

GUIDE DE TRAITEMENTS DE L'ENDOMÉTRITE POST-PARTUM

RÉDIGÉ PAR :

MARIE-ÈVE LEGRIS, ÉTUDIANT EN PHARMACIE

EN COLLABORATION AVEC :

NATHALIE GADBOIS, PHARMACIENNE

PREMIÈRE RÉVISION 2008-2009 PAR :

DR DOMINIQUE TREMBLAY, CHEF DU DÉPARTEMENT DE GYNÉCOLOGIE & OBSTÉTRIQUE
LYSANE SENEAL, PHARMACIENNE

DEUXIÈME RÉVISION 2010-2011 PAR :

DRE GENEVIÈVE BERTRAND ET DRE MAXIME LACERTE, GYNÉCOLOGUES & OBSTÉTRICIENNES
DR MARCO ANDRES BERGEVIN, INFECTIOLOGUE-MICROBIOLOGISTE

APPROUVÉ : COMITÉ DE PHARMACOLOGIE 10 FÉVRIER 2011 ET EXÉCUTIF DU CMDP 18 AVRIL 2011

ENDOMÉTRITE POST-PARTUM

DÉFINITION :

L'endométrite post-partum est un terme qui inclut les infections de l'endomètre, du myomètre et du paramètre. L'infection débute lorsque des bactéries du vagin montent vers le col et l'utérus pendant le travail.

L'incidence est d'environ 1-5% des patientes qui accouchent par voie vaginale,. Environ 15% des cas d'endométrite post-partum ont un début tardif.

PRÉSENTATION :

DÉBUT PRÉCOCE	DÉBUT TARDIF
Dans les premières 48 heures post-partum	De 48 heures à 6 semaines post-partum
Habituellement après une césarienne	Habituellement après un accouchement vaginal
Bacteroides, Prevotella, Streptocoque gr A et B, Entérobactéries	Chlamydia, Mycoplasma hominis

SYMPTOMATOLOGIE :

La présence de fièvre est le critère diagnostique le plus important. Il est essentiel d'écartier la possibilité de toute autre source d'infection. Une fièvre significative se définit comme plus de 38.5°C dans le premier 24h suivant l'accouchement ou plus de 38°C pendant 4heures consécutives. À l'examen, l'utérus peut être molasse, subinvolué et douloureux. La patiente peut présenter des saignements anormaux ou des lochies malodorantes. On peut aussi observer des céphalées, un malaise généralisé et une leucocytose qui augmente avec présence de neutrophiles segmentés. Plus rarement, la patiente peut présenter un sepsis ou un syndrome du choc toxique.

FLORE :

L'endométrite post-partum est typiquement une infection polymicrobienne impliquant une combinaison d'aérobies et d'anaérobies du tractus génital.

BACTÉRIES	<ul style="list-style-type: none">▪ GRAM - : Entérobactéries▪ GRAM + : Streptocoque gr A et B., Entérocoques▪ Divers : Gardnerella vaginalis
BACTÉRIES ANAÉROBES	<ul style="list-style-type: none">▪ Bacteroides spp., Peptostreptocoques, Prevotella spp.
ORGANISMES ENDOGÈNES	<ul style="list-style-type: none">▪ Mycoplasma hominis, Ureaplasma spp.
ORGANISMES TRANSMIS SEXUELLEMENT	<ul style="list-style-type: none">▪ Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae

FACTEURS DE RISQUE :

Les facteurs de risque suivants sont associés à l'endométrite :

Accouchement par césarienne ou accouchement vaginal assisté	Durée de la rupture des membranes (> 18h)
Vaginose bactérienne	Anémie sévère, hémorragie importante
Travail prolongé	Utilisation de corticostéroïdes antepartum
Examens vaginaux répétés	Utilisation de monitoring foetal interne
Retrait manuel du placenta ou rétention placentaire	Quantité importante de méconium dans le liquide amniotique
Diabète maternel	Porteuse de SB rectovaginal ou urinaire, Chorioamnionite
Statut socioéconomique bas	Prématurité ou postdatisme
VIH	

À noter que l'utilisation d'une prophylaxie lors de césarienne est associée à une diminution de l'incidence d'endométrite. L'agent de choix est la céfazoline 1 à 2 g IV x 1 **donné avant l'incision chirurgicale**.

ÉVALUATION :

Les cultures bactériennes du col et hémocultures devraient être faites d'emblée. Elles sont indiquées chez les patientes ne répondant pas aux traitements, et si présence de sepsis sévère ou choc toxique. Il est suggéré de faire le dépistage cervical pour la chlamydia et la gonorrhée dans les cas suivants :

Endométrite tardive	Si aucun test fait depuis le début de la grossesse
Antécédents personnels positifs	Lors d'une réhospitalisation pour une endométrite post-partum
Patiente à haut risque	

COMPLICATIONS :

Les complications de l'endométrite sont, entre autres, la péritonite, la salpingite, l'ovarite, les abcès intra-abdominaux, la myosite nécrosante de l'utérus et le sepsis. La thrombophlébite pelvienne septique, qui peut être associée à une embolie pulmonaire septique, est une complication possible mais rare.

PRINCIPES DE TRAITEMENT :

Il y a divers régimes antibiotiques actuellement rapportés dans la littérature et utilisés en pratique. Un traitement empirique actif contre des organismes aérobies et anaérobies est généralement préféré. La combinaison de clindamycine plus gentamicine est largement considérée comme le « gold standard ».

La patiente devrait répondre au traitement dans les 48 heures suivant son initiation et être devenue afébrile en 96h. (La réponse s'évalue par une amélioration des symptômes cliniques, de la pyrexie et de la leucocytose.) Le traitement doit être poursuivi jusqu'à ce que la patiente soit afébrile depuis 24-48 heures. Si la thérapie parentérale a été un succès (90-97% des cas), la thérapie orale n'est pas nécessaire. Cependant, s'il y a une bactériémie prouvée, un relais oral est recommandé au congé, pour une durée totale de 7 à 10 jours. À noter que le passage de la voie IV à PO devrait se faire selon l'antibiogramme lorsque disponible.

Lorsqu'une patiente ne répond pas adéquatement, une investigation plus poussée et un changement d'antibiothérapie est recommandé. Lorsque la patiente ne répond pas au traitement, il ne faut pas oublier la possibilité d'un abcès pelvien ou de la plaie. Une imagerie est à considérer fortement pour explorer le diagnostic différentiel. On commence par une échographie pelvienne, qui pourra au besoin être complétée d'un CT-scan (surtout s'il y a une suspicion de thrombophlébite pelvienne septique ou de la veine ovarienne).

Si une infection à chlamydia est prouvée ou fortement suspectée, la thérapie spécifique au chlamydia (ex : Doxycycline) doit être prescrite pour un total de 14 jours.

15% des patientes faisant une endométrite se présentent tardivement (1 à 6 semaines après l'accouchement) avec une hémorragie tardive du postpartum et des symptômes plus légers. Par conséquent, un traitement oral est suffisant (par exemple Clavulin 875 mg po BID) en autant que la chlamydia a été éliminé.

RECOMMANDATIONS À LA CITÉ DE LA SANTÉ :

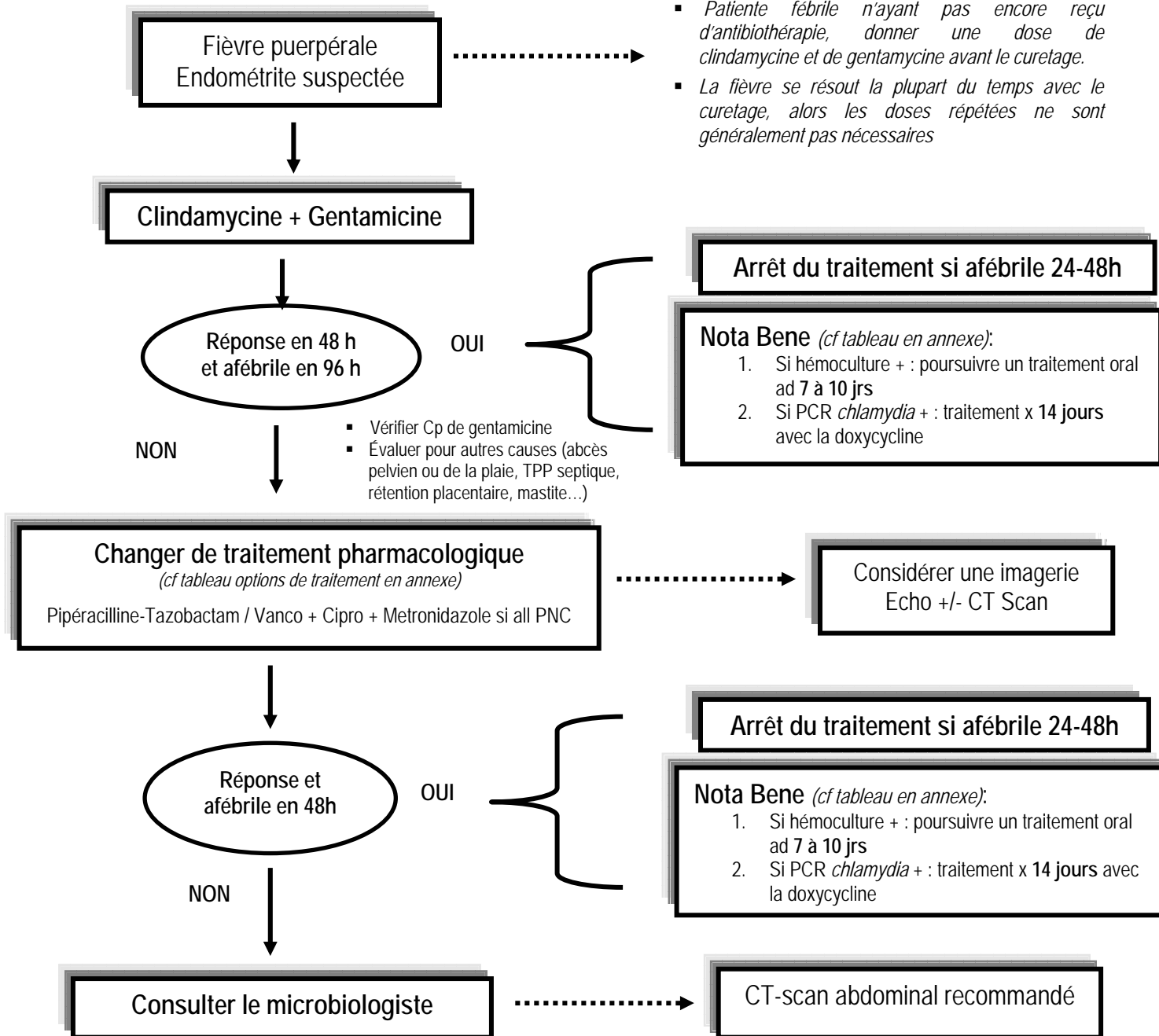
Considérant, le formulaire thérapeutique de la CSL, le spectre d'activité et la littérature, les options de traitement qui sont recommandées à la CSL sont regroupées dans les tableaux qui suivent. Le traitement est établi en fonction d'un début précoce ou tardif de l'infection.

ALGORITHME DE TRAITEMENT PROPOSÉ:

ADAPTÉ DE : Ferreira E. Endométrite du post-partum. Dans: Thirion DJG, éditeur. La référence rapide en antibiothérapie. Montréal, Québec: Publication Prism 2005. p.131-134.

Rétention placentaire :

- *Patiente fébrile n'ayant pas encore reçu d'antibiothérapie, donner une dose de clindamycine et de gentamicine avant le curetage.*
- *La fièvre se résout la plupart du temps avec le curetage, alors les doses répétées ne sont généralement pas nécessaires*



RÉFÉRENCES PRINCIPALES

- Chen KT. Postpartum endometritis. Dans UpToDate Inc. : UpToDate® Desktop Application 16.1. Version 2008.
- Desaulniers J, Bouchard J et al. Génito-urinaire Dans : Guide pratique d'infectiologie du Québec. Les éditions Formed Inc.. mai 2001, 2^e édition. p. 66.
- Faro S. Postpartum Endometritis. Clinics in Perinatology 2005; 32: 803-814.
- Ferreira E. Endométrite du post-partum. Dans: Thirion DJG, éditeur. La référence rapide en antibiothérapie. Montréal, Québec: Publication Prism 2005. p.131-134.
- French LM, Smaill FM. Antibiotic regimens for endometritis after delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD001067. DOI: 10.1002/14651858.CD001067.pub2.
- Gilbert DN, Moellering RC, Eliopoulos GM, Sande MA, editors. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy. 38e éd. États-Unis: Antimicrobial Therapy Inc.;2008.
- Hale TW. Medications and Mother's milk. 14th ed. Amarillo, Tx: Hale Publishing; 2010.
- Ledger, William J. Post-partum endomyometritis diagnosis and treatment: A review. J obstet. Gynaecol. Res. 2003 ; 29 (6) : 364-373.
- Louvigné C, Ferreira E, Brochet M-S, Précourt A. Anti-infectieux. Dans : Ferreira E. Grossesse et allaitement: guide thérapeutique. Montréal, QC : Éditions du CHU Sainte-Justine; 2007. p. 355-389.
- Constantine MM et al. Timing of perioperative antibiotics for cesarean delivery : a meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2008; 199:301e1-301-e6
- Schaefer C, Peters P et Miller RK. Drugs During Pregnancy and Lactation: Treatment options and risk assessment. 2e ed. Elsevier BV. 2007.
- Louvigné C, Ferreira E et al. Anti-infectieux. Dans Ferreira E. Grossesse et allaitement : guide thérapeutique. Montréal, Québec. Éditions du CHU Sainte-Justine. 2007. p. 355-389.

ANNEXE 1

ANTIBIOTIQUES ET COMPATIBILITÉ AVEC L'ALLAITEMENT :

AGENTS	COMMENTAIRES
Amoxicilline/clavulanate Ampicilline	Compatible
Céfotaxime Céfoxitine Ceftriaxone	Compatible
Clindamycine	Compatible
Pipéracilline/tazobactam	Compatible
Ertapénem	Compatible <ul style="list-style-type: none"> Peu de données, mais biodisponibilité orale faible donc peu probable que l'enfant en absorbe une quantité significative.
Doxycycline	Controversé <ul style="list-style-type: none"> Non contre-indiqué à court terme (<3 semaines), non recommandé à long terme à cause du risque de coloration permanente des dents
Gentamicine	Compatible <ul style="list-style-type: none"> Biodisponibilité orale faible.
Métronidazole	Arrêt de 12h si dose unique de 2g, pas d'arrêt nécessaire si doses sur plusieurs jours
Quinolone <ul style="list-style-type: none"> Ciprofloxacine Levofloxacine 	Compatible Avant 2010 : <ul style="list-style-type: none"> Il faut réserver leur utilisation au Tx d'infections résistantes ou compliquées. L'exposition à travers le lait maternel est très faible et l'allaitement ne comporte pas de risque pour le nourrisson. Le cipro et l'ofloxacine sont les mieux documentées donc à privilégier Depuis 2010 : <ul style="list-style-type: none"> Bien que traditionnellement évité (effets indésirables sur les articulations chez les enfants), des données récentes indiquent un faible risque. L'American Academy of pediatrics a approuvé son usage récemment. Observer bébé pour les symptômes gastro-intestinaux. NB : Levofloxacine = éviter l'allaitement 4 à 6 hrs post dose pour un minimum d'exposition
Vancomycine	Compatible

TABLEAU : OPTIONS DE TRAITEMENT DE L'ENDOMETRITE POST-PARTUM

TRAITEMENT EMPIRIQUE (\$/JOUR)	DURÉE	COMMENTAIRES
PREMIÈRE LIGNE		
Clindamycine 900mg IV q8h (10,05\$) + Gentamicine IV dose de charge 2mg/kg puis 1,5mg/kg q8h (6,15-12,29\$)	ad afébrile x 24-48h	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dosage gentamicine (pré et post) sur 3^e dose si traitement > 48 heures
ALTERNATIVES		
Piperacilline/Tazobactam 3,375g IV q6h (65,20\$)	ad afébrile x 24-48h	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si contre-indication à la clindamicine ou gentamicine ▪ Ne pas donner si réaction allergique aux pénicillines ▪ Attention ne couvre pas le <i>Chlamydia</i> ⇒ ajout doxycycline per os si suspectée ou présent
Cefoxitine 2 g IV q 6 à 8 h (23,46\$-31,28\$)		
DEUXIÈME LIGNE ⇒ si non réponse en 48h et fébrile après 96h		
Piperacilline/Tazobactam 3,375g IV q6h (65,20\$)	ad afébrile x 24-48h	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ne pas donner si réaction allergique aux pénicillines ▪ Attention ne couvre pas le <i>Chlamydia</i> ⇒ ajout doxycycline per os si suspectée ou présent ▪ ERTAPENEM : Si traitement par voie intraveineuse ambulatoire nécessaire ⇒ posologie plus facile étant donné l'administration aux 24 heures
Ertapénem 1g IV q 24h (52,45\$)		
Vancomycine 1g IV q 12h (13,08\$) + Ciprofloxacine 400 mg IV q 12h (11,72\$) + Métronidazole 500 mg IV q 8h (4,29\$)		
THÉRAPIE SÉQUENTIELLE (cf guide sur thérapie séquentielle, critères de passage mars 2005)		
Amoxicilline/ac clavulanate 500 mg PO tid ou 875 mg PO bid	ad 7-10 jours	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si hémoculture +
Métronidazole 500 mg PO tid + Cefixime 200 mg PO bid		
Métronidazole 500 mg PO tid + Levofloxacine 500 mg PO die		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si allergie aux pénicillines
Doxycycline** 100mg PO q12h (0,42\$)	ad 14 jours	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajout Si <i>chlamydia</i> suspecté ou présent
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Choix du traitement PO idéalement en fonction de l'antibiogramme si hémoculture + et si stabilisation de l'état clinique, afébrile x 48 hrs, voie orale possible, absence de neutropénie sévère 		
<p>** L'administration de la doxycycline par voie orale est préférable, même chez la clientèle hospitalisée, puisque l'administration IV est douloureuse et plus coûteuse en plus d'être disponible uniquement par le programme d'accès spécial (DGPS), et que les deux voies présentent une biodisponibilité similaire.</p>		