

INFECTIONS ET GROSSESSE

B.BELALA

HOPITAL MILITAIRE DE CONSTANTINE

GENERALITES:

Les infections materno-fœtales sont fréquentes et posent de délicats problèmes de diagnostic et de conduite thérapeutique.

Elles sont d'étiologie parasitaire (toxoplasmose, paludisme), virale (rubéole, cytomégalovirus, herpès simplex, varicelle, VIH, VHB), ou bactérienne (listériose, streptocoque B, syphilis).

Selon l'agent responsable et la période de contamination, elles peuvent entraîner :

- un ABRT spontané;
- une embryopathie (malformations);
- une mort fœtale in utero ; une maladie néonatale clinique;
- une maladie inapparente à la naissance, parfois grave à distance.

TOXOPLASMOSE :

-agent causal : passage transplacentaire de *T.gondii* au cours d'une primo-infection maternelle

-épidémiologie : 0.3/1000 naissances en France ; le risque de contamination fœtale est de 30%, 6% au T1, 70% au T3 ; la gravité de l'atteinte fœtale décroît en fonction du terme de la grossesse.

Les facteurs de risque de primo infection sont : la consommation de viande saignante, l'alimentation en collectivités, le manque d'hygiène alimentaire, contact avec les chats.

-retentissement fœtal : par ordre de gravité décroissante, sont observées :

- .des morts fœtales (2% des cas);
- .une atteinte du SNC : encéphalomyélite associant hydrocéphalie, calcifications cérébrales;
- .des signes oculaires avec chorioretinite
- .des atteintes viscérales : anasarque foetoplacentaire, hépatite, rash cutané ;
- .des formes paucisymptomatique : retard psychomoteur ou chorioretinite isolé, à la limite des formes inapparentes.

-diagnostic :

.diagnostic de primo-infection maternelle : affirmé par une séroconversion, et éventuellement un test d'avidité des IgG (en cas de difficulté de dater la séroconversion.

.diagnostic d'infection fœtale : si primo-infection confirmée chez la mère, le diagnostic prénatal se fait par PCR sur liquide amniotique (amniocentèse, examen invasif)

.diagnostic du retentissement : par échographie

-prévention: le statut sérologique est déterminé au cours du suivi prénatal, au T1, chez toute femme enceinte, en l'absence de résultats écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise.

.chez la femme non immune :

*respect des précautions d'hygiène;

*surveillance mensuelle de la sérologie, et au moment de l'accouchement; *en cas de primo-infection confirmée, traitement immédiat par spiramycine, et recherche d'une contamination fœtale;

*si la PCR sur liquide amniotique est positive, ou si l'amniocentèse n'est pas réalisée : surveillance fœtale par échographie, et traitement par l'association pyriméthamine 50mg/j- sulfadiazine (3g/j en 2 prises).

.chez la femme immune : aucune surveillance ni prévention n'est requise

RUBEOLE :

-agent causal : primo-infection maternelle par le virus de la rubéole, à l'origine de contamination transplacentaire, tératogène durant le T1

-épidémiologie : rare (vaccination des nourrissons), le risque malformatif et la sévérité de l'atteinte embryo-fœtale est inversement corrélée à l'âge de la grossesse au moment de la survenue de l'infection maternelle ; avant 11 SA le risque atteint 90%, entre 11-18SA, il est minime et se limite à une surdité isolée, après 18 SA, le risque est nul.

-retentissement fœtal, manifestations cliniques de la rubéole congénitale: mort fœtale, rubéole congénitale évolutive, et rubéole congénitale évolutive :

.syndrome malformatif : décelé soit en anténatal par l'échographie, soit à la naissance, voire plusieurs années plus tard, les malformations peuvent être oculaires (cataracte, microphthalmie, glaucome), auditives (surdité), cardiaques (persistance du canal artériel, sténose pulmonaire), nerveuses (microcéphalie, retard psychomoteur), dentaires.

.rubéole congénitales évolutives : infection virale chronique généralisée, le virus est présent dans tous les viscères (nouveau-né très contagieux pendant 6 mois voire 2 ans), généralement associée à des malformations constatées dès la naissance. Le tableau associé, à la naissance, une hypotrophie constante à diverses atteintes : purpura thrombopénique, hépatite avec hépato splénomégalie et ictère, méningite lymphocytaire avec ou sans signes neurologiques, myocardite, pneumopathie interstitielle, lésions osseuses radiologiques. Le décès survient dans 1 cas sur 5. Ultérieurement, on peut constater des anomalies neurologiques, un retard psychomoteur qui pourraient relever d'une encéphalite rubéoleuse évolutive. Le pronostic à long terme est réservé, surtout pour ce qui concerne l'avenir psychomoteur.

-diagnostic: souvent évident, sinon il est étayé par la présence d'IgM spécifique à la naissance.

-prévention : vaccination+++ , détermination du statut sérologique au moment de la 1^{ère} consultation prénatale et si la femme est non immune une sérologie mensuelle est recommandée jusqu'à 18 SA, il n'existe pas de traitement en cas de séroconversion.

LISTERIOSE:

-agent causal: *Listeria monocytogenes*. et dont la transmission transplacentaire hématogène au cours d'une bactériémie maternelle.

-la listériose maternofoetale : peut être :

.précoce : au cours de la grossesse avec, en absence de trt, mort foetale.

.tardive: avec atteintes multiviscérales graves ; listériose bactériémique néonatale ou granulomatoses septique infantile : état septique grave avec atteinte méningée, hépatosplénique, détresse respiratoire avec rash cutanée . ou se présentant sous forme de méningite tardive isolée;

-chez la femme enceinte peut être inapparente , paucisymptomatique se présentant le plus souvent d'un syndrome pseudogrippal avec des troubles digestifs passagers.

-diagnostic: isolement de la bactérie dans le sang, LCR, prélèvement génitale

-traitement:

tout état fébrile ou pseudogrippal lors d'une grossesse sans foyer évident, doit être considéré comme LISTERIOSE et débuter par AMOXICILLINE jusqu'à preuve du contraire .

- amoxicilline reste le trt de choix avec les aminoside, la durée du trt dépend de la présentation clinique trt de la maladie maternelle reste la meilleure prévention de la maladie foetale.

le trt du nne probaliste au premier lieu : amoxicilline+aminoside.

INFECTIIONS A CMV :

-agent causal : CMV

-**épidémiologie** : principale cause d'embryofoetopathie infectieuse dans les pays industrialisés, le risque de transmission mère-enfant est de 40%,

-**retentissement foetal** : anomalies échographiques non spécifiques (retard de croissance, microcéphalie, calcifications intracérébrales..). 5-10% des enfants infectés sont symptomatiques à la naissance dont 5% avec une infection pluriviscérale (hypotrophie, tableau ictéro-hémorragique avec hépatosplénomégalie, parfois microcéphalie, calcifications cérébrales, dilatation ventriculaire, surdité, anomalies oculaires) dont la mortalité est de 10-20%.

-**diagnostic** : chez la femme enceinte, est essentiellement sérologique ; chez le fœtus, se fait à l'échographie qui indique une recherche dans le liquide amniotique, chez le nouveau-né, il se fait par la mise en évidence du virus dans les urines ou dans la salive avant le 15^{ème} jour de vie.

-**prévention** : mesures préventives+++ (précautions transfusionnelles, règles d'hygiène, éviction de contact intime avec les enfants).

HERPES SIMPLEX VIRUS :

-agent causal : HSV, HSV2 dans 2/3 des cas.

-**épidémiologie** : transmission transplacentaire très rare, contact direct lors de l'accouchement, risque majeur en cas de primo-infection après 35SA, incidence 1-3cas /100000 naissances.

-retentissement foetal : avant 28SA, il peut s'agir d'une fausse couche, RCIU, microcéphalie, microphthalmie, cataracte, calcifications cérébrales, chorioretinite, retard psychomoteur. L'herpès néonatal peut être cutanéomuqueux, neurologique, systémique (tableau de sepsis grave).

-diagnostic : chez la mère par une virologie si suspicion, chez le nouveau-né+++ devant toute lésion cutanéomuqueuse suspecte.

-prévention: trt par aciclovir ou valaciclovir et une césarienne est indiquée si lésions au moment du travail.

VARICELLE :

-agent causal : VZV

-épidémiologie : 50-70/100000 naissances, le taux de transmission est de 6-12%

-retentissement foetal :

.avant 20 SA, il existe un risque de varicelle congénitale de l'ordre de 1% en traînant un ABRT spontané, mort in utero, prématurité, et syndrome associant lésions cutanées cicatricielles, anomalies oculaires, anomalies musculo-squelettiques, et atteinte du système nerveux central.

.après 20 SA, le risque est celui d'une zona dans les 2 premières années de la vie ;

.dans les 7 jours périnataux, le risque est d'une varicelle néonatale.

-diagnostic : chez le fœtus repose sur le dépistage d'anomalies échomorphologiques

-prévention : vaccination+++ ; si contage < 96h, administration de γ globulines ; si varicelle périnatale, trt de la mère et du nouveau né par aciclovir.

HEPATITES : hépatite B+++

-agent causal : VHB

-épidémiologie : la transmission est surtout périnatale, au passage des voies génitales, ou post-natale, lors de l'allaitement, le taux de transmission est élevé et augmente avec le taux de la charge virale.

-retentissement foetal : portage chronique de l'Ag HBs évolution vers le passage à l'hépatite chronique active, ou évolution cirrhogènes aux premiers mois de la vie.

Diagnostic : chez la mère, dépistage systématique de l'Ag HBs au 6^{ème} mois ; chez le nouveau né, sérologie à la naissance et à partir de 9 mois,

-prévention : dépistage, si hépatite chez la mère, séro-vaccination du nouveau né dans les 48 premières heures; si charge virale chez la mère très élevée, trt par le lamivudine.

INFECTION VIH :

-agent causal : VIH1, VIH2.

-épidémiologie : transmission surtout périnatale, et son risque est corrélé à la charge virale VIH plasmatique maternelle à l'accouchement, en l'absence de trt, le risque est de 20-25% pour VIH1 et 3% pour le VIH2; la grossesse n'influence pas l'évolution du VIH.

-retentissement foetal: 2 formes:

.forme précoce et sévère: 15% des enfants infectés;

.forme lentement progressive: évolution proche de celle de l'adulte, elle est souvent paucisymptomatique (polyadénopathie, cassure de la courbe staturo-pondérale, épisodes infectieux à répétition)

-diagnostic: détection du génome viral par PCR testELISA, réalisée à la naissance, à 1, 3, et 6 mois, le diagnostic de non infection ne peut s'affirmer que sur la négativité de 2 prélèvements successifs après l'âge de 1 mois en l'absence de trt antirétroviral, le diagnostic d'infection se fait sur la positivité de 2 prélèvements successifs.

-traitement: trt ARV chez les meres seropositives avec charge virale est indetectable a la fin de la grossesse ; une cesarienne systematique et trt pour le NNe pendant un mois avec contre indication de l' allaitement maternel.

-prévention: sérologie de dépistage proposée à toutes les femmes des le debut de la grossesse, trt des partenaires seropositifs .

ROUGEOLE:

-agent causal: fait partie des paramxoviridae

il n'a pas d'effet tératogene mais peut etre responsable d'accouchement premature ou de mort in utero.

si elle survient au voisinage d'accouchement peut être responsable de forme congenitale ou post natale avec atteinte pulmonaire sévère dont pronostic reste sombre.

-prévention: repose sur la vaccination de toute la population qui a permis considérablement de diminuer l'incidence de cette pathologie

AUTRES VIRUS:

-ARBOVIRUS: Dengue; Zika; Chikungunya...qui sont responsables de syndrome malformatif essentiellement encephalitique: microcephalie;hydrocephalie...d'accouchement premature et de mort in utero.

-AUTRES: enterovirus, adenovirus ,papillomatovirus, EBV,... qui peuvent etre transmis au fœtus en cas d'infection maternelle.

SYPHILIS :

-agent causal : Treponema pallidum

-épidémiologie : la transmission fœtale, liée à une syphilis maternelle primaire ou secondaire survient après 16-20 SA, est maximale durant la 2^{ème} moitié de la grossesse. Elle est transplacentaire, et survient en l'absence de trt dans 30-60% des cas

-retentissement fœtal :

En cas de syphilis maternelle méconnue ou non traitée, le risque de mort fœtale (anasarque), d'avortement et d'accouchement prématuré est très élevé.

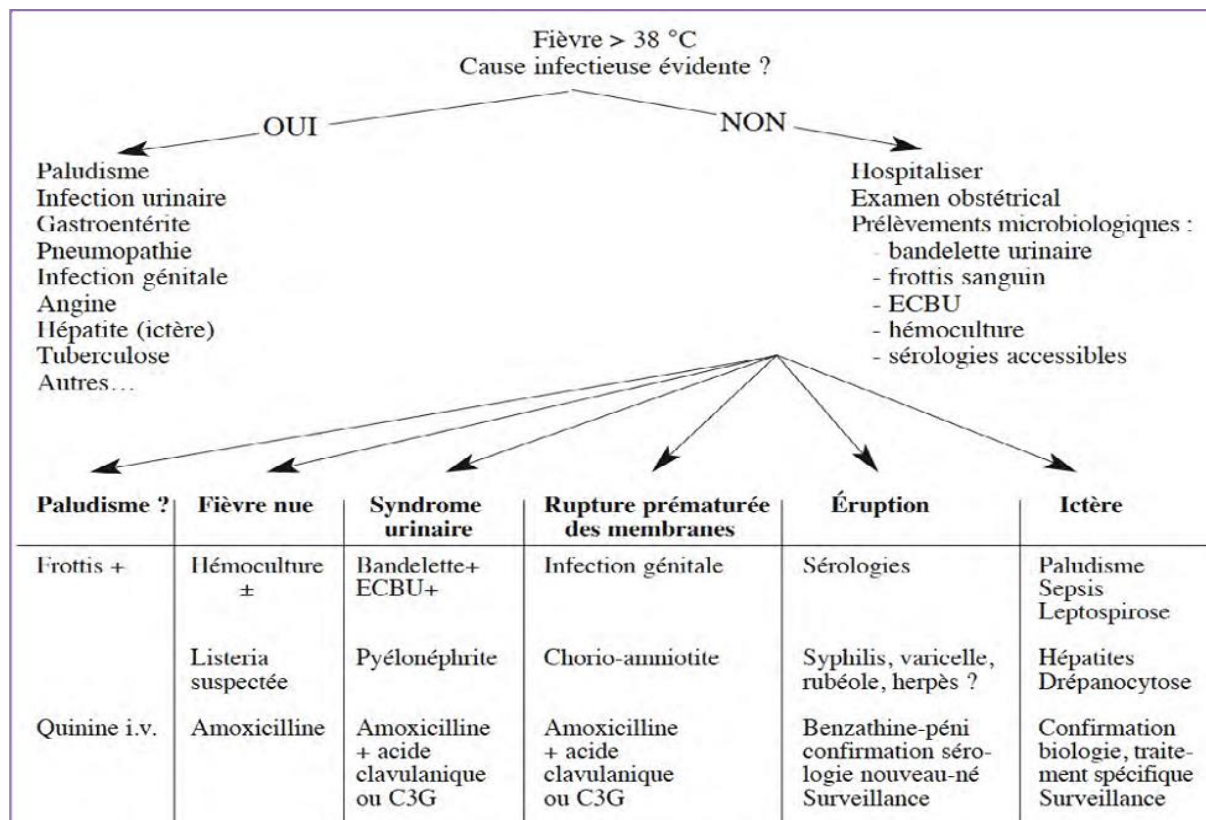
L'infection congénitale est latente, dans 60 % des cas, elle peut être précoce et s'exprimer dans la 1^{ère} année de vie et associe des signes cutanéomuqueux, osseux, et viscéraux.

-diagnostic :

Dépistage chez la femme obligatoire ; chez le nouveau né, bactériologique dans le cas de lésions cutanées.

-prévention : dépistage systématique au cours de la grossesse ; le trt de la syphilis congénitale est basé sur la pénicilline (extencilline si asymptomatique ou péni G en IV si symptomatique.

CONDUITE A TENIR EN CAS DE FIEVRE AU COURS DE LA GROSSESSE:



ANTIBIOTIQUES AUTORISES ET CONTRE-INDIQUEES AU COURS DE LA GROSSESSE :

Antibiotique (classe)	Premier trimestre	Deuxième trimestre	Troisième trimestre
Pénicillines	+	+	+
Amoxicilline + ac. clav.	+	+	+
Céphalosporines	+	+	+
Aminosides*	-	-	-
Quinolones*	-	-	-
Cotrimoxazole	-	-	-
Sulfamides	-	-	-
Nitrofuranes	-	+	-
Imidazolés	-	+	-
Phénicolés	-	-	-
Glycopeptides	+	+	+
Macrolides	+	+	+
Cyclines	-	-	-
Rifampicine	-	+	+
Autres anti-TB sauf pyrasinamide et streptomycine	+	+	+