

Actualités infectieuses et grossesse

Actualités vaccinales

Dr Merle De Boever Corinne

EMA Lozère-13/11/2024

PH Maladies infectieuses et tropicales-CHU Montpellier

Focus sur les vaccins



VRS
Coqueluche
Grippe
Covid

Quelques chiffres qui parlent...

Chaque hiver

Bronchiolite pour près de **1 nourrisson sur 3, <2 ans**

3^{ème} virose hivernale en gravité après la COVID et la grippe

2-3% des enfants <1 an hospitalisés pour une **bronchiolite sévère**

En 2023/2024

VRS impliqué dans **73% des bronchiolites** admis en **réanimation**

La Prévention

2 possibilités validées

1) L' immunothérapie préventive du nouveau-né

Nirsévimab = **Beyfortus®** ()

En **dose unique** IM, dès **J0** de vie

Avant la sortie de maternité +++ → efficacité **83,2%**

Pour les **nouveaux nés** de **septembre à janvier**

La Prévention

2 possibilités validées

2) La vaccination chez la femme enceinte

Vaccin du VRS bivalent, recombinant = **Abrysvo®**

Administration entre **32 et 36 SA** (8^{ème} mois de grossesse)
Parturientes dont **terme** prévu de **septembre** à **janvier**

➔ efficacité **82%** à 3 mois de vie, à **69%** à 6 mois de vie

Peut être administré :

en même temps que **vaccin anti-grippal**
à 2 semaines d'intervalle avec le **vaccin dPTca**

La Prévention

2 possibilités validées

2) La vaccination chez la femme enceinte

Vaccin du VRS bivalent, recombinant = **Abrysvo®**



Ne pas utiliser chez les femmes **immunodéprimées**

➔ préférer **Nirsévimab** pour le nouveau-né

Pas de nouvelle dose lors **grossesses ultérieures**

➔ indication **Nirsévimab** pour le nouveau-né

La coqueluche

Depuis 2022

Recrudescence en France et en Europe des cas de coqueluche
Intensification des cas en 2023 et 2024

Risque de décès

Nouveau-nés et nourrissons non vaccinés (avant 6 mois de vie)

En France

35 décès par coqueluche depuis le début 2024
majoritairement de **jeunes enfants** (Santé publique France 16/09/2024)

Vaccination des nourrissons obligatoire depuis 01/2018

La Prévention

Reco **HAS 2022**

Vacciner les femmes enceintes à chaque grossesse

➡ transfert passif d'anticorps au fœtus)

dTcaP = Boostrix® et Repevax®

Entre **20 et 36 SA** et à **chaque grossesse**

➡ Efficacité entre **90 et 93 %** d'immunisation des femmes enceintes contre les coqueluches des nourrissons avant 2 mois

Si **non vaccinée pendant la grossesse**, **stratégie du cocooning++**

➡ vaccination de la mère et des proches en contact avec le bébé

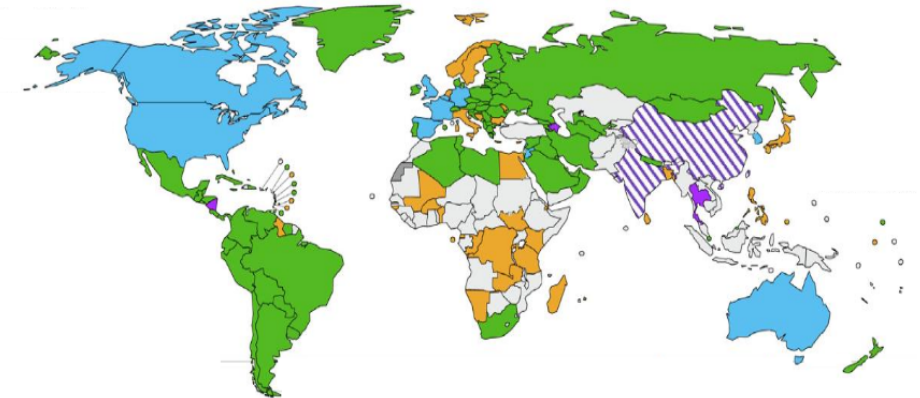
L'immunisation maternelle – Une stratégie de santé publique efficace pour prévenir les maladies chez le nourrisson

Grippe

- Les femmes enceintes et les jeunes nourrissons courent un risque plus élevé de développer des complications graves, telles que l'hospitalisation et le décès, à la suite d'une infection par la grippe¹
- La vaccination maternelle contre la grippe inactivée est recommandée depuis les années 1960 et constitue le vaccin le plus utilisé pendant la grossesse¹

1. Regan AK, et al. [Curr Trop Med Rep](#). 2019;6:239-249.
2. Morales KF, et al. [Vaccine](#). 2020;38(31):4805-4815.

Carte mondiale des pays ayant une politique vaccinale antigrippale chez les femmes enceintes²



-  Pays à revenu intermédiaire ayant une politique vaccinale
-  Pays à revenu intermédiaire sans politique vaccinale
-  Pays à revenu élevé ayant une politique vaccinale
-  Oui (86 pays soit 44%)
-  Non (40 pays soit 20%)
-  Non disponible/ pas de données transmises à l'OMS (68 pays soit 36%)
-  Non applicable

Vaccin à ARNm dès le premier trimestre de la grossesse

Protège d'une forme **COVID** grave

Lors de la **grossesse** risque multiplié par **x4** d'admission en Réa
/par rapport à une femme de même âge
/risque qui augmente au fil de la grossesse

L'**infection COVID** pendant la grossesse : **risques** de
retard de croissance in-utéro
prématurité x2 et mort fœtale x3

Protège le nouveau né **dès la naissance** et **les premiers mois**

Inocuité du vaccin chez la **femme enceinte** et son **bébé**

Situations spécifiques

Femmes enceintes

Avant la grossesse :

■ **ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole)**

Les virus de rougeole et rubéole peuvent entraîner des **fausse-couches** et des **malformations**.

2 doses si non fait dans l'enfance.

■ **Varicelle**

Contractée pendant la grossesse, elle est dangereuse pour la mère et l'enfant. 2 doses de vaccin pour toutes les femmes n'ayant pas eu la varicelle.

Pendant la grossesse :

■ **Grippe**

La grippe peut provoquer : complications respiratoires, fausse-couches et prématuré. Le vaccin est recommandé à chaque grossesse, et est sans danger !

■ **Coqueluche (dTcaP)**

Les quintes de toux peuvent provoquer des contractions utérines chez la femme enceinte. L'infection des poumons est parfois mortelle chez le nourrisson.

1 dose à chaque grossesse entre 20 et 36 SA.

Après la grossesse :

■ **Coqueluche (dTcaP)**

1 dose si non vaccinée pendant la grossesse (ou vaccinée moins d'1 mois avant accouchement).

■ **ROR**

1 dose si sérologie rubéole négative.

A chaque
grossesse !!

et le VRS: 1 seule fois



Varicelle : Actualités

Sérologie pour toutes femmes qui disent ne pas avoir été infectées (Prévalence varicelle en France : 90%; en Asie, Afrique : 60-80%)

Vaccin vivant CI pendant la grossesse (attendre 1 mois avant de démarrer une grossesse)

En cas de **contage varicelleux**

Contage < 14 jours ➡ sérologie chez la femme enceinte

Contage < 10 jours ➡ immunoglobulines spécifiques

varitect* 25 UI/kg en 1 perfusion

diminue le risque de varicelle par 2

Contage entre 10 et 14 jours ➡ valaciclovir oral

1 gr 3 fois par jour pendant 7 jours

Varicelle de la femme enceinte

Risque majoré **pneumonie varicelleuse**

10-20 % des cas
mortalité à 18%

Facteurs de risque de formes graves

tabac
varicelle 3^{ème} trim.

	Grossesse de moins de 20SA	38 SA-J+7	Post natale
	Syndrome cérébelleux congénital grave Zona post natal	Varicelle néonatale acquise in utéro: atteintes <u>cutanéomuq</u> possibles, diffuses, nécrotiques Atteintes viscérales	Contamination après la naissance par voie aérienne ou cutanée (mortalité surtout avant 1 an)

Colonisations urinaires de la femme enceinte

A partir du 4^{ème} mois dépistage bactériurie 1x/mois

Bandelette (leucocytes, nitrites)

ECBU si bandelette anormale

ECBU mensuel d'emblée chez les femmes avec

uropathie connue

diabète

antécédent de cystites aiguës récidivantes

Colonisations urinaires de la femme enceinte

Définition de la bactériurie asymptomatique

Seuil de **bactériurie** $>10^5$ UFC/ml

La leucocyturie n'intervient pas

Absence de symptôme

Bactériurie asymptomatique = Facteur de risque de pyélonéphrite

Traitement systématique adapté aux résultats de l'antibiogramme
(pas de traitement probabiliste)

Durée des antibiotiques de **7 jours** (sauf pour la fosfomycine)

ECBU de contrôle 8-10 jours après la fin du traitement puis mensuel

Bactériurie asymptomatique traitement après obtention de l'antibiogramme

1	amoxicilline	7j
2	pivmécillinam	7j
3	Fosfomycine-trométamol	Prise unique
4	Triméthoprim (après 10SA)	7j
5	-nitrofurantoïne (éviter tt itératifs) -sulfaméthoxazole-triméthoprim (après 10SA) -amoxicilline-acide clavulanique -céfixime ou ciprofloxacine	7j

Cystites chez la femme enceinte

Traitement **probabiliste** à débiter après réalisation de l'ECBU

➔ **risque d'évolution vers la pyélonéphrite**

Choix 1 : Fosfomycine-trométamol

Choix 2: pivmecillinam

Choix 3 : nitrofurantoïne

Choix 4 : céféxime ou ciprofloxacine

Antibiothérapie adaptée à 48h en fonction des résultats de l'antibiogramme

Durée de **7 jours**

ECBU de contrôle 8-10 jours après la fin du traitement puis /mois

Pyélonéphrite chez la femme enceinte

Hospitalisation fréquente

1^{ère} intention : **C3G**

En cas d'allergie: Aztréonam (hospitalisation) ou Ciprofloxacine (en l'absence de traitement par quinolones au cours des 6 derniers mois)

Si **Sepsis sévère**, rajouter un aminoside (Amikacine) 24-48h

Durée : **7-10 jours**

ECBU de contrôle 8-10 jours après la fin du traitement puis /mois