

Infections et grossesse

Généralités

- L'infection, pendant la grossesse, a longtemps été redoutable et justifiait des secteurs d'isolement dans les maternités en particulier contre la fièvre puerpérale
- Si le risque a changé de nature, il reste que les infections pendant la grossesse ou juste après l'accouchement peuvent être redoutables tant pour la mère que pour l'embryon ou le fœtus, il n'y a pas toujours de traitement efficace
- Le meilleur traitement est préventif : c'est la vaccination avant la grossesse, lorsqu'elle existe
- L'agent infectieux peut être un virus, une bactérie, un parasite ou un autre micro-organisme

Modalités de l'infection

- **Infection anténatale :**
 - **Infection en période embryonnaire** (1^{er} trimestre) : durant les premières semaines de la grossesse, une infection sérieuse peut entraîner la mort *in utero*. Si l'embryon survit, il peut présenter des malformation (embryopathie) dans le type et la gravité sont fonction de la date de l'agression infectieuse. De plus, l'agent causal peut persister dans l'organisme et déterminer une fœtopathie
 - **Infection en période fœtale** (2^e-3^e trimestre) : accouchement prématuré et/ou fœtopathie
 - **Voies d'infection :**
 - ✓ **Infection hématogène** : la mère présente une infection contre laquelle elle n'est pas immunisée (bactérienne, virale ou parasitaire), l'infection maternelle est souvent latente, elle ne se propage pas obligatoirement à l'enfant, quand elle se propage à l'enfant, l'agent véhiculé par le sang atteint le placenta et passe dans la circulation de l'enfant
 - ✓ **Infection ascendante** : l'infection gagne le liquide amniotique au travers des membranes
 - ✓ **Infection directe** : une amniocentèse septique
- **Infection périnatale** : entre le début du travail à la fin de l'expulsion. Les germes responsables se trouvent dans les voies génitales maternelle, ils peuvent déterminer une infection locale ou générale
 - **Voies d'infection :**
 - ✓ **Infection ascendante** : avant la rupture des membranes (de proche en proche) et surtout après la rupture des membranes
 - ✓ **Infection au passage de la filière génitale** : par déglutition ou inhalation ou par voie cutanéomuqueuse
- **Infection post-natale :**
 - **Porte d'entrée** : aérienne, digestive, cutanée ou muqueuse

Infections bactériennes

- **Listériose** : due à un bacille, *Listeria Monocytogenes*, maladie à déclaration obligatoire, aliments crus ou mal cuits (viande hachée, charcuterie, poisson fumé), lait et fromages non pasteurisés, crudités. La maladie est souvent latente, à rechercher systématiquement devant toute parturiente fébrile
 - **Gravité** :
 - **Atteinte fœtale** : avortements, Mort *In Utero*, prématurité, malformation *in utero*, mort néonatale
 - **Atteinte maternelle** : méningite, endocardite, abcès cérébraux
 - **Traitement de choix** : Amoxicilline, 21 jours ou jusqu'à l'accouchement
- **Syphilis** : Maladie Sexuellement Transmissible, due au tréponème pâle, provoque des lésions fœtales d'autant plus fréquentes et graves que la syphilis maternelle est récente et non traitée (mort *in utero*, accouchement prématuré, syphilis congénitale). La transmission du spirochète est trans-placentaire, et s'effectue classiquement après 16-18 SA. La syphilis n'entraîne pas de malformations, le risque est moins important en cas d'antécédent de syphilis traitée, et en cas de dépistage et de traitement correct pendant le premier et le deuxième trimestre de la grossesse. La loi prévoit un examen sérologique obligatoire lors du premier examen prénatal : s'il est positif, le traitement immédiat par la pénicilline permet de guérir la femme et de protéger efficacement le fœtus
- **Gonococcie** : cette MST est due au gonocoque, autrefois, l'atteinte maternelle provoquait l'ophtalmie purulente du nouveau-né puis la cécité de l'enfant. L'instillation systématique obligatoire de nitrate d'argent (ou d'un collyre antibiotique) dans les yeux de tous les nouveau-nés a fait disparaître la maladie néonatale
- **Infections urinaires** :
 - **Facteurs favorisants** :
 - **Hormonaux** :
 - ✓ **Progestérone** : hypotonie des voies urinaires et diminution du péristaltisme → stagnation et reflux
 - ✓ **Œstrogène** → congestion vésicale, adhérence des germes
 - **Anatomiques** : étirement des uretères → reflux, compression urétérale → stagnation et résidus post-mictionnels, malformation des voies urinaires
 - Antécédents d'infection urinaire, diabète
 - **Bactériurie asymptomatique** : 5-10 % des femmes enceintes, primiparité, récidive après traitement dans 35% des cas, 20 à 40% des bactériuries asymptomatiques non-traitées se compliquent de pyélonéphrite aiguë
 - **Germe** : E. coli ++
 - **Risque néonatal** : méningite, septicémie
 - **Dépistage** : bandelette urinaire par mois
 - **Pyélonéphrite** : 1^{ère} cause d'infection bactérienne, E. Coli (70-80 %)
 - **Clinique** : contractions utérines fréquentes
 - **Risque** : Menace d'Accouchement Prématuré, prématurité, chorio-amnionite
 - **ECBU** : bactériurie > 10⁵ UFC/ml
 - **Gravité** : échographie rénale, échographie obstétricale, ERCF
 - **CAT** :
 - ✓ Hospitalisation, antibiothérapie 15-21 jours, aminosides si gravité
 - ✓ Prise en charge MAP associée : tocolyse, corticoïdes, transfert *in utero*
 - ✓ Contrôle ECBU régulier jusqu'à l'accouchement

Infections virales

- **Rubéole** : une infection virale contagieuse survenant, le plus souvent, chez l'enfant de 5-9 ans. Elle confère une bonne immunité et ne rechute pas. La contamination pendant la grossesse est grave en raison d'un risque élevé de malformations fœtales.
 - **Risque de transmission de l'infection au fœtus** : variable, très fréquent (90 %) avant la 9^e semaine de grossesse, 25% vers la 23^e semaine
 - **Risque d'anomalies congénitales** : très élevé avant la 9^e semaine de grossesse, très faible après la 16^e semaine
 - **Transmission de l'infection** : par voie respiratoire (rubéole acquise) ou par voie trans-placentaire (rubéole congénitale)
 - **Signes de la maladie** :
 - **Rubéole acquise** : l'incubation est en moyenne de 2 semaines après pénétration du virus par voie respiratoire, la maladie est le plus souvent inapparente. Dans les autres cas, elle se caractérise par une fièvre modérée, des douleurs musculaires et articulaires et des adénopathies cervicales. L'éruption cutanée, lorsqu'elle est présente, débute au visage et s'étend rapidement au tronc et aux membres supérieurs sous la forme de taches rouges (macules). Elle disparaît au 3^e jour
 - **Rubéole congénitale** : avortement et prématurité, malformations fœtales (les organes le plus souvent atteints sont les yeux (cataracte, microphthalmie, glaucome congénital), les oreilles (surdité), le cœur (Communication Inter-Auriculaire et Inter-Ventriculaire, persistance du canal artériel), SNC (arriération mentale...))
 - **Rubéole congénitale évolutive** : à la naissance, l'enfant est hypotrophique et peut présenter des atteintes cardiaque, pulmonaire, sanguine, osseuse..., ces atteintes sont évolutives et contagieuses
 - Elles pourraient toutes être évitées :
 - **Avant la grossesse** : si les femmes non-immunisées avaient été vaccinées, sous contraception efficace pendant les 4 mois encadrant la vaccination. La sérologie de la rubéole est obligatoire dans le cadre de l'examen prénuptial
 - **En cas de contagion et lorsqu'on ignore si une femme enceinte est immunisée** : le diagnostic de rubéole n'est possible qu'à l'aide de 2 prélèvements de sang successifs à 15 jours d'intervalle, sur lesquels on pratique des sérodiagnostics spécifiques.
 - **En cas de contagion certain** : l'injection précoce de gammaglobulines apporte une certaine protection
- **Hépatite virale** :
 - **Hépatite B** : la transmission de la mère à l'enfant se fait surtout au moment de l'accouchement et peut provoquer une hépatite B chez l'enfant : la sérovaccination de l'enfant à la naissance est nécessaire. L'allaitement maternel peut également provoquer une contamination. En cas d'atteinte pendant la grossesse, les symptômes sont connus : ictère, vomissements, prurit. Sur le plan biologique, les transaminases sont élevées. Généralement, la guérison est obtenue sans séquelle hépatique en 3-5 semaines. Les risques pour le fœtus ne sont pas malformatifs. Il s'agit surtout de prématurité, de mort *in utero* ou néonatale
 - **Hépatite C** : son risque, comme l'hépatite B, est l'évolution sous forme chronique. Il n'existe pas de vaccin
 - **Hépatite A** : le risque d'infection du fœtus est très faible. Néanmoins si l'hépatite A survient dans les deux semaines précédant l'accouchement, des gammaglobulines spécifiques sont injectées au nouveau-né dès la naissance

- **VIH :**
 - **Transmission materno-fœtale :** dans 25% des cas, 35% de transmission *in utero* et en fin de grossesse, 65% durant le travail, l'expulsion et le maternage (allaitement)
 - **Risque de transmission influencé par :**
 - **Facteurs maternels :** la transmission materno-fœtale est augmentée en cas de signes cliniques (SIDA), de charge virale élevée, de diminution du taux de lymphocytes CD4
 - **Facteurs obstétricaux :** la transmission materno-fœtale est augmentée en cas de Rupture Prématurée des Membranes, accouchement prématurée, chorio-amnionite
 - **Complications de la mère :** si elle a déjà des symptômes ou des défenses immunitaires affaiblies : tuberculose pulmonaire, pneumopathie à *Pneumocystis Carinii*, toxoplasmose cérébrale, CMV

Infections parasitaires

- **Toxoplasmose :** une des affections parasitaires les plus fréquentes. Si elle est généralement bénigne, sa survenue pendant la grossesse peut être grave en raison du risque de lésions du SNC du fœtus. Le risque d'infection fœtale croît régulièrement du début à la fin de la grossesse, au contraire de la gravité qui diminue au fur et à mesure, les séquelles fœtales étant plus importantes lors d'infections précoces.
 - **Contamination :** par l'alimentation (ingestion de kystes) et par contact avec le chat (ingestion d'oocystes)
 - **Clinique :**
 - **Toxoplasmose acquise :** le plus souvent asymptomatique : poly-adénopathies (surtout cervicales), fébricule, asthénie d'importance variable
 - **Toxoplasmose congénitale :** l'atteinte fœtale est grave entre 10-24 SA avec un risque de transmission plus fréquent près du terme. La toxoplasmose congénitale peut se manifester par : une Mort *In Utero*, hydrocéphalie, des calcifications intracrâniennes, une microcéphalie, des signes d'atteintes oculaires (chorio-rétinite, microphthalmie, cataracte), des signes d'atteinte hépatique (hépatomégalie, ascite)
 - **Formes inapparentes ou infra-cliniques :** ce sont actuellement les plus fréquentes (80% des cas). Le risque clinique principal est l'apparition de chorio-rétinites dans l'enfance, l'adolescence ou à l'âge adulte.
 - **Diagnostic biologique :**
 - **Toxoplasmose acquise de l'immunocompétent** (pendant la grossesse ou hors grossesse) : diagnostiquée par la sérologie
 - **Toxoplasmose fœtale :** est mise en évidence par l'étude du liquide amniotique (mise en évidence du parasite par biologie moléculaire et cultures)
 - **A la naissance :** l'infection congénitale peut être diagnostiquée par les techniques sérologiques permettant la comparaison des profils immunologiques de la mère et de l'enfant.
 - **Prise en charge :**
 - **Femme enceinte positive :** pas de suivi
 - **Femme enceinte négative :** sérologie mensuelle, règles hygiéno-diététiques, éviter le contact avec la litière des chats et les autres animaux domestiques qui peuvent aussi transmettre le parasite, ne manger que de la viande très cuite et bien laver fruits et légumes, en se lavant soigneusement les mains après.
 - ✓ **En cas de séroconversion :** malgré ces précautions pendant la grossesse, le traitement par un antibiotique (Spiramycine ou Rovamycine) par cures de 10 jours par mois jusqu'à l'accouchement est envisagé. Il est efficace et diminue beaucoup le risque de transmission à l'enfant
 - ✓ **En cas de diagnostic périnatale positif :** association en cures de 4 semaines de Pyriméthamine (macrolide) + Sulfadiazine en alternance avec la Rovamycine pendant 2 semaines