

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL GRIPPE ET GROSSESSE

Date de validation : 06/2025

Suivi des modifications				
N° version	Date de la validation	Rédaction	Relecture	Validation
2		Rapporteur Dr Emmanuelle LESIEUR	Groupe de relecture régional	Conseil scientifique

MENTION RESTRICTIVE : « Ce protocole de soins est proposé à titre indicatif et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier. »

I. PRINCIPES GÉNÉRAUX, PHYSIOPATHOLOGIE ET ÉPIDÉMIOLOGIE

- La grippe est liée au *Myxovirus influenzae*, qui peut être de 3 types : A (majoritaire), B et C.
- Elle possède un rythme saisonnier « automne – hiver ».
- La transmission est strictement interhumaine : soit par voie directe (principalement par voie aérienne via les gouttelettes), soit par voie indirecte (manuportage)
- La contagiosité est située entre 1 jour avant et jusqu'à 6 jours après le début des symptômes.
- Lors d'une saison épidémique, le taux de sujet infecté se situe à environ 10 % de la population mondiale, contre plus de 30 % en période de pandémie.

- La grippe décompense facilement un état pathologique sous-jacent.
- Les femmes enceintes sont une population à risque de complications graves
 - Risque maternel : morbidité augmentée x 10 , risque de complications obstétricales x 5
 - Risque foetal : augmentation du risque de FCS/FCT, de prématurité, de morbi-mortalité périnatale.

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

GRIPPE ET GROSSESSE

- La vaccination chez la femme enceinte est recommandée
- Le traitement précoce par OSELTAMIVIR (TAMIFLU) réduit l'excrétion du virus et sa transmission, les symptômes chez la patiente et le risque de complications et de formes graves.

II. PREVENTION

1. MESURES BARRIÈRES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES

a. Prévention individuelle chez la femme enceinte

- Hygiène indispensable : si toux/éternuements, se couvrir la bouche et le nez ; mouchoirs à usage unique à jeter dans la poubelle ; lavage des mains régulier.
- En milieu communautaire et familial : masque chirurgical recommandé
- Pour les patientes infectées : arrêt de travail et repos à domicile

b. Prévention collective (hospitalière)

- Chambre individuelle avec porte fermée
- Habillage avant d'entrer dans la chambre / la salle, pour tout soignant
- Masque de protection
- Hygiène des mains strictes par friction SHA
- Gants à usages unique, non stériles pour tout contact avec la patiente.

2. VACCINATION

- **Vaccination des femmes enceintes** en période épidémique : prise en charge à 100 %
 - **Quel que soit le terme** de la grossesse
 - **Protège également les nourrissons** si le délai entre la vaccination et la naissance est au moins de 2 semaines : la durée de protection du nourrisson est de 3 à 6 mois.
 - particuliers chez la femme enceinte
- **Vaccins recommandés** chez la femme enceinte :
 - Vaxigrip tetra (Sanofi Pasteur)
 - InfluvacTetra (Mylan)
- Recommandation de **vaccination** antigrippale pour **tous les professionnels de santé** en période épidémique

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

GRIPPE ET GROSSESSE

III. PRISE EN CHARGE D'UNE FEMME ENCEINTE ATTEINTE ou POSSIBLEMENT ATTEINTE DE GRIPPE

1. DIAGNOSTIC

a. Suspecter et confirmer une grippe

3 phases décrites :

1. *La phase d'invasion*

- Début brutal
- Malaise général fébrile (frissons, fièvre, myalgies, céphalées)

2. *La phase d'état*

- Fièvre élevée, frissons, asthénie, anorexie
- Il peut exister une courbe de température dite en « V grippal » : la température diminue au bout de 2-3 jours et remonte au 4^{ème}-5^{ème} jour
- Syndrome fonctionnel respiratoire : congestion nasale, rhinorrhée, douleurs pharyngolaryngées, dysphagie, dysphonie, toux sèche
- Syndrome algique diffus : céphalées, arthralgies, myalgies, lombalgies, courbatures

3. *La phase de guérison*

- Asthénie
- Toux résiduelle pendant plusieurs semaines

Dès la consultation, proposer un masque chirurgical, désinfection SHA des mains, et ne pas faire attendre trop longtemps en salle d'attente .

Prélèvement viral systématique si disponible.

Éliminer autres causes de fièvre : bandelette urinaire, examen clinique et obstétrical.

Discuter un bilan minimal en fonction de l'état clinique de la patiente : ECBU, hémoculture, EFS +/- imagerie pulmonaire (surinfection pneumopathie)

b. Rechercher des signes de gravité

- Signes de gravité respiratoires : difficultés respiratoires, $sat^{\circ} < 94\%$, cyanose, toux sévère, douleur thoracique
- Mauvaise tolérance hémodynamique
- Signes de sepsis sévères
- Signes neurologiques

PROTCOLE OBSTÉTRICAL

GRIPPE ET GROSSESSE

c. Rechercher des facteurs additionnels de grippe sévère

Obésité, diabète, cardiopathies, pathologies respiratoires chroniques, néphropathies, formes graves de pathologies neurologiques et musculaires, immunodépression, hémoglobinopathies sévères.

2. PRISE EN CHARGE

Situation 1 : Absence de signe de gravité

- Pas d'hospitalisation : prise en charge à domicile
- Arrêt de travail pendant 7 jours
- OSELTAMIVIR (TAMIFLU) : 75 mg x 2 / jour pendant 5 jours, quelque soit le terme, à débiter le plus vite possible, même si le délai entre le début des symptômes et le diagnostic est > à 48h
- Arrêt du traitement si la PCR grippe est négative
- Traitement symptomatique à introduire : paracétamol, hydratation, repos, DRP au sérum physiologique
- Masques chirurgical en contact de proches.

Situation 2 : En présence de signe de gravité

- Hospitalisation en maternité de niveau adapté
- Mesures d'isolement mise en place selon protocole du service
- Bilan : PCR *Myxovirus influenzae* sur sécrétions naso pharyngées (ou sinon en alternative, Test de Diagnostic Rapide) +/- bilan complémentaire à discuter (CRP, imagerie pulmonaire..)
- Monitoring fœtal en fonction de l'âge gestationnel
- Traitement par OSELTAMIVIR (TAMIFLU) : 75 mg x 2 / jour pendant 5 jours, quelque soit le terme, à débiter le plus vite possible, même si le délai entre le début des symptômes et le diagnostic est > à 48h
- Antibiothérapie à discuter si co-infection bactérienne : cibler streptococcus pneumoniae, S. aureus, H. influenzae. En 1^{ère} intention : amoxicilline – acide clavulanique en 1^{ère} intention, à discuter avec les pédiatres. Possible aussi : cefotaxime 1g x 3/j en IV.
- Surveillance et avis multidisciplinaire en cas de dégradation (anesthésiste réanimateur, infectiologue, pneumologue)

IV. **CONTAGE CHEZ LA FEMME ENCEINTE**

- Proposition d'un traitement prophylactique par OSELTAMIVIR (TAMIFLU) 75 mg, 1 x / jour, pendant 10 jours si et seulement si :
 - Contact étroit avec une personne grippée
 - Contact récent < à 48h

PROTCOLE OBSTÉTRICAL

GRIPPE ET GROSSESSE

REFERENCES

1. SPILF – infectiologie (PILLY 2023) : <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/pilly-etudiant/items-edition-2023/pilly-2023-item-166.pdf>
2. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/articles/la-grippe-une-epidemie-saisonniere>
3. <https://www.ameli.fr/assure/actualites/vaccination-contre-la-grippe-et-le-covid-19-une-double-protection-pour-les-femmes-enceintes>

PROCOLE OBSTÉTRICAL

GRIPPE ET GROSSESSE

Participants :

Membres de droit du conseil scientifique

Pr André BONGAIN (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHU Nice
Dr Farid BOUBRED (et/ou suppléant) pédiatre réanimation néonatale APHM
Pr Florence BRETTELLE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien APHM
Pr Bruno CARBONNE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHPG Monaco
Pr Claude D'ERCOLE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien APHM
Pr Jérôme DELOTTE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHU Nice
Dr Sergio ELENI DIT TROLLI (et/ou suppléant) pédiatre réanimation néonatale CHU Nice
Dr Catherine GIRE (et/ou suppléant) pédiatre néonatalogie APHM
Pr François POINSO (et/ou suppléant) pédopsychiatre APHM

Membres consultatifs du conseil scientifique

Dr Julie BLANC Gynécologue obstétricien APHM
Dr Joël NGUYEN Chef de service de pédiatrie néonatalogie CH Grasse
Dr Jean-Claude PICAUD Ancien chef de service de néonatalogie CHPG Monaco
Audrey REYNAUD Responsable des affaires scientifiques SOS PREMA
Dr Sophie TARDIEU PH santé publique, Chargée de mission Structure Régionale d'Appui PASQUAL
Dr Cynthia TRASTOUR Gynécologue obstétricien CHU Nice
Dr Philippe TRUC Responsable service médecine néonatale CH Toulon