

Fièvre et grossesse (item 17A).

Objectifs :

Argumenter les procédures diagnostiques et thérapeutiques devant une fièvre durant la grossesse.

Introduction

La Listériose et une pyélonéphrite sont systématiquement évoquées.

Toute fièvre chez une femme enceinte doit alerter, en raison d'un possible retentissement grave.

Cet événement est fréquent (15 % des grossesses) mais comporte des risques :

1. Risque d'embryopathie avant 4 mois de grossesse.
2. Risque de foetopathie dans la 2e moitié.
3. Risque de fausse couche spontanée, prématurité directement liées à l'hyperthermie maternelle.
4. Risque de contamination périnatale (septicémie, herpès, HIV...).

I. Dans quelles situations, une fièvre est diagnostiquée ?

Fièvre = motif de consultation (si température > 38° => consulter !),

Dépister par prise systématique de la température à l'occasion de :

- signes d'appel infectieux,
- menace de fausse couche spontanée ou menace d'accouchement,
- prématuré,
- métrorragies,
- rupture prématurée des membranes,
- anomalie du rythme cardiaque foetal (tachycardie surtout).

Parfois une hypothermie < 36° a la même valeur qu'une fièvre.

II. Quelle est la conduite à tenir en cas d'hyperthermie ?

Interrogatoire :

- antécédents : urinaires...,
- sérologies toxoplasmose, rubéole...,
- notion de contact infectieux ?
- date et mode de début de la fièvre :
 - * intensité, aspect de la courbe thermique,
 - * signes associés : frissons, céphalées, signes fonctionnels urinaires, douleurs lombaires, contractions utérines, signes digestifs, ORL, méningés...
 - * perte de liquide amniotique, métrorragies,
 - * prise médicamenteuse ?

Examen clinique :

- auscultation cardio-pulmonaire,

- palpation des fosses lombaires, abdomen, aires ganglionnaires, état cutané, sphère ORL ...,
- examen gynécologique et obstétrical : spéculum (écoulement de liquide amniotique ? métrorragies ? cervicite ? leucorrhées ?), toucher vaginal (modifications cervicales ?), bruits du coeur foetal, enregistrement toco-cardiographique.

Examens complémentaires :

- a) bilan maternel
 - NFS (hyperleucocytose), CRP (la VS n'a pas de valeur pendant la grossesse)
 - ECBU et hémocultures si température $> 38^{\circ} 5$ ou $< 36^{\circ}$ ou si frissons en précisant « avec recherche de Listéria monocytogènes »
 - prélèvements cervico-vaginaux si rupture prématurée des membranes, menace d'accouchement prématuré, fausse couche spontanée, leucorrhées
 - et en fonction des symptômes :
 - échographie rénale (voire UIV)
 - échographie abdominale, bilan hépatique
 - radio pulmonaire, IDR
 - ponction lombaire
 - goutte épaisse, frottis
 - sérologies (rubéole, toxoplasmose, HAV, HBV, HCV, HIV, CMV)
 - grattage d'une lésion évocatrice d'herpès
 - \pm sérologie typhoïde, brucellose, leptospirose...

Remarque : VS et sérodiagnostic de listériose : INUTILES

- b) bilan foetal
 - Enregistrement cardiotocographique : recherche d'une souffrance foetale aiguë, d'une tachycardie foetale,
 - Echographie (quantité de liquide) si RPDE.
 -

En l'absence d'orientation et en attente des résultats bactériologiques, un traitement antibiotique est nécessaire : amoxicilline 3g/j en l'absence d'allergie (sinon érythromycine) car « Toute fièvre chez une femme enceinte est une listériose jusqu'à preuve du contraire ».

N.B. : En cas de fièvre au cours de l'accouchement :

- prélèvements périphériques du nouveau-né,
- mise en culture du placenta,
- prélèvement du liquide gastrique, \pm hémoculture, \pm PL du nouveau-né.

1. Quelles sont les principales étiologies ?

A. CHORIOAMNIOTITE

1. Définition :

Infection de la cavité amniotique, le plus souvent secondaire à une rupture prématurée des membranes.

2. Affection grave +++ :

- risque décès périnatal ++,
- risque de leucomalacie périventriculaire.

3. Clinique :

- fièvre,

- contractions utérines douloureuses et régulières,
- le liquide amniotique est teinté, malodorant, voire purulent,
- tachycardie foetale. Quelques fois associée à des signes de souffrance foetale aiguë sur l'enregistrement du rythme cardiaque foetal.

4. Traitement : La tocolyse est formellement contre-indiquée : l'administration d'une antibiothérapie, adaptée dès que possible, sera systématique; l'accueil d'un enfant prématuré et infecté devra être prévu.

N.B. : La chorioamniotite survient rarement à membranes intactes.

B. LISTERIOSE (1/1 000 grossesses)

1. Bactériologie : Listeria monocytogènes : petit bacille gram positif.

2. Contamination alimentaire (charcuterie, fromages à pâtes molles).

3. Clinique : L'infection maternelle est "bénigne" : syndrome pseudo-grippal, fébrile ou douleurs lombaires ; les formes méningées ou septicémiques graves sont rares ; plus évocateur : les formes fébriles pures avec un intervalle libre d'une huitaine de jours (fièvre en deux temps).

Les conséquences foetales sont graves : fausse couche, mort in utero, accouchement prématuré, infection néonatale sévère, souffrance foetale.

4. Diagnostic :

- hémocultures maternelles : préciser la recherche de Listeria,

- prélèvement de liquide amniotique (au moment de l'accouchement) - Prélèvements sur le placenta près de la zone d'implantation du cordon, où l'on peut voir des follicules blanchâtres,

- la sérologie n'a pas d'intérêt car peu sensible et trop tardive.

5. Traitement :

URGENCE

- en cas de suspicion de listériose, débiter un traitement par amoxicilline 3g/j (érythromycine si allergie) dès que le bilan infectieux est pratiqué,

- dès que le diagnostic est confirmé : amoxicilline 6g/j intraveineux pendant 10 jours, associé à un aminoside pendant 5 jours ; le traitement doit être prolongé per os (amoxicilline 3g/j) jusqu'à l'accouchement (au minimum 4 semaines),

- accouchement sans délai si la maturité foetale est atteinte (≥ 36 SA).

C. PYELONEPHRITE

La pyélonéphrite aiguë est la première cause de fièvre chez la femme enceinte c.f. cours infections urinaires.

D. HEPATITE VIRALE AIGUE

Fièvre modérée, douleurs de l'hypochondre droit, nausées et vomissements, prurit puis secondairement ictère.

1. Diagnostic est affirmé par les examens biologiques :

- ASAT, ALAT : cytolysse importante.
- phosphatases alcalines, bilirubine : cholestase variable.
- Sérologies : AgHBs, Ac antiHBs, AC antiHBc, sérologie HVA, HVC, MNI test.

Une échographie hépato-biliaire éliminera un obstacle.

2. Traitement symptomatique :

En cas d'hépatite B : l'antigène Hbs sera recherché tous les mois jusqu'à l'accouchement. S'il persiste : sérovaccination du nouveau-né (cf cours virus et grossesse).

E. APPENDICITE

1. Diagnostic : difficile, douleur atypique, plus haute qu'en dehors de la grossesse, du flanc ou de l'hypochondre droit avec hyperthermie souvent modérée et dissociation pouls-température; forme souvent plus grave d'emblée, d'évolution rapide et aiguë : plastron appendiculaire ou péritonite localisée.
2. Traitement : chirurgical, avec couverture antibiotique.

F. CHOLECYSTITE

Le tableau clinique est le plus souvent typique; la grossesse ne contre-indique pas la cholecystectomie, si ce n'est le développement de l'utérus qui pourra rendre le geste chirurgical difficile, surtout au 3e trimestre.

N.P.O. : En cas de gestes chirurgicaux, une injection de gamma globulines anti-D est préconisée si le rhésus est négatif.

G. RUBEOLE, TOXOPLASMOSE, HERPES, SYPHILIS, CMV, HIV : voir cours prévention des infections

H. INFECTIONS NON SPECIFIQUES : Angines, rhino-pharyngites, pneumopathies.

Points essentiels

Cette situation est fréquente (15 % des grossesses).

Les principaux risques sont des risques d'embryopathie avant 4 mois de grossesse, de foetopathie dans la 2ème moitié de la grossesse, de fausse couche spontanée, prématurité directement liée à l'hyperthermie maternelle et de contamination périnatale (septicémie, herpès, HIV...).

La principale étiologie redoutée en raison des conséquences foetales est la listériose. Ceci justifie la réalisation d'hémoculture systématiquement en cas d'hyperthermie.

L'étiologie la plus fréquente est la pyélonéphrite.

La chorioamniotite survient le plus souvent dans un contexte de rupture prématurée des membranes. Elle associe hyperthermie maternelle ou tachycardie foetale, utérus douloureux et contractile et liquide amniotique teinté et malodorant. Le risque néonatal est celui de septicémie et le risque foetal de mort in utero.

Le tableau clinique d'appendicite est souvent plus frustré.