



Best of « grossesse et allaitement »

Chemsa LE CŒUR
Cheffe de clinique assistante
SMIT, CHRU de Tours
20.06.2026





Déclaration d'intérêt de 2014 à 2025

- Intérêts financiers : aucun
- Liens durables ou permanents : aucun
- Interventions ponctuelles : aucune
- Intérêts indirects : aucun



Déclaration de liens d'intérêt avec les industriels de santé
en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

L'orateur ne
souhaite
pas répondre

☐

- **Intervenante** : LE CŒUR Chemsal
- **Titre** : Best of « grossesse et allaitement »
- Consultant ou membre d'un conseil scientifique
- Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents
- Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement
ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations
- Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique

☐

OUI



NON

☐

OUI



NON

☐

OUI



NON

☐

OUI



NON

RECOMMANDER
DES STRATÉGIES DE SANTÉ PUBLIQUE

RECOMMANDATION

Évaluation de la pertinence d'un dépistage systématique de l'infection à cytomégalovirus (CMV) au cours de la grossesse

Validé par le Collège le 5 juin 2025

Recommandation de dépistage systématique à l'échelle nationale

La HAS recommande :

- de mettre en place un dépistage systématique national, à destination de toutes les femmes enceintes dont le statut sérologique est négatif ou inconnu. Cette mesure fera l'objet d'une réévaluation au terme de trois années de mise en œuvre, afin d'en apprécier la pertinence et d'envisager éventuellement sa reconduction ;
- la poursuite du dispositif au-delà de cette période initiale de 3 ans sera conditionnée à une évaluation reposant sur des données complémentaires. Ces données devront être pro-

- **En cas de grossesse**, la sérologie doit être réalisée le plus tôt possible chez les femmes séronégatives ou celles dont le statut n'est pas connu.
 - La prescription de sérologie devra contenir l'information sur la date du début de la grossesse (cf exemple d'ordonnance).
 - La première sérologie d'une patiente ne doit pas être prélevée après 14 SA en l'absence signes d'appel (risque de datation impossible de l'infection maternelle).
 - En cas de première sérologie négative (IgG et IgM négatives), la sérologie sera recontrôlée de façon mensuelle sans dépasser 14SA. En cas de sérologie réalisée proche de 14SA, celle-ci ne sera faite qu'une fois.

OBSTETRICS

Maternal cytomegalovirus infection in the first trimester of pregnancy: timing, fetal brain injury, and long-term neurodevelopmental outcomes including autism spectrum disorder

CMV

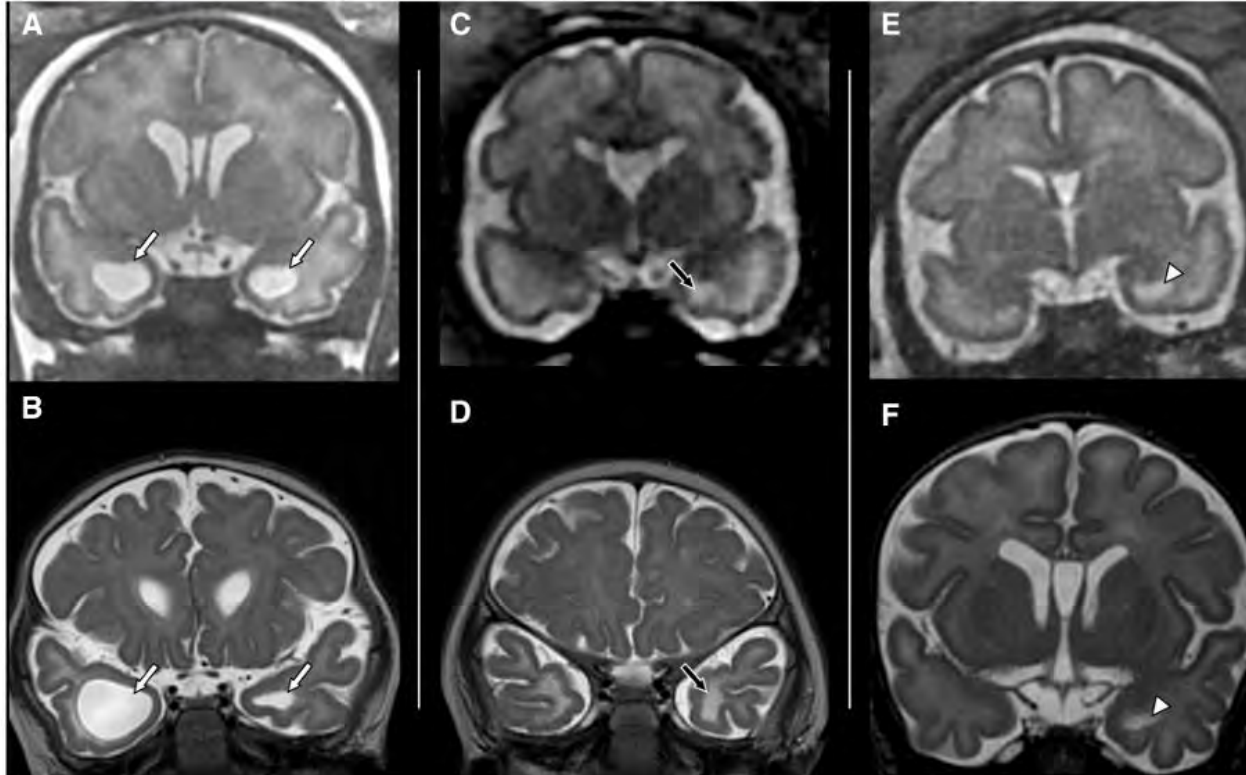
- 642 enfants i
- CMV congén
- / Salive + urini
- IRMc anténat
- anténataux e
- Médiane de s

FIGURE 1
Cohort description

-Primary infection N=504 (78.5%)
-Non-primary infection N=74 (11.5%)
-Unknown type N=64 (9.9%)

Children with long-term congenital CMV sequelae
N=111 (17.3%)

FIGURE 2
Temporal lobe abnormalities patterns



Between-group difference (first trimester vs second + third trimester), OR (95% CI), %	P value
0.42 (0.26–0.66)	<.0001
0.52 (0.28–0.95)	.02
0.31 (0.06–1.14)	.07
0.89 (0.07–7.8)	1
83.04 (11.46–601.84) ^a	<.0001
26.20 (3.50–196.16) ^a	<.0001
5.31 (0.27–103.42) ^b	.26
Not appropriate	Not appropriate
155.88 (21.63–1123.45) ^b	<.0001
8.39 (0.46–152.48) ^b	.07
0.22 (0.05–1.86)	.25
0.67 (0.01–12.9)	1

popu G, OR 4.25, IC 95

e d'atteinte des lobes

CMV – Take home message

- ✓ Atteintes majeures si infection au T1, surrisque d'autisme ?
- ✓ Dépister avant le T1 +++
- ✓ Instaurer Valaciclovir 2g x4/j dès le diagnostic
- ✓ Suivi DAN / écho / PLA
- ✓ Si CMV foetal : IRMc 30-32 SA

Estimating the effect of maternal viral load on perinatal and postnatal HIV transmission: a systematic review and meta-analysis



Caitlin M Dugdale, Ogochukwu Ufio, John Giardina, Fatma Shebl, Elif Coskun, Eden Pletner, Pamela R Torola, Duru Cosar, Roger Shapiro, Maria Kim, Lynne Mofenson, Andrea L Ciaranello



Lancet 2025; 406: 349-57

	Mother-child pairs					Mother-child pairs with maternal ART ^a use at birth				
	Studies (n)	Participants (n)	Events (n)	Pooled estimate, % (95% CI)	I ²	Studies (n)	Participants (n)	Events (n)	Pooled estimate, % (95% CI)	I ²
<50 copies per mL	56	20 002	44	0.2% (0.2-0.3)	0%	48	18 246	41	0.2% (0.2-0.3)	0%
50-999 copies per mL	17	3610	44	1.3% (1.0-1.7)	0%	12	3560	46	1.4% (1.0-1.8)	0%
≥1000 copies per mL	32	5617	294	5.1% (2.6-7.9)	69.3%	16	1387	60	4.3% (2.6-6.4)	37.3%
≥50 copies per mL	41	8017	215	2.7% (2.0-3.5)	20.3%	27	5428	102	1.9% (1.6-2.3)	0%
<1000 copies per mL	45	33 564	212	0.6% (0.3-0.9)	69.9%	32	22 793	101	0.5% (0.3-0.6)	24.4%
50-399 copies per mL	10	3587	49	1.3% (0.6-2.2)	52.0%	4	2692	32	1.2% (0.7-1.8)	23.2%
<400 copies per mL	36	29 668	149	0.5% (0.2-0.8)	69.1%	25	17 592	63	0.4% (0.3-0.5)	0%
≥400 copies per mL	16	7415	361	4.5% (1.5-8.1)	90.6%	8	1294	36	2.9% (2.0-3.8)	0%
<10 000 copies per mL	26	17 397	266	1.3% (0.1-2.9)	89.7%	11	6685	42	0.6% (0.1-1.4)	23.6%
≥10 000 copies per mL	15	3604	498	12.7% (4.9-21.7)	94.6%	3	260	13	5.0% (1.2-10.0)	25.4%

ART=antiretroviral therapy. ^aCombination ART containing three or more drugs or a two-drug integrase-strand transfer inhibitor-based regimen.

Table 1: Pooled estimates of perinatal transmission by maternal HIV viral load at birth and use of ART at birth

- Chez 4675 femmes ayant débuté les ARV en pré conceptionnel et CV <50 copies/mL : **0 transmission périnatale (0%, 95% CI 0.0-0.1) -> U=U**
- Allaitement : 3535 dyades CV VIH récente < 50 copies/mL : **risque mensuel de transmission pendant l'allaitement 0,1 % (IC 95 % : 0,0-0,2)**

VIH - Cabotegravir

- 3224 femmes, 7 pays d'Afrique Sub Saharienne, 2017-2020.
- CAB-LA vs TDF/FTC double aveugle en PrEP
- 30 Grossesses sous CAB-LA et 27

30 grossesses analysées sous Cabotégravir, pas de signal d'alerte mais possible manque de puissance

CAB-LA : 0/30 vs TDF/FTC : 4/27 ; p = 0,476).

- Aucune anomalie congénitale
- **PK CAB-LA grossesse non modifiée**

Ectopic pregnancy	1/9 (11%)	1/12 (8%)	2/21 (10%)
Spontaneous abortion (<20 weeks)	3/9 (33%)	5/12 (42%)	8/21 (38%)
Therapeutic/elective abortion	5/9 (56%)	5/12 (42%)	10/21 (48%)
Outcomes for confirmed pregnancies ^b	31	27	58
No obtainable outcome	1/31 (3%)	0/27 (0%)	1/58 (2%)
Ectopic pregnancy	0/31 (0%)	1/27 (4%)	1/58 (2%)
Spontaneous abortion (<20 weeks)	2/31 (6%)	2/27 (7%)	4/58 (7%)
Therapeutic/elective abortion	2/31 (6%)	1/27 (4%)	3/58 (5%)
Stillbirth/intrauterine foetal demise (≥ 20 weeks)	1/31 (3%)	1/27 (4%)	2/58 (3%)
Preterm delivery (<37 weeks) ^b	3/31 (10%)	0/27 (0%)	3/58 (5%)
Full-term delivery (≥37 weeks)	22/31 (71%)	22/27 (81%)	44/58 (76%)

Abbreviations: CAB-LA, cabotegravir; CI, confidence interval; TDF/FTC, tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine.

Evaluation of long-acting cabotegravir safety and pharmacokinetics in pregnant women in eastern and southern Africa: a secondary analysis of HPTN 084

Sinead Delany-Moretlwe^{1,8}, Brett Hanscom², Xu Guo², Clemensia Nkabiito³, Patricia Mandima⁴, Patricia Ntege Nahirya⁵, Juliet Mpendo⁶, Muchaneta Bhondai-Mhuri⁴, Nyaradzwo Mgodini⁷, Rebecca Berhanu¹, Jennifer Farrior⁷, Estelle Piwowar-Manning⁸, Susan L. Ford⁹, Craig W. Hendrix¹⁰, Alex R. Rinehart⁹, James F. Rooney¹¹, Adeola Adeyeye¹², Raphael J. Landovitz¹³, Myron S. Cohen¹⁴, Mina C. Hosseinipour^{14,15}, Mark A. Marzinko⁹ and On behalf of the HPTN 084 Study Team

VIH - reco

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

anrs
MALADIES INFECTIEUSES
ÉMERGENTES Inserm

CNS
Centre national du sida
et des hépatites virales

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Grossesse et VIH :
désir d'enfant, soins
de la femme
enceinte et
prévention de la
transmission mère-
enfant

3.2. Quelles sont les combinaisons antirétrovirales à privilégier pendant la grossesse ?

Les recommandations concernant les combinaisons ARV à privilégier dans le contexte de la grossesse sont basées sur une appréciation du bénéfice/risque global pour la mère et l'enfant à la date d'écriture de ces recommandations (décembre 2023) :

Prescrire en choix préférentiel, aux posologies adaptées à la grossesse, une combinaison associant :

2 INTI :

- ABC/3TC (en l'absence d'allèle HLA B*5701 ou de co-infection VHB) (Grade B)
ou
- TDF ou TAF*/FTC ou TDF + 3TC (Grade B) ou TAF/FTC/RPV

et un 3^e agent :

- un IP : DRV/r (Grade B)
ou
- un INI : DTG (Grade B) ou RAL (Grade B)

8.2. Quelles sont les conditions requises pour envisager l'allaitement au sein par une mère vivant avec le VIH ?

Les conditions optimales pour l'allaitement maternel sont (Grade B) :

- Traitement ARV débuté avant la conception ou au 1^{er} trimestre de grossesse.
- Historique de suivi régulier, d'observance optimale au traitement ARV et aux visites.

es/mL de façon stable mensuellement à partir de la fin
oit 6 mois de contrôle virologique.
ndant toute la durée de l'allaitement au sein.
accompagnement de la mère et de l'enfant.
li, l'allaitement au sein est formellement déconseillé.

Observatoire Lactaviih

Observatoire national du suivi de l'allaitement au sein chez les mères vivant avec le VIH en France métropolitaine et dans les DOM-COM

Publié le 03 mars 2025 (dernière mise à jour le 16 avril 2024)

Partager :



Déposer les informations médicales



anrs
MALADIES INFECTIEUSES
ÉMERGENTES Inserm

ASSISTANCE
PUBLIQUE HÔPITAUX
DE PARIS

VIH - Take home message

- ✓ U=U si CV indétectable dès la conception
- ✓ Allaitement OK sous conditions – nécessité de suivi
- ✓ Injectables : encore trop peu de données

Nirsevimab vs RSVpreF Vaccine for Respiratory Syncytial Virus Related Hospitalization in Newborns

JAMA

Marie-Joelle Jabagi, PharmD, PhD¹; Marion Bertrand, MSc¹; Amélie Gabet, PhD¹; [et al](#)

22 dec 2025

107 778 Infants born between September 1 and December 31, 2024, who were immunized via passive immunization with nirsevimab during their birth stay or immunized via maternal vaccination with the RSVpreF vaccine

22 302 Excluded

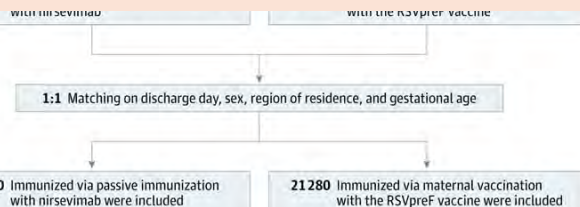
14 145 Discharged from the maternity ward before October 1, 2024
6828 Gestational age <32 or >36 wk at time of maternal vaccination
3716 Received both maternal and passive immunization

Etude longitudinale données du SNDS.

Mères **vaccinées entre 32-36 SA OU Nirsevimab à la maternité**

Suivi jusqu'à mars 2025 (médiane suivi 84 jours)

↓ **Hospitalisations liées au VRS dans le groupe Nirsévimab**
Réduction du risque de **26 %** (aHR = 0,74)

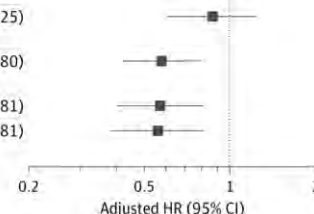


lower respiratory tract infection

Secondary outcomes

RSV-associated lower respiratory tract infection

With high-dependency unit admission ^c	58 (0.3)	67 (0.3)	0 (-0.1 to 0.1)	0.86 (0.61 to 1.23)	0.87 (0.60 to 1.25)
With pediatric intensive care unit admission	55 (0.3)	101 (0.5)	-0.2 (-0.3 to -0.1)	0.54 (0.39 to 0.76)	0.58 (0.42 to 0.80)
With ventilatory support	51 (0.2)	89 (0.4)	-0.2 (-0.3 to -0.1)	0.56 (0.40 to 0.79)	0.57 (0.40 to 0.81)
With oxygen therapy ^d	39 (0.2)	76 (0.4)	-0.2 (-0.3 to -0.1)	0.51 (0.34 to 0.76)	0.56 (0.38 to 0.81)



VRS

Effectiveness of nirsevimab immunisation after birth versus RSVpreF maternal vaccination in preventing RSV-related hospitalisations in infants: a population-based retrospective cohort study

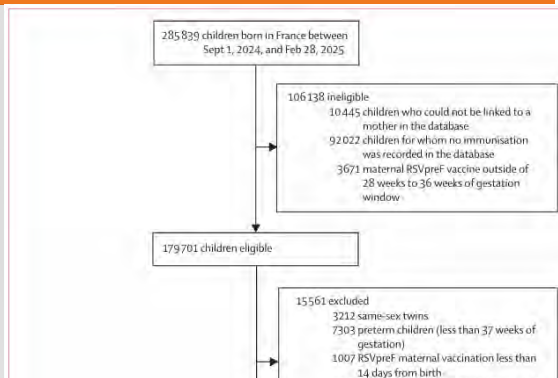


Taba Valtuille*, Inès Faj*, Florentia Kagueidou, Corinne Levy, Robert Cohen, Laurent Mandelbrot, Marta Nunes, François Angoulvant, Stienne Bizot, Stéphane Bonaccorsi, André Birgy, Delphine Viriot, Aurélie Bournaud, Léa Lenglar, Zein Assad, Manon Jaboyedoff, Jee-Seon Yang, Valérie Biran, Géraldine Poncelet, Christèle Gras-Le Guen, Loïc De Pontual, Romain Basmaci*, Naim Ouldali*

Lancet Child Adolesc Health

2026

7 mai 2026



Critère de jugement I : hospitalisation à 6 mois liée au VRS

	RSVpreF maternal vaccine	Nirsevimab newborn immunisation	Odds ratio (95% CI)
Primary analysis*	403/42 098 (0.96%)	350/42 098 (0.83%)	0.78 (0.70-0.86)
Sensitivity analyses			
Matching 1:1 on date of birth	406/42 368 (0.96%)	376/42 368 (0.89%)	0.84 (0.76-0.93)
Matching 1:1 on date of birth (1 day caliper), sex, and region of birth	398/39 314 (1.01%)	316/39 314 (0.80%)	0.70 (0.63-0.78)
Overlap-weighting†	403/42 098 (0.96%)	350/42 098 (0.83%)	0.79 (0.64-0.99)
Trimming‡	403/42 098 (0.96%)	350/42 098 (0.83%)	0.78 (0.70-0.86)
Average effect in the treated population§	403/42 098 (0.96%)	350/42 098 (0.83%)	0.71 (0.61-0.82)
Double-robust adjustment¶	403/42 098 (0.96%)	350/42 098 (0.83%)	0.78 (0.70-0.86)
Random intercept for region**	403/42 098 (0.96%)	350/42 098 (0.83%)	0.78 (0.70-0.86)
Duration of stay in maternity ward included in the propensity score	403/42 098 (0.96%)	350/42 098 (0.83%)	0.71 (0.61-0.82)

↓ Hospitalisations liées au VRS avec le Nirsévimab : OR 0,78 (réduction 22 %) MAIS différence non retrouvée chez les mères vaccinées > 8 semaines avant naissance

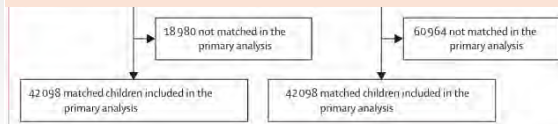


Figure 1: Study population

Cohorte rétrospective SNDS
Enfants inclus de sept 2024 à mars 2025
Mère vaccinées entre 28 et 32 SA
Bébés suivis jusqu'à 6 mois

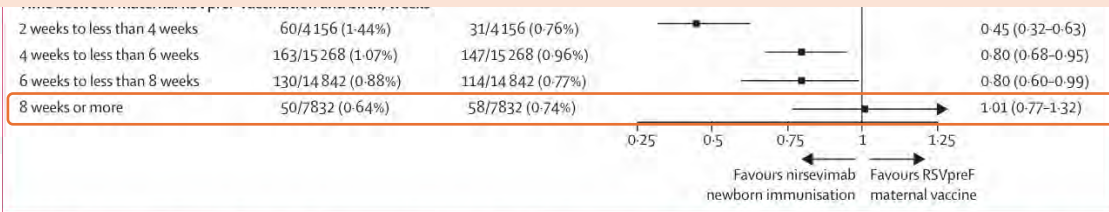


Figure 3: Effectiveness of RSVpreF maternal vaccine versus nirsevimab newborn immunisation against RSV-related LRTI hospitalisations, according to timing of vaccination

LRTI=lower respiratory tract infection, RSV=respiratory syncytial virus. RSVpreF=RSV prefusion F.



Use of Clesrovimab for Prevention of Severe Respiratory Syncytial

Vaccination bien acceptée en France

Vaccin préféré à l'immunisation passive

Stratégie nationale à définir

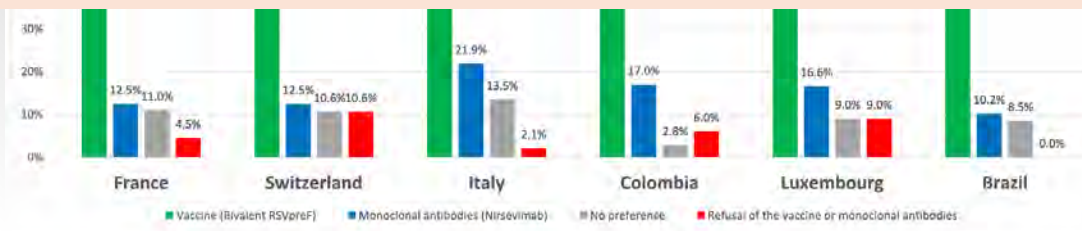


Fig. 2. Preferences for RSV immunisation, by country of residence.

Bon usage en Obstétrique



Risk of infection and wound dehiscence after use of prophylactic antibiotics in episiotomy or second degree tear (REPAIR study): single centre, double blind, placebo controlled randomised trial

Cite this as: *BMJ* 2025;391:e084312

ATBprophylaxie en cas de trauma périnée améliore possiblement qualité du PP
 Augmentation attendue de l'exposition maternelle aux ATB
ATB per partum : risque accru MAI / obésité

Hannah Armstrong¹, Jane Whitehurst², R. Katie Morris^{1,3}, Victoria Hodgetts Morton^{1,3}, Rebecca Man^{1,3*} on behalf of the CHAPTER group[†]

¹ Department of Applied Health Sciences, School of Health Sciences, College of Medicine and Health, University of Birmingham, Edgbaston, Birmingham, United Kingdom, ² Applied Research Collaboration, West Midlands, United Kingdom, ³ Birmingham Women's Hospital, Edgbaston, Birmingham, United Kingdom

[†] CHAPTER group members are provided in the Acknowledgements
 * r.man@bham.ac.uk



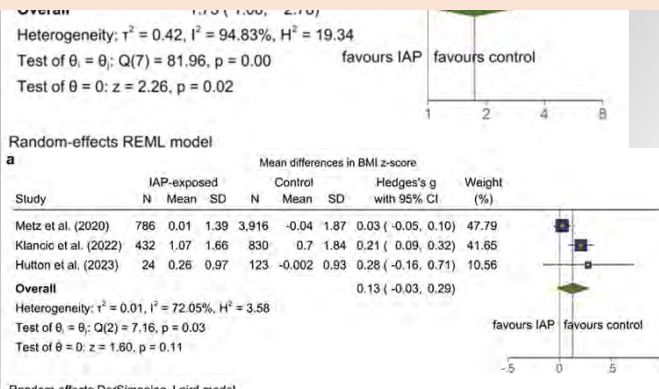
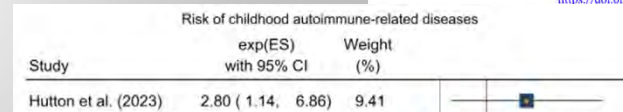
JNI 2026, PARIS

Intrapartum Antibiotic Prophylaxis and Child Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies

BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology

Maedeh Moradi^{1,2,3} | Jessica A Grieger^{1,2,3} | Xiao Tong Teong^{1,2} | Leonie K Heilbronn^{1,2,3}

BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2026; 133:556–567
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.70015>



Bon usage en Obstétrique

Perspectives



Original Research

ajog.org

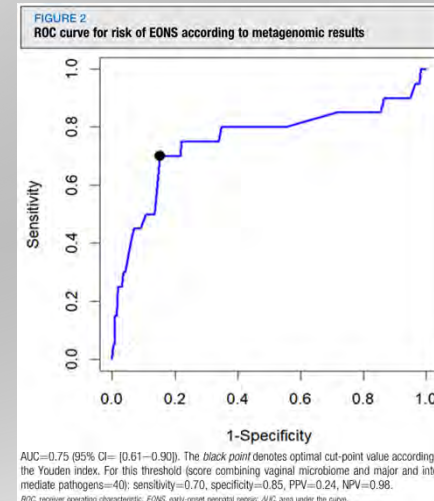
OBSTETRICS

Predicting neonatal infection in preterm premature rupture of membranes with vaginal microbiology and metagenomics: a prospective cohort study

Check for updates

Laurent Mandelbrot, MD; Sean Kennedy, PhD; Jessica Rousseau, MS; François Goffinet, MD, PhD; Luce Landraud, MD, PhD; Céline Plainvert, PhD; Valérie Marcou, MD; Luc Desfrère, MD; Tiphaine Barral, MD; Lahçene Allal, MD; Agnès Baud, MS; Nathalie Grall, MD; Claire Poyart, MD, PhD; Pierre-Yves Ancel, MD, PhD; Asmaa Tazi, MD, PhD

Score métagénomique PV : AUC 0.75 (95% CI, 0.61-0.90). Se 70%, Sp 85% (CI 81%% - 89%)



Infections tropicales /émergentes



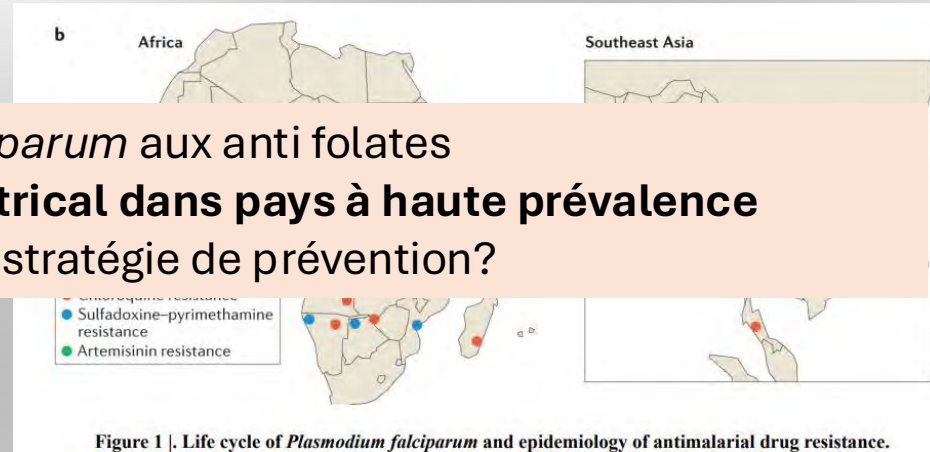
- WHO : Traitement Préventif Intermittent :

Augmentation R *P. falciparum* aux anti folates

Augmentation palu maternel / obstétrical dans pays à haute prévalence

Nécessité de repenser la stratégie de prévention?

- Diminution de l'efficacité sur les infections palustres en lien avec la résistance



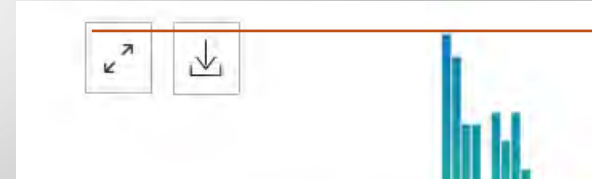
Haldar *et al.*, Nat Rev Microbiol. 2018

Infections tropicales /émergentes

Correspondence • Full text access • Get rights and content »
Lettre à la rédaction
Hantavirus et grossesse: quelles implications obstétricales face à l'émergence du virus Andes?
Hantavirus and pregnancy: What obstetric implications in the face of the emergence of the Andes virus?
Romane Cousin ^a, Christelle Vauloup-Fellous ^{b,c,d}, Olivier Picone ^{a,c,*}  



(Ebola OR "Ebola virus disease" OR EVD) AND (pregnan* OR gestation* OR maternal OR maternity)



44
articles

Hantavirus : gravité maternelle plus importante, pas de transmission verticale
EBOLA : trop peu d'études, persistance ARN viral dans le lait

- Gravité maternelle probablement plus importante : défaillance respiratoire, défaillance HD > complications obstétricales

- Pas de transmission verticale décrite



Santé mondiale

700 décès maternels / jour dans le M en 2023

Principale cause évitable : sepsis *

- Essai interventionnel, randomisé, en cluster
- 59 centres de santé randomisés, Malawi et Uganda, 2023-2024
- Intervention de 12 mois
- > Réduction relative du risque de 32 % : décès maternel / événement maternel critique lié / maladie sévère liée à une infection.

* WHO, maternal mortality, key facts, 2025, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

ORIGINAL ARTICLE

A Multicomponent Intervention to Improve Maternal Infection Outcomes

D. Lissauer,^{1,2} L. Gadama,³ C. Waitt,^{1,4} S. Whyte,¹ G. Burnside,^{5,6} A. Anilkumar,⁶ R. Makuluni,² P. Okwaro,⁴ I. Yano,⁷ P. Waitt,^{1,4,8} O. Musonole,⁹ R. Rilesi,⁹

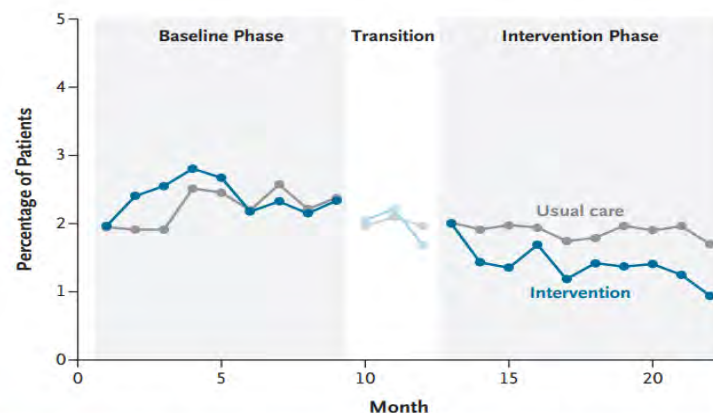


Figure 2. Patients with Primary-Outcome Event during the Baseline, Transition, and Intervention Phases.

The primary outcome was a composite of infection-related maternal death, infection-related maternal near-miss event (events in which women survived a life-threatening complication, according to adapted World Health Organization criteria), or severe infection-related illness (defined as deep surgical-site, perineal, or body-cavity infection; adapted from Centers for Disease Control and Prevention definition of deep surgical-site infection or body-cavity infection) during pregnancy, childbirth, or within 42 days of pregnancy ending or at any time up to 28 days of discharge (whichever occurred first).

Nouvelles recommandations

VZV



- Prévenir : VACCINATION
- Risque maximal <20 SA et autour de la naissance
- VZIG 10 j post contagé

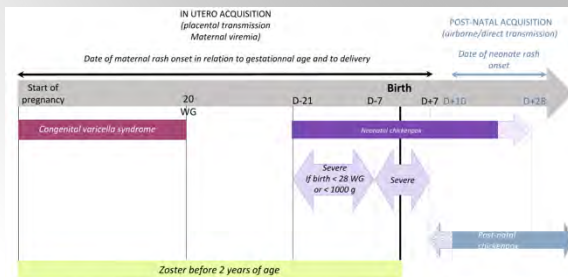


Fig. 1. Possible fetal and neonatal consequences of maternal chickenpox according to gestational age at time of rash onset.

Syphilis



- Dépister +++
- Traiter avant 16 SA
- Suivi écho +++
- Stratifier le risque bébé et adapter la prise en soins

Suspected sepsis in pregnant or recently pregnant people: recognition, diagnosis and early management

NICE guideline
Published: 19 November 2025

www.nice.org.uk/guidance/ng255



Remerciements

