

## Info-parents

### **Prévention de l'infection au Streptocoque du groupe B chez le nouveau-né**

(mise à jour avril 2018)

Le Streptocoque du groupe B (SGB) est une bactérie parmi plusieurs que l'on retrouve dans le système gastro-intestinal.

Cette colonisation est la plupart du temps bénigne et peut être transitoire et variable. On estime qu'elle fait partie de la flore vaginale normale d'environ 10-30 % des femmes. Pour elles, le SGB ne constitue PAS une infection. Il ne provoque aucun symptôme et ne nécessite aucun traitement. Il est reconnu que la présence de SGB dans une culture d'urine reflète une forte colonisation maternelle.

#### **Risques liés au SGB**

Chez les mères colonisées par la bactérie (10-30 %), 50 % des bébés seront colonisés. De ceux-ci, 2 % contracteront une infection dans les sept premiers jours de vie. Les infections plus tardives sont plus rares. Heureusement, la très grande majorité des nouveau-nés en contact avec la bactérie lors de la naissance ne développent pas d'infection.

Les infections causées par le SGB peuvent être foudroyantes et causer des dommages irréversibles. Elles peuvent se manifester de différentes façons : pneumonie (12-19 %), méningite (11-14 %) ou infection généralisée (71-74 %). Le taux de mortalité associé à l'infection néonatale précoce par le SGB se situe entre 5 % et 9 %. Actuellement, on estime l'incidence de l'infection au SGB au Canada à seulement **1 bébé infecté pour 2 000 à 3 000 naissances soit 0,36 à 0,5 / 1 000**.

#### **Prévention du SGB**

Au cours des dernières années, de nombreuses études ont été réalisées dans le but de développer des stratégies de prévention cherchant à protéger les nouveau-nés de l'infection au SGB.

#### **Trois approches différentes pour diminuer le risque d'infection néonatale au SGB :**

##### **1. Dépistage universel**

Cette approche est celle recommandée par la Société des gynécologues et des obstétriciens du Canada (SOGC) suite aux plus récentes études.

Le dépistage est offert à toutes les femmes enceintes entre 35 et 37 semaines de grossesse. Il 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/personne enceinte avec un coton tige (Q-Tips®). Si la bactérie est présente à ce moment de la grossesse, il y a de fortes chances qu'elle le soit encore au moment de l'accouchement. Si plus de 5 semaines s'écoulent suite au prélèvement et que la femme n'a pas accouché, le prélèvement doit être répété.

On suggère aux femmes qui sont porteuses de la bactérie des antibiotiques par voie intraveineuse pendant le travail actif ou après la rupture des membranes. 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.

## 2. Alternative : dépistage selon les facteurs de risque

Une approche basée sur les facteurs de risque constitue une alternative acceptable puisqu'on connaît un certain nombre de conditions qui augmentent le risque que le bébé soit infecté.

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. On ne fait donc pas de dépistage pendant la grossesse; on recherche plutôt la présence de ces facteurs de risque et l'on donne des antibiotiques par voie intraveineuse aux femmes qui en présentent ne serait-ce qu'un seul.

Ces facteurs de risque sont :

1. Avoir déjà eu un bébé infecté par cette même bactérie/le Streptocoque B
2. La présence de Streptocoque B/SGB dans l'urine pendant la grossesse actuelle
3. Un accouchement prématuré (avant 37 semaines)
4. Une rupture prolongée des membranes (plus de 18 heures)
5. Une fièvre chez la mère pendant le travail ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ )

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 approche est recommandée en absence de dépistage.

## 3. Alternative : l'approche combinée

Cette approche combine celle du dépistage universel et des facteurs de risque. Dans cette approche, un dépistage est offert à toutes les femmes entre 35 et 37 semaines de grossesse et l'antibiotique en travail est administré s'il y a présence d'un facteur de risque. Avec cette approche, on observe une réduction théorique de 51-75 % des infections chez le nouveau-né et 3-6 % des femmes qui reçoivent des antibiotiques en travail.

*Il est important de retenir que cette approche ne fait partie d'aucune recommandation officielle, mais est présentement à l'étude depuis quelques années par L'AOM (Association des sages-femmes en Ontario).*

## Traitement préventif

L'administration d'antibiotiques par voie intraveineuse aux 4 à 8 heures une fois le travail actif débuté ou à partir de la rupture des membranes est le traitement recommandé. 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. Seul un petit dispositif intraveineux reste en place. Un délai de 4 heures entre l'administration de l'antibiotique et la naissance est optimal pour une efficacité maximale.

Si la mère n'a pas reçu la thérapie antibiotique appropriée, la Société Canadienne de Pédiatrie recommande une surveillance plus étroite pour les nouveau-nés en présence de facteur de risque (incluant la colonisation maternelle). Votre sage-femme vous conseillera sur les signes à surveiller chez votre bébé si cette situation se produit.

## **Risques associés au traitement antibiotique**

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 et entraîner de la diarrhée et/ou des infections à levures chez la mère (vaginite) comme chez le bébé (muguet). De plus, l'utilisation massive d'antibiotiques augmente les risques de développer des bactéries de souche résistante. Bien que, pour l'instant, on ne rapporte que quelques rares cas de SGB résistant à la Pénicilline (le premier choix d'antibiotique), près de 20 % des streptocoques sont résistants à la Clindamycine (deuxième choix d'antibiotique).

**Discutez avec votre sage-femme de ces recommandations et n'hésitez pas à poser toutes vos questions.**

## **Références**

- Prévention de l'infection néonatale à streptocoques du groupe B d'apparition précoce, directive clinique n°298, Société des Obstétriciens et gynécologues du Canada, octobre 2013
- Group B streptococcus Prevention and management in labor, Clinical Practice Guideline no 11, Association of Ontario Midwives, January 2010
- La prise en charge des nouveau-nés à terme à risque de sepsis bactérien d'apparition précoce, Document de principes, Comité d'études du fœtus et du nouveau-né de la Société Canadienne de Pédiatrie, janvier 2017