

Avis d'Experts No 19

Commission Assurance de la qualité
Président: Prof. Dr Daniel Surbek

Prévention de l'infection néonatale à Streptocoques du groupe B à début précoce

D. Surbek, A. Gross, J. Seydoux, Ch. Honegger, O. Irion, G. Drack

Une infection néo-natale à streptocoques du groupe B (SGB) survient, dans les pays occidentaux industrialisés, chez environ 1 nouveau-né pour 1'000 naissances. Cette infection néo-natale à SGB peut se présenter sous une « forme précoce » ou une « forme tardive ». Les infections à début précoce surviennent moins de 7 jours après la naissance et représentent plus de 90% des cas de la maladie chez les nouveau-nés. Cette infection a, la plupart du temps, une évolution foudroyante avec, encore de nos jours, un mauvais pronostic résultant en une morbidité élevée et une létalité variant entre 10% et 30%, principalement chez les nouveau-nés prématurés.

La transmission du germe au nouveau-né, dans le cas de l'infection à début précoce, se fait intra-partum. 10% à 30% des femmes enceintes présentent une colonisation du vagin par le SGB. Des études suisses montrent que la prévalence est, dans notre pays, de 15% à 20%. Actuellement, il n'y a aucun test rapide permettant, au début de l'accouchement, de déterminer avec une sensibilité et une spécificité suffisantes la présence ou non du SGB. De nouveaux tests, basés sur la méthode PCR, sont à l'étude et permettent, peut-être, un diagnostic rapide dans l'avenir. La méthode de référence reste, de nos jours, la culture bactériologique (environ 48h d'incubation). La prophylaxie antibiotique intra-partum peut diminuer massivement l'incidence de l'infection néo-natale précoce à SGB mais n'a aucune influence sur l'infection à début tardif (la plupart du temps une méningite).

La CDC (Centers for Disease Control, USA) a proposé, dès 2002, un dépistage universel de la colonisation vaginale par le SGB entre la 35^{ème} et la 37^{ème} semaine de gestation ainsi qu'une prophylaxie antibiotique intra-partum de toutes les parturientes testées positives et de toutes les parturientes sans dépistage mais présentant un ou plusieurs facteurs de risque. Grâce à ces mesures, l'incidence de l'infection à début précoce a été réduite, aux USA, de 85%. A la suite de ces résultats, certaines sociétés de gynécologie/obstétrique européennes (comme la société allemande) ou canadienne, ont introduit les recommandations de la CDC. La société anglaise (RCOG), n'a pas adopté les directives de la CDC pour des raisons d'analyse coût – bénéfice. Elle a opté pour la prophylaxie antibiotique uniquement en fonction des facteurs de risque. Des études américaines ont cependant prouvé, que, dans la pratique, la prophylaxie antibiotique, basée sur le dépistage universel, était supérieure à celle basée sur les facteurs de risque. D'une manière générale, il est préférable d'avoir une stratégie claire pour la prise en charge des femmes durant la grossesse et l'accouchement afin de prévenir l'infection néo-natale à SGB à début précoce, sans, pour autant, augmenter le risque d'infection par d'autres germes, respectivement augmenter la résistance de certains germes aux antibiotiques. Le but de cet avis d'experts est de proposer le concept du screening universel et du traitement des parturientes porteuses du SGB et de présenter les alternatives possibles.

Recommandations :

Concept d'une prophylaxie antibiotique basée sur un screening universel durant la grossesse.

Nous proposons d'offrir à toutes les femmes un dépistage de l'infection à Streptocoques du groupe B entre la 35^{ème} et la 37^{ème} semaine de gestation (SA). On peut renoncer à ce dépistage chez les femmes enceintes présentant déjà une bactériurie à SGB, ainsi que chez les patientes ayant déjà eu un nouveau-né avec une infection à SGB. Dans ces cas, une prophylaxie intra-partum est formellement indiquée.

Réalisation du dépistage: Prélèvements à partir d'un écouvillonnage de la région vulvo-vaginale et / ou ano-rectale. Il n'y a pas besoin d'examen au spéculum et un seul écouvillonnage est suffisant. Le milieu de transport peut être conservé jusqu'à 4 jours à température ambiante (4° - 22°). La demande d'examen doit spécifier : **recherche du SGB** pour que le laboratoire puisse transférer le prélèvement sur des milieux adaptés à la culture de ce germe. Les résultats seront meilleurs. Si la patiente présente une allergie à la Pénicilline, il faudra exiger un antibiogramme, en particulier pour la Clindamycine et l'Erythromycine.

Une prophylaxie antibiotique intra-partum est indiquée dans les situations suivantes :

- Présence de SGB au frottis bactériologie durant la grossesse actuelle.
- Antécédent d'accouchement d'un nouveau-né atteint d'une infection à SGB.
- Bactériurie à SGB durant la grossesse actuelle indépendamment du nombre de germes.
- Absence, au moment de la naissance, de dépistage aux SGB avec, au minimum, un des facteurs de risque suivants (prématurité < de 37 SA, rupture prématurée des membranes > que 18h, fièvre >/=38). Lors de suspicion de chorioamnionite, introduction d'un antibiotique à large spectre à la place d'une simple prophylaxie à SGB.

•
Une prophylaxie antibiotique n'est pas recommandée dans les situations suivantes :

- Résultat bactériologique négatif pour le SGB durant la grossesse actuelle.
- Résultat négatif de la recherche de SGB durant la grossesse actuelle malgré la présence du SGB lors de la grossesse précédente.
- Césarienne élective (par de contraction utérine, pas de rupture des membranes, indépendamment du résultat du dépistage). Une prophylaxie antibiotique au clampage du cordon doit être réalisée pour la protection de la mère selon le schéma propre à l'hôpital.
- La prophylaxie antibiotique d'une patiente asymptomatique porteuse du SGB durant la grossesse n'est pas indiquée (taux de récurrence trop élevé).

Choix et dosage de l'antibiotique (exemples) :

- **1^{er} choix : Pénicilline G** 5mio U i.v. au début du travail puis 2.5mio i.v. toutes les 4h ou **Amoxicilline** 2gr i.v. au début du travail puis 1gr i.v. toutes les 4h – 6h.
- **En cas d'allergie à la Pénicilline : Clindamycine** 900mg i.v. au début du travail à répéter toutes les 8h ou **Erythromycine** 500mg i.v. à répéter toutes les 6h (demander un antibiogramme car 15% des SGB sont résistants à l'Erythromycine).
- Lors de résistance de SGB aux antibiotiques précités, **Vancomycine** 1gr i.v. toutes les 12h jusqu'à la naissance.

Début du traitement et durée de la prophylaxie antibiotique intra-partum :

On estime que la prophylaxie est efficace s'il y a un minimum 4h d'intervalle entre l'injection de l'antibiotique et le clampage du cordon. Pour cette raison, la 1^{ère} dose d'antibiotique doit être donnée le plus tôt possible durant le travail. On arrêtera la prophylaxie au clampage du cordon sauf s'il y a une indication maternelle à la continuer.

Surveillance et prise en charge du nouveau-né :

La société suisse de néonatalogie a publié des directives cliniques concernant la prise en charge des nouveau-nés dont la mère est porteuse du SGB. On peut les trouver sous : www.neonet.ch/en/04_Recommandations/rec_ssn.asp. Ces recommandations proposent, par exemple, en cas de mère porteuse du SGB, une surveillance du nouveau-né en milieu hospitalier avec du personnel formé, pour 48h au minimum. Cette même société contre-indique l'accouchement ambulatoire dans cette situation.

Alternative au dépistage universel : Prophylaxie basée sur les facteurs de risque.

Dans ce concept, il n'y a pas de dépistage universel du SGB. La prophylaxie antibiotique ne sera faite que s'il y a des facteurs de risque intra-partum : prématurité < 37SA, rupture prématurée des membranes > 18h, état fébrile $\geq 38^\circ$ ou autres signes d'infection intra-partum, antécédent d'un nouveau-né infecté par le SGB lors d'un accouchement antérieur, bactériurie à SGB durant la grossesse actuelle.

Des études provenant des Etats-Unis montrent, cependant, que cette alternative est moins efficace que le dépistage universel pour la prévention de l'infection néo-natale à SGB à début précoce. Il est difficile d'affirmer que ces études et leurs résultats sont applicables à la population et aux systèmes de santé européens.

Enfin, les études suisses ont montré que, même une stratégie encore plus restrictive, pouvait avoir une certaine efficacité. Cette stratégie se base sur un dépistage universel de la femme enceinte entre la 35^{ème} et la 37^{ème} semaine de gestation. Seules les femmes porteuses du SGB ayant en plus un facteur de risque : prématurité < 37SA, rupture prématurée des membranes de plus de 18h, fièvre $\geq 38^\circ$, signe infectieux lors de l'accouchement, bénéficieront d'une prophylaxie.

Attitude en cas de rupture prématurée des membranes à $\geq 37 + 0$ SA :

En cas de rupture spontanée des membranes à $\geq 37 + 0$ SA, sans présence de contraction utérine, il faut déclencher l'accouchement, quelque soit le résultat de la recherche du SGB. Les données de la littérature concernant la prophylaxie antibiotique, dans cette situation, sont actuellement discordantes.

Attitude en cas de menace d'accouchement prématuré < 37 SA :

Lors d'un risque d'accouchement prématuré avec des contractions utérines et une modification du col avant 37 SA, nous proposons le schéma suivant :

- **Screening du SGB positif** : prophylaxie antibiotique 48h i.v. puis 7 jours per-os (ou jusqu'à la naissance) .
- **Screening du SGB négatif** : Pas de prophylaxie sauf s'il y a une indication supplémentaire comme par exemple la rupture prématurée des membranes avant 34 sem. de gestation.
- **Pas de résultat concernant la recherche du SGB** : Réalisation d'un frottis bactériologique puis prophylaxie antibiotique immédiate, particulièrement s'il y a un risque élevé d'accouchement dans les 48h ou s'il y a un facteur de risque supplémentaire comme la rupture prématurée des membranes à < 34 sem. de gestation. Dans le cas contraire, attendre les résultats du dépistage du SGB et agir selon le schéma ci-dessus.

De nos jours, il est encore impossible d'affirmer qu'une prophylaxie antibiotique doit être réalisée en cas de naissance prématurée avec soit l'absence de SGB au frottis bactériologique, soit l'absence de données concernant ce SGB.

Littérature : chez les auteurs

Date : 29.12.2006