

12/ Infections chez la femme enceinte

Mêmes infections que dans population non obstétricale

- Bactériennes: infections urinaires, syphilis, streptocoque B, listériose...
- Virales: rubéole, HSV, VZV, CMV, VIH, VHB...
- Parasitaires / Fongiques: toxoplasmose, paludisme...

Mais risques supplémentaires

- Mort foetale in utero, prématurité
- Embryopathies (malformations)
- Maladie néonatale clinique
- Maladie grave à distance

Médicaments contre-indiqués

- Quinolones: ofloxacine, ciprofloxacine...
- Aminosides: amikacine, gentamicine...
- Cyclines: doxycycline...
- Sulfamides

Paracétamol OK

I. Fièvre chez une femme enceinte

Interrogatoire et examen clinique

Biologie standard

Prélèvements bactériologiques

- BU / ECBU
- Hémoscultures
- Prélèvement vaginal

Antibiothérapie à réévaluer (virus ?)

Crainte d'une infection rare, mais grave: listériose

Listériose

Listeria monocytogenes

- transmission alimentaire ++

Absence de symptôme / Fièvre isolée / Syndrome grippal / Troubles digestifs / Méningite

Infection précoce: mort foetale, prématurité

Infection tardive: infection néonatale sévère (disséminée ou méningite)

Hémoscultures, ponction lombaire, prélèvement vaginal

Amoxicilline +/- aminosides

Rare +++

Mesures préventives +++

- éviter les produits de charcuterie et certains produits laitiers
- se laver les mains
- laver soigneusement les légumes crus

II. Infections fréquentes

Infections urinaires

Favorisées par

- modifications anatomiques (compression uretère)
- modifications hormonales (progestérone)
- modifications physicochimiques urine

Bactériurie asymptomatique

- Pas de symptôme
- ECBU +

Cystite

- Signes fonctionnels urinaires sans fièvre
- ECBU +

Pyélonéphrite

- Signes fonctionnels urinaires avec fièvre
- ECBU +

=> Jusqu'à 10% des grossesses

Evolution fréquente de la bactériurie asymptomatique vers la pyélonéphrite

Risque d'accouchement prématuré

Fréquentes et récurrentes

Dépistage systématique bactériurie après M4

Traitement antibiotique

- même pour bactériurie asymptomatique
- à adapter secondairement à l'antibiogramme

Pas de traitement minute des cystites

Contrôle ECBU fin de traitement, puis par mois

Mesures hygiéno-diététiques

- boissons abondantes
- mictions fréquentes et post-coïtales
- hygiène périnéale
- traitement constipation

III. Infections potentiellement tératogènes

Rubéole

Rubéole congénitale

- primo-infection au cours de la grossesse

Syndrome malformatif foetal

- Oculaire: cataracte, glaucome
- Oreille interne: surdité
- Cardiaque
- SNC: microcéphalie, retard psychomoteur

Mort foetale

Risque d'infection foetale et sévérité inversement corrélée   l'âge de la grossesse

Prévention

- vaccination en population générale
- vaccination femmes séronégative: attention contre-indiqué pendant grossesse
- surveillance sérologique si femme non immune pendant grossesse jusqu'à 20 SA
- si séroconversion pendant grossesse (faux négatif ?): test d'avidité, amniocentèse, pas de traitement spécifique, discussion interruption médicale de grossesse

CMV

Infection virale, asymptomatique, immunisation 50%

Maladie à CMV

- primo-infection au cours de la grossesse par contact rapproché avec sécrétions

Retard de croissance intra-utérin, microcéphalie, calcifications cérébrales à l'échographie

1% des nouveau-nés seraient infectés

- 10% foetus symptomatiques à la naissance: séquelles neurosensorielles ou décès
- 90% foetus asymptomatiques à la naissance avec 10% retard d'apprentissage et surdité

Dépistage et prévention

- pas de dépistage systématique (absence de bénéfice démontré)
- suspicion si anomalies échographiques: diagnostic sérologique, amniocentèse et échographies foetales, pas de traitement, discuter interruption médicale de grossesse, virurie chez le nouveau-né

Pas de vaccin

Hygiène de base

Précautions transfusionnelles

Toxoplasmose

Infection parasitaire, asymptomatique, syndrome grippal

Toxoplasmose congénitale 300 cas/an

Primo-infection au cours de la grossesse: 30% de contamination foetale

Risque de transmission plus faible mais gravité plus importante en début de grossesse

Mort foetale

Syndrome malformatif

- oeil
- SNC, retard psycho-moteur
- atteinte viscérale

Prise en charge

- évaluation statut sérologique et surveillance sérologique mensuelle si femme non immune pendant la grossesse
- si séroconversion au cours de la grossesse: surveillance écho, amniocentèse

Traitement antiparasitaire par spiramycine initialement puis réévaluation

Prévention

- règles hygiéno-diététiques: hygiène de base, chats (litière ++), consommation viande cuite, lavage légumes, éviter crudités

Syphilis

MST

Rare en France malgré recrudescence (mais 2 millions de grossesses dans le monde)

Transmission surtout au 2ème trimestre

Fausse couche, prématurité, mort périnatale et syphilis congénitale

- os
- peau
- foie
- SNC

Prise en charge

- dépistage au 1er trimestre de grossesse et à 28 SA
- si positif: penser au dépistage des autres MST et du partenaire
- traitement maternel identique à population non obstétricale par: pénicilline

IV. Infections aiguës transmises au cours de l'accouchement

Streptocoque B

Colonisation intestin et tractus génital féminin

Responsable

- d'infections maternelles: endométrite, chorioamniolite, bactériémie
- d'infections néonatales: pneumonie, méningite, bactériémie
- de mort foetal in-utero

Dépistage systématique par prélèvement vaginal en fin de grossesse

Si positif: antibioprophyllaxie per-partum par amoxicilline

Herpès génital

Herpès néonatal

- par contact direct avec herpès génital maternel au cours de l'accouchement
- risque de transmission majeur si primo-infection
- diagnostic clinique chez la mère ++ (prélèvement)
- atteinte cutanée, neurologique ou systémique
- mortalité 85%

Interrogatoire de la mère et du partenaire

Pas de dépistage sérologique systématique

Traitement par Aciclovir

Césarienne si lésions au cours du travail

V. Infections chroniques transmises au cours de l'accouchement

VIH

1 500 grossesses / an

Transmission mère-enfant (TME) essentiellement périnatale (fin de grossesse + accouchement)

Dépistage maternel non obligatoire mais proposé

Si découverte au moment grossesse: dépistage autres MST et partenaire

Prévention TME en France

- traitement antirétroviral chez la mère au cours de la grossesse pour contrôler virémie

- traitement de l'enfant pendant un mois
- surveillance rapprochée
- allaitement contre-indiqué

VHB

Contamination principalement au passage des voies génitales et allaitement

Transmission proportionnelle à la charge virale

Peu d'hépatites aiguës chez les nouveau-nés

Prévention

- dépistage systématique
- discuter traitement chez la mère si virémie élevée
- si Ag HBs +: sérovaccination de l'enfant, vaccination J1 M1 M6
- allaitement possible si mesures préventives appliquées
- dépistage partenaire
- vaccination en population générale

Conclusion

Infections fréquentes = urinaires

Infections tératogènes = mesures préventives

Sérologies obligatoires = toxoplasmose, rubéole, syphilis et VHB

Vaccin VHB

Sérologie conseillée: VIH