

# X

## GROSSESSE ET DESIR DE GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Dernière version révisée :

Consultez : <http://www.itg.be/ITG/Uploads/MedServ/fgrossesse.pdf>

### **Introduction**

Voyager est devenu tellement courant, que peu de gens pensent à reporter un voyage en cas de grossesse. Des jeunes gens qui ont un désir de grossesse planifient aussi un voyage exotique en vitesse, parce qu'ils n'ont pas encore à s'occuper de leur premier enfant.

#### **a. Risques liés à la grossesse**

Plusieurs aspects méritent d'être pris en considération :

- Le risque de problèmes médicaux est plus grand chez la femme enceinte, mais ne peut pas toujours être prévu. Il faudra également se poser des questions sur la qualité de l'infrastructure médicale dans le pays de destination et collecter des informations à ce sujet.
- Le risque d'**infections** est plus élevé en voyage. Les infections seront plus difficiles à traiter en raison des effets nocifs potentiels de certains médicaments sur le fœtus. Toute situation qui s'accompagne de fièvre importante peut par ailleurs déclencher un accouchement prématuré.
- Généralement il ne s'agit « que » d'un voyage touristique ; il ne faut pas rechercher les difficultés. Il est toujours possible de choisir une autre destination ou de postposer le voyage.

Le risque d'une fausse couche spontanée étant maximum pendant le premier trimestre, il est préférable de ne pas entreprendre de voyages lointains pendant cette période. Le voyage en soi n'augmente pas le risque de fausse couche mais la prise en charge médicale (p.ex. d'une hémorragie) peut poser des problèmes, surtout dans des régions éloignées. L'association éventuelle de vomissements gravidiques et de mal des transports va augmenter le risque d'une déshydratation, sûrement par des températures tropicales.

Pendant le troisième trimestre, il faudra tenir compte des hémorragies (p.ex. placenta praevia), d'une toxémie gravidique (pieds gonflés, hypertension artérielle, protéinurie) ou d'une rupture prématurée de la poche des eaux. De plus, les voyages en avion pendant le dernier trimestre demandent un effort physique plus grand et sont moins confortables. Les vols internationaux ne sont plus autorisés après la 32<sup>ème</sup> semaine de la grossesse et aucun vol ne l'est plus après la 36<sup>ème</sup> semaine. Il est préférable de ne pas entreprendre de voyages en avion la première semaine après l'accouchement (risque de thrombophlébite; le nourrisson doit avoir au moins une semaine). Le médecin veillera à délivrer un certificat mentionnant la date prévue de l'accouchement.

La période idéale pour un voyage se situe entre 16 et 28 semaines : les premiers examens de contrôle ont été effectués, les nausées ont disparu, le risque de fausse couche est moindre et le risque d'accouchement prématuré est faible.

## **b. Grossesse et problèmes de santé liés au voyage**

Les femmes enceintes courent un risque plus important de malaria et de formes graves de la maladie. C'est pourquoi il leur est **déconseillé** de se rendre dans des régions présentant un risque modéré et élevé de malaria.

Puisqu'il est préférable d'éviter d'administrer le vaccin contre la fièvre jaune pour la première fois pendant la grossesse, il vaut mieux éviter de se rendre également dans les zones dans lesquelles sévit la maladie, si les futures mamans n'ont pas été vaccinées préalablement.

Il est déconseillé de voyager vers des régions touchées par une épidémie de zika en raison des effets potentiels chez l'enfant à naître, si la femme est infectée pendant sa grossesse.

Un séjour à la montagne est probablement sans danger jusqu'à une altitude de 2500 m. Au-delà (jusqu'à max. 4000 m), tout effort physique doit être évité, et il faut pouvoir disposer d'un apport hydrique suffisant. Le Diamox n'est généralement pas donné aux femmes enceintes ni pendant l'allaitement, mais n'est pas absolument interdit.

Tous les examens de routine devront être terminés avant le départ. Concernant les vaccinations obligatoires et la prophylaxie de la malaria, nous renvoyons aux chapitres concernés; nous en reprenons l'essentiel dans les paragraphes suivants.

Il faut insister sur la prévention d'affections telles que la diarrhée du voyageur, les verminoses, les infections cutanées et bien sûr la rubéole, la toxoplasmose, etc. En cas de doute sur d'éventuelles contre-indications médicamenteuses, il est souhaitable de demander l'avis d'un spécialiste.

---

### **1. Vaccinations**

---

On évitera en principe toute administration d'un vaccin vivant atténué de type rougeole-rubéole-oreillons ou fièvre jaune à une **femme enceinte**. Il est conseillé à toute patiente d'éviter une grossesse dans le mois qui suit l'administration d'un de ces vaccins. Les vaccins tués peuvent être administrés sans problèmes durant la grossesse et **durant d'allaitement**; les vaccins vivants ne seront pas administrés durant **l'allaitement** (sauf situations à risque) (voir également 'Calendrier des vaccinations', Chapitre II).

**1)** Le vaccin contre la fièvre jaune ne sera pas administré en routine aux femmes enceintes. Une attestation médicale sera délivrée. Si le voyage ne peut pas être reporté et s'il existe un risque réel de contamination, le vaccin pourra être administré pendant la grossesse. On n'a jamais décrit d'effets indésirables suite à une vaccination accidentelle; en principe, il n'y a donc pas lieu de s'inquiéter en pareil cas. Un mois après la vaccination, une grossesse pourra être envisagée sans problème. L'allaitement (des bébés de moins de six mois) est une contre-indication relative, parce qu'une méningo-encéphalite (bénigne) rare a été décrite chez le nourrisson.

**2)** La vaccination antitétanique est nécessaire. Les femmes enceintes et les femmes qui donnent le sein peuvent être vaccinées avec les différents vaccins combinés, Tevax Pro Adulto® (vaccin combiné tétanos-diphtérie), Revaxis® (vaccin combiné tétanos/diphtérie/polio), Boostrix® ou Boostrix-Polio® (vaccin combiné tétanos/diphtérie/coqueluche acellulaire, avec ou sans polio), de préférence au second ou au troisième trimestre de la grossesse. Le vaccin combiné tétanos/diphtérie/coqueluche acellulaire Boostrix® est, depuis 2013, systématiquement conseillé en Belgique à chaque femme enceinte, entre la 24<sup>e</sup> et la 32<sup>e</sup> semaine de chaque grossesse, et ce, indépendamment du fait que la femme ait reçu une dose de rappel.

**3)** Une femme enceinte doit être immunisée contre la poliomyélite: le rappel (unique après une vaccination complète et si la dernière vaccination date de plus de 10 ans) se fera à l'aide du vaccin tué injectable. Revaxis® peut également être utilisé à cet effet si cela est indiqué (voir plus haut). L'allaitement ne constitue pas une contre-indication. Le vaccin polio oral n'est plus disponible en Belgique, mais est encore utilisé sous les tropiques; en principe, il ne sera pas administré à une femme enceinte.

**4)** Les femmes qui n'ont pas d'immunité contre l'hépatite A devraient être vaccinées. Les gammaglobulines ne sont plus disponibles. La protection après vaccination est meilleure et de plus longue durée (à vie) qu'avec les gammaglobulines et peut se faire durant la grossesse, de préférence dès le deuxième trimestre. L'allaitement ne constitue pas une contre-indication.

*N.B.* L'hépatite E est une inflammation du foie d'origine virale dont le tableau clinique montre beaucoup de ressemblances avec celui de l'hépatite A. Le virus est probablement transmis par l'eau contaminée par les matières fécales. L'évolution est presque toujours favorable, mais, chez les femmes enceintes, elle peut prendre un caractère grave avec un risque réel d'issue fatale. L'hépatite E sévit probablement dans tous les pays en voie de développement, mais est surtout signalée en Afrique, en Asie, au Moyen-Orient et au Mexique. Il n'existe pas de vaccin et l'affection est heureusement plutôt rare chez les voyageurs. L'hépatite E peut être prévenue par de bonnes mesures d'hygiène en matière de boissons et de nourriture (voir Chapitre IX).

**5)** En ce qui concerne la fièvre typhoïde, on ne dispose pas de données suffisantes concernant l'emploi du vaccin oral et du vaccin injectable chez la femme enceinte. C'est pour cela que le vaccin vivant oral est déconseillé. Le vaccin inactivé injectable pourra être administré en cas de nécessité. L'allaitement ne constitue pas une contre-indication, les deux vaccins peuvent être administrés.

**6)** Le vaccin contre l'hépatite B peut être administré aux femmes enceintes. Comme la femme enceinte qui voyage longtemps présente un risque accru de se retrouver hospitalisée et à cause des conséquences éventuelles sur l'enfant d'une infection durant la grossesse, la vaccination est indiquée. L'allaitement ne constitue pas une contre-indication.

**7)** Le vaccin tétravalent contre la méningite à méningocoques (tant le vaccin à base de polysaccharide capsulaire purifié, qui n'est plus disponible, que le vaccin à base de polysaccharide conjugué) peut être administré aux femmes enceintes s'il existe un risque réel. L'allaitement ne constitue pas une contre-indication.

**8)** Le vaccin antirabique peut être administré. L'allaitement ne constitue pas une contre-indication.

**9)** Le vaccin trivalent contre la rougeole-oreillons-rubéole et le vaccin contre la varicelle sont contre-indiqués pendant la grossesse. L'allaitement ne constitue pas une contre-indication.

**10)** Les vaccins contre la Frühsommer Meningo-Enzephalitis (FSME) et contre l'encéphalite japonaise peuvent être administrés aux femmes enceintes si le risque est réel. L'allaitement ne constitue pas une contre-indication. Il n'existe pas de données spécifiques sur la sécurité d'emploi du vaccin contre la FSME et l'encéphalite japonaise chez les femmes enceintes et allaitantes. Le vaccin ne sera donc pas administré de façon routinière, sans réflexion préalable. Néanmoins, si une femme enceinte/allaitante se voit dans l'obligation de voyager vers une zone où le risque de contamination est élevé, le vaccin sera administré étant donné les risques, tant pour la mère que pour l'enfant, en

cas d'infection.

**11)** BCG : n'est pas administré de façon en routine aux femmes enceintes/allaitantes.

---

## 2. Malaria

---

**1)** Il peut se présenter des situations où une femme enceinte se verra obligée de séjourner dans une région à haut risque de malaria (notamment dans le cas des résidents). Des mesures préventives maximales seront alors d'application car les effets délétères potentiels d'un accès de paludisme pour la mère et le fœtus ont été clairement démontrés. Chez le nouveau-né aussi, le risque de malaria fulminante est plus élevé.

**2)** La prévention concerne au premier plan les 'mesures de prévention contre les piqûres de moustiques' (lisez attentivement les paragraphes qui y sont consacrés au Chapitre III). Les femmes enceintes attirent manifestement plus les moustiques vecteurs de la malaria que les femmes non enceintes. L'emploi d'insectifuges à base de Deet pendant une période limitée n'est pas déconseillé. On n'a pas signalé d'effets secondaires chez la femme enceinte (mais les effets lors d'un usage prolongé ne sont pas connus). Il est conseillé d'utiliser le Deet à une concentration de 20 à maximum 30 %. Les insectifuges à base d'IR3535 et de (p)icaridine peuvent également être utilisés durant la grossesse. Pour limiter le plus possible le contact avec le produit, il est recommandé de rincer la peau lorsque la protection n'est plus nécessaire (par ex. pendant des soirées à l'intérieur).

**Les produits à base de citrodiol – issu d'huiles essentielles d'eucalyptus (cis- et P-Menthane-3,8-diol) – ne peuvent pas être utilisés chez la femme enceinte.**

### 3) Chimio prophylaxie

- D'après l'OMS, le Center for Disease Control (CDC) et le RCP belge (Résumé des Caractéristiques du Produit, jadis appelé 'Notice scientifique', [www.fagg-afmps.be](http://www.fagg-afmps.be)), la méfloquine (Lariam<sup>®</sup>) peut être utilisée en prévention de la malaria durant la grossesse. De même, le "centre de référence sur les agents tératogènes" français officiel [www.lecrat.org](http://www.lecrat.org) classe la méfloquine parmi les produits sûrs. Ce point doit être discuté avec le médecin.
- D'après les recommandations britanniques ([www.gov.uk/phe](http://www.gov.uk/phe) - Guidelines for malaria prevention in travellers from the UK 2013), la méfloquine est sûre durant l'allaitement, même si le nourrisson pèse moins de 5 kg.
- L'Atovaquone-Proguanil /Malarone<sup>®</sup> : différentes directives existent concernant l'utilisation de ce produit chez les femmes enceintes et pendant l'allaitement. Nous nous alignerons sur les directives britanniques ([www.gov.uk/phe](http://www.gov.uk/phe) - Guidelines for malaria prevention in travellers from the UK 2013) et françaises ([www.lecrat.org](http://www.lecrat.org)) qui concluent que l'Atovaquone-Proguanil - Malarone<sup>®</sup> peut être utilisé pendant la grossesse et pendant l'allaitement, même si l'enfant pèse moins de 5 kg, en cas de besoin impérieux pour la chimio prophylaxie, et si aucune alternative n'est disponible. La notice belge indique que son administration pendant la grossesse ne doit se faire que si les avantages l'emportent sur le risque théorique pour le fœtus ; mais il reste déconseillé pendant l'allaitement (chez les enfants de moins de 5 kg). Le CDC déconseille son utilisation chez les femmes enceintes et allaitantes alors que l'OMS indique que les données sont insuffisantes, mais ne le déconseille pas (OMS, mise à jour 2015). Donc, la prise accidentelle d'Atovaquone-Proguanil/ Malarone<sup>®</sup> lors de la conception ou au début de la grossesse ne doit pas être source d'inquiétude, et il n'y a aucune raison d'envisager un avortement.
- La doxycycline :  
En Scandinavie, et d'après les recommandations françaises ([www.lecrat.org](http://www.lecrat.org)) la doxycycline peut être administrée durant le premier trimestre de la grossesse ; en Grande-Bretagne, ce délai passe même à 14 semaines de grossesse ([www.gov.uk/phe](http://www.gov.uk/phe) - Guidelines for malaria prevention in travellers from the UK 2013), à condition qu'elle soit

indispensable à la chimioprophylaxie, et qu'aucune autre alternative ne soit possible (il s'agit cependant de bien calculer, en sachant que la doxycycline doit encore être prise 4 semaines après le retour d'une région touchée par la malaria).

Les effets secondaires potentiels sont la coloration jaune des dents de lait, mais celles-ci ne se forment que plus tard durant la grossesse. Cependant, officiellement la notice belge déconseille ce traitement pendant la grossesse (ainsi que chez les enfants de moins de 8 ans). L'OMS le déconseille également.

L'allaitement maternel est en principe une contre-indication, mais d'après les recommandations britanniques ([www.gov.uk/phe](http://www.gov.uk/phe) - Guidelines for malaria prevention in travellers from the UK 2013), la prise de doxycycline durant l'allaitement est possible à condition qu'elle soit indispensable à la chimioprophylaxie, et qu'il n'existe aucune autre alternative. L'American Academy of Pediatrics aux Etats-Unis estime également que la prise de doxycycline est compatible avec l'allaitement, vu les faibles quantités qui passent dans le lait maternel.

Il n'y a donc pas lieu de s'inquiéter en cas d'ingestion accidentelle de doxycycline durant la conception ou au début de la grossesse, (données scandinaves & [www.lecrat.org](http://www.lecrat.org)), ni d'envisager une interruption de grossesse.

- L'association Nivaquine®-Paludrine® pouvait être administrée en toute sécurité pendant la grossesse et l'allaitement, mais était souvent devenue quasiment inefficace. La Paludrine® n'est plus disponible en Belgique depuis le début de l'année 2010. La prévention par chloroquine seule sera utilisée, si nécessaire, dans des zones où le *P. falciparum* est encore pleinement sensible ou celles où *P. vivax* sévit principalement (ZONE A/B).
- L'allaitement maternel ne constitue pas une contre-indication à la prise de chloroquine (Nivaquine®).

**4) Aucune prophylaxie ne peut garantir une protection absolue dans tous les cas. Pour cette raison, il est très important de donner des explications suffisantes sur le traitement d'un éventuel accès de paludisme, surtout pour des séjours prolongés ou pour des séjours à risque sous les tropiques:**

- Soit la quinine en monothérapie : 500 mg 3 fois par jour durant 7 jours (durant 10 jours pour les voyages en Extrême-Orient) (peut être administrée durant toute la grossesse)
- Soit la quinine durant 5 jours : à associer avec la clindamycine (600 mg 3 x par jour durant 5 jours ; peut être donnée durant toute la grossesse) ou au Fansidar® (le Fansidar® n'est plus disponible en Belgique depuis la fin du mois de mai 1997 ; peut être administré uniquement durant le second trimestre de la grossesse et la première moitié du troisième trimestre). La quinine peut parfois provoquer des contractions utérines mais ce n'est qu'à la fin de la grossesse qu'elle peut éventuellement induire le travail. De toutes façons, la fièvre qui accompagne un accès de malaria augmente le risque de fausse couche ou d'accouchement prématuré.
- D'après les RCP (résumé des Caractéristiques du produit sur le site [www.fagg-afmps.be](http://www.fagg-afmps.be)). L'arthéméther/ luméfantrine (Riamet®) peut être utilisé durant la grossesse, à partir du deuxième trimestre. D'après les RCP (résumé des Caractéristiques du produit sur le site [www.fagg-afmps.be](http://www.fagg-afmps.be)) et l'OMS, son utilisation durant le premier trimestre de la grossesse est possible lorsqu'aucun antipaludique adapté et efficace n'est disponible.
- Le dihydroartémisinine/ pipéraquline (Eurartesim®) peut être utilisé à partir du deuxième trimestre de la grossesse d'après l'OMS ainsi que selon une étude récente parue dans le NEJM (mars 2016). Son utilisation au cours du premier trimestre de la grossesse n'est possible que s'il n'existe aucune autre alternative. Les RCP belges déconseillent son utilisation pendant la grossesse.
- La doxycycline et l'Atovaquone-Proguanil/Malarone® ne seront, en principe, pas utilisés en tant que traitement de la malaria pendant la **grossesse**.
- Le Lariam® peut être utilisé comme traitement de la malaria durant toute la grossesse,

mais en pratique, il n'est quasiment jamais utilisé dans cette indication, du fait de ses effets secondaires désagréables.

Chacun de ces antipaludéens, à l'exception de la doxycycline, peut être utilisé durant l'allaitement si nécessaire.

---

### 3. Zika et grossesse

---

Il est déconseillé aux femmes enceintes - ou qui envisagent une grossesse pendant ou peu après leur voyage de se rendre dans les zones où une épidémie de zika est en cours (depuis fin 2015 en Amérique du Sud et centrale, aux Caraïbes, dans plusieurs îles du Pacifique et au Cap-Vert). Le virus zika peut être transmis de la mère au fœtus pendant la grossesse et peut provoquer des anomalies chez l'enfant à naître (retard de croissance, anomalies oculaires et lésions neurologiques, y compris microcéphalie).

Si le voyage dans ces zones ne peut pas être reporté, les mesures strictes de protection contre les moustiques sont recommandées en journée. Il existe quelques cas de transmission sexuelle de l'homme à la femme, mais une grande incertitude règne encore, notamment sur la durée pendant laquelle on peut retrouver le virus dans le sperme et si les hommes asymptomatiques peuvent également transmettre le virus. En attendant plus de données, il est conseillé au partenaire masculin d'une femme enceinte de consulter un centre spécialisé et d'utiliser un préservatif.

La connaissance de cette maladie est en plein essor. Pour les dernières informations, consultez le site web [www.itg.be](http://www.itg.be)

---

### 4. Divers

---

- Une femme enceinte devra vérifier si son assurance voyage couvre les frais relatifs aux soins éventuels **en rapport avec** sa grossesse.
- Risque de thrombophlébite pendant de longs voyages en avion: boire abondamment, porter des vêtements amples, des chaussures ou pantoufles confortables, se dégourdir les jambes ou se promener très régulièrement dans l'avion. Le fait de boire beaucoup implique que l'on doit souvent se rendre aux toilettes. Lors d'un déplacement dans l'avion, on sera très prudent ; le risque de chute est accru en raison d'une perte plus rapide de l'équilibre (centre de gravité déplacé et coordination relativement réduite lors de rapides changements de position) (voir également 'Voyages en avion', Chapitre XII).
- La pharmacie de voyage sera discutée avec le médecin traitant :
  - Le paracétamol est permis en tant qu'analgésique et antipyrétique ;
  - Prévoir éventuellement un traitement pour **les mycoses vaginales et les cystites** ;
  - Désinfecter l'eau potable : l'usage du chlore ne pose pas de problèmes, l'usage prolongé (plus de 3 semaines) de produits iodés est déconseillé ;
  - Diarrhée du voyageur : la prévention est cruciale, il faut toujours éviter l'usage de médicaments. Lors d'un traitement, la réhydratation est essentielle (des sachets de sels de réhydratation orale doivent être emportés dans la pharmacie de voyage). L'emploi modéré du loperamide est considéré comme relativement sans danger, mais il ne sera utilisé qu'en cas de diarrhée aqueuse et abondante. Le loperamide est déconseillé

durant l'allaitement, même si son passage dans le lait est minime.

L'azithromycine (Zitromax® 500 mg par jour – 1-3 jours) peut être utilisée chez la femme enceinte pour le traitement d'une diarrhée du voyageur Sévère, le plus brièvement possible. Les quinolones sont contre-indiquées. aminopénicillines et l'érythromycine sont sûres pendant la grossesse. Le Bactrim® et l'Eusaprim® peuvent être utilisés dans le deuxième trimestre de la grossesse, bien que leur activité soit souvent insuffisante.

- Une dysenterie amibienne est grave et redoutable. Elle peut être traitée par le métronidazol (à éviter pendant le premier trimestre de la grossesse) et la paromomycine.
- En cas de séjour prolongé en région tropicale, il est conseillé d'organiser l'accouchement dans un pays où la transfusion sanguine est contrôlée pour le VIH, en cas de nécessité d'une transfusion sanguine.