

MALADIE INFECTIEUSES ET GROSSESSES



DR ZOUGARI MOHAMED
MAITRE ASSISTANT HÔPITAL DE ZERALDA

Email : drzougarielphz@gmail.com

INTRODUCTION :

Toutes les maladies infectieuses peuvent survenir au cours de la grossesse , certaines sont particulièrement importantes a étudier par leur impact sur l'embryon puis sur le fœtus .

Aussi bénignes qu' elle soient sur la mère , elles peuvent être compromettantes sur le fœtus (pronostic vital mis en jour)

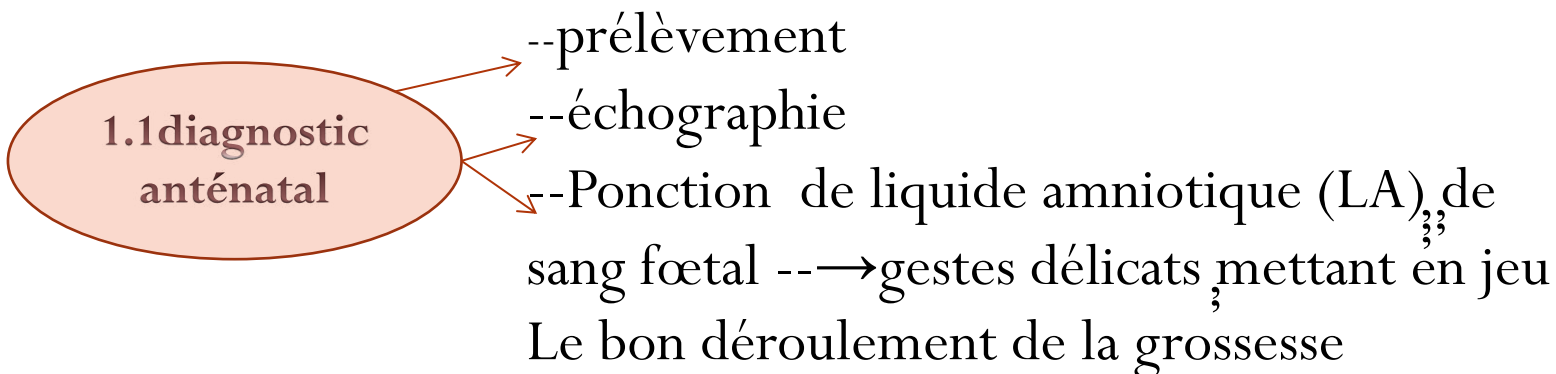
Infection congénitales :

Plus l'acquisition est précoce (placenta peu perméable) , plus elle sera grave

- Acquisition «in utero» par franchissement de la BP
- **Embryopathies** : malformations acquises par infection «in utero» lors du 1^{er} trimestre pendant la morphogénèse
- **Fœtopathies** : malformations poly viscérales par infection lors des 2 derniers trimestres de la grossesse ou a la naissance

Infection périnatales:

Pendant l'accouchement , pendant l'allaitement

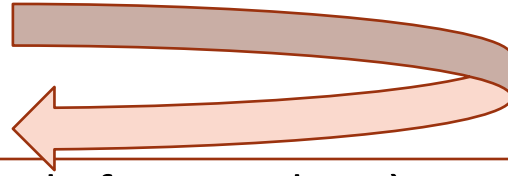


1.2 transmission



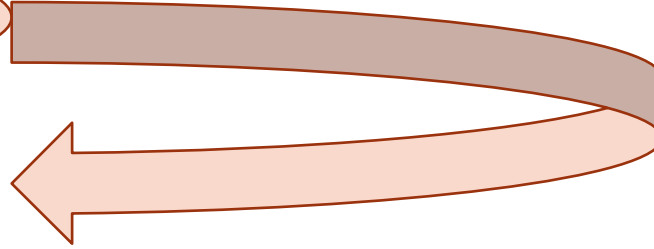
- **en période anténatale** a travers du placenta
- **en période de travail** a travers des micro brèches provoquées par les contractions utérines lors de l'accouchement par mélange des sangs maternel et du sang fœtal (VIH,VHB,..)
- **lors du passage à travers les voies génitales**(siège de germes pathogènes : (strept B ,HSV , E. coli)
- **En post—natal immédiat** (allaitement: VIH ,VHB, VZV)

1.3 LA BARRIÈRE PLACENTAIRE :



- placenta : organe d'échange entre le fœtus et la mère
- séparation des circulations maternelles et fœtales , zone d'échange gazeux et nutritionnel
- barrière contre système immunitaire de la mère : cellules **cytotoxiques** du non soi de la mère ne passent pas BP mais les AC maternels passent : (protection à la naissance du nouveau né
- barrière imperméable aux agents infectieux

PASSAGE DE LA BP



- En fonction du **terme** et du **type de l'agent infectieux** → passage d'autant plus facile à la fin de la grossesse car ↑ perméabilité de la BP
- Au 1^{er} trimestre la perméabilité aux agents infectieux est faible
- cette perméabilité ↑ au cours de la grossesse
- Les conséquences graves pour le fœtus sont d'autant plus importantes quand l'infection est acquise tôt dans la gestation
- le plus souvent, seules les primo-infections maternelles sont dangereuses pour le fœtus
- → non dangereuses s'il s'agit d'**une réactivation** du virus
- → sauf virus virémiques chroniques : HIV, VHB et +/- CMV ou les réactivations sont aussi dangereuses que les primo-infections

1.4 les principaux agents infectieux impliqués:



- ***Germes responsable d'infections materno-fœtales d'origine bactériens***

- Streptocoque du groupe B 50%

- ***E. coli k1 (30%)***

- o **Autres:**

- H. influenza

- S. aureus

- S. pneumonie

- Listeria mono cétogènes

- Neisse ria meningitidis

- Syphilis

- Streptocoque du groupe A (Streptococcies pyogènes)

- Autres entérobactéries (dont Klebsiella)

- **Principaux virus responsables d'infections materno-fœtales:**

- o Rubéole

- o Herpès (HSV)

- o CMV

- o HIV

- o HBV

- o VZV (virus varicelle zona), Parvovirus B19, entérovirus.

- **Autres: Toxoplasmose**

1.5 SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE



❑ Dépistages obligatoires:

o Au 1^{er} examen:

sérologie de la syphilis

Sérologie de la rubéole

Sérologie de la toxoplasmose

o Dépistage de l'antigène HbS au 6^{ième} mois de grossesse

--La sérologie toxoplasmose doit être répétée chaque mois Si la patiente non immunisée

- La sérologie VIH est conseillée mais pas obligatoire

1.6 AUTRES EXAMENS BIOLOGIQUES



1.6.1 Prélèvements vaginaux (PV): °

LES OBJECTIFS:

- **Déterminer les risques d'infection materno-fœtale** a l'origine possible d'infection néonatale et/ou d'accouchement prématuré
- **Dépister les maladies sexuellement transmissibles**
- .

LES INDICATIONS:

- le prélèvement vaginal systématique n'est pas recommandé en début de grossesse.
- IL est recommandé de réaliser un PV en cas de :

- ATCD d'infection materno foetal;
- ATCD de prématurité ou d'avortement tardif;
- Femme à risque de maladie sexuellement transmissible(femme jeunes partenaires multiples, toxicomanes;)
- Menace d'accouchement prématuré
- PV est indispensable au cours des Ruptures de Membrane pour rechercher une vagin ose bactérienne et les bactéries à haut risque infectieux
- Le dépistage systématique du portage de streptocoque du groupe B

1.6.2 RECHERCHE DE L'INFECTION URINAIRE



Bandelettes urinaires (BU) tous les mois à partir du 2ème mois.

Si BU positive : contrôle par **ECBU**.

Intérêt du dépistage et du traitement **de la bactériurie asymptomatique** :

- **risque** d'avortement et d'accouchement prématuré,
- **risque** de pyélonéphrite
- ... **Devant toute fièvre** : s'il existe des signes urinaires, un ECBU et une hémoculture, doivent être pratiqués et les antibiotiques commencés sans attendre le résultat.

LA LISTÉRIOSE :

est une maladie à déclaration obligatoire

l'agent pathogène: la bactérie **Listeria mono -cétogènes(BGN)**

mode de contamination : l'ingestion d'aliments contaminé (aliment cru et mal cuit : viande, lait et fromage non pasteurisé)

la clinique :

---Chez la mère :

- Syndrome pseudo-grippal
- Fièvre persistante
- Autres symptômes : Nausées, vomissements, diarrhée, constipation

----Chez le fœtus : la transmission placentaire peut donner :

- Chorioamniotite
- Un avortement spontané volontiers fébrile au 1er et 2eme trimestre
- Un accouchement prématuré
- La mort in utero dans 20 à 30% Des cas .

Après la naissance : -Septicémie bactérienne

- pneumopathie avec mortalité élevée+
- méningite

Diagnostic :

- Hémoculture** au pic fébrile chez la mère
- prélèvement** de liquide amniotique et les orifices naturels =chez le nouveau-né

Traitement:

- beta lactamines-aminosides.
- Amoxicilline IV (200mg/kg/j) Pdt 14 à 21j +/-Gentamicine (3mg/kg) pdt3 à 5 jrs

STREPTOCOQUE DU GROUPE B:

GÉNÉRALITÉS:

Le dépistage systématique du portage de **streptocoque du groupe B** (SGB) est recommandé en fin de grossesse, idéalement entre 34 et 38 SA, en raison de :

TRANSMISSION ET RISQUE POUR L'ENFANT:

La transmission se fait au moment de l'accouchement, lors du passage de la filière génitale.

Risque de transmission: 50% des Nnés de mère porteuse.

Parmi les Nnés colonisés, **2% vont faire une infection néonatale à SGB** .

L'INFECTION NÉONATALE PRÉCOCE : a la 1 ère semaine de vie l'infection à SGB se manifeste par :

- une bactériémie (50%),
- une pneumopathie avec détresse respiratoire (35%)
- et/ou une méningite (15%) : l'infection néonatale à SGB est la 1^{ère} cause de méningite chez le Nné.

Le SGB favorise les ruptures précoces des membranes et la prématurité.

DIAGNOSTIC:

☐ Prélèvements chez le nouveau né:

☐ Liquide gastrique: prélèvement plutôt systématique

- ☐ Ponction lombaire (LCR)
- ☐ Hémocultures Prélèvements plus spécifiques en cas de suspicion d'infection

Examen direct (coloration de Gram)

- ☐ Culture
- ☐ Caractères biochimiques
- ☐ Séro groupage
- ☐ Séro typage

TRAITEMENT:

Pas de traitement des femmes porteuses du SGB pendant la grossesse(risque de récidence)
L'antibio prophylaxie est recommandée, > 37 SA :

- en cas de diagnostic de portage de SGB,
- en cas de bactériurie à SGB au cours de la grossesse
- et en cas d'antécédent d'infection néonatale à SGB;

Antibiotique utilisé:

- Amoxicilline IV
- Ou Pénicilline G IV
- En cas d'allergie, des macrolides (érythromycine) ou des C3G pourront être envisagés

SYPHILIS

Définition :

C'est une maladie vénérienne due au tréponèmes pale

Actuellement peu fréquente avec des manifestations réduites à une expression sérologique

Action sur le fœtus :

❑ Interruption prématurée de la grossesse : avortement tardif ou accouchement prématuré précède d' une mort in utero

❑ Ailleurs **le nouveau né** peut être porteur le symptôme spécifique pemphigus palmo plantaire, plaques au niveau des lèvres , des lésions viscérales hépatomégalie +++ ,splénomégalie , ascite qui sont le plus souvent isolées

La mortalité = 20 – 50 %

Effets de la grossesse sur la syphilis :

La grossesse aggrave les lésions et prolonge la durée d'évolution (terrain immunodéprimé)

Effets de la syphilis sur la grossesse:

Hydramnios aigue ou chronique

Le placenta pale et friable ; augmenté de volume avec aspect en **chaire a saucisse** .

Le cordon est le siège de **nodosités** dues aux artérites et phlébites

Diagnostic :

Sérologie spécifique : TPHA

C.A.T:

Avant la grossesse :traitement du couple jusqu'a la guérison clinique et biologique

Pendant la grossesse : **syphilis précoce**;(2 inj 2,4 M UI Extencilline 1 inj en IM chaque semaine) ; : **syphilis tardive** ; (3 inj 2,4M UI 1 inj :semaine)
neurosyphilis 20 M IU d'Extencilline /jour en IV pendant 14 J

Le traitement de nouveau né : confié au pédiatres

NB :L'allaitement est autorisé au cours d'une syphilis

LA TUBERCULOSE :

Il n'existe pas de risque embryon-fœtal particulier.

Si le traitement est terminé: pas de précaution nécessaire.

Si le traitement est en cours , il faudra:

- poursuivre le traitement pendant la durée nécessaire

éviter la rifampicine au 1^e trimestre;

la bithérapie par isoniazide et éthambutol est indiquée.

pas de contre indication à l'allaitement **sauf si la mère est bacillaire**

La vaccination par le BCG du nouveau-né est systématique.

INFECTIONS VIRALES

On distingue :

----des virus transmissibles pendant la grossesse et responsables d'une maladie foetale:

rubéole, varicelle,

Cytomégalovirus,

Parvovirus B19.

des virus transmissibles en fin de grossesse et pendant l'accouchement entraînant une maladie infantile souvent plus sévère que la forme adulte:

Herpès génital,

Hépatites B & C,

Infection HIV, varicelle.

LA RUBÉOLE :

Agent pathogène : Virus genre ribovirus

La clinique :

la rubéole acquise : primo-infection ; pathologie bénigne de la petite enfance

La rubéole congénitale : tératogène , contamination transplacentaire (le risque est important et grave avant 8 SA)

le syndrome poly- malformatif :

1. lésion oculaire : cataracte, microphthalmie, opacité cornéenne
2. lésion auditive : surdité de percussion
3. lésion neurologique : microcéphalie, retard mental
4. lésion cardiaque: persistance du canal artériel
5. malformation dentaire

la forme chronique évolutive de la rubéole :

- Infection généralisée du nouveau-né
- Lésions pluriviscérales : hépatite, méningite, myocardite

le diagnostic biologique

- la sérologie est obligatoire au début de la grossesse : igG, igM
- L'amniocentèse après 18 SA

-Prélèvement du sang fœtal après 22SA le

CAT : immunité ancienne : pas de risque .

non immunisé : éviter le contact avec les rubéoleux

séroconversion : interruption de la grossesse

prévention : vaccination avant l'âge de procréation

VARICELLE, ZONA (VZV):

Varicelle chez la femme enceinte a un risque de transmission

Zona de la femme enceinte : pas d'acquisition transplacentaire

Danger pour la mère +++ :

Pneumonie Varicelle use mortelle dans 10% Des cas; à traiter par aciclovir IV.

En cas de forme grave, éviter 'hospitalisation en maternité (contagiosité importante au voisinage du terme!).

Pour le fœtus:

8% de transmission fœtale

2 à 3% de malformations (peau, SNC, yeux, squelette), pas toujours détectables in utero => **Proposer une surveillance renforcée : échographie mensuelle**

Pour le nouveau-né: risque de varicelle néonatale (25 à 50%) ; la gravité augmente (mortalité et séquelles neurologiques fréquentes) si l'éruption débute moins de 5 jours avant l'accouchement (**pas d'immunité passive d'origine maternelle**).

Prévention:

- **injection d'immunoglobuline** contre VZV; polyvalente:
- **en cas de varicelle maternelle** en fin de grossesse, essayer de retarder l'accouchement par un traitement tocolytique
- **traitement antiviral** par Acyclovir
- **consignes d'hygiène** strictes pour le personnel soignant.
- **Vaccin**

CYTOMÉGALOVIRUS:

On retrouve le CMV dans tous les Liquides de l'organisme : **contamination en collectivité** par la salive +++ , les urines (liquide très contagieux) et par voie respiratoire.

-**fréquence de Contamination** in utero: 0,5 à 2% o Mais manifestations cliniques exceptionnelles

- **La primo-infection** est asymptomatique (90% des cas) ,
un syndrome grippal non spécifique dans 10% des cas

-La réactivation maternelle peut transmettre le virus (transmission foétale < 2%)

Clinique:

- **10% font** une infection prénatale sévère: « **Maladie des inclusions cytomégaliqes**»

(RCIU, microcéphalie, hydrocéphalie, calcifications intracrâniennes)

-**10%** présenteront des séquelles neurosensorielles (surdité à terme ++)

- **80%** restent asymptomatiques.

- Un dépistage systématique n'est pas recommandé en l'absence de traitement.

- La transmission materno-foétale du CMV se fait essentiellement par voie **transplacentaire** , rarement en **période périnatale** (au passage de la filière génitale) et **post--natale** (allaitement).

Diagnostic:

Chez la mère :

- Sérologie +++ démonstration d'une séroconversion -
- test d'avidité des IgG: pour la datation de la primo-infection
- PCR sur liquide amniotique

Chez le nv--né :

- Virus retrouvé dans tous les liquides de l'organisme donc diagnostic fait sur n'importe quel prélèvement ----
 - Culture ou PCR
 - Marqueur biologique chez le Né : **thrombopénie.**
- Diagnostic anti--natal: Prélèvement de liquide amniotique par amniocentèse;

Traitement:

pas de traitement | pendant la grossesse (contre indication des antiviraux anti CMV, **gancicovir**: mutagène et tératogène)

On réalise seulement diagnostic prénatal et une surveillance échographique à la recherche d'anomalies

. *Prévention: du CMV*

- Difficile** : pas de dépistage systématique
- Prévention des femmes enceintes en collectivité avec de jeunes enfants (réservoirs du virus)

HIV:

--Transmission materno--foëtale: 16%

--**Conséquences** : SIDA chez le nouveau né

--**La prévention** : repose sur 4 mesures :

Le dépistage de l'infection maternelle,

La surveillance de la grossesse,

Le traitement antirétroviral

une césarienne prophylactique et le traitement du nouveau--né.

Hépatite C:

--**Fréquence** :chez la femme enceinte: 1%

--**facteurs de risque** :

Toxicomanie IV,

Notion de transfusion sanguine

Populations originaires d'Afrique Noire

- **Transmission maternofoetale**: Globalement < 5%. C'est en fonction de deux facteurs :

La sérologie HIV et la charge virale

--Prévention :

Elle est basée sur un traitement antiviral pré conceptionnel par :

l'interféron ou la ribavirine pour réduire la charge virale.

Ces produits sont formellement CI chez la femme enceinte

HÉPATITE B:

--Fréquence du portage de l'antigène HBs chez la femme enceinte : 0.15% en moyenne

Transmission maternofoetale: dépend de la **réplication virale**:

- 80 % si d'ADN viral positif (recherche par PCR)
 - 20 % si ADN viral négatif et AC anti—Hbe négatifs,
 - Pratiquement pas de transmission si AC anti—Hbe positifs
- Conséquences: 90% de passage à la chronicité.

Risque élevé de cirrhose

--Prévention:

- Vaccination des femmes à risque.
- Recherche obligatoire de l'antigène HBs pendant la grossesse.
- Immunoglobulines et vaccination du nouveau-né si la mère est porteuse de l'antigène HBs.

LES INFECTIONS PARASITAIRES

La toxoplasmose :

Agent pathogène : toxoplas magondii

la clinique : dans 80% des cas la primo-infection est asymptomatique
20 % des cas : (adénopathie, fièvre modérée, syndrome mononucléaire)

la toxoplasmose congénitale : manifestation clinique variable

- neurologique = hydrocéphalie
- oculaire
- hépto-splénomégalie
- retard psychomoteur

Diagnostic:

La sérologie est obligatoire au 1er trimestre (igG, igM)

Le traitement:

Si sérologie négatif (igG, igM)

- Sérologie mensuelle
- Conseil hygiéno-diététique : éviter la consommation de la viande crue, lavage soigneux des mains et des légumes

Si sérologie positive (séroconversion) :

- La ROVAMYCINE 3 Million UI (1cp*3/j) jusqu'à l'accouchement.
- Surveillance échographique et amniocentèse à partir de 18 SA