RÉFÉRENTIELS D'OBSTÉTRIQUE

PRÉVENTION DES INFECTIONS MATERNO-FŒTALES À STREPTOCOQUES B ANTIBIOPROPHYLAXIE

naître
en languedoc roussillon

AVERTISSEMENT

Ces référentiels sont diffusés à titre informatif par le réseau périnatal Naître et Grandir en Languedoc Roussillon pour les professionnels de la périnatalité de la région.
Ils ont été rédigés en l'état actuel des connaissances à la date de validation du référentiel et n'engagent en aucun cas la responsabilité directe ou indirecte du réseau ou de ses membres quant aux conséquences qui pourraient découler de leur utilisation.

Réseau périnatal Naître et Grandir en Languedoc Roussillon
Espace Bertin Sans – Bât. C – 1er étage – 59, avenue de Fès
34080 MONTPELLIER
Téléphone :04 67 04 01 53
Email : naitre.lr@nglr.fr

SOMMAIRE

RECOMMANDATIONS ACTUELLES PENDANT LA GROSSESSE ***3***
1. PRÉLÈVEMENT TIERS INFÉRIEUR ET POSTÉRIEUR DU VAGIN SYSTÉMATIQUE À 34-38 SA 3
2. LORS DE L'ADMISSION EN SALLE DE NAISSANCE 3

INDICATIONS DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE **3**
1. PRODUITS DE RÉFÉRENCE 4
2. MISE EN ROUTE DU TRAITEMENT 4

À L'ACCOUCHEMENT **4**

CAT PRATIQUE **5**

- ⇨ L'incidence des infections néonatales et des méningites à strepto B est évaluée entre 0,5 et 3 /1000 naissances vivantes
- ⇨ Première cause d'infections néonatales précoces ou tardives
- ⇨ La prévalence du portage vaginal maternel = 10-20%, la colonisation asymptomatique est instable.

Strepto B urinaire lors de la grossesse actuelle ou ATCD infection néonatale avérée = antibioprophylaxie systématique

RECOMMANDATIONS ACTUELLES PENDANT LA GROSSESSE

1. PRÉLÈVEMENT TIERS INFÉRIEUR ET POSTÉRIEUR DU VAGIN SYSTÉMATIQUE À 34-38 SA

- Sans spéculum
- Un seul écouvillon
- Rechercher uniquement le streptocoque B
- Demander un antibiogramme en cas d'allergie aux béta-lactamines pour tester la sensibilité à la Dalacine® (clindamycine) et vancomycine. En effet, 3 à 15% des strepto B sont résistants à la clindamycine.

PV à faire plus précocement si grossesse gémellaire ou ATCD MAP, MFIU, RPM, chorio-amniotite et si négatif le refaire entre 34 et 38 SA, idéalement 35 SA ou Genexpert
Si PV > 5 semaines et négatif, le refaire

Le traitement antibiotique du portage de strepto B est inefficace et dangereux (sélection de germes résistants) et ne doit pas être entrepris.
NB Prélevt rectal si MAP ou RPM ? (cf européenne 2013)

2. LORS DE L'ADMISSION EN SALLE DE NAISSANCE

- Récupérer résultat du PV fait pendant la grossesse
  - Si non fait ou si pas de résultat encore disponible, le faire tout de même, ne pas demander un examen direct en bactériologie, car faible valeur diagnostique des « Cocci gram + en chainette » et peu de labos le font, surtout en urgence.
  - Pour ceux qui en disposent, les tests type « Genexpert » d'identification par ADN/PCR sont une bonne alternative pour les patientes non dépistées (délai de réponse : 30 min à 1 h)

INDICATIONS DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE

- Culture positive à strepto B pendant cette grossesse
- Culture négative d'un PV datant de plus de 5 semaines et PV non refait
- Accouchement prématuré (< 37 SA) à moins que le dépistage du strepto B n'ait été négatif dans les 5 semaines qui précédent l'accouchement (la prématurité ne change pas la conduite à tenir)
- Absence de PV ou résultat non disponible

- Bactériurie à Strepto. B pendant cette grossesse (signes de colonisation intense)
- Antécédent d'un autre enfant infecté par le Strepto. B
- si PV inconnu
- Hyperthermie > 38° pendant le travail
- RPDE ≥18 heures pour les reco internationales, en pratique plutôt 12h

NE PAS TRAITER :

- Les mères ayant un ATCD de portage du strepto B (PV ou urines) sans infection avérée du NN
- En cas de césarienne à membranes intactes quel que soit le résultat du PV

1. PRODUITS DE RÉFÉRENCE

- A privilégier (spectre étroit, actif ++ sur strepto B) pour éviter les résistances

Pénicilline G ++ IVL = 5 MU puis 2,5 MU / 4 heures jusqu'à la naissance

- Ou (très intéressant si RPM < 34 SA ou MAP fébrile)

Ampiciline ou amoxicilline IV = 2 g puis 1 g / 4 heures jusqu'à la naissance

En cas d'allergie et selon l'antibiogramme

Dalacine® IVL sur 30min : 1 amp. 900 mg / 8h

Ou céfazoline (Céfacidal®) (10% d'allergie croisée avec la Péni)

Ou vancomycine 1g IVL sur 1h sur une bonne voie veineuse/ 12h

NB : **Doubler les doses chez les patientes obèses (IMC >35)**

2. MISE EN ROUTE DU TRAITEMENT :

- Lors de la mise en travail confirmée, même si membranes intactes, en cas de RPM ou dès le début d'un déclenchement.

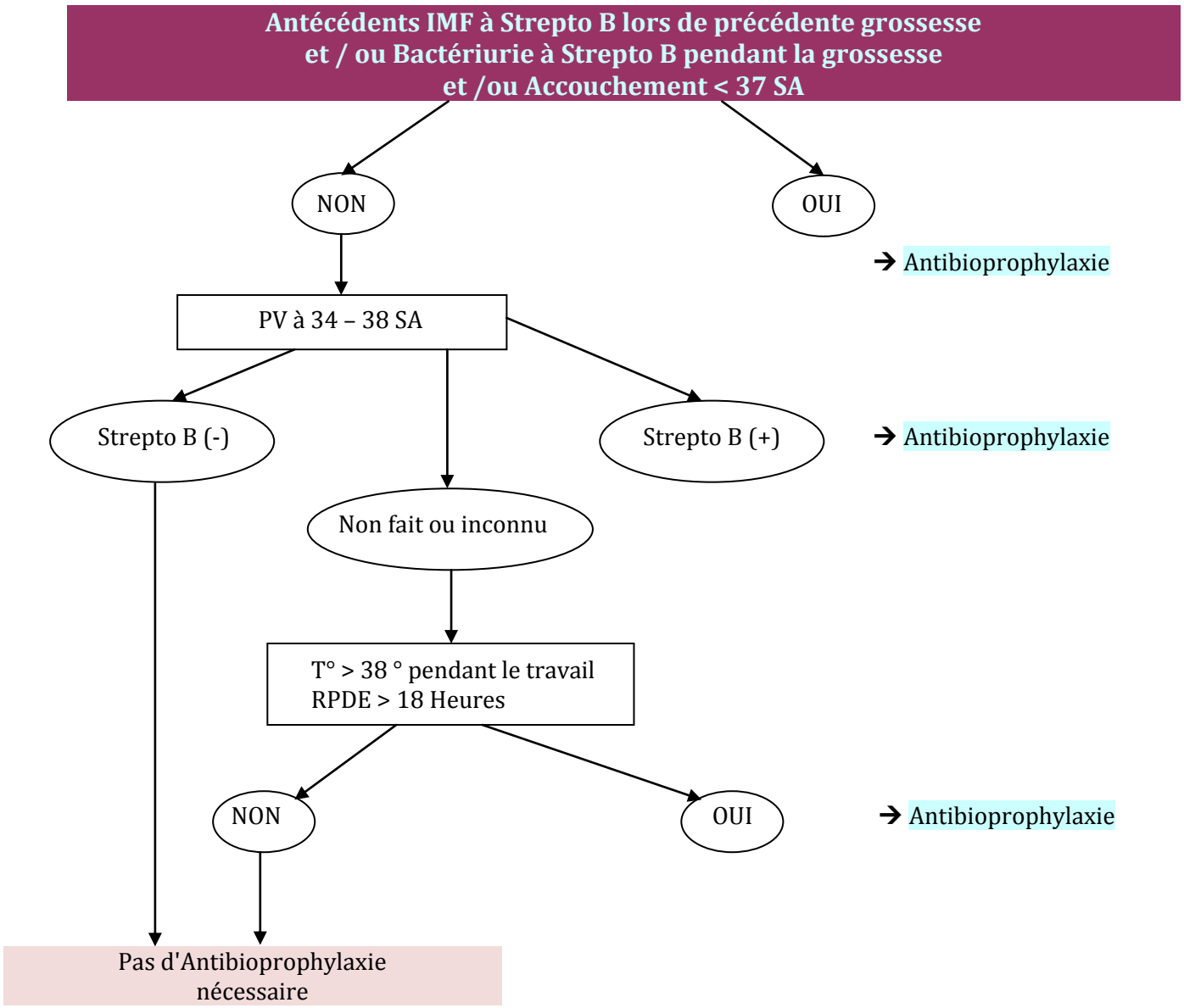
Injections à répéter tous les 4h jusqu'à la naissance

- Lors d'une RPM < 37 SA (CF protocole RPM)

À L'ACCOUCHEMENT

- Examens complémentaires :
  - Nouveau-né (cf. protocole des pédiatres) : prélèvement bactériologique de LIQUIDE GASTRIQUE si : prématurité spontanée <37SA, OPDE >12h, antibioprophylaxie incomplète, antibioprophylaxie par CLINDAMYCINE, LA teinté ou méconial, Hyperthermie maternelle > 38°C (38,5°C si APD), ARCF ou asphyxie périnatale inexpliquées.
  - Prélèvements bactériologiques sur le placenta si fièvre pendant le travail et/ou acidose fœtale.

CAT PRATIQUE



Ref :AAP Pediatrics, 2011 ; 128 Antibioprophylaxie