

« Grossesse et infections »

DR.M.LAHMAR

Les infections au cours de la grossesse sont de fréquence et de gravité variables

I. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Il y'a certaines précautions à prendre pour la femme enceinte séropositive afin de pouvoir protéger l'entourage mais surtout le bébé

Une fois le diagnostic posé → étude multidisciplinaire (gynécologue – interniste – pédiatre psychologue)

1) Du coté obstétrique : la prise en charge de la grossesse pour éviter - menace d'accouchement prématuré

-Rupture prématurée des membranes

En intervenant en cas de contractions et sauver le bébé

2) Du coté infectieux : la surveillance régulière de – la charge virale }
_CD4 } chaque une semaine 15 jours ou 1 mois

*Pendant la grossesse il existe 2 cas de figure :

CD4 élevés (> 350) et la charge virale basse (< 30.000)

Si la malade est sous traitement on peut faire des fenêtres thérapeutiques en fonction de la surveillance

Si la malade n'est pas sous traitement on peut s'abstenir tout en surveillant la charge virale

*Pendant le 2eme et le 3eme trimestre on accentue la surveillance du coté obstétrical et du coté infectieux

Reprendre le traitement au 3eme trimestre pour éviter :

-l'accouchement prématuré (35 SA , 36 SA)

- la contamination par les sécrétions vaginales au cours de l'accouchement (au cours du passage dans la filière génitale)

CD4 diminués (< 350) et la charge virale élevée (>30.000) [contamination importante]

Si la malade était sous traitement on passe de la bithérapie vers la trithérapie (pour diminuer la charge)

Si la malade n'était pas sous traitement on commence la chimiothérapie

Quand la femme est a terme le traitement est obligatoire

Si la charge virale est augmentée il faut la diminuer le moins possible pour éviter la contamination in-utero

Il y'a pas de risque de transmission placentaire du virus

L'ACCOUCHEMENT

Le risque d'attraper le virus par voie basse est plus important que par voie haute (césarienne) a cause des sécrétions vaginales

Quand la charge virale est indétectable < 50 → voie basse

Le but avant l'accouchement d'est de diminuer la charge virale (< 50) pour tenter la vois basse
si la charge reste augmentée la césarienne est systématique

***en cas d'accouchement par voie basse** La maman doit être sous traitement

Pour la mère

→ éviter le toucher vaginal (risque de rompre la poche des eaux)

Remarque (la poche des eaux protège le bébé de la contamination parce que il y'a pas de contacts avec l'endomètre)

Au cours d'une grossesse normale quand la femme arrive a 6 dilatations on rompe la poche des eaux pour évacuer les prostaglandine (qui ont un effet contractile) et aider la mère

Par contre chez la sidéenne on évite le contacte du bébé avec la paroi vaginale → il faut jamais rompre la poche des eaux, on la préserve jusqu'à dilatation complète

→ On ne fait pas l'épisiotomie

→ Une toilette vaginale toute les 2h avec du (potassium de benzalkonium) qui est un antiseptique qui détruit le VIH

→ Éviter les forceps

Pour le bébé

→ Éviter de le traumatisé

→ Le mettre sous traitement (détruire ce qui est passé)

***En cas d'accouchement par voie haute (césarienne)**

-Accouchement Programmée

-Bloc isolé

-Matériels médicaux utilisés jeter et bruler après l'opération chirurgicale

-Asepsie rigoureuse pour les chirurgiens

-Extraire le bébé doucement

-Eviter d'être brutal

-Le bébé doit bénéficier d'un traitement préventif

-La maman maintient son traitement initial

*L'allaitement est contre indiqué

*meilleure contraception : préservatif

*Les deux infections les plus fréquentes au cours de la grossesse sont 1-la toxoplasmose

2-la rubéole

Examen prénuptial : analyses avant le mariage

II. La Toxoplasmose et la grossesse

Risque de passage du parasite chez le bébé si la maman attrape le virus au cours de la grossesse

Le parasite passe pendant les 3 trimestres avec une incidence et un risque différents

Au cours du 1^{er} trimestre (embryogénèse) → malformation très importante, incidence faible

Au cours du 3eme trimestre → malformation très faible voir nulle, risque de passage élevé (les échanges sont plus importants dans cette période)

Le parasite passe la barrière placentaire

« Prévention »

-éviter le chat dans les premiers mois

-viande bien cuite

- légumes bien lavés

- lavage approfondi des salades et crudités

« Diagnostic »

diagnostiquer par la sérologie (c'est une infection immunisante)

symptômes chez la maman (terrain pseudo-grippal)

il existe 4 formes

1) **igG+ igM-** → femme immunisée e, aucun risque

2) **igG+ igM+** → infection en cours, on fait le diagnostic prénatal pour voir si le bébé est infecté amniocentèse
si la résultat est négatif → traitement avec La ROVAMYCIN jusqu'à la fin de la grossesse

si le résultat est positif → association pyriméthamine+ ROVAMYCIN

→Rechercher une malformation par échographie

- 3) **igM+ igG-** → infection récente, refaire la sérologie après 15 jours
4) **igM- igG+** → femme non immunisée jamais de contacte avec le virus, prévention + sérologie chaque mois

III. La Rubéole et la grossesse

C'est une maladie immunisante

La prévention par vaccination

Même protocole que la toxoplasmose presque toutes les femmes sont immunisées

Pas de traitement pour le virus

On ne peut pas faire le vaccin au cours de la grossesse (effet tératogène)

Si la sérologie est négative on refait pendant la grossesse

Si la maman est atteinte on cherche si le bébé est atteint par l'amniocentèse

si résultat négatif on surveille par l'échographie morphologique

si résultat positif on cherche la malformation (la plus part indétectable « surdité, cécité ... »)

- avant le mariage ou avant la grossesse → sérologie systématique obligatoire de → toxoplasmose
→ Rubéole