

# ENDOMÉTRITE DU POSTPARTUM

DESC « Pathologie Infectieuse et Tropicale »

Thématique n° 21: infections et femmes enceintes

Mardi 18 septembre 2018



Pr. Karine FAURE  
Service de Maladies Infectieuses



# QUELQUES DÉFINITIONS

- **Sepsis puerpéral**: infections des voies génitales – de la rupture des membranes ou début du travail jusqu'au 42<sup>ème</sup> jour postpartum (OMS 1992)
- **Infections puerpérales**: toutes les infections survenant entre la rupture des membranes ou début du travail jusqu'au 42<sup>ème</sup> jour postpartum (OMS 1992)
- **Endométrites du postpartum**: infections du postpartum impliquant l'utérus
  - Infection de la muqueuse utérine
  - Extension possible au myomètre et paramètre



# EPIDÉMIOLOGIE

- Taux de décès maternel dans les pays développés:
  - 10 - 17 pour 100 000 naissances
  - Infection = 12% environ (3<sup>ème</sup> rang des étiologies recensées)
  - Endométrite = 2 - 3% des infections du postpartum
- Taux de décès maternel dans les pays en développement:
  - 438 pour 100 000 naissances
  - 1<sup>ère</sup> cause de mortalité = infection puerpérale: 30 à 39% des cas
- Réadmission à l'hôpital dans les 6 semaines:
  - 1<sup>ère</sup> cause = infection (15,5% des cas)
  - Délai moyen post-accouchement = 5 jours



# FACTEURS DE RISQUE

- Césarienne:
  - Taux de césarienne en France: 20%
  - 80% des endométrites du postpartum
  - Incidence = 15 – 20% sans autre FdR versus < 3% accouchement voie basse
  - Incidence = 7% si césarienne programmée versus 30% si césarienne non programmée
  - Incidence jusqu'à 35% si RPM prolongée ou pendant le travail
  - Incidence jusqu'à 85% si cumul de FdR



## Facteurs de risque selon la voie d'accouchement



Facteurs associés au risque d'endométrite	Voie vaginale	Césarienne
<i>Caractéristiques des patientes</i>		
Jeune âge maternel (< 25 ans)		ND <sup>c</sup>
Ethnie		2,48 <sup>c</sup>
Bas niveau socioéconomique		2,55 <sup>c</sup>
Statut « non-mariée »		3,08 <sup>c</sup>
Antécédent de césarienne		0,72 <sup>b</sup> , 0,57 <sup>c</sup>
<i>Infections</i>		
Infection à gonocoque ou <i>Chlamydiae</i> pendant la grossesse		2,16 <sup>c</sup>
→ Vaginose bactérienne	14,2 <sup>a</sup>	5,8 <sup>d</sup>
<i>Complications de la grossesse</i>		
Diabète gestationnel	NS <sup>b</sup>	NS <sup>b</sup>
HTA gravidique sévère	3,3 <sup>b</sup>	NS <sup>b</sup>
Prééclampsie		1,98 <sup>c</sup>
Rupture prématurée des membranes		2,20 <sup>c</sup>
Amnio-infusion		2,51 <sup>c</sup>
Chorio-amnionite		2,64 <sup>c</sup>
<i>Complications de l'accouchement</i>		
Âge gestationnel < 37 SA	2 <sup>b</sup>	1,45 <sup>b</sup>
Présence de méconium dans le liquide amniotique		NS <sup>c</sup>
Extraction instrumentale	2,35 <sup>b</sup>	
Détresse fœtale	4,17 <sup>b</sup>	NS <sup>b</sup>
<i>État néonatal</i>		
Score d'Apgar à 1 minute < 3	NS <sup>b</sup>	1,77 <sup>b</sup>
Score d'Apgar à 5 minutes < 7	4,25 <sup>b</sup>	1,77 <sup>b</sup>
Mortalité périnatale	3,28 <sup>b</sup>	NS <sup>b</sup>
<i>Complications du post-partum</i>		
Anémie du post-partum	3,84 <sup>b</sup>	1,77 <sup>b</sup>
Transfusion post-partum		3,64 <sup>c</sup>



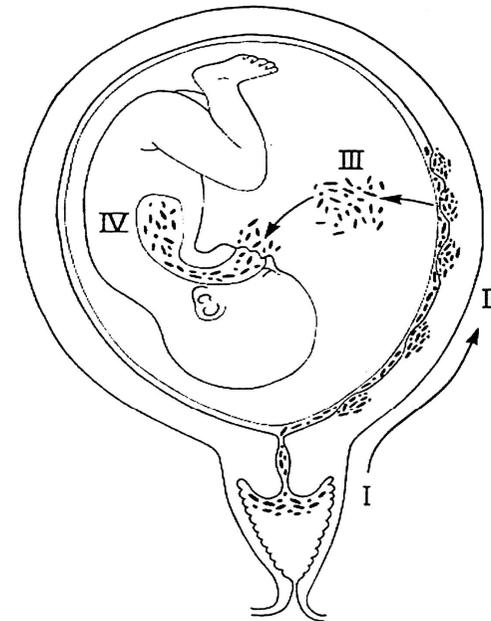
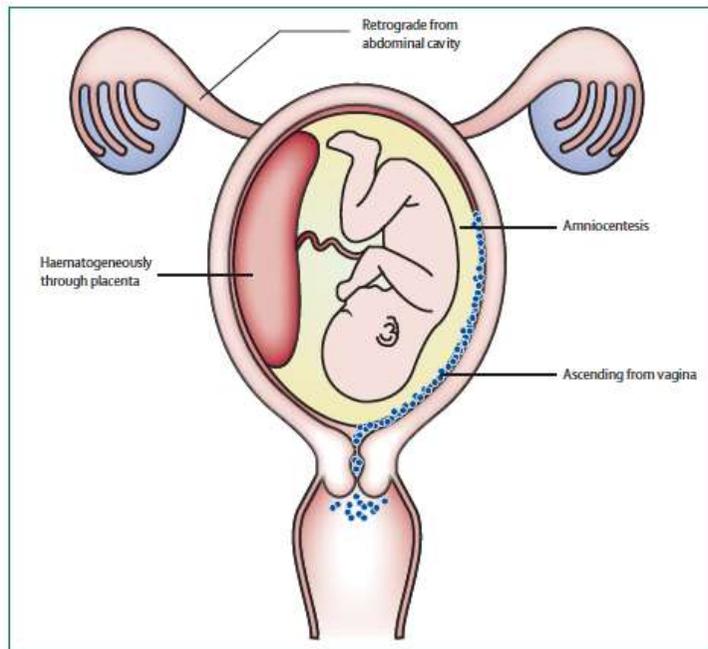
# FACTEURS DE RISQUE

- Prématurité et postmaturité
- Chorioamniotite
- Pré-éclampsie
- Liquide amniotique méconial
- Amnio-infusion
- Obésité
- Bas niveau socio-économique
- Jeune âge maternel
- Vaginose bactérienne
- Travail prolongé
- Touchers vaginaux répétés pendant le travail
- Rupture des membranes > 24h
- Manœuvres endo-utérines (monitoring au scalp, RU, DA, ...)
- Hémorragie avec anémie significative postpartum
- Anesthésie générale
- Score d'Apgar bas



# PHYSIOPATHOLOGIE

- Voie ascendante (chorioamniotite et endométrite)
- Césarienne: nécrose myométriale, hématomes, séromes, corps étrangers





# CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

## CLINIQUES

- Fièvre
- Tachycardie (en relation avec la fièvre)
- Utérus gros (subinvolué), mou et douloureux à la mobilisation
- +/- lochies fétides, grisâtres ou absentes, écoulement cervical purulent
- +/- saignement utérin (en relation avec retard d'involution)

38°C à 2 reprises au delà  
des 24 heures h.

ou  
> 38,5°C

## PARACLINIQUES

- Hyperleucocytose (attention leucocytose physiologique)
- CRP élevée (attention CRP post-césarienne)
- Imagerie (échographie/IRM) en cas de non-réponse à l'antibiothérapie: pas de résultats d'imagerie caractéristiques d'endométrite (fluides, débris et gaz = normal!)



# COMPLICATIONS

## PELVIPERITONITE

- Fièvre élevée
- Douleurs vives +/- défense sus-pubienne
- Syndrome sub-occlusif/occlusif
- Empâtement et douleurs du culs de sac vaginal
- Complications: abcès du douglas, phlegmon du ligament large

## INFECTIONS ANNEXIELLES

### BACTERIEMIE

- Streptocoque A
- Autres streptocoques (*S. agalactiae*)
- *S. aureus*
- *E. coli*

## THROMBOSES VEINEUSES PELVIENNES

- 0,5 – 1,8% des accouchements par voie basse et 1 – 2% des césariennes
- Incidence 1/3 000 accouchements, 1/800 si césarienne, 1/9 000 si voie basse
- Diagnostic à évoquer systématiquement si persistance de la fièvre à 72h d'ATB
- Faire TDM ou IRM (VPP et VPN similaires)



# DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

## **APPAREIL GÉNITAL - SEIN**

- Infection de site opératoire (cicatrice césarienne, épisiotomie)
- Mammite, abcès mammaire, engorgement des seins

## **AUTRES**

- Pyélonéphrite
- Pneumonie post-opératoire (surtout si anesthésie générale)
- Abcès épidural (post-péridurale)
- Veinite
- ...



# ROLE DU DIAGNOSTIC MICROBIOLOGIQUE

- **Hémocultures**

- pas de consensus
- bactériémie dans 5 à 20% des cas
- Résultats utiles en cas d'échec au traitement probabiliste ou terrain particulier

- **Prélèvement vaginal**

- Habituellement réalisé (strepto A!)
- Pas de recherche systématique de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*

- **Biopsie d'endomètre**

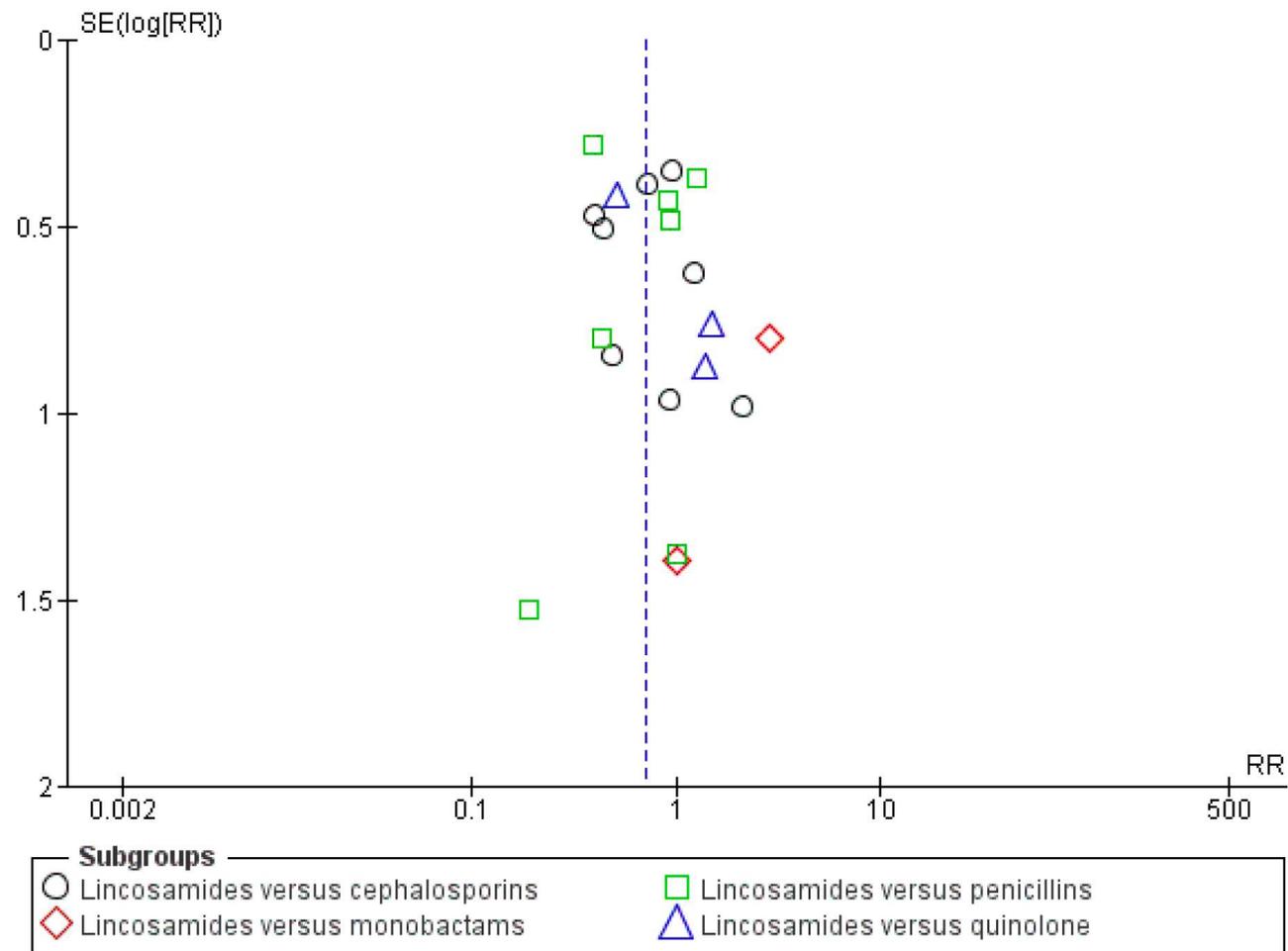
- Pas de pratique courante
- Limites = contamination vaginale, geste invasif, résultats peu utile



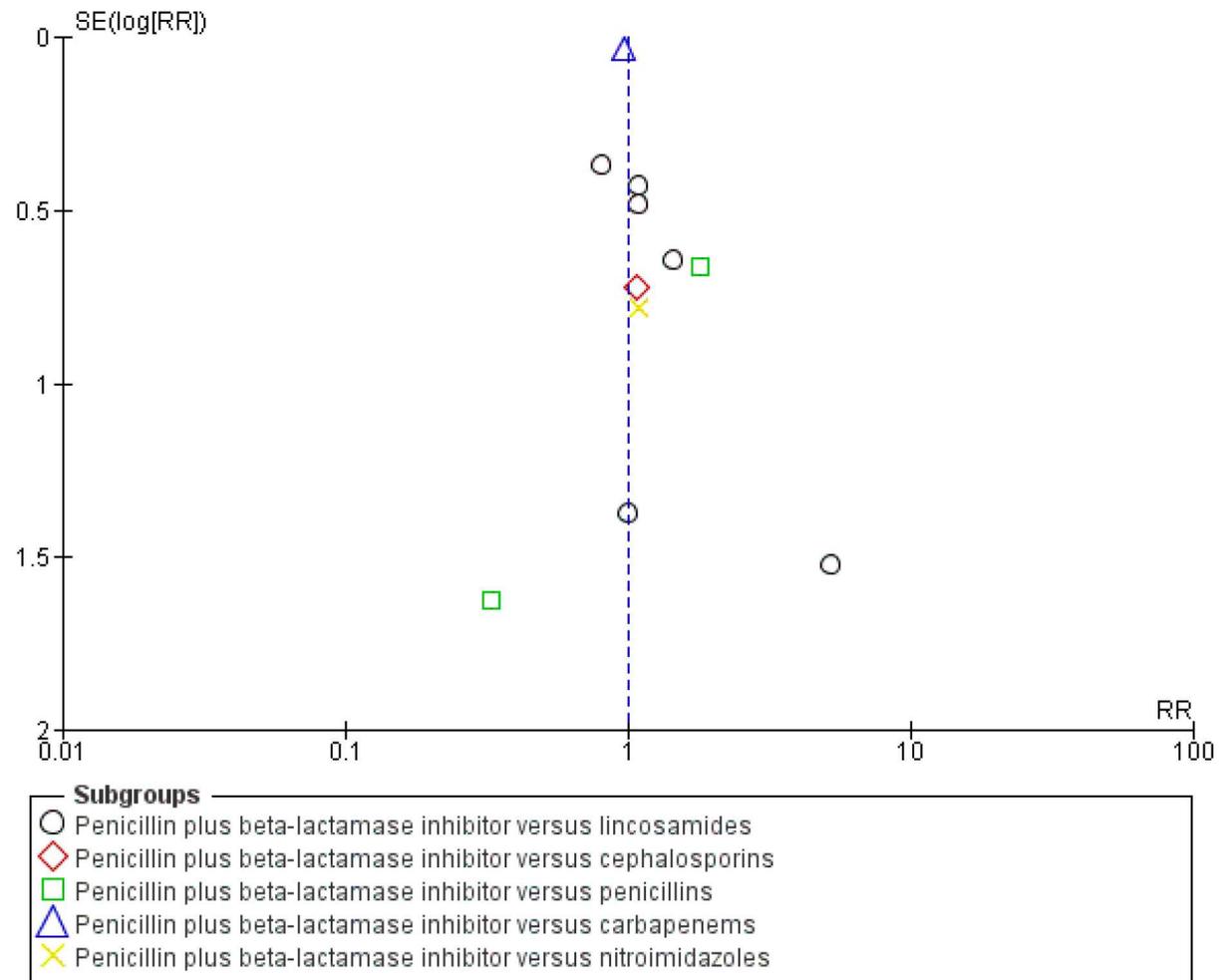
# TRAITEMENT

- Méta-analyse Cochrane 2017
  - 39 études – 4 221 femmes
  - Clinda + genta = traitement de référence
  - Autres associations « raisonnables »: bétalactamines + activité anti-anaérobies
  - Pas de différence sur les effets indésirables (moins de diarrhées sous céphalosporine)
  - Pas d'étude du retentissement du régime d'antibiothérapie chez le Nné
  - Pas d'intérêt à un relai PO après obtention de 24 à 48h d'apyrexie

**Figure 3. Funnel plot of comparison: I Clindamycin plus aminoglycoside versus any other regimen, outcome: I.I Treatment failure.**



**Figure 7. Funnel plot of comparison: 3 Beta-lactamase inhibitor combination versus any other regimen, outcome: 3.1 Treatment failure.**





# TRAITEMENT - DISCUSSION

- Clindamycine 900 mg x 3/j + gentamicine DUJ (5 à 7 mg/kg/j)
- Bétalactamine + activité anti-anaérobie
  - Amoxicilline + acide clavulanique 1g x 4/j
    - Alternatives: amoxicilline + métronidazole, céfotétan, cefoxitine
- Éléments de discussion:
  - Augmentation de la résistance de *S. agalactiae* et des anaérobies à la clindamycine
  - Profil de sécurité si allaitement
  - Possibilité de traitement *per os* en cas d'endométrite peu sévère (et tardive le plus souvent)



# CONCLUSION

- 1<sup>ère</sup> cause de fièvre du postpartum, souvent précoce (3-5 jours post-accouchement)
- Facteurs favorisants: césarienne, vaginose +++
- Diagnostic clinique
- Faible rôle de la documentation microbiologique et de l'imagerie (sauf échec de traitement)
- Microbiologie: *S. agalactiae*, anaérobies de la flore vaginale, autres streptocoques, *S. aureus*, *E. coli* mais souvent plurimicrobien
- Diagnostics différentiels: rétention placentaire, thrombose veineuse pelvienne +++
- Traitement: clinda+genta ou amox/clav – le plus souvent IV - durée: jusqu'à 24-48h d'apyrexie (pas de recommandation de durée si traitement *per os*: 7-14J?)