

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur M. Tournaire*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
et Obstétrique**

—

**Tome XX  
publié le 4.12.1996**



*VINGTIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 1996*

# LA FIÈVRE AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

M. BERLAND\*, P.-H. COMMUNAL\*, B. PINATON\*,  
X. COTTIN\*\*, J. DUTRUGE\*\*

Lyon

## INTRODUCTION

La fièvre au cours du travail représente une complication assez rare. Ses conséquences en ce qui concerne l'infection maternelle et l'infection du nouveau-né sont peut-être moins redoutables actuellement avec l'apport des antibiotiques et les progrès de la réanimation. Mais à côté de ce risque infectieux proprement dit, la fièvre peut intervenir sur le déroulement même de l'accouchement et augmenter le risque de dystocie.

\* Faculté de Médecine Lyon Sud - Service de Gynécologie Obstétrique (Professeur M. Berland), Centre Hospitalier Lyon-Sud - 165, chemin du Grand Revoyet - 69495 PIERRE BÉNITE CEDEX

\*\* Unité de Néonatalogie et Réanimation néonatale - Service de Pédiatrie (Professeur David), Centre Hospitalier Lyon-Sud - 165, chemin du Grand Revoyet - 69495 PIERRE BÉNITE CEDEX

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

Notre étude rétrospective porte sur les accouchements de la maternité de l'hôpital Claude Bernard, puis du Centre Hospitalier Lyon-Sud, de janvier 1991 à avril 1996.

Sur 5932 dossiers, 115 patientes présentaient une température rectale  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  avant 6 cm de dilatation.

Dans le but de préciser les modifications du travail liées à l'hyperthermie, nous avons constitué une série témoin, pour les patientes présentant une grossesse unique, avec enfant vivant et présentation du sommet, en appariant chaque observation avec celle de la parturiente suivante sur le registre de la maternité, ayant même parité, même âge gestationnel et un fœtus unique en présentation du sommet, vivant en début de travail. Nous avons exclu comme témoins les patientes sous antibiothérapie et/ou ayant présenté un syndrome infectieux au cours de la grossesse.

Notre série continue de parturientes fébriles comportait :

- 2 morts du fœtus in utero ;
- 1 grossesse quadruple ;
- 4 grossesses gémellaires ;
- 2 grossesses uniques avec présentation autre que sommet (une face, une transversale).

Sur les 106 patientes restantes, 4 n'ont pu être appariées à un témoin en raison d'un âge gestationnel trop prématuré (26, 29, 30, 31 semaines d'aménorrhée). D'autre part 8 témoins ont dû être abandonnés car les patientes avaient subi une césarienne prophylactique. Il ne nous reste donc que 94 couples appariés pour étudier le retentissement éventuel de la fièvre sur le déroulement de l'accouchement.

## RÉSULTATS

### Fréquence

La fréquence du travail avec fièvre maternelle a été de 1,97 %, soit 2 % des parturientes (si nous comptons la série totale de 115 patientes sur 5932 dossiers).

## La rupture prématurée des membranes

Elle était présente chez 36 patientes présentant la fièvre (38 %) contre 12 dans la série témoin (13 %) ( $p < 0,001$ ).

## La longueur du travail

Elle était plus importante en cas d'hyperthermie maternelle avec une moyenne de 8 heures pour seulement 6,1 heures dans la série témoin ( $p < 0,01$ ).

La durée d'ouverture des membranes était également plus longue : 13,8 heures contre 5,2 heures chez les témoins, mais cette durée était expliquée par le plus grand nombre de ruptures prématurées des membranes ( $p < 0,01$ ).

Le nombre de déclenchements artificiels du travail était voisin dans les deux groupes si l'on enlève les cas avec rupture prématurée des membranes (tableau I).

*Tableau I*  
*Nombre de déclenchements artificiels du travail (RPM exclues)*

Motif	Hyperthermie	Témoin
Terme dépassé	7	7
Pathologie maternelle	6	3
Pathologie fœtale	1	4
Autres pathologies	2	0
Accouch. programmés	2	3
Autres	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>18</b>

## Les anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF)

Les anomalies du RCF sont rapportées dans le tableau II.

Si l'on enlève les tachycardies essentiellement observées en cas de fièvre, la différence n'est pas significative entre les deux groupes.

La présence d'un circulaire du cordon était notée 9 fois dans la série avec hyperthermie contre 12 dans la série témoin (NS).

La présence d'un liquide méconial était plus fréquente dans le groupe avec hyperthermie (tableau III) ( $p < 0,001$ ).

*Tableau II*  
*Anomalies du rythme cardiaque fœtal*  
*au cours du travail et de l'expulsion*  
*(quelques patientes fébriles ont eu plusieurs anomalies associées)*

	<b>Hyperthermie</b> <b>n = 94</b>	<b>Témoin</b> <b>n = 94</b>
Tracés normaux	39	53
Bradycardies	0	5
Ralentissements	26	23
Rythme plat	6	1
Tachycardies	19	1
Anomalies au cours de l'expulsion*	7 (20 %)	11 (16 %)
* Pourcentages calculés par rapport au nombre d'accouchements par voie basse		

*Tableau III*  
*Aspect du liquide amniotique*

	<b>Hyperthermie</b>	<b>Témoin</b>
Teinté	11	8
Méconial	17	4
Normal	66*	82*
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>94</b>
* p < 0,01		

## L'accouchement

En ce qui concerne le mode d'accouchement, on constate que le nombre d'interventions obstétricales est augmenté chez les patientes fébriles (tableau IV). Celles-ci sont essentiellement motivées par une dystocie et/ou des signes de souffrance fœtale (tableau V).

Pour essayer d'expliquer les causes de ces anomalies au cours du travail, nous avons étudié deux paramètres : le rétrécissement pelvien et les ruptures prématurées des membranes.

22 patientes avaient un rétrécissement pelvien dans la série avec fièvre contre 11 dans la série témoin (NS).

## LA FIÈVRE AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

*Tableau IV*  
*Mode d'accouchement*

	<b>Hyperthermie</b>	<b>Témoin</b>
Voie basse spontanée	32 (34 %)*	68 (72 %)*
Forceps	32 (34 %)**	17 (18 %)**
Césarienne	30 (32 %)***	9 (10 %)***
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>94</b>
* / ** / *** p < 0,001		

*Tableau V*  
*Motivation des interventions obstétricales*

	<b>Hyperthermie</b>	<b>Témoin</b>
<b>Cause des césariennes</b>		
Souffrance fœtale	13	5
Dystocie	27	7
<b>Nombre total de césariennes*</b>	<b>30</b>	<b>12</b>
<b>Cause des forceps</b>		
Souffrance fœtale	12	12
Arrêt de progression	26	8
<b>Nombre total de forceps*</b>	<b>32</b>	<b>17</b>
* Dans certains cas, l'intervention était motivée par deux causes.		

Si l'on enlève ces patientes, on retrouve les mêmes taux d'interventions que dans la série totale (tableau VI).

*Tableau VI*  
*Mode d'accouchement en enlevant les patientes*  
*présentant un rétrécissement pelvien*

	<b>Hyperthermie</b> <b>(n = 72)</b>	<b>Témoin</b> <b>(n = 83)</b>
Voie basse spontanée	36 %*	75 %*
Forceps	31 %**	17 %**
Césarienne	33 %***	8 %***
* / ** / *** p < 0,001		

De même, si l'on enlève les patientes présentant une rupture prématurée des membranes, on retrouve des chiffres voisins de la série totale avec un taux d'extractions instrumentales encore plus élevé chez les patientes fébriles (tableau VII).

L'hyperthermie en tant que telle semble donc bien modifier le déroulement du travail.

*Tableau VII*  
*Mode d'accouchement en enlevant les patientes*  
*présentant une rupture prématurée des membranes*

	<b>Hyperthermie (n = 58)</b>	<b>Témoin (n = 82)</b>
Voie basse spontanée	24 %*	74,39 %*
Forceps	43 %**	17,07 %**
Césarienne	33 %***	8,54 %***
* / ** / *** p < 0,001		

## Les conséquences maternelles

13 patientes fébriles pendant le travail ont présenté de la fièvre dans les jours qui ont suivi l'accouchement et 3 dans la série témoin (p < 0,02).

Nous avons observé une endométrite typique chez les patientes fébriles contre 3 dans la série témoin (NS).

Dans les autres cas, il n'y avait pas de pathologie évidente. Toutes les suites ont été favorables.

La durée moyenne du séjour en maternité après la naissance était de 6,6 jours dans la série avec fièvre contre 5,5 dans la série témoin. Cette différence est surtout expliquée par le nombre plus important de césariennes (p < 0,01).

## Facteurs étiologiques

Dans les antécédents de ces patientes, on trouve des infections urinaires à répétition chez 2 patientes fébriles et 3 témoins.

Les facteurs observés en cours de grossesse sont rapportés dans le tableau VIII. En dehors de la rupture prématurée des membranes, les autres facteurs de risque infectieux sont voisins dans les deux groupes.

LA FIÈVRE AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

Tableau VIII

Facteurs pouvant expliquer la survenue d'une fièvre au cours du travail

	<b>Hyperthermie (n = 94)</b>	<b>Témoin (n = 94)</b>
Rupture prématurée des membranes	36*	12*
Infection urinaire simple	6	4
Infection urinaire récidivante	1	0
Infection cervico-vaginale	8	10
Hépatite	1	1
Autre infection	1	0
Diabète	0	1

\* p < 0,001.

**État du nouveau-né**

Tous les nouveau-nés des deux groupes appariés ont eu une évolution favorable. Il n'y a eu aucune infection grave (septicémie ou méningite) chez ces enfants.

Le score d'Apgar moyen à 1 à 5 minutes était respectivement à 7,9 et 9,29 dans la série avec fièvre contre 9,23 et 9,84 dans la série témoin (p < 0,01).

Les germes retrouvés chez les nouveau-nés sont rapportés dans le tableau IX.

Il s'agissait d'une simple contamination.

On retrouve un germe chez 20 % des nouveau-nés de mère fébrile contre 3 % dans la série témoin. Dans les trois quarts des cas il s'agissait de streptocoque du groupe B.

Les germes étaient présents 8 fois sur 36 (22 %) en cas de rupture prématurée des membranes chez les mères fébriles contre 11 fois sur 58 chez

Tableau IX

Germes retrouvés chez les nouveau-nés

Germes isolés	<b>Hyperthermie (n = 94)</b>			<b>Témoin (n = 94)</b>		
	avec RPM	sans RPM	Total	avec RPM	sans RPM	Total
Strepto. B	6	8	14	1	1	2
<i>E. coli</i>	2	3	5	0	0	0
Autres	0	0	0	0	1	1
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>



les patientes fébriles dont les membranes étaient intactes en début de travail (19 %). La différence n'était pas significative.

Les accouchements fébriles exclus de l'appariement

- Parmi les 4 grossesses multiples, nous avons eu :
  - une césarienne à 26 semaines après RPM ;
  - un accouchement par voie basse à 29 semaines ;
  - une césarienne à 30 semaines après RPM ;
  - un accouchement par voie basse (forceps pour J1, accouchement normal pour J2) après RPM à 34 semaines.

Les 8 enfants ont eu une évolution favorable, sans infection patente.

- La grossesse quadruple avait bénéficié d'une césarienne en début de travail après rupture prématurée des membranes à 28 semaines. Le premier enfant pesant 1000 g était mort-né et présentait une infection à colibacille. Le deuxième de 1140 g a présenté une septicémie dont l'évolution a été favorable. Le troisième enfant était simplement contaminé à *Escherichia coli*, il pesait 1220 g et a eu des suites simples. Le quatrième pesait 1520 g et n'a pas posé de problème, les prélèvements étaient stériles.

- Chez une patiente ayant présenté un travail spontané à 35 semaines après une RPM de plus de 48 heures, une césarienne a été pratiquée pour dystocie en raison d'une présentation défléchie. L'enfant était simplement contaminé.

- Une patiente a subi une césarienne à 27 semaines pour placenta praevia hémorragique après RMP et présentation transversale. L'enfant, de 1150 g, devait décéder à 24 heures de vie.

- Enfin, il y a eu 2 morts du fœtus in utero : une chez un enfant malformé et l'autre après DPPNI à 29 semaines d'aménorrhée.

- Parmi les 4 patientes non appariées en raison de la grande prématurité, nous avons observé une septicémie dont l'évolution a été favorable et un décès suite à une malformation digestive (29 semaines d'aménorrhée), il s'agissait de patientes présentant une rupture prématurée des membranes.

- Parmi les 11 patientes dont le témoin avait une césarienne prophylactique, il y a eu 2 contaminations à streptocoque du groupe B, mais pas d'infection sévère. Les deux enfants étaient nés après rupture prématurée des membranes.

Dans ces dossiers, on voit que les facteurs de mauvais pronostic étaient surtout liés à la rupture prématurée des membranes ou à d'autres facteurs que l'hyperthermie, notamment la grande prématurité.

## DISCUSSION

Nous envisagerons les différents problèmes posés par le travail fébrile, avant d'essayer de proposer une conduite à tenir.

### 1. Élaboration du risque materno-fœtal du travail fébrile

#### *a. La fréquence*

La fréquence de la fièvre au cours du travail oscille entre 0,5 et 3 % [1, 2, 3, 6, 10, 24]. Dans notre série, elle était de 2 %.

Les différences observées proviennent des critères diagnostiques et du moment où la température a été prise durant le travail.

Nous avons retenu comme critère une température rectale supérieure à 38°C avant 6 cm de dilatation.

#### *b. S'agit-il d'une fièvre ou d'une simple hyperthermie?*

L'hyperthermie correspond à une accumulation excessive de chaleur en rapport avec une augmentation de la thermogénèse ou une diminution de la thermolyse. La fièvre traduit une élévation du « thermostat hypothalamique » en rapport avec une agression, infectieuse le plus souvent [6, 17].

Certains facteurs modifient la température de la patiente : déshydratation, chaleur ambiante excessive, agitation, mais aussi l'analgésie péridurale [6, 16, 18, 21, 25].

Pour Mercier [18], l'élévation thermique apparaît surtout dans un délai de 2 à 5 heures après la pose de la péridurale.

Pour Winson [25], la température augmenterait de 0,07°C par heure d'analgésie péridurale. L'augmentation de la température sous péridurale au cours du travail est difficile à expliquer car, contrairement à ce qui est observé pendant l'accouchement, l'analgésie péridurale fait plutôt baisser la température en cas d'intervention chirurgicale [16].

Certaines hypothèses ont été avancées pour expliquer l'élévation de la température au cours de l'accouchement : vasodilatation, diminution de l'hyperventilation, diminution des pertes sudorales [6].

Nous n'avons pas pu étudier le critère « péridurale » dans notre étude rétrospective car la température était prise en début de travail avant l'installation de l'analgésie.

En fait, la distinction entre hyperthermie et fièvre n'est pas toujours aisée. Même en l'absence de signes cliniques ou biologiques d'infection, un état infectieux ne peut être éliminé.

Ainsi, en pratique, toute élévation thermique durant le travail doit faire redouter une infection et impose les mesures préventives et curatives nécessaires.

### ***c. Le déroulement de l'accouchement***

Notre comparaison de 94 patientes fébriles avec 94 témoins appariés a mis en évidence une augmentation du nombre d'interventions obstétricales. Nous avons déjà observé cette augmentation dans notre étude cas témoin effectuée 10 ans auparavant [2] et d'autres auteurs ont retrouvé un nombre plus élevé d'interventions obstétricales [1, 6, 12].

Les modifications du rythme cardiaque fœtal : augmentation du rythme cardiaque de base et diminution de l'amplitude des oscillations, sont un fait connu en cas de fièvre maternelle [26] et sont retrouvées dans toutes les séries publiées. Une élévation de la fréquence cardiaque fœtale au-delà de 180 battements par minute et/ou une diminution de l'amplitude des oscillations au-dessous de 6 battements par minute traduit une souffrance fœtale [3].

### ***d. Les complications maternelles***

Les complications maternelles ont été dans notre série peu importantes, même en cas de césarienne. Cela est peut-être lié à l'antibiothérapie précoce en cas de fièvre et au nombre élevé de césariennes qui a permis de réduire la durée du travail. Mais certains auteurs ont observé des complications maternelles sévères [1].

### ***e. Les complications néonatales***

Dans notre série totale de 115 enfants, nous avons déploré :

- 2 morts du fœtus in utero (malformation et DPPNI);
- 3 morts néonatales (1 quadruplé né à 28 semaines après RPM - 1 enfant né à 27 semaines après RPM et placenta praevia - 1 enfant né à 29 semaines après RPM, malformé);
- 2 septicémies : 1 quadruplé né à 28 semaines après RPM, 1 prématuré à 29 semaines après RPM;
- 21 enfants contaminés (16 streptocoques du groupe B, 5 *Escherichia coli*).

En dehors des trois décès néonataux, l'évolution a été favorable dans tous les cas.

Dans un grand nombre de cas, aucun germe n'a été retrouvé chez les enfants.

Il faut remarquer que la rupture prématurée des membranes est un facteur de mauvais pronostic [6, 9, 11, 16] car, si elle favorise l'infection amniotique, elle est aussi responsable des cas de grande prématurité. Mais la moitié de nos enfants contaminés provenait d'accouchements à membranes intactes en début de travail.

**f. Les facteurs de mauvais pronostic**

Certains facteurs font évoquer un risque infectieux élevé [6, 9, 11, 12, 22] :

- rupture prématurée des membranes supérieure à 24 heures ;
- fièvre supérieure à 38,3°C ;
- frissons ;
- liquide amniotique teinté ou fétide ;
- anomalie du rythme cardiaque fœtal.

Les examens bactériologiques (prélèvement au niveau de l'endocol) ne donnent pas un résultat suffisamment rapide. Les tests de détection rapide du streptocoque du groupe B devraient pouvoir être très utiles, mais leur fiabilité est encore insuffisante.

Parmi les autres examens biologiques, certains comme la leucocytose, l'élévation du fibrinogène, sont déjà perturbés par la grossesse et n'offrent pas une fiabilité suffisante [6, 7].

La protéine C réactive, qui n'est pas modifiée par la grossesse, est un paramètre fiable. Mais sa sensibilité pour dépister les infections à streptocoque du groupe B est insuffisante [4, 5, 13]. Une élévation de la CRP traduit une infection et la surveillance de la CRP permettra de juger l'efficacité de l'antibiothérapie. Par contre, une valeur négative ne permet pas d'écarter une infection, notamment à strepto B [13].

Enfin, un certain nombre d'hyperthermies observées en cours de travail ne semblent pas être liées à un processus infectieux [6, 17]. Mais ce n'est qu'a posteriori, après réception des différents examens bactériologiques, que cette hyperthermie peut être affirmée.

## **2. Conduite à tenir pendant le travail**

**a. Dépistage de l'hyperthermie**

Le dépistage de l'élévation thermique par prise de température doit être systématique chez toute femme qui entre en travail quel que soit le stade de celui-ci. Une température supérieure à 38°C est considérée comme une élévation thermique anormale pour la plupart des auteurs.

Parfois, la première prise de température est normale, mais des circonstances font suspecter un risque infectieux :

- frissons et hypersudation chez la mère ;
- modification du liquide amniotique ;
- apparition d'anomalies du rythme cardiaque fœtal.

Ces symptômes doivent faire reconstrôler la température.

Dans certaines circonstances, la température sera surveillée toutes les deux heures : rupture prématurée des membranes, liquide teinté [22].

***b. Interprétation de l'hyperthermie***

L'hyperthermie et la fièvre n'ont pas la même signification pronostique [6].

Devant toute élévation anormale de la température, il faudra rechercher une cause infectieuse par l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens complémentaires.

On précisera :

- les caractères de l'élévation thermique (durée, intensité);
- les signes associés : troubles digestifs, urinaires, altération de l'état général, frissons;
- les antécédents : infections urinaires à répétition, infections cervico-vaginales...

L'examen clinique recherchera un foyer infectieux éventuel (angine, infection pulmonaire...).

Les examens complémentaires seront systématiquement pratiqués :

- numération globulaire avec formule leucocytaire;
- dosage de la protéine C réactive;
- examens bactériologiques : hémocultures, uroculture, prélèvement au niveau de l'endocol.

On complétera le bilan par un bilan de coagulation systématique, car l'infection amniotique expose au risque de coagulopathie.

***c. Appréciation de l'état fœtal***

Le monitoring, systématique, précisera l'état fœtal.

L'hyperthermie est souvent associée à des anomalies du rythme cardiaque fœtal (tachycardie, diminution des oscillations). Si ces anomalies n'ont pas de spécificité pour l'infection elle-même, elles gardent toute leur valeur séméiologique classique pour l'évaluation du bien-être fœtal.

***d. Le traitement per-partum de la mère***

Le travail est le moment où le risque d'infection ascendante est le plus grand, d'autant que le travail est plus long et que la durée d'ouverture de l'œuf est prolongée.

L'antibiothérapie per-partum par l'amoxicilline par voie parentérale est admise par la plupart des auteurs actuellement [19, 20].

Cette attitude a permis de réduire les infections maternelles du post-partum et les infections néonatales. Le schéma proposé initialement par Boyer et Gotoff [8] chez la femme porteuse de streptocoque du groupe B, est utilisé par la plupart des maternités en cas de fièvre pendant le travail.

Le traitement est débuté dès la constatation de l'hyperthermie, après avoir effectué les prélèvements bactériologiques, par l'administration intraveineuse de 2 g d'ampicilline ou d'amoxicilline, puis poursuivi par

l'administration intra-veineuse d'1 g toutes les 4 heures jusqu'à l'accouchement.

***e. La surveillance de l'accouchement***

Elle devra être minutieuse car le risque de dystocie et le risque de souffrance fœtale sont plus élevés que dans les accouchements sans hyperthermie. De plus, la prolongation du travail augmente le risque infectieux. Ces anomalies expliquent le nombre élevé d'interventions dans notre série.

Lors de l'accouchement, il faudra effectuer une placentoculture, même si la patiente a reçu plusieurs injections d'antibiotiques.

***f. Surveillance et antibioprofylaxie du nouveau-né***

Nous avons l'habitude de confier l'enfant à l'unité de néonatalogie et de réanimation néonatale en cas de fièvre supérieure à 38°C pendant le travail.

À la naissance, l'enfant a un examen clinique, une numération avec formule, un dosage de protéine C réactive.

Un prélèvement bactériologique est effectué au niveau du conduit auditif externe, du liquide gastrique et du méconium.

Hémocultures et ponction lombaire sont effectuées dans l'unité de réanimation néonatale puis l'enfant est mis sous antibiothérapie associant amoxicilline + aminoside, et éventuellement céphalosporine de troisième génération suivant les critères de gravité. L'antibiothérapie est ensuite adaptée en fonction du germe et de l'antibiogramme. Elle est arrêtée si l'examen clinique et les marqueurs de l'inflammation sont normaux et si les prélèvements bactériologiques sont stériles.

La poursuite du traitement sera fonction de l'état de l'enfant et des résultats des examens bactériologiques.

En ce qui concerne l'antibiothérapie, la plupart des auteurs associent l'amoxicilline à un aminoside ou à l'acide clavulanique [19, 23].

***g. La surveillance de la mère après l'accouchement***

Grâce à l'antibiothérapie intra-veineuse durant le travail, les complications infectieuses du post-partum sont rares.

Lorsque la patiente a une température normale, en l'absence de signes cliniques d'infection et si les examens bactériologiques n'ont pas montré de germes, l'antibiothérapie est arrêtée.

En cas d'infection patente, l'antibiothérapie est poursuivie par voie parentérale ou orale suivant la gravité et adaptée en fonction de l'antibiogramme.

## CONCLUSION

La présence d'une hyperthermie en début de travail peut s'associer à un certain nombre de complications : risque élevé de souffrance fœtale et de dystocie au cours de l'accouchement, complications infectieuses maternelles et néonatales, complications propres à la cause de l'hyperthermie : prématurité en cas de RPM notamment. La découverte d'une hyperthermie impose donc un bilan bactériologique soigneux chez la mère et le nouveau-né, une surveillance stricte de l'activité utérine et de la vitalité fœtale au cours du travail et une prescription systématique d'une antibiothérapie pour diminuer le risque infectieux.

## RÉSUMÉ

*L'hyperthermie est observée dans 1 à 2 % des accouchements. Les auteurs rapportent une série continue de 115 parturientes fébriles (sur un total de 5932 dossiers, soit 1,97 %).*

*Pour étudier le retentissement sur le déroulement de l'accouchement, 94 patientes fébriles ont été appariées à 94 témoins présentant les mêmes caractéristiques obstétricales.*

*38 % des patientes fébriles avaient une rupture prématurée des membranes (RPM) contre 13 % dans la série témoin ( $p < 0,001$ ).*

*Le travail était plus long chez les patientes fébriles (8 heures en moyenne, contre 6 chez les témoins).*

*Les anomalies du RCF étaient plus fréquentes et représentées par la tachycardie et la diminution de l'amplitude des oscillations.*

*L'accouchement est caractérisé par une augmentation ( $p < 0,001$ ) du nombre d'interventions obstétricales : 32 % de césariennes et 34 % de forceps contre 10 % et 18 % respectivement chez les témoins. Cette augmentation était motivée par la souffrance fœtale et la dystocie. Les suites maternelles ont été simples dans tous les cas. Il n'y a pas eu de complication infectieuse grave dans cette série.*

*Chez le nouveau-né, il y a 2 septicémies et 21 enfants contaminés.*

*L'évolution a été favorable. Le streptocoque du groupe B était en cause dans les trois quarts des cas.*

*Il y a eu 3 décès néonataux liés à la grande prématurité en cas de RPM (2 cas) et un syndrome malformatif (1 cas).*

## LA FIÈVRE AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

*La découverte d'une hyperthermie au cours du travail impose donc un bilan soigneux (NF, CRP, bilan de coagulation, hémocultures, uroculture, examen bactériologique d'un prélèvement au niveau du col) et la mise en route d'une antibiothérapie intra-veineuse (amoxicilline).*

*Le nouveau-né aura aussi un bilan clinique et biologique et sera mis sous une antibiothérapie à large spectre dès la naissance.*

*Cette conduite à tenir reposant sur une antibiothérapie efficace et une surveillance rigoureuse du travail, permet de réduire les conséquences de l'infection tant pour la mère que pour l'enfant.*

### Bibliographie

1. Audra Ph., Dargent D., Frobert J.L., Kossmann J.C. L'hyperthermie pendant le travail. 13e Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale (Fort de France, 1983). Arnette édit. Paris, 1994, pp. 284-286.
2. Berland M. La fièvre pendant le travail de l'accouchement. Étude de 100 observations de parturientes fébriles par rapport à 100 témoins. Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1984, 79 : 485-487.
3. Berland M., Mallecourt P., Bourgeois J., Bethenod M., Dumont M. La fièvre pendant le travail. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1984, 13 : 443-448.
4. Berland M., Dumas A.M. Étude de la protéine C réactive (CRP) dans la rupture prématurée des membranes. 6e Symposium de la Société Franco-Allemande de Gynécologie et d'Obstétrique, Paris, 7-8 avril 1988.
5. Berland M., Mein-Bottini M., Charvet P.Y., Revol A., Draï J., Pic J.C. Intérêt du dosage de la protéine C réactive (CRP) dans les infections gynécologiques. Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1990, 85 : 539-544.
6. Blanchot J., Poulain P., Odent S., Palaric J. C., Minet J., Grall J.Y., Giraud J.R. Fièvre au cours du travail. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1993, 22 : 191-196.
7. Bouche C., Lenoc P., Pouzol P., Tous Y. Élévation de la température au cours de l'accouchement. Données biologiques. 14e Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale (Angers 1984). Arnette édit. Paris, 1985, pp. 69-74.
8. Boyer K.M., Gotoff B. Prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease with selective intrapartum chemoprophylaxis. N. Engl. J. Med., 1986, 314 : 1665-1669.
9. Carroll S.G., Papaioannou S., Davies E.T., Nicolaidis K.H. Maternal assessment in the prediction of intrauterine infection in preterm prelabor amniorrhexis. Fetal Diagnosis and Therapy, 1995, 10 : 290-296.
10. Chabert P. Élévation de la température au cours du travail. Signification et Conséquences. Introduction. 14e Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale (Angers 1984). Arnette édit. Paris, 1985, pp. 47-50.
11. Churgay C.A., Smith M.A., Block B.



- Maternal fever during labor. What does it mean? *Journal of the American Board of Family Practice*, 1994, 7 : 14-24.
12. Chouraki J.P., Blattes B., Touchet V., Callec M. Élévation de la température au cours de l'accouchement. Signification et conséquences des données cliniques. 14e Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale (Angers 1984). Arnette édit. Paris, 1985, pp. 61-67.
  13. Dumas A.M., Berland M. La rupture prématurée des membranes à partir du 6e mois de la grossesse. *La Revue du Gynécologue Obstétricien*, 1991, 5 : 198-207.
  14. Dumont M., Berland M., Chabert P., Flandrois J.P., Frobert J.L., Kossmann J.C. Table ronde : la fièvre pendant le travail de l'accouchement. *Rev. Fr. Gynécol. Obstét.*, 1984, 79 : 483-502.
  15. Favier M., Malinas Y., Guignier M. Élévation de la température au cours de l'accouchement. Température et paramètres biologiques au cours de l'accouchement normal. 14e Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale (Angers 1984). Arnette édit. Paris, 1985, pp. 55-60.
  16. Herbst A., Wolner-Hanssen P., Ingemarsson I. Risk factors for fever in labor. *Obstet. Gynecol.*, 1995, 86 : 790-794.
  17. Massonnet B. Élévation de la température au cours de l'accouchement. Physiopathologie de l'hyperthermie et de la fièvre. 14e Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale (Angers 1984). Arnette édit. Paris, 1985, pp. 51-53.
  18. Mercier F.J., Benhamou D. Hyperthermie après analgésie péridurale obstétricale. *Cahiers d'Anesthésiologie*, 1994, 42 : 257-260.
  19. Pierre F., Quentin R., Gold F., Berger C. Infections bactériennes materno-fœtales. Éditions Techniques. *Encycl. Méd. Chir. Paris Obstétrique*, 5040, C10, 1992, 12 p.
  20. Pierre F., Quentin R. Prévention active des infections. *Antibioprophylaxie obstétricale. Pathologie infectieuse en gynécologie et en obstétrique*. B. Cristalli, M. Levardon. Arnette édit., Paris 1994, pp. 177-179.
  21. Ploeckinger B., Ulm M.R., Chalubinski K., Gruber W. Epidural anesthesia in labour : influence on surgical delivery rates, intrapartum fever and blood loss. *Gynecol. Obstet. Invest.*, 1995, 39 : 24-27.
  22. Racinet C., Patijaud C. Élévation de la température au cours de l'accouchement. Conduite à tenir obstétricale. 14e Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale (Angers 1984). Arnette édit. Paris, 1985, pp. 83-88.
  23. Rambaud P. Élévation de la température au cours de l'accouchement. Conduite à tenir chez l'enfant. 14e Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale (Angers 1984). Arnette édit. Paris, 1985, pp. 79-81.
  24. Schmidt W., Hendrick H.J., Wille L., Rüttgers H., Kubli F. Fieber sub partu. *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 1981, 41 : 804-808.
  25. Vinson D.C., Thomas R., Kiser T. Association between epidural analgesia during labor and fever. *Journal of Family Practice*, 1993, 36 : 617-622.
  26. Vitse M., Boulanger J.C., Marquis P., Verhoest P., Puech F. L'intérêt du monitoring obstétrical dans le diagnostic de l'infection bactérienne materno-fœtale. *J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod.*, 1981, 4 : 386.