

Que sont les Streptocoques du groupe B?

Les streptocoques du groupe B (SGB) est une bactérie présente dans la flore intestinale normale. On la retrouve également dans la flore vaginale d'environ **10 à 30% des femmes**. Les SGB peut aussi être présent dans l'urine (2 à 4% des grossesses).

Que peuvent causer les SGB?

La présence des SGB dans la flore vaginale maternelle ne constitue pas une infection. Il ne provoque aucun symptôme et ne nécessite aucun traitement. La présence de SGB dans l'urine reflète une forte colonisation maternelle, mais ne nécessite aucun traitement en soi.

Une mère porteuse de SGB peut transmettre la bactérie à son bébé lors de l'accouchement. Bien que la très grande majorité des nouveau-nés à terme en contact avec la bactérie s'en tirent sans conséquences, un petit nombre de nouveau-nés peuvent développer ce que l'on appelle une **infection néonatale à SGB**. Ce type d'infection peut se manifester sous différentes formes (méningite, pneumonie, infection généralisée) et peut causer des dommages irréversibles.

Est-ce que l'infection néonatale à SGB est fréquente?

Chez les mères porteuses de la bactérie, 40 à 70 % des bébés seront colonisés à la naissance. De ces bébés, environ 1 à 2 % développeront une infection dans les sept premiers jours de vie (95% des cas dans le premier 24 heures de vie). Ainsi, l'incidence de l'infection néonatale au SGB au Canada est de **1.8 bébé sur 1000 naissances**. Le taux de mortalité associé à ce type d'infection se situe entre 5 et 12%.

Comment prévenir l'infection néonatale au SGB?

Actuellement, il n'existe aucun moyen 100% sûr de prévenir l'infection néonatale à SGB. Dans le but de réduire le risque de développer une infection néonatale à SGB, il est recommandé d'offrir, à toutes les femmes enceintes, **un dépistage de l'infection à SGB, entre la 35^e et la 37^e semaine de grossesse**. Le test se fait à l'aide d'un prélèvement au niveau vaginal et anal. Ce prélèvement, simple et rapide, ne requiert pas l'utilisation d'un speculum et peut être fait par la femme enceinte elle-même.

On recommande aux femmes porteuses du SGB des **antibiotiques par voie intraveineuse pendant le travail actif ou après la rupture des membranes**. L'administration d'antibiotiques se fait chaque 4 à 12 heures selon le type d'antibiotique requis. La durée de l'administration n'étant que de quelques minutes, il n'est pas nécessaire d'être relié à une tubulure (soluté) entre les doses. Un dispositif intraveineux reste en place. Le but de ce traitement est de diminuer le taux de colonisation maternelle et d'infection néonatale.

Les femmes ayant déjà eu un nouveau-né infecté par la bactérie. et celles dont la bactérie était présente dans l'urine durant la grossesse devraient aussi recevoir les antibiotiques au moment du travail, peu importe le résultat du dépistage, et ce, à cause du risque augmenté de transmission et d'infection du bébé.

Cette méthode permet de diminuer d'environ **65 % à 86 % (1/7 000)** le risque d'infection chez le nouveau-né. Avec cette approche, environ 31 % des femmes reçoivent des antibiotiques au cours de leur accouchement.

Est-ce que certains bébés sont plus à risque?

Certaines conditions sont reconnues pour **augmenter le risque** que le bébé soit infecté par les SGB :

- Avoir déjà donné naissance à un bébé infecté par les SGB
- La présence de SGB dans l'urine au cours de la grossesse actuelle
- Un accouchement prématuré (avant 37 semaines)
- Une rupture prolongée des membranes (plus de 18 heures) (voir encadré ci-dessous)
- Une fièvre chez la mère pendant le travail ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)

Si vous perdez les eaux, mais que vous n'avez pas de contractions, la Société des gynécologues et des obstétriciens du Canada (SOGC) recommande l'administration d'antibiotique dès ce moment. Suite à la rupture des membranes sans contractions, il est également recommandé de procéder à une induction (avec la sage-femme ou à l'hôpital) dans un court délai afin de maximiser vos chances d'entrer en travail dans les 18h suivantes et ainsi minimiser les risques d'infection. Si vous n'êtes pas en travail suite au délai de 18h, la sage-femme devra procéder à un transfert de soins vers l'hôpital du Haut-Richelieu.

Y a-t-il des effets secondaires à l'administration d'antibiotiques pendant le travail?

Certaines personnes peuvent développer une **réaction allergique** aux antibiotiques utilisés (démangeaisons, vomissement, toux) ou, plus rarement, une difficulté respiratoire et/ou un choc anaphylactique.

L'utilisation d'antibiotique peut **perturber la flore bactérienne normale (microbiote)** et entraîner de la diarrhée et/ou des infections à levures chez la mère comme chez le bébé. De plus, l'utilisation massive d'antibiotiques augmente les risques de développer des bactéries de souches résistantes.

Existe-t-il des alternatives au dépistage des SGB/antibioprophylaxie pendant l'accouchement?

Approche par facteurs de risque

Aucun dépistage n'est fait pendant la grossesse; on recherche plutôt la présence des facteurs de risque mentionnés ci-haut et l'on donne l'antibioprophylaxie intraveineuse aux femmes qui en présentent ne serait-ce qu'un seul.

Avec cette approche, on estime une diminution du risque d'infection chez le nouveau-né de 39 % à 53 % (1 / 3 200) et environ 29 % des femmes reçoivent des antibiotiques en travail.

Bien **qu'elle ne soit plus dans les recommandations nord-américaines**, cette approche est recommandée en Europe où la bactérie est moins présente. Au Canada, cette l'approche est recommandée en absence de dépistage.

Décliner l'antibioprophylaxie

Si la mère n'a pas reçu l'antibioprophylaxie telle que recommandée, la Société canadienne de Pédiatrie recommande une **surveillance plus étroite** pour les nouveau-nés en présence de facteurs de risque. Votre sage-femme vous conseillera sur les signes à surveiller chez votre bébé si cette situation se produit.

Advenant un transfert de soins en centre hospitalier, il est important de savoir le que le nouveau-né non-couvert par une antibioprophylaxie respectant les recommandations de la SOGC sera soumis à un protocole étroit de surveillance et pourrait voir son **séjour à l'hôpital être prolongé**.

Références

Zangwill KM, Schuchat A, Wenger JD. **Group B streptococcal disease in the United States, 1990: report from a multistate active surveillance system.** MMWR CDC Surveill Summ. 1992; 41 :25-32

Société des Obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) (octobre 2013) **Prévention de l'infection néonatale à streptocoques du groupe B d'apparition précoce.** Directive clinique no 298

Société canadienne de Pédiatrie (Janvier 2017). **La prise en charge des nouveau-nés à terme à risque de sepsis bactérienne d'apparition précoce.** Document de principes.