

## CHORIO-AMNIOTITE

### • Aspects cliniques et commentaires

- Chorio-amniotite ou infection intra-amniotique: inflammation aigüe des membranes et du chorion placentaires.
- Physiopathologie.
  - Infection polymicrobienne typiquement causée par des micro-organismes vaginaux ascendants après rupture des membranes ou suite à des examens vaginaux.
  - Patientes avec membranes intactes: des petits mycoplasmes fastidieux [*Ureaplasma* spp. et *Mycoplasma hominis* (colonisent le tractus génital inférieur de > 70% des femmes)] peuvent également monter et causer une infection.
  - Rarement due à une dissémination hématogène transplacentaire de pathogènes (surtout *Listeria monocytogenes*).
  - Survient aussi après une amniocentèse, une transfusion intra-utérine ou un échantillonnage sanguin ombilical percutané.
- Facteurs de risque: durée prolongée de l'accouchement (après rupture des membranes ou non), nulliparité, ethnicité afro-américaine, surveillance fœtale interne (présence d'électrodes sur le scalp), touchers vaginaux multiples, présence de méconium dans le liquide amniotique, tabagisme ou abus d'alcool, de drogues ou de substances maternel, immunodépression maternelle, anesthésie épidurale, colonisation par streptocoques du groupe B (*Streptococcus agalactiae*) ou *Ureaplasma urealyticum*, vaginose bactérienne, MST génitales.
- Dilatation et curettage utérines à considérer après avortement septique.
- Thrombophlébite pelvienne septique à considérer en cas de fièvre énigmatique et/ou embolies pulmonaires après l'accouchement.
- Le rôle de *Mycoplasma* spp. et *Ureaplasma urealyticum* dans le cours défavorable de la grossesse est de plus en plus accepté. Cependant, la seule présence de ces organismes pourrait être insuffisante pour causer des problèmes. Leur présence en combinaison avec d'autres conditions (telles que la vaginose bactérienne et la béance cervicale) pourrait être requise pour induire une chorio-amniotite et un accouchement prématuré.

### • Pathogènes impliqués

En général, infection polymicrobienne (> 65% des cultures de liquide amniotique positives démontrent ≥ 2 pathogènes).

- *Ureaplasma urealyticum* (40 à 50% des cas confirmés par culture).
- *Mycoplasma genitalium* (30 à 35% des cas confirmés par culture).
- *Mycoplasma hominis* (30 à 35%).
- Anaérobies [± 30% des cas (surtout *Bacteroides* spp.)].
- *Gardnerella vaginalis* (± 25%).
- Streptocoques du groupe B [*Streptococcus agalactiae* (± 15%)].
- Entérobactéries (± 10%).
- Streptocoques du groupe A (*Streptococcus pyogenes*).
- Rarement causée par:
  - *Clostridium perfringens* (peut provoquer une hémolyse intravasculaire fulminante).
  - *Candida* spp. (facteurs de risque: diabète, drépanocytose, dispositif intra-utérin laissé en place, immunodépression).
  - des virus tels que *Herpes simplex virus* [infection ascendante chez des patients avec herpès génital récidivant (avec ou sans lésions génitales au moment que les virus montent)] ou *Cytomégalo virus humain* (dissémination hématogène chez des femmes avec infection primaire).

### • Traitement anti-infectieux empirique

- Régimes.
  - Infection ou suspicion d'infection à *Mycoplasma* spp., *Chlamydia trachomatis* ou *Ureaplasma urealyticum* (colonisation chez > 70% des femmes).
    - Premier choix: amoxicilline-clavulanate + azithromycine.
    - Alternative: pipéracilline-tazobactam + azithromycine.
  - Pas (de suspicion) d'infection à *Mycoplasma* spp., *Chlamydia trachomatis* ou *Ureaplasma urealyticum*.
    - Premier choix: amoxicilline-clavulanate.
    - Alternative: pipéracilline-tazobactam.
- Posologies standard.
  - Amoxicilline-clavulanate: (2 g amoxicilline + 200 mg clavulanate) iv q8h ou (1 g amoxicilline + 200 mg clavulanate) iv q6h.
  - Azithromycine: dose unique de 1 g po.
  - Pipéracilline-tazobactam: (4 g pipéracilline + 500 mg tazobactam) iv q6h.

- Durée totale du traitement anti-infectieux adéquat (empirique + documenté). Le traitement doit être initié immédiatement après le diagnostic et maintenu:
  - jusqu'à l'accouchement + une dose postpartum de chaque antibiotique.
  - jusqu'à ce que la patiente est afebrile pendant au moins 24 heures après l'accouchement.