

Avis d'expert No 19

Commission Assurance Qualité
Président Prof. Dr Daniel Surbek

Prévention de l'infection néonatale à streptocoques du groupe B à début précoce (Version actualisée, 19.07.2012)

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

Introduction

L'infection néo-natale à streptocoques du groupe B (SGB, « groupe B streptococci ») qui survenait avant l'introduction de mesures de prévention dans les pays occidentaux industrialisés à une fréquence de $\geq 1/1'000$ des naissances, peut se présenter sous une « forme précoce » ou une « forme tardive » selon le moment de son apparition. Les infections à début précoce (« early-onset neonatal GBS disease », moins de 7 jours après la naissance), représentent plus de 90% des cas de la maladie chez les nouveau-nés. Cette infection a, la plupart du temps, une évolution foudroyante avec, de nos jours encore, un mauvais pronostic résultant en une morbidité élevée (septicémie, pneumonie, méningite) et une létalité variant entre 10% et 30% chez les nouveau-nés prématurés et de 2 à 3 % lors de naissance à terme.

La transmission du germe provoquant l'infection néonatale à streptocoques du groupe B à début précoce au nouveau-né se fait intra partum. 10% à 30% des femmes enceintes présentent une colonisation du vagin par le SGB. Des études montrent que dans notre pays la prévalence est de 20%. Actuellement, il existe des tests rapides basés sur la méthode PCR (cave : ne pas utiliser de tests rapides ne basant pas sur la méthode PCR) permettant de déterminer avec une sensibilité et une spécificité suffisantes la présence ou non du SGB en début d'accouchement. La méthode de référence pour un diagnostic de présence de SGB reste même de nos jours la culture bactériologique (environ 48h d'incubation). Les nouveaux tests rapides peuvent cependant être indiqués dans certaines situations (voir plus bas). La prophylaxie antibiotique intra partum peut diminuer de 80 à 90 % l'incidence de l'infection néo-natale précoce à SGB mais n'a aucune influence sur l'infection de forme tardive.

Les recommandations du CDC (Center for Disease Control, USA) revues en 2010 et celles de l'ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) de 2011 prévoient 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 de 85%. Certaines sociétés de gynécologie/obstétrique ont repris ces recommandations.

Des études américaines ont prouvé que dans la pratique l'indication de prophylaxie antibiotique administrée sur la base du dépistage universel était plus effective que 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). La valeur prédictive négative d'un dépistage ≤ 5 semaines avant la naissance est de 95%-98 %, baisse cependant lors d'un intervalle plus élevé. 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 antibiotique intra partum sans screening préalable est formellement indiquée. Le dépistage à la 35-37^{ème} semaine est aussi indiqué lors de césariennes électives (dans le cas d'une naissance prématurée).

Réalisation du dépistage

Prélèvements à partir d'un écouvillonnage de la région vulvo-vaginale et ano-rectale. Un examen au spéculum n'est pas nécessaire et un seul écouvillonnage est suffisant. Le CDC préconise un écouvillonnage transanal-rectal, mais les résultats ne présentent que peu de différence et il semble légitime de renoncer à ce procédé très désagréable pour la patiente. Le milieu de transport peut être conservé jusqu'à 4 jours à température ambiante (4° - 22°). La demande d'examen doit porter la **spécification culture du SGB** pour que le laboratoire puisse transférer le prélèvement sur des

milieux adaptés à la culture de ce germe. Les résultats en seront meilleurs. Si la patiente présente une **allergie à la Pénicilline**, il faudra exiger un **antibiogramme**, en particulier pour la Clindamycine et l'Erythromycine. Selon les travaux effectués dans les USA, le taux de résistance du SGB à la Clindamycine est de 20 % et celle à l'Erythromycine de 30 %. Les laboratoires sont tenus de préciser avec un « test D » la résistance à la Clindamycine induite par l'Erythromycine. Cette spécificité microbiologique est la raison d'un examen de résistance face à l'Erythromycine, bien que cet antibiotique ne soit plus recommandé comme prophylaxie du SGB. Seulement lors d'une sensibilité confirmée vis-à-vis de ces deux antibiotiques, la Clindamycine sera utilisée dans le cas d'une allergie lourde à la pénicilline (voir plus bas).

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

- Résultat positif d'un dépistage SGB vaginal et péri-anal, idéalement ≤ 5 semaines avant l'accouchement
- Antécédent d'accouchement d'un nouveau-né atteint d'une infection à SGB
- Bactériurie à SGB durant la grossesse actuelle.
- Absence, au moment de la naissance, de résultat (dépistage au SGB pendant les 5 dernières semaines) avec, au minimum, un des facteurs de risque suivants : prématurité $<$ de 37 SA, rupture prématurée des membranes \geq que 18h, fièvre $\geq 38,0^\circ$ intra partum). 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 négatif de la recherche de SGB documenté durant la grossesse actuelle (pour les dernières 5 semaines) malgré la présence du SGB lors d'une grossesse précédente.
- Rupture prématurée des membranes dans un intervalle de ≥ 18 h lors de résultat négatif des cultures de SGB sans autres facteurs à risque (prématurité $<$ de 37 SA, fièvre $\geq 38^\circ$ intra partum, pyélonéphrite).
- Césarienne électorale (pas de contraction utérine, pas de rupture des membranes), indépendamment du résultat du dépistage. Une prophylaxie antibiotique avant le début de l'opération ou au clampage du cordon doit être réalisée pour la protection de la mère.
- De même, l'administration pendant la grossesse d'un antibiotique à une patiente asymptomatique porteuse du SGB n'est pas indiquée (taux de récurrence d'infection au SGB trop élevé).

Choix et dosage de l'antibiotique (première administration au début du travail, resp. lors de la rupture prématurée des membranes)

- **1^{er} choix : Pénicilline G** 5mio U i.v., puis 2.5 à 3mio i.v. toutes les 4h ou **Amoxicilline** 2g i.v., 1gr i.v. toutes les 4h
- **En cas de légère allergie à la Pénicilline (érythème) : Céfazoline** 1 g i.v., puis 1 g toutes les 6 à 8 h
- **En cas d'allergie grave à la Pénicilline** (anaphylaxie, angio-oedème, étouffement, urticaire) **Clindamycine 900 mg i.v.** puis toutes les 8 h. i.v. **L'érythromycine** n'est plus recommandée.
- **Lors de résistance du 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 au début du travail. Il n'est pas indiqué de modifier des interventions obstétricales nécessaires dans le seul but de respecter le délai des 4 h. 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. Pour les nouveau-nés de mères porteuses du SGB avec ou sans prophylaxie aux antibiotiques avant la naissance, de mères de status inconnu ou de mères SGB négatives mais avec des facteurs de risque une surveillance vigilante de 48h en milieu hospitalier est nécessaire. Cette même société contre-indique l'accouchement ambulatoire dans cette situation.

Concept alternatif au dépistage universel : Prophylaxie basée sur les facteurs de risque

Dans ce concept, le dépistage universel du SGB n'est pas recommandé. La prophylaxie antibiotique intra partum ne sera faite que s'il y a des facteurs de risque comme: prématurité $<$ 37 0/7 SA, rupture prématurée des membranes ≥ 18 h, état fébrile $\geq 38^\circ$ (ou autres signes d'infection au moment de la naissance), antécédent d'un nouveau-né infecté par le SGB lors d'une grossesse antérieure, bactériurie à SGB durant la grossesse actuelle.

Selon les données américaines, ce concept est moins efficace que celui du dépistage universel.

Des études suisses ont montré que seule une stratégie alternative encore plus restrictive, pouvait avoir une certaine efficacité: dépistage universel de la femme enceinte entre la 35^{ème} et la 37^{ème} semaine de gestation, prophylaxie aux antibiotiques seulement lors d'un résultat positif du dépistage et en présence de l'un des facteurs de risque prénommés. Selon certaines études, ces stratégies alternatives, sont moins efficaces pour prévenir l'infection néonatale au SGB.

Attitude en cas de rupture prématurée des membranes à terme (≥ 37 0/7 SA)

Si un résultat négatif du dépistage du SGB a été reconnu pour les dernières 5 semaines, une administration d'antibiotique n'est pas nécessaire pour autant qu'aucune autre indication ne rende celle-ci nécessaire. Il est alors nécessaire de déclencher l'accouchement quelque soit le résultat de la recherche du SNG.

Attitude en cas de menace d'accouchement prématuré (< 37 0/7 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 aussi longtemps que les contractions persistent. Puis procédé individuel: prolongement de l'administration des antibiotiques pour 7 à 10 jours en tout ou interruption des antibiotiques (les données de la littérature ne sont pas évidentes).
- **Screening du SGB négatif** : Pas de prophylaxie sauf s'il y a une indication supplémentaire comme par exemple la rupture prématurée des membranes < 37 0/7 SA. Si la grossesse se poursuit, renouveler le screening à la 35 – 37 semaine.
- **Pas de résultat connu de 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. Dans le cas contraire, attendre les résultats du dépistage du SGB et agir selon le schéma ci-dessus.

Références: chez les auteurs

Date: 19.07.2012