



Groupe de Recherche sur les
Infections pendant la Grossesse

DENGUE ET GROSSESSE

Dr Gabriel Carles, St Laurent du Maroni

La dengue, maladie virale transmise par un moustique vecteur du genre *Aedes* est endémique dans plus de 100 pays, surtout en Asie et en Amérique du sud. 3,9 milliards de personnes sont exposées et 400 millions sont infectées chaque année.

100 millions développeront des signes cliniques dont 1 à 2% de formes sévères responsables de **50000 décès annuels**.

Il s'agit de la principale maladie émergente vers les pays à climat tempéré en raison de l'extension du territoire du moustique vecteur par le réchauffement climatique. Il s'agit d'une maladie principalement urbaine.

Epidémiologie :

- Asie du sud est : endémo-épidémique
- Amérique du Sud, Caraïbes, Pacifique : épidémies récurrentes
- Afrique, Moyen-orient
- Europe : dengue d'importation et quelques cas autochtones. 538 cas en France en 2015.

Les virus

Arbovirus à ARN du genre Flavivirus dont il existe 4 sérotypes : 1,2 ,3,4

Capable de se multiplier chez certains insectes hématophages.

Immunité définitive contre chaque sérotype.

Les vecteurs

Moustiques du genre *Aedes* :

- Aedes aegypti* : zones tropicales et intertropicales ,anthropophile, **activité diurne**.
- Aedes albopictus* (tigre) : adaptation aux milieux tempérés

Clinique

Très nombreuses formes cliniques allant des formes asymptomatiques aux formes létales.

Dengue classique :

Fièvre à début brutal, céphalées intenses, courbatures, éruption.

Douleurs abdominales, vomissements et diarrhée ne sont pas rares.

Biologie : lympho-neutropénie, thrombopénie (nadir de J5 à J8), cytolyse modérée, CRP sub-normale.

Dengue sévère :

Douleurs abdominales, épanchements (ascite, plèvre), vomissements, saignements des muqueuses, trouble de conscience

Peut évoluer vers un **état de choc** avec **hémorragies diffuses**

Biologie : élévation de l'hématocrite, thrombopénie, cytolyse majeure.

Diagnostic

- recherche de **l'Ag NS1** les 5 premiers jours de la maladie
- recherche de virus par PCR et culture
- diagnostic sérologique : mise en évidence des IgM au 5^{ème} j

Ascension des IgG

Possibles réactions croisées avec d'autres flavivirus (zika...)

Diagnostic différentiel

- Autres arboviroses : chikungunya, zika
- en milieu tropical : paludisme, typhoïde, rickettsiose...
- cosmopolite : grippe, listériose, leptospirose, primo-infection à VIH, choc infectieux...

Prévention

- Lutte anti-vectorielle collective et individuelle
- Protection individuelle : vêtements longs, lotions anti-moustiques, moustiquaires.

DENGUE ET GROSSESSE

Conséquences de la grossesse sur la dengue

L'état de grossesse n'augmente pas la gravité de la maladie.

Très grand polymorphisme clinique, y penser devant :

- **toute fièvre** en zone d'endémie ou de retour de voyage
- un **syndrome algique** : douleur abdominales, céphalées...
- un **tableau digestif** : vomissements ,diarrhée
- des **signes hémorragiques** : métrorragies, purpura
- thrombopénie + cytolyse hépatique (pseudo-Hellp syndrome)

Conséquences de la dengue sur la grossesse

De nombreuses complications possibles son rapportées dans la littérature :

- accouchements prématurés
- avortements et mort fœtale in utero
- retard de croissance intra-utérin
- risque hémorragique maternel
- transmission materno-fœtale du virus

Etudes en Guyane :

- 1) Etude rétrospective sur 56 cas :
41% de MAP, 20% d'accouchements prématurés, 2 FC tardives, 2 morts fœtales in utero, 3 cas de dengue néo-natale
- 2) Etude rétrospective sur 86 cas :
Augmentation significative du risque :
 - d'accouchement prématuré : OR 3,34
 - de petit poids de naissance : OR 2,23
- 3) Etude prospective sur 62 cas :
 - Augmentation du risque hémorragique en cas de dengue sévère : RR 7,7
 - 61% de transmission materno-fœtale

Méta-analyse regroupant 16 séries :

- avortements 3 fois plus fréquents : OR 3,5

- morts fœtales in utero x 6 : RR 6,7

Pour les dengues symptomatiques :

- risque augmenté d'accouchement prématuré : OR 1,71

- risque plus élevé de petit poids de naissance : OR 1,4

Les formes symptomatiques sont plus à risque de complications.

Plusieurs publications rapportent également en cas de dengue proche du terme un risque plus élevé de souffrance fœtale pendant le travail et de survenue de dengue néonatale.

Aucune publication ne rapporte d'augmentation du risque de malformations fœtales.

Conduite à tenir

Au 1^{er} et 2^{ème} trimestre :

- traitement symptomatique : paracétamol

- surveillance clinique et biologique, dépistage des complications

Au 3^{ème} trimestre :

- traitement symptomatique : paracétamol

- tocolyse éventuelle

- dépistage des complications : choc, thrombopénies

Près du terme :

- discuter au cas par cas un éventuel déclenchement voire une tocolyse pour éviter un accouchement en phase thrombopénique

- à la naissance : surveillance clinique et biologique du nouveau-né

CONCLUSION

Maladie infectieuse parmi les plus répandues dans le monde, elle est en extension constante et devrait s'étendre aux pays à climat tempérés.

Il importe d'en faire rapidement le diagnostic car chaque arbovirose (zika, chikungunya...) à ses **conséquences propres sur la grossesse**.

Si le risque malformatif n'existe pas, il existe des risques réels de fausses couches, d'accouchements prématurés, de retard de croissance, d'hémorragies maternelles et de transmission materno-fœtale.

Bibliographie :

- Carles G, Pfeiffer H, Talarmin A Clin Inf Dis 1999 ;28 : 637-40
- Basurko C, Carles G, El Guindi W Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2009 ;147 :29-32
- Friedman E, Dallah F, Harville W, Buekens P, Breart G, Carles G, Plos Neglect Trp Dis 2014 ;8 :e3226
- Paixiao I et al Lancet ID 2016 ;7 :857-65
- Carles G Lancet ID 2016 ;7 :765-6