

Dr X.LEGROS

Février 2013

# Infections génitales et grossesse

# Introduction

- Le dépistage et traitement des infections génitales est un des objectifs de la surveillance de la grossesse
- Rien de plus facile que d'isoler des germes au niveau vaginal...
- Les infections cervico vaginales sont asymptomatiques une fois sur deux
- Le PV apporte parfois plus de problèmes que de solutions...

- A quelle patiente faire un PV?
- Quand faire un PV, et quel PV?
- Faut-il traiter le germe retrouvé?

- Pendant longtemps, les traitements n'étaient pas codifiés, aboutissant à un abus de prescription, et donc à des résistances chez la mère et nouveau-né
- Depuis, l'HAS a édité des recommandations en 2001

# A quelle patiente, et quand?

- Le PV systématique n'est pas recommandé en début de grossesse, sauf chez les patientes **ayant un ATCD d'accouchement prématuré** (grade A)

# En cas de signes cliniques

- \* devant une leucorrhée anormale (« ça brûle, ça gratte, ça sent mauvais »)
- \* devant des signes de vulvo-vaginite ou cervicite
- \* Si signes d'infection urinaire et leucocyturie à ECBU négatif
- \* en cas de contractions utérines ou de douleurs pelviennes
- \* en cas de métrorragies ou de RPM

# En cas de partenaires sexuels multiples ou si le partenaire est atteint d'une affection urogénitale

- Situation rarement avouée pendant la grossesse
- doit être complété par un prélèvement de l'endocol à recherche Chlamydiae, Mycoplasmes, et de Neisseria gonorrhoeae.

# À tout le monde

- au **9<sup>e</sup> mois de grossesse** pour dépister le **streptocoque B** (doit dater de moins de 5 semaines par rapport au jour de l'accouchement) pour la prévention des IMF à StreptoB
- **Inutile si ce germe a été retrouvé à n'importe quel moment de la grossesse** lors d'un PV ou d'un ECBU: la patiente est considérée comme porteuse de SGB et sera traitée le jour de l'accouchement

# Dès le début de la grossesse

- en cas d'ATCD de RPMAT ou d'accouchement prématuré pour dépister une vaginose bactérienne
- N'a d'utilité que s'il est réalisé en **première partie** de grossesse



# Quel type de PV?

**1/3 INFÉRIEUR DU VAGIN +++++  
PAS BESOIN DE SPÉCULUM...**

- Va dépister les germes banaux:
- Levures
- G. Vaginalis, Mobiluncus...
- Strepto B
- E. coli
- Et tous les autres...

**RAREMENT: ENDOCOL**

- Si signes de cervicite
- Si partenaires sexuels multiples
- Si signes d'infection urinaire et leucocyturie à ECBU négatif
- Si le partenaire est atteint d'une affection urogénitale

# Faut-il traiter le germe trouvé?

- Le vagin est **atlas de bactériologie**: sélectionner vos indications de PV!!!!!!: il est difficile d'expliquer à la patiente qu'il y a un germe et qu'on ne va pas le traiter...
- Dans tous les cas: **rassurer** la patiente: pas de fœtopathie...

# 2 grandes situations

## TRAITEMENT SYSTÉMATIQUE

- Vaginose bactérienne
- Mycose
- Trichomonas
- Herpès
- Germes intra cervicaux:  
gonocoque, chlamydiae,  
uréaplasma controversé

## TRAITEMENT UNIQUEMENT EN FONCTION DU CONTEXTE CLINIQUE

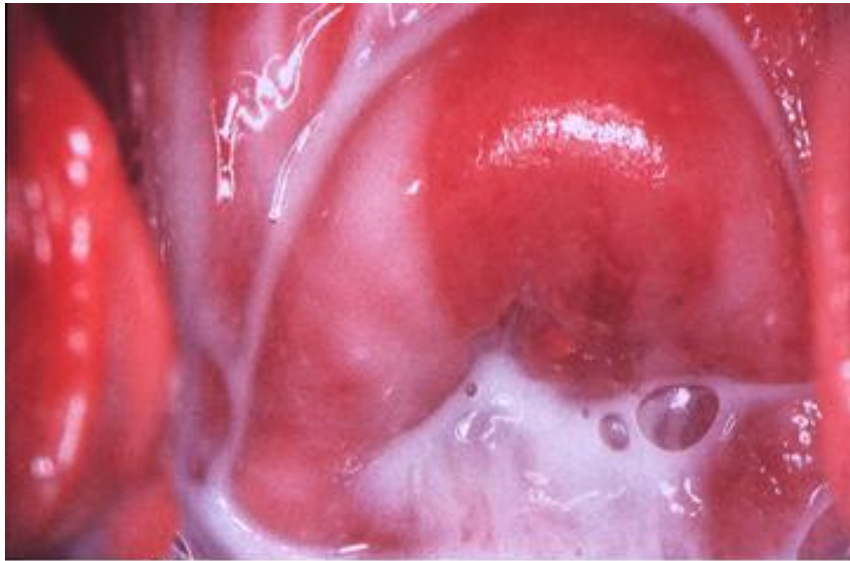
- Strepto B
- E.coli, Autres BGN
- Staph aureus
- Et tant d'autres...

# Ces germes ne seront traités qu'en fonction de certaines situations

- **RPM:** Strepto B et BGN
- **MAP:** qu'en cas de contractions rebelles au traitement
- **En cas de signe de vaginite (situation rare):** (brûlure, douleurs, démangeaisons, pertes), avec un seul germe en quantité importante ( $>10^4$ ): tous les germes
- Donc, **pitié**, arrêtons d'inonder nos patientes d'antibiotiques à large spectre, inutiles et sources de résistances
- Un traitement antiseptique local (colposeptine, polygynax) serait plus adapté en 1<sup>ère</sup> intention en cas de vaginite, sinon, **rien!!**
- Si traitement antibio indispensable: **sur antibiogramme!!!**

# Mycose vulvo-vaginale

- **1<sup>ère</sup> des infections génitales** de la femme enceinte, du fait des modifications locales
- Sans gravité, mais source d'inconfort, de douleurs, voire de CU...
- Attention, il est physiologique d'avoir des pertes blanches abondantes au cours de la grossesse!!! Pas de traitement si asymptomatique
- Leucorrhée blanche, grumeleuse, inodore avec prurit et brûlure



Medscape ®

<http://www.medscape.com>



# Traitement

- Règles hygiéno-diététiques
- **Imidazolés locaux**: ovules à renouveler au bout de 7 jours si mycose importante (+/- renouvellement au bout de 7 jours: 21 j) + crème vulvaire pendant 7 jours
- Récidives fréquentes: traitement du partenaire et interrogatoire sur pratiques sexuelles...
- Savon alcalin

# Vaginose bactérienne

- Présente chez 15 à 20 % des femmes enceintes
- Souvent **pas ou peu symptomatique**: prurit, brûlure, pertes grises ou verdâtres, « odeur de poisson pourri »...
- Se définit comme une perturbation de la flore vaginale où la flore de Doderlein est absente et remplacée par divers bactéries:  
***Gardnerella Vaginalis*, Bactéroïdes, Mobiluncus, Mycoplasma Hominis,...**



- Relation entre vaginose bactérienne et RPMAT et AP est bien établie.
- Des travaux ont validé l'intérêt de traiter la vaginose bactérienne en cas d'ATCD d'AP ou RPMAT. Mais il n'y aurait pas d'intérêt à dépister des patientes sans ATCD.

- Pas d'indication à la dépister de façon systématique chez toutes les patientes, mais seulement si ATCD d'accouchement prématuré ou RPMAT
- Son traitement diminue le risque dans cette population alors qu'il ne le diminue pas dans la population générale

# Traitement

- - **Métronidazole**: 2 grammes en 1 prise unique ou 500 mg matin et soir pendant 7 jours
- Récidives fréquentes: contrôle du PV est nécessaire, avec deuxième traitement si besoin et parfois le traitement du partenaire: même dosage et même durée
- **Pas d'ovules ni de traitement monodose**



Traitement classique permet d'être plus efficace et remboursé par la SS à la différence des préparations toutes prêtes « monodose »

# Pour les mycoses et vaginoses rebelles

- Restauration de la flore+++++
- **Florgynal®**: oestrogènes +progestérone +probiotiques locaux
- Remboursé par la SS!!!
- Traitement d'attaque 21 j matin et soir puis dose à adapter selon la patiente quelques jours par mois
- Attention à certaines pratiques sexuelles « perturbatrices » de la flore...

# Chlamydiae et mycoplasmes

- Peu de situations où on va retrouver ces germes puisque le prélèvement de l'endocol n'est pas recommandé
- Malheureusement, les labos se régalaient de faire des prélèvements complets si rien n'est précisé...
- Macrolides pendant 10 jours + partenaire (**pas de cyclines pendant la grossesse**)
- Traitement des mycoplasmes est controversé
- Que si  $>10.5$
- Traitement du partenaire et recherches d'IST

# A votre avis??



# HSV

- Risque d'herpès néonatal rare mais gravissime
- **Noter la date de l'infection**
- Antirétroviral (aciclovir 500\*2) 10 j si primo infection ou 5 j en cas de récurrence.
- Contre indication à la voie basse si lésions le jour de l'accouchement (PDE non rompue ou <6h) ou infection le mois précédent non traitée
- Prudence si récurrence < 7 j par rapport à l'accouchement
- Traitement prophylactique à partir de 36 SA si récurrence est controversé
- **Avis gynéco** indispensable

# CONDYLOMES

- Apparition fréquente au cours de la grossesse du fait de l'immunodépression
- Pas d'indication à un traitement pour les petites lésions
- Pas d'Aldara® qui n'a pas l'AMM pendant la grossesse
- Laser si lésions florides (risque théorique de contamination néonatale)
- Pas de protection par les préservatifs
- Rassurer: disparition dans le post partum





# Conclusion

- Ne pas traiter n'importe quoi!!!
- Sélectionner vos indications de PV
- Restez cliniques!!! Très peu d'indication de PV systématique: si ATCD RPMAT ou AP au 1<sup>er</sup> trimestre et au 9<sup>ème</sup> mois pour Strepto B
- Justifié si douleurs ou pertes anormales associées à signes cliniques
- Limitez vos indications d'antibiothérapie!!!!