

Traitement des ITS chez la femme enceinte ou qui allaite

Les infections transmises sexuellement (ITS) sont relativement courantes durant la grossesse. L'éducation, le dépistage, le traitement et la prévention constituent des éléments importants des soins prénataux pour toutes les femmes. L'objectif de cet article est de présenter le traitement de certaines ITS durant la grossesse et l'allaitement, soit la chlamydie, la gonorrhée, la trichomonase, les verrues génitales et la syphilis.

Texte rédigé par **Josianne Malo**, B. Pharm., M.Sc., CHU Sainte-Justine.

Texte original soumis le 1^{er} mars 2007.

Texte final remis le 5 mars 2007.

Révision : Marc Steben, MD, FCFP, médecin-conseil, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec et Clinique des maladies de la vulve, Hôpital Notre-Dame, Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Le traitement des infections durant la période néonatale et les tests de dépistage recommandés chez la femme enceinte dépassent le cadre de cet article. Le lecteur peut se référer aux lignes directrices canadiennes pour obtenir de l'information sur ce sujet¹. Pour revoir les données sur les traitements de l'herpès génital et de la vaginose bactérienne chez la femme enceinte et celle qui allaite, le lecteur est invité à consulter les lignes directrices canadiennes et des articles publiés antérieurement dans cette chronique¹⁻³.

La chlamydie

La chlamydie est une infection génitale causée par *Chlamydia trachomatis*^{1,4-6}. Durant la grossesse, la chlamydie est associée à plusieurs issues défavorables, notamment un travail préterme, une rupture prématurée des membranes, une prématurité et un faible poids à la naissance⁵⁻⁷. La chlamydie augmente aussi le risque d'endométrite post-partum tardive⁵.

Les enfants nés par voie vaginale de mères infectées par *C. trachomatis* ont un risque de transmission verticale de 50 % à 75 %^{5,6,8}. Les principales manifestations cliniques retrouvées chez le nourrisson sont une conjonctivite débutant durant les 3 premières semaines de vie (30 % à 50 % des enfants exposés) et une pneumonie apparaissant durant les 3 premiers mois de vie (10 % à 20 % des enfants exposés)^{5,7,8}.

L'azithromycine en dose unique chez la femme enceinte offre l'avantage d'une meilleure observance et augmente les chances de succès du traitement. Après le premier trimestre, elle constitue le traitement de premier

recours. Bien que les lignes directrices canadiennes considèrent l'azithromycine comme le traitement de choix au premier trimestre, certains professionnels de la santé préfèrent l'amoxicilline ou l'érythromycine durant cette période étant donné le meilleur recul d'utilisation avec ces agents^{1,9}. L'amoxicilline et l'érythromycine ont une efficacité similaire pour le traitement de la chlamydie chez la femme enceinte, mais l'amoxicilline est associée à un profil de tolérance favorable¹⁰. Les tétracyclines et les fluoroquinolones ne sont pas recommandées^{1,4}. Les recommandations relatives au traitement de la chlamydie en période d'allaitement sont les mêmes que pour la population adulte en général¹. L'amoxicilline peut également être utilisée chez les femmes qui allaitent.

La gonorrhée

La gonorrhée est une infection causée par *Neisseria gonorrhoeae*^{1,4}. La grossesse augmente le risque d'infections non cervicales et disséminées pouvant causer une arthrite, une dermatite, une endocardite et une méningite⁷. Parmi les patientes enceintes atteintes d'une infection génitale à *N. gonorrhoeae*, on estime que 23 % accoucheront avant terme et que 29 % présenteront une rupture prématurée des membranes¹¹. Les infections gonococciques en cours de grossesse sont aussi associées à l'endométrite, à la chorioamnionite et à la septicémie¹⁷. La manifestation néonatale la plus commune de l'infection gonococcique est l'*ophthalmia neonatorum*, une conjonctivite apparaissant durant les trois premières semaines de vie^{17,11}. Non traitée, elle peut entraîner la cécité. La conjonctivite néonatale causée par *N. gonorrhoeae* a quasiment disparu



Université de Montréal
Faculté de pharmacie

Chaire pharmaceutique
Famille Louis Boivin
Médicaments, grossesse et allaitement



HÔPITAL
SAINTE-JUSTINE
Pour l'amour des enfants

dans les pays occidentaux¹. Des infections de plaie, comme des abcès au cuir chevelu, ainsi que des infections systémiques (sepsis ou méningite) sont d'autres complications possibles^{1,6,11}. Il existe peu de données sur le traitement de la gonorrhée durant la grossesse. Une revue de la documentation scientifique réalisée par le groupe Cochrane suggère que la céfixime, la ceftriaxone et la spectinomycine auraient une efficacité similaire pour induire une cure microbiologique chez des patientes enceintes souffrant de gonorrhée¹². La spectinomycine, de par son accessibilité limitée via le Programme d'accès spécial (PAS), ne constitue qu'un second choix de traitement en cas d'allergie grave aux pénicillines ou aux céphalosporines^{1,4,6,12}. Il en est de même pour l'azithromycine, efficace contre les infections

gonococciques non compliquées à une dose de 2 g, mais dont l'usage dans cette indication n'a pas été évalué chez la femme enceinte⁴. Les données d'innocuité sur l'azithromycine au premier trimestre sont limitées et le coût du traitement, assez élevé⁴. Au Québec, le taux de résistance de *N. gonorrhœæ* aux fluoroquinolones est élevé et cette classe d'antibiotiques n'est plus recommandée, sauf dans les rares cas où un traitement n'a pas été initié et si l'antibiogramme montre une sensibilité aux fluoroquinolones¹. Si des solutions de rechange sont disponibles pour le traitement de la gonorrhée, l'utilisation de fluoroquinolones n'est pas non plus retenue durant la grossesse. Les agents recommandés pour traiter la gonorrhée dans la population en général sont compatibles avec l'allaitement¹.

Cas clinique

Stéphanie, 21 ans, est enceinte de 15 semaines. Son médecin vous appelle car il a détecté une infection à *N. gonorrhœæ* à sa première visite prénatale. À part de l'acide folique, Stéphanie ne prend aucun médicament. Elle n'a pas d'autre problème de santé. Quel traitement pourrait-on lui proposer ?

La trichomonase

La trichomonase, causée par le protozoaire *Trichomonas vaginalis*, est rare au Québec^{1,4,6,13}. En cours de grossesse, l'infection génitale à *T. vaginalis* a été associée à une rupture prématurée des membranes, une naissance avant

Tableau 1
Traitements recommandés pour certaines ITS durant la grossesse et l'allaitement

| ITS | Grossesse | Allaitement |
|-----------------------------------|---|--|
| Chlamydie ^{1,10*} | Premier recours <ul style="list-style-type: none"> ■ Azithromycine 1 g po en dose unique, ou ■ Amoxicilline 500 mg po tid pour 7 jours Second recours <ul style="list-style-type: none"> ■ Érythromycine base 500 mg po qid pour 7 jours | Premier recours <ul style="list-style-type: none"> ■ Azithromycine 1 g po en dose unique, ou ■ Doxycycline 100 mg po bid pour 7 jours, ou ■ Amoxicilline 500 mg po tid pour 7 jours Second recours <ul style="list-style-type: none"> ■ Ofloxacine 300 mg po bid pour 7 jours, ou ■ Érythromycine base 500 mg po qid pour 7 jours |
| Gonorrhée ^{1,4,6,12*} | Premier recours [†] <ul style="list-style-type: none"> ■ Céfixime 400 mg po en dose unique, ou ■ Ceftriaxone 125 mg im en dose unique (dilution avec lidocaïne 1%) Second recours [†] <ul style="list-style-type: none"> ■ Azithromycine 2 g po en dose unique, ou ■ Spectinomycine 2 g im en dose unique[‡] | |
| Trichomonase ^{1,4,6,13} | Premier recours <ul style="list-style-type: none"> ■ Métronidazole 2 g po en dose unique Second recours <ul style="list-style-type: none"> ■ Métronidazole 500 mg po bid pour 7 jours, si échec au traitement de premier recours | Premier recours <ul style="list-style-type: none"> ■ Métronidazole 500 mg po bid pour 7 jours Second recours <ul style="list-style-type: none"> ■ Métronidazole 2 g po en dose unique |
| Verrues génitales ^{1,18} | Premier recours <ul style="list-style-type: none"> ■ Cryothérapie Second recours <ul style="list-style-type: none"> ■ Acide bi- ou trichloracétique 50 à 80 % en application topique q7j pour 6 à 8 semaines, ou ■ Laser à CO₂ (lésions importantes), ou ■ Excision chirurgicale (lésions importantes) | Premier recours <ul style="list-style-type: none"> ■ Cryothérapie, ou ■ Acide bi- ou trichloracétique 50 à 80 % en application topique q7j pour 6 à 8 semaines, ou ■ Imiquimod en application topique pendant 6 à 8 heures, 3 fois par semaine, pour un maximum de 16 semaines Second recours <ul style="list-style-type: none"> ■ Laser à CO₂ (lésions importantes), ou ■ Excision chirurgicale (lésions importantes) |
| Syphilis ^{1,4,6*} | Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce (moins d'un an) <ul style="list-style-type: none"> ■ Pénicilline G benzathine 2,4 millions d'unités im en dose unique[‡] (en cas de syphilis secondaire chez une patiente à plus de 20 semaines de gestation, il est recommandé de répéter la dose 7 jours plus tard) Syphilis latente tardive ou syphilis latente de durée inconnue <ul style="list-style-type: none"> ■ Pénicilline G benzathine 2,4 millions d'unités im q7j pour 3 doses[‡] Neurosyphilis <ul style="list-style-type: none"> ■ Pénicilline G sodique 3 à 4 millions d'unités iv q4h (18 à 24 millions d'unités par jour) pour 10 à 14 jours | |

* Le traitement d'une ITS bactérienne est couvert par la RAMQ et offert gratuitement aux patients (inscription sur l'ordonnance du code K pour le traitement des personnes atteintes d'une ITS et du code L pour le traitement des partenaires)¹⁹.

† Toutes les patientes recevant un traitement contre la gonorrhée doivent également être traitées pour la chlamydia, à moins que les tests de dépistage de chlamydia dont on dispose ne soient négatifs¹.

‡ Ces antibiotiques ne sont actuellement disponibles que par l'intermédiaire du PAS de Santé Canada, et sont habituellement servis en milieu hospitalier ou en clinique médicale.

§ Pour le traitement de la syphilis, les DSP offrent un service régional d'approvisionnement afin de simplifier l'accès à la pénicilline G benzathine¹⁷.

terme, un retard de croissance intra-utérine et un faible poids à la naissance, quoique certains auteurs remettent en question l'association entre la trichomonase et ces complications^{1,6,7,13}. Lors de l'accouchement, la transmission de *T. vaginalis* au nouveau-né peut causer certaines infections, entre autres aux niveaux respiratoire et urogénital^{4,7}.

Plusieurs questions restent ouvertes à l'égard du traitement de la trichomonase durant la grossesse. Le groupe Cochrane cite deux études prospectives contrôlées contre placebo qui ont montré que le métronidazole permet l'éradication du parasite chez environ 90 % des femmes enceintes infectées¹³. Cependant, l'une de ces études a été interrompue en raison d'une augmentation du risque de naissance prématurée dans le groupe traité¹³. Le poids de naissance n'était cependant pas significativement différent entre les deux groupes¹³. Dans l'attente de nouvelles données, les autorités gouvernementales recommandent de traiter seulement les femmes enceintes présentant des symptômes¹. Cette approche permet d'améliorer

le confort des patientes symptomatiques en limitant la transmission sexuelle. Lorsqu'un traitement est instauré, le métronidazole topique en crème ou en gel est déconseillé puisqu'il est considérablement moins efficace que le métronidazole par voie orale^{1,4,6}.

Le traitement de la trichomonase en période d'allaitement n'a pas fait l'objet d'études. Le traitement recommandé est le même que pour l'ensemble de la population, quoique le traitement en dose unique de 2 g entraîne des concentrations plus importantes du médicament dans le lait maternel et puisse nécessiter une interruption temporaire de l'allaitement¹⁴. De telles précautions ne sont pas nécessaires si une dose plus faible est utilisée (500 mg), ce qui rend cette dernière option plus intéressante¹⁴.

Les verrues génitales (VG)

Les VG, ou condylomes, sont causées par des génotypes à bas risque de cancer du col du virus du papillome humain (VPH)^{1,4,6}. L'évolution naturelle consiste en une fluctuation de la taille et du nombre de VG et

Cas clinique (suite)

Vous suggérez au médecin de traiter la gonorrhée de Stéphanie par la céfixime, 400 mg po en dose unique. Vous suggérez aussi de l'azithromycine, 1 g po en une dose, pour traiter l'infection à *C. trachomatis* souvent associée à *N. gonorrhœæ*. Vous recommandez à Stéphanie le condom ou l'abstinence sexuelle pendant la durée du traitement et jusqu'à l'obtention de tests de contrôle négatifs. Son partenaire recevra un traitement visant *N. gonorrhœæ* et *C. trachomatis*, que ses tests soient positifs ou non. Les tests de suivi pour Stéphanie et son partenaire seront effectués trois à quatre semaines après la fin des traitements. Leurs contacts seront évalués. Une analyse des risques devrait vérifier la nécessité de redépister Stéphanie avant la fin de la grossesse.

une élimination des lésions. Cette résolution n'est cependant pas synonyme d'éradication virale¹. L'état d'immunotolérance associé à

Tableau II

Données sur l'innocuité de certains anti-infectieux au cours de la grossesse et de l'allaitement

| Traitement | Grossesse | Allaitement |
|--|--|--|
| AGENTS TOPIQUES CONTRE LES VERRUES GÉNITALES | | |
| Acide bi- ou trichloracétique ^{1,20,21} | <ul style="list-style-type: none"> 405 expositions (dont 2 au premier trimestre) dans une étude de surveillance sans augmentation du risque de base de malformations Produits neutralisés sur la peau et les muqueuses <i>Produits considérés sûrs durant la grossesse</i> | <ul style="list-style-type: none"> Aucune donnée sur le passage dans le lait maternel <i>En raison de la petite surface d'application et de l'absorption topique très faible, un effet sur le nourrisson est très peu probable</i> |
| Cryothérapie ^{1,18} | <ul style="list-style-type: none"> Pas d'association avec une augmentation des issues de grossesse défavorables <i>Premier choix pour le traitement des condylomes durant la grossesse</i> | <i>Traitement de première intention durant l'allaitement</i> |
| Imiquimod ^{18,22,23} | <ul style="list-style-type: none"> Pas d'effet tératogène chez l'animal Notification de 8 patientes exposées (dont 2 au premier trimestre) sans issue de grossesse défavorable <i>Déconseillé durant la grossesse en raison des données limitées</i> | <ul style="list-style-type: none"> Aucune donnée sur le passage dans le lait maternel Biodisponibilité topique minimale <i>En raison de la petite surface d'application, un effet sur le nourrisson est très peu probable</i> |
| Laser à CO ₂ ^{1,7} | <ul style="list-style-type: none"> Effets limités à la région traitée Efficacité documentée chez la femme enceinte <i>Peut être utilisé chez la femme enceinte pour le traitement des verrues importantes</i> | <i>Jugé sécuritaire en période d'allaitement</i> |
| Dérivés du Podophyllum ^{1,9,18} : Podophylline Podophyllotoxine | <ul style="list-style-type: none"> Pas d'effet tératogène chez l'animal 18 expositions (14 au premier trimestre) sans lien de causalité établi avec des anomalies. Un cas de décès fœtal suite à l'application d'une quantité importante au niveau vulvaire. <i>Déconseillés durant la grossesse</i> | <ul style="list-style-type: none"> Aucune donnée sur le passage dans le lait maternel Biodisponibilité topique pouvant être significative <i>Privilégier les autres options de traitement</i> |
| AMINOSIDES | | |
| Spectinomycine ^{24,25} | <ul style="list-style-type: none"> 69 expositions (dont 20 au premier trimestre) sans augmentation du taux de base de malformations majeures Dans une étude cas-témoin, pas d'association avec des malformations congénitales chez des enfants exposés <i>in utero</i> à divers aminosides <i>Peut être utilisée durant la grossesse à tous les trimestres pour cette indication</i> | <ul style="list-style-type: none"> Aucune donnée sur le passage dans le lait maternel Biodisponibilité faible par voie orale <i>En considérant la dose utilisée et le fait que les autres aminosides sont sûrs durant l'allaitement, ne devrait pas poser de risque particulier pour le nourrisson</i> |

Tableau II (suite)

| Traitement | Grossesse | Allaitement |
|---|--|---|
| CÉPHALOSPORINES ^{9,14,18,26} | | |
| Céfixime Ceftriaxone | <ul style="list-style-type: none"> ■ Près de 6000 cas d'exposition aux céphalosporines rapportés au premier trimestre sans augmentation du taux de malformations congénitales ■ Dans une étude cas-témoin, pas d'association avec des malformations congénitales chez des enfants exposés <i>in utero</i> à diverses céphalosporines <i>Les céphalosporines sont des antibiotiques de premier recours à tous les trimestres</i> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Ceftriaxone : l'enfant allaité est exposé à environ 1 % d'une dose néonatale ■ Céfixime : non détectable dans le lait maternel ■ Usage courant en pédiatrie <i>Compatibles avec l'allaitement</i> |
| FLUOROQUINOLONES ^{9,14,27} | | |
| Ciprofloxacine Lévofloxacine Ofloxacine | <ul style="list-style-type: none"> ■ Environ 1000 cas d'exposition aux fluoroquinolones au premier trimestre sans augmentation du taux de malformations congénitales et sans patron d'anomalie identifié ■ Aucun cas rapporté d'arthropathie chez des enfants exposés <i>in utero</i> jusqu'à présent ■ Données portant principalement sur la ciprofloxacine; quelques données concernant l'ofloxacine mais aucune avec la lévofloxacine <i>En raison d'arthropathies observées à la suite de l'administration à des chiots immatures, il faut réserver les fluoroquinolones en dernier recours</i> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Comparativement à une dose pédiatrique, l'enfant allaité est exposé à de faibles quantités de ciprofloxacine (3 %), de lévofloxacine (6 %) et d'ofloxacine (2 %) ■ Un cas de colite pseudomembraneuse chez un nourrisson dont la mère prenait de la ciprofloxacine <i>Si un traitement est requis chez la mère, un arrêt de l'allaitement n'est pas nécessaire</i> |
| MACROLIDES | | |
| Azithromycine ^{9,14,20,28} | <ul style="list-style-type: none"> ■ 123 expositions au premier trimestre sans augmentation du risque de base de malformations majeures ■ Évaluation de l'efficacité de l'azithromycine plus tard dans la grossesse par plusieurs études, mais sans information sur les issues obstétricales <i>Pas d'inquiétude particulière à ce jour</i> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Le nourrisson peut recevoir jusqu'à 8 % de la dose pédiatrique par le lait maternel <i>Compatible avec l'allaitement</i> |
| Érythromycine ^{9,14,18,29-31} | <ul style="list-style-type: none"> ■ Plus de 7000 cas d'exposition au premier trimestre sans augmentation du taux de malformations ■ Dans une étude cas-témoin, pas d'association avec des malformations congénitales chez des enfants exposés <i>in utero</i> à l'érythromycine ■ Pas de lien à ce jour entre la prise d'érythromycine chez la mère et la sténose du pylore chez le nourrisson <i>Peut être utilisée à tout trimestre de la grossesse. Le sel estolate est évité puisqu'il est associé à un risque augmenté d'hépatotoxicité</i> | <ul style="list-style-type: none"> ■ L'enfant allaité est exposé à environ 2 % d'une dose pédiatrique <i>Compatible avec l'allaitement</i> |
| NITROIMIDAZOLES | | |
| Métronidazole ^{9,14,20} | <ul style="list-style-type: none"> ■ Plus de 5000 patientes exposées au premier trimestre, pas d'augmentation du taux de malformations congénitales ■ Dans une étude cas-témoin, pas d'association avec des malformations congénitales chez des enfants exposés <i>in utero</i> au métronidazole <i>Peut être utilisé à tous les trimestres de la grossesse</i> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Dépendamment de la dose maternelle et du moment de la tétée, la dose de métronidazole reçue par le nourrisson peut être assez élevée, tout en restant inférieure à celle utilisée pour traiter une infection ■ Aucun effet indésirable rapporté chez le nourrisson <i>Pour une posologie de 500 mg po bid, l'arrêt de l'allaitement n'est pas nécessaire, tandis qu'une posologie de 2 g po en dose unique peut nécessiter une interruption de l'allaitement pendant 12 heures afin de réduire l'exposition de l'enfant, surtout en début de vie</i> |
| PÉNICILLINES ^{9,14,18} | | |
| Amoxicilline Pénicilline G | <ul style="list-style-type: none"> ■ Plus de 25 000 cas d'exposition à la pénicilline et ses dérivés au premier trimestre, pas d'augmentation du taux de malformations <i>Les pénicillines sont des antibiotiques de premier recours à tous les trimestres</i> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Amoxicilline et pénicilline G : le nourrisson est exposé à moins de 1 % de la dose néonatale par le lait maternel ■ Usage courant en pédiatrie <i>Compatibles avec l'allaitement</i> |
| TÉTRACYCLINES ^{9,14,20} | | |
| Doxycycline | <ul style="list-style-type: none"> ■ Plus de 3000 femmes exposées aux tétracyclines (près de 1800 à la doxycycline) au premier trimestre, sans augmentation du risque de malformations ■ À partir du quatrième mois de gestation, risque de coloration brunâtre permanente des dents de lait en formation <i>Non recommandée durant la grossesse</i> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Le nourrisson peut être exposé à près de 30 % de la dose pédiatrique de doxycycline par le lait maternel. ■ Aucun effet indésirable rapporté chez l'enfant allaité <i>L'usage à court terme (moins de 3 semaines) chez une mère qui allaite n'est pas contre-indiqué. Une utilisation au long cours est déconseillée, en raison d'une inquiétude théorique quant à la coloration permanente des dents de l'enfant</i> |

la grossesse peut permettre la résurgence des VG. Les lésions peuvent donc augmenter en nombre et en taille, et devenir friables^{1,6}. Cette croissance régresse habituellement après l'accouchement¹. Les VG, lorsqu'elles obstruent le détroit inférieur ou qu'elles sont suffisamment nombreuses pour entraîner une complication hémorragique, peuvent rendre difficile un accouchement par voie vaginale ou une épisiotomie^{1,4,6}.

La transmission périnatale symptomatique de l'infection génitale à VPH est rare^{1,6,7}. Elle peut se manifester par des lésions anogénitales et des lésions du tractus respiratoire chez le nouveau-né, apparentes entre trois mois et deux ans¹. Réduire la transmission du VPH au nouveau-né ne constitue pas un motif suffisant pour recommander un accouchement par césarienne^{1,4,6,7}.

Certains spécialistes recommandent de traiter les VG durant la grossesse à cause de l'augmentation fréquente des lésions pendant cette période⁶. D'autres retardent le traitement en raison d'une réponse insuffisante pendant la grossesse¹. Enfin, une autre approche consiste à réserver le traitement aux situations où une obstruction significative du détroit inférieur nuit à un accouchement par voie vaginale⁶.

La syphilis

Treponema pallidum est l'agent étiologique de la syphilis, une ITS qui se déroule selon cinq stades évolutifs^{1,4,6}. La syphilis primaire correspond à l'apparition initiale d'un chancre génital et d'une adénopathie locale^{1,15,16}. La syphilis secondaire se manifeste ensuite par des éruptions cutanées, des condylomes plats et des symptômes systémiques comme des adénopathies, de la fièvre, un malaise général, des arthralgies et des céphalées^{1,16}. La syphilis latente précoce décrit la période asymptomatique subséquente, et s'échelonne sur une période de moins d'un an après l'obtention d'une sérologie positive, alors que la syphilis latente tardive décrit la période

asymptomatique survenant plus d'un an après l'obtention d'une sérologie positive¹. La syphilis tertiaire se caractérise par des atteintes neurologiques et cardiovasculaires^{1,15}. La syphilis infectieuse réfère aux stades de la syphilis primaire, secondaire et latente précoce.

Une syphilis infectieuse anténatale non traitée risque d'affecter le fœtus, ce qui est associé à des naissances avant terme et des mortinaissances^{1,6,7,15,16}. L'infection est généralement acquise par voie transplacentaire, mais une transmission au moment de l'accouchement peut aussi survenir^{1,6}. Une syphilis primaire ou secondaire non traitée est associée à un risque de transmission au fœtus pouvant atteindre 100 %, alors qu'une syphilis traitée n'est associée qu'à un taux de transmission de 1,8 %¹. Le risque de séquelles pour le fœtus dépend du moment de l'infection et du délai avant l'initiation d'un traitement adéquat¹⁵.

La syphilis congénitale précoce peut se présenter comme une infection fulminante disséminée ou une neurosyphilis¹. L'affection peut aussi causer un *hydrops fetalis*, une hépatosplénomégalie, une lymphadénopathie, des troubles hématologiques, des lésions mucocutanées et osseuses, et un retard de croissance^{1,15,16}. L'infection peut être silencieuse à la naissance et ne devenir apparente qu'à l'âge de deux ans¹⁵. Les lésions tardives de la syphilis congénitale, notamment des malformations osseuses ainsi que des anomalies dentaires et neurologiques, apparaissent graduellement durant les 20 premières années de vie de l'enfant¹⁶.

La pénicilline G benzathine est l'antibiotique de choix pour le traitement de tous les stades de la syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente précoce) et il s'agit du seul traitement permettant de prévenir la syphilis congénitale durant la grossesse^{1,4,6}. On recommande donc la désensibilisation aux femmes enceintes allergiques^{1,4,6}. La pénicilline G benzathine n'est accessible que par le PAS, mais il y a un accès gratuit facilité par les Directions de santé publique

(DSP). Toutefois, le traitement de la neurosyphilis est assuré par la pénicilline G aqueuse^{1,4,6}.

Toute femme ayant reçu un nouveau diagnostic de syphilis durant la grossesse devrait être traitée en fonction du stade de l'infection. Chez les patientes atteintes d'une syphilis secondaire en fin de grossesse (plus de 20 semaines de gestation), le traitement conventionnel est associé à un risque persistant de mort fœtale et de syphilis congénitale. Il est recommandé d'administrer une dose supplémentaire de pénicilline G benzathine, même si l'efficacité d'une telle mesure n'a pas été évaluée¹. Pendant la seconde partie de la grossesse, la prise en charge peut être facilitée par une échographie fœtale, mais cet examen ne devrait pas retarder l'initiation du traitement^{1,4}.

À la suite de l'administration de l'antibiotique, les patientes enceintes de plus de 20 semaines ont un risque d'environ 40 % de développer la réaction de Jarisch-Herxheimer^{1,4,6}. Les symptômes qui caractérisent cette réaction sont : frissons, fièvre, myalgie, céphalées, hypotension, tachycardie et irritabilité^{1,6}. Les symptômes se résolvent spontanément en 12 à 24 heures et peuvent être soulagés par de l'acétaminophène^{1,6}. Des contractions utérines et une décélération fœtale peuvent aussi se produire, ce qui motive certains centres à hospitaliser la patiente pour surveillance fœtale lors du traitement^{1,4,6}. Les traitements de choix pour la femme qui allaite sont les mêmes que pour la population générale.

Conclusion

Au Québec, on observe une augmentation du nombre des ITS dont l'incidence avait pourtant diminué au cours des dernières années. Durant la grossesse, les ITS sont associées à diverses complications tant pour la mère que pour le fœtus. C'est pourquoi il faut effectuer un suivi approprié sur les plans du dépistage, du traitement et de la prévention des ITS chez la femme enceinte. ■

Références

1. Agence de santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmises sexuellement, édition 2006. [Page consultée le 14 février 2007]; http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti_2006/pdf/std2006_f.pdf
2. Blanc A. Le traitement des vulvo-vaginites chez la femme enceinte et celle qui allaite. Québec Pharmacie 2004; 51(4): 289-93.
3. Brochet MS. L'herpès pendant la grossesse et l'allaitement et chez le nouveau-né : prévention et traitement. Québec Pharmacie 2005; 52(7): 448-53.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease treatment guidelines 2006. MMWR 2006; 55(11): 1-100.
5. Peipert JE. Genital chlamydial infections. N Engl J Med 2003; 349(25): 2424-30.
6. Hollier LM, Workowski K. Treatment of sexually transmitted infections in pregnancy. Clin Perinatol 2005; 32(3): 629-56.
7. Jackson SL, Soper DE. Sexually transmitted diseases in pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am 1997; 24(3): 631-44.
8. Darville T. Chlamydia trachomatis infections in neonates and young children. Semin Pediatr Infect Dis 2005; 16(4): 235-44.
9. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. Drugs in pregnancy and lactation. 7e éd. Philadelphie: Lippincott Williams & Wilkins, 2005 : 73-4, 82-4, 140-2, 144, 241-62, 323-8, 360-1, 518-9, 588-90, 912-4, 1066-73, 1194-7, 1258-9, 1321-4, 1549-53.
10. Brocklehurst P, Rooney G. Interventions for treating genital Chlamydia trachomatis infection in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2000; (2): CD000054.
11. Woods CR. Gonococcal infections in neonates and young children. Semin Pediatr Infect Dis 2005; 16(4): 258-70.
12. Brocklehurst P. Antibiotics for gonorrhoea in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2002; (2): CD000098.
13. Gulmezoglu AM. Interventions for trichomoniasis in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2002; (3): CD000220.
14. Hale T. Medications and mother's milk. 12e éd. Amarillo: Hale Publishing, 2006: 54-5, 82-3, 149, 159-60, 187-9, 290-1, 514, 598-601, 670-1, 696.
15. Askin DF. Intrauterine infections. Neonatal Netw 2004; 23(5): 23-30.
16. Hyman EL. Syphilis. Pediatr Rev 2006; 27(1): 37-9.
17. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide québécois de dépistage : infections transmises sexuellement et par le sang. [Page consultée le 14 février 2007]; <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-317-03.pdf>
18. Schaeffer C. Drugs during pregnancy and lactation. 1re éd. Amsterdam: Elsevier Inc., 2001: 106, 267-74, 315.
19. Régie de l'assurance maladie du Québec. Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS). [Page consultée le 14 février 2007]; <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/listmed/pdf/modification/mts.pdf>
20. Anderson P, Sauberman J. LactMed. [Page consultée le 14 février 2007]; <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>
21. Heinonen OP, Slone D, Shapiro S. Birth defects and drugs in pregnancy. 1re éd. Littleton: John Wright Publishing Sciences Group, Inc., 1977.
22. Maw RD. Treatment of external genital warts with 5 % imiquimod cream during pregnancy: a case report. BJOG 2004; 111(12): 1475.

23. Einarson A, Costei A, Kalra S et coll. The use of topical 5 % imiquimod during pregnancy: a case series. *Reprod Toxicol* 2006; 21(1): 1-2.

24. Czeizel AE, Rockenbauer M, Olsen J et coll. A teratological study of aminoglycoside antibiotic treatment during pregnancy. *Scand J Infect Dis* 2000; 32(3): 309-13.

25. Cavenee MR, Farris JR, Spalding TR et coll. Treatment of gonorrhoea in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993; 81(1): 33-8.

26. Czeizel AE, Rockenbauer M, Sorensen HT et coll. Use of cephalosporins during pregnancy and in the presence of congenital abnormalities: a population-based, case-control study. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184(6): 1289-96.

27. Cahill JB Jr, Bailey EM, Chien S et coll. Levofloxacin secretion in breast milk: a case report. *Pharmacotherapy* 2005; 25(1): 116-8.

28. Sarkar M, Woodland CC, Koren G et coll. Pregnancy outcome following gestational exposure to azithromycin. *BMC Pregnancy Childbirth* 2006; 6: 18.

29. Mahon BE, Rosenman MB, Kleiman MB. Maternal and infant use of erythromycin and other macrolide antibiotics as risk factors for infantile hypertrophic pyloric stenosis. *J Pediatr* 2001; 139(3): 380-4.

30. Cooper WO, Ray WA, Griffin MR. Prenatal prescription of macrolide antibiotics and infantile hypertrophic pyloric stenosis. *Obstet Gynecol* 2002; 100(1): 101-6.

31. Louik C, Werler MM, Mitchell AA. Erythromycin use during pregnancy in relation to pyloric stenosis. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(2): 288-90.

QUESTIONS DE FORMATION CONTINUE

3) Parmi les énoncés suivants, lequel est faux?

- A. La chlamydie est associée à plusieurs issues de grossesse défavorables, comme le travail préterme, la rupture prématurée des membranes, la prématurité et le faible poids à la naissance.
- B. L'infection du nouveau-né par *C. trachomatis* peut se manifester par une conjonctivite et une pneumonie.
- C. La conjonctivite néonatale causée par *N. gonorrhoeae* a quasiment disparu dans les pays occidentaux à cause de la faible prévalence chez les femmes.
- D. Même si les données relatives à l'administration d'azithromycine en début de grossesse sont limitées, de nombreux experts jugent ce médicament sûr pour le traitement de la chlamydie durant le premier trimestre.
- E. Au Québec, les fluoroquinolones constituent un premier choix pour le traitement de la gonorrhée, mais comme ces molécules sont contre-indiquées en période d'allaitement, elles ne sont jamais utilisées chez la femme qui allaite.

4) Parmi les énoncés suivants, lequel est faux?

- A. En ce qui a trait à la trichomonase durant la grossesse, il est recommandé de ne traiter que les femmes symptomatiques.
- B. Le métronidazole topique est déconseillé pour le traitement de la trichomonase puisqu'il est moins efficace que le métronidazole par voie orale.
- C. Chez la femme enceinte présentant des verrues génitales, réduire la transmission du virus du papillome humain (VPH) au nouveau-né ne constitue pas un motif suffisant pour recommander un accouchement par césarienne.
- D. Toute femme recevant un nouveau diagnostic de syphilis durant la grossesse devrait être traitée selon le traitement conventionnel en fonction du stade de son infection, quel que soit l'âge gestationnel.
- E. La pénicilline G benzathine est l'antibiotique de choix pour le traitement de tous les stades de la syphilis (excluant la neurosyphilis) durant la grossesse.

Veillez reporter vos réponses dans le formulaire de la page 54 ►

Polyvalent...

PREVACID FASTAB[†]

Le seul IPP offert en comprimés à désintégration rapide sur la langue

- Faciles à prendre, avec ou sans eau[‡]
- Saveur de fraise
- Un autre mode d'administration pour les patients qui ont de la difficulté à avaler ou qui préfèrent une autre forme posologique

Offert en plaquettes alvéolées pratiques pour les gens actifs



PREVACID (lansoprazole en capsules à libération prolongée) et PREVACID FASTAB (lansoprazole en comprimés à libération prolongée) sont indiqués dans le traitement des affections nécessitant une réduction de la sécrétion d'acide gastrique, dont les suivantes : reflux gastro-œsophagien symptomatique (RGOs); brûlures d'estomac et autres symptômes associés au RGO; RGO érosif et non érosif chez les enfants de un à 17 ans. La période de traitement de l'étude clinique n'a pas dépassé 12 semaines¹.

Les effets secondaires le plus souvent signalés (> 3 %) avec PREVACID en capsules chez les adultes dans le cadre d'études à court terme sont les céphalées et la diarrhée. Les effets secondaires le plus souvent signalés avec PREVACID en capsules chez les enfants de un à 11 ans sont la constipation (5 %) et les céphalées (3 %), et chez les enfants de 12 à 17 ans, les céphalées (7 %) et les douleurs abdominales (5 %)¹.

L'obtention d'une réponse symptomatique à la suite de l'administration de lansoprazole n'écarte pas la possibilité d'un cancer de l'estomac. On ne doit pas administrer des doses supérieures à 30 mg par jour au patient atteint d'une insuffisance hépatique ni au sujet âgé¹.

CONSULTER LA MONOGRAPHIE DU PRODUIT POUR OBTENIR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS.

[†] Phénylcétonuriques : chaque comprimé PREVACID FASTAB à 30 mg contient 5,1 mg de phénylalanine; chaque comprimé PREVACID FASTAB à 15 mg contient 2,5 mg de phénylalanine.

[‡] Les comprimés PREVACID FASTAB ne doivent pas être croqués. On recommande de placer le comprimé sur la langue et de le laisser se désintégrer avec ou sans eau jusqu'à ce que les granules puissent être avalés. Il ne faut pas croquer les granules.

Référence : 1. Monographie de Prevacid (lansoprazole). Laboratoires Abbott, Limitée. Août 2006.



PREVACID FASTAB
LANSOPRAZOLE COMPRIMÉS À LIBÉRATION PROLONGÉE

Offerts en comprimés de 15 mg et de 30 mg

© Laboratoires Abbott, Limitée
Imprimé au Canada
PFT/08F01 - déc. 2006
* Une promesse pour la vie

CCFP www.abbott.ca
1 800 361-7852

Abbott
A Promise for Life[™]