

CHORIO-AMNIONITIS

• **Klinische aspecten en commentaren**

- Chorio-amnionitis of intra-amniotische infectie: acute ontsteking van de membranen en het placentaire chorio.
- Fysiopathologie.
 - Polymicrobiële infectie veroorzaakt door opstijgende vaginale organismen na een ruptuur van de membranen of ten gevolge van vaginaal onderzoek.
 - Patiënten met intacte membranen: kleine, fastidieuze mycoplasmata [*Ureaplasma* spp. en *Mycoplasma hominis* (koloniseren de lagere genitale tractus bij > 70% van de vrouwen)] kunnen eveneens opstijgen en infectie veroorzaken.
 - Zelden veroorzaakt door hematogene, transplacentaire disseminatie van pathogenen (vooral *Listeria monocytogenes*).
 - Komt ook voor na amniocentese, intra-uteriene transfusie of percutane afname van navelstrengbloed.
- Risicofactoren: lange duur van de arbeid en bevalling (al dan niet na ruptuur van de membranen), nullipariteit, Afro-Amerikaanse etniciteit, inwendige foetale monitoring (aanwezigheid van elektroden op de scalp), veelvuldige vaginale touchers, aanwezigheid van meconium in het amnionvocht, roken of alcohol- en/of drugmisbruik bij de moeder, immuunsuppressie bij de moeder, epidurale verdoving, kolonisatie door groep B streptokokken (*Streptococcus agalactiae*) of *Ureaplasma urealyticum*, bacteriële vaginose, genitale SOA.
- Dilatatie en curettage van de uterus vallen te overwegen na septische abortus.
- Thromboflebitis van de bekkenvenen valt te overwegen in geval van enigmatische koorts en/of het optreden van longembolieën na de bevalling.
- De rol van *Mycoplasma* spp. en *Ureaplasma urealyticum* bij een ongunstig verloop van de zwangerschap wordt meer en meer aanvaard. Anderzijds is het waarschijnlijk dat de loutere aanwezigheid van deze organismen onvoldoende is om problemen te veroorzaken. Hun aanwezigheid in associatie met andere factoren (zoals bacteriële vaginose, cervicale insufficiëntie) is mogelijk vereist om te leiden tot chorio-amnionitis en vroegtijdige bevalling.

• **Betrokken pathogenen**

Meestal polymicrobiële infectie (uit > 65% van de positieve culturen van amnionvocht kunnen ≥ 2 pathogenen worden geïsoleerd)].

- *Ureaplasma urealyticum* (40 tot 50% van de door cultuur bevestigde gevallen).
- *Mycoplasma genitalium* (30 tot 35% van de door cultuur bevestigde gevallen).
- *Mycoplasma hominis* (30 tot 35%).
- Anaëroben [$\pm 30\%$ (hoofdzakelijk *Bacteroides* spp.)].
- *Gardnerella vaginalis* ($\pm 25\%$).
- Groep B streptokokken [*Streptococcus agalactiae* ($\pm 15\%$)].
- Enterobacteriaceae ($\pm 10\%$).
- Groep A streptokokken (*Streptococcus pyogenes*).
- Zelden veroorzaakt door:
 - *Clostridium perfringens* (kan aanleiding geven tot een fulminante intravasculaire hemolyse).
 - *Candida* spp. (risicofactoren: diabetes, sikkelcelanemie, aanwezigheid van een achtergelaten IUD, immuunsuppressie).
 - virussen zoals *Herpes simplex virus* [opstijgende infecties bij patiënten met recidiverende herpes genitalis (met of zonder genitale letsels op het ogenblik van het opstijgen van de virussen) of *Human cytomegalovirus* (hematogene disseminatie bij zwangeren met een primaire infectie)].

• **Empirische anti-infectieuze behandeling**

- Regimes.
 - (Vermoeden van) infectie door *Mycoplasma* spp., *Chlamydia trachomatis* of *Ureaplasma urealyticum* (kolonisatie bij > 70% van de vrouwen).
 - Eerste keuze: amoxicilline-clavulanaat + azithromycine.
 - Alternatief: piperacilline-tazobactam + azithromycine.
 - Geen (vermoeden van) infectie door *Mycoplasma* spp., *Chlamydia trachomatis* of *Ureaplasma urealyticum*.
 - Eerste keuze: amoxicilline-clavulanaat.
 - Alternatief: piperacilline-tazobactam.
- Standaard posologieën.
 - Amoxicilline-clavulanaat: (2 g amoxicilline + 200 mg clavulanaat) iv q8h of (1 g amoxicilline + 200 mg clavulanate) iv q6h.
 - Azithromycine: éénmalige dosis van 2 g po.
 - Piperacilline-tazobactam: (4 g piperacilline + 500 mg tazobactam) iv q6h.

- Totale duur van de adequate (empirische + gedocumenteerde) anti-infectieuze behandeling.
De behandeling moet onmiddellijk na het stellen van de diagnose worden gestart en worden volgehouden:
 - tot vlak na de bevalling + een éénmalige dosis postpartum van elk antibioticum.
 - tot de patiënte, na de bevalling, minstens 24 uur koortsvrij is.