



Prise en charge de quelques pathologies durant la grossesse

Dr P.RAYNAL



PLAN



- **Métrorragies du 1^{er} trimestre : Prise en charge**
- **RPC Prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D**
- **Viroses**
- **Fièvre et grossesse**
- **Diabète gestationnel**
- **Pré éclampsie**
- **Métrorragies**
- **Rubéole**
- **Varicelle**
- **Hépatite B**
- **Toxoplasmose**
- **CMV**
- **Pré éclampsie**

Métrorragies du 1^{er} trimestre :

Prise en charge

- . Grossesse intra-utérine évolutive
- . FCS
- . GEU
- . Col, Vagin

- . Examen clinique
- . Echographie sus pubienne, endo-vaginale
- . Taux HCG sériques (Valeur absolue ; **cinétique**)

Métrorragies

(RPC Prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D
Foeto-maternelle Nov 2005)

Patientes Rh- γ -globulines anti-D

Il n'existe pas de limite inférieure d'âge

gestationnel pour la réalisation de la prévention
de l'allo-immunisation AntiD

RPC Prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D

Foeto-maternelle Nov 2005

- . Proposer à toute femme enceinte rhésus négatif une injection d'immunoglobulines Anti-D à 28 SA (Rophylac 300 µg)**
- . Faire une recherche d'agglutinines irrégulières datant d'au moins une semaine avant l'injection.**
- . Information de la patiente, produits de dérivés sanguins**

Viroses

Rubéole

La vaccination contre la rubéole ne garantit pas l'immunité au cours des grossesses à venir.

Nécessaire contrôle de la sérologie en début de grossesse

La plupart des infections pendant la grossesse surviennent

- . Chez des patientes considérées vaccinées dans l'enfance
- . Chez des multipares

Si sérologie maternelle négative en début de grossesse

⇒ surveillance mensuelle jusqu'à **20SA**, même laboratoire

CAT pratique femme enceinte sérologie rubéole négative suspicion de contagé

Éviction de contextes de contagé

⇒ (crèche, écoles maternelles)

⇒ salive enfants rubéoleux (toux, éternuement)

Si contagé : . Faire une première sérologie < 10 jours suivant le contagé

⇒ IGg + : infection ancienne

⇒ Pas d'IGg : refaire sérologie dans 2 semaines

⇒ Sérologie négative

Pas d'infection maternelle

⇒ Sérologie positive

IgM spécifiques positifs

⇒ Infection maternelle

Diagnostic prénatal/terme

Varicelle

- . 90 à 95% population immunisée dans l'enfance
- . Incubation : 13 à 17 j ; contagiosité 2 j avant exanthème
⇒ fin lésions vésiculaires

Risques maternels Pneumonie varicelleuse (16-43 %)
Mortalité évaluée à 18 %

Risques Fœtaux Varicelle congénitale avant 20 SA

Risques fœtaux

1^{er} et 2nd trimestres :

- Risques de FCS : 3-7 %
- Risques de varicelle congénitale (2,2 à 2,8 % avant 20SA)
 - atteintes cutanées, anomalies oculaires, neurologiques, des membres, RCIU

3^{ème} trimestre :

- Risques de varicelle néonatale grave
 - . Mortalité sans traitement : 30 %
 - . Risque maximal si éruption dans les 5 jours qui précèdent l'accouchement et les 2 jours qui le suivent
- (Pas de protection par les Ac maternels ⇒ 20 à 50% varicelle néonatale)

En cas d'exposition : 2 sérologies à 15 jours d'intervalle

. Présence d'IgG anti-VZV au 1er prélèvement

→ patiente immunisée (pas de risque fœtal)

. IgM et/ou ↑ IgG sur les deux prélèvements

→ séro-conversion maternelle

⇒ **Surveillance échographique mensuelle**

. **Pôle céphalique**

. **Membres**

. **RCIU**

Possibilité immunoglobulines spécifiques (VZIG)

⇒ dans les 4 jours suivant le contage

Toxoplasmose

Séronégativité :

Suivi sérologique mensuel dans le même laboratoire

Séroconversions en cours de grossesse

Dater précisément le moment présumé de la séroconversion

Diagnostic biologique :

Sérodiagnostic par dosage des **IgG et des IgM**

et au besoin **test d'avidité**

Dés confirmation de la séroconversion maternelle :

- Rovamycine® : 3 Millions d'unités, 3 fois/jour ⇒ accouchement
- Si allergie : Rulid® 2 à 4 comprimés par jour

Surveillance

-Echographie mensuelle : Dilatations cérébrales, calcifications,
porencéphalies
hydramnios, ascite, hépatomégalie

-Discuter amniocentèse au moins après 3 semaines (> 18 SA)
(PCR du génome parasite sur LA, inoculation à la souris)

Hépatite virale B

- . Pour la femme enceinte, l'infection virale B chronique ne modifie en rien le déroulement de la grossesse.
- . Dépistage obligatoire Ag HBs au 6ème mois de grossesse

Ag HBs positif

- Recherche de l'Ag HBe et ARN viral (seuil 10 000 copies/ml) (témoin d'une replication virale et donc d'un risque accru de transmission materno-fœtale), HCV, proposer HIV.
- Bilan hépatique ; dépistage sérologique entourage familial

Traitement à la naissance

Injection d'immunoglobulines (30UI/Kg)

(double dose d'Ig si ADV viral +)

Vaccination

répétée à 1, 2 et 12 mois (ou à 1 et 6 mois)

(injection dans un site différent de l'injection des immunoglobulines)

Pas de contre-indication à l'allaitement maternel.

Dépistage sérologique des porteurs de l'AgHBs de l'entourage familial

- . Vaccination des personnes AgHBs – et Ac Anti HBs-
- . Surveillance des personnes Ag HBs + et Ac Anti HBs –
- . Rapports protégés par préservatifs, pas de partage de brosse à dents, rasoirs

Fièvre et grossesse

Pyélonéphrite

Chorio-amnionite (RPM+++)

Listériose (amoxicilline 6g/j, si allergie, Ery 50mg/kg)

Pathologie chirurgicale (appendicite, cholécystite)

CMV

Recommandations ANAES. Septembre 2004. Evaluation de l'intérêt du dépistage de l'infection à CMV chez la femme enceinte en France

- . Pas de dépistage systématisé du CMV/grossesse recommandé en France.**
- Informations manquantes (données épidémio, performance des tests) pour modéliser un dépistage systématique.
- . Absence de traitement préventif ou curatif de l'infection à CMV.**
- . 10 IMG pour 1naissance évitée d'enfant présentant des séquelles graves.**
« Dans tous les cas, l'informations concernant des mesures d'hygiène universelles doit être donnée aux femmes enceintes »

Le dépistage conduit à : . Anxiété des parents importante

. ↗ Nb amniocentèses ; ↗ Nb Fausses couches (1%)

. ↗ Nb demande IMG non justifiée

⇒ **10 IMG pour une naissance évitée d'enfant présentant des séquelles graves.**

. Prise en charge non consensuelle

. Difficile évaluation du pronostic

. Absence d'évaluation économique du programme de dépistage du CMV

Conclusions : « Un dépistage en pré-conceptionnel ne semble pas pertinent. »

« Dans tous les cas, l'informations concernant des mesures d'hygiène universelles doit être donnée aux femmes enceintes »

Diabète gestationnel

HGPO à 100 g si facteurs de risque

Dans les autres cas : **test de O'Sullivan 24SA**

Glycosurie inutile et obsolète

Pré éclampsie

HTA \geq 140/90 mmHg

+

Protéinurie \geq 0.3 g / 24 h

$>$ 20 SA

Pré-éclampsie

Signes de gravité cliniques maternels

TA systolique ≥ 160 mmHg ou TA diastolique ≥ 110 mmHg

Signes fonctionnels (céphalées, acouphènes)

Troubles visuels (vision floue, cécité)

Barre épigastrique, douleur de l'hypochondre droit

Convulsions, hyper-réflexie ostéotendineuse

Insuffisance rénale (oligurie < 500 ml/j)

Oedème pulmonaire

hématome sous-capsulaire du foie

Pré-éclampsie

Signes de gravité fœtal

- . Oligoamnios
- . Retard de croissance intra-utérin
- . Doppler ombilical: diastole nulle, reverse flow

Bilan fœtal

Monitoring du RCF : souffrance fœtale chronique

Echographie :

Biométries, estimation de poids fœtal, profil biophysique

Dopplers

Pré-éclampsie

Signes de gravité biologiques maternels

Protéinurie ≥ 5 g/j (soit +++)

HELLP syndrome

- hémolyse (Hb ≤ 9 g/dl, schizocytes, LDH > 600 U/l)
- élévation des transaminases (ASAT, ALAT > 2 N)
- thrombopénie ($< 100\ 000/mm^3$)

Insuffisance rénale

(créatininémie $\geq 100\mu\text{mol/l}$)

Pré-éclampsie

Principes thérapeutiques :

Célestène si terme < 34 SA

Anti-hypertenseurs

(Inhibiteurs du flux calcique, labetalol)

Sulfate de magnésium

METRRORRAGIES

Métrorragies

**Éliminer une lésion du col utérin :
(ectropion, cervicite, polype, cancer)**

→ examen au spéculum

**→ prélèvements cervico-vaginaux
(bactériologie et/ou cytologie)**

Métrorragies

Selon le contexte

**β -hCG puis échographie
ou échographie**

Métrorragies

Grossesse intra-utérine

- évolutive
- arrêtée
- œuf clair
- fausse-couche en cours

→ Traitement adapté à l'étiologie

Métrorragies

Grossesse extra-utérine

β -hCG Taux ; cinétique
puis échographie

Traitement

- médical
- chirurgical

Métrorragies

Grossesse molaire

β -hCG puis échographie

Curetage

Surveillance β -hCG

RUBEOLE

VARICELLE

Risques foetaux

1^{er} et 2nd trimestres :

- Risques de FCS : 3-7 %
- Risques de varicelle congénitale (2,2 à 2,8 % avant 20SA)
 - atteintes cutanées, anomalies oculaires, neurologiques, des membres, RC

3^{ème} trimestre :

- Risques de varicelle néonatale grave
 - . Mortalité sans traitement : 30 %
 - . Risque maximal si éruption dans les 5 jours qui précèdent l'accouchement et les 2 jours qui le suivent
- (Pas de protection par les Ac maternels ⇒ 20 à 50% varicelle néonatale)

HEPATITE B

Traitement à la naissance

Injection d'immunoglobulines (30UI/Kg)

(double dose d'Ig si ADV viral +)

Vaccination

répétée à 1, 2 et 12 mois (ou à 1 et 6 mois)

(injection dans un site différent de l'injection des immunoglobulines)

Pas de contre-indication à l'allaitement maternel

Dépistage sérologique des porteurs de l'AgHBs de l'entourage familial

- . Vaccination des personnes AgHBs – et Ac Anti HBs-
- . Surveillance des personnes Ag HBs + et Ac Anti HBs –
- . Rapports protégés par préservatifs, pas de partage de brosse à dents, rasoirs .

CMV

CMV

Recommandations ANAES. Septembre 2004. Evaluation de l'intérêt du dépistage de l'infection à CMV chez la femme enceinte en France

- . **Pas de dépistage systématisé du CMV/grossesse recommandé en France.**
- . Informations manquantes (données épidémio, performance des tests) pour modéliser un dépistage systématique.
- . **Absence de traitement préventif ou curatif de l'infection à CMV.**
- . **10 IMG pour 1 naissance évitée d'enfant présentant des séquelles graves.**
« Dans tous les cas, l'informations concernant des mesures d'hygiène universelles doit être donnée aux femmes enceintes »

- . Le dépistage conduit à : . Anxiété des parents importante
 - . ↗ Nb amniocentèses ; ↗ Nb Fausses couches (1%)
 - . ↗ Nb demande IMG non justifiée
 - ⇒ **10 IMG pour une naissance évitée d'enfant présentant des séquelles graves.**

. Prise en charge non consensuelle

. Difficile évaluation du pronostic

. Absence d'évaluation économique du programme de dépistage du CMV

Conclusions : « Un dépistage en pré-conceptionnel ne semble pas pertinent. »

« Dans tous les cas, l'information concernant des mesures d'hygiène universelles doit être donnée aux femmes enceintes »



TOXOPLASMOSE

Surveillance

-Echographie mensuelle : Dilatations cérébrales, calcifications, porencéphalies
hydramnios, ascite, hépatomégalie

-Discuter amniocentèse au moins après 3 semaines (> 18 SA)
(PCR du génome parasite sur LA, inoculation à la souris)

En cas d'atteinte fœtale confirmée

- Traitement parasiticide :

Adiazine[®] + Malocide[®] (Fansidar[®])
(jusqu'à l'accouchement)

- IMG si :

Séroconversion < 10 SA

Apparition d'anomalies échographiques

Pré-Eclampsie

Pré-éclampsie

Signes de gravité cliniques maternels

TA systolique ≥ 160 mmHg ou TA diastolique ≥ 110 mmHg

Signes fonctionnels (céphalées, acouphènes)

Troubles visuels (vision floue, cécité)

Barre épigastrique, douleur de l'hypochondre droit

Convulsions, hyper-réflexie ostéotendineuse

Insuffisance rénale (oligurie < 500 ml/j)

Oedème pulmonaire

hématome sous-capsulaire du foie

Pré-éclampsie

Signes de gravité biologiques maternels

Protéinurie ≥ 5 g/j (soit +++)

HELLP syndrome

- hémolyse (Hb ≤ 9 g/dl, schizocytes, LDH > 600 U/l)
- élévation des transaminases (ASAT, ALAT > 2 N)
- thrombopénie ($< 100\ 000/mm^3$)

Insuffisance rénale

(créatininémie $\geq 100\mu\text{mol/l}$)

Pré-éclampsie

Signes de gravité fœtal

- . **Oligoamnios**
- . **Retard de croissance intra-utérin**
- . **Doppler ombilical: diastole nulle, reverse flow**

Bilan fœtal

Monitoring du RCF : souffrance fœtale chronique

Echographie :

Biométries, estimation de poids fœtal, profil biophysique

Dopplers

Pré-éclampsie

Principes thérapeutiques :

Célestène si terme < 34 SA

Anti-hypertenseurs

(Inhibiteurs du flux calcique, labetalol)

Sulfate de magnésium

Pré-éclampsie

Principes thérapeutiques :

Avant 32 semaines

- prolongation de la grossesse aussi longtemps que possible

Entre 32 semaines et 34 semaines

- obtention d'un délai de 24 heures (maturation pulmonaire)

Après 34 semaines

- extraction fœtale immédiate si signes de gravité

Pré-éclampsie

Principes thérapeutiques :

Célestène si terme < 34 SA

Anti-hypertenseurs

(Inhibiteurs du flux calcique, labetalol)

Sulfate de magnésium