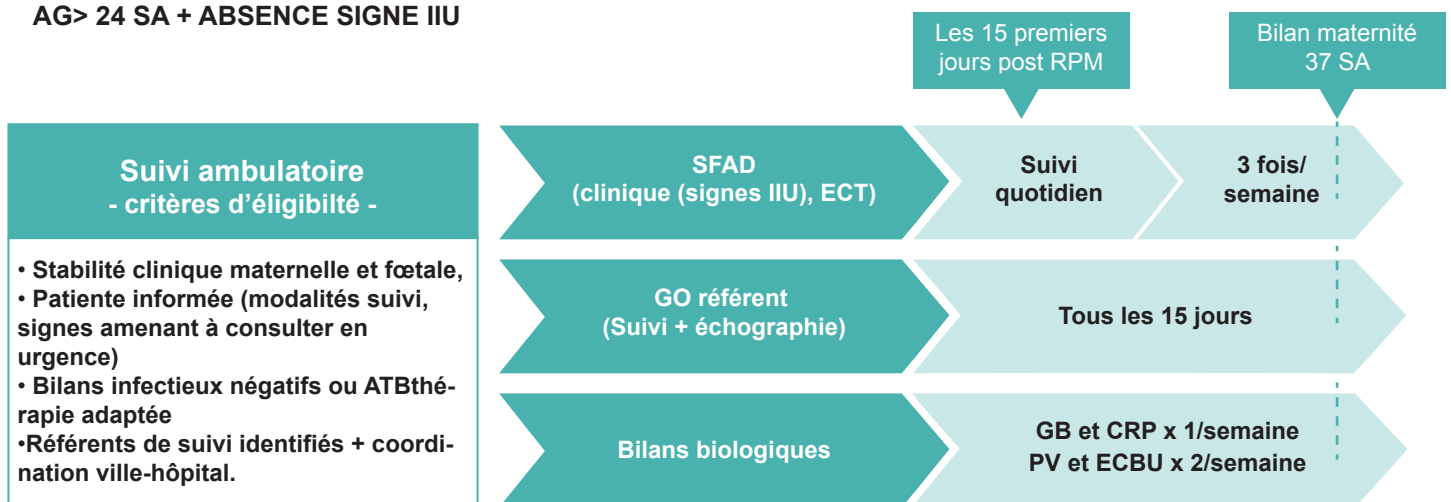
Si IIU → PEC urgente

Traitement IIU :

Antibiothérapie immédiate en IV : association Bêta-lactamines (Amoxicilline ou C3G) + Aminoside (Gentamicine 5 mg/kg/j)

PROPOSITION DE SUIVI AMBULATOIRE

AG > 24 SA + ABSENCE SIGNE IIU



Annexe : Proposition de calendrier de suivi ambulatoire RPM