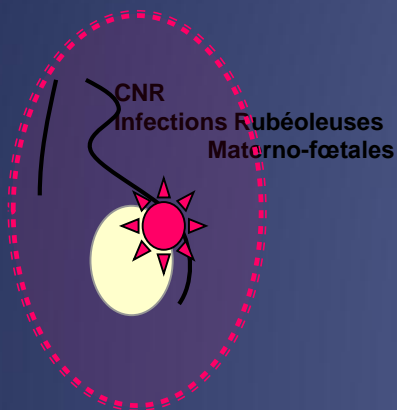


Maladies tropicales



Christelle VAULOUP-FELLOUS

Faculté de Médecine Paris Sud

Service de Virologie du GH – Hôpitaux Universitaires Paris-Sud

CNR Infections Rubéoleuses Materno-fœtales

christelle.vauloup@pbr.aphp.fr

Paludisme

Le paludisme dans le monde

- 25 millions de femmes enceintes vivent en zone d'endémie palustre
- Paludisme congénital \pm 100.000 décès de n-nés/an
- *P. falciparum* et *malariae*: toutes les zones tropicales (sauf DOM)
- *P. vivax*: Amérique du sud, Asie
- *P. ovale*: Afrique centrale
- *P. knowlesi*: Indonésie

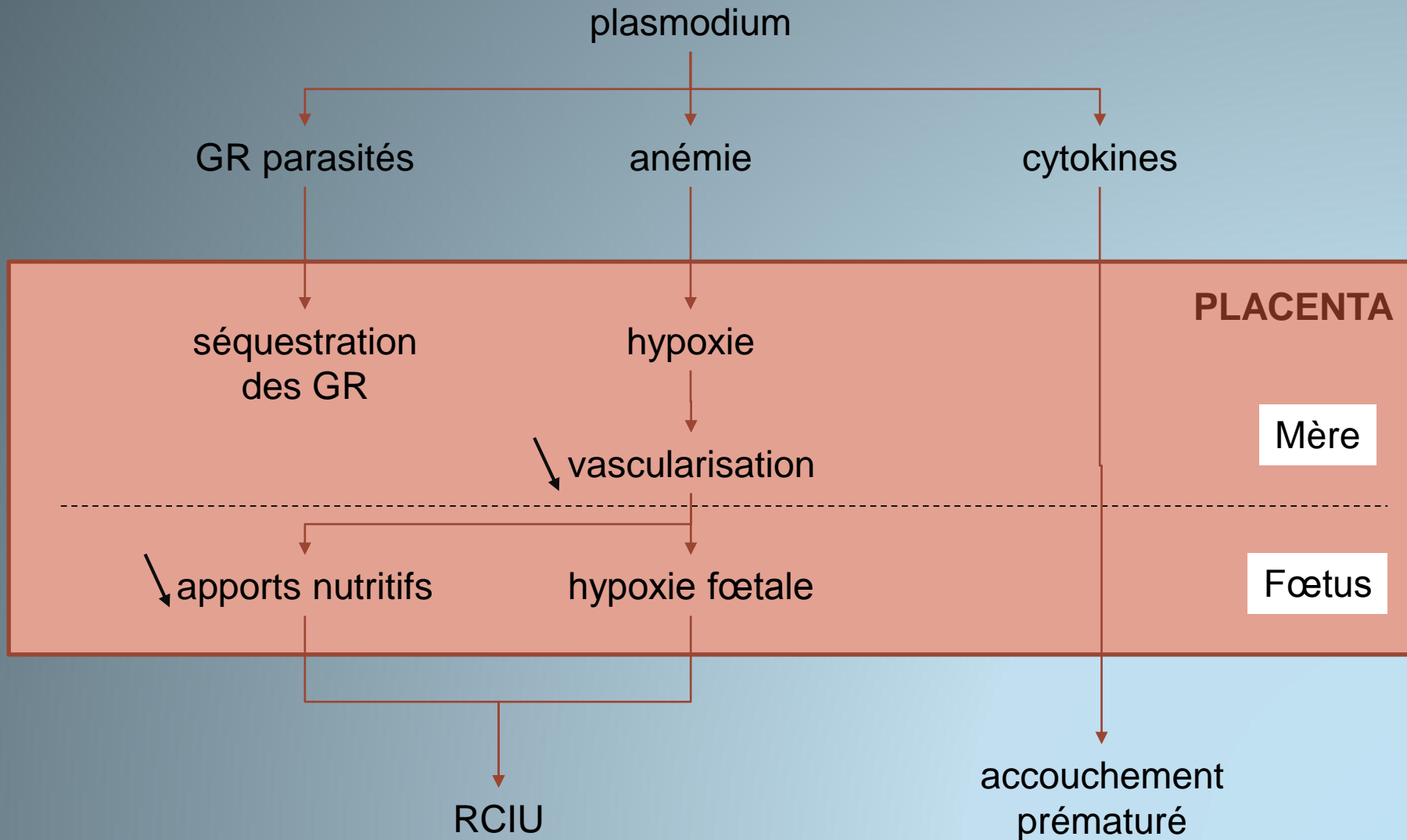
Retentissement du paludisme sur la grossesse (1)

- Variable selon l'immunité préalable de la femme (résidente vs touriste)
- Plus grave chez la primigeste
- Prévalence et intensité plus élevée au T1
- FCS ou accouchement prématuré
- Paludisme acquis en fin de grossesse => paludisme congénital

Retentissement du paludisme sur la grossesse (2)

- Placenta = important réservoir de parasites
- ↘ échanges fœto-maternel => petit poids de naissance
- Hypoxie utérine => dystocies dynamiques
- ▲ hémorragies de la délivrance ou du post-partum sur un terrain anémié

Paludisme congénital



Paludisme congénital

- ❖ Eliminer toute possibilité de contamination par directe l'anophèle
- ❖ Identifier le *Plasmodium* dès la naissance (sang du cordon) et retrouver la **même espèce** chez la mère et l'enfant

Paludisme congénital

Paludisme congénital infestation

20% à 30% des cas d'enfants naissant de mères infestées en zone d'endémie

Parasitémie asymptomatique et régressive (Présence isolée de parasite dans le sang)

Paludisme congénital maladie

3% des naissances en zone d'endémie

fièvre, souffrance foetale, hépatomégalie, ictère, pâleur et mauvaise ossification

Paludisme périnatal

Contamination de l'enfant au moment de l'accouchement (trauma obstetrical)

Manifestations cliniques jusque 6 mois après la naissance

Ictère, anémie hémolytique, hépatosplénomégalie, retard pondéral (bon pronostic sous traitement)

Retentissement de la grossesse sur le paludisme

- Grossesse => \ immunité acquise
- Démasque un paludisme latent
- Favorise un paludisme grave
- ▲ autotraitement qui peut masquer le diagnostic

- Anémie (max 26 SA) hémolytique normocytaire, normochrome

- En cas d'IRA (rare) => déclenchement de l'accouchement rapide pour une reprise de la diurèse

Paludisme du post-partum

- En attendant le frottis => associer ATB et antipalu
- Association avec éclampsie possible avec parasitémie importante et pronostic sombre
- Allaitement maternel possible même sous traitement

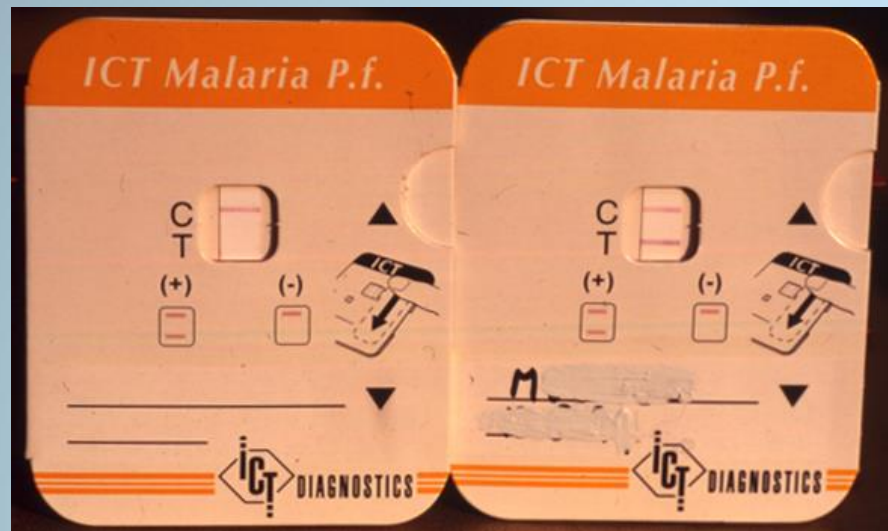
Paludisme et éclampsie

ECLAMPSIE	ACCES PERNICIEUX PALUSTRE
Hypertension artérielle Prise de poids Oedèmes des membres inférieurs Coma Crises convulsives itératives Albuminurie	Antécédents de paludisme Fièvre Hépatosplénomégalie Coma calme Crises convulsives rares Anémie hémolytique Diagnostic : frottis sanguin

Diagnostic

Au moment de la poussée fébrile:

- Frottis mince (résultat en 30 min)
- Goutte épaisse (résultat en 12-24h)
- Test rapide



Traitement

- *P. falciparum*: atovaquone-paludrine (Malarone) 4cp/j pdt 3j
- Autres espèces: chloroquine (Nivaquine) 3j : J1 600mg puis 300mg 6h plus tard, puis 300mg à J2 et J3
- Paludisme grave (quelque soit l'espèce): quinine 1,5 à 2g/j IV (perf glucosée) pdt 3j et relais par Nivaquine po 500mg/j pdt 2j, puis 100mg/j pdt 2 mois
- Nivaquine et quinine: non tératogènes
- Paludisme congénital: Nivaquine sirop 100mg/j pdt 2j puis 50mg/j pdt 3j puis 1cuill 1j/2 pdt 2 mois, ou quinine IV ou voie rectale

Dengue

Dengue

- Arbovirose tropicale
- Répartition géographique ne extension
- Le plus souvent bénigne (pimo-invasion)
- Ré-infestation: ↗ risque de dengue sévère
- Responsables: 4 virus sans immunité croisées entre eux

Présentations cliniques

- Dengue asymptomatique
- Dengue classique
 - Qq jours après la piqûre du moustique
 - Fièvre, céphalées, polyarthralgies, myalgies, éruption cutanée et parfois des hémorragies (purpura, ecchymoses, hémorragies des muqueuses)
- Dengue sévère
 - Symptômes de la dengue classique
 - + épanchements séreux, hémorragies importantes et AEG

Dengue et grossesse

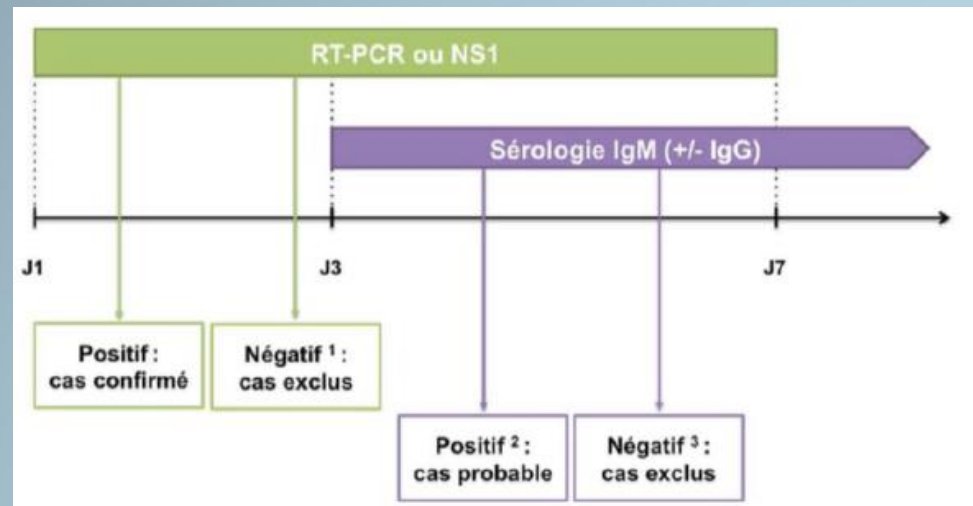
- ↑ risque de MFIU, d'accouchement prématuré ou hémorragique
- Exacerbation des complications possibles de la grossesse
- Transfusion préventive de plaquettes possibles

Dengue congénitale

- Pas de fœtopathie
- Transmission verticale souvent constatée: risque hémorragique du n-né
- Début des signes: 1^{er}-11ème j
- Durée des signes 5j
- Risque accru de fièvre hémorragique en cas d'infection par un sérotype différent

Diagnostic et traitement

- Leuco-neutropénie
- Cytolyse hépatique et musculaire
- Recherche du virus
 - TDR: Ag NS₁
 - RT-PCR
 - sérologie



- Traitement symptomatique
- Surveillance de l'état foetal

Chikungunya

Chikungunya

- Arbovirose tropicale
- Endémique en Afrique et en Asie en particulier en Inde => propagation dans l'océan indien

Présentations cliniques

- Asymptomatique (1/4 des cas)
- Incubation: qq jours
- Fièvre d'apparition brutale
- Douleurs articulaires invalidantes
- Asthénie
- Parfois éruption rubéoliforme et diarrhée
- Signes de gravité: fièvre $> 39^{\circ}\text{C}$, troubles neuro, hémorragies, contractions utérines, AEG, anomalies du RCF ($> 28\text{SA}$)

Chikungunya congénital(1)

- Transmission **après 22SA: 0,25%**
- Si > 28SA: surveillance du RCF 2-3 fois/sem pdt les 2 premières semaines de l'infection maternelle
- Etude prospective de la TME (Réunion 2005-2006)
 - 7504 femmes => 739 (9,8%) ayant eu un épisode de chik en cours de grossesse
 - 678 (> 1 sem avant l'accouchement): 9 MFIU dont 3 attribuables à l'infection maternelle
 - 39 (J-2 à J+2 autour de l'accouchement): 19 cas de TME (**49% de TME en peri-partum**) tous asymptomatiques, cardiopathies (14/19)

Chikungunya congénital (2)

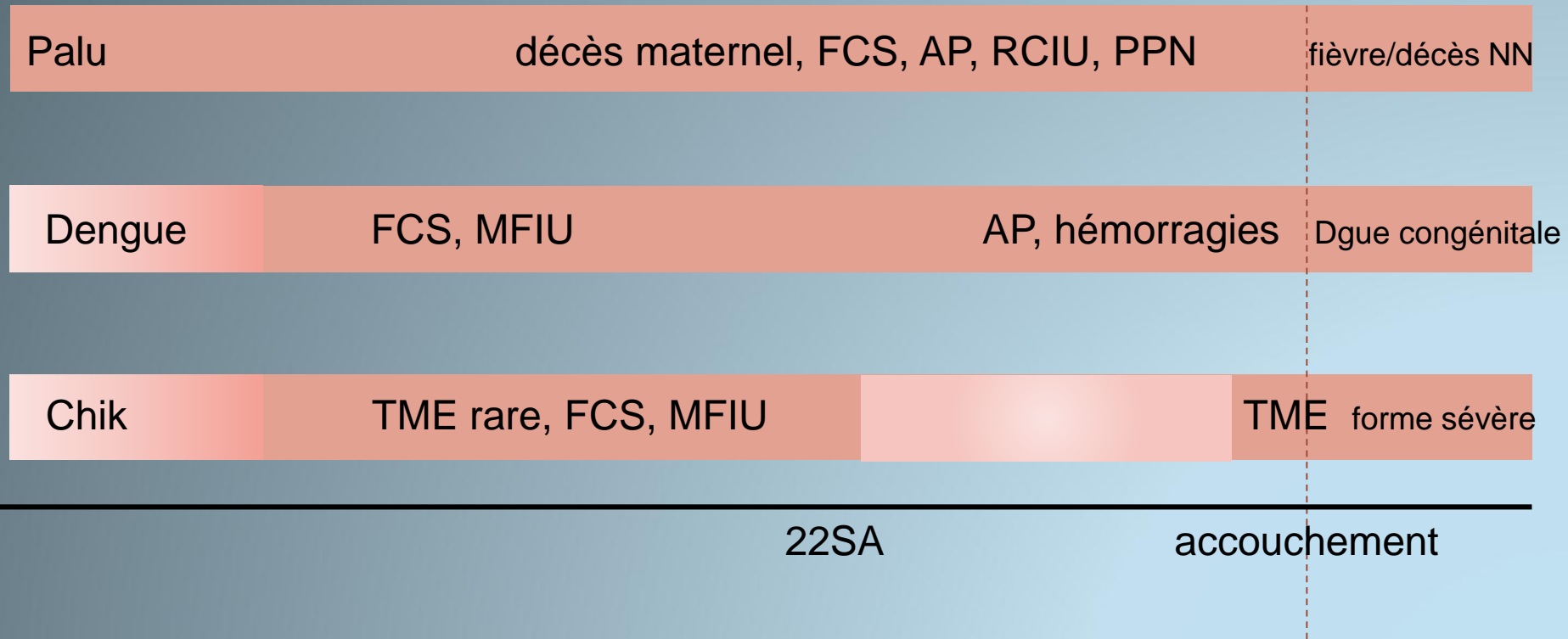
- Suivi de 18 enfants infectés jusqu'à 5 ans (Réunion)
- 9 cas d'encéphalite post-chik
- 3 infirmités motrices d'origine cérébrale
- Séquelles sensorielles: 2 cas de cécité, 1 cas de myopie, pas de surdité
- Séquelles cognitives: 9 avec troubles du comportement et de l'attention et suivi orthophonique pour le langage
- L'encéphalite post-chik => handicap prolongé chez l'enfant

Diagnostic et traitement

- Recherche du virus
 - TDR
 - RT-PCR
 - Sérologie (IgM 5^{ème} jour et IgG 15^{ème} jour)
- Traitement symptomatique, hydratation +++
- Surveillance de l'état foetal
- Pas d'allaitement pendant la phase virémique
- Vers un traitement par Ig pour prévenir la TME?

Conclusion

Risque accru de piqûres par les moustiques de type Anophèles chez la femme enceinte



■ Risque non documenté
■ Risque documenté