

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

L'ouvrage original couleur ECN.PILLY 2020 (6^e édition) est disponible en librairie ou chez l'éditeur.

ECN.PILLY 2020

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 2020. 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.

ECN.PILLY 2020 - 6^e édition

Maladies infectieuses et tropicales - Préparation ECN - Tous les items d'infectiologie
210 x 270 mm - quadrichromie - 320 pages - ISBN : 978-2-916641-69-0
42,00 € TTC

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

Ouvrages du CMIT chez le même éditeur :

E.PILLY 2020 - 27^e édition

Maladies infectieuses et tropicales
210 x 270 mm - quadrichromie - 720 pages - ISBN : 978-2-916641-68-3
59,00 € 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 2020).

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 et prennent alors le nom d'**infections maternofoetales**.
- 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 chez la femme enceinte (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 **suiti des recommandations vaccinales** chez les femmes en âge de procréer (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 maternofoetales (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.

Par ailleurs, de façon non spécifique, toute infection entraînant une fièvre pourra être responsable d'une fausse couche spontanée notamment en début de grossesse, même si elle n'a pas directement concerné le tissu embryonnaire.

2. MICROBIOLOGIE

Les IMF sont de nature **protozoaire** (toxoplasmose, paludisme), **virale** (rubéole, cytomégalovirus (CMV), virus herpès simplex (HSV), varicelle, VIH, VHB, parvovirus B19, Zika), ou **bactérienne** (listériose, streptocoque B, syphilis, fièvre Q).

3. PHYSIOPATHOLOGIE

Il peut exister un **passage transplacentaire** pour certains micro-organismes. Le mécanisme de contamination se fait alors par **voie ascendante** (HSV, streptocoque B) ou par **voie hématogène** (rubéole, CMV, varicelle, VIH, parvovirus B19, listériose, syphilis, fièvre Q, toxoplasmose) avant la naissance. Dans d'autres cas, la contamination a lieu pendant l'accouchement (hépatite B, HSV, streptocoque B, VIH).

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 postnatal, 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 (l'infection est d'autant plus grave qu'elle survient tôt pendant la grossesse).

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 CMV 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^e 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).
- Le risque de transmission augmente avec le terme, mais la gravité diminue avec le terme (gravité plus élevée en début de grossesse, mais infection foetale 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** : la viande doit être consommée bien cuite ou congelée, et les crudités et fruits lavés ; lavage des mains avant et après manipulation d'aliments à risque ou jardinage ; lavage des ustensiles et plans de travail, nettoyage régulier du réfrigérateur ; port de gants lors du changement de litière des chats.

Femme immune : ni surveillance ni précaution.

- 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 foetale, qui est fait par PCR sur liquide amniotique et par échographie foetale (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 : Chez la femme enceinte, le paludisme non compliqué à *P. falciparum* justifie une hospitalisation et peut être traité par la quinine ou l'atovaquone-proguanil lors du premier trimestre. À partir du deuxième trimestre, l'artémether-luméfantine doit être privilégié.

- 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 peut entraîner :

- 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 obligatoire chez les nourrissons 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 disponible. En cas de séroconversion et/ou détection d'IgM dans un contexte clinique évocateur, un diagnostic anténatal sera fait : échographie foetale et amniocentèse (PCR sur liquide amniotique). Le diagnostic d'infection foetale 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 foetales 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)
 - rougeole post-natale (éruption dans les 10 jours suivant la naissance),

- dans les 2 cas, risque d'atteinte pulmonaire, de mauvais pronostic, et de panencéphalite subaiguë sclérosante.

Chez la mère, la rougeole peut être associée à des complications viscérales (en particulier pulmonaires) parfois létales.

Prévention du risque fœtal

- **Vaccination ROR** chez les **nourrissons, et rattrapage** des femmes en âge de procréer, y compris en post-partum (Cf. UE6 n°143) sous couvert de contraception pendant 1 mois après le vaccin.
- 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 (pas de certitude sur l'immunisation), par 2 vaccinations ROR ou par 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. Il peut également s'agir d'une **réactivation virale**.
- Pour mémoire : principale cause d'embryopathie infectieuse, d'autant plus que l'infection survient tôt au cours de la grossesse. Chez le fœtus on observe dans 5 à 20 % des cas un retard de croissance et/ou une microcéphalie et/ou une chorioretinite. Des signes cliniques d'apparition retardée peuvent se voir chez l'enfant (en particulier surdité, y compris dans les formes initialement asymptomatiques).

Prévention du risque fœtal

Il n'est **pas recommandé d'effectuer une surveillance sérologique systématique**.

Les mesures adoptées 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.
- En cas de séroconversion (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 antiviral n'a montré à ce jour d'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** ; il est présent mais 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 :
 - 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^e SA peut être proposée si une primo-infection est survenue plus tôt 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 ou **plus souvent à une hépatite chronique** maternelle.
- Transmission essentiellement périnatale (lors du passage des voies génitales, ou en post-natal ; exceptionnellement transplacentaire) ; le risque est maximal en cas de portage d'Ag HBe avec ADN VHB sérique détectable.
- L'infection néonatale expose à un risque beaucoup plus élevé que chez l'adulte d'hépatite B chronique (90 % vs 10 %).

Prévention de la transmission mère-enfant

- **Dépistage systématique obligatoire de l'Ag HBs à la première consultation de grossesse.**
- **Sérovaccination** de tous les **nouveaux-nés de mère avec Ag HBs+** dans les 48 premières heures de vie, et rappel vaccinal à M1 et M6
- En cas de charge virale VHB très élevée, discussion d'un traitement par lamivudine ou ténofovir chez la mère afin de négativer la charge virale.
- Allaitement possible si ces mesures préventives sont appliquées.

8. VIH

La transmission mère-enfant du VIH est :

- essentiellement **per partum** (risque de 20 %), mais également transplacentaire (6 %) et par l'allaitement (15 %).

- de risque proportionnel à la charge virale (ARN plasmatique) maternelle à l'accouchement.
- complètement évitée par un traitement maternel efficace et précoce

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 une fois au cours de la grossesse
- Mesures préventives si sérologie positive :
 - Traitement antirétroviral :
 - **chez la mère** (association d'antirétroviraux, sans différences majeures avec le reste de la population infectée par le VIH), dès que possible **afin d'obtenir une charge virale indétectable** au plus tard en début de 3^e trimestre (il n'y a dans ce cas de figure plus de risque de transmission à l'enfant)
 - chez la mère également : une **perfusion d'AZT (zidovudine) avant le travail** est indiquée si sa 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.
 - 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 (car le fœtus a alors été exposé à l'intense virémie maternelle qui précède l'éruption, mais pas aux anticorps maternels qu'elle entraîne).

Prévention de la varicelle néonatale

- **Vaccination des femmes en âge de procréer** n'ayant pas d'antécédent de varicelle avec une sérologie négative (en dehors de toute grossesse car vaccin vivant atténué).
- En cas de contact de moins de 96 h chez une femme enceinte dont le statut immun n'est pas connu, réalisation en urgence d'une sérologie et **immunoglobulines spécifiques** si sérologie négative
- Retarder autant que possible l'accouchement en cas de varicelle maternelle à terme (afin d'attendre la génération des anticorps maternels et leur passage transplacentaire, ce qui participera au contrôle de l'infection chez l'enfant).
- 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 maternofoetale

- Risque décroissant selon qu'il s'agisse d'une syphilis secondaire, primaire, ou latente.
- 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 maternofoetale

- 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 du nouveau-né dans 50 à 70 % des cas ; infection chez 1 %.
- Contamination lors de l'accouchement.

Prévention

- **Dépistage systématique** du portage par **prélèvement vaginal à 35-38 SA**, plus tôt en cas de vulvovaginite, 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 aiguë souvent asymptomatique, qui peut être associée à des fausses couches, parfois à répétition, un retard de croissance, un accouchement prématuré, ou une mort fœtale *in utero*.

Parvovirus B19

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

Vaginoses bactériennes (gardnerellose)

Toute vaginose bactérienne survenant pendant la grossesse est associée à un risque d'accouchement prématuré et doit être traitée (métronidazole PO ou ovules pendant 5 j).

infection par le virus Zika

Les récentes vagues épidémiques de cette arbovirose, en particulier en Amérique centrale et Amérique du Sud, ont montré que l'infection durant la grossesse était associée à un risque de microcéphalie chez l'enfant. 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.

Pour en savoir plus

- Haute autorité de Santé, 2016 : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.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_prenatals_obligatoires__synthese_vf.pdf
- Neu N et coll., TORCH Infections. *Clin Perinatol.* 2015 Mar;42(1):77-103
- Haut conseil à la santé publique, 2018 : La prévention de l'infection à cytomégalovirus chez la femme enceinte et chez le nouveau-né. https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20180518_prvedelinfecytochezlafemence.pdf
- Hoen B, et al. Pregnancy Outcomes after ZIKV Infection in French Territories in the Americas. *N Engl J Med.* 2018 Mar 15;378(11):985-994.

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 de tels produits sont 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

Conservé 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

TUE2-26-2 : Principales infections à risque fœtal

Infection maternofoetale	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 · Chorioretinite (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 ou (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 (donc chez une patiente asymptomatique)	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	Rougeole : 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, chorioretinite, · Retard psychomoteur à distance 	
Herpes 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 possiblement plus fréquente pendant la grossesse	Varicelle congénitale Varicelle néonatale (pneumopathie, encéphalite)	
Listériose	Fièvre d'origine indéterminée, Troubles digestifs Encéphalite	Avortements, prématurité, mort fœtale Infection sévère néonatale (méningite)	

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 Pyriméthamine + 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 <i>en 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 tenofovir si CV élevée	Secondaire : · Séro-vaccination à la naissance · rappel vaccinal à M1 et M6
Chez la mère : · Sérologie de dépistage puis 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 : Antibioprophylaxie 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 ou PCR rougeole	Primaire : Vaccination (ROR) enfant, rattrapage chez les femmes en âge de procréer et <i>en post partum</i> Secondaire : Ig polyvalentes dans les 6 jours après contage	
Chez la mère : Séroconversion Avidité des IgG Chez le fœtus · échographie fœtale · PCR CMV sur liquide amniotique	Primaire : · Règles d'hygiène · Eviter contacts enfants bas âge	
Chez la mère : Diagnostic clinique ou virologique (PCR sur lésions)	Secondaire 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 contage 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



© Alinea Plus - CMMIT