

Une jeune femme de 28 ans enceinte, primipare, consulte aux urgences obstétricales à 35 semaines d'aménorrhée suite à une rupture prématurée des membranes dans un contexte de fièvre, douleurs utérines et de contractions. À son arrivée, l'examen clinique retrouve une fièvre maternelle à 39 °C ainsi qu'une tachycardie fœtale. Un bilan biologique et microbiologique rapporte les résultats suivants :

CRP : 150 mg/L

Leucocytes : 18 000/mm³

Fibrinogène : 5,5 g/L

Liquide amniotique/ prélèvement vaginal :

Examen direct : très nombreux cocci Gram positif disposés longues chainettes

Culture en cours

Hémocultures : stériles

Q1. Commenter le bilan biologique.

Q2. Quel est le diagnostic le plus probable ?

Argumenter votre réponse en retraçant la physiopathologie de cette infection.

Q3. Dans le cas présent, quel est l'agent infectieux le plus probablement en cause ?

Argumenter votre réponse.

Q4. Quelles sont les caractéristiques microbiologiques permettant l'identification de cet agent infectieux ?

Q5. Quel traitement préconiserez-vous dans le cas de cette patiente. Préciser les modalités d'administration ?

Q6. Ces éléments ayant conduit à un travail spontané, quelles répercussions de cette infection maternelle doit-on prendre en compte pour le nouveau-né ?

Q7. Préciser les modalités de la prophylaxie des infections dues à cet agent infectieux.

Une jeune femme de 28 ans enceinte, primipare, consulte aux urgences obstétricales à 35 semaines d'aménorrhée suite à une rupture prématurée des membranes dans un contexte de fièvre, douleurs utérines et de contractions. À son arrivée, l'examen clinique retrouve une fièvre maternelle à 39 °C ainsi qu'une tachycardie fœtale. Un bilan biologique et microbiologique rapporte les résultats suivants :

CRP : 150 mg/L

Leucocytes : 18 000/mm³

Fibrinogène : 5,5 g/L

Liquide amniotique/ prélèvement vaginal :

Examen direct : très nombreux cocci Gram positif disposés longues chainettes

Culture en cours

Hémocultures : stériles

Q1. Commenter le bilan biologique (8 pts)

(1) CRP augmentée : protéine de l'inflammation

(1) Fibrinogène (Nles : 2-4 g/L) : augmenté => **hyper fibrinogénémie**

(1) Leucocytes augmenté => **Hyperleucocytose**

(2) => tous ces éléments sont des témoins biologiques d'un **Syndrome inflammatoire biologique**

(pas de trouble de la coagulation ,ni d'hémorragie, etc.

problème de maîtrise des mots clés et des valeurs usuelles pour certains)

(2) Liquide amniotique :

Le liquide amniotique est normalement stérile mais peut se coloniser au passage de la filière génitale par le microbiote. Dans ce cas de rares bactéries sont observées d'aspect polymorphe et non évocatrices de bactéries pathogènes

⇒ La présence anormale de Cocci Gram positif en termes de quantité (très nombreuses) et d'aspect évocateur d'une bactérie pathogène notamment de Streptococcus du groupe B (longues chainettes) n'est pas normale et est probablement le reflet d'une contamination intrautérine

(1) Les hémocultures sont stériles => pas de bactériémie

(trop souvent oublié dans vos copies)

Q2. Quel est le diagnostic le plus probable ?

Argumenter votre réponse en retraçant la physiopathologie de cette infection. (14 pts)

(4) **Infection intra-utérine** (IIU, anciennement chorioamniotite : accepté)

Infection materno-néonatale (*accepté mais attention c'est incomplet puisque ne décrit pas le processus de transmission materno-foetale : c'est le fœtus qui s'infecte encore intrautérin*)

Infection congénital ne correspond pas,

Florilège de réponses non adaptées : méningite, angine, vaginite, prééclampsie, infection verticale ?, infection génitale ou obstétricale IST, infection urinaire, infection gravidique, pneumonie, syphilis ... !?)

Argumentaires :

Clinique :

contexte infectieux objectivé indirectement par la fièvre (1)

contexte d'infection intrautérine sur la base de la RPM (1) et des douleurs utérines et de contractions précoces (1)

avec retentissement fœtal : tachycardie fœtale (1)

Biologie :

contexte infectieux objectivé indirectement par le syndrome inflammatoire biologique chez la mère (1) et la présence anormale de Cocci Gram positif évocateur d'un germe pathogène tel le Streptococcus du groupe B dans les sécrétions vaginales (1)

Physiopathologie

probable infection du fœtus par voie ascendante in utero (2)

à partir d'un portage/colonisation vaginal préexistant de SGB (1) et favorisée par la RPM (1)

colonisation du liquide amniotique

le fœtus qui s'infecte donc après avoir inhalé et dégluti le liquide amniotique contaminé par SGB

S'il s'agit d'une transmission verticale il n'y a pas d'information pour évoquer le passage transplacentaire ici !

Q3. Dans le cas présent, quel est l'agent infectieux le plus probablement en cause ?

Argumenter votre réponse. (6 pts)

Streptococcus agalactiae (4)

Cocci Gram positif disposé en chaînette très évocateur de streptocoques (1)

Le plus prévalent des agents infectieux dans les IIU et les infections materno-néonatales (1)

Pas Streptococcus pyogenes ni staphylococcus aureus dans ces situations d'infection maternofoetales

Q4. Quelles sont les caractéristiques microbiologiques permettant l'identification de cet agent infectieux ? (6 pts à concurrence de 6 items attendus)

Cocci Gram + (1)

Disposé en chaînette (1)

Catalase négative (1)

Groupe en B selon classification de Lancefield (1)

Anaérobie aéro tolérant (1)

Beta hémolytique sur gélose au sang (1)

Bacitracine Résistant (1)

Q5. Quel traitement préconiserez-vous dans le cas de cette patiente. Préciser les modalités d'administration ? (6 pts)

Amoxicilline ou aminopénicilline (4)

(Céphalosporine et même bêtalactamines ont été acceptées)

Administré par **voie IV** (1)

en 3 fois par jour pour amoxicilline (si ceftriaxone alors en 1 fois par jour et si Cefotaxime alors en 3 fois par jour) (1)

Durée : jusqu'à l'accouchement et pendant 7 à 15 jours post accouchement (non noté)

+/- aminoside (gentamicine) : bonus 1 pts si argumenté sur la base des recommandations de traitement probabiliste et de la gravité de ce type d'infection

Traitement antibiotique (2pts seulement si pas de précisions des molécules)

Le traitement de choix des infections à S. agalactiae repose en première intention sur l'utilisation des bêta-lactamines et en particulier d'une aminopénicilline. Dans les infections invasives, l'aminopénicilline est utilisée par voie IV. Le céfotaxime peut être utilisé initialement en probabiliste par voie injectable.

Q5. Ces éléments ayant conduit à un travail spontané, quelles répercussions de cette infection maternelle doit-on prendre en compte pour le nouveau-né ? (10 pts)

(2) Prématurité (*ici 35 SA, prématurité avant 37 SA*)

(4) Infection néonatale précoce (1) du nouveau-né avec possibilité de sepsis (1), de méningite (1), et/ou d'infection pulmonaire (1)

Q7. Préciser les modalités de la prophylaxie des infections dues à cet agent infectieux. (10 pts)

Stratégie de dépistage du portage vaginal de SGB (2)

systematique càd pour toutes les femmes (1)

entre 34 et 38 SA ou dernier mois de grossesse (1)

Il n'était pas prévu de points sur l'analyse parallèle des facteurs de risque mais effectivement cela aurait pu être intégré dans la grille : bien vu à ceux qui l'ont mentionné

Antibioprophylaxie (2)

par amoxicilline (aminopénicilline ou pénicilline G) (1)

administrée par voie IV ou IVSE (1)

débutée dès le début du travail (1)

et arrêt à la délivrance (1)