

## **PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX NEONATAL LIE AU PORTAGE SAIN DU STREPTOCOQUE B.**

L'objectif est par une action préventive, de diminuer la morbidité et la mortalité infantile néonatale liée au streptocoque B.

Les recommandations et les pratiques actuelles sont basées sur :

### **1) Un dépistage du portage vaginal pendant la grossesse (35 – 37SA) :**

Discussion :

La présence ou l'absence du streptocoque du groupe B au moment du prélèvement est aléatoire. Ce dépistage systématique (recommandation de grade C selon l'HAS) n'apporte pas la certitude de son absence au moment de l'accouchement . Par extension, certaines équipes font une recherche dans les selles et dans les urines, et il est de plus en plus admis que la présence d'un strepto B une seule fois sur l'un ou l'autre de ces prélèvements entraîne pour tout accouchement ultérieur le même protocole.de traitement.

### **2) Une antibiothérapie préventive.**

Discussion :

L'antibiothérapie préventive locale pendant la grossesse ne diminue pas le taux de portage à l'accouchement. (HAS 2005)

L'importance des colonies bactériennes (streptocoque, gardnarelle) et mycosiques dans le vagin dépend d'un bon équilibre vaginal. Lorsque l'écosystème vaginal est correct, que la colonisation saprophyte par le bacille de Doderlein et lactobacille est suffisante, il reste peu de place pour les germes potentiellement dangereux.

La première démarche préventive est donc celle qui veille à maintenir ou à rééquilibrer l'écosystème vaginal.

Cette attitude pose plusieurs questions :

- La résistance du germe

L'expérience dans d'autres domaines ne peut nous faire ignorer le risque de créer une résistance du strepto B aux antibiotiques. Cette hypothèse non négligeable pourrait à terme poser de réels problèmes de santé publique.

- Perturbation de l'intestin du nouveau-né :

Lorsque nous injectons des antibiotiques dans l'organisme maternel, pour atteindre l'enfant pendant sa mise au monde, ne venons nous pas perturber le bon ensemencement du tube digestif de l'enfant par des bactéries saprophytes indispensables à son écosystème (production entre autre de la vitamine K) ? L'absence d'une colonisation saprophyte ne risque-t-elle pas de favoriser celle de bactéries potentiellement plus redoutables ? Un risque majoré d'entérocolite ulcéro-nécrosante est évoqué. C'est une éventualité qui doit encore être vérifiée mais que nous ne pouvons ignorer.

- L'efficacité de cette attitude n'est pas confirmée :

L'antibiothérapie maternelle « préventive » per-partum, diminue les infections néonatales et le nombre de nouveaux-nés colonisés, sans diminution de la mortalité néonatale en rapport avec une infection (auteurs du NICE)

- Risque de choc anaphylactique :

Il n'est jamais totalement prévisible et peut mettre les vies fœtale et maternelle en danger.

**Notre devoir est bien de veiller à ce que nous ne fassions pas un mal certain pour éviter un mal probable.**

## **Alors que faire ? Quand, comment ce germe à priori banal devient il redoutable ?**

La porte d'entrée de la bactérie dans l'organisme du nouveau-né est à priori digestive. Au moment de l'accouchement, lors de la traversée des voies génitales de sa mère l'enfant colonise la première fois son tube digestif, avec les bactéries dont sa mère est porteuse dans son vagin et dans son rectum.

Il est tout à fait normal que le streptocoque B soit retrouvé dans le tube digestif de l'enfant. S'il demeure dans l'espace digestif, bouche, estomac, intestin, il le traversera de façon très inoffensive. Par contre si le germe franchit la barrière muqueuse, il devient très agressif, provoquant septicémie ou méningite.

La rapidité d'installation et d'aggravation d'une infection qui peut rendre notre intervention trop tardive, motive la prise en charge du risque.

Ces observations suscitent une première réflexion :

Nous devons tout mettre en œuvre pour respecter l'ensemble des muqueuses qui pourraient être en contact avec la bactérie. Nous savons qu'une muqueuse en bon état est une barrière efficace.

La sonde passée quelques minutes après la naissance, pour vérifier la perméabilité des choanes et l'absence d'une atrésie de l'œsophage, pour également faire un prélèvement du liquide gastrique afin de rechercher la présence du streptocoque B, pourrait être le geste qui inocule la bactérie en pratiquant une effraction sur son trajet et ce malgré nos précautions.

### **Quelles seraient alors les attitudes les plus préventives ?**

Lorsque l'accouchement se déroule à terme, à l'issue d'une grossesse normale, un certain nombre d'attitudes apporteraient une prévention primaire simple et efficace :

1. Au cours du travail ne pas rompre la poche des eaux. C'est permettre à certains enfants de n'avoir un contact que très bref voir inexistant (expulsion poche des eaux intactes) avec les parois vaginales.
2. Si le prélèvement s'avère nécessaire, il devrait pouvoir se faire à partir du liquide présent dans la bouche de l'enfant, en effet si le strepto B est retrouvé dans l'estomac il devrait logiquement être passé par la bouche, il serait simple de vérifier cette hypothèse. Cette pratique ne présente aucun risque de blessure des muqueuses, élimine donc la possibilité de passage du streptocoque dans la circulation sanguine.

NB ne pas vider l'estomac de l'enfant.....

3. la vérification de la perméabilité des choanes peut se faire très simplement en plaçant un miroir devant les narines de l'enfant. Quand à l'atrésie de l'œsophage, elle est détectable à l'échographie, ou n'apparaît que plus tard avec des signes cliniques repérables. Dans un cas comme dans l'autre un examen clinique et une observation attentive de tous les nouveaux-nés permet d'éliminer ces pathologies.
4. Donner à l'enfant du colostrum avant toute autre chose pour au moins 2 raisons majeures :
  - La présence des anticorps maternels, des lymphocytes et des macrophages assure l'intérêt en attendant la mise en œuvre d'une homéostasie propre à l'enfant.
  - Soulignons que la prévention par la première tétée de colostrum pourrait être proposée aux femmes qui ne souhaitent pas allaiter.
  - Le facteur de croissance cellulaire contenu dans le colostrum, permet une maturation et un développement de la muqueuse digestive, renforçant sa compétence de barrage et de captage.

Lorsque la présence vaginale de streptocoque B a été affirmée, la surveillance clinique associée à deux CRP à 12 heures d'intervalle devrait permettre l'abandon de l'antibiothérapie systématique.