

Cas clinique et conversation

PC avril 2018

Femme de 40 ans adressée pour dyspnée et hypertension le 16 février 2018

Ses antécédents sont marqués par :

- HTA chronique (HTAC): AMLOR 10mg et COVERSYL 2mg arrêté en début de grossesse actuelle
- HTA gravidique sous ALDOMET 500mg 1-1-1 et TRANDATE 1/2-1/2-1/2
-
- G6P5
 - 2004 37SA accouchement par voie basse 37SA 3490g
 - 2007 40SA accouchement par voie basse déclenché pour HTA 3610g
 - 2011 32SA césarienne pour pré-éclampsie sévère
 - 2012 34SA césarienne pour RCIU contexte HTA + diabète gestationnel
 - 2016 24SA Interruption médicale de grossesse pour RCIU sur pré-éclampsie et diabète gestationnel
- Grossesse actuelle : 27SA+2j
 - Diabète gestationnel sous LANTUS 14UI
 - ASPIRINE 100mg

dyspnée d'effort évoluant depuis janvier 2018

- **le 16/02/18 hospitalisation** pour : toux + dyspnée avec expectoration saumonée puis résolution spontanée
- Examen clinique:
 - Pouls 89bpm ; rythme respiratoire 25 /min, TA : 17/10 ; SAT 98% sous air.
 - abolition du murmure vésiculaire champs pulmonaire droite, pas de crépitant
- Ex paracliniques:
 - Bandelette urinaire négative mais culture ultérieure à Lactobacillus $>10^3$ /ml
 - Prélèvement vaginal : lactobacillus
- - Hb 11g/l ; leuco : 4.1 giga ; plaquettes 200 giga
 - Pro BNP : 200
 - CRP 70

 - Protéinurie 0.3g/l

suite

- Echo coeur : hyper débit sans insuffisance cardiaque ni HTAP
- Angio TDM : pas de signe d'EP, lame d'épanchement bilatéral
- CELESTENE + TRANDATE IV + Sulfate Magnésium
- Amoxicilline 1g x 3/j

- **Le 19/02/18** : température 39°C, notion de contage grippe, non vaccinée, courbature ++
 - Prélèvement naso-pharyngé : grippe B
 - Tamiflu 75mg x 2 + isolement
-
- **Le 21/02/18** : monitoring fœtal (oxford) dégradé
-> césarienne



Q1 Trouver les éléments qui auraient du conduire à une vaccination antigrippale

- Grossesse à risque
- Période à risque : automne hiver
- Campagne de vaccination « sécu » à l'automne
- La vaccination grippale chez la femme enceinte ne s'accompagne pas de toxicité particulière : ni obstétrical, ni foétale
- promiscuité

q1

- Toutes les réponses sont justes et ne sont pas toutes strictement médicales mais chacune représente une opportunité de conviction !
- Le promiscuité augmente le risque de transmission et ce tant à la maison qu'en institution(s) comme l'hospital par exemple

Q2 où et quand s'est faite la transmission grippale ?

- À la maison avant le 16 février
- À l'hôpital le 16 février
- À l'hôpital entre le 17 février et le 19 février
- Aucune de ces propositions

Q2

- La notion de « grippe » au foyer familial permet de supposer que la contamination s'y est faite – incubation de 3 jours
- En période épidémique une transmission nosocomiale est toujours possible
- La transmission virale est en moyenne de 2-3 jours
- L'apparition plus ou moins forte (de asymptomatique à bruyante) des signes est décalée de 1 à 5-8 jours

Q3 la gravité de la grippe est

- Principale au 1^{er} trimestre
- Principale au 2^{eme} trimestre
- Principale au 3^{eme} trimestre
- Tout au long de la grossesse
- Seulement en cas de diabète gestationnel
- En cas d'asthme associé
- En cas d'obésité

Q3

- Les gripes graves ou compliquées surviennent surtout au 3eme trimestre de grossesse en cas d'obésité et/ou d'asthme associé

Lancet 2017; 390: 697–708

D. Mertz et al. / Vaccine 35 (2017) 521–528

Tempia S et al 2017. Influenza Hospitalization Risk Factors • **OFID**

Doyle TJ et al PLOS ONE October 2013 | Volume 8 | Issue 10 | e79040

Sokolow LZ, Naleway AL, Li D-K, et al. Severity of influenza and noninfluenza acute respiratory illness among pregnant women, 2010e2012. Am J Obstet Gynecol 2015;212:202.e1-11

Q4 quelle(s) précaution(s) au domicile de cette femme à risque(s)

- Vaccination de tous les membres du foyer
- Vaccination de cette femme uniquement
- Vaccination des enfants à risques, par exemple asthmatique
- Traitement par Tamiflu de celui qui présente une grippe clinique
- Prophylaxie par Tamiflu de tous les membres
- Prophylaxie par Tamiflu de cette femme uniquement

Q4

- Tous les membres de la famille auraient dus être vaccinés
 - Pour eux-mêmes
 - Pour protéger les personnes à risque
 - » Grossesse
 - » Asthme
 - »
- Le traitement présomptif par Tamiflu d'une personne grippée au contact d'une personne à risque est recommandé
- La prophylaxie doit être déclenchée chez les personnes à risque au contact d'un grippé
- Le Tamiflu n'est pas associé à un surcroit de toxicité pendant la grossesse ni à un risque plus élevé de foetopathie ou de problèmes obstétricaux

Q5 à l'entrée à l'hôpital quelles questions auraient dues être posées ?

- La destination de ses prochaines vacances
- La marque de son rouge à lèvres
- État vaccinal notamment grippe
- Recherche de pathologies dans l'entourage
- Allergie(s)

Q5

- En période d'infections hivernales, la probabilité de grippe est forte
- Le mari de cette dame avait un syndrome grippal ce qui aurait pu conduire au traitement, à la prophylaxie, au port du masque.....surtout que la vaccination antigrippale n'a pas été réalisée

Q6 Comment l'enfant né aurait du être mieux protégé au plan infectieux

- Prophylaxie systématique du Strepto B par pénicilline
- Traitement de la probable chorioamniotite
- Vaccination antigrippale
- Prophylaxie/traitement le plus tot possible par Tamiflu de cette femme

Q6

- La vaccination et la revaccination des femmes protègent les nouveaux nés
- Le traitement anti grippal protège surtout s'il est précoce
- La chorioamniotite est presque certaine en raison de troubles cliniques et du syndrome inflammatoire dès l'entrée. Le spectre de l'antibiothérapie doit inclure systématiquement le Strepto B

Q7 si le prélèvement vaginal avait montré E Coli BLSE

- Ce E Coli aurait été responsable de la chorioamniotite
- Cefotaxime aurait été le traitement choisi
- Un carbapenem aurait été le traitement choisi
- L'amoxicilline aurait été maintenue seule
- Le traitement devrait comprendre amoxi et cefotaxime et gentamycine

Q7

- Le strepto B est la cible principale car:
 - La colonisation vaginale est de l'ordre de 10-30%
 - 50% des enfants nés de mères colonisées sont colonisés
 - 98% de ces enfants restent asymptomatiques mais
 - 2% présenteront une infection à Strepto B
- E coli BLSE
 - La transmission maternelle de la colonisation serait de l'ordre de 25-30%
 - La transmission post natale est fréquente
 - L'infection semble rare
- La recommandation est : l'association amoxi (strepto B, listeria) et cefotaxime+genta (entérobactéries,....)

Shane AL. Journal of Infection (2014) 68, S24eS32

Denkel SA et al Antimicrob Chemother 2014; 69: 2230–2237

Li X et al International Journal of Antimicrobial Agents 50 (2017) 622–628

HAS 2017

D. Mertz et al. / Vaccine 35 (2017) 521–528

Lancet 2017; 390: 697–702