



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Intérêt d'un test de PCR en temps réel en intrapartum en comparaison à la culture de fin de grossesse pour le dépistage du streptocoque du groupe B chez la femme enceinte

Usefulness of a rapid intrapartum real-time PCR assay in comparison with the group B Streptococcus culture screening at the end of pregnancy in pregnant women

M. Defez^{a,*}, F. Khizar^a, M. Maurin^{b,c}, F. Biot^d, J.-C. Pons^{a,c},
F. Sergent^{a,c}

^a Service de gynécologie et obstétrique et médecine de la reproduction, CHU de Grenoble, C.S. 10217, 38043 Grenoble cedex 9, France

^b Laboratoire de bactériologie, département des agents infectieux, institut de biologie et de pathologie, CHU de Grenoble, C.S. 10217, 38043 Grenoble cedex 9, France

^c Université Joseph-Fourier, BP 53, 38041 Grenoble cedex 9, France

^d Unité de bactériologie, UMR.MD1, institut de recherche biomédicale des armées, 91220 Brétigny-sur-Orge, France

Reçu le 15 février 2016 ; avis du comité de lecture le 19 mai 2016 ; définitivement accepté le 7 juin 2016

MOTS CLÉS

Streptocoque du groupe B ;
Dépistage anténatal ;
PCR en temps réel ;
Grossesse

Résumé

But. – Évaluer et comparer les performances diagnostiques d'un test rapide de PCR en temps réel chez la femme en début de travail et celles de la culture à 34–38 semaines d'aménorrhée (SA) pour le dépistage du streptocoque du groupe B (SGB).

Matériels et méthodes. – Cette étude prospective a inclus les patientes en début de travail après 34 SA en 2012 au CHU de Grenoble. Un premier dépistage du SGB a été réalisé par culture entre 34 et 38 SA et un second au moment de l'accouchement par PCR en temps réel et par une culture de référence pour le calcul des performances diagnostiques.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marylinedefezbiot@gmail.com (M. Defez).

KEYWORDS

Group B
Streptococcus;
Antenatal screening
test;
Real-time polymerase
chain reaction;
Pregnancy

Résultats. – Cent cinquante-sept patientes ont été incluses. La sensibilité était de 94,4 % (IC 95 %, 72,7 %–99,9 %) pour le test de PCR et 50 % (IC 95 %, 26–74 %) pour la culture antepartum ($p=0,0047$). La prévalence du SGB était de 7,6 % pour la culture antepartum, 11,5 % pour la culture intrapartum et 16,6 % pour la PCR intrapartum.

Conclusion. – La PCR intrapartum montre une sensibilité bien supérieure au dépistage antepartum par culture, principalement du fait d'une forte variation de portage du SGB, et permet d'identifier de manière plus ciblée les patientes candidates à l'antibioprophylaxie intrapartum.
© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Objectives. – The objectives were to evaluate and compare the diagnostic accuracy of a rapid real-time PCR assay at the onset of labor with those of the current antenatal culture-based test at 34–38 weeks gestation for group B *Streptococcus* (GBS) screening.

Materials and methods. – A prospective study including all pregnant women admitted for delivery after a 34-week gestation period was conducted in October 2012 at the Grenoble University Hospital Centre. A first culture-based GBS screening test was performed between 34 and 38 weeks of gestation followed by a second screening test at the onset of labor, using a real-time PCR Assay and a culture-based method (gold standard) in order to calculate the diagnostic accuracy.

Results. – One hundred and fifty-seven patients were enrolled. The sensitivity was 94.4% (95% CI, 72.7–99.9%) with intrapartum PCR assay and 50% (95% CI, 26–74%) with antepartum culture. Prevalence of GBS colonization was 7.6% with the antepartum culture method, 11.5% with intrapartum culture and 16.6% by using PCR-test.

Conclusion. – Intrapartum PCR shows a much higher sensitivity compared to the antepartum culture-based screening mainly due to variations in GBS colonization and could allow us to target patients requiring intrapartum antibiotic prophylaxis more effectively.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Streptococcus agalactiae (streptocoque β -hémolytique du groupe B–SGB) est une bactérie du tractus gastro-intestinal et des voies génitales responsable de la première cause de mortalité par infection bactérienne chez les nouveau-nés, susceptible de provoquer des pneumonies, septicémies et méningites [1]. Les infections bactériennes néonatales précoces à SGB, définies par leur survenue avant 72 heures de vie et généralement dues à une transmission materno-fœtale, sont responsables de près de la moitié des infections néonatales [2]. Environ 70–75 % des nouveau-nés, dont la mère est porteuse du SGB à l'accouchement, sont colonisés, parmi lesquels 1 à 2 % développent une infection à SGB [3]. La prévalence de la colonisation maternelle est estimée à environ 10 % chez la femme enceinte en France et varie entre 6,5 et 36 % dans les pays européens [4].

Des recommandations pour la prévention des infections néonatales à SGB ont été publiées en 2001 en France par la Haute Autorité de santé (HAS) [5]. L'application de ces recommandations, qui consistent en un dépistage antepartum du SGB, idéalement entre 34 et 38 semaines d'aménorrhée (SA), associé à une évaluation des facteurs de risques infectieux lors de l'entrée en travail, et à l'administration d'une antibioprophyllaxie intrapartum (API) le cas échéant, a contribué à une diminution de l'incidence de ces infections de 0,63 pour 1000 naissances vivantes en 1997, à 0,23 pour 1000 en 2006 [6]. Cependant, malgré

l'impact positif de ce dépistage, la méthode préconisée en France, c'est-à-dire la mise en culture d'un prélèvement vaginal, nécessite un délai de 18 à 72 heures et ne peut donc être réalisée qu'à distance de l'accouchement [7,8]. Le portage vaginal du SGB peut alors varier entre le prélèvement à 34–38 SA et l'accouchement. Ainsi, entre 57 et 61,4 % des nourrissons nés à terme et infectés par le SGB sont issus d'une mère qui avait été testée négative pour le portage du SGB antepartum [9,10]. Ces faux négatifs, principalement liés à la variation de portage de la mère, constituent alors la limite essentielle du test antepartum. En outre, une variation qui se traduirait par une perte de la présence du SGB à l'accouchement, c'est-à-dire un faux positif du test antepartum, serait susceptible de contribuer à un risque de survenue d'effets indésirables chez la mère ou l'enfant à cause des antibiotiques induisant administrés [1,11]. En dehors du risque infectieux associé aux limites du test antepartum, il faut souligner que de nombreuses parturientes échappent à ce dernier dans le cas de naissances prématurées, qui constituent en elles-mêmes un facteur de risque des infections néonatales à SGB. Ainsi, il existe une plus grande incidence de ces infections chez les prématurés par rapport aux naissances à terme (0,73 contre 0,26 cas pour 1000 naissances vivantes) [10]. De plus, il faut noter qu'entre 8 et 15 % de l'ensemble des parturientes ne font pas l'objet du test antepartum de dépistage du SGB pour toute autre raison [12,13].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5656525>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5656525>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)