

Titre : *Streptococcus agalactiae* (groupe B)

Auteurs : S. Edouard

Caractères bactériologiques

- **Cocci Gram positif, en chaînette**
- **Aérobic-anaérobic facultatif**, immobile, non sporulé
- **Catalase négative** (≠ Staphylococcus)
- Antigène de paroi (classification de Lancefield : polyside C → sérogroupe B)
- La majorité des souches isolées en pathologie humaine possède une **capsule** → sérotype I à VIII
- Bactérie exigeante, nécessite milieu de culture enrichie à 5% de sang frais, hémolyse totale (β)

Physiopathologie – Pouvoir pathogène

- Réservoir **strictement humain** - commensale de la flore rhinopharyngée, génitale et digestive
- **10 à 35%** des femmes enceintes sont porteuses de Streptocoque B
En l'absence de prophylaxie per partum, 50 à 70% des enfants nés d'une mère porteuse de streptocoque B seront colonisés mais seulement 2% seront réellement infectés en l'absence d'antibioprophylaxie
- Bactérie la plus fréquente des infections graves du nouveau-né né à terme
- **Contamination par voie ascendante** (in utéro) ou par **ingestion/inhalation de sécrétion vaginale ou de liquide amniotique contaminé** après rupture des membranes, ou au moment du passage de la filière urogénitale colonisée par le streptocoque B lors de l'accouchement
- Physiopathologie : infection néonatale (0,5 à 3/1000 naissances)
Contamination du nouveau-né in utéro +++ → **Infection précoce** (dans les 5 jours suivant la naissance)
Contamination lors de l'accouchement, maternage → **Infection tardive** (6 jours à 3 mois)

Manifestations cliniques :

- **Infection maternelle** de la femme enceinte et du post-partum :
 - **Colonisation asymptomatique** chronique ou intermittente des voies génitales, bactériurie asymptomatique
 - **Bactériémie, infections urinaires, chorioamniotite, endométrite** dans les 48h suivant l'accouchement
- **Infection du nouveau-né:**
 - **Infection précoce** : **sepsis sévère avec atteinte pulmonaire et parfois méningés**
Tous les sérotypes capsulaires peuvent être responsable d'infections précoces
 - **Infection tardive** : **bactériémie avec méningite très fréquente, ostéo-arthrite**
Risque de décès foudroyant et possibles séquelles neurologiques ou pulmonaires
SGB de sérotype III (50 à 80% des cas parmi lesquels un clone hypervirulent ST-17 en cause dans 80% des méningites)
- **Infection aigüe de l'adulte en dehors de la grossesse (4/100,000 habitants)** : touche surtout les personnes > 65 ans et les personnes atteintes de pathologies sous-jacentes (diabète, éthylique chronique, cancer, insuffisante hépatique, insuffisance cardiaque, dénutrition,...)
 - Salpingite aigüe**
 - Arthrite, ostéomyélite, infection sur prothèse**
 - Bactériémie, endocardite**
 - Infection urinaire**
 - Pneumopathie, méningite possible**
 - Infections de la peau et des tissus mous**
Sérotype V majoritaire (30 à 50% des isolats responsables d'infections chez l'adulte)

Diagnostic

- **Prélèvements adultes: écouvillon vaginal, LCR, hémoculture, ECBU, autres prélèvements selon le site de l'infection (valves, prélèvements articulaires, respiratoires...)**
- **Prélèvement nouveau né** : LCR, liquide gastrique, hémoculture, ...
- **Culture** sur milieu solide (gélose enrichie à 5% de sang frais) en atmosphère aérobie ou anaérobie enrichie en 5% de CO₂ à 35°C (colonie blanche, beta-hémolytique, catalase négative)
- **Indentification des colonies par spectrométrie de masse (ou galerie d'identification biochimique)**
- **PCR en temps réel** (rapidité +++): surtout pour le diagnostic des **méningites** et pour déterminer le **portage vaginal si statut inconnu** au moment de l'accouchement

Traitement

- Reste **très sensible aux pénicillines** mais 15-35% des souches sont résistantes aux macrolides et 85% aux cyclines
- **Méningites néonatale** : Amoxicilline **14 à 21 jours**
- **Autres Infection néonatale tardive ou précoce** :
- **En probabiliste** : Amoxicilline (ou cefotaxime) + gentamicine
durée traitement : **10 jours** si bactériémie sans foyer infectieux identifié jusqu'à **14-21 jours** bactériémie avec foyer infectieux identifié (arthrite, ostéomyélite,...)
- **Si infection à SGB documentée** : pénicilline **G** ou amoxicilline + gentamicine
durée traitement : **10 jours** si bactériémie sans foyer infectieux identifié jusqu'à **14-21 jours** si bactériémie avec foyer infectieux identifié (arthrite, ostéomyélite,...)
- **Infection adulte** : pénicilline **G parentérale** ou amoxicilline per os en fonction de la gravité de l'infection (alternative si allergie pénicilline : vancomycine, moxifloxacine, lévofloxacine)
durée traitement : **1 à 3 jours** pour une infection urinaire, **10 jours** pour infection de la peau et des tissus mous, **14 à 21 jours** si méningite, **4 semaines** pour endocardites et ostéomyélite.

Prévention – Autres mesures

- **Dépistage obligatoire du portage vaginal** de SGB chez la femme enceinte entre **34 et 38** semaines d'aménorrhée
- **Antibioprophylaxie de la mère par amoxicilline IV** (2g puis 1g toutes les 4h) au moment de l'accouchement si mise en évidence de portage de Streptocoque B + si antécédent d'infection néonatale à Streptocoque B, d'accouchement avant 37 semaine d'aménorrhée, de rupture prématurée des membranes de plus de 12 heures ou de fièvre au cours du travail.
- En cas d'allergie à la pénicilline : céphalosporine ou érythromycine en fonction des données de l'antibiogramme
- Pas de vaccin disponible à ce jour