

# STREPTOCOQUES B

## les limites de prise en charge



Pr.D.DALLAY

# STREPTOCOQUES B

**PREVALENCE 4 - 25 %**

**60 % D'ENFANTS COLONISES**

**1 % MALADIE GRAVE**



# État des lieux

- Recommandations CNGOF/ANAES
- Application des protocoles et échecs
- Conséquences médico-légales



# Recommandations CNGOF

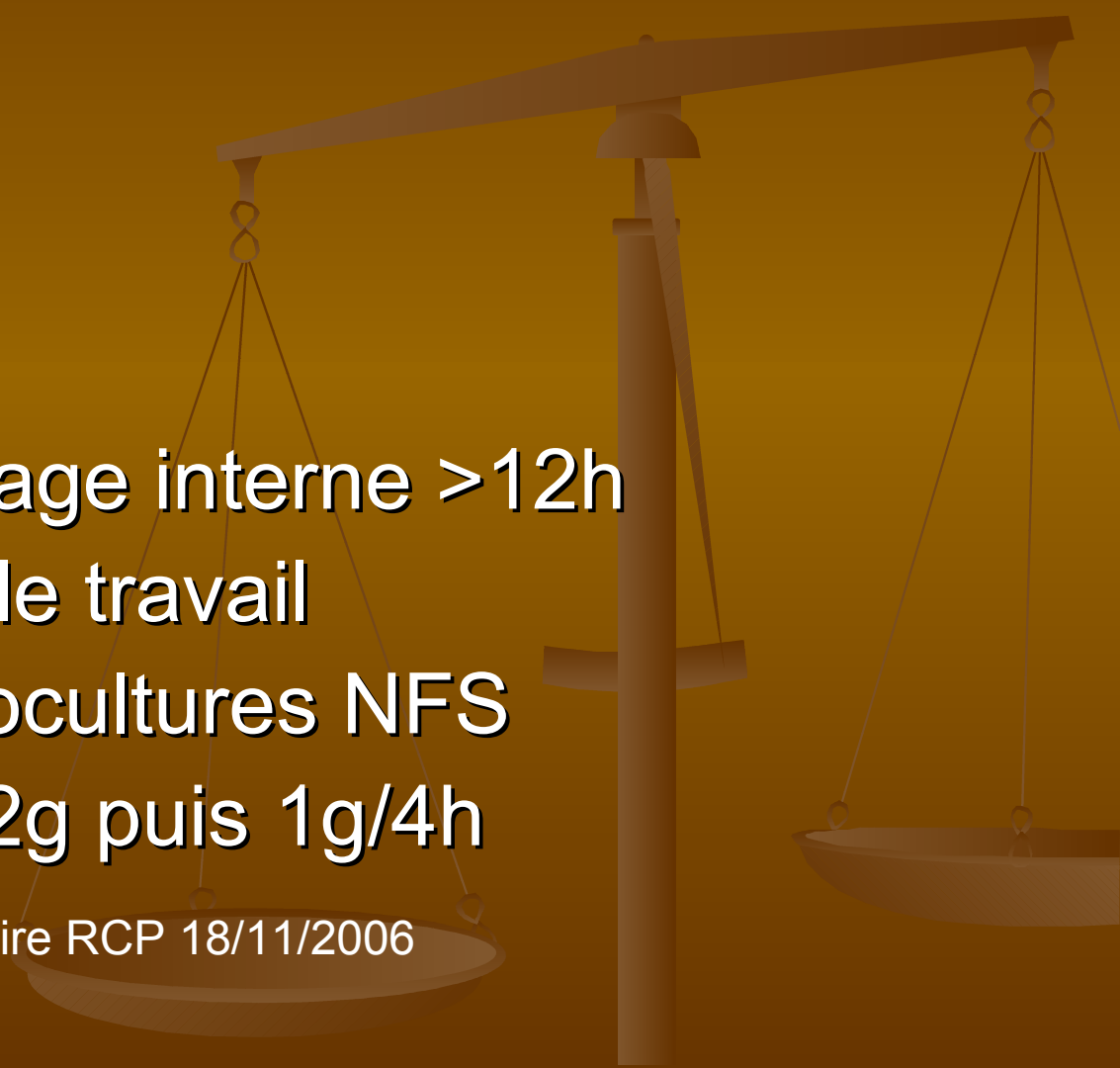
## pendant la grossesse

- Antécédents SGB ou bactéries haut risque
  - ▣ Per partum: Ampicilline 2g IV puis 1g/4h
- Symptôme pendant la Gr
  - ▣ TTT spécifique des vaginoses
  - ▣ ECBU/PV ▣ SGB : TTT per partum
- Symptôme obstétrical
  - ▣ RPM: PV et Ampicilline
  - ▣ MAP: PV +/- TTT adapté
- Systématique
  - ▣ PV 35-37 SA (SGB/COLI/H.INFLENZAE): Ampicilline per partum

# Recommandations CNGOF pendant le travail

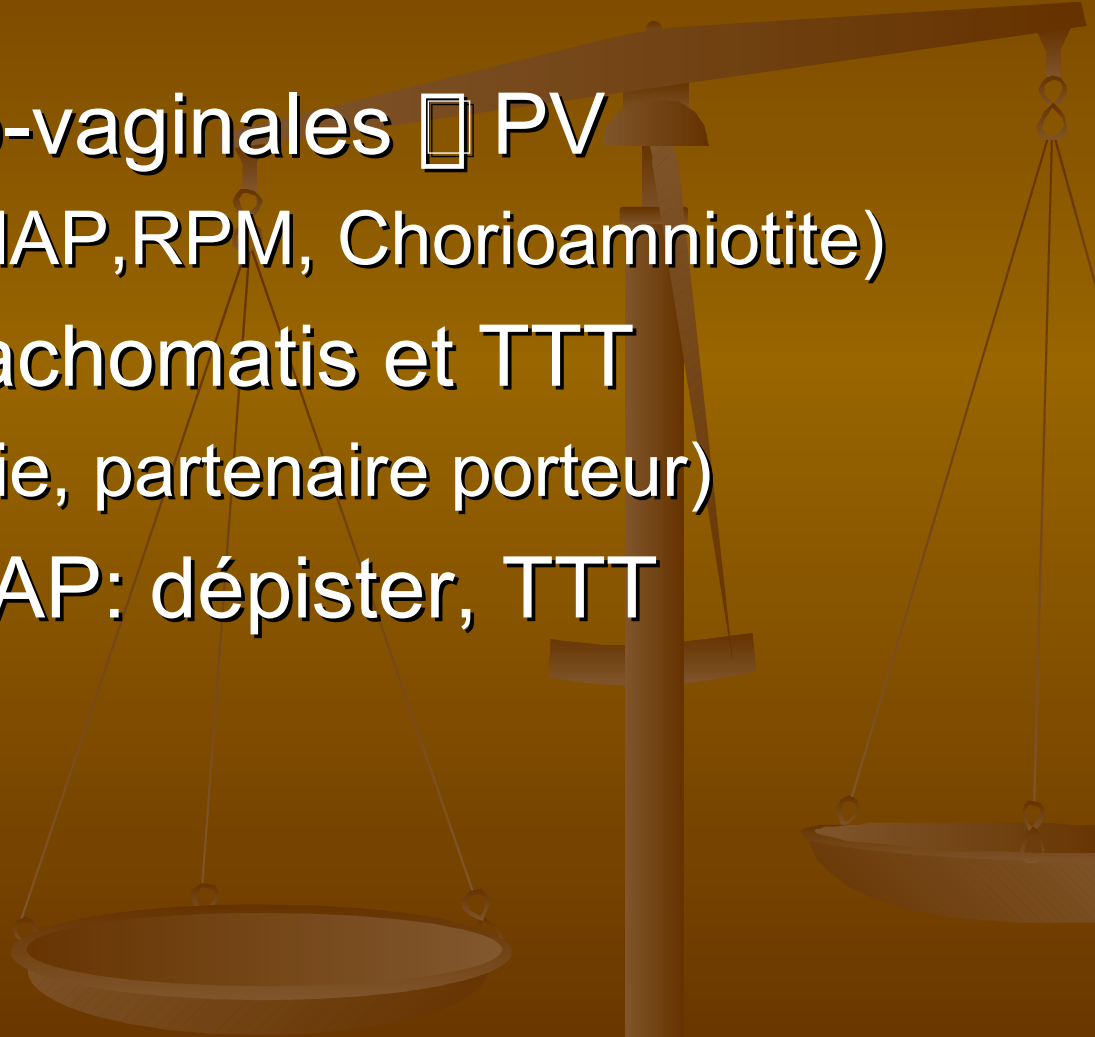
- Déclanchement
- RPM >12h
- TV > 6
- Travail, monitoring interne >12h
- Fièvre pendant le travail
  - PV +/- hémocultures NFS
  - Ampicilline 2g puis 1g/4h

Sommaire RCP 18/11/2006



# Recommandations ANAES

## signes d'appel

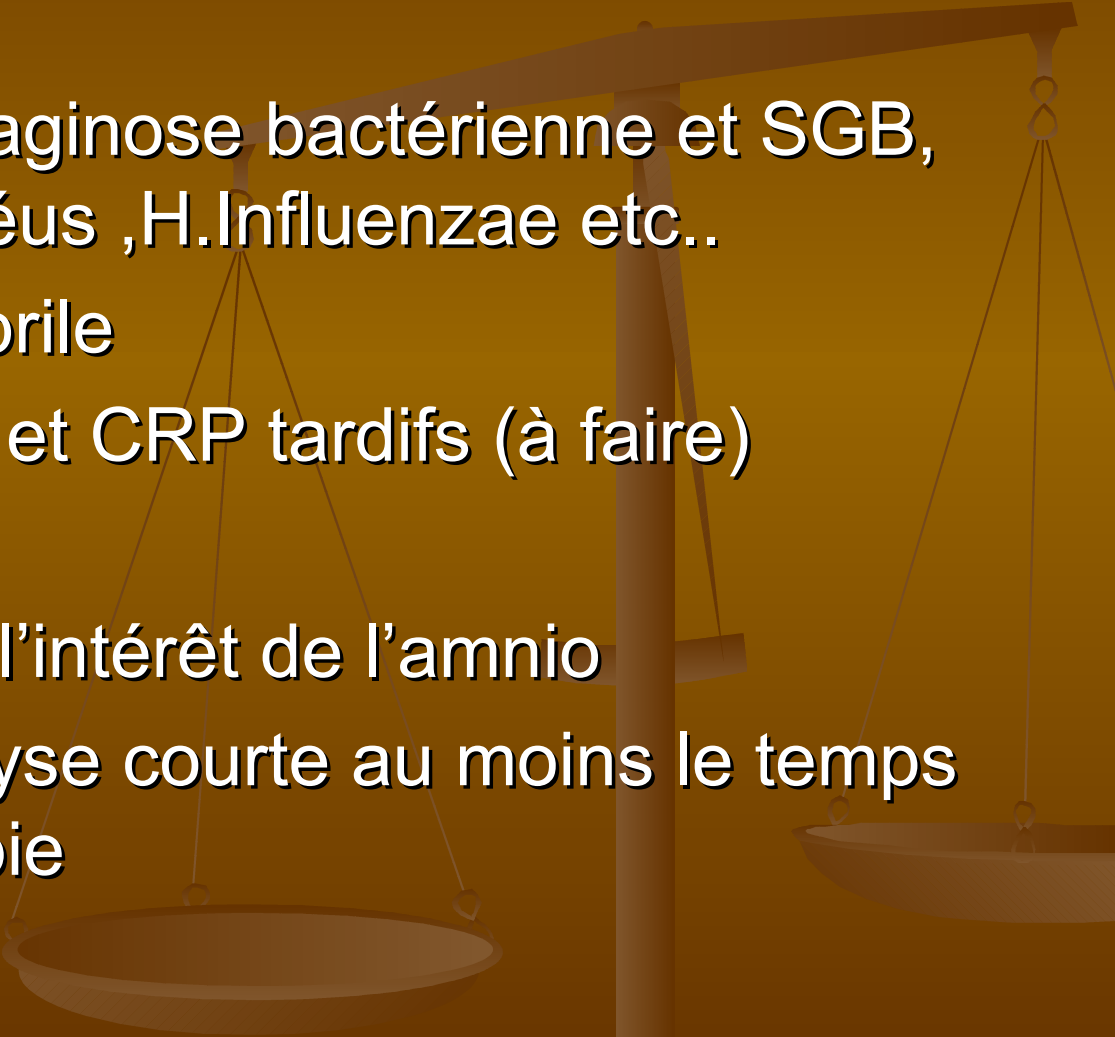
- Infections cervico-vaginales □ PV  
(Prurit, leucorrhées, MAP, RPM, Chorioamniotite)
  - Recherche C. Trachomatis et TTT  
(MST, cervicite, dysurie, partenaire porteur)
  - Antécédent de MAP: dépister, TTT  
vaginoses
- 

# Recommandations ANAES

- Dépistage du portage vaginal SGB
  - pas de TTT pendant la Grossesse
  - Antibioprophylaxie per-partum



# Recommandations ANAES RPM

- Rechercher une vaginose bactérienne et SGB, Coli K1, Staph auréus, H. Influenzae etc..
  - Hémoculture si fébrile
  - Hyperleucocytose et CRP tardifs (à faire)
  - Intérêt de l'IL-6
  - Pas de preuve de l'intérêt de l'amnio
  - Avant 34 SA tocolyse courte au moins le temps de la corticothérapie
- 



# Cas Clinique 1

- **En avril 2006**, Les examens habituels sont réalisés, l'échographie morphologique ne montre pas d'anomalie.
- **En juin 2006**, prélèvement vaginal daté du 08/06/06, montre des colonies de LACTOBACILLES et quelques colonies de CANDIDA ALBICANS pour lequel un traitement par GYNOPEVARYL sera prescrit.
- **En juillet 2006**, test de O'Sullivan puis une hyperglycémie provoquée le 18/07/06 qui est normale.

# Cas Clinique 1

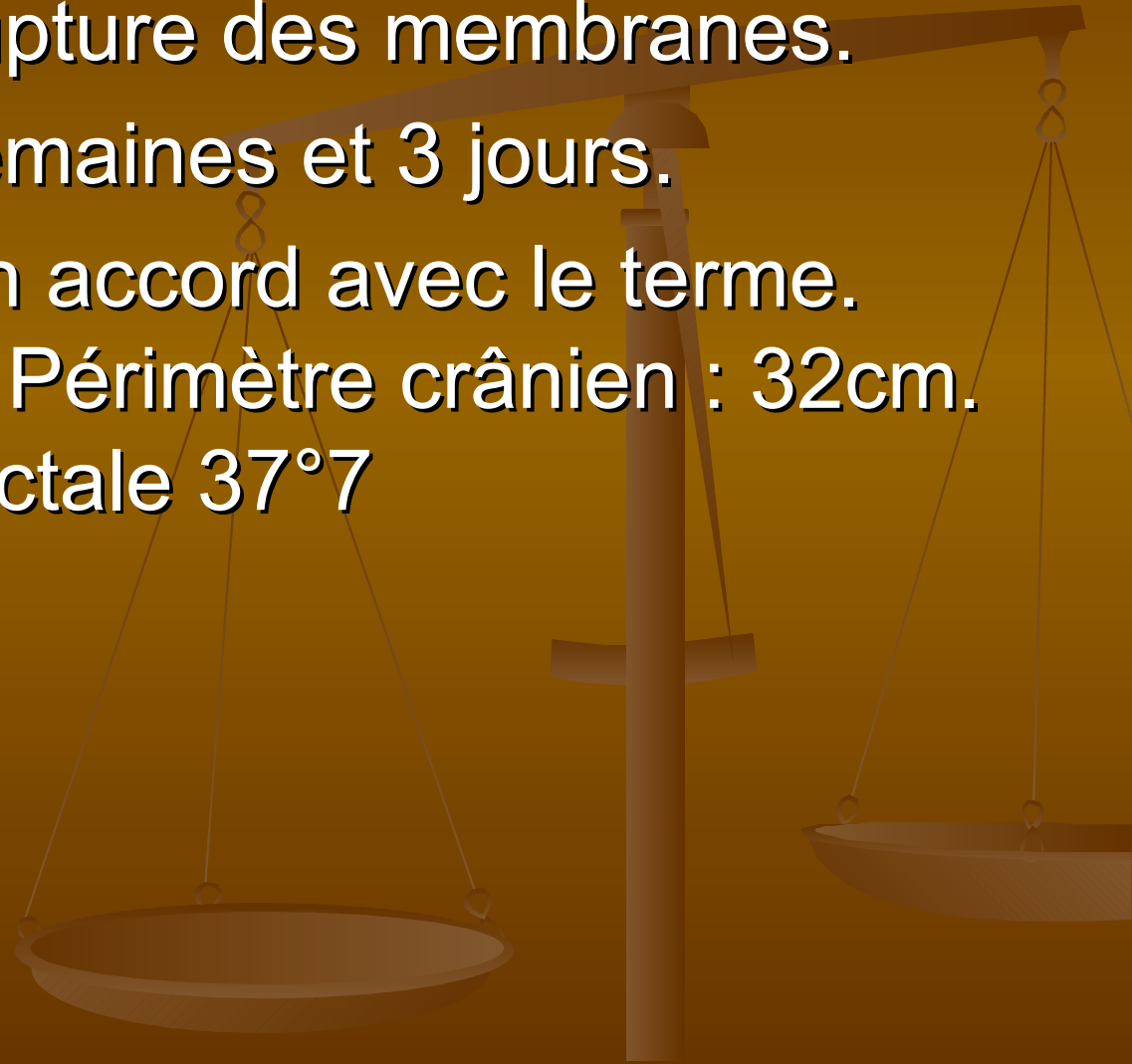
- **RPM 35 SA 4 h du matin, LA clair**
- Quelques CU peu fréquentes. HU 31 cm, présentation céphalique
- Col court, postérieur, perméable au doigt
- RCF initial normal. Il est décidé de garder Madame L. en observation pour un travail imminent
- Compte tenu de la rupture prématurée des membranes et du terme, inférieure à 37 SA, **injection d'AMOXYCILLINE, 2 gr IV/6H.**

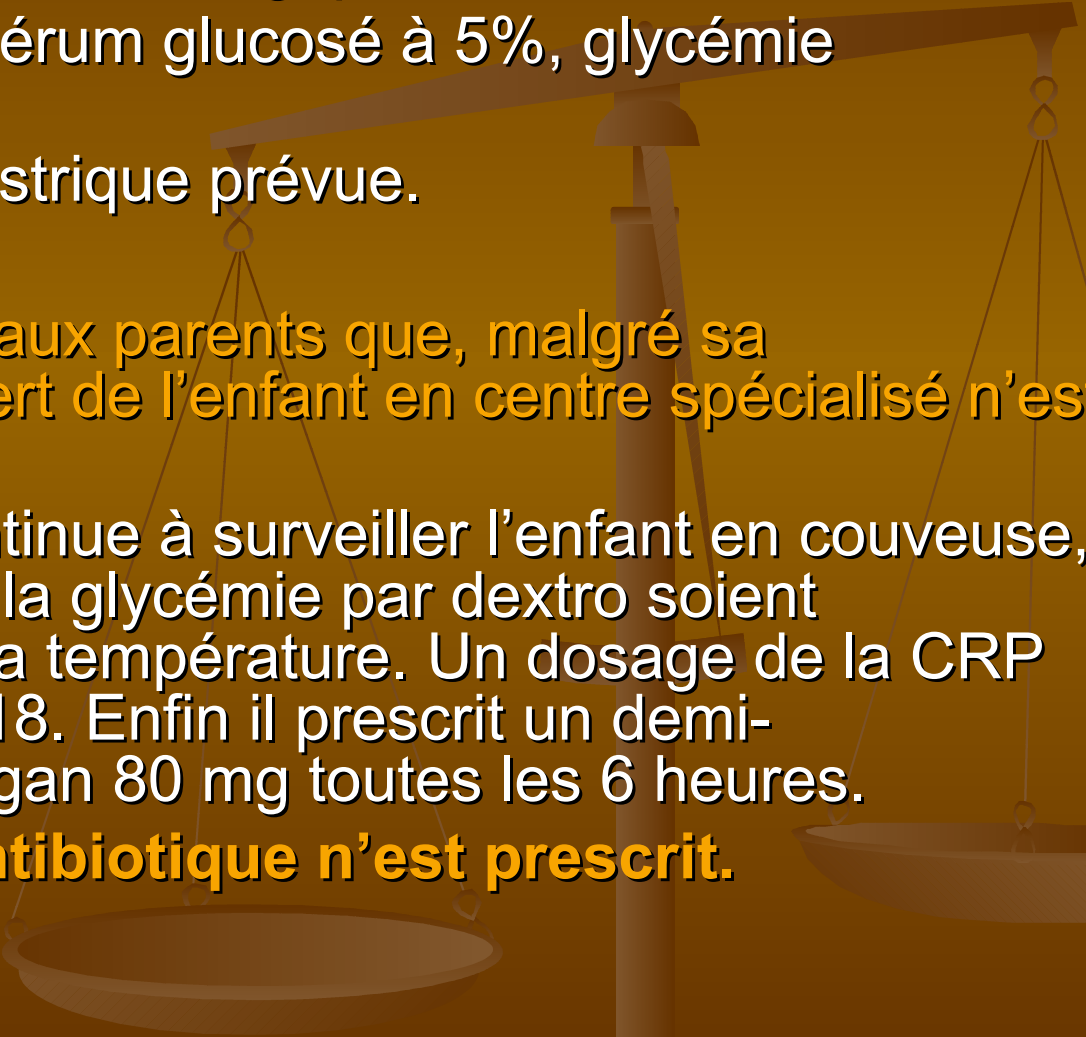
# Cas Clinique 1

- **Transfert en salle d'accouchement à 18 h 30**
- péridurale à 19 h 20, dilatation à 4 cm, col effacé.
- A 19 h 37, épisode de bradycardie qui récupère rapidement, la température est à 36,6°.
- A 21 h 00, dilatation est à 8 cm.
- A 21 h 30, dilatation à 9 cm.
- L'expulsion se fait spontanément, en OP, sans épisiotomie.
- A la naissance, l'APGAR 10/10, Ph 7,26.
- Il est noté : « pas d'explication au liquide amniotique assez sanglant en fin de travail ».

# L'enfant

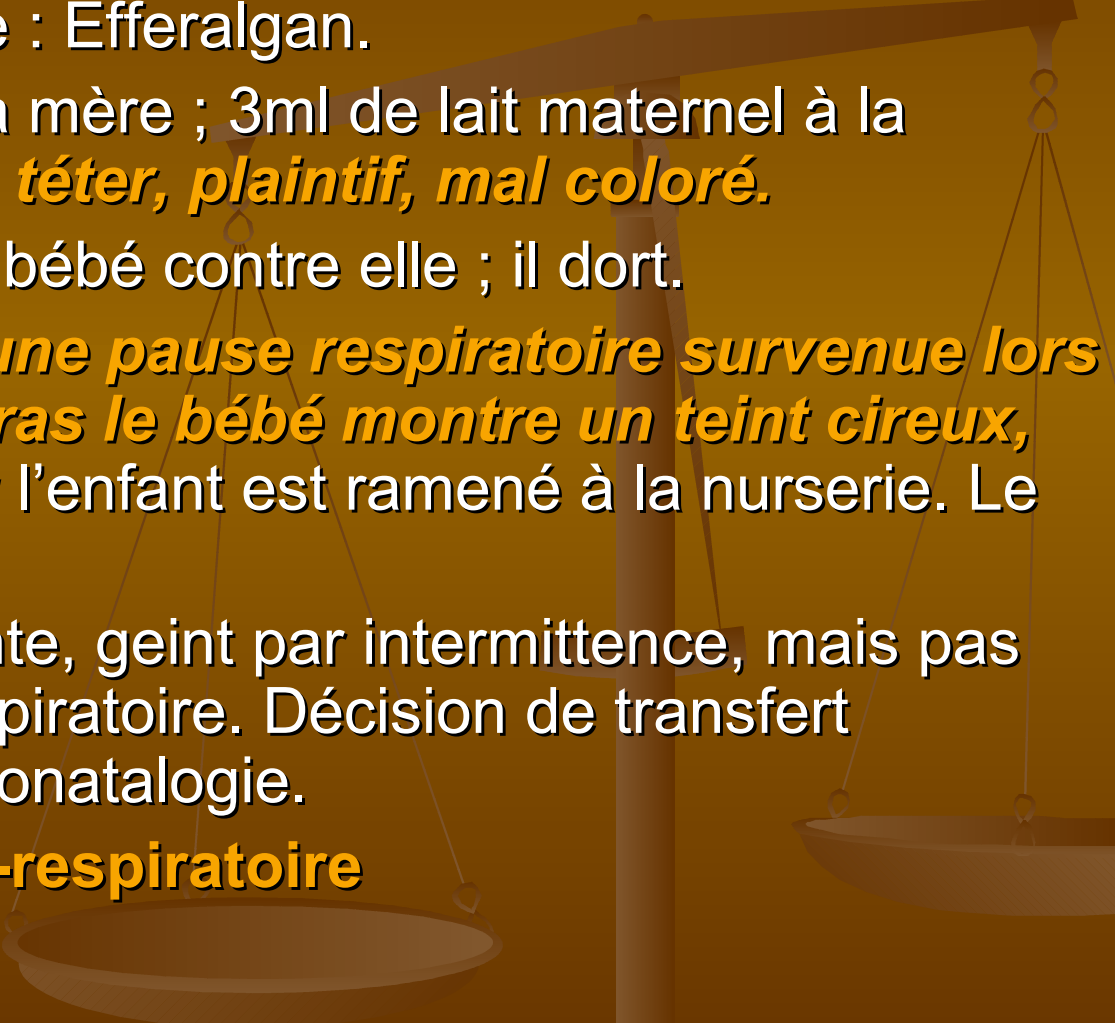
- 18 heures de rupture des membranes.
- Terme de 35 semaines et 3 jours.
- Poids 2760g, en accord avec le terme.  
Taille : 46,5cm. Périmètre crânien : 32cm.  
Température rectale 37°7



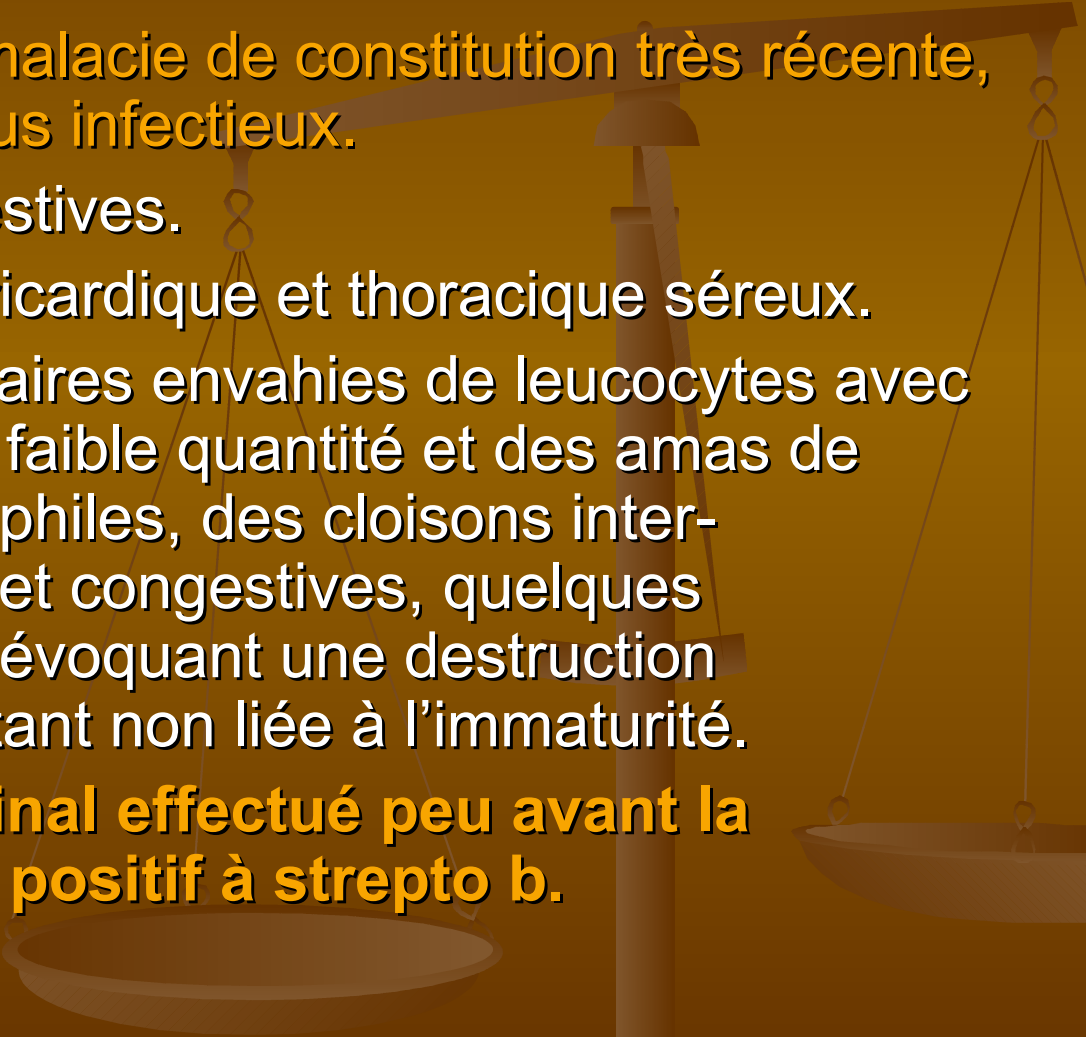
- 
- L'examen initial se montre rassurant. Le bébé est tonique, sans signe de détresse respiratoire. Petite bosse séro-sanguine, liquide d'aspiration pharyngé et gastrique teinté de sang, sans doute lié à la déglutition du liquide amniotique, lui-même hémorragique.
  - lavage gastrique au sérum glucosé à 5%, glycémie capillaire, normale.
  - Analyse du liquide gastrique prévue.
  - Vit K, collyre.
  - Le Pédiatre explique aux parents que, malgré sa prématurité, le transfert de l'enfant en centre spécialisé n'est pas nécessaire.
  - Il demande qu'on continue à surveiller l'enfant en couveuse, que des contrôles de la glycémie par dextro soient effectués ; surveiller la température. Un dosage de la CRP est prévu à H12 et H18. Enfin il prescrit un demi-suppositoire d'Efferalgan 80 mg toutes les 6 heures.
  - **Aucun traitement antibiotique n'est prescrit.**

- Le 26/07, 0h15 : bébé en couveuse, **sans monitoring** (rythmes cardiaque et respiratoire, saturation en oxygène) ; bien coloré, dort.
- 02h : échec de la mise au sein, mais prend 10 g. de lait Pré Guigoz complété de dextrine maltose 3 %, donné à la tasse, car pas de succion.
- 02h30 : rejet de glaires, bonne coloration.
- 04h30 : glaires ; a uriné, température 37°, bonne coloration. Pas de signe de détresse respiratoire.
- 05h30 : dextro normal à 0,73 ; le bébé va bien.
- 06h30 : rejet important de glaires ; bon comportement.
- 07h : la maman vient voir son bébé.
- 08h30 : consigne de toujours surveiller comportement et dextros. Surveiller les tétées, car le bébé déglutit mais n'a pas de succion.
- 09h : bain, bien éveillé.

- 9h30 urines, émission de méconium. **Bébé plaintif, qualifié de souffreteux** ; petite cyanose péribuccale. Revu par le Pédiatre : antalgiques prescrits.
- 10h : a bu à la seringue, 10ml de lait maternel, toujours sans téter ; petit rejet ; remis en couveuse.
- 10h30 : test de CRP « rapide » (semi quantitatif), le Pédiatre est présent : inférieur à 8mg (normal) à H12 ; glycémie-dextro à 0,58g/l. Calme, bien coloré ; amené à sa maman.
- 13h : 3ml de lait maternel à la seringue, toujours sans téter. **Semble avoir froid.**
- 16h : dextro normal à 0,60g/l.
- 16h30 : température 36°3 ; on augmente le chauffage de la couveuse. Toujours pas de succion.
- 17h : **plaintif, geint.** Le Pédiatre contacté demande une nouvelle CRP (sera inférieure à 8mg/l).
- 18h : l'Efferalgan prescrit semble soulager l'enfant.

- 
- 19h30 :Le Pédiatre appelé au téléphone car l'enfant paraît à nouveau **souffreteux, mal coloré** ; la relève paramédicale est tenue informée des inquiétudes de l'équipe précédente.
  - 20h : réponse téléphonique du Pédiatre, qui attribue les plaintes à la bosse séro-sanguine : Efferalgan.
  - 21h : dans les bras de sa mère ; 3ml de lait maternel à la seringue, **toujours sans téter, plaintif, mal coloré.**
  - 21h-23h : la maman a le bébé contre elle ; il dort.
  - 23h : la maman signale **une pause respiratoire survenue lors du change. Dans ses bras le bébé montre un teint cireux, inquiétant ; hypotonie** ; l'enfant est ramené à la nurserie. Le Réanimateur est appelé.
  - 23h 20 « pâleur importante, geint par intermittence, mais pas de signe de détresse respiratoire. Décision de transfert immédiat au CHR, en néonatalogie.
  - **Peu après, arrêt cardio-respiratoire**



- 
- L'autopsie ne mettra en évidence aucune malformation. important œdème cérébral, qui collabe les cavités ventriculaires.
  - -des foyers de **leucomalacie de constitution très récente, évoquant un processus infectieux.**
  - -des méninges congestives.
  - -un épanchement péricardique et thoracique séreux.
  - -des alvéoles pulmonaires envahies de leucocytes avec des macrophages en faible quantité et des amas de polynucléaires neutrophiles, des cloisons inter-alvéolaires épaissies et congestives, quelques membranes hyalines évoquant une destruction secondaire du surfactant non liée à l'immatunité.
  - **Le prélèvement vaginal effectué peu avant la naissance se révèle positif à strepto b.**

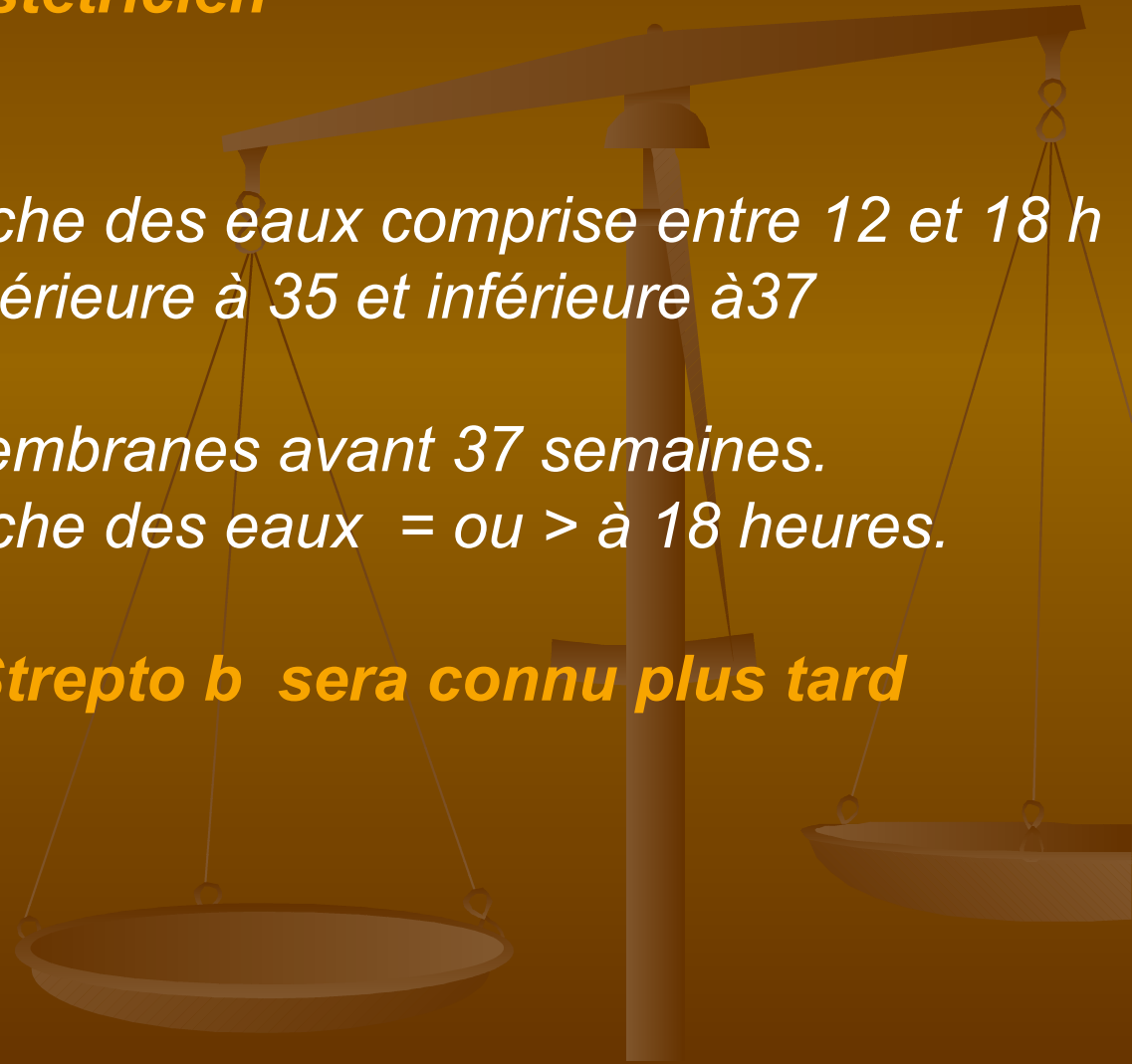
## ***ANAES 2002 : Pour l'Obstétricien***

*durée d'ouverture de la poche des eaux comprise entre 12 et 18 h  
prématurité spontanée supérieure à 35 et inférieure à 37  
semaines.*

*rupture prématurée des membranes avant 37 semaines.*

*durée d'ouverture de la poche des eaux = ou > à 18 heures.*

***Le portage maternel du Strepto b sera connu plus tard***



# Commentaires de l'expert Pédiatre

« L'absence d'antibiothérapie est conforme aux règles admises par l'ANAES - le nouveau-né étant jugé asymptomatique au moment de son examen ( ici, effectué à H1), « seule la surveillance rapprochée, particulièrement pendant les premières 24 heures, est recommandée ».

On pourrait regretter l'absence de **numération formule** dont le résultat est plus rapide (en une à deux heures) et la constatation d'une leucopénie aurait pu être d'une grande aide dans l'appréciation de l'atteinte infectieuse du nouveau-né. En réalité l'hémogramme, est très peu contributif au diagnostic d'infection néonatale.

Quant à **l'hémoculture** elle est sans intérêt pratique dans l'indication d'une antibiothérapie car sa positivité éventuelle n'est connue que dans un délai minimum de 48 heures.

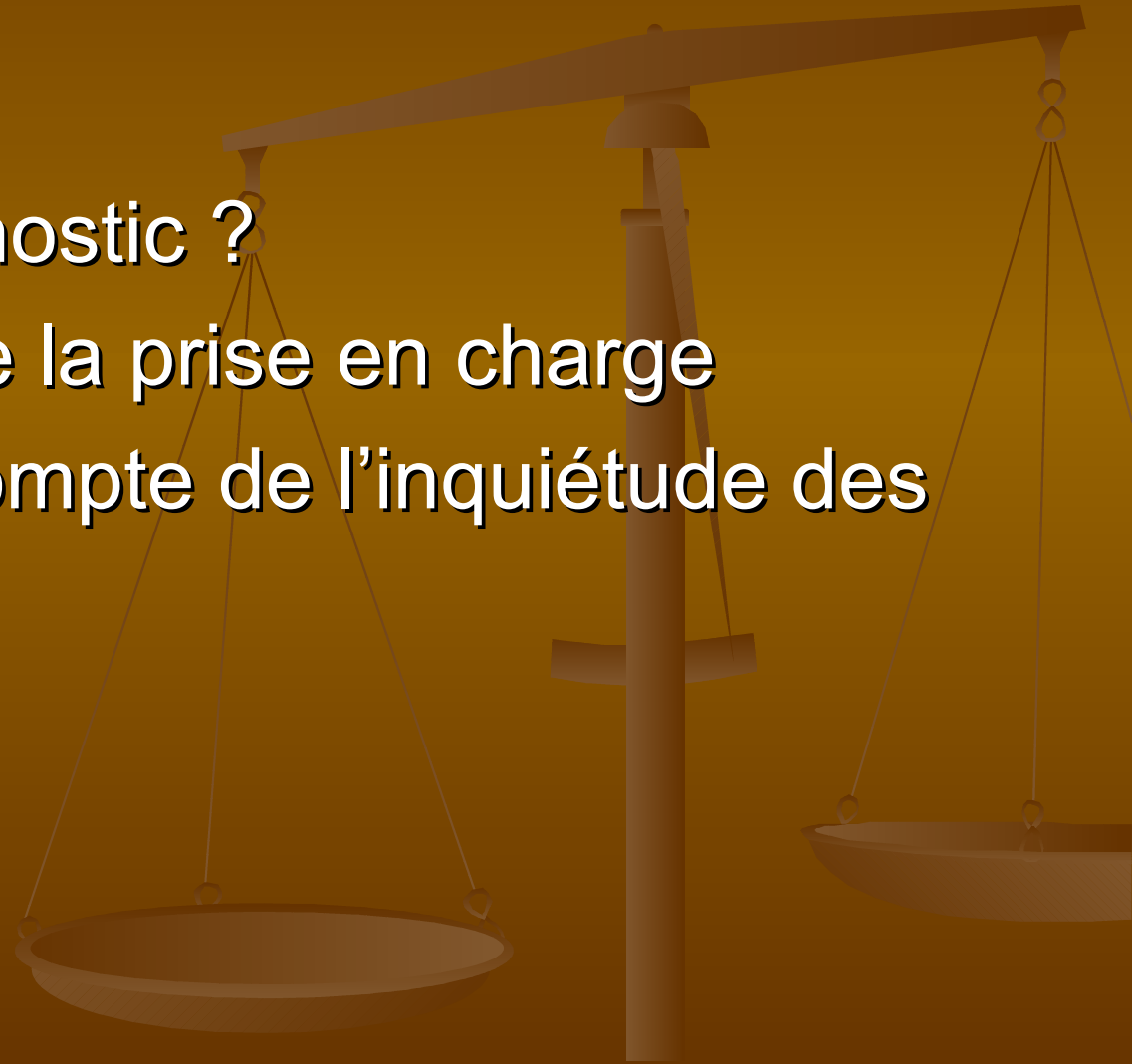
**La CRP n'est contributive qu'après la 12ème heure de vie**, et une élévation modérée, en l'absence d'argument clinique ou bactériologique, n'est pas un critère suffisant.

La bosse séro-sanguine peut provoquer un état algique, d'où le traitement par Efferalgan.

Enfin le lieu de la naissance à la Clinique S, répertoriée niveau 1, est parfaitement adaptée aux circonstances et au faible risque materno-foetal présumé initialement. »

# Synthèse

- Défaut de diagnostic ?
- Discontinuité de la prise en charge
- Non prise en compte de l'inquiétude des parents



# Cas clinique 2

## Conséquences d'un accouchement par forceps

- Antécédents obstétricaux:
- La 1<sup>o</sup> grossesse s'est compliquée d'une rupture prématurée des membranes à 30 SA.
- accouchement prématuré le 16/01/2003, à 32 SA, après transfert à l'hôpital de T.
- Elle avait bénéficié d'une tocolyse, associant du SALBUMOL et une prévention des membranes hyalines par la corticothérapie.
- Aux dires de Madame P, elle aurait bénéficié pendant cette hospitalisation d'une **Antibioprophylaxie** mais les **prélèvements bactériologiques** faits à l'époque auraient été **négatifs**.

# Grossesse actuelle

- **Consultation du 03/04/05** : la patiente perçoit les mouvements actifs, l'activité cardiaque est perçue, **le col est mesuré à 45mm**.
- **Consultation du 03/05/05 à 23 SA** : le col est noté postérieur et fermé, l'échographie montre qu'il s'agit d'une petite fille.
- **Consultation du 13/05/05 à 25 SA** : **le col est mesuré à 36mm** à l'échographie, l'activité cardiaque est perçue, ainsi que les mouvements actifs.
- **Consultation du 06/06/05 à 29 SA** : il est noté col idem, activité cardiaque perçue, mouvements actifs perçus.
- **Consultation du 05/07/05 à 32 SA** : aucune anomalie n'est notée.
- **Consultation du 08/07/05 à 34 SA et 1 jour** : **col 36mm**, mouvements actifs perçus, bruit du cœur positif. C'est la dernière consultation que réalise le Docteur K, cette malade sera ensuite prise en charge à la Clinique où elle est hospitalisée le **13/08/05 à 13 h 00** pour une rupture prématurée des membranes à 37 SA et 4 jours

**Pas de PV (prévu à la dernière CS)**

# Accouchement par forceps pour SFA

- L'Apgar de l'enfant est noté à 4 puis 8. L'enfant est pris en charge rapidement dans le service de pédiatrie.
- Madame P va faire un **choc septique**, une demi-heure après son accouchement. Sa température est à 39,5°, sa tension est à 5/3, le bilan biologique réalisé en urgence, confirmera une thrombopénie majeure 50 000 et une anémie justifiant une transfusion sanguine.
- Madame P est mise sous antibiothérapie associant METRONILAZOL et AUGMENTIN.
- Elle sera transférée le 14/08/05 à 21 h dans le service de réanimation de l'hôpital de T. où elle est hospitalisée jusqu'au 17/08 date de son retour à la maternité où elle reste jusqu'au 22/08.
- Au cours de l'hospitalisation plusieurs prélèvements bactériologiques ont été réalisés et ont confirmé l'existence d'une infection à **Streptocoque B et à colibacille**.
- En effet, les prélèvements réalisés à l'entrée à la clinique, ont montré qu'elle était porteuse d'un streptocoque B.
- Il a été retrouvé au niveau du placenta du Streptocoque B et un colibacille.
- Les prélèvements faits au niveau de l'ombilic, du liquide gastrique, des oreilles, ont montré que cet enfant était infecté à la fois par le streptocoque B et un colibacille.
- Transfert au CHR avec sa Mère, Antibiothérapie à son arrivée.

□ **Encéphalopathie majeure**

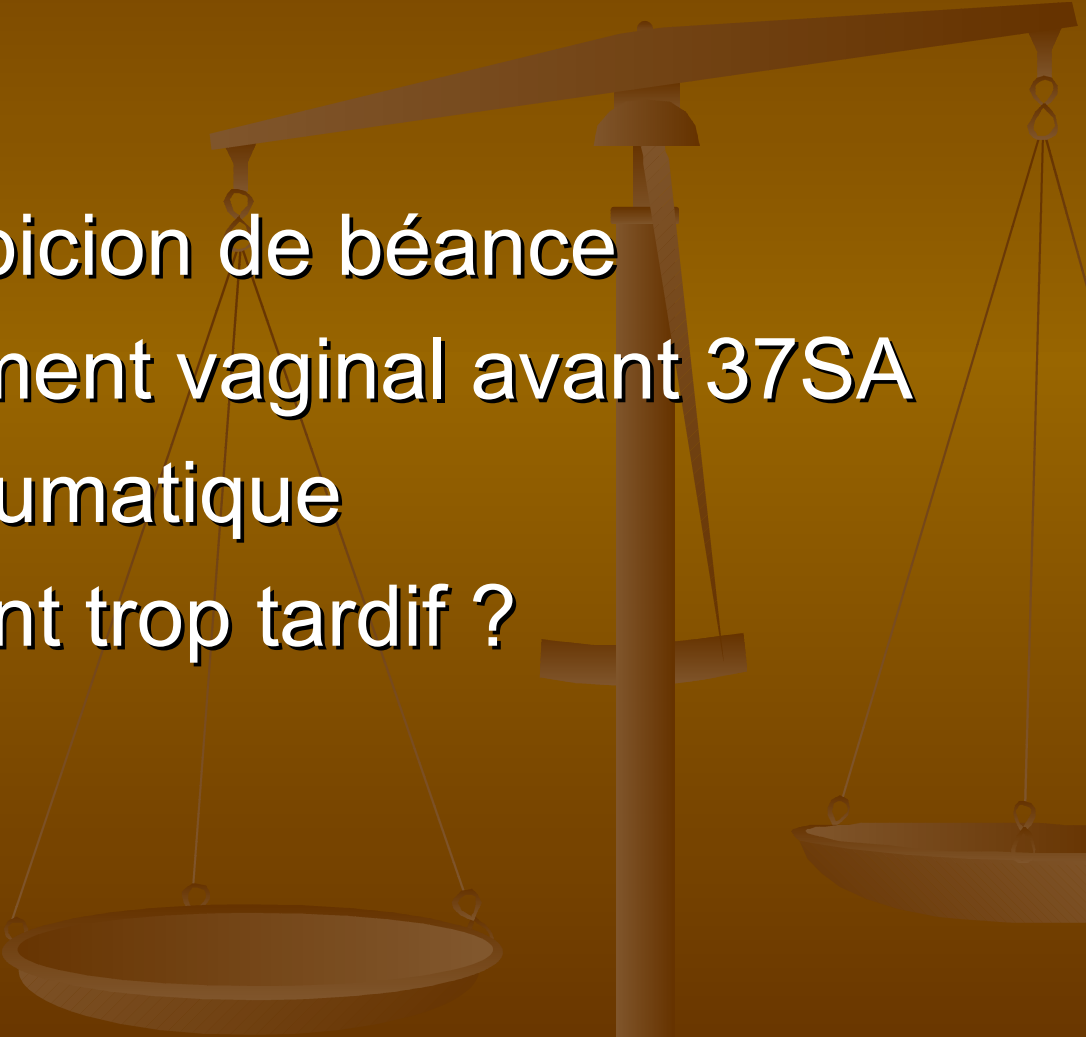
## Commentaires de l'expert

« L'hypoxie per-natale a tout au plus, aggravé un état antérieur, lié à l'état infectieux prouvé par les différents prélèvements post-nataux qui ont permis d'isoler un Streptocoque et un Colibacille.

Les examens radiographiques discutés dans l'expertise pédiatrique, vont dans le sens de séquelles à rattacher plus à une infection per-natale qu'aux séquelles d'un accouchement traumatique ».



# Synthèse

- RPM/MAP: suspicion de béance
  - Pas de prélèvement vaginal avant 37SA
  - Forceps non traumatique
  - Traitement enfant trop tardif ?
- 

# Penser au risques infectieux



« La médecine n'est pas une science exacte »  
« je ne suis que Docteur »