

ITEM N°20 : PREVENTION DES RISQUES FŒTAUX : INFECTION, (MEDICAMENTS, TOXIQUES, IRRADIATION)

OBJECTIFS TERMINAUX

I. Expliquer les éléments de prévention vis-à-vis des infections à risque fœtal

INTRODUCTION

INFECTIONS A RISQUE FŒTAL

Infections maternofoetales :

- fréquentes ;
- peuvent entraîner, selon l'agent responsable, et le stade évolutif de la grossesse, avortement spontané, embryopathie, infection fœtale, mort-né, maladie néonatale qui peut être symptomatique à la naissance, ou symptomatique à distance ;
- d'étiologie virale, parasitaire (TORCH + VIH + VHB), ou bactérienne ;
- posent des problèmes de diagnostic et de conduite thérapeutique.

TOXOPLASMOSE (Chap. 124, Chap. 108, E. PILLY 2008)

PREVENTION DU RISQUE FŒTAL :

- Chez la femme enceinte
 - o Détermination du statut sérologique au moment du certificat prénatal :
 - Femme non immune :
 - surveillance mensuelle de la sérologie pour dépistage et traitement précoces d'une éventuelle primo-infection (confirmée par séroconversion : même technique sérologique sur paire de sérums, test d'avidité des IgG) ;
 - règles d'hygiène (tableau T 124-1, Chap. 124, E. PILLY 2008) ;
 - Femme immune : pas de surveillance ni prévention ;
 - En cas de primo-infection confirmée, traitement par spiramycine en attendant les résultats du diagnostic ou non de contamination fœtale.
- Chez le fœtus
 - o Diagnostic d'atteinte fœtale, en cas de primo-infection maternelle, par amniocentèse (PCR), à partir de 18 SA, et au moins 4 semaines après l'infection maternelle, et par échographie fœtale, permettant de discuter une interruption de grossesse.
 - o En cas d'infection fœtale, traitement de la mère par pyriméthamine-sulfadiazine ou pyriméthamine-sulfadoxine, associés à acide folinique.
 - o En l'absence d'infection fœtale, traitement de la mère par spiramycine jusqu'à l'accouchement.

RUBEOLE (Chap. 124, E. PILLY 2008)

PREVENTION DU RISQUE FŒTAL :

- Vaccination :
 - o Population générale : enfants des deux sexes (Chap.10, E. PILLY 2008).
 - o Individuelle : femmes en âge de procréer (grossesse =contre-indication).
- Détermination du statut sérologique au moment du certificat prénuptial et de la 1^{re} consultation prénatale
 - o Femme non immune ou de statut sérologique inconnu :
 - surveillance sérologique mensuelle jusqu'à la 20^e SA ;

- en cas de contact avec un individu suspect de rubéole, ou d'éruption évocatrice : sérologie ;
- en cas de séroconversion et/ou détection d'IgM dans un contexte clinique évocateur : diagnostic anténatal par amniocentèse (PCR), réalisée à partir de 22 SA, et au minimum 6 semaines après la séroconversion :
 - diagnostic d'infection fœtale au 1^{er} trimestre = indication d'interruption de grossesse.
- Eviction (professionnelle ++) des femmes enceintes des milieux exposés.

INFECTIONS A CYTOMEGALOVIRUS (Chap. 124, Chap. 89.5, E. PILLY 2008)

Principale cause d'embryopathie infectieuse depuis le contrôle vaccinal de la rubéole congénitale..

Infection congénitale en général asymptomatique.

Séroprévalence chez les femmes enceintes : 40 à 60 % ;

Risque d'infection chez les femmes séronégatives : 1 à 4 % ;

Taux de TME : 40 % ; gravité : fonction du stade évolutif de la grossesse, essentiellement lors de la primo-infection

10 -15 % des enfants infectés sont symptomatiques à la naissance (décès : 50 % ; séquelles graves : 50 %). Séquelles neurosensorielles (surdité ++) chez 10 à 15 % des asymptomatiques.

PREVENTION DU RISQUE FŒTAL :

- Chez la femme enceinte :
 - o Précautions transfusionnelles.
 - o Contrôle du statut sérologique avant un travail en crèche ou en collectivité d'enfants, et éviction professionnelle éventuelle si pas d'Ac.
 - o Règles d'hygiène : lavage des mains, éviter les contacts avec les enfants infectés.
- Diagnostic chez la femme enceinte : sérologie (séroconversion, test d'avidité).
- Diagnostic chez le fœtus :
 - o amniocentèse (PCR) à partir de 22 SA, et au moins 6 semaines après l'infection ;
 - o surveillance échographique.

INFECTIONS A HERPES VIRUS SIMPLEX (Chap. 124, E. PILLY 2008)

Incidence de l'herpès néonatal : 1 à 3 cas/100 000

Lié à un herpès génital maternel (primo-infection ou récurrence)

TRANSMISSION

- le plus souvent par contact direct lors de l'accouchement ;
- TME transplacentaire plus rare (avant 28 SA, risque de fausse couche, embryo ou fœtopathie) ;
- Contamination post-natale possible.

Risque 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.

Infection grave chez le nouveau-né (mortalité 85 %)

PREVENTION DU RISQUE FŒTAL :

- Chez la femme enceinte :
 - o Diagnostic (interrogatoire de la femme et de son partenaire, examen clinique, diagnostic virologique).
 - o Traitement en cas de primo-infection (Chap. 89.2, Chap. 6.2, E.PILLY 2008) :
 - aciclovir ou valaciclovir ;
 - césarienne si herpès au moment du travail (voie basse si l'épisode date de > 1 mois et a été traité).
 - o Traitement des récurrences :
 - aciclovir ou valaciclovir ;
 - accouchement par voie basse si pas de lésion ou si le début de la récurrence date de plus de 7 jours.

HEPATITE B (Chap. 124, Chap. 90.3, E. PILLY 2008)

Taux de portage de l'Ag HBs chez les femmes enceintes en France : 0.5%, variable en fonction de l'origine géographique.

CONTAMINATION :

- surtout périnatale (passage voies génitales, post natale) ; rarement transplacentaire (3 à 10 %) ;
- risque maximal si mère porteuse d'Ag Hbe, avec ADN-VHB sérique détectable (le risque augmente avec valeur ADN) ;
- liée à une hépatite aigüe maternelle pendant le 3^e trimestre, en période néonatale ; ou plus souvent à hépatite chronique maternelle.

PREVENTION

- Dépistage systématique obligatoire de l'Ag HBs au 6^e mois de grossesse.
- Sérovaccination de tous les nouveau-nés dans les 48 premières heures (rappel à M1, M2, M12).

VIH (Chap. 124, Chap. 91.2 E. PILLY 2008)

LA TRANSMISSION MERE- ENFANT DU VIH est :

- essentiellement périnatale ;
- de l'ordre de 20 à 25 % pour VIH-1, en l'absence de mesures préventives ; de l'ordre de 1 % grâce aux mesures préventives ;
- de risque proportionnel à la charge virale (ARN plasmatique) maternelle à l'accouchement

PREVENTION (en France, et dans les pays développés)

- Dépistage obligatoire de l'infection VIH par proposition systématique lors du 1^{er} examen prénatal
- Mesures préventives :
 - o Traitement antirétroviral :
 - chez la mère, systématique au dernier trimestre (trithérapie), même en l'absence d'indication maternelle au traitement, afin d'obtenir une charge virale indétectable ; avec perfusion d'AZT avant le travail ou la césarienne programmée ;
 - chez l'enfant, pendant 6 semaines ;
 - o Mesures prophylactiques obstétricales (dont césarienne programmée si la charge virale plasmatique maternelle n'est pas indétectable à 36 SA) ;
 - o Allaitement artificiel.

VARICELLE (Chap. 124, Chap. 89.3, E. PILLY 2008)

En cas de varicelle maternelle, risque de

- varicelle congénitale (faible en cas de varicelle maternelle avant la 20^e SA) ;
- zona au cours de la 1^{re} année de vie si varicelle maternelle après la 20^e SA ;
- varicelle néonatale grave (mortalité jusqu'à 30 %) en cas de varicelle maternelle à l'accouchement (5 jours avant, 2 jours après) ;

PREVENTION de la varicelle néonatale : aciclovir chez la mère et l'enfant.

PALUDISME (Chap. 124, Chap. 105, E. PILLY 2008)

Risque majeur de l'accès palustre au cours de la grossesse: avortement, prématurité, hypotrophie.
Urgence médicale : traitement par quinine en 1^{re} intention.

SYPHILIS (Chap. 124, Chap. 81, E. PILLY 2008)

CONTAMINATION

- maximale pendant la 2^e moitié de la grossesse ;
- transplacentaire ;
- liée à syphilis primaire ou secondaire maternelle.

PREVENTION

- Dépistage obligatoire chez les femmes (examen prénuptial, 1^{er} trimestre de grossesse).
- Traitement de la syphilis maternelle (Pénicilline).
- Traitement de la syphilis congénitale.

LISTERIOSE (Chap. 124, Chap. 67, E. PILLY 2008)

TRANSMISSION MATERNOFŒTALE

- Précoce, transplacentaire, responsable d'avortements, d'accouchements prématurés.
- En fin de grossesse, responsable d'infections néonatales graves.

PREVENTION

- Efficace.
- Mesures hygiéno-diététiques (T124-1, E.PILLY 2008).
- Diagnostic et traitements précoces chez la femme enceinte (traitement > 3 semaines, voire jusqu'à l'accouchement).
- Traitement du nouveau-né dans les 48 premières heures de vie.

STREPTOCOQUE B (Chap. 124, Chap. 53, E. PILLY 2008)

Colonisation chez 10 à 20 % des femmes enceintes ; colonisation chez 50 % de leurs nouveau-nés ; infection chez 1 % (1 enfant/1000).

CONTAMINATION par voie ascendante lors de l'accouchement.

PREVENTION

- Recherche systématique par prélèvement vaginal à 34-37 SA, plus tôt en cas de vulvo-vaginite, de menace d'accouchement prématuré, de rupture prématurée des membranes.
- Antibio prophylaxie au moment du travail chez les femmes porteuses de Streptocoque du groupe B (amoxicilline).

INFECTIONS URINAIRES (Chap. 124, E. PILLY 2008)

Risque d'infection néonatale (*E. coli*).

Risque d'évolution des bactériuries asymptomatiques au cours de la grossesse : persistance pendant toute la grossesse, cystite aigue, pyélonéphrite aigue, exposant au risque d'accouchement prématuré, et d'infection néonatale.

PREVENTION

- Dépistage et traitement des bactériuries asymptomatiques (pic d'incidence entre la 9^e et 17^e SA).
- Traitement des cystites, pyélonéphrites.
- Surveillance mensuelle de l'ECBU.
- Boissons abondantes, mictions fréquentes, hygiène périnéale, traitement de la constipation.



POUR EN SAVOIR PLUS

E. PILLY, 2008

Chapitre 124

Chapitre 53

Chapitre 67

Chapitre 81

Chapitre 89.3

Chapitre 89.5

Chapitre 90.3

Chapitre 91.2

Chapitre 105

Chapitre 108