



**2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale**  
Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

## CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE RENNES OGYRRE

Professeur P. POULAIN

oooo

CREATION	PROTOCOLE GHR, BLOC, SDC	MISE A JOUR
Mars 2015	<b>ANTIBIOTIQUES EN SUITES DE COUCHES</b> AS.Cabaret, JM.Chapplain, D.Lozachmeur	

### *Quelques principes :*

- vérifier la compatibilité avec le mode d'allaitement.
- informer les pédiatres des infections maternelles en cours
- éviter les AINS dans les contextes infectieux (favorisent les invasions bactériennes en particulier à gram+)

**APRES FIEVRE PENDANT LE TRAVAIL (ou dans les 2h suivant l'accouchement) :**  
Amoxicilline 2g puis 1g/4h IV pdt le travail, puis Augmentin 1gx3/j IV jusqu'à 48h d'apyrexie

*Si allergie pénicilline : clindamycine 900mg /8h IVL pendant le travail, puis 600mg x3/j IVL jusqu'à 48h d'apyrexie (CI si AM)*

**Pas de relais per os systématique si pas de symptomatologie infectieuse et prélèvements bactériologiques négatifs.**

Si persistance fièvre >48h en post-partum :

- avec point d'appel clinique ou bactériologique : adapter l'antibiotique, à poursuivre IV jusqu'à 48h d'apyrexie, puis relais per os selon contexte
- sans point d'appel clinique ni bactériologique : cf endométrite

### **SI SUSPICION DE CHORIOAMNIOTITE :**

- Si apyrexie, et patiente asymptomatique en post-partum (par exemple contexte d'échappement à la tocolyse + syndrome inflammatoire biologique): pas de traitement systématique. Etre particulièrement attentif aux signes d'endométrite.
- Si fièvre pendant le travail ou symptomatologie évocatrice d'endométrite en post-partum : cf endométrite.

**2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale**  
Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

**APRES HEMORRAGIE GRAVE DU POST-PARTUM (>1l ou >30 minutes ou gestes endo-utérins répétés) :**

- **sans fièvre : Augmentin 1g x3/j pendant 48 heures, IV puis per os dès que possible**

*Si allergie pénicilline : clindamycine 600mg x3/j IVL (CI si AM)*

- avec fièvre :

- Attention : fréquent effet secondaire du Nalador → si fièvre uniquement sous Nalador, cf paragraphe précédent « sans fièvre »
- Si fièvre persistante après arrêt du Nalador : à considérer comme endométrite débutante (cf)

**FIEVRE INEXPLIQUEE DU POST-PARTUM ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) OU ENDOMETRITE :**

- **Si AA : clindamycine 900mg x3/j IV + genta 3mg/kg/j en 1 fois IVL, à adapter aux taux sériques si besoin (= traitement de référence, à favoriser autant que possible)**

- **Si AM : Augmentin 1g x3/j IV (ou ceftriaxone Rocephine 1g /j IV).** Si critère de gravité : ne pas hésiter à prescrire Augmentin 6g/j. *Si allergie pénicilline: clindamycine + arrêt AM.*

**Jusqu'à 48h d'apyrexie, puis relais per os 5 jours** (à adapter au contexte, à poursuivre 14 jours au total si bactériémie+).

**En 2<sup>e</sup> intention** (si pas d'amélioration clinique après 48h, sans documentation bactériologique, ou si bactériémie+):

- si AA : + **Flagyl** (500mg x 3/j) IV

- si AM : + **genta** 3mg/kg/j IVL+ **Flagyl** (500mg x 3/j) IV

*Rappel au sujet des fièvres inexplicables du post-partum:*

- *Echo pelvienne si pas d'amélioration après 48h d'antibiothérapie*

- *Doppler des membres inférieurs + TDM injecté ou IRM si pas d'amélioration après 48h d'élargissement de l'antibiothérapie*

**INFECTIONS URINAIRES :**

**Bactériurie asymptomatique** : ne pas traiter

**Cystite aiguë** : après ECBU systématique

- Post-partum standard (quel que soit le mode d'allaitement) : fosfomycine-trométamol

**Monuril 3g monodose per os**

- Contexte à risque de complication (ex : rétention aiguë d'urines, comorbidités) :

**amoxicilline 1g x3/j per os (7j)** à adapter à l'ECBU +antibiogramme

*si allergie pénicilline +AA : Furadantine 100mg x3/j 7j*

*si allergie pénicilline +AM : Monuril 50mgx3/j 7j*

**Pyélonéphrite** : antibiothérapie probabiliste après ECBU+antibiogramme :

- Si AA : quinolones **ciprofloxacine Ciflox 500mgx2/j ou ofloxacine Oflocet 200mgx2/j per os pendant 7j**, ou cf AM



**2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale**

Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

- Si AM : **ceftriaxone Rocephine 1g/j IV ou IM pendant 14j**, relais per os possible après 48h d'apyrexie en favorisant amoxicilline ou Augmentin (éviter le céfixime, en raison de sa très faible concentration sérique)

*si AM + allergie pénicilline : aminosides en monothérapie en 1 dose unique quotidienne (ex : Genta 3mg/kg/j pendant 7j IV ou IM), ou aztréonam Azactam 1gx2/j IV pendant 7j*

*si bactériémie+ : toujours poursuivre l'antibiothérapie 14 jours au total*

**INFECTIONS DE CICATRICE (césarienne, épisiotomie) :**

- Prélèvement local +++
- **antibiothérapie : non probabiliste**, à différer autant que possible pour adapter directement à l'antibiogramme

*Rappels :*

- *Si besoin ôter 1 ou plusieurs fils ou agrafes pour permettre un bon drainage*
- *Soins locaux 2 fois/j (eau + savon neutre +/- éosine aqueuse)*
- *antiseptique x1/j, pendant maximum 5 jours (ensuite ne pas hésiter à proposer : crème Cicalfate 1 fois par jour pendant 1 mois (propriétés anti-bactériennes et cicatrisantes)*
- *si abcès : discuter irrigation à l'eau bétadinée 1 fois/j pendant 2-3 jours, voire reprise chirurgicale*

**MASTITE :**

Si sévère, bilatérale, récidivante, inhabituelle, ou sans amélioration après 48h de traitement symptomatique et les mesures de drainage du sein :

- prélèvement bactériologique du lait

- antibiothérapie : **Augmentin 1g x3/j ou pristinamycine Pyostacine 1g x3 /j** pendant 10 à 14j

Si abcès : drainage chirurgical +/- antibiothérapie 7j post-op

**CAS PARTICULIER DES INFECTIONS A STREPTO A : cf protocole spécifique**

- avis sénior, info cadre sage-femme et comité d'hygiène, isolement, prélèvements de gorge des professionnels ayant été au contact avec la patiente (médecine du travail)
- **amoxicilline 2g x4 /j** en urgence puis adaptation à l'antibiogramme

**Pour information : astreinte bactério 87 399**