

VARICELLE ET GROSSESSE

Dr Antoine Koch

Journée ECHOFOETUS – Janvier 2019

VARICELLE

- Epidémiologie
- Physiopathologie
- Varicelle maternelle
- Varicelle congénitale
- Varicelle néonatale
- Contage varicelleux
- Prise en charge maternelle
- Prise en charge foétale
- Vaccination



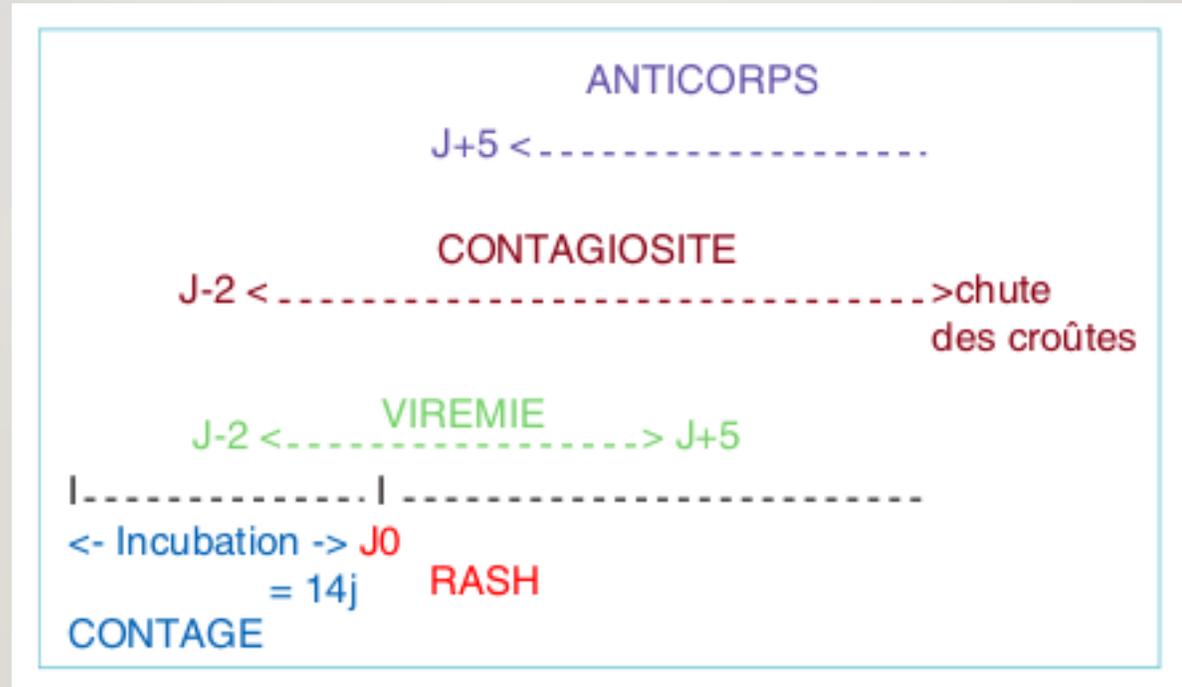
EPIDÉMIOLOGIE

- 90 % des cas d'infection au Varicella-Zona Virus (VZV) surviennent avant 15 ans (pic entre 1 et 8 ans).
- 95 % de la population de plus de 30 ans est immunisée.
- Incidence maternelle au cours de la grossesse : 0,5 à 0,7 cas / 1000.
=> Soit environ 350 à 500 cas par an en France.

PHYSIOPATHOLOGIE

- Virus de la famille des Herpesviridae.
- Transmission :
 - Essentiellement aérienne.
 - Cutanée : contact direct avec les lésions cutanéomuqueuses.
- Incubation de 10 à 20 jours (14 jours en moyenne).
- Contagiosité : 48 heures avant le début de l'éruption et jusqu'à 5 jours après.
- Immunité à vie.

PHYSIOPATHOLOGIE



VARICELLE MATERNELLE

- Tableau clinique :
 - Fièvre et symptômes respiratoires modérés.
 - Puis éruption prurigineuse vésiculeuse, puis pustuleuse, puis croûteuse.
 - Guérison en 7 à 10 jours.
- Complication : Pneumopathie varicelleuse
 - Facteurs favorisants : 3^{ème} trimestre, tabac, varicelle floride.
 - Plus sévère que chez la femme non enceinte.
 - Pouvant conduire au décès maternel.

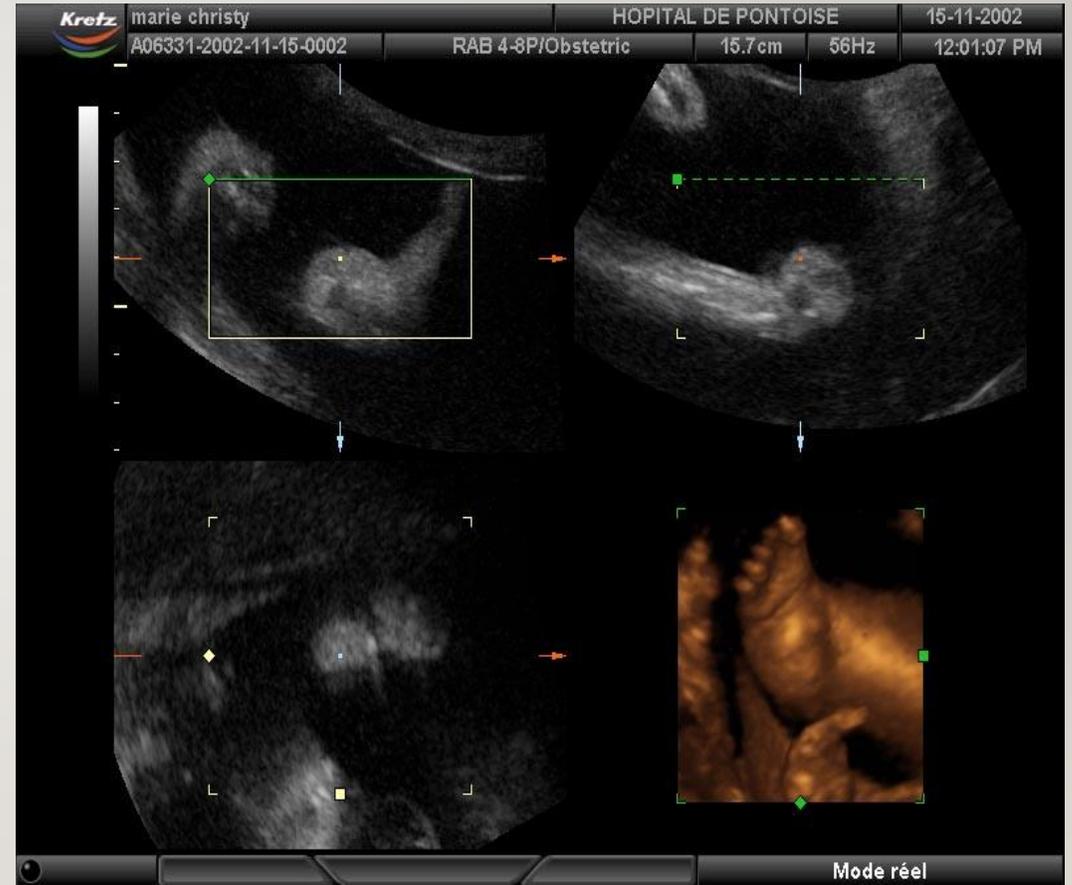
VARICELLE CONGÉNITALE

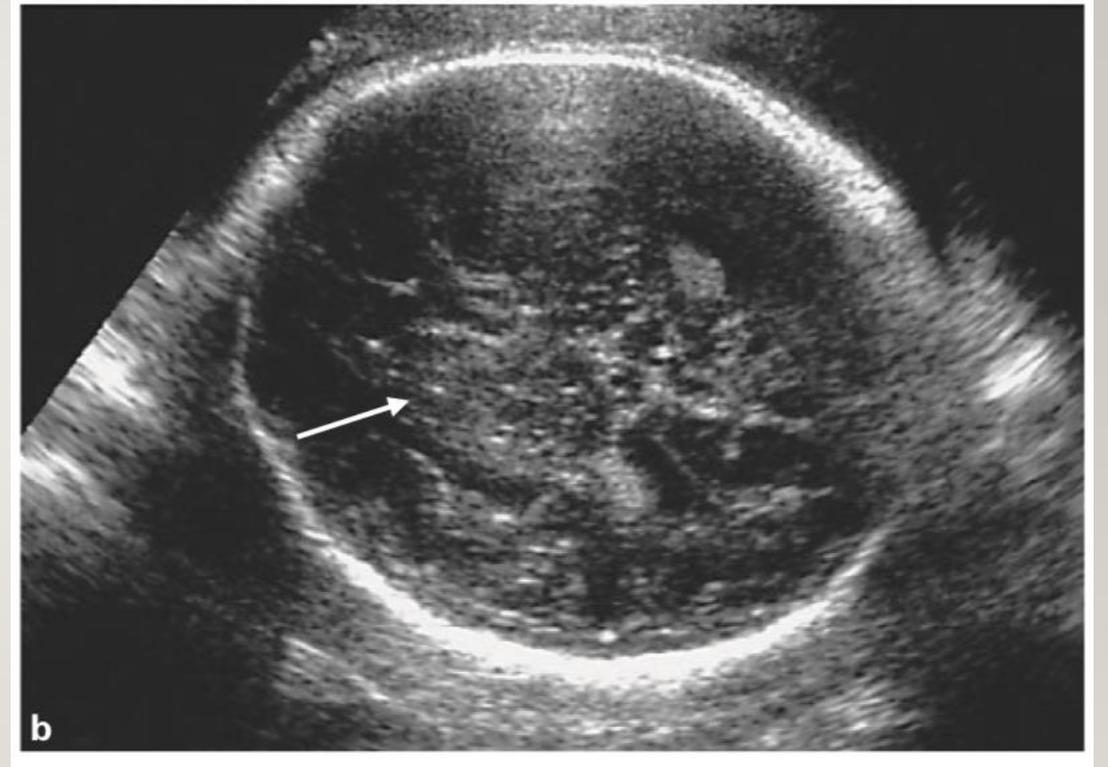
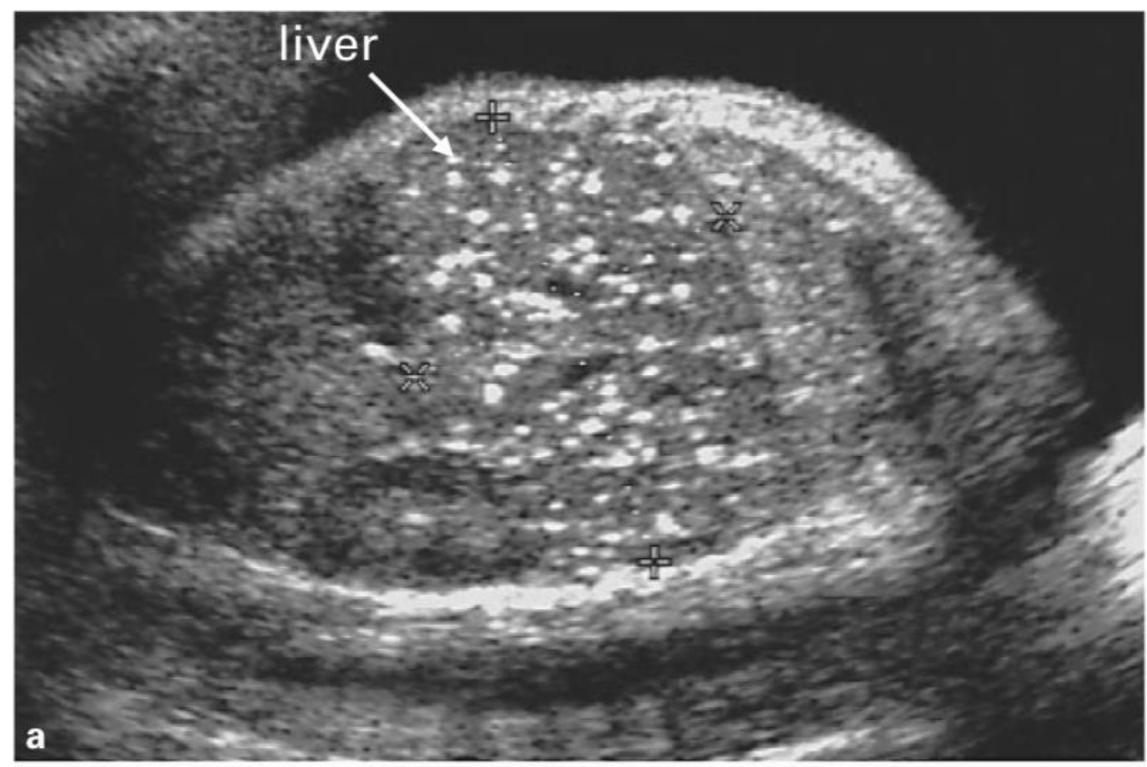
- 1^{er} cas décrit en 1947.
- Foetopathie varicelleuse décrite en 1987.
- Embryofoetopathie en cas de varicelle maternelle :
 - 4 cas sur 725 (0,55 %) avant 12 semaines d'aménorrhée (SA).
 - 9 cas sur 642 (1,4 %) entre 12 et 28 SA.
 - 0 cas sur 385 entre 28 et 40 SA.
 - Jusqu'à 2% entre 13 et 20 SA en l'absence de traitement maternel.

SIGNES ÉCHOGRAPHIQUES

- RCIU (22 % des cas).
- Ventriculomégalie et/ou microphthalmie (48 % des cas).
- Hypoplasie des membres, anomalies du squelette (37 % des cas).
- Calcification (abdominales, thoraciques) (37 % des cas).









VARICELLE NÉONATALE

- Risque maximal en cas de naissance 2 jours avant et jusqu'à 5 jours après l'éruption.
- Dr Christine Scheib

CONTAGE VARICELLEUX

- Situation à risque :

contact familial, contact face à face > 5 minutes ou dans une même pièce > 1 heure.

- Si antécédent avéré de varicelle ou de vaccination : pas d'inquiétude.
- En cas de doute/absence d'antécédent varicelleux : sérologie VZV (IgM et IgG).
 - Ig produits 2 à 5 jours après l'apparition du rash cutané.
 - Donc si sérologie positive : immunité ancienne => pas d'inquiétude.
 - Si sérologie négative : risque de varicelle maternelle.

PRISE EN CHARGE MATERNELLE

- En cas d'immunité : réassurance.
- En l'absence d'immunité : Ig spécifiques dans les 96 heures suivant le contage.
 - Autorisation temporaire d'utilisation
 - Varitect ®, 0,2 à 1 mL/kg en IV.
 - Diminution de 75 % du risque de complications maternelles.
 - Diminution du risque de transmission materno-foetal.

PRISE EN CHARGE MATERNELLE

- Si varicelle maternelle :
 - **Pas** de consultation en maternité.
 - Traitement en ambulatoire, en l'absence de complications, par Antiviraux : Valaciclovir.
 - 1 g x 3/j, par voie orale, QSP 7 jours ; hors AMM.
 - Si forme compliquée : hospitalisation.
 - Eviter la maternité.
 - Isolement air et contact.
 - Valaciclovir IV 10 mg/kg/8 heures pendant 7 à 10 jours.

PRISE EN CHARGE FOËTALE

- Si varicelle maternelle avant 20 SA :
 - Echographie mensuelle voire bi-mensuelle à la recherche de malformations.
 - Si malformations :
 - Amniocentèse.
 - A partir de 22 SA, et au moins 6 semaines après l'éruption.
 - Recherche par PCR du virus.
 - PSF : recherche d'IgM. Mauvaises sensibilité et spécificité.
- Après 20 SA :
 - surveillance échographique simple.
 - Risque faible de zona infantile (0,8 à 1,7 %).

PRISE EN CHARGE FOËTALE

- A moins de 3 semaines de l'accouchement :
 - Risque de varicelle néonatale.
 - Tocolyse à discuter pour retarder l'accouchement si besoin.
 - Passage transplacentaire des Ig maternelles à partir du 3^{ème} jour après l'éruption, et maximal au 10^{ème} jour.

VACCINATION

- Recommandée pour les femmes en âge de procréer.
- Sous couvert d'une contraception efficace pendant 3 mois (vaccin vivant atténué).
- Si grossesse dans les 3 mois : rassurer la patiente.

SYPHILIS ET GROSSESSE

Dr Antoine Koch

Journée ECHOFOETUS – Janvier 2019

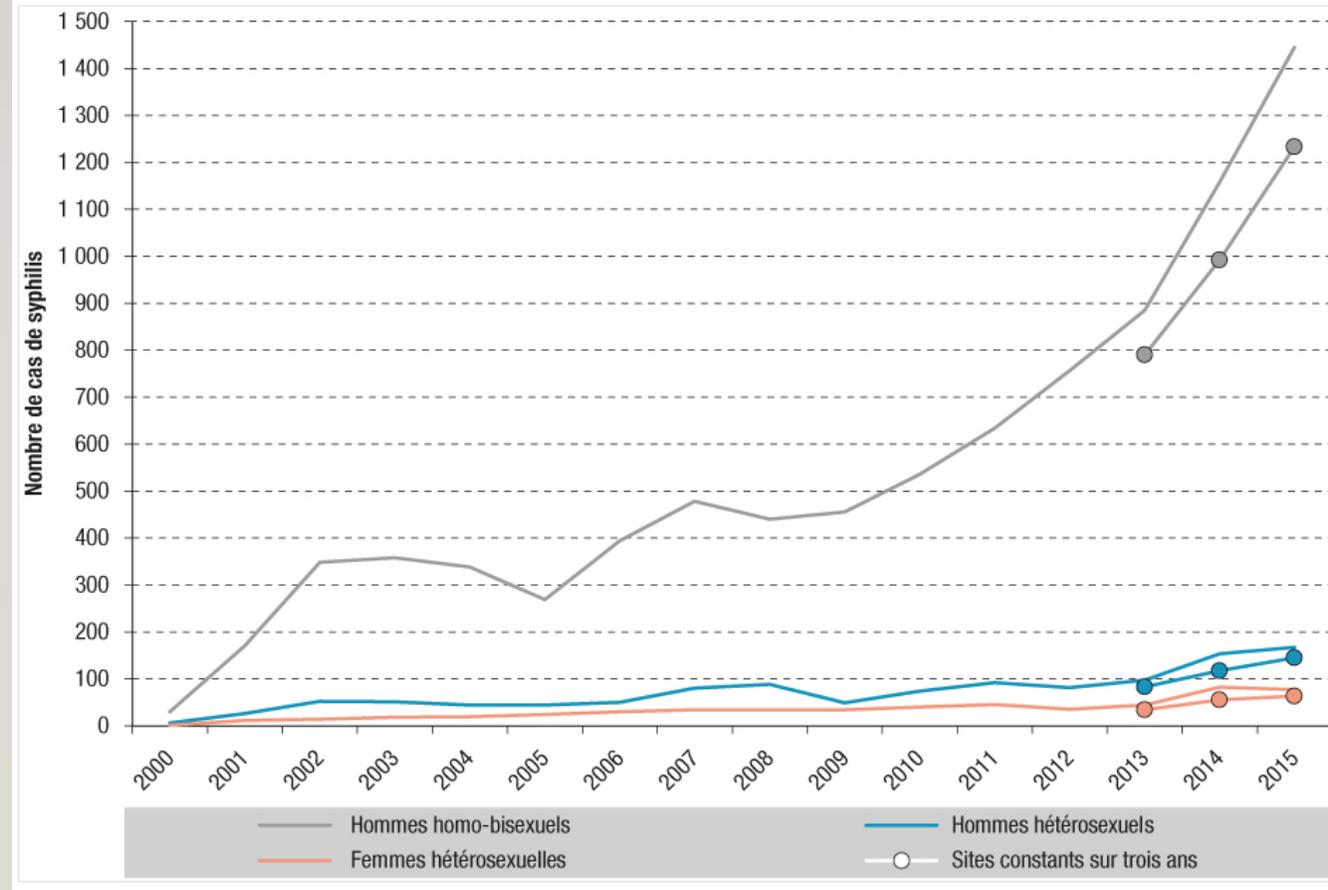
SYPHILIS

- Epidémiologie
- Physiopathologie
- Diagnostic clinique
- Diagnostic paraclinique
- Traitement
- Syphilis congénitale
- Syphilis néonatale

EPIDÉMIOLOGIE

- Sérologie obligatoire en début de grossesse.
- Maladie à déclaration obligatoire.
- Augmentation du nombre de déclarations depuis 2000.
- Prévalence au cours de la grossesse : 0,02 à 4,5 % en Europe et aux USA.
- Populations à risque :
 - Sans suivi de grossesse.
 - Autres IST.

Figure 5 : Évolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle. Réseau RésIST, France, 2000-2015



PHYSIOPATHOLOGIE

- Bactérie : **Treponema pallidum**.
- Pénétration cutanée ou muqueuse : 30 % de risque en cas de contact.
- Incubation : moyenne de 30 jours.
- Transmission transplacentaire dès 14 SA, augmente avec le terme.
- En l'absence de traitement : infection fœtale dans 50 % des cas.

DIAGNOSTIQUE CLINIQUE

- **Syphilis primaire :**
 - Ulcération génitale : unique, superficielle, non douloureuse, à fond propre, à limite nette, base indurée, 5-15 mm.
 - Adénopathie inguinale indolore.



DIAGNOSTIC CLINIQUE

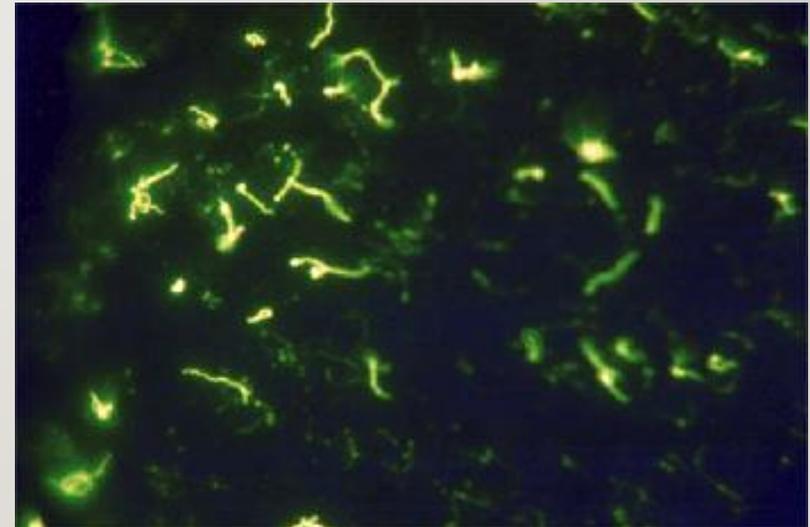
- **Syphilis secondaire.**
 - Éruption cutanéomuqueuse +/- fièvre, arthralgies
 - 6 semaines à 6 mois après le chancre.
- **Syphilis tertiaire.**
 - Atteinte cutanée : « gomme ».
 - Atteinte neurologique.
 - Atteinte cardiovasculaire.
 - Plusieurs années après le chancre, rare de nos jours.
- **Syphilis latente** : pas de signe clinique.



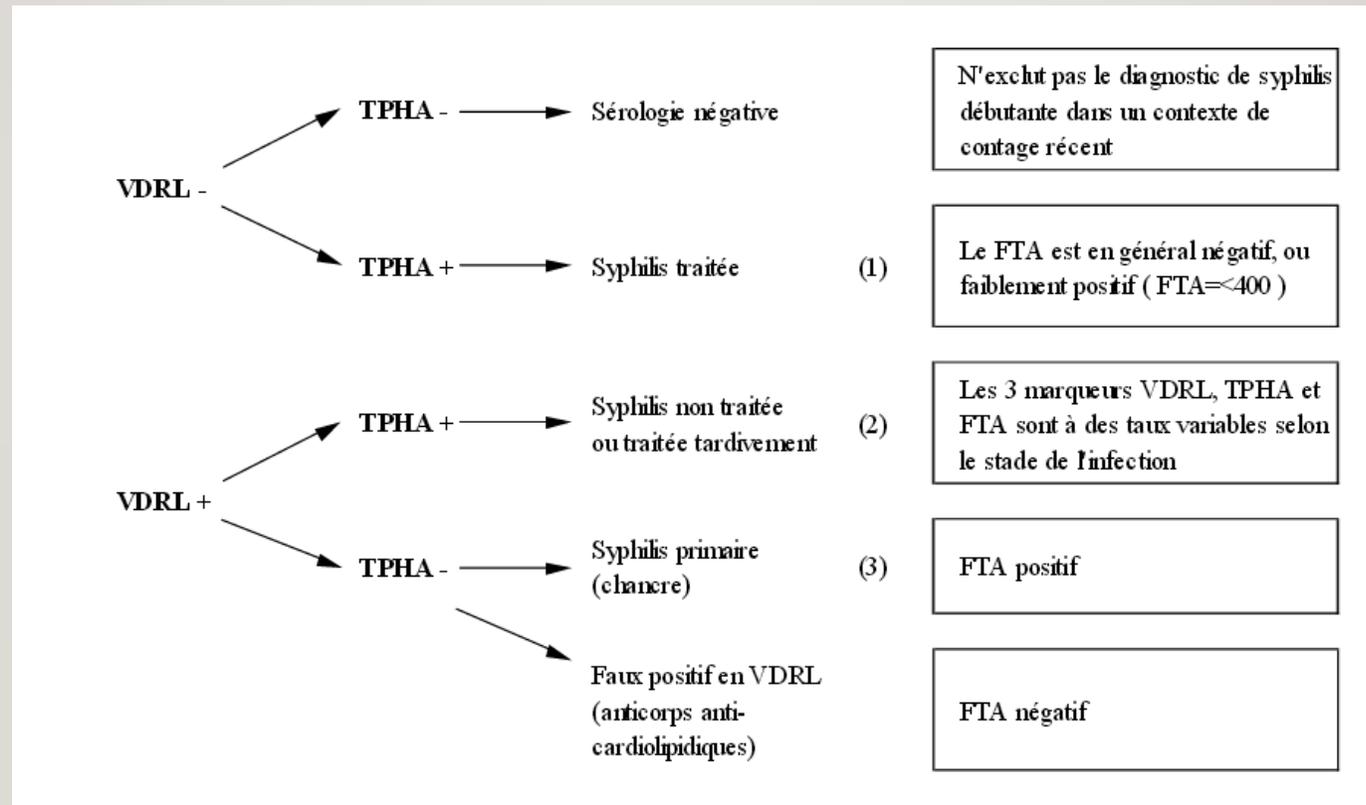
Syphilis secondaire

DIAGNOSTIC PARACLINIQUE

- Microscope à fond noir :
 - Tréponème (sérosités du chancre).
 - Seul diagnostic de certitude (spécificité 100 %).
- Sérologies : à partir de 2 semaines
 - VDRL (mais faux positif)
 - TPHA
 - +/- FTA



VDRL-TPHA : ALGORITHME SIMPLIFIÉ



TRAITEMENT

- Benzathine - Pénicilline G : réaction d'Herxheimer dans 40% des cas.
 - Syphilis récente (moins de 1 an) : Extencilline 2,4 millions d'unités en IM, 1 seule injection.
 - Syphilis tardive : 3 injections d'Extencilline espacées d'une semaine chacune.
 - Si allergie : désensibilisation.
- Suivi : négativation du VDRL.
- Possibilité de se re-contaminer et d'entraîner une syphilis congénitale.
- Traiter le partenaire +++.

SYPHILIS CONGÉNITALE

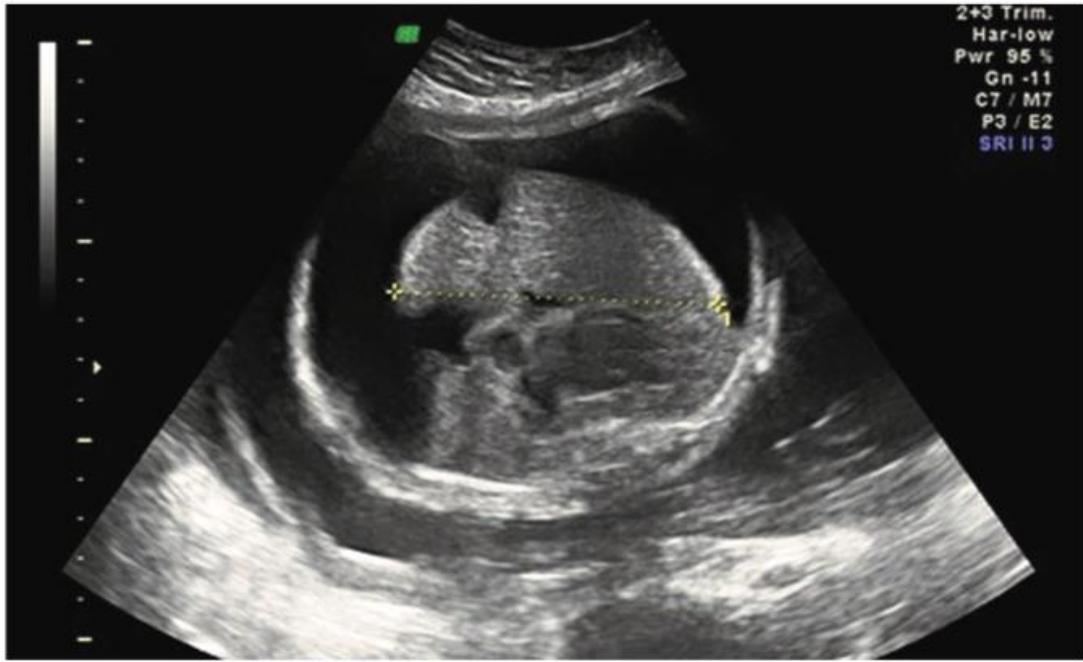
- En l'absence de traitement :
 - Mort foetale in utero.
 - Séquelles osseuses.
 - Séquelles neurologiques.
- En cas de traitement au 1^{er} trimestre de la grossesse :
risque quasi nul de mortalité ou de malformations.

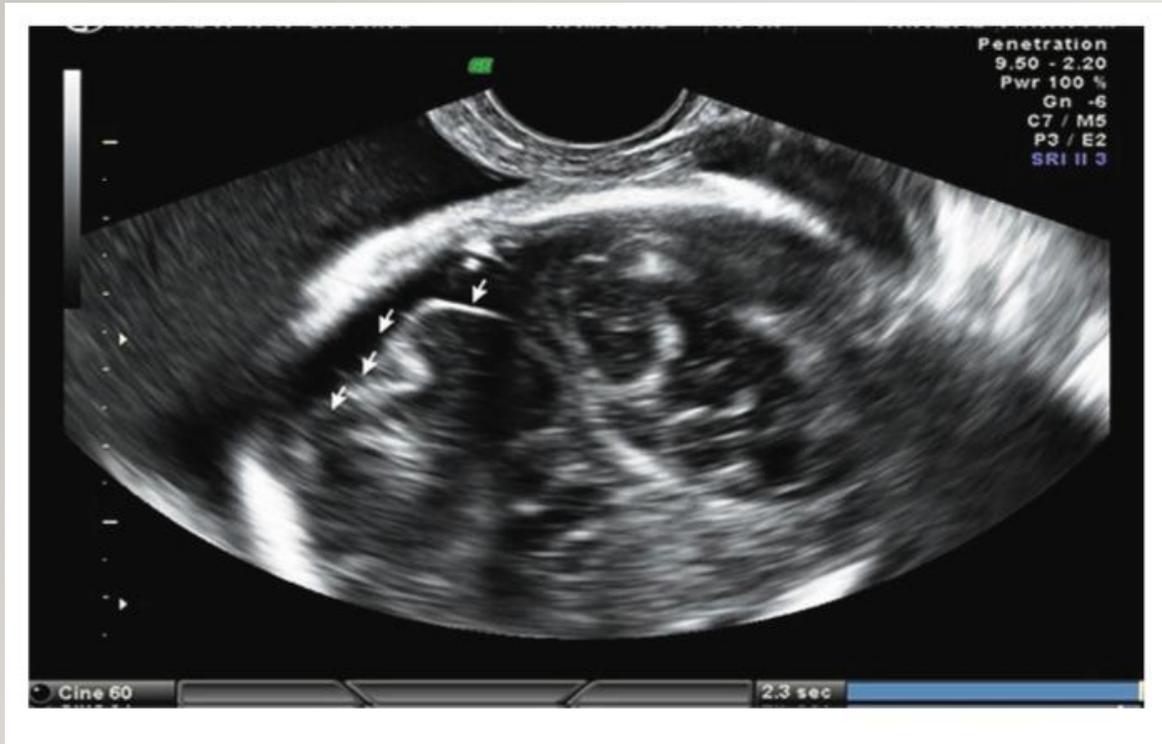
SIGNES ÉCHOGRAPHIQUES

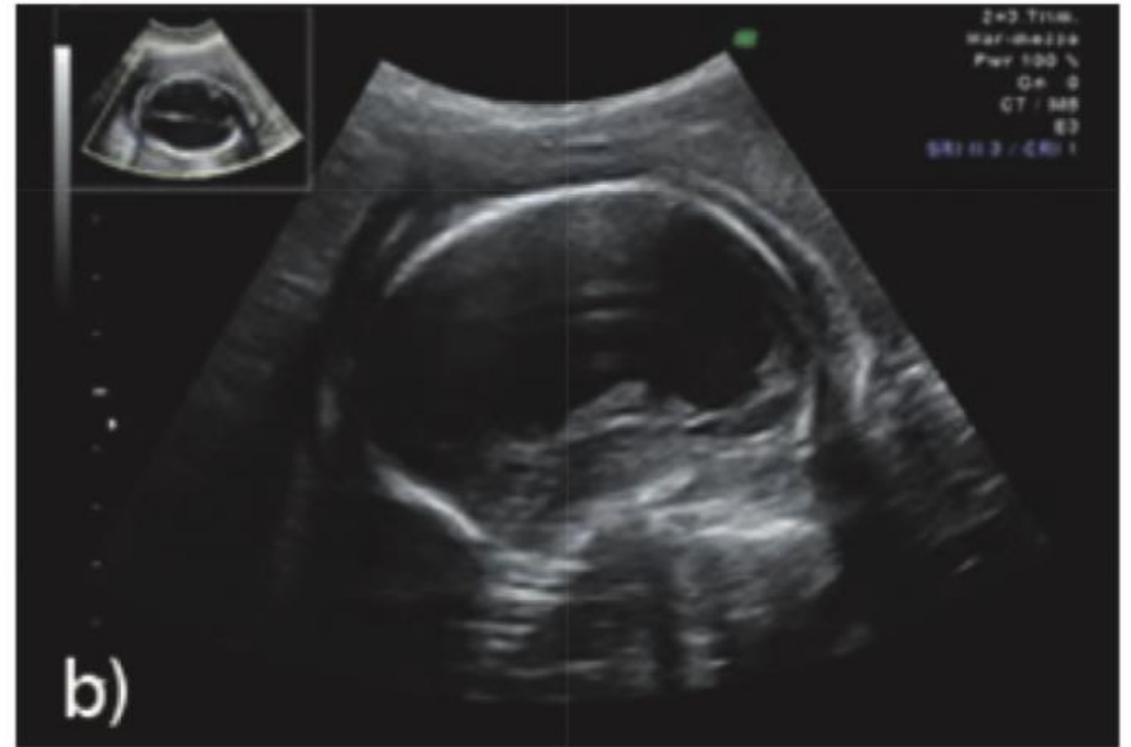
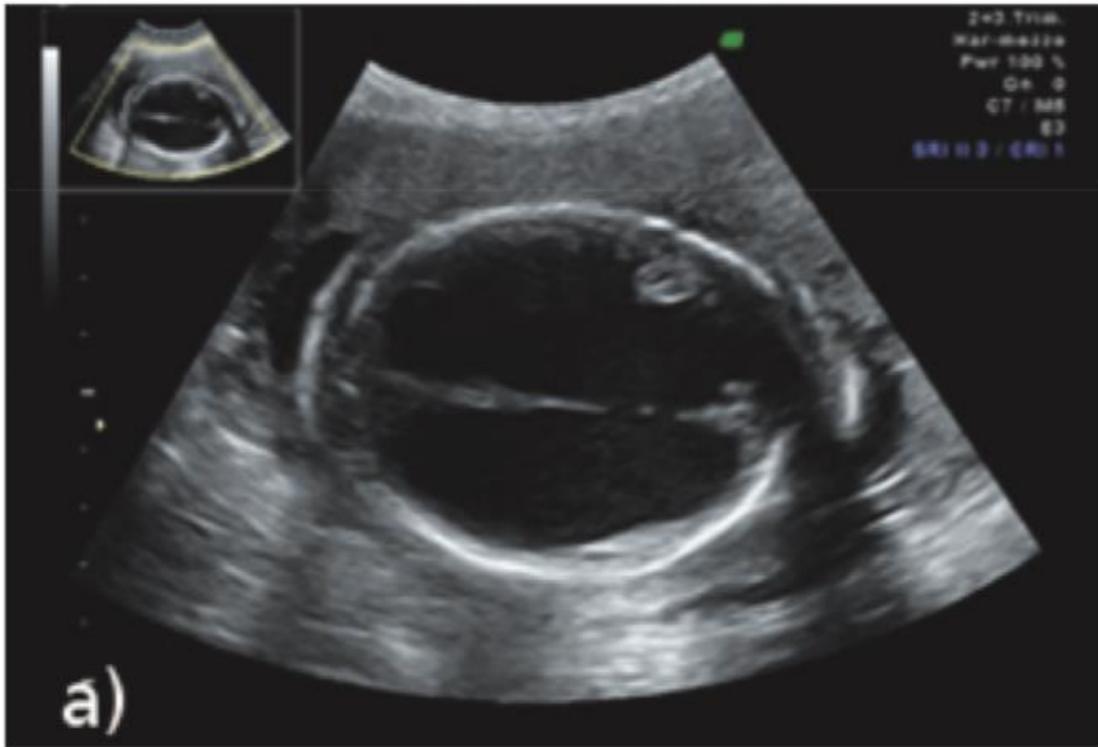
- En lien avec une réaction inflammatoire intense.
- Système immunitaire foetal immature avant 20 SA.
- Donc pas de signes échographiques avant 20 SA.
- Pas d'indication à une amniocentèse ou une PSF.

SIGNES ÉCHOGRAPHIQUES

- Hydramnios (12 %), épaissement placentaire (27 %).
- Anasarque (10 %), ascite.
- Hépatomégalie (80 %), splénomégalie.
- Intestins dilatés et/ou hyper-échogènes.
- PSV élevée par anémie fœtale (33%).
- MFIU.









SYPHILIS NÉONATALE

- Dr Christine Scheib