

Toxoplasmose, rubéole, varicelle, herpès et grossesse

Pr Damien Subtil
Hôpital Jeanne de Flandre
CHRU de Lille

Toxoplasmose

La toxoplasmose

- Infection parasitaire la plus fréquente pdt la grossesse (8/1000)
- Dépistage obligatoire (1978, décret 92-143 du 14 février 1992)

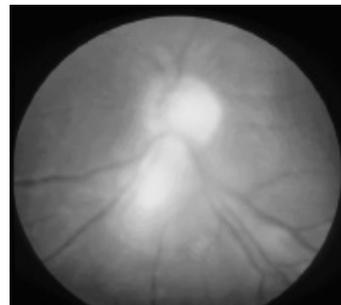
La toxoplasmose congénitale

- Formes asymptomatiques +++
- Formes symptomatiques
 - Forme néonatale grave (10 %)
 - Ascite, anasarque, ictère, thrombopénie
 - microcéphalie, hydrocéphalie, crises convulsives, calcifications intracrâniennes ...
 - Séquelles neurologiques et ophtalmologiques de révélation tardive (90 %)
 - Choriorétinite
 - dilatations ventriculaires, épilepsie, retards psychomoteurs (rares)

Toxoplasmose congénitale : E.T.F. néonatale

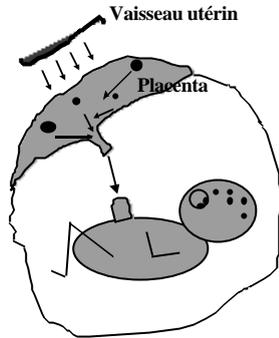


Toxoplasmose congénitale : choriorétinite



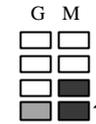
La toxoplasmose pendant la grossesse

Séro-conversion
 ≠
 (Infection placentaire)
 ≠
 Infection fœtale
 ≠
 Lésion fœtale
 ≠
 Séquelle foetale



La toxoplasmose pendant la grossesse

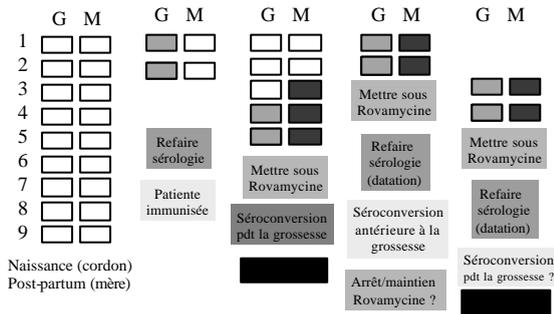
- En cas de séroconversion



- ➊ Placer sous ROVAMYCINE immédiatement
 (parasitostatique : ↓ passage transplacentaire)
- ➋ Confirmer la séro-conversion (rassurer +++)
- ➌ Dater le moment de l'infection
 - entre deux sérologies
 - avant la 1ère sérologie
 - test d'avidité des IgG
 - < 30 (récent)
 - 30-70 (douteux)
 - > 70 (ancien > 3 mois)

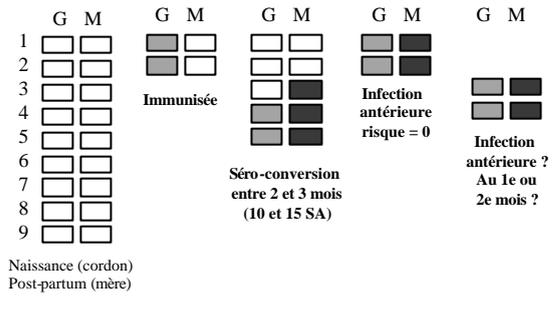
La toxoplasmose pendant la grossesse

- Surveillance mensuelle des femmes non-immunisées (1978)



La toxoplasmose pendant la grossesse

- Surveillance mensuelle des femmes non-immunisées (1978)



➋ Faire le diagnostic d'une infection foetale récente

Amniocentèse ≥ 18 SA

- PCR (sensibilité 70 %)
- inoculation souris (sensibilité ≈100 %)

La toxoplasmose pendant la grossesse

➌ Connaître les traitements disponibles

- 1. PARASITOSTATIQUE

réduit la transmission mère-enfant +++
 Spiramycine (ROVAMYCINE) 3cp à 3Millions d'Unités / j = 9 MU / j

- 2. PARASITICIDE (toxique)

réduit le risque de lésion/séquelle fatale

Sulfadiazine (ADIAZINE) 2cp à 500 mg matin, m, s : soient 3g/j (allergies +++)
 Pyriméthamine (MALOCIDE) 1cp/j (50 mg) (hypoplaquetose, agranulocytoses)
 Folates : (SPECIAFOLDINE 4 cp/j ou FOLINATE de CA (50 mgx2/semaine)

➊ NFS plaquette tous les 10 jours, traitement alterné ++

si allergie : FANSIDAR (sulfadoxine-pyriméthamine, azithromycine, roxithromycine...)

La toxoplasmose pendant la grossesse

⑥ Connaître les schémas de traitement

- 1. Séroconversion maternelle
ROVAMYCINE 9 MU /j immédiatement (@ à fin grossesse)

« Parasitostatique »

- 2. Infection fœtale prouvée ou suspectée

ADIAZINE 3g/ j + MALOCIDE 1cp/j+ SPECIAFOLDINE 4cp/j (3 semaines)
ROVAMYCINE (9 MU /j) (3 semaines)

☛ NFS plaquette tous les 10 jours

« Parasiticide » alterné

La toxoplasmose pendant la grossesse

- ⑦ Adapter la conduite diagnostique et thérapeutique à la probabilité et à la gravité de l'infection

≤ 10 SA: 2 % (surveillance échographique simple)

10-26 SA : 2 à 40 % (atteintes sévères)

amniocentèse ≥ 18 SA

- PCR (sensibilité 70 %)
- inoculation souris (sensibilité 100 %)

☛ traitement PARASITICIDE alterné si positif
☛ traitement PARASITOSTATIQUE si négatif

27 - 41 SA : 40 à 80 %

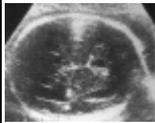
- **amniocentèse** ☛ traitement PARASITICIDE si +

- traitement probabiliste ☛ traitement PARASITICIDE

La toxoplasmose pendant la grossesse

- ⑧ Surveillance échographique et contacts pédiatriques

Surveillance échographique renforcée systématique



centrée sur le foie
et l'encéphale +++ fœtal (v. vaginale)
- dilatation ventriculaire
- zones hyperéchogènes disséminées (1 à 5 mm de Ø)
IMG à discuter avec les parents dans certains cas (< 3 %)

Prévenir les pédiatres dans tous les cas ++

La toxoplasmose pendant la grossesse

- ⑨ Surveillance pédiatrique

- ① Confirmer ou non l'atteinte toxoplasmique (clinique, sérologie (IgG, IgM) et PCR, FO, ETF ;
- ② Séroconversion sans atteinte fœtale :
 - Pas de traitement ;
 - Surveillance de la décroissance des Ac maternels transmis jusque 6-10 mois (consult à 1 mois puis tous les 2 à 3 mois) ;
- Séroconversion avec atteinte fœtale :
 - Traitement parasiticide : pyriméthamine + sulfadoxine (FANSIDAR) ;
 - Prise en charge en consultation jusqu'à l'âge de 2 à 3 ans.

Rubéole

Rubéole congénitale (Gregg, 1941)



■ Passage foetal :

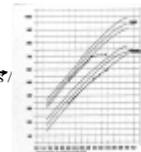
- ◆ 80 % avant 13 SA
- ◆ 50 % entre 13-18 SA
- ◆ 25 % ensuite

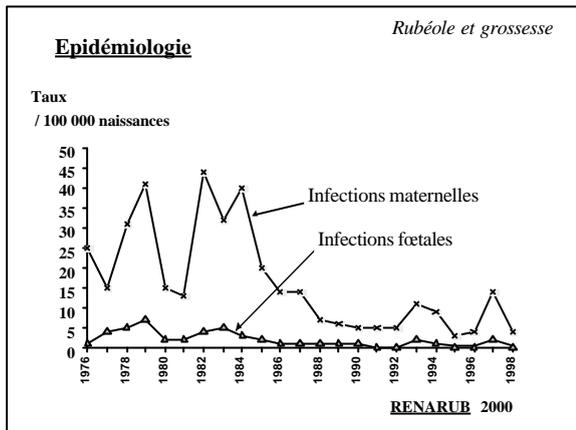
■ Atteinte foetale :

- ◆ 50 % avant 13 SA
- ◆ 5-10 % entre 13-18 SA (surdité)
- ◆ 0 % ensuite

- Syndrome de rubéole congénitale

RCIU harmonieux sévère et inexplicable
Microphthalmie / cataracte / calcifications intra-crâniennes /
sténose pulmonaire / coarctation
Surdité, troubles visuels, retard psycho-moteur





Rubéole et grossesse

Prévention (1)

Rubéole congénitale	30 à 40 / 100 000
Depuis la vaccination	< 5 / 100 000

Vaccination $\geq 95\%$: éradication de la maladie

Actuellement : 83 % (CFES)

ROR : 12 – 24 mois (garçons et filles)
Rattrapage à 6 ans
Femmes non immunisées (prénuptial – grossesse)

Rubéole et grossesse

Vaccination chez les femmes en âge de procréer

<ul style="list-style-type: none"> - contraception efficace pendant deux mois - mais aucune malformation décelée si vaccination pendant la grossesse +++
--

Rubéole et grossesse

Prévention (2.1)

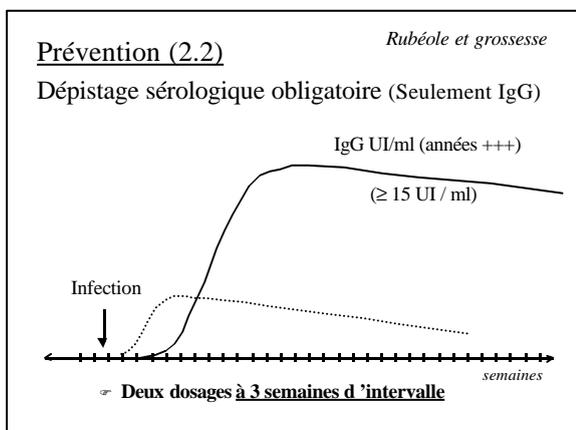
80 % des rubéoles sont symptomatiques

☞ Repérer la rubéole chez la femme enceinte

- Eruption maculeuse visage, tronc, racine des membres
- Notion de contagion
- Femme en général non vaccinée

- Faire sérologie immédiate (statut antérieur pdt 1 semaine) et retardée (au moins 2 semaines)

- Si apparition d'IgG – IgM : rubéole



Rubéole et grossesse

Prévention (2.2)

☞ Dépistage sérologique obligatoire

- 2 sérologies avec *taux stable*
(délai = 3 semaines, ou 2 gross. ≠)
☞ infection probablement ancienne
- 2 sérologies avec *taux qui s'élève (x 4)*
☞ infection récente possible
- Sérologies négatives :
 - pas d'immunité
 - ☞ *surveiller tous les mois jusqu'à 24 SA*
 - *vacciner* en post-partum +++

Que faire en cas de rubéole pendant la grossesse ?

< 13 SA (50 % atteinte) :

- **IMG possible** (fréquente)
- ponction de sang fœtal / amniocentèse PCR à 22SA

13 – 18 SA (5-10 % atteinte, surdité ++)

- IMG possible
- **ponction de sang fœtal / amniocentèse PCR à 22SA**

≥19 SA (pas d'atteinte)

- rassurer !!

Penser à vacciner les enfants ++++

Toute éruption non étiquetée pendant la grossesse doit faire penser à la rubéole et faire pratiquer

- une sérologie immédiate
- une sérologie 2 semaines plus tard

Varicelle

Varicelle : complications maternelles

- 98 % des femmes enceintes : immunité définitive
- Pulmonaires +++ (*pneumopathie interstielle*)
- Graves (2 % ?) d'autant plus probables que
 - **Importance des lésions** +++
 - **Âge maternel précoce** ?

Varicelle : conduite à tenir vis-à-vis de la mère

- Prévenir la patiente +++
- Hospitaliser au moindre doute (RX thorax, gaz du sang ++)

Varicelle : complications fœtales/néonatales

- Atteinte anténatale rare ++
 - 2 à 13 SA : 0.5 %
RCIU sévère et létal, atteintes neurologiques graves (foetopathie)
 - 13 – 20 SA : 2 %
Zona « anténatal » : atteinte d'un neurotome/dermatome : atteinte musculaire (atrophie), cutanée (lésions), ou oculaires (microphthalmie: 1 cas français...)
- Contamination per/post natale +++
 - Varicelle néonatale sans AC transmis par la mère : grave +++

Varicelle : conduite à tenir vis-à-vis du fœtus

- Varicelle antérieure : aucun risque
- Pas de varicelle antérieure
 - **2 à 20 SA** : sérologie pour statut antérieur ?
 - Si varicelle récente : *suivi échographique simple* (IPP : amniocentèse, IRM)
 - **21SA à 37 SA** : rassurer (expliquer risques maternels/néonataux)
 - Varicelle au **voisinage du terme**
 - Risque ++ si acct dans les 5 jours après l'éruption ou bien dans les 2 jours avant l'éruption
 - Tocolyse ou Immunoglobulines polyvalentes ou Zovirax ?
 - TEGELINE

Zona et grossesse

Aucun risque fœtal, néonatal (ni maternel)

Herpès

Herpès virus HSV2 et HSV1

- MST la plus fréquente (en augmentation)
☞ 1 à 5 % des femmes enceintes (↑ à 15 %)
- Passage anténatal rarissime
 - Mort in utero
 - Anomalies neurologiques graves (rares)
- Contamination per natale +++
plus fréquente si
 - Rupture poche des eaux > 6 heures
 - Electrode au scalp
 - Présence d 'HV au niveau cervical/ vaginal ++



1 à 5 enfant
/ 10 000 accouchements ?

Herpès : stratégie préventive actuelle (1993)

Prévention basée sur données épidémiologiques

	<i>Risque</i>	
❶ <u>Primo-infection</u>	75 %	<u>Césarienne</u>
❷ <u>Lésions en cours</u>	2 à 5 %	<u>Césarienne</u>
❸ Pas de lésions en cours	1/1000	Voie basse Bétadine
❹ Pas d 'ATCD d 'herpès	1/10 000	Voie basse