

**Item ECN.PILLY destiné à la consultation, uniquement à usage personnel et pédagogique.
Toute reproduction à usage collectif est interdite.**

L'ouvrage original couleur E.PILLY.ECN 2018 est disponible en librairie ou chez l'éditeur.

ECN.PILLY 2018

Licence d'utilisation et précautions d'usage

Le CMIT décline toute responsabilité, de quelque nature qu'elle soit, pouvant résulter d'une négligence ou d'une mauvaise utilisation de tous produits, instruments, techniques ou concepts présentés dans ce livre. Le CMIT recommande qu'une vérification extérieure intervienne pour les diagnostics, posologies et techniques.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (loi du 11 mars 1957, art. 40 et 41 et Code pénal, art. 425).

Des photocopies payantes peuvent être réalisées avec l'accord de l'éditeur. S'adresser au Centre français d'exploitation du droit de la copie - CFC, 20, rue des Grands Augustins, 75006 Paris, France.

© Copyright 2018. ALINÉA Plus – CMIT

La loi du 11 mars 1957 interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou ses ayants cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

Dépôt légal - ISBN ALINÉA Plus : 978-2-916641-67-6

ECN.PILLY 2018 - 5^e édition

Maladies infectieuses et tropicales - Préparation ECN - Tous les items d'infectiologie
210 x 270 mm - quadrichromie - 324 pages - ISBN : 978-2-916641-67-6
40,00 € TTC

Editions ALINÉA Plus - 8, rue Froidevaux - 75014 Paris
email : alineaplus@alineaplus.fr

Ouvrages du CMIT chez le même éditeur :

E.PILLY 2018 - 26^e édition

Maladies infectieuses et tropicales
210 x 270 mm - quadrichromie - 720 pages - ISBN : 978-2-916641-66-9
58,00 € TTC

ePOPI (www.epopi.fr) : guide numérique de traitement des maladies infectieuses et tropicales - référence pour une bonne pratique médicale. Site Web et application smartphone et tablette (ios et android) sur abonnement.

ePOPI Etudiant - Préparation iECN : Maladies infectieuses et tropicales : Site internet d'entraînement et d'évaluation iECN (sur abonnement) : Dossiers cliniques progressifs (DP), questions isolées (QI) et Lectures critiques d'articles (LCA) en Infectiologie. En Préparation (disponibilité prévue en 2018).

Objectifs

- Expliquer les éléments de prévention vis-à-vis des infections à risque fœtal.
- Préciser les risques des médicaments durant la grossesse (Cf. UE6 n°173).

Points importants

- Certaines infections survenant chez la femme enceinte peuvent être transmises au fœtus : ce sont les **infections materno-fœtales**.
- Il est possible de prévenir ces infections et leur retentissement sur le fœtus et le nouveau-né.
- La prévention passe par le **dépistage systématique** de certaines infections (toxoplasmose, rubéole, syphilis, VIH) et un suivi standardisé au cours de la grossesse selon des recommandations nationales (Haute Autorité de Santé, HAS).
- Cela repose aussi sur le **suivi du calendrier vaccinal** chez les femmes en âge de procréer (hépatite B, rubéole, varicelle), la **surveillance clinique** des femmes enceintes, permettant la mise en œuvre des stratégies diagnostiques et thérapeutiques adaptées.
- Ici ne seront pas traités les risques toxiques et liés à l'irradiation. Les risques des anti-infectieux au cours de la grossesse sont abordés au chapitre UE6 n°173.

1 Bases pour comprendre

1. Définitions

Les Infections materno-fœtales (IMF) résultent d'une transmission verticale de la mère vers le fœtus. Ces infections ont un retentissement sur le fœtus ou le nouveau-né, plus ou moins important en fonction de l'âge gestationnel où survient l'infection.

Il faut cependant noter que toute infection entraînant une fièvre pourra être responsable d'une fausse couche spontanée notamment en début de grossesse même si elle n'a pas de conséquence directe sur l'embryon.

2. Microbiologie

Les IMF sont d'étiologie **parasitaire** (toxoplasmose, paludisme), **virale** (rubéole, cytomégalovirus, Herpès simplex virus, varicelle, VIH, VHB, parvovirus B19), ou **bactérienne** (listériose, streptocoque B, syphilis, fièvre Q).

3. Physiopathologie

Il y a un **passage transplacentaire** du micro-organisme. Le mécanisme de contamination se fait par **voie ascendante** (Herpès simplex virus, streptocoque B) ou par **voie hématogène** (tous les autres virus et bactéries) avant la naissance.

Les IMF peuvent entraîner, selon l'agent responsable et le stade évolutif de la grossesse :

- avortement spontané
- embryopathie
- infection fœtale
- mort néonatale
- Infection de diagnostic post-natal qui peut être symptomatique dès les premiers jours, ou à distance

Pour les infections hématogènes, la gravité de l'atteinte fœtale est souvent inversement corrélée au terme de la grossesse (d'autant plus grave que la grossesse est récente).

4. Épidémiologie

L'épidémiologie des IMF est **variable selon l'infection et le pays**. En France, l'incidence de l'infection à streptocoque B est de 0,23/1000 grossesses ; la prévalence de la toxoplasmose est d'environ 0,3/1000 naissances, mais seules 10 % des séroconversions seront symptomatiques. Le cytomégalovirus est l'infection virale la plus fréquente avec une prévalence de 0,5 % des naissances, mais seules 5 à 20 % sont symptomatiques. L'incidence des infections néonatales à HSV est de 0,5 à 1/10000 naissances, la prévalence de l'infection au cours de la grossesse est cependant plus élevée, cette différence résultant des mesures de prévention appliquées au 3^e trimestre.

Afin de prévenir au mieux les IMF, il faut idéalement évaluer le risque avant la grossesse, avant la 10 SA et tout au long de la grossesse.

2 Expliquer les éléments de prévention vis-à-vis des infections à risque fœtal (Cf. tableau TUE2-26-2)

1. Toxoplasmose

■ Toxoplasmose congénitale

- Liée à une primo-infection maternelle pendant la grossesse.
- En France, la séroprévalence chez les femmes enceintes est de 44 % selon une étude de 2003 (en baisse ces dernières années).
- Si le risque de transmission augmente avec le terme, la gravité, elle, diminue avec le terme (gravité plus élevée en début de grossesse, mais infection plus rare).

■ Prévention du risque fœtal

Chez la femme enceinte :

- Sérologie toxoplasmose systématique au 1^{er} trimestre de grossesse

Femme non immune :

- **surveillance mensuelle de la sérologie** pour dépistage et traitement précoce d'une éventuelle primo-infection y compris asymptomatique chez la mère (confirmée par séroconversion : même technique sérologique sur paire de sérums, test d'avidité des IgG) .
- **règles d'hygiène** : consommation de viande bien cuite ou congelée, de crudités et fruits lavés ; lavage des mains avant et après manipulation d'aliments à risque, jardinage ; lavage des ustensiles et plans de travail, nettoyage régulier du réfrigérateur ; port de gants pour changement de litière des chats.

Femme immune : pas de surveillance ni prévention.

- Pour mémoire : En cas de primo-infection confirmée, orientation vers un centre spécialisé et traitement par spiramycine ou pyriméthamine-sulfadiazine en attendant les résultats du diagnostic de contamination fœtale, qui est fait par PCR sur liquide amniotique et par échographie fœtale (recherche d'anomalies qui peuvent amener à discuter une interruption thérapeutique de grossesse).

2. Paludisme

- Risques de l'accès palustre au cours de la grossesse : risque d'accès grave à *P. falciparum* chez la mère, risque d'avortement, de prématurité, d'hypotrophie pour le fœtus et le nouveau-né.
- Urgence médicale : traitement par quinine IV ou artésunate IV (2^e et 3^e trimestres de grossesse).
Prévention chez la femme enceinte qui veut voyager en zone d'endémie palustre : **éviter les voyages dans les régions impaludées** au cours de la grossesse. En cas de voyage, prophylaxie par méfloquine ou atovaquone-proguanil et lutte anti-vectorielle.

3. Rubéole

■ Risque fœtal

Lié à une primo-infection maternelle pendant la grossesse. L'infection est tératogène au 1^{er} trimestre et peut avoir des conséquences jusqu'à 18 SA.

Pour mémoire, chez le fœtus ou nouveau-né, cette IMF est responsable :

- Avortement spontané, retard de croissance intra-utérin, prématurité
- Rubéole congénitale (microcéphalie, hépatosplénomégalie, déficit visuel et auditif...)

■ Prévention du risque fœtal

- Vaccination (Cf. item UE6 n°143)
 - Population générale : vaccination recommandée chez les enfants des deux sexes (ROR).
 - Individuelle : **rattrapage** chez les femmes en âge de procréer et **vaccination en post-partum** des femmes dont la sérologie rubéole prénatale était négative ou inconnue (grossesse = contre-indication car vaccin vivant atténué).
- Sérologie rubéole obligatoire au 1^{er} trimestre de grossesse (en l'absence de document écrit permettant de considérer l'immunité comme acquise).
 - Femme non immune :
 - **Contrôle sérologique à 20 SA** (permet de rechercher une séroconversion pendant la période critique). En cas de contact avec un individu suspect de rubéole : 2 sérologies à répéter à 3 semaines d'intervalle. Pour mémoire : il n'y a pas de traitement antiviral préventif. En cas de séroconversion et/ou détection d'IgM dans un contexte clinique évocateur le diagnostic anténatal sera fait : échographie fœtale et amniocentèse (PCR sur liquide amniotique). Le diagnostic d'infection fœtale au 1^{er} trimestre peut conduire à une interruption thérapeutique de grossesse.
 - Femme immune : pas de surveillance.

4. Rougeole

■ Risque fœtal

Lié à une primo-infection maternelle durant la grossesse.

Pour mémoire, cette IMF est associée à :

- une absence d'effet tératogène
- de possibles anomalies ou morts fœtales par altération de la circulation placentaire, et un fort risque d'accouchement prématuré
- En cas de rougeole maternelle au voisinage de l'accouchement il y a un risque de :
 - rougeole congénitale (éruption présente à la naissance)
 - ou post-natale (éruption dans les 10 jours suivant la naissance),
 - avec dans les 2 cas, un risque d'atteinte pulmonaire, de mauvais pronostic, et de panencéphalite subaiguë sclérosante.

Chez la mère, la rougeole peut être associée à des complications pulmonaires parfois létales.

■ Prévention du risque fœtal

- Vaccination ROR chez les enfants et **rattrapage** des femmes en âge de procréer, y compris en post-partum (Cf. UE6 n°143) sous couvert de contraception.
- Pas de suivi sérologique recommandé au cours de la grossesse
- En cas de **contage au cours de la grossesse** : faire une sérologie en urgence si le statut immunologique

de la mère est douteux (impossible de savoir si la mère est immunisée, c'est-à-dire ayant reçu 2 vaccinations ROR ou ayant un antécédent certain de rougeole). Si la mère est non immunisée (sérologie négative), administration d'immunoglobulines polyvalentes par voie intraveineuse dans les 6 jours après exposition à un cas de rougeole confirmé.

5. Infections à cytomégalovirus (CMV)

(Cf. UE6 n°164)

■ Infection congénitale

- Liée le plus souvent à une **primo-infection maternelle** pendant la grossesse (environ 50 % des femmes enceintes sont non immunisées. La primo-infection passe souvent inaperçue chez la mère).
- Pour mémoire : principale cause d'embryopathie infectieuse, d'autant plus que l'infection survient tôt au cours de la grossesse. Surdité y compris dans les formes asymptomatiques. Des signes cliniques d'apparition retardée peuvent se voir chez l'enfant. Chez le fœtus on observe dans 5 à 20 % des cas un retard de croissance et/ou une microcéphalie et/ou chorioretinite.

■ Prévention du risque fœtal

Il n'y a pas de surveillance sérologique systématique (sauf si travail en collectivité d'enfants : détermination du statut sérologique et possible éviction professionnelle pendant la grossesse si non immunisée).

Les mesures de prévention sont donc générales :

- Règles d'hygiène : hygiène des mains, notamment après contact avec les enfants en bas âge.
- Diagnostic : sérologie devant des signes cliniques évocateurs chez la mère ou le fœtus. **L'avidité des IgG** peut être utile pour le diagnostic de primo-infection (la présence d'IgM ne signant pas toujours une primo-infection) si le statut sérologique antérieur est inconnu.
- Pour mémoire : En cas de séroconversion ou de réactivation (sérologie réalisée devant des signes cliniques), surveillance échographique fœtale. En cas de signes fœtaux, une amniocentèse avec PCR CMV est réalisée (pas avant 18 SA). Selon la sévérité de l'atteinte fœtale une interruption thérapeutique de grossesse peut être envisagée.
- Aucun traitement n'a montré à ce jour son efficacité pour réduire la transmission au fœtus.

6. Infections à Herpès simplex virus

(Cf. UE6 n°164)

■ Herpès néonatal

- Lié à un **herpès génital maternel** (primo-infection ou récurrence, HSV2 dans 2/3 des cas).
- Transmission le plus souvent par contact direct lors de l'accouchement ; transmission transplacentaire plus rare ; contamination post-natale possible. Le risque est maximal en cas de **primo-infection maternelle** après la 35^e SA, plus faible en cas de récurrence dans les 8 jours précédant l'accouchement.
- Une **excrétion asymptomatique** du virus est possible au cours de la grossesse ou de l'accouchement

■ Prévention du risque fœtal

Chez la femme enceinte

- Diagnostic (interrogatoire de la femme et de son partenaire, examen physique, diagnostic virologique).
- En cas de primo-infection :
 - Aciclovir ou valaciclovir en curatif
 - Césarienne si herpès au moment du travail (voie basse si l'épisode date de > 1 mois et a été traité).
- En cas de récurrence :
 - Valaciclovir en curatif
 - Accouchement par voie basse si pas de lésion ou si le début de la récurrence date de plus de 7 jours.
- Une prévention des récurrences à partir de la 36 SA peut être proposée si primo-infection au cours de la grossesse
 - Valaciclovir en préventif

7. Hépatite virale B

■ Hépatite B congénitale et néonatale

- Liée à une **hépatite aiguë maternelle** pendant le 3^e trimestre, en période néonatale ; ou **plus souvent à une hépatite chronique maternelle**.
- Transmission surtout périnatale (passage voies génitales, post-natale ; rarement transplacentaire) ; le risque est maximal en cas de portage d'Ag HBe, avec ADN VHB sérique détectable.

■ Prévention de la transmission mère-enfant

- Dépistage systématique obligatoire de l'Ag HBs au 6^e mois de grossesse.
- Sérovaccination de tous les **nouveau-nés de mère avec Ag HBs+**, dans les 48 premières heures et rappel vaccinal M1, M6
- En cas de charge virale VHB très élevée, discussion d'un traitement préventif par lamivudine ou ténofovir chez la mère.
- Allaitement possible si ces mesures préventives sont appliquées.

8. VIH

■ La transmission mère-enfant du VIH est :

- essentiellement **périnatale**
- de risque proportionnel à la charge virale (ARN plasmatisque) maternelle à l'accouchement.

■ Prévention (en France, et dans les pays développés)

- Dépistage de l'infection VIH par proposition systématique de la sérologie lors du 1^{er} examen prénatal, ou au cours de la grossesse à chaque occasion
- Mesures préventives si sérologie positive
 - Traitement antirétroviral :
 - chez la mère**, dès que possible afin d'obtenir une **charge virale indétectable** au plus tard en début de 3^e trimestre
 - une **perfusion d'AZT (zidovudine) avant le travail** est indiquée si la dernière charge virale est > 400 copies/mL ou en cas de complication obstétricale (accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, etc...)
 - chez le nouveau-né**, pendant les 4 premières semaines.

Notes

Notes

- Mesures prophylactiques obstétricales (dont césarienne programmée si la charge virale plasmatique maternelle n'est pas indétectable à 36 SA).
- Allaitement artificiel.

9. Varicelle

■ En cas de varicelle maternelle au cours de la grossesse

- Risque fœtal
 - varicelle congénitale (autour de 2 % en cas de varicelle maternelle avant 20 SA)
 - zona au cours de la 1^{re} année de vie si varicelle maternelle après 20 SA.
- Risque néonatal : varicelle néonatale grave si la varicelle maternelle est survenue entre 5 jours avant et 2 jours après l'accouchement.

■ Prévention de la varicelle néonatale

- Vaccination des femmes en âge de procréer n'ayant pas d'antécédent de varicelle avec une sérologie négative (sous contraception, en dehors de toute grossesse car vaccin vivant atténué).
- En cas de contagion de moins de 96 h chez une femme enceinte, immunoglobulines spécifiques si sérologie (faite en urgence) négative
- Retarder autant que possible l'accouchement en cas de varicelle maternelle à terme.
- En cas de varicelle maternelle dans les 5 jours précédant ou les 2 jours suivant l'accouchement : aciclovir chez la mère et l'enfant.

10. Syphilis (Cf. UE6 n°158)

■ Transmission materno-foetale

- De l'ordre de 30 à 60 % en l'absence de traitement ; maximale pendant la 2^e moitié de la grossesse.
- Transplacentaire.

■ Prévention de la transmission materno-foetale

- Dépistage obligatoire par sérologie chez les femmes (1^{er} trimestre de grossesse). Deuxième dépistage recommandé à la 28^e semaine d'aménorrhée s'il existe des facteurs de risque d'acquisition de syphilis, notamment si le partenaire a des comportements sexuels à risque.
- Traitement de la syphilis maternelle par benzathine benzylpénicilline : 1 injection IM si syphilis récente (contamination datée < 1 an), 3 injections à 1 semaine d'intervalle si syphilis de contamination ancienne (> 1 an) ou ne pouvant être précisée.

11. Listériose

■ Transmission materno-foetale

- Précoce, transplacentaire, responsable d'avortements, ou plus tardive d'accouchements prématurés, de morts *in utero* et d'infections néonatales graves.

■ Prévention

- Mesures hygiéno-diététiques (Cf. tableau TUE2-26-1)
- Diagnostic (hémocultures devant tout épisode fébrile inexpliqué) et traitement précoce chez la femme enceinte.

Un traitement probabiliste par amoxicilline est préconisé devant toute fièvre d'origine indéterminée. En cas de listériose documentée association initiale amoxicilline + gentamicine, puis relais oral par amoxicilline jusqu'à l'accouchement.

- Traitement du nouveau-né dans les 48 premières heures de vie.

12. Streptocoque B

Bactérie la plus fréquemment mise en cause dans les infections graves du nouveau-né.

■ Contamination

- Colonisation digestive et vaginale chez 10 à 35 % des femmes enceintes ; colonisation chez 50 à 70 % de leurs nouveau-nés ; infection chez 1 %.
- Contamination par voie ascendante lors de l'accouchement.

■ Prévention

- Dépistage systématique du portage par prélèvement vaginal à 35-38 SA, plus tôt en cas de vulvo-vaginite, de menace d'accouchement prématuré, de rupture prématurée des membranes.
- Antibio prophylaxie au moment du travail ou en cas de rupture prématurée des membranes chez les femmes porteuses (amoxicilline jusqu'à la naissance).

13. Infections urinaires au cours de la grossesse (Cf. UE2 n°27)

14. Autres IMF

■ *Coxiella burnetii* (Fièvre Q) (Cf. UE6 n°169)

Pour mémoire il s'agit d'une infection aigue souvent asymptomatique ou d'une infection chronique chez la femme enceinte.

Associée à des fausses couches, parfois à répétition, un retard de croissance, un accouchement prématuré, une mort fœtale *in utero*.

La prévention passe par l'éviction de consommation de produits à base de lait cru. Une sérologie doit être proposée en cas de fausses couches à répétition ou de signes cliniques compatibles chez la mère.

■ Parvovirus B19

En cas de primo-infection maternelle, un retentissement fœtal peut être observé dans 10 % (anasarque fœtal, avortement, mort fœtale *in utero*). Les seules mesures proposées sont le diagnostic de la primo-infection maternelle et la surveillance fœtale.

■ Vaginoses bactériennes (gardnerellose)

Toute vaginose bactérienne survenant pendant la grossesse doit être traitée (métronidazole PO ou ovules pendant 5 j) en raison du risque associé d'accouchement prématuré.

■ Arboviroses

Dengue, chikungunya et infection par le virus Zika. Concernant le Zika virus, arbovirose émergente, des

conséquences fœtales à type de microcéphalie ont récemment été décrites. Le lien entre infection à virus Zika au cours de la grossesse et conséquences fœtales repose sur une étude cas-temoin et des études *in vitro*. Il est recommandé de surseoir à un projet de grossesse pendant 6 mois après l'infection d'un des partenaires, (une transmission sexuelle étant possible) et d'éviter de voyager en zone épidémique pendant la grossesse. La prévention passe par la lutte anti-vectorielle.

TUE2-26-1 : Prévention de la listériose chez les femmes enceintes

Aliments à éviter

Éviter la consommation de fromages à pâte molle au lait cru

Enlever la croûte des fromages avant consommation

Éviter la consommation de fromages vendus râpés

Éviter la consommation de poissons fumés

Éviter la consommation de graines germées crues (soja, luzerne)

Éviter la consommation de produits de charcuterie cuite consommés en l'état (pâté, rillettes, produits en gelée, jambon cuit...)

Si achetés, préférer les produits préemballés et les consommer rapidement après leur achat

Éviter la consommation de produits de charcuterie crue consommés en l'état. Les faire cuire avant consommation (lardons, bacon, jambon cru...)

Éviter la consommation de produits achetés au rayon traiteur

Éviter la consommation de coquillages crus, surimi, tarama

Règles d'hygiène à respecter

Cuire soigneusement les aliments crus d'origine animale (viandes, poissons), en particulier le steak haché

Laver soigneusement les légumes crus et les herbes aromatiques

Conserver les aliments crus (viande, légumes...) séparément des aliments cuits ou prêts à être consommés

Après la manipulation d'aliments non cuits, se laver les mains et nettoyer les ustensiles de cuisine qui ont été en contact avec ces aliments

Nettoyer fréquemment et désinfecter ensuite avec de l'eau javellisée le réfrigérateur

Les restes alimentaires et les plats cuisinés doivent être réchauffés soigneusement avant consommation immédiate

Pour en savoir plus

- Haute autorité de Santé : Suivi Et Orientation Des Femmes Enceintes En Fonction Des Situations A Risque Identifiées. 2007. HAS. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf
- Haute autorité de Santé : Surveillance sérologique et prévention de la toxoplasmose et de la rubéole au cours de la grossesse. 2009 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/depistages_prenatales_obligatoires_synthese_vf.pdf
- Neu N et coll., TORCH Infections. *Clin Perinatol*. 2015 Mar;42(1):77-103
- de Araújo TV, et coll. Association between Zika virus infection and microcephaly in Brazil, January to May, 2016: preliminary report of a case-control study. *Lancet Infect Dis*. 2016 Sep 15. pii: S1473-3099(16)30318-8.

Notes

Notes

TUE2-26-2 : Principales infections à risque fœtal

Infection materno-foetale	Manifestations chez la mère (pour mémoire)	Complications fœtales / chez le nouveau-né (pour mémoire)	Dépistage systématique au cours de la grossesse (chez la mère)
Toxoplasmose	Cf. chapitre UE6 n°169	<ul style="list-style-type: none"> · RCIU · Microcéphalie · Hydrocéphalie · Retard psychomoteur · Chorio-rétinite (possible à distance) 	Sérologie systématique : <ul style="list-style-type: none"> · avant 10 SA (1^{ère} consultation prénatale) · mensuelle si mère non immunisée
Rubéole	Primo-infection rubéole : éruption fébrile (mais présence de formes symptomatiques)	<ul style="list-style-type: none"> · FCS spontanée · RCIU · Prématurité · Microcéphalie, hépatosplénomégalie, surdité, cécité 	Sérologie systématique : <ul style="list-style-type: none"> · avant 10 SA (1^{ère} consultation prénatale) · à 20 SA
Hépatite virale B	Infection aiguë, le plus souvent chronique	Infection chronique	Sérologie obligatoire avec dépistage Ag HBs au 6 ^{ème} mois de grossesse
VIH	Cf. chapitre UE6 n°165 Dépistage en général chez une patiente asyptomatique	Infection chronique	Sérologie systématiquement proposée : 1 ^{er} trimestre ou à chaque occasion
Streptocoque B	Portage asymptomatique	Infection néonatale (méningite) Attention si rupture prématurée des membranes	Prélèvement vaginal systématique 34-38 SA ou avant si risque de prématurité, si vulvovaginite
Syphilis	Cf. UE6 n°158	Mort fœtale Anasarque Syphilis congénitale	Sérologie obligatoire : 1 ^{er} trimestre et selon les risques
Rougeole	Primo-infection rougeole : éruption fébrile Augmentation du risque de complications	<ul style="list-style-type: none"> · Faible poids de naissance, mort fœtale <i>in utero</i> · Rougeole congénitale ou post-natale 	
CMV	Primo-infection (Cf. UE6 n°164) Réactivation Réinfection	<ul style="list-style-type: none"> · RCIU, Microcéphalie, surdité, chorio-rétinite, · Retard psychomoteur à distance 	
Herpès simplex virus	Herpès génital primo-infection ou récurrence (Cf. UE6 n°164)	<ul style="list-style-type: none"> · Mort fœtale <i>in utero</i>, · Prématurité · Meningo-encéphalite · Forme disséminée 	
Varicelle	Cf. UE6 n°164 Forme grave possible	Varicelle congénitale Varicelle néonatale (pneumopathie, encéphalite)	
Listériose	Fièvre d'origine indéterminée, Troubles digestifs Méningite	Avortements, prématurité, mort fœtale Infection sévère néonatale (méningite)	

Abréviations : RCIU = retard de croissance intra-utérin ; FCS = Fausse couche spontanée ; SA = semaines d'aménorrhée ; CI = contre indiqué ;

Diagnostic de l'infection	Prévention du risque de transmission materno-fœtale	
	Chez les femmes non immunisées	Chez le fœtus ou nouveau-né
Chez la mère non immunisée : · Séroconversion · Avidité des IgG Chez le fœtus : · échographie fœtale · PCR toxoplasme sur liquide amniotique	Primaire : Règles d'hygiène Secondaire : · Traitement en cas d'infection = Spiramycine ou Pyméthamine + sulfadiazine	Tertiaire : ITG en cas d'atteinte sévère
Chez la mère non immunisée : · Séroconversion · Avidité des IgG Chez le fœtus : · échographie fœtale · PCR rubéole sur liquide amniotique	Primaire : · Vaccination (ROR) enfant, rattrapage chez les femmes en âge de procréer et en <i>post partum</i> · Vaccin CI pendant la grossesse Secondaire : aucun	Tertiaire : ITG en cas d'atteinte sévère
Chez la mère : · Sérologie complète · mesure CV	Secondaire : traitement par lamivudine ou tenofovir si CV élevée	Secondaire : · Séro-vaccination à la naissance · rappel vaccinal à M1 et M6
Chez la mère : · Sérologie avec accord, + sérologie de confirmation · mesure CV	Secondaire : Traitement antirétroviral efficace pour atteindre CV indétectable à l'accouchement	Secondaire : Perfusion d'AZT au cours du travail Traitement les 4 1 ^{ères} semaines de vie
Chez le nouveau né si fièvre : hémocultures, PL	Secondaire : Antibiotrophylaxie pendant le travail par amoxicilline	
Chez la mère : Sérologie Chez le nouveau-né : Examens clinique, bactériologique, sérologique	Secondaire : benzathine benzylpénicilline	Tertiaire en cas de syphilis congénitale : benzathine benzylpénicilline
Chez la mère : Sérologie rougeole	Primaire : Vaccination (ROR) enfant, rattrapage chez les femmes en âge de procréer et en <i>post partum</i> Secondaire : Ig polyvalentes dans les 6 jours après contagion	
Chez la mère : Séroconversion Avidité des IgG Chez le fœtus · échographie fœtale · PCR CMV sur liquide amniotique	Primaire : · Règles d'hygiène · Éviter contacts enfants bas âge	
Chez la mère : Diagnostic clinique ou virologique (PCR sur lésions)	Secondaire Aciclovir ou valaciclovir en curatif si primo-infection ou récurrence Césarienne si poussée ou primo-infection récente au moment du travail	
Chez la mère : Sérologie Chez le fœtus · échographie fœtale · PCR VZV sur liquide amniotique	Primaire : vaccination si non immunisée avant ou après grossesse Secondaire : Ig spécifiques dans les 96 heures post contagion Aciclovir IV si varicelle maternelle dans les 5 jours avant ou 2 jours après accouchement	Secondaire : Aciclovir IV si varicelle maternelle dans les 5 jours avant ou 2 jours après accouchement Tertiaire (varicelle néonatale) : Aciclovir IV
Chez la mère : Hémocultures (culture prolongée)	Primaire : Règles d'hygiène (Cf. tableau TUE2-26-2) Secondaire : Amoxicilline en probabiliste Amoxicilline si infection documentée	Secondaire : Amoxicilline Tertiaire en cas d'IMF : Amoxicilline IV

Ig = Immunoglobulines ; CV = charge virale ; ITG = interruption thérapeutique de grossesse

Notes

Alinéa Plus - CMTT

