

INFECTION & GROSSESSE

Pr. N.RIGHI
Service de Maladies infectieuses
EPH BATNA
Faculté de Médecine de Batna

Infections et grossesse

- Toxoplasmose
- Rubéole
- Hépatite virale "B"
- Hépatite virale "C"
- VIH
- Cytomégalovirus (CMV)
- Syphilis
- Streptocoque B
- Varicelle
- Tuberculose

TOXOPLASMOSE

Toxoplasmose

Introduction

- Infection parasitaire à *Toxoplasma Gondii*.
- En France, environ 50 % des femmes sont immunisées contre la toxoplasmose. L'incidence de la séroconversion pendant la grossesse est d'environ 1,5 %.
- Une toxoplasmose maternelle au cours de la grossesse peut être transmise au fœtus par voie hématogène et diffusion transplacentaire. On parle alors de **toxoplasmose congénitale**, parfois responsable de malformations (essentiellement oculaires et neurologiques).
- L'atteinte fœtale est d'autant plus sévère que l'infection survient tôt dans la grossesse.
- C'est une des seules infections pour laquelle il existe un **traitement anténatal**.

Prévention de la toxoplasmose congénitale

Elle repose sur le **dépistage sérologique systématique**. La sérologie toxoplasmique (dosage des IgM et IgG) doit être systématique:

- Lors du bilan prénuptial
- Lors du **premier trimestre** de la grossesse

Pour toutes les femmes enceintes séronégatives pour la toxoplasmose:

- **Surveillance sérologique mensuelle** tout au long de la grossesse, jusqu'à l'accouchement.
- Education de la patiente avec remise d'une information écrite sur les **mesures hygiéno-diététiques** de prévention de la toxoplasmose:
 - Ne consommer que de la viande bien cuite ou ayant été congelée.
 - Laver abondamment les fruits et légumes avant de les manger.
 - Bien se laver les mains après avoir manipulé de la viande crue, des légumes ou des fruits crus, et de la terre.
 - Eviter tout contact avec les chats et leur litière.

- La primo-infection à Toxoplasma Gondii est le plus souvent asymptomatique (90 %). Dans les autres cas, la symptomatologie est le plus souvent pauvre et **aspécifique** : fièvre, syndrome mononucléosique, syndrome grippal, polyadénopathie indolores cervico-occipitales ...
- Le diagnostic de certitude d'une primo-infection maternelle repose sur la **sérologie** (apparition d'IgM spécifiques).

Sérologie toxoplasmique

IgM	IgG	Interprétation
-	-	Patiante non immunisée Surveillance sérologique mensuelle jusqu'à l'accouchement Mesures préventives hygiéno-diététiques
-	+	Immunité probablement ancienne (à confirmer par un 2 ^{ème} dosage à 15 jours d'intervalle) ⇒ pas de surveillance, sauf si immunodépression.
+	-	Séroconversion toxoplasmique probable. Infection toxoplasmique évolutive ou infection ancienne ⇒ Nécessité de dater la primo-infection par un test d'avidité des Ig: <ul style="list-style-type: none"> - Indice d'avidité faible = primo-infection récente - Indice d'avidité élevé = primo-infection ancienne
+	+	NB : Un indice d'avidité supérieur à 0,5 permet d'affirmer que l'infection remonte à plus de 5 mois.

Datation de la contamination

- La datation de la contamination peut se faire à l'aide de :
 - L'avidité des IgG
 - L'évolution des sérologies sur 2 prélèvements à 3 semaines d'intervalle:
- Elévation des IgG et IgM ⇒ contamination récente < 2 mois à la date du premier prélèvement
- Taux stable d'IgG ⇒ contamination > 2 mois

Prise en charge d'une patiente ayant fait une séroconversion toxoplasmique en cours de grossesse

Risques fœtaux

Le risque est la diffusion hématogène et le passage transplacentaire de T. Gondii pouvant infecter le fœtus. La période la plus dangereuse pour le fœtus se situe **entre 10 et 24 SA**:

- Avortement spontané
- Mort fœtale in utero
- Altérite **cérébrale**: microcalcifications cérébrales, hydrocéphalie, microcéphalie ...
- Altérite **ophtalmique**: surtout **choriorétinite**, mais aussi cataracte congénitale, microphthalmie ...
- Epanchements des séreuses (ascite, épanchement pleural)

Le risque de contamination fœtale est très faible en début de grossesse. Il augmente avec le terme et est maximal en fin de grossesse. Les répercussions d'une infection fœtale sont maximales en début de grossesse (fœtopathie) et minimales voire absentes en fin de grossesse.

Devant une séroconversion toxoplasmique maternelle ⇒ mise en route **en urgence** d'un traitement par **SPIRAMYCINE** (Rovamycine® 3MUI x 3 1 jour) pour diminuer de 50 % le risque de passage transplacentaire du parasite. Il est ensuite réalisé des explorations pour rechercher une infection fœtale.

Evaluation du risque fœtal : diagnostic anténatal

Le diagnostic de toxoplasmose congénitale repose sur le prélèvement de liquide amniotique ⇒ proposer une amniocentèse dès 18 SA et au moins 4 semaines après la séroconversion maternelle. Informer la patiente du risque de perte fœtale de 0,5 à 1 %.

Elle permet:

- La recherche par **PCR** de l'ADN de Toxoplasma gondii.
- Le **test d'inoculation à la souris** avec recherche d'une séroconversion à 4-6 semaines et de kystes toxoplasmiques à la dissection cérébrale. Ce test est plus sensible que la PCR et permet de « rattraper» quelques faux négatifs.

Séroconversion maternelle ⇒ traitement par SPIRAMYCINE ⇒ proposer une amniocentèse 4 semaines après.

La sensibilité globale de l'amniocentèse n'est que de 63 %, ainsi 1/3 des diagnostics d'infection fœtale par le toxoplasme ne sont pas faits! Même en cas de résultats négatifs lors de l'amniocentèse, il faut rester vigilant et continuer la surveillance fœtale.

Quelle prise en charge en fonction des résultats de l'amniocentèse ?

PCR NEGATIVE	Prise en charge anténatale	Maintien du traitement par SPIRAMYCINE (Rovamycine®) jusqu'à l'accouchement, car on tient compte du risque de faux négatifs
	Continuer la surveillance échographique mensuelle, à la recherche de signes de fœtopathie Pour certaines équipes: IRM fœtale cérébrale anténatale	
Test d'inoculation à la souris NEGATIF	⇒ Bilan néonatal :	
	<ul style="list-style-type: none"> - Examen clinique à la recherche d'une embryofœtopathie: troubles neurologiques, hydrocéphalie, microcéphalie, choriorétinite, hépatomégalie, splénomégalie, ictere ... - Imagerie cérébrale: échographie transfontanellaire. - Examen placentaire avec recherche de T.Gondii par PCR et inoculation à la souris. - Sérologies fœtales au cordon puis tous les mois pendant au moins 1 an, avec comparaison du taux d'anticorps maternels et du nouveau né. 	

Toxoplasmose	
PCR POSITIVE Test d'inoculation à la souris positif ↓ toxoplasmose congénitale	⇒ Surveillance fœtale par échographie obstétricale mensuelle à la recherche de signes de foetopathie : dilatation des ventricules cérébraux, zones hyperéchogènes cérébrales, hépatomégalie, ascite, augmentation de l'épaisseur du placenta ... Pour certaines équipes: IRM fœtale cérébrale anténatale. ⇒ Si il n'y a pas de signe de foetopathie à l'échographie, la grossesse est poursuivie, traitement curatif jusqu'à l'accouchement avec maintien de la surveillance échographique : - PYRIMETHAMINE (Malocide®) 50 mg/jour. - SULFADIAZINE (Adiazine®) 3 g/jour. - Supplémentation en Acide Folinique. Alternative thérapeutique ⇒ PYRIMETHAMINE -SULFADOXINE (Fansidar®). ⇒ Si des signes de foetopathie sont mis en évidence par l'échographie, une interruption médicale de grossesse (IMG) peut être envisagée.
PCR POSITIVE	⇒ Bilan néonatal associant: - Examen clinique , puis surveillance prolongée pendant plusieurs années. - Imagerie cérébrale: échographie transfontanellaire . - Examen placentaire avec recherche de T.Gondii par PCR et inoculation à la souris. - Sérologies fœtales au cordon puis tous les mois pendant au moins 1 an. ⇒ Traitemen t pédiatrique adapté et prolongé.



Rubéole	
Introduction	
□ La primo-infection rubéoleuse d'une femme enceinte au cours des premiers mois de grossesse peut être responsable d'une embryofœtopathie grave: la rubéole congénitale . Le risque pour l'enfant à naître est quasi-nul si l'infection survient après 18 SA .	

Rubéole	
<h2>Rappel</h2> <p>La rubéole est une infection virale à transmission respiratoire. Le tableau clinique variable et peu spécifique : incubation de 14 à 20 jours, suivi d'une phase éruptive inconstante (50 %) : éruption démarrant au visage, s'étendant au tronc et aux extrémités avec une tendance confluente.</p> <p>Elle disparaît spontanément en 3 j sans laisser de cicatrices. Les adénopathies sont fréquentes, la fièvre est inconstante et modérée. La guérison est spontanée en quelques jours. Les complications sont exceptionnelles (encéphalite, purpura thrombopénique, myocardite ...)</p>	

Rubéole	
<h2>Diagnostic</h2> <ul style="list-style-type: none"> Le tableau clinique n'étant pas spécifique, le diagnostic repose sur la sérologie maternelle. Il faut savoir que les anticorps apparaissent 15 j après le contage. <p><i>Le diagnostic de primo-infection rubéoleuse repose sur la sérologie : présence d'IgM et augmentation du taux des IgG entre 2 prélèvements à 15 jours d'intervalle.</i></p>	

Rubéole

Circonstances imposant la réalisation d'une sérologie rubéoleuse :

- Systématique en début de grossesse (bilan sérologique obligatoire du premier trimestre).
- En cas d'**éruption maternelle évocatrice** ⇒ sérologie dans les 48 heures suivant l'apparition des signes cliniques
- En cas de **contage** avec un enfant présentant une éruption suspecte d'être une rubéole. La sérologie sera réalisée précocement (moins de 10 jours après le contage).
- Bilan prénuptial

Rubéole

Comment interpréter une sérologie rubéoleuse en début de grossesse?

Patient séronégative	⇒ Contrôle de la sérologie vers 18-20 SA permettant d'éliminer une primo-infection pendant la période à risque pour le fœtus. = Vaccination de la patiente dans le post-partum.
Sérologie positive (IgG)	Immunité probablement ancienne (vaccination). Au moindre doute sur la possibilité d'une primo-infection ⇒ Contrôle de la sérologie avec recherche d'IgM et mesure de l'avidité des IgG. Une avidité faible évoque une infection récente.

Rubéole

Risques néonataux

Le risque est l'**infection fœtale in utero** par passage viral transplacentaire à l'occasion d'une virémie maternelle. Cette infection fœtale peut aboutir à un syndrome de **rubéole congénitale** : tableau d'embryofœtopathie parfois très sévère, le fœtus pouvant être atteint de :

- Retard de croissance intra-utérin (RCIU) (76 %)
- **Cardiopathies** (50 %)
- Anomalies cérébrales: microcéphalie (35 %), calcifications intra-crâniennes, retard mental ...
- Anomalies ophtalmologiques: microptalmie (33 %), **cataracte**, glaucome ...
- **Surdité** d'origine centrale (94 %)

Cette embryofœtopathie peut être un motif de demande d'IMG par le couple.

Rubéole

Les conséquences d'une infection fœtale varient énormément en fonction du terme de la grossesse.

Rubéole maternelle	Risque malformatif
avant 13 SA	MAJEUR.
entre 13 et 18 SA	Risque de surdité
après 18 SA	Aucun risque malformatif

Rubéole

Prise en charge d'une primo-infection rubéolique de la femme enceinte

Une **primo-infection maternelle survenue avant 18 SA** impose de savoir si le foetus est infecté et, si c'est le cas, d'en évaluer les conséquences en recherchant des signes échographiques de **rubéole congénitale**.

DIAGNOSTIC D'UNE INFECTION FœTALE IN-UTERO	Il repose sur l' amniocentèse réalisée au moins 5 semaines après la séroconversion maternelle ⇒ recherche spécifique du virus par PCR.
SURVEILLANCE ECHOGRAPHIQUE	La rubéole maternelle impose une surveillance échographique mensuelle pendant toute la grossesse. On recherche des anomalies évocatrices d'une rubéole congénitale: retard de croissance, malformations cérébrales, cardiaques

Rubéole

- La demande d'**interruption médicale de grossesse** (IMG) peut être recevable d'emblée en cas de primo-infection maternelle avant 13 SA (risque majeur de rubéole congénitale).

Rubéole

PREVENTION

- La prévention repose sur la **vaccination** des enfants et des jeunes filles en âge de procréer (vaccin recommandé mais non obligatoire). Les jeunes femmes séronégatives doivent être vaccinées avant de tomber enceinte. A défaut, la vaccination doit être réalisée dans le post-partum immédiat.
- Il s'agit d'un vaccin viral vivant atténué qui est formellement contre-indiqué pendant la grossesse et qui doit être réalisé sous contraception efficace les deux mois suivants sa réalisation chez la femme en âge de procréer.

HEPATITE VIRALE « B »

Hépatite B

Introduction

- ⇒ En France, 1,5 % des femmes enceintes sont Ag HBs positives.
- ⇒ Il n'existe pas d'**embryofœtopathie** liée au virus de l'hépatite B. Le risque est lié à une contamination périnatale dont les manifestations surviendront plus tard dans la vie de l'enfant.
- ⇒ La prévention repose sur la **sérovaccination** des nouveau-nés de mère Ag HBs +.

Hépatite B

Dépistage maternel

Dépistage obligatoire chez la femme enceinte ⇒ Recherche de l'**Ag HBs au 6^e mois** de grossesse.

La présence de l'Ag HBs au cours du 6^e mois de grossesse doit faire prescrire:

- **Bilan hépatique** complet avec dosage des transaminases sériques.
- **Sérologie complète de l'hépatite B** : Ac anti-HBc, Ac anti-HBe, Ac anti-HBs et recherche des **marqueurs de réPLICATION VIRALE**: Ag HBe et DNA viral (par hybridation ou PCR).
- Sérologies VHC, VHD et proposer une sérologie VIH.
- Bilan de l'entourage.
- Ce bilan permet de préciser si la mère a une hépatite B aiguë ou chronique.

Hépatite "B" aigue

Elle concerne 5 % des femmes enceintes Ag HBs +. L'infection est le plus souvent **asymptomatique**. Le risque de transmission périnatale est majeur (réPLICATION virale massive). Les évolutions possibles sont:

- **Guérison spontanée** en 3 mois dans 90 % des cas (apparition des Ac anti-HBs).
- Evolution vers une hépatite chronique (10 %).
- Exceptionnellement : hépatite fulminante engageant le pronostic vital fœto-maternel.

Hépatite "B" chronique

- **DEFINITION:** Persistance de l'Ag HBs plus de 6 mois après le début de l'infection par le VHB.
- Cas le plus fréquent: **95 %** des femmes enceintes Ag HBs +.
- Il n'y a pas d'aggravation d'une hépatite chronique au cours de la grossesse. Le risque de transmission périnatale dépend de la **charge virale**.

Risques néonataux

- Le risque est la **transmission périnatale du virus de l'hépatite B** et l'infection chronique de l'enfant. La transmission par voie transplacentaire au cours de la grossesse est très rare (moins de 5 % des cas). L'enfant s'infecte donc le plus souvent au moment de l'accouchement:
- Par exposition au sang maternel et aux sécrétions génitales maternelles contenant du virus.
- Par voie hémato-génitale transplacentaire (microlésions placentaires).

⇒ Il n'y a pas d'embryofoetopathie liée à l'hépatite B. Le risque est l'hépatite néonatale

Le risque d'infection périnatale est étroitement lié à la charge virale maternelle.

Mère AgHBs positive	Marqueurs de réPLICATION virale (AgHBe et DNA viral)	Risque d'infection périnatale en l'absence de sérovaccination
Contagiosité faible	absents	10 à 20 %
Contagiosité élevée	présents	90 %

Histoire naturelle de l'hépatite néonatale (plus grave que chez l'adulte) :

- Portage chronique de l'Ag HBs avec risque d'hépatite chronique dans 90 % des cas.
- A l'adolescence, évolution possible vers la cirrhose (20 %) et le carcinome hépatocellulaire (15%).

Prévention de l'hépatite néonatale

⇒ URGENCE NEONATALE

- La prévention repose sur la **sérovaccination** des enfants de mère Ag HBs positive:
- Sérothérapie immédiate (en salle de naissance avant 12 heures de vie) par injection IM de 100 UI d'Ig anti-HBs.
- Vaccination du nouveau-né : première injection de vaccin recombinant (type Engerix B®) en même temps que les immunoglobulines mais dans un autre site, rappels à 1, 2 et 12 mois. Toilette antiseptique de l'enfant à la naissance.
- Recherche d'Ag HBs à J15 de vie.

Ces mesures préventives diminuent le risque de transmission de 90 %.

Remarques

- La césarienne prophylactique n'est pas justifiée.
- L'allaitement n'est pas **contre-indiqué** en cas de sérovacination.
- Adresser la patiente à un hépatologue pour prise en charge et suivi de son hépatite B. Prévenir l'infection horizontale en **vaccinant l'entourage direct** de la patiente.
- La prévention de l'hépatite B maternelle repose sur la vaccination.

HEPATITE VIRALE "C"

Introduction

- ⇒ Environ 1 % des femmes enceintes sont atteintes de l'hépatite C.
- ⇒ Infection souvent associée au VIH qu'il faut savoir rechercher car une co-infection avec le VIH augmente le risque de transmission.

Rappel

- Infection due à un virus à RNA à tropisme hépatique.
- Transmission par voie essentiellement sanguine (toxicomanie+++), plus rarement sexuelle et périnatale.

Dépistage maternel

- Il n'est **légalement pas obligatoire** au cours de la grossesse. Une sérologie VHC (recherche d'anticorps anti-VHC) doit être demandée en cas de **situation à risque**: antécédent de transfusion sanguine, toxicomanie intraveineuse, patiente VIH positive, patiente originaire d'une zone de forte endémie ...
- En pratique, elle est souvent demandée à titre systématique. Si la mère est porteuse d'anticorps anti-VHC :
 - Préciser la **charge virale** : recherche de l'ARN viral par PCR. Le risque de contamination périnatale est quasi-nul en cas de charge virale indétectable
 - Rechercher une **co-infection au VIH** (50 %)

Prévention

- Avant la naissance, on évalue le risque de contamination périnatale par mesure de la charge virale. Si la charge virale est positive, un traitement par Interféron peut être discuté. La Ribaravine est contre-indiquée au cours de la grossesse (produit fœtotoxique).
- La césarienne prophylactique n'est pas justifiée.
- La désinfection cutanée du nouveau-né est réalisée en salle de naissance.

Risques néonataux

- Comme pour l'hépatite B, le risque est la **transmission périnatale du virus de l'hépatite C** et l'infection chronique de l'enfant.

*La contamination de l'enfant survient essentiellement au moment de l'accouchement avec un **risque de transmission inférieur à 5 %**. Ce risque est d'autant plus élevé que la charge virale est importante et qu'il existe une **co-infection au VIH**. Inversement, ce risque est quasi nul si la charge virale est indétectable.*

L'allaitement n'est pas contre-indiqué, sauf en cas de crevasses ou de saignement du mamelon.

VIH

Introduction

- ⇒ En France, 0,1 à 0,2 % des femmes enceintes sont VIH+.
⇒ La sérologie VIH doit être **obligatoirement proposée** au cours du suivi d'une grossesse. Elle ne sera réalisée qu'avec l'accord de la patiente.
⇒ Le principal risque est la **transmission materno-fœtale** du virus.

La grossesse ne modifie pas l'évolution d'une infection maternelle par le VIH, et ceci quel qu'en soit son stade d'évolution.

VIH

Risques fœtaux

Le VIH ne semble pas avoir d'influence néfaste sur le déroulement de la grossesse. Le risque principal est la **transmission materno-fœtale du VIH**.

En dehors de toute mesure préventive, ce risque est évalué à **15-20 %**.

L'utilisation des traitements antirétroviraux pendant la grossesse permet de réduire ce risque à environ **1%**.

La transmission se fait essentiellement en fin de grossesse et au moment de l'accouchement. Le risque de transmission materno-fœtale n'est pas le même pour toutes les patientes, il varie en fonction de plusieurs facteurs:

VIH

Risques fœtaux

FACTEURS MATERNELS

Le risque augmente avec le **stade de l'infection** :

- SIDA maternel déclaré
- Charge virale élevée
- Chute du taux de lymphocytes CD4

Ce risque est plus important pour les infections par le **VIH1** que pour le **VIH2**, et augmente avec l'**âge** maternel.

FACTEURS OBSTÉTRICAUX

Le risque de transmission materno-fœtale augmente en cas de :

- Rupture prématurée des membranes (RPM)
- Accouchement prématuré
- Chorioamniotite

VIH

PRÉVENTION DE L'INFECTION MATERNOFŒTALE

Elle repose sur :

- Le dépistage maternel systématiquement proposé en cours de grossesse.
- Le suivi pluridisciplinaire de la grossesse (collaboration obstétricien, infectiologue). Le traitement antirétroviral, parfois associé à une césarienne prophylactique.
- La prise en charge et le traitement du nouveau-né.

Dans tous les cas, il faut penser à la prévention du partenaire : sérologie, rapports protégés ...

La sérologie VIH 1 et 2 doit être systématiquement proposée, et ne sera réalisée qu'avec l'accord de la patiente.

VIH

Dépistage maternel

- En première intention, on réalise un **test Elisa**. Un test positif devra être confirmé par un test de WesternBlot.
- La découverte d'une séropositivité pour le VIH devra faire rechercher une **co-infection**: **Sérologies VHC, VHB, TPHA-VDRL**.
- Chez une femme HIV négative mais présentant de facteurs de risque (toxicomanie...), il faudra surveiller la sérologie au cours de la grossesse.

VIH

Suivi de la grossesse¹

Par une **équipe pluridisciplinaire**: obstétricien et infectiologue
⇒ suivi de grossesse rapproché avec une surveillance régulière:
- De la **charge virale** (dosage de l'ARN viral)
- Du **taux de lymphocytes CD4**.

Mise en place d'un **traitement antirétroviral** dans le but d'obtenir une **charge virale indétectable**

Il faut accorder un soin particulier:

Au dépistage des menaces d'accouchement prématuré et des ruptures prématurées des membranes.

Au dépistage et à la prise en charge d'éventuelles co-infections (hépatite B et C, IST...)

VIH

Suivi de la grossesse²

A la surveillance de la sérologie toxoplasmique (réactivation possible, même en cas d'immunité ancienne).

Certains gestes (amnioscopie, cordocentèse, ponction trophoblastique, version par manœuvre externe...) augmentent le risque de transmission materno-fœtale et sont à proscrire. Si l'amniocentèse est nécessaire, elle doit être accompagnée d'un traitement antirétroviral prophylactique.

En cas de traitement antirétroviral ⇒ surveillance de la tolérance du traitement (NFS, ionogramme, fonction rénale, bilan hépatique...)

VIH

Accouchement

- La césarienne prophylactique en dehors du travail n'est pas systématique. Elle est à discuter au cas par cas en fonction de la charge virale.
- En cas d'accouchement par voie basse, le travail doit être rapide et il faut **éviter les gestes invasifs** (exemple: pH fœtal par prélèvement au scalp). Un traitement antirétroviral par voie intraveineuse sera administré pendant toute la durée du travail jusqu'au clamping du cordon.
- Suivi adapté du nouveau-né par une équipe pédiatrique spécialisée. Contre-indication de l'allaitement maternel ⇒ **allaitement artificiel**.

Mesures associées

- De nombreux problèmes souvent associés à l'infection par le VIH: toxicomanie, polyintoxication (tabac-alcool), précarité sociale, troubles psychologiques;
- **Soutien psychosocial** indispensable ainsi qu'une anticipation de la sortie de l'hôpital en post-partum avec organisation du retour à domicile.
- Prise en charge par les **services de la PMI** (Protection Maternelle et Infantile) comportant des assistantes sociales, médecins, sages-femmes, puéricultrices.
- Le respect de ces mesures préventives a permis de faire chuter le risque de transmission materno-fœtal du VIH de 15 à 1 %.

CYTOMEGALOVIRUS(CMV)

CMV

Introduction

- ⇒ C'est l'infection materna-fœtale la plus fréquente (0,5 à 2 % des nouveau-nés).
 - ⇒ Le mode de contamination le plus fréquent est le **contact avec les enfants en bas âge** (personnel de crèche, mères de famille).
 - ⇒ Le CMV est la première cause de **handicap neurologique congénital** d'origine infectieuse.
 - ⇒ En France, 50 % des femmes sont immunisées. Mais cette immunité est imparfaite et la réinfection est possible.
- En l'absence de traitement, le **dépistage systématique de l'infection à CMV pendant la grossesse n'est pas justifié**, mais une information concernant les mesures d'hygiène universelle doit être donnée aux femmes enceintes.
- Une sérologie positive est d'interprétation difficile, et pose plus de problèmes qu'elle n'en résout. Elle n'est demandée qu'en cas de signes d'appel échographique.*

CMV

Généralités

C'est un virus à ADN du groupe des herpesviridæ. La contamination est inter-humaine par l'intermédiaire des **sécrétions infectées** (salive, urine, sécrétions génitales, sécrétions nasales, sang). Les enfants en bas âge en sont le principal réservoir. Un tiers d'entre eux sont porteurs de ce virus.

Primo-Infection:

- Le plus souvent **asymptomatique** (90 %)
- Symptomatique (10 %) ⇒ symptomatologie aspécifique : syndrome pseudo grippal.

CMV

- La **récurrence** d'une infection à CMV est **asymptomatique** chez le sujet immunocompétent.
- L'infection fœtale se fait principalement par voie hémato-gène transplacentaire. Contrairement à la toxoplasmose, le taux de transmission materno-fœtale ne dépend pas de l'âge gestационnel.

CMV

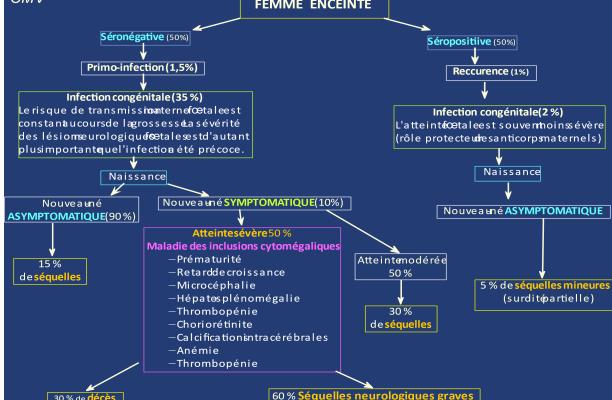
	Fréquence	Risque de transmission materno-fœtale	Risque de handicap neuro-sensoriel
PRIMOINFECTION MATERNELLE AU CMV	1,5 %	35 %	Primo-infection symptomatique: 30 à 60 % + risque de décès néonatal Primo-infection asymptomatique: 5 à 15 %
RECURRENCE MATERNELLE	1 %	2%	1 à 5 %

CMV

Risques fœtaux

- Une infection congénitale peut entraîner des **lésions fœtales**, essentiellement **cérébrales** et des séquelles à type de **handicap neurologique** de sévérité variable (**surdité +++**).

CMV



CMV

Prise en charge et diagnostic anténatal¹

Les circonstances de découverte d'une infection materno-fœtale à CMV peuvent être:

- Un tableau clinique maternel évocateur d'une infection virale (syndrome pseudo grippal).
- Des signes d'appel échographiques.
- La découverte d'une sérologie maternelle positive réalisée à l'occasion d'un dépistage systématique (bien que déconseillé).

CMV

Prise en charge et diagnostic anténatal²

Conduite à tenir:

- ⇒ Réalisation des **sérologies maternelles** (cinétique des IgG et IgM et étude de l'avidité des IgG pour dater la séroconversion).
- ⇒ Confirmation de l'infection congénitale par **amniocentèse** et recherche du virus par PCR. Une amniocentèse positive affirme l'infection du fœtus, mais n'est pas synonyme de lésion fœtale.
- ⇒ **Surveillance échographique** mensuelle, même si l'amniocentèse est négative:
 - Recherche de signes échographiques en faveur d'une infection congénitale
 - Recherche de signes de gravité pouvant amener les parents à demander une interruption médicale de grossesse (IMG).

Prévention

Des **mesures d'hygiène** doivent être conseillées à toutes les femmes enceintes, car un tiers des enfants en bas âge est porteur de ce virus (sécrétions buccales, nasales et lacrymales, urines) :

- **Eviter tout contact avec les sécrétions d'enfants en bas âge** : ne pas embrasser sur la bouche, ne pas prendre de bains ensemble (contamination urinaire).
- Se laver les mains après avoir changé un bébé et jeter rapidement les couches souillées d'urines.
- Désinfection quotidienne du pot.
- Utilisation de couverts séparés pendant les repas. Ne jamais goûter les repas de l'enfant avec sa cuillère.

HERPES GENITAL

Introduction

- L'herpès génital est une des IST les plus fréquentes (20 % des femmes).
- Infection virale le plus souvent due à **HSV2**, parfois à HSV1.
- Un herpès génital maternel doit faire craindre la survenue d'un **herpès néonatal** : complication rare mais gravissime (risque de décès fœtal ou de séquelles neurologiques graves).
- **La contamination survient surtout lors de l'accouchement** par contact avec les sécrétions génitales maternelles. L'excrétion maternelle d'HSV peut être asymptomatique.
- Fréquence de l'herpès néonatal = 15 à 50 cas par an.
- L'herpès néonatal survient dans 2/3 des cas en dehors de tout antécédent d'herpès maternel connu (excrétion virale asymptomatique). Cependant le dépistage de l'infection à HSV pendant la grossesse n'est pas recommandé.

Mode de contamination

	Mode de contamination fœtale Statut infectieux maternel
AU COURS DE LA GROSSESSE	Par passage transplacentaire (exceptionnel) lors d'une virémie maternelle au cours d'une primo-infection herpétique
PENDANT L'ACCOUCHEMENT +++	Par contact avec les sécrétions génitales maternelles infectées lors: <ul style="list-style-type: none"> -D'une primo-infection herpétique dans le mois précédent le travail. -D'une récurrence dans la semaine précédant l'accouchement -D'une excréption intermittente asymptomatique
APRES L'ACCOUCHEMENT	La contamination peut être aussi postnatale par contact avec un sujet porteur d'un herpès labial .

Herpès génital

Risques néonataux

HERPES NEONATAL

Risque majeur de décès et de séquelles neurologiques par:
 -Septicémie herpétique; éruption cutanéo-muqueuse vésiculeuse à tendance nécrotique avec atteinte polyviscérale est fréquente: lésions neurologiques (encéphalite), myocardiques, pulmonaires, hépatiques...
 -Méningo-encéphalite herpétique

FŒTOPATHIE HERPETIQUE

La contamination foetale lors d'une primo-infection herpétique maternelle est exceptionnelle : L'herpès congénital peut être responsable d'un tableau polymalformatif associant principalement des lésions cérébrales et oculaires.

Herpès génital

Mesures préventives de l'herpès néonatal

Situation maternelle	Risque d'herpès congénital	Mesures préventives adaptées
Primo-infection herpétique du dernier mois de grossesse (rare)	Majeur 80%	- Confirmation par 2 sérologies herpétiques réalisées à 15 jours d'intervalle et culture virale. -Traitement maternel antiviral par ACICLOVIR (Zovirax®) jusqu'à l'accouchement et césarienne prophylactique.
Récurrence herpétique dans la semaine précédant l'accouchement	Moyen (2 à 5 %)	- Traitement maternel antiviral - Césarienne prophylactique.
ATCD d'herpès génital chez la patiente	Bas (1/5000)	-Accouchement par voie basse avec mesures d'asepsie (désinfection génitale maternelle à la Bétadine®). -La pratique de recherche virale systématique par culture chez des patientes asymptomatiques n'est pas recommandée.
Aucun ATCD d'herpès génital (2/3 des cas)	Très faible	Mesures de prévention des IST au cours de la grossesse.

Herpès génital

→ MESURES PREVENTIVES CHEZ LE NOUVEAU-NE

Interdire tout contact direct avec un sujet porteur d'herpès labial.

SYPHILIS

Syphilis

Introduction

- Le dépistage sérologique de la syphilis est en début de grossesse.

Syphilis

Rappel

- La syphilis est une **infection sexuellement transmissible (IST)** due à un spirochète : le **Treponema pallidum**.
- L'**incubation** de 3 semaines est **asymptomatique**, puis est suivie de la **syphilis primaire** : chancre (génital dans 95 % des cas) indolore, circonscrit, à base indurée et accompagné d'une adénopathie satellite indolore. Le chancre et l'adénopathie disparaissent spontanément en quelques semaines à quelques mois. En l'absence de traitement, le risque est l'évolution chronique vers une **syphilis secondaire** (roséole, plaques muqueuses, polyadénopathies et syphilitides), puis **tertiaire**. Elle engage le pronostic vital par atteinte polyviscérale (essentiellement neurologique et vasculaire).

Syphilis

- La transmission se fait par **voie hématogène transplacentaire**, classiquement après 16-18 SA (4^{ème} mois). La grossesse ne modifie ni la symptomatologie, ni l'évolution de cette maladie.
- En dehors de tout traitement, le risque de transmission materno-fœtale est de 30 à 60 %. La syphilis maternelle expose l'enfant à naître au risque de **syphilis congénitale**.
- Il n'y a pas d'embryopathie ni d'augmentation du risque d'avortement spontané précoce due à la syphilis.
- En revanche, après le 4^{ème} mois, la syphilis peut entraîner un avortement spontané tardif, un accouchement prématuré, voire une mort fœtale in utero.

Syphilis

Diagnostic

- Il est évoqué devant la clinique, mais sera confirmé par:
 - **Diagnostic direct:** mise en évidence du *Treponema pallidum* par examen direct au microscope à fond noir de prélèvements réalisés au niveau d'un chancre, d'une plaque muqueuse ou de syphilides.
 - **Diagnostic sérologique:** **TPHA** (réaction à antigène spécifique) et **VDRL** (réaction à antigène lipidique non spécifique).

Syphilis

Dépistage

- Une sérologie maternelle est obligatoire en début de grossesse: TPHA et VDRL.

Syphilis

TPHA	VDRL	Diagnostic
-	-	Sujet non atteint, sauf si la contamination est récente (moins de 3 semaines). Au moindre doute, on demande un FTA-abs avec recherche d'IgM ou un contrôle à 3 semaines.
+	+	Sujet atteint de syphilis. Le stade de la maladie sera précisé grâce aux valeurs quantitatives du TPHA et du VDRL.
-	+	Sérologie faussement positive: lupus, dysglobulinémie, cirrhose, infection virale (mononucléose, hépatite, VIH ...), sclérodermie, parasitose ou autre tréponématose.
+	-	Plusieurs possibilités: - Syphilis débutante (FTA-abs précoce permet la confirmation diagnostique). - Cicatrice sérologique. - Faux positif du TPHA (exceptionnel car TPHA = réaction à antigène spécifique)

Syphilis

Devant toute syphilis:

- Bilan IST complet à la recherche d'une éventuelle co-infection.
- Dépistage et traitement du ou des partenaire(s).

Syphilis

Risques fœtaux

Avant le 4^{ème} mois de grossesse	Pas d'infection fœtale Le traitement prescrit avant le 4 ^e mois évite tout risque d'atteinte fœtale
Après le 4^{ème} mois de grossesse	L'infection fœtale n'est possible qu' après 18 SA . En dehors de tout traitement, le risque de transmission materno-fœtale est de 30 à 60 %. Le fœtus infecté risque: <ul style="list-style-type: none">- Un avortement spontané tardif- Une mort fœtale in utero.- Un accouchement prématuré. La syphilis congénitale se caractérise par l'association de lésions cutanéo-muqueuses, osseuses, et polyviscérales (atteinte neuroméningée, hépatite ...).

Prévention de la syphilis congénitale

Dépistage maternel	Obligatoire pour toute femme enceinte : TPHA et VDRL au premier trimestre de grossesse.
Traitemen tmaternal en cas de syphilis prouvée	- Antibiothérapie: BENZATHINE BENZYLPCNICILLINE (Extencilline®) 2 injections parentérales IM de 2,4 MUI à une semaine d'intervalle. En cas d'allergie à la Pénicilline ERYTHROMYCINE (Erythrocin®) 500 mg x 4 / jour pendant 15 jours. - Dépistage et traitement du(des) partenaire(s).
Prise en charge adaptée du nouveau-né de mère syphilitique	En salle de naissance: examen clinique complet, examen bactériologique du placenta et d'éventuelles lésions cutanées, sérologies fœtales sur prélèvement de sang au cordon (FT A-abs et recherche d'IgM). Une syphilis congénitale devra être traitée par antibiothérapie.

En cas de syphilis maternelle, le traitement antibiotique prescrit avant le 4^e mois permet d'éviter tout risque d'atteinte fœtale.

LISTERIOSE

Introduction

- C'est une maladie due à la ***Listeria monocytogenes***, fréquente chez les animaux et transmissible à l'homme par l'ingestion **d'aliments contaminés** (anthropozoonose).
- Maladie à déclaration obligatoire.

Rappel

- *Listeria monocytogenes* est un **bacille mobile Gram positif aéro-anérobie facultatif**, à développement intracellulaire. Sa particularité est de résister au froid (d'où son surnom de « bactérie des réfrigérateurs»). La congélation ne la détruit pas, mais arrête son développement. Elle est détruite par la **pasteurisation**.
- La transmission à l'homme se fait par voie indirecte: contamination **digestive par ingestion** d'aliments contaminés. Les aliments à risque sont: les produits laitiers non pasteurisés, la charcuterie, les produits en gelée, mais aussi les viandes, les volailles, les poissons et les fruits de mer. Un produit alimentaire peut être contaminé par simple contact avec un aliment souillé. Certaines **professions** sont plus exposées: boucherie, charcuterie, élevage animalier ...

- Après absorption d'un aliment contaminé, *Listeria monocytogenes* franchit le tube digestif et se multiplie au niveau de plaques de Peyer. La bactérie dissémine ensuite par voie lymphatique puis sanguine (bactériémie listérienne). La gravité de la listérose est due au tropisme de la bactérie pour le placenta et le système nerveux central. La colonisation du placenta peut entraîner une chorioamniotite. Son développement intra-cellulaire lui permet d'échapper au système immunitaire et de constituer des foyers infectieux disséminés.
- Près de la moitié des infections à *Listeria monocytogenes* surviennent chez la femme enceinte. C'est la troisième cause de méningite néonatale, après l'*Escherichia Coli* et le *Streptocoque B*

Symptomatologie maternelle

- Toute fièvre chez une femme enceinte est une listérose jusqu'à preuve du contraire.
- Du fait de la diminution des défenses immunitaires au cours de la grossesse, la femme enceinte est particulièrement sensible à cette infection. Cette sensibilité est d'autant plus grande que le terme est avancé (maximale au troisième trimestre). Les signes cliniques sont souvent pauvres, voire absents: syndrome pseudo-grippal avec fièvre et frissons, asthénie, myalgies, céphalées, troubles digestifs. La fièvre est le symptôme le plus fréquent (70 % des cas). La listérose chez la mère est une maladie banale, mais peut être responsable d'une **chorioamniotite** pouvant entraîner selon le terme, un avortement spontané fébrile ou un accouchement prématuré fébrile avec un risque de méningo-encéphalite et de septicémie. La **mortalité néonatale** est dans ce cas très élevée.

Risques fœtaux

- La contamination se fait in utero par voie **hématogène transplacentaire**. La listérose en cours de grossesse peut avoir des conséquences graves:
 - Chorioamniotite.
 - Avortement spontané fébrile, pour les infections survenues au 1^{er} et 2^e trimestre.
 - Accouchement prématuré fébrile
 - Mort fœtale in utero dans 20 à 30 % des cas.
 - Listérose néonatale avec risque de méningo-encéphalite et de septicémie.

Prise en charge

DIAGNOSTIC	En cours de grossesse, le tableau clinique n'est pas spécifique. Le diagnostic repose sur l'isolement du germe ⇒ hémocultures (3 en 24 heures) devant toute fièvre inexplicable avec recherche spécifique de <i>Listeria monocytogenes</i> .
Remarque	La sérologie listérienne est à proscrire car inutile. Elle est, selon les réactifs, soit trop peu sensible soit trop peu spécifique pour apporter une aide réelle au diagnostic.

Au moment de l'accouchement:

- **Examen anathomopathologique du placenta** recherchant des abcès listériens (parfois visibles à l'examen macroscopique).
- **Examen bactériologique** des loches et du placenta.

Prise en charge du nouveau-né Si listérose maternelle prouvée: 1 hémocultures, prélèvement gastrique, méconial, cutané, éventuellement ponction lombaire.

Prise en charge

TRAITEMENT	Si le diagnostic de listérose est confirmé par les hémocultures : traitement antibiotique par AMOXICILLINE (Clamoxyl®) per os 3 à 6 g/j pendant 4 semaines.
PREVENTION	Au cours de la grossesse, on conseille certaines mesures préventives hygiéno-diététiques : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respecter les règles élémentaires d'hygiène. ▪ Eviter la consommation des aliments à risque (charcuterie, pâté, fromages au lait cru, fruits de mer). ▪ Bien cuire les viandes et les poissons. ▪ Nettoyer régulièrement le réfrigérateur à l'eau javellisée (risque de contamination par contact avec un produit souillé). ▪ Respecter les dates limites de consommation.

Toute fièvre chez une femme enceinte est une listérose jusqu'à preuve du contraire.

- **Hémocultures** avec recherche spécifique de Listeria monocytogènes.
- **Antibiothérapie** orale par **AMOXICILLINE (Clamoxyl®) 3 g/j pendant 10 jours.**

STREPTOCOQUE B

Introduction

LES RECOMMANDATIONS DE L'ANAES

- Le **dépistage systématique du portage** de *Streptococcus agalactiae* ou streptocoque du groupe B est recommandé en fin de grossesse, idéalement **entre 34 et 38 SA**, en raison de :
 - ⇒ Sa prévalence en France: 10 % des femmes enceintes (soit au moins 75 000 femmes/an).
 - ⇒ La prévalence de ses conséquences lors des accouchements à terme qui en fait un problème de santé publique: **chorioamniotites, infections néonatales, endométrites du post-partum**
 - ⇒ **L'efficacité de l'antibioprophylaxie per-partum** : réduction de plus des % du risque infectieux néonatal et maternel du post-partum.

Streptocoque B

Dépistage maternel

- Devant la fréquence du portage asymptomatique maternel, le **dépistage systématique** du streptocoque B est recommandé en fin de grossesse
- ⇒ **Prélèvement vaginal** réalisé entre 34 et 38 SA.

Streptocoque B

- Le prélèvement bactériologique doit être réalisé à l'écouillon sur l'ensemble de la cavité vaginale incluant le balayage des parois de la moitié inférieure du vagin jusqu'au vestibule et la vulve .
- En cas d'allergie à la pénicilline, un antibiogramme est justifié en raison de la résistance de certaines souches de streptocoque B aux macrolides : les alternatives sont l'érythromycine ou une céphalosporine malgré le risque d'allergie croisée.
- Ce dépistage systématique est inutile chez les femmes ayant un antécédent d'infection maternofoetale à streptocoque B ou ayant présenté au cours de la grossesse une bactériurie à SGB, car chez elles, l'antibioprophylaxie per -partum sera systématique.
- Le statut maternel vis-à-vis du streptocoque B doit apparaître en évidence dans le dossier clinique de la mère.

Streptocoque B

Prise en charge

- Le portage du Streptocoque B ne comporte aucun risque pour le foetus tant que les membranes sont intactes. C'est pour cette raison qu'on *ne traite qu'en per-partum ou en cas de rupture prématuée des membranes*.
- Il n'y a pas d'intérêt à traiter systématiquement une femme porteuse d'un Streptocoque B au cours de la grossesse.

Streptocoque B

□ L'ANTIBIOPROPHYLAXIE PER-PARTUM DE L'INFECTION A STREPTOCOQUE B EST RECOMMANDÉE:

- En cas de diagnostic de **portage** au cours de la grossesse
- En cas de bactériurie à streptocoque B au cours de la grossesse
- En cas d'antécédent d'infection néonatale à streptocoque B
- En l'absence de prélèvement vaginal de dépistage du streptocoque B, si un des facteurs de risque suivants est présent: accouchement avant 37 SA, durée de rupture des membranes supérieure à 12 heures ou température maternelle > 38° C au cours du travail

Streptocoque B

- L'antibioprophylaxie per -partum en cas de portage maternel du streptocoque B doit être débutée **le plus précocement possible** au cours du travail, car son efficacité n'est optimale qu'à partir de la 2^{ème} injection.
- L'antibioprophylaxie per -partum de l'infection à streptocoque B consiste à:
 - soit **Pénicilline G**: 5 millions d'UI, puis 2,5 millions d'UI IV toutes les 4 heures jusqu'à l'accouchement.
 - Soit **AMOXICILLINE** IV : 2 g puis 1 g toutes les 4 h
- En cas d'allergie à la pénicilline: Macrolides

VARICELLE

Varicelle

Introduction

- La varicelle est une infection virale (VZV) extrêmement contagieuse mais rare à l'âge adulte. coi> 95 % des femmes sont immunisées depuis l'enfance.
- Le risque de primo-infection chez la femme enceinte est faible: 7/10 000 grossesses.
- La varicelle maternelle au cours de la grossesse avant 20 SA doit faire craindre une **varicelle congénitale**.
- La varicelle en **fin de grossesse** (varicelle contractée 5 jours avant et 2 jours après l'accouchement) expose à un risque de **varicelle néonatale grave**.

Varicelle

Rappel

- Infection virale à transmission inter humaine **directe**:
- Principalement par inhalation de fines particules infectieuses.
- Plus rarement par contact avec des lésions cutanéo-muqueuses d'un sujet malade.
- L'incubation, habituellement asymptomatique, est en moyenne de 14 jours. La varicelle se manifeste par une **éruption maculo-papuleuse prurigineuse**, avec intervalles de peau saine démarrant au thorax et à la face. La guérison est habituellement spontanée en 10 à 15 jours. La contagiosité dure 5 à 7 jours: 2 jours avant l'éruption jusqu'à la fin des lésions actives.
- Le diagnostic est avant tout **clinique**.
En cas de doute → **Sérologie** à la recherche d'une séroconversion (IgM anti-VZV détectables dès le 5^e jour).

Varicelle

Risques maternels

- Chez l'adulte, la complication la plus fréquente et la plus sévère est la **pneumopathie varicelleuse**, pouvant engager le pronostic vital.
Ces complications pulmonaires existent, mais sont rares.
Le risque est plus grand chez la fumeuse et au cours du 3^{ème} trimestre de grossesse.

Varicelle

Risques fœtaux



Risques fœtaux

VARICELLE CONGENITALE

La varicelle chez une femme enceinte **avant 20 SA** expose le fœtus à un risque de varicelle congénitale (1 à 2 %). Tableau associant : cicatrices cutanées, retard de croissance intra-utérin, lésions neurologiques, ophthalmologiques, digestives, pulmonaires, et ostéo-musculaires.

Aucun risque de varicelle congénitale si varicelle maternelle après 20 SA.

VARICELLE NEONATALE

En cas de varicelle maternelle avec éruption apparue dans la semaine précédant l'accouchement. ☐ risque de contamination du nouveau-né et donc de varicelle néonatale (25 à 50 %).

Elle entraîne :

- Eruption cutanéo-muqueuse généralisée avec lésions ulcéro-hémorragiques
- Atteinte viscérale et/ou pulmonaire.
- Mortalité élevée

Conduite à tenir

SITUATION	MESURES PREVENTIVES
Femme enceinte < 20 SA mise en contact avec un sujet infecté	Commencer par vérifier le statut immunitaire de la patiente . Patiente immunisée ⇒ aucun risque pour l'enfant à naître. Patiente non immunisée: risque de varicelle congénitale ⇒ Traitements antiviraux préventifs par ACICLOVIR (Zovirax®) 5 x 800 mg per os, à déclencher à J7 du contagion et à prendre pendant 8 jours.
Varicelle maternelle	☐ Prise en charge maternelle: Traitement antiviral par ACICLOVIR (Zovirax®). But = diminuer le risque de varicelle congénitale et de pneumopathie varicelleuse maternelle. Son efficacité n'a pas été démontrée. ☐ Prise en charge fœtale: repos avant tout sur l'échographie spécialisée répétée. Elle recherche des signes échographiques évocateurs d'embryofœtopathie: retard de croissance intra-utérin (RCIU), hydranios, ascite fœtale, zones hépatiques hyperéchogènes, microptalmie, microcéphalie, calcifications intra-crâniennes ...
Varicelle maternelle au voisinage du terme	- Eventuellement tocolysé pour tenter de retarder l'accouchement et gagner les 5 jours permettant à la mère de produire des anticorps. - Traitement maternel antiviral par ACICLOVIR (Zovirax®).

Prévention

- La vaccination contre la varicelle est recommandée:
- chez les femmes en âge de procréer, notamment celles ayant un projet de grossesse et sans antécédents cliniques de varicelle.
- dans le post-partum chez les femmes n'ayant pas d'antécédents cliniques de varicelle.
- En cas de doute, un contrôle sérologique préalable peut être pratiqué.
- Toute vaccination contre la varicelle chez une femme en âge de procréer doit être précédée d'un test de grossesse négatif et suivie d'une contraception efficace pendant trois mois.

Prévention

- ☐ En l'absence d'antécédents de varicelle, éviter tout contact pendant la grossesse avec des sujets porteurs de lésions varicelleuses.
- ☐ Eviter d'hospitaliser une femme enceinte atteinte de varicelle dans une maternité (risque contagieux +++)
- ☐ Le vaccin contre la varicelle est un vaccin viral vivant atténué, contre-indiqué pendant la grossesse.

TUBERCULOSE

Introduction

- ☐ Maladie à transmission respiratoire due à une mycobactéries, le **Mycobacterium tuberculosis** (bacille de Koch ou BK).
- ☐ Maladie à **déclaration obligatoire**.
- ☐ Elle n'est pas exceptionnelle. Chez la femme enceinte, il faut savoir l'évoquer devant:
 - Notion de **contage**
 - **Fièvre** maternelle prolongée et inexpliquée
 - **Altération de l'état général**: asthénie, anorexie, amaigrissement

Traitemen

2 notions à savoir:

- Le PYRAZINAMIO E (Pirilène®) est contre-indiqué pendant la grossesse.
- On évite de prescrire de la RIFAMPICIN E pendant le premier trimestre de grossesse.
- Le **traitement antituberculeux** doit durer **9 mois**. Pendant le premier trimestre: Bithérapie antituberculeuse orale associant l'ISONIAZIDE (Rimifon®) et l'ETHAMBUTOL (Myambutol®). Pendant les 2^e et 3^e trimestres, on passera à une trithérapie en rajoutant la RIFAMPICINE (Rifadine®).

- **Surveillance de la tolérance du traitement** ⇒ Examen clinique complet, examen ophtalmologique (acuité visuelle et vision des couleurs), bilan hépatique.
- Surveillance de l'efficacité du traitement ⇒ **Amélioration de l'état général, négativation de la recherche de BK sur les expectorations à 1 puis à 3 mois.**
-

Risques néonataux

- Le risque est la **tuberculose néonatale**.
- Ce risque est éliminé si la mère a été correctement traitée et qu'elle n'est plus bacillaire Si la mère est encore bacillaire au moment de l'accouchement:
 - Isolement du nouveau -né.
 - Contre-indication de l'allaitement.
 - Bilan néonatal complet et vaccination précoce du nouveau -né par le BCG.