

ITEM N°84 : INFECTIONS A HERPES VIRUS DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE IMMUNOCOMPETENTS

OBJECTIFS TERMINAUX

- I. Diagnostiquer et traiter une poussée d'herpès cutané et muqueux
- II. Diagnostiquer et traiter une varicelle et en connaître les complications
- III. Diagnostiquer et traiter un zona dans ses différentes localisations
- IV. Préciser les complications de la maladie herpétique chez la femme enceinte, le nouveau-né et l'atopique

INTRODUCTION

- HSV-1, HSV-2 et le virus varicelle zona (VZV) sont des *Herpesviridae*.
- Après la primo-infection, le virus persiste de façon définitive et latente. Les récurrences cliniques correspondent à la reprise de la réplication.
- Latence et persistance : éradication impossible par les antiviraux. Pas de vaccin disponible pour HSV-1 et 2, mais vaccin disponible pour la varicelle et le zona.

I. DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UNE POUSSEE D'HERPES CUTANE ET MUQUEUX

1. INTRODUCTION : HSV-1 ET HSV-2

1.1 TRANSMISSION

- Contact direct cutanéomuqueux, passage transplacentaire, allaitement maternel.
- Diffusion : propagation le long des troncs nerveux, dissémination par voie hématogène.

1.2 EPIDEMIOLOGIE

- L'homme est le seul réservoir de virus.
- L'infection par HSV-1 survient au cours des premières années de la vie (80 % des enfants, 90 % des adultes ont des Ac).
- HSV-2 c'est une IST, la séoprévalence est de 15-20 % chez l'adulte en France.

2. DIAGNOSTIQUER UNE POUSSEE D'HERPES CUTANEOMUQUEUX

2-1. INFECTIONS A HSV-1

2.1.1 HERPES ORAL

2.1.1.1 Primo-infection

- Dans l'enfance (1-4 ans)
- Asymptomatique le plus souvent
- Ou gingivostomatite aiguë (Cf. Chap. 89.2 §4.1, PILLY 2008)
- HSV-2 est possiblement en cause chez l'adulte (transmission génito-orale).

2.1.1.2 Récurrences

- Bouquet de vésicules, unilatéral, à la jonction cutanéomuqueuse des lèvres, (narines, menton)
- Classique « bouton de fièvre »
- Souvent associées à : (exposition solaire, menstruation, infection intercurrente etc.).

2.1.2. MANIFESTATIONS OPHTALMOLOGIQUES

- Primo-infection, ou, le plus souvent, récurrence.
- Signes souvent unilatéraux : douleurs, hyperhémie, photophobie, larmoiement, adénopathie prétragienne, parfois quelques vésicules palpébrales ou conjonctivales.
- Recours au spécialiste impératif.
- Contre indication des corticoïdes généraux ou locaux.

2.1.3. AUTRES MANIFESTATIONS

- Panaris herpétique, angine herpétique, pustulose varioliforme de Kaposi-Juliusberg, grave.

2.2 INFECTIONS A HSV-2

2.2.1. HERPES GENITAL

2.2.1.1 Primo-infection génitale

- Incubation (2-7 j). Formes symptomatiques dans 1 cas sur 3, alors souvent bruyantes
- Lésions génitales érythémato-vésiculeuses douloureuses, rapidement ulcérées et recouvertes d'un exsudat crémeux.
- Localisations extra-génitales possibles : périnée, fesses
- Rarement fièvre, malaise général, adénopathies inguinales bilatérales sensibles, dysurie
- La cicatrisation : jusqu'à plusieurs semaines.
- HSV-1 possiblement en cause (15 à 30% des cas)

2.2.1.2 Récurrences :

Phase des prodromes :

- Douleurs, brûlures, prurit, picotements, durant quelques heures.

Phase lésionnelle :

- Lésions localisées le plus souvent au site de la primo-infection, fièvre modérée possible, adénopathie satellite.
- Guérison : 7-10 j.
- Fréquence des porteurs asymptomatiques mais contagieux.

2.2.1.3 Examens complémentaires et Herpes génital (Cf. Chap. 89.2 §5, PILLY 2008)

- Détection d'antigène viral par PCR.
- Isolement viral par culture.
- Immunodiagnostic direct.
- Microscopie électronique.
- Sérologie.

3. SAVOIR TRAITER

3.1 SAVOIR TRAITER UNE GINGIVOSTOMATITE AIGUË

- Evolution spontanée favorable.
- Réhydratation régulière par voie orale, bains de bouche (eau bicarbonatée et aspirine), aliments froids semi-liquides.
- Rarement, hospitalisation pour réhydratation IV, ou aciclovir par voie parentérale (Cf. T87.2-1, Chap. 87-2, E. PILLY 2006).

3.2 SAVOIR TRAITER UNE MANIFESTATION OPHTALMOLOGIQUE

L'herpès cornéen nécessite une prise en charge spécialisée.

Il constitue une contre-indication absolue à la corticothérapie et aux anesthésiques locaux.

3.3 SAVOIR TRAITER UN HERPES GENITAL (Cf. T89.2-1, Chap. 89.2, E. PILLY, 2008)

- Valaciclovir (Zélitrex[®]) per os 2 cp à 500 mg en 1 ou 2 prises
- Pendant 10 j si primo-infection, 5 j si récurrence.
- Ce traitement ne prévient pas les récurrences.

3.4 TRAITEMENT « PREVENTIF » (Cf. T89.2-2, Chap. 89-2, E. PILLY, 2008)

- Indiqué en cas de plus de 6 récurrences annuelles d'herpès génital ou cutanéomuqueux.
- Réduit la fréquence (voire supprime) les poussées d'herpès pendant la durée du traitement, mais ne permet pas l'éradication du virus.

III. DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UNE VARICELLE ET EN CONNAITRE LES COMPLICATIONS

1. INTRODUCTION

- La plus contagieuse des maladies éruptives ; transmission aérienne par les gouttelettes de salive, pénétration par les muqueuses des voies aériennes supérieures et conjonctivales.
- 90 % des cas de varicelle surviennent chez l'enfant entre 1 et 14 ans.
- Maladie grave chez l'adulte, chez l'immunodéprimé, la femme enceinte.
- La varicelle est la primo-infection par le VZV.
- Un vaccin est disponible.

2. DIAGNOSTIQUER UNE VARICELLE

2.1 FORME HABITUELLE

Incubation moyenne : 14 jours.

Invasion : fébricule (38° C), érythème scarlatiniforme fugace, malaise général.

Phase d'état caractérisée par l'éruption

- **Type** : Maculo-papulo-vésiculeuse, très prurigineuse, ulcération et dessiccation, crustation à J4, et cicatrisation à J10
- **Evolution** : en plusieurs poussées successives.
- **Topographie** : Cuir chevelu, de la face, du thorax.
- **Enanthème** buccal, avec lésions érosives associés.
- **Fièvre** modérée.
- **Micropolyadénopathie** (cervicale), splénomégalie rare.

Evolution favorable en 10-15 jours.

Complications

- **Surinfections cutanées bactériennes** : fréquentes (enfant) liées aux lésions de grattage (*S. aureus* et *S. pyogenes*).
- **Complications respiratoires** : pneumonie interstitielle (enfant < 6 mois, adulte, immunodéprimé).
- **Complications neurologiques** :
 - o **Convulsions** : hyperthermiques ; exceptionnellement liées à une encéphalite ;
 - o **Méningo-encéphalite** ;
 - o **Ataxie cérébelleuse** : de bon pronostic ;
 - o **Plus rarement** : polyradiculonévrite, myélite, méningite.

2.2 FORMES SEVERES

2.2.1 Terrain favorisant : immunodépression, adulte, femme enceinte, nouveau-né,

2.2.2 Manifestations cliniques :

- État infectieux sévère, éruption souvent nécrotique et hémorragique, localisations viscérales notamment pulmonaires, hépatiques, neurologiques, CIVD.

2.2.3 Varicelle néonatale

- Grave, avec une mortalité qui peut atteindre 30 % si varicelle chez la mère dans les 5 jours avant ou les 2 jours suivant l'accouchement.

2.2.4 Varicelle congénitale

- Exceptionnelle, si la varicelle survient avant la 20^e semaine d'aménorrhée.

2.3 DIAGNOSTIC : IL EST AVANT TOUT CLINIQUE

2.3.1 Biologique

- **Culture virale** : examen de référence, mais long et coûteux.
- **Diagnostic rapide** : examen des cellules vésiculaires : recherche d'Ag viraux (immunofluorescence ou PCR).
- PCR VZV dans le LCR : encéphalites, myélites.
- **Sérologie** : intérêt épidémiologique, ou rétrospectif uniquement.

2.3.2 Diagnostic différentiel

Prurigo strophulus, zona généralisé (immunodéprimé), variole (bioterrorisme).

3. TRAITER UNE VARICELLE

3.1 TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE, TRAITEMENT LOCAL :

- Aspirine contre indiquée chez l'enfant. Utiliser paracétamol ou ibuprofène.
- Antihistaminiques sédatifs : hydroxyzine (Atarax[®]), dexochlorphéniramine (Polaramine[®]).
- Ongles propres et coupés courts.
- Douches ou bains quotidiens.
- Interdiction de certains topiques.

3.2 ANTIBIOTHERAPIE : uniquement en cas de surinfection cutanée avérée

3.3 TRAITEMENT ANTIVIRAL : réservé aux formes sévères et/ou compliquées :

- Varicelle de l'immunodéprimé, varicelle grave du sujet non immunodéprimé (extension ou localisations : formes respiratoires de l'adulte par exemple).
- Aciclovir IV, 10-15 mg/kg/8h, pendant 10 jours.

3.4 TRAITEMENT PREVENTIF

3.4.1 Eviction scolaire jusqu'à disparition des croûtes.

3.4.2 Chez l'immunodéprimé :

- o Eviter contact avec varicelleux ;
- o Immunoglobulines spécifiques VZV (ATU).

3.4.3 Vaccination (Cf. Chap. 89-3, paragraphe 7, E PILLY 2008)

- Varivax[®], Varilrix[®]
- Enfants exposés aux formes graves (hémopathie, tumeur solide)
- Personnes (sans antécédent de varicelle et avec sérologie négative).au contact de sujets à risque :
 - o Immunodéprimés ;
 - o Professionnels au contact de la petite enfance, ou exerçant dans des services à risque de varicelle grave.
- Adulte de plus de 18 ans exposé (contage < 3 j).

DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UN ZONA DANS SES DIFFERENTES LOCALISATIONS

1 INTRODUCTION

- Expression clinique de la réactivation du VZV, atteint 20 % de la population.
- Nette prédominance au delà de 50 ans.
- Gravité : douleur post-zostérienne (DPZ), formes de l'immunodéprimé, localisations ophtalmiques.
- Vaccin disponible : Zostavax®

2. DIAGNOSTIQUER UN ZONA

2.1 CARACTERISTIQUES GENERALES DE L'ERUPTION

2.1.1 Phase prodromique

Durée et intensité : facteurs pronostique pour les DPZ

2.1.2 Phase d'état

- **Eruption caractéristique :**
 - o **Eléments** d'abord érythémateux, puis vésiculeux en bulles polycycliques confluentes, ulcérées à J5, croûteuses à J7, puis cicatrice dépigmentée souvent indélébile ;
 - o **Douleurs**, paresthésies et troubles objectifs de la sensibilité ;
 - o **Localisation** : unilatérale, en hémiceinture, métamérique.
- **Fébricule**
- **Adénopathie satellite.**

2.1.3 Evolution : 2 à 3 semaines, poussées successives.

2.2 LES FORMES TOPOGRAPHIQUES

2.2.1 Zona intercostal, cervical, abdominal, lombo-abdominal, sacré

2.2.2 Zona céphalique : rare, très douloureux.

2.2.2.1 Ophtalmique

- Plus fréquent chez les sujets âgés.
- Complications oculaires fréquentes, graves.
- Séquelles (perte anatomique de l'œil, atteinte définitive de la vision).
- Atteint l'une des trois branches du nerf ophtalmique
 - o Frontale : partie médiane de la paupière supérieure, front et cuir chevelu jusqu'au vertex.
 - o Lacrymale : larmolement abondant, lésions de la partie externe des paupières.
 - o Nasale externe : racine, dos du nez et angle interne.
 - o Nasale interne : lobule du nez et irritation pituitaire, rhinorrhée douloureuse.
- Algies post-zostériennes fréquentes et intenses, paralysies oculomotrices.

2.2.2.2 Zona du ganglion géniculé

- Auriculaire : douleur et éruption du tympan, conduit auditif externe, conque et 2/3 antérieurs de l'hémilangue homologue.
- Paralysie faciale, vélopalatine, troubles cochléo-vestibulaires régressifs possibles.

2.2.2.3 Zona bucco-pharyngé

- Ulcérations pseudo-membraneuses avec vésicules unilatérales.

2.3 LES COMPLICATIONS

2.3.1 Douleurs post zostériennes (DPZ) : principale complication neurologique

- Surtout après 50 ans et surtout lors des localisations céphaliques.
- Douleurs persistant après la cicatrisation ou plus d'un mois après la survenue d'un zona.
- Disparaissent habituellement en 6 mois, mais peuvent être définitives et très invalidantes.

2.3.2 Autres complications neurologiques sont exceptionnelles :

- Paralysie oculomotrice, angéite carotidienne, myélite et encéphalite.
- Douleurs en l'absence d'éruption cutanée (zona *sine herpette*).
- Atteinte motrice dans le territoire du zona.

2.3.3 Zona généralisé : forme du sujet immunodéprimé

- Diffusion multiviscérale, notamment pulmonaire, encéphalitique, hépatique...

2.3.3 Surinfections bactériennes

- Au cours du zona ophtalmique.
- Favorisées par une corticothérapie au long cours.

2.4 DIAGNOSTIC

- Diagnostic clinique.
- Recours aux examens complémentaires exceptionnellement indiqué (isolement viral, sérologie, diagnostic rapide examen des cellules vésiculaires en IF avec Ac monoclonal ou PCR).

3. TRAITER UN ZONA

3.1 TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

3.1.1 Traitement local

- Douches ou bains quotidiens à l'eau tiède.
- Chlorhexidine en solution aqueuse pour prévenir les surinfections.
- Interdiction des topiques : talc, crèmes, pommades, gels, antibiotiques locaux, antiviraux locaux, anesthésiques locaux.

3.1.2 Prise en charge de la douleur

Adaptation des traitements au mieux à l'aide d'une échelle visuelle analogique.

- **Les corticoïdes ne sont pas indiqués.**
- **Phase aiguë** : antalgiques du type paracétamol-codéine, paracétamol- dextropropoxifène.
- **DPZ** : prise en charge spécialisée.

3.2 ANTIBIOTHERAPIE

- Uniquement en cas de surinfection cutanée avérée
- Par voie générale

3.3 TRAITEMENT ANTIVIRAL (Cf. T89.4-1, Chap. 89.4), E. PILLY 2008)

3.3.1 Sujet immunocompétent :

- **Justification** :
 - o prévention des douleurs chez le sujet immunocompétent de plus de 50 ans ;
 - o traitement précoce impératif.
- **Modalités** : valaciclovir (Zélitrex[®]) *per os*, 1 g x 3, 7 jours.

3.3.2 Sujet immunodéprimé : traitement systématique par aciclovir IV. (Cf. T89.4-1, Chap. 89.4, E. PILLY 2008)

3.3.3 Zona ophtalmique : prise en charge spécialisée

4. PREVENIR UN ZONA

Le vaccin Zostavax (dérivé de la souche OKA) permet de réduire de zona chez les patients préalablement infectés par le VZV.

Il est indiqué pour la « Prévention du zona et DPZ chez les sujets de plus de 60 ans ».

PRECISER LES COMPLICATIONS DE LA MALADIE HERPETIQUE CHEZ LA FEMME ENCEINTE, LE NOUVEAU-NE ET L'ATOPIQUE

1. INTRODUCTION

- L'herpès néonatal concerne 1 à 3 nouveau-nés pour 10 000 naissances, soit entre 70 et 200 cas annuels en France. HSV-2 est principalement en cause.
- Gravité : mortalité très élevée, séquelles très lourdes en cas de survie.
- Transmission par contact direct lors du passage dans la filière génitale.
- Une contamination post-natale est possible.
- Une dissémination par voie hématogène est possible chez le nouveau-né.

2. PRECISER LES COMPLICATIONS DE LA MALADIE HERPETIQUE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

2.1 L'INFECTION DE LA MERE PEUT ETRE ;

- **Cliniquement patente** : herpès génital typique surtout dans le dernier mois, avec un risque majeur de transmission, évalué à 75 % en cas de primo-infection et à 5 % en cas de récurrence.
- **Cliniquement latente** : avec excrétion génitale asymptomatique d'HSV-2 de fréquence estimée de 3 à 16 %, au cours de la grossesse.

2.2 FACTEURS FAVORISANTS LA CONTAMINATION DU NOUVEAU- NE :

- Prématurité,
- Rupture de la poche des eaux > 6 h,
- Blessure du scalp (électrodes, forceps), importantes lésions cervico-vaginales d'herpès.

2.3 COMPLICATIONS SUSCEPTIBLES DE SURVENIR AU COURS DE LA PRIMAINFECTION

- Une cervicite est associée dans 30 % des cas, mais est en règle non diagnostiquée.

3. PRECISER LES COMPLICATIONS DE LA MALADIE HERPETIQUE CHEZ LE NOUVEAU-NE, L'ATOPIQUE

3.1 CONSEQUENCES DE LA CONTAMINATION ANTENATALE

3.1.1 Accouchement prématuré, avortement (25 % des cas), mort *in utero*

3.1.2 Embryofœtopathie exceptionnelle (contamination avant 8 semaines d'aménorrhée)

- Atteintes du système nerveux central : hydrocéphalie, microcéphalie, convulsions, retard psychomoteur, calcifications intracrâniennes, chorioretinite, microphthalmie, cataracte.
- Vésicules cutanées.
- Atteintes cardiaques (persistance du canal artériel, hépatites).

3.2 CONSEQUENCES DE LA CONTAMINATION PERINATALE OU NEONATALE

3.2.1 Forme disséminée : Les signes apparaissent au 9^e-11^e jour, l'atteinte est polyviscérale

- Tableau de sepsis néonatal.
- Méningo-encéphalite.
- Hépatite nécrotique, CIVD, splénomégalie.
- Eruption vésiculeuse : kératite, gingivostomatite.
- Le risque de décès est de 50 %.

3.2.2 Méningo-encéphalite isolée :

- De survenue plus tardive, de diagnostic difficile ;
- Séquelles lourdes dans 50 % des cas.

3.2.3 Forme cutanéomuqueuse :

- Atteinte cutanée, conjonctivale ou orale.
- Risque d'atteinte oculaire chronique, d'encéphalite secondaire.
- Le diagnostic précoce et le traitement antiviral permettent une guérison dans 90 % des cas.

3.3 CONSEQUENCES DE LA CONTAMINATION POSTNATALE

- HSV-1 est habituellement en cause : liée à une récurrence maternelle (orale ou mammaire), de l'entourage, ou à une transmission nosocomiale.

- Responsable de 5-10 % des herpès néonataux.

3.4 CHEZ L'ATOPIQUE

L'existence d'un eczéma expose en cas d'herpès, à la pustulose varioliforme de Kaposi Juliusberg :

- Fréquence (5 %), plus fréquent chez l'enfant dans les 2 à 3 premières années ;
- Localisation plus fréquente: tête, cou, partie supérieure du tronc ;
- Éruption monomorphe de lésions vésiculeuses, croûteuses, ombiliquées, initialement regroupées ;
- Impétiginisation fréquente, lésions parfois pustuleuses ;
- Fièvre, malaise, adénopathies ;
- Résolution en 2 à 6 semaines ;
- Mortalité liée à une virémie et aux atteintes viscérales.

DOSSIERS CLINIQUES : [DC 2008-32](#) ; [DC 2008-33](#) ; [DC 2008-34](#). [DC 2008-35](#) ; [DC 2008-36](#) ;
[DC2008-67](#)

POUR EN SAVOIR PLUS

E. PILLY, 2008

Chapitres 89.1 à 89.4
Chapitre 6.2
Chapitre 124