

Prise en charge des nouveau-nés de mères colonisées par des streptocoques bêta-hémolytiques du groupe B (SGB)

Recommandations de la Société suisse de Néonatalogie

1. But de ces recommandations

Ces recommandations ont pour but d'aider les pédiatres dans la prise en charge d'un nouveau-né dont la mère présente en période périnatale un frottis positif pour le SGB. Il s'agit d'esquisser une marche à suivre raisonnable, basée essentiellement sur la présence ou l'absence de facteurs de risque ainsi que sur l'administration ou non d'une prophylaxie antibiotique sub partu chez la parturiente.

Ces recommandations ne veulent en aucun cas définir les indications à rechercher les SGB. Elles ne se prononcent pas non plus sur le rapport coût-efficacité d'un dépistage général du SGB en Suisse.

Les recommandations sur les situations nécessitant une prophylaxie antibiotique sub partu ne seront pas présentées ici. Nous ne citerons que le Center for Disease Control (CDC, Atlanta USA) qui recommande une prophylaxie antibiotique en présence d'un frottis positif pour le SGB avec des facteurs de risque additionnels (naissance < 37 semaines de gestation, rupture des membranes > 18 heures, fièvre maternelle sub partu), alors que cette prophylaxie n'est que suggérée en l'absence de ces facteurs de risque.

2. Risque de septicémie néonatale à SGB

- **Risque de base pour un nouveau-né d'une mère colonisée par le SGB:**
 - Nouveau-né à terme sans facteurs de risque et sans prophylaxie antibiotique² 6 / 1000
- **Risque accru:**

En présence de facteurs de risque tels que:

 - Naissance < 37 semaines de gestation, rupture des membranes > 18 heures, fièvre maternelle sub partu³ x 12.5
 - Poids de naissance < 2000 g⁴ x 25
- **Risque diminué:**
 - Prophylaxie antibiotique > 4 heures ante partum² x 0.03

3. Principes des recommandations proposées

- Intégration des deux principes de base des recommandations du CDC¹:
 - Bilan infectieux uniquement chez les nouveau-nés de mères colonisées présentant un risque élevé, et non pas comme test de dépistage chez tout nouveau-né (valeur prédictive minime lors de prévalence basse)
 - Traitement antibiotique uniquement lors de suspicion de septicémie (symptômes cliniques ou analyses paracliniques pathologiques) et non en présence d'un enfant à risque élevé mais cliniquement sain.
- Adaptation de ces recommandations aux conditions helvétiques.

4. Procédure à suivre en salle d'accouchement et en maternité

- Tous les nouveau-nés présentant des symptômes d'une éventuelle infection
- Tous les prématurés < 35 semaines de gestation
- Les nouveau-nés avec des facteurs de risque (naissance < 37 semaines de gestation, rupture des membranes > 18 heures, fièvre maternelle sub partu, antécédent d'une septicémie à SGB dans la fratrie) ainsi qu'une prophylaxie antibiotique inadéquate, trop tardive (< 4 heures ante partum) ou non effectuée
 - nécessitent une évaluation approfondie, une surveillance rapprochée ainsi qu'un éventuel traitement antibiotique
 - et donc, en règle générale, un transfert dans une unité de néonatalogie

Par principe, un traitement antibiotique oral ou intramusculaire d'une suspicion d'infection néonatale à SGB ne doit en aucun cas avoir lieu en maternité.

- Les autres nouveau-nés de mères colonisées par SGB
 - nécessitent durant les premières 48 heures une surveillance rapprochée en maternité (contre-indication à un accouchement ambulatoire)

5. Prophylaxie antibiotique efficace sub partu

- Début au minimum 4 heures avant la naissance (donc un minimum de 2 doses pour la pénicilline et les aminopénicillines)
- Administration intraveineuse
- Spectre d'action et dosage adéquat contre les SGB

Recommandations du CDC:

- pénicilline G: dose initiale 5 Mio U, puis 2.5 Mio U q 4 heures
- amoxicilline: dose initiale 2 g , puis 1 g q 4 heures
- clindamycine: 900 mg q 8 heures
- érythromycine: 500 mg q 6 heures

6. Symptômes infectieux

- tachypnée
- périphérie froide
- mauvaise coloration cutanée (pâle, grisâtre)
- gémissements, tirage, battements des ailes du nez
- instabilité thermique
- apathie, hypotonie, éventuellement irritabilité
- apnées
- vomissements, résidus gastriques, abdomen ballonné

7. Surveillance rapprochée en maternité

- **Contrôles cliniques:**
 - fréquence respiratoire

- pouls
- température rectale
- température périphérique (par palpation, au niveau des pieds)
- coloration cutanée
- dyspnée
- activité, tonus

- **selon le schéma suivant**

- en salle d'accouchement: à 30 minutes de vie ainsi que 1 - 2 heures après la naissance
- en maternité: initialement toutes les 4, puis 6 à 12 heures durant les deux premiers jours de vie

8. Procédure en unité de néonatalogie

- Un bilan infectieux n'a qu'un faible pouvoir discriminant; il est de ce fait utilisé de manière différente dans les unités de néonatalogie
- Tous les nouveau-nés avec des symptômes infectieux et/ou des analyses paracliniques pathologiques ainsi que ceux issus d'une grossesse multiple dont un enfant souffre d'une infection à SGB:
 - hémoculture
 - éventuellement culture de sécrétions intra-trachéales et gastriques
 - ponction lombaire selon indication clinique
 - traitement antibiotique par aminopénicilline et aminoglycoside
 - arrêt du traitement antibiotique après 48 - 72 heures si hémocultures (et culture du liquide céphalo-rachidien) négatives
 - eventuel arrêt du traitement après 24 heures en l'absence de symptômes cliniques et si bilan infectieux négatif
 - prolongation éventuelle du traitement (5 - 7 jours) selon le décours clinique et selon les analyses paracliniques
 - en cas d'hémocultures positives, poursuite du traitement pour un minimum de 10 jours; éventuellement par pénicilline seule selon l'antibiogramme

Littérature

1. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: a public health perspective. MMWR 1996; 45 RR-7:1-24
2. Rouse DJ, Goldenberg RL, Cliver SP et al. Strategies for the prevention of neonatal group B streptococcal sepsis: a decision analysis. Obstet Gynecol 1994; 83: 483-494
3. Boyer KM, Gadzala CA, Burd LI et al. Selective intrapartum chemoprophylaxis of neonatal group B streptococcal early onset disease: I. epidemiologic rationale. J Infect Dis 1983; 148: 802-809
4. Pyati SP, Pildes RS, Jacobs NM et al. Penicillin in infants weighing two kilograms or less with early onset of group B streptococcal disease. N Engl J Med 1983; 308: 1383-1389