

## Streptocoque B et transmission néonatale

*Streptococcus agalactiae* (SGB) est un cocci à Gram positif  $\beta$  hémolytique qui possède une capsule, élément important de sa virulence, permettant de classer les souches en différents types capsulaires (Ia, Ib, II à IX).

Le portage du SGB concerne 100 000 à 200 000 grossesses par an avec comme conséquence 3 000 à 4 000 complications néonatales (figure 1). Le portage vaginal du SGB chez la femme enceinte (6,5 à 36 % selon les études) est intermittent ou transitoire. 30 à 40 % des femmes colonisées en début de grossesse le sont encore à l'accouchement. 6 à 12 % des femmes non porteuses à 34/37 semaines d'aménorrhée sont « positives » à l'accouchement.

L'étude de la distribution phylogénique des souches montre que dans le tractus vaginal on retrouve les 6 grandes lignées phylogénétiques majeures dont le complexe clonal ST17, le plus souvent responsable d'infection invasive chez le nouveau-né. Les infections invasives néonatales à SGB, peuvent être précoces ou tardives et sont la 1<sup>re</sup> cause d'infections sévères du nouveau-né.

### Prévention de l'infection à SGB chez le nouveau-né : recommandations actuelles

Cette prévention repose sur le dépistage à partir d'un prélèvement vaginal (au niveau du 1/3 inférieur, sans mise en place de spéculum) à 34-37 semaines d'aménorrhée sauf antécédent d'infection à SGB ou bactériurie en cours de grossesse. La technique classique de dépistage repose sur la mise en culture du prélèvement vaginal (gélose au sang ou milieu chromogène spécifique) mais des techniques rapides de diagnostic sont également disponibles (techniques immuno-enzymatiques et PCR) et devraient être de plus en plus utilisées (tableau I).

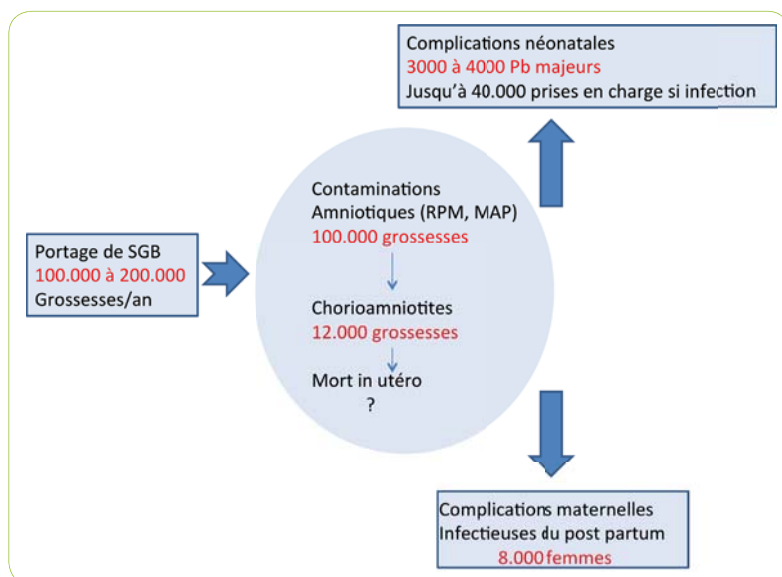


Figure 1. Conséquence du portage vaginal sur la grossesse.

### Infections néonatales à *S. agalactiae*.

#### Infections précoces

- Surviennent dans les 7 jours suivant la naissance
- La prématurité constitue un facteur de risque
- Se traduisent par des pneumonies, des septicémies et des méningites
- Le taux de mortalité est d'environ 7 %

#### Infections tardives

- Surviennent entre le 7<sup>e</sup> jour et 3 mois
- Se traduisent par des méningites
- Le taux de mortalité est d'environ 5 %

Dans une autre étude, 20 % des femmes porteuses à 34/37 semaines d'aménorrhée ne le sont plus à l'accouchement. Différents facteurs influencent le portage vaginal dont l'âge (prévalence élevée pour les moins de 20 ans), l'activité sexuelle, la multiplicité des partenaires.

Tableau I. Performances de la PCR pour *S. agalactiae* à partir d'un prélèvement vaginal.

Sensibilité	97 %
Spécificité	100 %
VPP	100 %
VPN	98,8 %

En cas de dépistage positif lors d'une grossesse normale, l'attitude est de ne pas prescrire de traitement en l'absence de signes infectieux ou de situation à risque et de réserver la prophylaxie au moment de l'accouchement. Cette prophylaxie concerne toutes les femmes enceintes porteuses, plus celles qui ont eu un antécédent d'infection à SGB ou une bactériurie en cours de grossesse.

Elle doit être débutée le plus précocement possible au début du travail et repose sur l'administration d'amoxicilline en IV (dose de charge de 2 g puis 1 g toutes les 4 heures jusqu'à l'expulsion).

Déclaration d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

CHANTAL BERTHOLOM

#### Source

D'après une communication de Roland Quentin – Centre hospitalier universitaire de Tours Journées nationales d'infectiologie – Tours – 13 au 15 juin 2012