

Infections puerpérales invasives à Streptococcus pyogenes

Gérard Carret, Isabelle Frédénucci et
le groupe de travail du Conseil
Supérieur d'Hygiène Publique de
France

- « Mirabeau criait si fort que Versailles eut peur. Depuis la Chute de l'Empire romain, jamais semblable tempête ne s'était abattue sur les hommes, les passions en vagues effrayantes s'élevaient jusqu'au ciel.
- ...
- Quant à SEMMELWEIS, il semble que sa découverte dépassa les forces de son génie. Ce fut, peut-être, la cause profonde de tous ses malheurs. » 1

G. Carret & I. Frédénucci CHU
Lyon-Sud

2

- Semmelweis (All fields) : 5618
- Semmelweis (Title/Abstract) : 375
- Semmelweis (Title) : 218
- Semmelweiss (All fields) : 50
- Semmelweiss (Title/Abstract) : 15
- Semmelweiss (Title) : 11

G. Carret & I. Frédénucci CHU
Lyon-Sud

3

- Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. Qual Saf Health Care. 2004 Jun;13(3):233-4.
- The doctors' plague: germs, childbed Fever, and the strange story of Ignaz Semmelweis. Lancet Infect Dis. 2004 Jun;4(6):383.
- [Lesson from history : Cochrane and Semmelweis] Rev Prat. 2004 Jan 31;54(2):187-8.
- Beyond Semmelweis: moving infection control into the community. Ann Intern Med. 2004 Mar 2;140(5):397-8.
- Semmelweis' discovery and its Finnish follow-up. Acta Physiol Hung. 2003;90(2):83-95.

...

G. Carret & I. Frédénucci CHU
Lyon-Sud

4

La fièvre puerpérale :

- Une entité nosologique depuis le XIXe
- L'archétype de l'infection nosocomiale
- À ce risque nosocomial sont attachées :
 - la notion de responsabilité fautive
 - l'atteinte au sentiment de sécurité physique de la mère et de l'enfant

G. Carret & I. Frédénucci CHU
Lyon-Sud

5

Etudes prospectives : USA 1995-1999 1

- Toutes infections invasives : 3,5 cas pour 100 000 habitants
 - dont 5,4 % de cas nosocomiaux
- 1,8 % des cas liés à la grossesse
 - dont 13,9 % de cas nosocomiaux

G. Carret & I. Frédénucci CHU
Lyon-Sud

6

Etudes prospectives :

- USA 1995-2000 1 :
0,06 cas pour 1 000 naissances
- Canada (Ontario) 2 :
0,05 cas pour 1 000 naissances

G. Carret & I. Frédérucchi CHU
Lyon-Sud

7

Etudes rétrospectives :

- Jérusalem 1987-1994 1 :
- 1,82 (0,33 à 3,16) cas pour 1 000 naissances (25 811 parturientes)
- Royaume Uni – 20 ans 2 :
- 0,9 cas (mères) pour 1 000 naissances
- 0,05 cas (enfants) pour 1 000 naissances

G. Carret & I. Frédérucchi CHU
Lyon-Sud

8

Etudes rétrospectives :

- Complications septiques de l'accouchement 1 :
- 60 cas pour 1 000 naissances
- Part de *S. pyogenes* dans les complications septiques 2 :
- 1,38 % des cas
- Estimation :
- 0,8 cas pour 1 000 naissances

G. Carret & I. Frédérucchi CHU
Lyon-Sud

9

Incidence de la fièvre puerpérale :

- Entre 0,05 et 1,82 cas pour 1 000 naissances
- Variabilité selon le type d'enquête et la définition des cas

G. Carret & I. Frédérucchi CHU
Lyon-Sud

10

Infections puerpérales invasives Définition :

- Définition de toute infection invasive à *S. pyogenes*
- Caractères spécifiques :
 - mère et enfant
 - isolement de *S. pyogenes* associé à une endométrite

G. Carret & I. Frédérucchi CHU
Lyon-Sud

11

Considérations épidémiologiques et cliniques :

- A défaut de preuves ...
- Quelques évidences susceptibles de conditionner la prise en charge !

G. Carret & I. Frédérucchi CHU
Lyon-Sud

12

- Létalité entre 10 et 27%
- Toute manœuvre obstétricale est un facteur indéniable de risque particulièrement en situation épidémique
- Pas de données probantes sur l'intérêt du dépistage du portage de *S. pyogenes* par la mère
- Délai d'apparition des symptômes pouvant être relativement long, supérieur à 7 jours après l'accouchement
- L'origine endogène de la maladie est la situation la plus habituelle

- La probabilité d'observer, dans une même institution, 2 cas d'infection invasive en 6 mois est très faible
- Portage asymptomatique par les soignants (plusieurs)
- Le nombre de cas nosocomiaux reste conséquent
- Une situation épidémique et son origine ne peuvent être reconnues sans enquête exhaustive et un typage moléculaire des souches

- Sur ces arguments
 - socio-culturels
 - épidémiologiques
 - cliniques
- le groupe de travail fait des propositions pour un plan de prise en charge et de prévention des cas secondaires

Principe :

- Les infections du post-partum justifient une prise en charge d'un niveau équivalent à la prise en charge d'une infection invasive nosocomiale

Prise en charge et prévention :

- Isolement septique
- Diagnostic microbiologique (souches conservées 6 mois)
- Traitement symptomatique, chirurgical et antibiotique (concerne mère et enfant)
- Listes des sujets -contacts (proches, soignants et patients) (listes conservées 6 mois)

Sujets contacts :

- La mère, l'enfant ou tout soignant porteur sont considérés comme cas index possible ou cas associé au cas index.

Proches contacts :

- les personnes vivant au domicile du cas pris en charge et celles ayant partagé de façon prolongée (plus de 24 h) et rapprochée des locaux communs durant les 7 jours précédant le début de la maladie et jusqu'à la fin des 24 premières heures du traitement spécifique de ce cas.

Soignants contacts :

- Les soignants ayant eu un contact direct sans protection avec des sécrétions muqueuses, nasales, orales, pharyngées ou des lésions cutanées du cas pris en charge au cours des 7 jours précédant le début de la maladie et jusqu'à la fin des 24 premières heures du traitement spécifique de ce cas.
- Tout soignant ayant réalisé un examen obstétrical au cours des 7 jours précédant l'accouchement ou ayant participé à l'accouchement aux soins de suite de couche, ou à l'examen du nouveau-né.

Patients contacts :

- Les patientes hospitalisées dans la même chambre et les enfants partageant la pouponnière.
- Les patientes pour lesquelles un geste médical invasif a été réalisé après l'admission du cas pris en charge et avant l'isolement de celui-ci.
- Les patientes ayant accouché "au cours des mêmes 24 heures" dans la même salle de travail ou d'opération.
- Les patientes ayant été prises en charge par un soignant porteur dans les 14 jours précédents.

Prise en charge des contacts :

- Surveillance clinique active pendant au moins 14 jours après l'exposition
- Dépistage des porteurs chez les sujets contacts
- Traitement des porteurs
- Éloignement des soignants porteurs
- Contrôle des porteurs

Conclusion :

- La prise en charge et la prévention relèvent d'une attitude pragmatique.
- Ces recommandations doivent être évaluées.
- Est-ce possible ?

Remerciements aux membres du groupe de travail

- Pr Anne Bouvet, Président, Centre National de Référence des Streptocoques, Université Paris V, Hôtel Dieu
- Dr Paule Deutsch & Dr Sylvie Renard-Dubois, Direction Générale de la Santé, Paris
- Dr Catherine Chirouze, Maladies infectieuses, Université Paris V, Hôtel Dieu
- Pr Béatrice Crickx, Dermatologie, Université Paris VII, Hôpital Bichat
- Pr François Denis, Conseil Supérieur d'Hygiène
- Pr Claude Gibert, Réanimation, Université Paris VI, Hôpital Pitié-Salpêtrière
- Dr Daniel Lévy-Brühl, Dr Anne Perrocheau, Dr Carine Couzigou & Agnès Lepoutre, Epidémiologie, Institut de Veille Sanitaire
- Pr Alain Lortat-Jacob, Chirurgie, Université Versailles-Saint Quentin en Yvelines, Hôpital Ambroise Paré
- Dr Julien Loubinoux, Microbiologie, Université Paris V, Hôtel Dieu
- Dr Isabelle Pellanne, AFSSAPS
- Pr Henri Portier, Maladies Infectieuses, Université et CHU de Dijon
- Dr Catherine Veysier-Bélot, Médecine Interne, Hôpital de Saint-Germain-en-Laye
- Pr Catherine Weil-Olivier, Pédiatrie, Université Paris VII, Hôpital Louis Mourier, Colombes