

LE STREPTOCOQUE B (SGB)

PENDANT LA GROSSESSE

A. M. DUMAS

(Centre Hospitalier Lyon-Sud)

Transmission materno-fœtale fréquente (45 %).

**Infections néonatales sont rares (0,5 à 1,5 % des nouveau-nés
Colonisés), mais GRAVES (++) chez le prématuré).**

**Nombreux protocoles de prévention → baisse du taux de mortalité
Néonatale de 14 %.**

BACTERIOLOGIE (1)

Cocci gram positif du groupe B de Lancefield = Streptococcus

Agalactiae - Serotypes I → V

- **Portage maternel :**

5 à 25 %

variable

réservoir : tube digestif (++ rectum),

vagin, urines, rhinopharynx

BACTERIOLOGIE (2)

- **Identification du Streptocoque B :**
 - **Culture facile, indispensable.**
 - **Identification rapide.**
 - **Examen direct positif au microscope :**
Cocci G + à corrélér aux données
Cliniques et biologiques
 - **Antigènes solubles du SGB : test au latex**
 - **PCR (?)**

FORMES CLINIQUES

Portage asymptomatique

Rupture prématurée des membranes

Chorioamniotites (1/3 des cas)

Menace d'accouchement prématuré

MFIU et avortements tardifs (?)

Endométrites du post-partum (50 % des cas)

TRANSMISSION MERE - ENFANT DU STREPTOCOQUE

- **Anténatales**
 - **Per natales (29 → 75 %) (BAKER)**
- **Post natales : l'infection nosocomiale (++)USI)
est manuportée par le personnel**

FORMES CLINIQUES NEONATALES

- **Formes précoces :** **jusqu'au 7^{ème} jour**
 Dans les 24 premières heures (60%)
 Choc septique
 Méningites
 Pneumopathie

Mortalité : 13 % (Vesikari, 1989) à 2,8 % (Leleune, 1998)

- **Formes tardives :** **jusqu'à la 12^{ème} semaine**
 à distinguer des infections nosocomiales
 à SGB (non sérotype III)
 Méningites
 Ostéoarthrites
 Adénites

PREVENTION

- **Mortalité néonatale : 50 % (1970 - 1980) à 5 - 10% (2000)**
- **Dépistage à 28 semaines et traitement pendant la grossesse**
- **Traitement du nouveau-né à la naissance**
- **Antibiothérapie pendant le travail (CDC Atlanta, 1996) :**
 - **dépistage du portage maternel à 35 - 37 semaines**
 - **facteurs de risque.**

PREVENTION

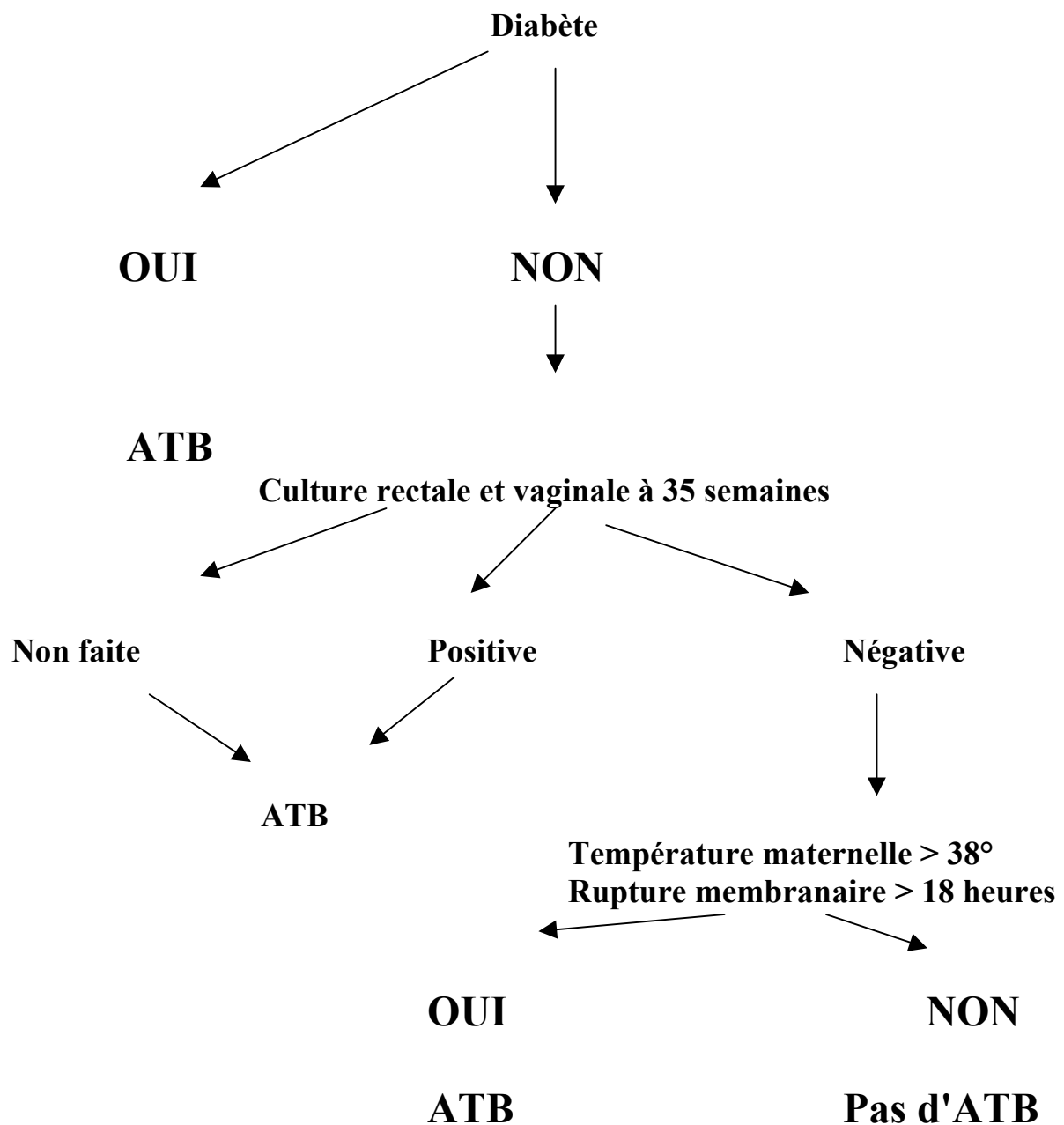
Facteurs de risque maternels ou fœtaux ou néonataux :

- **antécédent d'enfant infecté à SGB**
- **bactériurie ou antécédent de portage maternel**
- **naissance avant 37 semaines**
- **fièvre > ou = 38°**
- **chorioamniotite**
- **rupture prématurée des membranes supérieure à 18 heures**
- **patiente non dépistée**
- **diabète.**

PREVENTION

ANTIBIOTHERAPIE EN PER PARTUM (ATB)

Antécédent infection néonatale à SGB
Bactériurie ou ATCD de portage vaginal à SGB
Naissance avant 37 semaines



PREVENTION

Antibiothérapie en per partum :

- **AMPICILLINE IV:**

2 g/250 cc sérum glucosé

puis 1 g IV toutes les 4 heures jusqu'à 'expulsion

et 1 g à la délivrance.

. En cas d'allergie :

ERYTHROMYCINE 500 mg IV toutes les 6 heures

ou

DALACINE IV 600 mg toutes les 6 heures

CONCLUSIONS

- **Les infections materno-fœtales à SGB :**
 - **amélioration du pronostic vital**
 - **taux élevés et stables des séquelles.**

- * **Malgré les efforts de prophylaxie et de nombreux protocoles :**
 - **infection à SGB reste redoutable (le préterme++)**
 - **pas de solution définitive concernant les formes très précoces de l'infection néonatale à SGB**
(→ mortalité de 5 à 10 %).