

Contexte

Depuis 2006, nous avons constaté une augmentation des signalements d'infections invasives à *Streptococcus pyogenes* (SGA) du post-partum dans l'interrégion Ouest, ce qui dès lors a donné lieu à plusieurs travaux sur ce sujet. Pour ce qui est de l'échelle mondiale, on a assisté à un recul des infections invasives à SGA au milieu du XXème siècle mais depuis le début des années 90 elles sont revenues à la hausse sans explication connue.

Le SGA est un Cocci gram+, ubiquitaire, préférentiellement de localisation pharyngée (5% des adultes et 20% des enfants) mais le portage peut aussi être cutané, nasal, périnéal, vaginal ou anal. Outre ces colonisations fréquentes le SGA est également connu pour son pouvoir pathogène, responsable d'infections pouvant mettre en jeu le pronostic vital (infection invasive, syndrome de choc toxique streptococcique, fasciite nécrosante).

Pour ce qui est des infections invasives à SGA du post-partum, en 2011, le CDC a montré qu'une femme en post-partum a 20 fois plus de risque d'infection à SGA qu'une femme non enceinte (0.56 cas pour 1,000 femmes-années contre 0.019 cas pour 1,000 femmes-années chez les femmes non enceinte). Dans le même sens, en 2013, une revue de la littérature retrouvait que 85% des infections à SGA chez la femme enceinte a lieu pendant le post-partum, et le plus souvent dans les 4 premiers jours après un accouchement par voie basse.



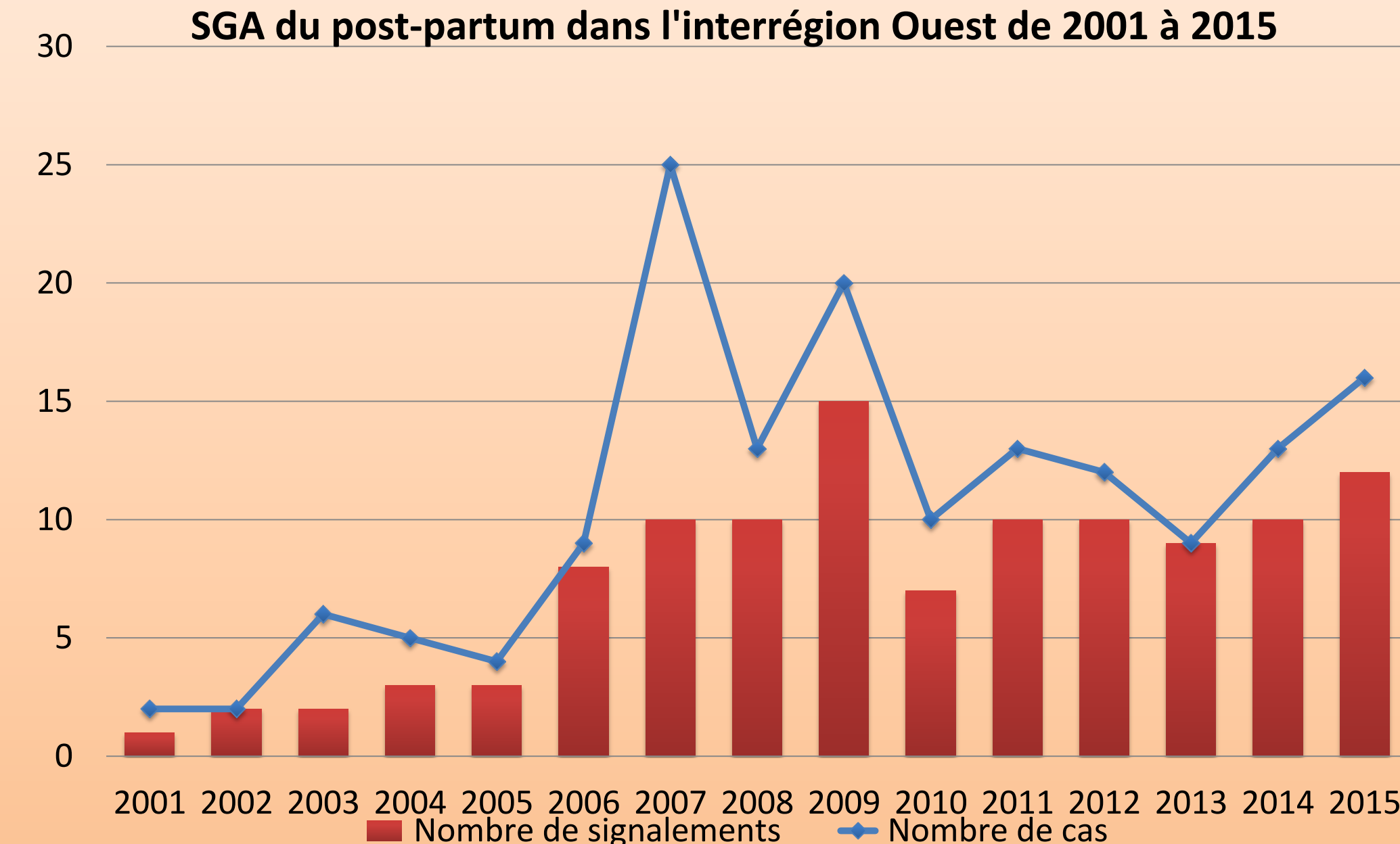
Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective des infections puerpérales à SGA réalisée à partir des fiches de signalement externe des infections nosocomiales de l'interrégion Ouest (Basse-Normandie, Bretagne, Centre et Pays de la Loire) du 01/08/2001 au 31/12/2015.

Ont été inclus tous les signalements externes de cas groupés d'infections invasives à SGA survenues au décours d'un accouchement par voie basse ou césarienne.

Les résultats des génotypes des souches ont été recueillis auprès du CNR.

Nombre de signalements et de cas d'infections invasives à SGA du post-partum dans l'interrégion Ouest de 2001 à 2015



Résultats

- Parmi les 112 signalements externes enregistrés entre 2001 et 2015, 27 décrivaient des cas groupés.
- Pour 11 des 27, une infection nosocomiale liée à une transmission croisée a été confirmée par le typage des souches.
- Pour 3 des 11, la même souche de SGA a été isolée chez un personnel soignant (2 sages-femmes et une aide puéricultrice).

- Le premier épisode signalé en 2009 concernait 3 patientes et 1 sage-femme (génotype emm28). Sur les 3 endométrites, une était compliquée d'une bactériémie et d'une infection urinaire, les 2 autres patientes n'avaient qu'un prélèvement vaginal positif, la sage-femme avait un dépistage pharyngé positif.
- Toujours en 2009, l'épisode concernait 2 endométrites dont 1 compliquée d'une bactériémie (génotype emm28). La sage-femme présentait un dépistage pharyngé négatif, mais un prélèvement vaginal a été retrouvé positif. Le typage des souches montrait là encore une similitude des souches.
- Dans l'épisode le plus récent de 2015, la même souche de SGA (génotype emm89) a été isolée chez une aide puéricultrice et chez 2 parturientes. Cette soignante ne portait pas de masque en salle d'accouchement en l'absence de signe ORL. Le portage de SGA chez cette soignante était persistant malgré les traitements antibiotiques, à cause d'une contamination communautaire familiale.

Conclusion

Il nous apparaît alors particulièrement important de rappeler certaines recommandations détaillées ci-après, ainsi que d'encourager les EOH à continuer de :

- Signaler à l'ARS et au Cclin tout cas nosocomial et les tenir informés sur le déroulement de l'investigation.
- Demander si nécessaire une aide extérieure en cas d'épidémie non maîtrisée.
- Envoyer la ou les souches au CNR pour typage et comparaison si un lien épidémiologie est possible.

Définition de cas groupés

La survenue de 2 cas dans un délai de 6 mois ou moins dans un même établissement doit conduire à rechercher un lien entre ces cas. Ils seront considérés comme groupés en l'attente de la comparaison des souches. Avant toute comparaison des souches, le lien entre les cas est d'autant plus probable que les cas sont survenus dans le même secteur et/ou sont de même type et/ou sont survenus dans une période de temps rapprochée.

Prévention primaire

- Hygiène des mains adaptée aux gestes
- Le port du masque chirurgical est obligatoire :
 - pour l'accoucheur et la sage-femme, à partir de la rupture des membranes pour tout geste diagnostique ou thérapeutique au niveau des voies génitales de la parturiente
 - pour les autres personnels et proches de la parturiente présents dans la salle de travail s'ils présentent des symptômes ORL *ou s'ils sont à moins d'1 mètre*
 - en post-partum pour les soins d'épisiotomie, de césarienne
- De plus, un personnel présentant des signes d'infection doit être traité et évincé du service jusqu'à 24H après le début de l'antibiothérapie.

Dépistage et prévention secondaire

1. Recherche active d'autres cas (accouchées du même jour...)
2. Recherche d'une personne infectée dans l'entourage familial du cas et parmi les personnels « contact »
3. Bien que l'infection puisse être d'origine communautaire, une origine nosocomiale doit être suspectée. Afin d'éviter un second cas, il est souhaitable si le cas est isolé, et fortement recommandé devant plusieurs cas, de proposer un prélèvement de gorge avec 2 écouvillons (TDR+culture) chez les personnels qui ont pratiqué l'accouchement (obstétricien ou sage-femme + élève sage-femme).
4. Si ces prélèvements sont négatifs, éventuelle extension du dépistage à :
 - d'autres sites de prélèvements : anus, vagin
 - d'autres personnels moins proches
 - l'entourage familial des personnels « contact »
5. Un dépistage systématique par TDR parmi les proches (famille) sans aucun signe d'infection, à la recherche de porteurs, n'est pas recommandé.

Bibliographie

- Anderson BL. Puerperal group A streptococcal infection: beyond Semmelweis. *Obstet Gynecol* 2014; 123:874-82.
- Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Guide pour la prévention et l'investigation des infections hospitalières à *Streptococcus pyogenes*. 2006. 41 pages.