

# PROTOCOLE OBSTÉTRICAL TUBERCULOSE 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. RAPPELS EPIDEMIOLOGIQUES ET MICROBIOLOGIQUES

La tuberculose (TB) est une infection bactérienne chronique due au **Mycobacterium tuberculosis**, un bacille acido-alcoolo-résistant (BAAR), transmis par voie aérienne via les gouttelettes.

- **10,6 millions** de cas de TB estimés dans le monde en 2022 (OMS).
- **1,3 million** de décès chez les personnes non infectées par le VIH.
- En France : environ **5 000 cas/an**, majoritairement chez les populations migrantes, précaires ou immunodéprimées.
- Incidence faible chez les femmes enceintes, mais **risque de diagnostic tardif** avec complications potentielles.

# PROTOCOLE OBSTÉTRICAL TUBERCULOSE ET GROSSESSE

## II. DIAGNOSTIC ET SUSPICION DE TUBERCULOSE PENDANT LA GROSSESSE

### 1. Signes d'alerte

- Fièvre prolongée, asthénie, sueurs nocturnes, amaigrissement.
- Toux persistante, hémoptysie, dyspnée.
- Formes extra pulmonaires : adénopathies, pleurésie, tuberculose génitale, osseuse, méningée...

### 2. Facteurs de risque

- Origine ou séjour en zone endémique.
- Contact avec cas index.
- Immunodépression (VIH, traitement immunosuppresseur, diabète...).
- Précarité, malnutrition, incarcération.

### 3. Outils diagnostiques

- **Imagerie** : radiographie thoracique possible avec protection abdominale +/- scanner
- **Tests immunologiques** : IGRA (QuantiFERON), IDR peu fiable en grossesse.
- **Examens bactériologiques** : recherche de BAAR sur expectoration, PCR, culture.
- **Biologie** : syndrome inflammatoire non spécifique, anémie.

### 4. Facteurs de gravité

- Formes disséminées (miliaire, méningée)
- Retard diagnostique
- Co-infection VIH
- Formes multirésistantes.

# PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

## TUBERCULOSE ET GROSSESSE

### III. TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PENDANT LA GROSSESSE

La tuberculose est une **maladie à déclaration obligatoire** en France, quelle que soit la situation de la patiente. La **déclaration est nominative**. Elle doit être faite **dans les 48h après le diagnostic**, à l'Agence Régionale de Santé (ARS).

#### 1. Schéma recommandé

**Phase d'attaque (2 mois) :**

- Isoniazide (INH) + Rifampicine (RMP) + Pyrazinamide (PZA) + Éthambutol (EMB)

**Puis Phase de consolidation (4 mois) :**

- **Isoniazide + Rifampicine**

⇒ Le schéma **2mois R+H+Z+E puis 4 mois R+H** est recommandé par l'OMS

#### 2. Sécurité des antituberculeux pendant la grossesse

Médicaments	Utilisation pendant la grossesse	Remarque
Isoniazide	Utilisable	Hépatotoxicité possible : surveillance bilan hépatique + vitamine B6 en systématique
Rifampicine	Utilisable	Rare risque d'hémorragie néonatale => vitamine K à la naissance
Pyrazinamide	Utilisable	Pas de tératogénicité
Ethambutol	Utilisable	Surveillance ophtalmique en traitement prolongé
Streptomycine	CONTRE – INDIQUÉE	Risque de surdité congénitale (ototoxicité)
Fluoroquinolones	A ÉVITER	Risque osseux fœtal

#### 3. Supplémentations

- **Pyridoxine (Vitamine B6)** : 25–50 mg/jour pendant tout traitement par INH.
- **Vitamine K** : une injection au nouveau-né si traitement maternel prolongé par RMP.
- Supplémentation standard grossesse (fer, acide folique) à poursuivre si besoin.

#### 4. Cas particuliers

- **Co-infection VIH** : adapter le traitement (interaction rifampicine/ARV).
- **TB multirésistante (MDR-TB)** : prise en charge spécialisée, schémas individualisés.
- **Allaitement** : compatible avec traitement standard (concentrations faibles dans le lait).

# PROTOCOLE OBSTÉTRICAL TUBERCULOSE ET GROSSESSE

## IV. RISQUES FŒTAUX ET PÉDIATRIQUES

### 1. Risques fœtaux

- **Pas de tératogénicité** propre des médicaments standards.
- Risques liés à la maladie elle-même : surveillance échographique rapprochée
  - Retard de croissance intra-utérin (RCIU)
  - Accouchement prématuré
  - Faible poids de naissance
  - Transmission congénitale (très rare, souvent en cas de TB miliaire maternelle)

### 2. Prise en charge néonatale

A discuter avec l'équipe de pédiatrie de la maternité

- Enfant asymptomatique : **INH prophylactique pendant 3 mois**, puis réalisation d'un IGRA.
- Enfant symptomatique : **bilan complet et traitement curatif** en lien avec pédiatrie spécialisée.

### 3. Coordination obstétrico-pédiatrique

- Collaboration systématique avec équipe de pédiatrie et/ou infectiologie.
- Suivi postnatal rapproché de l'enfant et de la mère.

## REFERENCES

1. SPILF – infectiologie (PILLY 2023) : <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/pilly-etudiant/items-edition-2023/pilly-2023-item-159.pdf>
2. <https://tbksp.who.int/fr/node/2022>
3. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/7\\_splf\\_recommandations\\_tuberculose\\_ca\\_280325\\_pptx\\_.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/7_splf_recommandations_tuberculose_ca_280325_pptx_.pdf)

# PROTOCOLE OBSTÉTRICAL TUBERCULOSE 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