

Désir de grossesse : préparer le couple

Par **Isabelle Aubin-Auger**,
Pascale Santana,
Michel Nougairède,
UFR de médecine
Denis Diderot,
Paris VII.

Le généraliste est un des conseillers santé des futurs parents. Il les informe et les guide dans les méandres de la prévention. Les principaux messages doivent être transmis le plus tôt possible.

En cas d'arrêt envisagé de la contraception ou d'un désir exprimé de grossesse, l'HAS recommande qu'une information spécifique soit donnée.¹ Le nombre d'enfants nés hors mariage croît sans cesse. D'après l'INED, ils représentaient 11,4 % des naissances en 1980, pour atteindre 45,2 % en 2003. La consultation prénuptiale n'est plus adaptée pour délivrer des messages d'information et de prévention précédant la grossesse. Il faut les aborder plus tôt avec les jeunes adultes. La plupart d'entre eux auront un jour un projet d'enfant et il est rare qu'ils viennent alors consulter pour demander des conseils de santé. Ces informations peuvent être données et rediscutées avec les patients au décours de plusieurs consultations pour différents motifs (renouvellement d'une contraception), et bien sûr quand le désir d'enfants est évoqué. Un dossier médical adapté aide à planifier cette tâche lors des rencontres successives avec les patients.

Maladies infectieuses

Vérifier la sérologie rubéole.^{1,2} L'incidence annuelle de la rubéole était de 2,75 pour 100 000 naissances vivantes en 2002, soit 21 cas de rubéole congénitale, d'après le réseau sentinelle Rénarub. Une femme enceinte infectée par la rubéole transmet dans 100 % des cas la maladie au fœtus avant 11 SA. La contamination materno-fœtale est nulle après 18 SA. Notons que cette maladie a disparu en Suède depuis 1985. En France, la couverture vaccinale reste insuffisante (84 % des enfants de 2 ans

en 2000). Pour interrompre la transmission de cette maladie, le « rattrapage vaccinal » n'est pas toujours réalisé à 6 ans ou à l'adolescence. La diminution de l'incidence de la rubéole a restreint les occasions d'immunisation naturelle. Proposer une sérologie de la rubéole est donc nécessaire dès la fin de l'adolescence pour vérifier l'immunisation. Les premières consultations de contraception donnent l'occasion d'aborder ce sujet. Le rattrapage vaccinal est possible en s'assurant d'une contraception efficace de 2 mois pour les jeunes filles ayant des rapports sexuels.

Demander une sérologie toxoplasmose. La toxoplasmose congénitale fait craindre des lésions cérébrales et rétiniennes. Le risque de transmission de la mère au fœtus est de 6 à 16 % entre 7 et 15 SA, et augmente à plus de 50 % au troisième trimestre.³

En cas de sérologie négative, il faut donner des conseils en matière de prévention alimentaire et d'hygiène. Le mode de contamination principal est l'ingestion de viande peu ou pas cuite. Bien cuire toutes les viandes, préférer les légumes cuits aux crudités, laver les fruits et les plantes aromatiques sont les principales mesures préventives ayant fait la preuve de leur efficacité. Le non-respect des mesures d'hygiène en cuisine est, selon certaines études, un facteur de risque de contamination. Il est recommandé de nettoyer les ustensiles de cuisine et le plan de travail, de se laver soigneusement les mains et de nettoyer le frigidaire à l'eau javellisée deux fois par mois. Le risque de contamination par des excréments de chats contenant

des kystes nécessite de mettre des gants si on doit changer la litière ou jardiner et de se laver les mains après.³ Caresser son chat est sans danger.

Rechercher les IST. Si elles sont diagnostiquées et traitées avant la grossesse, des complications sévères (GEU, stérilité tubaire, transmission materno-fœtale...) peuvent être évitées. Seront proposées : TPHA-VDRL,¹ sérologie HIV, VHB, PCR *Chlamydiae* sur premier jet urinaire pour les femmes à risque (moins de 30 ans, plus d'un partenaire sexuel, ou changement de partenaire dans les 12 derniers mois).⁴ Peu réalisables dans le cadre d'un dépistage organisé ou obligatoire, ces mesures sont appréciées au cas par cas.

D'autres interventions sont plus controversées. La recrudescence des cas de coqueluche chez l'adulte entraîne un risque de contamination des nourrissons non encore protégés efficacement (15 jours après la 2^e vaccination).⁵ Le vaccin contre la coqueluche n'existe que combiné au DT polio. En 2004, le conseil supérieur d'hygiène publique de France l'a recommandé chez les adultes susceptibles de devenir parents dans les mois ou les années proches. Les Anglo-Saxons recommandent la vaccination systématique des adultes. La commercialisation récente d'un **vaccin contre la varicelle**⁶ suscite beaucoup d'interrogations. Les varicelles gravidiques sont peu fréquentes (< 0,1 %) et le nombre de fœtopathies serait inférieur à 10 cas par an.⁷ Aucune étude en France ne rapporte de données sur la mortalité des femmes infectées au cours de la grossesse. La vaccination systématique des



femmes en âge de procréer n'est pas évaluée et n'est pas recommandée. Actuellement, 95 % d'entre elles seraient immunisées.

Tabac et alcool : zéro

Le désir de conception motive pour arrêter le tabac⁸ qui retentit sur la fertilité aussi bien masculine que féminine. Il augmente les risques spécifiques pour la femme enceinte et son fœtus : fausses couches, diminution de la croissance fœtale, accouchements prématurés, placenta praevia, enfants mort-nés et mort subite du nourrisson. Néanmoins, 25 % des femmes enceintes fument ; seules 40 % d'entre elles vont arrêter. Plus l'abstinence est obtenue tôt au cours de la grossesse, plus les bénéfices sont importants. La toxicité fœtale est liée au monoxyde de carbone.⁸ Les substituts nicotiniques peuvent être conseillés, le bupropion est contre-indiqué. Le tabagisme passif est également nocif pour la femme enceinte et l'enfant à venir. Proposer une aide au sevrage au futur père peut être un moyen de l'associer pleinement à la démarche préventive.

La toxicité de l'alcool pour le fœtus est clairement établie. C'est la première cause de retard mental acquis de l'enfant.¹ Une relation dose-effet a été décrite sans possibilité de déterminer des seuils à partir desquels le syndrome d'alcoolisation surviendrait constamment. Il est donc recommandé d'éviter la prise d'alcool pendant la grossesse. Il ne faudra pas culpabiliser une femme enceinte qui a bu, mais lui conseiller l'abstinence au plus vite.

PRINCIPALES INFORMATIONS

- Immunisation contre la rubéole et la toxoplasmose
- Modifications du mode de vie (alcool, tabac, drogue, automédication)
- Supplémentation en acide folique
- Évaluation des risques d'IST et conseils pour les éviter.

Le cannabis consommé régulièrement est responsable de retards de croissance et de troubles du comportement chez le nouveau-né.¹ Il est déconseillé pendant la grossesse.

Le sevrage des opiacés doit être proposé avant la grossesse. Il est possible de débiter ou de poursuivre la substitution au cours de la grossesse.⁹ Une femme toxicomane enceinte doit être soutenue par une équipe multidisciplinaire expérimentée : médecin généraliste, sage-femme, obstétricien, pédiatre, assistante sociale.

Médicaments à éviter

Les médicaments ou les toxiques seraient responsables de 4 à 5 % des malformations chez l'enfant.¹ Seul le paracétamol peut être pris sans avis médical. En cas de doute, l'avis du CRAT est précieux (Centre de renseignements sur les agents tératogènes : <http://www.lecrat.org/>). La prescription d'un médicament au long cours chez une jeune femme doit tenir compte d'une grossesse éventuelle : par exemple il faut éviter les IEC et les AAIL. Le traitement d'une patiente diabétique ou épileptique est modifié avant la conception, après avis du neurologue.¹⁰ Tous les antiépileptiques classiques traversent la barrière placentaire et augmentent le risque de malformations congénitales. Il n'y a pas lieu d'observer un délai entre arrêt d'une contraception orale et fécondation. Citons quelques médicaments tératogènes : anticoagulants coumariniques, thalidomide et Distilbène, isotrétinoïne, produits radioactifs, anticancéreux...

Prescrire l'acide folique

En France, l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural est de 1 pour 1000, soit environ 700 grossesses par an.¹¹ L'augmentation de la consommation d'aliments riches en acide folique ne suffit pas à réduire le risque. Chez les femmes sans antécédent,

l'apport de 0,4 mg par jour 28 jours avant la conception et les trois premiers mois de la grossesse réduit le risque de plus de 80 %. Si la grossesse ne survient pas, une prise prolongée d'acide folique est sans risque. Chez les femmes ayant un antécédent lors d'une précédente grossesse, le risque de récurrence est de 3 %. L'administration de 4 mg par jour d'acide folique durant le mois qui précède la conception puis pendant le premier trimestre réduit ce risque d'environ 70 % (conditionnements en France : 5 et 0,4 mg).

S'enquérir des antécédents personnels et familiaux des futurs parents est indispensable. Les grossesses dites à risque et les malformations fœtales augmentent avec l'âge maternel. Une consultation de génétique peut être proposée avant la conception dans certaines circonstances, en particulier en cas d'antécédents de maladies héréditaires chez les futurs parents ou dans leur famille proche. ■

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant cet article.

Références

1. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour la pratique clinique. Paris; avril 2005.
2. Parent du Châtelet I, Bouraoui L, Six C, Lévy-Bruhl D. La rubéole chez la femme enceinte et le nouveau-né en France métropolitaine en 2002 : les données du réseau Rénarub. BEH 2004(n°1):2-3.
3. Éviter la toxoplasmose pendant la grossesse : informer les femmes des mesures préventives éprouvées. La Revue Prescrire 2004;24(251):449-51.
4. Anaes. Évaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à *Chlamydiae trachomatis* en France. Paris; février 2003.
5. Gilberg S, Njamkepo E, Parent du Châtelet I, et al. Evidence of Bordetella pertussis infection in adults presenting persistent cough in a french area with very high whole-cell vaccine coverage. J Infect Dis 2002;186:415-8.
6. Levy-Bruhl D. Faut-il vacciner les nourrissons contre la varicelle ? De la difficulté de la décision vaccinale. BEH 2005(n°8):29.
7. Denis F, Bonmarin I, Levy-Bruhl D. Varicelle: 2 nouveaux vaccins aux indications ciblées. Rev Prat Med Gen 2004;18:1161-4.
8. Afssaps. Recommandation de bonne pratique. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Mai 2003.
9. Grossesse chez les patientes dépendantes aux opiacés : un traitement substitutif améliore le pronostic. La Revue Prescrire 2005;25(267):836-41.
10. Lamy C, Semah F. Grossesse chez une patiente épileptique traitée : le traitement est à modifier avant. Rev Prat Med Gen 2005;19:1407-11.
11. Prévention du spina bifida : supplémenter en acide folique dès avant la grossesse. La Revue Prescrire 2001;21(220):601-11.