

**Item ECN.PILLY destiné à la consultation, uniquement à usage personnel et pédagogique.
Toute reproduction à usage collectif est interdite.**

L'ouvrage original couleur E.PILLY.ECN 2018 est disponible en librairie ou chez l'éditeur.

ECN.PILLY 2018

Licence d'utilisation et précautions d'usage

Le CMIT décline toute responsabilité, de quelque nature qu'elle soit, pouvant résulter d'une négligence ou d'une mauvaise utilisation de tous produits, instruments, techniques ou concepts présentés dans ce livre. Le CMIT recommande qu'une vérification extérieure intervienne pour les diagnostics, posologies et techniques.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (loi du 11 mars 1957, art. 40 et 41 et Code pénal, art. 425).

Des photocopies payantes peuvent être réalisées avec l'accord de l'éditeur. S'adresser au Centre français d'exploitation du droit de la copie - CFC, 20, rue des Grands Augustins, 75006 Paris, France.

© Copyright 2018. ALINÉA Plus – CMIT

La loi du 11 mars 1957 interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou ses ayants cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

Dépôt légal - ISBN ALINÉA Plus : 978-2-916641-67-6

ECN.PILLY 2018 - 5^e édition

Maladies infectieuses et tropicales - Préparation ECN - Tous les items d'infectiologie
210 x 270 mm - quadrichromie - 324 pages - ISBN : 978-2-916641-67-6
40,00 € TTC

Editions ALINÉA Plus - 8, rue Froidevaux - 75014 Paris
email : alineaplus@alineaplus.fr

Ouvrages du CMIT chez le même éditeur :

E.PILLY 2018 - 26^e édition

Maladies infectieuses et tropicales
210 x 270 mm - quadrichromie - 720 pages - ISBN : 978-2-916641-66-9
58,00 € TTC

ePOPI (www.epopi.fr) : guide numérique de traitement des maladies infectieuses et tropicales - référence pour une bonne pratique médicale. Site Web et application smartphone et tablette (ios et android) sur abonnement.

ePOPI Etudiant - Préparation iECN : Maladies infectieuses et tropicales : Site internet d'entraînement et d'évaluation iECN (sur abonnement) : Dossiers cliniques progressifs (DP), questions isolées (QI) et Lectures critiques d'articles (LCA) en Infectiologie. En Préparation (disponibilité prévue en 2018).

Objectifs

- Diagnostiquer un herpès cutané et muqueux, une varicelle, un zona chez le sujet immunocompétent
- Connaître la conduite à tenir devant un herpès cutané et muqueux, une varicelle, un zona et leurs complications les plus fréquentes
- Connaître les risques en cas d'infection chez la femme enceinte, le nouveau-né, le sujet atopique

Points importants

- Infections très fréquentes
- Transmission aérienne, salivaire, et par voie muqueuse
- Principales situations en pathologie humaine :
 - HSV-1 et 2 : primo-infections et réactivations muqueuses ; méningo-encéphalite ; infection néonatale si infection génitale maternelle lors de l'accouchement
 - VZV : varicelle et zona ; risque de transmission fœtale si varicelle pendant la grossesse (en particulier dernière semaine de grossesse)
 - CMV : primo-infection chez l'immunocompétent, primo-infection et réactivation chez l'immunodéprimé, infection fœtale si primo-infection pendant la grossesse
 - EBV : primo-infection parfois symptomatique : mononucléose infectieuse
- Diagnostic essentiellement clinique pour HSV (hors méningo-encéphalite) et VZV
- Traitements disponibles : (val)aciclovir (certaines infections à HSV, certaines varicelles, certains zozas) ; (val)ganciclovir et foscavir (infections à CMV de l'immunodéprimé).

CONSENSUS ET RECOMMANDATIONS

- Conférence de consensus sur le traitement des infections à VZV : www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/vzv98.pdf
- Conférence de consensus sur le traitement des infections à HSV : www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/herpes-2001.pdf

1 Bases pour comprendre

1. Généralités

- Les virus du groupe Herpès (*Herpes simplex virus* (HSV-1, HSV-2), virus varicelle-zona (VZV), cytomégalo-virus (CMV), virus d'Epstein-Barr (EBV), *Human herpes virus* (HHV) -6, -7 et -8) sont des virus enveloppés, à ADN.
- Après l'infection initiale (primo-infection), une infection latente persiste à vie au niveau de certaines populations cellulaires ; cette latence virale est à l'origine de possibles réactivations ou récurrences.
- L'infection est contrôlée par l'immunité à médiation cellulaire, ce qui explique la gravité de ces infections chez les patients immunodéprimés cellulaires (greffés, infection par le VIH au stade sida, traitement immunosuppresseur...).
- Particularités pour HSV et VZV : tropisme neuro-cutané, avec latence dans les neurones des ganglions sensitifs et réactivation à expression cutanée dans les territoires correspondants, voire réactivation encéphalique.
- On ne dispose d'un vaccin que pour l'infection par le VZV.

2. Traitements anti-virus du groupe herpès

- La principale molécule anti-HSV et anti-VZV est l'aciclovir
 - L'aciclovir est essentiellement utilisé par voie IV
 - Le valaciclovir est une prodrogue de l'aciclovir, avec l'avantage d'être beaucoup mieux absorbée par voie orale
 - Action : Inhibition de la réplication virale en s'insérant dans l'ADN à la place d'une base normale
 - Toxicités principales : rénale (tubulopathie par cristallurie) ; encéphalopathie
 - Résistance possible, essentiellement observée lors de traitement prolongé chez l'immunodéprimé.
 - Il existe également un autre antiviral, le penciclovir, qui peut être utilisé sous forme d'une prodrogue par voie orale, le famciclovir, avec les mêmes indications que le valaciclovir.
- Indications, Cf. TUE6-164-1
- Le traitement des infections à CMV repose sur le ganciclovir IV (et sa prodrogue orale le valganciclovir), le foscarnet IV et le cidofovir.
- Les antiviraux n'ont pas d'intérêt dans les maladies associées à l'EBV du fait de leur physiopathologie.
- Tous les traitements anti-virus du groupe *herpes* permettent de contrôler une primo-infection ou une réactivation symptomatique ; ils n'empêchent pas l'établissement ou la poursuite de l'infection latente, et donc le risque de récurrence à l'arrêt (récurrences herpétiques, zona après une varicelle...)

Notes

TUE6-164-1 : Principales indications de l'aciclovir IV, du valaciclovir PO et du famciclovir PO

	Patient immunocompétent	Patient immunodéprimé
Aciclovir IV	HSV : atteintes viscérales graves : méningoencéphalite, herpès oculaire sévère (kératite profonde, uvéite ou nécrose rétinienne) ; gingivostomatite herpétique sévère VZV : atteintes viscérales graves : encéphalite, pneumopathie	HSV : primo-infection et réactivations VZV : varicelle, zona
Valaciclovir PO Famciclovir PO	HSV : herpès génital ou cutanéomuqueux (primo-infection et récurrences) ; herpès oculaire non sévère ; prévention des récurrences herpétiques génitales ou orofaciales VZV : zona ophtalmique, zona à risque d'algies post-zostériennes	Utilisation possible dans les formes non graves de zona et d'infection HSV en cas d'immunodépression modérée

2 Diagnostiquer et traiter une poussée d'herpès cutané et muqueux

Ces infections sont dues aux virus *Herpes simplex* 1 et 2 (HSV-1 et HSV-2)

1. Introduction

■ **Transmission/physiopathologie**

- Transmission par contact direct cutanéomuqueux (baiser, relation sexuelle, *per-partum* lors du passage de l'enfant dans la filière génitale ; rôle de la salive et des lésions cutanées), passage transplacentaire, allaitement maternel (très rare).
- Transmission et expression clinique classiquement au niveau des muqueuses bucco-pharyngées (HSV-1) ou génitales (HSV-2) (l'inverse est possible : infection buccopharyngée à HSV-2 par exemple).
- Tropisme principalement cutanéomuqueux : réplication intense lors de la primo-infection et effet cytopathogène, provoquant des vésicules inflammatoires. Dissémination par voie hématogène possible mais rare (infection systémique virale du nouveau-né).
- Diffusion dans les axones des neurones des voies nerveuses sensibles vers leurs sites de latence : les ganglions sensitifs crâniens (HSV-1), spinaux ou sacrés (HSV-2).
- Récurrences : causes multiples : stress, soleil, fatigue, règles, fièvre, infection, baisse de l'immunité à médiation cellulaire.

■ **Épidémiologie**

- L'humain est le seul réservoir de virus.
- L'infection à HSV-1 survient au cours des premières années de la vie (80 % des enfants, 90 % des adultes sont séropositifs pour HSV-1).
- L'infection à HSV-2 est une IST dont la séoprévalence est de 15-20 % chez l'adulte en France et de 90 % dans deux situations : personnes infectées par le VIH, prostitution.

2. Diagnostiquer une poussée d'herpès cutanéomuqueux

■ **Infections à HSV-1**

Herpès oral

Primo-infection

- Dans l'enfance (entre 1 et 4 ans en général).
- Asymptomatique le plus souvent
- Le tableau peut être celui d'une gingivostomatite aiguë : ulcérations diffuses de toute la cavité buccale pouvant déborder sur les lèvres et le menton. Elles peuvent être responsables de dysphagie parfois majeure. La gingivostomatite s'accompagne d'une fièvre élevée à 39°C et d'adénopathies régionales volumineuses.
- HSV-2 est possiblement en cause chez l'adulte (transmission génito-orale).

Récurrences

- Bouquet de vésicules, unilatéral, à la jonction cutanéomuqueuse des lèvres (narines, menton).
- Classique «bouton de fièvre» (PUE6-164-1).

PUE6-164-1 : Herpès labial et chéilite



Photo J.J. Morand - © CMIT - Allmèa Plus

Manifestations ophtalmologiques

- Primo-infection ou, le plus souvent, récurrence.
- Kératite le plus souvent unilatérale, révélée par : douleurs, hyperhémie conjonctivale, photophobie, larmolement, adénopathie prétragienne, parfois quelques vésicules palpébrales ou conjonctivales.

■ **Infections à HSV-2 : essentiellement l'herpès génital**

Primo-infection génitale

- Incubation de 2 à 7 jours.
- Formes symptomatiques : 1/3 des cas, souvent prononcées.
- Lésions génitales érythémato-vésiculeuses douloureuses, rapidement ulcérées et recouvertes d'un exsudat blanchâtre (PUE6-164-2).



- Localisations extragénitales possibles : périnée, fesses.
- Plus rarement : fièvre, malaise général, adénopathies inguinales bilatérales sensibles, dysurie, rétention d'urines, réaction méningée (pléiocytose du LCS), radiculomyélite.
- La cicatrisation peut prendre plusieurs semaines.
- HSV-1 est parfois en cause (15 à 30 % des cas).

PUE6-164-2 : Primo-infection herpétique vulvaire sévère avec multiples bouquets de vésicules à différent stades d'évolution (vésicules, pustules, érosions, et croûtes) dans la région périnéale



Photo E. Caumes - © CMTT - Alinéa Plus

Récurrences

Phase prodromique

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

Phase lésionnelle

- Moins intense que la primo-infection
- Vésicules localisées le plus souvent au site de la primo-infection.
- Guérison : 7-10 jours.
- Fréquence des porteurs asymptomatiques mais contagieux.

■ Examens complémentaires (rarement indiqués)

- Une recherche directe de virus *herpes* est indiquée lorsque le tableau est atypique, sur prélèvement du contenu de vésicules récentes par :
 - Détection d'ADN viral par PCR : principal moyen actuel.
 - Isolement viral par culture, immunodiagnostic direct : plus rarement utilisés
- Sérologie : sans intérêt ; réactions croisées HSV-1 et HSV-2.

3. Savoir traiter

■ Savoir traiter une gingivostomatite aiguë

- Évolution spontanément favorable en une quinzaine de jours ; possibilité d'utiliser le valaciclovir en cas de tableau marqué.
- Maintenir (en particulier chez les enfants) une réhydratation régulière par voie orale ; bains de bouche, aliments froids semi-liquides.
- Dans les formes empêchant l'ingestion de liquides, hospitalisation pour réhydratation IV et aciclovir par voie parentérale.

■ Savoir traiter une manifestation ophtalmologique

- L'herpès oculaire (dont une kératite) nécessite une prise en charge spécialisée par un ophtalmologue :
 - aciclovir pommade ophtalmique 5 fois par jour pendant 5 à 10 jours

- associé à aciclovir IV si kératite profonde, uvéite ou nécrose rétinienne.
- Il constitue une contre-indication absolue à la corticothérapie (risque d'aggravation pouvant aller jusqu'à la perforation de cornée) et aux anesthésiques locaux (risque de masquer une évolution défavorable).

■ Savoir traiter un herpès génital

- Valaciclovir 10 jours ou famciclovir 5 jours si primo-infection ; valaciclovir ou famciclovir 5 jours si récurrence.
- Ce traitement ne prévient pas les récurrences.

■ Traitement préventif

- Par valaciclovir ou famciclovir quotidien au long cours (durée 6-12 mois).
- Indiqué si plus de 6 récurrences annuelles d'herpès génital ou orofacial.
- Traitement purement suspensif : réduit voire supprime les poussées d'herpès pendant la durée du traitement, mais ne permet pas l'éradication du virus (risque de récurrences à l'arrêt).

3 Diagnostiquer et traiter une varicelle et en connaître les complications

1. Introduction

- La varicelle est la primo-infection par le Virus Varicelle-Zona (VZV).
- La plus contagieuse des maladies éruptives. La transmission est aérienne voire par contact, de 1 à 2 jours avant le début de l'éruption à 5 à 7 jours après (fin de la contagion lorsque toutes les lésions cutanées sont à la phase croûteuse).
- 90 % des cas de varicelle surviennent chez l'enfant entre 1 et 14 ans.
- Maladie plus grave chez l'adulte, et encore plus grave chez l'immunodéprimé et (classiquement) chez la femme enceinte.
- Un vaccin vivant atténué est disponible (Cf. item UE6-143).

2. Diagnostiquer une varicelle

■ Forme habituelle

- Incubation moyenne : 14 jours.
- Invasion : fébricule (38°C), malaise général.
- Phase d'état caractérisée par l'éruption
 - Type : maculo-papules inconstantes puis vésicules disséminées, très prurigineuses ; érosion et pseudo-ombilication, apparition de croûtes brunâtres à J4, et cicatrisation à J10 (PUE6-164-3 et -4)
 - Évolution : en plusieurs poussées successives
 - Topographie : cuir chevelu, face, thorax. Respecte paumes des mains et plantes des pieds
 - Énanthème buccal avec lésions érosives associées
 - Fièvre modérée, aux alentours de 38°C
 - Micropolyadénopathies (cervicales), rare splénomégalie.

Notes

- Évolution spontanée favorable en 10-15 jours.

PUE6-164-3 : Varicelle de l'enfant : Lésion ombiliquée en son centre

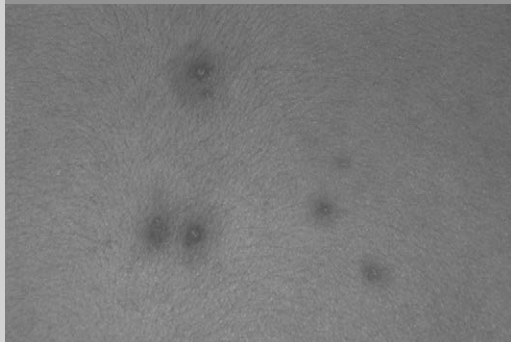


Photo Y. Hansmann - © CMIT - Alinéa Plus

PUE6-164-4 : Lésion vésiculeuse rétro-auriculaire : localisation typique débutante de la varicelle



Photo Y. Hansmann - © CMIT - Alinéa Plus

▪ **Complications**

- Complications cutanées
 - Surinfection cutanée bactérienne : surtout à *Staphylococcus aureus* et *Streptococcus pyogenes*. Fréquente chez l'enfant du fait du grattage, favorisée par l'absence de soins locaux.
- Autres complications : formes viscérales et/ou cutanées graves
 - Terrains favorisants (mais non indispensables) : immunodépression de type cellulaire (leucémie, lymphome, corticothérapie...), adulte, femme enceinte, nouveau-né
 - Atteinte cutanée sévère : éruption profuse, nécrotique et hémorragique
 - Atteinte respiratoire : pneumonie interstitielle.
 - Atteinte neurologique : convulsions, ataxie cérébelleuse (rare 1/4 000, guérit spontanément en une quinzaine de jours), plus rarement polyradiculonévrite, myélite, méningite, encéphalite, rétinite.
 - Purpura thrombopénique aigu d'évolution bénigne.

▪ **Diagnostic : avant tout clinique**

Biologique

- Inutile dans les formes typiques de varicelle
- Mise en évidence directe du virus
 - Détection par PCR : moyen principalement utilisé
 - Culture virale : ancien examen de référence
 - Immunofluorescence : rarement utilisé

- Sur un écouvillonnage du contenu vésiculaire ; sur des liquides biologiques (LCS dans les encéphalites, ...)
- Sérologie : intérêt épidémiologique, diagnostic rétrospectif uniquement, ou en vue d'une vaccination.

Diagnostic différentiel

- Prurigo strophulus (réaction aux piqûres d'insectes de literie ou du milieu extérieur), zona généralisé (immuno-déprimé), variole.

3. Traiter une varicelle

▪ **Traitement symptomatique, traitement local**

- Aspirine et AINS contre-indiqués chez l'enfant (risque de syndrome de Reye).
- Antihistaminiques sédatifs : hydroxyzine, dexochlorphéniramine.
- Ongles propres et coupés courts.
- Douches ou bains quotidiens avec savon doux.
- Chlorhexidine en solution aqueuse en cas de surinfection.
- Antibiotiques en topique : inutiles ; autres topiques (anesthésiques, talc, crèmes diverses) contre-indiqués : risquent de masquer (voire de provoquer) une surinfection.

▪ **Antibiothérapie**

Uniquement en cas de surinfection cutanée avérée, par voie générale (Cf. item UE6-152).

▪ **Traitement antiviral**

Réservé aux formes graves et/ou compliquées :

- Varicelle de forme grave par son extension ou ses localisations, comme la forme respiratoire de l'adulte par exemple
- Varicelle de l'immunodéprimé
- Aciclovir IV pendant 10 jours.

▪ **Traitement préventif**

L'éviction scolaire

Elle n'est plus recommandée, quoique certains textes réglementaires stipulent que «la fréquentation scolaire à la phase aiguë de la maladie n'est pas souhaitable»

- Éviter contact avec les immunodéprimés et femmes enceintes non immuns

Vaccination par virus vivant atténué (Cf. item UE6-143)

- Objectif : protéger les jeunes adultes non immuns et certaines populations à risque :
 - adolescents de 12 à 18 ans n'ayant pas d'antécédent clinique de varicelle ou dont l'histoire est douteuse (un contrôle sérologique peut éventuellement être pratiqué)
 - femmes en âge de procréer, sans antécédent clinique de varicelle, avant toute grossesse ou dans les suites d'une première grossesse
 - candidats à une greffe d'organe non immuns
 - toute personne en contact étroit avec des personnes immunodéprimées (soignants, mais aussi famille), et qui n'a pas d'antécédent de varicelle, ou dont l'histoire est douteuse et dont la sérologie est négative.

- **Test de grossesse avant l'administration** chez la femme en âge de procréer, et contraception efficace un mois après chaque injection
- Indications de la vaccination :
 - Pas de recommandation de vaccination généralisée chez l'enfant (la circulation de la maladie infantile, généralement bénigne, est suffisante pour assurer une immunité de la population à l'âge adulte).
 - adolescent ou femme en âge de procréer non immunisé(e)
 - personnes (sans antécédent de varicelle et avec sérologie négative) au contact de sujets à risque (immunodéprimés)
 - professionnels de santé non immunisés
 - professionnels au contact de la petite enfance ou exerçant dans des services à risque de varicelle grave
 - adultes de plus de 18 ans non immunisés exposés à un cas de varicelle (si contagé < 72 heures).

4 Diagnostiquer et traiter un zona dans ses différentes localisations

1. Introduction

- Expression clinique de la réactivation du VZV, atteint 20 % de la population.
- Nette prédominance au-delà de 50 ans ; témoin d'une baisse de l'immunité liée à l'âge, voire dans certains cas d'une réelle immunodépression cellulaire.
- Gravité : liée
 - aux douleurs post-zostériennes (DPZ)
 - à certaines localisations (zona ophtalmique)
 - aux formes de l'immunodéprimé.
- Vaccin disponible (Cf. infra)

2. Diagnostiquer un zona

■ Caractéristiques générales de l'éruption

Phase prodromique

- Douleurs précédant l'éruption
- Paresthésies à type de brûlures et troubles objectifs de la sensibilité dans le territoire concerné.

Phase d'état

- Éruption caractéristique (PUE6-164-5)
 - Éléments d'abord érythémateux roses vifs, puis vésiculeux groupés en «bouquet», lésions érosives à J5, croûteuses à J7, puis cicatrices dépigmentées rosées puis blanchâtres très souvent indélébiles vers J10
 - Topographie : essentiellement sur le torse (en hémicinture), parfois au visage ou sur un membre
 - Distribution : généralement **unilatérale**, monométabolique (limitée au territoire d'une racine nerveuse). Néanmoins, l'éruption peut déborder sur un ou plusieurs métamères contigus, sans dépasser (ou rarement) la ligne médiane.
- Fébricule

PUE6-164-5 : Zona facial



Évolution

- Sur 2 à 3 semaines, souvent par poussées successives. Les douleurs post-zostériennes, souvent intenses, peuvent persister plusieurs mois

■ Les formes topographiques

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

Zona céphalique : plus rare, volontiers très douloureux

Zona ophtalmique (dermatome de la 1^{ère} branche (V1) du nerf trijumeau)

- Plus fréquent chez les sujets âgés. L'éruption peut siéger dans l'une des trois branches du nerf ophtalmique :
 - frontale : partie médiane de la paupière supérieure, front et cuir chevelu jusqu'au vertex
 - lacrymale : partie externe des paupières (→ larmolement abondant)
 - nasale
 - externe : racine et dos du nez, angle interne de l'œil
 - interne : lobule du nez et muqueuse pituitaire (entraînant douleurs locales et rhinorrhée).

Complications oculaires fréquentes, notamment si atteinte de la branche nasale externe du trijumeau (sensibilité cornéenne) : risque de kératite ; dépistage systématique par un examen ophtalmique (kératite et iridocyclite apparaissent souvent deux à trois semaines après la fin de l'éruption zostérienne).

- Les paralysies oculomotrices sont fréquentes, généralement régressives.
- DPZ fréquentes et intenses.
- Séquelles possibles : perte anatomique de l'œil, atteinte définitive de la vision.

Zona du ganglion géniculé

- La douleur et l'éruption sont auriculaires et siègent dans la zone de Ramsay-Hunt (tympan, conduit auditif externe et conque du pavillon de l'oreille).
- Elle s'accompagne d'une paralysie faciale périphérique, d'une éruption des 2/3 antérieurs de l'hémilangue homolatérale. Des troubles cochléo-vestibulaires sont parfois associés.

Zona bucco-pharyngé

- Ulcérations pseudo-membraneuses avec vésicules unilatérales.

Notes

Notes

■ **Les complications****Douleurs post-zostériennes (DPZ) : principale complication neurologique**

- Définition : douleurs persistant après la cicatrisation ou plus d'un mois après la survenue d'un zona.
- Facteurs de risque : âge > 50 ans, localisations céphaliques, douleurs intenses à la phase aiguë.
- Disparaissent habituellement en 6 mois, mais peuvent être définitives et très invalidantes.

Autres complications neurologiques (exceptionnelles)

- Paralyse oculomotrice (lors du zona ophtalmique).
- Atteinte motrice dans le territoire du zona.
- Myélite et encéphalite, parfois en l'absence d'éruption cutanée.

Surinfections bactériennes

Provoquées par le grattage.

■ **Diagnostic**

- Diagnostic essentiellement clinique.
- Le recours aux examens complémentaires est exceptionnellement indiqué, en cas d'éruption atypique (prélèvement vésiculaire : PCR, ou examen en immunofluorescence).

3. Traiter un zona■ **Traitement symptomatique****Traitement local**

- Douches ou bains quotidiens à l'eau tiède et savon doux.
- Chlorhexidine en solution aqueuse en cas de surinfection.
- Autres topiques inutiles (antibiotiques locaux) ou contre-indiqués (crème, anesthésiques...) : peuvent masquer voire favoriser une surinfection bactérienne

Prise en charge de la douleur

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

- Les corticoïdes sont inutiles (et contre-indiqués à la phase aiguë : risquent de favoriser l'extension de l'infection).
- Phase aiguë : antalgiques.
- Les DPZ doivent faire l'objet d'une prise en charge spécialisée.

■ **Antibiothérapie**

- Uniquement en cas de surinfection cutanée avérée.
- Par voie générale (Cf. item UE6-152).

■ **Traitement antiviral du sujet immunocompétent**

- Il peut avoir 2 buts :
 - prévenir les DPZ : traitement indiqué si âge > 50 ans, douleurs intenses à la phase aiguë, zona étendu
 - prévenir les complications oculaires dans le zona ophtalmique
- Modalités : valaciclovir ou famciclovir *per os* pendant 7 jours.
- Traitement précoce impératif (dans les 72 heures après le début de l'éruption).

4. Prévenir un zona : vaccination

- But : éviter une réactivation liée à la diminution de l'immunité anti-VZV chez le sujet âgé.
- Vaccin vivant atténué (même souche que le vaccin anti-varicelle, mais le vaccin anti-zona est plus dosé).
- Vaccination recommandée en France entre 65 et 74 ans (avis du HCSP d'octobre 2014).

5 Préciser les complications chez la femme enceinte, le nouveau-né et l'atopique**1. Infection par HSV-1 et HSV-2**■ **Introduction**

- Pour le nouveau-né : l'herpès néonatal concerne 1 à 3 nouveau-nés pour 100 000 naissances, soit environ 20 cas annuels en France. Le virus HSV-2 est principalement en cause. Il survient généralement à l'occasion d'une primo-infection d'herpès génital chez la femme en fin de grossesse.
 - Gravité : mortalité très élevée et séquelles très lourdes en cas de survie.
 - Transmission le plus souvent par contact direct lors du passage dans la filière génitale.
 - Une contamination post-natale est par ailleurs possible.
- Pour la femme enceinte :
 - Risque (rare) de primo-infection grave dans le dernier trimestre de la grossesse : dissémination par voie hématogène (risque d'hépatite fulminante)
 - Risque principal : maladie chez le nouveau-né.
 - Risque de transmission variable selon la situation :
 - Infection cliniquement patente, surtout si survenue lors le dernier mois : risque majeur de transmission à l'enfant, évalué à 75 % en cas de primo-infection et à 5 % en cas de récurrence.
 - Infection asymptomatique, latente : la présence d'une excrétion génitale asymptomatique d'HSV-2 peut survenir avec une fréquence de 3 à 16 % au cours de la grossesse ; risque plus faible de transmission.

■ **Complications de la maladie herpétique chez le nouveau-né (Cf. item UE2-26)****Contamination anténatale**

La transmission s'effectue très rarement par voie transplacentaire.

Contamination périnatale ou néonatale : la plus fréquente

- Forme disséminée, polyviscérale
 - Le risque de décès est de plus de 50 %.
- Méningo-encéphalite isolée
 - Séquelles lourdes dans 50 % des cas.
- Forme cutanéomuqueuse
 - Le diagnostic précoce et le traitement antiviral permettent une guérison dans 90 % des cas.

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 à 10 % des herpès néonataux.

Prévention

- Traitement maternel en cas de primo-infection génitale survenant pendant la grossesse
- Césarienne en cas de lésions génitales en fin de grossesse (primo-infection ou récurrence)
 - La césarienne n'a pas d'intérêt en cas de rupture de la poche des eaux supérieure à 6 heures.

■ Complications de la maladie herpétique chez l'atopique

La survenue d'une infection par HSV-1 ou -2 chez un sujet porteur d'un eczéma expose à une complication grave appelée pustulose varioliforme de Kaposi-Juliusberg :

- Plus fréquente chez l'enfant dans les 3 premières années.
- Localisations les plus fréquentes : tête, cou, partie supérieure du tronc.
- Le tableau clinique associe :
 - fièvre, malaise, adénopathies
 - éruption faite de lésions vésiculeuses, pustuleuses, croûteuses, ombiliquées, initialement regroupées.
- Mortalité en l'absence de traitement liée à une surinfection bactérienne et aux atteintes viscérales virales.
- Traitement par aciclovir IV ± antibiothérapie dirigée contre *Streptococcus pyogenes* et *Staphylococcus aureus*.

2. Infection par le virus varicelle-zona

- La survenue d'une varicelle chez la femme enceinte expose à un risque de forme grave chez la mère, et (selon le terme) de transmission congénitale ou périnatale (Cf. item UE2-26).
- Les immunodéprimés sont à risque de forme grave de varicelle ou de zona (Cf. «formes graves»)

■ Risque pour la femme enceinte

- Risque de forme viscérale en cas de varicelle (mais non en cas de zona)

■ Risque pour l'enfant *in utero* et à la naissance

- Varicelle congénitale (exceptionnelle) :
 - risque lorsque la varicelle survient avant la 20^{ème} semaine d'aménorrhée.
- Varicelle néonatale
 - risque maximal si éruption varicelleuse chez la mère dans les 5 jours précédant ou les 2 jours suivant l'accouchement
 - grave, avec une mortalité qui peut atteindre 30 %.

Pour en savoir plus

- Avis de la Commission de Transparence sur l'utilisation du valaciclovir : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct-4685_zelitrex.pdf

Notes

Notes

Alinéa Plus - CMTT

