



## **PRISE EN CHARGE DU STREPTOCOQUE BÊTA-HÉMOLYTIQUE DU GROUPE B**

### **A) Dépistage du portage maternel de GBS : culture sur frottis vagino-périanal**

- **Qui ?**

Toutes les femmes enceintes, excepté celles ayant un antécédent d'enfant ayant fait une infection néonatale précoce au GBS et celles ayant eu une bactériurie à GBS durant la grossesse en cours.

- **Quand ?**

Entre 35 et 37 semaines d'aménorrhée.

- **Comment ?**

- Frottis : tiers inférieur du vagin ET peau périanale (ou au niveau du rectum), un seul écouvillon suffit, sur le bon de demande envoyé au laboratoire préciser « recherche GBS », ainsi qu'« antibiogramme à faire » si nécessaire (cfr. ci-dessous).
- Labo : enrichissement sélectif.

- **Antibiogramme à demander ?**

Uniquement chez les patientes présentant une allergie à la pénicilline. Parmi ces dernières, sont considérées comme à « haut risque de choc anaphylactique » les patientes ayant les antécédents suivants :

- réaction d'hypersensibilité immédiate à la pénicilline : anaphylaxie, angio-œdème ou urticaire
- asthme ou autres conditions augmentant le danger d'une anaphylaxie

Dans ces cas, l'antibiogramme permet de tester la sensibilité du GBS à la clindamycine et à l'érythromycine.

- **Cas particulier : résultat du dépistage inconnu à l'admission en travail**

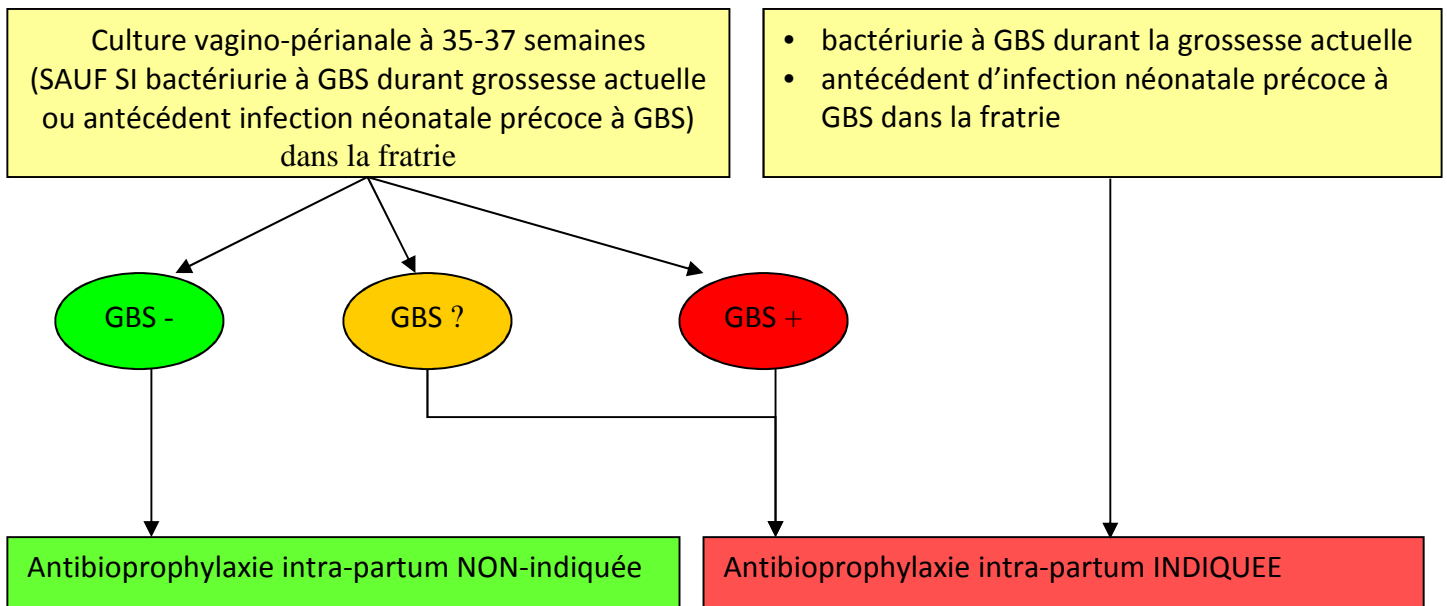
Ne pas faire de frottis chez ces patientes, mais réaliser 2 frottis périphériques chez le nouveau-né juste après la naissance, afin de voir si ce dernier est colonisé.

### **B) Indications d'antibioprophylaxie**

#### **1. Césarienne itérative sans début de travail ni rupture de la poche des eaux**

- **Si culture sur frottis vagino-périanal négative :**  
Pas d'antibioprophylaxie, la céfazoline est administrée à la mère après le clampage du cordon ombilical.
- **Si culture sur frottis vagino-périanal positive ou résultat inconnu :**  
Administer la céfazoline lors de la prémédication.

## **2. Accouchement par voie basse ou césarienne après le début du travail ou après la rupture de la poche des eaux**



## **3. Cas particuliers ...**

- Culture vagino-périanaie négative associée à une température maternelle intra-partum  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  et/ou rupture de la poche des eaux de  $> 12$  heures après 37 semaines d'aménorrhée

Suspicion de chorioamnionite → antibiothérapie à large spectre, incluant un agent actif contre le GBS, selon avis médical.

- Début de travail  $< 35$  semaines ou rupture de la poche des eaux  $< 37$  semaines d'aménorrhée, avec risque significatif d'accouchement prématuré imminent

Antibiothérapie à large spectre, incluant un agent actif contre le GBS.

- Début de travail  $\geq 35$  semaines d'aménorrhée
  - GBS - → pas d'antibioprophylaxie GBS
  - GBS + → antibioprophylaxie GBS pendant
  - GBS ? → faire culture vagino-périanaie puis antibioprophylaxie GBS

→ Dans TOUS les cas, frottis à considérer comme périmé au bout de 5 semaines à dater du prélèvement.

→ Si GBS + et que la patiente n'accouche pas : antibioprophylaxie à réinitier quand elle se remet en travail.

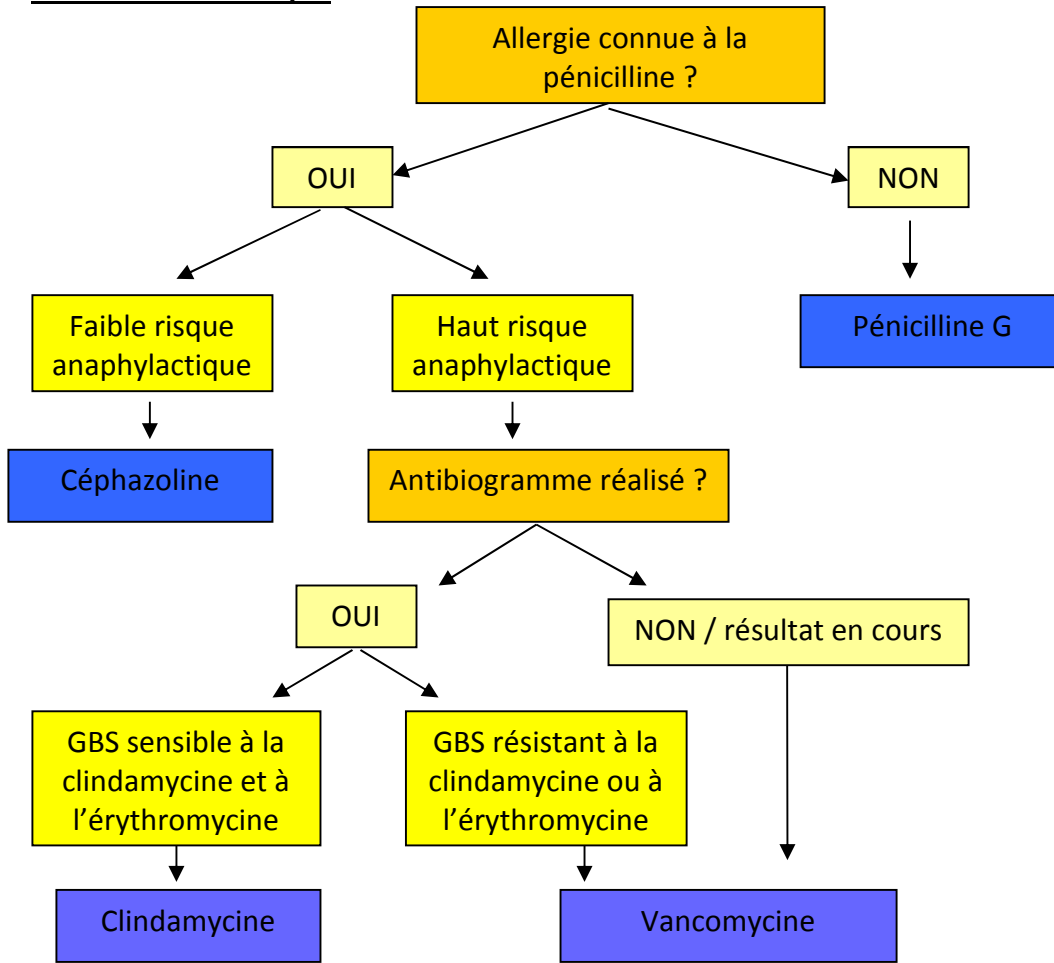
## **4. Mesures additionnelles, dès indication d'antibioprophylaxie**

- Limiter tant que possible les gestes invasifs, source d'infection
  - la fréquence des touchers vaginaux
  - réflexion concernant la mise en place d'une électrode au scalp et/ou d'une tocométrie interne
- Surveiller attentivement
  - la température maternelle (toutes les heures ou toutes les 2 heures, en fonction de la clinique)
  - la couleur et l'odeur du liquide amniotique

### C) Antibioprophylaxie : quel antibiotique ? Quel dosage et quelle fréquence ?

L'antibioprophylaxie s'administre par voie intraveineuse, dès l'admission de la patiente et ce jusqu'à l'expulsion.

#### 1. Choix de l'antibiotique



#### 2. Dosage et fréquence de l'administration

	Fréquence	Dose de charge	Dose d'entretien	Soluté	Vitesse d'administration
<b>Pénicilline G*</b>	/ 4 heures**	5 millions UI	2,5 mill. UI	100 ml de G5% ou de NaCl 0,9%	20 à 30 min.
<b>Ampicilline*</b>	/ 4 heures**	2 g	1 g	100 ml de G5% ou de NaCl 0,9%	20 à 30 min
<b>Céphazoline (Kefzol®)</b>	/ 4 heures	2 g	1 g	50 ml ou 100 ml de NaCl 0,9%	20 à 30 min.
<b>Clindamycine (Dalacin C®)</b>	/ 8 heures	900 mg		50 ou 100 ml de G5% ou de NaCl 0,9%	60 min.
<b>Erythromycine</b>	/ 6 heures	500 mg		100 ml de G5%	20 à 30 min
<b>Vancomycine (Vancocin®)</b>	/ 12 heures	1 g		200 ml de G5% ou de NaCl 0,9%, à reconstituer avec 20 ml d'eau stérile	<u>Minimum</u> 60 minutes, de préférence sur pompe volumétrique

\* En cas de rupture de stock, remplacer la Pénicilline G par de l'ampicilline (Pentrexyl®) : 2 g en dose de charge puis 1 g en dose d'entretien, à reconstituer avec de l'eau stérile (fréquence et vitesse d'administration identiques à la Pénicilline G).

\*\* Si induction au Prostin® et indication d'antibioprophylaxie → donner la première dose à 22h (avec le premier comprimé de Prostin®), puis espacer l'administration de pénicilline /8h tant que la parturiente n'est pas en travail.

## D) Suivi post-natal du nouveau-né

### 1. En cas d'indication d'antibioprophylaxie à GBS :

- Réaliser des **frottis périphériques** sur 2 sites différents (choix des sites en fonction des endroits les moins contaminés par les mains des soignants tels que : plis de l'aîne, creux axillaire, oreille, ...). Les analyses sur liquide gastrique ne seraient pas recommandées et seraient même déconseillées en raison du risque d'infection sur lésion de la muqueuse.
- **Eviter** au maximum les gestes invasifs : aspirations, injections, ...
- **Promouvoir** le peau-à-peau immédiat et l'allaitement maternel exclusif (installation d'une bonne flore cutanée et digestive, importante pour l'immunité actuelle et future).
- **Surveillance clinique** (température, respiration, coloration, tonus).

### 2. Algorithme pédiatrique

Voir page 5.

### 3. Réalisation pratique des prélèvements sanguins

Type d'analyse	Type de tube	Quantité <u>minimale</u> à prélever	Précautions particulières
<b>NFS</b>	Tube pédiatrique «EDTA » (rouge)	0,75 ml	Ne pas secouer, retourner doucement le tube pour éviter que le sang ne coagule
<b>CRP ultra-sensible</b>	Tube pédiatrique « hépariné » (orange)	0,25 ml	/
<b>Hémoculture</b>	Flacon pédiatrique (bouchon rose)	1 ml	Réaliser le prélèvement de manière stérile

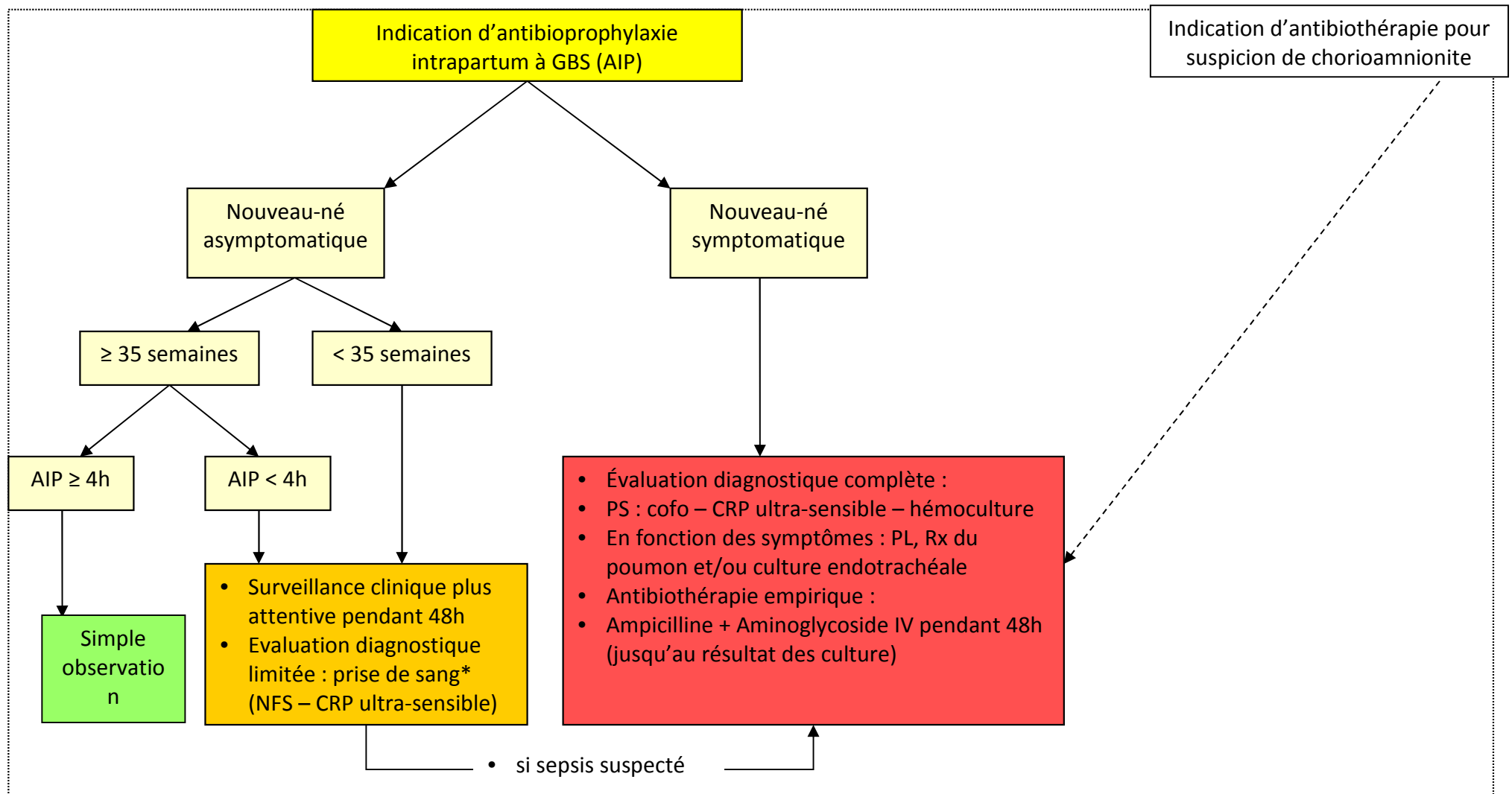
### 4. Suspicion de sepsis

Un sepsis sera suspecté en cas de symptômes cliniques (dont une hypothermie  $\leq 36,0^{\circ}\text{C}$ . ou une hyperthermie  $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ .) et/ou de :

- globules blancs :  $< 5000 / \text{mm}^3$  ou  $> 20\,000 / \text{mm}^3$
- augmentation significative de la CRP entre 2 prélèvements, laissé à l'appréciation du pédiatre
- neutrophiles en dehors des normes de Monroe chez un nouveau-né à terme :

Limites	0h	6h	12h	18h	24h
Inférieures ( $/\text{mm}^3$ )	1800	5400	8000	8000	7200
Supérieures ( $/\text{mm}^3$ )	7000	13000	14400	13000	12500

## Algorithme pédiatrique



\* Idéalement, la prise de sang sera répétée 2 fois. La décision du timing des prises de sang appartient au pédiatre responsable. Pour un prématuré né avant 35 semaines d'aménorrhée, la première prise de sang se fera rapidement après la naissance. Chez les enfants nés à terme et dont le premier prélèvement comporte des résultats tout à fait rassurants, la deuxième prise de sang ne sera généralement pas nécessaire.

Références :

- <https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/09/gui298CPG1310F.pdf>
- <https://www.cdc.gov/groupbstrep/guidelines/guidelines.html>
- <https://www.cdc.gov/groupbstrep/guidelines/algorithms-tables.html>

*Protocole élaboré par le groupe périnat du GGOLFB : Sophie Alexander, Patricia Barlow, Pierre Bernard (directeur), Gilles Ceysens, Maïté Delfosse, Patrick Emonts, Philippe Jadin, Clotilde Lamy, Delphine Leroy, Philippe Petit, Christine Van Linthout, Louise Watkins-Masters, 2017*