

Cas Clinique

Un nouveau-né de 17 jours est amené aux urgences pédiatriques pour non prise du biberon depuis 48 heures

Antécédent materno-foetal :

Né à 33 semaines d'aménorrhée

Poids de naissance: 2,4 kg, score d'Apgar à 10

Alimentation par lait maternisé

Maman de 32 ans, sans emploi et sans antécédent notable; 3^{ème} enfant d'une deuxième union, grossesse sans difficulté notable à l'interrogatoire mais peu de suivi obstétrical car isolement social; signale des douleurs pelviennes anciennes, n'ayant pas fait l'objet d'investigation car « elle en a l'habitude »...

Papa sans antécédent notable

Cliniquement, Poids : 2,750 kg (+350 g à J17)
examen dominé par une augmentation de la
fréquence respiratoire à 38/mn et une
température à 38.1°C.

La radiographie thoracique montre un syndrome
interstitiel bilatéral

Question 1

Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

Quel élément sémiologique utile manque dans la description clinique pour vous conforter dans cette hypothèse diagnostique?

- Une infection pulmonaire néo-natale à *Chlamydia trachomatis*
- L'existence d'une atteinte (kérato)-conjonctivale

- BEH Octobre 2006:
 - 3 enquêtes françaises en Centre de Planning familial > 1500 femmes: prévalence PCR+ : 7-11%
 - 3 enquêtes en milieux étudiants : prévalence auto-test: 1-3%

Question 2

Comment confirmer le diagnostic chez ce nourrisson ?

- Prélèvement pharyngé
- Prélèvement conjonctivale
- Prélèvement respiratoire
- Technique PCR

Votre hypothèse diagnostique
est confirmée

Question 3:
Quelle antibiothérapie chez l'enfant

- Traitement par macrolides pendant 3 semaines
- Rappels posologiques
 - érythromycine: 30-50 mg/kg/j
 - josamycine : 30 mg/kg/j
 - roxithromycine: 5-8 mg/kg/j
- Si kérato-conjonctivite associée:
antibiothérapie locale par macrolide ou rifampicine ou cyclines (durées variables proposées)

Le père et la mère sont tous deux positifs pour la recherche de *C. trachomatis*, à l'exclusion de tout autre agent infectieux d'IST

Question 4 : est-il nécessaire de mener des examens complémentaires morphologiques chez la maman ?

- Recherche *C. trachomatis* chez la mère, et donc autres IST : syphilis, gonocoque, VIH, hépatites B et C
- Idem chez le père
- Recherche *C. trachomatis* par PCR dans urines 1^{er} jet d'urines et prélèvement endocol
- A l'interrogatoire recherche d'autres partenaires sexuels

Question 5

Faut-il des examens morphologiques chez
la maman ?

Pourquoi ?

Echographie systématique recommandée (2012)

- présence de signes échographiques spécifiques
 - épaissement pariétal tubaire > 5 mm
 - signe de la roue dentée (franges tubaires épaissies donnant un aspect de septa incomplets)
 - masse hétérogène latéro-utérine +/- cloisonnée avec de fins échos
 - dans les phases aiguës: absence d'autres pathologies type GEU, endométriose, kyste ovarien compliqué (torsion, rupture)
- 3 formes de salpingites chroniques:
évolutives, stabilisées et scléro-atrophiques

Question 6

Débutez-vous une antibiothérapie
systématiquement ou faut-il d'abord réaliser
une cœlioscopie ?

- Reco pour la pratique des GOF (2012)
 - antibiothérapie documentée systématique:
Doxycycline durant 21 jours
Alternatives : macrolides, fluoroquinolones

Indication cœlioscopie

- En cas d'IGH non compliquée, la cœlioscopie diagnostique n'est pas recommandée en première intention (grade B) mais elle constitue l'examen de référence en cas de doute diagnostique persistant après l'imagerie (grade B).
- Des critères doivent être utilisés pour documenter le diagnostic cœlioscopique (grade C): œdème tubaire, érythème tubaire, et exsudat fimbrial au niveau du pavillon (NP2).
- La réalisation concomitante de prélèvement histologique, endométrial ou par biopsie fimbriale est recommandée en cas de cœlioscopie macroscopiquement normale lorsqu'il existe une suspicion clinique d'IGH (grade C).