Entre inconscience, Panique et maîtrise de la situation

Autor(en): **Bodart Senn, Josianne**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **110 (2012)**

Heft 1

PDF erstellt am: **31.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-949337

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Entre inconscience, panique et maîtrise de la situation

Une femme enceinte peut difficilement échapper à un simple rhume ou à la grippe. Que sait-elle des infections qui pourraient l'affecter? A-t-elle tendance à les surestimer ou à les sous-estimer? Faut-il s'en inquiéter?

Josianne Bodart Senn

Attitude devant une nouvelle infection

A Sydney (Australie), une équipe de chercheurs[1] a demandé, entre août 2008 et avril 2009, à 737 femmes enceintes (au moins 20 semaines) si elles avaient constaté une nouvelle infection dans les 7 jours précédents, puis les a invitées à fournir des détails sur les symptômes et sur les éventuelles médications.

5% des répondantes à cette enquête ont mentionné qu'elles avaient eu une infection dans les 7 jours précédents. Le plus souvent, il s'agissait d'un rhume ou d'une affection respiratoire supérieure (taux de prévalence = 2,6%), d'une gastro-entérite ou des vomissements (0,7%), d'une grippe (0,5%), d'une candidose (0,4%), d'une infection des voies urinaires (0,4%).

Après analyse des symptômes décrits par les répondantes, il s'est avéré que seulement 3,5% avaient eu une infection modérée ou sévère (au lieu des 5% annoncés) et seulement 1,2% d'entre elles avaient eu effectivement un rhume ou une affection respiratoire supérieure (au lieu des 2,6% indiqués).

Seules 21% d'entre elles avaient demandé des soins médicaux tandis que 65% s'étaient contentées d'une automédication. Autres constatations: Les primipares ont cité moins souvent une infection (2,9% vs 7,2%, p=0.008). Les mères de jumeaux rapportent plus souvent une infection (16,1% vs 4,5%, p=0.004), de même que les femmes souffrant d'hypertension durant leur grossesse (15,3% vs 4,6%, p=0.01).

Les grippes pandémiques ou saisonnières

Le Prof. Knuf[2] montre que, pour les femmes enceintes, le risque de contracter une grippe pandémique ou saisonnière est non seulement accru, mais que les conséquences sont plus graves que pour les femmes qui ne sont pas enceintes. Elles sont plus souvent hospitalisées et plus intensivement traitées. En outre, on déplore – pour elles et leurs bébés – davantage de décès.

Au cours de la pandémie 1918/19 (en français désignée sous le terme «grippe espagnole»), le taux de mortalité des femmes enceintes s'est élevé globalement à 27% et, au 3ème trimestre, il était certainement plus important encore. Lorsqu'une pneumonie venait compliquer l'état de la malade, la mortalité augmentait jusqu'à 50%. Pour la pandémie 1957–1958, 50% des cas de décès pour les femmes en âge de procréer frappaient en réalité des femmes enceintes. Pour la pandémie H1N1 de 2009, 5% de tous les décès aux Etats-Unis concernaient des femmes enceintes, alors que leur proportion dans la population globale n'est que de 1%.

La grippe saisonnière aussi est dangereuse pour la mère comme pour l'enfant. Au 3ème trimestre, elle nécessite même 3 à 4 fois plus souvent une hospitalisation. Le risque de complications respiratoires aiguës est deux fois plus élevé que pour les femmes qui ne sont pas enceintes. Il s'aggrave lorsque la femme enceinte souffre d'autres facteurs de risque, par exemple d'asthme.

«Mais, il ne faudrait pas pour autant paniquer», conclut le Prof. Knuf. Il précise qu'une action thérapeutique devrait être initiée dans les 48 premières heures de l'infection et il considère la vaccination comme une solution intéressante.

L'herpès génital

Le Prof. Mylonas[3] rappelle que les infections à virus herpétiques sont en augmentation partout dans le monde, avant tout en raison de l'extension du virus de type 2 de l'herpès simple (HSV-2) mais aussi de celle du virus de type 1 (HSV-1). Dans 75% des cas d'herpès génital, que ce soit une primo-infection ou une infection récidivante, elle reste asymptomatique, si bien qu'un diagnostic précis ne peut être fait. Presque 90% des mères qui ont transmis un herpès néonatal à l'enfant n'avaient eu aucun symptôme jusqu'au moment de la naissance.

Des infections intrautérines par transmission transplacentaire sont rares et le mode de transmission de l'infection néonatale est un contact direct avec les sécrétions génitales maternelles peripartum. Le taux d'infection néonatale est de 40–50% avec une mortalité de 40% et une morbidité de 20%. Les infections récidivantes par contre amènent seulement un taux de 1 à 5%, en raison des anticorps maternels et de la faible quantité de virus.

Dans les cas d'infections symptomatiques, une césarienne peut être envisagée 4 à 6 heures après la rupture des membranes, sinon il n'y a aucun avantage pour l'enfant. Les infections récidivantes ne sont donc pas une indication pour une césarienne prophylactique. Le traitement suppresseur par acyclovir à partir de 36 semaines de gestation réduit les symptômes, la fréquence des récidives et permet d'éviter la césarienne. Cependant, ni la césarienne primaire ni la thérapie acyclovir n'excluent une transmission de la mère à l'enfant. ◀

[1] Lain Samantha J. et al.: A survey of acute self-reported infections in pregnancy. In: BMJ Open. 2011; 1(1): e000083.

[2] Knuf M.: Influenzainfektion in der Gravidität. Alles nur Panik? In: Der Gynäkologe, 2011, Volume 44, Number 8, 593-600 – Article reproduit dans ce numéro p. 10–15.

[3] Mylonas I.: Herpes genitalis in der Schwangerschaft. In: Der Gynäkologe, 2011, Volume 44, Number 8, 623-629 – Article reproduit dans ce numéro p. 4–9.