

Infections puerpérales

1. Épidémiologie

La fièvre puerpérale (FP) est une infection maternelle grave, historique, épidémique, causée par des streptocoques β -hémolytiques du groupe A et survenant dans les jours suivant l'accouchement ou une fausse couche (voir le chapitre « [Infection et grossesse](#) »). C'est initialement une endométrite (infection de la surface placentaire dénudée de l'endomètre) qui peut s'étendre secondairement aux viscères pelviens ou se généraliser (voir le chapitre « [Infections pelviennes chez la femme](#) »). La contamination, souvent nosocomiale et véhiculée par les mains, les instruments et l'absence de port de masque, est d'origine externe et se fait au cours de l'accouchement. Le pronostic était redoutable avant l'ère des antibiotiques. Le fœtus n'est pas concerné par l'infection. La FP a pratiquement disparu aujourd'hui partout où les règles d'hygiène de base sont respectées et où l'accès aux antibiotiques est aisé.

L'infection du *post-partum* au sens plus large reste aujourd'hui très fréquente dans les pays à ressources limitées. Plusieurs entités sont définies par l'OMS depuis 1992 (tableaux 1 et 2) :

- 1) le sepsis puerpéral : infection des voies génitales du début du travail et/ou de la rupture des membranes jusqu'au 42^e jour *post-partum* ;
- 2) les Infections puerpérales : toutes les infections survenant du début du travail et/ou de la rupture des membranes jusqu'au 42^e jour *post-partum* ;
- 3) les endométrites du *post-partum* : infections du *post-partum* impliquant l'utérus (muqueuse utérine, myomètre et paramètres).

Complication majeure du *post-partum*, elle constitue surtout la première cause de mortalité des accouchées : 15 à 35 % des décès et 30 % des hystérectomies lui sont imputables (tableaux 1 et 2). En Afrique, la FP complique 2 % des accouchements qui ont lieu dans les centres équipés et 5 à 6 % de ceux qui ont lieu hors centre, c'est-à-dire la grande majorité. La mortalité, dans le premier cas de figure, est de l'ordre de 5 %. Le spectre des germes en cause est étendu et inclut, outre le streptocoque historique, staphylocoques, entérocoques, gonocoque, anaérobies (*Clostridium perfringens*) et bacilles Gram négatif (BGN). Ces germes sont rarement recherchés et identifiés. L'infection est soit communautaire et sporadique (plus fréquente dans les pays à ressources limitées), soit nosocomiale et épidémique.

Il faut rappeler que le *post-partum* est une période de susceptibilité accrue aux infections en général.

Tableau 1. Sepsis puerpéral : situation parmi les complications du *post-partum*

Principales complications du <i>post-partum</i> (par ordre de fréquence)	Responsabilité dans la mortalité maternelle
1. Sepsis puerpéral	15 à 35 %
2. Hémorragies	17 %
3. Éclampsie	12 %
4. Rupture utérine	
5. Déchirures périnéales	
6. Fistules recto-vaginales	
7. Anémie maternelle	

Tableau 2. Sepsis puerpéral : données épidémiologiques

- Première cause de décès maternel
- 2 à 6 % des accouchements
- Survenue dans le post-partum précoce : 3^e - 5^e jour
- Mortalité de 5 % environ dans les centres équipés
- Germes polymorphes (rarement identifiés) : streptocoques, BGN, anaérobies
- Caractère sporadique ou épidémique (nosocomial)

Facteurs favorisants (tableau 3).

Tableau 3. Facteurs favorisants de la fièvre puerpérale

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Défaut de soins anténataux • Défaut d'assistance et d'équipement pour l'accouchement • Rupture prématurée des membranes • Chorio-amnionite, gonococcie • Conditions d'hygiène précaires autour de l'accouchement | <ul style="list-style-type: none"> • Touchers vaginaux excessifs pendant le travail • Dystocies et toutes causes de travail prolongé • Manœuvres obstétricales • Rétention placentaire • Toutes procédures et instruments non stériles, absence de masque • Anémie maternelle • Césarienne |
|--|---|

2. Manifestations cliniques

La [fièvre](#) débute vers le troisième ou le quatrième jour après l'accouchement, initialement modérée, mais s'élevant au fil des jours avec apparition possible d'un syndrome toxique. Le pelvis est spontanément douloureux et les lochies abondantes et fétides, voire hémorragiques (hémolysines du streptocoque). À la palpation abdominale, l'utérus est sensible, mou, non rétracté et de trop grande taille relativement à la date de l'accouchement.

Les complications surviennent en l'absence d'antibiothérapie :

- complications loco-régionales : hémorragies des suites de couche, abcès et empyème utérin, salpingite, abcès tubo-ovarien, phlegmon pelvien, phlébite pelvienne, stérilité (voir le chapitre « [Infections pelviennes chez la femme](#) ») ;
- complications générales : péritonite, [bactériémie](#), [choc septique](#).

3. Diagnostic

Le diagnostic positif est basé d'abord sur la clinique et la chronologie. Des prélèvements des lochies, quand ils sont possibles, ont un intérêt épidémiologique.

Le diagnostic différentiel se pose avec les autres causes de fièvre dans les suites de couches (tableau 4).

Tableau 4. Diagnostic différentiel des fièvres du *post-partum*

Diagnostic différentiel	Date de survenue	Argument
Lymphangite, abcès du sein	J5 - J15	Douleur localisée au sein
Infection urinaire	Tout moment	Souvent asymptomatique, ECBU systématique
Pneumopathie	Tout moment	Clinique, radio
Paludisme*	Tout moment	Selon contexte
Tuberculose*	Tout moment	Antécédents, entourage, radio
Infection à VIH et complications*	Tout moment	Sérologie
Phlébite puerpérale	J10 et au-delà	
Maladie de système : lupus		Antécédents, auto-anticorps

* Ces infections sont transmissibles au nouveau-né et imposent de reconsidérer l'état du nouveau-né (voir le chapitre « [Infections néonatales](#) »)

4. Traitement

Il est résumé dans le tableau 5.

Tableau 5. Conduite à tenir face à une fièvre puerpérale

Traitement antibiotique	Autres mesures	Chirurgie
Amoxicilline ± acide clavulanique x 10 jours + gentamicine x 3 jours ou clindamycine + gentamicine	Révision utérine. Ocytociques Mobilisation Lever précoce	Non systématique : • drainage • hystérectomie ultime

Site web recommandé (accès libre) concernant ce chapitre :

Recommandations OMS 2015 :

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205684/WHO_RHR_16.01_fre.pdf;sequence=1