

	Titre	PRO/ORH/ __
	<b>Prise en charge des Infections Néonatales Bactériennes Précoces chez le nouveau-né à partir de 34 semaines d'aménorrhée.</b>	DATE : Version 1 Décembre 2024
		Page 1

<u>REDACTION</u>	<u>VERIFICATION</u>	<u>APPROBATION</u>
Dr EL HAJJAR (pédiatre) Elisabeth LE MEUR (Sage-femme OREHANE) Relecture : Pr TOURNEUX (pédiatre)	Membres de la commission « Protocoles pédiatriques » du réseau ORÉHANE	Membres de la commission « Protocoles pédiatriques » du réseau ORÉHANE

Ce document a été élaboré par les professionnels du DSRP ORÉHANE sur la base des recommandations scientifiques en vigueur à la date de rédaction du protocole. Celui-ci ne constitue pas une référence obligatoire pour les professionnels des Hauts-de-France mais est une synthèse de recommandations et/ou de la littérature existante. Chaque professionnel ou établissement est donc libre de l'utiliser ou non dans le cadre de sa pratique professionnelle.

## **. OBJECTIF :**

- Identifier les nouveau-nés (NN) à risque d'infection néonatale bactérienne précoce (INBP)
- Définir l'antibioprophylaxie per-partum.
- Mettre en place une surveillance clinique de ces NN à risque d'INBP.
- Reconnaître un NN symptomatique et clarifier sa prise en charge
- Limiter les bilans complémentaires invasifs
- Eviter les antibiothérapies probabilistes non justifiées

### **1. Contexte/ référence :**

L'incidence des INBP certaines est de 0,7 à 1/1000 naissances. L'INBP prouvée est donc rare mais le risque d'INBP est fréquent, d'où les nouvelles recommandations de la Société Française de Néonatalogie (SFN) de juillet 2017 (réf 1).

### **2. Définition :**

**INBP certaine :** NN symptomatique et positivité d'au moins un prélèvement central (hémocultures et/ou LCR)

### **3. Professionnels concernés :**

- Pédiatres
- Obstétriciens

	Titre	PRO/ORH/ __
	<b>Prise en charge des Infections Néonatales Bactériennes Précoces chez le nouveau-né à partir de 34 semaines d'aménorrhée.</b>	DATE : Version 1 Décembre 2024
		Page 2

<u>REDACTION</u>	<u>VERIFICATION</u>	<u>APPROBATION</u>
Dr EL HAJJAR (pédiatre) Elisabeth LE MEUR (Sage-femme OREHANE) Relecture : Pr TOURNEUX (pédiatre)	Membres de la commission « Protocoles pédiatriques » du réseau ORÉHANE	Membres de la commission « Protocoles pédiatriques » du réseau ORÉHANE

- Sages-femmes
- Puéricultrices
- Infirmières
- Auxiliaires puéricultrices et aides-soignantes

#### **4. Acronymes :**

- **INBP** : Infection Néonatale Bactérienne précoce
- **SA** : semaine d'aménorrhée
- **LCR** : liquide céphalo-rachidien
- **SGB** : streptocoque B
- **PV** : prélèvement vaginal

#### **5. Prérequis et Indications :**

**Identifier les nouveau-nés à risque d'INBP (en salle de naissance) nécessitant une antibioprophylaxie per-partum\* :**

5 Facteurs de risque (4+1), (grade A) :

- 1) Colonisation maternelle à streptocoque B (SGB) (PV+ ou ECBU+ à SGB) \*
- 2) Durée d'une rupture des membranes supérieure à 12 heures
- 3) Antécédent d'infection néonatale à SGB lors d'une grossesse précédente
- 4) Prématurité spontanée et inexplicquée avant 37 SA
- 5) Une fièvre maternelle supérieure à 38.0 C en per-partum ou dans les 2 heures qui suivent l'accouchement

\*sauf césarienne avant le début du travail et membranes intactes

	Titre	PRO/ORH/ __
	<b>Prise en charge des Infections Néonatales Bactériennes Précoces chez le nouveau-né à partir de 34 semaines d'aménorrhée.</b>	DATE : Version 1 Décembre 2024
		Page 3

<u>REDACTION</u>	<u>VERIFICATION</u>	<u>APPROBATION</u>
Dr EL HAJJAR (pédiatre) Elisabeth LE MEUR (Sage-femme OREHANE) Relecture : Pr TOURNEUX (pédiatre)	Membres de la commission « Protocoles pédiatriques » du réseau ORÉHANE	Membres de la commission « Protocoles pédiatriques » du réseau ORÉHANE

**Une antibioprofylaxie per-partum est considérée comme complète et adéquate si elle est administrée :**

- Par voie parentérale
- Au moins 4 heures avant la naissance
- En utilisant la Pénicilline G, l'Ampicilline ou l'Amoxicilline ou la Céfalozone.

**Tout autre traitement antibiotique (molécule, modalités et délai d'administration inférieur a 4heures avant la naissance) sera considéré comme inadéquat**

## **6. Modalités de surveillance des NN asymptomatiques à risque d'INBP :**

**Mettre en place une grille/ tableau de surveillance** dès la salle de naissance, toutes les 4 heures durant 48 heures : **(5 paramètres cliniques, Apgar +température)**

Surveillance assurée par les auxiliaires de puériculture qui en réfèrent à la sage-femme, la puéricultrice, le pédiatre, en fonction des organisations du service.

- Température : supérieure ou égale à 38,0 C ou inférieure à 36,0 C
- Fréquence cardiaque : supérieure à 160 bp/ mn(au repos) ou inférieure à 80 bp/mn
- Fréquence respiratoire : supérieure à 60cycles/min
- Respiration : Tirage, apnée, geignements
- Coloration : pâleur, cyanose, marbrures, teint gris...
- Equipe : tout changement d'état qui inquiète l'équipe soignante

La majorité de ces signes cliniques ne sont pas spécifiques d'une infection, mais leur présence dans les 48 premières heures de vie doit faire évoquer une INBP (grade C).

Les nouveau-nés symptomatiques pour lesquels une antibiothérapie empirique est débutée doivent être hospitalisés dans le niveau de soins adéquat (grade B).

	Titre	PRO/ORH/ __
	<b>Prise en charge des Infections Néonatales Bactériennes Précoces chez le nouveau-né à partir de 34 semaines d'aménorrhée.</b>	DATE : Version 1 Décembre 2024
		Page 4

<u>REDACTION</u>	<u>VERIFICATION</u>	<u>APPROBATION</u>
Dr EL HAJJAR (pédiatre) Elisabeth LE MEUR (Sage-femme OREHANE) Relecture : Pr TOURNEUX (pédiatre)	Membres de la commission « Protocoles pédiatriques » du réseau ORÉHANE	Membres de la commission « Protocoles pédiatriques » du réseau ORÉHANE

- **Surveillance clinique chez les NN à risque d'INBP (les 5 critères du paragraphe 6):**
  - Si l'antibioprophylaxie per-partum est adéquate : surveillance habituelle
- a) Si l'antibioprophylaxie per-partum n'est pas adéquate
- b) Si l'antibioprophylaxie per-partum n'est pas adéquate **ET** hyperthermie maternelle >38.0°C: surveillance par tableau /4h + examen par le pédiatre entre H6-H12.

## 7. Examens complémentaires :

### a. Examens bactériologiques :

- i. **Liquide gastrique** : pas de prélèvement, le prélèvement de liquide gastrique n'est plus recommandé dans la prise en charge des INBP chez le nouveau-né de plus de 34 SA
- ii. **Hémoculture** : examen de référence recommandé pour établir le diagnostic étiologique de l'INBP, il est recommandé de prélever une hémoculture chez tout nouveau-né qui présente des signes cliniques d'INBP avant l'instauration d'une antibiothérapie probabiliste. Le volume de sang à prélever est de 2 ml à injecter dans un flacon d hémoculture pédiatrique
- iii. **Ponction lombaire** : la ponction lombaire devra être réalisée si :
  1. Hémoculture positive à un germe pathogène
  2. Nouveau-né avec altération de l'état général ou avec des signes cliniques neurologiques et dont l'état est compatible avec la réalisation du geste
  3. L'absence de ponction lombaire ne doit pas retarder l'administration de l'antibiothérapie
- iv. **Frottis placentaires et culture du placenta** :

	Titre	PRO/ORH/ __
	<b>Prise en charge des Infections Néonatales Bactériennes Précoces chez le nouveau-né à partir de 34 semaines d'aménorrhée.</b>	DATE : Version 1 Décembre 2024
		Page 5

<u>REDACTION</u>	<u>VERIFICATION</u>	<u>APPROBATION</u>
Dr EL HAJJAR (pédiatre) Elisabeth LE MEUR (Sage-femme OREHANE) Relecture : Pr TOURNEUX (pédiatre)	Membres de la commission « Protocoles pédiatriques » du réseau ORÉHANE	Membres de la commission « Protocoles pédiatriques » du réseau ORÉHANE

Il est recommandé de réaliser un frottis placentaire et une culture du placenta en cas de fièvre maternelle avec notion d'exposition à la listéria et/ou d'anomalies macroscopiques placentaires (micro-abcès)

**b. Examens non bactériologiques :**

- Il n'est plus recommandé de prélever une NFS ou d'effectuer un dosage de CRP à la naissance (même si une antibiothérapie est instaurée)
- Il est recommandé d'effectuer un dosage de la CRP chez un nouveau-né à l'instauration d'une antibiothérapie débutée après 12 heures de vie
- Il est recommandé d'effectuer un dosage de la CRP à 24 heures et à 48 heures après le début de l'antibiothérapie pour conforter la décision d'arrêter l'antibiothérapie chez un nouveau-né dont l'hémoculture est négative à 48 heures

**8. Antibiothérapie de l'INBP :**

**a. Indications :**

- i. Tous les nouveau-nés qui présentent une symptomatologie clinique évoquant une INBP doivent bénéficier rapidement d'un examen clinique complet et doivent recevoir une antibiothérapie probabiliste après le prélèvement d'une hémoculture

**b. Stratégie thérapeutique : choix de l'antibiothérapie :**

**i. En première intention, nouveau-né ≥ 34 SA suspect d'INBP et symptomatique sans signes de gravité :**

1. Amoxicilline 100 mg/kg/24 heures en 2 injections IVL 20 min ou IVD

	Titre	PRO/ORH/ __
	<b>Prise en charge des Infections Néonatales Bactériennes Précoces chez le nouveau-né à partir de 34 semaines d'aménorrhée.</b>	DATE : Version 1 Décembre 2024
		Page 6

<u>REDACTION</u>	<u>VERIFICATION</u>	<u>APPROBATION</u>
Dr EL HAJJAR (pédiatre) Elisabeth LE MEUR (Sage-femme OREHANE) Relecture : Pr TOURNEUX (pédiatre)	Membres de la commission « Protocoles pédiatriques » du réseau ORÉHANE	Membres de la commission « Protocoles pédiatriques » du réseau ORÉHANE

2. Gentamicine 1 injection en IVL 30 min : 5 mg/kg/24 heures si nouveau-né  $\geq$  37 SA, 6mg/kg/24 heures si nouveau-né entre 34 et 36 SA

**ii. Si nouveau-né  $\geq$  34 SA avec signes de gravité (troubles hémodynamiques et/ou signes cliniques neurologiques) :**

1. Céfotaxime 200 mg/kg/jou24 heures en IVL 20 min ou IVD
2. Gentamicine en 1 injection IVL 30 min : 5 mg/kg/24 heures chez le nouveau-né  $\geq$  37 SA, 6 mg/kg/24 heures chez le nouveau-né de 34/36 SA

**iii. Si une listériose est évoquée, ajouter de l'amoxicilline à la posologie de 100 mg/kg/24 heures en 2 injections IVL 20min ou IVD**

- iv. Si infection maternelle en cours documentée (ECBU, hémoculture) à une autre bactérie que le SGB, prendre en compte la bactérie isolée et son antibiogramme afin d'adapter l'antibiothérapie de première intention chez le nouveau-né**

**c. Recommandations sur l'adaptation secondaire de l'antibiothérapie probabiliste :**

L'arrêt de l'antibiothérapie doit être envisagé dès 48 heures après le début du traitement. La poursuite du traitement antibiotique n'est pas justifiée si l'hémoculture est stérile, si l'examen clinique est normal et si la valeur de la CRP est stable ou diminuée.

L'arrêt de l'antibiothérapie, 48 heures après le début du traitement doit être accompagné d'une surveillance clinique pendant 24 à 48 heures supplémentaires

**Durée de l'antibiothérapie (cas d'infection confirmée) :**

	Titre	PRO/ORH/ __
	<b>Prise en charge des Infections Néonatales Bactériennes Précoces chez le nouveau-né à partir de 34 semaines d'aménorrhée.</b>	DATE : Version 1 Décembre 2024
		Page 7

<u>REDACTION</u>	<u>VERIFICATION</u>	<u>APPROBATION</u>
Dr EL HAJJAR (pédiatre) Elisabeth LE MEUR (Sage-femme OREHANE) Relecture : Pr TOURNEUX (pédiatre)	Membres de la commission « Protocoles pédiatriques » du réseau ORÉHANE	Membres de la commission « Protocoles pédiatriques » du réseau ORÉHANE

Si septicémie : 2 doses de Gentamycine et 7 jours de bêta-lactamine

**En cas de méningite**, la Gentamicine devra être administrée pendant 2 à 5 jours et le traitement par Bêta-lactamines poursuivi : 14 jours pour SGB et 21 jours si E Coli.

#### **PROTOCOLES :**

- CH Arras
- CH Boulogne
- CHAM
- Clinique Saint-Côme
- CH Fourmies
- Clinique Le Bois
- CH Lens
- CH Lille
- CH Roubaix
- CH Seclin

#### **LITTÉRATURE :**

Recommandations HAS et SFN

[https://www.sfpediatrie.com/files/documents/label\\_has\\_recommandations\\_inbp.09.2017.pdf](https://www.sfpediatrie.com/files/documents/label_has_recommandations_inbp.09.2017.pdf)

**ANNEXES :** Organigramme