

Cas clinique #1

Fièvre et grossesse

Caroline Charlier
Equipe Mobile Infectiologie Cochin Port Royal
2025



Mme D. 29 ans consulte pour hyperthermie.

Cette patiente est d'origine marocaine, en France depuis 8 mois où elle est aide-soignante en EHPAD.

Elle n'a pas d'antécédent particulier.

Elle est G2P1; première grossesse compliquée d'un diabète gestationnel il y a 4 ans.

Elle est enceinte à 26 SA, immunisée pour la rubéole et la toxoplasmose.

Elle rapporte une hyperthermie à 38,5°C depuis 48h associée à une asthénie

1. Que recherchez-vous à l'interrogatoire/examen clinique et quel bilan programmez-vous?

Algorithme PEC fièvre grossesse

1. Urgence maternelle ?

Sepsis

Urgence chirurgicale

Algorithme PEC fièvre grossesse

1. Urgence maternelle ?
2. Urgence obstétricale?

Saignement
Baisse mouvements actifs foetaux
Mise en travail/ issue de liquide
Signes infection intra-utérine

Algorithme PEC fièvre grossesse

1. Urgence maternelle ?
2. Urgence obstétricale?
3. Autre infection maternelle bactérienne/virale/parasitaire nécessitant un traitement/suivi spécifique

Arbovirose ++
Dengue en particulier

Paludisme
Pneumonie
Pyélonéphrite
Grippe
Fièvre éruptive (rougeole/varicelle....)

Algorithme PEC fièvre grossesse

1. Urgence maternelle ?
2. Urgence obstétricale?
3. Autre infection maternelle bactérienne/virale/parasitaire nécessitant un traitement spécifique
4. TORSCH?

Primo infection toxoplasmose
Other : rougeole/zika/B19
Rubéole
Syphilis
CMV
Herpes virus (HSV, VZV)

Algorithme PEC fièvre grossesse

1. Urgence maternelle ?
2. Urgence obstétricale?
3. Autre infection maternelle bactérienne/virale/parasitaire nécessitant un traitement spécifique
4. TORSCH?
5. Cause bénigne identifiée

Rhinopharyngite
Gastro-entérite virale...

Algorithme PEC fièvre grossesse

1. Urgence maternelle ?
2. Urgence obstétricale?
3. Autre infection maternelle bactérienne/virale/parasitaire nécessitant un traitement spécifique
4. TORSCH?
5. Cause bénigne identifiée
6. Fièvre nue : listériose?

Hémoculture

Amoxicilline préemptive

A poursuivre quel que soit le résultat de hémoculture

Sauf dg alternatif

Algorithme PEC fièvre grossesse

1. Urgence maternelle ?
2. Urgence obstétricale?
3. Autre infection maternelle bactérienne/virale/parasitaire nécessitant un traitement spécifique
4. TORSCH?
5. Cause bénigne identifiée
6. Fièvre nue : listériose?
7. Réévaluer à 48H

*Sur 104 femmes enceintes fébriles aux urgences,
74% diagnostic alternatif définitif*

- *pyélonéphrite, varicelle,*
- *pneumonie bactérienne, grippe,*
- *autre infection virale confirmée*

3)

Rechercher une exposition à risque

Notion de contagé ?

- Tuberculeux.
- Avec un proche ayant une symptomatologie respiratoire ou ORL ? Cutanée ? Digestive ?
- Si symptômes respiratoires/ORL : évoquer virose ORL, grippe, rougeole ou varicelle (à partir de 3 j avant le début de l'éruption).
- Cutanés : rougeole, varicelle, parvovirus B19, rubéole, coxsackie.
- Digestifs : gastro-entérite aiguë.

Geste obstétrical invasif dans les 30 jours précédents ?

- Risque de chorio-amnionite.

Consommation de certains aliments ?

- Charcuterie artisanale, produits au lait cru ou traiteur non recuits (au cours du mois précédent) : redouter une listériose.

Voyage récent ?

- Où ? Quand ? Durée ?
- Prophylaxies adaptées en cas de séjour en zone impaludée ?
- Bains en eau douce ? Piqûres de moustique ? De tiques ? Autres ?
- Gestion du péril fécal ?

Rapports non protégés à risque d'IST ?

Mme D. 29 ans consulte pour hyperthermie.

Cette patiente est d'origine marocaine, en France depuis 8 mois où elle est aide-soignante en EHPAD.

Elle n'a pas d'antécédent particulier.

Elle est G2P1; première grossesse compliquée d'un diabète gestationnel il y a 4 ans.

Elle est enceinte à 26 SA, immunisée pour la rubéole et la toxoplasmose.

Elle rapporte une hyperthermie à 38,5°C depuis 48h associée à une asthénie

— 2. Comment portez vous le diagnostic de sepsis chez une femme enceinte?

Enjeux diagnostiques: l'exemple du sepsis

Réponse dérégulée de l'organisme face à une infection,

A l'origine de défaillances d'organe

Qui mettent en jeu le pronostic vital

Pendant grossesse et 6 semaines de post partum, ou post IVG/perte foetale

Situation rare en France 4-10 / 10.000 naissances vivantes

1% des femmes hospitalisées pour infection pendant grossesse ou post partum

Mortalité maternelle par sepsis : 8% des décès maternels

Mais elle résulte d'erreurs diagnostiques et thérapeutiques dans 80-96% cas

Modifications physiologiques pendant grossesse

	Grossesse	Sepsis
Immunitaire	<p>Immunité innée +++ Immunité humorale → Immunité cellulaire -</p>	<p>Déclenchement par l'immunité innée Immunodépression systémique secondaire</p>
Physiologie	<p>Hypotension physiologique Compression de la VCI qui réduit la capacité de retour veineux</p> <p>Augmentation de la captation périphérique d'O₂</p> <p>Diminution de la CRF et polypnée physiologique Alcalose respiratoire induit une excrétion accrue de bicarbonates</p>	<p>Vasoplégie → hypotension avec « précharge dépendance » (débit cardiaque dépend du retour veineux)</p> <p>Hypoxie : incapacité à répondre aux besoins périphériques d'O₂</p> <p>Polypnée pour compenser l'hypoxie</p> <p>Hypoxie induit une acidémie /hyperlactatémie</p>

Diagnostic du sepsis

Score diagnostique SOFA → Score diagnostique simplifié qSOFA = quick SOFA

- (PAS) \leq 100 mmHg,
- Fréquence respiratoire \geq 22/minute et
- Altération de conscience définie par un score de Glasgow $<$ 15

Si au moins 2 critères → soins intensifs

Scores pas validés chez la femme enceinte

- Polypnée
- Hypotension

Risques de sur/sous diagnostic

Lepine AJOG 2019
Lepine ANZJOG 2018

Bonet Lancet Global Health 2020
Deneux Tharaux ENCMM

Diagnostic positif

la SOMANZ propose un omqSOFA (obstetrically modified qSOFA)

	0	1
<u>qSOFA</u>		
Pression artérielle systolique	≥ 100 mmHg	< 100 mmHg
Fréquence respiratoire	< 22 cycles par minute	≥ 22 cycles par minute
Vigilance	Normale	Altérée
<u>omqSOFA</u>		
Pression artérielle systolique	≥ 90 mmHg	< 90 mmHg
Fréquence respiratoire	< 25 cycles par minute	≥ 25 cycles par minute
Vigilance	Normale	Altérée

Diagnostic étiologique

Méconnu au moment du choc septique dans 40% des cas

1. Infections intra utérines et endométrites (cf session cas clinique)

- > 60-80% des bactériémies et
- > 60% des décès par infection

2. Pyélonéphrites 20% des sepsis

3. Infections respiratoires 20% des sepsis

Diagnostic étiologique

Quel bilan avant la mise en route de l'antibiothérapie?

- **Hémoculture +++**

hémoculture unique (60ml en un seul prélèvement : 3 fl. aérobies et 3 fl. anaérobies)

- ECBU

- Prélèvement vaginal

Reste selon clinique

Dans le choc septique , seulement 50% de documentation+++

Diagnostic étiologique

Quels agents infectieux?

1. *Escherichia coli*
2. *Streptocoque agalactiae* = du groupe B
3. *Streptocoque pyogenes* attention!

Seulement 1% mais risque de choc toxinique

-> super antigène → activation lymphocyte T → défaillance multiviscerale

1. *Staphylococcus aureus*, flore anaérobie
2. *Candida sp.*
3. Possibilité de vrais chocs septiques sur infections virales, grippe en particulier

Pronostic maternel

Sepsis 0-3% décès

Choc septique 18-30% DC (< population générale 40-50%)

Concept de golden hour! 1 min d'hypotension = 7.6% de décès

La mortalité maternelle est précoce : 50% dans les 24 heures suivant le début du choc

Herbel JGOFs 2023
Kumar CCR 2006
Mabie OG 1997
O'Higgins IJGO 2014

Pronostic foetal

Deux enjeux

1. Hypoperfusion placentaire → souffrance foetale

Prématurité : 17-30% si sepsis , > 60% si choc septique

Perte foetale 4-12% selon les séries

2. Infection foetale et néonatale possible si bactériémie maternelle

Herbel JGOFS 2023
Snyder JMFNM 2013
Surgers EJCMI 2013
Harel JAMA 2019

L'évolution de ce premier épisode fébrile est spontanément résolutif en 72h.

La sage-femme ayant effectué la consultation vous appelle pour les résultats de l'ECBU réalisé au moment de la consultation

- leucocytes = 10^6 /ml, hématies = , cellules pavimenteuses nombreuses,
- bactéries nombreuses, culture = *S. agalactiae* 10^5 /ml,
- pas d'antibiogramme réalisé.

3. Que lui répondez-vous?

Colonisation urinaire (*ex bactériurie asymptomatique*)

A traiter chez la femme enceinte

A contrôler par un second ECBU ? (nombreuses cellules pavimenteuses)

S. agalactiae:

- plutôt témoin d'une colonisation vaginale forte > prophylaxie systématique à l'accouchement
- Attention, si allergie: préciser l'allergie, demander antibiogramme

ECBU 8-10j ap fin du traitement puis / mois

IU gravidiques : colonisation



Colonisation urinaire (bactériurie asymptomatique)
1 culture monomicrobienne $\geq 10^5$ ufc/mL

Traitement d'emblée **selon l'antibiogramme**

- 1^{er} choix : amoxicilline
- 2^{ème} choix : pivmécillinam
- 3^{ème} choix : fosfomycine-trométamol
- 4^{ème} choix : TMP (à éviter les 2 premiers mois)
- 5^{ème} choix (hiérarchie selon impact écologique) :
 - nitrofurantoïne
 - cotrimoxazole (SMX-TMP, à éviter les 2 premiers mois)
 - amoxicilline-acide clavulanique
 - cefixime

Durée totale : 7 jours sauf fosfomycine-trométamol 1 jour

IU gravidiques : cystite



Cystite gravidique

ECBU

Antibiothérapie **probabiliste**

1^{ère} choix : fosfomycine-trométamol

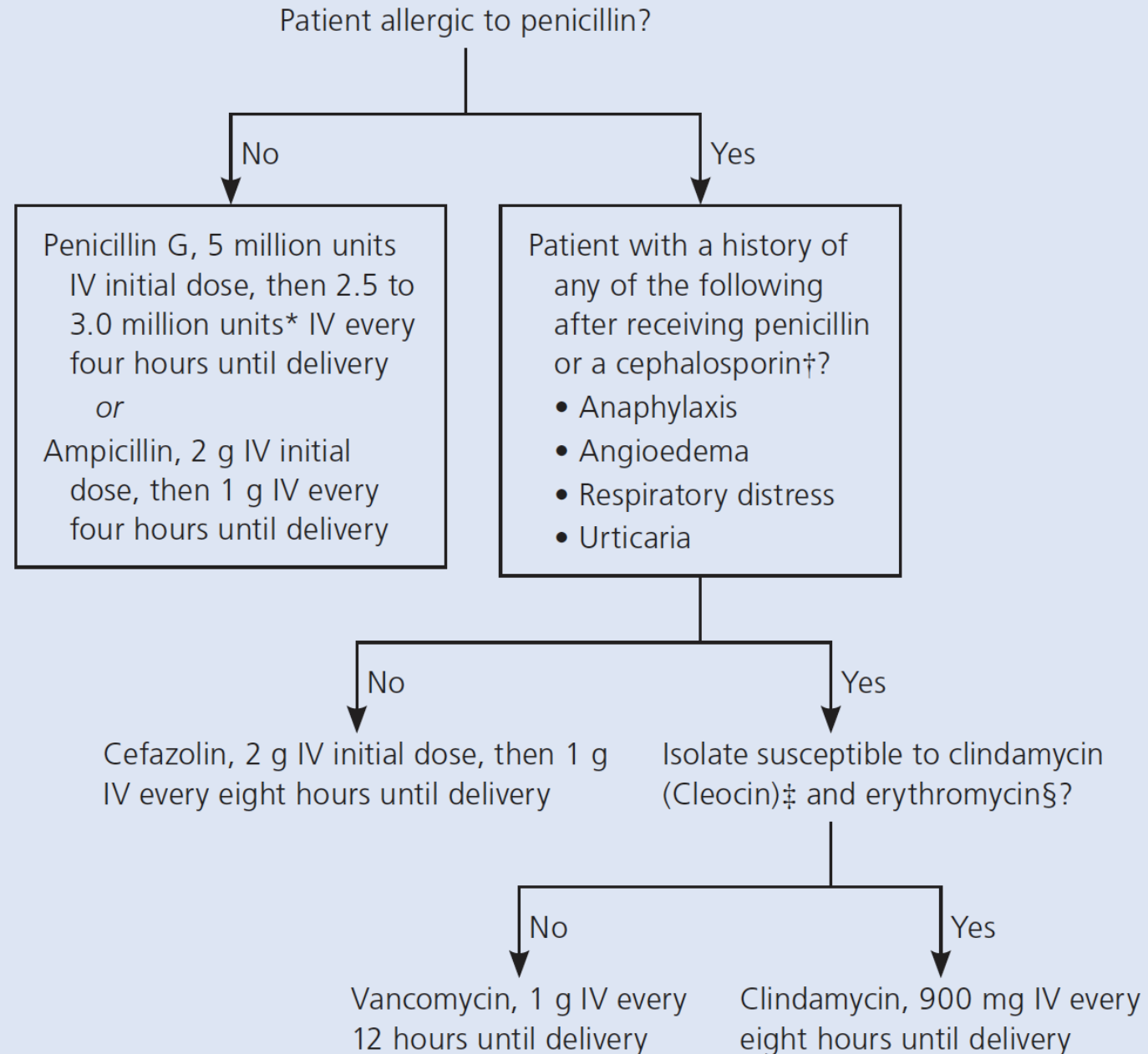
2^{ème} choix : pivmécillinam

En cas d'échec ou de résistance :

- 1^{er} choix : amoxicilline
- 2^{ème} choix : TMP (à éviter les 2 premiers mois)
- 3^{ème} (hiérarchie selon impact écologique) :
 - nitrofurantoïne
 - cotrimoxazole (SMX-TMP, à éviter les 2 premiers mois)
 - amoxicilline-acide clavulanique
 - céfixime ou ciprofloxacine

Durée totale : 7 jours sauf fosfomycine-trométamol (1 jour)

Intrapartum Antibiotic Prophylaxis for GBS Disease Prevention



Dépistage Streptocoque b

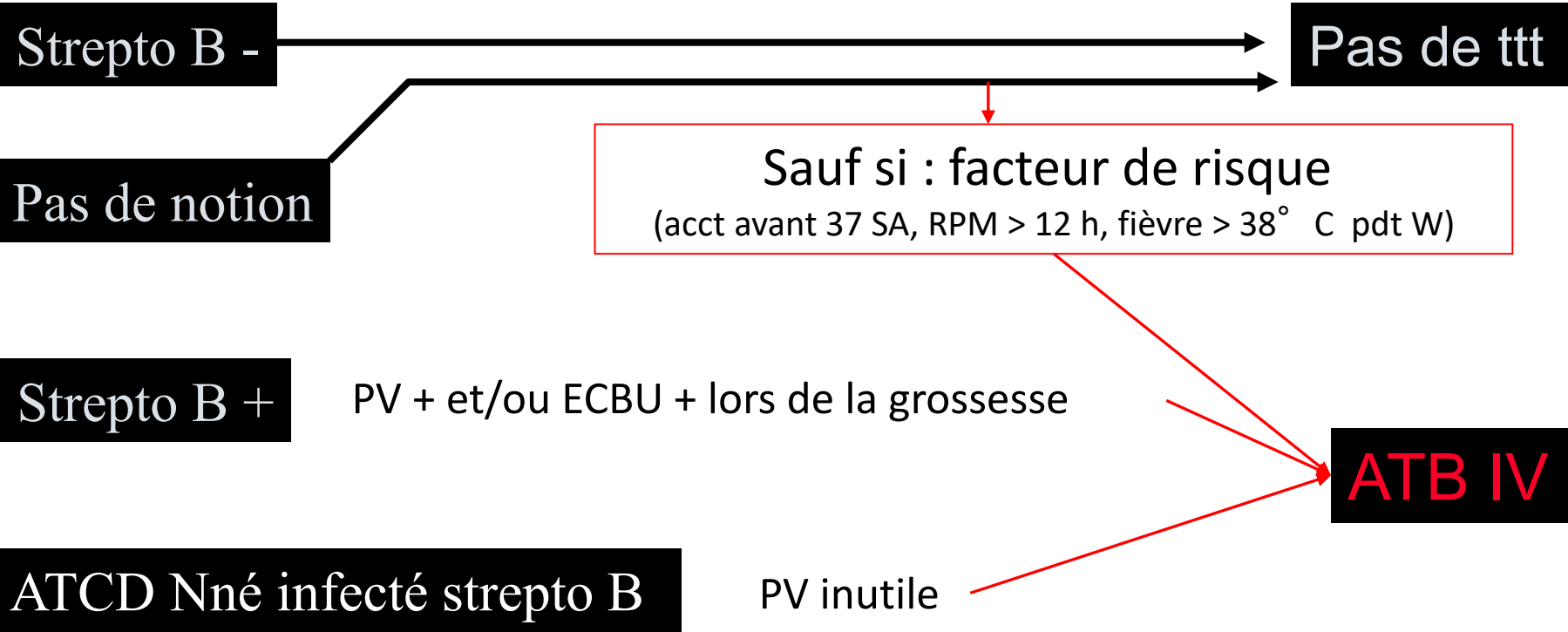
Le dépistage systématique du portage de *Streptococcus agalactiae* ou streptocoque du groupe B (SGB) (prescrit comme tel) est recommandé en fin de grossesse, idéalement entre 34 et 38 SA, en raison de :

① Dépister toutes les femmes à T3, idéalement entre 34 et 38 SA)

- « PV strepto B »
- ordonnance laboratoire, possibilité auto-prélèvement *
- si allergie : demander ATB gramme +++ (résistance macrolides)

👉 Noter le résultat dans le dossier +++ et ne pas traiter !

② A l'accouchement (pdt travail)



La patiente consulte à 32 SA pour nouvelle fièvre à 39°C évoluant depuis 24 heures.

Nous sommes le 12/12/2026

Elle décrit des arthromyalgies, une toux sèche, une rhinorrhée claire.

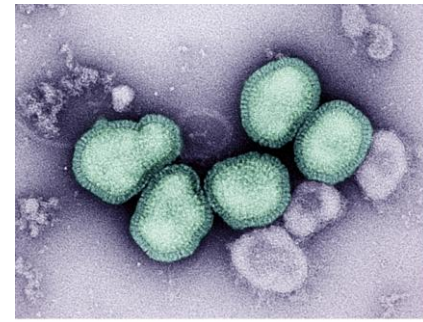
De nombreux résidents de l'EHPAD présentent des symptômes similaires

L'examen clinique est sans particularité en dehors de quelques ronchi.



4. Quel diagnostic évoquez-vous,
quelle prise en charge?

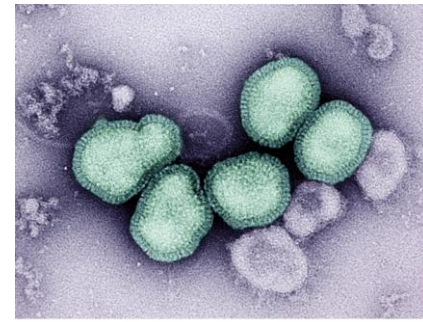
Grippe et grossesse



- Susceptibilité et sémiologie identiques à des femmes non enceintes
- Incubation courte 2-4j
- Contagiosité 5 jours
- Tableau ORL /fébrile arthromyalgique *à examen normal*
- Diagnostic : PCR sécrétions nasopharyngées

Dodds CMAJ 2007
Laibl Clin Perinatol 2005
Neuzil Am J Epidemiol 1998
Jamieson Lancet 2009
ANZIC BMJ 2009
Siston JAMA 2010
Wang IJID 2021

Grippe et grossesse



- **Susceptibilité et sémiologie identiques à des femmes non enceintes**

La grippe saisonnière est associée à une morbidité accrue chez la femme enceinte

- Hospitalisation x 1.7- 7.9
- Hospitalisation en USI x 4 *
- Pneumopathie virale RR x 10 (10 versus 1%)
- Complications x 9 **après 6 mois de grossesse**

La grippe saisonnière est associée à des complications obstétricales

- Sur risque de fausses couches OR 3.62 (1.6-2.8)

Dodds CMAJ 2007

Laibl Clin Perinatol 2005

Neuzil Am J Epidemiol 1998

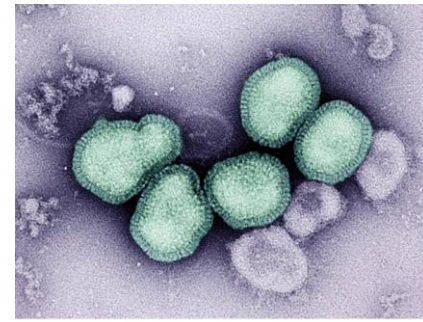
Jamieson Lancet 2009

ANZIC BMJ 2009

Siston JAMA 2010

Wang IJID 2021

Grippe et grossesse



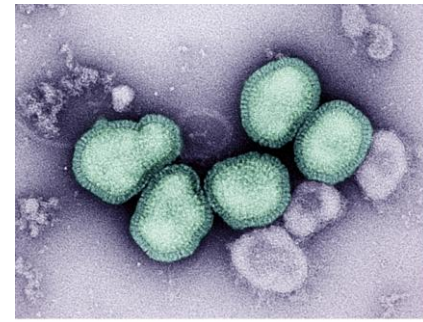
- Susceptibilité et sémiologie identiques à des femmes non enceintes

La grippe saisonnière est associée à une morbidité accrue chez la femme enceinte

- Pneumonie virale interstitielle
- Myocardite
- Surinfections bactériennes ORL et pulmonaires
 - > *Streptococcus pneumoniae* et *Staphylococcus aureus*
 - > Reprise de la fièvre après J5

Dodds CMAJ 2007
Laibl Clin Perinatol 2005
Neuzil Am J Epidemiol 1998
Jamieson Lancet 2009
ANZIC BMJ 2009
Siston JAMA 2010
Wang IJID 2021

Grippe et grossesse



- **Susceptibilité et sémiologie identiques à des femmes non enceintes**

La grippe saisonnière est associée à une morbidité accrue chez la femme enceinte

La grippe saisonnière est associée à des complications obstétricales

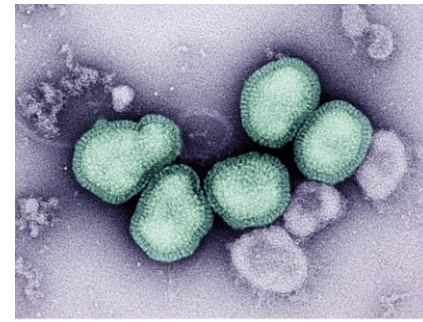
La grippe pandémique H1N1 est aussi associée à une surmortalité

- **Mortalité RR x 4-5 (1% population, 5% des décès)**

La grippe n'est pas tératogène

Dodds CMAJ 2007
Laibl Clin Perinatol 2005
Neuzil Am J Epidemiol 1998
Jamieson Lancet 2009
ANZIC BMJ 2009
Siston JAMA 2010
Wang IJID 2021

Grippe et grossesse



- **Prise en charge**

- **Oseltamivir OK à tout terme de la grossesse**
- **Antipyrétiques**
- Précautions gouttelettes /Eviction des personnes vulnérables
- Traitement antibiotique des surinfections bactériennes
 - Amoxicilline/clavulanate
 - Pristinamycine chez l'allergique

Vaccin grippe et grossesse quand le faire?

Vaccins saisonniers pour la mère > enfant

COVID

Grippe

Dès le début de la période épidémique

Pour protéger la mère

Vaccins MAJ pour la mère

HBV

Dès que possible

Vaccins pour l'enfant > mère

Coqueluche

VRS

En deuxième moitié grossesse

Pour maximiser le passage Ac

Coqueluche: 20-36 SA

VRS : 32-36 SA en amont de épidémie

Tous les vaccins inactivés sont combinables

Sauf dTPC / VRS : espace de 2 semaines

Quinze jours plus tard (34 SA), elle est amenée par son mari aux urgences pour douleur abdominale.

Elle est fébrile à 39,2°C. La palpation de l'hypocondre droit et de la fosse lombaire droite est douloureuse.

5. Quel diagnostic évoquez-vous, quelle prise en charge?

PNA - stratégie probabiliste (1)



PNA sans signe de gravité

PNA simple :

Ciprofloxacin ou lévofloxacin
(sauf si FQ dans les 6 mois)

OU

Céfotaxime ou ceftriaxone

PNA à risque de complication :

Céfotaxime ou ceftriaxone (à privilégier si
hospitalisation)

OU

Ciprofloxacin ou lévofloxacin
(sauf si FQ dans les 6 mois)

Si contre-indications : aminoside (amikacine, gentamicine ou tobramycine) ou
aztréonam

Ciprofloxacin possible en cas d'allergie aux bêtalactamines

L'ECBU retrouve:

- leucocyturie à 10^8 /ml
- nombreuses bactéries à l'ED.

L'échographie rénale met en évidence une dilatation modérée des voies urinaires à droite, considérée comme physiologique par le radiologue.

L'état de la patiente se dégrade rapidement, la TA chute à 8/5 malgré un remplissage, elle est tachycarde à 123/min et fébrile à $39,8^{\circ}\text{C}$ malgré le paracétamol.

6. Quel diagnostic évoquez-vous, quelle prise en charge?

PNA - stratégie probabiliste (2)



PNA avec signes de gravité (quick-SOFA \geq 2) **OU** geste urologique urgent

Pas de choc septique

Céfotaxime ou ceftriaxone + amikacine

Si allergie : aztréonam + amikacine

Si atcd d'IU/colonisation urinaire à EBLSE < 6 mois, choix selon la documentation microbiologique antérieure :

- Piperacilline-tazobactam + amikacine si souche sensible
- A défaut imipénème ou méropénème + amikacine

Choc septique

Céfotaxime ou ceftriaxone + amikacine

Si allergie : aztréonam + amikacine

Si atcd d'IU/colonisation à EBLSE < 6 mois, **OU** amox-clav/C2G-C3G/FQ < 6 mois **OU** voyage en zone d'endémie EBLSE

Imipénème ou méropénème + amikacine

Sous votre traitement, la patiente s'améliore rapidement.

La culture de l'ECBU retrouve un *E. coli*.

7. Quel relais?

PNA - antibiothérapie de relais



Tous types de PNA (en dehors IU masculine **OU** gravidique)

Désescalade si possible dès que l'antibiogramme est disponible

Relais oral possible si contrôle clinique acquis :

Selon la sensibilité :

- Amoxicilline, à privilégier
- Amoxicilline - acide clavulanique
- Ciprofloxacin ou lévofloxacin
- Céfixime
- Cotrimoxazole (TMP-SMX)

La suite de la grossesse se déroule sans complication.

La patiente consulte aux urgences obstétricales à 39SA + 5 pour « perte des eaux ».

8. Quelle est la conduite à tenir (y compris les grandes de la prise en charge obstétricale importante pour la prise en charge infectiologique) ?

Rupture des membranes à terme

Pas de tocolyse

Monitoring foetal

Recherche d'un syndrome septique maternel

Pas d'antibiothérapie systématique sauf si colonisation *S. agalactiae*:
ATB immédiate!

ATB recommandée si rupture > 12h