

Cas clinique #2 contage infectieux DES 2026

Caroline Charlier
Equipe Mobile Infectiologie Cochin Port Royal
2026



Une femme de 30 ans, G1P0, enceinte à 13SA, vous contacte car elle a gardé sa nièce qui a développé le lendemain des lésions vésiculeuses évocatrices de varicelle.

1. Quels-sont les risques d'un contage varicelleux pendant la grossesse?

Risques d'une infection VZV

Femme enceinte

- Varicelle : pneumonies virales plus sévères que adulte hors grossesse
- Zona : pas de risque spécifique

Adulte

- 10% des varicelles, 69% des DC par varicelle

Pneumonie virale et grossesse

- Surtout T3
- Surtout varicelle profuse
- Surtout fumeuse



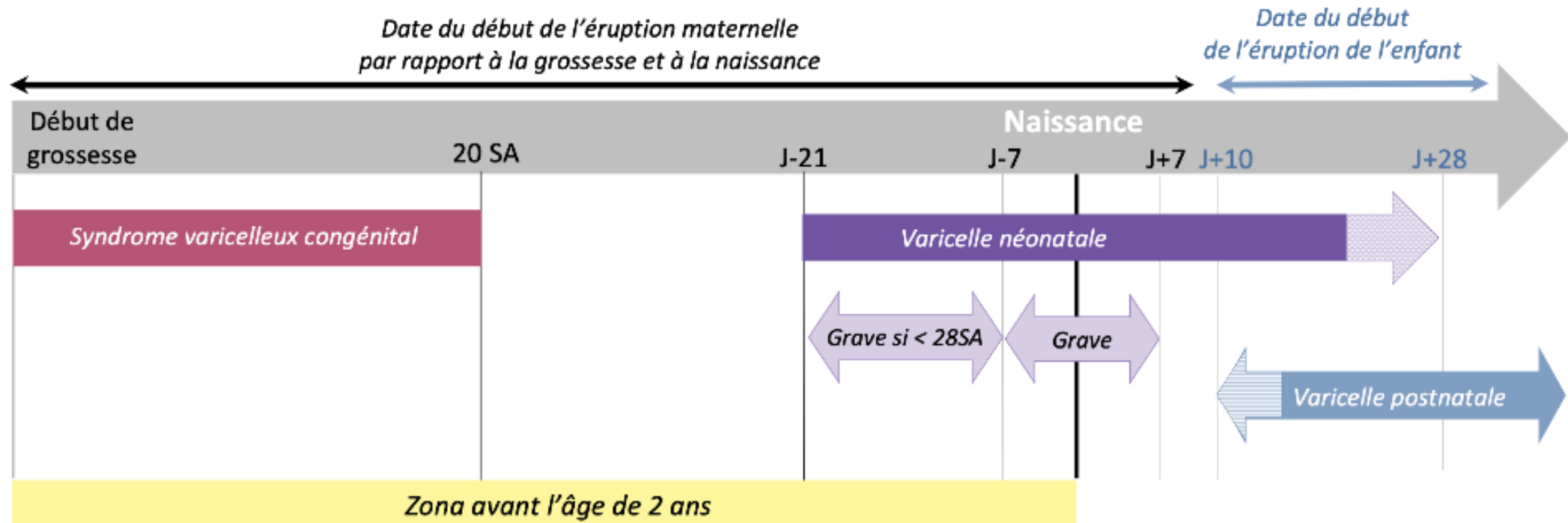
Risques d'une infection VZV

Femme enceinte

- Varicelle : pneumonies virales plus sévères que adulte hors grossesse
- Zona : pas de risque spécifique

Fœtus/ nouveau-né

- Risques dépendent de la date de l'éruption maternelle par rapport à la conception et à la naissance



Définitions

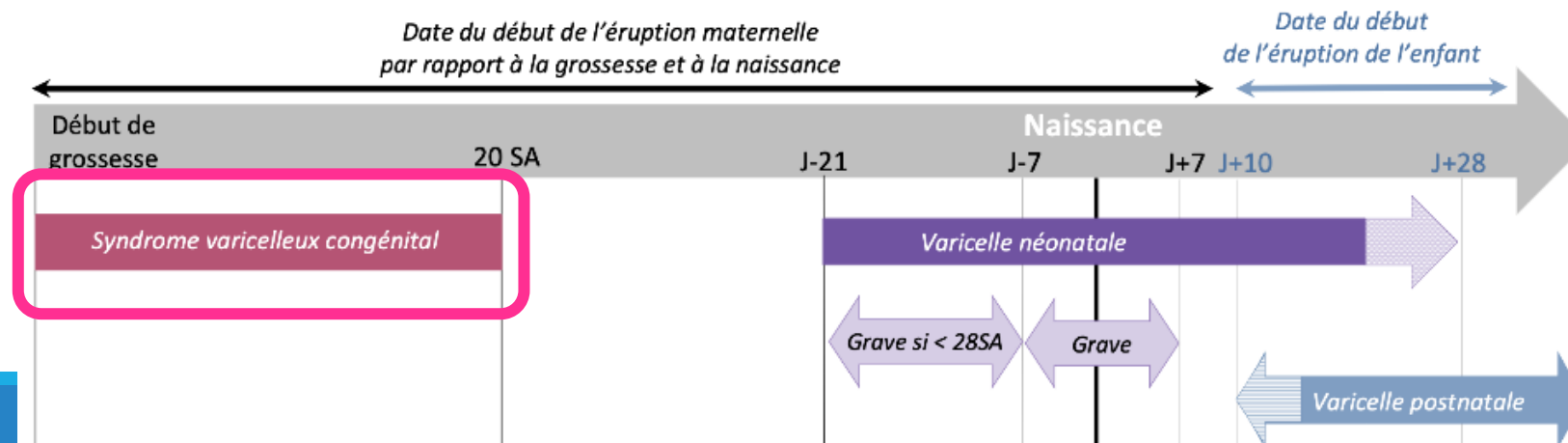
Syndrome varicelleux congénital

Tableau malformatif secondaire à une varicelle maternelle avant 20 SA



Risque 1-2% sans prise en charge

varicelle de immunodéprimé (œil, SNC, peau, viscérale) +
zona métamérique (troubles de croissance des membres)



Définitions

Varicelle néonatale

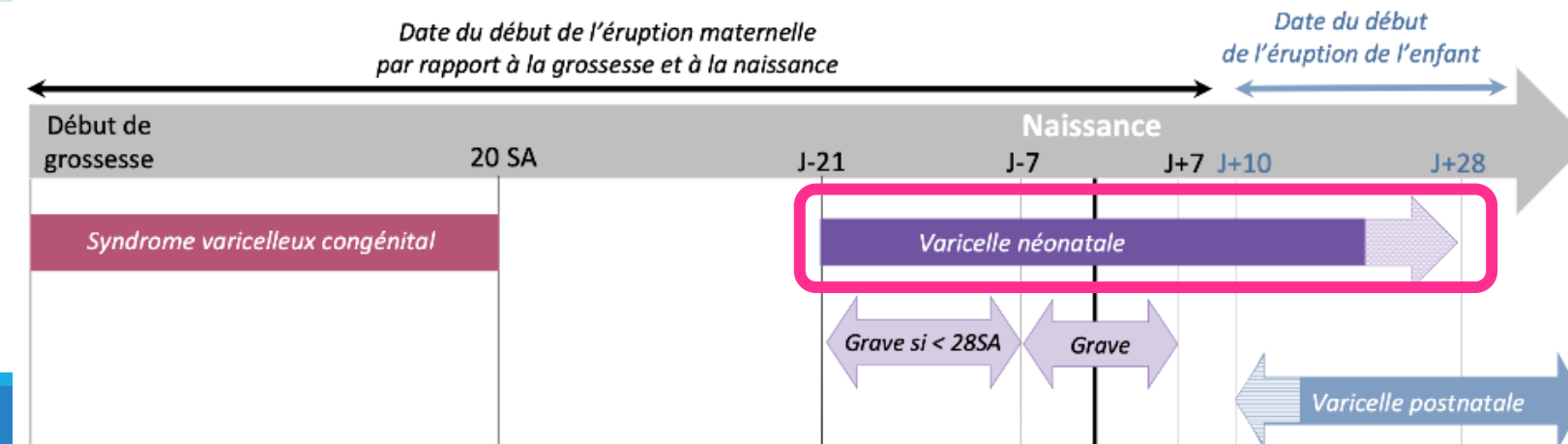
Varicelle acquise in utero par voie transplacentaire

Lors d'une varicelle maternelle survenant de J-21 à J+7 par rapport à naissance

Elle est sévère

- Si la varicelle maternelle survient entre entre J-7 et J+7 par rapp. à naissance
- Dès J-21 si enfant < 28 SA ou < 1000g à la naissance

Elle survient généralement avant J10, maximum J21 (J28 si administration de VZIG)



Définitions

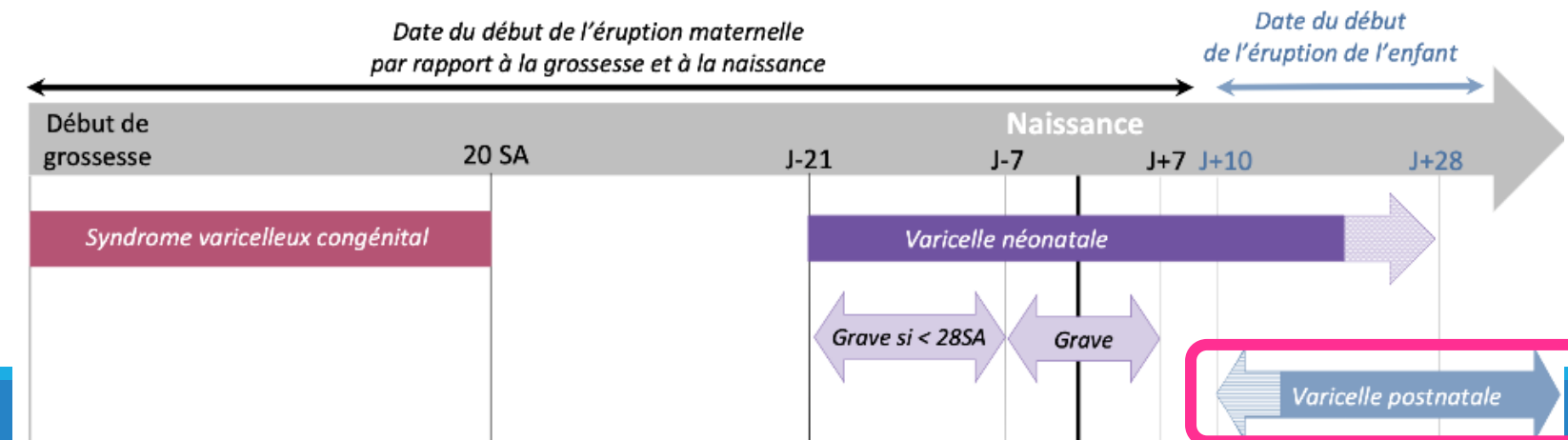
Varicelle **postnatale**

Varicelle du nouveau-né acquise après la naissance par voie aérienne ou cutanée

Deux situations

- Varicelle maternelle survenant après 7 jours de vie
- Varicelle d'un membre de entourage dès la naissance (et maman non protégée)

Elle débute généralement après J10 de vie



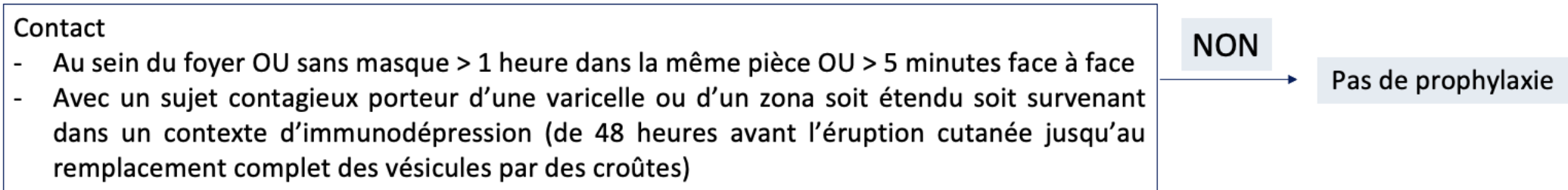
Une femme de 30 ans, G1P0, enceinte à 13SA, vous contacte car elle a gardé sa nièce qui a développé le lendemain des lésions vésiculeuses évocatrices de varicelle.

2. Quelles sont les 3 questions à poser pour évaluer le risque de ce contact?

Contage VZV pendant la grossesse

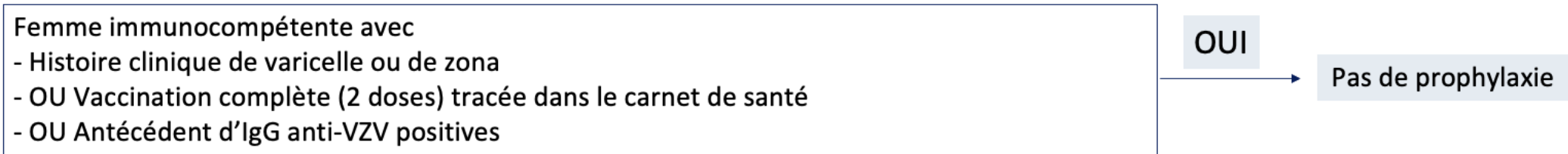
Conduite à tenir en cas de contact avec le VZV chez une femme enceinte

1. Le contact est-il à risque ?



OUI

2. La femme est-elle immunisée ?



NON

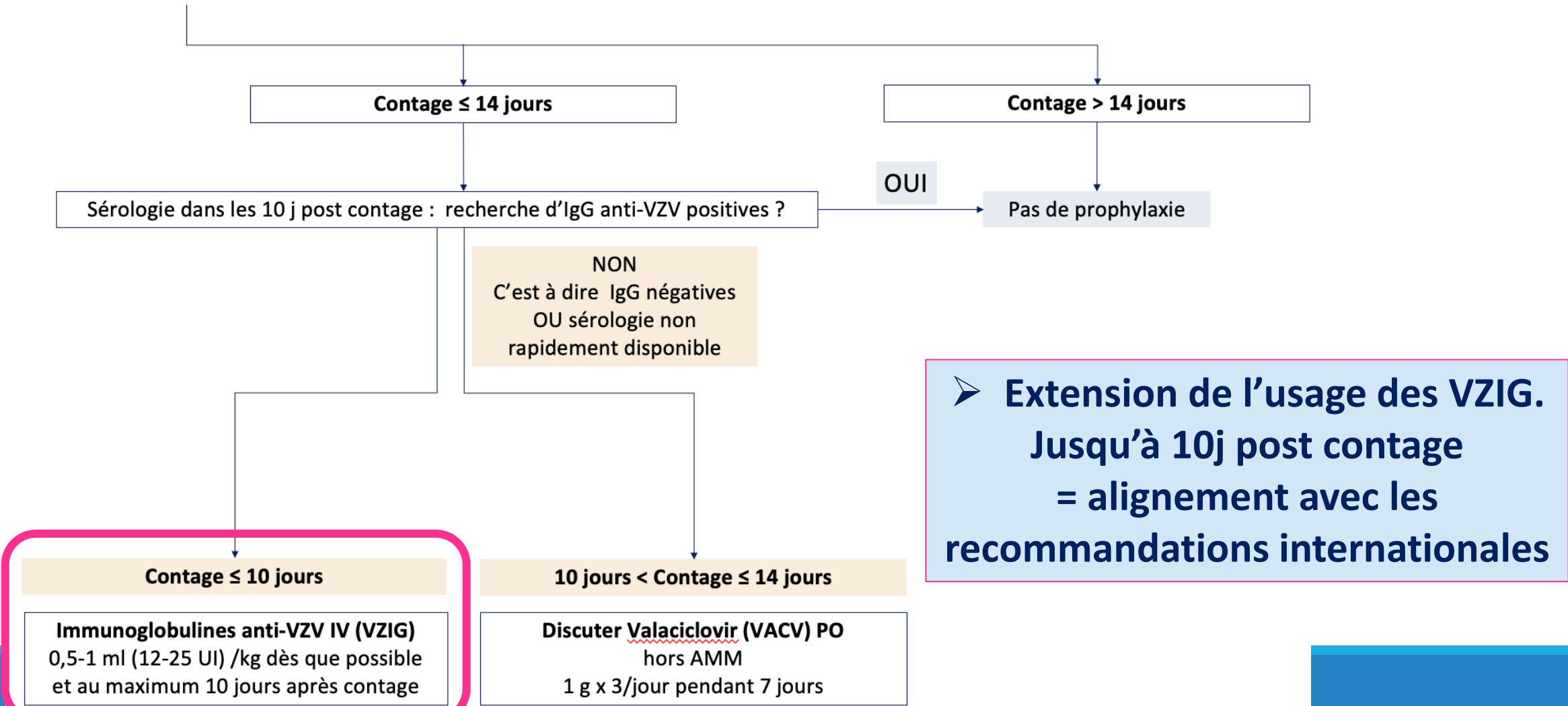
Vaccination anti-varicelleuse post exposition contre-indiquée pendant la grossesse

3. De quand date le contage ?

Contage VZV pendant la grossesse

Conduite à tenir en cas de contact avec le VZV chez une femme enceinte

3. De quand date le contage ?



Bénéfice des immunoglobulines spécifiques anti-VZV

Réduction de l'incidence de la varicelle

Réduction de la sévérité de la varicelle maternelle

Protection contre la varicelle congénitale

**Enfant immunodéprimé
Femme enceinte**

Cohen CMAJ 2011 : méta-analyse

0/142 infection congénitale chez les femmes enceintes
traitées par VZIG

14/498 (3%) chez les femmes enceintes non traitées

Efficacité d'autant plus grande que administration est précoce

Données US en vie réelle montrent protection jusqu'à J10 post contagé

Paszturzak
1994

Koren 2002

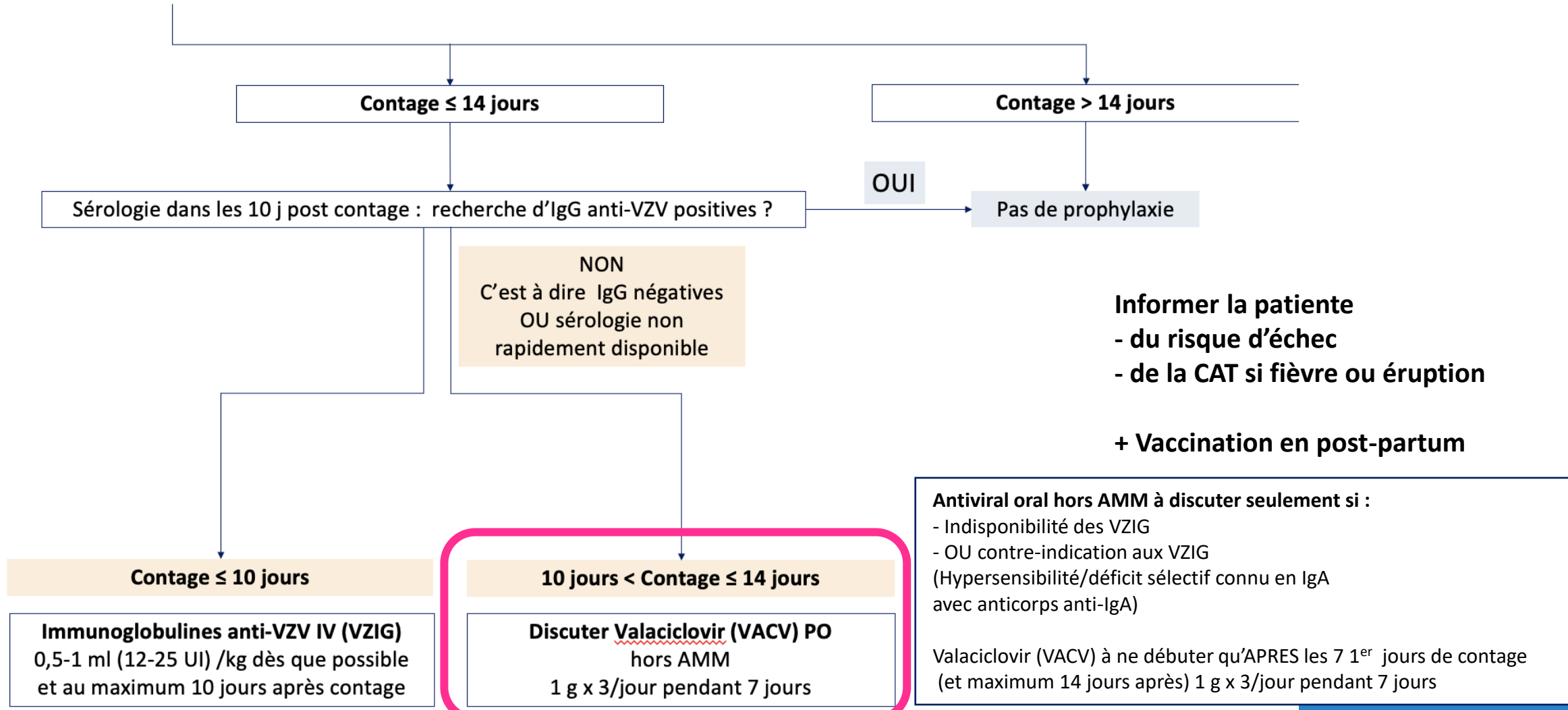
Levin 2019

Guyon 2010

Contage VZV pendant la grossesse

Conduite à tenir en cas de contact avec le VZV chez une femme enceinte

3. De quand date le contage ?



3. PEC d'une varicelle ? D'un zona?

Varicelle pendant la grossesse

Diagnostic

- Clinique
- PCR VZV uniquement si présentation atypique

Varicelle non compliquée

- Ambulatoire
- VACV 1g x 3/j PO 7 jours débuté idéalement dans les 24h suivant le début de l'éruption

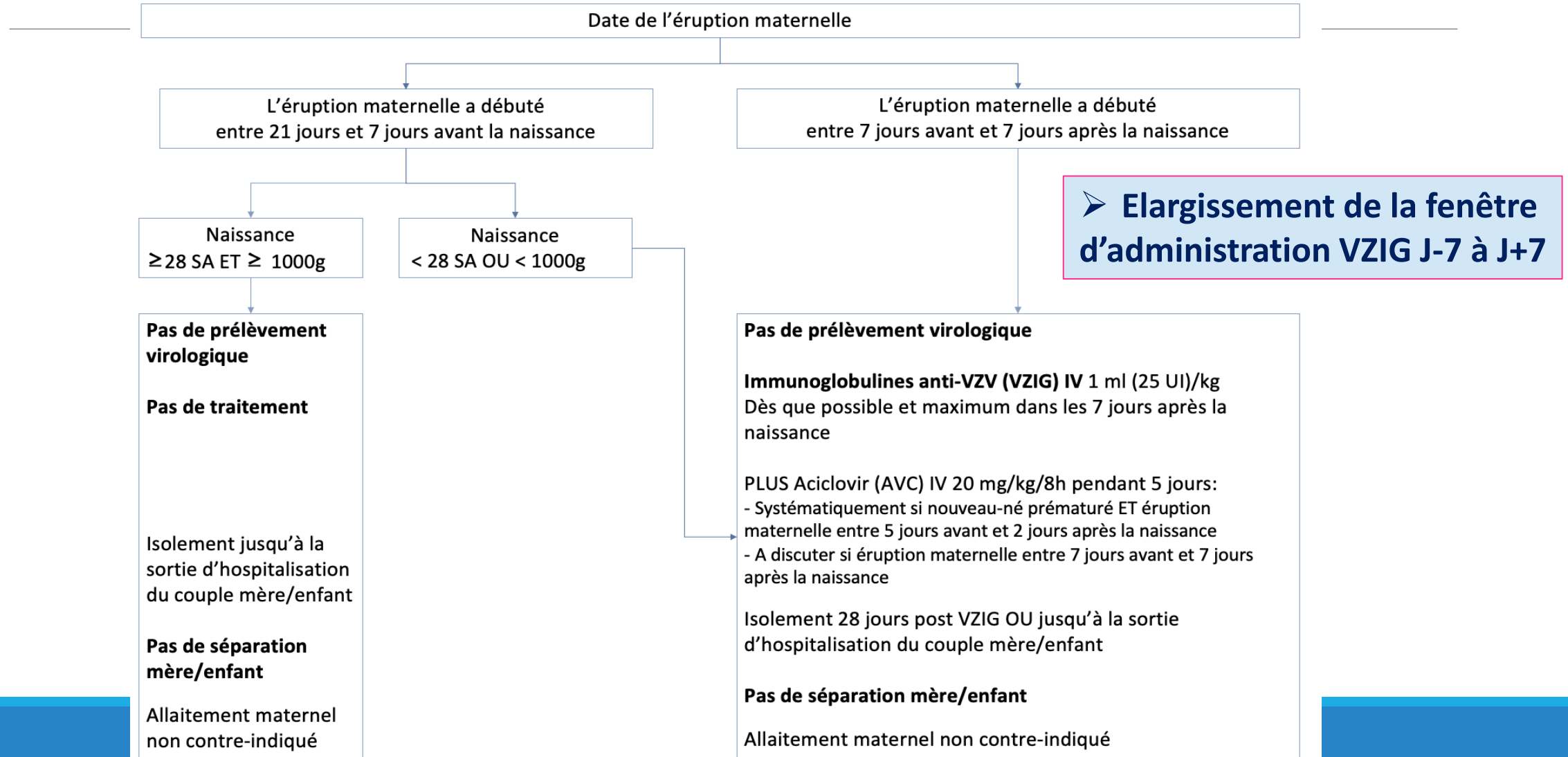
Pneumonie varicelleuse

- Hospitalisation chambre individuelle avec précautions AIR et contact
- ACV IV 15mg/kg/8h

➤ Pas de changement

Nouveau-né exposé à une varicelle maternelle moins de 3 semaines avant la naissance et jusqu'à 7 jours après

1. Nouveau-né asymptomatique



Nouveau-né exposé à une varicelle maternelle moins de 3 semaines avant la naissance et jusqu'à 7 jours après

— 2. Nouveau-né symptomatique

Si doute diagnostique : PCR VZV sur lésion

Aciclovir (ACV) IV 20 mg/kg/8h (même si l'enfant a reçu des VZIG)

Isolement en chambre individuelle avec précautions contact et air, jusqu'à la disparition de toutes les vésicules et leur remplacement complet par des croûtes

Pas de séparation mère/enfant

Allaitement maternel non contre-indiqué

Zona pendant la grossesse

Diagnostic

- Clinique
- PCR VZV uniquement si présentation atypique

Zona maternel

- Ambulatoire
- Précautions contact (AIR seulement si zona étendu ou immunodépression associée)
- VACV 1g x 3/j PO 7 jours si atteinte ophtalmique
- ACV IV si zona étendu ou ID)

Conséquences du zona maternel pour l'enfant

- Zona maternel guéri à l'accouchement: pas de SVC, pas de varicelle néonatale
- Zona maternel non guéri à l'accouchement: varicelle néonatale bénigne possible
→ couvrir les lésions

Exposition postnatale VZV des NN < 28 jours

Prise en charge d'un contage postnatal avec le VZV chez le nouveau-né

1. L'enfant est-il encore hospitalisé ?

NON → Pas de prophylaxie

OUI

2. Le contact est-il à risque ?

- Contact au domicile
- OU contact sans masque > 1 h dans la même pièce ou > 5 min face à face avec un sujet contagieux porteur d'une varicelle ou d'un zona

NON → Pas de prophylaxie

OUI

3. Quel est l'âge gestationnel et le poids de naissance

< 28 SA ET/OU < 1000g ?

OUI

Immunoglobulines anti-VZV IV 1ml (25U)/kg
Dès que possible et maximum dans les 10 j après le contact
Isolement jusqu'à 28 j après le contage ou sortie d'hospitalisation

Pas de séparation mère/enfant

Allaitement maternel non contre-indiqué

➤ **Restriction du VZIG aux enfants hospitalisés non immunisés ou < 28SA ou < 1000g à la naissance**

4. La mère est-elle immunisée ?

NON → Pas de prophylaxie

OUI → Pas de prophylaxie

Pas de prophylaxie



Charlier et al. IDNow 2024

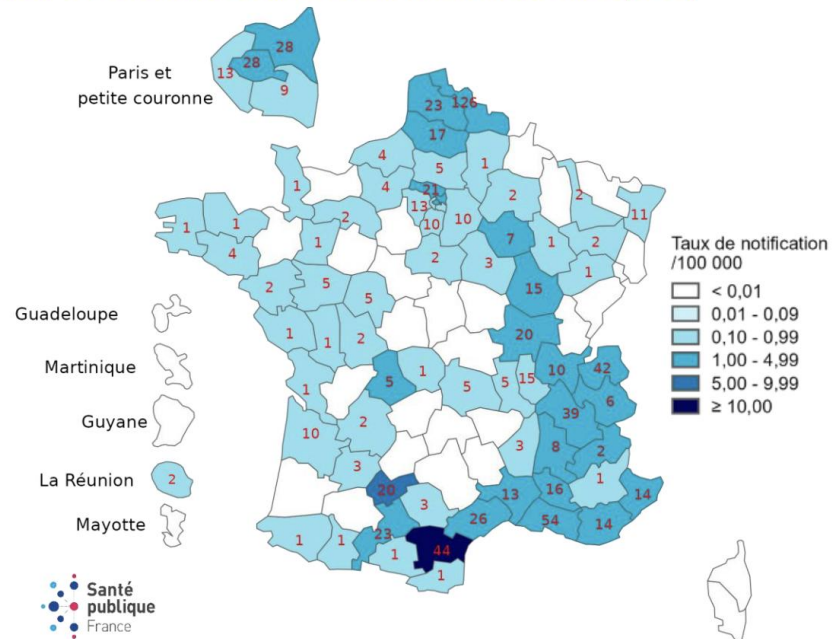
Olivia Anselem
Marion Caseris
Marie Lachâtre
Asmaa Tazi
Marine Driessen,
Didier Pinquier,
Chems Le Cœur,
Aurélie Saunier
Mathilde Bergamelli
Roxane Gibert Vanspranghels
Anaïs Chosidow
Charles Cazanave
Sophie Alain
Karine Faure
André Birgy
François Dubos
Philippe Lesprit
Julie Guinaud,
Robert Cohen,
Jean-Winoc Decusser pour la SF2H
Emmanuel Grimprel
Cyril Huissoud
Julie Blanc
Gilles Kayem|
Fanny Vuotto
Christelle Vauloup-Fellous
et Caroline Charlier

Une femme de 30 ans, G1P0, enceinte à 36SA, vous contacte car elle a gardé sa nièce qui toussait et présente le lendemain une éruption pour laquelle on vient de porter le diagnostic de rougeole.

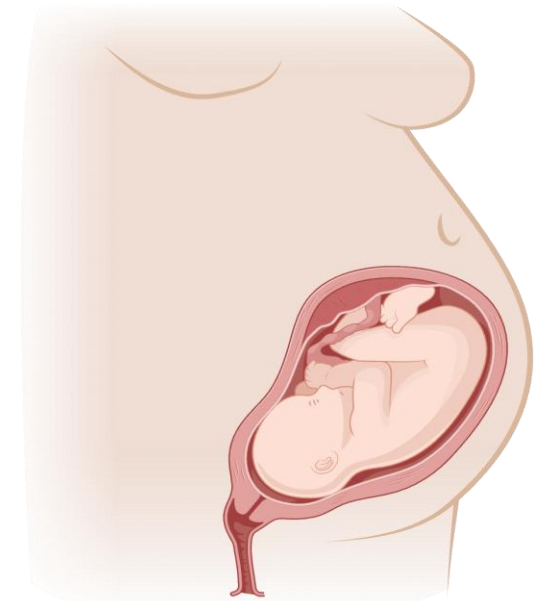
1. Quels-sont les risques d'une rougeole pendant la grossesse?

L'exemple de la rougeole

Figure 1. Taux de notification des cas déclarés et nombre de cas de rougeole déclarés, par département* de résidence, du 01/01/2025 au 31/07/2025, France entière (N=795)

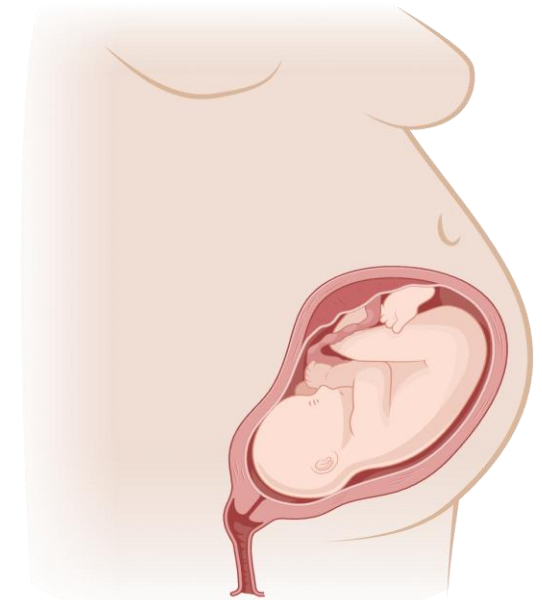
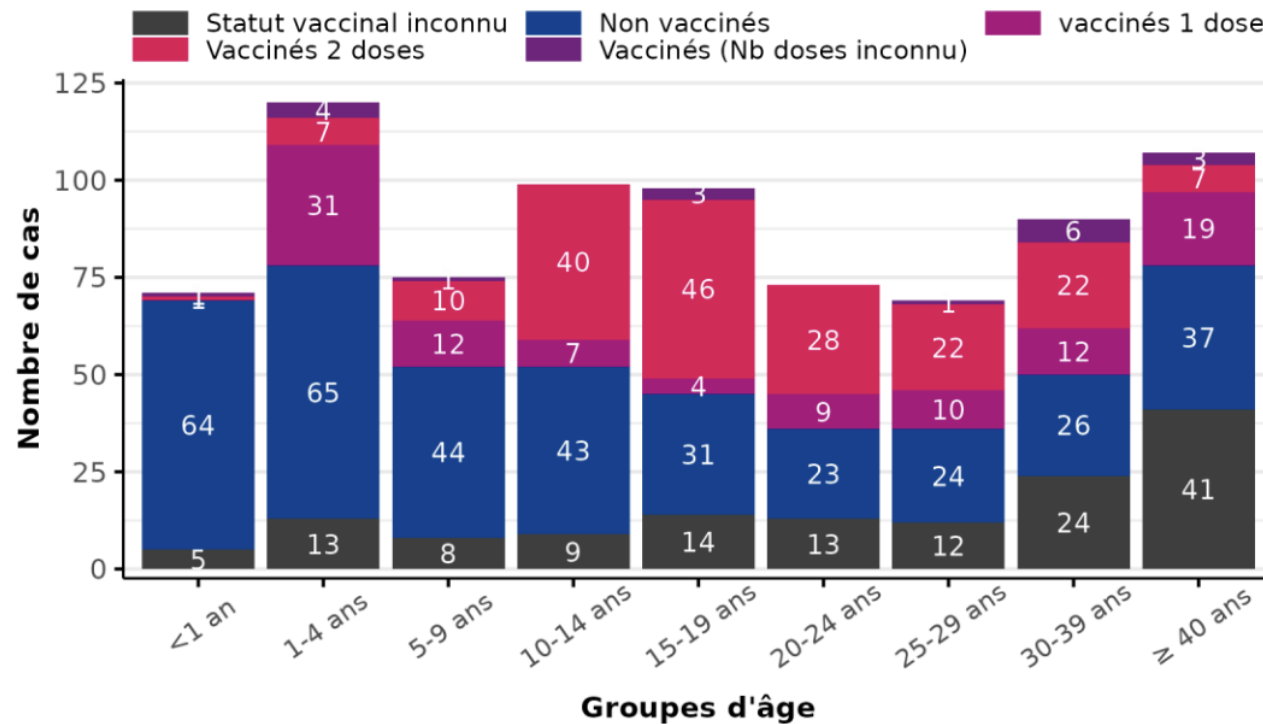


Source : Santé publique France, déclarations obligatoires (hors cas résidant à l'étranger) ; Insee - Estimations de population au 01/01/2025 (résultats précoces arrêtés fin 2024).



L'exemple de la rougeole

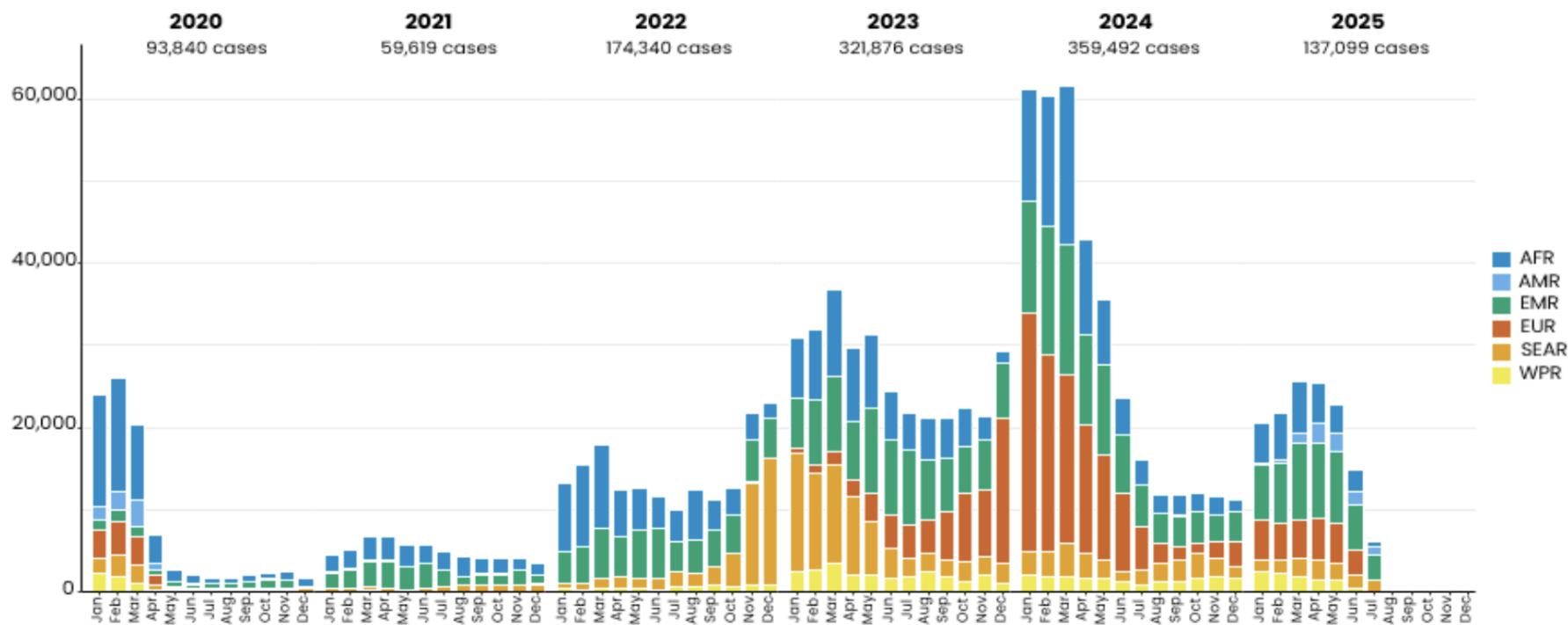
Figure 4. Nombre de cas de rougeole déclarés, par groupe d'âge et selon le statut vaccinal, du 01/01/2025 au 31/07/2025, France entière (N=802)



Source des données : Déclaration obligatoire, Données provisoires non consolidées pour 2025.

Epidémiologie de la Rougeole dans le monde 08/2025

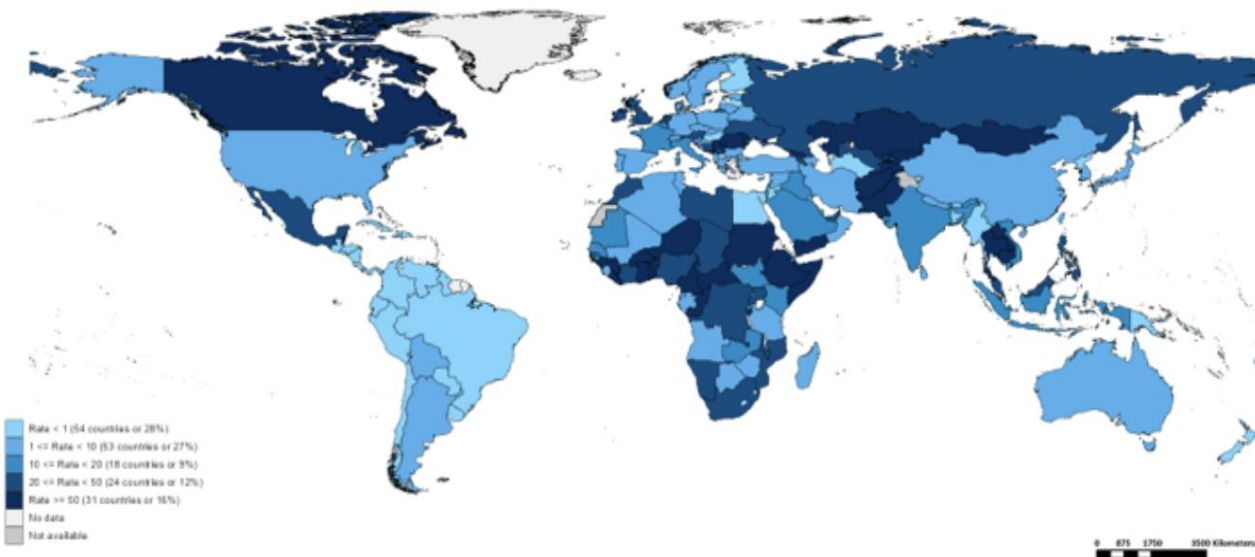
Measles case distribution by month and WHO Region (2020–2025)



Données WHO 08/2025

Epidémiologie de la Rougeole dans le monde 08/2025

Measles Incidence Rate per Million (12M period)



Highest incidence rates

Country	Cases	Rate
Kyrgyzstan	10462	1,455.88
Yemen	30568	753.22
Romania	9875	519.32
Mongolia	1199	344.98
Afghanistan	11142	261.26
Tajikistan	2177	205.55
Georgia	712	186.99
Kazakhstan	3112	151.12
Serbia	900	133.61
Thailand	7526	105.01



Map production: World Health Organization, 2025. All rights reserved
Data source: IVD Database

Disclaimer: The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Données WHO 08/2025

Conséquences pour la mère et l'enfant

Pour la mère

1. Excès d'hospitalisation

Ali et coll. Hospitalisation 60% versus 30% : RR x 2
Ogbuanu et coll. Hospit 96%

2. Excès de pneumopathies

Ali et coll. Pneumopathies RR x 2 : 10% versus 5%
Eberhart-Philipps et coll. Pneumopathies 25% : RR x 3
Ogbuanu et coll. Pneumonies 40%
Casalegno et coll Pneumonies 30% + Cytolyse 33%

3. Excès de décès maternels

Nouvat : 15% décès maternel
Christensen et coll. 4.8% versus 1.8% en 1951 (p=0.05)
Eberhart-Philipps et coll. Décès 3% : RR x 6
Ogbuanu et coll. Décès 9%

Christensen 1952, Eberhart-Phillips GO 1993,
Ali IJGO 2009, Casalegno Int Jobstet Gynecol 2014
Ogbuanu CID 2014

Conséquences pour la mère et l'enfant

Pour la grossesse

Christensen 1952, Eberhart-Phillips GO 1993,
Ali IJGO 2009, Casalegno Int Jobstet Gynecol 2014
Ogbuanu CID 2014
Congera J Infect 2020

1. Pas d'excès de malformation

2. Excès de fausses couches et morts foétales in utero

18% des grossesses
Dans les 14 j suivant le début de la rougeole

3. Excès de prématurité

25% versus 7%

4. Excès d'hémorragies delivrance

Complications obstétricales
= 31% USA 1993
= 48% Namibie 2010, 78% Burkina Faso 1997
= 60% Europe 1600-1900

5. Rôle du contexte médical / autres facteurs?

Rougeole : conséquences pour l'enfant

1. Rougeole congénitale sévère

après rougeole maternelle dans les 10 derniers jours de la grossesse

- Via la virémie maternelle
- Incubation plus courte : 2-10j après l'infection maternelle
- **Infection grave : 30% DC avant l'ère ATB et IGIV/ 50% DC chez le prématuré**
- **Sur-risque de PESS, de survenue précoce avant l'âge de 2 ans**

Rouvat 1904,
Miller BMJ 1992,
Campbell Int J Epidemiol 2007

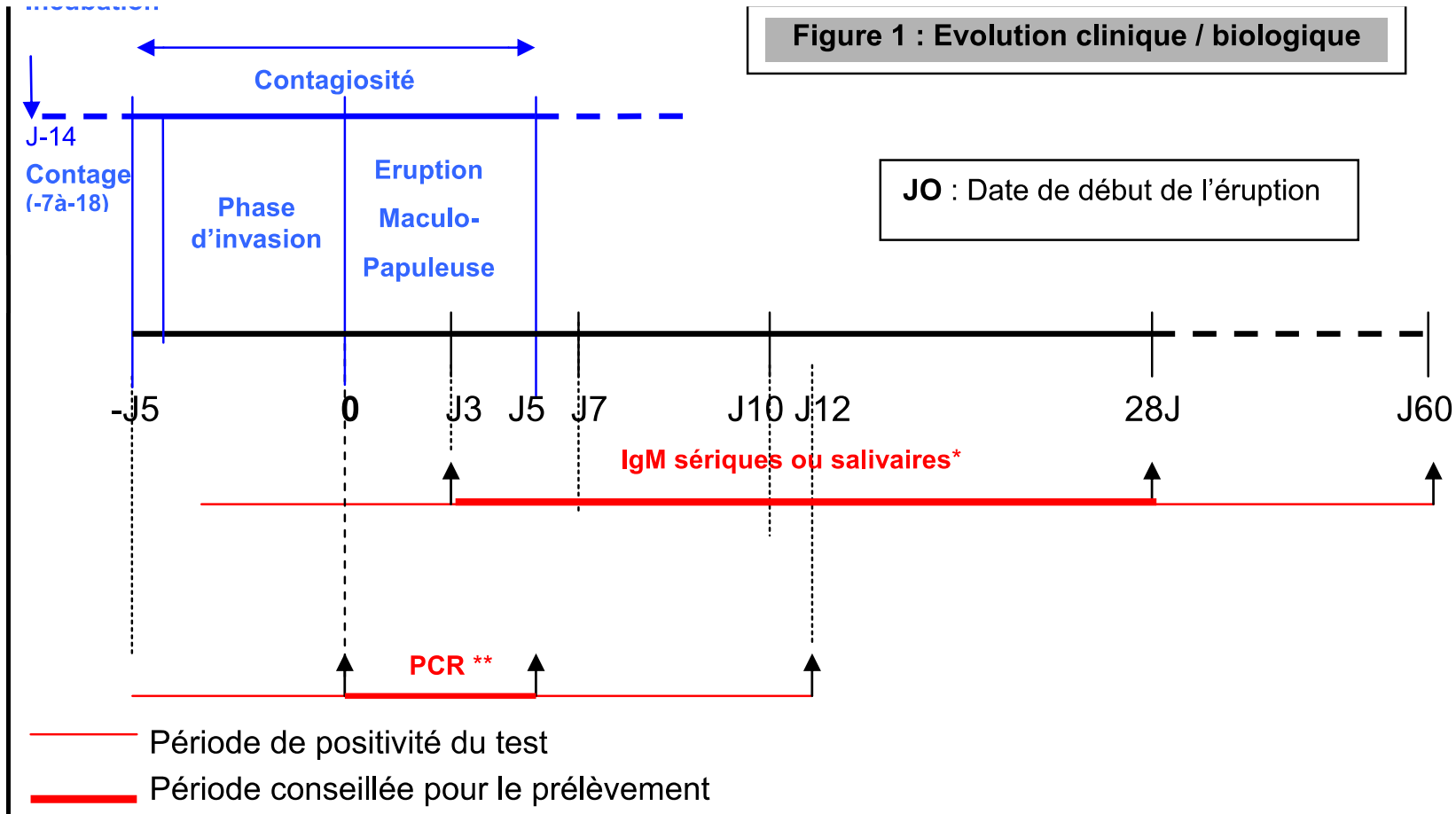
Rougeole : conséquences pour l'enfant

- 1. Rougeole congénitale sévère**
après rougeole maternelle dans les 10 derniers jours de la grossesse
- 2. Rougeole congénitale asymptomatique documentée dans 2/4 cas**
après rougeole maternelle à 14 et 19 SA
 - PCR salivaire positive /IgM salivaires
 - **Conséquences à long terme inconnues**
 - **Observatoire ROME0 2.0 en cours de mise en place pour évaluer ces conséquences**

Prévention

1. Diagnostic précoce
2. Précautions standard + **AIR jusqu'à J5 éruption**
3. **Déclaration obligatoire**
4. **Vaccination ++++**
5. **Gestion du contagage rougeoleux**

Diagnostic



J0-J3 PCR sensibilité 95%
J0-J3 IgM salive sens <70%
J4-J28 IgM salive sens > 95%

IgM salive = sang

DGS
2011

Contage rougeole

- 1. Tout contact face à face est à risque**
- 2. Le sujet contact est protégé seulement si**
 1. ATCD de rougeole tracée
 2. OU Deux doses de vaccin tracées
 3. OU IgG positives < J6 post contage
- 3. Si le contact est à risque deux options**

Soit le patient est éligible à la vaccination : vaccin
Soit non éligible : IGIV dans les 6j suivant contage

**Enfants < 6 mois,
Immunodéprimés,
Femmes enceintes**

Contage rougeole

Vaccin vivant atténué

Enfant de 6-8 mois : 1 dose de vaccin monovalent puis 2 doses de ROR selon schéma habituel

Enfant de 9-11 mois : 1 dose de vaccin ROR puis 2^{ème} dose entre 12 et 15 mois.

Personne de plus de 12 mois et née après 1980 : mise à jour = 1 à 2 doses de ROR

Professionnels de santé / petite enfance sans ATCD rougeole ou n'ayant pas 2 doses : 1 dose (2 si cas groupés)

Sujets nés avant 1980 sans ATCD de rougeole : 2 doses seulement si cas groupés

→ Dans les 72H peut éviter la maladie, ensuite le vaccin recommandé même passé ce délai....

Contage rougeole

IgIV

- **Dans les 6 jours suivant le contage**
- **0.4g/kg en 1 fois IVL**
- **Hors de la maternité si contage obstétrical**
- **Information sur le risque d'échec et la CAT en cas de SF**

Les immunoglobulines polyvalentes

Sont efficaces si administrées dans les 6 jours suivant le contage

Evitent 70% des cas de rougeole

Atténuent la gravité de la rougeole si données dans les 10j post contage

Contage rougeole

IgIV

- **Dans les 6 jours suivant le contage**
- **0.4g/kg en 1 fois IVL**
- **Hors de la maternité**
- **Information sur le risque d'échec et la CAT en cas de SF**

*** Les Sujets à risque :**

- la femme enceinte non vaccinée et sans antécédents de rougeole,
- le sujet immunodéprimé, quel que soit son statut vaccinal et ses antécédents avérés de rougeole,
- les enfants de moins de 6 mois dont la mère présente une rougeole,
- les enfants de moins de 6 mois dont la mère n'a pas d'antécédent de rougeole et n'a pas été vaccinée (dans le doute une sérologie maternelle IgG peut être demandée en urgence),
- les enfants âgés de 6 à 11 mois non vaccinés en post-exposition dans les 72 h après contact quel que soit le statut vaccinal de la mère ou ses antécédents de rougeole.