



Par Dr. Rebecca Dekker, infirmière détentrice d'un Doctorat et d'un Master en Sciences infirmières, fondatrice et directrice du site EvidenceBasedBirth.com

Question : Qu'est-ce que le streptocoque du groupe B ?

Réponse : Environ 10 à 30 % des femmes enceintes sont porteuses d'une bactérie appelée le streptocoque du groupe B (SGB). La plupart des personnes porteuses du SGB ne présentent pas de symptômes. Chez les nouveaux-nés, le SGB peut être à l'origine de septicémies (infections du sang après la naissance), de méningites, et de pneumonies. Les infections précoces au SGB chez les nouveaux-nés sont généralement considérées comme antérieures à la naissance, c'est-à-dire que le SGB est transmis de la mère au fœtus in utero, souvent après que la poche des eaux se soit rompue.

Question : Quels sont les risques encourus par un nouveau-né en cas d'infection par le SGB ?

Réponse : Si une personne porteuse du SGB n'est pas traitée avec des antibiotiques administrés par voie intraveineuse (IV) pendant l'accouchement, le risque pour le bébé de développer une infection au SGB potentiellement mortelle est de 1 à 2 %. Si une personne porteuse de SGB est traitée avec des antibiotiques au moment de l'accouchement, alors le risque pour le bébé de développer une infection au SGB précoce n'est plus que de 0,2 %.

Question : Quel est l'intérêt scientifique de dépister toute les femmes enceintes pour le SGB et de traiter celles qui sont positives aux antibiotiques par IV durant l'accouchement ?

Réponse : Aux États-Unis, les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) recommandent une approche universelle de dépistage pendant la grossesse parce qu'elle a été associée avec un nombre moins important d'infections précoces au SGB que l'administration d'antibiotiques basée uniquement sur les facteurs de risque. La recommandation actuelle des CDC est que les personnes suivantes doivent recevoir des antibiotiques toutes les quatre heures durant l'accouchement en prévention d'une infection au SGB précoce :

- les personnes dont l'urine contient ou a contenu des SGB à un moment ou à un autre de leur grossesse actuelle ;
- les personnes qui ont déjà eu un enfant qui présentait une infection au SGB ;
- les personnes qui ont été dépistées positives pour une contamination par SGB dans les 35 à 37 semaines d'aménorrhée (sauf si une césarienne est pratiquée avant que la poche des eaux ne se soit rompue) ;
- les personnes sans résultat de dépistage qui sont au-delà de 37 d'aménorrhée, dont la poche des eaux s'est rompue depuis plus de 18 heures, ou qui présentent une température de plus de 38°C.

Question : De quelle manière les antibiotiques administrés durant l'accouchement ont-ils un impact sur le microbiote d'un nouveau-né ?

Réponse : Les études ont montré que les antibiotiques administrés en IV pendant l'accouchement ou au cours d'une césarienne influencent probablement le microbiote d'un enfant en réduisant le nombre de bactéries qui lui sont bénéfiques et en accroissant le nombre de celles qui lui sont potentiellement néfastes. Cependant, cet effet semble être temporaire pour la plupart des enfants, et l'effet négatif est atténué lorsque l'enfant naît par voie vaginale vaginale et/ ou est allaité.

Question : Existe-t-il une autre solution que les antibiotiques administrés en IV pour se débarrasser du SGB ?

Réponse : Prendre des probiotiques (lactobacilles) peut réduire les chances de contamination par le SGB. Le premier test aléatoire sur l'utilisation de probiotiques pour réduire la colonisation par SGB chez les femmes enceintes a été publié en 2016. Les chercheurs ont trouvé que lorsque les personnes positives au SGB prenaient des probiotiques, 43 % d'entre elles étaient devenues négatives au moment de la naissance. Par contraste, lorsque les personnes qui étaient positives au SGB ont pris un placebo, seules 14 % d'entre elles étaient négatives au moment de la naissance. Quant aux autres alternatives, l'efficacité du nettoyage du vagin avec de la chlorhexidine durant l'accouchement n'a pas été démontré lors de tests aléatoires. Nous n'avons pas de preuves quant à la sécurité ou l'efficacité de l'utilisation d'ail.

Question : En bref ?

Réponse : Aux États-Unis, le dépistage et le traitement pour le streptocoque du groupe B est recommandé par les CDC. Nous avons besoin de plus de recherches pour savoir si la prise de probiotiques durant la grossesse peut faire décroître les chances de dépistage positif.

Avertissement et droits d'auteur :

Cette information n'a pas pour but de se substituer à la relation entre le personnel soignant et le patient et ne doit pas être considérée comme un conseil médical personnalisé. Aucune information ne devrait être suivie sans l'avis professionnel du personnel soignant. © 2017. Tous droits réservés. Evidence Based Birth® est une marque enregistrée. La reproduction imprimée de cette fiche est autorisée si l'auteur est cité. Cette brochure peut être distribuée gratuitement dans sa version imprimée mais elle ne peut être vendue. Ce PDF ne doit pas être posté en ligne.



La pénicilline atteint rapidement la circulation fœtale en traversant le placenta (à des niveaux non toxiques) et peut permettre d'éviter que le SGB ne contamine le fœtus."

1. Johri, A. K., et al. (2006). "Group B Streptococcus: global incidence and vaccine development." *Nat Rev Microbiol* 4(12): 932-942.
2. CDC (2010). "Prevention of perinatal group b streptococcal disease." *MMWR* 59: 1-32.
3. Ohlsson, A. & Shah, V. S. (2013). "Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization." *Cochrane Database Syst Rev* 1: CD007467.
4. Azad, M. B., Konya, T., Persaud, R. R. (2015). "Impact of maternal intrapartum antibiotics, method of birth and breastfeeding on gut microbiota during the first year of life: a prospective cohort study." *BJOG* 123: 983-993.
5. Ho, M., Chang, Y., Chang, W. (2016). "Oral Lactobacillus rhamnosus GR-1 and Lactobacillus reuteri RC-14 to reduce Group B Streptococcus colonization in pregnant women: A randomized controlled trial." *Taiwan J Obstet Gynecol* 55(4): 515

