

Prélèvements bactériologiques recommandés pendant la grossesse



D. Subtil, Hôpital Jeanne de Flandre, Lille

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Comment mieux informer les femmes enceintes ? (avril 2005)

Au cours du suivi de la grossesse

Contenu	3 ^e mois	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois	
Examens obligatoires								
Sérologie syphilis	✓							
Examens à proposer systématiquement								
Prélèvement vaginal - rech. strept. B						entre 35 et 38 SA		
Examens à proposer selon la symptomatologie ou les antécédents								
ECBU	✓		✓			✓	✓	

La Syphilis

« La détection de la syphilis doit être prescrite au début de la grossesse car le traitement de la syphilis est bénéfique à la mère et au fœtus (grade B). »

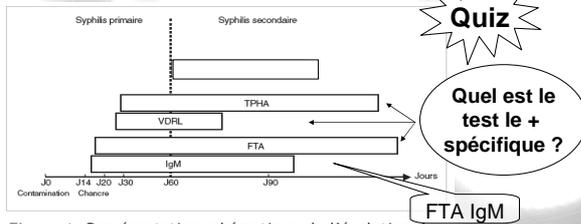


Figure 1. Représentation schématique de l'évolution des différentes sérologies de la syphilis.

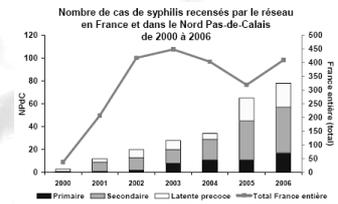
Syphilis

- = *Treponema pallidum*
- Bactérie strictement humaine, transmise
 - sexuellement et par certaines lésions cutanéomuqueuses
 - ou verticalement pdt la grossesse (passage transplacentaire du tréponème à partir du 4^{ème}-5^{ème} mois de grossesse)

- Evolution inquiétante:
 - Depuis 2000, ↗+++ nouveaux cas de syphilis

Depuis 2006, féminisation des cas, avec risque de syphilis congénitale

4 cas de syphilis nés français en 2004



ECBU / Bacteriurie

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

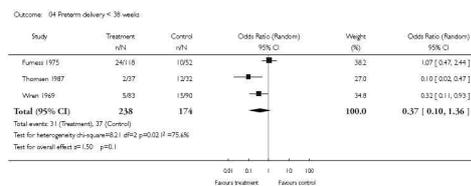
- **Diagnostic + ttt ↓ acct prématuré (grade B).**
- **Pertinence dépistage femmes bas risque : non démontrée**

- Bactériurie = 2 à 10 % grossesses
- E Coli : 80 % cas
- ↑↑ pyélonéphrite ++ (↑ acct prématuré)

Small F et al. Cochrane 2007

Traitement bactériurie

- ↓ par 4 risque pyélonéphrite 0.23 [0.13-0.41]
- ↓ de 30 % risque poids < 2500 g 0.66 [0.49-0.69]
- ↓ NS de 50 % des naissances < 38 SA 0.37 [0.10-1.16]



↓ pyelo 4% à 1.4 %

Small F et al. Cochrane 2007

ECBU

Comment faire le prélèvement ?

1. Premières urines du matin
2. Premier jet aux toilettes
3. Au milieu du jet

Quiz

Réponse 3
« A la volée »

ECBU

Quiz

- L'ECBU peut être gardé au réfrigérateur (12-24 h) **Oui** si impos < 2 h
- La culture quantitative reste la référence (par rapport à l'examen direct) **Oui**
- Au-delà de 10^5 germes (UFC) /ml, un ttt s'impose **Oui**, et même 10^4 E Coli monomicrobien
- La présence de leucocytes $> 10^4$ /ml = infection **Non**, si plusieurs germes : 10^3 , contamination
- La présence de lactobacilles indique une infection vaginale associée **Non**, contamination vaginale

Bandelette urinaire

• Valeur prédictive négative ++ en cas de suspicion d'infection : 95 %

• Intérêt

Leucocytes (leucocytes estérase)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	±
Nitrites (nitrate réductase)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Bacilles gram négatif)		+++
Sang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+++
Protéines -Albumine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+

• Attention: ne pas laisser le pot près d'une source d'eau !!!

• Systématique ?
☞ Seulement pour ceux qui ne font pas Protéinurie-Glycosurie au labo

Prélèvement vaginal

Infections materno-foetales

- Streptocoque B → 60 %
- E. Coli → 20 %
- Hemophilus
- Staph aureus
- Listeria
- Klebsiella
- ...

Chorioamniotites RPM / Accts prématurés

Tous germes de la cavité vaginale

Inf. m-foetale à streptocoque B

- Méningites	- Streptocoque agalactiae (B) : 60 %
- Septicémies (chocs)	- E. Coli : 20 %
	- Autres * : 20 %

50 à 70 % des nouveau-nés de mères porteuses de E Coli ou Strepto B vont se coloniser à la naissance :

• Infection : sévère +++ si retard au traitement

• Choc, hypoxémie réfractaire, méningite

☞ Prévenir l'IMF précoce par ATB du travail

Inf. m-foetale à streptocoque B

	Efficacité	Nnés infectés
Aucune femme traitée (1 %)	0 %	3.0 %
Femmes enceintes strepto B (3-4 %) + facteur de risque (fièvre pdt W, tachycardie foetale, LA méconial et/ou nauséabond, prématurité, RPM, métrorragies...)	50 %	1.5 %
Femmes enceintes strepto B + (10 %)	70 %	1.1 %
Toutes les femmes enceintes (95 %)	80 %	0.6 %

Recommandations HAS

Le dépistage systématique du portage de *Streptococcus agalactiae* (SGB) est recommandé en fin de grossesse, idéalement entre 34 et 38 SA en raison de :

- sa prévalence : 10 % (grade A) ;
- ses conséquences (pb santé publique) (grade A) ;
- l'efficacité de l'ATB *per-partum* ↓¼ du risque infectieux néonatal (grade A) et maternel du *post-partum* (grade B) ;
- Rapport coût/efficacité (grade C) ;
- l'inefficacité, après 37 SA, des approches sans dépistage du SGB (grade A)

Inutile si : ATCD d'IMF à strepto B précédente grossesse
Strepto B positif lors de la grossesse actuelle (PV, ECBU)

Stratégie (1)

① Dépister toutes les femmes à T3, idéalement entre 34 et 38 SA

- « PV strepto B » B60 ≈ 16 €
- ordonnance laboratoire, possibilité auto-prélèvement *
- si allergie : demander ATB gramme +++ (20 % résistants macrolides)

Noter le résultat dans le dossier +++ (ne pas traiter !)

* Mercer BM et al. Am J Obstet Gynecol, 1995;173:1325-8

Stratégie à l'acc^t (2)

Strepto B - Pas de ttt

Pas de notion Sauf si : facteur de risque
(acct avant 37 SA, RPM > 12 h, fièvre > 38°C pdt W)

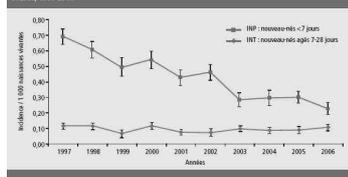
Strepto B + - PV + (et/ou ECBU + lors de la grossesse)
- ATCD nné infecté strepto B (PV inutile)

Ttt IV

- ☞ Pénicilline G (SPECILLINE G) 5 M Unités puis 2.5 toutes les 4 heures
- ☞ Possible = 2g CLAMOXYL puis 1 g ttes les 4 h
- ☞ Allergie : Erythrocline 2g puis 1 g toutes les 6 heures, C1g Céfazoline (CEFACIDAL 2g IV puis 1g/8h) Dalacine 900 m/8h ; 1g Vancomycine IV/12h

Résultats

Figure 2. Evolution de l'incidence des infections néonatales à streptocoque B (réseau Epibio, France 1997-2006) Figure 2. Incidence trends of Group B streptococcus neonatal infections, EPISB, Network, France, 1997-2006



98 % des maternités ont un protocole

↓ par 3 des IMF précoces à SGB depuis 10 ans

En 2005, 94 % des mères de notre établissement étaient dépistées

Jourdan-Da Silva N et al, BEH avril 2008, 110-113

Streptocoque A : à traiter/prévenir

RECOMMANDATIONS pour la PRATIQUE CLINIQUE

Prévention des infections à streptocoque du groupe A en maternité. Port du masque chirurgical (2005)

AVIS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Port du masque et infection à Streptocoque du groupe A en maternité
20 avril 2005

La survenue d'un nouveau décès en relation avec une infection à Streptocoque du groupe A, chez une accouchée, nous conduit à rappeler que :

a/ le pharynx est le réservoir principal de Streptocoque pyogène ou Streptocoque du groupe A

b/ le port d'un masque chirurgical est indispensable pour toute personne (sage-femme ou accoucheur) réalisant un accouchement par voie basse :

- dès la rupture des membranes ;

- dans toute maternité à établissement public ou privé ou lors des accouchements réalisés à domicile ;

c/ le port de masque chirurgical est également requis dès la rupture des membranes pour tout geste obstétrical (toucher vaginal, prélèvement vaginal, ...)

* voir guide SHH 2003 "Prévention et surveillance des infections nosocomiales en maternité" (néonatalogie sur le site SHH).

Attention : cet avis de la société française d'hygiène hospitalière (SFHH) ne peut être diffusé ou reproduit que dans son intégralité.



Prélèvement vaginal : autres

- signes de vulvo-vaginite : prurit vulvaire, sensations de brûlures, leucorrhées colorées ou nauséabondes (grade B)
- en cas de MAP, RPM ou de suspicion de chorioamniotite (grade B)



Il pourrait être renouvelé une ou deux fois par semaine

- ECBU à l'entrée.
- Prélèvement de LA + endocol (sous spéculum) : 1 / semaine.

Si germe pathogène
Strepto B, E Coli, Hemophilus, autre BG - :

☞ traitement ou adaptation

Autres : RPM

Antibiotiques



Antibiotics for preterm rupture of membranes (Review)

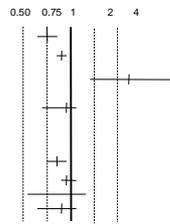
Kenyon S et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003

Augmentin (2essais, 2500 ♀)

-bébé nés sous 48h	RR=0.75 [0.67 0.84]
-bébés nés sous 7jours	RR=0.91 [0.85 0.97]
-entérocolite ulcéro-nécrosante néonatale	RR=4.60 [1.98 10.72]
-mortalité périnatale	RR=0.93 [0.70 1.25]

Erythromycine (4 essais, 2750 ♀)

-bébé nés sous 48h	RR=0.84 [0.76 0.93]
-bébés nés sous 7jours	RR=0.95 [0.90 1.01]
-entérocolite ulcéro-nécrosante néonatale	RR=1.00 [0.56 1.80]
-mortalité périnatale	RR=0.89 [0.67 1.18]



Hémoculture

HAS

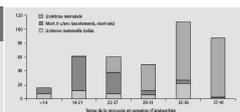
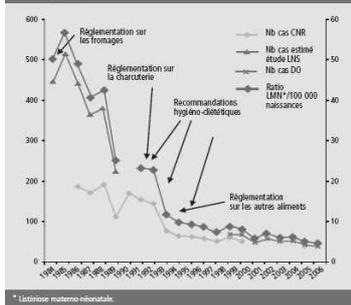
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Elle est recommandée (1 ou 2 séries) chez toute femme enceinte fébrile ayant une RPM (suspicion de chorioamniotite).

Sa positivité (10 %) témoigne d'une complication bactériémique maternelle et constitue de ce fait un signe de gravité pour la mère et le nouveau-né (grade B).

Listériose

Figure 1 Évolution de la listériose materno-néonatale en France de 1984 à 2006 / Figure 1. Materno-neonatal listeriosis in France from 1984 to 2006



Listériose : rester attentifs...

Prévention
Fromages lait cru
Charcuterie (rillettes)
Poissons fumés
Graines germées

Figure 2 Répartition géographique des listérioses materno-néonatales. Source Déclaration obligatoire, 1999-2006, Institut de veille sanitaire, France / Figure 2. Geographical distribution of materno-neonatal listeriosis, French Institute for Public Health, Surveillance, 1999-2006, France

