

L'antibiothérapie initiale des infections materno-fœtales doit inclure l'ampicilline même dans les pays où la listériose est exceptionnelle.

J. Boukadida (1), N. Bel Hadj Taher (2), B. Seket (2), K. Monastiri (2), N. Salem (2) & N. Snoussi (2)

(1) Laboratoire de microbiologie, Hôpital F. Hached, 4000 Sousse, Tunisie. Fax: 216 73224899. E-mail : jboukadida@lycos.com

(2) Service de néonatalogie, Hôpital F. Hached, Sousse, Tunisie.

Courte note n°2385. "Santé publique". Reçu le 31 décembre 2001. Accepté le 9 avril 2002.

Summary: On the necessity for presumptive antibiotic protocols for maternal-fetal infection to include ampicillin even in countries with exceptional neonatal listeriosis.

Neonatal listeriosis is an exceptional disease in Northern Africa. Hence, protocols for maternal-fetal infection treatment include only a third generation cephalosporin and an aminoglycoside. This protocol does not take into account the possibility of *Listeria monocytogenes* infection. We report a fatal case of neonatal listeriosis in Tunisia. The use of first antibiotics in maternal-fetal infection must be reconsidered when lacking sufficient bacteriological data and include systematically ampicillin in presumptive antibiotic protocols.

neonatal infection
listeriosis
ampicillin
Tunisia
Northern Africa

Résumé :

La listériose néonatale est une maladie rare dans le Maghreb. L'absence d'ampicilline dans l'antibiothérapie de première intention des infections materno-fœtales expliquerait l'évolution constamment fatale des rares cas rapportés. A l'occasion d'un nouveau cas de listériose néonatale fatale survenu en Tunisie, nous insistons sur l'inefficacité thérapeutique de l'aminoside seul et sur l'obligation d'associer systématiquement l'ampicilline dans l'antibiothérapie initiale des infections materno-fœtales.

listériose
infection néonatale
ampicilline
Tunisie
Afrique du Nord

Introduction

La listériose est une maladie infectieuse commune à l'homme et à plusieurs espèces animales. L'agent causal, *Listeria monocytogenes* est un petit bacille à Gram positif aéro-anaérobie facultatif, dont la survie dans l'environnement est surprenante pour une bactérie non sporogène. Malgré de grandes avancées dans la connaissance des mécanismes physiopathologiques (7), plusieurs interrogations persistent, essentiellement d'ordre épidémiologique. En effet, l'incidence de la listériose est géographiquement très variable. Alors qu'elle est régulièrement rapportée dans certains pays occidentaux d'Europe et d'Amérique du Nord (4), elle est rare dans d'autres pays et en particulier dans le Maghreb (1, 3, 5). Ceci fait que la listériose n'est pas toujours prise en considération dans les protocoles d'antibiothérapie initiale de l'infection materno-fœtale et explique en grande partie le pronostic fatal des rares cas rapportés.

Nous rapportons dans ce travail un nouveau cas de listériose néonatale fatale survenue en Tunisie. Nous insistons sur l'intérêt de la prescription initiale systématique de l'ampicilline dans l'infection materno-fœtale.

Observation

A. Med Aziz, nouveau-né de sexe masculin, est hospitalisé à 30 minutes de vie pour prématurité et détresse respiratoire. La mère, âgée de 28 ans, est primipare, primigeste, sans antécédents pathologiques particuliers. La grossesse a été suivie deux fois par un obstétricien au 2^e et au 6^e mois. Il n'y avait pas d'éléments d'anamnèse infectieuse, pas de fièvre maternelle, pas de rupture prématurée des membranes et il n'y avait pas de signes génito-urinaires.

À 28 semaines d'aménorrhée, le travail s'est déclenché spontanément et a été rapide. L'accouchement s'est fait par voie basse en présentation de siège sans aucune complication. Le poids de naissance était de 1250g. Les scores d'Apgar étaient de 2 à la première minute et 6 à la 5^e minute. Le nouveau-né a été intubé en salle de travail et mis sous ventilation assistée devant une détresse respiratoire sévère. À la naissance, le nouveau-né présentait une hypothermie, une hypotonie généralisée, un état hémodynamique normal et il n'y avait pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.

Devant la prématurité inexplicquée et la détresse respiratoire néonatale, une infection materno-fœtale étant suspectée, un bilan infectieux a été fait et l'enfant mis sous antibiotiques: céfotaxime (200 mg/kg/j), associé à l'amikacine (15 mg/kg/j). La radiographie du thorax a montré un micro-granité diffus effaçant les contours du cœur, avec un bronchogramme aérien. Le taux de la C-Reactive-protein était élevé, à 84mg/l. L'hémoculture a été positive en 48 heures à *L. monocytogenes*, sensible à l'ampicilline, à la gentamicine et au

cotrimoxazole. À la vingtième heure de vie, le nouveau-né a présenté des pétéchies généralisées avec sclérème des membres inférieurs. L'héogramme a montré une thrombopénie à 50000/mm³. Le décès est survenu à la 25^e heure de vie dans un tableau d'hémorragie pulmonaire foudroyante. L'autopsie n'a pas été faite. Le post-partum de la mère s'est déroulé sans incidents, en particulier sans aucune manifestation infectieuse. Le sérotypage de la souche a été obtenu ultérieurement: *L. monocytogenes* de sérotype 4b.

Discussion

La listériose est l'une des principales infections néonatales dans la littérature, essentiellement occidentale. Ceci fait que, dans ces régions, *L. monocytogenes* est nettement prise en considération dans les protocoles d'antibiothérapie de première intention au cours de l'infection materno-fœtale.

La situation est tout à fait différente dans le Maghreb, où il est rarement fait mention de listériose néonatale. Cette rareté demeure une énigme épidémiologique, dont l'éventuelle explication serait liée à l'existence d'une industrie agroalimentaire peu développée (longue conservation des aliments à +4 °C) (6) et aux différences dans l'environnement agricole du Maghreb par rapport à l'Europe et à l'Amérique du Nord.

La principale conséquence de cette rareté est que *L. monocytogenes* n'est pas prise en considération dans le traitement de première intention de l'infection materno-fœtale. Cette antibiothérapie, qui vise essentiellement les bacilles à Gram négatif, repose, dans la majorité des cas, sur l'association d'une céphalosporine de 3^e génération à un aminoside, l'ampicilline, qui sélectionne fortement *Klebsiella* en milieu néonatal, n'étant prescrite que s'il y a une forte suspicion d'infection par le streptocoque B.

L'observation que nous rapportons est classique, même si nous devons souligner l'absence chez la mère de tout signe infectieux précédant l'accouchement.

L'issue fatale, observée dans tous les cas rapportés en Tunisie (3) peut être expliquée par la gravité de la maladie. Cependant nous pensons que l'absence d'administration d'ampicilline dans les premières heures de vie a pu intervenir dans cette évolution fatale. L'aminoside, pourtant bactéricide, est incapable à lui tout seul de maîtriser la listériose (l'aminoside se

trouve, *in vivo*, en monothérapie du fait de la résistance naturelle de *L. monocytogenes* au céfotaxime).

Nous pensons que la listériose, malgré sa rareté et au vu de l'inconstance du tableau clinique évocateur (notre observation) et de la sévérité de la maladie, doit être :

- prise en considération systématiquement devant toute infection materno-fœtale. Ceci, d'autant plus que l'ampicilline ne représente pas de toxicité particulière pour le nouveau-né, qu'elle est très active sur le streptocoque B et qu'il s'agit d'un antibiotique de disponibilité facile ;
- recherchée systématiquement, afin d'affiner les données épidémiologiques.

Cette approche doit être la règle, d'autant plus que le portage intestinal de *L. monocytogenes* a été démontré (2) de même que l'infection de femmes enceintes tunisiennes (3).

Remerciements

Nous remercions le Dr Paul M. V. MARTIN du centre de référence national français des *Listeria* pour avoir confirmé notre identification et sérotypé notre souche.

Références bibliographiques

1. BENOMAR S, NEJJARI N & LAHBABI MS - Listériose néonatale : une infection exceptionnelle au Maroc. *Arch Pédiatr*, 2000, **7**, 428.
2. BOUKADIDA J, MONASTIRI K, AMRI I, BOUKADIDA N, NJEH M *et al.* - Portage intestinal de *Listeria monocytogenes* chez la femme enceinte en Tunisie. *Rev Fr Gynécol Obstét*, 1996, **91**, 266-267.
3. BOUKADIDA J, SBOUI H, MONASTIRI K, BIBI M, ATTIA I *et al.* - La listériose humaine en Tunisie : deux nouveaux cas chez le nouveau-né. *Méd Mal Infect*, 1994, **24**, 117-118.
4. FARBER JM & PETERKIN PI - *Listeria monocytogenes*, a food-borne pathogen. *Microbiol Rev*, 1991, **55**, 476-511.
5. ONYEMELUKWE GC, LAWANDE RV, EGLER LJ & MOHAMED I - *Listeria monocytogenes* in northern Nigeria. *J Infect*, 1983, **6**, 141-145.
6. ROCOURT J, JACQUET C & REILLY A - Epidemiology of human listeriosis and seafoods. *Int J Food Microbiol*, 2000, **20**, 197-209.
7. SOUTHWICK FS & PURICH DL - Intracellular pathogenesis of listeriosis. *N Engl J Med*, 1996, **334**, 770-776.