

JOURNÉE D'ENSEIGNEMENT DE GYNÉCOLOGIE POUR LES MÉDECINS TRAITANTS

**JEUDI 14 JUIN
2019**

- **INFECTIONS CERVICOVAGINALES AU COURS DE
LA GROSSESSE: RECOMMANDATIONS**

SERVICE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE
PR F. GOLFIER
CENTRE HOSPITALIER LYON-SUD

Dr Fabienne Champion Raskin



- Vagin colonisé à l'état naturel par des bactéries, lactobacilles++
- La présence de micro-organismes pathogènes(virus, bactéries ou parasites)peut être préjudiciable pour le déroulement de la grossesse et l'accouchement mais aussi pour le nouveau né et nécessite une prise ne charge adaptée

INFECTIONS CERVICOVAGINALES VIRALES

- **Condylomes anogénitaux (IST)**

HPV de type 6 ou 11 +++

Prévalence pendant la grossesse 0,5 à 5%

Nécessite bilan de MST

Risques: - obstacle praevia ds les formes très exophytiques

- contamination du Nné au contact des condylomes

avec localisation préférentielle à l' oropharynx

- papillomatose laryngée juvénile (incidence 1/1500)

morbidité élevée

Ttt: - de préférence vaporisation laser ou exérèse chirurgicale

- cryothérapie

- Immunomodulateur : **Imiquimod(Aldara*)**

pas d'AMM mais pas d'effet tératogène rapporté

- CAT pendant la grossesse
 - 1^{er} et 2^{ème} T : vaporisation laser+++
exérèse chirurgicale
cryothérapie ou Aldara
 - 3^{ème} T : vaporisation laser ou chirurgie vers 28-32SA
contrôle vers 35-36SA car taux de récurrence important
- CAT pendant l'accouchement
 - voie basse++
 - césarienne uniquement pour les formes florides +++

• Herpes génital

Spécificité de la grossesse : transmission du virus à l'enfant et risque d'**herpès néonatal** au moment de l'accouchement au contact des sécrétions infectées à l'occasion d'une primo-infection, d'une récurrence clinique ou surtout d'une sécrétion asymptomatique de virus

- Rare 3 cas pour 100 000 naissances en France (15 à 50 cas par an)
- HSV1 dans 2/3 des cas
- 3 formes cliniques: cutanéomuqueuse (mortalité nulle), neurologique (mortalité 15%) et systémique (mortalité 40 à 70%)

- Pas d'augmentation du risque de fausses couches

- Les foetopathies herpétiques sont exceptionnelles

Pas d'argument pour recommander une prise en charge spécifique de DAN en cas d'infection herpétique pendant la grossesse

TRAITEMENT et prise en charge CNGOF 2017

Primoinfection ou infection initiale non primaire

- pendant la grossesse :

Aciclovir 200mg x 5/j 5à10 ou Valaciclovir 1g x 2/j 5 à 10jours

Puis à partir de 36SA jusqu'à l'accouchement : Aciclovir (400mg 3 x /j ou valaciclovir 500 mg 2 x /j

Si accouchement au moins 6 semaines après épisode initial : voie basse

Si accouchements avant 6 semaines : césarienne

- pendant le W ou si RPM à terme : césarienne

Herpès génital chez femme enceinte avec atcd d'herpès génital

- Pendant la Grossesse :
 - si symptômes gênants et délai de moins de 24h : aciclovir ou valaciclovir 5 jours
 - puis à partir de 36SA jusqu'à l'accouchement ttt préventif par aciclovir ou valaciclovir
- Pendant l'accouchement :
 - si RPM prolongée : VB
 - si membranes intactes ou f.de risques associés : césarienne

En cas d'ATCD d'herpès génital sans récurrence pdt la grossesse pas d'indication de ttt prophylactique

INFECTIONS CERVICOVAGINALES BACTERIENNES

- **Infection à chlamydia trachomatis:**

↗ *du risque de fausses couches précoces ou tardives, de RPM, de prématurité ou d'endométrite du post partum*

↗ *du risque d'infection néonatale
(conjonctivite, pneumopathie)*

Dg par PCR

*TTT pendant la grossesse : érythromycine en 1^{ère}
intention 7 jours (troubles intestinaux++), amoxicilline
azithromycine*

TTT du partenaire+++ : azythromycine++

- **Infection à *Neisseria gonorrhoeae***

IST le plus souvent asymptomatique

Infection du Nné lors de l'accouchement avec
ophtalmie à gono purulente et bilatérale

Endométrite et infection pelvienne

Ttt :Céphalosporines de 3^{ème} génération(CI
des fluoroquinolones)

Ttt du partenaire: azythromycine

Prévention par administration systématique
de collyre ATB à la naissance

- **Candidoses vulvovaginales**

Candida Albicans ds 90%des cas

Fréquentes (40%) pdt la grossesse

Pas de lien entre infection ou portage et complications de la grossesse

DG :clinique+++

Ttt :ttt azolé (crème ou ovules) d'au moins 7 jours + mesures d'hygiène

pas de ttt du partenaire

Fluconazole par voie orale est CI (cardiopathie foétale type tétralogie de Fallot)

Portage streptococcus agalactiae

- Bactérie commensale au niveau vagin et rectum avec prévalence du portage de 10 à 40%
- Pendant la grossesse en France portage 10%
- Responsable – d'infections urinaires, génitales chorioamniotite et endométrite post partum

- **Infections néonatales** rare mais sévères++(taux de mortalité de 50% avec 30% de troubles graves du développement psycho moteur)

taux de transmission MF estimé à 40 à 70% mais 1 à 2% des fœtus contaminés développeront une infection

Dépistage systématique entre 34 et 38 SA

Pas d'indication de ttt du portage de SGB

- **Antibioprophylaxie perpartum+++** par Pénicilline G ou amoxicilline ou érythromycine si allergie
 - si portage de SGB
 - si bactériurie à SGB au cours de la G
 - si ATCD d'infection néonatale à SGB
 - si absence de dépistage ou accouchement avant 37SA ou si RPM sup à 12h

Cette stratégie permet de réduire de 75% le risque d'infection néonatale à SGB soit 0,5/1000

Vaginose bactérienne

- Déséquilibre de la flore vaginale remplacée par flore polymicrobienne avec *G.vaginalis*, mycoplasmes hominis, atobium vaginae.. se manifestant par pertes anormales et odeur désagréable
- prévalence de 10 à 20%
- risque accru de prématurité, de RPM chorioamniotite et endométrite
- TTT : métronidazole per os (1gr /j pdt 7 jours ou 2gr en dose unique)
 - ttt par ovule pas preuve d'efficacité
 - éventuellement ttt par amoxicilline
- Dépistage de la vaginose au 1^{er} trimestre et traitement par métronidazole en cas d'antécédent d'accouchement prématuré

Infections à mycoplasmes

Portage pdt la grossesse très fréquent
(*M. uréalyticum* 29 à 80%, *M. hominis* 2,3 à 50%)

Participent à la flore normale ms également si
flore déséquilibrée

Pouvoir pathogène ?

Pdt la G association statistique entre AP, RPM
et mycoplasmes mais l'existence d'une relation
causale n'est pas retenue

Pas de ttt spécifique recommandé

Ttt de la vaginose

Recommandations françaises: pas de recherche
de mycoplasmes pendant la G ou l'accouchement

Infection cervicovaginale parasitaire

- **Infection à *Trichomonas vaginalis* :**
 - association pendant la grossesse entre *T.vaginalis* et survenue de complications obstétricales (AP, RPM, naissance de petit poids)
 - Dg: f. asymptomatiques ou pertes vaginales malodorantes
 - culture++
 - Ttt : métronidazole voie orale
 - Ttt du partenaire

Points essentiels

- Dépistage universel du portage vaginal à strepto B entre 34 et 38 SA
- Dépistage de la vaginose bactérienne en début de grossesse si ATCD d'accouchement prématuré
- L'identification de mycoplasmes vaginaux doit faire rechercher et traiter une vaginose
- Pas de dépistage systématique des IST et de la candidose VV pendant la grossesse
- L'identification d'une IST doit imposer le ttt de la patiente et de son partenaire, l'usage de préservatifs et la recherche d'autres IST

JOURNÉE D'ENSEIGNEMENT DE GYNÉCOLOGIE POUR LES MÉDECINS TRAITANTS

**MERCI DE VOTRE
ATTENTION**

SERVICE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE
PR F. GOLFIER
CENTRE HOSPITALIER LYON-SUD

**LES COMMUNICATIONS SERONT
DISPONIBLES SUR LE SITE DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE LYON SUD**
<http://lyon-sud.univ-lyon1.fr/jegmt/>

