

Mater.li@n

LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN MATERNITE

N°20 mai 2010

Journée Mater Sud Est- Lyon 24 novembre 2009

La varicelle en maternité

En France, la séroprévalence de la varicelle augmente avec l'âge des femmes pour atteindre 98% vers 18-20 ans¹. En Rhône- Alpes, la séroprévalence de la varicelle chez les femmes enceintes est de 98,8%².

1) Combien de varicelles gravidiques?

Il n'existe pas de données françaises. Des données américaines montrent 0,5 à 0,7 grossesses/ 1000 compliquées d'une infection à VZV³. Ce qui représenterait 400 à 550 cas de varicelle gravidique/ an et beaucoup d'angoisses car la plupart des femmes ne connaissent pas leur statut par rapport à la varicelle

2) Quel risque pour la mère?

La varicelle de l'adulte est potentiellement une maladie grave. Alors que les varicelles de l'adulte représentent moins de 5% des varicelles en France, les adultes rendent compte de 25% des hospitalisations et 69% des décès⁴.

Les études chez la mère sont contradictoires : pas d'augmentation de la morbidité pour certains⁵, augmentation de la morbidité, avec notamment augmentation des complications respiratoires pour d'autres⁶. En France: les données françaises issues du PMSI et du CépiDC ne montrent pas de surmortalité liée à la varicelle des femmes en âge de procréer par rapport aux hommes de la même tranche d'âge (15-44 ans) ; ces données sont en défaveur de la notion de risque de décès lié à la varicelle chez la femme enceinte⁴.

3) Quel risque pour l'enfant?

31) La fœtopathie varicelleuse

Le risque de fœtopathies varicelleuse existe avant 20 SA (globalement 2 à 2,5%), 0,42% avant 13 SA, 2% entre 13 et 20 SA. Pas de fœtopathie après 20 SA mais risque de zona précoce. Le nombre de varicelles congénitales en France pourrait être 1,5 à 3,5 cas par an⁴.

32) Le syndrome de varicelle fœtale

Il est composé de lésions cutanées (100%, atrophie, défauts cutanés, bulles) de lésions du système nerveux (77%, atrophie corticale et cérébelleuse, microcéphalie, hydrocéphalie, paralysies, paralysies des NC, tr sphinctériens) d'anomalies oculaires (68%), d'atteinte squelettique (68%), de retard de croissance (39%)^{7, 8}. Les lésions des membres séquellaires d'une varicelle congénitale sont illustrées dans Bruel et al.⁹

33) Varicelle périnatale¹⁰

On assiste à une varicelle maternelle durant les 3 semaines précédant l'accouchement. Le risque de transmission est de 20 à 50%. La varicelle survient dans les 10 premiers jours de vie du nouveau né. La gravité de l'atteinte fœtale dépend de la date de la varicelle maternelle. Le risque est maximal si la varicelle maternelle débute entre J-5 et J+2/ accouchement. L'éruption est intense et généralisée. Des lésions ulcéro- nécrotiques apparaissent sur la peau et les muqueuses. Il y a atteintes pulmonaires ou viscérales. La mortalité va jusqu'à 30%

34) Varicelle du nouveau né

Elle apparaît près 10 jours de vie. La plupart de ces varicelles sont bénignes car le nouveau né est protégé par les AC maternels transmis (sauf si le contaminateur est la mère). Des formes sévères ont malgré tout été décrites¹¹. D'où la nécessité de vigilance, voire de traitement prophylactique

4) Les moyens thérapeutiques et prophylactiques post- exposition

Ils s'adressent à la femme enceinte et au nouveau-né. Ils comportent les immunoglobulines spécifiques et les antiviraux. Le vaccin varicelle administré dans les 3 jours post-contage prévient la varicelle dans plus de 95% des cas¹² mais le vaccin varicelle est contre indiqué pendant la grossesse (vaccin vivant) et il ne doit pas y avoir de vaccination avant l'âge de 1 an.

41) Les immunoglobulines spécifiques anti-VZV

C'est le seul traitement préventif validé de la varicelle en post- exposition. Varitect® est disponible en ATU nominative : une autorisation de l'AFSSAPS est nécessaire ; les pharmacies hospitalières des CHU possèdent ce produit. Il est administré à la dose de 5 à 25UI/kg (0,2 à 1ml/kg) IV dans les 96h suivant le contage. Le libellé d'ATU ne mentionne pas la femme enceinte mais l'Académie Américaine de Pédiatrie le recommande et l'AFSSAPS accepte habituellement l'indication. Les indications de Varitect® en prophylaxie post- contact (ATU) sont : (1) Enfants et adultes immunodéprimés (2) Nouveau nés dont la mère a présenté la varicelle dans les 5 jours qui précèdent ou dans les 2 jours qui suivent l'accouchement (3) Hors contage maternel (a) Les prématurés qui doivent rester à l'hôpital pour une durée prolongée (b) Les prématurés (AG< 28s ou PN<1000g) quel que soit le statut de la mère vis-à-vis de la varicelle

42) Les antiviraux

Les produits sont : (1) Aciclovir (Zovirax®) sous forme orale et sous forme IV (2) Valaciclovir (Zelitrex®) sous forme orale réservée à l'adulte. Aucun de ces produits n'a d'AMM pour la prophylaxie de la varicelle. Les indications des antiviraux sont (1) pour l'Aciclovir IV (a) la varicelle de la femme enceinte dont l'éruption survient dans les 8 à 10 jours précédant l'accouchement, (b) la varicelle du nouveau né (c) chez le nouveau né dont la mère a présenté une varicelle dans les 5 jours précédant ou les 2 jours suivant l'accouchement. Ces recommandations apparaissent dans la conférence de consensus de 1998¹³ alors que les immunoglobulines n'étaient pas disponibles. Aucun autre pays n'a fait cette recommandation. (2) L'Aciclovir oral n'a pas d'indication. (3) Le Valaciclovir oral n'a pas d'AMM pour la varicelle. Il est souvent prescrit par les gynéco obstétriciens en prophylaxie post-contact chez la femme enceinte. Il n'existe pas de signal de pharmacovigilance lié à son utilisation pendant la grossesse

43) Prophylaxie primaire: la vaccination contre la varicelle

Il existe deux vaccins commercialisés : Varivax® et Varilrix®. Ce sont des vaccins vivants atténués (souche OKA). Ils sont bien tolérés. Les effets secondaires sont limités: éruption de varicelle au point d'injection ou "généralisée" (quelques vésicules) environ 3-4% des cas. Le schéma vaccinal propose 2 injections espacées d'au moins 4 semaines par voie sous cutanée. Il est contre indiqué pendant la grossesse : vaccination sous contraception efficace de 3 mois après chaque injection .

Les recommandations vaccinales du calendrier vaccinal 2004 sont : (1) La vaccination universelle chez des enfants n'est pas recommandée (2) La vaccination est recommandée chez les professionnels de santé réceptifs (avec sérologie négative) : étudiants, écoles d'infirmières, rattrapage pour les personnels hospitaliers réceptifs surtout services accueillant des sujets à risque de varicelles graves.

Il y a eu une révision des recommandations (Haut Conseil de la santé publique- juillet 2007- Calendrier vaccinal 2007). La nécessité de protéger les plus menacés est apparue justifiée par le fait que, malgré les

recommandations, un certain pourcentage d'enfants étaient vaccinés. La couverture vaccinale insuffisante déplaçait l'âge de la maladie vers l'adolescent et l'adulte, chez qui la varicelle est plus grave. Les nouvelles recommandations du Haut Conseil de la santé publique- juillet 2007 (Calendrier vaccinal 2007) préconisent : (1) La vaccination des nourrissons reste non recommandée, et le remplacement du ROR par le ROR-V déconseillée (2) Les recommandations de 2004 sont confirmées : Schéma vaccinal à 2 doses dans tous les cas. (3) Les indications sont étendues (a) aux adolescents de 12 à 18 ans sans antécédent de varicelle (ou histoire douteuse) avec ou sans sérologie préalable ; (b) aux femmes en âge de procréer (notamment si projet de grossesse) sans antécédent de varicelle (ou histoire douteuse) après ou sans contrôle sérologique avec un test de grossesse négatif et sous contraception efficace de 3 mois après chaque dose ; (c) aux femmes sans antécédent de varicelle (ou histoire douteuse) dans les suites d'une première grossesse, sous couvert d'une contraception efficace

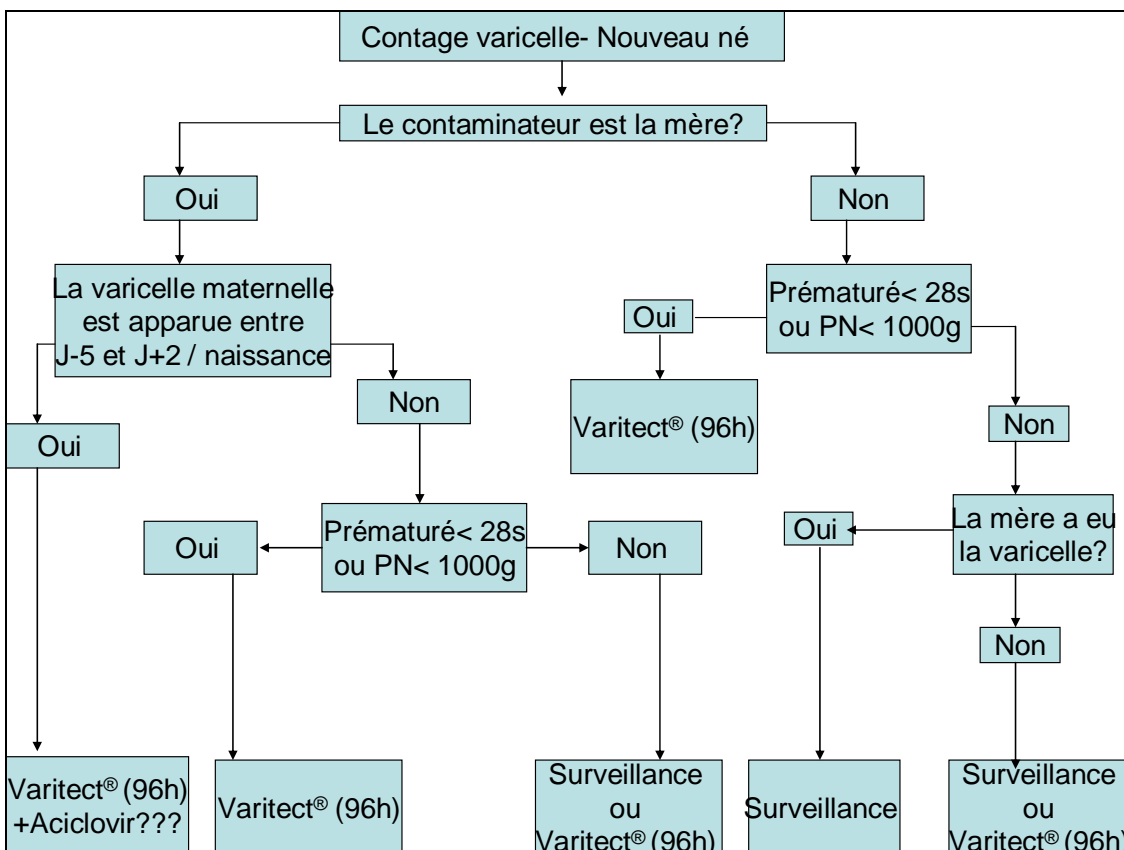
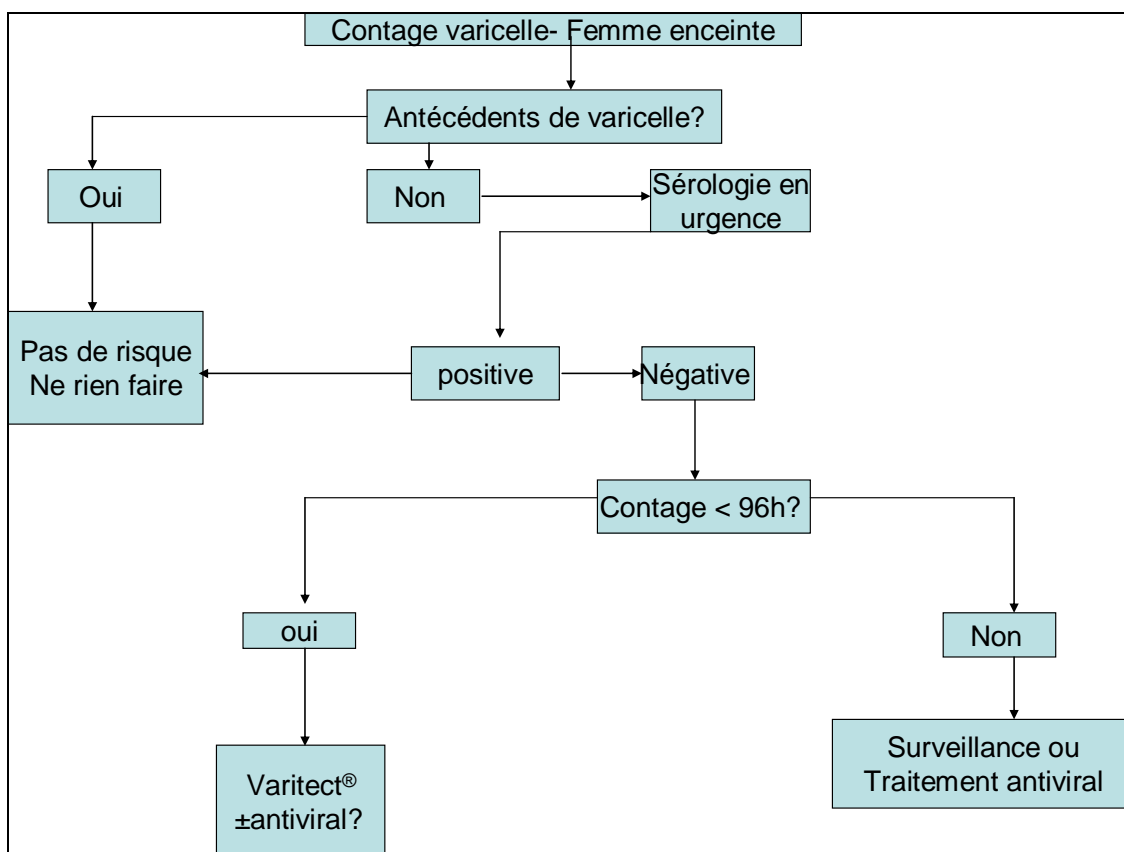
5) En conclusion

La survenue d'un cas de varicelle dans une maternité est un événement fortement perturbateur qui met en péril des nouveaux nés et des femmes enceintes. Il existe des règles précises pour la prise en charge des femmes enceintes comme des nouveaux nés malades ou en post-exposition. Ces règles restent largement méconnues. Ces événements pourraient être prévenus par l'application des recommandations vaccinales : (1) Les professionnels de santé devraient connaître leur statut vis-à-vis de la varicelle et les sujets non immuns vaccinés (2) La vaccination varicelle devrait être proposée aux adolescentes et aux femmes en âge de procréer non immunes. (3) Une sérologie varicelle devrait être pratiquée aux femmes enceintes qui ignorent leur statut et les séronégatives vaccinées en post-partum.

Professeur Daniel Floret, Université Claude Bernard Lyon1 - Hôpital Femme Mère Enfant Bron - *Président du Comité technique des vaccinations*. Compte rendu Louis Ayzac

references

1. Khoshnood B, Debruyne M, Lancon F, et al. Seroprevalence of varicella in the French population. *Pediatr Infect Dis J*. Jan 2006;25(1):41-44.
2. Saadatian-Elahi M, Mekki Y, Del Signore C, et al. Séroprévalence de la varicelle chez les femmes enceintes dans le Rhône, France, 2005. *BEH*. 10 octobre 2006 2006(39/2006):294-296.
3. Pastuszak AL, Levy M, Schick B, et al. Outcome after maternal varicella infection in the first 20 weeks of pregnancy. *N Engl J Med*. Mar 31 1994;330(13):901-905.
4. Bonmarin I, Bakao N, Seringe E, Levy-Bruhl D. Epidémiologie de la varicelle en France. *BEH*. 22 février 2005 2005(8/2005):30-31.
5. Enders G, Miller E, Cradock-Watson J, Bolley I, Ridehalgh M. Consequences of varicella and herpes zoster in pregnancy: prospective study of 1739 cases. *Lancet*. Jun 18 1994;343(8912):1548-1551.
6. Gershon A. In: Saunders W, ed. *Infections of the fetus and newborn infant*. 8th ed 2001:683-732.
7. Alkalay AL, Pomerance JJ, Rimoin DL. Fetal varicella syndrome. *J Pediatr*. Sep 1987;111(3):320-323.
8. Laforet EG, Lynch CL, Jr. Multiple congenital defects following maternal varicella; report of a case. *N Engl J Med*. Apr 10 1947;236(15):534-537.
9. Bruel H, Chabrolle JP, El Khoury E, Poinot J, Amusini P, Beurrier J. [Two cases of congenital varicella syndrome: plea for the varicella vaccine]. *Arch Pediatr*. Mar 2004;11(3):216-218.
10. Preblud SR, Bregman DJ, Vernon LL. Deaths from varicella in infants. *Pediatr Infect Dis*. Sep-Oct 1985;4(5):503-507.
11. Brunell PA. Varicella in pregnancy, the fetus, and the newborn: problems in management. *J Infect Dis*. Aug 1992;166 Suppl 1:S42-47.
12. Watson B, Seward J, Yang A, et al. Postexposure effectiveness of varicella vaccine. *Pediatrics*. Jan 2000;105(1 Pt 1):84-88.
13. Prise en charge des infections à VZV. Paper presented at: 11e Conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse; 25 mars 1998, 1998; Lyon. *Méd Mal Infect* 1998; 28 (n° spécial).



Augmentation du risque d'endométrite après césarienne en cas de tabagisme

Les risques du tabagisme ont été étudiés pour le déroulement de la grossesse et le retentissement sur le fœtus et l'enfant, mais nous n'avons pas trouvé d'étude sur l'incidence du tabagisme sur les infections nosocomiales en maternité. L'incidence du tabagisme sur les infections nosocomiales a été démontrée dans certaines spécialités chirurgicales.

Notre étude porte sur tous les dossiers des patientes ayant accouché à la maternité du Groupement Hospitalier Sud (CHU de Lyon) durant les années 2007 et 2008, soit 3566 grossesses.

Nous avons étudié le risque lié au tabagisme pour les principales infections nosocomiales : endométrites, infections urinaires et infections du site opératoire chez les femmes ayant accouché par voie basse et chez les femmes ayant accouché par césarienne.

Durant cette période le taux d'infections nosocomiales a été de 2.6% pour les accouchements par voie basse et 2.7% pour les césariennes. Le nombre de césariennes était de 845 (soit 23.9% des patientes - maternité niveau III). En ce qui concerne le tabagisme, 19.5% des patientes fumaient avant la grossesse et 10.58% (de la population totale) fumaient pendant la grossesse.

Nous avons observé plus d'endométrites chez les patientes fumeuses ayant eu une césarienne (1.8%) que chez les patientes non fumeuses ayant eu une césarienne (0.3%) ($p=0.036$).

Pour certaines autres complications infectieuses nous avons observé une tendance à l'augmentation mais la différence n'était pas significative, ce qui est peut-être lié à la petite taille de l'échantillon.

L'étude va se poursuivre dans notre maternité et nous essaierons d'y inclure les autres maternités du réseau CCLIN SUD-EST qui seront volontaires pour collaborer.

Le tabagisme, pendant la grossesse, semble augmenter le risque d'endométrite après césarienne.

M. Berland*, R. Girard**, L. Ayzac***

* Université Claude Bernard Lyon 1 –Faculté de Médecine Lyon Sud – Charles Mérieux
Maternité du Groupement hospitalier Sud, 165 chemin du Grand Revoyet, 69495 Pierre Bénite Cedex

** Service d'Hygiène et Epidémiologie, Groupement Hospitalier Sud, 165 chemin du Grand Revoyet, 69495 Pierre Bénite Cedex

*** CCLIN Sud Est, Hôpital Henry Gabrielle, 20 route de Vourles, 69230 Saint Genis Laval

AGENDA

	Intitulé	Date
1	Prévention du risque infectieux (public : ASD / Auxiliaire de puériculture)	9-10 septembre 2010
2	7ème congrès de gynécologie obstétrique et reproduction de la Côte d'Azur	16-18 septembre 2010
3	Correspondant en Hygiène Hospitalière (Sage femme)	22-23-24 septembre 2010
4	2èmes assises de gynécologie obstétrique	30sept - 1er octobre 2010
5	Périnatalité : Prévention du risque infectieux en maternité et néonatalogie	19-oct-10
6	40èmes journées nationales de la société française de médecine périnatale	20-21 octobre 2010
7	32èmes journées de la société française de sénologie et de pathologie mammaire	3 au 5 novembre 2010
8	Journée annuelle du Réseau MATER	18 novembre 2010

2010

	Lieu, organisation	Contact
1	LYON institut supérieur de formation des cadres de santé HCL	secrétariat institut 04 72 11 51 14
2	Hôtel NEGRESCO, Nice Côte d'Azur	secrétariat d'organisation André Bongain 04 92 03 61 05 08 / 08 inscription Mary Sanz 04 97 06 39 39
3	LYON institut supérieur de formation des cadres de santé HCL	secrétariat institut 04 72 11 51 14
4	Lille Grand Palais bd des cités unies	inscription en ligne assisesgynobs.com 01 48 43 76 57 inscription@assisesgynobs.com
5	Corte - Corse	Elisabeth Laprugne Garcia CCLIN Sud Est 04 78 86 49 46
6	Centre International de Deauville "les planches" 14800 Deauville	CERC 0134155675 a.deshons@wanadoo.fr
7	Palais des congrès de Strasbourg Place de Bordeaux Strasbourg	CERC 0134155675 a.deshons@wanadoo.fr
8	Hotel Dieu de Lyon - Grand réfectoire	Valérie Cellupica CCLIN Sud Est 04 78 86 49 20

Adresses utiles...

Conseil National de l'Ordre des Sages Femmes :

<http://www.ordre-sages-femmes.fr/>

CERDAM Centre de Ressource Documentaire pour l'Allaitement Maternel :

www.info-allaitement.org/CERDAM/index.htm

Nosobase® Hygiène Hospitalière et Infections nosocomiales:

<http://nosobase.chu-lyon.fr/>

SFHH Société Française d'Hygiène Hospitalière :

<http://www.sfh.net/>

Appel à communications

Afin que ce bulletin devienne un lieu privilégié d'échange entre les maternités du Sud-Est, n'hésitez pas à nous faire parvenir de courts textes (1 page Word, taille de caractères 12) traitant de vos expériences ou bien exposant vos problèmes et interrogations.

Responsable de publication : Louis AYZAC

Pour tout renseignement contacter le CCLIN* Sud-Est

Tel : 04 78 86 49 20 - Fax : 04 78 86 49 48

E-mail : cclinse@chu-lyon.fr

Site Internet : <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/>

*Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales