

23 - MST ET GROSSESSE

*M. Janier, N. Dupin, D. Vexiau-Robert, F. Pelletier, R. Viraben, N. Spenatto
et la Section MST de la SFD*

	Risque pour le nouveau-né	Répercussion fœtale	Mode de transmission	Traitement mère	Traitement nouveau-né
Syphilis	<ul style="list-style-type: none"> - formes symptomatiques in utéro : habituellement mort fœtale - formes néonatale précoces : foetopathies infectieuses, mauvais pronostic - formes congénitales précoces (< 2 ans) : 20 % de mortalité atteinte multiviscérale - formes tardives : (> 2 ans) : souvent asymptomatiques, séquelles possibles 	<ul style="list-style-type: none"> - fausses couches spontanées - rupture prématurée des membranes - retard de croissance intra-utérin 	périnatale (passage transplacentaire du tréponème pâle au cours du 2 ^e trimestre de la grossesse)	<p>Syphilis précoce : benzathine-pénicilline G : 1 injection IM 2,4 Millions d'unités</p> <p>Syphilis tardive : 3 injections de benzathine-pénicilline G 2,4 Millions IM à une semaine d'intervalle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévention de la réaction d'Herxheimer (paracétamol ou prednisone 0,5 mg/kg/j la veille de l'injection et pendant 3 jours) • En cas d'allergie à la pénicilline : désensibilisation 	pénicilline G : 150 000 u/kg IV en 2 à 6 injections par jour pendant 10-14 jours + prévention de la réaction d'Herxheimer (paracétamol) ou 50 000 u/kg - dose unique IM

Gonococcie	ophtalmie purulente du nouveau-né	- rupture prématurée des membranes - retard de croissance intra-utérin - chorioamniotite - fausses-couches spontanées	prénatale périnatale	ceftriaxone : 500 mg IM dose unique	• érythromycine : 30-50 mg/kg/jour per os x 10 jours • ceftriaxone : 50 mg/kg/jour IV x 7 jours
Chlamydirose	conjonctivite (5 à 14 jours après la naissance) bronchopneumonie (3 à 4 semaines après la naissance)	- fausses-couches spontanées - rupture prématurée des membranes - retard de croissance intra-utérin	périnatale	• azithromycine : 1g per os dose unique 2 ^e intention • • érythromycine : 500 mg x 4/j per os x 7 jours	érythromycine : 50 mg/kg/j en 4 doses /j x 14 jours
Trichomonose	fièvre du post-partum pour certains auteurs	- rupture prématurée des membranes - retard de croissance intra-utérin	périnatale	• traitement des formes symptomatiques : métronidazole : ovule matin et soir x 14 jours • en cas d'échec du traitement local : métronidazole : 500 mg x 2/j per os x 7 jours	
Condylomes externes	papillomatose respiratoire récidivante (1 à 4 ans)		- transplacentaire - périnatale - postnatale	Indiqué : - abstention - cryothérapie - laser CO2 - (électro)chirurgie - acide trichloro-acétique Non indiqué : - imiquimod (manque de donnée) Contre-indiqué : - podophyllotoxine - podophylline, - polyphenone (non disponible en France)	Césarienne si : - obstruction de la prise pelvienne par des condylomes - hémorragie importante supposée lors de l'accouchement par voie basse

Vaginose bactérienne		-rupture prématurée des membranes -retard de croissance intra-utérin	périnatale	métronidazole : 400 mg x 2/j per os x 7 jours	
Herpès génital	herpès néonatal avec 3 entités : • virémie herpétique (hépatite, encéphalite, atteinte viscérale et CIVD) • méningoencéphalite • forme cutanéomuqueuse	- fausses couches spontanées - rupture prématurée des membranes - retard de croissance	prénatale (rare) périnatale (le plus souvent)	<ul style="list-style-type: none"> • primo-infection ou 1^{er} épisode : <ul style="list-style-type: none"> - aciclovir : 400 mg x3/j per os x 10 jours - aciclovir IV : 5 mg/kg x 3/j x 10 jours (formes sévères) • récurrence : pas de traitement ou aciclovir per os 200 mg x 5/j x 5 jours • aciclovir per os 400 mg x 3/j à partir de la 36^e semaine d'aménorrhée chez les femmes ayant eu un 1^{er} épisode d'herpès génital pendant la grossesse • césarienne si lésions herpétiques pendant le travail et pour certains si la primo-infection (ou le 1^{er} épisode) date de moins d'un mois 	aciclovir : 60 mg/kg/j IV arrêt ou poursuite en fonction des résultats virologiques pendant 14 à 21 jours

Hépatite B	risque d'hépatite chronique avec cirrhose chez l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> - rupture prématurée des membranes - retard de croissance intra-utérin 	périnatale prénatale	prise en charge thérapeutique par hépatologue	<ul style="list-style-type: none"> • injection d'immunoglobulines spécifiques de l'hépatite B dans les 24 premières heures • vaccination contre l'hépatite B avec 1^{ère} injection dans les 7 premiers jours. La 2^{ème} injection à un mois et une 3^{ème} injection 5 à 12 mois après la 2^{ème} injection
-------------------	---	---	-------------------------	---	---

RÉFÉRENCES :

1. Moodley P, Sturm AW. Sexually transmitted infections, adverse pregnancy outcome and neonatal infection. *Semin Neonatol* 2000 ; 5 : 255-69
2. Goldenberg RL, Andrews WW, Yuan AC, MacKay HT, St Louis ME. Sexually transmitted diseases and adverse outcomes of pregnancy. *Clin Perinatol* 1997 ; 24 : 23-41
3. Mullick S, Watson-Jones D, Beksinska M, Mabey D. Sexually transmitted infections in pregnancy : prevalence, impact on pregnancy outcomes, and approach to treatment in developing countries. *Sex Transm Infect* 2005 ; 81 : 294-302
4. Bodurka DC. What's new in gynecology and obstetrics. *J Am Coll Sug.* 2005; 201: 265-74
5. Braig S, Chanzy B. Management of genital herpes during pregnancy : the French experience. *Herpes* 2004 ; 11 : 45-7.
6. Lacey C J., Woodhall S, Wikstrom A, Ross J. 2012 European guideline for the management of anogenital warts. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013 ; 27(3) : e263–70.
7. 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines
<http://www.cdc.gov/std/tg2015/tg-2015-print.pdf>