

LES AFFECTIONS FÉBRILES PENDANT LA GROSSESSE ET LE POST-PARTUM

Introduction

□ Si'il est vrai que de nombreuses affections infectieuses et parasitaires peuvent survenir chez la femme en cours de la grossesse et dans le post-partum, nous avons choisi de ne traiter dans ce chapitre que les affections qui présentent des spécificités par rapport à la grossesse. Ainsi, ne sont prises en compte que les pathologies suivantes : le paludisme, la pyélonéphrite, la chorioamniotite, l'endométrite, la mastite, etc.

□ Si les affections fébriles pendant la grossesse et dans le postpartum sont habituellement d'origine infectieuse ou parasitaire, d'autres affections plus rares peuvent avoir des manifestations cliniques ou paracliniques qui rendent parfois leur diagnostic moins évident. On peut ici citer l'appendicite, la cholécystite, la nécrobiose aseptique des myomes.

Le paludisme

6.1 Définition

Affection parasitaire transmise par un moustique du genre anophèle dont les formes graves sont surtout dues au Plasmodium falciparum.

6.2 Problématique

C'est une affection aux conséquences graves voire mortelles pour la mère et l'enfant. C'est la première cause de morbidité de la femme enceinte dans notre zone. La résistance à la chloroquine a entraîné la modification des différents protocoles nationaux et la recommandation de l'usage des associations et combinaisons thérapeutiques (ACT).

Attention :

Tout épisode fébrile chez une femme enceinte doit être considéré comme un paludisme jusqu'à preuve du contraire.

Tout paludisme chez la femme enceinte doit être considéré comme grave.

6.3 Diagnostic

Paludisme simple :

Fièvre, frissons, céphalées, vomissements, arthralgies, , asthénie
Splénomégalie, pâleur conjonctivale, etc.

Paludisme grave:

Il est défini par la présence de forme sexuée de P.falciparum dans le sang et d'une ou plusieurs des manifestations suivantes :

- ◆ Neuropaludisme : coma stades 2 et + ; convulsions généralisées et répétées
- ◆ Anémie grave : taux d'hémoglobine < 6g/100ml et/ou taux d'hématocrite < 20%
- ◆ Insuffisance rénale : diurèse < 400ml/24h ; créatininémie > 265 micromoles/l
- ◆ œdème pulmonaire
- ◆ hypoglycémie
- ◆ collapsus circulatoire
- ◆ hémorragie diffuse ou CIVD
- ◆ hémoglobinurie massive
- ◆ acidose sanguine : pH sanguin < 7,25

Attention : l'absence de ces signes chez la femme enceinte ne présage pas de la gravité du paludisme

Autres manifestations contingentes ne suffisant pas à elles seules à définir l'accès grave :

- ◆ Obnubilation : coma stade I
- ◆ hyperthermie (température $\leq 41^{\circ}\text{C}$) ou hypothermie (température $\leq 36^{\circ}\text{C}$)
- ◆ ictère
- ◆ parasitémie élevée

Paraclinique :

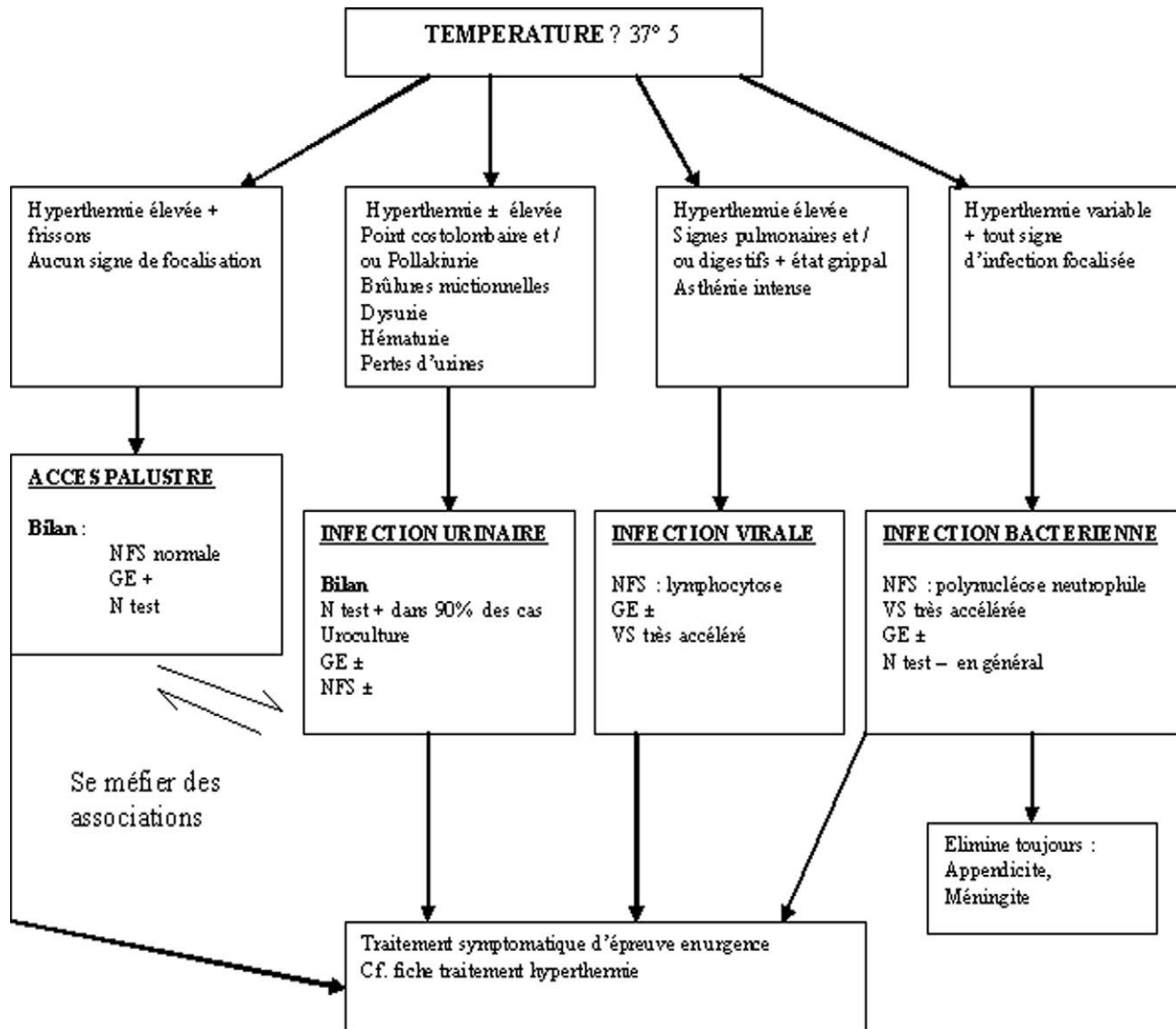
Confirmation du diagnostic par :

- Goutte épaisse
- Frottis sanguin
- Tests rapides (pLDH, HRP, QBC, ICT, etc.)

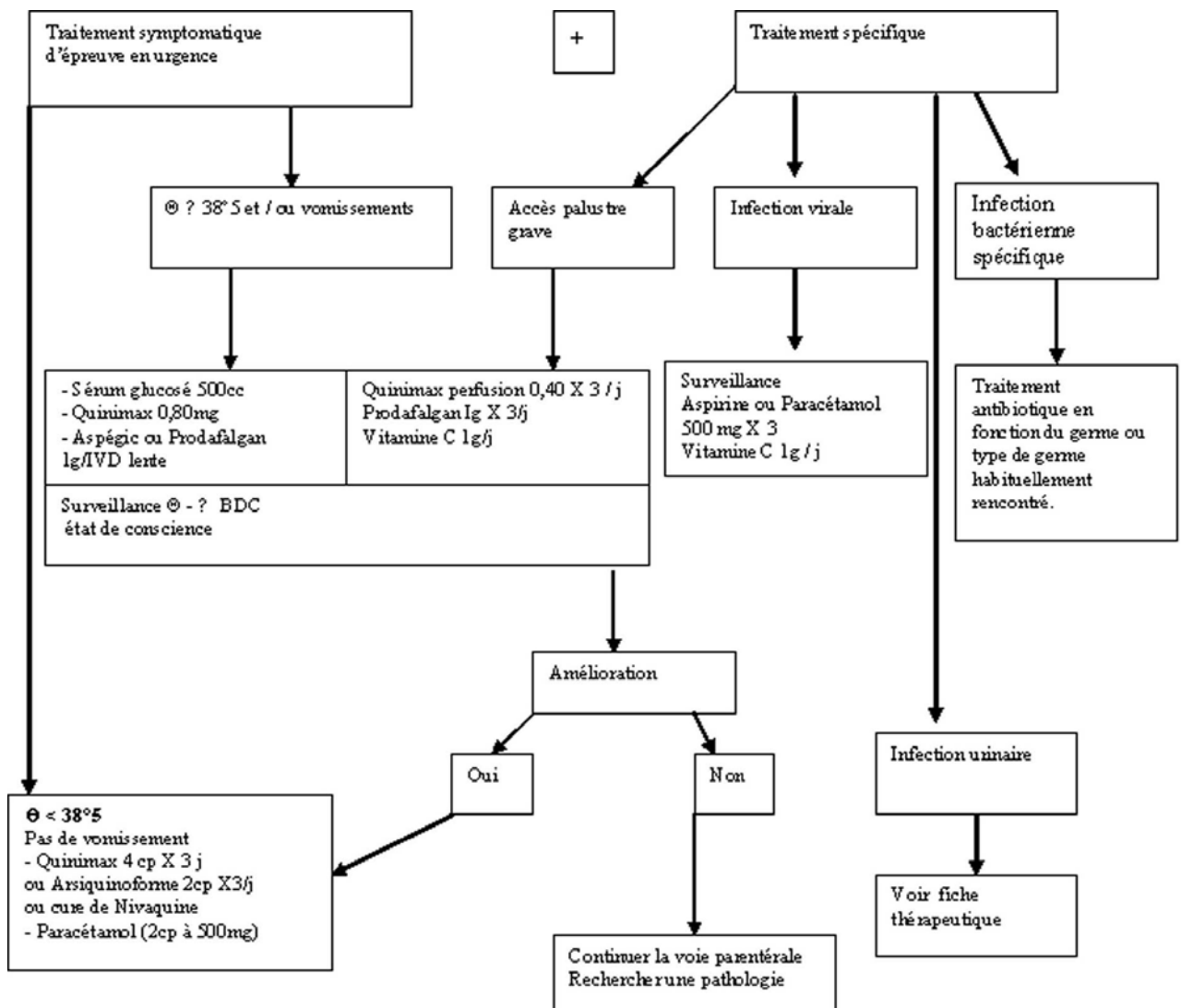
Ne pas attendre la confirmation diagnostique pour démarrer le traitement présomptif



HYPERTERMIE ET GROSSESSE

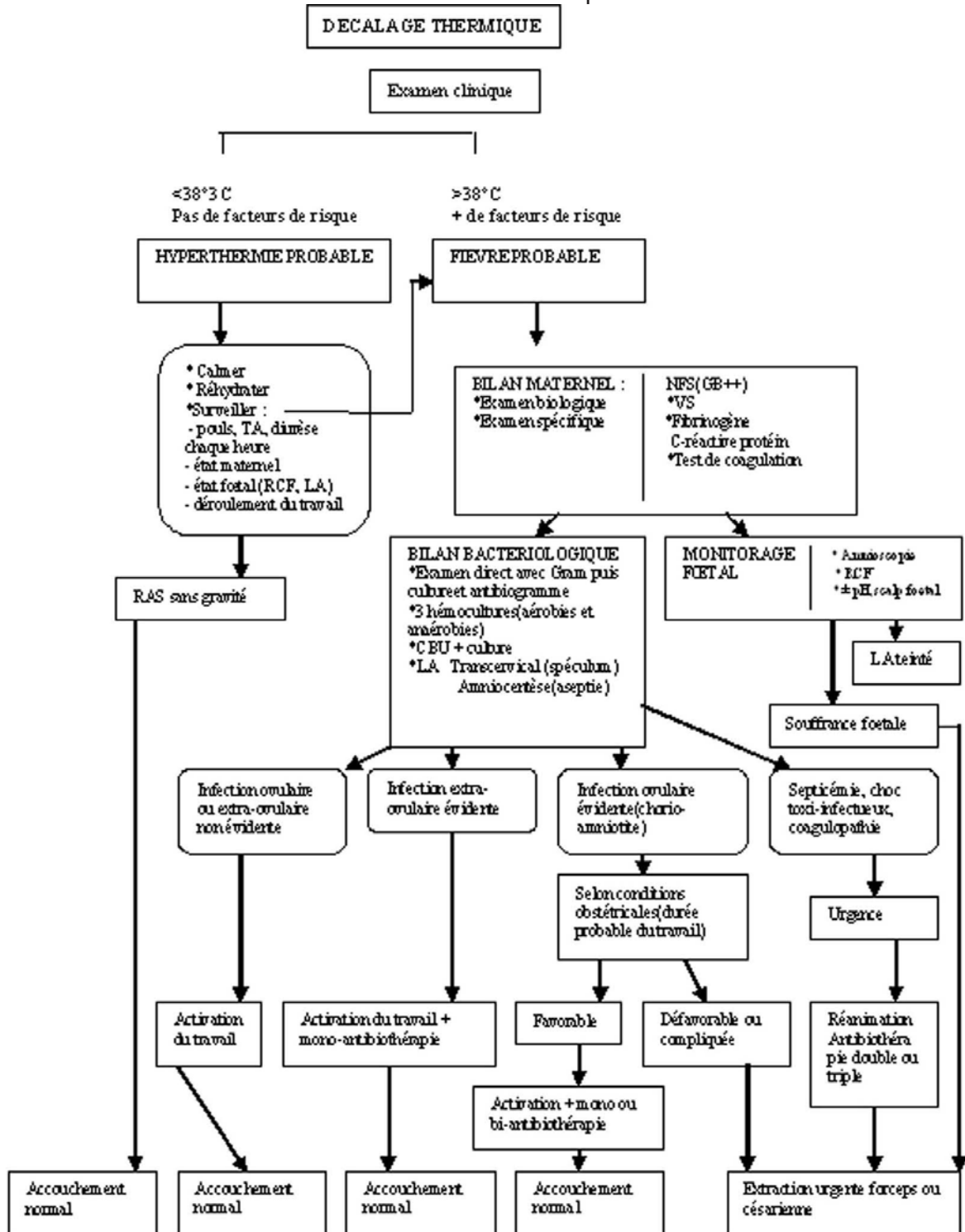


HYPERTERMIE ET GROSSESSE



FIEVRE PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Conduite à tenir au cours du travail après 35 semaines



Source : Pratique de l'accouchement
J. LANSAC et Coll.

Diagnostic différentiel :

Il convient de discuter d'autres affections :

- ◆ Pyélonéphrite aiguë
- ◆ Fièvre typhoïde
- ◆ Méningite, encéphalites
- ◆ Hépatite aiguë
- ◆ Septicémie
- ◆ Appendicite aiguë
- ◆ Éclampsie, etc.

6.4 Traitement

☐ Paludisme simple

(1) Au premier trimestre (<16 SA) :

* Quinine : 25 mg/kg/j à répartir en 3 perfusions de 500 ml de sérum glucosé 5% à passer en 4h chacune. (42 gouttes/mn).. (NB : Relais par quinine par voie orale dès que possible). Durée totale du traitement : 7 jours

* Traitement symptomatique :

- toute fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ doit être rapidement traitée par un anti-pyrétique : paracétamol : 60mg/kg/j
- traitement anti-émétique si vomissements (métoclopramide 10 mg*3/j ou métopimazine 10 mg*3/j).

(2) A partir du 2^{ème} trimestre (≥ 16 SA)

Quinine (même protocole que cidessus).

Ou

Artésunate (200mg) + Amodiaquine (600mg) pendant 3 jours.

Ou

Arthémeter en une seule injection IM (3,2mg/kg le premier jour puis 1,6mg/kg/j de J2 à J6 inclus). Relai par voie orale dès que possible.

Ou

Arthémeter associé à luméfantrine (combinaison orale).

Traitement symptomatique (cf.cidessus).

Attention: Le traitement préventif intermittent doit être continué après la cure de l'épisode : 3cp de Sulfadoxine-Pyriméthamine en une prise ; Première prise à partir de la 16^{ème} SA ou dès perception des premiers mouvements actifs du fœtus puis deuxième prise à partir de la 28^{ème} SA).

- Les mesures physiques de protection doivent être recommandées : moustiquaires imprégnées d'insecticide, etc.

☐ Paludisme compliqué

(1) Traitement antipaludique :

*Quinine injectable en perfusion (cf.ci-dessus mais remplacé le sérum glucosé 5% par le sérum glucosé 10%



(2) Mesures d'accompagnement :

- voie veineuse centrale ou, à défaut, deux voies veineuses périphériques
- sonde urinaire à demeure
- oxygénation : 6l/mn (au besoin, ventilation artificielle)
- rééquilibration hydroélectrolytique : Ringer lactate ou sérum salé isotonique selon l'état hémodynamique et ionique (en plus de la perfusion de quinine)
- anti-pyrétiques (cf. ci-dessus)
- anti-convulsivants si convulsions : sulfate de magnésie (cf. protocole) ou diazépam
- transfusion sanguine si anémie grave
- traitement de l'insuffisance rénale aiguë : diurétiques (furosémide : 20mg 3 fois par jour pour commencer sans dépasser 500mg/j), voire épuration extra-rénale
- tocolytiques si contractions utérines : salbutamol (5 ampoules de 0,5 mg en perfusion de sérum glucosé isotonique à 5% sur 24h) + antispasmodiques (phloroglucinol : 1 ampoule IVD toutes les 8h puis toutes les 12h). Relais par voie orale dès que possible.

Attention: Le traitement préventif intermittent doit être continué après la cure de l'épisode : 3cp de Sulfadoxine-Pyriméthamine en une prise ; Première prise à partir de la 16^{ème} SA ou dès perception des premiers mouvements actifs du fœtus puis deuxième prise à partir de la 28^{ème} SA).

- Les mesures physiques de protection doivent être recommandées : moustiquaires imprégnées d'insecticide, etc.

INFECTIONS URINAIRES

6.1. Définition

Il s'agit d'une atteinte infectieuse de l'appareil urinaire qui peut se traduire soit par une cystite (infection basse), soit par une pyélonéphrite (infection haute).

Elles sont parfois asymptomatiques : bactériurie asymptomatique

6.2 Problématique

La forme la plus grave est la pyélonéphrite qui peut compromettre le pronostic vital maternel. Les infections urinaires, symptomatiques ou non, peuvent se compliquer d'accouchement prématuré, d'avortement, ou de mort fœtale.

6.3 Diagnostic

Clinique :

- o dysurie, pollakiurie, mictions impérieuses, douleurs lombaires à prédilection droite, vomissements, nausées
- o fièvre,

Paraclinique :

- Dépistage systématique par bandelette urinaire (test au nitrite, test de leucocyturie, etc.)
- . ECBU obligatoire avec antibiogramme

6.4 Traitement (après prélèvement des urines pour ECBU):

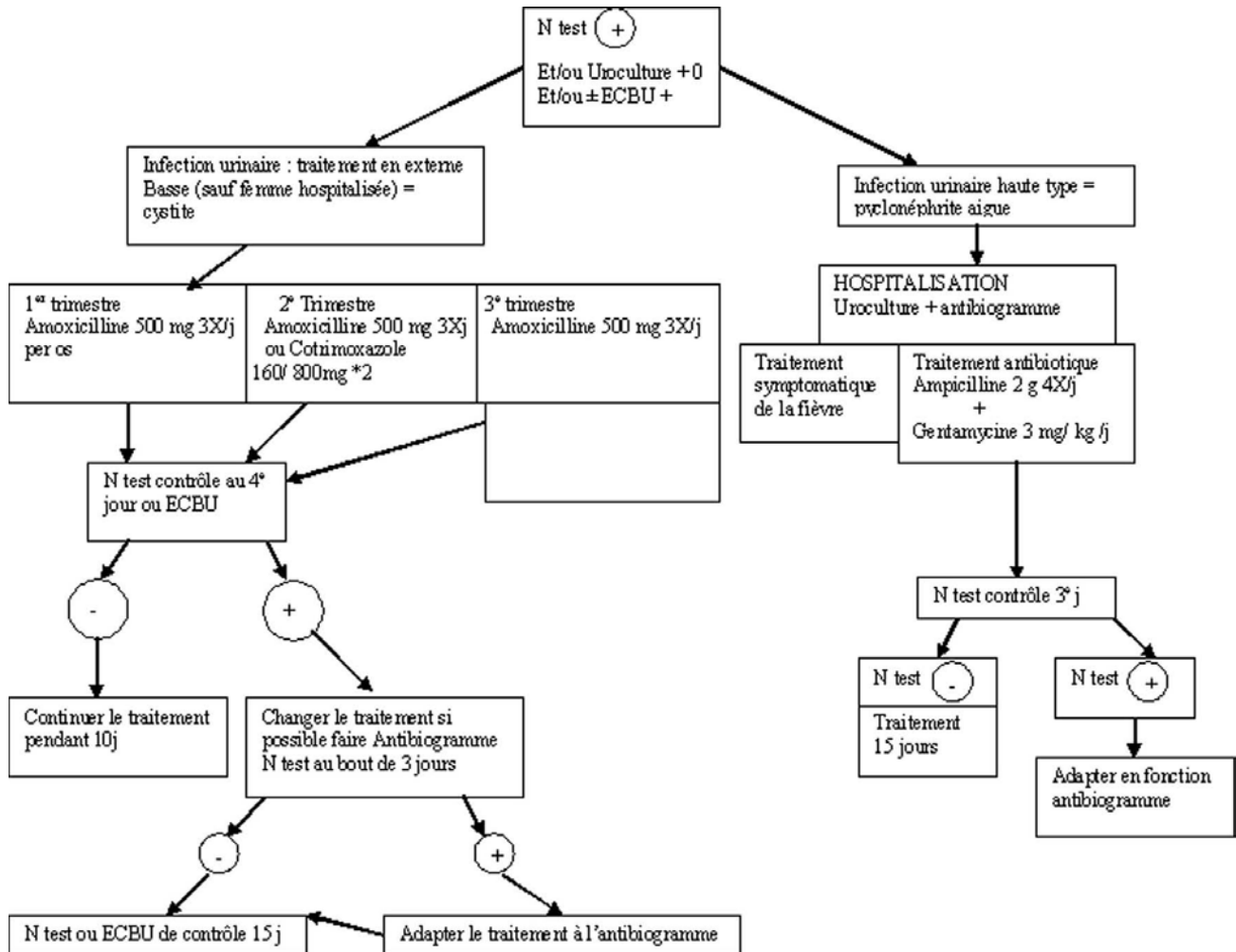
Cystite ou bactériurie asymptomatique :

- o Amoxicilline: 500mg per os trois fois par jour pendant 3 à 5 jours puis adapter selon résultats de l'antibiogramme
- o Cotrimoxazole : 160mg/800mg deux fois par jour pendant 3 à 5 jours

Pyélonéphrite

- Ampicilline 2g toutes les 6 heures en IV associé à 3mg/kg/j de gentamycine IM (une fois/jour) en attendant les résultats. Adapter en fonction de l'ECBU et de l'antibiogramme. Durée du traitement : ≥15 jours (arrêter gentamycine après 7 jours de traitement).

INFECTION URINAIRE



INFECTION OVULAIRE

6.1 Définition

C'est une colonisation bactérienne de l'œuf survenant le plus souvent après une rupture prolongée des membranes (au-delà de 6 heures).

6.2 Problématique

Elle est à l'origine de complications maternelles et fœtales graves :

- o Chez l'enfant : mort fœtale, pneumopathies, septicémies, méningites, etc.
- o Chez la mère : septicémie, choc septique, endométrite, péritonite.

Attention : il s'agit d'une urgence obstétricale avec indication impérative d'évacuation utérine.

6.3 Diagnostic

Clinique :

- écoulement vaginal fétide, léger saignement vaginal ,
- fièvre, frissons
- . douleurs abdominales
- tachycardie fœtale.

Paraclinique :

- Examen bactériologique du liquide amniotique (EBLA) et antibiogramme
- NFS, CRP

6.4 Traitement :

Médical:

- ♦ Ampicilline 2g toutes les 6 heures en IV associé à 160 mg/j de gentamycine IM en attendant les résultats. Adapter en fonction de EBLA et de l'antibiogramme. Durée du traitement : ≥15 jours.
- Métronidazole 500 mg toutes les 12 heures en perfusion

Obstétrical: Préférer l'accouchement par voie basse.

Transfert obligatoire du nouveau-né en néona-talogie.

ENDOMÉTRITE

6.1 Définition

C'est l'infection de la muqueuse utérine. Elle peut survenir après un accouchement.

6.2 Problématique

Elle est liée souvent aux conditions d'accouchement. Son évolution peut être émaillée de complications graves voire mortelles.

Elle peut entraîner des séquelles telles que l'infertilité secondaire.

6.3 Diagnostic

Clinique :

- fièvre, frissons
- douleurs abdominales
- lochies purulentes et fétides,
- distension abdominale
- utérus douloureux à la mobilisation
- mauvaise involution utérine
- saignement vaginal

Paraclinique:

- NFS
- CRP
- Examen bactériologique des lochies. (EBL)

6.4 Prise en charge:

Ampicilline 2g toutes les 6 heures en IV associé à 160 mg/j de gentamycine IM en attendant les résultats. Adapter en fonction de l'EBL et de l'antibiogramme. Durée du traitement : ≥ 15 jours.

Métronidazole 500 mg toutes les 12 heures.

Ergométrine : 0,2 mg IM 2 fois par jour ou 20 gouttes per os 3 fois par jour pendant 6j

Si état de choc, transférer la malade en réanimation

Attention: pour minimiser les risques d'endométrite, utiliser systématiquement des gants stériles dès que la rupture prématurée des membranes est suspectée et appliquer toutes les mesures de prévention des infections.